

Intérêts d'une prise en charge précoce des psychoses émergentes

Emilie Wawer¹
Jacques Bagur²
Dorothee Charvet³

¹ Interne en psychiatrie, Hôpital Saint Jean de Dieu, Service interhospitalier de psychiatrie de l'adolescent du Rhône (Sipar), Unité pour adolescents Ulysse, 290 route de Vienne, 69007 Lyon, France

² Hôpital Saint Jean de Dieu, Unité d'hospitalisation de courte durée, 69007 Lyon, France

³ Hôpital Saint Jean de Dieu, Sipar, Unité pour adolescents Ulysse, 69007, Lyon, France

Rubrique coordonnée par
J. Oreib, S. Parizot et Ph. Conus

Résumé. Bien que chez l'adulte les recommandations de prise en charge des psychoses soient clairement établies, il en est tout autrement dans la population juvénile. Malgré tout, il est établi l'importance de mettre en place précocement un traitement neuroleptique pour améliorer le pronostic d'évolution en diminuant la DUP. Pourtant, poser le diagnostic n'est pas toujours aisé, la symptomatologie prodromique s'avérant le plus souvent aspécifique, tout comme la prise en charge médicamenteuse, amenant parfois à des situations extrêmes comme l'utilisation de clozapine chez l'enfant afin de permettre son maintien dans son milieu familial et scolaire.

Mots clés : premier épisode psychotique, psychose infantile précoce, clozapine, comportement à risque, neuroleptique atypique, prise en charge, pédopsychiatrie

Abstract. The importance of early stage management of emergent psychoses. Although the recommendations for the management of psychosis are clearly established in adults, the situation is quite different in the juvenile population. In spite of everything, the importance of setting-up early stage neuroleptic treatment has been established to improve the prognosis of evolution by decreasing the Duration of Untreated Psychosis. However, making the diagnosis is not always easy, the prodromal symptomatology proving most often nonspecific, like the medical management, sometimes leading to extreme situations such as the use of Clozapine in children to allow its maintenance in their home and school environment.

Key words: first episode psychosis, early stage child psychosis, clozapine, risk behavior, atypical neuroleptic, management, child psychiatry

Resumen. Lo que interesa de una atención precoz a las psicosis emergentes. Aunque para el adulto las recomendaciones de atención a las psicosis estén claramente definidas, dista mucho de ser lo mismo en la población juvenil. A pesar de todo, queda bien establecida la importancia de poner en marcha de modo precoz un tratamiento neuroleptico para mejorar el pronóstico de evolución disminuyendo la DUP. Sin embargo, establecer el diagnóstico no siempre es fácil, revelándose la sintomatología prodromica lo más a menudo específica, lo mismo la atención medicamentosa que lleva a veces a situaciones extremas como es la utilización de la clozapina en el niño con el fin de propiciar su mantenimiento en su medio familiar y escolar.

Palabras claves: primer episodio psicótico, psicosis infantil precoz, clozapina, comportamiento riesgoso, neuroleptico atípico, atención, pedopsiquiatria

Introduction

Bien que chez l'adulte le diagnostic de trouble psychotique soit relativement aisé, notamment ayant un certain recul sur l'évolution des troubles, il l'est beaucoup moins dans la population juvénile, les symptômes n'étant encore que très peu spécifiques. Les nomenclatures sont d'ailleurs nombreuses : « psychose émergente », « schizophrénie à début précoce », « psychose débutive ». Malgré tout, la question de la prise en charge des symptômes reste unanime, insistant sur une intervention précoce afin d'améliorer le pronostic d'évolution des troubles. Mais, tout comme la question diagnostique,

la question thérapeutique est également plus compliquée chez l'enfant et l'adolescent, alors qu'elle y est tout autant nécessaire, comme nous allons le montrer à partir du cas d'une adolescente que nous avons été amenés à prendre en charge.

État des connaissances

Depuis plusieurs années, il a été établi que cette période d'émergence de symptômes, appelée « phase prodromique », serait la période la plus propice pour introduire un traitement efficace, notamment vis-à-vis des enjeux que cela implique. En effet, il existe une corrélation entre la DUP (*duration of untreated psychosis* ou durée de psychose non traitée, correspondant à la

Correspondance : E. Wawer
<emilie.wawer@chu-lyon.fr>

période entre l'émergence de symptômes et la mise en place du premier traitement) et un pronostic défavorable [1].

Intervenir dès la phase des prodromes permet à la fois d'améliorer le pronostic d'évolution des troubles, mais également de maintenir une insertion sociale, familiale et scolaire/professionnelle [1].

Pourtant, il est difficile à ce stade de poser un diagnostic de « psychose » chez un enfant ou adolescent ne présentant pas de trouble délirant franc qui permettrait d'orienter de façon plus évidente le diagnostic. La recherche d'une origine organique des troubles doit être systématique (IRM cérébrale, EEG, bilan biologique...).

La prise en charge recommandée chez l'adulte est d'introduire des neuroleptiques, parfois de la remédiation cognitive, un suivi régulier... En revanche, dans la population juvénile, il n'existe pas de recommandations franches sur ce sujet. Seuls de rares neuroleptiques ont l'AMM, et uniquement dans le cadre d'un diagnostic de schizophrénie avéré. La prise en charge nécessite donc une alliance avec les parents et le jeune, et une réflexion constante sur les thérapeutiques envisageables, avec un suivi très rapproché, une fois de plus, les recommandations étant très restreintes. Une étude a récemment été menée au niveau national pour évaluer la tolérance des antipsychotiques chez l'enfant et dont les premiers résultats ont été communiqués lors du dernier Congrès français de psychiatrie [2].

Ne pas traiter ces patients par manque de recommandations ne serait pas éthique, et parfois, les situations amènent des décisions exceptionnelles comme celle d'introduire la clozapine chez une patiente de treize ans afin de soulager la symptomatologie et d'améliorer le pronostic.

Cas clinique

L. est une adolescente de treize ans qui nous a été adressée sur l'unité Ulysse de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu à Lyon, dans le cadre d'une multiplication des passages à l'acte auto-agressifs (tentatives de suicide, automutilations). Cette unité psychiatrique a pour but de prendre en charge des adolescents domiciliés dans le Rhône, âgés entre 12 et 18 ans, souffrant de troubles psychiques aigus ou décompensés nécessitant une hospitalisation complète. L. est arrivée dans l'unité après 4 mois d'hospitalisation dans différentes structures de soins psychiatriques, la symptomatologie s'intensifiant progressivement, sans retour possible au domicile familial et en rupture scolaire totale. En effet, lorsque nous l'avons accueillie, les passages à l'acte auto-agressifs étaient devenus quasi quotidiens et de plus en plus graves (L. démontait par exemple les plafonniers de sa chambre d'hôpital pour y retirer les ampoules afin de les casser et de se scarifier avec), la contenance soignante n'étant alors plus suffisante.

Dans les antécédents familiaux, on ne retrouve que des troubles de l'humeur (dépression, tentatives de suicides et suicides).

Dans un premier temps ces symptômes ont orienté le diagnostic vers un trouble de l'humeur de type dépression unipolaire, mais l'absence de réponse aux divers traitements antidépresseurs a amené à le rediscuter (échec après 4 semaines d'amitriptyline, alors changé pour de la paroxétine, également sans efficacité après 2 mois). Un trouble de personnalité en constitution a ensuite été évoqué devant la répétition très rapprochée et le caractère démonstratif et réactionnel des gestes auto-agressifs (scarifications sur le cou, exhibition de ses lésions, provocation et opposition aux soignants).

En reprenant l'anamnèse lors des entretiens familiaux, des signes pré-morbides tels que des troubles des apprentissages (atteignant la concentration, la mémorisation et l'attention), des cauchemars morbides et des angoisses de mort ont pu être retrouvés dès la petite enfance. La phase prodromique peut quant à elle être identifiée sur les deux années précédant l'hospitalisation. Il s'agit alors d'une association progressive de signes aspécifiques : difficultés relationnelles, conduites à risque, anxiété sévère, troubles du sommeil en lien avec ses cauchemars, pauvreté des affects. Enfin, bien qu'aucun épisode délirant bruyant n'ait été observé, des hallucinations auditives, visuelles et cénesthésiques avec injonctions de conduites de vomissements, de restrictions alimentaires et de punitions automutilatoires sont survenues concomitamment avec différents éléments stressants sur l'année (agression, décès d'un proche, harcèlement scolaire), ce qui vient appuyer le modèle stress-vulnérabilité retrouvé dans la schizophrénie [3].

Elle a dans un premier temps bénéficié d'un traitement médicamenteux par paroxétine et rispéridone, mais devant l'inefficacité de ces derniers, un changement pour de l'aripiprazole a été effectué, auquel elle a répondu dans un premier temps puis échappé. Un nouvel échange pour de l'olanzapine a donc été décidé, mais un arrêt après seulement quelques semaines a été nécessaire devant une mauvaise tolérance de ce dernier (apparition de troubles de repolarisation et d'allongement du QTc à l'ECG). Il faut noter qu'une prise de poids importante (14 kg sur quelques mois) a été observée malgré une surveillance rapprochée et un suivi diététique.

C'est dans ce contexte qu'il a été alors décidé, en équipe, d'introduire de la clozapine, auquel elle a bien répondu. Il s'agit du seul traitement ayant permis d'arrêter complètement la cyamémazine qui était jusqu'alors prescrit avec une posologie assez importante pour une personne de son âge (jusqu'à 110 mg/jour), et qu'elle tolère encore bien maintenant, plus d'un an après son hospitalisation. En effet, la symptomatologie a pu être enfin maîtrisée, avec un apaisement des angoisses,

une disparition des conduites à risque et des hallucinations.

C'est ainsi qu'elle a enfin pu réintégrer progressivement le domicile familial et le collège après avoir vécu une année de transition en structure médico-éducative à temps complet, ce qui a donc permis une réinsertion sociale et une reprise de ses études.

Bien que ne soit abordée ici que la question médicamenteuse, il semble important de préciser que celle-ci s'inscrivait dans une prise en charge plus globale et pluridisciplinaire : entretiens avec le psychologue, séances de psychomotricité, groupes thérapeutiques et travail corporel par massages avec le kinésithérapeute.

Discussion

La discussion diagnostique a porté sur plusieurs mois. Il n'a pas été aisé de conclure immédiatement à un trouble psychotique en émergence devant des symptômes aussi aspécifiques que ceux présentés par notre patiente. Il faut également soulever l'hypothèse d'une difficulté chez les soignants à conclure aussi précocement à cette catégorie de troubles sachant les enjeux qu'elle implique, notamment l'évolution souvent péjorative de ces pathologies à début aussi précoce.

À cette difficulté diagnostique s'ajoute, chez cette population, la difficulté thérapeutique. Dans notre cas, nous avons essayé progressivement différents neuroleptiques, avec une réponse partielle puis un échappement rapide au traitement ou une mauvaise tolérance de ce dernier, ayant amené à introduire de la clozapine. Une fois de plus, administrer ce type de traitement n'est pas habituel, mais les recommandations sont très restreintes chez l'enfant et l'adolescent, amenant rapidement à ces prescriptions hors AMM. Bien que chez l'adulte les recommandations soient plus fournies, le recours aux neuroleptiques devant des symptômes de ce type n'est pas systématique, et celui à la clozapine intervient plus tard que normalement recommandé [4]. Administrer un traitement efficace et adapté devrait pourtant être une priorité si l'on souhaite réduire la DUP.

Certaines rares études se sont déjà intéressées à la prescription de la clozapine dans la population juvénile. Il a par exemple été constaté sa supériorité par rapport à l'olanzapine sur les symptômes négatifs particulièrement, mais des effets secondaires plus fréquents [5]. Des travaux ont également souligné une meilleure observance par rapport à d'autres neuroleptiques, notamment une étude portant sur le suivi à 2 ans d'un premier épisode psychotique [6]. D'autres études se sont intéressées aux facteurs prédictifs du recours à la clozapine : âge élevé de l'adolescent au moment du diagnostic, antécédents familiaux de schizophrénie et tentatives de suicide [7], ainsi que l'administration de psychotropes d'urgence pour des comportements agressifs dans les

premières semaines d'hospitalisation [8]. En effet, plusieurs études ont observé un effet réducteur de la clozapine sur les comportements violents [9, 10].

Mais il ne s'agit pas là de la première expérience de ce genre dans notre service. Nous avons en effet déjà été amenés à plusieurs reprises par le passé à avoir recours à cette molécule, devant l'efficacité limitée ou la mauvaise tolérance des autres neuroleptiques. Dans chacune de ces situations, l'introduction d'une telle thérapeutique a permis une réinsertion du patient dans son milieu familial et scolaire. Pour rappel, notre patiente a nécessité une hospitalisation très longue de huit mois en psychiatrie avant amélioration par clozapine (puis encore trois mois de stabilisation). Son état est actuellement stabilisé et elle ne bénéficie que d'un suivi régulier en CMP ainsi que d'une prise en charge familiale.

Introduire rapidement un neuroleptique permet de diminuer la DUP, et ainsi d'améliorer le pronostic d'évolution, que l'on peut déjà constater ici, la patiente ayant pu retourner vivre chez ses parents et reprendre une scolarité en milieu ordinaire.

Avant même d'évaluer ce maintien d'insertion dans la société, il s'agit en premier lieu d'un pronostic vital. Pour rappel, cette jeune fille est arrivée pour prise en charge de passages à l'acte automutilatoires et suicidaires à répétition. L'absence d'un traitement adapté permettant d'apaiser les phénomènes hallucinatoires et anxieux ne lui aurait peut-être pas permis de survivre jusqu'ici tout simplement.

Conclusion

L'intérêt d'une intervention précoce et adaptée, quitte à avoir recours à des thérapeutiques peu fréquentes, semble donc nécessaire si l'on souhaite maintenir un niveau de vie correct et une insertion socio-professionnelle chez les patients.

Dans un article récent de *l'Information psychiatrique* a été évalué l'intérêt d'une unité de prise en charge intensive des psychoses émergentes par une équipe mobile de soins intensifs afin d'améliorer le pronostic d'évolution de ces troubles. Cette unité n'est qu'au stade d'évaluation chez l'adulte, et il n'existe à ce jour aucune prise en charge de ce genre chez les enfants [11].

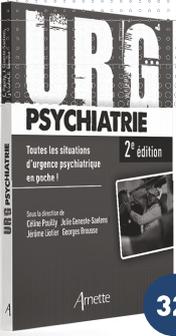
En effet, le panel de prise en charge reste très réduit avec des indications thérapeutiques très limitées amenant souvent à des prescriptions hors AMM. Nous n'avons par exemple pas notion de recommandation de remédiation cognitive dans cette population, alors qu'il semblerait très opportun de pouvoir le leur proposer le plus précocement possible.

Il est donc indispensable de poursuivre les études sur la prise en charge médicamenteuse, psychologique, et sociale des psychoses émergentes, notamment dans les populations juvéniles.

Liens d'intérêt L'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Petitjean F, Marie-Cardine M. *Schizophrénies débutantes : diagnostic et modalités thérapeutiques*. Conférence de consensus. Paris : John Libbey Eutotext, 2003.
2. Menard ML, Thümmel S, Giannitelli M, et al. Incidence of adverse events in antipsychotic-naïve children and adolescents treated with antipsychotic drugs: a French multicentre naturalistic study protocol (ETAPE). *BMJ Open* 2016 ; 6 : e011020.
3. Saoud M, Brunelin J, D'Amato T. Early symptoms : vulnerability or prodrome. *L'Encephale* 2007 ; 33 Pt 3 : S408-414.
4. Keating D, McWilliams S, Schneider I, et al. Pharmacological guidelines for schizophrenia : a systematic review and comparison of recommendations for the first episode. *BMJ Open* 2017 ; 7 : e013881.
5. Shaw P, Sporn A, Gogtay N, et al. Childhood-onset schizophrenia : A double-blind, randomized clozapine-olanzapine comparison. *Arch Gen Psychiatry* 2006 ; 63 : 721-30.
6. Noguera A, Ballesta P, Baeza I, et al. Twenty-four months of antipsychotic treatment in children and adolescents with first psychotic episode : discontinuation and tolerability. *J Clin Psychopharmacol* 2013 ; 33 : 463-71.
7. Schneider C, Papachristou E, Wimberley T, et al. Clozapine use in childhood and adolescent schizophrenia: A nationwide population-based study. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol* 2015 ; 25 : 857-63.
8. Bobb V, Weinberg M, Gabel S, Kranzler H, Olfson M. Use of clozapine in a state child and adolescent psychiatric hospital. *Psychiatr Q* 2013 ; 84 : 343-9.
9. Chalasani L, Kant R, Chengappa KN. Clozapine impact on clinical outcomes and aggression in severely ill adolescents with childhood-onset schizophrenia. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr* 2001 ; 46 : 965-8.
10. Frogley C, Taylor D, Dickens G, Picchioni M. A systematic review of the evidence of clozapine's anti-aggressive effects. *Int J Neuropsychopharmacol* 2012 ; 15 : 1351-71.
11. Laurent Lecardeur, Sophie Meunier-Cussac. Intervention dans les phases précoces de la psychose au centre hospitalier universitaire de Caen. *L'information psychiatrique* 2018 ; 94 : 217-21.



URG
PSYCHIATRIE
Toutes les situations d'urgence psychiatrique en poche !
2^e édition
Avec la direction de Céline Pouilly, Julie Geneste-Saelens, Jérôme Liotier, Georges Brousse
Arnette
32€

TOUTES LES SITUATIONS D'URGENCE PSYCHIATRIQUE EN POCHE !

Cette deuxième édition enrichie et actualisée répond au besoin d'uniformiser la prise en charge de situations d'urgence psychiatrique souvent complexes en tenant compte des **évolutions réglementaires et des recommandations officielles**.

URG' psychiatrie aborde **toutes les situations d'urgence** rencontrées (aiguës, selon le terrain et liées aux pathologies addictives). Il propose une **appréciation immédiate par situation clinique** et délivre les justes **conduites à tenir, diagnostiques et thérapeutiques**.

COORDONNATEURS

- Céline Pouilly
- Julie Geneste-Saelens
- Jérôme Liotier
- Georges Brousse

EN SAVOIR + 

Tous les ouvrages de la collection sont disponibles sur www.jle.com

Arnette | John Libbey EUROTEXT