

Case report

La dépression dans le lupus érythémateux systémique: à propos d'un cas clinique



Depression in patients with systemic lupus erythematosus: about a clinical case

Fouad Laboudi^{1,&}, Ghizlane Slimani¹, Mohamed Essaid Gourani¹, Abderrazzak Ouanass¹

¹Service des Urgences Psychiatriques, Hôpital Psychiatrique Universitaire Arrazi de Salé, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohammed V, Rabat, Maroc

[&]Corresponding author: Fouad Laboudi, Service des Urgences Psychiatriques, Hôpital Psychiatrique Universitaire Arrazi de Salé, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohammed V, Rabat, Maroc

Mots clés: Lupus érythémateux systémique, dépression, corticoïdes, prise en charge multidisciplinaire

Received: 08/10/2017 - Accepted: 01/02/2018 - Published: 20/02/2018

Résumé

Dans le but d'illustrer l'importance des manifestations psychiatriques du lupus érythémateux systémique, nous rapportons le cas d'une jeune patiente âgée de 32 ans, n'ayant pas d'antécédents psychiatriques. Elle est suivie depuis un an pour lupus érythémateux systémique. Elle a présentée depuis 2 à 3 mois des manifestations psychiatriques faisant évoquer un épisode dépressif majeur, qui s'est bien amélioré sous traitement. Dans le lupus érythémateux systémique, la prise en charge doit être d'emblée multidisciplinaire afin d'assurer une cohérence parfaite indispensable à l'adhérence de la patiente au projet de soin.

Pan African Medical Journal. 2018;29:123. doi:10.11604/pamj.2018.29.123.14063

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/29/123/full/>

© Fouad Laboudi et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

We here report the case of a 32-year old female patient with no past psychiatric history in order to highlight the importance of psychiatric manifestations of systemic lupus erythematosus. The patient was followed up for systemic lupus erythematosus over a period of one year. She had a 2-3-month history of psychiatric manifestations, suggesting a major depressive episode, with very favorable outcome under treatment. Systemic lupus erythematosus needs an immediate multidisciplinary approach to ensure a perfect coherence, essential to patient's adherence to treatment.

Key words: Systemic lupus erythematosus, depression, corticosteroids, multidisciplinary approach

Introduction

Le mot lupus signifie loup en latin a été employé dès la fin du moyen âge pour décrire des lésions cutanées de la face. Le lupus érythémateux systémique est une maladie auto-immune d'étiologie inconnue, et dont l'aspect clinique est très polymorphe. Elle est caractérisée par une production démesurée d'anticorps dirigés contre les structures du soi et par la diversité de ses manifestations cliniques [1]. Globalement, on observe une hyperactivité du système immunitaire humoral et cellulaire qui se traduit par une cascade d'événements inflammatoires à l'origine de la production de différents auto-anticorps et de diverses lésions. Il touche essentiellement les femmes à l'âge adulte. La maladie lupique évolue spontanément par poussées, entrecoupées de rémissions de durée et d'expression variables. Sur le plan psychiatrique, les symptômes peuvent aller de la simple irritabilité aux manifestations psychotiques, en passant par des états anxio-dépressifs qui accompagnent les poussées de la maladie. Il est parfois difficile d'attribuer au lupus érythémateux systémique certaines manifestations psychiatriques surtout quand la corticothérapie est déjà en cours [2]. L'évaluation de la dépression dans une population présentant le lupus érythémateux systémique présente des défis spécifiques. L'un des plus importants de ces défis c'est que les symptômes somatiques de la dépression chevauchent clairement avec les symptômes et les complications liés à la maladie, notamment la perte d'énergie, difficultés de concentration, de sommeil, la diminution de l'appétit et la prise de traitement. L'intérêt de notre observation découle du fait qu'un taux de prévalence plus élevée de la dépression se trouve chez les patients avec une maladie chronique [3]. A travers un cas clinique nous allons mettre le point sur un épisode dépressif majeur accompagnant le lupus érythémateux systémique tout en insistant sur la prise en charge qui doit être multidisciplinaire.

Patient et observation

Il s'agit de Madame M.M âgée de 32 ans, mariée et mère de 2 enfants. Elle s'est présentée à la consultation de néphrologie pour l'administration d'un sixième bolus d'Endoxan. Dans ses antécédents; Elle est suivie au service de néphrologie depuis 2 ans pour un syndrome néphrotique sur néphropathie lupique proliférative diffuse, globale, active et chronique classe iv -g (a/c) stabilisé sous traitement. La patiente ne présentait pas de signes néphrologiques ou extra néphrologiques notables. La patiente ne présentait pas de signes de déshydratation aigue. Il n'y avait pas d'antécédents psychiatriques personnels ni familiaux, mais elle a rapportée une tristesse de l'humeur et une diminution marquée du plaisir pour toutes les activités toute la journée presque tous les jours évoluant depuis au moins deux mois. L'examen a trouvé une patiente en assez bon état général, apyrétique, consciente, eupnéique au repos, la tension artérielle était à 140/70 mmHg aux 2 bras, en position debout et couchée, pouls 85 bpm, diurèse conservée à 1 L200 et le poids à 42Kg. Le reste de l'examen somatique était sans particularités. Elle a été adressée à la consultation de psychiatrie pour complément de prise en charge.

L'examen psychiatrique a trouvé une patiente angoissée, ralentie avec une tristesse de l'humeur, avec une diminution marquée du plaisir pour toutes les activités toute la journée presque tous les jours, avec des idées d'incubabilité, mais sans délire patent ni troubles perceptifs. Des pensées de mort récurrentes étaient présentes. L'appétit était diminué. La patiente rapportait aussi des troubles de la concentration et une insomnie depuis 3 mois. Devant cette symptomatologie, et vu les plaintes psychiatriques, le diagnostic d'un épisode dépressif majeur a été retenu. Elle a été mise sous Escitalopram 10mg/j et Lorazepam 6mg/j à doses dégressives. La patiente a été vue à plusieurs reprises en consultation et l'évolution a été bonne sous Escitalopram 15mg/j.

Discussion

Le lupus érythémateux systémique est maladie chronique qui affecte généralement plusieurs systèmes et d'organes, y compris le système nerveux central causant plusieurs syndromes neuropsychiatriques, y compris dépression [4]. Le lupus érythémateux systémique implique un large éventail de troubles neuropsychiatriques [5]. Ces troubles apparaissent dans environ 70% des patients diagnostiqués avec le lupus érythémateux systémique [6]. Cependant, il y a une grande variété de ces manifestations, qui s'étend au-delà de celles identifiées dans les critères de classification de l'American College of Rheumatology (ACR) de 1999 pour le lupus érythémateux systémique [2,7] (Tableau 1).

L'incidence de troubles psychiatriques peut varier entre 17-75%. Cette grande variabilité est dû au manque de standardisation de critères diagnostiques pour les manifestations psychiatriques du lupus érythémateux systémique [8]. La dépression, apparaît comme la manifestation psychiatrique la plus fréquente et son incidence est très variable (2-54%) [9, 10] (Tableau 2).

Ses manifestations inaugurales sont faites: d'anxiété, ralentissement, tristesse de l'humeur, anhédonie, avec des idées d'incurabilité. Des pensées de mort récurrentes étaient présentes, l'appétit était diminué, des troubles de la concentration et une insomnie, le tout évoluant depuis 3 mois. Ce qui concorde avec le fait que la dépression est un trouble fréquent dans la population générale. En effet, une méta-analyse a montré que la prévalence d'un an et de durée de vie du trouble dépressif majeur ont été de 4,1% et 6,7% respectivement [11]. Une autre Méta-analyse récente faite par Zhang et Al. [12], incluant 59 études, impliquant 10828 patients adultes atteints de maladie lupique a démontré sur des études utilisant des entretiens cliniques standard (DSM et/ou ICD) ont révélés que la dépression et l'anxiété majeures étaient présentées respectivement chez 24% et 37% chez les patients atteints du lupus érythémateux systémique, respectivement.

Chez cette patiente, le lien de cause à effet entre le lupus érythémateux systémique et la dépression ou les corticoïdes et la dépression n'a pas été établi, donc la comorbidité des deux troubles reste aussi probable. Les troubles psychiatriques présentés par la patiente sont-ils d'origine somatique ou d'origine psychiatrique? Faut-il suspecter un neuro-lupus ou évoquer un effet iatrogène des corticoïdes? Les principaux troubles psychiatriques du lupus

érythémateux systémique sont la conséquence soit de microvasculopathie et de thrombose, ou d'auto-anticorps et des médiateurs inflammatoires. Le diagnostic de troubles neuropsychiatriques du lupus érythémateux systémique exige l'exclusion des causes secondaires [7]. En effet, les corticostéroïdes systémiques à forte dose occasionnent des symptômes psychiatriques chez 10% des patients traités pour un lupus érythémateux systémique, principalement sous forme de troubles de l'humeur et rarement d'ordre psychotique. Par conséquent, afin d'éviter ces effets secondaires, on administre aux patients la dose la plus faible possible des glucocorticoïdes [13]. Dans son enquête Laura, J. Julian et al. pour déterminer la dépression chez les personnes atteintes de lupus, ont trouvé que 17% des personnes répondaient aux critères de trouble dépressif majeur et 26% répondaient aux critères de trouble de l'humeur, y compris le trouble dépressif majeur, la dépression mineure et la dysthymie, à l'aide d'une entrevue clinique structurée et globale de la DSM-5 [14].

Par conséquent, le suivi de ces patients présentant une maladie chronique en particulier une maladie lupique doit comporter un suivi psychiatrique surtout des symptômes dépressifs. Une autre étude [15] indiquait que des niveaux plus élevés de douleur et de fatigue prévoyaient un risque plus élevé d'anxiété. De même, un niveau de fatigue plus élevé prévoyait une plus grande probabilité de dépression, ce qui était conforme avec ce qui était rapporté dans la littérature [16, 17]. Comme nous le savons tous, la douleur est une expérience inconfortable, entraînant généralement des troubles de l'humeur. Selon Waldheim et al. [17], Jump et al. [18] et van Exel et al. [19], un niveau de fatigue plus élevé a considérablement augmenté le risque d'anxiété et de dépression chez les patients atteints de lupus érythémateux systémique. La fatigue est actuellement comprise comme une « affaiblissement extrême et persistant, ou épuisement mentale, physique ou à la fois » [20]. C'est l'un des symptômes les plus fréquents chez les malades atteints du lupus érythémateux systémique, atteignant jusqu'à 90% des patients. Dans 50% d'entre eux, la fatigue est signalée comme le symptôme le plus invalide de la maladie [21, 22]. Ces résultats suggèrent que le renforcement de la prise en charge de la douleur et de la fatigue peut être utile pour contrôler la prévalence de l'anxiété et la dépression chez les patients atteints du lupus érythémateux systémique.

Conclusion

Le lupus érythémateux systémique est très hétérogène dans sa présentation clinique. La dépression est une maladie fréquente dans le lupus qui peut être liée à des réactions psychologiques ou physiques à lupus ou les médicaments de lupus, ou une combinaison de ceux-ci, ou la dépression peut être indépendant. La prise en charge doit être d'emblée multidisciplinaire afin d'assurer une cohérence parfaite indispensable à l'adhérence de la patiente au projet de soin.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Tous les auteurs déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Tableaux

Tableau 1: Syndromes neuropsychiatriques du lupus érythémateux systémique définis par le collège américain de rhumatologie

Tableau 2: Les critères diagnostic d'un épisode dépressif caractérisé du DSM-5 tel que proposés par l'américain psychiatric association

Références

1. Madrane S, Ribi C. Atteintes neurologiques centrales du lupus érythémateux systémique. *Rev Med Suisse*. 2012 Apr 18; 8(337): 848-53. **PubMed | Google Scholar**
2. Bruns A, Meyer O. Manifestations neuropsychiatriques du lupus érythémateux disséminé. *Rev Rhum*. Déc 2006; 73(12): 1293-300. **Google Scholar**
3. Jewett LR, Razykov I, Hudson M, Baron M, Thombs BD, on behalf of the Canadian Scleroderma Research Group. Prevalence of current, 12-month and lifetime major depressive disorder among patients with systemic sclerosis. *Rheumatology (Oxford)*. 2013 Apr; 52(4): 669-75. **PubMed | Google Scholar**
4. Kozora E, Arciniegas DB, Zhang L, West S. Neuropsychological patterns in systemic lupus erythematosus patients with depression. *Arthritis Res Ther*. 2007; 9(3): R48. **PubMed | Google Scholar**
5. Hermosillo-Romo D, Brey RL. Diagnosis and management of patients with neuropsychiatric systemic lupus erythematosus (NPSLE). *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2002 Apr; 16(2): 229-44. **PubMed | Google Scholar**
6. Buca A, Perkovic D, Martinovic-Kaliterna D, Vlastelica M, Titlic M. Neuropsychiatric systemic lupus erythematosus: diagnostic and clinical features according to revised ACR criteria. *Coll Antropol*. 2009 Mar; 33(1): 281-8. **PubMed | Google Scholar**
7. Hanly JG. Diagnosis and management of neuropsychiatric SLE. *Nat Rev Rheumatol*. 2014 Jun; 10(6): 338-47. **PubMed | Google Scholar**
8. Liu XJ, Ye HX, Li WP, Dai R, Chen D, Jin M. Relationship between Psychosocial Factors and Onset of Multiple Sclerosis. *Eur Neurol*. 2009; 62(3): 130-6. **PubMed | Google Scholar**
9. Wekking EM. Psychiatric symptoms in systemic lupus erythematosus: an update. *Psychosom Med*. 1993 Mar-Apr; 55(2): 219-28. **PubMed | Google Scholar**
10. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, éditeurs. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association. 2013; p947. **Google Scholar**
11. Waraich P, Goldner EM, Somers JM, Hsu L. Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry*. 2004 Feb; 49(2): 124-38. **PubMed | Google Scholar**

12. Zhang L, Fu T, Yin R, Zhang Q, Shen B. **Prevalence of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis.** BMC Psychiatry [Internet]. Déc 2017;17(1). Accessed 10 Août 2017.
13. Popescu A, Kao AH. Neuropsychiatric systemic lupus erythematosus. *Curr Neuroparmacol.* 2011 Sep; 9(3): 449-57. **PubMed | Google Scholar**
14. Julian LJ, Gregorich SE, Tonner C, Yazdany J, Trupin L, Criswell LA et al. Using the center for epidemiologic studies depression scale to screen for depression in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2011 Jun; 63(6): 884-90. **PubMed | Google Scholar**
15. Xie X, Wu D, Chen H. Prevalence and risk factors of anxiety and depression in patients with systemic lupus erythematosus in Southwest China. *Rheumatol Int.* 2016 Dec; 36(12): 1705-1710. **PubMed | Google Scholar**
16. Doria A. Health-related quality of life in Italian patients with systemic lupus erythematosus II Role of clinical, immunological and psychological determinants. *Rheumatology.* 13 Jul 2004; 43(12): 1580-6. **Google Scholar**
17. Waldheim E, Elkan A-C, Pettersson S, Vollenhoven R van, Bergman S, Frostegård J et al. Health-related quality of life, fatigue and mood in patients with SLE and high levels of pain compared to controls and patients with low levels of pain. *Lupus.* 2013 Oct; 22(11):1118-27. **PubMed | Google Scholar**
18. Jump RL, Robinson ME, Armstrong AE, Barnes EV, Kilbourn KM, Richards HB. Fatigue in systemic lupus erythematosus: contributions of disease activity, pain, depression, and perceived social support. *J Rheumatol.* 2005 Sep; 32(9): 1699-705. **PubMed | Google Scholar**
19. van Exel E, Jacobs J, Korswagen L-A, Voskuyl A, Stek M, Dekker J et al. Depression in systemic lupus erythematosus, dependent on or independent of severity of disease. *Lupus.* 2013 Dec; 22(14): 1462-9. **PubMed | Google Scholar**
20. Dittner A, Wessely S, Brown R. The assessment of fatigue. *J Psychosom Res.* 2004 Feb; 56(2):157-70. **PubMed | Google Scholar**
21. Krupp LB, LaRocca NG, Muir-Nash J, Steinberg AD. The fatigue severity scale: application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Arch Neurol.* 1989 Oct; 46(10): 1121-3. **PubMed | Google Scholar**
22. Burgos PI, Alarcón GS, McGwin G, Crews KQ, Reveille JD, Vilá LM. Disease activity and damage are not associated with increased levels of fatigue in systemic lupus erythematosus patients from a multiethnic cohort: LXVII. *Arthritis Rheum.* 2009 Sep 15; 61(9): 1179-86. **PubMed | Google Scholar**

Tableau 1: Syndromes neuropsychiatriques du lupus érythémateux systémique définis par le collège américain de rhumatologie

Système nerveux central	Système nerveux périphérique
<ul style="list-style-type: none"> 1- Méningite aseptique 2- Maladie cérébro-vasculaire 3- Syndrome démyélinisant 4- Céphalées 5- Mouvements anormaux (chorée) 6- Myélite 7- Convulsions 8- Confusion aigue 9- Anxiété 10- Dysfonction cognitive 11- Troubles de l'humeur 12- Psychose 	<ul style="list-style-type: none"> 1- polyradiculonévrite démyélinisante inflammatoire aigue (syndrome de Guillain-Barré) 2- Atteinte du système nerveux autonome 3- Mononeuropathies, simples ou complexes 4- Myasthénie 5- Atteintes des nerfs crâniens 6- Plexopathie 7- Polynévrite

Tableau 2: les critères diagnostic d'un épisode dépressif caractérisé du DSM-5 tel que proposés par l'american psychiatric association [10]

A- Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

- Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les autres (pleurs).

- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.

- Perte ou gain de poids significatif (5%) en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit tous les jours.

- Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

- Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.

- Fatigue ou perte d'énergie tous les jours.

- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

- Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B- Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C- Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

D- L'épisode ne répond pas aux critères du trouble schizo affectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à une autre trouble psychotique.

E- Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.