



Journal Homepage: -www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI:10.21474/IJAR01/11072
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/11072>



RESEARCH ARTICLE

PSYCHOSE ET NEUROLUPUS: A PROPOS D'UN CAS CLINIQUE

Wisal Bamaarouf, Siham Belbachir and Abderrazzak Ouanass

Manuscript Info

Manuscript History
Received: 01 April 2020
Final Accepted: 05 May 2020
Published: June 2020

Abstract

Copy Right, IJAR, 2020., All rights reserved.

Introduction:-

Le lupus érythémateux systémique (LES) est un trouble inflammatoire chronique auto-immun affectant le tissu conjonctif de plusieurs systèmes organiques. Il se produit sur le fond de perturbations des facteurs environnementaux, hormonaux et génétiques.

La prévalence actuelle estimée du LES varie de 6 à 150 pour 100 000, et dépend du sexe et de l'origine raciale. Le risque est 5 à 10 fois plus élevé chez les femmes, les afro-Caribéens et les asiatiques [1].

Le diagnostic est généralement basé sur les Critères du Collège Américain de rhumatologie (ACR) (tableau 1) qui nécessitent au moins quatre des 11 caractéristiques énumérées à un moment donné au cours de la maladie [2].

Tableau 1. Critères de classification du LED :
le diagnostic est retenu si au moins 4 des 11 critères sont présents⁽²⁾.

1. Érythème malaire
2. Lupus discoïde
3. Photosensibilité
4. Ulcérations buccales ou nasopharyngées
5. Arthrite
6. Pleurésie et/ou péricardite
7. Protéinurie supérieure à 0,5 g/24 h ou cylindres hématiques
8. Psychose ou convulsion
9. Anémie hémolytique ou leucopénie ($< 4\ 000/\text{mm}^3$) ou lymphopénie ($< 1500/\text{mm}^3$) ou thrombopénie ($< 100\ 000/\text{mm}^3$)
10. Anticorps antinucléaires
11. Anticorps anti-DNA natif ou anticorps anti-Sm ou anticorps antiphospholipides

L'atteinte neurologique et psychiatrique dans le lupus érythémateux systémique est appelée «neuro-lupus» et représente une complication courante mais très redoutée.

La fréquence des symptômes neurologiques ou psychiatriques est estimée de 14% à plus de 90% des patients atteints de LES [3].

Tableau 2:- Classification des atteintes neuro-psychiatriques au cours du LES d'après le Collège Américain de Rhumatologie.

Système nerveux central	Système nerveux périphérique
Méningite aseptique	Syndrome de Guillain-Barré
Syndrome démyélinisant	Syndrome dysautonomique
Atteinte cérébrovasculaire	Mononeuropathie
Céphalées	Myasthénie
Convulsions	Atteinte des nerfs crâniens
État confusionnel aigu	Plexopathie
Myélite transverse	Polyneuropathie
Mouvements anormaux	
Dysfonctions cognitives	
Troubles de l'humeur	
Troubles anxieux	
Psychose	

Les psychiatres auront, à un moment donné et quelle que soit leur pratique, à prendre en charge ce type de patients. Cette prise en charge nécessite de connaître les principales étiologies des troubles psychiatriques dans le lupus afin d'éviter des traitements inadaptés ou pouvant aggraver le pronostic.

Le but du travail :

Illustrer la discussion diagnostique devant la présence de manifestations psychiatriques chez une patiente diagnostiquée d'un lupus à travers un cas clinique.

Vignette clinique:

A .J, âgée de 23 ans, célibataire, sans profession, originaire de Marrakech et habitant Essaouira. Admise au service de psychiatrie pour la prise en charge d'un trouble du comportement fait de retrait, isolement et de profération de propos délirants.

Le début de la symptomatologie semble remonter à l'âge de 22ans; par l'apparition des lésions cutanées érythémato-squameuses en aile de papillon au niveau du visage mais elle n'aurait bénéficié d'aucune prise en charge médicale. En parallèle, elle a commencé à présenter un trouble du comportement fait d'un retrait ; isolement ; refus de partager les repas familiaux ; profération de propos délirants de persécution contre sa famille ; adoption de bizarreries du comportement ; négligence des soins corporo-vestimentaires avec apparition de signes neurologiques à type d'akinésie et tremblements généralisé et elle est restée tolérée par sa famille sur le plan psychiatrique jusqu'à Mai 2018 où elle a commencé à présenter des crises clastiques avec bris d'objets ; insomnie et hétéroagressivité envers ses proches d'où son hospitalisation en psychiatrie.

De ses antécédents :

1. Un usage problématique de Tabac et de cannabis
2. Une mère suivie en psychiatrie pour un trouble dépressif récurrent

L'examen physique à l'admission avait objectivé des lésions cutanées érythémato-squameuses en aile de papillon au niveau du visage et également au niveau des mains avec une akinésie et un tremblement généralisé.

L'entretien psychiatrique avait objectivé une patiente calme sur le plan psychomoteur, de faible corpulence, ses soins corporo-vestimentaires étaient négligés, sa mimique était peu mobile ; le contact avec elle était laborieux et superficiel ; ses activités psychiques de bases étaient conservés.

Son discours était pauvre avec parfois réticence et refus de répondre à nos question par moments.

Sa pensée était peu pénétrable néanmoins on a pu relever des idées délirantes de persécution à mécanisme intuitif vécu avec une faible charge affective, elle a nié avoir des troubles perceptifs et n'adoptait pas d'attitudes les révélant; son humeur était ni triste ni euphorique ; son affect congruent à son humeur ; son jugement était perturbé et son insight était négatif.

Son appétit était très diminué et elle présentait également une insomnie.

Au total : Patiente âgée de 23 ans ayant comme antécédents un usage problématique de tabac et de cannabis et une mère suivie pour un trouble dépressif ; admise en psychiatrie pour la prise en charge d'un retrait, isolement avec verbalisation de propos délirants et chez qui l'entretien objective un syndrome délirant avec un trouble du jugement et de l'insight.

La patiente a été adressée en consultation dermatologique ou le diagnostic de lupus érythémateux systémique a été évoqué et la patiente a par la suite été adressée en neurologie.

L'examen neurologique a objectivé une marche normale, pas de déficit moteur, une hypotonie plastique, réflex ostéo-tendineux vifs et diffus aux quatre membres, reflexes cutanés abdominaux abolis, sensibilité conservée avec une hyperesthésie des extrémités, coordination normale.

L'examen générale avait trouvé un amaigrissement non chiffré; des aphtes au niveau du palais, un masque érythémateux au niveau du visage et des lésions érythémato-squameuses au niveau des mains et des pieds.

Le bilan biologique avait également révélé la présence d'une anémie normochromenormocytaire et des anticorps antinucléaires.

Au total: L'examen neurologique a conclu à la présence d'un syndrome tétrapyrimal et une hyperesthésie au niveau des extrémités évoquant un neurolupus selon les critères de l'ACR avec présence de 5 des 11 critères qui sont l'érythème malaire, les ulcérations buccales, la psychose, l'anémie et les anticorps antinucléaires.

Elle a été mise sous corticothérapie: prédnisolone 30mg par jour, d'immunosuppresseurs: azathioprine 100mg par jour avec supplémentation en calcium et potassium.

Pour le traitement psychiatrique, elle a été mise sous olanzapine 20 mg par jour.

L'évolution au service a été marquée par une bonne amélioration clinique et elle est sortie stabilisée après un séjour en psychiatrie qui a duré 2 mois avec orientation pour complément de prise en charge en service de médecine interne du CHU de Rabat.

Discussion:-

En présence d'une maladie organique, l'une des principales discussions diagnostiques qui se pose concerne l'origine des troubles psychiatriques présentés par les patients. Dans le cas d'un patient présentant un lupus érythémateux systémique, la question se révèle plus complexe. S'agit-t-il :

1. d'un trouble psychiatrique s'inscrivant dans le cadre d'un neurolupus ?
2. d'un trouble psychiatrique secondaire au traitement du LES?
3. d'une comorbidité ?

1-Diagnostic étiologique des troubles psychiatriques et LES:

1.1-Neurolupus :

Le LES est une maladie autoimmune non spécifique d'organe, où de nombreux autoanticorps sont dirigés contre divers constituants nucléaires, en particulier l'ADN. Les divers symptômes du LES sont le reflet de l'atteinte multisystémique de cette maladie.

La prévalence globale des manifestations neuropsychiatriques varie significativement selon les études, allant de 20 à 97 % [4,5,6].

Dans une méta-analyse recensant l'ensemble des études basées sur les critères ACR, la prévalence globale des manifestations neuropsychiatriques a été estimée à 56 %.

Les manifestations neuropsychiatriques les plus souvent rencontrées au cours du LES étaient les céphalées (28 %), des troubles thymiques (21 %), des troubles cognitifs (20 %), des crises convulsives (10 %), des accidents cérébrovasculaires (8 %) et de l'anxiété (6 %) [7].

Dans une étude où 240 dossiers de patients hospitalisés présentant des manifestations neuropsychiatriques ont été extraits d'une cohorte de 1965 patients, les manifestations les plus fréquentes étaient les céphalées (35 %), les crises convulsives (32 %), les troubles de l'humeur et psychose (20 %), les syndromes confusionnels (19 %) et les manifestations cérébrovasculaires (18 %) [8].

Deux séries de cas de troubles psychotiques dans un contexte de lupus ont étudié leurs caractéristiques [9,10]. Le délai moyen après le diagnostic de lupus était de 10 mois, les troubles psychotiques étaient inauguraux respectivement dans 54 et 21 % des cas. Dans la très grande majorité des cas, les patients présentaient d'autres signes cliniques de lupus. Les troubles psychotiques étaient un délire paranoïde dans 50 % et 37 % des cas, avec des hallucinations visuelles dans 20 et 54 % des cas, auditives dans 70 et 22 % des cas. Un délire de grandeur est décrit dans 39 % des cas dans la seconde série [9,10].

D'autres troubles neuropsychiatriques étaient également présents dans ces deux séries de cas à savoir: la dépression (90 et 20 %), les troubles anxieux (30 et 12 %), les troubles cognitifs (20 et 40 %), l'épilepsie (20 et 43 %) et les céphalées (10 et 8 %) [9,10].

Dans notre cas clinique, la discussion diagnostique était la suivante: la patiente avait-elle présenté un LES avec manifestation psychiatrique faite d'un accès psychotique s'inscrivant dans le cadre d'un neurolupus ou bien s'agissait-il d'une simple comorbidité. Néanmoins, compte tenu des données cliniques et paracliniques chez notre patiente, le diagnostic le plus probable était celui de manifestations psychiatriques d'un neurolupus.

1.2- Les troubles psychiatriques secondaires à la iatrogénie des traitements du LES :

Le lupus érythémateux systémique fait appel à des traitements pouvant eux-mêmes induire des manifestations psychiatriques, en particulier les corticoïdes qui sont souvent prescrits en bolus lors d'une première poussée de lupus avec atteinte multisystémique avec un relais par voie orale au long cours.

Parmi les principaux troubles psychiatriques cortico-induits on retrouve la dépression avec une prévalence de 2,5 à 9 % [13,14].

Les psychoses cortico-induites sont semblables cliniquement aux psychoses liées au lupus [13,15,16] et concerneraient environ 5 % des patients sous corticothérapie à forte dose. Il y a peu de données spécifiques sur les troubles maniaques induits par la corticothérapie dans le lupus: néanmoins, des épisodes hypomaniaques peuvent survenir dans le premier mois de traitement, le plus souvent à une posologie de 1 mg/kg ou plus [17].

Dans les arguments décrits pour rattacher des troubles psychiatriques aux corticoïdes on retrouve: la chronologie, l'instauration du traitement ou l'augmentation des doses, à partir de 40 mg par jour, quel que soit le mode d'administration, y compris en inhalation.

Les principales différences distinguant les troubles psychiatriques dus aux corticoïdes et ceux dus au lupus résident dans la chronologie de survenue par rapport à la maladie lupique et par rapport aux variations de doses des corticoïdes. 71% des troubles dus au lupus surviennent la première année contre 57 % dans les 15 premiers jours de traitement pour les corticoïdes. Les troubles dus à un neurolupus surviennent souvent lors de la diminution des doses de corticoïdes.

Enfin l'évolution lors de la diminution des doses signe rapidement l'étiologie: dans 92 % des cas, la simple diminution des doses de corticoïdes (lorsque cette diminution est possible) suffit à faire disparaître les symptômes [18,19].

Dans notre vignette clinique, l'apparition des troubles psychiatriques avait précédé la prise de traitements du lupus ce qui élimine le diagnostic de iatrogénie.

Traitement des troubles psychiatriques dans le lupus:

Le traitement est celui de la maladie lupique et les psychotropes sont alors prescrits de façon transitoire, il faudra tenir compte de précautions de prescriptions particulières: éviter les phénothiazines, le lithium et la carbamazépine [20].

Les psychotropes doivent être prescrits à doses efficaces en privilégiant la monothérapie.

Les atteintes organiques notamment l'insuffisance rénale, doivent être recherchées et prises en compte car elles peuvent entraîner des surdosages en psychotropes.

La durée de traitement nécessaire lors de troubles psychiatriques dus à un neurolupus reste empirique, avec une diminution progressive des psychotropes, une fois les paramètres biologiques du lupus en régression avec retour à la quiescence clinique.

Le traitement des troubles psychiatriques chez les patients souffrant d'un lupus ne peut se faire donc qu'en étroite collaboration avec les médecins internes et neurologues en charge du patient, avec des réévaluations cliniques régulières.

Conclusion:-

Le lupus érythémateux systémique est une maladie auto-immune chronique systémique avec notamment des manifestations neuropsychiatriques.

La psychose chez les patients atteints de LES doit être investiguée à fin de déterminer si elle s'inscrit dans le cadre d'un neurolupus, s'il s'agit d'un effet iatrogène du traitement du LES ou bien d'une comorbidité.

Le traitement est celui du LES et les psychotropes sont alors prescrits de façon transitoire en respectant des précautions de prescriptions particulières.

Bibliographie:-

1. Jiménez S, Cervera R, Font J, et al. The epidemiology of systemic lupus erythematosus. *Clin Rev Allergy Immunol* 2003;25:3–12.
2. Hochberg MC. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1997;40:1725.
3. Hanly JG, McCurdy G, Fougere L, et al. Neuropsychiatric events in systemic lupus erythematosus: attribution and clinical significance. *J Rheumatol* 2004;31:2156–62.
4. Ainala H, Hietaharju A, Loukkola J, Peltola J, Korpela M, Metsanoja R, et al. Validity of the new American College of Rheumatology criteria for neuropsychiatric lupus syndromes: a population-based evaluation. *Arthritis Rheum* 2001;45:419–23.
5. Afeltra A, Garzia P, Mitterhofer AP, Vadacca M, Galluzzo S, Del Porto F, et al. Neuropsychiatric lupus syndromes: relationship with antiphospholipid antibodies. *Neurology* 2003;61:108–10.
6. Harel L, Sandborg C, Lee T, von Scheven E. Neuropsychiatric manifestations in pediatric systemic lupus erythematosus and association with antiphospholipid antibodies. *J Rheumatol* 2006;33:1873–7.
7. Unterman A, Nolte JE, Boaz M, Abady M, Shoenfeld Y, Zandman-Goddard G. Neuropsychiatric syndromes in systemic lupus erythematosus: a meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum* 2010.
8. Zhou HQ, Zhang FC, Tian XP, Leng XM, Lu JJ, Zhao Y, et al. Clinical features and outcome of neuropsychiatric lupus in Chinese: analysis of 240 hospitalized patients. *Lupus* 2008;17:93–9.
9. Pego-Reigosa JM, Isenberg DA. Psychosis due to systemic lupus erythematosus: characteristics and long-term outcome of this rare manifestation of the disease. *Rheumatology (Oxford)* 2008;47:1498–502.
10. Appenzeller S, Cendes F, Costallat LT. Acute psychosis in systemic lupus erythematosus. *Rheumatol Int* 2008;28:237–43.
11. West SG. Systemic lupus erythematosus and the nervous system. *Dubois' Lupus Erythematosus, Sixth Edition*. DJ Wallace and BH Hahn Ed. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, PA, 2002, p 693–738.
12. Patten SB, Neutel CI. Corticosteroid-induced adverse psychiatric effects: incidence, diagnosis and management. *Drug Safety* 2000;22:111–122.

14. Lopez-Medrano F, Cervera R, Trejo O, Font J, Ingelmo M. Steroid induced psychosis in systemic lupus erythematosus: a possible role of serum albumin level. *Ann Rheum Dis* 2002;61:562–3.
15. Nishimura K, Harigai M, Omori M, Sato E, Hara M. Blood-brain barrier damage as a risk factor for corticosteroid-induced psychiatric disorders in systemic lupus erythematosus. *Psychoneuroendocrinology* 2008;33:395–403.
16. Pego-Reigosa JM, Isenberg DA. Psychosis due to systemic lupus erythematosus: characteristics and long-term outcome of this rare manifestation of the disease. *Rheumatology (Oxford)* 2008;47:1498–502.
17. Ayadi N, Cheikhrouhou MR, Kechaou M, Bahloul Z, Jawa A. Hypomania under corticotherapy. About 50 cases. *Therapie* 2007;62:443–7.
18. Meyer O, Kahn MF. *Lupus érythémateux systémique. Maladies et syndromes systémiques*, Kahn MF, Peltier AP, Meyer O, Piette JC. Ed, Flammarion Médecine-Sciences, Paris, 2000, p131-368bis.
19. Patten SB, Neutel CI. Corticosteroid-induced adverse psychiatric effects: incidence, diagnosis and management. *Drug Safety* 2000; 22:111–122.
20. Piette JC, Marra D, Lafitte C, Amoura Z. *Manifestations neurologiques du lupus érythémateux systémique. Atteintes neurologiques au cours des maladies systémiques*. Dechy H, Wechsler B, Hausfater P, Rancurel G, Piette JC. Éditions Flammarion Médecine-Sciences, Paris, 2003: 141–147.