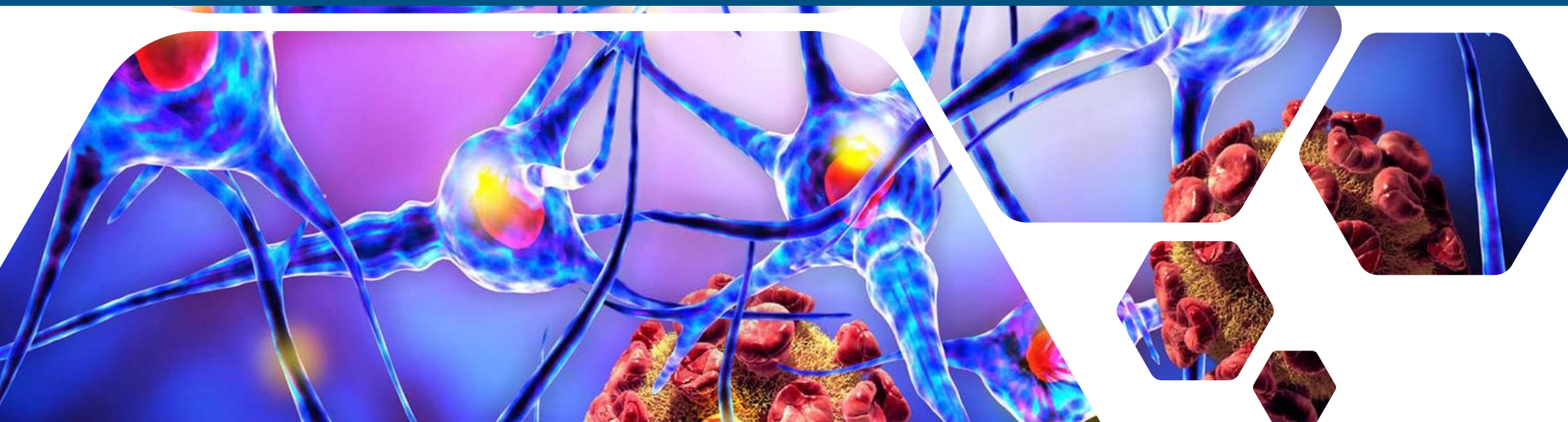


La
Psychiatrie
dans TOUS ses états

17 ème
CONGRÈS INTERNATIONAL
DE L'ASSOCIATION DE RECHERCHE ET
DE SOUTIEN DE SOINS EN PSYCHIATRIE GÉNÉRALE



L'ORGANOPSYCHIATRIE : AVANTAGES ET LIMITES

LESION IDENTIFIEE = ORGANIQUE
Domaine du Neurologue

PAS DE LESION IDENTIFIEE = FONCTIONNEL
Domaine du Psychiatre
(Et de plus en plus du neurologue ...)

YAHOO!
QUESTIONS RÉPONSES

Rechercher dans Q/R

Santé

Santé mentale



Quelle est la différence entre un psychiatre et un neurologue?

pourquoi voir l'un et pas l'autre, et vice versa

☆ Suivre

4 réponses



Le neurologue vous accueille avec un marteau réflexe et un diapason , un psychiatre avec une camisole .

larbitim · il y a 5 ans



Commentaire

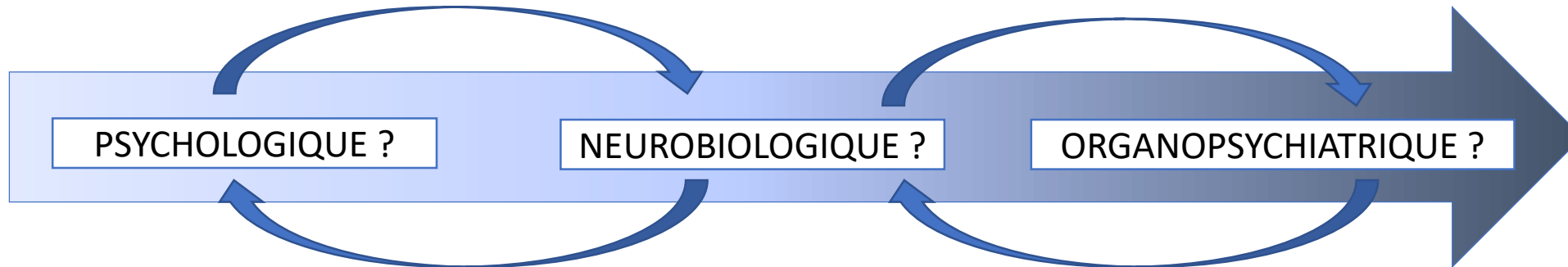
Anomalies	Depression stress	Trouble bipolaire	Schizophrénie	Autisme
Densité d'astrocytes	↓	↓	↓	
Activation microglie	↑	↑	↑	↑
Marqueurs inflammation	↑ IL-1 β , IL-6, IL-8, IL-12 TNF α , IFN- γ	↑ IL-1 β , IL-4 TNF α	↑ IL-1 β , IL-6, TGF- β	↑ IL-1 β
Stimulateurs microglie	↑ Lba 1	NOS C-FOS	↑ NOS, DAMPs	

Reus et al, Neuroscience 2015



FACTEURS DECLENCHANTS
ELEMENTS PSYCHOLOGIQUES
BONNE REPONSE AUX TRAITEMENTS
SYMPTOMES PSYCHIATRIQUES SEULS

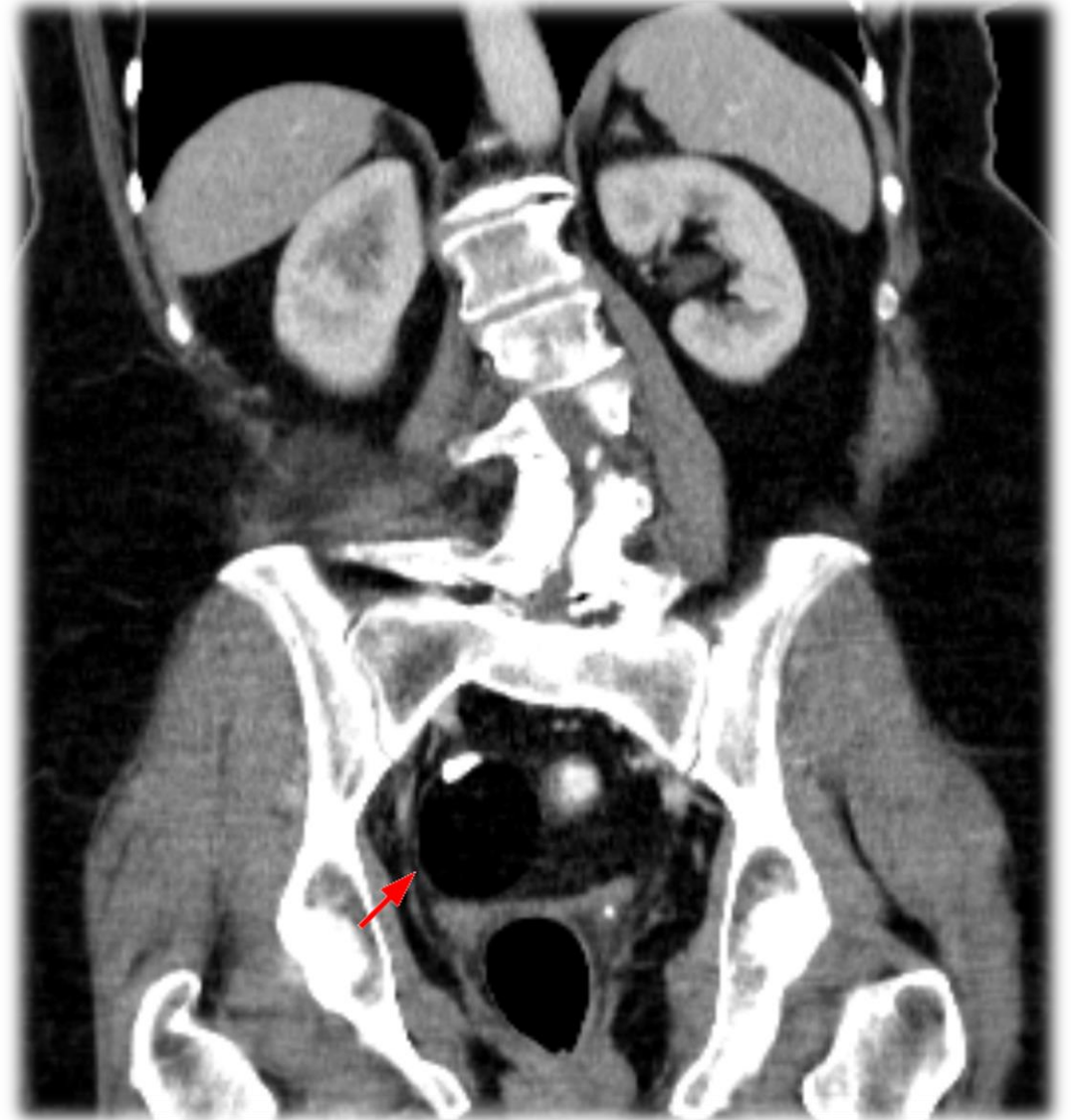
INFLAMMATION, VITAMINES, MICROBIOTE, ETC.



PAS DE FACTEURS DECLENCHANTS
RESISTANCE AUX TRAITEMENT
SYMPTOMES ORGANIQUES ASSOCIES

Jeune fille de 15 ans

- Mélancolie typique
- Quelques éléments de catatonie
- Traitement par ECT



Homme 30 ans

- Schizophrénie
- Quelques anomalies EEG sans plus
- Hospitalisé plus de 6 ans
- Traitement par NLP, APA

Femme 80 ans

- Trouble anxieux
- Attaques de paniques
- Traitement par ATD, BZD

Homme 30 ans

- Trouble conversif : paralysie MI / MS
- Explorations neurologiques normales
- Hospitalisé 8 mois
- Traitement par APA, Dépamide, ATD

Homme 30 ans

NIEMANN PICK TYPE C

Homme 30 ans

NEUROALGODYSTROPHIE

Femme 80 ans

ACFA PAROXYSTIQUE

Etc.

Matériel et méthode : 811 dossiers de patients hospitalisés en secteur psychiatrique ont été consultés sur une période de six ans. Ces derniers répondaient à au moins l'un des critères de recherche suivants : codage CIM 10 spécifique, transfert vers le milieu général (urgences ou service spécialisé) dans les 30 jours suivant l'admission, décès durant l'hospitalisation.

Résultats : Près de 10% de la population étudiée était concernée par une participation organique ou médicamenteuse dans la survenue de troubles psychiatriques. Parmi eux, 46.25% présentaient un trouble mental d'origine organique ou iatrogénique. Pour 37.5%, la symptomatologie dominante n'était pas psychiatrique et pour 16.25% le trouble psychiatrique aurait été précipité par un trouble organique.

2016-2017

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en PSYCHIATRIE

**Implications organiques
et iatrogéniques dans les
troubles mentaux. Étude
en milieu psychiatrique.**

POURQUOI TANT D'ERREURS ?

Patients admis en unité psychiatrique :

1. Défaut d'examen physique dans 40% des cas
2. Défaut d'examen complémentaires dans 30% des cas
3. Utilisation d'heuristiques

} De plus en plus protocolisé

QUAND DOIT ON POUSSER LES BILANS A LA RECHERCHE D'UNE CAUSE ORGANIQUE ?



- Psychiatres
- Neurologues
- Interniste
- Biologiste
- Hématologue
- Etc.


Décision pluridisciplinaire

Tableau 2. Résistance, pseudo-résistance et Atypicité

Résistance	Absence d'amélioration significative des symptômes malgré deux lignes bien conduites de traitement issus des recommandations, à la posologie maximale tolérée/recommandée, pour une durée suffisante (4 à 6 semaines), en absence de cause de pseudo-résistance ou d'atypicités
Pseudo-résistance	<ol style="list-style-type: none">1. Cas où la résistance est due à une erreur thérapeutique, une erreur diagnostique, une anomalie pharmacocinétique ou pharmacodynamique.2. Cas où la résistance est due à un facteur de médiation ou de modulation entravant l'efficacité thérapeutique, par exemple une carence vitaminique ou une inflammation systémique.
Atypicités	Ensemble de symptômes évocateurs d'un trouble organo-psychiatrique.

1. Erreur Thérapeutique

Traitement inadapté à la pathologie



Ex :

Traiter un trouble anxieux uniquement avec des Benzodiazépine (fréquent en MG)

Traiter un trouble schizo-affectif avec un APA seul

Traiter une dépression bipolaire avec un antidépresseur seul

2. Erreur diagnostique

Confondre deux pathologies

Ex :

Prendre un trouble anxieux pour un trouble psychotique

Prendre un trouble bipolaire pour un trouble unipolaire

Prendre un trouble organo-psychiatrique pour un trouble psychiatrique

3. Anomalie pharmacocinétique

Trouble de la métabolisation



Ex :

Profil Métaboliseur Ultra-Rapide (MUR) = défaut d'accumulation

Profil Métaboliseur Lent (ML) = effet indésirable = arrêt précoce des traitements



Dosage Plasmaticque



Avis Pharmacogénétique

En pratique clinique

Sur toutes les demandes envoyées par SAT

En utilisant des critères de résistance

Entre 60 et 70% d'anomalies


MUR 2D6 ou 2C19

ML 2C19

Ferreri F, Bourla A, Capron J, Quillerou B, Rossignol J, Borden A, Guechot J, Lamaziere A, Nuss P, Mekinian A, Mouchabac S, Intrications organo-psychiatriques : le concept de Troubles Psychiatriques Complexes, quels examens complémentaires ? La Presse Médicale (Soumis)

4. Facteur pharmacodynamique

Médiation, Modération, Interaction réciproque



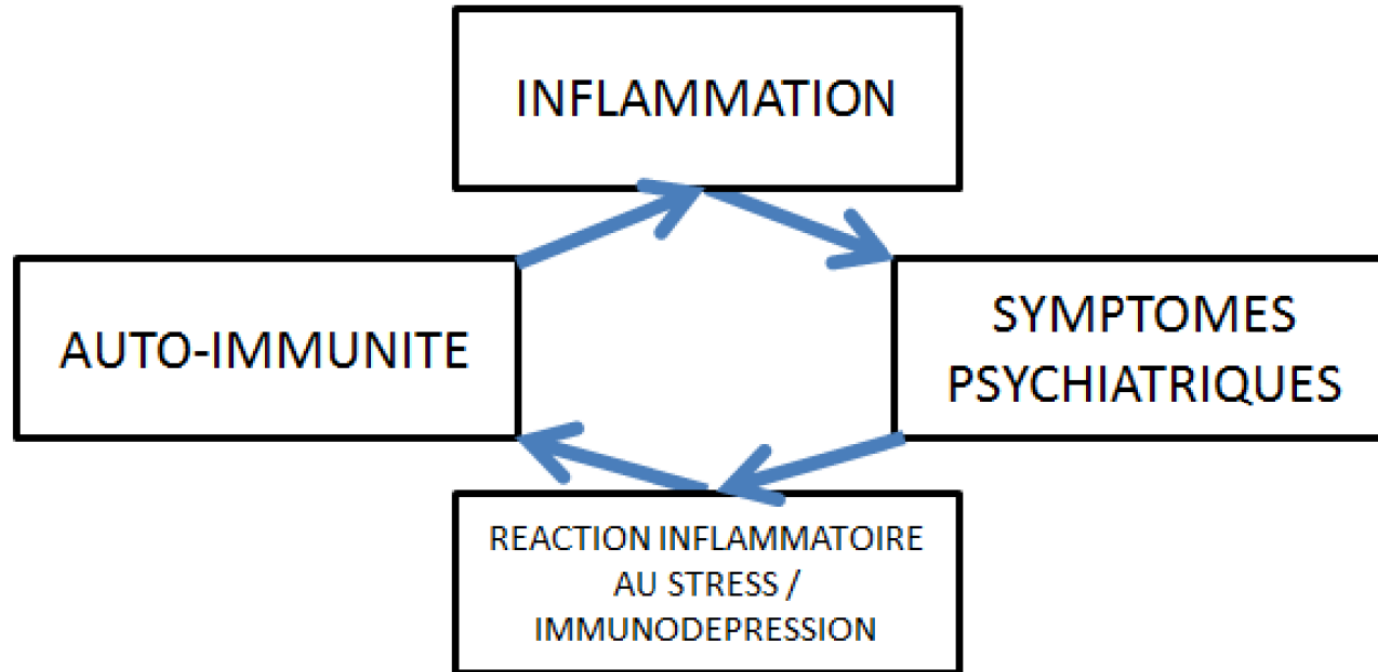
Ex :

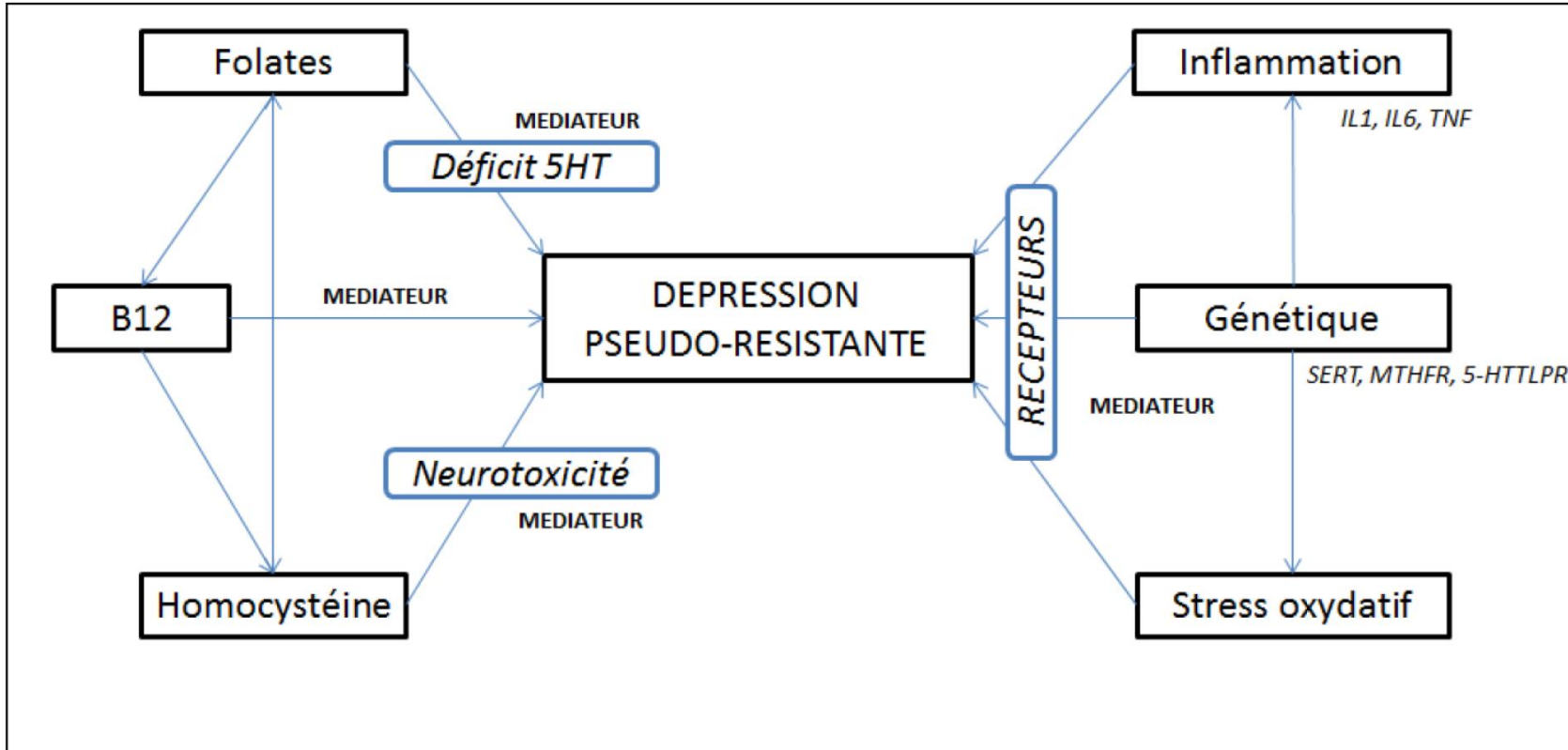
Penser aux précurseurs des neuromédiateurs

Penser aux facteurs empêchant l'action des traitements (inflammation)

Penser aux traitements qui « s'annulent » entre eux (agoniste + antagoniste)

*Ferreri F, Bourla A, Capron J, Quillerou B, Rossignol J, Borden A, Guechot J, Lamaziere A, Nuss P, Mekinian A, Mouchabac S, Intrications organo-psychiatriques : le concept de Troubles Psychiatriques Complexes, quels examens complémentaires ?
La Presse Médicale (Soumis)*

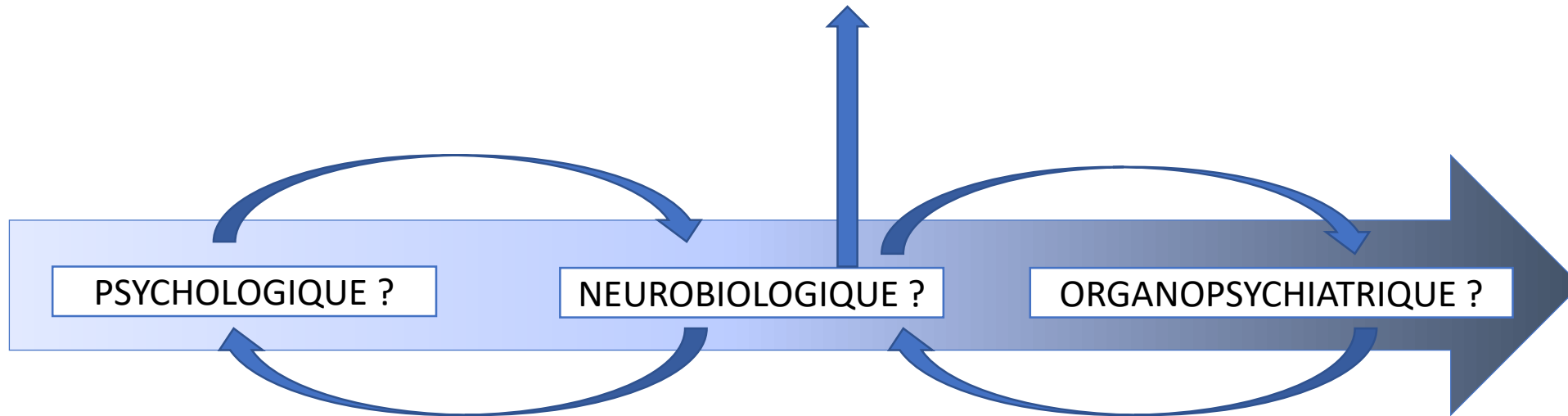




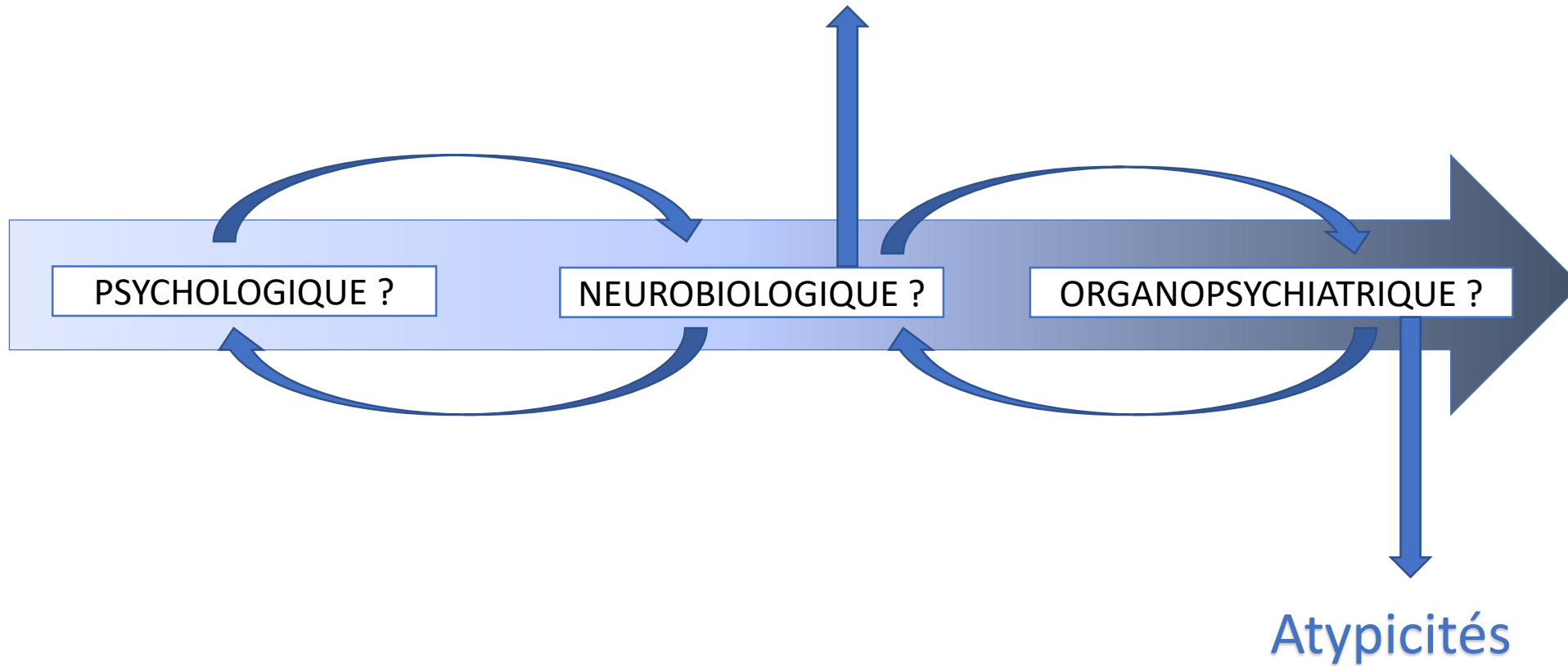
Approche « corps entier »

Figure 2. Exemple de médiateurs appliqué à la dépression

Pseudo-résistance



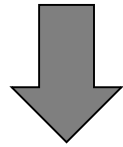
Pseudo-résistance



Sensibilité
cérébrale



Signes psycho
comportementaux



« Schizophrénie like »

Signes
neurologiques

ATYPICITES

Troubles organo-psychiatriques



Psychose
Organopsychiatrique

Dépression
Organopsychiatrique

TOC
Organopsychiatrique

Tableau 3. Atypicités neuropsychiatriques

Adapté de Bonnot O et al.

Hallucinations visuelles

Catatonie

Symptômes cognitifs d'évolution progressive / retard mental

Fluctuation des symptômes

Effets indésirables fréquents ou sévères des traitements

Symptomatologie confusionnelle

Symptômes neurologiques « mineurs » : tremblements, perte d'équilibre, rigidité, anomalies motrice, mouvements anormaux, neuropathie

Symptômes neurologiques « majeurs » : épilepsie

Symptômes digestifs : crises de douleurs abdominales, modification du régime alimentaire

Début aigu ou précoce

Syndrome pseudo-grippal peu de temps avant l'apparition des troubles psychiatriques



30 maladies +/- rares

65 examens
complémentaires

NEURODEGENERATIVE

INFLAMMATOIRE / AI

ENDOCRINE

EPILEPTIQUE

NEUROMETABOLIQUE

ENZYMATIQUE

INFECTIEUX





Sang

Urine

Selles

LCR

Imagerie

Génétique



NEURODEGENERATIVE

PARKINSON

ALZHEIMER

DFT

DCL

HUNTINGTON

INFLAMMATOIRE / AI

ENCEPHALITE LIMBIQUE

HASHIMOTO

SAMA

SEP

LUPUS

ENDOCRINE

INSUFFISANCE SURRENALIENNE

PHEOCHROMOCYTOME

DYSTHYROÏDIE

EPILEPTIQUE

FRONTALE

TEMPORALE

OCCIPITALE

NEUROMETABOLIQUE

DCF/AFR α

B12

NPC

XCT

HCT

PORPHYRIE

WILSON

ENZYMATIQUE

HOMOCYSTEINEMIE CBS / MTHFR

CYCLE UREE

PHENYLACETONURIE

INFECTIEUX

LYME

HSV

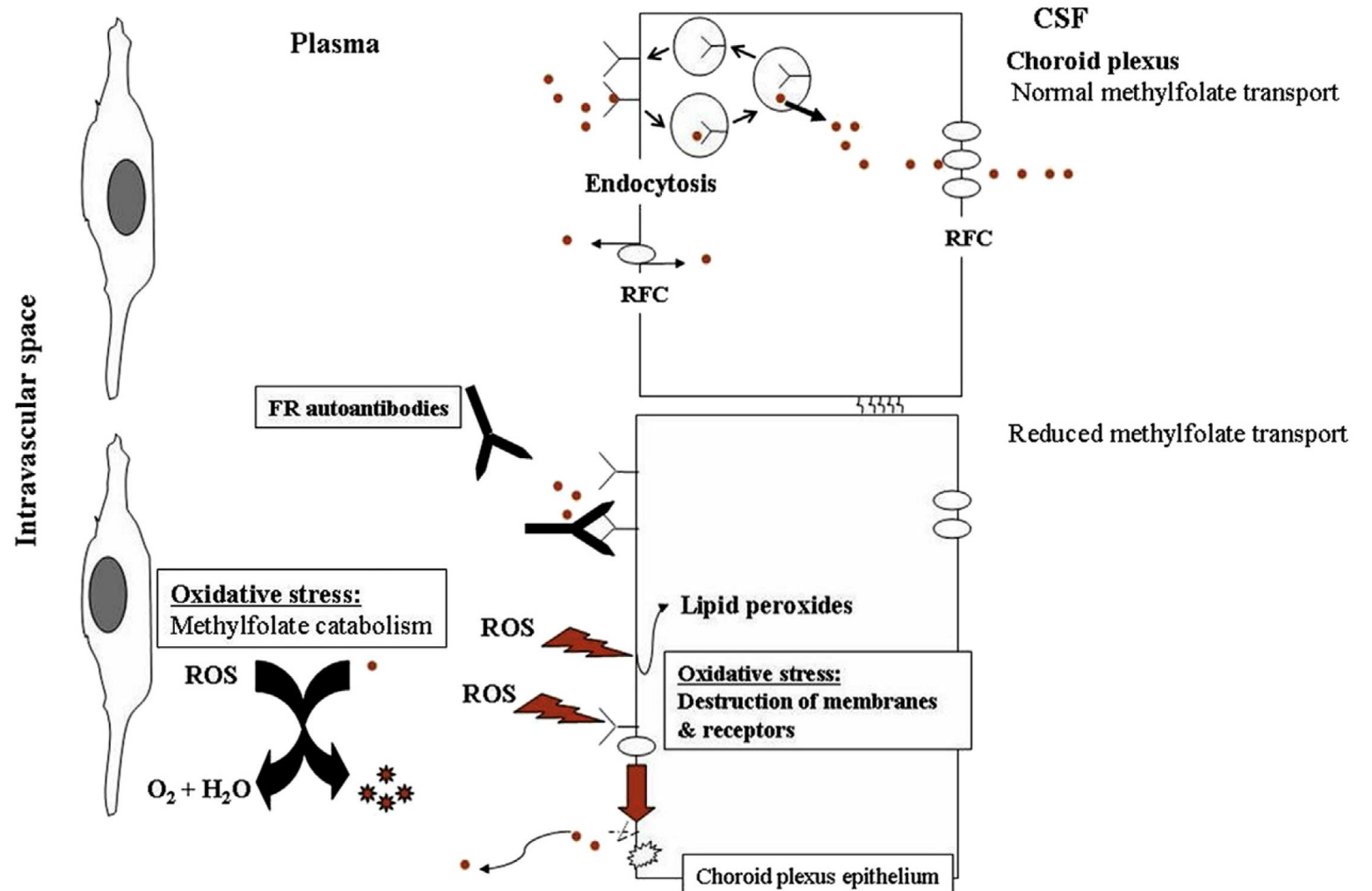
BARTONELLA

WHIPPLE

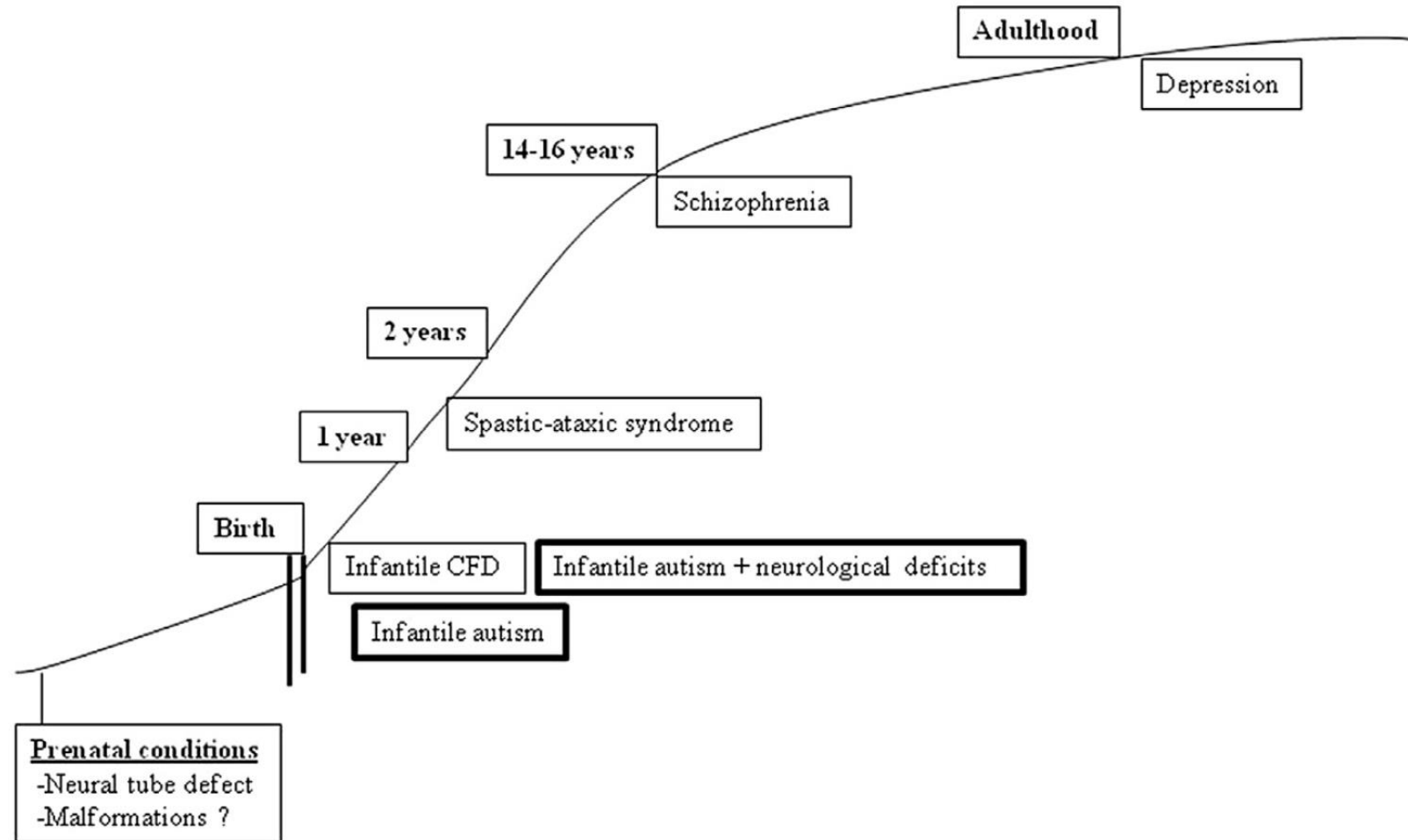
VIH

SYPHILIS

DCF/AFR α



DCF/AFR α



ophtalmoplégie supranucléaire de la verticalité

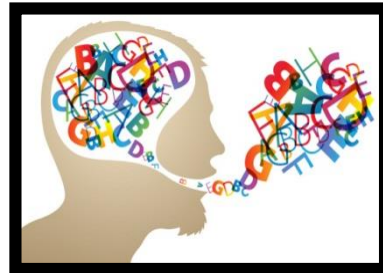


With **mild vertical saccades impairment**, the patient is still able to look up but cannot look down



With **advanced vertical saccades impairment**, the patient can no longer look up or down

NPC



Dysarthrie



Ataxie



Dystonies



ophtalmoplégie supranucléaire de la verticalité

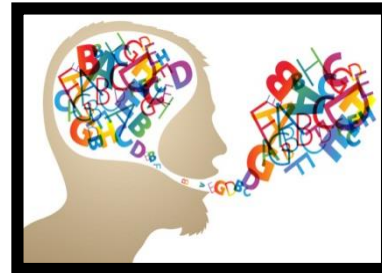


With mild vertical saccades impairment, the patient is still able to look up but cannot look down



With advanced vertical saccades impairment, the patient can no longer look up or down

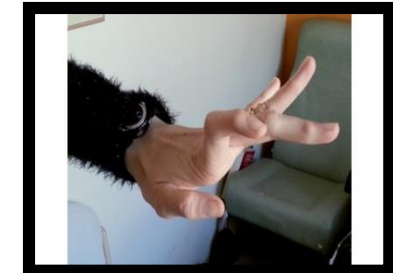
NPC



Dysarthrie



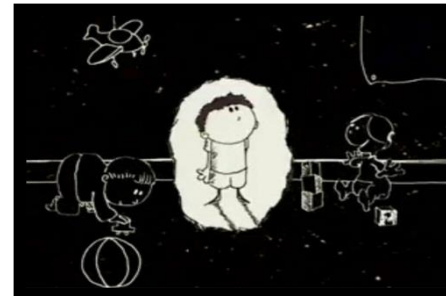
Ataxie



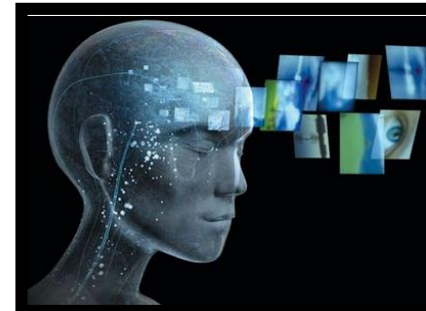
Dystonies



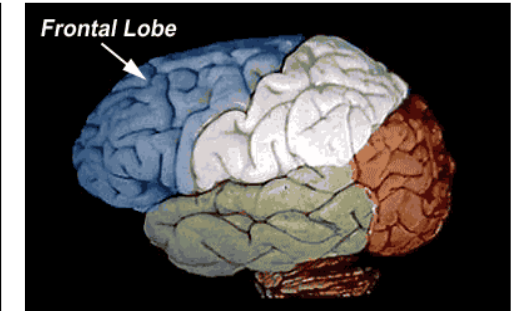
Schizophrénie like



Autisme like



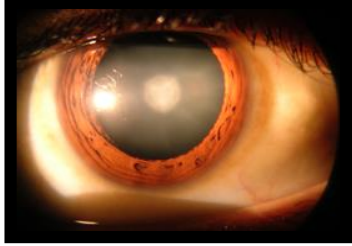
HV



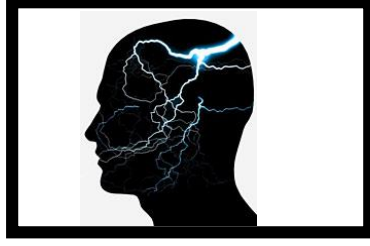
Syndrome frontal



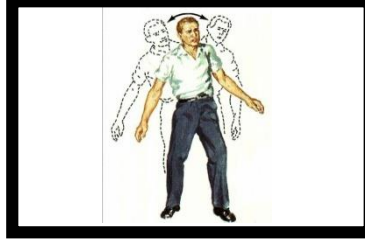
Xanthomes



Cataracte



Épilepsie



Ataxie



Diarrhée chronique



Paralyse Pyramidal / EP

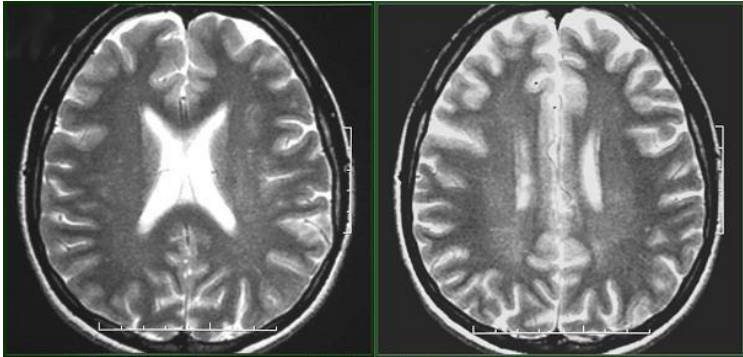


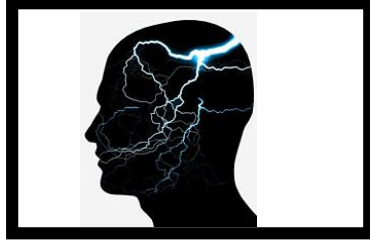
Figure 2: Cranial MRI showing periventricular and subcortical T2 hyperintensities in cerebral hemispheres



Xanthomes



Cataracte



Épilepsie



Ataxie



Diarrhée chronique



Paralyse Pyramidal / EP

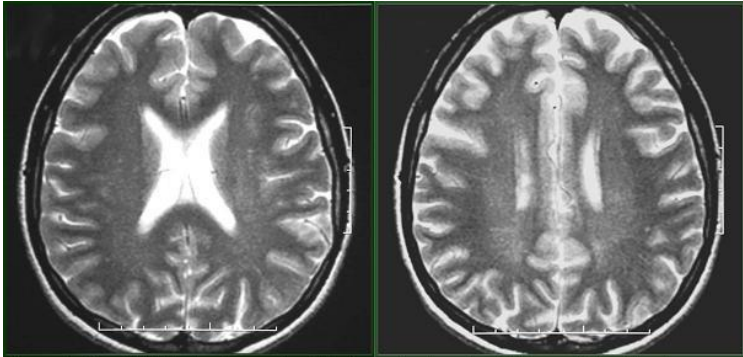


Figure 2: Cranial MRI showing periventricular and subcortical T2 hyperintensities in cerebral hemispheres



Schizophrénie like



Trouble humeur
Suicide +++



TDHA



Déclin cognitif
Jusqu'à démence
Vers 30 ans

Marqueurs à demander en fonction des principales portes d'entrée cliniques

(D'après Sedel F, Turpin JC et Baumann N)

Correspondance Maladies/déficits enzymatique et/ou marqueur métabolique

	Adrénoleucodystrophie/Adrénomyélonéuropathie (AGTLC)	Maladie de Refsum (Acides Phytanique + Pristanique)	LDM (Arylsulfatase A)	Gangliosidose GM1 (β-galactosidase)	Gangliosidose GM2 (hexosaminidase)	Maladie de Fabry (α-galactosidase)	Maladie de Gaucher (β-glucosidase)	Xanthomatose cérébrotendineuse (Cholestanol)	CAFSA (Acide Sialique LCR)	Niemann-Pick C (Cholestane Trion+7KC)	Praplégie spastique (25, 27 hydroxycholesterol)
Leucoencéphalopathie	+		+					+ Noyaux dentelés	+		
Paraparésie spastique	+							+			++
Ataxie cérébelleuse		+			+				+	++	
Polyneuropathie		+						+	+		
Rétinite pigmentaire		+									
Troubles hématologiques							+				
Epilepsie myoclonique							+				
Sd Parkinson atypique							+				
Organomégalie							+	+		+	
Troubles psychiatriques atypiques					+			+		++	
Paralysie supra nucléaire horizontale							+			++	
Xanthomes Achilléens								+			
AVCs						+					
Angiokératomes						+					
Cardiopathie (CMH)						+					
Insuffisance rénale						+					
Encéphalopathie aiguë		+									
Dystonie				+	+						
Amyotrophie spinale-like					+						

Génétique

Sang

Sérologie Lyme
PCR Whipple
Anticorps anti-neuronaux
FAN
Anti-DNA natif
Complément
Anti-TPO, Anti-TG
Anti-NMDA
Anti-FR α
Tryptase
Progranuline
Cortisolémie
Acide méthylmalonique
Anti-Facteur intrinsèque
Anti-Cellules pariétales

Oxystérols
Sphingolipides
Cholestanol
Cuprémie
Céruloplasmine
Fer
Ferritine
CST
Hexosaminidase A
Ammoniémie
Chromatographie AA
Méthionine
Phénylalanine
Homocystéine
Bartonela

Urine

PCR Whipple
Catécholamines urinaires
Cuprurie
Acide delta aminolévulinique (ALA)
Porphobilinogène (PGB)
Chromatographie AA
Homocystéinurie

Forme génétique de DFT
Triplet CAG
Mutation NPC1 – NPC2
Mutation HFE
Typage porphyrique

Selles

PCR Whipple
Recherche de Stéatorrhée
Copro / porpho

LCR

PCR HSV1
VDRL
Charge virale VIH, Index CD4/CD8
Index de synthèse intrathécale anti-Borrelia
Sérologies Lyme
PCR Whipple
Anticorps antineuronaux / NMDA
Synthèse intrathécale d'anti TPO/TG
Synthèse intrathécale d'IgG (BOC)
Biomarqueurs de neurodégénérescence
Folates
5MTHF

Imagerie

IRM cérébrale, hépatique, pelvienne
EEG +/- Holter +/- Vidéo
ETT
Polysomnographie
FOGD
TDM-TAP
TEMP au HMPAO
Scintigraphie cérébrale / DAT-Scan / MIBI

ENCEPHALITE LIMBIQUE

Imagerie

IRM

EEG

Sang

Anti-NMDA

LCR

Anti-NMDA

Négatif dans

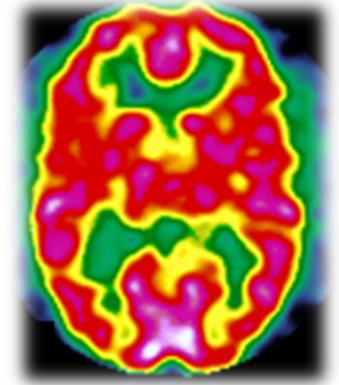
30-65%

20%

50%

?

EL
séronégatives



Signes d'atypicité



Résistance



Psychiatre

Neurologue

Interniste

IRM, pharmacogénétique, vitamines, etc.

PL
Scintigraphie
Métabolomique
Etc.

AUTO-QUESTIONNAIRE ORGANO-PSYCHIATRIQUE (AQOP)

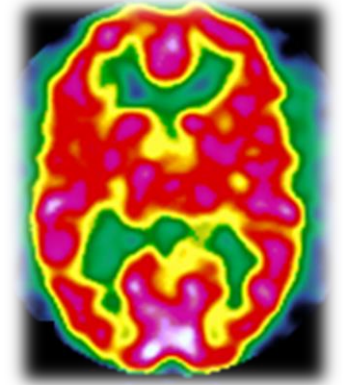
Madame, Monsieur,

Merci de bien vouloir répondre aux questions suivantes qui vous sont posées dans le cadre du dépistage systématique de certaines maladies. Il faut répondre par OUI ou NON en cochant la case correspondante. Nous sommes à votre disposition si vous avez des questions.

N°	Question	OUI	NON
1	Avez-vous déjà fait des crises d'épilepsie (convulsion) ?		
2	Des gens de votre famille ont-ils déjà fait des crises d'épilepsie ? Si oui, qui ? _____		
Présentez-vous ou avez-vous déjà présenté au cours de votre vie certains des symptômes suivants :			
3	Crise de migraine (mal de tête qui « pulse », souvent d'un seul côté)		
4	Mal de tête (ex : en barre derrière les yeux ou à l'arrière du crâne)		
5	Fatigue chronique (sentiment d'être en permanence fatigué même quand vous êtes de bonne humeur)		
6	Perte de poids involontaire (c'est-à-dire sans faire de régime)		
7	Episodes régulier ou récurrent de fièvre		
	Si oui, ces épisodes sont-ils plus fréquent le soir ou la nuit ?		
Avez-vous déjà présenté au cours de votre vie :			

EXAMEN PHYSIQUE ORGANO-PSYCHIATRIQUE (EPOP)

N°	Question	OUI	NON
Signes physiques généraux et syndrome <u>dysautonomique</u>			
1	Anomalie tensionnelle : labilité / hypotension orthostatique		
2	Anomalie de la fréquence cardiaque (labilité)		
3	Anomalie de la température (fébricule, fièvre, labilité)		
4	Hypersalivation		
5	Implantation des dents		
6	Implantation des oreilles		
7	Périmètre crânien		
8	Adénopathies		
	Si oui, localisation : _____		
Examen neurologique			
9	Ataxie		
10	Hypermétrie (manœuvre doigt-nez / talon-genou)		



Signes d'atypicité



Résistance



Psychiatre

Neurologue

Interniste

IRM, pharmacogénétique, vitamines, etc.

PL
Scintigraphie
Métabolomique
Etc.

Traitement d'épreuve

AVANTAGES

Ne plus passer à côté d'une maladie organique

Coopération pluridisciplinaire

LIMITES

Temps

Argent

