

Une mise en observation peu ordinaire

An unusual hospitalization under constraint

H. Azmani¹, J.-C. Bier² et F. Lotstra³

Services ¹des Urgences psychiatriques, C.H.U. Saint-Pierre, ²de Neurologie et ³de Psychiatrie, Hôpital Erasme

RESUME

Le cas clinique décrit un homme de 45 ans présentant des troubles du comportement et une aphasie de Wernicke, hospitalisé dans le cadre de la mise en observation. Le screening urinaire à la recherche de substances psychotropes est positif pour le cannabis et les amphétamines. L'atteinte neurologique est confirmée par tomodensitométrie cérébrale. La discussion porte sur le diagnostic différentiel entre une schizophasie et une aphasie de Wernicke, sur la difficulté de poser un diagnostic somatique correct chez les patients agités sous l'effet d'une drogue, sur la tendance à recourir trop facilement à une mise en observation et enfin sur les effets délétères des drogues sur le cerveau.

Rev Med Brux 2009 ; 30 : 59-61

ABSTRACT

The case report describes a 45-year old man presenting of the behavioral problems and an aphasia of Wernicke, hospitalized under constraint. The urinary screening in the search of psychotropic substances is positive for the cannabis and the amphetamines. The neurological localization is confirmed by cerebral CT-scan. The discussion relates on the differential diagnosis between a schizophasia and an aphasia of Wernicke, on the difficulty of a somatic diagnosis among patients agitated under the effect of a drug and to the tendency to hospitalize those too quickly under constraint, on the noxious effect of drugs on the brain.

Rev Med Brux 2009 ; 30 : 59-61

Key words : aphasia, schizophasia, cannabis, amphetamine, hospitalization under constraint

INTRODUCTION

Depuis l'application de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection des malades mentaux, la mise en observation (MEO) s'est substituée à la collocation. La MEO est devenue une pratique courante dans le réseau hospitalier bruxellois. Dans la majorité des cas, pratiquée dans l'urgence, la mesure est dite extraordinaire et nécessite l'accord du Procureur du Roi. Elle devient ordinaire quand de façon non urgente, elle est imposée par un Juge de Paix. Légalement, elle ne peut s'appliquer qu'à des sujets malades mentaux, dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres, refusant les soins et les différentes propositions thérapeutiques. Le cas présenté nous paraît intéressant pour plusieurs raisons. Il souligne la difficulté bien connue de détecter une pathologie somatique chez un patient agité, sous l'emprise de toxiques et, dès lors, le risque de mettre à tort en observation ce patient dans une institution psychiatrique. De plus, il rappelle que l'usage de cannabis et d'amphétamines est susceptible de causer des lésions neurologiques.

DESCRIPTION DU CAS CLINIQUE

Un homme, âgé de 45 ans, originaire de Marseille, est présenté dans un centre d'expertise bruxellois suite à des troubles du comportement sur la voie publique. Découvert à la gare de triage de Bruxelles-Midi, dans un train en provenance de Paris, il est agressif et agité avec le contrôleur d'abord et avec les policiers ensuite. Amené dans un centre d'expertise de la capitale, il reste méfiant, refuse de fournir ses coordonnées et tente de s'en aller. Face à son attitude paranoïde et menaçante, son refus de soins, son absence de collaboration et son incohérence, le psychiatre de garde conclut à la nécessité d'une MEO. Le patient est alors transféré dans notre Service de Psychiatrie. A l'admission, douze heures plus tard, il est calme mais toujours peu collaborant. Amputé de la jambe droite au niveau tibial proximal et présentant des hématomes autour de l'œil droit, le patient présente d'importantes difficultés de communication. Son discours est fluide mais incohérent. Le débit est rapide, riche en néologismes, paraphrasies

et persévérations. Le patient est incapable de comprendre une consigne simple. La répétition d'un mot lui est impossible. Par ailleurs, il ne semble pas conscient de ses troubles de langage. Il est bien éveillé, il s'oriente correctement dans le service et reconnaît sans problème ses interlocuteurs.

A l'exception de l'aphasie fluente et d'une dysarthrie, l'examen neurologique est normal. L'examen physique met en évidence une cicatrice de splénectomie. La tension, le rythme cardiaque et la température sont dans les normes. Une enquête réalisée dans les hôpitaux de Marseille nous a permis de retrouver les traces du patient. Il a été hospitalisé à de multiples reprises dans des Services de Neurologie et de Psychiatrie. Selon les médecins français contactés, le patient présenterait une maladie de Buerger dont les premiers signes seraient apparus lorsqu'il avait 34 ans. Ils nous ont également précisé que le patient fume beaucoup du tabac et du cannabis et qu'il est un consommateur régulier d'alcool, d'héroïne et de cocaïne. Il a été alors transféré vers le Service de Neurologie où des examens complémentaires sont pratiqués et la mesure de mise en observation a été levée.

Une tomodensitométrie cérébrale montre de multiples lésions d'aspect séquellaire à la jonction bulbo-médullaire droite, au niveau de l'hémisphère cérébelleux gauche, ainsi qu'au sein du thalamus, des noyaux caudé et lenticulaire droits. Des lésions ischémiques d'aspect moins constitué sont plus généralement observées dans le lobe temporal, dans le territoire des artères cérébrales moyennes, de manière bilatérale (figure).

Un écho-doppler des vaisseaux du cou révèle un épaississement de l'intima des carotides. L'échographie cardiaque transthoracique montre une hypertrophie ventriculaire gauche légère. Le Holter cardiaque de 24 heures montre un rythme sinusal diurne rapide sans arythmie significative. Les résultats des examens de biologie sanguine et urinaires les plus pertinents sont repris. Les examens toxicologiques des urines confirment la présence de cannabis (> 550 mg/l) et d'amphétamines (187 mg/l) ; par contre, aucune trace d'opiacés, de cocaïne et de méthadone n'est détectée. Les sérologies syphilitiques, hépatiques (antigène HBs, anticorps anti-Hbcore, anticorps anti-HCV) et HIV sont négatives. On observe une hyperplaquettose modérée à $606 \times 10^3/\text{mm}^3$ (valeurs normales comprises entre $174-402 \times 10^3/\text{mm}^3$) associée à la splénectomie. Le reste de l'examen hématologique est normal. La CRP et la VS ne sont pas augmentées. La protéine C, la protéine S libre, l'homocystéine, l'antithrombine III sont dans les normes, de même que le cholestérol et les triglycérides. La recherche de facteurs anti-nucléaires et d'anticorps anti-cytoplasmes des polynucléaires est négative. Le patient présente, à l'état homozygote, la mutation R506Q du facteur V (facteur V de Leiden), prédisposant aux thromboses veineuses profondes. La ponction lombaire réalisée est normale et ne révèle aucun signe inflammatoire.

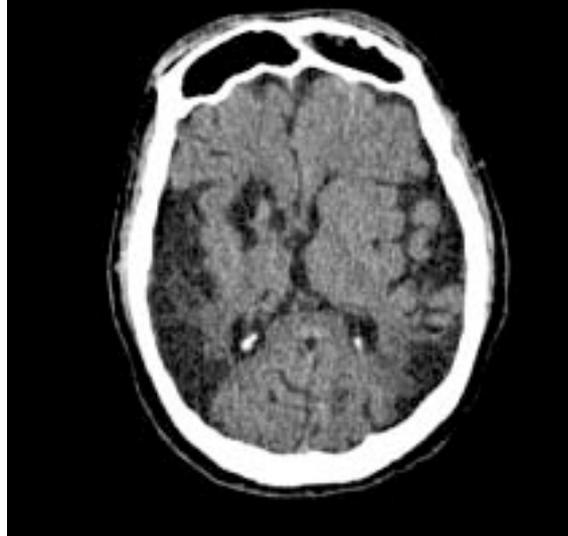


Figure : Tomodensitométrie cérébrale. Cette coupe horizontale met en évidence de vastes zones hypodenses au sein des deux lobes temporaux, ainsi que dans les noyaux caudé et lenticulaire droits correspondant à des lésions ischémiques récentes.

DISCUSSION

Agitation et drogue

Ce patient est mis en observation suite à une agitation induite par la prise de cannabis et d'amphétamines. Il présentait une aphasie de Wernicke très proche par sa sémiologie de la schizophasie, un trouble du langage rencontré chez certains patients schizophrènes. C'est pourquoi son cas fut diagnostiqué comme relevant de la psychiatrie alors que l'aphasie et la prise d'amphétamines auraient dû faire exclure en priorité l'installation d'un accident vasculaire cérébral (AVC). La mise en observation ne se justifiait pas. Le patient aurait dû être admis directement dans un Service de Neurologie en raison de son aphasie et du caractère subaigu, voire aigu, de sa survenue. Ce cas souligne ainsi toute la difficulté d'établir un diagnostic somatique chez un patient agité sous l'effet de drogues. L'intoxication aiguë par les drogues est pourtant une des principales causes d'agitation dans les services d'urgences psychiatriques. En Belgique, les causes les plus incriminées sont par ordre de fréquence : l'alcool, le cannabis, la cocaïne, les amphétamines et les opioïdes¹. L'agitation et la paranoïa du patient peuvent être mises en relation avec un abus de cannabis² et d'amphétamines³ détectés dans ses urines mais aussi avec les troubles de la compréhension liés à son aphasie. De plus, l'agressivité peut être observée lors de la phase aiguë d'un AVC quelle que soit la localisation de ce dernier. Des études prospectives montrent qu'elle s'élève entre 11 et 17 % des cas évalués, sans latéralisation hémisphérique particulière^{4,5}. Un comportement violent, nécessitant des mesures de contrainte physique et l'administration de neuroleptiques, a même été décrit chez trois patients en phase aiguë d'un AVC de l'artère cérébrale postérieure dont le seul signe neurologique concomitant

était une hémianopsie⁶. La violence, l'agressivité, l'agitation peuvent ainsi masquer des signes neurologiques indispensables à l'établissement d'un diagnostic et d'un traitement.

Le langage

Les néologismes, les propos incohérents, la perte de la capacité de communication verbale sont des caractéristiques communes à la schizophasie et à l'aphasie de Wernicke. La schizophasie peut s'observer chez certains patients schizophrènes déficitaires. La schizophasie regroupe l'ensemble des phénomènes de distorsion des mots et de dislocation de sens dans le langage des sujets schizophrènes par opposition aux aphasies qui sont secondaires aux lésions cérébrales⁷.

Ce court extrait donne une illustration du discours du patient " *Examineur* : Comment vous sentez-vous aujourd'hui ? *Patient* : Eric. *Examineur* : Eric, ce n'est pas vous, qui est Eric ? *Patient* : Eric, c'est mon frère. *Examineur* : C'est votre frère et où se trouve votre frère ? *Patient* : Eric, c'est mon frère, je sais ce qui est bon, il recherche la peinture ... je suis à Marseille, il me ramènera à Marseille ... R R Non, non, non. Je retourne à Marseille tous les jours ... Je suis le seul de Marseille, je suis tout Marseille ". Contrairement aux aphasiques, le patient schizophrène s'enferme dans un monde intérieur hermétique. Les néologismes, les formules énigmatiques, la tendance aux mots abstraits et vagues et plus tard les propos incohérents, la salade de mots, les soliloques incompréhensibles sont les principaux symptômes de l'altération de leur système de communication. Le patient dont le cas est rapporté dans cet article était très relationnel malgré ses troubles importants de la compréhension et de la communication. En effet, l'aphasie fluente était sévère et a été évaluée à 1/5 selon l'échelle de sévérité clinique de Goodglass et Kaplan⁸ (0/5, langage inutilisable ; 5/5, discret handicap verbal). Il faisait beaucoup d'efforts malgré son handicap pour rentrer en communication avec autrui. Aucun trait autistique, aucun barrage, aucun relâchement des associations ne transparaitait lors de l'entretien. A aucun moment, il ne fut surpris occupé à soliloquer. Très curieusement, il a toujours réussi à se procurer les drogues qu'il souhaitait malgré son aphasie.

La vasculite

Le patient multiplie les facteurs de risque d'AVC. Sa tomodensitométrie cérébrale en révèle plusieurs d'installation différée dans le temps. Grand consommateur de tabac, cannabis, amphétamines, cocaïne⁹, héroïne¹⁰, substances impliquées dans l'installation d'AVC, il est de plus homozygote pour la mutation Leiden du facteur V prédisposant aux thromboses veineuses profondes et il présente une athéromatose débutante des vaisseaux du cou caractérisée par un épaississement de l'intima. Si la relation de cause à effet n'est pas toujours clairement établie pour le cannabis, de nombreux rapports décrivent la survenue d'AVC ischémiques chez de

jeunes consommateurs⁹⁻¹¹. A l'exception de l'héroïne, toutes les substances sus-mentionnées favorisent la survenue de maladie vasculaire périphérique et sont susceptibles d'avoir contribué au problème de gangrène de la jambe, responsable de l'amputation subie par le patient¹². L'artérite périphérique obstructive due au cannabis est une entité actuellement bien reconnue. Elle se manifeste indépendamment de la consommation de tabac contrairement à la maladie de Buerger. Une cinquantaine de cas ont déjà été rapportés dans la littérature¹³.

CONCLUSION

Ce cas souligne la difficulté d'un diagnostic de pathologie somatique chez un patient agité, le recours trop rapide à une mise en observation et la nécessité de réintroduire un enseignement de la neurologie dans la formation de base des psychiatres.

BIBLIOGRAPHIE

1. Calle PA, Damen J, De Paepe P, Monsieurs KG, Buylaert WA : A Survey on alcohol and illicit drug abuse among emergency department patients. *Acta Clin Belg* 2006 ; 61 : 188-95
2. Weil AT, Zineberg NE, Nelsen JM : Clinical and psychological effects of marijuana in man. *Science* 1968 ; 162 : 1234-42
3. Richards JR, Bretz SW, Johnson EB, Turnipseed SD, Brofeldt, BT, Derlet RW : Methamphetamine abuse and emergency department utilization. *West J Med* 1999 ; 170 : 198-202
4. Bogousslavsky J : Emotions, mood, and behavior after stroke. *Stroke* 2002 ; 34 : 1-10
5. Aybek S, Carota A, Ghika-Schmid F *et al.* : Emotional behavior in acute stroke : the Lausanne emotion in stroke study. *Cogn Behav Neurol* 2005 ; 18 : 37-44
6. Botez SA, Carrera E, Maeder P, Bogousslavsky J : Aggressive behavior and posterior cerebral artery stroke. *Arch Neurol* 2007 ; 64 : 1029-33
7. Guelfi JD, Boyer P, Consoli S, Olivier-Martin R : Psychiatrie. Paris, Presses Universitaires de France, 1987 : 21-8
8. Goodglass H, Kaplan E : The Assessment of Aphasia and Related disorders. Philadelphia, Lea & Febiger, 1972
9. Westover AN, McBride S, Hamley RW : Stroke in young adults who abuse amphetamines or cocaine : a population-based study of hospitalized patients. *Arch Gen Psychiatry* 2007 ; 64 : 495-502
10. Brust JCM : Les opioïdes, complications médicales et neurologiques. In : Brust JCM, ed. *Aspects neurologiques de l'addiction*. Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2007 : 53-127
11. Mateo I, Pinedo A, Gomez-Beldarrain M, Basterretxea JM, Garcia-Monco JC : Recurrent stroke associated with cannabis use. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005 ; 76 : 435-7
12. Leithäuser B, Langheinrich AC, Rau WS, Tillmanns H, Matthias FR : A 22-year old woman with lower limb arteriopathy. Buerger's disease, or methamphetamine - or cannabis-induced arteritis ? *Heart Vessels* 2005 ; 20 : 39-43
13. Peyrot I, Garsaud AM, Saint-Cyr I, Quitman O, Sanchez B, Quist D : Cannabis arteritis : a new case report and a review of literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007 ; 21 : 388-91

Correspondance et tirés à part :

F. LOTSTRA
Hôpital Erasme
Service de Psychiatrie
Route de Lennik 808
1070 Bruxelles
E-mail : francoise.lotstra@ulb.ac.be

Travail reçu le 27 mai 2008 ; accepté dans sa version définitive le 4 septembre 2008.