

CAS CLINIQUES (DP ET KFP)

Cas clinique n° 1

MINI-DP

Vous recevez aux urgences Matthias, un jeune homme de 23 ans, étudiant en commerce. Vous le trouvez agité dans le box, il présente des tremblements, des vomissements et transpire beaucoup. Quand vous l'interrogez, il vous répond nerveusement « Pourtant j'ai arrêté, je devrais être en meilleure santé, pas malade, j'y comprends rien. Faites quelque chose pour moi docteur, je n'en peux plus. Et je suis complètement crevé en plus, je n'arrive pas à m'endormir et je fais des cauchemars toutes les nuits ». Il est accompagné de son frère jumeau, Louis, qui vous explique la situation : Matthias est en couple depuis peu. Consommateur régulier de cannabis (ils en consomment d'ailleurs régulièrement ensemble tous les deux entre frères et lors de soirées au sein de leur école), il a décidé d'arrêter d'en fumer car sa petite amie n'aime pas l'odeur. Il vous indique que « tout s'est bien passé le premier jour, mais depuis 48 h il est dans cet état, c'est la cata ».

Après un bilan exhaustif, vous concluez à un syndrome de sevrage au cannabis.

■ **QRM 1. À propos de l'intoxication au cannabis et du syndrome de sevrage, quelles sont les propositions vraies parmi les suivantes ?**

- A. 60 % des usagers de cannabis rapportent des symptômes de sevrage à l'arrêt de la consommation
- B. Il existe un antidote spécifique à l'intoxication cannabique aiguë
- C. Les troubles du sommeil suite à l'arrêt de la consommation peuvent durer jusqu'à un mois après l'arrêt
- D. Une intoxication aiguë peut avoir une présentation clinique similaire à celle d'un trouble psychotique bref
- E. La prescription de benzodiazépines à visée anxiolytique est recommandée en cas d'agitation ou d'angoisse importante

■ **QRM 2. Vous prenez en charge le syndrome de sevrage avec un traitement symptomatique et le patient peut quitter les urgences, il se sent mieux. Il craint cependant de recommencer à fumer du cannabis, il en a encore très envie. Que pouvez-vous lui proposer pour l'aider à maintenir son abstinence ?**

- A. Un traitement de substitution au cannabis géré par un médecin addictologue
- B. Une thérapie cognitivo-comportementale (TCC)
- C. Une hospitalisation en addictologie devant le risque de rechute
- D. La prise en charge de co-addictions si elles existent
- E. Vous pouvez l'orienter vers un CJC (Consultation Jeune Consommateur)

- **QRP longue 3.** Vous lui expliquez toutes ces modalités et avant de partir il vous pose la question des complications liées à la consommation de cannabis. Dans la liste ci-dessous, quelles sont les 5 pathologies qui en font partie ?
- A. Trouble de la personnalité borderline
 - B. Maladie de Buerger
 - C. Syndrome coronarien aigu
 - D. Myosis
 - E. Hypertension artérielle
 - F. Hypotension artérielle
 - G. Cancer broncho-pulmonaire
 - H. Mélanome
 - I. Trouble panique
 - J. Trouble phobique
- **QROC 4.** Vous êtes désormais addictologue et le retrouvez 3 ans plus tard en consultation. Il a stoppé sa consommation de cannabis mais n'arrive pas à arrêter sa consommation de tabac, qui est estimée à un paquet de cigarettes par jour. Comment pouvez-vous évaluer sa dépendance ? (1 à 3 mots)
- **QRP courte 5.** À propos de la consommation tabagique, quelles sont les deux propositions vraies ?
- A. Une cigarette comprend environ 7 000 composés
 - B. La nicotine est responsable de la dépendance mais aussi d'effet cancérogène
 - C. La durée de l'intoxication tabagique est un facteur de risque de complications plus important que le nombre de cigarettes fumées par jour
 - D. 70 % des fumeurs réguliers présentent des signes de dépendance
 - E. Les substituts nicotiniques sont contre-indiqués chez la femme enceinte
- **QRU 6.** Quel traitement pharmacologique proposez-vous à votre patient en première intention en association à un accompagnement psychothérapeutique ?
- A. Des patchs à dose de 7 mg/24 h
 - B. De la varénicline devant sa consommation importante
 - C. Des patchs à dose de 21 mg/24 h
 - D. Des patchs à dose de 21 mg/48 h
 - E. Une cigarette électronique pour permettre un sevrage plus progressif

Correction du cas clinique n° 1

■ QRM 1

➤ Correction C, D

- A. 60 % des usagers de cannabis rapportent des symptômes de sevrage à l'arrêt de la consommation
 - B. Il existe un antidote spécifique à l'intoxication cannabique aiguë
 - C. Les troubles du sommeil suite à l'arrêt de la consommation peuvent durer jusqu'à un mois après l'arrêt
 - D. Une intoxication aiguë peut avoir une présentation clinique similaire à celle d'un trouble psychotique bref
 - E. La prescription de benzodiazépines à visée anxiolytique est recommandée en cas d'agitation ou d'angoisse importante
- A.** L'épidémiologie est abondante en psychiatrie mais importante, et malheureusement c'est souvent du rang A, qui peut tomber assez facilement. Pour le syndrome de sevrage au cannabis, on le rapporte chez **10 à 40 % des consommateurs réguliers**, pas 60 % [Rang A].
- B.** Non, le traitement est **symptomatique** (anxiolytique +/- antipsychotique). Il n'y a d'ailleurs pas non plus de traitement spécifique pour le sevrage au cannabis [Rang B].



Astuce de la psychiatre

Substance et antidote

Substance	Antidote
Benzodiazépines	Flumazénil
Opiacés	Naloxone
Sérotoninergiques	Cyproheptadine
Paracétamol	N-acétylcystéine
Médicaments ayant un effet stabilisant de membrane	Bicarbonate de soude molaire (8,4 %)
Bêtabloquant	Catécholamine et glucagon
Digoxine	Atropine, anticorps anti-digoxine
Monoxyde de carbone (CO)	Oxygène hyperbare
Cyanure (dans les fumées d'incendie)	Hydroxocobalamine (= vitamine B12)

C. Les symptômes de sevrage apparaissent généralement **entre 24 à 72 h après l'arrêt** de la consommation. Ils sont maximaux durant la première semaine et **durent ensuite jusqu'à 3 semaines** au total. Les troubles du sommeil (insomnies, cauchemars) peuvent durer plus longtemps, jusqu'à un mois après l'arrêt du cannabis [Rang B].

D. Elle peut même nécessiter l'utilisation d'un antipsychotique si les symptômes sont trop importants. Il est important de surveiller et traiter ces présentations car elles ont les **mêmes risques évolutifs que les troubles psychotiques brefs non liés aux substances**.

⚠ Vous verrez souvent le terme de « **bouffée délirante aiguë** » (BDA) dans les QCMS : c'est un concept ancien encore utilisé en France mais non reconnu dans les classifications internationales. Dans le DSM-V, on parlera plutôt de **trouble psychotique bref**, correspondant à l'apparition d'idées délirantes multithématiques avec une durée comprise entre 1 jour et 1 mois.

Cas cliniques (DP et KFP)

E. Attention au piège, dans le cadre d'une agitation « classique », le traitement médicamenteux de première intention est en effet une benzodiazépine de demi-vie courte.

Mais dans le cadre d'une intoxication ou d'un syndrome de sevrage à une substance, **on évitera les benzodiazépines, au profit des anxiolytique histaminergiques** comme l'hydroxyzine (Atarax).

⚠ En effet, **on évite de donner à un patient qui a un potentiel addictogène une substance avec un haut potentiel addictif comme les benzodiazépines.**

Le seul cas de sevrage où elles sont utilisées est celui du sevrage en alcool (systématique si sevrage compliqué et optionnel si sevrage simple), dans le cadre de protocoles bien définis [Rang B].

■ QRM 2

➤ Correction ➤ B, D, E

A. Un traitement de substitution au cannabis géré par un médecin addictologue

B. Une thérapie cognitivo-comportementale

C. Une hospitalisation en addictologie devant le risque de rechute

D. La prise en charge de co-addictions si elles existent

E. Vous pouvez l'orienter vers un CJC

A. Il n'existe **pas de traitement de substitution au cannabis**. En revanche, on peut proposer une aide à l'arrêt du tabac, qui est souvent une co-addiction à celle au cannabis [Rang A].

B. En effet, les TCC sont souvent efficaces dans le cadre de la **prévention de la rechute** [Rang A].

C. Dans ce cas, une hospitalisation ne semble pas nécessaire, l'épisode aigu est résolu. On privilégie le **sevrage en ambulatoire pour ce jeune sans comorbidités**. Le sevrage en hospitalisation sera réservé aux cas de sevrage compliqué (accident de sevrage) ou pour les patients avec d'importantes comorbidités ou un environnement inadapté au maintien de l'abstinence [Rang A].

D. Il est évident qu'il est **primordial de prendre en charge les co-addictions** si elles sont présentes. Dans le cadre du cannabis, on pense notamment à l'addiction au **tabac** associée [Rang A].

E. Les CJC (Consultations Jeunes Consommateurs) sont des structures d'addictologie pour les **mineurs ou les jeunes majeurs** présentant des difficultés en lien avec un comportement avec ou sans substance. On y trouve des **équipes pluridisciplinaires** (médecins, psychologues, éducateurs, infirmiers). Ils fournissent un lieu d'écoute, d'information, de soutien, d'évaluation des consommations pour les jeunes ainsi que pour leurs proches [Rang A].

■ QRM 3

➤ Correction ➤ B, C, F, G, I

A. Trouble de la personnalité borderline

B. Maladie de Buerger

C. Syndrome coronarien aigu

D. Myosis

E. Hypertension artérielle

F. Hypotension artérielle

G. Cancer broncho-pulmonaire

H. Mélanome

I. Trouble panique

J. Trouble phobique

A. Les troubles de la personnalité ne sont pas des complications, ce sont des troubles concernant le fonctionnement psychologique même des individus, intégrés dans leur façon d'être. Le trouble de personnalité borderline peut en revanche être une comorbidité de la consommation de cannabis.

Il est important de retenir que les troubles de la personnalité sont des **facteurs de vulnérabilité à d'autres troubles psychiatriques**, comme les troubles dépressifs, anxieux et addictifs [Rang A].

B. Vrai, la maladie de Buerger est une vascularite rare et sévère des vaisseaux de moyen et petit calibre. Il n'y a pas grand-chose à retenir sur celle-ci, hormis le terrain favorisant : homme jeune (moins de 45 ans) consommateur de tabac et/ou de cannabis [Rang A].

C. Toujours penser à une consommation de **cannabis chez le jeune sans antécédent** avec une clinique de syndrome coronarien aigu. Il faut également penser à la prise de **cocaïne** [Rang A].

D. Le cannabis a plutôt tendance à donner une **mydriase** [Rang A].

E. On décrit une tendance à la **vasodilatation et à l'hypotension artérielle** plutôt qu'à l'hypertension à la suite de la consommation de cannabis [Rang A].

F. On décrit une tendance à la **vasodilatation et à l'hypotension artérielle** plutôt qu'à l'hypertension à la suite de la consommation de cannabis [Rang A].

G. Tout comme le tabac, et souvent consommé en association qui plus est, le cannabis est un facteur de risque de cancer broncho-pulmonaire [Rang A].

H. Distracteur, le cannabis n'est pas un facteur de risque de mélanome, le tabac non plus d'ailleurs. Le tabac est en revanche un facteur de risque de carcinome épithéial.

I. En effet, la consommation de cannabis régulière peut entraîner l'apparition **d'attaques de panique** et même d'authentique trouble panique [Rang A].

J. Distracteur, il n'en est pas fait mention dans le collège. Attention à bien lire les items, ne pas le confondre avec le trouble panique.



Astuce de la psychiatre

Myosis ou mydriase ?

Mydriase	Myosis
<ul style="list-style-type: none"> • Cannabis • Cocaïne • Amphétamines • Hallucinogènes (LSD et champignons) • Overdose de GHB • Atropiniques 	<ul style="list-style-type: none"> • Opiacés

■ QROC 4

> Correction Test de Fagerström

Le test de Fagerström est **LE test à connaître** pour évaluer la dépendance au tabac. Pas besoin de le connaître par cœur, mais **retenez les 2 questions les plus importantes** :

- Le matin, combien de temps après être réveillé(e) fumez-vous votre première cigarette ?
- Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ? [Rang A].

■ QRP courte 5

> Correction A, C

- A. Une cigarette comprend environ 7 000 composés
- B. La nicotine est responsable de la dépendance mais aussi d'effet cancérogène
- C. La durée de l'intoxication tabagique est un facteur de risque de complications plus important que le nombre de cigarettes fumées par jour
- D. 70 % des fumeurs réguliers présentent des signes de dépendance
- E. Les substituts nicotiniques sont contre-indiqués chez la femme enceinte
- A.** En effet, 7 000 composés dont 69 cancérogènes, notamment les **goudrons** [Rang A].
- B.** La nicotine est bien responsable de la dépendance mais *a priori* **pas d'effet cancérogène** [Rang A].
- C.** Vrai, vous n'avez pas besoin de retenir le détail mais retenez que la **durée est un facteur de risque beaucoup plus important que la dose** [Rang A].
- D.** Non, c'est plutôt autour de 50 %, **retenez un fumeur sur deux**. Retenez aussi que le tabac est responsable de **25 % de l'ensemble des cancers** [Rang A].
- E.** Absolument pas, ils sont **utilisables chez la femme enceinte que ce soit sous forme de patch ou forme orale** [Rang B].

■ QRU 6

> Correction C

- A. Des patchs à dose de 7 mg/24 h
- B. De la varénicline devant sa consommation importante
- C. Des patchs à dose de 21 mg/24 h
- D. Des patchs à dose de 21 mg/48 h
- E. Une cigarette électronique pour permettre un sevrage plus progressif
- B.** La **varénicline** (agoniste partiel des récepteurs nicotiniques) est utilisé en **seconde intention** seulement. Il existe également le **bupropion** (inhibiteur de la recapture de la noradrénaline et de la dopamine) qui sera utilisé en **dernière intention** [Rang A].
- E.** Lisez bien les énoncés, on vous demande le traitement pharmacologique de première intention. Premièrement, la cigarette électronique n'est pas considérée comme un traitement pharmacologique. Et surtout, elle n'est pas conseillée seule, ni en première intention. C'est plutôt une aide au sevrage qui peut parfois être proposée à certains patients [Rang B].
- Enfin, à propos des patchs (rang A) : on considère **qu'une cigarette libère 1 mg de nicotine dans l'organisme**, ça n'est pas décrit dans le collège de psychiatrie mais ça tombe souvent en QCM. Chez ce patient qui fume un paquet par jour (donc 20 cigarettes), on choisira un **patch de 21 mg/24 h**. **C'est donc l'item C qui est vrai.**

Items abordés et références

Item 78 – Addiction au cannabis, à la cocaïne, aux amphétamines, aux opiacés, aux drogues de synthèse

- Collège de psychiatrie, PUFR

Item 75 – Addiction au tabac

- Collège de psychiatrie, PUFR

Introduction à l'addictologie

- Collège de psychiatrie, PUFR

Item 337 – Principales intoxications aiguës

- Collège de Médecine intensive, réanimation, urgences et défaillances viscérales aiguës, Elsevier-Masson

MES NOTES PERSONNELLES

MES NOTIONS À REVOIR

Cas clinique n° 2

KFP

Vous recevez ce jour Lucas, âgé de 19 ans, pour une déscolarisation progressive depuis environ 8 mois. Ses parents, présents au rendez-vous, rapportent un changement de comportement : Lucas s'isole de plus en plus, parle seul, se dit espionné par ses voisins et a accusé sa mère de vouloir l'empoisonner. Depuis quelques semaines, il reste dans sa chambre toute la journée, ne se lave plus et semble répondre à des voix. Ses parents sont très inquiets car il n'a jamais eu de tels comportements auparavant. Il n'a aucun antécédent notable.

À l'entretien, Lucas est peu coopératif, répond brièvement aux questions, et mentionne qu'il entend des voix masculines lui donner des ordres. L'examen somatique est sans particularité.

- **QROC 1. Quel est le diagnostic le plus probable chez Lucas ? (1 à 5 mots attendus, pas d'abréviation)**
- **QRP longue 2. Après avoir posé le diagnostic, vous voulez vous assurer que les critères que vous utilisez sont conformes aux standards du DSM-5. Cela vous aide à planifier une évaluation complète et à établir un plan de traitement approprié. Parmi les propositions suivantes, lesquelles correspondent aux critères diagnostiques du trouble auquel vous pensez ? (4 réponses attendues)**
 - A. Hallucinations
 - B. Humeur dépressive persistante
 - C. Idées délirantes
 - D. Altération des fonctions intellectuelles
 - E. Symptômes négatifs tels que l'isolement social et la soliloque
 - F. Désorganisation de la pensée
 - G. Troubles de l'humeur
 - H. Consommation de cannabis
 - I. Symptômes présents depuis au moins 1 mois
 - J. Symptômes présents depuis au moins 15 jours
 - K. Syndrome confusionnel associé
- **QRP courte 3. Avec le diagnostic de schizophrénie enfin confirmé, vous devez établir un plan de prise en charge initial pour Lucas afin de traiter ses symptômes et de stabiliser sa condition. Quelles mesures devez-vous envisager dans un premier temps ? (3 réponses attendues)**
 - A. Une hospitalisation sous contrainte pourrait être décidée si Lucas refuse l'hospitalisation
 - B. La mise en place rapide d'un traitement antipsychotique est nécessaire
 - C. Il est essentiel de débuter immédiatement un suivi psychothérapeutique individuel
 - D. Un bilan somatique complet doit être réalisé avant la mise en place d'un traitement
 - E. L'utilisation d'une benzodiazépine est indiquée pour contrôler les hallucinations auditives en phase aiguë

- QRM 4. Vous hospitalisez Lucas en soins libres, avec introduction d'un traitement par rispéridone à faible dose. Après plusieurs jours, Lucas reste délirant, persécuté et à entendre des voix qui lui intiment de se faire du mal. Il a essayé plusieurs fois d'échapper à la surveillance des équipes soignantes. Sa famille est très inquiète et ne comprend pas vraiment ce qui se passe, ils vous posent beaucoup de questions sur toute la situation.

Face à cette évolution clinique, vous décidez la mise en place d'une mesure de soins sous contrainte. Quelles sont les autres attitudes thérapeutiques que vous envisagez à ce stade ?

- A. Un changement d'antipsychotique
- B. Une augmentation de la dose d'antipsychotique
- C. Associer une benzodiazépine pour apaiser l'agitation de Lucas
- D. Proposer une approche psychoéducative à la famille
- E. Proposer une ECT (électro convulsivothérapie) devant l'absence d'amélioration sous traitement médicamenteux

Correction du cas clinique n° 2

■ QROC 1

➤ Correction ➤ Schizophrénie, trouble schizophrénique

Lucas présente des signes évocateurs de schizophrénie, notamment des **idées délirantes** (persécution, croyance que sa mère veut l'empoisonner), des **hallucinations auditives** (voix lui donnant des ordres), une **désorganisation comportementale** (déscolarisation, hygiène négligée), et des symptômes **négatifs** (isolement social, diminution des interactions). L'**évolution sur plusieurs mois, l'âge de début** des troubles et l'absence d'antécédents psychiatriques ou toxiques renforcent cette hypothèse diagnostique [Rang A].

■ QRP longue 2

➤ Correction ➤ A, C, F, I

- A. Hallucinations
- B. Humeur dépressive persistante
- C. Idées délirantes
- D. Altération des fonctions intellectuelles
- E. Symptômes négatifs tels que l'isolement social et la soliloquie
- F. Désorganisation de la pensée
- G. Troubles de l'humeur
- H. Consommation de cannabis
- I. Symptômes présents depuis au moins 1 mois
- J. Symptômes présents depuis au moins 15 jours
- K. Syndrome confusionnel associé

A. Vrai, les hallucinations, qui font partie du syndrome positif, sont un **critère majeur**, notamment **auditives** qui sont très fréquentes [Rang A].

B. Faux, une humeur dépressive **peut être présente**, mais elle ne permet pas le diagnostic positif de la schizophrénie. Les symptômes thymiques sont fréquemment associés à ce trouble mais ne sont pas un critère diagnostique. On retrouve aussi comme complication fréquente un **épisode dépressif post-psychotique**, au décours d'un épisode aigu de schizophrénie [Rang A].

C. Vrai, les idées délirantes sont un **critère central** (persécution, grandeur, etc.). Elles font partie du **syndrome positif** [Rang A].

D. Faux, il n'y a **pas d'altération intellectuelle au premier plan** dans la schizophrénie [Rang A].

E. Faux, bien que les **symptômes négatifs (isolement social, émoussement affectif)** soient un critère important, **la soliloquie n'en fait pas partie** [Rang A] !

F. Vrai, la **désorganisation de la pensée** (se traduisant par exemple par un **discours incohérent**) est un critère diagnostique [Rang A].

G. Faux, les troubles de l'humeur sévères renvoient à un **trouble schizo-affectif** [Rang A].

H. Faux, la consommation de **cannabis**, tout comme les **complications obstétricales**, **l'urbanité**, et la **migration** sont des **facteurs de risque** mais ne sont absolument pas des critères diagnostiques [Rang B].

I. Vrai, les **symptômes** doivent être présents pendant **au moins 1 mois** selon le DSM-5, et les **répercussions** doivent perdurer dans le temps **au moins 6 mois** [Rang A].

Cas cliniques (DP et KFP)

J. Faux, cf. correction de la proposition I.

K. Faux, au contraire, la présence d'un **syndrome confusionnel** (syndrome aigu) nous orienterait plutôt vers une **autre étiologie (toxique, organique)** [Rang A].

■ QRP courte 3

➤ Correction ➤ A, B, D

- A. Une hospitalisation sous contrainte pourrait être décidée si Lucas refuse l'hospitalisation
 - B. La mise en place rapide d'un traitement antipsychotique est nécessaire
 - C. Il est essentiel de débuter immédiatement un suivi psychothérapeutique individuel
 - D. Un bilan somatique complet doit être réalisé avant la mise en place d'un traitement
 - E. L'utilisation d'une benzodiazépine est indiquée pour contrôler les hallucinations auditives en phase aiguë
- A.** Vrai, une hospitalisation sous contrainte (soins sans consentement) est **envisageable en raison de la dangerosité potentielle de Lucas** [Rang B].
- B.** Vrai, la mise en place d'un traitement antipsychotique est **indispensable pour traiter les symptômes positifs et éviter une aggravation** [Rang B].
- C.** Faux, le suivi psychothérapeutique est **essentiel à long terme**, mais il n'est pas prioritaire en phase aiguë. On pourra également décider de débuter une TCC afin de **réduire l'impact des symptômes persistants en dépit d'un traitement antipsychotique bien conduit** [Rang B].
- ⚠ Rappel : la psychanalyse est contre-indiquée chez les patients schizophrènes.
- D.** Vrai, un bilan somatique (interrogatoire, hémogramme, glycémie à jeun, bilan lipidique, prolactinémie, βHCG chez les femmes, ECG) est **nécessaire avant d'initier un traitement antipsychotique** [Rang B].
- E.** Faux, les benzodiazépines ne sont **pas indiquées pour traiter les hallucinations auditives**. Elles peuvent en revanche être utilisées **pour l'anxiété ou l'agitation en phase aiguë** [Rang A].

■ QRM 4

➤ Correction ➤ B, C, D

- A. Un changement d'antipsychotique
 - B. Une augmentation de la dose d'antipsychotique
 - C. Associer une benzodiazépine pour apaiser l'agitation de Lucas
 - D. Proposer une approche psychoéducative à la famille
 - E. Proposer une ECT (électro convulsivothérapie) devant l'absence d'amélioration sous traitement médicamenteux
- A.** Faux, un changement d'antipsychotique n'est **pas recommandé après seulement quelques jours** de traitement. Il faut généralement **attendre quelques semaines** pour juger de l'efficacité d'un antipsychotique. D'autant plus qu'il est précisé dans l'énoncé que **vous avez débuté à faible dose** [Rang B].
- B.** Vrai, si la dose initiale est faible, une **augmentation progressive de la posologie** peut être nécessaire pour atteindre une **efficacité thérapeutique optimale** [Rang B].
- C.** Vrai, les benzodiazépines peuvent être indiquées pour gérer une **agitation associée en aigu** [Rang A].

- D. Vrai, l'approche psychoéducative à la famille est **cruciale pour leur permettre de mieux comprendre la maladie et soutenir Lucas** dans son traitement [Rang B].
- E. Faux, l'ECT n'est pas indiquée en première intention dans la schizophrénie, **sauf dans des cas très résistants ou en urgence pour des formes catatoniques ou associées à des troubles thymiques sévères** [Rang B].

Items abordés et références

Item 63 – Troubles schizophréniques de l'adolescent et de l'adulte

→ Collège de psychiatrie, PUFR

Item 74 – Prescription et surveillance des psychotropes

→ Collège de psychiatrie, PUFR

MES NOTES PERSONNELLES

MES NOTIONS À REVOIR

Cas clinique n° 3

MINI-DP

Mme A., âgée de 55 ans, se présente à votre cabinet pour ce qu'elle décrit comme un « coup de mou » depuis 1 mois. C'est une patiente qui présente des douleurs lombaires chroniques dues à des hernies discales récidivantes malgré une prise en charge chirurgicale complexe.

La prise de doliprane ne la soulageant plus, elle s'auto-médiqe de manière quasi-quotidienne avec du tramadol car depuis 4 semaines les douleurs sont de moins en moins supportables. Elles l'empêchent de faire de la marche nordique, qu'elle avait l'habitude de pratiquer tous les week-ends : « Maintenant les week-ends je reste chez moi... Bon je sors marcher dans le jardin mais ça n'est pas pareil vous comprenez ? Je n'y prends pas plaisir et j'ai l'impression de m'épuiser alors que je fais beaucoup moins d'efforts qu'avec la marche nordique ».

Néanmoins, elle vous précise qu'elle peut encore aller travailler au collège où elle exerce en tant que bibliothécaire, et que cela la réconforte de ne pas être « totalement incapable ».

■ **QRM 1. Quelle prise en charge pouvez-vous proposer à votre patiente en première intention ?**

- A. L'orientation vers une équipe hospitalière spécialisée dans la prise en charge de la douleur
- B. L'introduction d'un traitement anti-dépresseur devant la présence de symptômes depuis plus de 15 jours
- C. Une thérapie de type psychanalytique, qui est recommandée devant ce type de tableau
- D. L'association de tramadol avec un antalgique de palier 3 lors des poussées douloureuses aiguës
- E. Ce n'est pas votre rôle de médecin généraliste de gérer cela, vous la redirigez simplement vers son rhumatologue qui lui dira quoi faire

Vous adressez la patiente dans un centre spécialisé dans la prise en charge des douleurs chroniques résistantes aux traitements. Elle revient vous voir une dizaine de jours plus tard les traits tirés, le visage amaigri et les larmes aux yeux : elle a eu un rendez-vous dans le centre prévu dans 3 semaines mais elle s'effondre rapidement en vous disant qu'elle ne pourra pas tenir jusque-là. Les douleurs la handicapent de plus en plus malgré la prise d'antalgiques, chaque mouvement est douloureux et cela retentit beaucoup sur son moral. Elle n'a plus envie de se lever le matin pour aller travailler, même l'idée de passer du temps avec les élèves ne lui fait plus plaisir et n'arrive pas à la tirer du lit. Elle se sent d'ailleurs épuisée par toute cette situation et a l'impression qu'elle ne va jamais s'en sortir.

■ **QROC 2. Quel élément non précisé dans l'énoncé est-il essentiel de recueillir devant ce tableau clinique ? (1 à 5 mots attendus, pas d'abréviation)**

- **QRM 3.** Vous ne retrouvez pas de franches idées suicidaires chez votre patiente, bien qu'elle décrive que parfois elle aurait envie que « tout ça s'arrête ». Elle a un entourage familial étayant et des amis soutenants.

Devant le tableau que présente votre patiente, quelle est votre prise en charge ?

- A. Vous pouvez lui proposer de débuter une TCC pour la prise en charge du syndrome dépressif et des douleurs chroniques
- B. Vous introduisez un traitement anti-dépresseur par ISRS
- C. Vous pouvez lui proposer une psychothérapie de soutien
- D. Vous repoussez l'introduction du traitement après la prise en charge par le centre spécialisé afin de voir si les symptômes dépressifs s'amendent avec le soulagement des douleurs
- E. Toutes les réponses ci-dessus sont fausses

Vous parlez de la possibilité d'une TCC à la patiente et introduisez un traitement par escitalopram 10 mg au vu du retentissement fonctionnel de cet épisode dépressif caractérisé. Vous prévoyez de revoir la patiente dans 15 jours pour évaluer l'efficacité du traitement.

Quelques jours plus tard, son mari vous appelle en panique : la patiente présente des diarrhées et des sueurs profuses, elle est « complètement à l'ouest et a 39 °C de fièvre », « j'entends son cœur qui bat la chamade ».

- **QRU 4.** À quoi devez-vous penser en premier lieu devant cette symptomatologie chez cette patiente ?

- A. Un virage maniaque à la suite de l'introduction du traitement anti-dépresseur
- B. Un choc anaphylactique
- C. Un syndrome sérotoninergique
- D. Un choc infectieux
- E. Une réaction paradoxale aux anti-dépresseurs

Devant la très forte suspicion de syndrome sérotoninergique, vous contactez le SAMU afin que la patiente soit admise en réanimation. Le diagnostic est confirmé devant la prise combinée d'ISRS et de tramadol, qui sont deux molécules sérotoninergiques. Une fois sortie de réanimation, la patiente revient vous voir, inquiète de la suite de la prise en charge médicamenteuse.

- **QRM 5.** À propos du traitement de son épisode dépressif caractérisé, quelles sont les propositions exactes ?

- A. La survenue du syndrome sérotoninergique contre-indique l'utilisation de tous les ISRS
- B. La survenue du syndrome sérotoninergique contre-indique l'utilisation de la molécule en cause (escitalopram)
- C. Vous lui expliquez qu'il faut éviter d'associer le tramadol avec un ISRS
- D. Vous proposez à la patiente de switcher vers un IRSNA (venlafaxine)
- E. Vous lui conseillez de ne pas s'auto-médiquer sans avis médical dans le futur

Correction du cas clinique n° 3

■ QRM 1

➤ Correction A

- A. L'orientation vers une équipe hospitalière spécialisée dans la prise en charge de la douleur
- B. L'introduction d'un traitement anti-dépresseur devant la présence de symptômes depuis plus de 15 jours
- C. Une thérapie de type psychanalytique, qui est recommandée devant ce type de tableau
- D. L'association de tramadol avec un antalgique de palier 3 lors des poussées douloureuses aiguës
- E. Ce n'est pas votre rôle de médecin généraliste de gérer cela, vous la redirigez simplement vers son rhumatologue qui lui dira quoi faire
- A.** En effet, dans le cadre de douleurs chroniques (notamment résistantes au traitement), il est intéressant d'adresser les patients vers des structures spécialisées. Des douleurs non soulagées peuvent être la cause d'un **handicap important et d'un retentissement majeur sur la santé mentale et physique des patients**. La fréquence des épisodes dépressifs caractérisés est deux fois plus élevée chez les patients douloureux chroniques dans la population générale [Rang A].
- B.** Faux, c'est difficile d'estimer quand introduire des anti-dépresseurs, mais ici vous avez certes certains symptômes de dépression mais le retentissement reste léger. On proposera en première intention une psychothérapie (TCC par exemple) dans un EDC d'intensité légère [Rang B].
- C.** On peut proposer une psychanalyse dans plusieurs troubles psychiatriques, mais elle n'est pas basée sur de l'Evidence Based Medicine (EBM), elle n'est donc **pas « recommandée » au sens médical du terme**. Je sais c'est vicieux mais des questions similaires sont déjà tombées... [Rang B].
- ⚠ Contre-indication de la psychanalyse :** troubles psychotiques décompensés ou sévères
- D.** Faux, **on n'associe jamais des antalgiques de palier 2 (tramadol) avec des antalgiques de palier 3 !** Si vous voulez faire des prises en charge multimodales avec des antalgiques vous pouvez seulement associer [Rang B] :
- Palier 1 + palier 2
 - Ou palier 1 + palier 3
- E.** Complètement faux, c'est du bon sens. Certes vous pouvez ne pas avoir l'expertise qu'aurait un rhumatologue ou un spécialiste de la douleur sur cette question mais vous devez quand même prendre soin de votre patiente, par exemple en lui proposant une antalgie plus importante et en l'envoyant en centre anti-douleur [Rang A].

■ QROC 2

➤ Correction Idées suicidaires, présence d'idées suicidaires, risque suicidaire, évaluation du risque suicidaire

Il est **fondamental d'évaluer le risque suicidaire/la présence d'idées suicidaires chez les patients que vous recevez pour des troubles psychiatriques**. Cela ne se limite d'ailleurs pas seulement à l'épisode dépressif, on doit aussi poser la question notamment dans les troubles anxieux, les troubles addictifs... [Rang A].

■ QRM 3

> Correction A, B, C

- A. Vous pouvez lui proposer de débuter une TCC pour la prise en charge du syndrome dépressif et des douleurs chroniques
- B. Vous introduisez un traitement anti-dépresseur par ISRS
- C. Vous pouvez lui proposer une psychothérapie de soutien
- D. Vous repouvez l'introduction du traitement après la prise en charge par le centre spécialisé afin de voir si les symptômes dépressifs s'amendent avec le soulagement des douleurs
- E. Toutes les réponses ci-dessus sont fausses
- A.** Vrai, ce sont **deux indications de TCC**. Les TCC font partie des seules thérapies validées par la science et qui ont fait l'objet d'études concluantes [Rang A].
- B.** Vrai, cette fois le retentissement est plus important que dans le premier QCM, il est donc recommandé de prescrire un **traitement anti-dépresseur conjointement à la psychothérapie** [Rang A].
- C.** Vrai, globalement il faut toujours la cocher vraie [Rang A].
- D.** Non, vous avez devant vous une patiente qui présente un authentique épisode dépressif caractérisé d'intensité au moins modérée. **On ne diffère pas la prise en charge**. Certes, on peut penser que cet épisode complique la situation douloureuse chronique de la patiente, mais cela ne **signifie pas nécessairement que traiter les douleurs va faire disparaître les symptômes dépressifs** [Rang B].
- E.** Faux, ne laissez pas ce genre de proposition vous déstabiliser.

■ QRU 4

> Correction C

- A. Un virage maniaque à la suite de l'introduction du traitement anti-dépresseur
- B. Un choc anaphylactique
- C. Un syndrome sérotoninergique
- D. Un choc infectieux
- E. Une réaction paradoxale aux anti-dépresseurs

Si on n'avait pas toutes les informations du cas clinique, plusieurs réponses auraient pu être envisagées. Ici, vous vous trouvez face à une patiente qui :

- Prend des anti-dépresseurs pour la première fois, donc pas de choc anaphylactique puisque pas de sensibilisation préalable (**B fausse**)
- Ne présente pas de symptômes maniaques (**A fausse**)
- N'a aucune raison de faire un choc infectieux (**D fausse**)
- Rappelez-vous, s'auto-médiqe par TRAMADOL, qui est une molécule à risque de syndrome sérotoninergique (**C vraie**). Donc associée à un ISRS, ce risque est d'autant plus grand [Rang A].

On ne décrit pas de réaction paradoxale aux anti-dépresseurs, c'est un distracteur (**E fausse**). En revanche, une réaction paradoxale existe pour les benzodiazépines avec une agitation et une augmentation de l'anxiété suite à la prise [Rang B].

■ QRM 5**> Correction C, E**

- A. La survenue du syndrome sérotoninergique contre-indique l'utilisation de tous les ISRS
- B. La survenue du syndrome sérotoninergique contre-indique l'utilisation de la molécule en cause (escitalopram)
- C. Vous lui expliquez qu'il faut éviter d'associer le tramadol avec un ISRS
- D. Vous proposez à la patiente de switcher vers un IRSNA (venlafaxine)
- E. Vous lui conseillez de ne pas s'auto-médiquer sans avis médical dans le futur
- A. Faux, bien heureusement d'ailleurs. **Ne confondez pas avec la survenue d'un syndrome malin des neuroleptiques** qui lui peut contre-indiquer la prise de certaines molécules s'il survient [Rang A].
- B. Faux, cf. correction de la proposition A.
- C. Vrai, cette association est à risque et doit être évitée si possible [Rang B].
- D. Faux, les IRSNA sont autant à **risque de syndrome sérotoninergique** que les ISRS, et ce sont des **molécules de deuxième intention**, cela n'a **donc aucun intérêt**. Il vaut mieux dire à la patiente de ne pas prendre de tramadol pendant le traitement par escitalopram [Rang B].
- E. Vrai, cela vaut pour tous les patients, il est **recommandé de systématiquement demander un avis** à un médecin ou à un pharmacien avant de prendre des médicaments, pour éviter ce genre d'effets indésirables graves [Rang A].

Items abordés et références

Item 66 – Diagnostiquer : un trouble dépressif, un trouble anxieux, un trouble obsessionnel compulsif, un trouble de stress post-traumatique, un trouble de l'adaptation, un trouble de la personnalité

→ Collège de psychiatrie, PUFR

Item 73 – Différents types de techniques psychothérapeutiques

→ Collège de psychiatrie, PUFR

Item 74 – Prescription et surveillance des psychotropes

→ Collège de psychiatrie, PUFR

Item 138 – Douleur chez la personne vulnérable

→ Collège de psychiatrie, PUFR

MES NOTES PERSONNELLES

MES NOTIONS À REVOIR

Cas clinique n° 4

MINI-DP

Vous êtes interne de psychiatrie aux urgences et vous recevez en box Alexandre, un patient de 28 ans pour un état d'agitation qui dure depuis 48 heures. Il est accompagné de sa mère.

■ **QRM 1. Quelles sont les hypothèses diagnostiques possibles à ce stade ?**

- A. Une prise de toxiques
- B. Un trouble psychotique bref
- C. Une schizophrénie
- D. Une phase maniaque débutante
- E. Une attaque de panique

Un bilan biologique complet est réalisé et élimine une cause somatique à cette agitation. Vous décidez de recevoir dans un premier temps le patient seul en entretien. Vous essayez de comprendre ce qui lui arrive mais il fait les cent pas dans la pièce et tourne en rond. Lorsqu'il finit par s'asseoir, il vous regarde avec méfiance. Lorsque vous lui demandé ce qui lui arrive, il semble réfléchir pendant une dizaine de secondes puis vous répond « Je suis tendu. Voilà ce qui m'arrive. Pourquoi je suis là d'ailleurs ? C'est eux qui vous ont embauché n'est-ce pas ? Je le savais ! Ils ont déjà réussi à rentrer dans le cerveau de mes parents et maintenant ils vous envoient pour me forcer à capituler ! Je vais aller les trouver et leur expliquer la vie, ils vont voir, là ils me laisseront tranquille ». Sur ces mots, il se lève brusquement, se précipite vers la porte du bureau et l'ouvre à la volée pour s'enfuir.

■ **QRM 2. Quels éléments sémiologiques retrouvez-vous chez ce patient parmi les suivants ?**

- A. Fading
- B. Hyperactivité motrice
- C. Agitation psychomotrice
- D. Attitude d'écoute
- E. Hallucinations visuelles

■ **QRM 3. Devant le risque important que le patient s'enfuit, vous décidez de mettre en place une sédation. Quelles sont les propositions vraies parmi les suivantes ?**

- A. Vous lui proposez de l'oxazépam per os
- B. Vous lui injectez de la loxapine en intra-musculaire devant l'urgence de la situation
- C. Vous demandez à son père de lui courir après pour le raisonner
- D. Vous n'utiliserez la contention physique qu'en dernier recours
- E. Si vous deviez utiliser une contention physique, il faudra obligatoirement qu'elle soit prescrite par un médecin

Le patient est pris en charge, il sort après quelques jours d'hospitalisation. Vous êtes désormais son psychiatre. Lors du suivi, vous finissez par poser un diagnostic de schizophrénie chez ce patient. Vous introduisez des neuroleptiques au long cours et continuez de suivre le patient qui a l'air de plutôt bien répondre au traitement.

- **QROC 4. Quel examen peut-on vous reprocher de ne pas avoir fait préalablement à l'introduction de neuroleptiques ?**

Correction du cas clinique n° 4

■ QRM 1

➤ Correction A, B, D

- A. Une prise de toxiques
- B. Un trouble psychotique bref
- C. Une schizophrénie
- D. Une phase maniaque débutante
- E. Une attaque de panique

A. Vrai, une **prise de toxiques peut en effet entraîner une agitation, tout comme le sevrage de certaines substances d'ailleurs. Il faut penser à l'éliminer avant d'envisager un trouble psychiatrique devant une agitation** [Rang A].

B. Vrai, le trouble psychotique bref est défini par une durée comprise **entre un jour et un mois**, c'est donc une possibilité à ce stade de la prise en charge [Rang A].

C. Ensuite, on ne peut pas poser le diagnostic de schizophrénie sur un épisode délirant qui pour l'instant a l'air isolé. Ce diagnostic nécessite des **critères de temps** (qui sont appréciés des PU et tombent souvent, retenez-les bien) et une **symptomatologie** qui va bien plus loin qu'une « simple » agitation, **vous n'avez pas ici suffisamment d'informations pour ce diagnostic** [Rang A].

D. En effet, l'agitation peut se retrouver dans le cadre d'une phase maniaque. Je vous ai bien précisé ici « débutante » car **une phase maniaque dure au moins 7 jours**, mais cette présentation qui dure depuis 48 h peut en effet être le début [Rang A].

E. Devant une agitation, beaucoup de causes sont possibles. Ici vous avez un tableau très global, avec juste une indication de temps : 48 h. Vous pouvez donc déjà éliminer **l'attaque de panique qui ne dure que 20 à 30 minutes** [Rang A].

■ QRM 2

➤ Correction C, D

- A. Fading
- B. Hyperactivité motrice
- C. Agitation psychomotrice
- D. Attitude d'écoute
- E. Hallucinations visuelles

A. Faux, le fading est un **barrage à minima**, caractérisé par la diminution du débit verbal et du son de la voix. On n'en retrouve pas ici [Rang A].

B. Faux, l'**hyperactivité motrice** est un **état d'activité motrice exagérée sans tension intérieure**, à différencier de l'**agitation** motrice, dans laquelle **on retrouve cette tension interne**. Ici, le patient le dit clairement « Je suis tendu », on parle donc d'agitation et non d'hyperactivité. Je sais que ça semble synonyme mais les PU sont en général pointilleux sur ce genre de détails... [Rang A].

C. Vrai, cf. correction de l'item B [Rang A].

Cas cliniques (DP et KFP)

D. Un peu plus difficile à déceler mais on en retrouve bien chez ce patient : « il semble réfléchir pendant une dizaine de secondes puis vous répond ». C'est **typique de l'attitude d'écoute**, que l'on retrouve dans le cadre d'hallucinations acoustico-verbales, où le patient écoute ses voix avant de répondre [Rang A].

E. Faux, aucun élément ne nous permet ici de penser qu'il a des hallucinations visuelles [Rang A].

■ QRM 3

➤ Correction ➤ A, D, E

- A. Vous lui proposez de l'oxazépam per os (PO)
- B. Vous lui injectez de la loxapine en intra-musculaire (IM) devant l'urgence de la situation
- C. Vous demandez à son père de lui courir après pour le raisonner
- D. Vous n'utiliserez la contention physique qu'en dernier recours
- E. Si vous deviez utiliser une contention physique, il faudra obligatoirement qu'elle soit prescrite par un médecin

A. Vrai, il faut **systématiquement commencer par proposer une forme PO** avant d'utiliser une forme IM, même dans le cadre d'une agitation, même en soins sans consentement : toujours [Rang A].

B. Faux, cf. correction de l'item A. On n'utilisera la forme IM **qu'en cas de refus de la forme PO** [Rang A].

C. Faux bien évidemment. Ici le patient est **agité et probablement délirant**, on ne va pas demander au père de gérer cette situation. D'une part car ce n'est absolument pas son rôle, d'autre part, le patient semble se méfier et se sentir persécuté par son père, on ne veut pas empirer la situation [Rang A].

D. Vrai. Retenez bien que la contention physique reste **traumatisante pour les patients** et ne doit être utilisée **qu'en dernier recours**, et doit absolument être réévaluée à intervalle régulier (toutes les 6 heures) pour décider de son maintien ou non [Rang A].

E. Vrai, on a tendance à l'oublier mais **c'est une prescription médicale**, légalement elle doit donc être prescrite par un médecin pour pouvoir être mise en place [Rang A].

■ QROC 4

➤ Correction ➤ ECG, électrocardiogramme

Notion importante à retenir : un **ECG doit être systématiquement réalisé avant l'introduction de neuroleptiques**. Normalement même en urgence devant une agitation, on devrait en faire un avant d'introduire des neuroleptiques. Même si en pratique ce n'est pas toujours le cas, pour les QCM pensez-y. Ici, aucune excuse, on est sur une introduction de neuroleptiques au long cours, en consultation et pas en urgence [Rang A].

Items abordés et références

Item 351 – Agitation et délire aigu

→ Collège de psychiatrie, PUFR

Item 63 – Troubles schizophréniques de l'adolescent et de l'adulte

→ Collège de psychiatrie, PUFR

Cas clinique n° 5

MINI-DP

Vous êtes médecin généraliste et vous recevez en consultation Arthur, un homme de 32 ans, qui a perdu sa mère il y a 1 mois. Celle-ci est décédée assez brutalement des suites d'un cancer du sein découvert tardivement. Il était assez fusionnel avec elle et a été très affecté par son décès. Il vient vous voir aujourd'hui car il a l'impression de ne pas réussir à surmonter cette perte.

■ **QRM 1. À propos du deuil normal, quelles sont les propositions exactes ?**

- A. Il comporte 4 phases : le choc de la perte, le déni, l'état émotionnel douloureux lié au manque du défunt, la réorganisation
- B. C'est un facteur de risque de décompensation de troubles psychiatriques préexistants
- C. Il est recommandé de proposer une médication pour aider à surmonter la phase aiguë du deuil
- D. Il évolue naturellement vers l'apaisement
- E. Il mêle des composantes émotionnelles, comportementales et cognitives en réaction au décès d'un proche

Vous rassurez le patient, le désespoir qu'il ressent rentre dans le cadre d'un deuil normal. Vous lui proposez de le revoir le mois suivant s'il ressent le besoin d'en parler à distance du décès. Il vous remercie, et vous dit qu'il reprendra peut-être rendez-vous si ça ne passe pas.

Vous le perdez de vue et le revoyez 3 ans plus tard, à l'âge de 35 ans. C'est cette fois son meilleur ami qui est décédé lors d'un accident de moto 5 semaines auparavant. Le patient vous apparaît ralenti. Il vous explique qu'il culpabilise beaucoup car ce jour-là c'est lui que rejoignait son ami, il se sent responsable de l'accident « Si je m'étais bougé et que j'étais allé le voir pour une fois plutôt que de lui proposer qu'onaille boire un verre en ville, il serait encore là à l'heure d'aujourd'hui... Je suis vraiment le pire ami qui soit... Et de toute façon, c'est pareil dans ma vie tout court, je suis un bon à rien, je n'arrive plus à aller travailler et je n'apprécie même plus d'aller jouer au tennis ou au rugby, pourtant j'adorais ça avant ».

■ **QRM 2. Dans le tableau présenté par le patient, quelles propositions parmi les suivantes vous orientent plus spécifiquement vers un épisode dépressif caractérisé (EDC) ?**

- A. Sentiment de vide lié à la perte du défunt
- B. Anhédonie
- C. Idées suicidaires avec idée de rejoindre le défunt
- D. Idées suicidaires avec sentiment de dévalorisation et d'incurabilité
- E. Faible estime de soi