



Lupus érythémateux disséminé et manifestations psychiatriques

Systemic lupus erythematosus and psychiatric disturbances

الذئبة الحمامية والاضطرابات النفسية

Yahia A. El Brini, M. Mehssani, J. Mohadi, K. Otheman, A. Belaizi, Y. Bichra M-Z.

الملخص : مقدمة : تحدث الاضطرابات النفسية لدى 10% - 75% من مرضى الذئبة . وتشخيص أسبابها وعلاجها يصعب في بعض الحالات، وبخاصة بين المرضى الذين يعانون من أضرار عضوية متعددة أو يتلقون أكثر من دواء .
ملاحظة : يعرض هذا التقرير لحالة رجل عمره 28 سنة، يعالج من داء الذئبة الحمامية ، تعرض لحالة ذهانية حادة مع اضطرابات المزاج في أعقاب التهاب كبيبات الكلى مع فشل كلوي ووضع تحت علاج الكورتيزون.
مناقشة : وقوع حالة ذهانية أو هوسية حادة لدى مرضى الذئبة أقل شيوعا من اضطرابات الاكتئاب، لكنها يمكن أن تكون شديدة، مما يجعل من الصعب التحكم في هذا المرض. ويمكن لهذه الحالات أن تكون جزءا من اعتلال مشترك، أو من النورولوبوس (neurolupus) أو ناتجة عن علاج الكورتيزون. توضح هذه الحالة صعوبة تحديد أسباب الأعراض النفسية لدى هؤلاء المرضى. والتشخيص والعلاج الصحيح ضروريان، والاستخدام الأحادي لمضادات الذهان غير التقليدية هو المفضل.
الخلاصة : الأثر السلبي للاضطرابات النفسية في سياق تطور مرض الذئبة، ويتطلب تدخلا سريعا وفعال متعدد التخصصات.
الكلمات الأساسية : ناتجة عن علاج الكورتيزون، داء الذئبة، الاضطرابات النفسية، نورولوبوس.

Résumé : Introduction : Les perturbations psychiatriques surviennent chez 10 à 75% des patients lupiques. Ils sont de diagnostic étiologique parfois difficile, et de prise en charge délicate, surtout quand le patient est « polymédiqué » et que les atteintes organiques sont multiples.

Observation : Il s'agit d'un patient de 28 ans, traité pour lupus, qui a présenté un épisode psychotique aigu avec des manifestations thymiques, après une glomérulonéphrite compliquée d'insuffisance rénale et l'administration d'une corticothérapie.

Discussion : La survenue d'accès psychotique ou maniaque au cours du lupus est moins fréquente que celle de troubles dépressifs, mais elle peut être grave, compliquant la prise en charge de la maladie. Il peut s'agir d'une comorbidité, d'un neurolupus ou d'un trouble cortico-induit. Le cas étudié ici confirme la difficulté de préciser l'origine des troubles psychiatriques chez ce type de malade. Une bonne mise au point diagnostique et thérapeutique est donc nécessaire, et l'utilisation des antipsychotiques atypiques en monothérapie sera préférée.

Conclusion : l'impact négatif des manifestations psychiatriques sur le cours évolutif d'un patient lupique, implique une intervention multidisciplinaire rapide et efficace.

Mots clés : Cortico-induit, lupus érythémateux disséminé, manifestations psychiatriques, neurolupus.

Abstract : Introduction : The psychiatric disturbances occur in 10-75% of lupus patients. Their diagnosis and management are difficult, especially among patients with multiple organic damages and under combination therapy.

Observation : We report a case of a 28 years old man, treated for lupus, who presented an acute psychotic episode with mood disturbances aftermath of a glomerulonephritis complicated with renal failure and put on corticosteroids.

Discussion : The occurrence of psychotic or manic episode in systemic lupus erythematosus is less common than the depressive disorders, but it can be severe, making it difficult to be managed. They can be a part of a comorbidity of a neurolupus or a steroid-induced disorder. The present case study confirms the difficulty to identify the origin of psychiatric disorders in these patients. Proper diagnosis and treatment are necessary, and the use of atypical antipsychotics as a monotherapy is preferred.

Conclusion : the negative impact of psychiatric manifestations during the evolution of a lupus patient, involves a quickly and efficiently multidisciplinary intervention.

Key Words : Cortico-induced ; psychiatric manifestations; neurolupus; systemic lupus erythematosus.

Tiré à part : Yahia A : Service de psychiatrie de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed-V, Hay Riad CHU de Rabat-Salé-Maroc.

Introduction

Le lupus érythémateux disséminé (LED) est une maladie auto-immune où de nombreux auto-anticorps sont dirigés contre divers constituants nucléaires, en particulier l'ADN natif. C'est une maladie multisystémique avec des atteintes multiples: cutanées (chez 90 % des patients), arthralgies, myalgies, arthrites (80 %), néphropathies (50 %), pleurésies (40 %), péricardites (20 à 30 %), alors que des troubles psychiatriques ont été décrits chez 10 à 75 % des patients [1,2]. Les chiffres varient en fonction de la méthodologie employée, et se répartissent en 16 à 52 % de troubles dépressifs, et 5 à 11 % de troubles psychotiques pour ne citer que ces deux types de troubles [2]. Ces chiffres englobent toutes les origines possibles, qu'il s'agisse de troubles psychiatriques comorbides, réactionnels, iatrogènes ou dus à un neurolupus. Ils constituent avec les atteintes rénales et infectieuses les principales causes de mortalité du LED.

A travers ce cas clinique nous allons exposer certaines problématiques soulevées par la survenue de manifestations psychiatriques au cours du lupus, en abordant quelques aspects thérapeutiques qui en découlent.

Observation clinique

T.M. est un jeune homme de 28 ans, marié et père d'une fille, sans antécédents psychiatriques, suivi en médecine interne pour lupus diagnostiqué depuis 4 ans sur des manifestations articulaires (polyarthralgies), cutanées (érythème malaire maculosquameux), rénales (syndrome néphrotique impur) et immunologique (fractions C3 et C4 du complément consommés, des AC anti-DNA natifs, des AC anti SSA et des AC anti-cardiolipines positifs). Le patient a présenté deux années plus tard une glomérulonéphrite proliférative diffuse avec une insuffisance rénale qui a nécessité des séances d'hémodialyses et une mise sous corticothérapie (en bolus puis par voie orale). Deux mois après le début des séances, le patient a présenté un état d'agitation psychomotrice, avec un délire d'interprétation et une agressivité ayant justifié une hospitalisation en psychiatrie, une IRM réalisée n'avait

pas retrouvé d'éléments en faveur d'une atteinte cérébrale, et le diagnostic syndromique d'un accès psychotique aigu a été posé, avec une mise sous antipsychotiques sédatifs. L'évolution a été marquée par un retour au calme, avec disparition des symptômes psychotiques, et persistance d'une humeur labile, caractérisée par une alternance de moments de tristesse et de pleurs inexpliqués, et des périodes de subexcitation, ayant rendu difficile la mise en place du traitement du LED. Le patient a été donc mis sous antipsychotique atypique Olanzapine, la dose de 10 par jour, avec une bonne évolution sur le plan psychiatrique, et une bonne observance du traitement de sa maladie lupique.

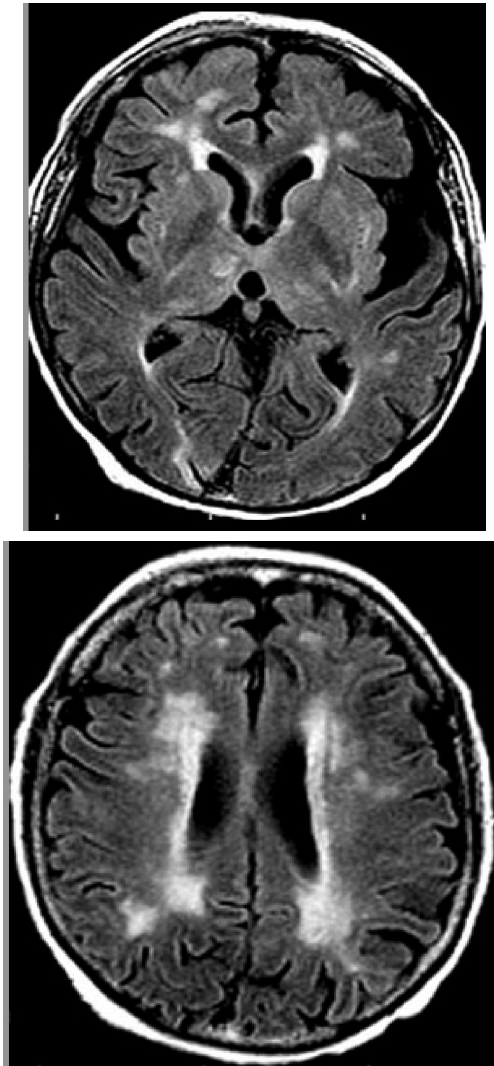
Discussion

Les principales manifestations psychiatriques au cours du lupus sont représentées par des perturbations de l'humeur et des troubles anxieux [3]. La survenue d'accès psychotique ou maniaque est moins fréquente mais reste grave, compliquant la prise en charge de la maladie [4]. Il peut s'agir d'une comorbidité, d'un neurolupus ou d'un trouble cortico-induit. Dans le cas de ce patient, l'origine des troubles psychiatriques ne peut être établie avec certitude et plusieurs hypothèses restent valables. D'abord, il est admis que la prise de corticoïdes pour la première fois où l'augmentation de leurs doses, peuvent déclencher des troubles de l'humeur, mais plus rarement, des manifestations psychotiques [5]. Ce qui serait en faveur de cette hypothèse, c'est la survenue de l'insuffisance rénale, qui en majore ce genre d'effets indésirables. Ensuite, La psychose lupique, caractérisée par la présence d'illusions ou d'hallucinations est généralement liée aux complications immunologiques de la maladie bien qu'elle puisse plus rarement être due à des altérations métaboliques ou au traitement corticostéroïde [6]. Chez notre patient, la symptomatologie était mixte, associant des éléments psychotiques et thymiques. L'association entre la psychose, la dépression et la présence des anticorps anti-ribosome P chez les patients avec LED a été soulignée dans plusieurs études [7].

L'absence d'atteinte cérébrale à l'IRM chez ce patient ne

permet pas d'éliminer un neurolupus, l'atteinte anatomique cérébrale montre en général des zones d'atrophie corticale avec encéphalomalacie, infiltration des parois vasculaires avec prolifération intinale et dépôts fibrinoïdes, ainsi que la présence de microthrombi vasculaires, sources de microinfarctus [8] (figure1).

Figure 1 : IRM cérébrale



Montrant des lésions diffuses de la substance blanche et infarctus des noyaux gris centraux observés au cours d'un neurolupus.

La fréquence des anomalies observées à l'IRM, chez des patients lupiques avec des signes neuropsychiatriques, varie de 54 à 81% [9]. L'examen du liquide céphalo-rachidien peut apporter des arguments plus discriminants en révélant surtout une hyperprotéïnorachie et une hypercellularité lymphocytaire [10].

Sur le plan thérapeutique, l'usage des antipsychotiques atypiques au cours de telles manifestations est généralement conseillé en raison de leur profil de tolérance [11]. Leur intérêt réside aussi dans leur effet régulateur de l'humeur pour certains d'entre eux, comme l'olanzapine, qui a permis dans notre cas de juguler les variations de l'humeur tout en gardant une action antipsychotique. Cela a permis aussi d'éviter les associations médicamenteuses pouvant aggraver le tableau. Ainsi, certains psychotropes sont à éviter dans la mesure du possible chez les patients lupiques, il s'agit du lithium, de la carbamazépine et des phénothiazines [2]. pourquoi à cause de ci meEnfin, la stabilisation du patient sur le plan psychique et comportementale, a permis de reprendre le processus thérapeutique interrompu et améliorer le pronostic de la maladie lupique.

Conclusion

La majorité des patients lupiques présentent ou présenteront des manifestations psychiatriques, ces troubles doivent être recherchés et pris en charge rapidement, car pouvant interférer avec l'observance du traitement, et influencer le cours évolutif de la maladie. Une bonne mise au point diagnostique et thérapeutique de ces troubles est nécessaire dans un cadre multidisciplinaire, afin d'adopter la stratégie appropriée.

Références

1. Aszalós Z. Neurological and psychiatric manifestations of systemic lupus erythematosus and antiphospholipid syndrome. *Orv Hetil.* 2011 ; 152(15):597-605.
2. Marra D, Allilaire J.F. Lupus et troubles psychiatriques : du diagnostic étiologique au traitement. *Annales Médico Psychologiques* 2004; 162: 806–812.
3. Shehata GA, Elserogy YM, Ahmad HE, Abdel-Kader MI, Al-Kabeer AM, Rayan MM, El-Baky ME. Multimodal neurophysiological and psychometric evaluation among patients with systemic lupus erythematosus. *Int J Gen Med.* 2011; 4: 325-32.
4. Marasini B, Massarotti M. Acute psychosis in systemic lupus erythematosus. *Rheumatol Int.* 2008; 28(4):395-6.
5. Patten SB, Neutel CI. Corticosteroid-induced adverse psychiatric effects: incidence, diagnosis and management. *Drug Safety* 2000 ; 22:111–122.
6. Bruns .A, Meyer .O . Manifestations neuropsychiatriques du lupus érythémateux disséminé. *Revue du Rhumatisme* 2006 ; 73 : 1293–1300.
7. Gerli R, Caponi L, Tincani A, Scorza R, Sabbadini MG, Danieli MG. Clinical and serological associations of ribosomal P autoantibodies in systemic lupus erythematosus : prospective evaluation in a large cohort of italian patients. *Rheumatol* 2002; 41:1357–66.
8. F. Cotton et al. Apport de l'IRM cérébrale dans une série de 58 cas de malades lupiques avec ou sans manifestations neuropsychiatriques. *La Revue de médecine interne* 2004 ; 25:8-15.
9. Karassa FB, Ioannidis JP, Boki KA, Touloumi G, Argyropoulou MI, Strigaris KA, et al. Predictors of clinical outcome and radiologic progression in patients with neuropsychiatric manifestations of systemic lupus erythematosus. *Am J Med* 2000; 109:628–34.
10. Weiner SM, Otte A, Schumacher M, Klein R, Gutfleisch J, Brink I et al. Diagnosis and monitoring of central nervous system involvement in systemic lupus erythematosus: value of F-18 fluorodeoxyglucose PET. *Ann Rheum Dis.* 2000; 59(5):377–385.
11. Muscal E, Nadeem T, Li X, Mian A, Harris TB. Evaluation and treatment of acute psychosis in children with Systemic Lupus Erythematosus (SLE): consultation-liaison service experiences at a tertiary-care pediatric institution. *Psychosomatics.* 2010; 51(6):508-14.