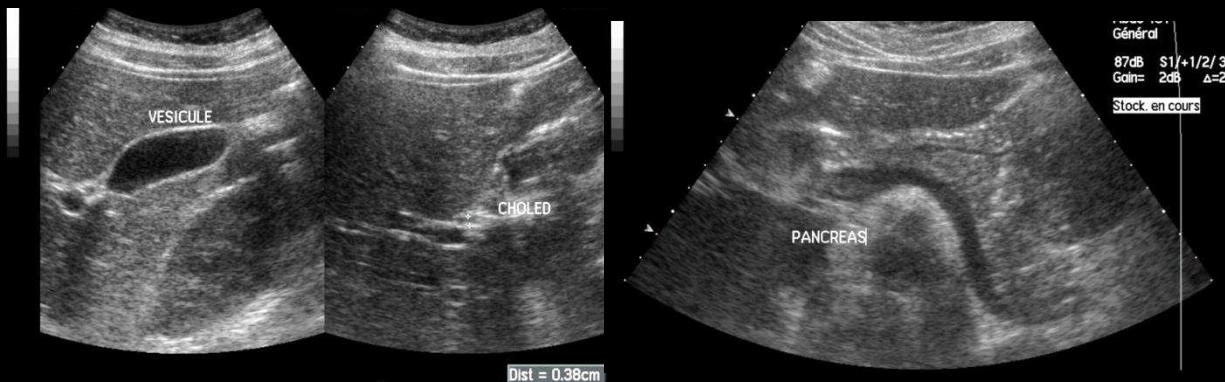
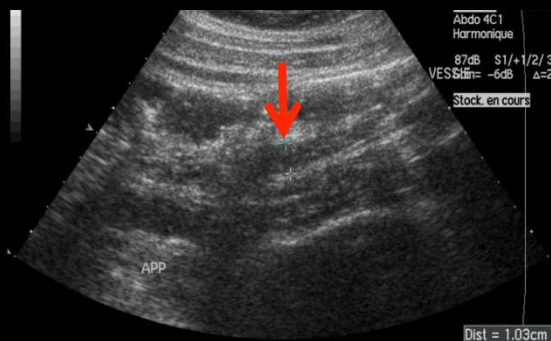


Patiente de 20 ans. Octobre 2010: douleurs fébriles fosse iliaque droite



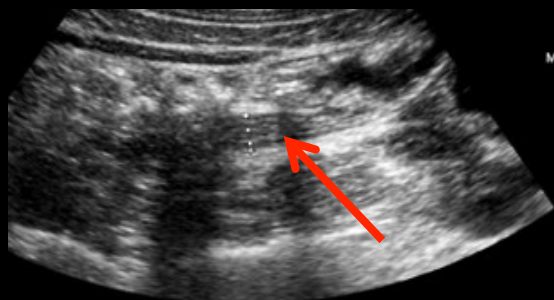
*Obs. Dr JF Cuny et coll.
Service dermatologie
CHU Nancy-Brabois*



diagnostic échographique et clinique
d'appendicite aiguë non compliquée
(appendice dilaté, parois épaissies, probable coprolithe proximal)

appendicectomie le 12.10.2010.

anato-pathologie:
appendice inflammatoire avec notion d'une
ulcération.



US 11.10.2010

MA OTTENIN (IHN)
Radio Brabois Adultes

Décembre 2010

Patiente hospitalisée en dermatologie:

**polyarthralgies
éruption cutanée**





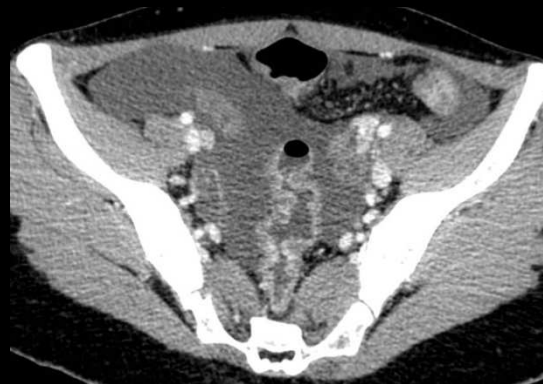
- Examens complémentaires:
 - **Biologie:**
 - **NFp:** HB 9,6 g/dl ,VGM 93 fL, GB 3660 G/L (PNN 1870G/L,L 1650G/L), plaquettes 331 G/L. Test de coombs direct positif. Réticulocytes à 72 G/L → AHAI.
 - **Bilan auto-immun:** AAN fortement positifs (titre 32 000, aspect réticulé,+ sur cellules HEP2 > 2048, aspect NON homogène), Ac anti DNA natifs fortement positifs (titre 256), Ac anti nucléaires solubles: anti SSA et SSB positifs. Cryoglobulinémie négative, cryofibrinogène: faible quantité. Complément: CH 50<35 (N> 35), fraction C 3 à 0,32 g/l (0,75-1,5), C4 à 0,06 g/l (0,1-0,34), complexes immuns 26,2 g/l (N< 1,5 g/ L). FR négatif.
 - **Protéinurie des 24 heures:** 0,31 g/24h . Créatininémie à 8.6 mg/L, soit une clairance estimée à 109 ml/min .
 - **Recherche d'une SAPL:** Pas d' anticoagulant circulant. Ac Anti B2GP1 négatif. IG G anti cardiolipides positifs (à 27 ui). A reconstrôler dans 12 semaines.

Décembre 2010

Apparition douleurs abdominales évoluant
par crises violentes en FIG.

⇒ Clichés d'abdomen urgent puis TDM
abdomino-pelvienne





Diagnostic(s) 

Atteinte étendue et homogène de l'ensemble du tractus digestif

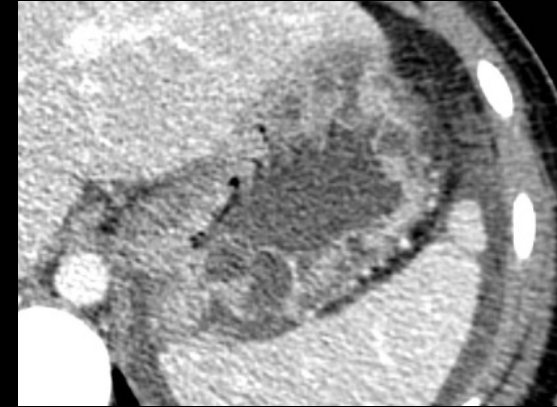
Œdème sous-muqueux
circonférentiel

Prise de contraste muqueuse

Epanchement liquide des séreuses
(péritoine ici)

Diagnostic de LED confirmé.
Ac anti-nucléaires et Ac Anti-DNA
natifs positifs.

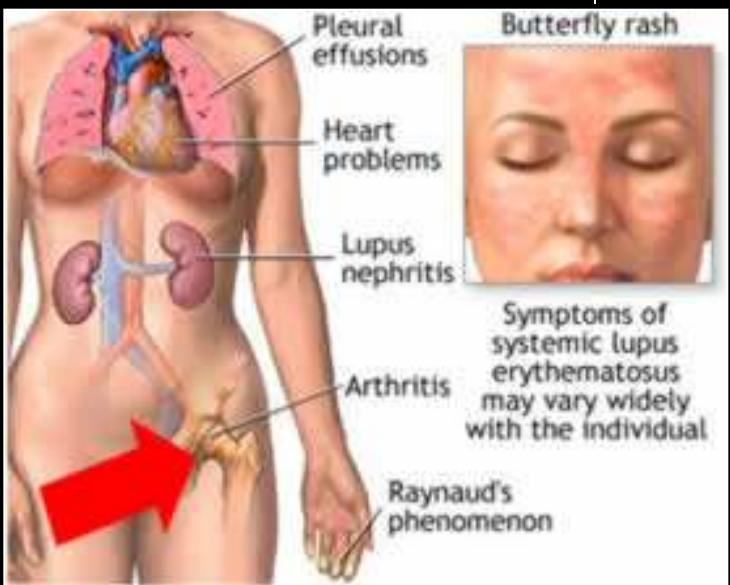
Vascularite lupique



4 des 11 critères suivant, selon l' American College of Rheumatology, 1982, modifiés en 1997:

- 1 - Eruption malaire en ailes de papillon
- 2 -Eruption de lupus discoïde
- 3 -Photosensibilité
- 4 -Ulcérations orales ou nasopharyngées
- 5 -Polyarthrite non érosive
- 6 -Pleurésie ou péricardite**
- 7 -Atteinte rénale:
 - protéinurie > 0.5g/24h
 - ou - cylindres urinaires
- 8 -Atteinte neurologique
 - convulsions
 - ou - psychose
- 9 -Anomalies hématologiques:
 - anémie hémolytique
 - ou - leucopénie < 4000/mm3
 - ou - lymphopénie < 4500/mm3
 - ou - thrombopénie < 100 000/mm3
- 10 -Désordre immunologique
 - présence de cellules LE
 - ou - anticorps anti-ADN natif
 - ou - anticorps anti-Sm
 - fausse sérologie syphilitique
- 11 -Anticorps antinucléaires à taux anormal (en l'absence de médicaments inducteurs) :
 - titre anormal d' anticorps antinucléaires en immunofluorescence, ou
 - technique équivalente à n' importe quel moment de l' évolution, en l' absence de médicaments inducteur de lupus.

Lupus érythémateux systémique LES
ou SEL (lupus érythémateux aigu disséminé LEAD),



Atteinte digestive lupique

Etiologies variées, liées à la maladie ou aux traitements:

- entérite lupique (= vascularite digestive)
- pancréatites
- infections

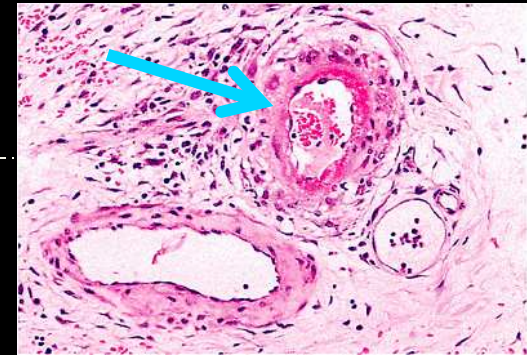
Étiologie des syndromes douloureux abdominaux aigus au cours du lupus érythémateux disséminé dans les principales séries de la littérature.

Référence	Medina et al. [5]	Lee et al. [2]	Kwok et al. [6]	Mazin et al. [8]	Vergara-Fernandez et al. [7]
Type d'étude	Prospective	Rétrospective	Rétrospective	Rétrospectif	Prospective
Patients lupiques	NC	175	706	88	73
Patients avec syndrome douloureux abdominal aigu, N (%)	51 (NC)	32 (22%)	87 (12,3%)	13 (15%)	73 (100%)
Période de l'étude	8 ans	8 ans	16 ans	15 ans	11 ans
Diagnostics					
Entérite lupique ou vascularite digestive	25%	45%	47%	15% (n = 2)	0%
Gastrite aiguë	0	13%	12%	8% (n = 1)	0 (critère d'exclusion)
Pancréatite aiguë	14%	5%	14%	0	29%
Ulcère	6%	3%	5%	8% (n = 1)	0%
Gastrite hémorragique	0	5%		0	0%
Appendicite aiguë	14%	0	3%	0	14%
Cholécystite aiguë	16%	3%	2%	15% (n = 2)	15%
Diarrhée infectieuse	0	5%	6%	0	0%
Sérite	0	3%	0	0	5%
Œsophagite sur reflux	0	0	1%	0	0%
Thrombose veineuse ou artérielle	6%	3%	0	0	16%
Infection des voies urinaires	0	16%	0	0	0 (critère d'exclusion)
Abcès	8%	0	0	0	0
Syndrome occlusif				0	5%
Causes gynécologiques	8%	0	3%	0	8%
Autre (perforation colique, diverticulite...)	0	0	0	54% (n = 7)	0

Lorsque l'effectif est faible, les données sont indiquées en nombre de patients et en pourcentage. NC : non communiqué.

Atteinte digestive lupique

- Liée à une vascularite de la paroi des petits vaisseaux de la paroi du tube digestif, correspondant à une **endartérite inflammatoire** responsable d'une ischémie subaiguë qui se traduit par un œdème sous muqueux
- **Parfois manifestation inaugurale (jusqu' à 1/3 des cas selon séries)**
- Syndrome douloureux abdominal aigu aspécifique.

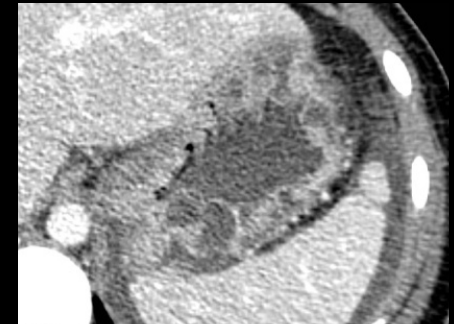


Nécrose fibrinoïde floride dans une artère intestinale au cours d'un LEAD .

Tomodensitométrie:

- atteinte principalement jéjunale et iléale étendue.
- épaississement digestif en cocarde (œdème sous muqueux et prise de contraste muqueuse)
- dilatation des anses
- Infiltration mésentère / épanchement péritonéal.

=> Signes aspécifiques, le diagnostic s'établit en prenant en compte les données anamnestiques (âge), cliniques (signes cutanés, articulaires, neurologiques, généraux...et biologiques (syndrome inflammatoire et bilan immunologique)



Entérite lupique

- Pas de marqueur biologique spécifique.
- Endoscopie:
 - Paroi digestive très oedématisée, parfois ulcérations.
 - Anatomopathologie:
 - Lésions segmentaires et focales
 - Vascularite des artérioles et des veinules de la sous-muqueuse
 - Dépôts d'immuns complexes et de C3
 - Infiltrat inflammatoire
- Complications rares:
 - perforations digestive
 - hémorragies
- Traitement:
 - En première intention, corticothérapie par méthylprednisolone 1 à 2 mg/kg pendant 5 jours relayée par prednisolone.
 - Taux de rechute de 23,5%
 - Durée moyenne entre premier et deuxième épisode de 24 mois.
 - Pas d'étude sur l'efficacité des immunosupresseurs en cas d'inefficacité des corticoïdes.



Traitement: chez notre patiente ;

Solumedrol pendant 3 jours , puis relais per os par solupred

Evolution rapidement favorable.