



Neuro-lupus : quand psychose et crises convulsives révèlent un Lupus érythémateux systémique

I. HABTE, Médecin résidente, Médecine Interne, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Autres auteurs, équipe :

- Y. Lakrafi, Médecin résident, Médecine Interne, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc
- L. Barakat, Professeur assistant, Médecine Interne, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc
- K. Echchilali, Professeur de l’enseignement supérieur, Médecine Interne, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc
- M. Moudatir, Professeur de l’enseignement supérieur, Médecine Interne, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc
- H. Elkabli, Professeur de l’enseignement supérieur, Médecine Interne, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

INTRODUCTION

Le lupus érythémateux systémique (LES) est une maladie auto-immune systémique non spécifique d’organe, à expression clinique polymorphe. Parmi ses manifestations les plus graves figurent les atteintes neuropsychiatriques (NP-LES), qui concernent environ 40 % des patients au cours de leur évolution. Ces dernières, à la fois organiques et psychiatriques, peuvent survenir à tout moment, y compris comme mode de révélation. Leur reconnaissance est essentielle en raison de leur impact pronostique majeur et sont désormais intégrées aux critères diagnostiques du LES selon les recommandations EULAR/ACR 2019.

OBSERVATION

Patiente de 22 ans, suivie pour une thyroïdite auto-immune, présentant depuis un an une polyarthralgie inflammatoire chronique non explorée. Elle est admise pour altération de l’état général avec fièvre non chiffrée, évoluant vers un tableau neurologique aigu associant céphalées, crises tonico-cloniques généralisées et troubles de la conscience et de modifications du comportement à type d’agitation et de refus alimentaire. À l’admission, la patiente était fébrile à 39 °C, confuse, instable sur le plan hémodynamique. L’examen clinique retrouvait une éruption cutanée faciale évocatrice d’un lupus subaigu. L’évaluation neurologique était limitée par une faible coopération, sans déficit moteur ni raideur méningée. L’IRM cérébrale (Figure 1) montrait des lésions sous-corticales et des noyaux gris centraux, à la fois ischémiques et hémorragiques, avec une discrète atrophie cortico-sous-corticale, suggérant une atteinte vasculaire inflammatoire. Une ponction lombaire a mis en évidence une méningite aseptique lymphocytaire (31 éléments/mm3), PCR multiplex négative, et anticorps anti récepteur NMDA négatifs. Le bilan biologique révélait une pancytopénie, CRP élevée, hémocultures stériles et une procalcitonine négative. Le bilan immunologique montrait des anticorps antinucléaires (AAN) à 1280 UI/mL, des anti-SSA, des anti-ribosomes P fortement positifs, une consommation du complément C3-C4, un test de Coombs direct positif et des antiphospholipides négatifs. À la lumière de ces données cliniques, radiologiques, biologiques et immunologiques, le diagnostic de LES avec atteinte neuropsychiatrique révélatrice a été retenu. La patiente a reçu un traitement par corticoïdes (bolus de méthylprednisolone), cyclophosphamide, antiépileptique, neuroleptique et hydroxychloroquine. L’évolution a été favorable sur le plan clinique et biologique.

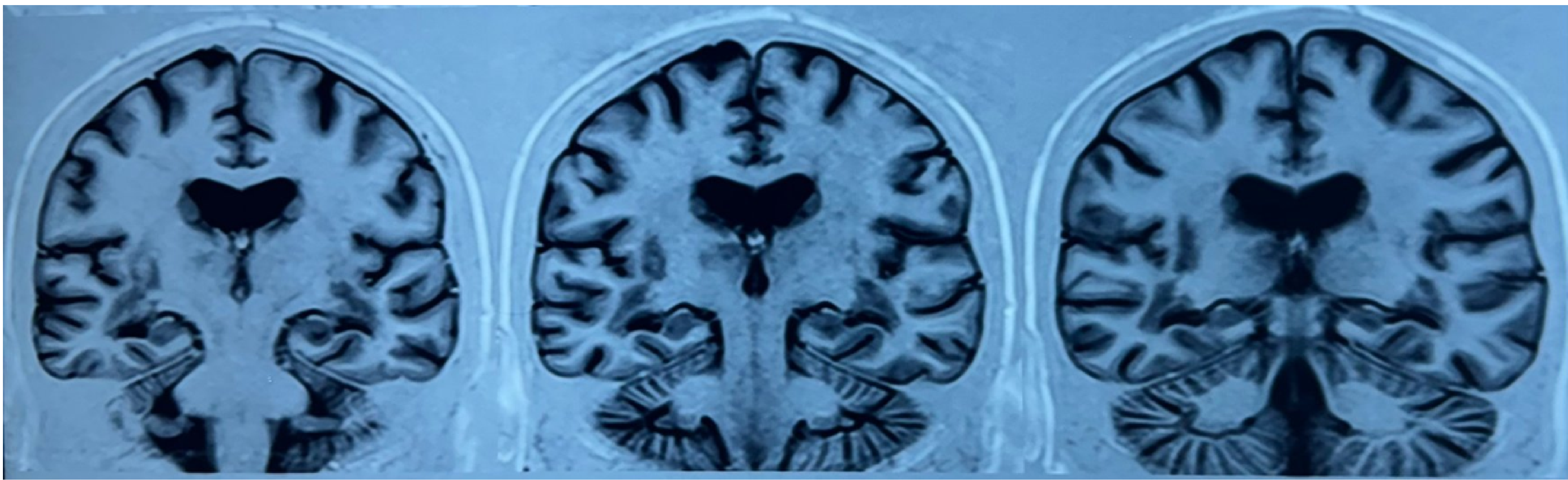


Figure 1. IRM cérébrale (coupe coronale) : aspect d’une atteinte sous-corticale et des noyaux gris centraux compliquée de zones ischémiques d’allure subaiguë et hémorragiques, témoignant probablement d’une composante vasculaire.

DISCUSSION

Les manifestations neuropsychiatriques du LES, fréquentes et parfois révélatrices, posent un défi diagnostique majeur en raison de leur polymorphisme et de leur gravité potentielle. Leur pathogénie implique des mécanismes immunologiques, vasculaires et auto-anticorps spécifiques, notamment les anticorps anti-ribosomes P, souvent associés aux troubles psychiatriques. Sur le plan thérapeutique, les corticoïdes constituent la base du traitement, mais leur utilisation en cas de manifestations psychiatriques nécessite une prudence particulière. En effet, ils peuvent parfois aggraver les symptômes psychiatriques, bien qu’ils soient indispensables pour contrôler l’inflammation centrale. Une prise en charge multidisciplinaire, associant immunosuppresseurs et psychotropes, s’impose.

CONCLUSION

Cette observation illustre une forme révélatrice de neuro-lupus chez une jeune femme avec un terrain d’auto-immunité. L’atteinte neuropsychiatrique, souvent trompeuse, peut être le mode révélateur du lupus et nécessite une prise en charge urgente. Le recours aux marqueurs sérologiques spécifiques, à l’imagerie et à une démarche diagnostique rigoureuse permet d’en affirmer le diagnostic et d’initier un traitement immunosuppresseur adapté, conditionnant le pronostic neurologique et global.

MOTS-CLÉS

Lupus érythémateux systémique • Manifestations neuropsychiatriques • Psychose • Crises convulsives • Anti-ribosomes P • Vasculopathie inflammatoire