

VASCULARITE MÉSENTÉRIQUE LUPIQUE : UNE MANIFESTATION RARE À NE PAS MÉCONNAITRE !

- Asma TEKAYA, Médecin, Service de Médecine interne, CHU Mongi Slim, La Marsa, Tunisie
- Cherifa ABDELKEFI, Médecin, Service de Médecine interne, CHU Mongi Slim, La Marsa, Tunisie
- Zeineb MEDDEB, Médecin, Service de Médecine interne, CHU Mongi Slim, La Marsa, Tunisie
- Thara LARBI, Médecin, Service de Médecine interne, CHU Mongi Slim, La Marsa, Tunisie
- Amira EL OUNI, Médecin, Service de Médecine interne, CHU Mongi Slim, La Marsa, Tunisie
- Saloua HAMZAOUI, Professeur, Service de Médecine interne, CHU Mongi Slim, La Marsa, Tunisie
- Sana TOUJANI, Médecin, Service de Médecine interne, CHU Mongi Slim, La Marsa, Tunisie
- Kamel BOUSLAMA, Professeur, Service de Médecine interne, CHU Mongi Slim, La Marsa, Tunisie

Introduction

La vascularite mésentérique lupique (VML) est une manifestation rare du lupus érythémateux systémique (LES) caractérisée par une atteinte des petits vaisseaux intestinaux secondaire à un dépôt de complexes immuns et à des microthrombi. Nous rapportons un cas de VML chez une patiente de 24 ans compliquant le cours d'un LES.

Observation

Femme, 24 ans

- Antécédents médicaux : **LES depuis l'âge de 6 ans** avec atteinte cutanée, articulaire et hématologique, sous prednisone à la dose de 5 mg/jour. L'hydroxychloroquine (HCQ) a été interrompue pour une maculopathie liée à l'HCQ et l'azathioprine pour une suspicion de toxicité hématologique. Elle avait aussi présenté une **sacro-iliite tuberculeuse** traitée pendant 9 mois.
- Motif d'admission : **douleurs abdominales diffuses, vomissements et rectorragies** évoluant depuis 5 jours dans un contexte d'altération **fébrile** de l'état général, 7 mois après l'arrêt de l'HCQ et 1 mois après l'arrêt de l'azathioprine et du traitement anti-tuberculeux..

- Examen :

- Etat général altéré
- Lésions cutanées de **lupus subaigu** au niveau du visage et des membres supérieurs
- **Ulcérations buccales** [Figure1]
- Examen proctologique : hémorroïdes externes congestives et une fissure anale.

- Biologie :

- **Anémie** à 6 g/dl hypochrome microcytaire, **ferritinémie** à 6 ng/ml,
- **Leuco-neutro-lymphopénie** : GB : 1560/mm³, PNN : 670/mm³, lymphocytes : 730/mm³
- **Thrombopénie** à 60000/mm³,
- CRP à 2.43 mg/l
- Hypokaliémie à 3.17 mmol/l, une hypoalbuminémie à 21 g/dl
- Fonction rénale, lipasémie et bilan hépatique : sans anomalies, protéinurie de 24h négative.



Figure 1 : Chéilite érosive associée à un aspect pétéchiol et érosif de la muqueuse palatine

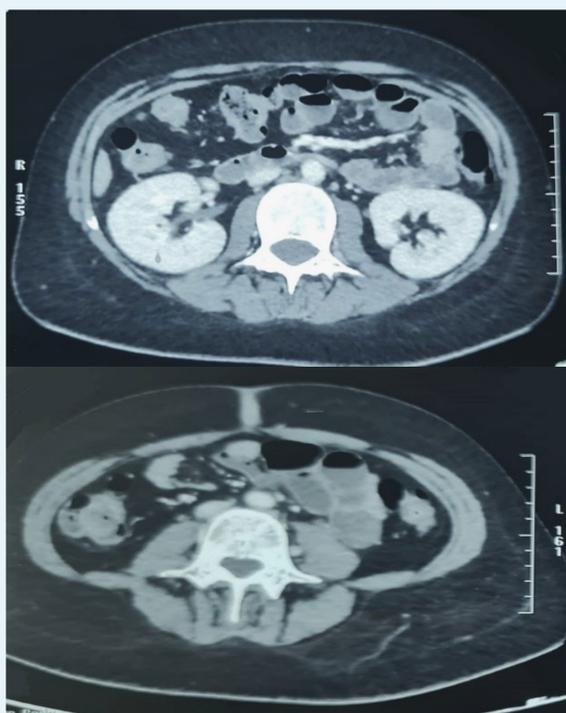


Figure 2 : Scanner abdominal montrant un épaissement pariétal colique réhaussé après injection du PDC

- Scanner abdominal [Figure 2] :

- **épaississement de la paroi colique** droite rehaussé après injection du produit de contraste et associée à un œdème pariétal.
- Coproculture + l'examen parasitologique des selles : **négatifs**
- Hémocultures: **négatives**.
- PCR CMV sur sang : **négative**.
- Fibroscopie digestive haute : **pangastrite congestive et ulcérée** et une **duodéno-jéjunite maculaire et pétéchiol** évoquant une vascularite digestive. [Figure 3]
- Iléocoloscopie totale : **sans anomalies**.
- Biopsies digestives : remaniements congestifs de la muqueuse duodénale sans atrophie, remaniement épithélial de la muqueuse colique, absence de granulome sur toutes les biopsies.
- Bilan immunologique : anticorps **anti-DNA** natifs positifs, **complément consommé** et des anticorps antiphospholipides négatifs.



Figure 3 : Fibroscopie digestive haute montrant un aspect maculaire et pétéchiol du jéjunum

Traitement : methylprednisolone en IV à la dose de 1g/jour pendant 3 jours relayée par de la prednisone à la dose de 60 mg/j

Evolution : Aggravation de la symptomatologie. Contrôle scannographique : régression de la colite droite et apparition d'une jéjunite.

-> Reprise de l'azathioprine.

=> Amélioration de la symptomatologie, disparition de la jéjunite au scanner de contrôle après 1 mois, amélioration des cytopénies

Conclusion

La VML est une manifestation qu'il faut savoir évoquer devant des douleurs abdominales chez un patient présentant un LES. Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques, radiologiques et endoscopiques et après avoir éliminé les diagnostics différentiels, principalement infectieux.

