

# Báo cáo 3 trường hợp lâm sàng viêm ruột trên bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống

## 3 cases of enteritis in systemic lupus erythematosus

Mai Thu Hoài, Thái Doãn Kỳ, Nguyễn Cảnh Bình,  
Hoàng Kim Ngân, Đinh Thị Ngà,  
Phạm Minh Ngọc Quang, Dương Thị Tuyết

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

### Tóm tắt

Viêm ruột lupus là một biểu hiện hiếm gặp của bệnh lupus ban đỏ hệ thống. Chẩn đoán tình trạng bệnh lý này thường gặp khó khăn, đặc biệt trong các trường hợp thiếu vắng các triệu chứng lâm sàng liên quan của bệnh lupus ban đỏ hệ thống thể hoạt động. Chúng tôi trình bày một số trường hợp lâm sàng được chẩn đoán viêm ruột lupus dựa trên các dấu hiệu lâm sàng, khám xét hình ảnh và xét nghiệm miễn dịch. Các bệnh nhân này đều đáp ứng tốt với điều trị corticoid toàn thân.

*Từ khóa:* Viêm ruột lupus, lupus ban đỏ hệ thống (SLE).

### Summary

Lupus enteritis is a rare manifestation of systemic lupus erythematosus (SLE). It is a difficult diagnosis, especially in the absence of clinical symptoms related to active SLE. Here we report some cases of lupus enteritis diagnosed based on clinical presentations, imaging examinations, and autoimmune workups. All these patients respond well to systemic corticosteroids.

*Keywords:* Lupus enteritis, systemic lupus erythematosus (SLE).

### 1. Đặt vấn đề

Các triệu chứng trên đường tiêu hóa là khá thường gặp ở các bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống (SLE). Phần lớn các triệu chứng này như đau bụng, buồn nôn, chán ăn... có liên quan đến tác dụng phụ của các thuốc điều trị. Tuy nhiên các triệu chứng này cũng có thể do bản thân bệnh SLE gây ra. Viêm ruột lupus là một biến chứng hiếm gặp và chưa được hiểu biết đầy đủ ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống [1, 2, 3]. Trong BILAG 2004, viêm ruột lupus được định nghĩa là viêm mạch máu hoặc viêm ruột non, với hình ảnh hỗ trợ và/hoặc phát hiện trên sinh thiết, làm nổi bật phổ rộng của bệnh [4]. Các y văn báo cáo về tình trạng bệnh lý này không nhiều và chủ

yếu dừng lại ở các trường hợp lâm sàng [5, 6, 7, 8, 9]. Phát hiện, chẩn đoán sớm viêm ruột lupus để điều trị phù hợp sẽ giúp nhanh chóng cải thiện triệu chứng, giảm chi phí và rút ngắn ngày nằm điều trị cho bệnh nhân. Chúng tôi xin trình bày 3 trường hợp lâm sàng được chẩn đoán viêm ruột lupus dựa trên các dấu hiệu lâm sàng, khám xét hình ảnh và xét nghiệm miễn dịch; đủ tiêu chuẩn chẩn đoán SLE theo các hướng dẫn quốc tế và đáp ứng tốt với điều trị đặc hiệu.

### 2. Trường hợp lâm sàng

#### 2.1. Trường hợp thứ nhất

Bệnh nhân nữ, 38 tuổi, tiền sử ho gà năm 7 tuổi, biến chứng teo cơ 2 chân, di chứng yếu 2 chi dưới, xuất hiện đau bụng 1 năm nay, tái diễn từng đợt kèm nôn, buồn nôn, đại tiện phân lỏng nước, có lúc sốt, đã đi khám nhiều nơi, được dùng thuốc theo

*Ngày nhận bài:* 19/8/2022, *ngày chấp nhận đăng:* 5/10/2022

*Người phản hồi:* Mai Thu Hoài

*Email:* maithuhoai108@gmail.com - Bệnh viện TWQĐ 108

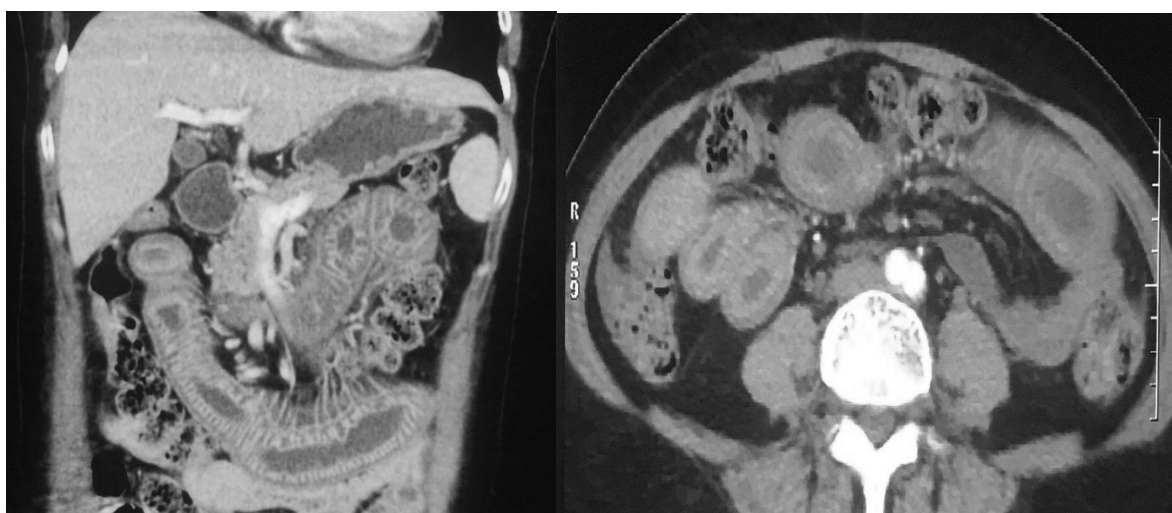
đơn, bệnh ổn định từng đợt. Ngoài ra còn kèm theo các triệu chứng buồn nôn, nôn, suy kiệt nhiều. Đợt này bệnh nhân nhập viện Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 với triệu chứng đau bụng dữ dội từng cơn, buồn nôn, nôn nhiều, đại tiện phân lỏng khoảng 20 lần/ngày, kèm theo cơn gai rét, không có tiền sử dịch tể về khả năng nhiễm trùng nhiễm độc thức ăn. Chụp CT scan ổ bụng phát hiện dày thành ruột non, dịch ổ bụng mức độ nhiều. Các xét nghiệm ban đầu của bệnh nhân: Công thức máu và sinh hóa máu trong giới hạn bình thường.

Nhận định chẩn đoán ban đầu đối với bệnh nhân là: Viêm ruột chưa rõ nguyên nhân, được chỉ định điều trị thuốc cầm đi tiêu chảy, kháng sinh đường ruột nhưng không hiệu quả. Các xét nghiệm cấy phân và nội soi dạ dày, nội soi đại tràng cho kết quả bình thường. Chúng tôi đã bổ sung xét nghiệm đông máu, miễn dịch, sinh hóa nước tiểu và thấy kết quả như sau: Xét nghiệm ANA (+) và anti dsDNA (+), Sinh hóa nước tiểu: Albumin: 150mg/l, protein: 300 mg/dL, A/C: > 300, P/C > 1500, bổ sung xét nghiệm protein niệu 24 giờ > 3g/l, có suy giảm chức năng thận. Kết hợp các kết quả trên cùng việc khai thác lại tiền sử của bệnh nhân: Có những đợt viêm khớp không rõ nguyên nhân, loét miệng lưỡi, rụng tóc nhiều,... đối chiếu với tiêu chuẩn SLICC 2015 là 8 điểm và EULAR 2017 là 20 điểm, như vậy chúng tôi

kết luận sự biểu hiện của bệnh hệ thống trên bệnh nhân này, sau đó điều trị thử bằng prednisolone liều 2mg/kg/ngày thấy các triệu chứng giảm rõ rệt.

## 2.2. Trường hợp thứ 2

Bệnh nhân nữ, 51 tuổi, tiền sử đã phát hiện bệnh lupus ban đỏ hệ thống 20 năm trước bởi những biểu hiện viêm các khớp, ban đỏ 2 bên má, rụng tóc nhiều, sốt không rõ nguyên nhân từng cơn, xét nghiệm ANA và anti dsDNA (+), bệnh nhân đã được điều trị corticoid liều cao và hydroxychloroquin (HCQ) vào thời điểm đó, bệnh ổn định và không cần điều trị thuốc duy trì. Gần đây bệnh nhân xuất hiện đau bụng dữ dội, đau khắp ổ bụng, buồn nôn, nôn nhiều, đại tiện phân lỏng khó cầm, kèm theo sốt 38-39°C, hoàn toàn không có các dấu hiệu lâm sàng về hoạt động của bệnh lupus (SLEDAI 3). Bệnh nhân vào khoa truyền nhiễm được chẩn đoán nhiễm trùng nhiễm độc thức ăn, điều trị bù dịch, kháng sinh và thuốc cầm tiêu chảy. Các triệu chứng cải thiện và bệnh nhân được xuất viện. Tuy nhiên sau 1 tuần bệnh nhân bị tái phát các triệu chứng như trên, nhập viện lại khoa tiêu hoá chúng tôi. Các xét nghiệm công thức máu và sinh hoá cơ bản trong giới hạn bình thường, xét nghiệm CRP 3,4ng/ml, chụp CT scan ổ bụng và phát hiện hình ảnh dày thành, phù nề các quai ruột non.



**Hình 1.** Hình ảnh cắt lớp vi tính ổ bụng của bệnh nhân

Chúng tôi đã tiến hành thêm một số xét nghiệm chẩn đoán nguyên nhân. Cấy phân cho kết quả âm tính với các vi khuẩn gây bệnh. Sinh hóa nước tiểu:

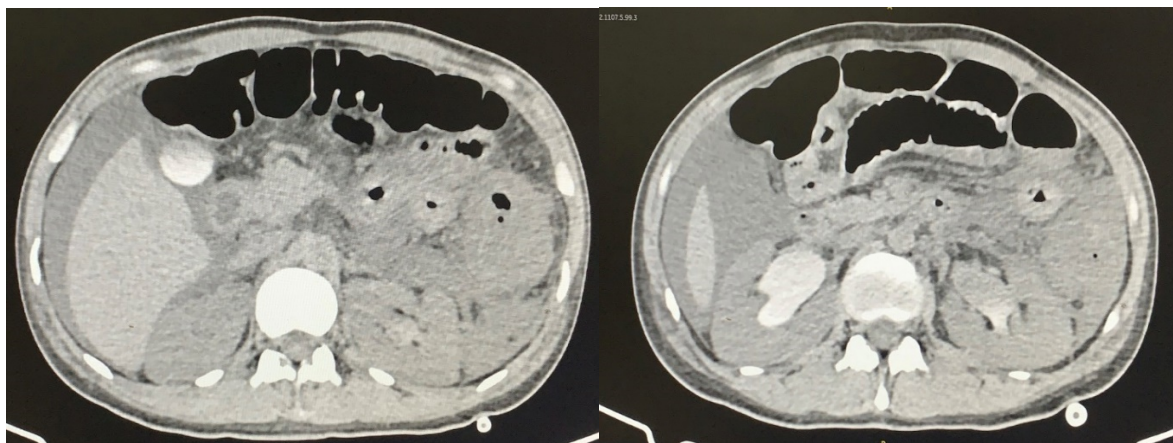
Albumin: 150mg/L, protein: 30mg/dL; ANA, anti dsDNA (+). Sau khi khai thác lại tiền sử và đối chiếu với các tiêu chuẩn chẩn đoán trên bệnh nhân là 9 điểm

đối với tiêu chuẩn SLICC 2015 và 16 điểm đối với tiêu chuẩn EULAR 2017 chúng tôi đặt chẩn đoán viêm ruột lupus ở bệnh nhân này. Bệnh nhân đã được điều trị theo phác đồ điều trị SLE theo mức độ hoạt động bằng prednisolone 2mg/kg/ngày, các triệu chứng được cải thiện rõ rệt. Ra viện bệnh nhân tiếp tục được duy trì corticoid liều thấp và hydrocloroquin, các triệu chứng lâm sàng ổn định.

### 2.3. Trường hợp thứ 3

Bệnh nhân nữ, 32 tuổi, tiền sử đau bụng tái diễn nhiều đợt. Cách 2 tuần bị đau bụng âm ỉ quanh rốn, sốt, bí trung tiện, vào bệnh viện khu vực được chẩn đoán theo dõi viêm ruột thừa cấp, sau đó được phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa nhưng sau mổ các triệu

chứng không cải thiện, bụng xuất hiện dịch ổ bụng ngày càng tăng. Chuyển đến Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 ngày 26/4/2021 với biểu hiện đau đau khắp ổ bụng kèm theo bí trung đại tiện, buồn nôn, nôn nhiều, siêu âm hình ảnh quai ruột dày thành và nhiều dịch tự do ổ bụng. Xét nghiệm công thức máu bình thường, máu lắng tăng nhẹ. Xét nghiệm sinh hoá: Albumin 32g/l; CRP 4,9ng/ml. Trên CT scan có hình ảnh phù nề thành ruột non, đại tràng xuống và đại tràng sigma và trực tràng, dịch tự do ổ bụng mức độ nhiều. Nhận định chẩn đoán ban đầu: Bán tắc ruột theo dõi do viêm. Bệnh nhân đã được điều trị kháng sinh, giãn cơ, nhưng sau 3 ngày các triệu chứng cải thiện ít.



Hình 2.

Sau khi khai thác lại tiền sử bệnh nhân có biểu hiện viêm khớp nhiều lần, từng xuất hiện ban đỏ 2 bên, rụng tóc nhiều, sốt về chiều không rõ nguyên nhân đồng thời các biểu hiện lâm sàng, cắt lớp vi tính của bệnh nhân và trường hợp lâm sàng mà chúng tôi đã gặp ở trên, chúng tôi đã chú ý đến sự liên quan đến bệnh tự miễn hoặc hệ thống ở bệnh nhân này. Bệnh nhân đã được bổ sung thêm một số xét nghiệm chẩn đoán, xét nghiệm dịch ổ bụng, sinh hóa nước tiểu và 1 số xét nghiệm miễn dịch, phát hiện: Sinh hóa nước tiểu: Albumin: 10mg/L, protein: 30mg/dL; Dịch ổ bụng: Bạch cầu gắn dây, LY: 96%, miễn dịch: ANA và anti dsDNA (+), đối chiếu với tiêu chuẩn chẩn đoán SLICC 2015 là 4 điểm và EULAR 2017 là 16 điểm chúng tôi đi đến kết luận về tình trạng viêm ruột lupus và đã dùng corticoid liều

2mg/kg/ngày cho bệnh nhân, các triệu chứng cải thiện rõ rệt, bệnh nhân hồi phục nhanh chóng. Ra viện bệnh nhân được tiếp tục duy trì corticoid và giảm dần liều phối hợp cùng HCO<sub>3</sub>; diễn biến ổn định cho tới thời điểm hiện tại.

### 3. Bàn luận

Chúng tôi tiếp cận các trường hợp trên theo hướng tìm nguyên nhân gây viêm ruột non, bởi vì lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của viêm ruột khá điển hình. Tuy nhiên nguyên nhân của viêm ruột rất đa dạng và quá trình chẩn đoán ban đầu ở các bệnh nhân này dễ nhầm với một số bệnh đường tiêu hóa khác. Sau khi làm các xét nghiệm loại trừ và bổ sung các xét nghiệm về miễn dịch, đối chiếu với tiêu

chuẩn chẩn đoán cũng như điều trị thử, chúng tôi đi đến kết luận các bệnh nhân này bị viêm ruột lupus.

Qua hồi cứu y văn, viêm ruột lupus khá hiếm gặp và các báo cáo chủ yếu là giới thiệu các trường hợp lâm sàng. Chúng tôi xin cung cấp một số thông tin tóm tắt như sau:

Viêm ruột lupus là một biến chứng hiếm gặp của bệnh lupus ban đỏ hệ thống, có thể xuất hiện trong những đợt không hoạt động của bệnh và dễ nhầm với các bệnh tiêu hóa thông thường khác,

thường được chẩn đoán sau khi đã loại trừ các nguyên nhân khác.

Tiêu chuẩn chẩn đoán SLE được áp dụng hiện nay là SLICC 2015 (Bảng 1) với 4 điểm trở lên cho phép chẩn đoán xác định [10] hoặc tiêu chuẩn của ARC/EULAR 2017 (Bảng 2) bao gồm các tiêu chí về lâm sàng và các tiêu chí liên quan miễn dịch cụ thể: Ít nhất 10 điểm trong đó xét nghiệm ANA (+) (ANA có nồng độ đạt 1:80 đối với sử dụng chất nền tế bào HEp-2 (human equivalent-2 positive cell) hoặc dương tính trong xét nghiệm tương đương [11].

**Bảng 1. Tiêu chuẩn ACR/SLICC 2015**

<b>Ban lupus da cấp/mạn tính</b>	<b>Tối đa 2 điểm</b>
Ban cánh bướm	2 điểm
Ban lupus bán cấp	1 điểm
Ban đỏ dạng sẩn hoặc viêm mạch mề đay	1 điểm
Ban lupus dạng đĩa hoặc ban lupus phì đại kiểu mụn cóc	1 điểm
Rụng tóc không để lại sẹo	1 điểm
Loét miệng/mũi	1 điểm
Viêm khớp	1 điểm
Viêm màng phổi và/hoặc viêm màng ngoài tim	1 điểm
Rối loạn tâm thần và/hoặc động kinh và/hoặc rối loạn ý thức cấp tính	1 điểm
<b>Tổn thương thận bao gồm</b>	<b>Tối đa 2 điểm</b>
Protein niệu $\geq 3^*$ hoặc $\geq 500\text{mg/ngày}$ hoặc có trụ niệu	1 điểm
Tổn thương viêm thận lupus trên mô bệnh học	2 điểm
<b>Bệnh máu</b>	<b>Tối đa 3 điểm</b>
Giảm bạch cầu $< 4000/\text{mm}^3$ hoặc giảm lympho $< 1500/\text{mm}^3$ ở 2 lần xét nghiệm hoặc bạch cầu giảm $< 4000/\text{mm}^3$ cùng với giảm lympho $< 1500/\text{mm}^3$ ở 1 lần xét nghiệm	1 điểm
Giảm tiểu cầu $< 100.000/\text{mm}^3$	1 điểm
Thiếu máu tan máu	1 điểm
<b>Các xét nghiệm huyết thanh</b>	<b>Tối đa 3 điểm</b>
ANA dương tính hoạt độ thấp	1 điểm
ANA dương tính cao với tính chất đồng nhất hoặc dạng viên	2 điểm
Kháng thể kháng ds-DNA dương tính	2 điểm
Kháng thể kháng Sm dương tính	2 điểm
Kháng thể kháng phospholipid dương tính	1 điểm
Bổ thể trong huyết thanh giảm (C3 và/hoặc C4 và/hoặc CH50)	1 điểm

Bệnh nhân có từ 4 điểm trở lên chẩn đoán xác định lupus ban đỏ hệ thống, 3 điểm gợi ý lupus, 2 điểm : Có khả năng; 1 điểm: Có thể. Trong đó có ít nhất 1 tiêu chuẩn lâm sàng và 1 tiêu chuẩn miễn dịch hoặc sinh thiết thận có viêm thận với anti-dsDNA dương tính/ANA dương tính.

**Bảng 2. Tiêu chuẩn ARC/EULAR 2019**

<b>Các tiêu chuẩn về lâm sàng</b>	<b>Điểm</b>
Sốt	2
Da niêm mạc: Rụng tóc không hồi phục Loét niêm mạc miệng Lupus da hoặc đĩa đốm bán cấp Lupus da cấp tính	2 2 4 7
Khớp: Viêm bao hoạt dịch ở ít nhất 2 khớp hoặc đau ít nhất 2 khớp và cứng khớp ít nhất 30 phút vào buổi sáng	2
Thần kinh: Mê sảng Rối loạn tâm thần Co giật	2 3 5
Thanh mạc: Tràn dịch màng phổi hoặc màng tim Viêm màng ngoài tim cấp tính	5 6
Huyết học: Giảm bạch cầu Giảm tiểu cầu Tan máu tự miễn	3 4 4
Thận: Protein niệu > 0,5g/24 giờ Viêm thận Lupus loại II hoặc V Viêm thận Lupus loại III hoặc IV	4 8 10
<b>Các tiêu chuẩn về miễn dịch</b>	
Kháng thể kháng phospholipid: Anticardiolipin IgG > 40GPL hoặc Anti B2GP1 IgG > 40 đơn vị hoặc thuốc chống đông máu lupus	2
Bổ thể: C3 thấp hoặc C4 thấp C3 thấp và C4 thấp	3 4
Kháng thể đặc hiệu cao: Kháng thể Anti-ds DNA hoặc kháng thể Smith	6
Chẩn đoán xác định SLE nếu đạt $\geq 10$ điểm	

Tuổi trung bình khi được chẩn đoán 32,5 trong đó nhỏ nhất là 13 tuổi, lớn nhất là 72 tuổi, tỷ lệ gặp ở nữ/nam là 1/14. Từ những dữ liệu đã được báo cáo thì chỉ khoảng 13% bệnh nhân được phát hiện trong những đợt bệnh đầu tiên.

Đau bụng là triệu chứng phổ biến nhất có thể lan tỏa hoặc khu trú, tiếp đến là buồn nôn, nôn nhiều, đại tiện phân lỏng khó cầm, tái đi tái lại nhiều đợt, dịch ổ bụng mức độ ít đến nhiều và sốt. Biểu hiện lâm sàng khác nhau từ nhẹ đến nặng phụ thuộc mức độ viêm mạch [6, 7].

Hình ảnh CT scan của viêm ruột lupus: Bất thường của ruột (phù nề, dấu hiệu đích, lòng mạch giãn) chủ yếu là hồng tràng và hồi tràng, cổ trướng, bất thường mạc treo (căng các mạch mạc treo, dấu hiệu răng lược, tăng đậm độ mỡ mạc treo). Ngoài ra trong các đợt cấp còn có thể có hình ảnh bán tắc ruột [12, 13].

Mô bệnh học: Sự hiện diện của các bạch cầu viêm trong thành mạch với phản ứng phá hủy cấu trúc. Viêm mạch đặc trưng là sự viêm mạch hoại tử với hoại tử fibronoid, có sự thâm nhiễm các bạch cầu viêm (chủ yếu bạch cầu ái toan và đa nhân trung tính) [2].

#### Điều trị:

Lựa chọn thuốc phụ thuộc: Triệu chứng chủ yếu, sự liên quan giữa các cơ quan, đáp ứng điều trị với liệu pháp trước đó, hoạt động và mức độ hoạt động của bệnh.

Thuốc đầu tay sử dụng trong điều trị là: hydrochloroquin (HCQ) và glucocorticoid. Điều trị duy trì thường dùng các thuốc: HCQ, azathioprin, clorambucil.

Phối hợp các thuốc khác cần đánh giá đáp ứng sau điều trị đầu tay và mức độ hoạt động của bệnh (như các thuốc sinh học) [14, 15].

Tiến triển bệnh: Giảm triệu chứng thường mất trung bình 1 tuần (2-8 ngày) với việc bình thường hóa về sinh hóa và CT scan. Tái phát trung bình khoảng 23% với số đợt trung bình là 3 đợt, bệnh nhân tuân thủ điều trị thì tỷ lệ tái phát khoảng 25%. Tỷ lệ tử vong khoảng 2,7%, nguyên nhân tử vong chủ yếu do biến chứng hoại tử ruột, thần kinh và nhiễm khuẩn huyết [2, 3, 6].

#### 4. Kết luận

Trên đây chúng tôi thảo luận về 3 trường hợp lâm sàng chẩn đoán viêm ruột lupus, đây là biến chứng có thể gặp ở nhiều bệnh lupus nhưng thường khó phát hiện và chẩn đoán chậm do dễ nhầm với các bệnh tiêu hóa thông thường khác. Triệu chứng lâm sàng thường biểu hiện chủ yếu là đau khắp ổ bụng, buồn nôn, nôn, đại tiện phân lỏng nước, một số bí đại tiện, đôi khi có thể kèm theo sốt, dịch ổ bụng. Việc phát hiện và tìm ra chẩn đoán sớm sẽ

giúp điều trị phù hợp làm cải thiện triệu chứng nhanh chóng cho người bệnh và giảm nguy cơ tái nhập viện nhiều lần, giảm chi phí điều trị.

#### Tài liệu tham khảo

1. Sultan SM, Loannou Y, Isenberg DA (1990) *A review of gastrointestinal manifestations of systemic lupus erythematosus*. *Rheumatology* 8(10): 917-932.
2. Tian XP, Zhang X (2010) *Gastrointestinal involvement in systemic lupus erythematosus: Insight into pathogenesis, diagnosis and treatment*. *World J Gastroenterol* 16(24): 2971-2977.
3. Hallegua DS, Wallace DJ (2000) *Gastrointestinal manifestations of systemic lupus erythematosus*. *Curr Opin Rheumatol* 12(5): 379-85.
4. Isenberg DA, Rahman A, Allen E et al (2005) *BILAG 2004. Development and initial validation of an updated version of the British Isles Lupus Assessment Group's disease activity index for patients with systemic lupus erythematosus*. *Rheumatology (Oxford)* 44: 902-906.
5. Lin HP, Wang YM, Huo AP (2011) *Severe, recurrent lupus enteritis as the initial and only presentation of systemic lupus erythematosus in a middle-aged woman*. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection* 44: 152-155.
6. Janssens P, Arnaud L, Galicier L, Mathian A, Hie M, Sene D et al (2013) *Lupus enteritis: From clinical findings to therapeutic management*. *Orphanet J Rare Dis* 8: 67.
7. Lee CK, Ahn MS, Lee EY, Shin JH, Cho YS, Ha HK et al (2002) *Acute abdominal pain in systemic lupus erythematosus: focus on lupus enteritis (gastrointestinal vasculitis)*. *Ann Rheum Dis* 61: 547-550.
8. Chung HV, Ramji A, Davis JE, Chang S, Reid GD, Salh B, Freeman HJ, Yoshida EM (2003) *Abdominal pain as the initial and sole clinical presenting feature of systemic lupus erythematosus*. *Can J Gastroenterol* 17(2): 111-113. doi: 10.1155/2003/768184.
9. Gonzalez A, Wadhwa V, Salomon F, Kaur J, Castro FJ (2019) *Lupus enteritis as the only active manifestation of systemic lupus erythematosus: A case report*. *World J Clin Cases* 7(11): 1315-1322 [PMID: 31236395 DOI: 10.12998/wjcc.v7.i11.1315].

10. Salehi-Abari I (2015) *2015 ACR/SLICC revised criteria for diagnosis of systemic lupus erythematosus*. *Autoimmune Dis Ther Approaches* 2. doi:10.14437/ADTAOA-2-114.
11. Aringer M, Costenbader K, Daikh D et al (2019) *2019 EULAR/ACR classification criteria for systemic lupus erythematosus*. *Arthritis Rheumatol* 71(9): 1400-1412. doi:10.1002/art.40930.
12. Assimakopoulos SF, Dimitropoulou D, Lioussis SN (2008) *Education and imaging. Gastrointestinal: intestinal vasculitis associated with systemic lupus erythematosus*. *J Gastroenterol Hepatol J* 23(6): 992. doi: 10.1111/j.1440-1746.2008.05468.x..
13. Byun JY, Ha HK, Yu SY, Min JK, Park SH, Kim HY, Chun KA, Choi KH, Ko BH, Shinn KS (1999) *CT features of systemic lupus erythematosus in patients with acute abdominal pain: emphasis on ischemic bowel disease*. *Radiology* 211(1): 203-209. doi 10.1148/radiology.211.1.r99mr17203.
14. Kwok SK, Seo SH, Ju JH, Park KS, Yoon CH, Kim WU, Min JK, Park SH, Cho CS, Kim HY (2007) *Lupus enteritis: clinical characteristics, risk factor for relapse and association with anti-endothelial cell antibody*. *Lupus*, 16(10): 803-809. doi: 10.1177/0961203307082383.
15. Shirai T, Hirabayashi Y, Watanabe R, Tajima Y, Fujii H, Takasawa N, Ishii T, Harigae H (2010) *The use of tacrolimus for recurrent lupus enteritis: A case report*. *Journal of Medical Case Reports* 4: 150.