



## Cas Clinique

## Trouble Dépressif Conduisant au Diagnostic de Maladie de Biermer : À Propos d'un Cas

### *Depressive disorder leading to the diagnosis of biermer's disease: a case report*

Coulibaly SP<sup>1,2\*</sup>, Traoré J<sup>2</sup>, Sanogo SD<sup>1,3</sup>, Dara AE<sup>2</sup>, Mounkoro PP<sup>1,2</sup>, Dolo H<sup>1</sup>, Konaté I<sup>1,4</sup>, Cissé AO<sup>2</sup>, Ba B<sup>2</sup>, Touré B<sup>2</sup>, Dembélé F<sup>2</sup>, Tolo A<sup>2</sup>, Traore A<sup>2</sup>, Traoré K<sup>2</sup>, Koné M<sup>2</sup>, Maiga B<sup>2</sup>, Keita G<sup>2</sup>, Diawara M<sup>2</sup>, Diakité KS<sup>2</sup>, Coulibaly S<sup>2</sup>, Maiga Y<sup>1,5</sup>.

<sup>1</sup>Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, Université des Sciences, Techniques et Technologies de Bamako (USTTB), Bamako, Mali ;

<sup>2</sup>Service de psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Point G, Bamako, Mali ;

<sup>3</sup>Service d'hépatogastroentérologie, Centre Hospitalier Universitaire Point G, Bamako, Mali ;

<sup>4</sup>Service de Maladies Infectieuses et Tropicales, Centre Hospitalier Universitaire Point G, Bamako, Mali ;

<sup>5</sup>Service de Neurologie, Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré, Bamako, Mali.

\*Auteur correspondant : Dr Souleymane dit Papa COULIBALY, Enseignant Chercheur ; BP : 1805 Bamako/Mali ; E-mail : [sp.coulibaly@fmos.usttb.edu.ml](mailto:sp.coulibaly@fmos.usttb.edu.ml); Téléphone : (00223) 66903444.

**Mots-clés** : Dépression- Maladie de Biermer- Psychiatrie-Mali.

**Keywords**: Depression - Biermer's disease - Psychiatry – Mali.

#### RÉSUMÉ

La maladie de Biermer est une pathologie auto-immune due à une carence en vitamine B12. Elle peut être observée en occurrence avec un trouble dépressif (TD). Nous rapportons l'observation d'une jeune fille de 37 ans chez qui la manifestation du TD a retardé le diagnostic de la maladie de Biermer. L'examen avait retrouvé, un retrait social, un ralentissement psychomoteur, des idées de dévalorisations et des plaintes somatiques. Le diagnostic de TD a été retenu. L'évolution était marquée par l'apparition des signes d'anémie. Le diagnostic de la maladie de Biermer a été confirmé sur la base d'une gastrite chronique fundique sans *Helicobacter pylori* avec baisse du taux de vitamine B12.

#### ABSTRACT

Biermer's disease is an autoimmune pathology due to vitamin B12 deficiency. It can be observed in occurrence with a depressive disorder (DD). We report the observation of a 37-year-old girl, in whom the manifestation of TD delayed the diagnosis of Biermer's disease. The examination revealed a social withdrawal, psychomotor slowing down, ideas of devaluation and somatic complaints. The diagnosis of TD was retained. The evolution was marked by the appearance of signs of anemia. The diagnosis of Biermer's disease was confirmed on the basis of a chronic fundic gastritis without *Helicobacter pylori* with a drop in vitamin B12 levels.

#### INTRODUCTION

La maladie de Biermer (MB) est une pathologie auto-immune due à une carence par malabsorption de la vitamine B12 liée à un déficit en facteur intrinsèque (1,2). Ses manifestations sont couramment hématologiques (3). Le diagnostic est porté devant des arguments en faveur d'une anémie, des symptômes neurologiques, de la gastrite atrophique chronique associée à une baisse du taux sérique de la vitamine B12 et à la présence d'anticorps anti cellules pariétales gastriques (4). La maladie de Biermer est rarement observée en co-occurrence avec un trouble dépressif (5). La dépression est une pathologie fréquente chez des patients souffrants de maladie somatique (6). Les symptômes somatiques forment le plus souvent un masque à la dépression (7). Mais dans quel cas la dépression peut être révélatrice de la maladie somatique ?

Nous rapportons ici l'observation d'une jeune fille de 37 ans chez qui la manifestation du trouble dépressif caractérisé a retardé le diagnostic d'une MB.

Mademoiselle T., âgée de 37 ans, est deuxième née d'une fratrie de quatre enfants, de niveau d'instruction supérieur. Elle est célibataire, sans enfant. Elle a été admise en consultation psychiatrique au service de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Point G, le 23/06/2010 pour agitation psychomotrice et idée de dévalorisation. Dans ses antécédents ont relevé une interruption volontaire de grossesse courant l'année et une notion d'allergie à la ventilation mécanique. Deux mois auparavant la patiente aurait eu une rupture amoureuse qu'elle dit avoir vécue comme un abus de confiance.

Depuis environ quatre semaines un comportement d'irascibilité, de retrait social et de ralentissement psychomoteurs a été observé chez la patiente. Elle rapportait à son entourage qu'elle manquait de plaisir et d'intérêt pour son travail. Elle présentait des idées de

dévalorisations sur un relent de désamour et de persécution. Elle rapportait avoir peur qu'un événement malheureux ne lui arrive. Par ailleurs elle a signalé des préoccupations somatiques à type de céphalées, des vertiges, des palpitations, de toux sèche, de retard du cycle menstruel de trois mois et la douleur diffuse aux membres inférieurs avec un léger appesantissement pendant la marche.

Nous avons trouvé à l'auto questionnaire abrégée de l'Inventaire de Dépression de Beck à 13 items un score de 26 points chez la patiente. La pression artérielle prise en position assise était de 120 sur 80 mmhg, le poids corporel était de 54 kg, la fréquence cardiaque à 95 battements par mn, la température corporelle à 37,4°C, le score de Glasgow à 15. Le diagnostic de trouble dépressif caractérisé avec détresse anxieuse a été retenu. La conduite tenue fut la mise sous Clomipramine comprimé (cp) de 25mg à raison d'un (1) cp à deux (2) cp par jour pendant six (6) mois et Bromazepam comprimé de 6mg à la posologie d'un (1) cp par jour pendant trois (3) semaines. L'évolution a été émaillée dans un premier temps par une rémission des symptômes hormis une céphalée. Cette dernière était d'intensité légère sans répercussion sur le fonctionnement de la patiente globale. Devant ce moment d'accalmie, mademoiselle T fait une interruption du traitement sans avis médical durant plus d'un an.

Le 13/06/2012, la patiente est reçue en urgence pour réémergence de la maladie avec une symptomatologie faite d'anxiété, d'instabilité, de contact difficile, et des préoccupations hypochondriaques qu'elle serait atteinte de VIH malgré trois tests de sérologie VIH négatifs dont elle possède les résultats.

L'examen somatique retrouve une cyanose des membres accentuées aux extrémités distales (pieds et les mains), une douleur thoracique rétrosternale, une toux sèche, une aggravation de la difficulté à la marche, une altération de la sensibilité profonde, des réflexes ostéotendineux vifs et un signe de Babinski bilatéral positif faisant évoquer l'hypothèse diagnostic de la maladie de Biermer.

La NFS a montré une anémie avec un taux d'hémoglobine à 9 g/dl, le volume globulaire moyen était à 3 fl, le taux sanguin de vitamine B12, était à 100 pg/ml et le taux sérique en folates était de 4,00. La patiente a été référée à un médecin interniste où elle a reçu un traitement à base de vitamine B12 injectable 1000 microgrammes par 2 ml en raison d'une injection intramusculaire par semaine pendant 4 semaines puis une injection chaque mois.

L'évolution a été marquée par la réémergence des manifestations dépressives et d'autres symptômes psychiatriques non spécifiques à chaque fois le traitement à la vitamine B12 était interrompu. Une fibroscopie gastrique réalisée avec le gastroscopie FUJINON 223 (1G402K493) a montré un aspect atrophique de la muqueuse fundique. L'analyse à l'histocytologie des fragments gastriques prélevés par biopsies a montré une gastrite fundique chronique focalement atrophique avec métaplasie antrale ou intestinale, hyperplasie linéaire et micro nodulaire des

cellules ECL, et sans *Helicobacter pylori* soutenant l'hypothèse d'une maladie de Biermer.

## DISCUSSION

Notre observation met en avant un tableau clinique qui au début était dominé par les signes caractéristiques du trouble dépressif. Les manifestations somatiques pouvant orienter vers le diagnostic de la maladie de Biermer étaient d'une part moins manifeste et d'autre part pouvaient aussi trouver leur place dans la validation du diagnostic du trouble dépressif. De même l'histoire de vie de la patiente, faite de rupture amoureuse, de notion d'interruption volontaire de grossesse a constitué un biais dans l'appréciation de la valeur sémiologique des plaintes somatiques telles que les céphalées, les douleurs aux membres inférieurs, les vertiges et l'aménorrhée qui auraient pu être en faveur d'une maladie de Biermer.

Certains auteurs ont déclaré que les manifestations psychiatriques sont fréquemment associées à l'anémie pernicieuse, notamment la dépression, la manie, la psychose, la démence et que ces manifestations sont observées en l'absence d'autres signes neurologiques et hématologiques bien reconnus (5,8).

La maladie de Biermer est une gastrite atrophique auto-immune, à prédominance fundique caractérisée par une malabsorption de la vitamine B12 (9).

Pour notre patiente la douleur thoracique rétrosternale et la toux sèche étaient des arguments de moindre poids pouvant faire suspecter une gastrite. Cette gastrite fundique chronique atrophique avec métaplasie antrale sans *Helicobacter pylori* trouvée à l'analyse histocytologique des fragments gastriques prélevés par biopsies était bien en faveur de maladie de Biermer.

Dans la littérature médicale une mention est faite aux manifestations neuropsychiatriques pouvant inaugurer la maladie de Biermer(2,10). Ces manifestations dites de neuro-Biermer sont de nature variée (psychotiques, troubles de l'humeur, troubles instinctuels et symptômes neurologiques) (10–12). Les symptômes dépressifs sont rapportés comme la manifestation neuropsychiatrique prédominante (11). Plusieurs travaux ont fait le lien entre la baisse de la vitamine B12 et l'apparition de la dépression(9,13). D'autre auteurs ont noté la disparition de la dépression avec l'élévation du taux de la vitamine B12(14).

Mrabet et al. ont trouvé une résistance au traitement symptomatique à base d'antipsychotiques et d'antidépresseurs et une récupération complète après traitement spécifique à base de vitamine B12 pour l'ensemble des cas de leur étude(11).

Notre patiente avait eu dans un premier temps une bonne réponse au traitement antidépresseur et anxiolytique avant de connaître une réémergence des symptômes. Cette réémergence était observée à chaque fois que le traitement spécifique à la vitamine B12 avait été arrêté.

## CONCLUSION

Le trouble dépressif peut être révélateur de la maladie Biermer dans le cas où il est associé à des signes anémiques. La réalisation d'une numération de la

formule sanguine peut être d'une grande importance dans la démarche diagnostique.

### CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts

### CONTRIBUTIONS DES AUTEURS

Les auteurs (CSP, TB, DF, TA, TA) ont participé à la prise en charge de la patiente. Tous les auteurs ont participé à la conception du rapport de cas, à la revue de la littérature, ainsi qu'à la rédaction du manuscrit. Tous les auteurs ont lu et approuvé le manuscrit final.

### REMERCIEMENTS

Nous remercions la Direction du Centre Hôpital Universitaire du Point G pour son autorisation et son soutien pour l'utilisation des données des patients de l'hôpital.

### RÉFÉRENCES

- Toh B-H, van Driel IR, Gleeson PA. Pernicious anemia. *New England Journal of Medicine*. 1997;337(20):1441-8.
- Berri MA, Taous A, Boulahri T, Traïbi I, Rouimi A. Les troubles neurologiques secondaires à une carence en vitamine B12: analyse de 29 cas. *The Pan African Medical Journal*. 2019;32.
- Koulidiati J, Sawadogo S, Sagna Y, Somda KS, Tieno H, Kafando E, et al. Maladie de Biermer: aspects diagnostiques et évolutifs au Burkina Faso. *Médecine et Santé Tropicales*. 2015;25(4):428-31.
- Bizzaro N, Antico A. Diagnosis and classification of pernicious anemia. *Autoimmun Rev*. mai 2014;13(4-5):565-8.
- Ammouri W, Tazi ZM, Harmouche H, Maamar M, Adnaoui M. Venous thromboembolism and hyperhomocysteinemia as first manifestation of pernicious anemia: a case series. *Journal of Medical Case Reports*. 2 sept 2017;11(1):250.
- Reich M. La dépression, une pathologie fréquente à dépister systématiquement. *La lettre du Psychiatre*. 2010;6:151-4.
- Shetty P, Mane A, Fulmali S, Uchit G. Understanding masked depression: A Clinical scenario. *Indian J Psychiatry*. 2018;60(1):97-102.
- Maamar M, Tazi-Mezalek Z, Harmouche H, Ammouri W, Zahlane M, Adnaoui M, et al. Les troubles neurologiques par carence en vitamine B12: étude rétrospective de 26 cas. *La Revue de médecine interne*. 2006;27(6):442-7.
- Zulfiqar A-A, Serraj K, Pennaforte J-L, Andrès E. Maladie de Biermer: de la physiopathologie à la clinique. *Médecine thérapeutique*. 2012;18(1):21-9.
- Teyeb Z, Hamzaoui S, Larbi T, Elouni A, Bouslema K, M'rad S. Un neuroBiermer historique. *La Revue de Médecine Interne*. 1 déc 2014;35:A186.
- Mrabet S, Ellouze F, Ellini S, Mrad MF. Manifestations neuropsychiatriques inaugurant une maladie de Biermer. *L'Encéphale*. 2015;41(6):550-5.
- Ammouri W, Harmouche H, Maamar M, Mezalek Tazi Z, Adnaoui M. Seizures and psychiatric manifestations heralding Biermer's disease. *Rev Neurol (Paris)*. juill 2016;172(6-7):404-5.
- Andrès E, Affenberger S, Vinzio S, Noel E, Kaltenbach G, Schlienger J-L. Carences en vitamine B12 chez l'adulte: étiologies, manifestations cliniques et traitement. *La Revue de Médecine Interne*. 1 déc 2005;26(12):938-46.
- Hintikka J, Tolmunen T, Tanskanen A, Viinamäki H. High vitamin B 12 level and good treatment outcome may be associated in major depressive disorder. *BMC psychiatry*. 2003;3(1):1-6.