



Journal Homepage: - www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/12560

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/12560>



RESEARCH ARTICLE

LUPUS PNEUMONITIS AS THE INITIAL PRESENTATION OF SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Jaouad Yousfi, Soukaina Oumlil, Mouna Zahlane and Lamiaa Essaadouni

Service De Medecine Interne, Hôpital Arrazi, CHU Mohamed VI, Marrakech, Maroc.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 05 January 2021

Final Accepted: 09 February 2021

Published: March 2021

Key words:-

Lupus, Pneumonitis, Steroids

Abstract

Systemic lupus erythematosus (SLE) is an autoimmune connective tissue disease that is characterized by a multisystemic involvement and various clinical manifestations. Pulmonary manifestations occur in approximately 50% of patients. One of the rare and mortal complications is lupus pneumonitis. Very few cases have been reported due to its rarity and diagnostic challenge. It must be suspected in case of non-response to conventional treatment for pneumonia. We describe the case of a 29-year-old man with lupus pneumonitis as the initial presentation of systemic lupus erythematosus.

Copy Right, IJAR, 2021,. All rights reserved.

Introduction:-

Le lupus érythémateux systémique (LES) est une connectivite touchant plusieurs organes dont l'appareil respiratoire. Les manifestations pleuropulmonaires sont présentes dans plus de 50% des cas(1). Néanmoins, la pneumonie lupique reste une atteinte rare et elle n'est qu'exceptionnellement révélatrice. C'est un marqueur pronostic important nécessitant une prise en charge rapide et adéquate. Nous rapportons le cas d'un patient qui a présenté une pneumonie révélant un lupus systémique.

Observation:-

Un patient de 29 ans, connu porteur d'une maladie mitrale d'origine rhumatismale, était admis dans notre formation pour une dyspnée aiguë et une douleur thoracique évoluant dans un contexte fébrile, associées à des arthralgies inflammatoires des genoux et chevilles. L'examen clinique trouvait, un patient fébrile à 38.3°, dyspnéique au repos, avec des râles à l'auscultation cardiopulmonaire. En outre, le patient avait des œdèmes des membres inférieurs moux prenant le godet. La radiographie pulmonaire avait montré une opacité mal limitée basale droite, sans surcharge hilare. Le scanner thoracique avait objectivé un petit foyer de condensation pulmonaire basal droit en faveur d'une pneumonie interstitielle devant faire éliminer en premier une origine infectieuse. Sur le plan biologique, le bilan inflammatoire réalisé avait montré, une lymphopénie à 1040/mm³, une CRP à 32mg/l, vitesse de sédimentation à 90.

La fonction rénale, le bilan hépatique et le bilan phosphocalcique étaient normaux. Les BK-expectorations étaient négatives. La protéinurie de 24 heures était revenue positive à 1.48g, avec une albuminémie à 27g/l et une protidémie totale à 48g/l. Au bilan immunologique ; les anticorps anti-nucléaires étaient positifs mouchetés à 1/640, les anti-ADN positifs, Anti-nucléosome, anti-histone, anti-Sm, étaient positifs. L'échographie cardiaque, avait mis en évidence une fraction d'éjection du ventricule gauche conservée à 78%, sans épanchement péricardique. Une ponction biopsie rénale réalisée devant le syndrome néphrotique avait révélé une glomérulonéphrite endocapillaire,

Corresponding Author:- Jaouad Yousfi

Address:- Service de medecine interne, Hôpital Arrazi, CHU Mohamed VI, Marrakech, Maroc.

avec de dépôts granuleux d'immunoglobulines (IgA,IgG,IgM) et de compléments(C3,C1q) compatible avec une néphropathie lupique classe III active .

Ainsi le diagnostic d'une pneumonie lupique révélatrice de la maladie était retenu, devant les autres anomalies systémiques associées et la régression de la symptomatologie respiratoire sous corticothérapie, initialement persistante sous antibiothérapie.

Le patient était mis sous corticothérapie, antipaludéens de synthèse, et cyclophosphamide pour l'atteinte rénale. L'évolution clinique était marquée par l'amélioration de la symptomatologie respiratoire, régression des œdèmes, et une négativation de la protéinurie de 24 heures.

Discussion:-

L'atteinte pleuro-pulmonaire peut être la première manifestation du lupus systémique, mais elle est moins connue que les atteintes cutanées, articulaires et rénales(2). Selon Pego-Reigosa, elle intéresse 25% des patients atteints du LES(3).

Cette atteinte est fréquente, mais son diagnostic peut être difficile en raison de son éventail de présentations, vu que tous les éléments anatomiques thoraciques pouvant être affectés. La pleurésie lupique est l'atteinte prédominante. Les autres atteintes sont l'embolie pulmonaire, l'hémorragie alvéolaire, l'hypertension artérielle pulmonaire, pneumopathie interstitielle diffuse, pneumopathie infectieuse et la pneumonie lupique aiguë(1)

La pneumonie lupique est décrite au cours du LES dans 1 à 4%des cas(4,5) et peut être révélatrice dans0.007%(4). Matthay et al. ont rapporté 12 cas de pneumonies lupiques dont six étaient révélatrices de LES (6).

Les principaux signes cliniques de la pneumonie lupique sont la fièvre, la toux, la dyspnée, et parfois une hémoptysie, rendant ainsi son diagnostic difficile surtout chez les patient non connus suivis pour LES(1). Chez notre patient, les signes respiratoires étaient une dyspnée aigue associée à une douleur thoracique évoluant dans un contexte fébrile, et les explorations paracliniques étaient en faveur d'une pneumonie lupique, sans pleurésie ni autres atteintes pleuro-pulmonaires associées.

Les principaux diagnostics différentiels de la pneumonie lupique sont la tuberculose, les pneumonies infectieuses, et les vascularites avec atteinte pulmonaire parenchymateuse.

L'évolution de la pneumonie lupique peut-être fatale, et a été décrite comme source du syndrome de détresse respiratoire dans 5.3% des cas de LES dans la série de Kim et al (7).

La non amélioration des signes respiratoires fébriles sous antibiotiques et la négativité du bilan infectieux, chez tout patient suivi pour LES doit faire évoquer cette entité pathologique particulière.

Le traitement de la pneumonie lupique repose sur la corticothérapie orale ou en bolus intraveineux, voire le cyclophosphamide ou l'azathioprine. Les Anti-CD20 ont permis une rémission complète pour l'atteinte pulmonaire du lupus résistante au traitement conventionnel(8).

Pour notre observation, l'atteinte respiratoire était cortico-sensible, et le patient avait bien évolué sous corticoïdes seuls.

Conclusion:-

L'atteinte pleuropulmonaire fait partie intégrante des manifestations viscérales du lupus érythémateux systémique. Elle est dominée essentiellement par la pleurésie. La pneumonie lupique, bien que rare, peut engager le pronostic vital. Il est donc important de suspecter une connectivite type LES devant toute pneumonie ne répondant pas aux traitements conventionnels.

Conflits d'intérêts:

Pas de conflits d'intérêts

Références:-

1. Sauty J-MFA. Lupus érythémateux et atteinte respiratoire. Rev Med Suisse.2000;4:20367.
2. Keane MP, Lynch JP. Pleuropulmonary manifestations of systemic lupus erythematosus. Thorax. 2000;55(2):159- 66.
3. Pego-Reigosa JM, Medeiros DA, Isenberg DA. Respiratory manifestations of systemic lupus erythematosus: old and new concepts. Best practice & research Clinical rheumatology. 2009;23(4):469- 80.
4. Wan SA, Teh CL, Jobli AT. Lupus Pneumonitis as the Initial Presentation of Systemic Lupus Erythematosus: Case Series From a Single Institution. Lupus. 2016;25(13):1485- 90.
5. Orens JB, Martinez FJ, Lynch 3rd JP. Pleuropulmonary manifestations of systemic lupus erythematosus.Rheumatic diseases clinics of North America. 1994;20(1):159- 93.
6. Matthay RA, Schwarz MI, Petty TL, Stanford RE, Gupta RC, Sahn SA, et al. Pulmonary manifestations of systemic lupus erythematosus: review of twelve cases of acute lupus pneumonitis. Medicine. 1975;54(5):397- 409.
7. Kim WU, Kim SI, Yoo WH, Park JH, Min JK, Kim SC, et al. Adult respiratory distress syndrome in systemic lupus erythematosus: causes and prognostic factors: a single center, retrospective study. Lupus. 1999;8(7):552- 7.
8. Lim SW, Gillis D, Smith W, Hissaria P, Greville H, Peh CA. Rituximab use in systemic lupus erythematosus pneumonitis and a review of current reports. Internalmedicine journal. 2006;36(4):260- 2.