



## Accès psychotique aigu révélant un neurolupus : à propos d'un patient de 21 ans

### Acute psychotic attacks revealing neurolupus: about a 21-year-old patient

Savadogo Jean Emmanuel<sup>1</sup>, Compaoré Irénée<sup>1</sup>, Sougué Charles<sup>2</sup>, Zabsonré/Tiendrébeogo Wendlassida Stéphanie Joelle<sup>1</sup>, Bague Boubacar<sup>3</sup>, Ouedraogo Dieu-Donné<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Service de Rhumatologie du CHU de Bogodogo, Burkina Faso

<sup>2</sup> Service de Médecine interne du CHU Sourô Sanou, Burkina Faso

<sup>3</sup> Service de Psychiatrie du CHU Yalgado Ouedraogo, Burkina Faso

\* **Auteur correspondant : Savadogo Jean Emmanuel** Service de Rhumatologie du CHU Bogodogo, 09 BP 88 Ouagadougou 09, Burkina Faso.  
Email: [esavadogo91@gmail.com](mailto:esavadogo91@gmail.com)

Reçu le 14 Septembre 2024, accepté le 17 Décembre 2024 et mise en ligne le 26 Janvier 2025

Cet article est distribué suivant les termes et les conditions de la licence CC-BY

(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.fr>)

#### RESUME

**Objectif :** Les manifestations neurologiques et psychiatriques comptent parmi les atteintes viscérales les plus sévères et sont regroupées sous le terme général de « neurolupus ». Nous rapportons le cas d'un patient ayant présenté un accès psychotique aigu révélant un neurolupus.

**Observation :** Patient de 21 ans, sans antécédents psychiatriques personnels ni familiaux connus suivi depuis janvier 2022 pour un LES hospitalisé à quelques reprises dans le service de rhumatologie dont la dernière remonte en juillet 2022. Il fut traité par de l'hydroxychloroquine et une corticothérapie à faible dose. Deux mois après sa dernière hospitalisation le patient a présenté des troubles cognitifs, un refus de s'alimenter et un ralentissement psychomoteur. L'examen psychiatrique notait une humeur labile, un mutisme, une insomnie de maintien, un syndrome confusionnel fait d'amimie, de regard figé, d'écholalie et de désorientation temporo-spatiale. L'exploration de la pensée a révélé un cours continu marqué par un délire passionnel à mécanisme hallucinatoire. Ces hallucinations étaient auditives et visuelles en dehors de toute période confusionnelle « il y a des gens qui jouent et qui me demandent de danser et de chanter ». L'examen neurologique était sans particularité. L'imagerie par résonance magnétique cérébrale a objectivé une atrophie cortico sous corticale sévère. Le patient a bénéficié d'un bolus de corticoïdes pendant trois jours puis relayé par voie orale et de l'hydroxychloroquine. Sur le plan psychiatrique, le patient fut traité par du rispéridone comprimé.

**Conclusion :** Le neurolupus chez les sujets jeunes de sexe masculin sont extrêmement rares posant véritablement problème de diagnostic différentiel dans notre contexte. Il doit être recherché systématiquement même en absence de signes neurologiques afin d'améliorer la prise en charge.

**Mots-clés :** *Lupus érythémateux systémique – neurolupus - accès psychotique aigu - Afrique subsaharienne*

#### ABSTRACT

**Objective:** Neurological and psychiatric manifestations are among the most severe visceral disorders, and are grouped together under the general term “neurolupus”. We report the case of a patient who presented with an acute psychotic attack revealing neurolupus.

**Patients and methods:** Patient aged 21, with no known personal or family psychiatric history, followed since January 2022 for SLE, hospitalized several times in the rheumatology department, most recently in July 2022. He was treated with hydroxychloroquine and low-dose corticosteroids. Two months after his last hospitalization, the patient presented cognitive disorders, a refusal to eat and psychomotor retardation. Psychiatric examination revealed labile mood, mutism, persistent insomnia, confusional syndrome with amimia, fixed gaze, echolalia and temporo-spatial disorientation.

Thought exploration revealed a continuous course marked by a passionate delirium with a hallucinatory mechanism. These hallucinations were auditory and visual, outside any period of confusion: “there are people playing and asking me to dance and sing”. The neurological examination was unremarkable. Cerebral MRI revealed severe cortico-subcortical atrophy. The patient received a three-day bolus of corticosteroids, followed by oral hydroxychloroquine. Psychiatrically, the patient was treated with risperidone tablets and an anxiolytic.

**Conclusion:** Neurolupus in young male subjects is extremely rare, posing a real problem of differential diagnosis in our context. It should be systematically investigated, even in the absence of neurological signs, in order to improve management.

**Keywords:** *Systemic lupus erythematosus – Neurolupus - Acute psychotic break - Sub-saharan Africa.*

## 1. Introduction

Le lupus érythémateux systémique (LES) est une maladie auto-immune systémique touchant préférentiellement la peau et les articulations [1]. Les manifestations neurologiques (périphériques et surtout centrales) et psychiatriques comptent parmi les atteintes viscérales les plus sévères et sont regroupées sous le terme général de « neurolupus ». La fréquence des troubles neuropsychiatriques peut atteindre 75 % selon les études [2]. Nous rapportons le cas d'un patient suivi pour un lupus érythémateux systémique hospitalisé pour des troubles cognitifs avec une notion d'amnésie, de refus de s'alimenter et un ralentissement psychomoteur caractéristique accès psychotique aigu révélant un neurolupus.

## 2. Observation

Il s'agit d'un patient de 21 ans, soudeur sans antécédents psychiatriques personnels ni familiaux connus suivi depuis 2022 pour un LES dont le diagnostic a été retenu devant un masque lupique (figure 1a), une alopecie franche (figure 1b), une polyarthralgie inflammatoire, une éruption cutanée exanthématique, des lésions érythémato squameuses annulaires de taille variable siégeant sur la face antéro externe des bras, de l'avant-bras (figure 2a et 2b) et au niveau du thorax, des ulcérations en carte de géographie au membre inférieur droit et un bilan immunologique positif dont les auto anticorps anti SmD1, SSA/Ro 60, PO et U1-snRNP. Le patient a été hospitalisé dans le service de rhumatologie à plusieurs reprises dont la dernière remonte en juillet 2022. Il fut traité par de l'hydroxychloroquine et une corticothérapie à faible dose. Deux mois après sa dernière hospitalisation le patient a présenté des troubles cognitifs avec une notion d'amnésie rétrograde et antérograde, un refus de s'alimenter et un ralentissement psychomoteur. Les symptômes persistaient malgré l'arrêt des corticoïdes L'examen psychiatrique notait une humeur labile, un mutisme sélectif parfois total, une insomnie de maintien, un syndrome confusionnel fait d'amimie, de regard figé, d'écholalie et de désorientation temporo-spatiale. L'exploration de la pensée a révélé un cours continu marqué par un délire passionnel à mécanisme hallucinatoire. Ces hallucinations étaient auditives et visuelles en dehors de toute période confusionnelle « il y a des gens qui jouent et qui me demandent de danser et de chanter ». L'examen neurologique était sans particularité. Le reste de l'examen notait un état général stade III de l'OMS, une conscience normale avec score Glasgow à 15/15, une alopecie franche, des lésions hyperchromiques en aile de papillon au visage et aux membres supérieurs. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale a objectivé une atrophie cortico sous corticale sévère et une dilatation des espaces périvasculaires de Vischow Robin en frontal gauche de 3mm (figure 3). Il n'y avait pas de signes en faveur d'une lésion vasculaire ou d'un processus expansif intra crânien. Les sérologies VIH et hépatites virales B et C étaient tous négatives. L'hémogramme, la procalcitonine, la CRP, la créatininémie, la protéinurie de 24h et l'ECBU étaient sans particularités. Cependant, la sérologie du cytomégalovirus, du parvovirus B19, de l'Epstein Baar virus, et la borréliose de lyme, les hémocultures, l'étude cyto-bactériologique et mycologique du liquide céphalo-rachidien obtenu par ponction lombaire, le bilan lipidique, l'échographie doppler des troncs supra aortiques, la recherche d'anticorps anti phospholipides, le TPHA/VDRL, et le temps de céphaline activé n'ont pas pu être réalisés.

Comme traitement, le patient a bénéficié d'une perfusion journalière de 240 mg de méthyl prednisolone pendant trois jours, avec un relais par voie orale avec 1mg/kg/jour de prednisone, le tout associé aux mesures adjuvantes à la corticothérapie. De plus, il a poursuivi son traitement à base d'hydroxychloroquine comprimé 400 mg par jour, et une cure de cyclophosphamide selon le protocole EUROLUPUS a été prescrite. Cependant, le patient n'a pu bénéficier du traitement par cyclophosphamide, ni d'autres immunosuppresseurs par faute de moyens financiers. Sur le plan psychiatrique, le patient fut traité par du rispéridone comprimé à la dose de 1mg/j le soir. L'évolution fut favorable, marquée par la disparition progressive des symptômes psychotiques



*Figure 1: A - Masque lupique ; B- Alopecie franche*



*Figure 2: lésions érythémato-squameuses annulaires aux membres supérieurs*



Figure 3: IRM cérébrale en coupe axiale montrant une atrophie cortico sous corticale sévère, sans lésion vasculaire ni processus expansif intra crânien.

### 3. Discussion

L'atteinte neurologique lupique peut être à l'origine d'un retard diagnostique dans les formes psychiatriques pures [3]. L'Association des Rhumatologues Américains (ACR) en 1999 ont définie 19 situations cliniques regroupées sous le terme de « neuropsychiatric systemic lupus erythematosus » (ou NPSLE) dont 12 atteintes du système nerveux central (SNC) et 7 atteintes du système nerveux périphérique ont été retenues comme pouvant être l'expression d'un neurolupus [4]. La psychose figure dans cette liste. Les experts de l'EULAR estiment la prévalence de la psychose autour de 3 % [5]. Le diagnostic de neurolupus pose véritablement un problème de diagnostic différentiel avec certaines affections dont les psychoses d'origine purement psychiatriques, les pathologies organiques purement neurologiques non liés au lupus tels que les infections (encéphalite), les médicaments (corticoïdes...) et les plaques d'athérome (accident vasculaire cérébral...). De plus, les manifestations peuvent être associées aux antiphospholipides (APL) et surviennent surtout en cas de lupus actif. Dans notre contexte, cette recherche étiologique pose un problème médico-économique. Les APL n'ont pas pu être explorés pour problème de moyens financiers. La différence entre les troubles psychiatriques dus aux corticoïdes et ceux dus aux lupus réside dans la chronologie de survenue par rapport à la maladie lupique et par rapport aux variations de doses des corticoïdes. En effet 71% des troubles dus au lupus surviennent la première année contre 57 % dans les 15 premiers jours de traitement pour les corticoïdes [6]. L'IRM encéphalique reste l'examen de choix dans l'exploration du SNC, elle peut être normale dans 59 et 71% des cas, soulignant le manque de sensibilité de cet examen notamment dans certaines manifestations du neurolupus [1]. Lorsqu'elles étaient présentes, les anomalies étaient principalement des hypersignaux T2 de la substance blanche et une atrophie, et exceptionnellement une infiltration diffuse de la substance blanche [1]. Par ailleurs, l'atrophie cérébrale est estimée de façon extrêmement variable entre 1 et 75 % [7]. Rharrabti et al. en 2013 ont rapporté un cas de neurolupus chez une patiente âgée de 47 ans [3]. Comparativement à notre étude, l'IRM cérébrale dans cette étude a objectivé la présence de multiples lésions infracentimétriques de la substance blanche sous corticale en faveur de lésions démyélinisantes sus-tentorielles [3]. Chez notre patient l'atrophie cortico sous corticale sévère à cet âge fait la particularité de notre cas clinique. La corrélation entre les troubles cognitifs et le degré de l'atrophie corticale et sous-corticale (notamment du corps calleux) a été décrite [8]. Le traitement des troubles psychiatriques liés à un neurolupus est celui de la maladie lupique, et les psychotropes sont prescrits transitoirement et de manière symptomatique. Les neuroleptiques atypiques sont à privilégier. La durée de traitement nécessaire lors de troubles psychiatriques liés à un neurolupus reste empirique avec diminution progressive des psychotropes une fois que les paramètres biologiques du lupus régressent avec retour à la quiescence clinique [6].

### 4. Conclusion

Nous avons rapporté un cas de neurolupus chez un homme de 21 ans. Il s'agit d'un cas atypique du fait de la rareté du lupus érythémateux systémique chez l'homme d'une part, et du fait que le neurolupus est une rare manifestation du lupus d'autre part. Le neurolupus pose un véritable problème de diagnostic différentiel du fait de l'inaccessibilité à la réalisation des examens complémentaires dans notre contexte. Le diagnostic doit être évoqué systématiquement devant un tableau

psychiatrique atypique ou associé à des signes neurologiques discrets et fluctuants, surtout s'il survient chez un patient jeune.

### **Conflits d'intérêt : Aucun**

### **Références**

1. Lefèvre G, Zéphir H, Warembourg F, Michelin E, Pruvo JP, Hachulla E, et al. [Neuropsychiatric systemic lupus erythematosus (1st part). Cases definitions and diagnosis and treatment of central nervous system and psychiatric manifestations of systemic lupus erythematosus]. *Rev Med Interne*. sept 2012;33(9):491-502.
2. Simonin C, Devos D, de Seze J, Charpentier P, Vaiva G, Goudemand M, et al. Troubles psychiatriques itératifs révélateurs d'un lupus érythémateux disséminé. *Revue Neurologique*. 1 sept 2004;160(8):811-6.
3. Rharrabti S, Khammar Z, Bono O, Rammouz I, Aalouane R. Accès psychotique aigu révélant une poussée de neurolupus. 2013;89: 333 à 336.
4. The American College of Rheumatology nomenclature and case definitions for neuropsychiatric lupus syndromes. *Arthritis Rheum*. avr 1999;42(4):599-608.
5. Bertsias G, Ioannidis JPA, Boletis J, Bombardieri S, Cervera R, Dostal C, et al. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus. Report of a Task Force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics. *Ann Rheum Dis*. févr 2008;67(2):195-205.
6. Marra D. Lupus et troubles psychiatriques : du diagnostic étiologique au traitement. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 déc 2004;162(10):806-12.
7. Masson E. Apport de l'IRM cérébrale dans une série de 58 cas de malade lupique avec ou sans manifestations neuropsychiatriques [Internet]. EM-Consulte. [cité 22 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/19736/apport-de-l-irm-cerebrale-dans-une-serie-de-58-cas>
8. Appenzeller S, Rondina JM, Li LM, Costallat LTL, Cendes F. Cerebral and corpus callosum atrophy in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. sept 2005;52(9):2783-9.