L'Encéphale xxx (2016) xxx–xxx

Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

Revue de littérature

Clinique et neurobiologie des psychoses post-ictales

Postictal psychoses: Clinical and neurobiological findings

B. de Toffol [a,*], K. Kanemoto [b]

[a] *Inserm U930, clinique neurologique, CHU Bretonneau, 2 bis, boulevard Tonnellé, 37044 Tours cedex, France*
[b] *Clinique neuropsychiatrique, université médicale d'Aichi, 1-1, Yazako Karimata, Nagakute, Aichi, Japon*

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 5 octobre 2015
Accepté le 14 décembre 2015
Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :
Épilepsie
Psychose
Psychose post-ictale

RÉSUMÉ

Les psychoses post-ictales correspondent à l'apparition soudaine d'un état délirant aigu de durée brève après une salve de crises épileptiques. L'existence d'un intervalle libre de pleine lucidité après la crise élimine une confusion postcritique délirante. Le syndrome psychotique est de sémiologie protéiforme, associant en proportions variables des symptômes thymiques, des hallucinations et des idées délirantes avec une conscience globalement préservée. Le risque de comportements dangereux auto- ou hétéro-agressifs est élevé. L'évolution se fait vers la régression spontanée des symptômes en une semaine en moyenne, avec ou sans traitement. Le syndrome psychotique complique une épilepsie focale réfractaire évoluant depuis plus de 10 ans. L'EEG est utile au diagnostic différentiel : enregistré lors de l'épisode psychotique, il n'est pas différent de l'EEG prépsychotique. Les travaux neurobiologiques montrent que la survenue du trouble dépend d'une vulnérabilité individuelle et s'accompagne d'anomalies structurelles sur l'imagerie morphologique de l'encéphale. La dynamique du trouble a été évaluée par les enregistrements par électrodes profondes et par l'imagerie fonctionnelle.

© L'Encéphale, Paris, 2016.

Keywords:
Epilepsy
Psychosis
Postictal psychosis

ABSTRACT

Psychosis in epilepsy can be categorized in relation to seizures in two main categories: interictal psychosis and postictal psychosis. Postictal psychosis (PIP) is a specific syndrome in relation to seizure activity: a clear temporal relation exists between the psychotic state of sudden onset and a precipitating bout of complex partial or generalized seizures. However, this very specific syndrome is not included as such within the DSM-5, and PIP belongs to the category "Psychotic disorder due to another medical condition". Diagnostic criteria are: (1) episode of psychosis within 1 week after a seizure(s); (2) psychosis lasts more than 15 hours and less than 2 months; (3) delusions, hallucinations in clear consciousness, bizarre, or disorganized behavior, formal thought disorder, or affective changes; and (4) no evidence AED toxicity, non-convulsive status epilepticus, recent head trauma, alcohol, or drug intoxication or withdrawal, prior chronic psychotic disorder. The presence of a lucid interval between the last seizure and start of changes rules out a simple postictal delirium. The outcome is characterized by a remission of the psychotic symptoms over several days (mean: 1 week), with or without any treatment. Prepsychotic EEG abnormalities persist during the psychosis. Risk factors for PIP include: long standing localization-related epilepsy, extratemporal onset, bilateral epileptiform activity, secondary generalization, slowing of the EEG background activity and personal or family history of psychiatric disorders. Brain MRI frequently shows structural abnormalities. Several functional neuroimaging studies have shown hyperperfusion in various cerebral regions during PIP, suggesting an excessive activation of particular structures of the brain rather than a postictal depression of cerebral activity. Implanted electrode studies have shown that the EEG correlate of psychotic symptoms differs from the ictal EEG correlate of epileptic seizures. The value of antipsychotic treatment in PIP requires further studies. Despite their role in symptomatic relief, there is no clear effect of neuroleptics on duration or prognosis of PIP. Different combinations of pharmaceutical interventions can be tried on a case by case basis: (1) oral administration of

* Auteur correspondant.
Adresses e-mail : bertrand.detoffol@univ-tours.fr (B. de Toffol), fwkh2919@mb.infoweb.ne.jp (K. Kanemoto).

http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2015.12.023
0013-7006/© L'Encéphale, Paris, 2016.

Pour citer cet article : de Toffol B, Kanemoto K. Clinique et neurobiologie des psychoses post-ictales. Encéphale (2016), http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2015.12.023

benzodiazepine; (2) combined oral administration of benzodiazepine and atypical neuroleptics; (3) intramuscular administration of dopamine-blockers for rapid tranquilization of violent or agitated patients. The notion that neuroleptic drugs lower the seizure threshold has no clinical significance: there is no evidence that antipsychotic drugs increase seizure frequency in epileptic patients treated with antiepileptic drugs.

© L'Encéphale, Paris, 2016.

1. Introduction

Les troubles psychotiques dans l'épilepsie sont actuellement répartis, en fonction de la chronologie de survenue des syndromes psychotiques par rapport aux crises, dans deux catégories principales : les psychoses inter-ictales et les psychoses post-ictales [1]. Les psychoses inter-ictales sont définies comme « des syndromes psychotiques évoluant en pleine conscience chez des sujets connus pour être épileptiques et qui ne surviennent pas pendant ou après une crise ». Les psychoses inter-ictales regroupent des tableaux cliniques variés autrefois subdivisés en : psychoses inter-ictales brèves, psychoses épileptiques chroniques (*schizophrenia-like psychoses of epilepsy*), psychoses médicamenteuses, psychoses alternantes. Le regroupement récent de ces diverses entités au sein d'un cadre commun est lié au fait que les facteurs de vulnérabilité sont identiques et que les formes de passage d'un sous-groupe à l'autre chez un même malade sont particulièrement fréquentes, rendant les subdivisions largement artificielles [1]. Les psychoses post-ictales (PPI) sont des syndromes psychotiques de durée brève qui suivent la survenue de crises d'épilepsie avec une chronologie spécifique. L'épilepsie est la cause et le syndrome psychotique est la conséquence, puisque le contrôle complet des crises par un traitement médical ou chirurgical approprié bloque définitivement la résurgence des symptômes psychotiques. Les PPI ne doivent pas être confondues avec les confusions postcritiques qui peuvent être plus ou moins délirantes : l'émergence du syndrome psychotique est en effet précédée d'un intervalle libre au cours duquel le sujet a retrouvé son état antérieur et la conscience est globalement préservée au cours des PPI. Cette mise au point sera exclusivement consacrée au cadre des PPI. Bien qu'un facteur causal univoque (la survenue d'une crise épileptique) soit à l'origine des PPI, ce syndrome spécifique n'est pas identifié comme une entité autonome dans le DSM-5 [2]. Le DSM-5 a supprimé la distinction psychiatrique/organique et ne considère que des affections médicales de type psychiatrique. Les syndromes psychotiques survenant dans l'épilepsie sont ainsi classés dans le DSM-5 dans la rubrique « Trouble psychotique dû à une autre affection médicale » (p. 136–9) en ajoutant « épilepsie » dans le nom du trouble mental. Le codage tient compte du symptôme prédominant avec deux spécifications possibles : avec idées délirantes ou avec hallucinations ; l'évaluation de la sévérité restant facultative. La traduction française de *postictal psychosis* par psychose post-critique [2] ne doit pas laisser penser que les confusions délirantes post-critiques font partie du syndrome PPI, il nous semble important d'insister sur ce point.

L'histoire moderne des PPI a débuté à la fin des années 1980 avec la description de patients étudiés au sein des centres de vidéo-EEG [3,4] chez lesquels un syndrome psychotique aigu survenait à la suite d'une salve de crises après un intervalle de lucidité. Les quatre critères de définition du syndrome, toujours en vigueur, ont été établis par Logsdail et Toone [3] :

- épisode psychotique survenant dans la semaine suivant une crise ou une salve de crises ;
- durée du syndrome psychotique comprise entre 15 jours et 2 mois ;
- tableau caractérisé par un état délirant aigu avec conscience globalement préservée ;
- critères d'exclusion : antécédents de prise chronique de traitements antipsychotiques, toxicité des médicaments, présence d'un état de mal non convulsif sur l'EEG, tableau d'intoxication/sevrage en toxiques/alcool, histoire récente de traumatisme crânien.

Le tableau clinique avait cependant été décrit à la perfection par Jules Falret en 1861 sous l'appellation de grand mal intellectuel [5], travail que nous avons détaillé dans un article consacré à l'histoire des PPI [6]. Dans la littérature psychiatrique classique de langue française de l'après-guerre, avant l'avènement de l'EEG vidéo et de l'imagerie [7,8], les PPI sont décrites avec « les états crépusculaires ». Ce sont en effet « des états post-paroxystiques, de durée brève (quelques heures à quelques jours), survenant de 24 heures à une semaine après un ou plusieurs épisodes critiques. Ils sont caractérisés par une lucidité apparente, des hallucinations terrifiantes, un délire religieux, la sauvagerie des actes impulsifs et la tendance à la répétition » [7].

2. Épidémiologie

Une méta-analyse de l'ensemble des travaux épidémiologiques consacrés aux troubles psychotiques dans l'épilepsie a été publiée en 2014 [9]. De manière globale, le risque de troubles psychotiques tous syndromes confondus est multiplié par 8 au cours de l'épilepsie par rapport à la population générale. La prévalence des PPI est estimée à 2 % chez les personnes épileptiques mais la nature intermittente du trouble, sa durée brève, la méconnaissance du tableau rendent compte d'une probable sous-estimation. Dans le DSM-5, les PPI sont considérées comme les psychoses les plus communes, observées chez 2 à 7,8 % des personnes épileptiques. Un taux d'incidence annuel des PPI de 7 à 8 % est rapporté dans les centres de vidéo-EEG [10,11]. Le trouble intéresse principalement les sujets atteints d'une épilepsie focale pharmacorésistante évoluant depuis plus de 15 ans [12], temporale dans 81 % des cas [13] et frontale dans les autres cas [14].

3. Caractéristiques de l'épilepsie dans les PPI

La sémiologie des crises épileptiques qui surviennent chez les sujets qui développeront préférentiellement une PPI comporte le plus souvent une aura caractérisée par une sensation de peur, un sentiment de dépersonnalisation ou des phénomènes dysmnésiques, puis une altération de la conscience. Les crises sont fréquemment secondairement généralisées. De vastes réseaux épileptogènes, qui incluent les régions temporomésiales, sont ainsi impliqués dans la genèse du trouble. L'EEG de scalp montre des foyers bitemporaux indépendants deux fois sur 3 en période intercritique [15]. L'EEG pendant le syndrome psychotique est similaire au tracé observé lors de l'état prépsychotique et est très utile au diagnostic différentiel : il ne comporte ni anomalies critiques continues (en faveur d'une psychose ictale, c'est-à-dire en rapport direct avec les décharges épileptiques), ni ondes lentes diffuses (en faveur

Pour citer cet article : de Toffol B, Kanemoto K. Clinique et neurobiologie des psychoses post-ictales. Encéphale (2016), http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2015.12.023

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/5721307

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/5721307

Daneshyari.com