

## CAS CLINIQUE

# Dysfonctionnement des lobes temporaux et tableau psychiatrique atypique : à propos d'un cas

## The case of temporal lobes dysfunction in atypical psychiatric episodes

D. Gabison-Hermann\*, A. Pelletier, M. Taleb, J.-H. Bouleau

Centre Jean-Delay, centre hospitalier René-Dubos, secteur G12, 6, avenue de l'Île-de-France, 95301 Pontoise, France

Reçu le 27 septembre 2007 ; accepté le 13 juin 2008

Disponible sur Internet le 19 décembre 2008

### MOTS CLÉS

Syndrome de Klüver-Bucy ;  
Épilepsie temporale ;  
Hypersexualité

### KEYWORDS

Klüver-Bucy syndrome;  
Temporal epilepsy;  
Hypersexuality

**Résumé** Un homme de 37 ans, atteint d'épilepsie temporale, présente des épisodes psychiatriques atypiques, transitoires, entrecoupés d'intervalles libres. Ces troubles du comportement ne peuvent être uniquement expliqués par l'épilepsie temporale. L'hypothèse avancée est celle d'un syndrome de Klüver-Bucy avec hypersexualité, agnosie visuelle et émoussement affectif. Ce syndrome secondaire à un dysfonctionnement bilatéral et transitoire des lobes temporaux serait induit par une crise partielle complexe.

© L'Encéphale, Paris, 2008.

### Summary

**Case-report.** – A thirty-seven-year-old man, with temporal epilepsy, had transient, atypical psychiatric states with periods of time without any symptom. These episodes included hypersexuality with qualitative changes of sex drive, obscene behavior, exhibitionism, masturbation and modified sexual orientation. Blunted affect, inability to recognize significant persons (visual agnosia) were also detected. Magnetic resonance imaging was normal and interictal single-photon emission computed tomography (SPECT) showed decreased cerebral perfusion in both temporal lobes.

**Discussion.** – The principal hypothesis is a Klüver-Bucy syndrome (KBS). In animals and human beings, this syndrome can be produced by bilateral temporal lobectomy. It is characterised by hypersexuality, visual agnosia, strong oral tendency, dietary changes, hypermetamorphosis and blunted affect. A minimum of three KBS elements suggests bilateral temporal dysfunction and supports the diagnosis. The syndrome may occur in herpes encephalitis, head trauma, Pick disease and temporal epilepsy. A single case of a patient, without any evidence for structural lesion in temporal lobes, is presented with many KBS symptoms, behavioral changes being due to complex partial seizure.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [rapher@netcourrier.com](mailto:rapher@netcourrier.com) (D. Gabison-Hermann).

Bitemporal dysfunction for this patient was confirmed by SPECT scan. On the other hand, the detected behavioral changes cannot be explained by temporal epilepsy alone. Postictal hypersexuality in temporal epilepsy consists in sexual arousal but not sexual aberrations as found in KBS.

*Conclusion.* – KBS following complex partial status epilepticus is a rare phenomenon. The case described here shows how atypical psychiatric episodes can cover complex neurologic disorders. © L'Encéphale, Paris, 2008.

## Introduction

Dans certains cas, les désordres neurologiques peuvent prendre le masque de troubles psychiatriques. Devant des symptômes psychiatriques atypiques, il est habituel de rechercher une atteinte organique. Par exemple, certaines formes d'épilepsies, comme l'épilepsie temporale, peuvent produire divers troubles du comportement. Dans ce cas rapporté, nous souhaitons discuter l'implication des régions temporales dans la genèse de troubles psychiatriques.

Nous retraçons l'histoire d'un patient présentant une épilepsie temporale avec troubles du comportement atypiques. Nous discutons dans un second temps cette observation en formulant des hypothèses diagnostiques.

## Cas clinique

M. D. est âgé de 38 ans. On retrouve une souffrance fœtale à la naissance (cordon circulaire). Dans ses antécédents familiaux, on rapporte un apparenté au second degré atteint d'épilepsie. La scolarité du patient, marquée par des troubles de la concentration et une lenteur à la compréhension, est interrompue en classe de troisième. Il travaille alors comme manutentionnaire.

Depuis l'âge de 23 ans, M. D. présente de rares crises d'épilepsie généralisées tonico-cloniques, longtemps stabilisées par valproate de calcium. On retrouve des traits de personnalité schizoïde et une modestie intellectuelle.

À partir de l'âge de 33 ans, M. D. présente des épisodes psychiatriques aigus, atypiques et transitoires, entrecoupés d'intervalles libres. Ils sont suivis d'une amnésie partielle. Ces épisodes sont à début brutal, résolutifs le plus souvent en une semaine et comportent :

- des phénomènes de dépersonnalisation (M. D. croit être son grand-père paternel, modifie sa voix) et de déréalisation (impression que les murs d'un centre commercial où il se trouve se déforment et disparaissent) ;
- une anxiété majeure et une perplexité ;
- des impressions de transformations corporelles, notamment des organes génitaux ;
- des comportements hystérisés (chutes contrôlées, théâtre grossier) ;
- des déambulations avec parfois agitation motrice et hétéroagressivité ;
- une hypersexualité avec exhibitionnisme, déshinhibition, familiarité, propos grossiers à connotation sexuelle, masturbations effrénées et relations homosexuelles ;

- des troubles de l'humeur (jovialité ou sentiment de désespoir), labiles, fluctuants, avec parfois des éléments d'allure mélancoliforme (conviction d'être mort, d'être un gisant) ;
- des fausses reconnaissances : M. D. est désorienté dans le temps et dans l'espace, il interpelle les infirmiers par les noms des personnes de l'entourage de son grand-père paternel ; il ne reconnaît pas les personnes familières (entourage proche et plus éloigné) ;
- une activité ludique (le patient est retrouvé nu, jouant aux petites voitures et tournant sur lui-même). On note une relative indifférence affective aux troubles.

L'examen clinique, et en particulier neurologique, est normal à chaque épisode. Le retentissement socioprofessionnel est majeur : hospitalisé à 16 reprises pour des épisodes similaires de plus en plus rapprochés, le patient est sans emploi depuis deux ans. De nombreuses investigations paracliniques sont menées. Les différents électroencéphalogrammes (EEG) réalisés montrent d'importantes anomalies lentes intermittentes temporales pathologiques :

- en percritique : activité lente thêta rythmique bitemporale, surchargée de pointes à prédominance tantôt droite, tantôt gauche, (Fig. 1) ;
- à 48 heures, alors que les troubles persistent : disparition de l'aspect rythmique, surcharge lente discontinuée bitemporale avec anomalies paroxystiques dégradées ;
- à j9 quand les troubles ont disparu : surcharge lente thêta bitemporale à prédominance gauche, majorée par l'hyperpnée, faisant apparaître des images paroxystiques dégradées.

Un Holter-EEG sur 24 heures montre un tracé perturbé avec des anomalies paroxystiques bifrontales, de nombreuses décharges paroxystiques asynchrones, tantôt droites, tantôt gauches, à maximum temporal, nettement plus abondantes à gauche (Fig. 2). Ces éléments sont en faveur d'une épilepsie partielle temporale.

Une IRM cérébrale ne montre que quelques rares images de haut signal T2 focal de la substance blanche de la région préfrontale gauche. On ne retrouve pas d'anomalie temporale mésiale. La tomoscintigraphie cérébrale (injection d'HMPAO-Tc99m) réalisée à distance des épisodes psychiatriques aigus révèle une hypoperfusion marquée des régions temporales postérieures de façon bilatérale (Fig. 3). Le bilan biologique standard est normal. Le caryotype est normal.

Le traitement des épisodes distingue le traitement de la crise avec benzodiazépines et neuroleptiques sédatifs (loxapine ou cyamémazine). Ce traitement est sans effet sur la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4182943>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4182943>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)