



UNE POLYRADICULONEUROPATHIE AIGUE REVELATRICE D'UN LUPUS ERYTHEMATEUX SYSTEMIQUE A LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE NEUROLOGIE DU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUKOU MAGA (CNHU-HKM) AU BENIN : A PROPOS D'UN CAS

HOUEZE R¹, AGBETOU-HOUSSOU M², DJAOUGA S¹, COVI R¹, DANSOU E³, DJOSSOU J⁴, BALLEY G¹, AVOCE M¹, ADJIEN KC¹.

1- Clinique Universitaire de Neurologie CNHU-HKM Cotonou

2- Service de Neurologie du CHD Parakou

3- Clinique Universitaire de Médecine interne CNHU-HKM Cotonou

4- Clinique Universitaire de Rhumatologie CNHU-HKM Cotonou

Auteur correspondant : huezer3@yahoo.fr; : 00229 97606295

RESUME

Introduction : Les Polyradiculoneuropathie aiguë (PRNA) lupiques représentent manifestation rare du lupus érythémateux systémique (LES). Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques et paracliniques. **Cas clinique** : Patient âgée de 31ans admise pour tétraparésie relevant d'un syndrome neurogène périphérique, avec des lésions hyperchromiques en aile de papillon en région jugale. Une ponction lombaire et un ENMG ont été évocateurs d'une PRNA sensitivo-motrice axonale sévère. La biologie a retrouvé des anticorps anti DNA à 1987. **Discussion** : Les PRNA lupiques peuvent se produire à tout âge et sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes. Le diagnostic des PRNA lupiques est souvent difficile. La symptomatologie a vocation à s'aggraver si la neuropathie n'est pas prise en charge. Sur le plan thérapeutique, le traitement des PRNA lupiques repose sur la prise en charge de la cause sous-jacente, c'est-à-dire le lupus érythémateux systémique. **Conclusion** : les PRNA lupiques sont une manifestation rare mais grave du lupus érythémateux systémique. Leur diagnostic est souvent difficile surtout au début et le traitement repose sur la prise en charge du LES. Le pronostic peut être favorable si la neuropathie est traitée rapidement et efficacement.

Mots Clés : Polyradiculoneuropathie – Lupus – Bénin

ABSTRACT

Acute polyradiculoneuropathy revealing systemic lupus erythematosus at the University Neurology Clinic of the Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) in Benin: a case report

Introduction: Lupus polyradiculoneuropathy (LPN) is a rare manifestation of systemic lupus erythematosus (SLE). The diagnosis is based on a range of clinical and paraclinical findings. **Case report:** A 31 year old female patient was admitted for tetraparesis related to a peripheral neurogenic syndrome, with hyperchromic butterfly wing lesions in the jugal region. A lumbar puncture and an ENMG were suggestive of severe axonal sensory-motor PRNA. Biology revealed anti-DNA antibodies in 1987. **Discussion:** Lupus PRNA can occur at any age and is more common in women than in men. The diagnosis of lupus PRNA is often difficult. The symptomatology is likely to worsen if the neuropathy is not managed. Therapeutically, the treatment of lupus PRNA is based on the management of the underlying cause, i.e. systemic lupus erythematosus. **Conclusion:** Lupus PRNA is a rare but serious manifestation of systemic lupus erythematosus. Their diagnosis is often difficult, especially in the early stages, and treatment is based on LES management. The prognosis can be favourable if the neuropathy is treated quickly and effectively.

Keys words: polyradiculoneuropathy - Lupus – Benin

INTRODUCTION

La polyradiculoneuropathie (PRN) est une affection neurologique inflammatoire caractérisée par une atteinte des racines nerveuses périphériques, entraînant des symptômes variés moteurs ou non moteurs (sensitif, végétatifs) [1]. Bien que les PRN puissent avoir différentes étiologies, elles peuvent être associées à des maladies auto-immunes systémiques telles que le lupus érythémateux systémique (LES)[2]. Les Polyradiculoneuropathie aiguë lupiques représentent par contre une manifestation rare du LES [3]. Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques et paracliniques. Nous

vous présentons un premier cas de PRNA d'origine lupique rencontré à la clinique universitaire de neurologie du CNHU-HKM de Cotonou.

OBSERVATION

Nous vous rapportons l'observation médicale d'une patiente âgée de 31ans sans antécédents particuliers qui a été admise pour tétraparésie d'installation progressive survenue dans un contexte d'œdème des membres inférieurs qui avaient permis d'objectiver une altération de la fonction rénale avec microalbuminurie. L'examen physique retrouvait sur le plan neurologique un syndrome neurogène périphérique fait d'une paralysie ascendante symétrique disto-

proximale, une hyporéflexie, hypoesthésie tactile, une amyotrophie des muscles de la loge antéro externe des deux jambes, une amyotrophie de la plante des pieds avec une déformation en pied creux. Sur le plan extraneurologique, elle présentait des lésions hyperchromiques en aile de papillon en région jugale, des adénopathies en région axillaire et inguinale et une discrète paralysie faciale périphérique. Un ENMG réalisé a montré un tableau évocateur d'une polyradiculoneuropathie aigue (PRNA) sensitivo-motrice axonale sévère. Sur le plan biologique un dosage des anticorps anti DNA est revenu positif à 1987. L'étude cyto-bactériologique et biochimique du LCR était revenue normale avec une protéinorachie à 0,31g/L et une glyccorrachie à 0,60g/L. Tout ce contexte a fait retenir une PRNA d'origine lupique. Sur le plan thérapeutique, elle a bénéficié d'une corticothérapie IV pendant 05 jours avec un relai par voie orale puis de la mise en route d'un traitement par cyclophosphamide associé à de l'hydroxychloroquine. L'évolution a été globalement favorable avec un début de récupération en cours d'hospitalisation au bout de 15 jours.

DISCUSSION

Les manifestations neurologiques du lupus érythémateux disséminé sont variées pouvant toucher autant le système nerveux central que périphérique. Les PRNA lupiques peuvent se produire à tout âge et sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes ; ce qui cadre avec notre patiente. Sur le plan clinique, les PRNA d'origine lupique peuvent s'installer brutalement ou sur plusieurs semaines [4]. La clinique et l'ENMG de la patiente était caractéristiques d'une polyradiculoneuropathie [3]. Cependant, le LCR était encore normal comme souvent décrit au début de certaines PRN qui ne soit pas vraiment liée à la cause [5]. Outre les symptômes neurologiques, notre patiente présentait également des signes de néphropathie lupique, notamment une protéinurie significative et une diminution de la fonction rénale. Des tests immunologiques ont confirmé la présence d'anticorps anti-ADN double brin élevés, étayant le diagnostic de lupus érythémateux systémique [6,7,8]. La coexistence de signes cutanés, de néphropathie lupique et de PRN chez notre patiente souligne l'aspect multisystémique du lupus érythémateux systémique. Les lésions cutanées et la néphropathie sont des manifestations bien connues de cette maladie auto-immune, mais la PRN est une complication neurologique relativement rare comme rapporté précédemment [9]. Dans notre cas, l'inflammation auto-immune liée au lupus pourrait être responsable de l'atteinte des racines nerveuses périphériques, conduisant à la

PRN [10]. Sur le plan thérapeutique et pronostique, les PRNA d'origine lupique peuvent avoir un pronostic variable en fonction de divers facteurs, tels que la gravité de l'atteinte neurologique, la précocité du diagnostic et du traitement, la présence de complications rénales ou d'autres manifestations systémiques du lupus érythémateux systémique (LES), ainsi que la réponse au traitement immunosuppresseur [11,12,13]. Plusieurs études ont montré que la reconnaissance précoce des signes et symptômes de la neuropathie et un traitement rapide et approprié peuvent améliorer le pronostic. Les traitements immunosuppresseurs, tels que les corticostéroïdes et les agents immunomodulateurs tels que le cyclophosphamide, sont souvent utilisés pour contrôler l'inflammation et supprimer la réponse auto-immune sous-jacente associée au LES. Ces traitements peuvent réduire l'inflammation nerveuse, améliorer les symptômes neurologiques et prévenir les récurrences [14,15]. Cependant, malgré une réponse favorable à court terme au traitement, certaines études ont également montré que les polyradiculoneuropathies d'origine lupique peuvent présenter des rechutes ou une évolution chronique. Il est donc important de surveiller de près les patients atteints de ces affections, d'ajuster les traitements au besoin et de gérer les manifestations systémiques concomitantes du LES pour optimiser les résultats à long terme [12,13]. Dans notre cas clinique, la patiente a présenté des signes prometteurs d'amélioration clinique neurologique à court terme sous corticothérapie puis cyclophosphamide, confirmant ainsi la démarche thérapeutique. Sa prise en charge a nécessité une approche multidisciplinaire impliquant neurologue, internistes et néphrologues. Le suivi à long terme est essentiel pour surveiller l'activité du lupus, ajuster les traitements immunosuppresseurs et prévenir les récurrences de la PRN.

CONCLUSION

Ce cas met en évidence l'importance d'une approche multidisciplinaire dans la prise en charge des polyradiculonévrites d'origine lupique. Une reconnaissance précoce des signes neurologiques, cutanés et néphrologiques est cruciale pour un diagnostic précis et une gestion appropriée. La collaboration étroite entre les différents spécialistes permet d'améliorer les résultats cliniques et la qualité de vie des patients atteints de cette affection complexe.

REFERENCES

1. Hughes RA, Cornblath DR. Guillain-Barré syndrome. *Lancet*. 2005;366(9497):1653-1666.

2. Rafai MA, Fadel H, Boulaajaj FZ, Gam I, El Moutawakkil B, Karkouri M, Hakim K, Slassi I. Neuropathie périphérique au cours du lupus érythémateux disséminé avec vascularite épineurale et anticorps antiphospholipides [Peripheral neuropathy in systemic lupus erythematosus with epineural vasculitis and antiphospholipid antibodies]. *Rev Neurol (Paris)*. 2007 Jan;163(1):103-6. French. doi: 10.1016/s0035-3787(07)90363-x. PMID: 17304181.
3. Bertsias GK, Ioannidis JPA, Aringer M, et al. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus with neuropsychiatric manifestations: report of a task force of the EULAR standing committee for clinical affairs. *Ann Rheum Dis*. 2010;69(12):2074-2082.
4. D. Orlikowski, T. Sharshar, Polyradiculonévrite aiguë : le syndrome de Guillain-Barré, Volume , Issue , /2011, Pages , ISSN 1634-6939, [http://dx.doi.org/10.1016/S1634-6939\(11\)52311-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1634-6939(11)52311-7)
5. Grisold W, Brainin M, Waldhör T. Polyneuropathies. In: Gilhus NE, Barnes MP, Brainin M, eds. *European Handbook of Neurological Management*. Vol 1. 2nd ed. Wiley-Blackwell; 2011:419-440.
6. Kimura J. *Electrodiagnosis in Diseases of Nerve and Muscle: Principles and Practice*. 3rd ed. Oxford University Press; 2001.
7. Koutinas A, Grisold W. Autoimmune neuropathies in children. *Handb Clin Neurol*. 2013;113:1903-1911.
8. Agmon-Levin N, Mosca M, Petri M, et al. Systemic lupus erythematosus one disease or many? *Autoimmun Rev*. 2012;11(8):593-595.
9. Mohan C, Putterman C. Genetics and pathogenesis of systemic lupus erythematosus and lupus nephritis. *Nat Rev Nephrol*. 2015;11(6):329-341.
10. Dalakas MC. Autoimmune neurologic diseases: An overview. In: Dalakas MC, ed. *Autoimmune Neurology*. Elsevier; 2016:1-16.
11. Dalakas MC. Peripheral neuropathy and antineutrophil cytoplasmic antibodies. *Clin Exp Rheumatol*. 2003;21(1 Suppl 28):S66-S71.
12. Koutinas A, Grisold W. Autoimmune neuropathies in children. *Handb Clin Neurol*. 2013;113:1903-1911.
13. Stübgen JP. Autoimmune neuropathies. *Eur Neurol*. 2004;51(3):139-153.
14. Bertsias GK, Ioannidis JP, Aringer M, et al. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus with neuropsychiatric manifestations: report of a task force of the EULAR standing committee for clinical affairs. *Ann Rheum Dis*. 2010;69(12):2074-2082.
15. Khamashta MA. Management of systemic lupus erythematosus: recent advances. *Drugs*. 200