

Motus et bouche cousue

Sabé Michel^a, Thorens Gabriel^b

^a Service de psychiatrie adulte, Hôpitaux Universitaires de Genève, Suisse

^b Service d'addictologie, Hôpitaux Universitaires de Genève, Suisse

Un jeune homme de 18 ans est amené par les forces de l'ordre depuis la prison pour une évaluation aux urgences psychiatriques. Le motif est le suivant: «trouble du comportement et mutisme».

On apprend que ce patient est en détention préventive dans le cadre de vols. Ce jeune homme isolé, n'a pas de famille sur place et maîtrise mal le français. Aucun de ses antécédents médicaux n'est disponible. Il serait sans domicile fixe.

Trente jours avant l'actuelle évaluation, le patient avait montré des signes de refus de coopération, il répondait rarement aux questions posées et échangeait très peu avec le personnel de la prison.

Depuis vingt jours, il refuse de sortir de sa cellule et de s'alimenter, il reste étendu par terre, et est incurie. L'interniste de la prison exclut toute pathologie aiguë, et face à l'attitude opposante du patient, un médecin psychiatre est appelé. Ce dernier note qu'il refuse également de communiquer, qu'il ne fixe pas le regard et, lorsqu'il lui sert la main, le patient la tient encore tendue pendant une trentaine de secondes. Un traitement per os est proposé mais le patient reste passif et ne le prend pas.

Le jour suivant, le patient est libéré de son secteur préventif, et est rapidement admis aux urgences psychiatriques accompagné par les forces de l'ordre car il déambulait nu sur la voie publique dans un état d'incurie. Aux urgences, la présentation clinique est identique à celle observée les jours précédents, le patient présente une mimique inexpressive et figée. L'interniste de garde le voit en premier et exclut catégoriquement, par une prise de sang, un examen somatique approfondi et une IRM, une cause inflammatoire ou infectieuse. Il vous confie la suite de la prise en charge.

Question 1

Que proposez-vous?

- A. Un traitement parentéral d'olanzapine.
- B. Un traitement parentéral de clomipramine.
- C. Un traitement parentéral de lorazépam.
- D. Mettre le patient sous vidéosurveillance.
- E. Un traitement parentéral de flumazénil.

Correspondence:

Dr. méd. Michel Sabé, Service de psychiatrie adulte, Belle-Idée, Hôpitaux Universitaires de Genève, Chemin du Petit-Bel-Air 2, CH-1226 Thônex, michel.sabe[at]hcuge.ch

Commentaire

Méconnu de nombreux praticiens et difficilement reconnaissable du fait de la paucité des cas, la catatonie est un syndrome clinique transdiagnostique. Chez l'adulte, il s'agit d'un syndrome pouvant concerner jusque 10% des patients hospitalisés en psychiatrie adulte et de 0,6 à 17,7% en pédopsychiatrie. Les possibles complications mortelles associées font de ce syndrome une urgence médicale (dénutrition, déshydratation, décubitus prolongé, troubles neurovégétatifs en cas de forme maligne du syndrome). Également, près d'un quart des catatonies en population pédiatriques ont des origines organiques, rendant l'évaluation de cette entité clinique urgente. Le cas clinique décrit reflète la difficulté de la part de praticiens issus de diverses branches médicales à reconnaître ce tableau pouvant prendre différentes formes. Le syndrome catatonique regroupe des signes moteurs, cognitifs et affectifs, évoluant avec les classifications.

Les antécédents familiaux psychiatriques et neurologiques sont importants, tout comme l'examen clinique pouvant orienter vers une organicité (signes dysmorphiques, anomalie de l'examen neurologique, présence d'un anneau de Kayser-Fleischer, hépato-splénomégalie ...).

Le bilan initial à effectuer comprend des examens hématologiques et biochimiques de routine (numération sanguine, plaquettes, vitesse de sédimentation, ionogramme, fonction hépatique, urémie, créatininémie, glycémie, phosphatémie, magnésémie), servant en particulier à exclure une déshydratation, un syndrome malin des neuroleptiques et une catatonie maligne. D'autres examens sont également nécessaires, avec pour éliminer des causes systémiques et toxiques, la recherche d'anticorps anti-nucléaires dans le sang, le dosage de l'ammoniémie, de l'homocystéinémie, de la céruloplasmine plasmatique, la recherche de toxiques sanguins et urinaires. Également, il convient de réaliser une IRM cérébrale pour écarter une sclérose en plaque ou un lupus, un électroencéphalogramme pour une épilepsie, et possiblement une ponction lombaire, en particulier en cas de fièvre, pour écarter une encéphalopathie auto-immune recherche d'auto-anticorps anti-RNMDA).

Le traitement symptomatique du syndrome catatonique n'est pas encore standardisé. Il comporte cependant en premier lieu l'introduction de lorazépam, en per os à 1 mg/h ou en intraveineux par injection progressive. Les doses efficaces vont souvent jusqu'à 15-20 mg sur une même journée. Près de 80% des patients sont répondeurs et cela

dans les 3 premières heures de traitement. L'échelle de cotation de la catatonie de Bush-Francis («Bush-Francis Catatonia Rating Scale») permet d'évaluer l'efficacité du traitement. Cas échéant, un usage du zolpidem et de l'amantadine sont possibles. En cas de réponses, les doses sont maintenues. En l'absence de réponse satisfaisante, il convient de réaliser une séance d'électroconvulsothérapie. En cas d'inefficacité totale et en l'absence d'étiologie organique, un traitement classique du trouble psychiatrique suspecté est entrepris.

Bonne réponse: C.

Question 2

L'interniste est interpellé par ce syndrome clinique singulier. Il vous demande comment cela se fait-il que lors de son examen clinique le patient était rigide, et résiste à la mobilisation de ses membres. Vous lui dites que parmi les signes de la catatonie on trouve une rigidité de type ...

- A. cirreuse.
- B. roue dentée.
- C. couteau à cran d'arrêt.
- D. manche à balais.
- E. antalgique.

Commentaire

Dans le DSM V, trois critères parmi les suivants permettent de faire le diagnostic: catalepsie (induction passive d'une posture contre la gravité), flexibilité cirreuse (résistance à la mobilisation d'un membre par l'examineur), stupeur (absence d'activité psychomotrice; sans lien avec l'environnement), agitation, n'étant pas influencée par un stimulus externe, mutisme (faible voire absence de réponse verbale), négativisme (opposition ou absence de réponse

aux instructions de l'examineur ou aux stimuli externes), maintien de posture imposée, maniérisme, stéréotypies (mouvements répétitifs, anormalement fréquents, non dirigés vers un but), expressions faciales inappropriées, écholalie (répétition de mots ou de parties de mots énoncés par quelqu'un), échopraxie (reproduction de mouvements réalisés par quelqu'un). Des formes de catatonies agitées existent également.

La rigidité en «roue dentée» est retrouvée dans le syndrome parkinsonien. La rigidité dite «à cran d'arrêt» est en lien avec une hypertonicité pyramidale, elle est dite «spastique». La rigidité «en manche à balais» n'existe pas, et la rigidité antalgique comme son nom l'indique est en lien avec la douleur.

Bonne réponse: A.

Funding / potential competing interests

No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Références

- Lahutte B, Cornic F, Bonnot O, Consoli A, An-Gourfinkel I, Amoura Z, et al. Multidisciplinary approach of organic catatonia in children and adolescents may improve treatment decision making. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2008;32(6):1393–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pnpbp.2008.02.015>. PubMed.
- Caroff SN, Mann SC, Francis A, Fricchione GL, eds. *Catatonia: From Psychopathology to Neurobiology*. 2004
- Consoli A, Raffin M, Laurent C, Bodeau N, Campion D, Amoura Z, et al. Medical and developmental risk factors of catatonia in children and adolescents: a prospective case-control study. *Schizophr Res*. 2012;137(1-3):151–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2012.02.012>. PubMed.
- Rosebush PI, Mazurek MF. Catatonia and its treatment. *Schizophr Bull*. 2010;36(2):239–42. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbp141>. PubMed.
- Walther S, Strik W. Catatonia. *CNS Spectr*. 2016;21(4):341–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1092852916000274>. PubMed.