

A. Belkhiria, I. Bemromdhane, F. Medini,
S. Elhecmi, R. Labbene
Hôpital Razi, Tunis, Tunisie

Introduction.– La dystonie est caractérisée par un trouble du tonus musculaire. Elle constitue un groupe hétérogène de mouvements anormaux dont la physiopathologie est actuellement mal comprise. Quelques études ont par ailleurs suggéré la comorbidité entre dystonie et troubles psychiatriques dont la maladie bipolaire. Nous rapportons le cas d'une patiente illustrant l'association entre les deux troubles. À travers une revue de la littérature, nous rapportons l'état actuel des connaissances sur cette comorbidité.

Vignette clinique.– Mlle L âgée de 33 ans a développé en 2008, une dystonie du tronc d'aggravation progressive. Le diagnostic de dystonie primitive idiopathique a été retenu et elle a été mise sous Levodopa. Elle a présenté en 2009 un premier accès maniaque probablement déclenché par la Levodopa puis une deuxième rechute maniaque en 2011 faisant porter le diagnostic de trouble bipolaire type I.

Discussion.– Les premiers cas de trouble bipolaire associé à la dystonie idiopathique ont été rapportés par Lauterbach et al. en 1992. La même équipe a retrouvé une prévalence de trouble bipolaire plus importante chez les patients atteints de dystonie primitive par rapport à des sujets contrôles. Les explications physiopathologiques sont multiples. En effet, quelques études ont montré un lien génétique commun entre les troubles de l'humeur et certaines formes de dystonie. D'autres auteurs ont avancé des hypothèses neurobiologiques impliquant la voie pallido-thalamo-corticale. Enfin, une dysrégulation du système dopaminergique pourrait être à l'origine de cette co-morbidité.

Conclusion.– Les liens existants entre trouble bipolaire et dystonie doivent faire l'objet de plus de recherches, permettant ainsi une meilleure compréhension de la physiopathologie des deux troubles ainsi qu'une meilleure approche des malades.

Pour en savoir plus

Barbano RL, Hill DF, Snively BM, Light LS, Boggs N, McCall W, et al. New triggers and non-motor findings in a family with rapid-onset dystonia-parkinsonism. *Parkinsonism Relat Disord* 2012;18(6):737–41.

Lauterbach EC, Freeman A, Vogel RL. Differential DSM-III psychiatric disorder prevalence profile dystonia and Parkinson's disease. *J Neuropsychiatr Clin Neurosci* 2004;16:29–36.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.143>

P64

Intérêt des tests psychométriques en consultation psychiatrique préopératoire chez des patients candidats à la chirurgie bariatrique en Martinique

M. Rabot^a, C. Marchand^a, J. Lacoste^a, S. Lamy^a,
L. Jehel^{a,b,c,d,e}

^a CHU de Martinique, Fort-de-France

^b Department of Psychiatry and Psychotraumatology, Martinique University Hospital (CHUM) Martinique, Fort-de-France

^c Inserm U669, Paris-Sud University and Paris-Descartes University, Paris, France

^d Université Antilles-Guyane, UAG

^e Laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale (EA 4569), Paris, France

Mots clés : Psychiatrie ; Obésité ; Tests psychométriques ; Martinique

Introduction.– En France, 6,9 millions d'adultes sont obèses et le recours à la chirurgie bariatrique est en augmentation. L'évaluation psychiatrique est obligatoire [1] et il peut exister, nous semble-t-il, un biais de « non divulgation » [3] de symptômes dans le but d'obtenir « l'accord du psychiatre ». L'objectif principal de cette étude est de savoir s'il est utile de proposer des tests psychométriques en consultation psychiatrique préopératoire de chirurgie bariatrique en aide à la détection de comorbidités psychiatriques, et permettre ainsi l'amélioration de la prise en charge.

Méthode.– Étude monocentrique, anonyme, non interventionnelle visant à améliorer la prise en charge des patients candidats à la chirurgie bariatrique. Réalisée entre mars et octobre 2012. Inclusions des patients en deux temps : un premier temps avec un entretien clinique ouvert, un deuxième temps avec un entretien clinique structuré (MINI 5.0.0.).

Résultats.– Vingt-huit patients inclus. La moyenne d'âge est de 37,2 ans, l'IMC moyen est de 43,2 kg/m². Parmi les patients, 60,7 % présentaient au moins un trouble actuel ou passé au MINI contre 32,1 % en entretien clinique ouvert. Le MINI n'est pas significativement plus sensible que l'entretien clinique structuré pour la détection de l'ensemble des comorbidités psychiatriques ($p=0,2$), par contre il est significativement plus sensible pour la détection des troubles anxieux ($p=0,02$).

Conclusion.– Prévalence d'au moins un trouble actuel ou passé proche des taux de la littérature scientifique [2] pour le MINI. Pour aider à la détection des comorbidités psychiatriques, en diminuant ce biais de « non divulgation », nous proposons un nouvel auto-questionnaire.

Références

- [1] HAS. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. 2011.
- [2] Kalarchian MA, et al. Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. *Am J Psychiatry* 2007;164:328–34.
- [3] King WC, et al. Prevalence of alcohol use disorders before and after bariatric surgery. *JAMA* 2012;307:2516–25.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.144>