

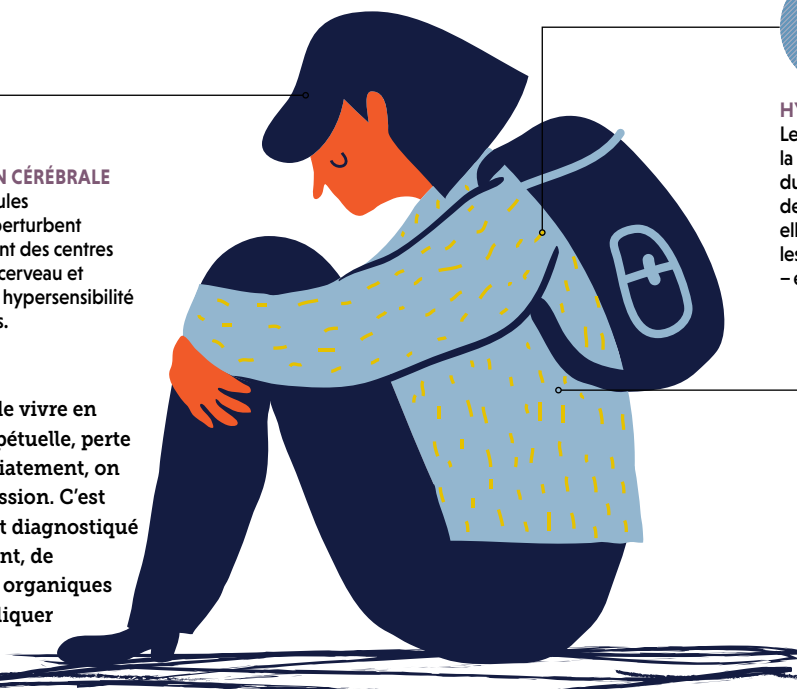
DES MALADIES QUI MIMENT LA DÉPRESSION



INFLAMMATION CÉRÉBRALE

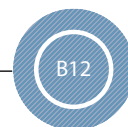
Certaines molécules inflammatoires perturbent le fonctionnement des centres émotionnels du cerveau et provoquent une hypersensibilité de l'axe du stress.

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.

Une schizophrénie qui survient avant 15 ans ou après 40 ans peut se révéler être une maladie organique

fracture et une inflammation – qui mimait une pathologie psychiatrique – le trouble conver-sif –... imitant elle-même une autre maladie organique, la paralysie!

On touche là une des difficultés majeures auxquelles est confrontée la psychiatrie, car on ne peut multiplier indéfiniment les examens coûteux. Comment décider s'il faut accepter une cause «psychologique» ou persévérer dans la réflexion diagnostique?

Parfois, des symptômes neurologiques légers pointent vers une maladie organique, mais dans un certain nombre de cas, seules les manifestations psychiatriques sont visibles. La clé est alors de repérer certains symptômes atypiques, comme des troubles cognitifs «inhabituels», un début tardif ou au contraire trop

précoce de la maladie, des hallucinations visuelles, l'inefficacité de certains traitements ou la présence d'effets secondaires fréquents et sévères...

Prenons l'exemple d'un patient qui a le moral à zéro et peine à retrouver ses souvenirs. Est-ce une dépression? Il arrive en effet que cette maladie soit associée à des perturbations mémorielles, mais elles sont modérées et indirectes, causées par des troubles de l'attention: les patients semblent par exemple avoir oublié qu'ils ont croisé un ami dans la rue car ils n'y ont pas prêté attention sur le moment ou ont du mal à focaliser leur esprit sur ce souvenir. Cependant, leur cerveau a tout de même enregistré l'information et quand on leur donne un indice («Y a-t-il longtemps que vous avez vu Untel?»), ils se la rappellent. Si ce n'est pas le cas ou si les pertes de mémoire sont importantes, alors ce n'est peut-être pas une dépression et la piste organopsychiatrique mérite d'être explorée.

COMMENT REPÉRER CES PATHOLOGIES?

L'âge où la pathologie s'est déclarée constitue aussi un indice précieux, car la plupart des maladies psychiatriques connaissent des pics épidémiologiques. La schizophrénie, par exemple, débute souvent au début de l'âge adulte. Si une maladie qui lui ressemble survient avant 15 ans ou après 40, il y a un risque que son origine soit organique. Bien sûr, cela devra être confirmé par des examens plus poussés, car il existe des formes de schizophrénie infantiles ou tardives. Autre exemple: le trouble anxieux généralisé. Son pic de fréquence se situant entre 20 et 30 ans, si un trouble qui en a tous les symptômes survient vers 50 ans, il a peut-être une cause organique, comme l'arythmie cardiaque que nous avons évoquée. Là encore, ce n'est qu'un indice (les troubles anxieux peuvent survenir à tout âge), à combiner avec d'autres. Par exemple les antécédents cardiaques du patient.

D'autres signes doivent alerter, comme la présence d'hallucinations visuelles. En effet, les patients victimes de troubles psychiatriques ont plutôt des hallucinations auditives: ils entendent des voix. Enfin, les antécédents familiaux sont à prendre en compte, car la plupart des maladies organopsychiatriques ont une composante génétique.

Pour dénouer les fils de ces cas complexes, le service de psychiatrie de l'hôpital Saint-Antoine a tissé de longue date des liens privilégiés avec les services de neurologie et de médecine interne. Dès lors, au moindre signe anormal, un psychiatre, un neurologue et un médecin interniste se réunissent pour décider s'il y a lieu de suspecter une cause organique. Quand la réponse est affirmative, ils lancent une large gamme d'examens complémentaires, visant à traquer les principales pathologies ➤

REPÉRER LES SYMPTÔMES INHABITUELS

Maladie mentale ou trouble organopsychiatrique? Certains symptômes doivent orienter vers la seconde option. Bien sûr, pris séparément, ils ne suffisent pas pour trancher. C'est le recoupement de plusieurs indices qui conduit au bon diagnostic

Symptômes confusionnels: désorientation temporelle ou spatiale, difficulté à fixer son attention...

Hallucinations visuelles: formes, personnes ou scènes «vues» par le patient (phénomène assez rare dans les maladies psychiatriques, où les hallucinations auditives sont plus fréquentes).

Troubles cognitifs: pertes de mémoire, baisse des performances intellectuelles ou des capacités d'apprentissage.

Catatonie: mutisme, alternance entre passivité absolue et agitation soudaine.

Résistance au traitement: inefficacité des médicaments prescrits, voire effets indésirables fréquents ou sévères.

Symptômes neurologiques: épilepsie, tremblements, perte d'équilibre, rigidité, mouvements anormaux, douleurs inexpliquées...

Symptômes digestifs: douleurs abdominales, perte d'appétit.

État fluctuant: variations fréquentes des symptômes.