

Mots clés Sevrage en alcool ; Psychose parkinsonienne ; Iatrogénie

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

Goldman JG et Holden S. Treatment of psychosis and dementia in parkinson's disease. *Curr Treat Options Neurol* 2014;16(3):281.

Seppi K, Weintraub D, Coelho M et al. The Movement Disorder Society evidence-based medicine review update: treatments for the non-motor symptoms of Parkinson's disease. *Mov Disord*, 2011;26 Suppl. 3: S42–80.

Zahodne LB et Fernandez HH. A review of the pathophysiology and treatment of psychosis in parkinson's disease. *Drugs Aging* 2008;25(8):665–82.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.241>

P052

Démence à corps de Lewy et psychiatrie

A. Melac^{1,*}, A. Tanguy², M.C. Bralet^{3,4}

¹ Unité accueil urgences, CHI Clermont-de-l'Oise, 60607 Clermont, France

² Département d'épidémiologie et recherche clinique, pôle santé publique, recherche clinique, et information médicale, centre hospitalo-universitaire Paris-Nord Val-de-Seine, site Bichat, 75018 Paris, France

³ Unité Crisolid, CHI Clermont-de-l'Oise, 60607 Clermont, France

⁴ Unité inserm 1178 « santé mentale et santé publique », GDR 3557 groupe de recherche en psychiatrie, Paris, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : adrianmelac@gmail.com (A. Melac)

Introduction La maladie à corps de Lewy est la seconde cause de démence. Il persiste malgré cela de fréquentes errances diagnostiques, notamment lors de manifestations initiales psychiatriques.

Méthodes Nous présentons le cas clinique de M F., 60 ans, hospitalisé pour la seconde fois en psychiatrie suite à des troubles du comportement à domicile. Il avait été pris en charge 3 ans auparavant en ambulatoire pour épisode dépressif majeur avec éléments psychotiques [1], traité par paroxétine et rispéridone. Il a été dans un second temps hospitalisé devant un tableau hypomaniaque, ayant abouti à un diagnostic de trouble bipolaire et la mise en place d'un traitement par valpromide. Aucun bilan neurologique ou neuropsychologique n'avait été effectué.

Résultats Au cours de l'hospitalisation, le patient a présenté des fluctuations cognitives, un parkinsonisme, des idées délirantes systématisées à thématique de persécution [2] et une hypersensibilité aux neuroleptiques. Ont été également notés une anosognosie, des troubles du sommeil [3], des éléments maniaques atypiques avec des achats compulsifs [4] et une désinhibition. Le traitement thymorégulateur initial associé à la loxapine a été inefficace et mal toléré. L'arrêt de l'antipsychotique a permis une nette amélioration clinique. Un traitement par valproate a été secondairement initié, permettant un bon apaisement comportemental. La biologie, le scanner cérébral et l'IRM cérébrale ont éliminé les étiologies organiques courantes. Le bilan neuropsychologique a orienté le diagnostic (troubles des fonctions visuo-spatiales [2], de l'attention et des fonctions exécutives) vers une probable maladie à corps de Lewy.

Discussion Les éléments cliniques peuvent être en accord avec un trouble bipolaire. Mais le terrain, l'anamnèse, les signes atypiques, la réponse aux différentes thérapeutiques et le bilan neuropsychologique orientent vers une maladie à corps de Lewy. On note donc l'importance d'associer au recueil clinique un bilan neurologique et neuropsychologique en pratique courante.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Kobayashi K, Nakano H, Akiyama N, Maeda T. Pure psychiatric presentation of the Lewy body disease is depression—an analysis of 60 cases verified with myocardial meta-iodobenzylguanidine study. *Int J Geriatric Psychiatry* 2014.
- [2] Rachel L Gore, Emma R L C Vardy, John T O'Brien. Delirium and dementia with Lewy bodies: distinct diagnoses or part of the same spectrum?
- [3] Fujishiro H, Nakamura S, Sato K, Iseki E. Prodromal dementia with Lewy bodies. *Geriatr Gerontol Int* 2015.
- [4] Han D, Wang Q, Gao Z, Chen T, Wang Z. Clinical features of dementia with lewy bodies in 35 Chinese patients. *Transl Neurodegen* 2014.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.242>

P053

Modalités de prise en charge des crises non épileptiques psychogènes (CNEP) en France

M. Lambolez^{1,2,3,4,5,6,*}, L. Maillard², R. Schwan³, A. Biraben⁴, B. De Toffol⁵, W. El Hage⁶, C. Hingray^{2,3}

¹ Centre psychothérapique de Nancy, Nancy, France

² Service de neurologie, CHU de Nancy, Nancy, France

³ Service de psychiatrie, centre psychothérapique de Nancy, Nancy, France

⁴ Service de neurologie, CHU de Rennes, Rennes, France

⁵ Service de neurologie et neurophysiologie clinique, CHU de Tours, Tours, France

⁶ Service de psychiatrie, CHU de Tours, Tours, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : marie.lambolez@bbox.fr (M. Lambolez)

L'objectif principal de l'étude était de décrire la prise en charge des patients souffrant de crises non épileptiques psychogènes (CNEP). Nous avons utilisé le questionnaire élaboré par la International League against Epilepsy (ILAE) afin de pouvoir comparer nos résultats à ceux d'études menées à l'étranger. Ce questionnaire a été adressé au personnel travaillant dans les unités d'épileptologie de centres hospitaliers français du 2 juin 2015 au 8 juillet 2015 par e-mail par l'intermédiaire du logiciel Survey Monkey. Les résultats ont été collectés via ce même logiciel. L'annonce diagnostique est réalisée dans 94,4 % des cas au cours d'un entretien avec le patient et dans 79 % des cas avec la famille. Lors de l'entretien d'information sur les CNEP, 61,9 % des praticiens disent que ces manifestations peuvent être le signe de traumatismes refoulés ou actuels ; ils sont 14,4 % à dire que les CNEP ne s'expliquent pas d'un point de vue médical. Après l'annonce du diagnostic, 60,2 % des praticiens proposent au moins un RDV à leur patient. Environ 11,9 % des répondants n'assurent plus le suivi des patients. Concernant les options thérapeutiques, si 3,4 % des répondants considèrent qu'aucun traitement n'est efficace, ils sont 97,8 % à reconnaître l'efficacité de la psychothérapie individuelle. Environ 33,9 % recommandent la prescription d'antidépresseurs, 28 % considèrent l'hypnose comme un traitement efficace des CNEP. Il existe une grande disparité dans les prises en charge des patients souffrant de CNEP et encore des difficultés d'accès et de relais vers des structures de soins psychiatriques pourtant indispensables. Cette enquête illustre la nécessité d'une coordination entre neurologues et psychiatres dans la prise en charge de ces patients.

Mots clés Crises non épileptiques psychogènes ; Vidéo-EEG ;

Diagnostic ; Traitement

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

LaFrance et al. What is « treatment as usual » for nonepileptic seizures?