

Psychose délirante aigue cortico-induite au cours de la polyangéite microscopique

Mohamed El Amrani, Driss Kabbaj, Mohammed Benyahia
Service de néphrologie, dialyse et transplantation rénale
Hôpital militaire d'instruction Mohammed V Rabat – Maroc

Introduction

La corticothérapie est un traitement aux indications très larges notamment dans le cadre des maladies auto-immunes. La contrepartie de ce bénéfice thérapeutique est un éventail vaste d'effets indésirables comprenant entre autre les troubles psychotiques (1). L'imputabilité des corticoïdes dans ces effets iatrogènes est parfois difficile à établir. Nous rapportons un cas de psychose délirante aigue cortico-induite au cours d'une polyangéite microscopique en poussée, et nous exposons sa prise en charge.

Observation

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 43 ans, sans antécédents psychiatriques, admise au service pour un syndrome pneumorénal composé d'une insuffisance rénale aigue rapidement progressive avec hématurie microscopique, et d'une détresse respiratoire brutale par hémorragie alvéolaire révélant. Ce tableau clinique a révélé une polyangéite microscopique sévère MPO - ANCA positive avec des lésions de vascularite pauci immune avancées à la ponction biopsie rénale. Le traitement d'induction de cette vascularite comportait une immunosuppression au cyclophosphamide (600 mg/bolus) et au méthyprednisolone en bolus (500 mg/j pendant 3 jours) avec relai par voie orale à 60 mg/j de prednisone pour un poids à 75 Kg. Au 18ème jour du traitement, la patiente a présenté une agitation psychomotrice aigue à domicile accompagnée d'un délire de persécution avec logorrhée, propos incohérents, angoisse, insomnie, idées suicidaires et refus du traitement. L'examen psychiatrique trouvait une patiente confuse refusant tout contact médical. L'interrogatoire de l'époux de notre patiente a relevé des tensions familiales auxquelles la patiente fut exposée après sa sortie de l'hôpital. Ajoutons à cela, le choc émotionnel occasionné par les retrouvailles de la patiente avec ses enfants qu'elle n'avait pas vu depuis son hospitalisation qui a duré un mois.

Notre patiente présentait une polyangéite microscopique confirmée en poussée sévère. La survenue d'une psychose aigue nous a fait évoquer la possibilité d'une atteinte cérébrale dans le cadre de cette vascularite avant de retenir une cause iatrogène car la prise en charge et le pronostic ne sont pas similaires. L'examen neurologique était normal. Le scanner et l'IRM encéphaliques, la ponction lombaire, et l'immunofixation du LCR n'avaient pas objectivé de signes de vascularite cérébrale.

La dégression précoce de la corticothérapie associée à une psychothérapie de soutien et à un traitement antipsychotique par lévomépromazine (50 mg en 2 prises par jour) et anxiolytique par alprazolam (0,75 mg en 3 prises par jour) a permis une évolution favorable avec amendement des signes psychiatriques en 10 jours de traitement permettant, ainsi, de continuer la corticothérapie à doses dégressives et d'arrêter le traitement antipsychotique et anxiolytique après 6 semaines sans rechute ultérieure des symptômes psychiatriques.

Conclusion

Ce cas illustre l'importance du dépistage précoce des psychoses cortico-induites afin de proposer, dans l'éventualité où ce traitement s'avère indispensable, une stratégie de diminution posologique en association avec un traitement antipsychotique ou thymorégulateur. L'information concernant les effets secondaires des corticoïdes doit être systématiquement délivrée au patient et à son entourage pour une prise en charge précoce.

Référence

1. Warrington TP, Bostwick JM. Psychiatric adverse effects of corticosteroids. *Mayo Clin Proc* 2006;81:1361-7.

Unusual and extensive presentation of Merkel cell carcinoma

Aymen Lagha¹, Soumaya Labidi¹, Nesrine Chraiet², Mehdi Afrit¹, Hamouda Boussen¹.

¹ : Service d'Oncologie médicale, Hôpital A.Mami, Ariana.

² : Service d'Oncologie médicale, Institut Salah Azaiez, Tunis.

Background

Primitive cutaneous neuroendocrine (Merkel cell) carcinoma (MCC) is a rare skin tumor with a highly malignant nature and evidence of rapidly increasing incidence. It is characterized by a small and solitary lesion of sun-exposed skin in the elderly patients, but its pathogenesis remains largely unknown. This case illustrates an unusual situation in which MCC was revealed by multiple and confluent lesions measuring more than 20 cm.



Case presentation

A 60-year-old man presented with a 4-month history of multiple hard cutaneous nodules measuring between 5 and 20 mm in maximum diameter. Confluence of these nodules resulted in bosselated and

polylobulated masses on the left side of the neck, in the supraclavicular and presternal regions, measuring 21 cm at its largest diameter. These lesions overlaid an erythematous and infiltrated plaque. The patient had no history of fever, sweats, weight loss or fatigue. All the tumor markers were normal, except that the neuro-specific enolase (NSE) serum level was 48 ng/ml. A biopsy revealed a neuroendocrine carcinoma, and the tumor cells were positive for synaptophysin, CD 56 and NSE, consistent with MMC. Multiple cervical, mediastinal and intra-abdominal lymph node enlargements with peritoneal carcinosis were noted on CT scan. The patient received 6 cycles of Etoposide and Cisplatin chemotherapy regimen. At 6 months follow-up, he is still alive with a stable disease.

Conclusion

MCC is rarely suspected clinically at the time of presentation. The differential diagnosis may include basal cell carcinoma, cyst, SCC, pyogenic granuloma, melanoma, lymphoma cutis, or lipoma. A typical clinical presentation of MCC commonly presents as a blue or red, firm, non-tender, solitary, small and dome-shaped nodule on a sun-exposed location. Tumors may have a plaque-like appearance or may present as a subcutaneous mass without epidermal changes. Although the overlying skin may be ulcerated, it is frequently intact. Tumor size is oftentimes less than 2 cm but may reach up to 10 cm. Lesions on the head and neck typically are smaller than lesions in other locations. The case we report here illustrates a special situation in which MCC was characterized by multiple and confluent lesions measuring more than 20 cm. Although the clinicopathologic features of MCC have been widely described, many clinicians remain unfamiliar with the characteristics of the disease, including its extensive clinical variants, such as was observed in our patient.

Otite externe maligne à *Aspergillus niger* chez une patiente leucémique: à propos d'un cas.

Zriba Sami¹, Jédi Ramzi², Kacem Karima², Ben Neji Hend², Aissaoui Lamia², Ben Lakhal Raihane², Belhadj Ali Zaher², Ben Abid Hela², Battikh Riadh¹, Meddeb Balkis².

¹ Service de Médecine Interne, Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.

² Service d'Hématologie Clinique, Hôpital Aziza Othmana, Tunis.

Introduction

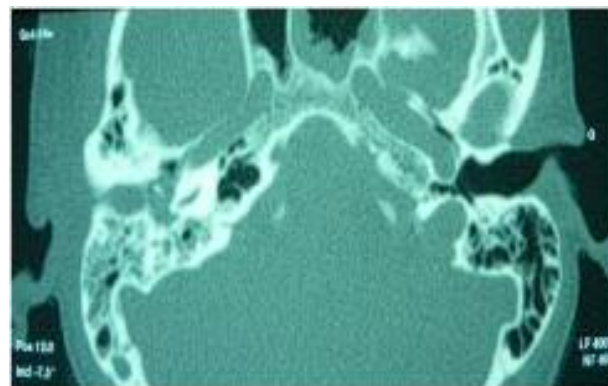
L'otite externe maligne (OEM) a été décrite pour la première fois en 1959. Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques, biologiques et radiologiques [1]. Elle survient essentiellement sur un terrain immunodéprimé et *Pseudomonas aeruginosa* est l'agent en cause dans 99% des cas [2]. Nous rapportons le cas d'une jeune femme de 33 ans suivie pour une leucémie aiguë lymphoblastique (LAL) en rechute et dont l'évolution a été compliquée par une OEM à *Aspergillus niger*.

Observation

Madame F.H âgée de 33 ans, est suivie depuis février 2005 pour une LAL traitée par une polychimiothérapie séquentielle (prednisone, asparaginase, daunorubicine et vincristine) avec obtention d'une

rémission complète (RC). L'évolution a été marquée par la survenue d'une rechute précoce à 4 mois de la RC. Une chimiothérapie de rattrapage de type VANDA-R (étoposide, asparaginase, mitoxantrone et dexaméthasone) a été administrée. A J21 de la chimiothérapie, la patiente avait présenté une otalgie droite lancinante avec otorrhée purulente. A cette date, la patiente était neutropénique (PNN = 100 /mm³) et la CRP était à 114 mg/l. L'examen ORL avait suspecté une OEM. Le scanner du massif facial avait objectivé la présence d'une otite moyenne et externe droite associée à un comblement des cellules mastoïdiennes et une pansinusite (figure n°1).

Figure 1 : TDM du rocher: comblement inflammatoire du CAE droit (flèche).



Une scintigraphie osseuse avait trouvé une hyperfixation de la mastoïde droite. Une antibiothérapie à large spectre (imipénème, colimycine et ciprofloxacine) a été suivie sans efficacité. La culture du prélèvement du conduit auditif externe (CAE) avait isolé un *Aspergillus niger*. La patiente a été mise alors sous amphotéricine B avec une dose cumulative de 1,3 gramme relayée par l'itraconazole à la dose de 400 mg/j pendant 2 mois.

L'évolution à court terme était favorable avec disparition des symptômes, normalisation de l'examen ORL, négativation de la CRP et régression des signes radiologiques (figure n°2). Par la suite, la patiente est décédée de l'évolution de l'hémopathie.

Figure 2 : TDM du rocher (après traitement antifongique) : aspect normal de l'oreille moyenne et externe droite (flèche).

