

VIÊM RUỘT LÀ BIỂU HIỆN BAN ĐẦU CỦA LUPUS BAN ĐỒ HỆ THỐNG: BÁO CÁO CA BỆNH

Lương Thị Phượng^{1,2,✉}, Nguyễn Thị Bích Ngọc², Nguyễn Thu Hương²

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Viêm ruột lupus là một biến chứng nghiêm trọng, hiếm gặp của lupus ban đỏ hệ thống (SLE). Chẩn đoán rất khó khăn, đặc biệt khi không có các triệu chứng khác của SLE đang hoạt động. Chúng tôi báo cáo ca bệnh trẻ nữ 11 tuổi đến khám vì đau bụng, nôn nhiều, đại tiện phân lỏng 3 - 4 lần/ ngày, không có nhày máu, khám trẻ tỉnh, bụng mềm không có phản ứng thành bụng, X-quang bụng bình thường, siêu âm bụng có hình ảnh dày thành một số quai ruột, ít dịch. Sau 1 tuần, trẻ nôn nhiều hơn, nôn dịch xanh, vàng, đại tiện phân tóe nước có ít nhày không máu 12 - 15 lần/ ngày và sốt. Chụp cắt lớp ổ bụng có dày thành lan tỏa ruột non và đại tràng, nhiều dịch tự do, bạch cầu phân (+), giảm bạch cầu lympho máu, CRP bình thường, C3, C4 giảm mạnh, ANA (+), kháng thể kháng dsDNA tăng, có protein niệu. Trẻ được chẩn đoán viêm ruột/viêm thận lupus, đáp ứng tốt với corticoid sau 2 tuần. Ca bệnh muốn nhấn mạnh đến đặc điểm lâm sàng viêm ruột lupus, chẩn đoán và điều trị.

Từ khóa: Lupus ban đỏ hệ thống, viêm ruột lupus, viêm thận lupus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống (SLE) là một bệnh tự miễn mạn tính được đặc trưng bởi sự hình thành các tự kháng thể, tổn thương đa cơ quan, trong đó hay gặp nhất là da, cơ xương, thận, tim mạch, huyết học và thần kinh trung ương.¹ Đau bụng và các biểu hiện khác ở đường tiêu hóa cũng thường gặp ở SLE, nhưng đây thường là do nhiễm trùng liên quan đến sử dụng thuốc ức chế miễn dịch, tác dụng phụ của thuốc hoặc có thể là biểu hiện của các tổn thương ở các cơ quan khác không liên quan đến đường tiêu hóa.² Tổn thương đường tiêu hóa do SLE gặp ở 40 - 60% bệnh nhân SLE, biểu hiện đa dạng như loét miệng, viêm tụy, bệnh lý gan mật, viêm ruột lupus, bệnh lý ruột mất protein và giả tắc nghẽn đường ruột.^{1,3} Hầu hết các biểu hiện ở

đường tiêu hóa thường nhẹ.⁴ Tuy nhiên, viêm mạch và huyết khối dẫn đến thiếu máu cục bộ, thủng và nhồi máu ruột có thể tử vong nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời.³

Viêm ruột lupus là một nguyên nhân hiếm gặp và chưa được hiểu rõ gây đau bụng ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống (SLE).⁵ Nó được đặc trưng bởi tình trạng viêm thành ruột thứ phát do sự lắng đọng của phức hợp miễn dịch và hoạt hóa hệ thống bổ thể, dẫn đến viêm mạch và tổn thương do thiếu máu cục bộ.⁶ Bệnh nhân có thể bị đau bụng, buồn nôn, nôn, tiêu chảy và sốt, có nguy cơ biến chứng như nhồi máu ruột, tắc ruột và thủng ruột.^{5,7} Hiện nay đã có những tiến bộ trong điều trị SLE, nhưng tiêu chuẩn chẩn đoán cụ thể cho viêm ruột lupus vẫn chưa được xác định rõ ràng. Trong báo cáo của Long Chen và cộng sự về biểu hiện lâm sàng của viêm ruột lupus, nhóm tác giả đã đưa ra tiêu chuẩn chẩn đoán viêm ruột lupus khi bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán SLE và có ba tình trạng sau: (1) có ít nhất

Tác giả liên hệ: Lương Thị Phượng

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: luongphuong2233@gmail.com

Ngày nhận: 05/04/2024

Ngày được chấp nhận: 23/04/2024

một trong các triệu chứng đường tiêu hóa: đau bụng, tiêu chảy, đầy hơi, buồn nôn hoặc nôn; (2) ít nhất một trong ba biểu hiện trên chẩn đoán hình ảnh: thành ruột dày lên, giãn mạch mạc treo hoặc tăng đậm độ mỡ mạc treo; và (3) không giảm các triệu chứng tiêu hóa sau khi sử dụng thuốc ức chế axit, chất bảo vệ niêm mạc, thuốc giảm tiết đường tiêu hóa hoặc kháng sinh, nhưng giảm bớt thành công sau khi tăng liều glucocorticoid.⁷ Nhiều báo cáo ca bệnh về viêm ruột lupus trên thế giới đều báo cáo chụp cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang được coi tiêu chuẩn quan trọng để chẩn đoán viêm ruột lupus là dày thành ruột lan tỏa “dấu hiệu hình bia bắn” và giãn mạch mạc treo “dấu hiệu lược”.^{7,8} Chúng tôi báo cáo một trường hợp hiếm gặp viêm ruột lupus là biểu hiện đầu tiên của SLE để thảo luận về biểu hiện lâm sàng, chẩn đoán cũng như điều trị viêm ruột lupus.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Trẻ nữ 11 tuổi có tiền sử trước mổ ruột thừa ở Bệnh viện Nhi Trung ương cách 10 ngày vào viện. 1 ngày trước khi vào viện trẻ nôn 3 - 4 lần/ ngày, nôn sau ăn, kèm theo đại tiện phân lỏng ít nước không nhày, máu 3 - 4 lần/ ngày. Trẻ không sốt, đau bụng âm ỉ vùng quanh rốn. Thăm khám lâm sàng, trẻ tỉnh, không có dấu hiệu màng não, không có ban ngoài da, vết mổ nội soi khô, không viêm đỏ, bụng mềm không có phản ứng thành bụng. Xét nghiệm máu số lượng bạch cầu, CRP, men tụy, điện giải đồ bình thường. X-quang bụng không chuẩn bị bình thường, siêu âm bụng có dày thành một số quai ruột, ít dịch tự do ổ bụng. Soi phân có bạch cầu (+++), không có hồng cầu. Trẻ được chẩn đoán theo dõi viêm ruột và được điều trị kháng sinh đường uống ciprobay, uống oresol, men tiêu hóa. 5 ngày sau trẻ nôn nhiều hơn, nôn dịch xanh, vàng, trẻ không ăn uống được, đại tiện phân tóe nước 10 - 12 lần/ ngày, phân có ít nhày, không có máu. Trẻ vẫn đau bụng âm

ỉ quanh rốn, có lúc trệ thành cơn, kèm theo sốt nóng, nhiệt độ cao nhất là 38,5 độ C. Trẻ sụt cân 1 kg/1 tuần, có dấu hiệu mất nước, bụng chướng hơi nhẹ, không có phản ứng thành bụng, không có điểm đau khu trú. Trẻ không có ban da, không đau khớp, khám tim phổi bình thường. Một số kết quả cận lâm sàng của trẻ là: Số lượng bạch cầu máu bình thường 8,72 G/l, bạch cầu đa nhân trung tính là 85,5%, số lượng bạch cầu lympho giảm nhẹ 0,79 G/l (bình thường là 1,2 - 2,8 G/l); ure, creatinin, GOT, GPT, men tụy, CRP máu bình thường; điện giải đồ máu có giảm kali máu nhẹ 3,16 mmol/l (bình thường là 3,5 - 5 mmol/l); soi phân hồng cầu (-), bạch cầu (+++); siêu âm ổ bụng có hình ảnh dày thành một số quai ruột. Trẻ được nhập viện tại Khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Nhi Trung ương điều trị với chẩn đoán theo dõi viêm dạ dày - ruột - mất nước. Tại đây trẻ được điều trị bù nước điện giải, kháng sinh uống, thuốc giảm tiết acid dạ dày, men tiêu hóa. Sau 5 ngày trẻ nôn nhiều hơn, nôn sau ăn uống, nôn dịch xanh vàng, đại tiện phân tóe nước 12 - 15 lần/ ngày, có ít nhày không có máu. Trẻ vẫn đau bụng từng cơn, đau nhiều vùng thượng vị, sụt 1 kg/5 ngày. Siêu âm ổ bụng của trẻ lúc này có dày một số quai ruột quanh rốn, dịch tự do ổ bụng nhiều. X-quang bụng không chuẩn bị bình thường. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có hình ảnh dày lan tỏa ruột non và đại tràng, hạch mạc treo rải rác, hạch lớn nhất là 13mm, nhiều dịch tự do ổ bụng, chỗ dày nhất là 69mm. Xét nghiệm máu cho thấy: Số lượng bạch cầu tăng 13,98 G/l, với 98% là bạch cầu đa nhân trung tính, số lượng bạch cầu lympho tiếp tục giảm 0,47 G/l, không thiếu máu, số lượng tiểu cầu bình thường. Sinh hóa máu: CRP, procalcitonin máu bình thường, chức năng gan thận bình thường, albumin máu giảm nhẹ 30,9 g/l (bình thường 39 - 49 g/l), men tụy tăng P-amylase: 374 U/l (bình thường: < 53 U/l), lipase: 481,9 U/l (bình thường: 7 -

39 U/l), điện giải đồ: Natri: 137,2 mmol/l; Kali: 3,16 mmol/l; Clo: 107 mmol/l. Đông máu cơ bản bình thường. Tổng phân tích nước tiểu không có hồng cầu niệu, bạch cầu niệu, protein niệu (+++). Soi phân vẫn có nhiều bạch cầu, hồng cầu (+), nuôi cấy phân không tìm thấy vi khuẩn, *Samonella* trong phân cũng âm tính. Trẻ được cho nhịn ăn, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch, bù dịch đảm bảo khối lượng tuần hoàn và điện giải, tiếp tục tiêm thuốc giảm tiết acid dạ dày. Với những kết quả xét nghiệm cơ bản này chúng tôi nghi ngờ trẻ có thể có biểu hiện tổn thương bệnh hệ thống khi có tổn thương thận, viêm tụy, viêm dạ dày ruột. Trẻ được thực hiện thăm dò thêm một số xét nghiệm, thì nhận thấy: protein/creatinin niệu 196 mg/mmol; bổ thể giảm thấp C3: 0,2 g/l (bình thường: 0,85 - 1,42 g/l); C4: 0,02 g/l (bình thường: 0,12 - 0,41 g/l), kháng thể kháng nhân (anti-ANA) dương tính; kháng thể kháng dsDNA tăng 112 U/ml (bình thường: < 30 U/ml). Trẻ có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán viêm thận lupus theo tiêu chuẩn của EULAR 2019. Trẻ được chẩn đoán theo dõi viêm ruột lupus/viêm thận lupus và chuyển đến Khoa Thận - Lọc máu điều trị.

Khi đến khoa chúng tôi, trẻ đại tiện phân tóe nước 20 lần/ ngày, có ít nhày, dịch dạ dày qua sonde nhiều 300 - 500 ml/ ngày, dịch vàng xanh, trẻ sụt 2 kg/2 tuần, vẫn còn dấu hiệu mất nước nhẹ, mạch quay bắt rõ, huyết áp 105/68mmHg, không phù, bụng mềm, không có phản ứng thành bụng. Chúng tôi truyền dịch đảm bảo khối lượng tuần hoàn, tiếp tục nhịn ăn, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch và điều trị methylprednisolon 30 mg/kg/ngày (không quá 1g/ ngày) truyền tĩnh mạch x 3 ngày, hội chẩn chuyên khoa tiêu hóa điều trị sandostatin (octreotide acetate) để giảm xuất tiết dịch ở đường tiêu hóa. Sau 3 ngày truyền methylprednisolon và sandostatin (có kiểm soát đường máu) trẻ đại tiện phân lỏng giảm xuống 7 - 8 lần/ ngày, đỡ nôn, lượng

dịch dạ dày qua sond còn 100ml/ ngày, chúng tôi chuyển uống tiêm methylprednisolon liều thấp 1 mg/kg/ngày và dừng sandostatin, tiếp tục nuôi dưỡng tĩnh mạch. 5 ngày sau (tức là 8 ngày tại khoa Thận - Lọc máu) trẻ không nôn, đại tiện phân lỏng ít nước 4 - 5 lần/ ngày, men tụy cũng giảm (P-amylase 127,8 U/l và lipase 100,4), nồng độ C3, C4 tăng lên lần lượt là 0,42 g/l và 0,08 g/l, số lượng bạch cầu lympho tăng 1,12 G/l, protein/creatinin niệu cũng giảm 60 mg/mmol. Chúng tôi cho bệnh nhân ăn trở lại và chuyển uống prednisolon liều 1 mg/kg/ngày. Chúng tôi tiến hành sinh thiết thận cho trẻ thì kết quả giải phẫu bệnh là viêm thận lupus lớp II cũng phù hợp với mức độ protein niệu của trẻ. Hiện tại trẻ đang điều trị ngoại trú được 6 tháng, protein niệu đã âm tính, ure, creatinin máu bình thường, men tụy trở về bình thường, nồng độ C3, C4 cũng tăng trở về bình thường, kháng thể kháng nhân (-), kháng thể kháng dsDNA cũng âm tính, bạch cầu lympho máu tăng trên 1,5 G/l trẻ tăng cân trở lại như ban đầu trước khi bị bệnh, đại tiện phân bình thường.

III. BÀN LUẬN

Đây là ca bệnh viêm ruột lupus và là biểu hiện đầu tiên của lupus ban đỏ hệ thống (SLE). Trường hợp viêm ruột lupus này khó chẩn đoán vì trẻ chưa có biểu hiện tổn thương ở các cơ quan khác cũng như được chẩn đoán SLE trước đó. Biểu hiện lâm sàng của bệnh thường không đặc hiệu, bao gồm đau bụng, buồn nôn, nôn, tiêu chảy và sụt cân, dễ bị nhầm lẫn với một số bệnh đường tiêu hóa, khiến việc chẩn đoán trở thành một thách thức với các bác sĩ lâm sàng chung cũng như các bác sĩ chuyên khoa tiêu hóa. SLE là bệnh tự miễn mạn tính được đặc trưng bởi sự hình thành các tự kháng thể, tổn thương đa cơ quan với biểu hiện lâm sàng đa dạng và kết quả cận lâm sàng khó phân biệt giữa bệnh nhiễm trùng và bệnh liên quan đến bệnh tự miễn, từ đó gây khó khăn

trong chẩn đoán cũng như quyết định điều trị.⁹ Khoảng 50% bệnh nhân SLE có các triệu chứng về đường tiêu hóa, hay gặp nhất loét miệng họng.^{9,10} Viêm ruột lupus là một biến chứng hiếm gặp của SLE, được chẩn đoán ở 1% bệnh nhân SLE có đau bụng và 65% trường hợp đau bụng cấp tính khi có SLE.¹¹ Tuy nhiên, bệnh nhân viêm ruột lupus có thể tử vong nếu phát hiện muộn.^{5,9} Sinh lý bệnh của viêm ruột lupus vẫn chưa thống nhất, nhưng nhiều tác giả cho rằng sự lắng đọng phức hợp miễn dịch là nguyên nhân gây ra các tổn thương vi mạch, có thể gây ra thiếu máu cục bộ đường ruột và dày thành ruột.^{6,12}

Biểu hiện lâm sàng bao gồm đau bụng khởi phát đột ngột hoặc âm ỉ, buồn nôn, nôn và tiêu chảy mãn tính. Có thể xảy ra hoại tử và thủng ruột, thường liên quan đến xuất huyết tiêu hóa, dẫn đến tỷ lệ tử vong cao. Mặc dù, nó có thể ảnh hưởng đến bất kỳ vị trí của đường tiêu hóa, nhưng tổn thương nhiều nhất ở các vị trí cấp máu của động mạch mạc treo tràng trên chủ yếu là hồi tràng (85%) và hồng tràng (80%).¹³ Bệnh nhân của chúng tôi cũng có biểu hiện ban đầu là đau bụng âm ỉ có lúc trở thành cơn, buồn nôn, nôn nhiều tăng dần, đại tiện phân tóe nước, sụt cân. Chẩn đoán hình ảnh giúp chẩn đoán viêm ruột của trẻ gồm có hình ảnh dày thành ruột lan tỏa, hạch mạc treo rải rác trên cả siêu âm và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng. Các xét nghiệm để đánh giá tình trạng nhiễm trùng thì đều không ủng hộ: số lượng bạch cầu máu thì tăng nhẹ nhưng CRP thì bình thường, procalcitonin cũng không tăng, soi phân mặc dù có bạch cầu nhưng nuôi cấy phân 2 lần đều âm tính, cấy máu cũng âm tính, xét nghiệm *Samonella* (-). Tuy nhiên, trẻ không đáp ứng với điều trị viêm dạ dày ruột bằng kháng sinh, men tiêu hóa, thuốc giảm tiết acid dạ dày, truyền dịch. Bên cạnh tình trạng viêm ruột không cải thiện, trẻ lại xuất hiện thêm viêm tụy cấp (trẻ có

tăng P-amylase và lipase, nhưng trên chụp cắt lớp vi tính không có hình ảnh tổn thương ở tụy). Mặt khác, trẻ có đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán viêm thận lupus theo EULAR 2019¹⁴: ANA (+), giảm mạnh bổ thể C3 và C4 (4 điểm), kháng thể kháng dsDNA tăng (6 điểm), protein niệu (4 điểm). Biểu hiện lâm sàng này của trẻ cũng tương tự như biểu hiện lâm sàng viêm ruột lupus đã được báo cáo trong nghiên cứu của Long Chen và một số báo cáo ca bệnh viêm ruột lupus trên thế giới^{7,13,15}: trẻ bị SLE kèm theo biểu hiện đường tiêu hóa là nôn, tiêu chảy mạn tính; chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có hình ảnh dày lan tỏa thành ruột; không đáp ứng với điều trị kháng sinh, thuốc giảm tiết acid dạ dày, men tiêu hóa. Chúng tôi chẩn đoán trẻ là viêm ruột/ viêm thận lupus. Tính điểm hoạt động SLEDAI của bệnh SLE thì trẻ đang có hoạt động lupus mức độ mạnh (SLEDAI 17 điểm: viêm mạch ở ruột 8 điểm, proteinin/creatinin niệu 196 mg/mmol 4 điểm, giảm bổ thể 2 điểm, tăng kháng thể kháng dsDNA 2 điểm, sốt 1 điểm). Chúng tôi quyết định điều trị methylprednisolon 30 mg/kg/ngày truyền tĩnh mạch trong 3 ngày kết hợp truyền dịch, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch, thuốc giảm xuất tiết đường tiêu hóa. Sau 3 ngày điều trị methylprednisolon liều cao chúng tôi nhận thấy trẻ có cải thiện số lần đại tiện từ 15 - 20 lần/ngày xuống 7 - 8 lần/ngày, cũng như lượng dịch qua sonde dạ dày giảm từ 300 - 500 ml/ngày xuống 100 ml/ngày, men tụy trẻ cũng cải thiện. Chúng tôi dừng sandostatin, chuyển tiêm methylprednisolon 1 mg/kg/ngày, tiếp tục nhịn ăn, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch trong 5 ngày tiếp theo. Sau 8 ngày điều trị tại Khoa Thận - Lọc máu bằng corticoid và điều trị triệu chứng trẻ có cải thiện rõ rệt về triệu chứng: không nôn, đại tiện 4 - 5 lần/ngày, bổ thể tăng, men tụy giảm rõ. Sau 2 tuần điều trị, trẻ có đáp ứng hoàn toàn: trẻ không sốt, không phù, không nôn, đại tiện phân bình thường, protein

niệu âm tính, siêu âm bụng bình thường. Hiện tại, trẻ đang điều trị ngoại trú được 6 tháng, protein niệu đã âm tính, ure, creatinin máu bình thường, trẻ tăng cân trở lại như ban đầu trước khi bị bệnh, đại tiện phân bình thường và liều prednisolon giảm xuống 1 viên/ngày để duy trì sự ổn định của SLE.

IV. KẾT LUẬN

Viêm ruột lupus là một biểu hiện hiếm gặp của SLE. Tác giả đã báo cáo một trường hợp viêm ruột lupus là biểu hiện đầu tiên của SLE, với chẩn đoán khó khăn đòi hỏi kết hợp biểu hiện lâm sàng nghi ngờ, xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh. Điều trị tùy thuộc vào mức độ bệnh, nhưng thường đáp ứng tốt với liệu pháp corticoid.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Halilu F, Qureshi A, Nash B. Lupus Enteritis in the Absence of a Lupus Flare. A Case Report and Review of Literature. *J Community Hosp Intern Med Perspect.* 12(6):73-78. doi:10.55729/2000-9666.1129
- Brewer BN, Kamen DL. Gastrointestinal and Hepatic Disease in Systemic Lupus Erythematosus. *Rheumatic diseases clinics of North America.* 2018;44(1):165. doi:10.1016/j.rdc.2017.09.011
- Frittoli RB, Vivaldo JF, Costallat LTL, et al. Gastrointestinal involvement in systemic lupus erythematosus: A systematic review. *Journal of Translational Autoimmunity.* 2021;4:100106. doi:10.1016/j.jtauto.2021.100106
- Ebert EC, Hagspiel KD. Gastrointestinal and hepatic manifestations of systemic lupus erythematosus. *J Clin Gastroenterol.* 2011;45(5):436-441. doi:10.1097/MCG.0b013e31820f81b8
- Janssens P, Arnaud L, Galicier L, et al. Lupus enteritis: from clinical findings to therapeutic management. *Orphanet Journal of Rare Diseases.* 2013;8(1):67. doi:10.1186/1750-1172-8-67
- Barrera O M, Barrera M R, de la Rivera V M, et al. Lupus enteritis as initial manifestation of systemic lupus erythematosus. Report of one case. *Rev Med Chil.* 2017;145(10):1349-1352. doi:10.4067/S0034-98872017001001349
- Chen L, He Q, Luo M, et al. Clinical features of lupus enteritis: a single-center retrospective study. *Orphanet Journal of Rare Diseases.* 2021;16(1):396. doi:10.1186/s13023-021-02044-4
- Gonzalez A, Wadhwa V, Salomon F, et al. Lupus enteritis as the only active manifestation of systemic lupus erythematosus: A case report. *World J Clin Cases.* 2019;7(11):1315-1322. doi:10.12998/wjcc.v7.i11.1315
- Kröner PT, Tolaymat OA, Bowman AW, et al. Gastrointestinal Manifestations of Rheumatological Diseases. *Am J Gastroenterol.* 2019;114(9):1441-1454. doi:10.14309/ajg.0000000000000260
- Liu Z, Guo M, Cai Y, et al. A nomogram to predict the risk of lupus enteritis in systemic lupus erythematosus patients with gastrointestinal involvement. *EClinicalMedicine.* 2021;36:100900. doi:10.1016/j.eclinm.2021.100900
- Fukatsu H, Ota S, Sugiyama K, et al. A Case of Systemic Lupus Erythematosus Presenting with an Acute Abdomen: Successful Treatment with Steroid. *Case Rep Med.* 2014;2014:318939. doi:10.1155/2014/318939
- Smith LW, Petri M. Lupus enteritis: an uncommon manifestation of systemic lupus erythematosus. *J Clin Rheumatol.* 2013;19(2):84-86. doi:10.1097/RHU.0b013e318284794e
- Zambiasi L, Zambiasi AR, Tomasetto ME, et al. Lupus Enteritis: A Case Report. *EMJ.* 2023. doi: 10.33590/emj/10308412
- Aringer M, Costenbader K, Daikh D, et

al. 2019 European League Against Rheumatism/ American College of Rheumatology Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Rheumatol.* 2019;71(9):1400-1412. doi:10.1002/art.40930

15. Bellou AM, Bös D, Kukuk G, et al. Enteritis as initial manifestation of systemic lupus erythematosus in early pregnancy: A case report. *Medicine.* 2018;97(17):e0401. doi:10.1097/MD.00000000000010401

Summary

ENTERITIS AS INITIAL MANIFESTATION OF SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS: A CASE REPORT

Lupus enteritis is a rare, severe complication of systemic lupus erythematosus (SLE). However, the diagnosis is difficult, especially without other symptoms related to active SLE. We report a case of an 11-year-old female child who came to our hospital because of abdominal pain, vomiting a lot, and diarrhea 3 - 4 times/day, with no bloody mucus. The child was conscious, the abdomen was soft with no abdominal wall reaction, X- Abdominal radiographs were normal, and abdominal ultrasound showed thickening of some intestinal walls, little fluid. After 1 week, the child vomited more, vomited green and yellow fluid, had diarrhea with little mucus and no blood 12 - 15 times/day, and had a fever. Abdominal CT scan showed diffuse wall thickening of the small intestine and colon, lots of free fluid, fecal leukocytes (+), lymphocytopenia, normal CRP, C3, and C4 decreased sharply, ANA (+), anti-dsDNA increased, and proteinuria. The child was diagnosed with lupus enteritis/lupus nephritis and responded well to corticosteroid therapy after 2 weeks. This case emphasized the clinical features of lupus enteritis, diagnosis, and treatment.

Keywords: Systemic lupus erythematosus, lupus enteritis, lupus nephritis.