

Communications par affiche 2010 (posters)

Syndrome du QT long et facteurs de risque à l'Unité pour Malades Difficiles de Villejuif

N. Chaumartin ^{1,3}, S. Lukat ², P. Garriguet ², B. Lachaux ³, P-R. Urrea¹.

1. Service Spécialités Médicales PGV,

2. Service Pharmacie PGV,

3.UMD Henri Colin EPS Paul Guiraud, 94806 Villejuif

nadia.chaumartin@ch-pgv.fr

Les patients souffrant d'une maladie psychiatrique présentent une surmortalité d'origine cardiovasculaire entre autres, liée en partie aux morts subites, et favorisée par la prise de certains neuroleptiques et autres psychotropes. La mauvaise tolérance cardiaque de ces médicaments est liée à l'allongement de l'intervalle QT de l'électrocardiogramme (ECG), à l'origine d'une arythmie appelée Torsade de Pointes (TdP). Les Unités pour Malades Difficiles (UMD) accueillent des patients dont les prescriptions sont lourdes. Une étude a été menée à l'UMD de Villejuif afin de mesurer la prévalence du syndrome du QT long et de ses facteurs de risque. Un ECG et un ionogramme sanguin ont été réalisés pour chaque patient. Les données récoltées sont : le QTm, la fréquence cardiaque, le QTc par la formule de Bazett, et le QTc donné par l'appareil. Les ordonnances des patients sont analysées, les médicaments triés par classe thérapeutique, en fonction du risque d'allongement du QT, et par niveaux de posologie. L'analyse des résultats porte sur 63 patients âgés de 19 à 64 ans. La moyenne d'âge est de 33 ans et le sexe ratio est : 11 femmes (17%) pour 52 hommes (83%). Ces résultats montrent :

- une **prévalence** du syndrome du QT long de 40 %, dont 6% ont un QTc > 500ms, risque majeur de TdP
- la prépondérance du facteur de risque médicamenteux, présent chez tous les patients, les autres **facteurs de risque d'allongement du QT** étant peu retrouvés (Hypokaliémie et bradycardie: 1.6%, sexe féminin : 17 %). **Les facteurs de risque de TdP** en revanche sont fréquents (hypomagnésémie : 8%, hypocalcémie : 46%, insuffisance rénale : 11%), certains pouvant être corrigés
- une **variabilité** de la mesure de l'intervalle QT avec des différences significatives (p<0.001) selon la méthode de calcul
- la **coprescription** s'accompagne d'une augmentation du nombre de QTc longs et de leur valeur moyenne
- enfin, les **fortes posologies** s'accompagnent d'une augmentation du nombre de QTc longs et du QTc moyen

Ces résultats mettent l'accent sur la nécessité d'une surveillance accrue du risque lié au QT long chez les patients sous associations de psychotropes. Ils ont permis la sensibilisation des équipes soignantes et la mise en place d'un protocole de surveillance renforcée dans le service.

Levée de voile sur un état morbide à travers le procès sociétal de la toxicomanie

Sega Dembélé, Annaïck Rio, Charles Gheorghiev, Bertrand Lahutte

Hôpital Val-de-Grâce, Service de Psychiatrie

74 boulevard de Port-Royal, 75005 PARIS

Le terme "toxicomanie" caractérise l'usage et la dépendance à certaines substances psychoactives. S'il s'agit d'une conduite concernant la plupart des sociétés, l'emploi du terme "toxicomane" est fortement connoté et ne peut être considéré en dehors du regard social qui est porté sur lui.

Les conduites addictives convoquent des déterminants multifactoriels. Le produit, l'individu et son environnement sont des dimensions qui peuvent nous permettre d'étudier une conduite, conduite toujours singulière. Pour autant, au regard de la société et des diverses institutions qui la composent, le "toxicomane" reste souvent un délinquant, un être marqué du sceau d'une ségrégation, voire passible de sanctions judiciaires, du fait de l'interdit qui frappe la consommation des "drogues". Nous nous interrogeons sur l'articulation qui pourrait être réalisée, dans une visée thérapeutique, entre ces deux perspectives : celle du plus général et celle du cas particulier. S'il est communément envisagé qu'un trouble des conduites tienne lieu de symptôme pour un sujet et vienne ainsi révéler ou traduire une entité psychopathologique caractérisée, comment pouvons-nous considérer le regard social porté sur les conduites addictives en regard de la clinique psychiatrique ?

A partir du cas d'un patient de trente-et-un ans, désigné comme "toxicomane" depuis l'âge de quinze ans et fortement stigmatisé sur le plan "disciplinaire", nous envisageons de détailler l'usage que ce patient a pu faire de cette nomination, que ce soit dans l'initiation de ses soins, dans sa stabilisation clinique ou lorsque vient se dévoiler chez lui une pathologie psychiatrique chronique.

Evaluation des Pratiques Professionnelles en Psychiatrie - Analyse des causes des événements indésirables : la violence

M.R. Fortaine* A.Soltani** M.Lahbil* G. Takieddine* I. Gense*** D. Hanique***

*Secteur Boulogne Sud ** Secteur Boulogne Nord *** Chef du Pôle Psychiatrie Addictologie

Centre psychothérapique de Boulogne-sur-Mer

MR.Fortaine@ch-boulogne.fr

Introduction : Nous avons choisi le thème de la violence pour l'EPP au CHB car il s'agit d'un phénomène fréquent. Le centre psychothérapique a été la deuxième entité à avoir déclaré le plus d'événements indésirables en 2005.

Méthode : L'étude a été faite à partir de l'analyse des causes des événements indésirables. Nous avons utilisé la méthode des 5 M ou diagramme d'Ishikawa.

Résultats : Les documents de recueils étaient les 19 fiches de déclaration des événements indésirables de l'année 2005. Les causes de violence ont été regroupées par familles et reportées sur le diagramme d'Ishikawa : Méthode, Matériel, Milieu, Malade, Humain.

Actions d'amélioration : Un certain nombre d'actions d'amélioration a été proposé : modification du règlement intérieur, fiches de prescription d'ergothérapie, formation à la violence, aménagement des futurs locaux de façon adéquate.

Conclusion : Une réévaluation est en cours à partir des fiches de 2009 .

Références bibliographiques :

- EPP dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé - HAS/DACEP/Juin 2005

- La violence en psychiatrie – dossier
Santé Mentale, 2003, n°82, pp 19-69
- Collectif/Zagury D.
Dossier : La Psychiatrie face aux violences
Perspectives Psy., 2001, vol. 40, n°3, pp 171-198

Evaluation d'une tâche simple de comparaison d'images comme outil diagnostique potentiel du trouble obsessionnel compulsif

Mickaël FRASCA¹, Nicolas VIBERT¹, Jean-Yves ROTGE², François RIGALLEAU¹, Nematollah JAAFARI³

1. CeRCA, CNRS UMR 6234 – Université de Poitiers – Université de Tours, Poitiers

2. Service de Psychiatrie Adulte, Université Bordeaux 2

3. Département de Psychiatrie et CIC INSERM U802, Centre Hospitalier Henri Laborit, Université de Médecine de Poitiers
nemat.jaafari@ch-poitiers.fr

Introduction. L'évaluation clinique du trouble obsessionnel compulsif (TOC) repose sur l'échelle Y-BOCS, où les scores sont estimés par le clinicien ou le patient lui-même. Il n'existe pas de test simple et objectif pour détecter la pathologie et mesurer sa sévérité. L'expérience présentée avait pour but d'évaluer le potentiel diagnostique d'une tâche de comparaison d'images faisant appel à la mémoire de travail, et d'analyser le comportement des patients en enregistrant leurs mouvements oculaires.

Méthodes. 32 patients souffrant de TOC et 32 contrôles appariés individuellement en âge, sexe et niveau d'étude devaient comparer 48 paires d'images présentées successivement sur un écran d'ordinateur, et dire le plus vite possible si elles étaient identiques ou différentes. Leurs mouvements oculaires étaient enregistrés par un oculomètre TOBII 1750. Les empan verbaux et visuo-spatiaux de mémoire de travail des participants étaient mesurés à l'aide respectivement d'une tâche d'empan de lecture et du test des blocs de Corsi.

Résultats. Les empan de mémoire de travail des patients TOC sont plus faibles que ceux des contrôles. Les temps de réponse des patients TOC sont significativement plus longs pour les images différentes comme pour les images identiques, mais le déficit est plus important pour les images différentes. De manière intéressante, le surplus de temps de réponse de chaque patient TOC par rapport à son contrôle apparié est d'autant plus fort que la mémoire de travail du patient est faible. Enfin, l'augmentation du temps de réponse des patients TOC est d'autant plus importante que la comparaison entre les images est facile ; pour les comparaisons les plus difficiles, les patients TOC ne répondent pas plus lentement que les contrôles. Les mouvements oculaires confirment ces résultats : les patients TOC font plus d'allers-retours entre les deux images et plus de fixations oculaires sur chaque image.

Conclusion. Ces données suggèrent que les déficits cognitifs des patients TOC seraient liés à une réduction générale de leur empan de mémoire de travail, peut-être du fait de leurs obsessions permanentes. Elles indiquent aussi que la tâche de comparaison d'images pourrait avoir un potentiel diagnostique, notamment si l'on utilise les paires d'images les plus faciles à distinguer.

Mots-clés : mouvements oculaires – mémoire de travail – trouble obsessionnel compulsif

Il ne suffit pas d'être maquillée... pour être hystérique !

Bertrand Lahutte, Charles Gheorghiev, Annaïck Rio, Segal Dembélé

Hôpital Val-de-Grâce, Service de Psychiatrie
bertrandlahutte@wanadoo.fr

Alice est adressée en consultation par son médecin traitant. Celui-ci la reçoit depuis quelques semaines et s'étonne de sa démonstrativité, de son théâtralisme, ainsi que d'une dimension très particulière qui se dégage de l'entretien. Précise, méthodique, elle expose une souffrance intense dans la relation avec ses proches et ses collègues, qui contraste avec une certaine distance, voire un détachement, vis-à-vis d'un cortège de manifestations fonctionnelles concernant son corps. Le souci de plaire, de bien faire, de s'attirer une attention bienveillante est frappant. Il trouve une illustration paradigmatique dans les longs préparatifs de maquillage et de choix de la tenue vestimentaire, qui accaparent cette jeune femme de trente ans plusieurs heures par jour... Le destin d'Alice est dès lors tracé dans le discours médical : elle ne peut qu'être hystérique. Si nous nuançons quelque peu ce commentaire provocateur, nous remarquons que les traits de fonctionnement soulignés par son médecin en verseraient presque à la caricature et que la relation thérapeutique engagée se trouve rapidement malmenée, au risque de méconnaître des évocations suicidaires, annoncées dans le registre du sacrifice pour une grande cause.

A partir du développement de cette vignette clinique, nous nous proposons de détailler en quoi une approche critériologique centrée sur des "traits de personnalité" s'oppose à ce que nous pouvons recueillir, selon une autre perspective, comme une clinique de la persécution, radicalement distincte des modalités subjectives de l'hystérie.

Soins sous contrôle judiciaire : Expérience d'un suivi dans un service de secteur parisien de 2007 à 2009

Jean-Baptiste Mignon , Daniel Pinède, Marie-Noëlle Vacheron

Centre hospitalier Sainte-Anne Secteur 13, service du Dr Vacheron
jb.mignon@ch-sainte-anne.fr

Introduction. Les Centres Médico-Psychologiques de secteur ont vu le nombre de sujets adressés en obligation de soins croître de façon importante ces dernières années depuis la multiplication des lois encadrant les soins sous contrôle judiciaire (obligation de soins et injonction de soins). Ces patients confrontent les acteurs du secteur psychiatrique à une clinique nouvelle, mettant parfois en difficultés les praticiens. Ils imposent un nouveau mode de prise en charge, avec un cadre thérapeutique fourni par l'autorité judiciaire, une demande de soins parfois inexistante et la nécessité de création d'un réseau médico-judiciaire le plus souvent balbutiant jusque là sur les CMP. Les objectifs thérapeutiques doivent également être modifiés, et trouver leur place au côté des objectifs judiciaires. C'est dans ce contexte que nous nous sommes interrogés sur la place qu'occupent les prises en charge pour soins sous contrôle judiciaire sur notre secteur de soins psychiatriques, sans structure spécialisée pour leur accueil.

Méthode. Nous avons ainsi choisi de répertorier l'ensemble des 60 demandes, de 2007 à 2009, pour soins sous contrôle judiciaire (obligation de soins ou injonction de soins) au Centre Médico-Psychologique du 14^{ème} arrondissement de Paris (Secteur 75G013) afin de pouvoir mieux appréhender cette population de patients. Nous avons pu analyser les caractéristiques sociodémographiques et médicales de ces patients, les chefs d'inculpation, ainsi que les modalités du suivi qui ont été mises en place.

Résultats. D'une part, cette enquête nous apporte des données concernant les mesures de soins judiciairement imposés et cette nouvelle population de patients à prendre en charge ; elle nous permet, d'autre part, de mieux évaluer les besoins dans ce domaine pour notre secteur et d'organiser ainsi la réponse sanitaire adaptée

Chutes à répétition

Annaïck Rio, Bertrand Lahutte, Sega Dembélé, Charles Gheorghiev

Hôpital Val-de-Grâce, service de psychiatrie
74 boulevard de Port-Royal, 75005 PARIS

Y a-t-il une "clinique du laisser-tomber" ? Résolument, nous devons répondre par la négative ! A partir d'une vignette clinique relatant la succession des chutes d'un patient, nous souhaitons tout de même approcher ce qui particularise le "laisser-tomber" chez ce sujet. Il s'agit d'un homme de trente ans, engagé dans la Légion Étrangère. Victime d'un accident au cours d'une mission en Afghanistan, il fait une chute de la tourelle de son véhicule blindé, ce qui justifie son rapatriement sanitaire.

Notre première rencontre a lieu dans le service de neurologie, où il est hospitalisé pour un traumatisme crânien compliqué de crises épileptiques atypiques. Dans les suites, se déploie peu à peu une profonde déception faisant écho au laisser-tomber de l'institution militaire (qui ne vient pas le visiter par exemple), puis à celui de la Médecine, qui "élimine" toute cause organique à sa clinique, enfin au laisser-tomber radical dans lequel choit ce patient, qui développe un trouble dépressif d'allure mélancolique.

Notre propos est de discuter, à partir de cette plainte – le "laisser-tomber" – la contingence de ces situations, tout comme la manière dont elles peuvent être considérées dans une perspective psychopathologique. Soit le fil que nous pouvons suivre, du "laisser tomber factuel" au "laisser-tomber subjectif".

Diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer. Marqueurs biologiques

A. Soltani ** M.R. Fortaine * I. Gence ** M. Lahbil * G. Takieddine * Ph. Fallon ***

* Secteur de Boulogne sud - ** Secteur de Boulogne nord *** Chef de service
Centre psychothérapique de Boulogne sur Mer
MR.Fortaine@ch-boulogne.fr

Introduction. L'objectif de ce travail est d'identifier et de décrire les principaux marqueurs biologiques de la maladie d'Alzheimer.

Méthodologie. Méta analyse des publications (1993 – 2009). La recherche documentaire a été réalisée par interrogation des banques de données MEDLINE, NLM (National Library of Medicine), PubMed et centrée sur les Revues de la littérature,

Marqueurs biologiques

- Marqueurs des tissus périphériques : Peau
- Marqueurs génétiques : gène APP, gènes PS1 et PS2, gène de l'apolipoprotéine E,
- Marqueurs du liquide céphalo-rachidien : protéine Tau, ubiquitine, marqueurs liés à la dégénérescence neurofibrillaire, peptide A, 1-42 plus mutation sur le gène PS1.
- Marqueurs sériques : peptide A, (1-40) amyloïde, protéine Tau, marqueurs de l'inflammation, autoanticorps, apolipoprotéines E, AI, AII, protéine p97.

Conclusion

Cette méta analyse met en évidence une augmentation du dosage des marqueurs biologiques de la maladie d'Alzheimer dans le liquide céphalo-rachidien, les tissus périphériques et dans le sérum.

L'intérêt de ces dosages serait d'augmenter la précision du diagnostic clinique précoce de la maladie d'Alzheimer pour une meilleure prise en charge.

Bibliographie

- 1) Hannequin D, Frebourg T, Martinez M, Agid Y, Clerget-Darpoux F Les facteurs génétiques dans l'étiologie de la maladie d'Alzheimer. M.S.médecine scientifique 1996, 12 :6-7.
- 2) Thomas P, Hazif-Thomas C, Billon R et al : Un nouvel instrument de dépistage de la démence chez la personne âgée, le Gpcog. Rev Ger et Gerontol 2004 ; 102 : 83-8

Mots clés : Maladie d'Alzheimer, démence, diagnostic précoce, marqueurs biologiques.

Quelle approche thérapeutique pour les patients schizophrènes résistants susceptibles de dangerosité ?

Annie Viala

Centre Hospitalier Sainte-Anne
Secteur 13, service du Dr Vacheron
a.viala@ch-sainte-anne.fr

Introduction. La prise en charge des patients schizophrènes résistants pose un problème de santé publique compte tenu du nombre des patients concernés, des traitements de longue durée, des prises en charges émaillées d'hospitalisations avec risque de chronicisation et de désinsertion, du risque de développer des passages à l'acte auto ou hétéroagressifs, auxquels s'ajoutent des coûts indirects au moins équivalents au coût direct.

Méthode. Une étude de la littérature a été faite en utilisant les données de Pubmed.

Résultats. Plusieurs définitions sont proposées, toutes concordent sur l'absence de réponse à au moins deux traitements antipsychotiques bien conduits. Des facteurs de risque sont bien identifiés mais aucun profil psychopathologique ne peut être considéré comme caractéristique malgré de nombreuses recherches tant cliniques, que biologiques, génétiques ou en imagerie cérébrale. Des interrogations persistent quant au rôle des addictions fréquemment associées : renforcent-elles ou génèrent-elles la résistance ?

Quant à la conduite thérapeutique, il n'y a pas de guideline univoque, mais un ensemble de mesures qui peuvent comporter des associations médicamenteuses dont il faut bien mesurer les bénéfices et les risques, l'électroconvulsivothérapie, mais aussi un suivi psychothérapeutique et psychosocial, adapté à chaque patient et associant si possible l'entourage du patient.

L'intérêt de la prise en charge de ces patients par les équipes du secteur, le plus tôt possible à partir du moment où la résistance est diagnostiquée, réside dans l'utilisation des structures du secteur, mais aussi des structures fonctionnant en réseau avec le secteur, tant sur le plan médico-psychologique que social.

Conclusion. L'interactivité soignants-soignés, mais aussi la continuité des soins peuvent favoriser l'adhésion aux soins, la préservation des acquis, éviter la discrimination, voire le rejet de ces patients particulièrement compliqués, et ainsi limiter les risques de raptus aigus et de troubles des conduites.

Références bibliographiques

- Vanelle JM, Brochier T. Les schizophrénies résistantes: aspects cliniques et thérapeutiques. Publié par Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue française 1994

- Nguimfack P. Evaluation de la notion de schizophrénie résistante. Aspects pharmacologiques et incidences des nouveaux antipsychotiques. *Ann Med Psychol* 2004 ; 162 : 441-52
- Compton M. Treatment-resistant schizophrenia. *Medscape* 2005
- Taylor DM, Smith L. Augmentation of clozapine with a second anti psychotic- a meta-analysis of randomized, placebo-controlled studies. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 119: 419-25

Mots clés

Schizophrènes résistants, approche thérapeutique, continuité des soins.

La prosodie émotionnelle : outil de remédiation chez les patients schizophrènes ?

S. Vigne¹, P. Brazo^{1,2}, V. Beaucousin³, M-R. Turbelin², L. Lecardeur^{1,2}, A. Razafimandimby², N. Tzourio-Mazoyer², S. Dollfus^{1,2}

*1. CHU de Caen 14000; 2. CI-NAPS, UMR 6232 CNRS, CEA, Universités de Caen et Paris René Descartes, Caen 14000; 3. Laboratoire de Psychopathologie et Neuropsychologie (EA 2027) Saint-Denis 93526.
vigne-s@chu-caen.fr*

Introduction. La reconnaissance des émotions exprimées dans le discours est une des composantes des capacités d'interaction sociale. Elle intègre des processus ortholinguistiques (sémantiques) et para-linguistiques (la prosodie émotionnelle) [1]. Des déficits sont montrés chez les patients schizophrènes de manière séparée pour la prosodie émotionnelle [2] et le contenu sémantique neutre [3], mais aucune étude ne s'est encore penchée sur les altérations de ces processus lors de l'écoute d'un discours à contenu émotionnel. Nous avons testé l'hypothèse que les patients ont de moins bonnes performances que les sujets sains pour analyser les processus sémantiques et prosodiques lors de l'écoute d'un discours à contenu émotionnel.

Méthodes. Le paradigme est composé d'un corpus de phrases caractérisées par un contenu sémantique émotionnel dont la moitié était exprimée avec prosodie émotionnelle et l'autre sans [1].

Seize patients schizophrènes (DSM-IV) ont été comparés à 16 sujets sains appariés (âge, sexe, niveau scolaire).

Une analyse de covariance (ANCOVA) a été menée avec le groupe (patients/témoins), la catégorie émotionnelle (colère, gaieté, tristesse) et la présence ou l'absence de prosodie émotionnelle comme facteurs. Les variables dépendantes étaient le taux de réponse (pourcentage de réponses correctes par rapport au total des réponses) et le temps de réponse (ms).

Résultats. Les principaux résultats statistiquement significatifs de l'ANCOVA étaient les suivants : - un effet de groupe pour le taux de réponse, les patients répondant moins que les témoins ;

- un effet de la prosodie émotionnelle avec un taux de réponse supérieur pour les phrases avec prosodie par rapport à celles sans prosodie ;

- une interaction groupe/prosodie pour le taux de réponse, la prosodie bénéficiant plus aux patients qu'aux témoins.

Conclusion. Les patients avaient de moins bonnes performances que les témoins qu'il y ait ou non prosodie. Nous avons donc montré un déficit de compréhension sémantique des phrases à contenu émotionnel. La prosodie améliorait les performances des deux groupes mais s'est montrée plus profitable aux patients. Puisqu'ils tirent plus de bénéfice que les sujets sains de sa présence dans le discours, la prosodie émotionnelle pourrait être une piste de remédiation intéressante pour améliorer leurs capacités de cognition sociale.

Bibliographie :

1. Beaucousin V. 2007. *Cereb. Cortex.* 17, 339-352.
2. Hoekert M. 2007. *Sch. Res.* 96, 135-145.
3. Dollfus S. 2008. *Sch. Res.* 99, 304-311.