



LA CATATONIE : UNE URGENCE ?

Dr Jean Capron, Neurologue

Service de neurologie Hôpital St Antoine



Double OUI

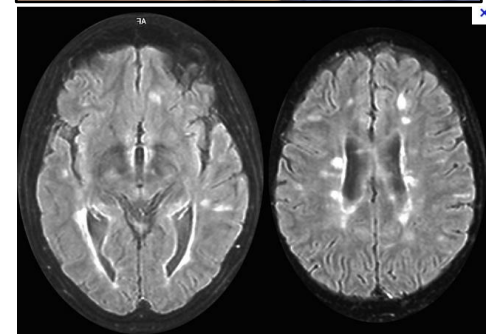
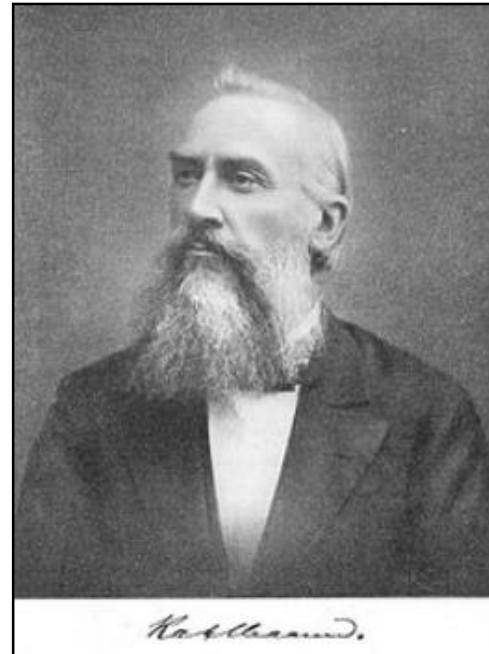
Syndrome psychomoteur

- Complications physiques
- Souffrance morale
- Urgence thérapeutique



Cause

- Psychiatrique
- Neurologique



Urgence = Diagnostic rapide

Sign	MRS-C	RCS	BFRCS	BFCRS-R	NCRS	BCRS	Kanner
Echolalia/Echopraxia	X	X	X	X	X	X	X
Mutism	X	X	X	X	X	X	X
Negativism	X	X	X	X	X	X	X
Stereotypy	X	X	X	X	X	X	X
Mannerisms	X	X	X	X	X	X	X
Excitement	X	X	X	X	X	X	X
Posturing	X	X	X	X	X	X	X
Stupor/Immobility	X	X	X	X	X	X	X
Waxy flexibility/ Flexibilitas cerea	X	X	X	X	X	X	X
Automatic obedience	X		X	X	X	X	X
Grimacing			X	X	X	X	X
Verbigeration	X	X	X	X	X	X	X
Catalepsy			X	X	X	X	X
Impulsivity			X	X	X	X	X
Rigidity			X	X	X	X	X
Staring			X	X	X		X
Combattiveness/agression			X	X	X		X
Autism/withdrawal			X	X	X		
Gegenhalten	X		X	X	X	X	X
Mitgehen/Mitmachen	X	X	X	X	X	X	X
Ambivalence/Ambitendency	X		X	X	X	X	X
Perseveration			X	X	X		X
Grasp reflex/grasping			X			X	X
Agitation					X		
Akinesia					X	X	X
Autonomic/vegetative abnormality			X		X		
Refusal of oral intake			X	X			X
Abnormal speech	X	X			X		
Dyskinesia/parakinesia		X			X	X	
Iterations	X	X				X	
Festination/jerky movements					X	X	
Nudism							X
Rituals	X					X	
Flaccidity/muscular hypotonus					X		X
Affect-related behavior					X		
Affective latence					X		
Flat affect					X		
Anxiety					X		
Athetotic Movements					X		
Compulsive behavior					X		
Compulsive emotions					X		
Emotional lability					X		
Incontinence (psychogenic)							X
Increased blinking						X	
Magnetism							X
Metronome test							X
Sudden muscular tone alterations					X		
Poor/feeble compliance	X						
Increased, compulsive-like speech					X		
Loss of initiative					X		
Slowness/febleness of spontaneous movements		X					
Simple abnormal posture		X					
Gait: reduced associated movements		X					
Gait: slow/shuffling		X					

Van der Heijden et al. Catatonia: disappeared or under-diagnosed ? Psychopathology 2005
 Sienaert. Measuring catatonia: a systematic review of rating scale. JAD 2011

D'après le DSM-5

Tableau clinique dominé par au moins trois des 12 symptômes cliniques suivants :

- **Stupeur** : absence d'activité psychomotrice, pas de relation active avec l'environnement
- **Catalepsie** : induction d'une posture maintenue passivement et contre gravité
- **Flexibilité cireuse** : résistance légère ou nette lors du positionnement induit par l'examineur
- **Mutisme** : absence ou quasi-absence de réponse verbale (sauf aphasie)
- **Négativisme** : opposition ou absence de réponse à des instructions ou des stimuli extérieurs
- **Prise de posture** : maintien actif, contre la gravité, d'une posture adoptée spontanément
- **Maniérisme** : caricatures bizarres ou solennelles d'actions ordinaires
- **Stéréotypie** : mouvements non dirigés vers un but, répétitifs et anormalement fréquents
- **Agitation**, non influencée par des stimuli externes
- **Expression faciale grimaçante**
- *Echolalie (répétition des paroles d'un autre)*
- *Echopraxie (reproduction des mouvements d'un autre)*

Validé par une étude prospective / 3 critères sur 9 vs BFCRS

- 201 patients, prévalence = 9,5%, VPP = 90%, VPN = 100%.

Complications du Syndrome catatonique

CATATONIE MALIGNE

- Idem syndrome malin des neuroleptiques
- Raideur extrême, augmentation massive CPK
- Dysautonomie
 - Hyperthermie
 - Instabilité tensionnelle
 - Hypersudation
- Traitement
 - Réanimation
 - Anticholinergiques IV, Dantrolène

COMPLICATIONS DE DECUBITUS

- Embolie pulmonaire
- Insuffisance rénale aiguë
- Troubles métaboliques
- Escarres
- Rétention aiguë d'urines

Prise en charge : Benzos

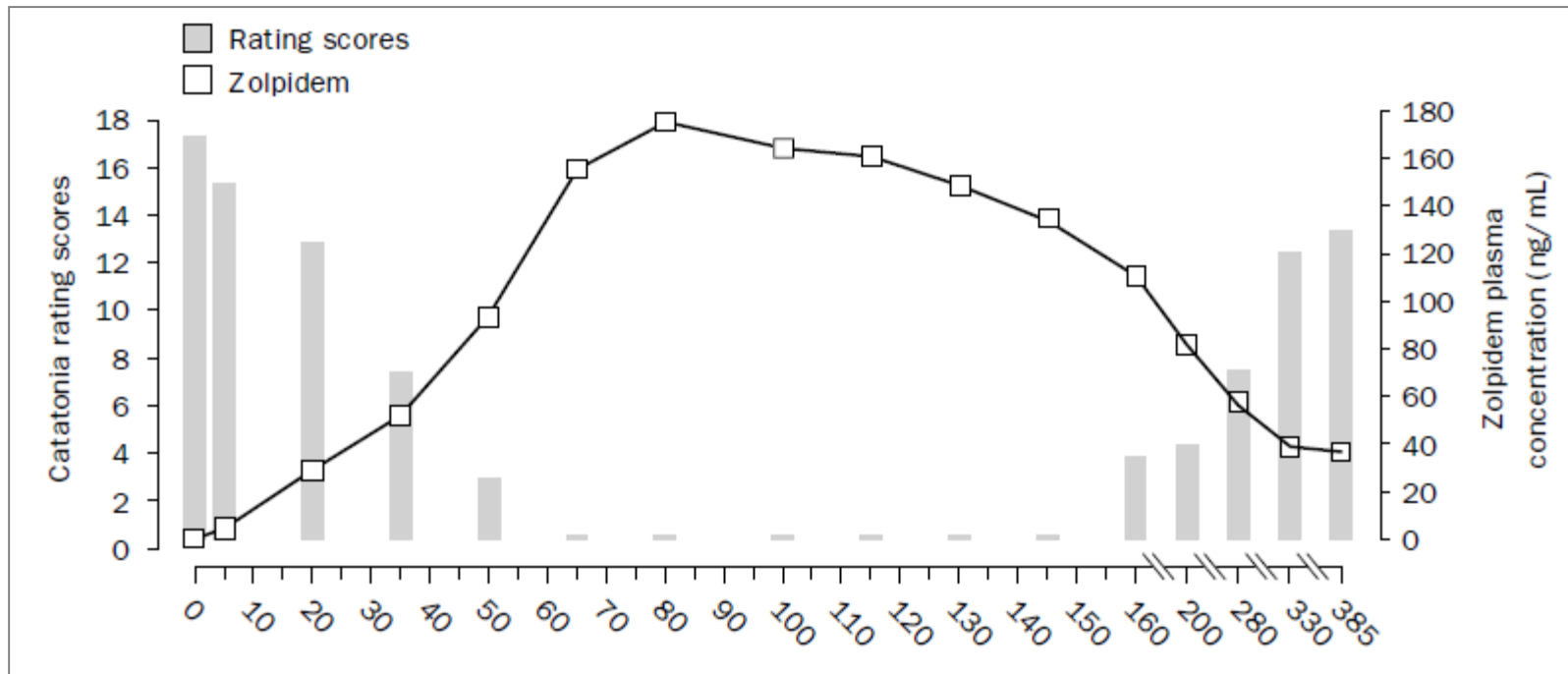
Taux estimé
de rémission
60-70%

- En première intention: **benzodiazépines**
 - **Lorazépam 1-2 mg** toutes les 4h-6h (range 1-24mg !)
 - **Zolpidem 10 mg** : effet rapide , test thérapeutique, parfois sur le long terme
 - Autres BZD possibles mais efficacité moindre (en France pas de lorazépam injectable): diazépam 5-10 mg toutes les 4-6h
 - Augmentation progressive en fonction de la tolérance et de l'effet
 - Généralement réponse thérapeutique immédiate (heures à jours). Si catatonie chronique effet pouvant être retardée

Prise en charge : Benzos

Taux estimé
de rémission
60-70%

Test au zolpidem: cinétique



Prise en charge : Sismothérapie

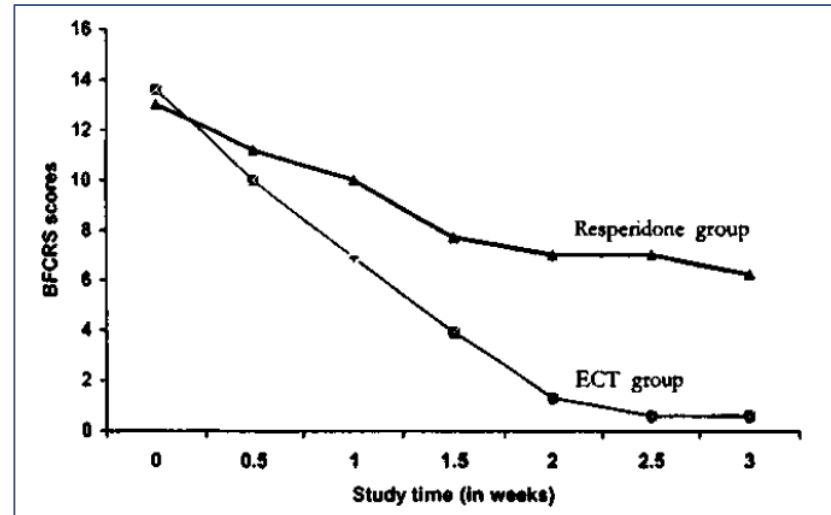
Taux estimé
de rémission
80-100%

- Si échec ou urgence: **sismothérapie**
- Protocole classique d'une phase d'attaque (souvent courte) puis de consolidation
- Attention: surveillance du ionogramme et des CPK qui peuvent rapidement augmenter lors des premières séances

Prise en charge: Neuroleptiques ?

Taux estimé
de rémission
7%

- Très controversée
- Déconseillée +++ en phase aigue même en cas de schizophrénie
- Risque de précipitation sd malin (jusqu'à 10 %)



n = 18

Echec du Lorazepam :

-ECT + placebo

-sham ECT + risperidone 4-6 mg

Ungvari et al. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2001

Busch et al, Catatonia. II. Acta Psychiatr Scand. 1996

Girish et al. Ind Journ of Psychiatry 2003

Prise en charge : 2^e intention

Taux estimé
de rémission
?%

Agonistes dopaminergiques ?

- littérature inconstante

Antagonistes NMDA

- Nombreux cas pour Amantadine 400 mg
- Mémantine 20 mg

Antiépileptiques

- Topiramate 400 mg
- Lamotrigine ?

- Stupeur
- Catalepsie
- Flexibilité cireuse
- Mutisme
- Négligisme

- Prise de posture
- Maniérisme
- Stéréotypies, Echolalie, Echopraxie
- Agitation
- Grimaces

stuporeuse

fluctuations

agitée

- Thrombo-embolique
- Déshydratation
- Escarre
- Rétention d'urine

Décubitus

Catatonie maligne ?

Contact avec la réanimation
Dantrolène

Test thérapeutique

- Zolpidem 10 mg PO
- Lorazepam 1-2 mg PO (IV)
- Diazepam: 5-10 mg (IV)

Traitement de seconde ligne
(sismothérapie)

Enquête étiologique

Soulager une souffrance morale

Rapport a posteriori

Anosognosie / troubles comportementaux

« terrifiés à l'idée de bouger »

« paralysés par la peur »

Gallup et Maser

Immobilité tonique des animaux confrontés à la menace.

2 mécanismes de défense primitifs :

- Immobilité : prédateurs sensibles aux mouvements, ou « faire le mort »
- Fureur : confrontation désinhibée, ou tentative d'impressionner

Rosen et al. 1972

Gallup et Maser 1977

Caroff et al 2004

Northoff et al Cog Neuropsych 1998

Réaction à la peur



Sidération
= Catatonie stuporeuse



Fureur
= Catatonie agitée

Causes psychiatriques

Incidence variables en fonction des études :

- 7 à 17 % des hospitalisations pour épisode psychiatrique aigu
- 2 symptômes catatoniques chez 6 à 9% des patients hospitalisés en psychiatrie

Répartition variable des causes :

Author(s)	Mood					Other psychoses	Organic disorders	Personality/ conversion disorders	Unknown
	Schizophrenia	Total	Depressed	Manic	Mixed				
Joyston-Bechal (1966)	34		27				22	10	9
Abrams and Taylor (1976)	7	71	9	62		5	16		
Barnes et al. (1986)	4		35				36		24
Altshuler et al. (1986)	27		14			14	46		
Bush et al. (1996b)	7	50	11	32	7	4	21	11	4
Rosebush et al. (1990)	16	33				17	25	8	
Pataki et al. (1992)	37	37	5	32			26		
Benegal et al. (1993) ^a	29		25						46
Ungvari et al. (1994) ^a	44	28	17	11		11	6	11	
Fein and McGrath (1990)	33			67					
Lee et al. (2000)	67			17		8	4	4	4

Causes psychiatriques

Schizophrénie et Trouble de l'humeur

- Risque de passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif lors d'une phase d'excitation

Épisodes maniaques - Manie de Bell

- Symptômes maniaques (insomnie, tachypsychie, logorrhée)
- Atypies parmi les symptômes maniaques :
 - Éléments confusionnels
 - Alternance avec des phases stuporeuses
 - Symptômes catatoniques (stéréotypies, négativisme et obédience)
 - Auto-agressivité ou catatonie maligne

Ne pas débuter les neuroleptiques trop tôt

Causes psychiatriques

Catatonie et autisme

Diagnostic difficile

- Toute aggravation, notamment suite à une agression minime
- Comportements répétitifs d'auto-agressivité
- Ralentissement psychomoteur, alternant une agitation
- Négativisme, mutisme, stéréotypies, écholalie et l'échopraxie

«**Tenir le cap** », réponse thérapeutique parfois lente

Catatonies de cause organique

Épidémiologie

- 20% à 25 % des catatonies

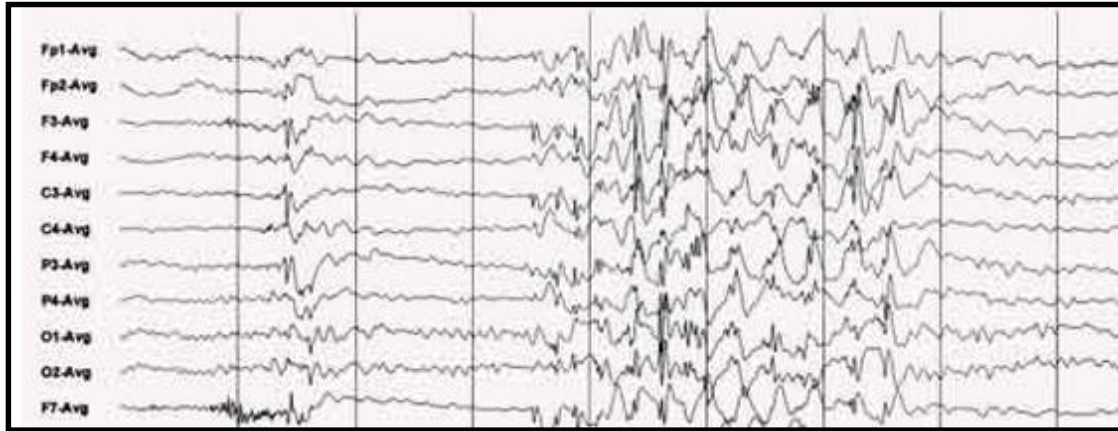
Grandes diversité

- 80 rapports de cas de causes différentes entre 2009 et 2014

Caractéristiques sémiologiques

- Identiques aux catatonies de cause psychiatriques
- Parfois associées à des idées délirantes ou des hallucinations
- Efficacité des traitements de la catatonie
- Effet cumulatif : sd catatonique sur un érysipèle chez un patient schizophrène

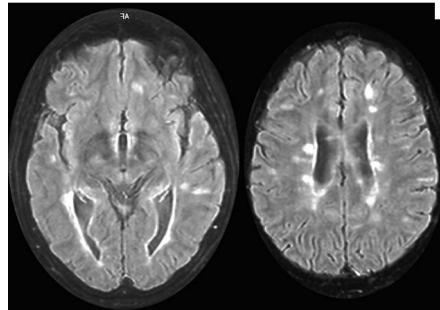
Triade du neurologue



EEG: Épilepsie - URGENCE



DysNa-Ca-TSH
Carence Folates, B12
Intox CO
TPHA-VDRL, HIV



IRM (SEP, Lupus)



PL (HSV1, NMDA)

Causes somatiques



Traitements :

- Neuroleptiques

Sevrages :

- BZ, Stilnox, OH

Stupéfiants



Greffe: Tacrolimus

Réponse au stress somatique

« Syndrome de glissement » ?

Une histoire moderne

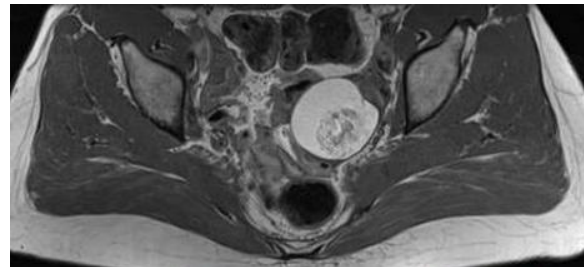
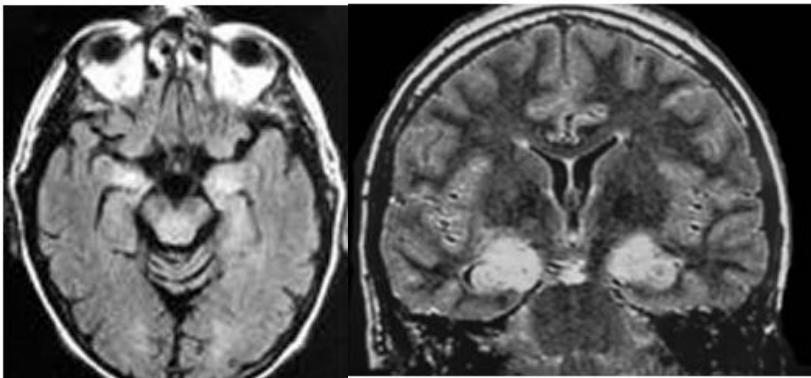
Patiente de 24 ans sans antécédent

- Idées mystiques inhabituelles, de plus en plus riches, messianisme.
- Apparition de stéréotypies bucco-faciales sous neuroleptiques.
- Appauvrissement du discours et du comportement puis catalepsie.
- Hyperthermie, hyponatrémie, transfert en réanimation. Syndrome malin NLQ ?

Examens

- PL: normale, PCR HSV1 neg.
- EEG: foyer épileptique temporal interne

Anti-NMDAR



Sur Tératome ovarien

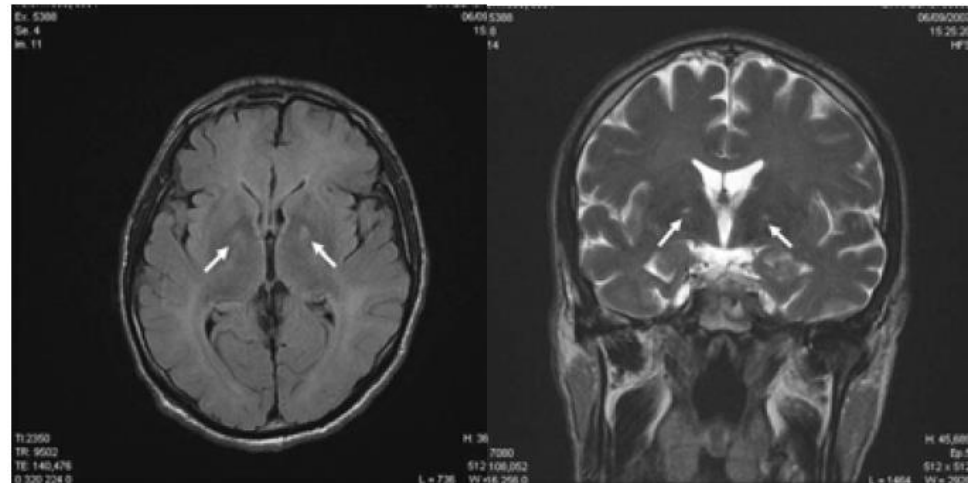
Principales causes de catatonie

Psychiatriques	Systémiques	Neurologiques	Toxiques
Dépression	Métaboliques (dysnatrémie/calcaémie/thyroïdie, hyperurémie, intoxication au CO)	Encéphalite à HSV1	Neuroleptiques
Manie		Encéphalites limbiques (anti-NMDAR)	Tacrolimus
Schizophrénie	Infections (Syphilis, VIH, typhoïde)	Épilepsie frontale et/ou temporale	Corticoïdes
Autisme	Auto-immunes (Lupus érythémateux)	Sclérose en plaques	Disulfiram
Catatonie périodique	Métaux lourds (intoxications au Cuivre, au Plomb et au Manganèse)	Démences (Dégénérescence fronto-temporale et maladie à corps de Lewy diffus)	Sevrages médicamenteux (Benzodiazépines, Zolpidem)
	« Stress physique » (Œdème aigu du poumon, transplantation hépatique, chirurgie lourde...)	Maladies neurométaboliques	Intoxication ou sevrage en stupéfiants (notamment opiacés, amphétamines et cocaïne)

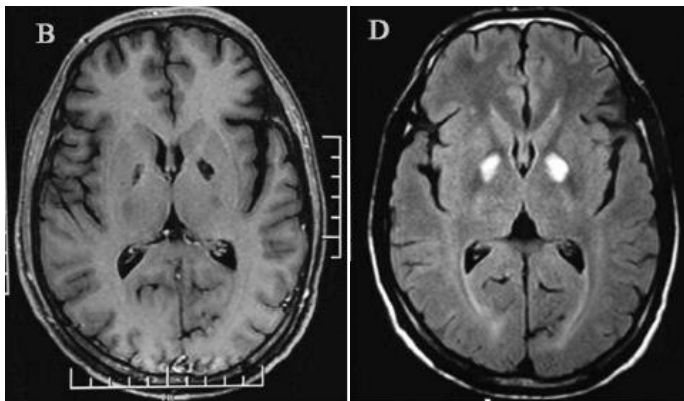
Pas de corrélation anatomo-clinique identifiée (GPI ?)



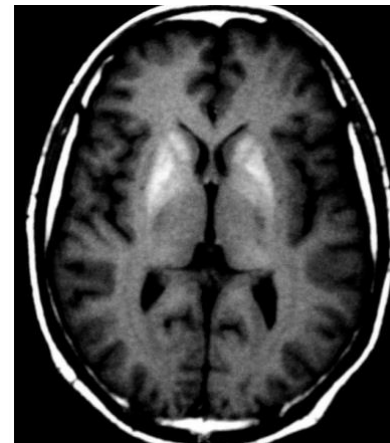
Maladie de Fahr



Methadone



Piqûre de frelon



Vitamin D-Resistant Rickets Type II-A