

COURS psychiatrie - CSCT 2013

Dossier 1

Mme M. est une femme âgée de 68 ans qui vient vous consulter pour fatigue évoluant depuis 10 semaines.

Dans ses antécédents on retrouve une allergie à la pénicilline, une pyélonéphrite il y a 3 mois et une hypothyroïdie traitée par Levothyrox 50 microgrammes par jour et une hypertension traitée par pindolol.

Lorsque vous examinez la patiente vous trouvez une femme en bon état général, une fréquence cardiaque à 50/minute une TA mesurée à 120/80 et un examen sans particularité. Lorsque vous l'interrogez elle vous rapporte que sa fatigue a commencé après son déménagement. Au début elle trouvait cela normal mais ce qui l'a troublé c'est que c'était intellectuellement qu'elle se trouvait le plus mal, incapable de suivre une émission quelconque à la télévision et qu'elle avait le gout à rien faire. Elle dit mal dormir et se sentir « pitoyable » d'être dans cet état vis à vis de son mari qui a tout fait pour que le déménagement se passe bien.

1. Quel est votre diagnostic principal et sur quels éléments de l'observation ?
2. Quelles sont les caractéristiques de l'asthénie dans le cadre du diagnostic que vous avez retenu.
3. Quels sont les symptômes qui ne sont pas dans l'observation et qui vont confirmer votre diagnostic ?
4. Quels sont les examens complémentaires que vous prescrivez et pourquoi ?
5. Tous les examens sont normaux comment expliquez vous la bradycardie
6. Quel traitement pharmacologique mettez vous en place ?
7. A quel moment évaluez vous le traitement et sur quels symptômes en fonction du temps ?
8. Votre traitement a été efficace, quand l'arrêtez vous ?

Corrigé dossier 1

1- Quel est votre diagnostic principal et sur quels éléments de l'observation ?	pts
Episode dépressif majeur Anhédonie Asthénie physique et intellectuelle	

COURS psychiatrie - CSCT 2013

Trouble de l'attention Insomnie Culpabilité	
Notion de modéré/sévère : se base sur le nombre de symptômes et pas sur l'intensité, on utilise des scores. Ne sera pas demandé en examen d'après le prof. Pour un épisode dépressif précisez : -délirant ou pas -récurrent ou pas -s'il y a un risque suicidaire Définition de l'insomnie : trouble de la qualité et/ou de la quantité de sommeil => sommeil non-réparateur	

2- Quelles sont les caractéristiques de l'asthénie dans le cadre du diagnostic que vous avez retenu ?	pts
Asthénie maximale le matin perçue comme aussi intense physiquement qu'intellectuellement.	

3. Quels sont les symptômes qui ne sont pas dans l'observation et qui vont confirmer votre diagnostic ?	pts
Humeur triste permanente, douloureuse Perte ou gain de poids de 5% en un mois Ralentissement ou agitation perçue par les autres Idées de mort ou de suicide Baisse de la libido Sentiment d'incurabilité Réveils nocturnes et précoces	

COURS psychiatrie - CSCT 2013

Points importants à rechercher impérativement : -idées noires-idées suicidaires -humeur triste	
4. Quels sont les examens complémentaires que vous prescrivez et pourquoi ? Imagerie cérébrale par IRM à la recherche d'un POE mais surtout d'une atrophie cérébrale, d'une maladie vasculaire cérébrale. TSHus car hypothyroïdie + bradycardie +asthénie NFS plaquette à la recherche d'une anémie CRP à la recherche d'un syndrome inflammatoire Bilan hépatique (ASAT, ALAT, GammaGT, bilirubine) à la recherche d'une pathologie hépatique Ionogramme sanguin, calcémie, créatinine : IR, ISL, hyperparathyroïdie Glycémie à jeun	pts
IRM : toute personne de plus de 50 ans avec un syndrome dépressif doit avoir une IRM à la recherche d'un syndrome dégénératif débutant : moteur (Parkinson), Alzheimer (atrophie hippocampique), vasculaire (leucoaraïose).	
5- Tous les examens sont normaux comment expliquez vous la bradycardie ? Beta bloquant	pts
6- Quel traitement pharmacologique mettez vous en place ? Traitement antidépresseur par IRS	pts

COURS psychiatrie - CSCT 2013

<p>7- A quel moment évaluez vous le traitement et sur quels symptômes en fonction du temps</p> <p>J8 : tolérance, risque suicidaire (symptômes digestifs : nausées, ne durent que 2-3 jours) J15 : amélioration de l'anxiété et du sommeil J21 : amélioration des troubles de l'attention et du ralentissement psychomoteur J30 : amélioration de l'anhédonie, des troubles de la concentration et de la tristesse J45 : asthénie J60-J90 : rémission.</p>	pts

<p>8- Votre traitement a été efficace, quand l'arrêtez vous ?</p> <p>6 mois après la rémission</p>	pts
<p>Si pas épisode chronique (supérieur à 2 ans), pas chez un patient jeune et non récurrent : poursuite du traitement pendant 6 mois après la rémission</p>	

Dossier 2

<p>Mr A vient aux urgences amené par la police car il a été interpellé dans la rue alors qu'il se baignait en tenue de plongeur dans une fontaine. Il apparaît agité, le visage parfois jovial parfois furieux. C'est un homme de 20 ans, à pour seul antécédent un épisode dépressif traité il y a un an pendant 2 mois par un IRS. Il justifie son comportement car il voulait prouver à tout le monde qu'il était capable de battre le record mondial d'apnée en fontaine. Lors de l'entretien vous n'arrivez pas à obtenir une réponse claire tant il parle vite et change</p>	pts
--	-----

COURS psychiatrie - CSCT 2013

sans cesse de sujet malgré des questions simples et directives. Sa famille prévenue par la police arrive aux urgences et vous dit qu'il ne dort plus depuis 2 semaines, qu'il a eu un accident de voiture à grande vitesse et qu'il ne va plus en cours depuis 3 semaines. Pendant que vous voyez ses parents il a tenté de partir des urgences et a proposé à l'infirmière qui l'en empêchait d'aller continuer la soirée avec lui en boîte.

1. Faites l'analyse sémiologique de ce CC
2. Quel diagnostic syndromique faites-vous ?
3. Quels sont les examens complémentaires à la recherche d'une étiologie que vous prescrivez à et pourquoi ?
4. Quels sont les médicaments qui peuvent donner un tel tableau clinique et dont vous devez rechercher la prise ?
5. Vous décidez d'hospitaliser le patient. Décrire quel type d'hospitalisation vous allez choisir
6. Vous recevez ce patient dans le service, quelle sont les mesures de sécurité que vous allez prendre ?
7. Décrivez la prise en charge pharmacologique de cet épisode.
8. Dites pour chacune des classes médicamenteuses quels sont les examens complémentaires ou éléments de votre examen dont vous avez besoin avant de prescrire ces molécules ?
9. Au bout de 10 jours votre patient se plaint de devoir boire 4l/jour, de devoir uriner sans cesse, de trembler et d'être très maladroit lorsqu'il mange « j'en mets partout ». Quel est votre première hypothèse et comment la vérifier avec certitude.
10. Au bout de 3 semaines, le patient a une rupture nette de son état général, un fièvre à 39°C, une TA passant de 170/110 à 120/80 et une fréquence cardiaque passant de 140 à 110, il est blême, raide avec une roue dentée bilatérale. Quel est votre diagnostic ?

Corrigé dossier 2

1- Faites l'analyse sémiologique de ce CC.

Homme jeune

Antécédent d'épisode dépressif

Tableau clinique évoluant depuis 3 semaines, avec rupture avec l'état antérieur (avant allait en cours)

Désinhibition instinctuelle et comportementale (proposition à l'infirmière (engagement excessif dans des activités agréables), se promène en tenue de plongeur, accident de voiture à grande vitesse (conduites à risque)

pts

COURS psychiatrie - CSCT 2013

Diminution du temps de sommeil Humeur expansive (visage jovial et furieux) Tachypsychie, logorrhée, trouble de l'attention, coq à l'âne Idées délirantes mégalomaniaques (record du monde) Fuite des idées	

2 Quel diagnostic syndromique faites-vous ?	pts
Episode maniaque	

3- Quels sont les examens complémentaires à la recherche d'une étiologie que vous prescrivez à et pourquoi ?	pts
Imagerie cérébrale morphologique par scanner ou IRM à la recherche d'un POE Toxiques urinaires à la recherche de prise récente de cocaïne, d'opiacés ou d'amphétamine Alcoolémie	

4- Quels sont les médicaments qui peuvent donner un tel tableau clinique et dont vous devez rechercher la prise ?	pts
Antidépresseurs Corticostéroïdes Agonistes dopaminergiques (indiqués aussi dans le traitement des jambes sans repos ; se méfier) Interferon alpha	

COURS psychiatrie - CSCT 2013

Hormones thyroïdiennes Antipaludéens (mefloquine) Isoniazide	

5-Vous décidez d'hospitaliser le patient. Décrire quel type d'hospitalisation vous allez choisir	pts
Hospitalisation en psychiatrie Sous contrainte (son jugement est altéré et éléments de dangerosité pour lui même et pour les autres avérés) Sur demande d'un tiers (parents) : Admission en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers	

6- Vous recevez ce patient dans le service, quelle sont les mesures de sécurité que vous allez prendre ?	pts
Inventaire à la recherche d'objets dangereux Admission dans un service protégé Réduction des stimulations (réduction du nombre de visites, pas de téléphone)	

7- Décrivez la prise en charge pharmacologique de cet épisode	pts
Antipsychotique de seconde génération ou antipsychotique atypique type risperidone 4-6 mg/j en forme orodispersible pour améliorer l'observance. Sédation par benzodiazépines type lorazepam et si inefficace par neuroleptique sédatif type ciamemazine Thymorégulateur type sels de lithium	

COURS psychiatrie - CSCT 2013

<p>8. Dites pour chacune des classes médicamenteuses quels sont les examens complémentaires ou éléments de votre examen dont vous avez besoin avant de prescrire ces molécules ?</p> <p>Benzodiazepines : aucuns Antipsychotiques : poids, périmètre abdominal, glycémie à jeun, triglycérides, HDL/LDL, ECG, antécédents de mauvaise tolérance avec ces molécules et notamment syndrome malin, bilan hépatique (risque d'hépatite médicamenteuse surtout avec les phénotiazines), NFS (car risque agranulocytose surtout avec les phénotiazines). Lithium : ionogramme sanguin, calcémie, créatinine et calcul clairance, TSHus,</p>	pts

<p>9- Au bout de 10 jours votre patient se plaint de devoir boire 4l/jour, de devoir uriner sans cesse, de trembler et d'être très maladroit lorsqu'il mange « j'en mets partout ». Quel est votre première hypothèse et comment la vérifier avec certitude.</p> <p>Surdosage en lithium, lithiémie</p>	pts
<p>Facteurs de risques de surdosage en lithium :</p> <ul style="list-style-type: none"> -déshydratation -régime sans sel -iatrogène : diurétiques, IEC, ARA2 et AINS sauf les salicylés <p>Hyperlithiémie : chronologie des symptômes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. syndrome polyuro-polydipsique 2. tremblements fins, bilatéraux de repos et d'attitude 3. nausées 	

COURS psychiatrie - CSCT 2013

4.Sd cérébelleux 5.Diarrhées 6.Confusion 7.Coma 8.Décès (troubles du rythme souvent)	
--	--

<p>10- Au bout de 3 semaines, le patient a une rupture nette de son état général, un fièvre à 39°C, une TA passant de 170/110 à 120/80 et une fréquence cardiaque passant de 140 à 110, il est blême, raide avec une roue dentée bilatérale. Quel est votre diagnostic ?</p> <p>Syndrome malin des neuroleptiques</p>	pts

Dossier 3

<p>Monsieur X vient consulter un médecin psychiatre car il a lu que ce médecin implantait des canules dans le cerveau d'animaux pour comprendre le fonctionnement cérébral. Agé de 50 ans, à la retraite de l'armée depuis 5 ans, il déclare qu'il voudrait qu'on démontre que des implants électroniques ont été mis dans son cerveau par l'armée pour découvrir les secrets dont il est détenteur.</p> <p>Il est certain que ces implants électroniques sont bien à l'intérieur de son cerveau car « lorsqu'il est dans le métro il voit sur le visage, et en particulier sur les lèvres ou dans le regard des autres que les personnes entendent ses pensées et indiquent à l'armée comment le manœuvrer ». Par ailleurs, dans les mêmes situations lorsqu'il essaye d'empêcher les agissements des forces militaires, les personnes dans le métro qui appartiennent à cette organisation lui envoient des décharges électriques dans le prépuce. Un autre phénomène l'inquiète, car il lui semble que l'implant électronique peut modifier le ton de sa voix, voir lui faire proférer des mots qu'il juge inopportuns. Dans la rue, lorsqu'il marche et qu'il passe à proximité d'un relais de téléphonie mobile il ressent une force qui l'attire dans des directions qu'il n'a pas choisies, directions qui s'avèrent d'après lui toujours le mettre en danger.</p> <p>Lors de l'examen, le sujet apparaît d'une intelligence normale, l'humeur est sans particularité</p>	pts
--	-----

COURS psychiatrie - CSCT 2013

<p>et le sujet exprime ces pensées avec un niveau d'angoisse qui semble en rapport avec ses inquiétudes. L'IRM cérébrale pratiquée est normale</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Faites l'analyse sémiologique de cette observation. 2. Proposer une discussion diagnostique. 3. Quel traitement mettez vous en route. 	
---	--

Corrigé dossier 3

<p>1- Faites l'analyse sémiologique de cette observation.</p> <p>Homme de 50 ans Délire chronique Thématique persécutive Automatisme mental Hallucinations cénesthésiques Délire non systématisé Pas de participation affective Vol de la pensée Automatisme mental idéo-moteur et ideo-idéique</p>	pts
<p>Penser à TOMATE comme moyen mnémotechnique de caractérisation d'un délire</p>	

<p>2- Proposer une discussion diagnostique.</p> <p>Délire chronique chez un homme de 50 ans Trop tardif et pas de dissociation donc pas schizophrénie Pas de participation affective donc pas un trouble de l'humeur Chronicité et débit progressif et IRM normale donc pas organique Mécanisme principal est hallucinatoire donc PHC</p>	pts
<p>Dans ce type de question : rechercher les diagnostics différentiels incluant les délires :</p> <ul style="list-style-type: none"> -schizophrénie -trouble affectif -trouble délirant du sujet âgé <p>→ Dans le but d'éliminer les diagnostics différentiels et de conforter le diagnostic</p>	

COURS psychiatrie - CSCT 2013

3- Quel traitement mettez vous en route.	pts
Traitement antipsychotique	

Dossier 4

<p>Mr V est un homme de 28 ans, qui vit chez ses parents, a arrêté ses études en terminale et n'a pas pu obtenir le bac. Il passe la plupart de son temps dans sa chambre a regardé la télévision, les volets fermés. Il a du mal à avoir des horaires fixes, ne prends pratiquement jamais ses repas avec ses parents et sa mère dit que c'est « une vrai guerre pour qu'il se lave, sa chambre c'est un vrai capharnaüm ». Il ne veut partir en vacances avec ses parents et n'a pas de relation affective.</p> <p>Lorsque vous le voyez vous êtes étonné par sa présentation. En effet, il est sale, les cheveux hirsutes, la capuche sur la tête et il ne vous regarde pas dans les yeux. Son timbre de voix est très faible et il ne répond que difficilement à vos questions. Il ne comprend pas « où est le problème et pourquoi ses parents l'on emmené chez le médecin ». Vous êtes troublé par certaines de ses phrases : vous lui demandez si el se sent triste et il vous répond qu'il aime lire Tristan et Iseult. Vous essayez de voir s'il comprend l'inquiétude de ses parents et il vous répond que cela ne le regarde pas ce d'autant plus qu'ils ont passé de bonnes vacances sans lui. En faisant avec lui son arbre généalogique, vous êtes surpris par un rire franchement déplacé lorsqu'il évoque le décès de son frère aîné dans un accident de moto il y a 10 ans. L'examen clinique est normal</p> <ol style="list-style-type: none">1. Faites l'analyse sémiologique de cette observation.2. Quels examens paracliniques allez vous demandez ?3. L'ensemble de ces examens reviennent négatifs. Quel diagnostic posez-vous ?4. Quelles mesures sociales de prise en compte du handicap allez vous pouvoir	pts
--	-----

Correction dossier 4

COURS psychiatrie - CSCT 2013

1- Faites l'analyse sémiologique de cette observation. Homme jeune Début des troubles anciens, insidieux, durant depuis au moins 10 ans Syndrome autistique : retrait dans la chambre, aucune relation, volets fermés, aucune activité spontanée Désorganisation du comportement : incurie de lui-même et de sa chambre Désorganisation du langage avec association par assonance (triste Tristan et Iseult) Emoussement affectif : ne se préoccupe pas de l'état d'inquiétude de ses parents, discordance idéo-affective par rapport au frère Donc triple dissociation affective, comportementale et du langage	pts

2- Quels examens paracliniques allez vous demander ? Imagerie cérébrale par IRM à la recherche d'un POE essentiellement Recherche de toxiques et notamment cannabis Bilan hépatique : préthérapeutique et maladies métaboliques Ionogramme sanguin, fonction rénale : préthérapeutique et maladies endocriniennes et métaboliques NFS : préthérapeutique HDL/LDL, glycémie, triglycérides Poids, périmètre abdominal et ECG	pts

3- L'ensemble de ces examens reviennent négatifs. Quel diagnostic posez vous ? Donnez les éléments de mauvais pronostic. Schizophrénie hébéphrénique Forme essentiellement déficitaire Retard au diagnostic et au traitement (10 ans) Faible niveau scolaire	pts

COURS psychiatrie - CSCT 2013

<p>4- Quelles mesures sociales de prise en compte du handicap allez vous pouvoir proposer à un tel patient dans les années à venir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allocation adulte handicapé • Mesure de protection des biens • Statut de travailleur handicapé • Prise en charge à 100 % 	pts

<p>Commentaires du prof :</p> <p>Points importants à retenir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - EDM : rechercher idées suicidaires - Manie : penser à sauvegarde de justice pour protection des biens - Neuroleptiques + fièvre = sd malin des neuroleptique jusqu'à preuve du contraire - Effets secondaires des neuroleptiques : <ul style="list-style-type: none"> -rigidité avec roue dentée -akhatisie -dyskinésies oro-faciales précoces et tardives -galactorrhée (par effet antagoniste dopaminergique) <p>Dosage de la lithémie : à j5 (= 5 demi-vies) avec cible [0.8-1.2]</p> <p>Antidépresseurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> -30% des patients en rémission après un 1^{er} traitement -50% après le 2^e -65% après le 3^e -étape suivante : electro-convulsivo-thérapie <p>Evaluation du risque suicidaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> -atcds de TA : avec/sans violence et nombre de tentatives -moyens létaux à disposition -scénario et intentionnalité -impulsivité -atcds familiaux de suicides -facteurs de risque : séparation, isolement, perte d'emploi -existence d'une pathologie mentale (dépression : rechercher sévérité, éléments mélancoliques et culpabilité, potentialisée par l'association à une addiction -facteur protecteur : entourage familial solide 	pts
---	-----

