

Organicité aux urgences



Psychiatriques

Jack R Foucher
Service de neuro-physiologie, Clinique psychiatrique
CNRS - Icube

Urgences psychiatriques
Strasbourg
6 décembre 2012

Syndrome confusionnel



Syndrome confusionnel (Delirium)

- **Disfonctionnement global du cerveau**
- **Causes :**
 - ✓ **Modification du « milieu intérieur »,
défaillance d'organe**
 - ✓ **Activité anormale (épilepsie)**
 - ✓ **Atteinte des systèmes de projection
diffus**
- **Urgence médicale car le plus souvent
curable si cause découverte rapidement**

Syndrome confusionnel

Clinique

Installation brutale (<2j) ou plus rarement aiguë (<2sem) :

- **Trouble de l'éveil / vigilance (fluctuations entre hyper-éveil agité et somnolence, dérèglement ou inversion du rythme)**
- **Trouble de la mémoire antérograde**
- **Désorientation TS, rarement identité**
- **Anosognosie**

Facultatifs (ou secondaire)

- **Obnubilation de la conscience, pensée « embrouillée, désordonnée »**
- **Trouble de l'attention, distractibilité**
- **Troubles cognitifs autres (aphasie, agnosie, apraxie ...)**
- **Onirisme : Hallucination / illusion à caractère oniroïde (visuelle) facilité par effet de « privation sensoriel » (soir)**
- **Labilité émotionnelle, réaction anxieuse, perplexité**

Syndrome confusionnel

Clinique – diagnostics différentiels

- **Aphasie (Wernicke)**
- **Démences (DCL !)**
- **Ictus amnésique**
- **Troubles psychiatriques :**
 - **Catatonie**
 - **Stupeur (psychose d'anxiété-félicité, ralentissement dépressif...)**
 - **Obnubilation dissociative / syndrome de Ganzer)**

Syndrome confusionnel

Causes

- Infections, générales (sujets âgés ou cérébrolésés) ou cérébrales (! immunodéprimés)
- Métabolique (Na^+ – myélinolyse centro-pontique, K^+ , Ca^{2+} , P^- , Mg^{2+} , osm, H^+ , porphyrie)
- Vitaminique (B1, PP, B12)
- Défaillance d'organe (cœur, poumon, rein, foi...)
- Endocrinopathie (diabète, thyroïde, corticoïdes)
- Intoxication (OH, médicaments, drogues, Li^+ , CO) ou sevrage (OH, barbi, BDZ)
- Lésion cérébrale (vasculaire, traumatique, tumorale, infectieux, paranéoplasique, HTIC)
- Épilepsies, ou sécrétion endogène d'agoniste BDZ
- Mais aussi dans certaines psychoses (SZ, BP)

Syndrome confusionnel

Examen

- **Antécédents médicaux (perso + famille)**
 - En particulier rechercher : traitements, épilepsie, pathologie générale (cœur, poumon, rein, foi...)
 - Se méfier : valeur de l'information – contacter proches, valeur d'un examen clinique
- **Attentif et si possible examiner**
 - État général, pouls, PA, t°, oxymétrie
 - Couleur de la peau, des lèvres, conjonctives, sécheresse, pli
 - Yeux (mt anormaux), la pupille (réactivité, uni/bilatérale), conjonctive
 - Mt anormaux (myoclonie, tremblement)
 - Trouble de l'équilibre
 - Chercher à savoir si céphalée +++, raideur nuque
- **Bilan sanguin : NFS, UGEC, transaminases, CRP/VS, coagulation, TSH, ± anémie et gaz du sang, ± OH et toxiques, ± cortisol, ± VIH**
- **ECG, ± EEG, ± imagerie cérébrale (IRM >> TDM), ± PL**

Syndrome confusionnel

Traitement à vérifier et si possible à éliminer

- **Antipsychotiques**
- **Tricycliques**
- **Anticholinergiques**
- **L-dopa, DA directes**
- **Antihistaminiques**
- **Digoxine**
- **Théophylline**
- **Corticostéroïdes**

Syndrome catatonique



Syndrome catatonique

Clinique (selon DSM4R)

- **Immobilité ± maintient des postures avec flexibilité cireuse (= catalepsie) ou stupeur**
- **Activité motrice excessive sans but apparent**
- **Négativisme (gegenhalten) ou mutisme**
- **Echolalie, echopraxie**
- **Postures catatoniques ou stéréotypies ou maniérisme ou grimaces (parakinésies)**

➤ **Mutisme ou stupeur isolé ne suffisent pas**

Syndrome catatonique

Parakinésies vs dyskinésies tardives

- **Définition** : anomalie qualitative de la psychomotricité ne pré-existant pas à la pathologie et d'évolution fluctuante. Les mouvements réactifs ou expressifs paraissent hachés, maladroits, ou parasités, déformés par une activité anormale, inappropriée, sans raison et sans conscience du trouble.
- **Diagnostic différentiel entre parakinésies et dyskinésies tardives**

	Parakinésies	Dysk. tardives
Insight	-	++
Stéréotypée	-	+
Haut du visage	+	-
Pseudo-expressif	+ (grimaces)	-
Autres S catatoniques	+	-

Syndrome catatonique

Clinique – diagnostics différentiels

- **Parkinsonisme akinétique (antiCh pas BDZ)**
- **Mutisme akinétique (AVC cérébrale antérieure)**
- **Hyperthermie maligne (anesthésiques inhalé, curare dépolarisant)**
- **Lock-in Σ (lésion tronc)**
- **Stiff-person Σ (Ac anti GAD)**
- **Stupeur récurrente idiopathique (BDZ endogène - flumazénil)**

Syndrome catatonique

Étiologies

- **Médicales** 30-40%
- **Tbl de l'humeur (DU, TBP)** 40-60%
- **Schizophrénie** 10-20%
- **Autres (diss., anx.)** ?

Syndrome catatonique

Étiologies médicales

- **Épilepsies partielles (préfrontales, SMA, lobe temporal antérieur), petit mal status, état de mal non convulsivant (age)**
- **Intoxication : antipsychotiques (++ 1G), opiacés, Σ sérotoninergique**
- **Sevrage : BDZ, Gabapentine, dopaminergiques**
- **Divers anomalies métaboliques (cf. Σ confusionnel)**

Syndrome catatonique

Traitement

- Benzodiazépines (lorazépam - Temesta)
- ECT

URGENCE si catatonie maligne (! NLP)

- + Dérégulation végétative (t° , TA, π ...)
- \pm Altération de la conscience

Effets indésirables des médicaments psychiatriques



Effets indésirables des médicaments psychiatriques

Neuroleptiques

Prise

- **Dyskinésies aiguës**
≠ **Conversion**
- **Akathisie**
≠ **Tasikinésie / agitation / anxiété / état mixte**
- **Catatonie (! maligne)**

Sevrage

- **Catatonie (++) clozapine)**
- **Dyskinésies tardives (++) N1G)**
- **Psychoses d'hypersensibilité (++) clozapine même si passage à autre antipsychotique)**

Effets indésirables des médicaments psychiatriques

IRS

Prise

- **Aigu (rebond anxieux, passage à l'acte)**
 - **Syndrome sérotoninergique (IMAO + IRS ± TrP)**
 - ✓ **Digestif : diarrhée, nausées**
 - ✓ **Neuropsychique : confusion, agitation, myoclonies, hyper-réflexie**
 - ✓ **Dysautonomie : tachycardie, sueurs, hypert°**
- ⇒ **Arrêt + cyproheptadine (Periactin, Vimicon, 4 à 8mg / h 32mg max) ↗ dépression**

Sevrage

- **Demie-vie courte ++ (paroxétine – Déroxat)**
- **Sensations vertigineuses, paresthésies, troubles du sommeil (rêves intenses), anxiété, céphalées**

Effets indésirables des médicaments psychiatriques

Benzodiazépines

Prise

- Desinhibition, actes médico-légaux (demi-vie courte)
- Surdosage ?

Sevrage (post 1 mois prise continue)

- Rebond : anxiété, insomnie, intensité, délai et durée proportionnelles à demi-vie
- Crise d'épilepsie
- Chez le sujet âgé, état de mal non convulsivant (confusion, catatonie, réintroduction sous EEG)
- Catatonie

Amnésies organiques

Amnésies psychiatriques



Ictus amnésique

- **Survenue brutale**
- **Amnésie antérograde massive**
- **Gradient d'amnésie rétrograde**
- **DTS**
- **Pas de trouble de la vigilance, pas de fausses reconnaissances, pas de trouble identitaire**
- **Conscience des troubles – anxiété, regard alentour (ou suis-je ?)**
- **Durée < 24h, lacune résiduelle**

Fugue dissociative

- **Pleine conscience**
- **Trouble identitaire (confusion ou changement)**
- **Voyage fréquent**
- **Pas de trouble de la mémoire épisodique**
- **Dissociation mémoire autobiographique / faits publics (pas de flashbulb memories)**
- **Autres troubles dissociatifs ou somatoforme**
- **Pas de DTS**
- **Pas de réaction anxieuse importante, indifférence, insight limité**

Amnésie dissociative

- **Quatre types**
 - ✓ **Localisé (événement spécifique)**
 - ✓ **Continu (longue période, pas de gradient)**
 - ✓ **Généralisé (complète)**
 - ✓ **Systematisé (certains types d'évènements)**
- **Pas de trouble identitaire**
- **Pas de DTS**
- **Permanence si pas traitement +++**
- **Autres troubles dissociatifs ou somatoforme**
- **Pas de réaction anxieuse importante, indifférence, insight limité**

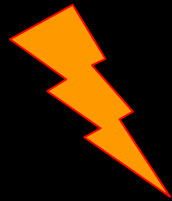
Présentation psychiatrique des épilepsies



Rapports entre psychose et crise épileptique

Pendant ou lien temporel fort avec la crise

Psychose ictale



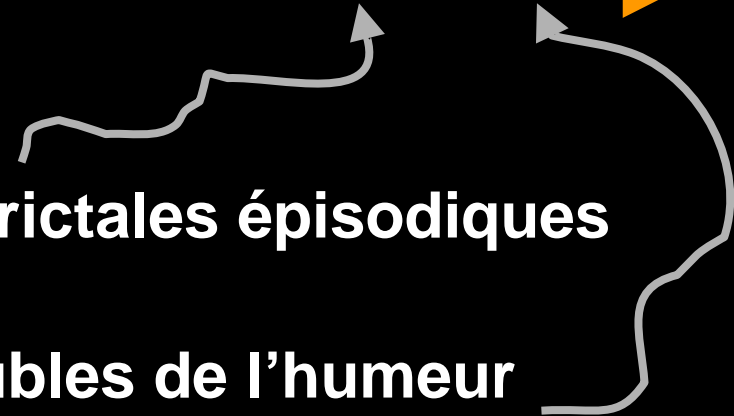
Psychose post ictale



Hors crise, sans lien temporel avec les crises

Psychoses interictales épisodiques

Troubles de l'humeur
Psychose interictale chronique (> 3 mois)



Psychose ictale

État de mal :

- **Note confusionnelle (ralentissement, stupeur, tbl vigilance)**
- **Fluctuant**
- **Myoclonies discrètes (péri-oculaire, péri-orales)**
- **Crises motrices avant pendant après qui pourraient apparaître isolée**
- **État d'absence généralisée (petit mal status) :**
 - ✓ ++ sujets âgés, sevrage benzodiazépine, EEG pas simple, injection de BDZ pour confirmation.
 - ✓ Chr 20 en anneau et peut s'accompagner d'hallucination, EEG : delta 2Hz frontal.
- **État de mal partiel : temporal (dysthymie) ou frontal (desinhibition, euphorie)**

Psychose post ictale

- Début dans les 3J post crises multiples (sevrage) chez un sujet épileptique de longue date (>10 ans)
- Crises temporales partielles complexes +/- frontale – JAMAIS dans épilepsie généralisée.
- Clinique = manie avec trouble psychotiques +/- congruent à l'humeur :
 - ✓ Euphorie
 - ✓ Délire de grandeur, religieux
 - ✓ Comportement inadapté : fugues, avances sexuelles
 - ✓ Σ 1^{er} rang moins fréquents que dans psychose inter-ictale, absence de symptômes négatifs.
 - ✓ Risque hétéro-agressif (23%), suicide (7%)
 - ✓ PAS de confusion $\Rightarrow \neq$ confusion post critique (pas d'intervalle libre)
 - ✓ Durée < 1 mois (50% des cas durée < 1 sem). Récidivant
- Traitement : BDZ pour faire dormir +/- antipsychotiques. TTT épilepsie (chirurgie)

Psychoses interictales épisodiques

Complication épilepsies partielles réfractaires

- Contexte de ↗ des crises (> - 80% mois précédent), patient > 10A d'épilepsie.
- Pas de modification du tracé EEG.
- Clinique < 3 semaines, :
 - ✓ Hallucinations
 - ✓ Délire de référence et de persécution, rareté des délires de grandeur et religieux.
 - ✓ Chez 21% des sujets, les crises s'accompagnent de troubles dysautonomiques.
- Nouvelle crise permet de mettre fin à l'épisode ⇒ TTT ↗ antiépileptiques.

Psychoses interictales épisodiques

Complication épilepsies généralisées

- **Normalisation forcée (alternative psychosis of Landold)**
- **Épilepsie généralisée, disparition complète crises + anomalies EEG.**
- **Peut s'observer chez des sujets jeunes, pas besoin d'une évolution longue.**
- **Clinique**
 - ✓ **Période prodromique : insomnie, oppression, anxiété, baisse du rendement, retrait social.**
 - ✓ **Phase d'état : délire à mécanisme interprétatif, idée persécutives, compréhensible. Hallucinations parfois.**
- **TTT ↗ antiépileptiques, crise permet de finir épisode.**

Un cas oublié d'hallucinations organiques : Le syndrome de l'incube



Le cauchemard de Henri
Fuselli (1781)
L'incubus (esprit suffocant
– pour les femmes)
(Succube pour les hommes)

Les parasomnies du sommeil paradoxal

caractéristiques primaires

Mélange de paralysie du sommeil (PS) et d'hallucinations (HHH), à l'endormissement ou durant la nuit, dans contexte de dette de sommeil
Parasomnie non spécifiée du sommeil paradoxal (F51.3, 307.47).

- Sensation subjective d'éveil.
 - Immobilité totale sauf yeux (entravé, paralysé de peur), oppression thoracique (étouffé, poussé sur le lit) (50%).
 - Sensation de présence (60%) ++ maléfique (75%).
 - Peur intense, impression de mort imminente (85 %).
 - Atmosphère surnaturelle / déréalisation.
 - Impression de flotter, s'élever ou de tomber (30%), sortie hors du corps avec héautoscopie (<10%).
 - Hallucinations auditives fréquentes et vivaces (élémentaires, parfois HAV et conversation) (>50%).
 - Hallucinations visuelles moins fréquentes et moins claires (formes fantomatiques, yeux, lumières) (41%).
 - Hallucinations cénesthésiques : touché (30%), pénétration, douleur (20%)
- PS**
- Présence**
- Panique**
- HHH**

Diagnostiques différentiels

- **Psychose**
- **Panique nocturne**
- **Gélineau (narcolepsie - cataplexie) : paralysies \pm focales (cataplexie), attaques d'endormissement (narcolepsie), paralysies du sommeil, H hypnagogiques ou hypnopompiques.**
- **Sevrage OH, BDZ, Barbituriques, syndrome confusionnel**
- **Hallucinations pédonculaires : trouble du sommeil, prédominance nocturne**
- **Hallucinations post-migraine hémiplégiante (génétique : canal Ca²⁺)**

Diag. différentiel avec la panique nocturne

Panique nocturne

- Peur + trouble diurne.
- Impression de suffoquer.
- Dépersonnalisation.
- Déréalisation.
- Sommeil insuffisant.

Parasomnie som. paradoxal

- Peur (\pm trouble diurne).
- Impression de suffoquer.
- Dépersonnalisation.
- Déréalisation.
- Sommeil insuffisant.

Diag. différentiel avec la panique nocturne

Panique nocturne

- Peur + trouble diurne.
- Impression de suffoquer.
- Dépersonnalisation.
- Déréalisation.
- Sommeil insuffisant.
- **Hyper-vigilance.**
- **Actif (assis dans le lit).**
- **Cortège :**
 - Tachycardie.
 - Sueurs froides.
 - Malaise, vertige.
 - Douleur épigastrique.
 - Illusions visuelles.
 - Peur de devenir fou ou de mourir.

Parasomnie som. paradoxal

- Peur (\pm trouble diurne).
- Impression de suffoquer.
- Dépersonnalisation.
- Déréalisation.
- Sommeil insuffisant.
- **Sensation de présence.**
- **Paralysie du sommeil .**
- **HHH.**

Paralysie isolée du sommeil

Syndrome de l'incube / du succube

- **Les troubles surviennent souvent par cluster.**
- **Prévalence 6 à 12% en europe, Incidence sur la vie 40% au Japon (étudiants ++, 0.8% + d'1 / sem)**
- **Sembleraient plus fréquent chez les sujets jeunes**
- **Associé aux troubles anxieux (Attaque de panique et agoraphobie, PTSD)**
- **Observable dans toute pathologie psy (BP)**
- **Lié aux troubles du sommeil, expérimentalement inductible par réveil pré-REMS et "jet-lag" (sieste)**
- **TTT : Atdp tricycliques (Clomipramine), IRS**

Cas clinique

Mr B.S., 37 ans, hospitalisation "en urgence" pour désintoxication à l'équanil®.

Vient de sortir de prison pour meurtre sans préméditation.

Malgré réticence initiale, durant hospitalisation parle des phénomènes suivants...

Retrouvez le diaporama du cours sur

www.cercle-d-excellence-psy.org

Merci de votre attention