



Sclérose en plaques et troubles bipolaires : à propos d'un cas

IFL-006 K. Byaz, R.Tourby, S.Bellakhdar, H.Khattab, K. Haddou Ali, B. EL Moutawakil, H. EL Otmami, MA. Rafai.
Service de neurologie et d'explorations neurophysiologiques cliniques, CHU Ibn Rochd, Université Hassan II, Casablanca



Introduction:

Les manifestations psychiatriques chez les patients atteints de sclérose en plaques (SEP) sont décrites dès 1877 par Charcot (1). Bien que la dépression soit la manifestation la plus fréquemment rapportée dans la littérature, la coexistence des troubles bipolaires (TB) et de la SEP reste cependant bien établie (1). Ainsi, des études épidémiologiques et cliniques récentes suggèrent des mécanismes physiopathologiques communs.

Nous rapportons le cas d'un patient suivi pour trouble bipolaire et qui a développé neuf ans plus tard une SEP et discutons à travers ce cas les liens physiopathologiques possibles entre ces deux entités.

Observation :

Il s'agit d'un homme de 33 ans, sans antécédents familiaux particuliers, suivi depuis 2005 pour un trouble bipolaire avec principalement des épisodes maniaques qui se manifestent par des idées de grandeur, une agressivité et l'usages de drogues. Il a été mis sous neuroleptiques et antidépresseurs avec une bonne évolution initiale. En 2023, il a présenté des troubles de l'équilibre associé à une incoordination ainsi que des troubles sphinctériens à type de miction par regorgement et de dysurie concomitants à la survenue d'un accès maniaque ayant nécessité une hospitalisation au service de psychiatrie. L'examen neurologique a trouvé un syndrome cérébelleux avec un EDSS à 4,5. L'IRM cérébrale et médullaire a révélé de multiples hypersignaux de la substance blanche en sus et sous tentorial, ainsi que de la moelle cervicale, répondant aux topographies typiques d'une SEP.

L'étude du LCR a objectivé des bandes oligoclonales positives. Le diagnostic de SEP récurrente rémittente a été posé selon les critères de McDonald 2017. Le patient a reçu cinq jours de bolus de méthylprednisolone, puis un traitement de fond à base de fingolimod a été démarré, avec un changement de son traitement psychiatrique vers un thymorégulateur et un neuroleptique atypique permettant de contrôler les symptômes maniaques.

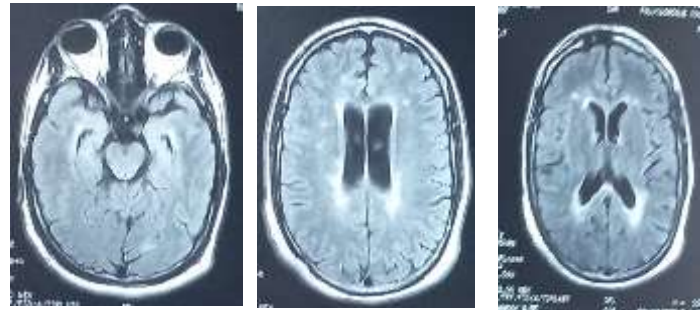


Figure 1 : IRM encéphalique en coupe axiale séquence FLAIR montrant des lésions de démyélinisation périventriculaire compatibles avec une SEP

Discussion :

Notre cas décrit un patient avec un TB et ayant développé une SEP après 9 ans d'évolution de son affection psychiatrique. L'hypothèse d'une association fortuite peut être envisagée sans liens directs entre les deux pathologies. Cependant, la fréquence plus élevée des TB dans la SEP par rapport à la population générale incite à rechercher des hypothèses alternatives (3). Les troubles de l'humeur peuvent être une manifestation inaugurale de SEP et ce, des années avant l'apparition des signes neurologiques (1). Une susceptibilité génétique commune aux deux maladies impliquant le système HLA avec une fréquence plus élevée des HLA DR2 et DR3 chez les patients suivis pour les 2 pathologies (1), une augmentation du stress oxydatif neuronal avec effets délétères sur les circuits cérébraux qui régulent le fonctionnement affectif, les émotions, et le plaisir impliqués dans les TB (2), ainsi que des lésions cérébrales stratégiques de SEP touchant le cortex orbitofrontal, principale structure impliquée dans la régulation du comportement social pourraient constituer des facteurs importants contribuant à une augmentation de la prévalence des TB dans cette population (1,3). La rémission des symptômes purement psychiatriques sous doses élevées de corticoïdes soutient également l'hypothèse d'une cause organique des TB (1). Un traitement à base de thymorégulateurs (valproate de sodium, carbamazépine et lithium) pouvant inverser les changements du stress oxydatif, associé à des antipsychotiques atypiques est généralement efficace sur les crises maniaques (1,2). Peu de données existe dans la littérature concernant le traitement de fond en cas d'association entre SEP et TB. Cependant, quelques cas de stabilisation des troubles de l'humeur après introduction de "disease modifying therapies" (cyclophosphamide et IFN β -1b) ont été rapportés (4).

Conclusion :

Bien que la nature exacte du lien entre la SEP et les TB reste à clarifier, des études récentes suggèrent une association significative entre ces deux conditions. Une meilleure compréhension des mécanismes sous jacents et de l'impact clinique de cette comorbidité est nécessaire pour améliorer la prise en charge et la qualité de vie des patients atteints.

Références :

1. Sidhom, Youssef, et al. "Bipolar disorder and multiple sclerosis: a case series." *Behavioural Neurology* 2014 (2014).
2. Carta, M. G., et al. "The risk of bipolar disorders in multiple sclerosis." *Journal of affective disorders* 155 (2014): 255-260.
3. Joseph, Boney, et al. "Prevalence of bipolar disorder in multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis." *BMJ Ment Health* 24.2 (2021): 88-94.
4. Ameis, Stephanie H., and Anthony Feinstein. "Treatment of neuropsychiatric conditions associated with multiple sclerosis." *Expert Review of Neurotherapeutics* 6.10 (2006)