



ISSN NO. 2320-5407

Journal Homepage: - www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

DOI:10.21474/IJAR01/16063

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/16063>

RESEARCH ARTICLE

PSYCHOTRAUMA AND CLINICAL POLYMORPHISM : CASE REPORT

Amal Zaki^{1,2}, Maria Sabir^{3,2} and Fatima El Omari^{3,2}

1. Psychiatre
2. Hôpital Universitaire Psychiatrique Arr-Azi ,CHU Ibn Sina Rabat. Faculté De Médecine Et De Pharmacie De Rabat. Université Mohammed V, Rabat.
3. Professeur En Psychiatrie.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 25 November 2022

Final Accepted: 27 December 2022

Published: January 2023

Key words:-

Post, Traumatic Stress Disorder,
Psychosis, Delirium, Psycho, Trauma,
Schizophrenia

Abstract

The clinical description of psychotrauma has undergone a huge change since the advent of the new versions of international classifications, in particular the DSM 5, which through basic clinical criteria (reliving/hypervigilance/avoidance), helps the clinician to make the diagnosis of post-traumatic stress disorder (PTSD). However, psychotrauma presents transonographic and transcultural characteristics, as it can take on different clinical pictures, essentially a psychotic picture, which can mislead the diagnosis and in this case the therapeutic management. Through a clinical vignette rich in clinical polymorphism, we will expose the different difficultés encountered, highlighting the need for an approach based on a multidimensional approach; criteriological perhaps, but psychopathological and phenomenological certainly. Therefore, it is important that the clinician takes into consideration the cultural, social and biological dimension in order to guarantee a good management both with medication and psychotherapy.

Copy Right, IJAR, 2023,. All rights reserved.

Corresponding Author:- Amal Zaki

Address:- Hôpital Universitaire Psychiatrique Ar-razi ,CHU Ibn Sina Rabat.

Introduction:-

La description clinique et symptomatologique du psychotrauma a connu une évolution depuis l'introduction du concept dans le DSM III en arrivant au DSM 5, qui à son tour a élargie les critères diagnostiques .

La clinique du psychotraumatisme interpelle : au vu du vécu du patient et dans sa façon de le narrer et de le vivre d'une part et de l'expérience du clinicien et dans sa façon d'accueillir cette parole et ce vécu d'autre part ; le tout s'inscrivant dans un contexte socio culturel et historique, mais aussi biopolitique, auquel n'échappe pas le soignant ni l'institution.

Le psychotrauma présente des caractéristiques transonographiques et transculturelles car il peut prendre différents tableaux cliniques, essentiellement un tableau d'allure psychotique ce qui peut induire en erreur le diagnostic et en occurrence la prise en charge thérapeutique.

Vignette clinique :

Il s'agit d'une patiente marocaine âgée de 59 ans mariée et mère de 2 enfants sans antécédents pathologiques particuliers. Elle a été hospitalisée au service de psychiatrie pour prise en charge d'un tableau d'excitation psychomotrice avec verbalisations de propos délirants.

En effet, le début de la symptomatologie semble remonter à un mois avant son hospitalisation, coïncidant avec l'annonce du diagnostic du cancer de son fils, qui est découvert de façon fortuite à un stade métastatique. La patiente est devenue progressivement insomniaque, irritable à la moindre frustration, logorrhéique par la suite. Elle aurait commencé à verbaliser des propos délirants de persécution et mysticoreligieux disant qu'elle peut parler avec Dieu et qu'il y 'a des gens qui lui veulent du mal et qui la suivent partout.

L'examen à l'admission trouve une patiente instable sur le plan moteur et de forte corpulence. Le contact avec elle était facile, sa mimique était mobile et ses activités psychiques de base étaient conservées. La patiente était aussi logorrhéique, son discours était accéléré avec fuite des idées et saut du coq à l'âne. De sa pensée émanait un délire flou mal systématisé mystico religieux et de persécution à mécanisme intuitif rapporté avec une forte charge affective. L'humeur était irritable, l'affect était discordant et le jugement était altéré. Elle était insomniaque et son appétit était diminuée.

Un bilan biologique et une tomographie cérébrale étaient demandés et ils sont revenus sans particularités . La patiente a été mise sous olanzapine et lorazepam avec des doses augmentées progressivement. Une légère amélioration clinique a été observée. Par la suite, un antidépresseurs type fluoxétine a été ajouté avec réduction de la dose de l'antipsychotique. La patiente a été par la suite améliorée cliniquement.

Le diagnostic de trouble de stress post traumatique fut posé en parallèle du traitement médicamenteux, la thérapie cognitive-comportementale a été initiée après un mois d'hospitalisation.

Discussion:-

Le DSM 5 a consacré tout un chapitre sur le psychotraumatisme avec un élargissement des critères descriptifs ,la nouvelle version admet qu'un sujet puisse être traumatisé du fait de sa proximité émotionnelle avec une victime directe (famille et amis proches) , alors que le DSM-IV considérait que seules les victimes directes pouvaient souffrir d'un trouble de stress post-traumatique ,ce qui est le cas de notre patiente qui a découvert chez son fils d'une façon fortuite et brutale un cancer à un stade terminale.

Cependant avant l'apparition du DSM III beaucoup de patients présentant un TSPT ont été considéré comme des schizophrènes. Par ailleurs, les symptômes psychotiques apparus secondairement dans une clinique d'TSPT ne sont pas du registre de la schizophrénie[1]. Le psychotraumatisme peut sortir des descriptions classiques ,et se revêtir d'autres formes cliniques et en conséquence induire le clinicien en errance et incertitude diagnostique ,l'amenant

ainsi à formuler des diagnostics très variés [2]. Notre patiente a présenté un tableau d'allure psychotique suite à un évènement traumatisant. Nous nous sommes intéressés principalement au trouble de stress post traumatique .

La co-occurrence des symptômes positifs psychotiques dans le TSPT est établie à travers la littérature, des études ont rapporté des prévalences variables de symptômes psychotiques dans le TSPT allant de 15 à 64 % [3- 4-5] . Alors que d'autres études ont révélé une prévalence qui va jusqu' à 67 % chez des patients civils atteints de TSPT[4] .les résultats d'une étude faite chez des anciens soldats américains a retrouvé une prévalence de 40 % de TSPT avec symptômes psychotiques [6]. Selon la littérature la prévalence des symptômes psychotiques dans le TSPT est significativement plus élevée que celle observée dans la population générale [7,8].

Une théorie postule que le TSPT avec symptômes psychotique est un sous type du TSPT ou bien une forme plus grave. Une étude faite auprès des combattants au Vietnam vient soutenir cette hypothèse et suggère que les patients présentant des caractéristiques psychotiques plus sévères sont susceptibles d'avoir un TSPT plus grave en intensité. Ces auteurs suggèrent qu'il pourrait s'agir d'un sous-type du TSPT [9]. Sareen et al retrouvent qu'un TSPT associé à des symptômes psychotiques positifs signifie un plus haut degré de retentissement psychotraumatique se déclinant avec un plus grand nombre de symptômes post-traumatiques et de comorbidités psychiatriques[10].

Une étude a été menée auprès des patients présentant un trouble de stress post-traumatique avec des symptômes psychotiques lié au combat dont les auteurs ont constaté que la sévérité des symptômes d'hyperexcitation était positivement corrélée à la survenue de symptômes psychotiques [11]. De plus, les symptômes psychotiques présents dans certaines formes d'TSPT ne sont pas nécessairement congruents à l'humeur et les thèmes mélancoliques d'incurabilité, de ruine et d'auto-accusation sont rares dans la symptomatologie clinique du TSPT quelle que soit son intensité [12]. Ceci concorde avec notre vignette clinique où la patiente avait présenté une hyperexcitation psychomotrice voire une agitation avec discours désorganisé et verbalisation de propos délirants de persécution et mystico religieux qui n'étaient pas congruents à l'humeur avec absence d'idées d'autoculpabilité et d'auto-accusation .La corrélation entre l'intensité de l'évènement traumatique et la présence de symptômes psychotiques associés au TSPT n' est pas encore établie par la littérature[10] , néanmoins une seule étude a constaté un lien entre l'intensité de l'évènement traumatique et la présence de symptômes psychotiques[13]. Ce qui est le cas de notre patiente qui était confronté à l'annonce brutale du cancer à un stade terminal de son fils découvert d'une façon fortuite sachant qu' il était soit disant bien portant.

L'hypothèse étayée par Hamner et Gold , qui se base sur une explication scientifique postule que l'activité périphérique de la dopamine bêta-hydroxylase (DBH) est élevée dans le TSPT avec symptômes psychotiques par rapport au TSPT sans symptôme psychotique[14]. Par ailleurs une méta analyse a étudié l' association des marqueurs à l' échelle du génome dans des échantillons provenant de plus de 20 groupes de recherches, a suggéré un chevauchement excessif des gènes à risque entre le TSPT et la schizophrénie [15-16]. Il existe peu de preuves biologiques qui appuient que l'TSPT avec caractéristiques psychotiques est lié à des processus biologiques distincts par rapport au TSPT sans caractéristiques psychotiques et autres troubles psychotiques[17-18- 19].

Par ailleurs, des études ont étudié le gène BDNF qui est impliqué dans le développement neurologique, la régénération, la neurotransmission, l'apprentissage ,la régulation de l'humeur et de la réponse au stress. Ces études ont constaté que l'allèle Met du BDNF, BDNF Val66Met est associé à des troubles psychotiques[20- 21]. Une autre étude a montré à son tour que le BDNF Val66Met était plus souvent présent chez des personnes atteintes de TSPT avec caractéristiques psychotiques que par celles atteintes de TSPT sans caractéristiques psychotiques[17]. Ce qui renforce l'hypothèse que certains gènes présents dans la schizophrénie peuvent également être portés chez des personnes atteintes de TSPT avec caractéristiques psychotiques [22].

Le traitement médicamenteux de l'ESPT qui reposait essentiellement sur les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine s'est révélé moins efficace à travers le temps [23]. Néanmoins plusieurs études se sont intéressées à l'efficacité des antipsychotiques principalement l'olanzapine et la rispéridone dans le traitement du TSPT [24- 25 26].

Conclusion:-

L'expression clinique du TSPT est polymorphe et variable, influencée par des filtres biologiques, culturels et sociaux. Ils peuvent changer ou moduler l'expression classique de l'expérience traumatique dont la base est présentée par le syndrome de répétition et de reviviscences qui peuvent donner place à des symptômes psychotiques notamment des délires. Cette expression clinique peut induire le clinicien en erreur vers un registre psychotique. Il est donc primordial que chaque clinicien tienne compte du polymorphisme de cette dimension clinique afin de garantir une prise en charge globale et efficace.

Référence:-

1. Sautter FJ, Cornwell J, Johnson JJ, et al. Family history study of posttraumatic stress disorder with secondary psychotic symptoms. *Am J Psychiatry* 2002;159(10): 1775—7.
2. JANIN, A-C. Le concept d'état de stress post-traumatique masqué *International Journal Of Victimology* Tome 2, numéro 3 (Juillet 2004)
3. Lindley SE, Carlson EB, Hill KR. Expériences de type psychotique, expression des symptômes et performances cognitives chez les anciens combattants atteints de trouble de stress post-traumatique. *J Nerv Ment Dis* 2014; 202:91–96.
4. Brewin CR, Patel T. Pseudohallucinations auditives chez les anciens combattants et les civils du Royaume-Uni souffrant de trouble de stress post-traumatique. *J Clin Psychiatry* 2010; 71:419–425.
5. Norredam M, Jensen M, Ekstrom M. Symptômes psychotiques chez les réfugiés diagnostiqués avec le SSPT: une série de rapports de cas. *Nord J Psychiatry* 2011; 65:283–288.
6. Braakman MH, Kortmann F a. M, van den Brink W. Validity of “post-traumatic stress disorder with secondary psychotic features”: a review of the evidence. *Acta Psychiatr Scand* 2009;119(1):15–24.
7. Hamner MB, Frueh BC, Ulmer HG et al. Caractéristiques psychotiques dans le trouble de stress post-traumatique chronique et la schizophrénie: gravité comparée. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188:217–221.
8. Hamner MB. Caractéristiques psychotiques et ESPT associé au combat. *Déprimer Anxiété* 1997; 5:3438.
9. Hamner MB, Frueh BC, Ulmer HG, et al. Psychotic features and illness severity in combat veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry* 1999;45(7):846—52.
10. Sareen J, Cox BJ, Goodwin RD, et al. Co-occurrence of posttraumatic stress disorder with positive psychotic symptoms in a nationally representative sample. *J Trauma Stress* 2005;18(4):313—22.
11. Psychotic symptoms in combat-related post-traumatic stress disorder.
12. Y. Auxéméry, G. Fidelle. Psychosis and trauma. Theoretical links between post-traumatic and psychotic symptoms. *L'Encéphale* (2011) 37, 433—438
13. Sautter FJ, Uddo M, Brailey K, et al. Clinical and family studies of PTSD with psychotic symptoms. (1996): *Int Soc Traumatic Stress Studies* 83.
14. Hamner MB, Gold PB. Plasma dopamine beta-hydroxylase activity in psychotic and non-psychotic post-traumatic stress disorder. *Psychiatry Res* 1998;77(3):175—81.
15. Duncan L, Nievergelt C, Ripke S, et al. GWAS du trouble de stress post-traumatique: premier rapport du groupe psychiatric genomics consortium-PTSD. Copenhague, Danemark : XXIIe Congrès mondial de génétique psychiatrique ; 2004.
16. Nievergelt CM, Maihofer AX, Mustapic M, et al. Prédicteurs génomiques de la vulnérabilité et de la résilience au stress de combat chez les Marines américains: une étude d'association à l'échelle du génome sur plusieurs ancêtres implique PRTFDC1 en tant que gène potentiel du SSPT. *Psychoneuroendocrinologie* 2015; 51:459–471.
17. Pivac N, Kozaric-Kovacic D, Grubisic-Ilic M, et al. L'association entre les variantes du facteur neurotrophique dérivé cerveau Val66Met et les symptômes psychotiques dans le trouble de stress post-traumatique. *World J Biol Psychiatry* 2012; 13:306–311.
18. Lyons MJ, Huppert J, Toomey R, et al. Prévalence au cours de la vie des troubles de l'humeur et de l'anxiété chez les paires de jumeaux discordants pour la schizophrénie. *Twin Res* 2000; 3:28–32.
19. Sautter FJ, Bissette G, Wiley J, et al. Facteur de libération de corticotropine dans le trouble de stress post-traumatique (SSPT) avec symptômes psychotiques secondaires, SSPT non psychotique et sujets témoins sains. *Biol Psychiatrie* 2003; 15:2003; 54:1382–1388.
20. Monica Aas I, Unn K Haukvik, Srdjan Djurovic, Ørjan Bergmann. BDNF val66met modulates the association between childhood trauma, cognitive and brain abnormalities in psychoses. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2013 Oct 1;46:181-8. doi: 10.1016/j.pnpbp.2013.07.008. Epub 2013 Jul 19.

21. Buckley PF, Pillai A, Howell KR. Facteur neurotrophique dérivé du cerveau: découvertes dans la schizophrénie. *Curr Opin Psychiatry* 2011; 24:122–127.
22. Sun MM, Liu LF, Yang LM, et al. Étude d'association du polymorphisme du facteur neurotrophique Val66Met dérivé du cerveau et des caractéristiques cliniques du premier épisode de schizophrénie. *Zhonghua Yi Xue Yi Chuan Xue Za Zhi* 2012; 29:155–158
23. Bajor LA, Ticlea AN, Osser DN. The Psychopharmacology Algorithm Project at the Harvard South Shore Program: une mise à jour sur le trouble de stress post-traumatique. *Harv Rev Psychiatry* 2011; 19:240–258
24. Pae CU, Lim HK, Peindl K, et al. Les antipsychotiques atypiques olanzapine et rispéridone dans le traitement du trouble de stress post-traumatique: une méta-analyse d'essais cliniques randomisés, en double aveugle et contrôlés par placebo. *Int Clin Psychopharmacol* 2008; 23:1–8.
25. Kozaric-Kovacic D. Traitement pharmacothérapeutique du SSPT et des troubles comorbides. *Psychiatre Danub* 2009; 21:411–414.
26. Kozaric-Kovacic D, Pivac N. Traitement à la quétiapine dans un essai ouvert sur le trouble de stress post-traumatique lié au combat avec des caractéristiques psychotiques. *Int J Neuro psychopharmacol* 2007; 10:253–261.