

Psychoses fatales d'origines non-psychiatriques

Vu Kiet Tran, MD, MHSc, MBA, CHE



Cas 1

- Femme de 34 ans se plaint de 5 jours of céphalée persistente, fièvre de bas grade et difficulté à s'endormir
- Elle est stressée et se sent “burned out”
- L'examen physique est normal
- Signes vitaux sont normaux



Cas 1

- La journée suivante, elle est confuse et amenée à l'urgence.
- Elle a des convulsions généralisées
- Elle a une fièvre de 38.7
- Elle est rapidement traitée pour ses convulsions et intubée

Cas 1

- CT du cerveau est normal
- LCR démontre une pléocytose avec 98% lymphocytes
- IRM démontre une hyperdensité bilatérale des lobes temporaux médians, prédominant dans l'hippocampe gauche

Cas 1

- PCR du virus herpes est négatif
- Etat mental s'améliore
- La patiente est congédiée de l'hôpital avec anti-convulsants
- Le jour suivant, elle a des visions de poignarder son fils de 2 ans
- Elle est ramenée à l'urgence avec un diagnostic de psychose aiguë et est admise en psychiatrie
- Quelques heures plus tard, elle est catatonique

Objectifs

- Énumérer les causes organiques de psychose aiguës
- Énumérer les indices diagnostiques pour aider à reconnaître les cause de psychoses aiguës
- Discuter des pièges dans le diagnostic des psychoses organiques aiguës

Contenu

- 3 exemples
 - Tumeur cerebrale et cancer
 - Methémoglobulinemie
 - Encéphalite à Anticorps Anti-Recepteur NMDA

Cancer et symptômes psychiatriques

- Symptômes psychiatriques lors de l'évaluation initiale (1er mois)
 - Cancer du cerveau: 19 fois
 - Néoplasie en général: 2.61 fois

Tumeur Cérébrale- Présentation

- Dépression
- Anxiété
- Attaque de panique
- Changement de personnalité
- Hallucinations auditives et visuelles
- Manie
- Troubles de memoire

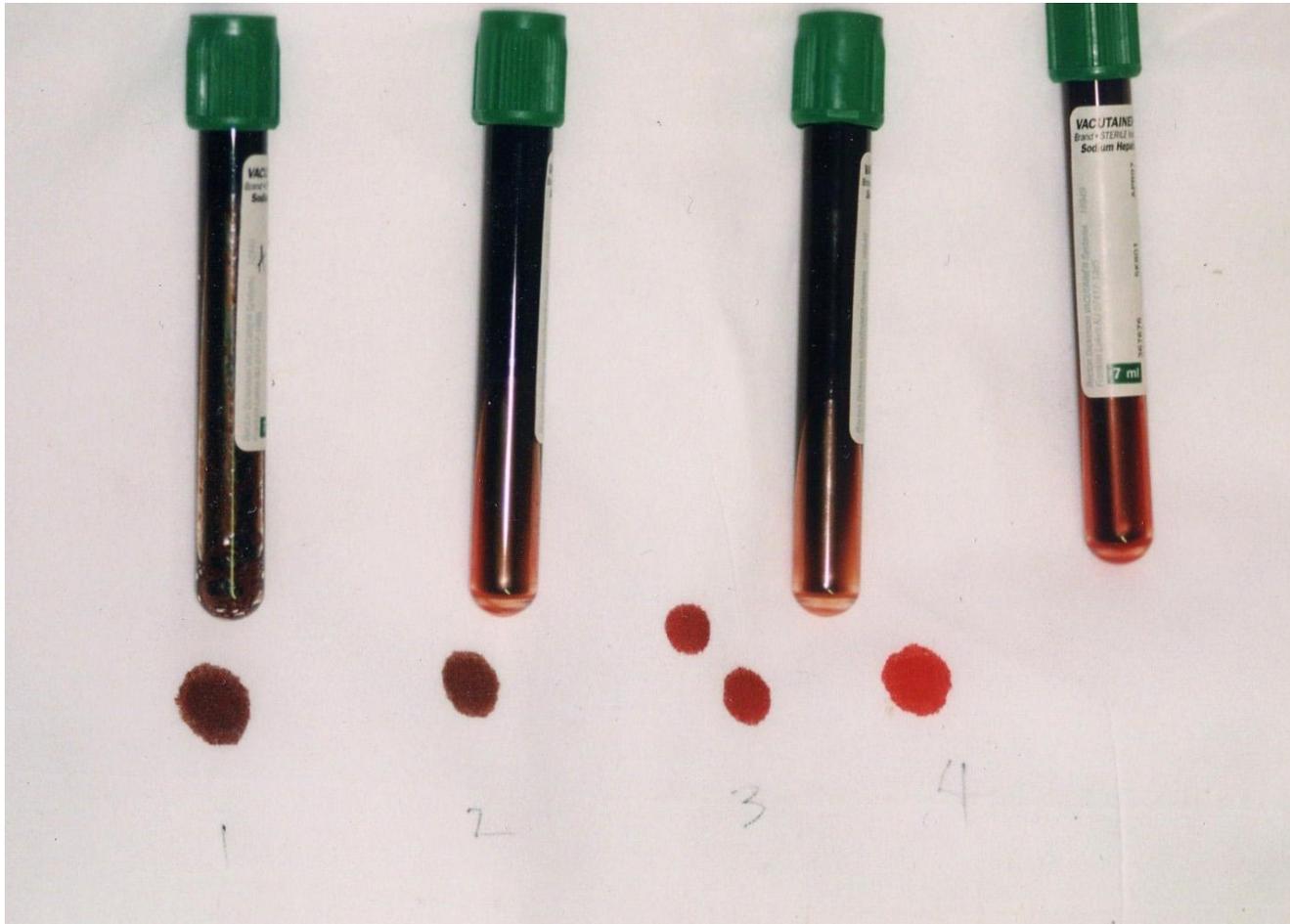
Tumeurs cérébrales

- Indice de suspicion élevé chez un patient avec:
 - Symptômes psychiatriques nouveaux
 - Début des symptômes à un âge atypique (> 50yo)
 - Présentation atypique
 - Associé à des céphalées
 - Symptômes fluctuants
 - Convulsions
 - Résistance au traitement

Méthémoglobulinémie

- Globules rouges contiennent méthémoglobine à des niveaux $> 1\%$
- Lorsque le niveau $> 15\%$, plus de symptômes neurologiques et cardiaques
- Fatal lorsque le niveau grimpe $>70\%$

Couleurs de MtHB



Pathophysiologie

- Congénitale
 - 2 formes
- Acquise
 - Plus commun
 - Associé à exposition à
 - Drogue/chimiques oxydants
 - Agents anesthésiques locaux (benzocaine, lidocaine, Prilocaine)
 - Nitroglycerine
 - Dapsone
 - Nitrites
 - Nitrates

Facteurs Prédisposants

- Lésions buccales
- Déficience en enzyme Methémoglobine réductase
- G6PD (Dapsone and Fava beans)
- Histoire familiale de déficience en enzyme of Methémoglobine réductase
- Cirrhose du foie
- Inhibiteurs de Pompes de Protons

Manifestations Cliniques

- Methémoglobinémie a une évolution clinique très variable
- Trouvailles cliniques très non-spécifiques
 - Fatigue, symptômes d'IVRS, et céphalées peuvent être les seuls symptômes durant la phase initiale
 - Confusion
 - Les cas non-sévères sont souvent manqués
- L'aspect le plus important dans le traitement est la reconnaissance de la maladie

Manifestations cliniques

Levels	Symptoms
3-15%	Décoloration de la peau (asymptomatique)
15-20%	Cyanose (pt relativement asymptomatique)
25-50%	Céphalée, dyspnée, étourdissement, faiblesse, confusion , palpitations, douleur thoracique
50-70%	Arrhythmies, altération de l'état mental, délirium , convulsions, acidose, coma
> 70%	Décès

Encephalite a Anticorps Anti- Recepteurs NMDA

- **Encéphalite à Anticorps Anti-Recepteurs NMDA** ([N-methyl D-aspartate](#)) est une forme d'encéphalite aigüe
- Potentiellement fatal
- Haute probabilité de récupération

Récepteurs NMDA

- Récepteurs NMDA sont des canaux qui jouent un rôle crucial dans la transmission synaptique
 - Sous-unité NR1 se lie à la Glycine
 - Sous-unité NR2 se lie au Glutamate
- Une hyperactivité des récepteurs ont été proposés pour causer une excitotoxicité (épilepsie, démence et ACV)
- Une hypoactivité des récepteurs NMDA a été proposée comme cause de la Schizophrénie

Pathophysiologie

- Réaction auto-immune contre la sous-unité **NR1**
- Associée avec des tumeurs (20-57%), principalement tératomes des ovaires
- Par contre, 40-50% des cas n'ont pas de tumeurs détectables
 - Majorité des nouveaux cas n'ont pas de tumeurs associées

Manifestations cliniques

- Symptômes prodromes pendant 1-2 semaines
 - Céphalées
 - Fièvre de bas grade
 - Symptômes viraux non-spécifiques
- Diminution de l'état de conscience
- Convulsions
- Instabilité autonome

Manifestations cliniques

- Progresse vers la catatonie
 - Akinésie alternant avec agitation
 - Marmonnement
 - Echolalie
 - Dyskinésies orofaciales
 - Peu de contact visuel

California Encephalitis Project

- Maladie décrite chez les hommes, enfants avec et sans tératomes
- Ratio Femme: Homme 3:1
- *30% des pts < 18 ans*
- Rare avant l'âge de 3 ans

California Encephalitis Project

- Caractéristiques principales
 - Convulsions
 - Anomalies du mouvement
 - Aphasie et trouble du langage
 - Instabilité autonome
 - Manifestations psychiatriques
 - (Hallucinations et psychose)

California Encephalitis Project

- Tests de laboratoire (Sous-unités NR1 and NR2)
 - Sérum
 - LCR
- Anomalies à l'IRM sont non-spécifiques dans 46% des cas
 - Comparativement à 100% dans l'encéphalite à HSV
- LCR démontre une Pléocytose

Prognostic

- Récupération est la norme (mais récupération lente)
 - Des mois à des années
 - Progrès souvent interrompus par des rechutes
 - Certains patients ne récupéreront jamais et vont avoir des changements de personnalité permanents

SE SOUVENIR DE D'AUTRES CAUSES

Vasculites Cerebrales

Etiologies

- Arterite à cellules géantes
- Artérite de Takayasu
- Polyarthrite noueuse
- Granulomatose de Wegener
- Lupus
- Arthrite Rheumatoïde

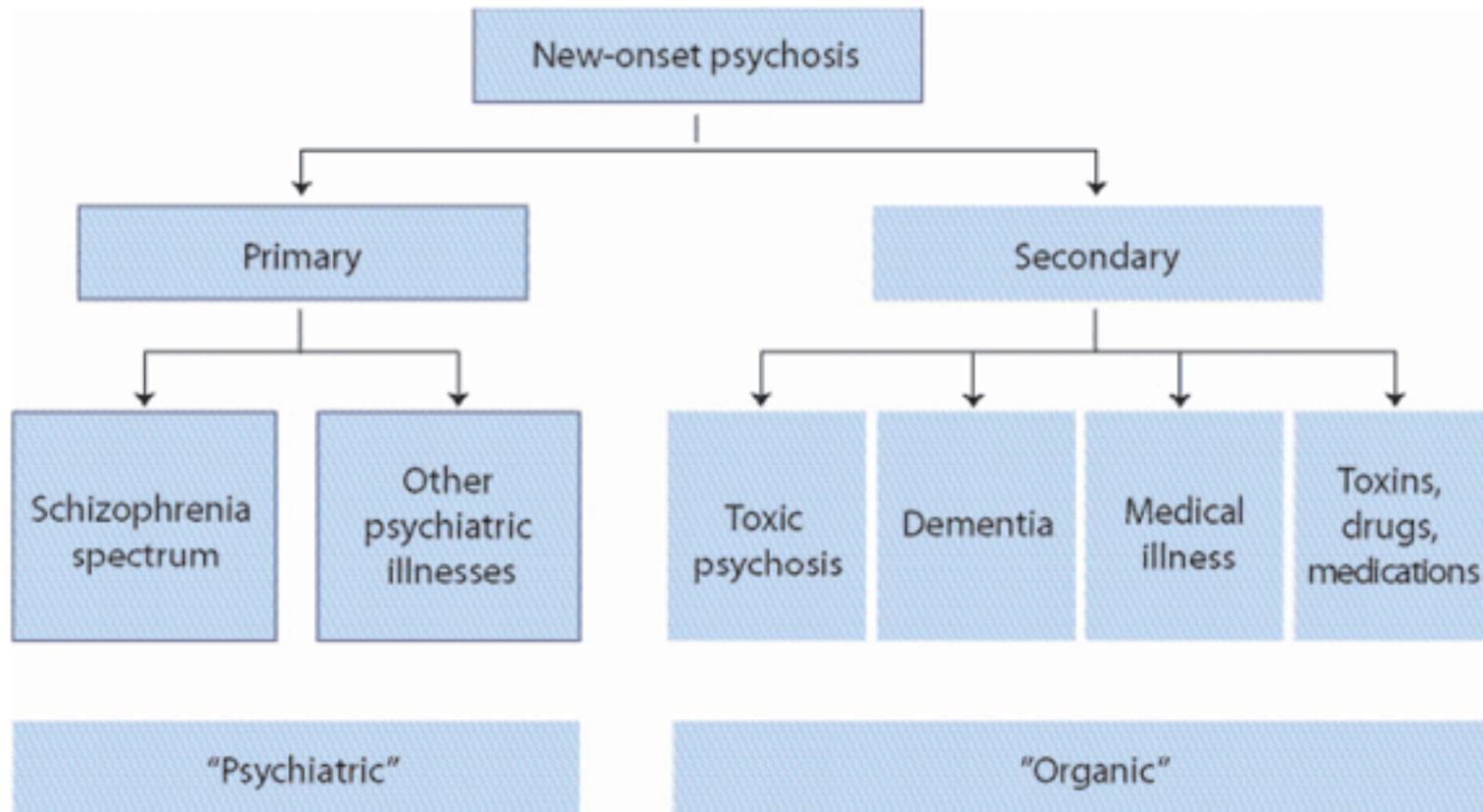
Manifestations communes

- Céphalées
- Fatigue/léthargie
- Troubles du mouvement
- Dysesthésies
- Changement comportement/
psychose
- Rash cutané

Autres Causes de Psychoses Aigües

- HIV/AIDS
- Malaria
- Syphilis
- Maladie de Lyme
- Sclérose en Plaques
- Toxines
- Utilisation de drogues

Stratégie Diagnostique



Pièges cognitifs

- Attribuer une causalité à un incident
- Fermeture prématurée du diagnostic
- Manque d'appréciation des indices à l'anamnèse et à l'histoire familiale
- Manque d'appréciation des signes vitaux
- Ne pas re-questionner le diagnostic lorsque les symptômes ne s'améliorent pas avec le(s) traitement(s)

Cas 1

- Femme de 34 ans se plaint de 5 jours céphalée persistente, fièvre de bas grade et difficulté à s'endormir
- Elle est stressée et se sent “burned out”
- L'examen physique est normal
- Signes vitaux Vital sont

Encephalite a Anticopr
Anti-Recepteur NMDA



Cas 2 - Bonus

- Jeune homme de 21 ans amené par la police et les ambulanciers
 - Il est très agité et crie
 - “trouvé dans une allée avec possibilité d’ingestion...”
 - Un ambulancier semble le reconnaître...utilisation de drogues dans le passé???
-
- Quel(s) médicament(s) voulez-vous lui donner?

Message clés

Présentations suggestives de maladies organiques

- Présentations atypiques
 - Age
 - Contexte
 - Symptômes associés
- Alteration de l'état de conscience
- Signes vitaux anormaux
- Absence de maladie psychiatrique préalable