



ECT (et traitement) dans le syndrome catatonique

DIU ECT

*Ali Amad
Pôle de psychiatrie
CHRU Lille*



Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille

Introduction historique et définition

Catatonie ou syndrome catatonique

- Syndrome psycho-moteur
 - Généralement = aigu
 - Étiologie psychiatrique et non-psychiatrique
 - Prévalence estimée à 10 % en population psychiatrique
 - Enfance -> personne âgée
- Symptômes moteurs (ex : stupeur, catalepsie, flexibilité cireuse)
 - psycho-comportementaux (négativisme, mutisme, écophénomènes)
 - affectifs (ex : agitation, anxiété, incontinence émotionnelle, impulsivité)
 - parfois neurovégétatifs

Présentation clinique

12 signes « psychomoteurs »

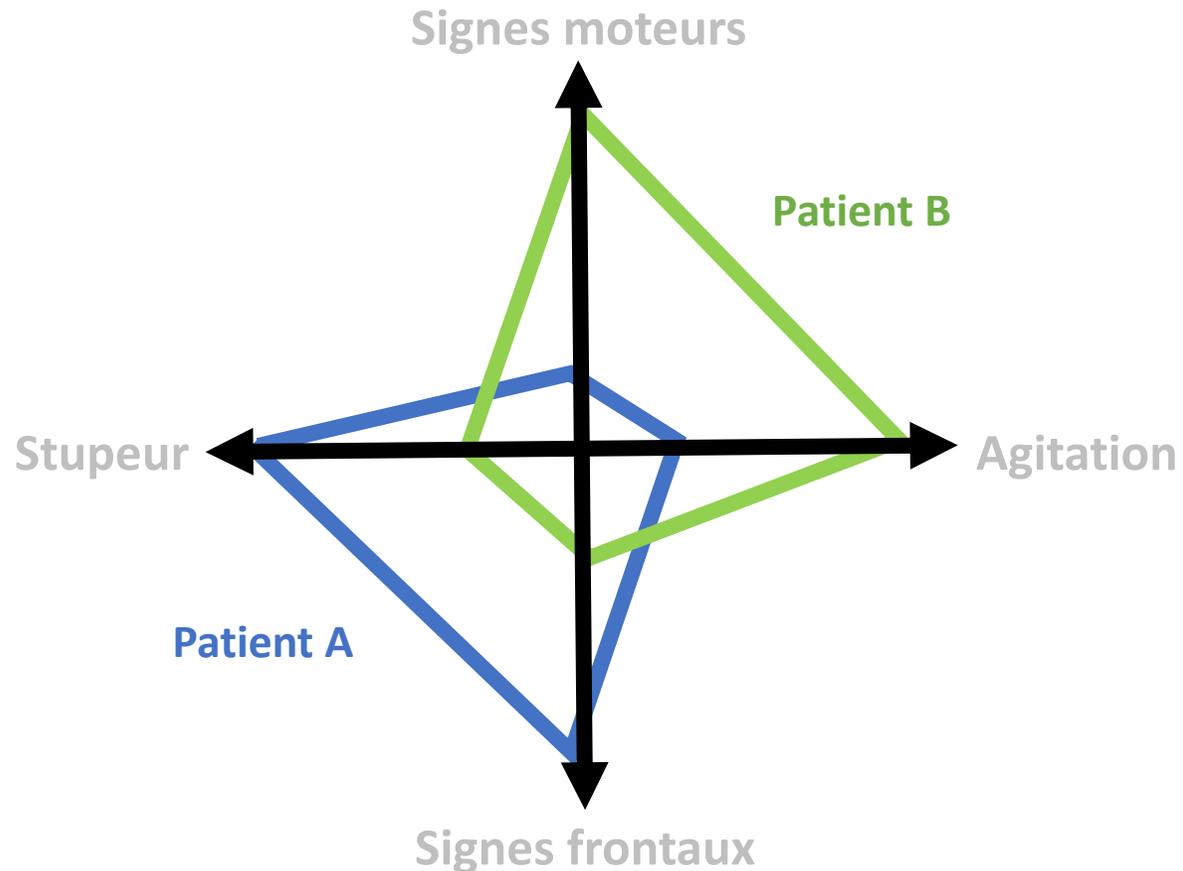
- Stupeur
 - Négativisme
 - Mutisme
 - Agitation
 - Grimaces
 - Catalepsie
 - Prise de posture
 - Flexibilité cireuse
 - Maniérismes
 - Stéréotypies
 - Écholalie
 - Échopraxie
- Plus de **3 signes** = syndrome catatonique (DSM5)
 - Travaux de Peralta et al.

Phénoménologie de la catatonie

- Interaction entre **différentes familles de signes**
- **Signes moteurs** : « *difficultés au démarrage et à l'arrêt d'un mouvement* »
 - Catalepsie, mutisme, stéréotypie
- **Signes frontaux** : « *dépendance à l'environnement* »
 - Échophénomènes, comportement d'utilisation, attitude d'aimantation
- « *Conducteur de voiture n'ayant plus accès ni au volant, ni aux pédales* »

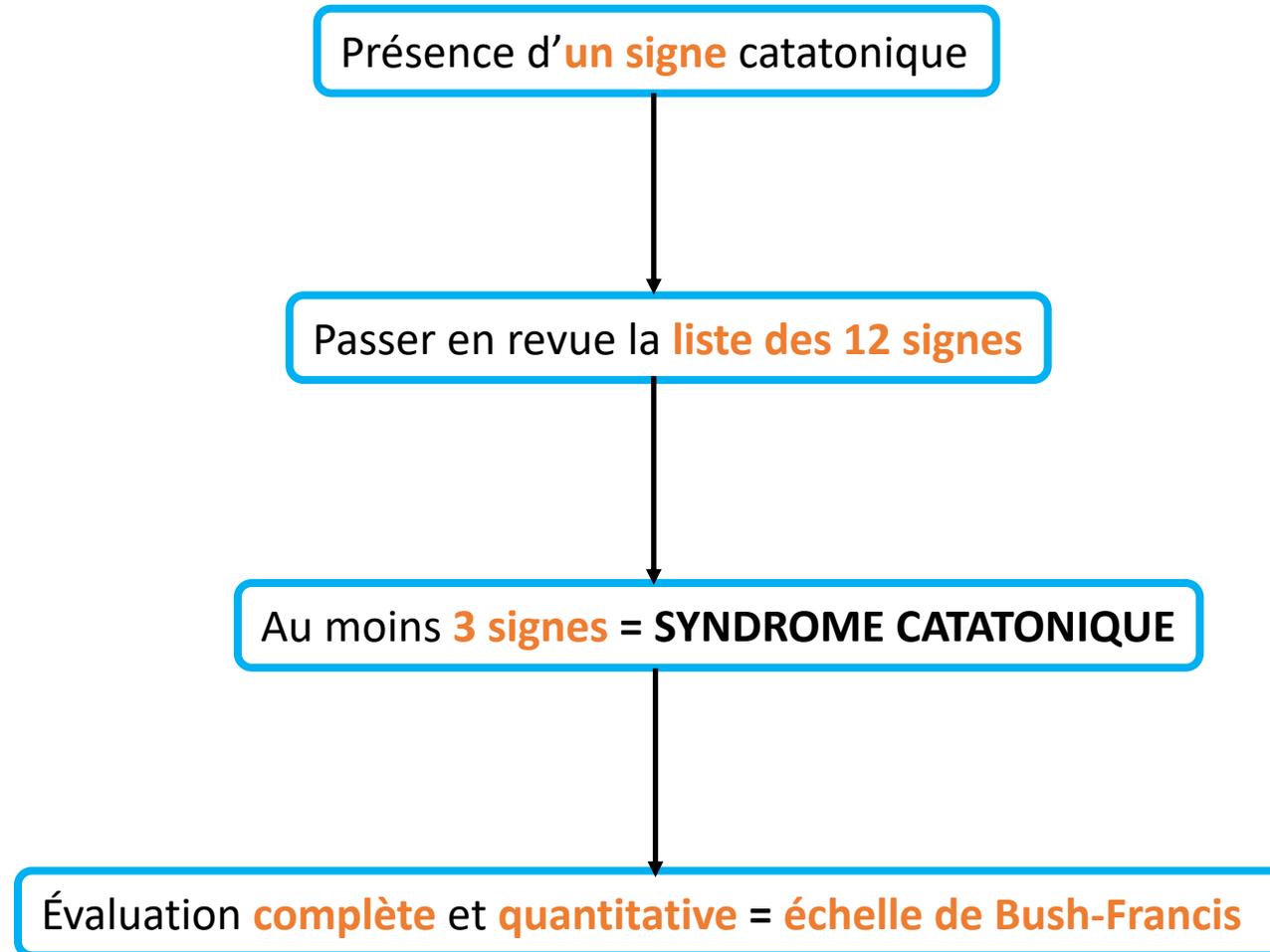
(P. Thomas)

Hétérogénéité clinique



- Présentation **hétérogène** d'un patient à l'autre :
 - **Patient A**
 - **Patient B**
- Signes fluctuants :
 - **Constants** mais aussi **fluctuants**
 - **Répéter les examens cliniques**

Évaluation sémiologique pratique de la catatonie



Évaluation sémiologique pratique de la catatonie

Date de l'examen :

IDENTIFICATION DE L'EXAMINATEUR

Prénom :

Nom :

Fonction :

IDENTIFICATION DU PATIENT

Prénom :

Nom :

DDN / âge :

Signes

- Stupeur** (Absence d'activité psychomotrice, pas de relation active avec l'environnement).
- Catalepsie** (Maintien contre la gravité de postures imposées par l'examinateur).
- Flexibilité cireuse** (Résistance légère ou nette lors du positionnement induit par l'examinateur).
- Mutisme** (Absence ou quasi-absence de réponse verbale [exclure si secondaire à une aphasie connue]).
- Négativisme** (Opposition ou absence de réponse à des instructions ou à des stimuli extérieurs).
- Prise de posture** (Maintien actif contre la gravité, d'une posture adoptée spontanément).
- Maniérismes** (Connotations bizarres ou solennelles d'actions ordinaires).
- Stéréotypies** (Mouvements non dirigés vers un but, répétitifs et anormalement fréquents).
- Agitation** (Non influencée par des stimuli externes).
- Expressions faciales grimaçantes**
- Écholalie** (Répétition des paroles de l'examinateur).
- Échopraxie** (Reproduction des mouvements de l'examinateur)

Nombre de signes retrouvés :

Si présence de plus de 3 signes = syndrome catatonique.

Si syndrome catatonique : prendre les constantes du patient (tableau ci-contre) et passer à l'évaluation complète du syndrome catatonique avec l'échelle de Bush Francis.

Pression artérielle :
Fréquence cardiaque :
Fréquence respiratoire :
Température :
Saturation en O2 :
Hypersudation :

CONSTANTES

Échelle de cotation de catatonie de Bush-Francis

Ne cocher que les items bien définis. En cas de doute sur la présence d'un item, cocher 0.

- 1. AGITATION :** Hyperactivité extrême, agitation motrice constante qui semble sans but. Ne pas attribuer à de l'asthénie ou à une agitation dirigée.
 - 0 Absente.
 - 1 Mouvement excessif, intempestif.
 - 2 Mouvement constant, hyperinétique sans période de repos.
 - 3 Agitation catatonique caractérisée, activité motrice frénétique sans fin.
- 2. IMMOBILITÉ/STUPEUR :** Hypoactivité extrême, immobilité, faible réponse aux stimuli.
 - 0 Absente.
 - 1 Position anormalement fixe, peut interagir brièvement.
 - 2 Très fréquemment aucune interaction avec le monde extérieur.
 - 3 Stupeur, pas de réaction aux stimuli douloureux.
- 3. MUTISME :** Peu ou pas de réponses verbales.
 - 0 Absent.
 - 1 Absence de réponse à la majorité des questions, chuchotement incompréhensible.
 - 2 Prononce moins de 20 mots en 5 minutes.
 - 3 Aucune parole.
- 4. FIXITÉ DU REGARD :** Regard fixe, peu ou pas d'exploration visuelle de l'environnement, rareté du clignement.
 - 0 Absente.
 - 1 Contact visuel pauvre, périodes de fixité du regard inférieures à 20 secondes, diminution du clignement des paupières.
 - 2 Fixité du regard supérieure à 20 secondes, changement de direction du regard occasionnelle.
 - 3 Regard fixe non réactif.
- 5. PRISE DE POSTURE/CATALEPSIE :** Maintien de postures spontanées, comprenant les postures banales (ex : rester assis ou debout pendant de longues périodes sans réagir).
 - 0 Absente.
 - 1 Moins de 1 minute.
 - 2 Plus d'1 minute, moins de 15 min.
 - 3 Posture bizarre, ou postures courantes maintenues plus de 15 minutes.
- 6. GRINACES :** Maintien d'expressions faciales bizarres :
 - 0 Absentes.
 - 1 Moins de 10 secondes.
 - 2 Moins de 1 minute.
 - 3 Expression bizarre maintenue plus d'1 minute.
- 7. ÉCHOPRAXIE/ÉCHOLALIE :** Imitations des mouvements ou des propos de l'examinateur.
 - 0 Absente.
 - 1 Occasionnelle.
 - 2 Fréquente.
 - 3 Constante.
- 8. STÉRÉOTYPIES :** Activité motrice répétitive, sans but précis (ex : joue avec les doigts, se touche de façon répétée, se frotte ou se tapote), le caractère anormal n'est pas lié à la nature du geste mais du fait de sa répétition.
 - 0 Absentes.
 - 1 Occasionnelles.
 - 2 Fréquentes.
 - 3 Constantes.
- 9. MANIÉRISME :** Mouvements bizarres mais orientés vers un but (ex : sauter ou marcher sur la pointe des pieds, salut des passants, mouvements banales exagérés). Le caractère anormal est lié à la nature du mouvement.
 - 0 Absent.
 - 1 Occasionnel.
 - 2 Fréquent.
 - 3 Constant.

- 10. VERBIGÉRATION :** Répétition d'expressions ou de phrases (comme un disque rayé).
 - 0 Absente.
 - 1 Occasionnelle.
 - 2 Fréquente.
 - 3 Constante.
- 11. RIGIDITÉ :** Maintien d'une posture rigide en dépit d'efforts de mobilisation. Exclure si présence d'une roue dentée ou d'un tremblement.
 - 0 Absente.
 - 1 Résistance légère.
 - 2 Résistance modérée.
 - 3 Résistance sévère, ne peut pas être repositionnée.
- 12. NÉGATIVISME :** Résistance sans motivation apparente aux instructions ou tentatives de mobilisation ou d'examen du patient. Comportement d'opposition, fait exactement le contraire de ce qui est demandé.
 - 0 Absent.
 - 1 Résistance légère et/ou opposition occasionnelle.
 - 2 Résistance modérée et/ou opposition fréquente.
 - 3 Résistance sévère et/ou opposition constante.
- 13. FLEXIBILITÉ CIREUSE :** Pendant les changements de postures exercés sur le patient, le patient présente une résistance inélastique avant de se laisser repositionner, comme si on pliait une bougie.
 - 0 Absente.
 - 1 Présente.
- 14. ATTITUDE DE RETRAIT :** Refus de manger, de boire et/ou de maintenir un contact visuel.
 - 0 Absente.
 - 1 Alimentation/interaction minimale(s) depuis moins d'une journée.
 - 2 Alimentation/interaction minimale(s) depuis plus d'une journée.
 - 3 Absence totale d'alimentation/interaction pendant au moins un jour.
- 15. IMPULSIVITÉ :** Le patient s'engage brutalement dans un comportement inapproprié (ex : court dans tous les sens, crie, enlève ses vêtements) sans événement déclenchant. Après 1 ne peut pas donner d'explication, ou alors une explication superficielle.
 - 0 Absente.
 - 1 Occasionnelle.
 - 2 Fréquente.
 - 3 Constante ou non modifiable.
- 16. OBÉISSANCE AUTOMATIQUE :** Coopération exagérée avec les demandes de l'examinateur, ou poursuite spontanée du mouvement demandé.
 - 0 Absente.
 - 1 Occasionnelle.
 - 2 Fréquente.
 - 3 Constante.
- 17. MITGEHEN (obéissance passive) :** Élévation du bras en « lampe d'architecte » en réponse à une légère pression du doigt, en dépit d'instructions contraires.
 - 0 Absent.
 - 1 Occasionnelle.
 - 2 Fréquente.
 - 3 Constante.
- 18. GEGENHALTEN (oppositionnisme, négativisme « musculaire ») :** Résistance à un mouvement passif proportionnel à la force du stimulus, paraît plus automatique que volontaire.
 - 0 Absent.
 - 1 Occasionnelle.
 - 2 Fréquente.
 - 3 Constante.
- 19. AMBITENDANCE :** Le patient paraît « coincé », sur le plan moteur, dans un mouvement indécis et hésitant.
 - 0 Absent.
 - 1 Occasionnel.
 - 2 Fréquent.
 - 3 Présent.
- 20. RÉFLEXE DE GRASPING :** Durant l'examen neurologique.
 - 0 Absent.
 - 1 Occasionnel.
 - 2 Fréquent.
 - 3 Présent.
- 21. PERSÉVÉRATION :** Retour répétitif au même sujet de discussion ou persistance d'un mouvement.
 - 0 Absent.
 - 1 Occasionnel.
 - 2 Fréquent.
 - 3 Présent.

- 22. COMBATIVITÉ :** Habituellement non dirigée, avec peu ou pas d'explication par le suite.
 - 0 Absent.
 - 1 Agitation ou coups occasionnels avec un faible risque de blessures.
 - 2 Agitation ou coups fréquents avec un risque modéré de blessures.
 - 3 Dangereuse pour autrui.
- 23. ANOMALIES NEUROVÉGÉTATIVES :** Température, tension artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, hypersudation.
 - 0 Absent.
 - 1 Anomalie d'un paramètre (HTA pré-existante exclue).
 - 2 Anomalie de 2 paramètres.
 - 3 Anomalie de 3 paramètres ou plus.

Total : / 69

Protocole d'examen

1. Observer le patient en essayant d'engager la conversation.
 - Signes cliniques : Niveau d'activité, mouvements anormaux, discours anormal.
2. L'examinateur se gratte la tête de façon exagérée.
 - Signes cliniques : Échopraxie.
3. Examen des bras à la recherche d'une roue dentée. Tentative de repositionnement, en demandant au patient « laissez votre bras tomber ». Bouger le bras alternativement en douceur et avec force.
 - Signes cliniques : Rigidité, négativisme, flexibilité cireuse.
4. Demander au patient d'étendre son bras. Placer un doigt sous la main du patient en essayant de lever doucement la main après avoir dit « Ne me laissez PAS lever votre bras ».
 - Signes cliniques : Obéissance passive (mitgehen).
5. Tendre la main, « NE me serrez PAS la main ».
 - Signes cliniques : Ambitendance.
6. Cherchez dans votre poche en disant « tirez-moi la langue, je veux planter une épingle dedans. »
 - Signes cliniques : Obéissance automatique.
7. Chercher un grasping.
 - Signes cliniques : Grasping.
8. Vérifier les modifications cliniques d'abord par périodes de 24 heures. En insistant sur les signes vitaux, la prise de nourriture, et autres incidents.
9. Observer le patient indirectement par brèves périodes chaque jour.

Catatoniam.fr

- https://youtu.be/i9zEJM_OWzE
- <https://www.catatoniam.fr/outils-daide-au-diagnostic>
- <https://www.urmc.rochester.edu/psychiatry/divisions/collaborative-care-and-wellness/bush-francis-catatoniam-rating-scale.aspx>

Épidémiologie

Prévalence

- Prévalence moyenne globale : 9,2% tous troubles confondus
- Pas de différence significative dans le temps (1935-2017)
- Variations selon l'affection sous-jacente :
 - Schizophrénie : 4-67%
 - Troubles de l'humeur : 14-71%
 - Autres affections médicales : 4-46%
- Facteurs expliquant les variations :
 - Définition du syndrome catatonique
 - Outils de diagnostic utilisés
 - Groupes de patients étudiés (ex : 24% chez patients traités par ECT)

Pronostic & mortalité

- Généralement favorable si prise en charge précoce
- Dépend du trouble sous-jacent (meilleur pour troubles de l'humeur)
- Durée de maladie, mutisme, hallucinations = mauvaise réponse au lorazépam
- Flexibilité cireuse = meilleure réponse au lorazépam
- Âge jeune et signes neurovégétatifs = bonne réponse à l'ECT

Pronostic & mortalité

- Pas de chiffres précis mais mortalité élevée
- Risque accru chez sujets âgés en cas de délai d'identification
- Risque de complication et mortalité plus élevé dans catatonie associée à schizophrénie
- Catatonie maligne : mortalité jusqu'à 100% sans traitement, 10% malgré ECT

Physiopathologie

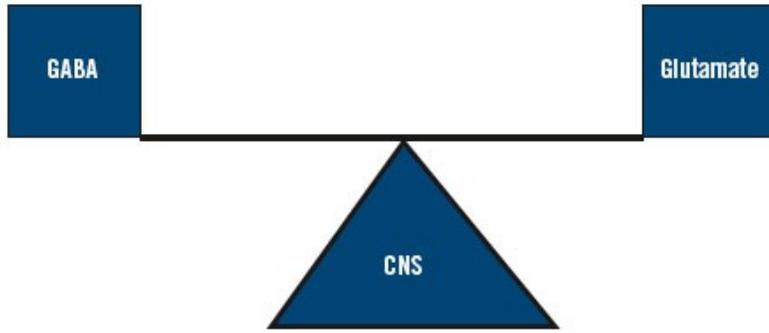
Physiopathologie

- Relativement mal connue
- Altération du contrôle moteur (ganglions de la base, cortex moteur, cortex orbito-frontal)
- Anomalies fréquentes à l'imagerie cérébrale (substance blanche)
- Hypoperfusion des ganglions de la base et cortex frontal/temporal/orbital

Déséquilibre neurotransmetteurs

- Réaction importante aux benzodiazépines -> dysfonctionnement GABA-ergique
- Trois théories principales :
 - Hypoactivité dopaminergique
 - Hypoactivité GABA-ergique
 - Hyperactivité glutamatergique

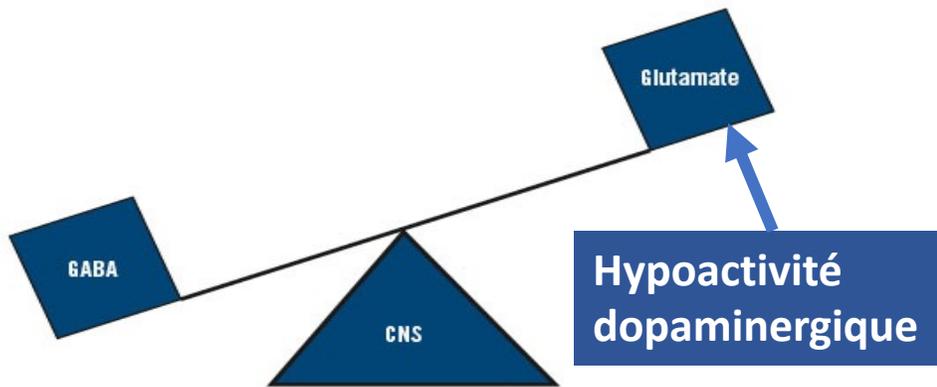
FIGURE 1
GABA GLUTAMATE HYPOTHESIS ONE



In non-catatonic brain there is an equilibrium between GABA and glutamate concentrations.
GABA= γ -aminobutyric acid; CNS=central nervous system.

Carroll BT, Lee JWY, Appiani F, Thomas C. *Primary Psychiatry*. Vol 17, No 4. 2010.

FIGURE 2
GABA GLUTAMATE HYPOTHESIS TWO

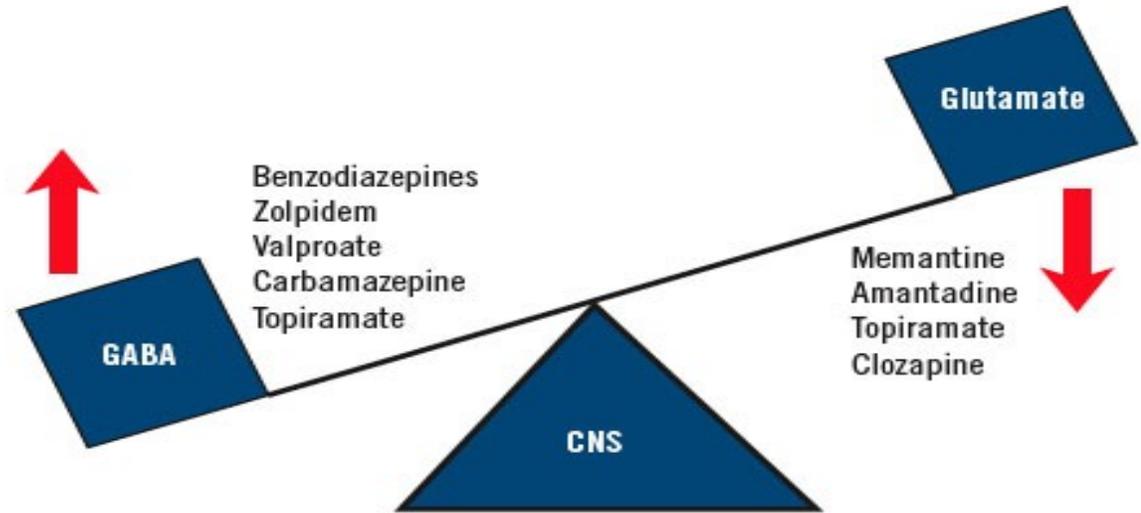


In a catatonic brain, the equilibrium between GABA and glutamate is broken and there is a relative decrease of gabaergic transmission and a relative increase of glutamate.

GABA= γ -aminobutyric acid; CNS=central nervous system.

Carroll BT, Lee JWY, Appiani F, Thomas C. *Primary Psychiatry*. Vol 17, No 4. 2010.

FIGURE 3
GABA GLUTAMATE HYPOTHESIS THREE



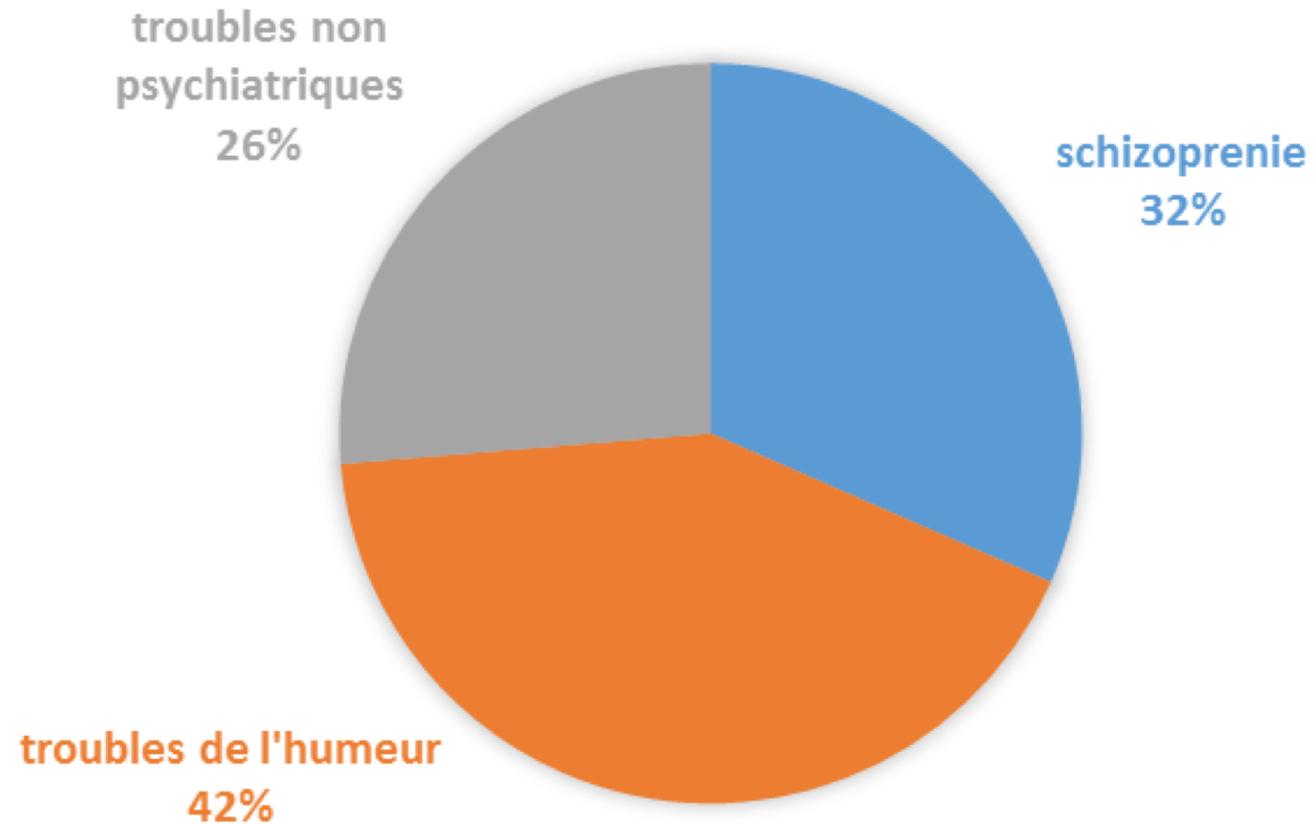
According to this hypothesis, pharmacologic treatment tend to restore GABA-glutamate imbalance, decreasing glutamate transmission or increasing GABA transmission. Decrease of dopaminergic transmission may act indirectly, increasing GABA-glutamate imbalance.

GABA= γ -aminobutyric acid; CNS=central nervous system.

Carroll BT, Lee JWY, Appiani F, Thomas C. *Primary Psychiatry*. Vol 17, No 4. 2010.

Étiologie

PATHOLOGIES ASSOCIÉES AU SYNDROME CATATONIQUE



Psychiatriques (75-80%)	Non psychiatriques (20-25%)		
	Encéphalites	Encéphalopathies	Autres Causes
<p>troubles de l'humeur (bipolarité, trouble unipolaire) +++</p> <p>trouble schizo-affectif</p> <p>schizophrénie</p> <p>autisme</p> <p>état de stress aigu</p> <p>Trouble Obsessionnel Compulsif</p> <p>Syndrome de Gilles de la Tourette</p>	<p>infectieuses (HSV1, Syphilis, VIH, VHB, VHC)</p> <p>Auto-immune (encéphalite d'Hashimoto, limbique à anticorps anti NMDAr)</p> <p>Néoplasiques</p> <p>inflammatoire (poussée de sclérose en plaques, neurolupus)</p> <p>spongiforme (maladie de Creutzfeldt-Jakob, insomnie fatale familiale)</p>	<p>métaboliques (acido-cétose, hyponatrémie sévère),</p> <p>carentielles (B12, Folates)</p> <p>toxiques (alcool, cocaïne, médicamenteuse)</p> <p>liée à une maladie neurométabolique (maladie de Niemann Pick de type C, maladie de Wilson, Hyperhomocystéinémie, porphyrie, xanthomatose, anomalie du cycle de l'urée)</p>	<p>Démences</p> <p>traumatisme crânien</p> <p>tumeurs cérébrales</p> <p>épilepsie</p> <p>Infarctus (lobes pariétaux, temporaux, thalamiques)</p> <p>Sevrage (benzodiazépines, clozapine)</p> <p>Syndrome de Di Georges</p>

Bilans cliniques et paracliniques

Examen clinique

- **Catatonia examination**

- **Observe** indirectly (stupor, posturing, mannerism, stereotypy, psychomotor agitation, grimacing, consistency)
- Offer to **shake hands** (ambitendence indecisive, hesitant movements). If no ambitendence, offer hand again instructing patient not to take it.
- Attempt to **engage in conversation** (mutism, echolalia, repetitive speech).
- **Scratch head** in an exaggerated manner and observe for echopraxia
- **Assess tone** asking the patient to keep arm loose (waxy flexibility, catalepsy, Gegenhalten).
- Ask the patient to hold their arms out and to keep them in place. Attempt to raise their arms (Mitgehen).
- Check charts (autonomic abnormality and reduced oral intake).

- **Other systems**

- **Temperature, blood pressure, heart rate**
- Neurological/respiratory/cardiovascular examination
- Pressure sites – heels, occiput, lower back, buttocks, hips, shoulders, elbows (for pressure sores)

Histoire de la maladie

- Antécédents des caractéristiques catatoniques
- Prise alimentaire récente
- Recherche de troubles mentaux sous-jacents, notamment d'un trouble de l'humeur ou schizophrénie
- Recherche de troubles non psychiatriques sous-jacents, tels qu'une infection récente, des convulsions, des vertiges, des troubles visuels, des engourdissements
- Antécédents médicaux, comprenant : a. Épilepsie b. Autres troubles neurologiques c. Maladies auto-immunes
- Historique des médicaments, y compris tout changement récent et l'utilisation de drogues
- Historique sexuel (si approprié), évaluant le risque de VIH et de syphilis

Examens paracliniques : Bilan sanguin

- hémogramme,
- ionogramme sanguin, urémie, créatininémie,
- glycémie,
- bilan thyroïdien,
- dosages des vitamines B1, B6, B9, B12, D, PP
- bilan hépatique
- albuminémie, pré albuminémie
- VS, CRP
- PTH
- CPK,
- électrophorèse des protéines plasmatiques
- cortisolémie à 8h, cortisolurie des 24h
- dosages sériques médicamenteux,
- sérologies VIH, syphilitique, VHB, VHC
- recherche de toxiques urinaires,
- recherche d'anticorps anti-nucléaires
- cuprémie, cuprurie, céruléosplasmine
- Bilans 2^{ème} ligne

Examens paracliniques : autre

- Imagerie cérébrale, de préférence une IRM
- EEG en cas de suspicion d'épilepsie
- une ponction lombaire en cas de suspicion d'encéphalite (notamment en présence d'une fièvre ou de crises convulsives ayant précédées le syndrome catatonique)

Focus sur l'IRM



Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Psychiatric Research

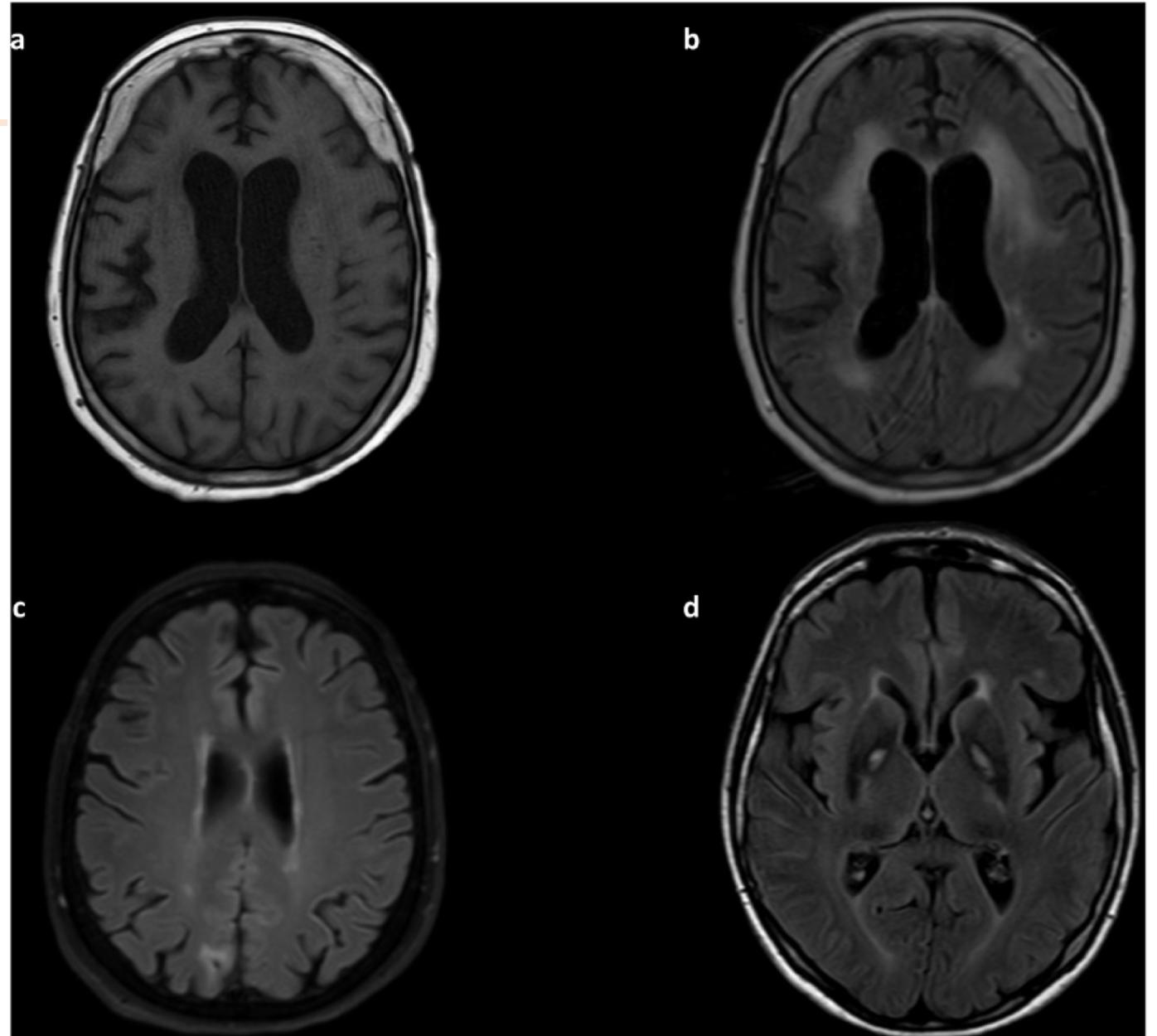
journal homepage: www.elsevier.com/locate/jpsychires



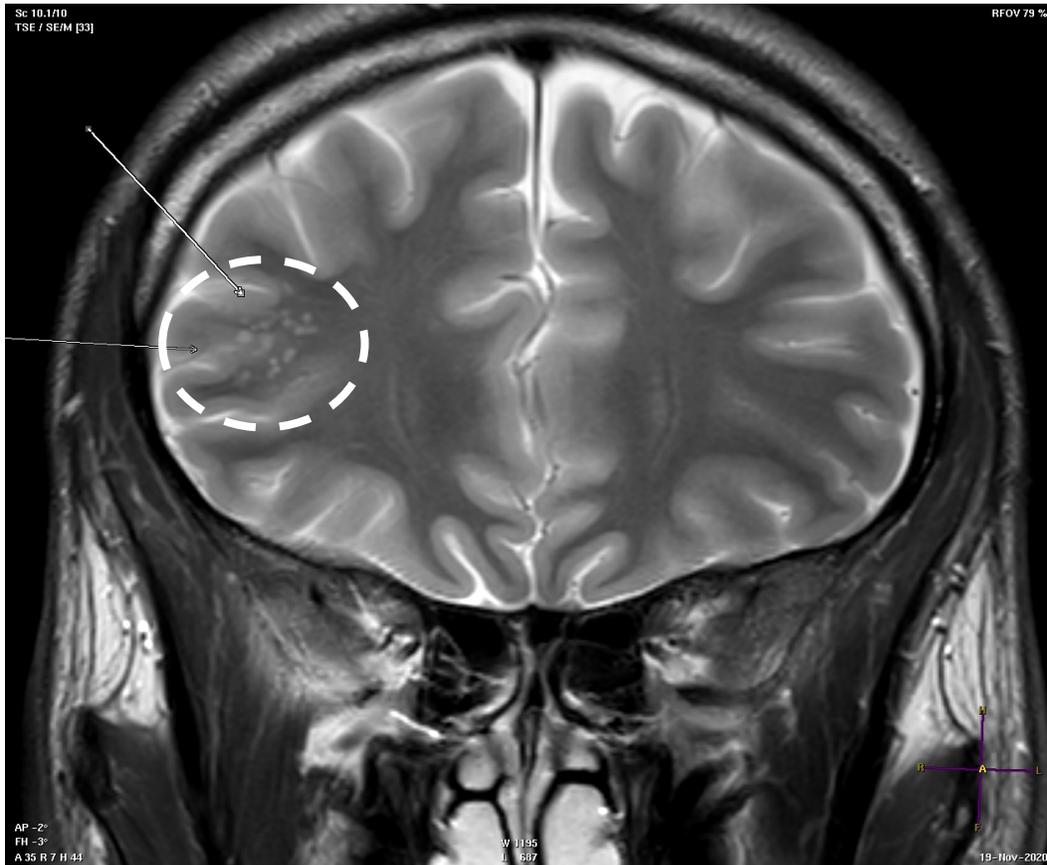
Feasibility and usefulness of brain imaging in catatonia

Maeva Magnat^a, Tomas Mastellari^a, Sidney Krystal^{a,c,d}, Riyad Hanafi^a, Marjorie Mateos^a, Lotfi Haccin-Bey^e, Alexandre Haroche^{f,g}, Jonathan P. Rogers^{h,i}, Steven C.R. Williams^b, J.P. Pruvo^a, Ali Amad^{a,b,*}

- Cohorte 60 patients
- 85% d'anomalies (atrophies, SB)
 - A) atrophie corticale
 - B) hypersignaux FLAIR périventriculaires
 - C) hypersignaux FLAIR + séquelles ischémiques pariétales
 - D) Lésions bipallidales, caractéristiques d'une intoxication au monoxyde de carbone



exemple clinique



- Jeune patient de 19 ans
- Multinodular and vacuolating neuronal tumor (MVNT)
- Incidentalome

exemple clinique



- Patiente de 60 ans
- Antécédents de dépression mal caractérisés
- Aux urgences : syndrome catatonique, pancytopénie et hypoB12
- IRM : sclérose combinée de moelle sur une carence en Vit. B12 / lésion inflammatoire -> TEP corps entier -> lésion cancéreuse utérine

Traitements

Prévention et traitement des complications

- Plus la catatonie prise en charge tôt plus évolution favorable
- Complications graves : TVP, escarres, contractures musculaires, déshydratation, dénutrition, épuisement
- Approche multidisciplinaire supervisée par un psychiatre (infirmier, kiné, diététicien)

Complications somatiques**Mesures**

Thrombose veineuse profonde

1. Prophylaxie pharmacologique, sauf en cas de risque élevé d'hémorragie (par ex. saignements importants, administration d'un anticoagulant tel que la warfarine, en cas de thrombocytopénie grave).
2. Options concernant la prophylaxie pharmacologique:
 - faible dose d'héparine non fractionnée: 5.000IE: par voie sous-cutanée 2-3 fois par jour;
 - héparine de bas poids moléculaire: 20-30mg par voie sous-cutanée 2 fois par jour.
3. Bas de contention: | bas de contention élastiques ou bandes élastiques.
4. Mobilisations passives par le kinésithérapeute. Si possible: mobilisations actives et activité physique quotidienne.

Escarres

1. Évaluation du risque: échelle de Braden (30).
2. Si grabataire: changement de position toutes les 2 heures.
3. Concertation avec le diététicien concernant l'alimentation adéquate (compléments).
4. Utilisation de matériaux permettant de bien répartir les pressions et maintien de la peau aussi sèche que possible, en particulier en cas d'incontinence.

Contractures musculaires

1. Mobilisations passives par le kinésithérapeute. Si possible: mobilisations actives.
2. Étirements: au moins 30 min. par jour. Concertation avec le kinésithérapeute et/ou le psychomotricien.

Carences alimentaires

1. L'état nutritionnel (par ex. possibilité d'avaler de la nourriture), les caractéristiques psychomotrices de la catatonie (par ex. stupeur et négativisme) et la réponse au traitement (possibilité de prendre des médicaments par voie orale) doivent servir de base à l'évaluation du besoin éventuel de supplémentation.
2. Lorsque les symptômes catatoniques entravent la capacité de déglutir en toute sécurité, une alimentation par sonde doit être envisagée (par ex. après 5 jours d'ingestion inadéquate par voie orale), ainsi qu'un contrôle de la respiration et du syndrome de renutrition inappropriée.

Premières étapes

- Évaluer la iatrogénie
- Recommandation : arrêt des antipsychotiques car maintien ou aggravation des symptômes catatoniques, augmentation du risque de SMN
- Ambiguïté sur le rôle des AP : inefficaces mais certains AP 2^{ème} génération -> impact favorable : faible effet agoniste GABA-ergique + stimulation dopaminergique PFC ?

Challenge tests : Lorazepam challenge test

- Réponse aux différents challenge test : prédiction d'une réponse positive aux benzodiazépines.
Absence de réponse ou réponse transitoire : ECT
- Évaluer les caractéristiques catatoniques de base en utilisant un instrument standardisé tel que l'échelle d'évaluation de la catatonie de Bush-Francis.
- Administrer du lorazépam 1 – 2 mg IV, ou 1 – 2 mg IM, ou 2 mg par voie orale.
- Réévaluer les caractéristiques catatoniques :
 - après 5 minutes (lorazépam IV)
 - 15 minutes (lorazépam IM)
 - 30 minutes (lorazépam oral)
 - Une réponse positive est considérée comme une réduction de 50 % du score sur un instrument standardisé d'évaluation de la catatonie.
- • S'il n'y a pas de réponse positive, envisager un nouveau test et réévaluer.

Les challenge tests : Zolpidem

- Challenge test au zolpidem
- 10 mg -> évaluation 30 minutes plus tard

Principes généraux du traitement

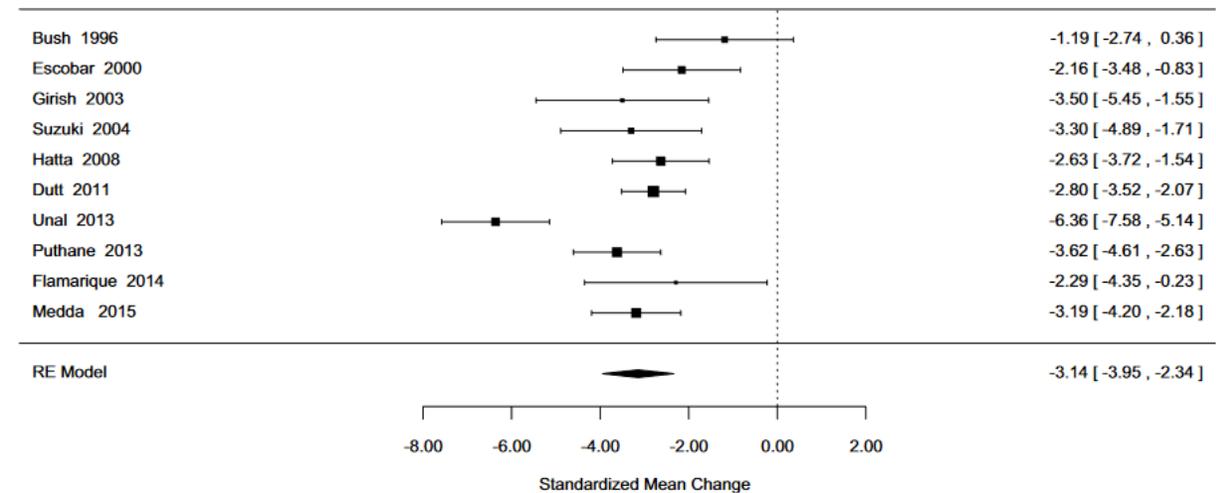
- Commencer le traitement rapidement (le retard est associé à une moins bonne réponse au traitement)
- 3 aspects :
 - Traitement spécifique pour la catatonie
 - Traitement de la condition sous-jacente
 - Prévention/traitement des complications de la catatonie
- Traitement de première intention : benzodiazépines et/ou ECT (électroconvulsivothérapie)

Benzodiazépines

- Traitement de choix de la catatonie : lorazepam
- Benzodiazépines = agonistes GABA-A
- 8 à 24mg / jr = habituel et bien supporté
- Rémission dans 70 à 80 % des cas
- Si dose élevée : surveillance
- Quand rémission : diminution lente et prudente du traitement (rechute si trop brutal)

L'électroconvulsivothérapie (ECT)

- Si échec du *challenge test* ou si absence d'amélioration rapide avec benzodiazépines
- Si pronostic vital engagé (catatonie maligne)
- Placement des électrodes en général = bitemporal, au moins deux fois par semaine
- Traitement par lorazepam à adapter en fonction de l'ECT mais à maintenir



Traitement du trouble sous jacent

- Recommandations selon le trouble
- Utilisation des antipsychotiques controversée peuvent être indiqués pour troubles psychotiques sous jacent, mais risque SMN
- Si des AP sont nécessaires :
 - Atypiques
 - Faible affinité / blocage D2 (quetiapine, olanzapine, clozapine) or agonisme partiel (aripiprazole)

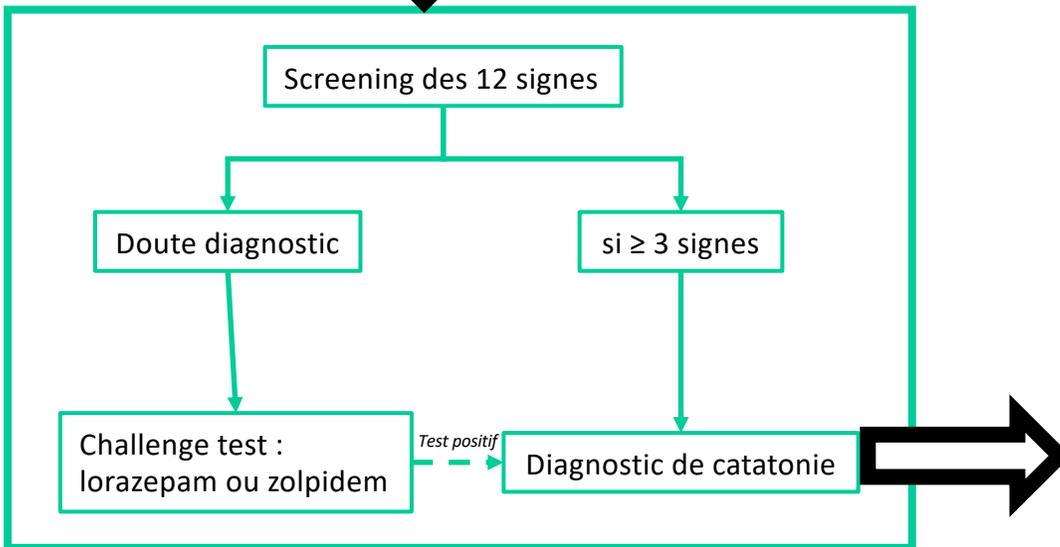
Autres médicaments

- Niveau de preuve faible
- Antagonistes du glutamate (amantadine, memantine)
- Utilisation controversée des antipsychotiques atypiques
- Autres agents : anticonvulsivants (carbamazépine, valproate), bromocriptine

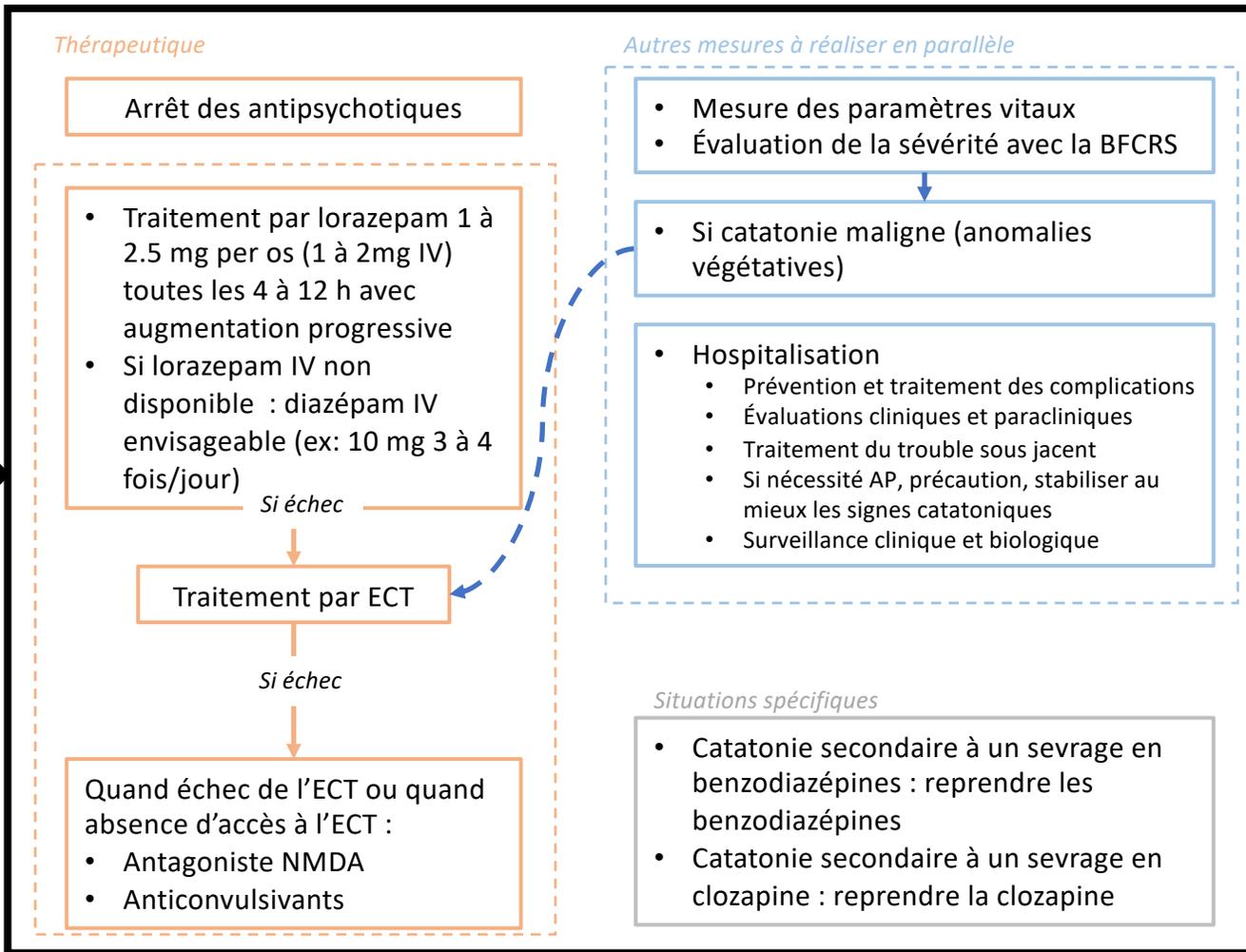
Conclusion

- Suspicion de catatonie
OU
- Présence d'un signe catatonique

Diagnostic



Prise en charge



- Catatonie = syndrome moteur grave
- Fréquent (10 % en service de psychiatrie)
- Critères diagnostics précis
- Mais malgré tout mal reconnu en pratique et mal connu d'un point de vue médical et scientifique

- Pronostic favorable si : diagnostic précoce, prise en charge précoce et traitement adéquat
- La prévention des complications = crucial dans le cadre d'une approche multidisciplinaire
- Dans 70 à 80 % des cas : le lorazépam conduit à la rémission du syndrome
- Si les benzodiazépines sont inefficaces -> ECT doit être débutée rapidement

Catatonie

C. Quiles, A. Amad

Résumé : La catatonie est un syndrome transdiagnostique regroupant des symptômes moteurs, cognitifs, émotionnels et neurovégétatifs, ayant une prévalence toutes causes confondues autour de 9 %. Sur le plan clinique, la catatonie englobe une variété de signes, des altérations motrices sévères aux manifestations comportementales subtiles. Sa sémiologie complexe a conduit à l'élaboration de critères et d'échelles spécifiques, comme l'échelle de Bush-Francis, pour évaluer sa sévérité et sa gravité. Dans certaines situations de catatonie maligne ou de non reconnaissance du syndrome, la catatonie peut mettre en jeu le pronostic vital. Les étiologies sont diverses et majoritairement psychiatriques, notamment en lien avec les troubles de l'humeur. Les étiologies non psychiatriques correspondent, quant à elles, le plus souvent, à des affections du système nerveux. Les deux piliers du traitement de la catatonie correspondent aux benzodiazépines et à l'électroconvulsivothérapie, en cas d'échec. D'autres options thérapeutiques sont explorées dans cet article, comme les anti-N-méthyl-D-aspartate et les anticonvulsifs. Malgré des développements, au cours des dernières années, la catatonie reste une entité nosologique complexe nécessitant des recherches plus poussées, afin d'approfondir les connaissances sur sa physiopathologie, d'affiner les critères diagnostiques actuels et d'optimiser sa prise en charge thérapeutique.

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous les droits sont réservés, y compris ceux relatifs à l'exploration de textes et de données, à la formation en intelligence artificielle et aux technologies similaires.

Mots-clés : Catatonie ; Syndrome ; Histoire ; Transdiagnostique ; Benzodiazépines ; Electroconvulsivothérapie

Plan

■ Introduction historique et définition	1
■ Clinique du syndrome catatonique	2
Structure de la catatonie	2
Sémiologie	3
Échelles	4
Formes cliniques	5
Diagnosics différentiels	5
■ Épidémiologie	6
Prévalence	6
Pronostic et mortalité	6
■ Physiopathologie et neurobiologie	6
■ Étiologies	7
Causes psychiatriques	7
Causes non psychiatriques	7
■ Prise en charge	7
Diagnostic positif et examen clinique	7
Examens complémentaires	8
Prévention et traitement des complications	9
Traitements par benzodiazépines	9
Traitement par électroconvulsivothérapie	9
Traitement du trouble sous-jacent	9
Autres traitements	9
■ Conclusion	10

■ Introduction historique et définition

La catatonie (du grec *κατα* [« abaissé »] et *το ε* [tension]), ou syndrome catatonique, est actuellement considérée comme un syndrome psychomoteur à part entière, associant des symptômes moteurs (stupeur, catalepsie, flexibilité cireuse), psychocomportementaux (négativisme, mutisme, écophénomènes), affectifs (agitation, anxiété, incontinence émotionnelle, impulsivité) et parfois neurovégétatifs (modification de la tension artérielle, de la fréquence cardiaque et/ou de la température).

La description de la catatonie comme une entité psychomotrice distincte est attribuée à Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899), auteur de la monographie, *Die Katatonie oder das Spannungsirresein, eine klinische Form psychischer Krankheit*, en 1874^[1]. Pourtant, l'histoire des symptômes catatoniques est bien plus ancienne, et certains symptômes catatoniques typiques sont décrits depuis l'Antiquité. Par exemple, Galien (129-201) évoque le diagnostic de catalepsie et décrit les patients comme étant stuporeux, avec une perte de la voix et ayant les yeux ouverts et fixes^[2]. On remarque ainsi, au fil des siècles, la description et l'étude de plusieurs symptômes catatoniques : la catalepsie, comme exposé ci-dessus, les stéréotypies ou encore la stupeur, mais sans que ces symptômes ne soient reliés dans une entité nosologique unique^[3, 4].

Dans sa monographie de 1874, Kahlbaum décrit alors 26 patients avec des symptômes psychomoteurs et atteints d'un trouble qu'il qualifie de catatonie^[5]. Ces 26 patients étaient décrits comme immobiles, maintenant les mêmes postures pendant des heures ou bougeant de façon continue, frappant les murs ou

Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS)

Syndrome catatonique

Centre de Référence Maladies rares à expression psychiatrique

Septembre 2021

Le PNDS Syndrome Catatonique est disponible sur le site de la filière DéfiScience
<http://www.defiscience.fr>

Remerciements

Service de psychiatrie

- Maeva Magnat
- Tomas Mastellari
- Pierre Thomas
- Guillaume Vaiva
- Toute l'équipe soignante et les internes

Laboratoire de toxicologie et de pharmacogénétique

- Benjamin Hennart

Service de neuroradiologie

- Riyad Hanafi
- Renaud Lopes
- Jean-Pierre Pruvo

Service de pharmacie clinique

- Élodie Cuvelier