

A propos de myoclonies associées à un syndrome dépressif

About the association, myoclonus and depression : atypical movement disorders context

A. Guen et C. Moret Chalmin

Service de Neurologie, Hôpitaux de Paris, Chaville

RESUME

Survenue d'un syndrome dépressif majeur associé à des myoclonies diffuses de localisations rares puisqu'elles concernent la région du voile et les muscles stapédiens. Leurs circonstances de survenue et la résolution, le bilan paraclinique, n'infirmant pas l'étiopathogénie psychogène, les deux ayant régressé sous inhibiteur de la recapture de la sérotonine.

Rev Med Brux 2006 ; 27 : 459-61

ABSTRACT

We describe a particular case of major depression, with diffused myoclonus, occurring in the same time, with an uncommon area which is the soft palate and stapedius muscle, the twice have recovered with serotonin reuptake inhibitors.

Rev Med Brux 2006 ; 27 : 459-61

Key words : major depression, Hamilton scale, tic, coprolalia, obsessive compulsion disorder, soft palate stapedius muscle myoclonus, psychogenic myoclonus, extrapyramidal system, reflex C cortical, enhanced reflex

INTRODUCTION

Nous rapportons un contexte particulier de survenue de mouvements anormaux de type myoclonique dans une conjoncture de syndrome anxio-dépressif majeur.

GENERALITES

Les myoclonies sont définies comme des contractions musculaires brèves, abruptes dans leur initiation et leur fin, répétitives, pouvant concerner un muscle, un groupe musculaire ou plusieurs groupes musculaires.

Elles peuvent survenir dans divers contextes, épileptiques et non épileptiques, post-anoxique (syndrome de Lance Adams), dégénératifs (cas des atrophies multisystématisées ou dégénérescence corticobasale), médullaires dont le premier cas fut décrit par Djinjian¹, lors du cathétérisme de l'artère d'Adamkiewitz, et enfin en cas d'atteinte nerveuse périphérique, mais faisant toujours intervenir d'une manière ou d'une autre les structures médullaires², enfin psychogène³, voire thérapeutique⁴.

CAS CLINIQUE

Il s'agit d'une patiente âgée de 22 ans, institutrice de profession, aux antécédents de troubles obsessionnels compulsifs remontant à son adolescence, sans aucun traitement suivi, consultant pour un syndrome anxio-dépressif majeur avec mouvements anormaux, suite à un choc psychoaffectif. Dans les antécédents personnels de la patiente, on note la survenue de tics divers « clignements palpébraux, protraction de la langue, stéréotypes gestuels du membre supérieur et coprolalie », en dehors de tout contexte de maladie de Gilles de la Tourette. Ces tics surviennent, indépendamment, de façon épisodique et successive. Ils ont duré jusqu'à l'adolescence et se sont estompés progressivement pour laisser place à une symptomatologie faite d'un fond dépressif dysthymique, sur lequel se greffaient périodiquement des thèmes épisodiques de troubles obsessionnels compulsifs, avec leur cortège rituel de compulsions. Leur durée était variable, pouvant aller de 3 mois, à une année, fonction du thème obsessionnel. Les thèmes métaphysiques étaient, selon ses dires, les plus redoutables. Le traitement privilégié était surtout de l'ordre du soutien psychoaffectif. La

patiente ne présente pas, en dehors de ces faits, d'autres antécédents médico-chirurgicaux particuliers. Dans les antécédents familiaux, un contexte familial dysthymique est retrouvé chez notamment les trois tantes maternelles.

L'examen neuropsychiatrique objective un état anxio-dépressif majeur avec un niveau maximal à 17 sur l'échelle d'Hamilton^{5,6}.

La patiente a été mise, exclusivement, sous citalopram (Cipramil®). La dose est actuellement à 20 mg, 3 fois par jour, avec une psychothérapie de soutien.

L'examen neurologique met en évidence des myoclonies, motif de son orientation pour consultation par les psychiatres, dont le début était concomitant avec l'installation de l'état anxio-dépressif. Elles ont donc cette singularité de survenue. De plus elles s'avèrent être, également, en plus d'une topographie commune au niveau des mains, des avant-bras, des épaules et surtout des pieds, aux membres inférieurs, des manifestations myocloniques à localisations très atypiques. Elles sont représentées par des myoclonies du voile du palais et du muscle de l'étrier, très rythmiques, qu'exacerbaient davantage l'anxiété et l'inquiétude de la patiente. A leur tour, elles majoraient l'anxiété et l'inquiétude de la patiente, aboutissant à un véritable cercle vicieux. Ces mouvements anormaux sont volontiers réactivés par les émotions, les bruits importants et inopinés. Elles persistent au repos, et retardent le sommeil et le perturbent. Devant cette symptomatologie générale, un EEG fut pratiqué qui, en dehors du tracé globalement dysrythmique ralenti des états anxio-dépressifs et de leur traitement, était sans autre fait, en dehors des artefacts myocloniques. Une IRM élimine *a priori* une étiologie organique. L'EMG de surface, utilisant les muscles agonistes antagonistes, fléchisseurs et extenseurs des membres supérieurs, au niveau des avant-bras, qui ont été choisis par souci de facilité et de pragmatisme, a confirmé le morphotype myoclonique des mouvements anormaux, sans mise en évidence par la stimulation du médian du réflexe C cortical, éliminant ainsi l'origine corticale des myoclonies³. Un bilan biologique (NFS, VS, CRP, glycémie, ionogramme sanguin, gaz du sang), un bilan hépatique et surtout un bilan toxicologique se sont tous révélés sans particularité. La patiente a suivi un traitement exclusif de citalopram (Cipramil®) pendant 3 mois, avec psychothérapie de soutien, au terme duquel, les mouvements ont été les premiers à régresser, suivis d'une normalisation thymique, en amélioration continue.

DISCUSSION CLINIQUE

L'imagerie médicale a permis d'éliminer toute cause organique, de même que les divers bilans biologiques, toxicologiques et métaboliques, qui se sont avérés sans particularité. La sédation progressive des myoclonies, par un traitement inhibiteur de la recapture de la sérotonine^{7,8}, permet d'éliminer toute autre

éventualité étiologique de ces mouvements. Par ailleurs le contexte clinique de survenue, le contexte des antécédents personnels (tics et troubles obsessionnels compulsifs personnels et familiaux)⁹⁻¹¹ sans remettre en question le très probable, pour ne pas dire certain, rôle des noyaux gris centraux¹², dans la genèse des mouvements anormaux¹³, leur rôle physiologique dans la participation à la genèse de la psyché¹⁴ et dans la pathologie psychiatrique qui nécessite une étude très approfondie dans un autre article qui lui sera consacré, permettent de corroborer l'origine psychogène de ces myoclonies^{13,15}. Elles se démarquent donc des autres myoclonies répertoriées jusqu'à présent, par leur contexte singulier de survenue, par la topographie concernée (région velopalatine et muscles stapédiens) et le traitement non caractéristique des myoclonies en général. Ces dernières ont cédé sous inhibiteur de la recapture de la sérotonine, ce qui peut paraître paradoxal pour certains¹⁶.

CONCLUSION

Le contexte clinique et général, les bilans paracliniques, ayant éliminé toute organicité et toute éventuelle étiologie, et la réponse spectaculaire par antidépresseur antisérotoninergique avec une psychothérapie de soutien, permettent de soutenir la nature psychogène de ces myoclonies vraies, confirmées morphologiquement par l'EMG.

BIBLIOGRAPHIE

1. Henry P, Vital C, Mamo H, Barat P, Djindjian R, Loiseau P : Rhythmic, bilateral, synchronous myoclonus with an ascending course. Inflammatory lesions of the spinal cord and brain stem. *Rev Neurol (Paris)* 1973 ; 128 : 105-15
2. Hanakawa T, Hashimoto S, Iga K, Segawa Y, Shibasaki H : Carotid brainstem reflex myoclonus after hypoxic brain damage. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000 ; 69 : 672-4
3. Apartis E, Legrand B, Beaugendre Y : *Neurologies (Suppl)* 2005 : 384-9
4. Brogmus KE, Lesch A : Psychotropic drug-induced myoclonus. *Psychiatr Prax* 1995 ; 22 : 77-9
5. McIntyre RS, Konarski JZ, Mancini DA *et al* : Measuring the severity of depression and remission in primary care : validation of the HAMD-7 scale. *CMAJ* 2005 ; 173 : 1327-34
6. Ruhe HG, Dekker JJ, Peen J, Holman R, Jonghe F : Clinical use of the Hamilton Depression Rating Scale : is increased efficiency possible ? A post hoc comparison of Hamilton Depression Rating Scale, Maier and Bech subscales, Clinical Global Impression, and Symptom Checklist-90 scores. *Compr Psychiatry* 2005 ; 46 : 417-27
7. Welsh JP, Placantonakis DG, Warsetsy SI, Marquez RG, Bernstein L, Aicher SA : The serotonin hypothesis of myoclonus from the perspective of neuronal rhythmicity. *Adv Neurol* 2002 ; 89 : 307-29
8. DeCastro RM : Antidepressants and myoclonus : case report. *J Clin Psychiatry* 1985 ; 46 : 284-7
9. Diniz JB, Rosario-Campos MC, Hounie AG *et al* : Chronic tics and Tourette syndrome in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Res* 2006 ; 40 : 487-93

10. Cassim F : Myoclonic dystonia.
Rev Neurol (Paris) 2003 ; 159 : 892-9
11. Bourdain F, Apartis E, Trocello JM *et al* : Clinical analysis in familial cortical myoclonic tremor allows differential diagnosis with essential tremor. Mov Disord 2006 ; 21 : 599-608
12. Lehericy S, Grand S, Pollak P *et al* : Clinical characteristics and topography of lesions in movement disorders due to thalamic lesions. Neurology 2001 ; 57 : 1055-66
13. Houeto JL, Karachi C, Mallet L *et al* : Tourette's syndrome and deep brain stimulation.
J Neurol Neurosurg Psychiatry 2005 ; 76 : 904
14. Benaderette S, Fregonara PZ, Apartis E *et al* : Psychogenic parkinsonism : A combination of clinical, electrophysiological, and [(123)I]-FP-CIT SPECT scan explorations improves diagnostic accuracy. Mov Disord 2006 ; 21 : 310-7
15. Tezenas du Montcel S, Clot F, Vidailhet M *et al* : Epsilon sarcoglycan mutations and phenotype in French patients with myoclonic synd. J Med Genet 2006 ; 43 : 394-400
16. Bharucha KJ, Sethi KD : Complex movement disorders induced by fluoxetine. Mov Disord 1996 ; 11 : 324-6

Correspondance et tirés à part :

C. MORET CHALMIN
Hôpitaux de Paris, Chaville
2020 avenue Roger Salengro
F-92370 Chaville

Travail reçu le 5 décembre 2005 ; accepté dans sa version définitive le 4 mai 2006.