



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Communication

Symptomatologie psychotique et hydrocéphalie : à propos d'un cas

*Symptoms of psychosis and hydrocephalus: A case study*Valentine Morin^a, Antonella Bonafos^a, Marc Masson^{b,c}, François-Eric Vederine^{a,*}^a Pôles 75G20-21, GHT Paris Psychiatrie et Neurosciences, EPS Maison-Blanche, 6, rue Pierre-Bayle, 75020 Paris, France^b Nightingale Hospitals-Paris, Clinique du Château de Garches, 11bis, rue de la Porte-Jaune, 92380 Garches, France^c Service Hospitalo-Universitaire, Centre Hospitalier Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, 75014 Paris, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Disponible sur Internet le 6 novembre 2017

Mots clés :

Cas clinique
Hydrocéphalie
Hypertension intracrânienne
Psychose
Schizophrénie

Keywords:

Case study
Hydrocephalus
Intracranial hypertension
Psychosis
Schizophrenia

R É S U M É

Introduction. – La présence de symptômes psychiatriques chez un patient souffrant d'une hydrocéphalie chronique pose des questions étiologiques et thérapeutiques spécifiques. Nous proposons de les aborder à travers le cas clinique présenté ici.

Cas. – Nous rapportons le cas d'une patiente de 43 ans présentant une hydrocéphalie idiopathique chronique avec hypertension intracrânienne. Dix ans après la découverte de l'hydrocéphalie, cette patiente a présenté deux épisodes délirants à quatorze mois d'intervalle.

Discussion. – Bien que le tableau clinique soit évocateur d'une schizophrénie, certains éléments de l'observation suggèrent que les symptômes psychotiques sont secondaires à l'hydrocéphalie chronique. Ces éléments sont discutés à la lumière de la littérature existante sur les liens entre troubles psychiatriques et hydrocéphalie et des études de neuro-imagerie retrouvant un élargissement ventriculaire chez les patients souffrant de schizophrénie.

Conclusion. – Il existe des liens entre hydrocéphalie et symptômes psychotiques. Une meilleure compréhension de ceux-ci pourrait nous éclairer sur l'étiopathogénie de la schizophrénie.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Introduction. – Psychiatric symptoms in patients suffering from chronic hydrocephalus raise specific etiological and therapeutical questions we will discuss in the following clinical case.

Case. – We report the case of a 43-year-old woman who presents chronic idiopathic hydrocephalus with intracranial hypertension. Ten years after being diagnosed with hydrocephalus, the patient experienced two episodes of delirium within fourteen months of each other.

Discussion. – Although the clinical picture points to schizophrenia, some elements suggest however that the psychotic symptoms occurred after chronic hydrocephalus. These observations are discussed in the light of existing literature about the links between psychiatric disorders and chronic hydrocephalus, and neuroimaging studies which show ventricular hypertrophy among patients suffering from schizophrenia.

Conclusion. – There is a close connection between hydrocephalus and psychotic symptoms. A better understanding of these ties could improve our knowledge about the etiopathogenesis of schizophrenia.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

En présence d'une symptomatologie psychiatrique chez un patient souffrant d'un trouble neurologique chronique, la

démarche diagnostique et thérapeutique est complexe pour le psychiatre. Nous souhaitons l'illustrer à travers le cas de Mme F. qui souffre d'une hydrocéphalie chronique ancienne et qui présente des symptômes psychotiques d'apparition récente.

Ce cas clinique nous permettra de discuter des liens existant entre hydrocéphalie chronique et schizophrénie à travers une brève revue de la littérature. Enfin, nous terminerons par une

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : fe.vederine@gmail.com (F.-E. Vederine).

hypothèse permettant d'expliquer cette association à l'aide des découvertes récentes en neuro-imagerie dans la schizophrénie.

2. Présentation d'un cas

Mme F. est une patiente de 43 ans. Elle est Belge et vit en France depuis 1998. Ses parents, sa sœur et son frère vivent en Belgique. Elle se dit proche de sa famille. Elle est célibataire, sans enfant et vit seule en appartement. Elle a obtenu son baccalauréat mais n'a pas fait d'études supérieures. Elle se dit auteur-compositeur-interprète mais n'a jamais pu vivre de cette passion. Elle a cependant travaillé en tant que serveuse. Elle est isolée socialement et vit repliée au domicile. D'après son entourage, elle a toujours vécu en marge de la société.

Mme F. est en invalidité suite à une hydrocéphalie avec hypertension intracrânienne chronique diagnostiquée en 2006. Cette pathologie se manifeste au long cours par une symptomatologie neurologique fluctuante et d'intensité modérée (céphalées et photophobie), associée à un œdème papillaire. Mme F. a bénéficié de plusieurs interventions thérapeutiques : une ponction lombaire évacuatrice en 2008 mal tolérée et sans efficacité, une ouverture de kyste sous-arachnoïdien en 2010 sans bénéfice sur le long terme et un traitement par diurétique, inhibiteur de l'anhydrase carbonique, de 2010 à 2012, permettant la régression de l'œdème papillaire et la stabilisation de l'hydrocéphalie. De 2010 à 2013, les équipes de neurochirurgie ont proposé à Mme F. une chirurgie par dérivation ventriculopéritonéale. La patiente a constamment refusé cette opération face aux risques potentiels et aux bénéfices incertains de celle-ci. Le dernier bilan clinique et paraclinique neurologique datant de 2013 était rassurant et concluait à la stabilisation des troubles. En novembre 2013, elle a interrompu son suivi. Hormis ce trouble neurologique, elle n'a pas d'autres antécédents somatiques.

L'histoire psychiatrique de Mme F. a débuté en juillet 2014. Elle a été hospitalisée, en soins psychiatriques à la demande d'un tiers, sur son secteur à l'hôpital Henri-Ey à Paris. Sa famille décrivait l'apparition des troubles à la fin de l'année 2013. Elle présentait alors un délire polymorphe, de thèmes mégalomane, persécutif, mystique, avec une suppléance érotomaniaque, à mécanismes : intuitif, interprétatif, hallucinatoire (cénesthésique et acoustico-verbal), non systématisé avec une adhésion totale et un déni des troubles. Elle expliquait être l'épouse et « l'agent officiel » d'un chanteur « très connu, Jason Mraz ». Pointant sa pastille au centre du front, elle disait être bouddhiste et être en lien avec son mari. De plus, elle racontait qu'une fan aurait empoisonné leur nourriture. La mort de son chat aurait été une preuve confirmant la tentative d'empoisonnement. Elle disait subir des nuisances sonores et concluait à un complot. Mme F. disait aussi être enceinte et sentir le « bébé bouger » malgré le résultat négatif des bêta-HCG. Dans ce contexte, un traitement par rispéridone a été introduit et augmenté jusqu'à 6 mg/j. Sur le plan somatique, l'examen clinique, le bilan sanguin et le fond d'œil ne retrouvaient aucune anomalie. Une IRM cérébrale était prévue mais la patiente a refusé de s'y rendre, mettant en avant le risque pour son futur bébé. Une semaine après l'introduction du traitement, le délire s'amendait de façon brutale avec une critique totale des troubles. Après stabilisation de son état psychiatrique, elle sortait après avoir accepté de reprendre son suivi neurologique et un rendez-vous en radiologie.

Finalement, elle ne s'est pas rendue à ses rendez-vous somatiques et a interrompu deux mois après sa sortie le traitement antipsychotique et le suivi au centre médicopsychologique. Elle a consulté par la suite, pendant trois mois, un psychiatre libéral qui a noté la présence d'un délire érotomaniaque enkysté *a minima*.

Elle a été à nouveau hospitalisée en octobre 2015, en soins sous contrainte, suite à une agitation au domicile. D'après son entourage, le délire évoluait depuis un mois avec des prodromes thymiques : insomnie sans fatigue, agitation psychomotrice, tachypsychie. À son arrivée, le délire était en grande partie similaire à la fois précédente. Il s'était ajouté un délire de filiation et des sosies de Capgras. En effet, elle pensait être la fille de Barack Obama et pensait aussi que sa « vraie » famille avait été assassinée et remplacée par d'autres personnes. Le discours était désorganisé, avec une diffluence. Elle présentait une désorganisation comportementale : agressivité verbale et gestes incohérents. En dehors de l'arrêt des soins, aucun facteur déclenchant n'a été retrouvé. La rispéridone a été réintroduite et augmentée jusqu'à 6 mg/j. En sept jours, on notait de nouveau une régression quasi totale de la symptomatologie délirante avec une critique du délire. Lors de son hospitalisation, Mme F. conservait une présentation originale (piercing, tatouages, pastille autocollante au centre du front, vêtements colorés) ainsi qu'une bizarrerie. À distance de l'épisode délirant, il persistait un discours hermétique. D'un point de vue somatique, l'examen clinique, le bilan sanguin et le fond d'œil ne retrouvaient aucune anomalie. Mme F. refusait dans un premier temps une consultation neurologique et une IRM cérébrale. Après rémission, elle exprimait le souhait de retourner vivre en Belgique auprès de sa famille et acceptait finalement qu'un suivi neurologique soit initié dans son pays. Elle sortait après qu'un rendez-vous en neurologie en Belgique était pris par son entourage.

3. Discussion

Mme F. présentait donc un tableau psychiatrique associant une désorganisation intellectuelle et comportementale persistante en intercritique avec un délire paranoïde d'évolution chronique. Elle présentait aussi un faible insight avec des capacités de discernement perturbées. La reconnaissance d'un trouble psychiatrique était faible bien qu'il y ait une critique des éléments délirants. De plus, la patiente présentait des symptômes neurologiques (céphalées, photophobie) stables depuis dix ans sans modification récente. Il n'y avait pas d'éléments cliniques neurologiques surajoutés faisant craindre l'aggravation de l'hydrocéphalie et/ou de l'hypertension intracrânienne. Le tableau clinique et l'évolution des troubles nous ont donc fait évoquer le diagnostic de schizophrénie.

Cependant, il existait des éléments faisant suspecter un lien entre la symptomatologie psychotique d'allure schizophrénique et l'hydrocéphalie chronique avec hypertension intracrânienne. En effet, Mme F. présentait depuis dix ans une hydrocéphalie avec hypertension intracrânienne non traitée par dérivation. Cette pathologie neurologique précédait de huit ans l'apparition des troubles psychiatriques. Nous savons que l'hydrocéphalie est une anomalie neurologique définie par l'augmentation du volume des espaces contenant le liquide céphalorachidien (LCR) : ventricules cérébraux et espace sous-arachnoïdien. Cette dilatation peut être due à une hypersécrétion de LCR, un défaut de résorption ou une obstruction mécanique des voies de circulation. Elle peut s'accompagner d'hypertension intracrânienne comme dans le cas de Mme F. Dans la majorité des cas, l'hypertension intracrânienne est une urgence neurologique [4,23]. Cependant, pour Mme F., l'hypertension intracrânienne était bien tolérée sur le plan clinique, ce qui a conduit la patiente, après échec de plusieurs interventions, à refuser un traitement par dérivation ventriculopéritonéale. Il est donc possible que l'existence d'un processus hydrocéphalique chronique avec hypertension intracrânienne ait eu un impact sur les structures cérébrales adjacentes et ait contribué à déclencher chez la patiente des épisodes délirants. Le

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/6785509>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/6785509>

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