

SCHIZOPHRENIE ET MALADIE DE WEGENER: A PROPOS D'UN CAS

SCHIZOPHRENIA AND WEGENER'S DISEASE: CASE REPORT

I. FEKI^{1,3,*}, W. ABBES^{1,3}, R. SELLAMI^{1,3}, M. SNOUSSI^{2,3}, I. BAATI^{1,3}, Z. BAHLOUL^{2,3},
J. MASMOUDI^{1,3}

1 : Service de psychiatrie A, CHU Hedi Chaker, Sfax- Tunisie

2 : Service de médecine interne, CHU Hedi Chaker, Sfax- Tunisie

3 : Faculté de médecine, Université de Sfax-Tunisie

*E-mail de l'auteur correspondant : ines.feki@yahoo.fr

Résumé

La maladie de Wegener ou granulomatose avec polyangéite est caractérisée par ses manifestations cliniques ORL et pulmonaires. Notre observation était originale, puisqu'il existe peu d'écrits sur cette maladie systémique, surtout dans ses aspects psychiatriques. Il s'agit d'un patient âgé de 39 ans suivi pour la maladie de Wegener depuis 14 ans. La symptomatologie psychiatrique a été faite d'un syndrome de référence, un délire de persécution et mystique et des bizarreries comportementales. Une localisation cérébrale de sa vascularite a été éliminée par la normalité de l'IRM cérébrale. C'était ainsi une simple comorbidité. Le patient a été mis sous Olanzapine vu la bonne tolérance et l'amélioration clinique. Notre observation illustre que l'association entre les maladies de système et les pathologies psychiatriques peut être une simple comorbidité, mais l'équilibre thérapeutique de l'une est indispensable pour éviter la rechute de l'autre.

Mots clés : Schizophrénie ; Granulomatose ; Polyangéite ; Comorbidité

Abstract

Wegener's disease or granulomatosis with polyangiitis is characterized by its ear, nose, throat and pulmonary clinical manifestations. Our observation was original, since there is little written about this systemic disease, especially in the field of psychiatric disorders. This is a 39 year-old patient followed for Wegener's disease for 14 years. Psychiatric symptomatology was made by a reference syndrome, delusions of persecution and mystical with behavioral quirks. A cerebral vasculitis location has been removed after the normality of the brain MRI. It was a simple comorbidity between Wegener and schizophreni. The patient was put under Olanzapine seen the good tolerance and the clinical improvement. Our observation shows that the association between systemic diseases and psychiatric disorders may be a simple comorbidity, but the therapeutic balance of one is essential to prevent relapse of the other.

Keywords : Schizophrenia; Granulomatosis ; Polyangiitis; Comorbidity

ملخص

يتميز مرض فيجينر أو الورم الحبيبي مع التهاب الأوعية الدموية بظهور علامات سريرية بمستوى الأنف والحنجرة و الرئتين. كانت ملاحظتنا أصلية، لأن هناك عدد قليل من الكتابات العلمية على هذا المرض الجهازى، وخاصة في الجوانب النفسية. هذا هو المريض البالغ من العمر 39 عاما و يتابع لمرض فيجينر لمدة 14 عاما. تمثلت الأعراض النفسية في وجود متلازمة مرجعية متمثلة في حصول الهذيان الاضطهادي والتصوف و الغرابيات السلوكية. تم كشف الدماغ بواسطة التصوير بالرنين المغناطيسي و قد تم نفي حصول التهاب الأوعية الدموية. كان هذا التواجد للمرضين أمرا بسيطا و غير مرتبط في المبدأ. تم وضع المريض تحت مادة أولانزابين مع تقبل بدني جيد و تحسين سريري. وتوضح ملاحظتنا أن الارتباط بين الأمراض الجهازية والأمراض النفسية قد يكون اعتلالا مشتركا بسيطا، ولكن التوازن العلاجي لهذا المرض هو ضروري لتجنب حصول الانتكاس للمرض الآخر.

الكلمات المفاتيح: فصام الشخصية ; الورم الحبيبي ; التهاب الأوعية ; الاعتلال المشترك

INTRODUCTION

La granulomatose avec polyangéite (GPA) (anciennement maladie de Wegener) est une vascularite systémique nécrosante associant une inflammation de la paroi vasculaire et une granulomatose péri et extravasculaire associée typiquement à la présence dans le sérum d'anticorps anti-cytoplasme des polynucléaires (ANCA) de type c-ANCA. Sur le plan clinique, elle se caractérise dans sa forme complète par des signes oto-rhino-laryngologique (ORL), une atteinte pulmonaire et une atteinte rénale. D'autres manifestations cliniques de vascularite peuvent être présentes. Le questionnement se pose en ce qui concerne l'association entre cette connectivite et des signes psychiatriques. La littérature médicale n'est pas très abondante en ce domaine et on a beaucoup plus de mal à trouver des écrits récents sur cette maladie systémique, tout au moins dans le champ des troubles psychiatriques [1]. Dans ce contexte, nous rapportons le cas d'un patient qui a été suivi initialement en médecine interne pour une granulomatose de Wegener puis adressé en psychiatrie devant l'apparition des bizarreries comportementales avec un syndrome délirant. La discussion réside en ce qui concerne l'imputabilité de la vascularite dans la genèse du tableau psychiatrique. D'où l'intérêt d'actualiser les connaissances sur l'association entre cette maladie de système et les pathologies psychiatriques pour que les cliniciens puissent ajuster leurs conduites thérapeutiques afin d'améliorer le pronostic des deux pathologies. Notre objectif était de discuter, à travers cette observation et une revue de la littérature, la relation entre cette vascularité et les pathologies psychiatriques.

VIGNETTE CLINIQUE

Nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 39 ans, ayant été suivi au service de médecine interne depuis 2002 (soit depuis l'âge de 25 ans) pour une GPA avec initialement sur le plan clinique une hémoptysie, une paralysie faciale périphérique gauche, des ulcérations muqueuses multiples (nez, palais osseux, face interne des joues et les deux pavillons de l'oreille), une hypertrophie gingivale, un purpura vasculaire des jambes et une surdité bilatérale; biologiquement, il avait un syndrome inflammatoire, une hypergammaglobulinémie, une anémie normochrome normocytaire, une hématurie microscopique objectivée à la HLM et un dosage

de c-ANCA positif; Il a eu une biopsie cutanée objectivant un granulome à cellules géantes sans nécrose caséuse, une fibroscopie bronchique avec biopsie a été en faveur d'une inflammation granulomateuse, le scanner thoracique a montré des foyers alvéolaires nécrosés avec des adénopathies médiastinales et la ponction biopsie rénale a été en faveur d'une hyalinose segmentaire et focale. Ce tableau a bien évolué sous corticothérapie à forte dose et le patient était en rémission clinique et biologique depuis 2003.

Le début de la symptomatologie psychiatrique remonte à 2006 (soit à l'âge de 29 ans), il présentait un délire de référence et un délire de persécution à mécanisme interprétatif avec adhérence totale au délire au point qu'il a déménagé de sa ville, il a modifié les données de sa carte d'identité, il a évité tout contact avec sa famille durant 4 ans entières, il a prétendu qu'il était victime d'un complot de tout bord, il suspectait tous les gens d'être des complices en train de l'espionner, il était persuadé que la garde nationale, la police et les autorités étaient en parfaite connaissance de son secret. Après la révolution tunisienne, il est retourné à sa ville mais il vivait dans une fosse à la montagne !!! Ses parents ont rapporté la notion de soliloque et de bizarrerie comportementale.

Par ailleurs, le patient exprimait un délire mystique à mécanisme intuitif avec adhérence totale à son délire: il était devenu barbu avec un engouement religieux, il a prétendu détenir une découverte d'un secret du coran, un don de dieu qu'il aurait diffusé au réseau informatique à l'époque du président déchu, il disait toujours qu'il est le prophète attendu.

Sous l'influence de ces idées délirantes de persécution, il a tenté d'allumer le feu dans un centre de police d'où il a été hospitalisé dans un service de psychiatrie sous le mode d'hospitalisation d'office pour perturbation de l'ordre public. Une localisation cérébrale de sa connectivite a été suspectée mais l'IRM cérébrale était sans anomalie. D'où on a conclu à une comorbidité simple mais rare entre la GPA (maladie de Wegener) et la schizophrénie. Le patient a été mis initialement sous neuroleptique classique (Halopéridol) pendant une semaine, mais devant l'apparition d'une bradycardie pharmacologique, on a arrêté l'Halopéridol et on a mis le patient sous Olanzapine à la dose de 15 mg/jour avec bonne tolérance du traitement. L'évolution clinique était favorable avec une mise à distance de

ses délires et une critique des troubles de comportement.

DISCUSSION

Devant cette présentation clinique, et en se référant aux données de la littérature, nous avons discuté les hypothèses suivantes :

1. Les troubles de la série psychiatrique sont imputables à la maladie systémique, via des médiateurs et des mécanismes neurophysiologiques: il peut s'agir d'une localisation cérébrale de la vascularite suite à un conflit immunitaire sur les vaisseaux cérébraux faisant manifester un syndrome psycho-organique secondaire [2,3]. Mais la normalité de l'IRM cérébrale plaide contre cette hypothèse.

2. Les manifestations psychiatriques sont dues à une réaction psychologique à la maladie systémique (la perception du sujet par lui-même), mais les réactions les plus fréquemment rapportées dans la littérature sont d'ordre névrotique (anxiété, dépression) et les symptômes de la série psychotique sont exceptionnels [4-6].

3. Les troubles psychiatriques sont secondaires à l'effet iatrogène des produits à visée thérapeutique particulièrement les corticoïdes («psychose cortisonique» ou «troubles psychotiques cortico-induits») [7,8]: ce qui est peu probable dans notre cas clinique étant donné que notre patient était en arrêt du traitement corticoïde avant le début de la symptomatologie psychiatrique.

4. Quelquefois, il peut s'agir d'une simple comorbidité chez un même sujet, et l'imputabilité du trouble psychiatrique à cette maladie systémique ne semble pas être bien fondée. La pathologie mentale évolue pour son propre compte indépendamment du cours évolutif de la vascularite. C'est l'hypothèse retenue pour notre observation. Cette morbidité psychiatrique peut être dans ce cas surajoutée ou concomitante mais indépendante.

L'atteinte du système nerveux central avec des manifestations neuropsychiatriques a été rapportée dans 7-10% des cas de GW [9,10].

Dans la littérature, seulement des cas sporadiques ont été rapportés sur les manifestations psychiatriques associées à la granulomatose de Wegener. Ce sont surtout des cas de dépression [4,6], d'épisode maniaque [5]. Néanmoins, les troubles de la série psychotique sont encore plus rares [6], et ils relèvent le plus souvent d'une comorbidité.

CONCLUSION

Les maladies auto-immunes constituent un des champs les plus fertiles pour la recherche sur les interactions psycho-neuro-immunologiques. Notre observation clinique est originale, puisqu'il existe peu d'écrits récents sur cette maladie systémique, tout au moins dans le champ des troubles psychiatriques. L'association entre les vascularites et les pathologies psychiatriques puisse avoir plusieurs mécanismes expliquant la genèse des manifestations psychiatriques. Toutefois, il s'agissait parfois d'une simple comorbidité entre ces deux pathologies, mais ceci implique toujours la nécessité d'une collaboration entre le psychiatre et le médecin interniste pour avoir une meilleure stabilisation clinique de chacune des deux pathologies. A noter le rôle de l'iatrogénie des corticoïdes dans l'émergence des manifestations psychotiques et, inversement, le rôle des facteurs psychologiques dans le déclenchement d'une maladie auto-immune et/ou la fluctuation de ses symptômes.

REFERENCES

- [1] Guillevin L, Mahr A. La maladie de Wegener. Encyclopédie Orphanet, Janvier 2004.
- [2] Guillevin L, Ramanoelina J, Mahr A. Central nervous system and systemic vasculitides. Rev Neurol (Paris) 2002;158:907-13.
- [3] Fauci AS, Haynes BF, Katz P, Wolff SM. Wegener's granulomatosis: prospective clinical and therapeutic experience with 85 patients for 21 years. Ann Intern Med 1983;98:76-85.
- [4] Konaté A, Le Falher G, Crozat-Grosleron S, Rivière S, Le Quellec A. Incidence and presentation of the central neurological manifestations of Wegener's granulomatosis: a monocentric study of 14 cases. Rev Med Interne 2004;25(3):183-8.
- [5] Peeters L, Igodt P. Acute psychiatric symptomatology in Wegener's granulomatosis. Tijdschr Psychiatr 2006;48(4):325-9.
- [6] McKeith I G. Neuropsychiatric symptoms in the course of Wegener's granulomatosis. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1985; 48(7): 713-714.
- [7] Ismail K, Wessely S. Psychiatric complications of corticosteroid therapy. Br J Hosp Med 1995;53(10):495-9.
- [8] Lewis D, Smit R. Steroid induced psychiatric syndromes. A report of 14 cases and a review of the literature. J Affective Disord 1983; 5:319-22.
- [9] Holle JU, Gross WL. Neurological involvement in Wegener's granulomatosis. Curr Opin Rheumatol 2011;23:7-11.
- [10] Seror R, Mahr A, Ramanoelina J, Pagnoux C, Cohen P, Guillevin L. Central nervous system involvement in Wegener granulomatosis. Medicine (Baltimore) 2006;85:54-65.