



Psychose post-traumatique; liens de causalité et approches nosographiques: À propos d'un cas clinique

K. DOUK; J. SALIM; W. MANSOURI; Y. AMARA; K. BENALLEL; K. MOUHADI; M. KADIRI

Service de Psychiatrie - Hôpital militaire d'instruction Mohamed V

N° Réf. NPSY-003 Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohammed V de Rabat - Maroc



NEUROPSYCHIATRIE

Introduction

Les manifestations psychotiques, faites majoritairement de délire et d'hallucinations, sont des entités cliniques trans nosographiques présentes dans plusieurs d'affections psychiatriques et somatiques, notamment neurologiques et neurochirurgicales (1). Ces manifestations psycho-comportementales, peuvent être isolées, coexister ou compliquer un déficit neurologique soulevant ainsi leur imputabilité (2).

Méthode et objectifs

À travers une observation clinique, notre objectif est de mettre la lumière sur le degré d'implication des traumatismes crâniens dans la genèse de troubles psychiatriques et souligner leurs particularités pour finalement établir les bases d'une prise en charge biopsychosociale optimale et législative éventuelle.

Vignette clinique

F.B. étudiante de droit est âgée de 23 ans et sans histoire médicale connue. Elle était victime d'un accident de la voie publique causant un traumatisme crânien. Le bilan radiologique initial a objectivé une fracture non déplacée temporo-pariétale et un hématome sous glial-pariétal droits (voir figures 1 et 2). L'évolution clinique fut favorable après prise en charge neurochirurgicale. Mais, quelques mois après ; elle consulte, irritable et logorrhéique réclamant un certificat médical pour revendiquer justice et appuyer une plainte contre le motocycliste qui l'avait heurté intentionnellement selon elle.

Un an plus tard, elle consulte pour une dépression, se plaignant de difficultés de concentration et de mémoire ayant impacté négativement son rendement et qu'elle relie au traumatisme crânien causé par l'accident et convaincue de son intentionnalité criminelle. L'évolution sous Risperidone et Sertraline a été marquée par une nette amélioration de l'humeur et l'enkystement du délire.



Figure 1: Images de TDM cérébrale objectivant la fracture non déplacée temporo-pariétale et l'hématome sous glial

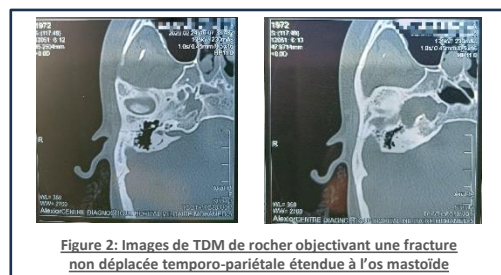


Figure 2: Images de TDM de rocher objectivant une fracture non déplacée temporo-pariétale étendue à l'os mastoïde

Discussion

Les conséquences somatiques d'un traumatisme crânien peuvent causer des symptômes psychotiques. On parle de troubles psychotiques post-traumatiques directement liés à une atteinte cérébrale localisée et obéissent au paradigme structure-fonction et peuvent apparaître jusqu'à 4 ans plus tard (3). L'une des premières description et corrélation entre traumatisme crânien à l'enfance et l'apparition de symptômes psychotiques à l'âge adulte a eu lieu en 1919 par *Kraepelin* (4). Puis vers la fin des années 1960, une autre étude portant sur des sujets victimes de traumatisme crânien menée par *Davidson et Bagely* a attesté que le risque de développer une symptomatologie psychotique après traumatisme crânien est 3 fois supérieure à la population générale avec individualisation de quelques facteurs de risque comme : la localisation frontale des lésions, l'atteinte de l'hémisphère gauche, les traumatismes à crâne fermé et la durée de coma supérieure à 24 heures; éléments présents pour la plupart chez notre patiente (5).

Classiquement, les symptômes psychotiques survenant dans les suites du traumatisme crânien sont associés à une symptomatologie confusionnelle avec une amnésie post-traumatique, toute fois, dans certains cas, et similairement au cas de notre patiente la symptomatologie psychotique peut apparaître à distance du traumatisme. Selon une étude menée par *Fujii et Ahmed* en 1997, 72 % des patients psychotiques et victimes d'un traumatisme crânien ont manifesté leur symptomatologie psychotique en moyenne 4 ans après un traumatisme crânien; souvent sévère avec une amnésie post-traumatique supérieure à 7 jours (6). La symptomatologie est faite le plus souvent de syndrome délirant à thématique persécutrice et des hallucinations surtout auditives, des troubles de l'attention ainsi que des troubles de la mémoire et des fonctions exécutives et visuo-spatiales (7). Sur le plan biochimique; d'autres études ont démontré l'implication du système cholinergique d'où la moindre efficacité des neuroleptiques classiques par rapport aux antipsychotiques atypiques: *Risperidone* et *Olanzapine* selon les travaux de *Schreiber et al., Butler et Umansky* (8).

À l'instar du cas de notre patiente et ceux des études antérieures depuis une plus d'une cinquantaine d'années, l'incapacité d'identifier des critères clairs de diagnostic de trouble délirant post-traumatique, de le différencier des autres formes de psychoses non traumatiques et d'établir un lien de causalité direct entre le traumatisme crânien et les symptômes psychotiques complique non seulement la prise en charge de ces patients, mais aussi les retombées médico-légales car dans la plupart des cas; le diagnostic de schizophrénie (qui n'est pas imputable au traumatisme) reste le plus posé (2).

Conclusion

Devant ces manifestations psychotiques, que partagent à la fois le trouble psychotique post-traumatique et les autres psychoses non traumatiques, les avancées actuelles de la science ne peuvent toujours pas conclure le lien de causalité directs entre le traumatisme crânien et d'éventuelles manifestations psychotiques d'apparition ultérieure. On peut ainsi formuler l'hypothèse que chez certains patients qui auraient développé une schizophrénie mais qui ne présentaient pas encore de symptômes prodromiques ou pré-cliniques, la survenue d'un traumatisme crânien a réduit la réserve cognitive, donc les possibilités de remédiation cognitive.

Références

1. Y. Auxéméry, G. Fidelle, Psychose et traumatisme psychique. Pour une articulation théorique des symptômes psycho-traumatiques et psychotiques chroniques, L'Encéphale, Volume 37, Issue 6, 2011, Pages 433-438,
2. M. Sindors, F. Benoudiba, Imputabilité des symptômes psychotiques dans les suites d'un traumatisme crânien : DE LA DOCTRINE À LA PRATIQUE
3. Y. Auxéméry, Les troubles psychotiques post-traumatiques : un modèle physiopathologique de la schizophrénie, Annales Médico-Psychologiques.
4. Schneider K. Schizophrenia Kriegpsychose. Zeit Neurol 1918;(43) :420-39.
5. Davison K, Bagley Cr. Schizophrenia-like psychosis associated with organic disorders of the central nervous system. Br J Psychiatry 1969; 114: 113-84
6. Fujii D, Ahmed I, Hishinuma E. A neuropsychological comparison of psychotic disorder following traumatic brain injury, traumatic brain injury without psychotic disorder, and schizophrenia. J Neuropsychiatr Clin Neurosci 2004 ; 16 (3) : 306-14.
7. Fujii D, Ahmed I.; Characteristics of psychotic disorder due to traumatic brain injury: an analysis of case studies in the literature. J Neuropsychiatr Clin Neurosci 2002; 14 (2) : 130-40.
8. M. Bennouna, V.B. Greene, L. Defranoux ; Théorie cholinergique dans les psychoses après un traumatisme crânien et dans la schizophrénie : un lien ?