

Pleuropneumopathie révélant un lupus érythémateux systémique : à propos d'un cas

S.Msika, Z. Sqalli Houssini, H. Arfaoui, N.Mouhssine, H. Bamha, N. Bougteb, H. Jabri, W. El Khattabi. Mly H. Afif

Service des maladies respiratoires, hôpital 20 août 1953, Casablanca, Maroc

Résumé :

Le lupus érythémateux systémique (LES) est une maladie auto-immune systémique à expression clinique polymorphe. Les manifestations pleuropulmonaires sont fréquentes au cours de son évolution, mais leur caractère inaugural reste rare et constitue un défi diagnostique, notamment face aux étiologies infectieuses. Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 29 ans, ayant comme antécédents une anémie ferriprive depuis 2 ans sous traitement et une thrombose veineuse profonde en post-partum il y'a 6 ans, qui consulte pour une symptomatologie évoluant depuis 15 jours faite d'un syndrome bronchique muqueux, des hémoptysies de faible abondance, une douleur basithoracique gauche en point de côté, une dyspnée d'effort, le tout évoluant dans un contexte de sensations fébriles et de fléchissement de l'état général. L'examen clinique était sensiblement normal. L'imagerie thoracique a mis en évidence une pleuro-pneumopathie basale gauche. Le bilan infectieux était négatif. Le bilan immunologique a objectivé des anticorps antinucléaires fortement positifs, des anticorps anti-ADN natifs positifs ainsi qu'un anticoagulant circulant de type lupique positif. Devant ces éléments, le diagnostic de lupus érythémateux systémique était retenu (score > 10 selon ACR EULAR). La patiente a été mise sous hydroxychloroquine, et corticothérapie orale avec une évolution favorable, marquée par une amélioration clinique et une régression radiologique des lésions. Cette observation souligne l'importance d'évoquer une étiologie auto-immune devant toute pleuro-pneumopathie inexplicée après élimination des causes infectieuses.

Mots-clés : Lupus érythémateux systémique ; Pneumopathie lupique ; Manifestation inaugurale ; AAN ; AC anti DNA natifs

Date of Submission: 17-06-2026

Date of Acceptance: 30-06-2026

I.Introduction

Le lupus érythémateux systémique (LES) est une connectivite auto-immune caractérisée par une atteinte multiviscérale et une grande hétérogénéité clinique. Les manifestations pleuropulmonaires, bien que fréquentes au cours de l'évolution, sont rarement inaugurales et peuvent mimer des affections infectieuses ou inflammatoires, retardant ainsi le diagnostic et imposant une démarche étiologique rigoureuse intégrant données cliniques, radiologiques et immunologiques. Nous rapportons une observation de pleuropneumopathie révélatrice d'un LES, illustrant les difficultés diagnostiques et les enjeux de la prise en charge.

II.Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 29 ans, mariée, mère de trois enfants, sans habitudes toxiques, jamais traitée pour tuberculose pulmonaire et sans comptage tuberculeux récent, suivie pour anémie ferriprive depuis 2 ans sous traitement martial et ayant un antécédent de thrombose veineuse profonde du membre inférieur gauche survenue en post-partum il y'a six ans. L'histoire de la maladie remonte à 15 jours avant son admission par l'installation progressive d'un syndrome bronchique muqueux, une dyspnée d'effort, une douleur basithoracique gauche à type de point de côte, et des hémoptysies de faible abondance, le tout évoluant dans un contexte de sensations fébriles et de fléchissement de l'état général, mise sous amoxicilline acide clavulanique 1g 3 fois par jour pendant 8 jours, sans amélioration clinique. À l'admission, l'examen clinique a trouvé une patiente en bon état général, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, apyrétique. L'examen pleuropulmonaire, ainsi que le reste de l'examen somatique étaient sans anomalies notamment cutané et articulaire. La bandelette urinaire était négative. La radiographie thoracique (figure1), complétée par une tomодensitométrie thoracique (figure2), ont mis en évidence une pleuropneumopathie basale gauche. L'échographie thoracique de repérage a objectivé un comblement du cul de sac costo-diaphragmatique gauche non ponctionnable. L'hémogramme a objectivé une anémie hypochrome microcytaire (Hb à 10,5 g/dl), sans hyperleucocytose ni lymphopénie ou thrombopénie, la ferritinémie était basse à 10 ng/ml, la CRP était à 1,4 mg/l. Le bilan rénal ainsi que la protéinurie des 24 heures étaient normaux. Le bilan immunologique a mis en évidence des anticorps antinucléaires fortement positifs à

1/800 avec un aspect homogène, des anticorps anti-ADN natifs positifs à 125,7 UI/mL ainsi que des anticorps anticoagulant circulant de type lupique positif, par ailleurs les anticorps anti-Sm et les antigènes solubles sont revenus négatifs. La bronchoscopie souple a mis en évidence un aspect inflammatoire diffus de l'arbre bronchique. La recherche de BK par examen direct, culture et GeneXpert MTB/RIF, l'étude mycologique et la recherche de germes banals dans les aspirations bronchiques étaient négatives. L'échocardiographie transthoracique n'as pas retrouvé d'épanchement péricardique. Ainsi le diagnostic de pneumonie lupique révélatrice de LES (selon les critères de la classification ACR/EULAR 2019 avec un score supérieur à 10) était retenu devant l'absence d'argument en faveur d'une étiologie infectieuse et la positivité du bilan immunologique. La patiente a été mise sous hydroxychloroquine à la dose de 200 mg deux fois par jour, et sous corticothérapie systémique à dose de 40 mg par jour avec traitement adjuvant. L'évolution a été marquée par une amélioration clinique et un nettoyage radiologique initialement persistant après antibiothérapie (figure 3).

III. Discussion

Le lupus érythémateux systémique (LES) est une connectivite auto-immune chronique caractérisée par une production d'auto-anticorps dirigés contre des antigènes nucléaires et une atteinte multiviscérale d'expression clinique polymorphe [1,2]. Sa prévalence varie entre 20 et 150 cas pour 100 000 habitants, avec une nette prédominance féminine et un pic de survenue chez l'adulte jeune [2,3].

L'atteinte pleuro-pulmonaire constitue l'une des manifestations viscérales les plus fréquentes du LES, survenant chez 50 à 70 % des patients au cours de l'évolution de la maladie [3–5]. Elle peut intéresser l'ensemble des compartiments thoraciques, incluant la plèvre, le parenchyme pulmonaire, les voies aériennes et la circulation pulmonaire [4–6].

La pleurésie lupique représente la manifestation thoracique la plus fréquente, observée dans 30 à 50 % des cas. Elle se manifeste habituellement par un épanchement pleural exsudatif, souvent bilatéral et de faible abondance, parfois associé à des douleurs thoraciques de type pleurétique [5,6]. Sur le plan physiopathologique, elle résulte du dépôt de complexes immuns au niveau de la plèvre, entraînant une activation du complément et une réaction inflammatoire locale [3,6].

Les atteintes parenchymateuses pulmonaires sont plus rares mais potentiellement sévères. La pneumopathie lupique aiguë constitue une entité redoutable, caractérisée par un tableau d'insuffisance respiratoire aiguë associant dyspnée, fièvre et infiltrats pulmonaires bilatéraux, mimant fréquemment une infection pulmonaire [6–8]. L'hémorragie alvéolaire diffuse représente une autre complication grave, associée à une mortalité élevée, nécessitant une prise en charge urgente [7,8]. Par ailleurs, des pneumopathies interstitielles chroniques, souvent de type PINS, peuvent être observées, notamment dans les formes associées aux connectivites [4,6]. Le diagnostic des manifestations pleuro-pulmonaires du LES repose sur une démarche étiologique rigoureuse. Le principal enjeu réside dans l'élimination des causes infectieuses, en particulier la tuberculose, qui constitue un diagnostic différentiel majeur dans les zones d'endémie [7,9]. Cette étape est essentielle en raison du risque de mise en route inappropriée d'une immunosuppression dans un contexte infectieux non contrôlé. Le diagnostic de LES repose sur un faisceau d'arguments cliniques et immunologiques. Les anticorps antinucléaires constituent un test de dépistage sensible, tandis que les anticorps anti-ADN natif et les anticorps anti-Sm présentent une spécificité élevée [1,10]. Les critères de classification proposés par l'European League Against Rheumatism et l'American College of Rheumatology (EULAR/ACR 2019) reposent sur une combinaison pondérée de critères cliniques et immunologiques, permettant une amélioration de la sensibilité et de la spécificité diagnostiques [10,11]. Notre patiente avait un score ≥ 10 ce qui confirmait son diagnostic de LES. Sur le plan physiopathologique, l'atteinte pulmonaire du LES implique des mécanismes complexes associant dépôts de complexes immuns, activation du complément, dysfonction endothéliale et inflammation tissulaire, conduisant à des lésions pleurales et parenchymateuses [3,6].

La prise en charge thérapeutique dépend du type et de la sévérité de l'atteinte pulmonaire. L'hydroxychloroquine constitue le traitement de fond de référence du LES et est recommandée chez la majorité des patients en raison de son effet bénéfique sur l'activité de la maladie et la prévention des poussées [12,13]. Les corticoïdes systémiques représentent le traitement de première ligne des formes aiguës ou modérées, tandis que les immunosuppresseurs (cyclophosphamide, mycophénolate mofétil) sont réservés aux formes sévères ou réfractaires [12–14].

IV. Conclusion

Ainsi, les manifestations pleuro-pulmonaires inaugurales du LES, bien que rares, constituent un défi diagnostique majeur. Leur reconnaissance précoce repose sur une approche intégrative associant données cliniques, radiologiques et immunologiques, dans le cadre d'une démarche multidisciplinaire rigoureuse, permettant d'optimiser la prise en charge et d'améliorer le pronostic.

Références

- [1] Tsokos GC. Systemic lupus erythematosus. N Engl J Med. 2011.
- [2] Kaul A, et al. Systemic lupus erythematosus. Nat Rev Dis Primers. 2016.
- [3] Duron L, et al. Pulmonary manifestations of SLE. Rev Med Interne. 2016.
- [4] Zamora MR, et al. Pulmonary manifestations of SLE. Semin Respir Crit Care Med. 2014.
- [5] Keane MP, et al. Pleuropulmonary involvement in SLE. Thorax. 2000.
- [6] Torre O, et al. Lung involvement in SLE. Eur Respir Rev. 2013.
- [7] Cervera R, et al. Morbidity and mortality in SLE. Medicine. 2003.
- [8] Kamen DL, et al. Pulmonary disease in SLE. Clin Chest Med. 2010.
- [9] WHO. Global tuberculosis report. 2023.
- [10] Aringer M, et al. EULAR/ACR classification criteria for SLE. Ann Rheum Dis. 2019.
- [11] Petri M, et al. SLE classification update. Arthritis Rheum. 2012.
- [12] Fanouriakis A, et al. EULAR recommendations SLE. Ann Rheum Dis. 2019.
- [13] Ruiz-Irastorza G, et al. Hydroxychloroquine in SLE. Ann Rheum Dis. 2010.
- [14] Bertias GK, et al. Treatment of SLE. Ann Rheum Dis. 2012.

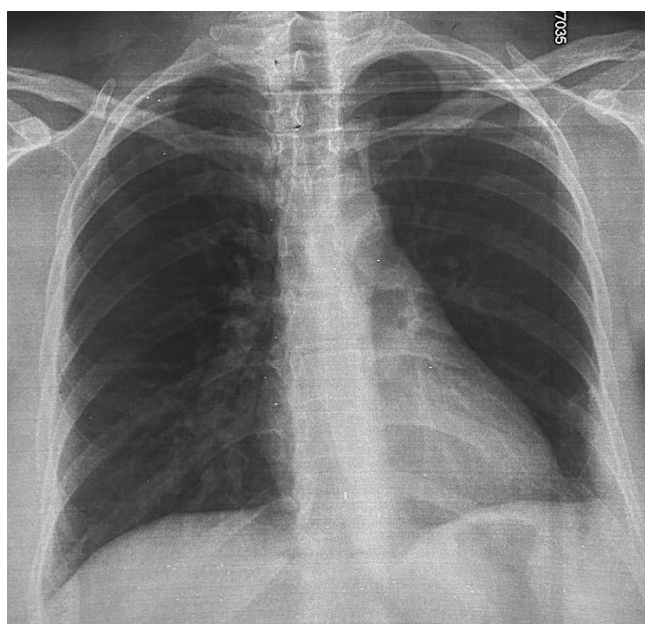


Figure 1 : Radiographie thoracique de face : opacité basithoracique gauche, émoussement du cul de sac costo-diaphragmatique homolatéral



Figure 2 : TDM thoracique : pleuropneumopathie basale gauche



Figure 3 : TDM thoracique : nettoyage radiologique de la pleuropneumopathie gauche après traitement