

Dossier N°15

Vous recevez en consultation un patient de 35 ans qui vient vous voir parce qu'il a entendu parler à la télévision des TOC et s'est reconnu dans les descriptions. Son trouble est ancien et c'est la première fois qu'il consulte un psychiatre. Il pense que vous pouvez l'aider car depuis quelque temps, « ses manies » lui rendent la vie bien compliquée.

Il « se bat » pour chasser de sa pensée des idées récurrentes et pénibles qui s'imposent à lui, le stressent et qu'il reconnaît provenir de sa pensée. Il vous dit qu'il pense sentir mauvais et qu'il doit se laver pour diminuer son anxiété, parfois jusqu'à trois douches par jour : « même si je trouve ça idiot, je ne peux pas m'en empêcher, ça me soulage ». Dès qu'il serre une main, il faut qu'il aille se laver les mains pour soulager un « stress » qui le prend et qu'il ne contrôle pas, « comme si mes mains étaient pleines de microbes, d'autant que je suis diabétique et que je peux développer des infections ». Il vous montre ses mains avec de nombreuses excoriations.

Quand il sort de chez lui, il doit retourner vérifier s'il a bien éteint la lumière et fermé les robinets, car il est persuadé d'avoir oublié et comme il est très économe, il ne veut pas que ses factures augmentent de manière inconsidérée. « Avec tout cela, je perds un temps fou, je suis toujours en retard ». Ses différents retards au travail lui ont déjà valu des avertissements. Célibataire, il est cadre dans une entreprise de vente par téléphone, profession dans laquelle il s'implique énormément, le moindre détail est important pour lui : « un travail bien fait est un travail sérieux, il faut s'investir c'est ce que je dis aux jeunes, mais ils n'ont pas envie, on ne peut pas leur faire confiance ». Par contre, ce goût pour la perfection lui joue des tours : l'autre fois à force de fignoler la présentation de son dossier, il n'a pas eu le temps de finir l'analyse des résultats, ce qui lui a valu des remarques de ses supérieurs et même des menaces de licenciement. « Ils ne reconnaissent pas mon travail, c'est sûr, ils n'ont pas de principes ». Avec cet investissement dans le travail, il n'a plus beaucoup d'amis et peu de loisirs. Il s'est d'ailleurs éloigné de ses amis pour des questions d'ordre moral, les jugeant comme infidèles et trop laxistes. « Vous comprenez que ma vie est compliquée et l'idée de perdre mon travail ça me déprime ». Il n'y a pas cependant de symptômes d'état dépressif caractérisé, ni de symptomatologie de la sphère psychotique. Il n'a pas de conduite addictive et ne prend pas de toxique.

Il a pour principaux antécédents une hypermétropie et un diabète de type I traité par insuline, non compliqué et bien suivi par un diabétologue. Il vous montre d'ailleurs son carnet, méticuleusement rempli, sa dernière hémoglobine glyquée est à 6,5%.

Votre examen somatique est sans particularité en dehors des excoriations assez profondes au niveau des deux mains.

Question N°1

Argumentez, à l'aide de l'analyse sémiologique, le diagnostic de T.O.C.

Question N°2

Quel élément important de votre évaluation psychiatrique vous manque-t-il avant d'orienter votre prise en charge ?

Question N°3

Vous décidez d'une prise en charge ambulatoire. Détaillez les grandes lignes de votre traitement.

Question N°4

Vous suivez votre patient pendant une année. Au fil des entretiens, les traits de personnalité que vous avez initialement observés sont toujours présents, les obsessions et compulsions se sont stabilisées à l'aide d'un traitement par paroxétine à dose optimale. Néanmoins, ses troubles le gênent encore énormément notamment dans son travail, où il vient d'être mis à pied. Vous évaluez son fonctionnement avec l'Echelle Globale d'évaluation du Fonctionnement (EGF) à 50. Vous décidez d'introduire un traitement par clomipramine en remplacement de la paroxétine.

Détaillez votre diagnostic complet sur les 5 axes proposés par le DSM IV.

Question N°5

Deux jours après le début du traitement, il consulte aux urgences ophtalmologiques pour une douleur aiguë et une baisse de l'acuité visuelle de l'œil droit, sans notion de traumatisme.

Quel diagnostic évoquez-vous ? Donnez les éléments que vous allez rechercher à l'examen ophtalmologique en faveur de ce diagnostic.

Question N°6

L'examen clinique confirme votre diagnostic. Détaillez votre traitement d'urgence.

Question N°7

L'évolution est rapidement favorable après votre traitement. Quelle va être la suite de votre traitement ophtalmologique ?

Question N°8

Comment expliquez-vous la survenue de cette complication ? Et quelle(s) précaution(s) devra-t-il prendre à l'avenir du fait de cette pathologie ?

Question N°9

Après cinq ans de traitements bien conduits, la symptomatologie reste stable et sévère. Vous voulez inclure votre patient dans une étude sur la stimulation cérébrale profonde. Il s'agit d'un essai comparatif où le patient est son propre témoin. On implante des électrodes de stimulation au niveau des noyaux sous-thalamiques, puis après une période d'adaptation, on débute l'étude qui se déroule en deux phases de trois mois (une phase avec stimulation et une phase sans stimulation), séparées d'une période de wash out d'un mois. La séquence de ces deux phases est déterminée par tirage au sort et ni le patient ni le médecin investigateur n'est au courant de la phase en cours. On compare la symptomatologie du T.O.C au cours de ces différentes phases. Quelles sont les caractéristiques de cette étude ?

Dossier N°15 : Corrections

Question N°1

Argumentez, à l'aide de l'analyse sémiologique, le diagnostic de trouble obsessionnel compulsif. (20)

On peut, chez ce patient poser le diagnostic de trouble obsessionnel compulsif sur les critères suivants que l'on retrouve dans le DSM IV :

Il existe des obsessions et des compulsions :

- Les obsessions (1) sont présentes sous la forme :
 - de pensées récurrentes (1) et persistantes, ressenties comme intrusives (1), inappropriées (1) et entraînant une anxiété (3) ou une détresse apparente
 - ces pensées ne sont pas seulement des préoccupations excessives concernant les problèmes de la vie réelle
 - le patient fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées (ou lutte anxieuse) (2)
 - il reconnaît que ses pensées proviennent de sa propre activité mentale (2), ce ne sont pas des pensées imposées
- Les compulsions (1) sont présentes avec la symptomatologie suivante :
 - présence de comportements répétitifs (1) (rituels de lavages : se doucher, se laver les mains) que le sujet se sent poussé à accomplir (1) en réponse à une obsession
 - les comportements sont destinés à neutraliser ou diminuer l'anxiété (1) cependant ces comportements sont manifestement excessifs (ou à caractère absurde) (2) par rapport à ce qu'ils sont censés prévenir (par exemple se laver trois fois)

Le sujet reconnaît (1) le caractère morbide de ses troubles (il trouve ça idiot).

Sa symptomatologie est responsable :

- D'un sentiment de détresse.
- D'un retentissement sur le fonctionnement socioprofessionnel. (1)

La perturbation ne résulte pas des effets directs d'une substance.

Par ailleurs, l'association à des traits de personnalité de type obsessionnelle-compulsive (1) laisse penser que ses T.O.C. peuvent entrer dans le cadre du concept (bien qu'il ne soit plus trop utilisé) de névrose obsessionnelle. Les traits de personnalité obsessionnelle retrouvés dans l'observation sont les suivants :

- Préoccupations excessives pour les détails, les règles qui entravent le but principal de l'activité.
- Perfectionnisme empêchant l'achèvement des tâches.
- Dévotion excessive pour le travail à l'exclusion des amitiés et des loisirs.
- Consciencieux.
- Psychorigide sur des questions d'ordre moral.
- Réticence à déléguer des tâches ou à travailler avec autrui.
- Rapport particulier à l'argent à préciser (économe, avare ?).

Question N°2

Quel élément de votre évaluation psychiatrique vous manque-t-il avant d'orienter votre prise en charge ? Pourquoi est-ce particulièrement important chez ce patient ? (10)

La prise de décision en psychiatrie doit comporter l'évaluation du risque suicidaire (4), afin de choisir entre une prise en charge ambulatoire ou hospitalière avec ou sans consentement. Cette évaluation est systématique et d'autant plus justifiée chez ce patient que le niveau de souffrance est important (3) et qu'il a à sa disposition un moyen létal important (3) (l'insuline).

Question N°3

Vous décidez d'une prise en charge ambulatoire. Détaillez les grandes lignes de votre traitement. (15)

Chimiothérapie : (2)

- Traitement de fond par antidépresseur (1) de la famille des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (1) en première intention, compte tenu de leurs moindres effets secondaires que les antidépresseurs tricycliques. Voici quelques exemples d'I.S.R.S. utilisables dans cette indication : la fluoxétine, la paroxétine, la fluvoxamine, la sertraline. (1 pour une seule de ces molécules)
- Le traitement est à expliquer et à choisir avec le patient, en lui expliquant les bénéfices attendus en regard des effets indésirables possibles.

Psychothérapie : (2)

- De soutien (1), avec travail autour de la notion d'alliance thérapeutique (1), information (1) du patient et éducation (1) quant à son trouble et sa prise en charge.
- La thérapie cognitive et comportementale (1) est ici indiquée et propose des techniques fondées :
 - sur une évaluation de la symptomatologie avec des échelles adaptées
 - sur l'exposition in vivo (1) avec prévention de la réaction (1)
 - sur la relaxation (1)
- Les thérapies de groupe peuvent être indiquées en seconde intention. Théoriquement les thérapies familiales sont aussi indiquées mais l'énoncé ne donne pas assez d'élément sur sa famille.
- La thérapie d'inspiration psychanalytique peut se discuter, compte tenu de la possible personnalité obsessionnelle sous jacente quand la symptomatologie sera peu sévère et si le patient est motivé par cette approche.

Surveillance clinique de l'efficacité et de la tolérance du traitement.

Prise en charge somatique des plaies des mains :

- Prescription d'un antiseptique en spécifiant bien les conditions d'utilisation.
- Vérification de la vaccination antitétanique et revaccination si nécessaire. (si oubli -5)

Question N°4

Détaillez votre diagnostic complet sur les 5 axes proposés par le DSM IV. (15)

- Axe 1 : Trouble obsessionnel compulsif.
- Axe 2 : Trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive.
- Axe 3 :
 - diabète de type I (ou insulino-dépendant), non compliqué
 - hypermétropie
- Axe 4 :
 - isolement affectif
 - mise à pied professionnelle
- Axe 5 : Evaluation globale du fonctionnement : EGF à 50.

(3 points pour chaque bon diagnostic associé à l'axe qui lui correspond)

Question N°5

Quel diagnostic évoquez-vous ? Donnez les éléments que vous allez rechercher à l'examen ophtalmologique en faveur de ce diagnostic. (10)

On évoque un glaucome aigu par fermeture de l'angle de l'œil droit (3) d'origine iatrogène (2) suite à la prise d'antidépresseur tricyclique (clomipramine) chez un patient hypermétrope.

On recherchera à l'examen en faveur de ce diagnostic :

- Au niveau de l'œil droit :
 - à la lumière blanche : un œil rouge avec un cercle périkératique
 - à la lampe à fente : un œdème de la cornée et une pupille en semi-mydriase aréactive
 - une chambre antérieure étroite (1)
 - en gonioscopie, une fermeture de l'angle irido-cornéen (1)
 - à la palpation bidigitale comparative on recherche un œil dur (1), traduisant une hypertonie oculaire retrouvée à la tonométrie : 40 à 60 mmHg (1)

.../...

- le fond d'œil (1) sera réalisé à titre systématique afin d'éliminer une autre cause de baisse de l'acuité visuelle
- Au niveau de l'œil gauche : (si oubli -10)
- à la lumière blanche : l'œil est normal
- la chambre antérieure sera étroite du fait de l'hypermétropie
- gonoscopie : angle ouvert
- le tonus oculaire sera normal

Question N°6

L'examen clinique confirme votre diagnostic. Détaillez votre traitement d'urgence. (10)

Urgence thérapeutique.

Mise en condition :

- Hospitalisation en urgence dans un service d'ophtalmologie.
- Bilan préopératoire en urgence.

Traitement étiologique :

- Arrêt de la clomipramine. (2) (si oubli -10)

Traitement symptomatique hypotonisant de la crise :

- Inhibiteurs de l'anhydrase carbonique (1) : acétazolamide par voie intraveineuse lente puis relais par voie orale.
- Si la crise ne cède pas dans les 30 minutes, perfusion de solutés hyperosmolaires (1) type Mannitol intraveineux rapide.
- Supplémentation potassique selon le résultat de l'ionogramme.
- Traitement antalgique adapté à l'intensité de la douleur (1), non atropinique, type paracétamol par voie intraveineuse 1g 4 fois par jour.
- Traitement par voie locale (1), concernant les deux yeux.
- œil droit : Collyre myotique (2) : dès que le tonus oculaire a diminué et/ou que la pupille devient réactive : Pilocarpine 2 % (2) une goutte toutes les 10 minutes pendant 1 heure, puis une goutte/h pendant 4 à 6 heures, puis toutes les 6 heures jusqu'au traitement radical
- œil gauche (pour prévenir une crise aiguë controlatérale) (-10 si oubli) : pilocarpine 2 % une goutte toutes les 6 heures jusqu'au traitement radical
- Surveillance efficacité (acuité visuelle, douleur avec l'échelle visuelle analogique, réflexe photo moteur, cornée, tonus oculaire) et tolérance (kaliémie).

Question N°7

L'évolution est rapidement favorable après votre traitement. Quelle va être la suite de votre traitement ophtalmologique ? (5)

L'iridotomie périphérique au Laser Yag (3) sera systématique et bilatérale : (2)

On perce la périphérie de l'iris afin de permettre le drainage de l'humeur aqueuse.

Si cette technique échoue ou est impossible à réaliser du fait de l'œdème de cornée, on fera une iridectomie chirurgicale de l'œil atteint.

Question N°8

Comment expliquez-vous la survenue de cette complication oculaire chez ce patient ? (5)

C'est un patient prédisposé, car hypermétrope avec une chambre antérieure étroite (2), qui a pris un traitement antidépresseur ayant des effets collatéraux anticholinergiques (3) (la clomipramine).

Question N°9

Quelles sont les caractéristiques de cet essai ? (10)

Il s'agit d'une étude clinique comparative randomisée (2) dans laquelle le patient est son propre témoin : un essai en cross over (5), réalisé en double aveugle. (3)

Commentaires

Sur le fond

Les troubles de la personnalité :

- *Sont durables et stables dans le temps, apparents dès le début de l'âge adulte.*
- *Sont envahissants.*
- *Sont rigides, inadaptés et responsables d'une souffrance et se manifestent dans au moins deux des champs suivants :*
 - *La cognition.*
 - *L'affectivité.*
 - *Le fonctionnement interpersonnel.*
 - *Le contrôle des impulsions.*
- *Sont liés à une souffrance ou une altération du fonctionnement social et professionnel.*
- *Ne sont pas expliqués par la prise d'une substance.*
- *Ne sont pas mieux expliqués par une autre maladie mentale.*

De cette brève description, retenir que l'on ne parle pas de trouble de la personnalité avec une simple vision synchronique (sur un seul entretien), qui plus est en situation de crise et sans élément anamnestique ancien. Par exemple dans la question 1, dès le premier entretien, il est trop tôt pour parler d'une personnalité pathologique. Dans ce contexte, on se contentera de dire « trouble de la personnalité possible, devant des traits de personnalité pathologiques » ; dans la question 4, on apprend que les traits de personnalité sont toujours présents, avec une maladie psychiatrique stabilisée. L'approche est diachronique puisqu'on a un aperçu de la symptomatologie à plusieurs moments de l'évolution, dans ce contexte, on pourra plus facilement poser un diagnostic.

L'association des TCC avec un traitement pharmacologique dépend du degré de sévérité du TOC, des capacités d'adhésion du patient et de ses ressources. Dans les formes sévères chez l'adulte, le traitement initial le plus adapté s'appuie sur la combinaison IRS et TCC. Dans la prise en charge thérapeutique du TOC, les antidépresseurs sérotoninergiques, les thérapies comportementales et cognitives ainsi que l'association des deux traitements (médicamenteux et psychothérapeutique) ont prouvé leur efficacité et permettent d'améliorer nettement les deux tiers des patients et d'en guérir environ 20 %. Cette prise en charge est bien codifiée dans la conférence de consensus de 2005. Vous pourrez par exemple y trouver les indications du traitement neurochirurgical des TOC.

Le glaucome par fermeture de l'angle est la complication classique des antidépresseurs tricycliques. C'est une des questions d'ophtalmologie que vous devez maîtriser devant le degré d'urgence de la prise en charge et qui rend transdisciplinaire n'importe quel dossier.

Sur la forme

Tous les dossiers de psychiatrie de ce livre respectent les recommandations du CNCI :

- *Relatives aux questions :*
 - *Au nombre : 4 à 10, éventuellement détaillées en sous questions.*
 - *Indépendantes entre elles : une erreur à une question n'implique pas de se tromper aux suivantes (ou bien juste à une ou deux mais pas à tout le dossier).*
 - *Les questions doivent être précises (exemple : « quel élément de votre évaluation psychiatrique vous manque-t-il avant d'orienter votre prise en charge ? ») et justifiées (exemple : « Pourquoi est-ce particulièrement important chez ce patient ? »).*
 - *La posologie ne peut être demandée que lorsque l'item du programme est suivi de P, comme c'est le cas pour l'item antalgique.*
- *Relatives aux réponses :*
 - *Les dossiers comportent une grille de réponses qui fait référence aux principales recommandations en vigueur.*
 - *Cependant, pour les ENC, la grille de réponses est fixée par le jury au moment de la correction. Ce dernier peut modifier la grille proposée. Comprenez par là que si l'on peut vous proposer des dossiers des plus conformes aux intentions du CNCI du point de vue de l'énoncé, il est impossible de prédire quelle serait la grille de correction du CNCI. Elle dépend du jury (non experts de la question) et des copies (la grille qu'ils établissent va être testée sur les copies des étudiants). A partir de là et pour chaque dossier de ce livre, notre grille de correction n'est qu'une proposition, arbitraire, à prendre comme le maximum exigible. Dites vous que qui peut le plus peut le moins.*

- *Le dossier est corrigé sur 100 points non divisibles. Il est possible de prévoir des points négatifs et des points pour la forme.*

Conseils de lecture pour l'étudiant

- *Troubles obsessionnels compulsifs (TOC) résistants : prise en charge et place de la neurochirurgie fonctionnelle. Fiche de synthèse. Conférence de consensus du 1^{er} juin 2005. HAS*

Items DCEM : 1, 2, 41, 44, 48, 177, 181, 187, 189, 212, 266, 286