

P063

Metabolic syndrome, abdominal obesity and hyperuricemia in schizophrenia: Results from the FACE-SZ dataset

O. Godin^{1,*}, P.M. Llorca², N. Girerd³, M. Leboyer⁴, G. Fond⁴

¹ Sorbonne universités, UPMC université Paris 06, UMR.S 1136, institut Pierre-Louis d'épidémiologie et de santé publique, Inserm, UMR.S 1136, fondation FondaMental, 75013 Paris, France

² CHU de Clermont, université d'Auvergne, fondation Fondamental, Clermont-Ferrand, France

³ Inserm, centre d'investigations cliniques 9501, U1116, université de Lorraine, institut Lorrain du cœur et des vaisseaux Louis-Mathieu, CHU de Nancy, 4, rue du Morvan, Nancy, France

⁴ AP-HP Mondor, université Paris-Est, Inserm U955 équipe 15 DHU Pe-Psy, fondation FondaMental, Créteil, France

* Corresponding author.

Adresse e-mail : ophelia.godin@upmc.fr (O. Godin)

Objective Abdominal obesity was suggested to be a better predictor than Metabolic Syndrome (MetS) for cardiovascular mortality, however it has not been extensively studied in schizophrenia. Hyperuricemia (HU) was also suggested to be both an independent risk factor for greater somatic comorbidity and a global metabolic stress maker in patients with schizophrenia. The aim of this study was to estimate the prevalence of MetS, abdominal obesity and HU and to examine the association between metabolic parameters with HU in a cohort of French patients with schizophrenia or schizoaffective disorder (SZ), and to explore if patients were correctly treated.

Method In total, 240 SZ patients (age = 31.4 years, male gender 74.3%) were systematically included. Metabolic syndrome was defined according to the International Diabetes Federation and HU if serum uric acid level was above 360 $\mu\text{mol/L}$.

Results MetS, abdominal obesity and HU were found respectively in 24.2%, 21.3% and 19.6% of patients. In terms of risk factors, multiple logistic regression showed that after taking into account the potential confounders, the risk for HU was higher in males (OR = 5.9, IC 95 [1.7–21.4]) and with subjects with high waist circumference (OR = 3.1, IC 95 [1.1–8.3]) or hypertriglyceridemia (OR = 4.9, IC 95 [1.9–13]). No association with hypertension, low HDL cholesterol or high fasting glucose was observed. Only 10% of patients with hypertension received a specific treatment, 18% for high fasting glucose and 8% for dyslipidemia.

Conclusions The prevalence of MetS, abdominal obesity and hyperuricemia is elevated in French patients with schizophrenia, all of which are considerably under-diagnosed and undertreated. HU is strongly associated with abdominal obesity but not with psychiatric symptomatology.

Disclosure of interest The authors declare that they have no competing interest.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.253>

P064

Syndrome de Tako Tsubo et psychiatrie de liaison : à propos d'un cas

H. Snene*, W. Abdelghaffar, A. Ben Amor, S. Dhif, A. Oumeyya
Hôpital Militaire, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : hajer.snene20@gmail.com (H. Snene)

Introduction Le syndrome de Tako Tsubo est un syndrome rare consistant en une myocardite survenant dans les suites d'un stress émotionnel, appelé par certains auteurs « myocardite des cœurs brisés ».

Méthodologie Illustrer par un cas clinique l'intérêt de la psychiatrie de liaison dans la prise en charge d'un syndrome de Tako Tsubo.

Vignette clinique Nous rapportons le cas de Mme Mk âgée de 60 ans, sans antécédents, qui a été hospitalisée au service de cardiologie de l'HMPIT pour exploration de douleurs thoraciques et lipothymies. Une IRM cardiaque a permis de mettre en évidence une forme rare du syndrome de Tako Tsubo à prédominance medio ventriculaire. Durant son hospitalisation, l'équipe de psychiatrie de liaison a été sollicitée devant une symptomatologie dépressive : tristesse de l'humeur, isolement, difficultés d'endormissement avec anorexie évoluant depuis 8 mois, date du décès de son fils unique suite à une embuscade. Le diagnostic de trouble dépressif majeur compliquant un deuil pathologique a été retenu. Un traitement antidépresseur et anxiolytique a été initié associé à une psychothérapie de soutien. L'évolution était favorable.

Conclusion La psychiatrie de liaison joue un rôle primordial dans la prévention et la prise en charge du syndrome de Tako Tsubo qui s'inscrit dans le cadre des manifestations psychosomatiques.

Mots clés Syndrome de Tako Tsubo ; Trouble dépressif ; Psychiatrie de liaison

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

Pour en savoir plus

Marechal V, Loas G, Droulin H. Le psychiatre de liaison et le Tako Tsubo. *Encéphale* 2011;37(5):388–392.

Mansencal N, Dubourg O. Cardiomyopathie de Tako-Tsubo. *Presse Med* 2013;42(6):1050–7.

Jourdaina M., Darchisb J, Thollieza R, Wielc RE. Syndrome de Tako-tsubo : une entité récente encore méconnue. *J Eur Urgences* 2009;22(1): 14–17.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.254>

Enfants et adolescents

P065

Retentissement des attaques au système de caregiving parental sur la gravité des troubles en pédopsychiatrie

D. Martin Bayon*, G. Gomez Zurita Lopez

Centre hospitalier Chartres, service de psychiatrie infanto-juvénile (SPJJ), Chartres, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : dmartinbayon@ch-chartres.fr (D. Martin Bayon)

La théorie de l'attachement préconise une organisation du psychisme en termes de systèmes motivationnels. De nombreuses situations que l'on retrouve dans la pratique clinique peuvent être envisagées comme le résultat d'un conflit entre deux ou plusieurs de ces systèmes motivationnels. Le système motivationnel de l'attachement a une position centrale et prioritaire pour le développement de l'enfant. Plus l'enfant est petit, plus ses besoins d'attachement dominant ses attitudes et comportements observables, ainsi que sa capacité de développer des représentations de soi-même et des autres qui intégreront progressivement ses modèles internes opérants. Pour que ce développement se déroule d'une façon satisfaisante, le système motivationnel du caregiving des figures d'attachement de l'enfant doit pouvoir s'activer de façon adéquate et adaptée. Pourtant, il y a certaines situations, décrites dans la littérature spécialisée comme des « attaques au système du caregiving » où ce système semble se rendre inefficace. Cette indisponibilité du système motivationnel de caregiving chez les figures d'attachement peut être en lien avec la psychopathologie que l'on peut trouver en pédopsychiatrie. Dans ce contexte, ce poster ébauche une comparaison entre différentes populations (normale, suivie en CM et suivie en hôpital de Jour) qui montre

une possible corrélation entre gravité des troubles chez les enfants et situation d'attaque au système de caregiving des adultes figures d'attachement de ces enfants, par le biais d'une étude observationnelle sans significativité statistique. On peut estimer qu'entre 4% et 10% de la population générale ont des parents qui ont subi des attaques de leurs systèmes de caregiving, tandis que cette proportion augmente à 30% quand il s'agit des enfants suivis en CMP et à 50% quand ce sont des enfants suivis en hôpital de jour.

Mots clés Attachement ; Caregiving ; Système motivationnel ; Adolescence

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

Pour en savoir plus

Bekhechi, V, Rabouam, C, Guédénéy, N. Le système des soins parentaux pour les jeunes enfants, le caregiving. In: Guédénéy, N, Guédénéy, A. (Eds). L'attachement : approche théorique. Du bébé à la personne âgée (17–28). Masson, Issy-Les-Moulineaux ; 2009.

Bekhechi, V, Rabouam, C, Guédénéy, N. Les atteintes « traumatiques » du caregiving. In: Guédénéy, N, Guédénéy, A. (Eds). L'attachement : approche clinique (39–50). Masson, Issy-Les-Moulineaux ; 2010.

Dubois de Bodinat, L, Dugravier, R. Maladie mentale et caregiving maternel. In: Guédénéy, N, Guédénéy, A. (Eds). L'attachement : approche clinique (51–59). Masson, Issy-Les-Moulineaux ; 2010.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.255>

P066

Pathologies émergentes du jeune adulte et de l'adolescent : comment les sujets accèdent-ils aux soins ?

A. Oppetit-Roger*, J. Bourgin, M.O. Krebs

Université Paris Descartes, service hospitalo-universitaire, hôpital Sainte-Anne, Paris, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : aliceoppetit@gmail.com (A. Oppetit-Roger)

Contexte Dans la majorité des cas, la schizophrénie est précédée par des symptômes prodromiques à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Le bénéfice des centres de détection et d'intervention précoces destinés aux sujets présentant ces prodromes est aujourd'hui établi. À partir des données recueillies au C'JAAD, le centre pilote français, l'objectif de notre travail est de comprendre comment les sujets parviennent jusqu'à ce type de structures.

Matériel et méthodes La recherche par les méthodes mixtes, courant méthodologique en plein essor, est particulièrement adaptée à notre problématique complexe. Nous avons intégré l'analyse quantitative de données issues de questionnaires remplis par les jeunes se présentant au C'JAAD et l'analyse qualitative d'entretiens.

Résultats Au total, 330 questionnaires et 8 entretiens ont été analysés. Il apparaît que l'accès aux soins est dépendant de nombreux déterminants. Les symptômes eux-mêmes, le modèle explicatif des troubles que le jeune retient, le sexe, la présence d'antécédents psychiatriques familiaux, le parcours scolaire, la dimension culturelle influencent la trajectoire de soins. Par ailleurs, l'entourage des sujets détient un rôle majeur. Parfois porteur de conduites stigmatisantes, l'entourage constitue le plus souvent un soutien important et ouvre la porte d'entrée vers les soins. Enfin, le degré de communication entre les différents professionnels de santé et le niveau de connaissance des intervenants sont déterminants dans le processus d'accès aux soins.

Discussion Favoriser l'accès aux soins des jeunes qui présentent une symptomatologie prodromique est primordial : on se situe à une période où les enjeux pour le futur sont majeurs. À notre connaissance, notre étude est la première à utiliser les méthodes mixtes pour explorer cette problématique. Toutefois, les données sont recueillies de manière rétrospective ce qui peut induire un biais de mémorisation. La lutte contre la stigmatisation,

l'information du grand public et des professionnels doivent être une priorité pour favoriser cet accès aux soins.

Mots clés Méthodes mixtes ; Ultra haut risque de psychose ;

Accès aux soins ; Prévention

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

Pour en savoir plus

Gut-Fayand, A. [A French experience: the Evaluation Center for young adults and adolescents]. *Encéphale* 2008;34 Suppl. 5:S175–8 (2008).

International Early Psychosis Association Writing Group. International clinical practice guidelines for early psychosis. *Br J Psychiatry* 2005;Suppl. 48:S120–4.

Guével, M-R, Pommier, J [Mixed methods research in public health: issues and illustration]. *Sante Publique* 2012;24:23–38.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.256>

P067

Syndrome de Rubinstein–Taybi et trouble de spectre de l'autisme : à propos d'un cas

A. Ben Amor^{1,2,*}, S. Halayem¹, A. Bouden¹, R. Mrad²

¹ Hôpital Razi, La Manouba, Tunisie

² Hôpital Charles-Nicolle, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : arwabenamor@hotmail.fr (A. Ben Amor)

Objectif Décrire un tableau d'autisme associé au syndrome de Rubinstein–Taybi à travers le cas d'un enfant suivi à la consultation du service de pédopsychiatrie, hôpital Razi.

Méthodologie Il s'agit d'un garçon de 6 ans, qui a été adressé par son médecin généticien en mai 2014 pour prise en charge d'une irritabilité et troubles de comportement. L'enfant avait des antécédents de persistance de canal artériel opéré à l'âge de 8 mois. Le développement était marqué par un retard des acquisitions psychomotrices. L'inquiétude de la mère a commencé vers l'âge de 18 mois où elle avait constaté des anomalies phénotypiques chez son fils avec apparition des stéréotypies gestuelles, angoisse inexplicable, troubles des interactions sociales et troubles de la communication non verbale devenus manifestes à l'âge de 4 ans. Il a été adressé en neuropédiatrie pour explorations (EEG de veille/sommeil, IRM cérébrale : normaux) puis a été adressé à la consultation de génétique où le diagnostic de syndrome de de Rubinstein–Taybi a été suspecté puis confirmé. L'examen a trouvé un enfant avec un retard staturo-pondéral important (–4 à –3 DS), des dysmorphies qui seront comparées aux données de la littérature. Le contact était très difficile, voire absent, il était très agité et refusait tout contact. L'interrogatoire de la mère et l'utilisation de la CARS nous ont permis de poser le diagnostic de trouble de spectre de l'autisme. L'indication de le mettre sous neuroleptiques était discutable vu ses antécédents cardiaques. L'évolution était marquée par une amélioration des interactions sociales, des troubles de la communication non verbale et des troubles de comportement associé.

Conclusion Nous discuterons les caractéristiques sémiologiques autistiques de cet enfant en comparaison aux données de la littérature de même que les facteurs génétiques et développementaux et environnementaux dans leurs rôles étiopathogéniques.

Mots clés Syndrome de Rubinstein–Taybi ; Trouble autistique

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

Pour en savoir plus

Galéra C, Taupiac E et al. Socio-behavioral characteristics of children with Rubinstein–Taybi syndrome. *J Autism Dev Disord* 2009;39(9):1252–60. doi:10.1007/s10803-009-0733-4. [Epub 2009 Apr 7].

Jane Waite et al, Repetitive behavior in Rubinstein–Taybi Syndrome: parallels with autism spectrum phenomenology. *J Autism Dev Disord* 2015;45(5):1238–125.