



Journal Homepage: - www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/16768

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/16768>



RESEARCH ARTICLE

PSYCHOSE POST-ICTALE, UNE ENTITE CLINIQUE A CONNAITRE : A PROPOS D'UN CAS HOSPITALISE AU CENTRE PSYCHIATRIQUE UNIVERSITAIRE DE CASABLANCA

K. Falah, N. Attouche, N. Ajaoui and M. Agoub

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 28 February 2023

Final Accepted: 31 March 2023

Published: April 2023

Abstract

Les psychoses post-ictales correspondent à l'apparition soudaine d'un état délirant aigu de durée brève après une salve de crises épileptiques. Le syndrome psychotique est de sémiologie protéiforme, associant en proportions variables des symptômes thymiques, des hallucinations et des idées délirantes avec une conscience globalement préservée. Le risque de comportements dangereux auto- ou hétéro-agressifs est élevé. L'évolution se fait vers la régression spontanée des symptômes en une semaine en moyenne, avec ou sans traitement. Le cas clinique présenté concerne un patient épileptique âgé de 26ans, hospitalisé au service de psychiatrie de Casablanca pour trouble du comportement à type d'hétéro-agressivité, le patient a présenté un tableau délirant aigu, sans désorganisation conceptuelle, pas de symptomatologie thymique maniaque ou dépressive, le traitement instauré était à base d'halopéridol et diazépam. Un avis neurologique a été demandé, le diagnostic évoqué est une psychose post-ictale, le traitement antiépileptique a été ajusté, l'évolution sous traitement fut favorable avec nettoyage totale de la symptomatologie psychotique au bout de 4jours. Le syndrome de PPI, s'il est de bon pronostic à court terme, peut potentiellement évoluer vers d'autres troubles psychiatriques de moins bon pronostic. Il est donc important à connaître pour le clinicien, d'autant que son traitement apparait relativement aisé par rapport à celui d'autres troubles psychotiques.

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

Introduction:-

Les psychoses post-ictales correspondent à l'apparition soudaine d'un état délirant aigu de durée brève après une salve de crises épileptiques avec l'existence d'un intervalle libre de pleine lucidité après la crise. Le syndrome psychotique est de sémiologie protéiforme, associant en proportions variables des symptômes thymiques, des hallucinations et des idées délirantes. Ce syndrome spécifique n'est pas identifié comme une entité autonome dans le DSM-5 [1]. L'illustration de notre cas clinique met la lumière sur cette entité qui n'est pas bien connue et dont la prise en charge pourrait être pluridisciplinaire.

Patient(s) et observation(s):-

Mr Mustapha âgé de 26 ans à son admission, célibataire, maçon de profession. Il a été hospitalisé au centre psychiatrique universitaire de Casablanca suite à un trouble du comportement à type d'hétéro-agressivité, le patient a été transféré du service de réanimation où il a séjourné pendant 1 jour pour état de mal épileptique, 12h après

reprise de conscience, le patient est devenu agité, il a agressé physiquement un infirmier et a cassé le matériel de réanimation.

Nous avons relevé comme antécédent familial, le décès du père à l'âge de 39ans suite à une affection neurologique probable mais pas document. Le patient est connu épileptique depuis l'âge de 9ans avec un suivi et une prise irrégulière des antiépileptiques (Gardéнал, Тégrétol), il faisait des crises partielles sans prodrome, les généralisations secondaires étaient rares. Depuis 2ans, il y a eu une accentuation des crises qui sont devenues de plus en plus généralisées et rapprochées. Par ailleurs, le patient n'était pas connu malade mental, il fonctionnait régulièrement, il était tabagique chronique sans autres habitudes toxiques.

A l'admission, l'entretien était difficile, le patient était conscient mais agité, vociférait, paraissait halluciné, bilan biologique et infectieux normales, la ponction lombaire et la TDM cérébrale n'ont pas objectivé d'anomalies.

Mis en chambre d'isolement thérapeutique, les entretiens durant l'hospitalisation ont objectivé une symptomatologie psychotique faite d'hallucinations visuelles et auditives avec des idées délirantes à thématique persécutoire, sans désorganisation conceptuelle, pas de symptomatologie thymique maniaque ou dépressive, le traitement instauré était à base d'halopéridol et diazépam.

Le patient n'a pas refait de crises convulsives, un avis neurologique a été demandé, le diagnostic évoqué est une psychose post-ictale, le tracé d'EEG enintercritique fait de grapho-éléments paroxystiques à type de pointes généralisées à prédominance fronto-temporale sur un rythme de fond normal. Traitement antiépileptique a été ajusté, l'évolution sous traitement fut favorable avec nettoyage totale de la symptomatologie psychotique au bout de 4jours, à sa sortie de l'hôpital, le patient a été adressé à la neurologie pour un suivi ambulatoire approprié. Une stabilisation de son état psychiatrique a été notée durant le suivi psychiatrique.

Discussion:-

La prévalence des psychoses post-ictales (PPI) est estimée à 2 % chez les personnes épileptiques mais la nature intermittente du trouble, sa durée brève, la méconnaissance du tableau rendent compte d'une probable sous-estimation. Dans le DSM-5, les PPI sont considérées comme les psychoses les plus communes, observées chez 2 à 7,8 % des personnes épileptiques. [2,3]. Le trouble intéresse principalement les sujets atteints d'une épilepsie focale pharmaco-résistante évoluant depuis plus de 15 ans [4], temporale dans 81 % des cas [5] et frontale dans les autres cas [6].

Dans la littérature comme chez notre patient, le syndrome de PPI survient toujours après une série de crises très rapprochées, typiquement après une salve de crises. Le début est brutal, après un intervalle libre de quelques heures à quelques jours. La conscience est préservée ou très discrètement altérée. Le tableau psychiatrique évolue en moyenne pendant une semaine. Il existe au premier plan un syndrome délirant associant idées de persécution et hallucinations acousticoverbales et visuelles. Les symptômes négatifs et la désorganisation sont en revanche peu fréquents. [7]

Chez notre patient, il a été noté une agitation avec agressivité. L'association entre violence et phase postcritique est connue et décrite avec un risque élevé de comportements dangereux auto- ou hétéro-agressifs. [8]

Typiquement, le tracé EEG enregistré pendant l'accès psychotique ne montre ni activité critique (permettant de faire la différence avec une psychose-ictale), ni normalisation complète (permettant de faire la différence avec une psychose alternante) [7], vu la difficulté de gérer initialement notre patient, le tracé EEG a été fait à J3 de son hospitalisation.

Conclusion:-

Il apparaît au vu du cas présenté et au vu de la littérature, que le syndrome de psychose post-ictale, s'il est de bon pronostic à court terme, peut potentiellement évoluer vers d'autres troubles de moins bon pronostic [9,10]. Sa connaissance et sa reconnaissance en pratique clinique sont donc d'importance primordiale.

Références:-

- [1]-de Toffol B, Kanemoto K. Clinique et neurobiologie des psychoses post-ictales : Revue de littérature. *Encéphale* (2016),<http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2015.12.023>
- [2]-Clancy MJ, Clark MC, Connor DJ, et al. The prevalence of psychosis and epilepsy: a systematic review and metaanalysis. *BMC Psychiatry*2014;14:75.
- [3]-Falip M, Carreno M, Donaire A, et al. Postictal psychosis: a retrospective study in patients with refractory temporal lobe epilepsy. *Seizure* 2009;18:145–9.
- [4]- Kanemoto K. Postictal psychoses, established facts and new clinical questions. In: Trimble M, Schmitz B, editors. *The neuropsychiatry of epilepsy*. 2nd ed. Cambridge: Cambridge university press; 2011. p. 67–79.
- [5]- Kanemoto K, Tadokoro Y, Oshima T. Psychotic illness in patients with epilepsy. *Ther Adv Neurol Disord*2012;5:321–34.
- [6]-Adachi N, Nishiwaki S, Onuma T, et al. Interictal and postictal psychoses in frontal lobe epilepsy: a retrospective comparison with psychoses in temporal lobe epilepsy. *Seizure*2000;9:328–35.
- [7]-S. Lambrey , C. Adam, M. Baulac , S. Dupont . Le syndrome de psychose post-ictale : une entité clinique à connaître. *Revue neurologique* ;1 6 5 (2 0 0 9) 1 5 5 – 1 6 3
- [8]-Gerard ME, Spitz MC, Towbin JA, Shantz D. Subacute postictal aggression. *Neurology*1998;50:384–8.
- [9]-de Toffol B. *Syndromes épileptiques et troubles psychotiques*. Paris: John LibbeyEurotext; 2001.
- [10]-Tarulli A, Devinsky O, Alper K. Progression of postictal to interictal psychosis. *Epilepsia*2001; 42:1468–71.