

cette patiente avait été hospitalisée pour une dépression très sévère. Devant l'inefficacité des traitements proposés, elle a fini par être adressée à notre service et nous avons recherché des anticorps anormaux dans son liquide céphalorachidien, grâce à une ponction lombaire. C'est ainsi que nous avons découvert qu'une encéphalite expliquait ses symptômes.

Des collègues chirurgiens ont procédé à l'ablation de la tumeur et Marie a reçu un traitement immunosuppresseur qui, bien souvent, atténue les symptômes, et les supprime parfois totalement. Après quelques semaines de traitement, son état s'est tellement amélioré qu'elle a pu rentrer chez elle.

D'autres maladies organopsychiatriques rares résultent d'une accumulation de certaines molécules dans le cerveau, dont le fonctionnement est perturbé. Dans la maladie de Niemann-Pick de type C, qui touche environ 1 personne sur 120000, il s'agit de dérivés du cholestérol. Cette pathologie provoque parfois un tableau psychiatrique proche de celui de la schizophrénie : les pensées et les comportements sont erratiques, le patient se replie sur lui-même, victime d'hallucinations... Les protéines qui transportent ou transforment les produits alimentaires à l'origine du cholestérol sont alors anormales, en raison de mutations génétiques.

Ce cas illustre bien les difficultés à repérer les pathologies organopsychiatriques, puisqu'en moyenne, dix ans s'écoulent entre les premiers symptômes psychiatriques et le diagnostic. Dans l'intervalle, on prescrit souvent des médicaments psychotropes, qui restent largement inefficaces.

S'il existe de multiples dysfonctionnements organiques susceptibles de causer des symptômes psychiatriques, à l'inverse, des symptômes physiques ont parfois une cause psychiatrique. C'est ce qu'on appelle un trouble conversif (autrefois nommé conversion hystérique). Le patient présente alors des symptômes moteurs (paralysie, mouvements anormaux) ou des déficits sensoriels, comme une cécité ou une surdité soudaine. Il peut aussi être victime de crises convulsives – qui ressemblent à des crises épileptiques, sauf qu'on ne détecte aucune anomalie lorsqu'on mesure l'activité cérébrale par électroencéphalographie.

La fréquence exacte du trouble conversif est difficile à évaluer, du fait de la diversité de ses manifestations, mais il n'a rien de rare. Certaines études estiment qu'il concerne 4% des patients qui viennent consulter pour des troubles du mouvement.

UNE MALADIE GLOBALE DU CERVEAU

Souvent catégorisée comme une création de l'esprit, cette pathologie est pourtant bien réelle – les symptômes ne sont en rien « imaginaires ». Récemment, plusieurs travaux utilisant l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) ont montré qu'elle est associée à de multiples anomalies du fonctionnement cérébral. « Le trouble conversif peut être considéré comme une maladie "globale" du cerveau », selon Ismaël Conejero et ses collègues de l'université de Montpellier, qui ont récemment dressé la synthèse de ces travaux. La cause ? Un mauvais fonctionnement de réseaux neuronaux impliqués dans la planification, l'organisation et l'exécution des mouvements volontaires, mais aussi dans la conscience du corps et dans l'agentivité (le sentiment d'être à l'origine de ses propres actions). Les chercheurs ont aussi mis en évidence des liens inhabituels entre les régions cérébrales sous-tendant les émotions et les systèmes sensoriel et moteur.

Néanmoins, ce trouble est la source de nombreuses erreurs de diagnostic, notamment parce qu'on peine parfois à le distinguer d'une simulation pure et simple. Mais aussi parce que les cliniciens ont tendance à l'incriminer dès qu'ils ne trouvent pas de cause organique : « Si on n'a rien d'évident, c'est que c'est hystérique »... Tout particulièrement quand le patient est une femme (elles sont certes plus touchées) ou présente un « trouble de la personnalité histrionique », caractérisé par des émotions exacerbées ➤

POURQUOI TANT D'ERREURS DE DIAGNOSTIC

La plupart du temps, les cliniciens posent leur diagnostic en se fondant sur un entretien non standardisé, qu'ils interprètent selon leur expérience et leurs opinions personnelles au lieu d'utiliser une approche systématique. Certes, ils tranchent ainsi plus rapidement que s'ils devaient passer en revue un grand nombre de causes potentielles, et parviennent à se décider même lorsqu'ils ne disposent que d'informations incomplètes, mais ils risquent aussi davantage de se tromper. Soit parce qu'ils se sont forgé une représentation typique de la maladie, et donc échouent à identifier cette dernière dès qu'elle s'écarte un peu de ce prototype, soit parce qu'ils attribuent un poids excessif à certains symptômes. Par exemple, pour la schizophrénie, les psychologues américaines Nancy Kim et Woo-Kyoung Ahn ont montré en 2002 que les cliniciens considèrent le délire et les hallucinations comme plus significatifs que la présence d'un discours désorganisé ou de symptômes « négatifs » (anxiété, apathie, retrait social) ; pourtant, toutes les études concluent que ces critères sont en réalité bien plus caractéristiques de la maladie.

Ces méthodes intuitives, qualifiées d'heuristiques, conduisent en outre souvent à poser un diagnostic psychiatrique dès qu'un symptôme évoque ce type de maladie, et à passer à côté d'une cause organique. C'est d'autant plus problématique qu'on ne dispose pas d'exams complémentaires en psychiatrie : si un patient est diagnostiqué dépressif ou schizophrène, aucun marqueur biologique, détectable par exemple à l'aide d'un test sanguin ou d'une IRM, ne permettra de confirmer ou d'infirmer ce diagnostic. Cela viendra peut-être : de nombreux laboratoires sont à la recherche de tels marqueurs...

DES MALADIES QUI MIMENT LA DÉPRESSION



INFLAMMATION CÉRÉBRALE

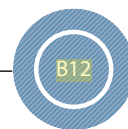
Certaines molécules inflammatoires perturbent le fonctionnement des centres émotionnels du cerveau et provoquent une hypersensibilité de l'axe du stress.

Idées noires, joie de vivre en berne, fatigue perpétuelle, perte d'appétit... Immédiatement, on pense à une dépression. C'est d'ailleurs ce qui est diagnostiqué en général. Pourtant, de multiples troubles organiques peuvent aussi expliquer ces symptômes.



HYPOTHYROIDIE

Les hormones fabriquées par la glande thyroïde, à la base du cou, stimulent le métabolisme des cellules nerveuses. Quand elles sont en quantité insuffisante, les neurones baissent de régime – et la joie de vivre aussi !



CARENCE EN VITAMINE

Les vitamines B12 et B9 interviennent dans la fabrication de plusieurs neuromédiateurs essentiels à la régulation de l'humeur. Une carence peut alors avoir des conséquences psychologiques sévères.



➤ et une constante recherche d'attention. Pourtant, les recherches les plus récentes montrent que ce dernier n'est pas spécialement associé au trouble conversif.

UN TROUBLE QUI PROGRESSE, UNE THÉRAPIE QUI PIÉTINE

S'ensuivent de pénibles errances médicales, comme l'illustre le cas de Charlotte, 27 ans. Agent d'entretien dans une grande enseigne de supermarché, elle a subi une triple fracture de la jambe gauche à la suite d'un accident de voiture. Après quelques semaines de rééducation, elle n'arrive toujours pas à la réutiliser correctement. Pire, elle a de plus en plus de mal à bouger sa jambe droite, épargnée par l'accident. Pendant plusieurs mois, elle est clouée au lit ou dans un fauteuil. Le moral en chute libre, elle commence à déprimer. Apparaissent alors de nouveaux symptômes : à son tour, son bras droit donne des signes de paralysie. Les douleurs s'accumulent dans les jambes et dans le dos. Scanner des jambes et du cerveau, IRM cérébrale et médullaire, électroneuromyogramme (un test visant à vérifier que les nerfs ne sont pas endommagés)... Rien n'y fait, la cause reste mystérieuse. La patiente est alors adressée en neurologie, pour y être examinée de la tête aux pieds pendant quinze jours. Une ponction lombaire ne livre pas la clé du mystère : ni le cerveau ni la moelle ne semblent atteints. Quant au scanner des jambes, il ne montre aucune anomalie

susceptible d'expliquer les symptômes. La conclusion des médecins tombe : trouble conversif. Autrement dit, « c'est dans sa tête ».

Commence alors pour Charlotte un long périple dans plusieurs établissements psychiatriques. Elle enchaîne les médicaments : antidépresseurs, régulateurs d'humeur, antipsychotiques... Peine perdue. Devant l'absence d'amélioration, elle est envoyée en convalescence dans un centre de rééducation, où des examens complémentaires sont demandés. Et c'est enfin le bout du tunnel ! Une petite fracture est détectée au niveau de l'épaule, expliquant les douleurs dorsales et la rigidité du bras ; elle était passée inaperçue jusque-là car elle se situait dans une zone particulièrement difficile à visualiser, à l'intersection de l'omoplate et de l'humérus. On découvre aussi une maladie inflammatoire sévère, la neuroalgodystrophie, qui explique la paralysie progressive des membres inférieurs. Charlotte reçoit un traitement adapté, à base d'antalgiques, d'anti-inflammatoires et de kinésithérapie. Au bout de quelques semaines, elle se remet à marcher. Puis reprend progressivement le cours de sa vie.

Le cas de Charlotte n'est pas isolé : posé trop tôt, le diagnostic de trouble conversif peut faire passer à côté de plusieurs autres pathologies organiques, comme la sclérose en plaques. Il révèle toute l'ampleur des défis auxquels sont confrontés les cliniciens : Charlotte était victime d'un trouble organique – une

BIBLIOGRAPHIE

A. Bourla et al., **Troubles psychiatriques : quels bilans biologiques ?**, *La Revue du Praticien – Médecine Générale*, n° 1010, pp. 790-791, 2018.

I. Conejero et al., **Neuroanatomy of conversion disorder : towards a network approach**, *Rev. Neurosci.*, vol. 29, pp. 355-368, 2018.

K. Mikkelsen et al., **The Effects of Vitamin B in Depression**, *Curr. Med. Chem.*, vol. 23, pp. 4317-4337, 2016.

A. H. Miller et C. L. Raison, **The role of inflammation in depression : From evolutionary imperative to modern treatment target**, *Nat. Rev. Immunol.*, vol. 16, pp. 22-34, 2015.

C. Demily et F. Sedel, **Psychiatric manifestations of treatable hereditary metabolic disorders in adults**, *Ann. Gen. Psychiatry*, vol. 24, pp. 13-27, 2014.