

Case report

Entérite lupique récidivante améliorée par Azathioprine

Sameh Marzouk¹, Saida Garbaa¹, Yosra Cherif^{1,&}, Moez Jallouli¹, Fathi Bahri², Zouhir Bahloul¹

¹Service de Médecine Interne, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie, ²Service de Médecine Interne, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

[&]Corresponding author: Yosra Cherif, Service de Médecine Interne, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

Key words: Entérite lupique, lupus érythémateux disséminé, Azathioprine

Received: 12/11/2014 - Accepted: 13/01/2015 - Published: 10/03/2015

Abstract

Les manifestations gastro-intestinales observées au cours du lupus érythémateux systémique sont fréquentes et peuvent intéresser n'importe quel segment du tractus digestif. L'entérite lupique constitue l'une des manifestations responsable de douleurs abdominales. Son traitement est basé essentiellement sur les corticoïdes. Le recours aux immunosuppresseurs est réservé aux formes récidivantes ou en cas d'échec des corticoïdes. Nous rapportons une nouvelle observation d'entérite lupique récidivante améliorée par azathioprine. Il s'agissait d'une femme âgée de 30 ans chez laquelle le diagnostic du lupus a été retenu en 2004. Un an après, elle a présenté des douleurs abdominales, des vomissements et des diarrhées. Les explorations ont conclu à une entérite lupique après élimination de toute autre cause notamment infectieuse. Elle a été traitée par des corticoïdes à forte dose. Cependant à chaque tentative de dégression, elle présentait la même symptomatologie. En 2010 l'azathioprine a été associé permettant de juguler la maladie et de diminuer la corticothérapie.

Pan African Medical Journal. 2015; 20:215 doi:10.11604/pamj.2015.20.215.5757

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/20/215/full/>

© Sameh Marzouk et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Introduction

Le lupus érythémateux systémique (LES) est une maladie auto-immune non spécifique d'organe, touchant préférentiellement la femme en âge de procréer et évoluant par poussées. Elle est caractérisée par des manifestations très polymorphes sur le plan clinique. L'entérite lupique constitue l'une des complications du lupus et une cause d'un syndrome douloureux abdominal [1]. Elle serait liée à une vascularite digestive. De ce fait elle nécessite une démarche diagnostique et thérapeutique rapide puisque la mortalité liée à une perforation ou à une hémorragie digestive n'est pas négligeable [2]. Les récurrences sous corticoïdes sont fréquentes [3]. Dans ces cas l'association d'un immunosuppresseur s'avère nécessaire pour stabiliser la maladie. Nous rapportons une nouvelle observation d'entérite lupique récidivante qui a été traitée avec succès par l'azathioprine.

Patient et observation

Mme I, S âgée de 30 ans, a présenté en mars 2004, dans les suites d'un accouchement de son premier bébé, une polyarthrite fixe touchant les épaules, les coudes, les genoux, les poignets, les métacarpo-phalangiennes et les interphalangiennes proximales associée à une fièvre chiffrée à 38,5°C, à une asthénie et à une éruption malaire photosensible. Il n'existait pas de symptomatologie digestive. A la biologie, on trouvait une vitesse de sédimentation à 80 mm à la première heure, une CRP négative, une leucopénie à 2600 cellules/mm³ avec une lymphopénie à 1070E/mm³, une protéinurie à 1,8 g/24 h sans hématurie ni insuffisance rénale. Les anticorps anti-nucléaires (AAN) étaient positifs à 1/320 avec des anti DNA et des anti Sm positifs. Les anticorps CCP étaient négatifs. Les anticorps cardiolipines étaient positifs. Le complément sérique était bas (C4 à 0,09g/l et C3 à 0,52g/l). L'électrocardiogramme, la radiographie pulmonaire et l'échographie cardiaque étaient normaux. La ponction biopsie rénale a conclu à une néphropathie lupique stade II de l'OMS. Au terme de ces examens on retenait le diagnostic de lupus érythémateux systémique et la patiente a été traitée par une corticothérapie à raison de 15mg 15mg/jour de Prednisone et de l'Hydrochloroquine avec une bonne évolution. Ce dernier a été arrêté suite à la survenue d'une urticaire. Un an plus tard, elle a présenté des douleurs abdominales diffuses associées à des diarrhées liquidiennes et à des vomissements dans un contexte fébrile. L'examen clinique trouvait un abdomen souple mais distendu et douloureux sans défense ni contracture. Il n'existait pas d'arthrite, ni de lésion cutanée.

Les examens biologiques montraient une anémie à 9,1g/dl ; une leucopénie à 2900 E/mm³ ; une VS à 109 mm H1, une CRP négative ; des anticorps anti- DNA positifs à 455UI/m, des anti-Sm positifs et un complément sérique bas (CH50, C3 et C4). Les bilans hépatique, pancréatique, rénal et thyroïdien étaient normaux. L'enquête infectieuse (sérologie typhoïde, Shigella, Yersinia, CMV, examen parasitologique des selles et coproculture) était négative. L'Abdomen sans préparation a montré des niveaux hydroaériques. Le scanner abdominal a montré une splénomégalie, une rectite aigue et une distension liquidienne du grêle avec un rehaussement pariétal des anses iléales. La colonoscopie a montré une rectite basse avec à l'histologie une rectite oedémateuse non spécifique. La fibroscopie a conclu à une gastrite. Le transit du grêle a objectivé une atteinte étendue jéjunale avec épaissement et un aspect nodulaire (Figure 1). Le diagnostic d'une entérite lupique a été retenu. La patiente a été traitée par une corticothérapie à raison de 1mg/kg/j entrainant une amélioration clinique avec disparition de la fièvre et des signes digestifs. Cependant à chaque tentative de

dégression à une dose inférieure à 30 mg/j de Prednisone, on assistait à une récurrence de la même symptomatologie nécessitant l'augmentation des doses voire même le recours à des bolus de Solumédrol de 1g/j pendant 3 jours. En mai 2010, après plusieurs poussées digestives, et alors qu'elle était sous 30 mg/j de prednisone, l'azathioprine a été associée à la dose de 2mg/kg/j. L'évolution était favorable sans récurrence des manifestations digestives permettant de diminuer les doses des corticoïdes (Figure 2). La patiente est actuellement sous 10 mg de corticoïdes sans nouvelle poussée lupique avec un recul de 15 mois.

Discussion

Les manifestations gastro-intestinales observées au cours du LES sont fréquentes, de l'ordre de 50 %. Elles peuvent intéresser n'importe quel segment du tractus digestif. Les lésions muqueuses orales, la dysmotilité oesophagienne, l'entéropathie exsudative et la pancréatite constituent les manifestations les plus fréquentes [4]. L'entérite lupique est une complication rare au cours du LES. Sa prévalence est estimée entre 0,2 et 2%. Cependant elle représente une cause fréquente des douleurs abdominales selon certaines séries, signalée dans 45 à 79% des cas [5,6]. Dans notre série, elle représente la première observation parmi une série de 148 LES. Le tableau clinique d'une entérite lupique est non spécifique. Il associe souvent des douleurs abdominales aiguës, des vomissements, des diarrhées, parfois même un syndrome occlusif et des signes d'irritation péritonéale [2,7]. Notre patiente présentait, des douleurs abdominales, des diarrhées, des vomissements voire même un syndrome sub-occlusif. Sur le plan physiopathologique, l'entérite lupique est la conséquence d'une vascularite des petits vaisseaux (artérioles et veinules) associant une atrophie, une dégénérescence de la média, une nécrose fibrinoïde, une thrombose ancienne, une phlébite et une infiltration de la lamina propria par des monocytes [7,8]. Les complications de l'entérite sont rares. Elles sont liées à une hémorragie massive ou à une perforation digestive pouvant aggraver le pronostic vital [7,9]. Les examens radiologiques sont d'un grand apport pour le diagnostic. L'atteinte est le plus souvent jéjunale ou iléale [5, 6, 9]. Notre malade présente effectivement une atteinte jéjunale.

Le scanner abdominal montre un épaissement de la paroi intestinale, des images en cocarde, un œdème mésentérique et parfois une ascite. Cependant ces lésions ne sont pas spécifiques, puisqu'elles peuvent être vues dans d'autres maladies digestives [6]. Le scanner permet ainsi d'éliminer d'autres causes des douleurs abdominales comme la pancréatite. Ainsi le diagnostic d'entérite lupique reste un diagnostic d'exclusion et nécessite dans tous les cas un bilan complet afin d'éliminer les autres causes de douleurs abdominales et les causes infectieuses [2,9]. Les endoscopies digestives, lorsqu'elles sont pratiquées, retrouvent habituellement une paroi digestive très oedématisée et même des ulcérations [2]. Dans notre observation, la colonoscopie a mis en évidence un aspect oedématisé mais l'histologie n'a pas montré de lésion de vascularite. Le traitement initial de l'entérite lupique est basé sur des fortes doses de corticoïdes entrainant une bonne réponse. Cependant, des rechutes ne sont pas rares, même chez les patients qui présentent une bonne réponse initiale à ce traitement [3,7]. Kim et coll [10] ont montré qu'il n'existait pas de différences significatives concernant les données épidémiologiques, cliniques ou biologiques y compris le profil des autoanticorps et le SLEDAI, entre les formes d'entérite lupique avec ou sans récurrence. Cependant, il a été noté que chez les patients sans récurrence, la dose cumulative de prednisolone et la durée du traitement ont été significativement plus élevées par rapport aux patients avec récurrence. Le recours à d'autres

thérapeutiques s'avère parfois nécessaire en cas d'échec des corticoïdes ou en cas de cortico-dépendance. Grimbacher [8] a rapporté une rémission complète d'une entérite lupique récidivante par des perfusions de cyclophosphamide. D'autres thérapeutiques ont prouvé leur efficacité comme le mycofénoolate mofétil, l'azathioprine, le tarcolimus et le Rituximab [3, 11, 12]. Notre cas se caractérise par les récurrences fréquentes à des doses élevées de corticoïdes nécessitant l'adjonction de l'azathioprine ce qui a permis de stabiliser la maladie.

Conclusion

L'entérite lupique est une manifestation rare mais constitue l'une des principales causes des douleurs abdominales aiguës au cours du LES. Son diagnostic repose sur des éléments cliniques, biologiques et radiologiques après élimination des autres causes des douleurs abdominales. Son traitement est basé surtout sur les corticoïdes. Cependant les récurrences sont fréquentes. L'Azathioprine constitue une alternative thérapeutique permettant de juguler la maladie.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Tous les auteurs déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figures

Figure 1: transit du grêle: épaissement des anses jéjunales avec un aspect nodulaire

Figure 2: amélioration après traitement

Références

1. Richer O, Ulinski T, Lemelle I, et al. Abdominal manifestations in childhood-onset systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis.* 200 ; 66(2):174-178. PubMed | Google Scholar
2. G Thomas, Ebbo M, Genot S, et al. L'entérite: une manifestation peu fréquente et corticosensible du lupus érythémateux systémique. *La Revue de médecine interne.* 2010 ; 31:(7) 493-497. PubMed | Google Scholar
3. Tsuyoshi Shirai, Yasuhiko Hirabayashi*, Ryu Watanabe et al. The use of tacrolimus for recurrent lupus enteritis: a case report. *Journal of Medical Case Reports.* 2010; 4:150. PubMed | Google Scholar
4. Perlemuter G, Cacoub P, Wechsler B, et al. Pseudo-obstruction intestinale chronique secondaire aux connectivites. *Gastroenterol Clin Biol.* 2001;25:251-8. PubMed | Google Scholar
5. Byun JY, Ha HK, Yu SY et al. CT features of systemic lupus erythematosus in patients with acute abdominal pain: emphasis on ischemic bowel disease. *Radiol.* 1999 ; 211(1):203-209. PubMed | Google Scholar
6. Lee CK, Ahn MS, Lee EY et al. Acute abdominal pain in systemic lupus erythematosus: focus on lupus enteritis (gastrointestinal vasculitis). *Ann Rheum Dis.* 2002 ; 61:547-550. PubMed | Google Scholar
7. Sultan SM, Ioannou Y, Isenberg DA. A review of gastrointestinal manifestations of systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford).* 1999; 38(10): 917-932. PubMed | Google Scholar
8. Grimbacher B, Huber M, Kempis J et al. Successful treatment of gastrointestinal vasculitis due to systemic lupus erythematosus with intravenous pulse cyclophosphamide: a clinical case report and review of the literature. *Br J Rheumatol.* 1998 ; 37(9):1023-1028. PubMed | Google Scholar
9. Taourel PG, Deneuille M, Pradel JA et al. Acute mesenteric ischemia: diagnosis with contrast-enhanced CT. *Radiol.* 1996; 199(3):632-636. PubMed | Google Scholar
10. Kim YG, Ha HK, Nah SS, et al. Acute abdominal pain in systemic lupus erythematosus: factors contributing to recurrence of lupus enteritis. *Ann Rheum Dis.* 2006 ; 65(11):1537-1538. PubMed | Google Scholar
11. Kishimoto M, Nasir A, Mor A, Belmont HM. Acute gastrointestinal distress syndrome in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus.* 2007; 16(2):137-141. PubMed | Google Scholar
12. Janssens P1, Arnaud L, Galicier L, et al. Lupus enteritis: from clinical findings to therapeutic management. *Orphanet J Rare Dis.* 2013 ; 8:67. PubMed | Google Scholar

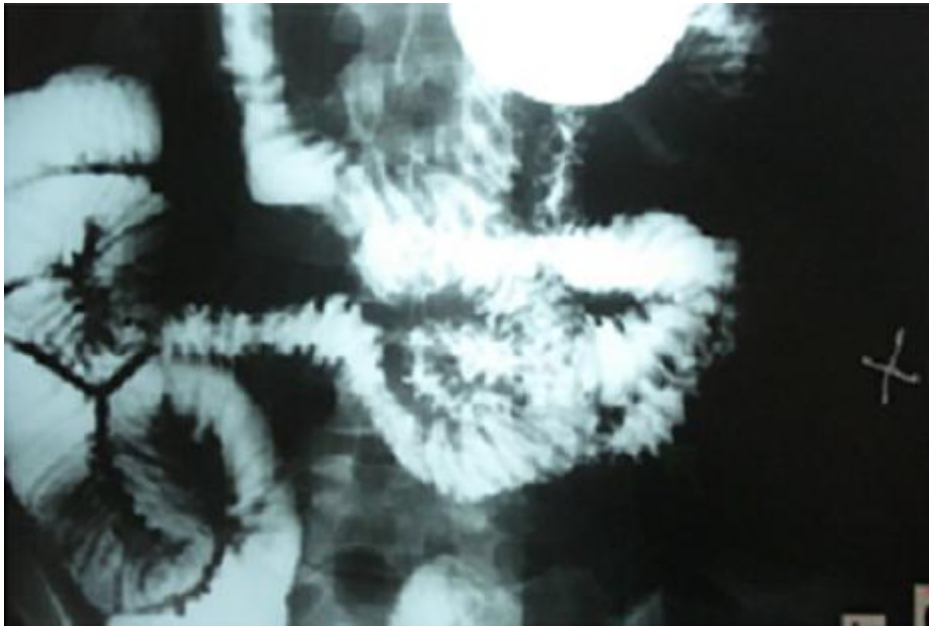


Figure 1: transit du grêle: épaissement des anses jéjunales avec un aspect nodulaire

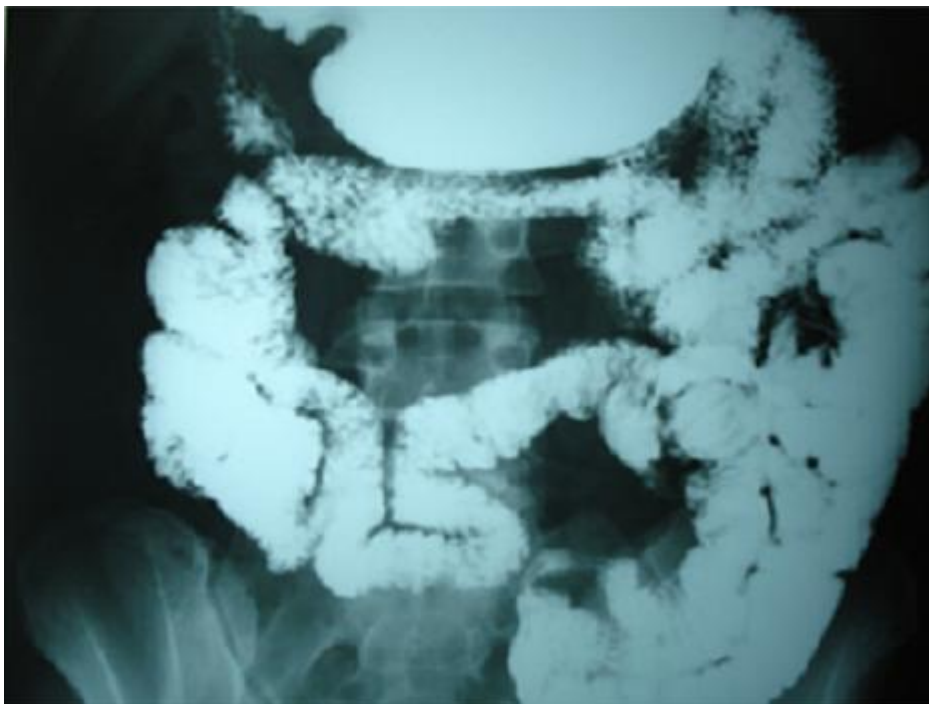


Figure 2: amélioration après traitement