

notamment sur la dimension dépressive. Devant l'appauvrissement conceptuel, nous avons choisi d'illustrer ceci à partir de deux cas cliniques.

Pour en savoir plus

Kretschmer E. Paranoïa et sensibilité (traduction française de la 3^e éd. allemande), éd. PUF, Paris, 1963.

Lanteri-Laura G, Tevissen R. EMC de Psychiatrie, Les psychoses délirantes chroniques en dehors de la schizophrénie. 1997, 37-299 D10.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.137>

P57

Impact de l'insight et du mode d'hospitalisation sur la satisfaction vis-à-vis des soins chez des patients souffrant de schizophrénie : une étude pilote

N. Rainteau, J. Attal, J.-P. Boulenger,

D. Capdevielle, A. Larue

Hôpital La Colombière, Montpellier, France

Mots clés : Schizophrénie ; Insight ; Satisfaction vis-à-vis des soins
Une mauvaise satisfaction vis-à-vis des soins peut entraîner une mauvaise compliance et donc une prise en charge non optimale. Dans la littérature, le diagnostic de schizophrénie est lié à un faible niveau de satisfaction vis-à-vis des soins. L'idée que peu d'insight ou que des soins sans consentement sont associés à une mauvaise satisfaction est largement répandue, bien que jamais étudiée dans la littérature. L'objectif de cette étude pilote est d'évaluer si l'insight et les soins avec ou sans consentement sont impliqués dans la satisfaction vis-à-vis des soins chez des patients souffrant de schizophrénie. 20 patients souffrant de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif et suivis en hôpital de jour ont été inclus. La satisfaction des soins a été évaluée à l'aide de la version française de la Verona Service Satisfaction Scale (VSSS-54) adaptée pour l'hôpital de jour. L'insight a été évalué à l'aide de la Scale to assess Unawareness of illness in Mental Disorder (SUMD). Les résultats montrent d'une part une absence de corrélation entre la satisfaction vis-à-vis des soins et le degré d'insight. D'autre part, il n'est pas retrouvé de différence significative concernant la satisfaction vis-à-vis des soins entre un groupe de patients recevant des soins sans consentement et un groupe recevant des soins avec consentement. Enfin, l'ensemble des patients présente un score médian de satisfaction globale supérieure à la moyenne (99 sur 130). L'insight et les soins avec ou sans consentement ne modifient pas la satisfaction vis-à-vis des soins dans cette population. Ces observations cliniques, malgré la petite taille de l'échantillon, permettent de remettre en cause certaines idées reçues. Il s'agit alors d'appréhender sous un autre angle la satisfaction vis-à-vis des soins chez les patients souffrant de schizophrénie afin d'améliorer nos prises en charge.

Pour en savoir plus

Gigantesco A, et al. Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services. Eur Psychiatr 2002;17:139–47.

Lebow J. Consumer satisfaction with mental health treatment. Psychol Bull 1982;91:244–59.

Perreault M. Patients' requests and satisfaction with services in an outpatient psychiatric setting. Psychiatr Services 1996;47:287–92.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.138>

P59

Trouble de la personnalité Borderline et Trouble Bipolaire : similitudes et différences (à propos d'un cas)

H. Snene, R. Chebbi, A. Oumaya, S. Gallali

Hôpital militaire d'instructions de Tunis, Tunis, Tunisie

Mots clés : Trouble bipolaire ; Personnalité limite ; Borderline
Introduction.– Plusieurs similitudes existent entre le trouble bipolaire et la personnalité borderline amenant parfois à les considérer à tort comme la même entité. La fluctuation de l'humeur et l'impulsivité d'une personnalité limite peuvent parfois donner le change avec les symptômes bipolaires.

Objectif.– Illustrer l'association entre la personnalité limite et le trouble bipolaire à travers une vignette clinique et décrire les conséquences cliniques, thérapeutiques et sociales inhérentes.

Matériel et méthodes.– Il s'agit d'une vignette clinique d'une patiente suivie depuis l'année 2006 à la consultation externe du service de psychiatrie à l'hôpital Militaire d'instructions de Tunis.

Résultats.– Mlle I.A., âgée de 32 ans, a beaucoup souffert d'une malformation du visage « Bec de Lièvre », pour laquelle elle a été opérée à trois reprises. Elle a interrompu ses études à l'âge de 16 ans. Fiancée plusieurs fois, elle a mis fin à toutes ses relations. Depuis l'âge de 26 ans, elle travaillait de manière très instable en tant qu'ouvrière. Elle présente, depuis son adolescence, un tempérament hyper thymique, un sentiment chronique de vide, de rejet et d'abandon, une tendance à l'impulsivité et des conduites addictives avec instabilité interpersonnelle. Au redressement de son histoire clinique, on retrouve des épisodes thymiques intenses et variés : un premier épisode maniaque en 2006 suite au divorce de ses parents ; un deuxième épisode similaire en juillet 2012 avec notion d'insomnie quasi-totale, de dilapidation de biens et de problèmes professionnels importants et un troisième épisode thymique en décembre 2012, avec trois tentatives de suicide. Lors de la dernière consultation, nous avons retrouvé une patiente avec une humeur versatile, instable sur le plan psychomoteur, tachypsychique et anhédonique. Le diagnostic d'un épisode mixte a été retenu. Des traits de personnalité limite se sont dégagés au fur et à mesure du tarissement du trouble de l'humeur en cours.

Conclusion.– Le diagnostic de trouble bipolaire pose parfois des difficultés surtout que l'association entre ces deux troubles est fréquente. Il est donc important au clinicien de savoir bien repérer ces différents tableaux afin d'ajuster au mieux la prise en charge thérapeutique.

Pour en savoir plus

Akiskal H. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. J Clin Psychopharmacol 1996;16:4S–14S.

Benazzi F. Borderline personality disorder and bipolar II disorder in private practice depressed outpatients. Compr Psychiatry 2000;41:106–10.

Gaviria M, Flaherty J, Val E. A comparison of bipolar patients with and without a borderline personality disorder. Psychiatr J Univ Ott 1982;7:190–5.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.139>

P60

Étude du lien entre épilepsie et schizophrénie. À propos d'un cas

N. Haloui, M. Oumaya, Y. Laâjili, R. Bouzid

Hôpital Mohamed Tahar Maâmouri, Nabeul, Tunisie

Mots clés : Schizophrénie ; Épilepsie ; Lien

Introduction.– Les patients présentant une épilepsie ont un risque accru de survenue de symptômes psychotiques et notamment de schizophrénie. Le rapport étiopathogénique entre ces deux pathologies reste mal élucidé.

Objectif.– Analyser à travers une observation clinique et en fonction des données de la littérature le lien entre épilepsie et schizophrénie.

Méthodes.– Dans ce travail, nous avons rapporté le cas d'un patient suivi pour schizophrénie et atteint d'épilepsie.

Résultats.– M.F., âgé de 38 ans, aux antécédents de convulsions fébriles à l'âge de 2 ans, est suivi depuis l'âge de 18 ans pour une schizophrénie désorganisée avec une rémission partielle sous rispéridone. À 20 ans, il a présenté des crises d'agitation et

d'agressivité suivies de perte de connaissance avec mouvements tonico-cloniques, perte d'urines et amnésie postcritique. L'examen neurologique était normal. L'électroencéphalogramme était comitial. Le diagnostic d'épilepsie partielle secondairement généralisée a été posé. L'évolution sous valproate, carbamazépine et rispéridone a été marquée par l'absence de récurrences des crises convulsives et une meilleure rémission des symptômes psychotiques. Plusieurs études ont rapporté que les troubles mentaux étaient fréquents au cours de l'épilepsie et qu'il existait une association entre la schizophrénie et l'épilepsie à travers une atteinte commune des structures limbiques telles que le lobe temporal ou le diencephale. Dans la schizophrénie, il existe actuellement des lésions neuropathologiques bien décrites telles qu'un élargissement ventriculaire, une atrophie cérébrale prédominant au niveau temporal ou une dysplasie du cortex entorhinal. Les conclusions neuropathologiques, génétiques et de neuro-imagerie montrent que les anomalies structurelles du cerveau et les anomalies génétiques sont présentes aussi bien chez les patients atteints de schizophrénie que chez les patients atteints d'épilepsie.

Pour en savoir plus

Butler T, Weisholtz D, Isenberg N. Neuroimaging of frontal–limbic dysfunction in schizophrenia and epilepsy-related psychosis: toward a convergent neurobiology. *Epilepsy Behav* 2012;23:113–22.

Clarke, Antti Tanskane n, Matti O Huttune. Evidence for shared susceptibility to epilepsy and psychosis: a population-based family study Mary C. *Biol Psychiatry* 2012;71:836–39.

Nicola G, Cascella A, David J. Schizophrenia and epilepsy: Is there a shared susceptibility. *Neurosci Res* 2009;63:227–35.

Nubukpo P, Clément JP. Conséquences psychopathologiques de l'épilepsie. À partir de l'analyse de 10 observations. *Ann Med Psychol* 2003;161:272–82.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.140>

P61

Trouble bipolaire dans les suites d'un traumatisme crânien : à propos d'une observation

S. El Hechmi, I. Ben Romdhane, A. Belkhiria, F. Medini, R. Labbene

Hôpital Razi, Tunis, Tunisie

Le trouble bipolaire est une maladie à déterminisme complexe associant des facteurs de vulnérabilité génétique et des facteurs environnementaux. Le traumatisme crânien constitue un de ces facteurs [1]. En effet, il augmente d'une fois et demie à deux fois le risque de développer la maladie [3]. Pourtant, son rôle dans l'émergence du trouble bipolaire reste sujet de controverses.

Objectif et méthodes. – À travers une vignette clinique, nous rapportons l'état actuel des connaissances sur le lien existant entre ces deux entités. Nous soulevons la problématique d'une telle association notamment sur le plan médico-légal.

Résultat. – Mlle M., âgée de 36 ans, n'a aucun antécédent psychiatrique familial ou personnel. Elle a été victime d'un accident de la voie publique ayant occasionné un traumatisme crânien sévère. Ce dernier s'est compliqué secondairement d'une épilepsie généralisée, ayant bien évolué sous anticonvulsivants. Quelques mois après l'accident, la patiente a présenté des troubles du comportement à type d'excitation psychomotrice, irritabilité et désinhibition. Ces troubles évoluaient sur un mode épisodique et n'avaient pas de lien avec les crises épileptiques. La patiente nous a consulté 5 ans après le traumatisme crânien pour un tableau maniaque sévère avec caractéristiques psychotiques évoluant depuis deux mois. Le scanner cérébral a montré une lésion temporale cortico-sous-corticale séquellaire, ainsi qu'une atrophie occipitale bilatérale.

Discussion. – La manie post-traumatique est une entité discutable. Quelques cas ont été rapportés dans la littérature [2]. Certains auteurs considèrent que le traumatisme crânien peut être direc-

tement responsable d'une manie. Mais l'état actuel des recherches tend à percevoir le traumatisme crânien comme un facteur précipitant de la maladie chez une personne prédisposée. Une telle considération peut influencer l'avis de l'expert médico-légal et avoir des répercussions importantes sur les barèmes d'indemnisation des sujets victimes de traumatisme crânien.

Références

[1] Fayol P, Dumond J. Les limites de la nosographie psychiatrique dans les troubles psychiques des traumatisés crâniens sévères. *Ann Readapt Med Phys* 1997;40:543–6.

[2] Kapil S, Tamsim F. Case study: bipolar disorder after head injury. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 2000;39:39–44.

[3] Mortensen P. Head injury as a risk factor for bipolar affective disorder. *J Affect Disord* 2003;76(1-3):79–83.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.141>

P62

Troubles psychiatriques révélateurs d'encéphalopathie d'Hashimoto : à propos d'un cas

R. Chebbi, A. Oumaya, I. Berrahal, H. Snene, S. Gallali

Hôpital militaire de Tunis, Tunis, Tunisie

Mots clés : Hashimoto ; Corticoïde ; Encéphalopathie

Introduction. – L'encéphalopathie d'Hashimoto est une maladie rare, associant des signes neuropsychiatriques et une thyroïdite auto-immune. Son mécanisme physiopathologique est encore méconnu et son existence est probablement sous estimée.

Observation. – L'histoire de maladie de madame H.S, âgée de 34 ans aux antécédents de diabète type II sous régime, anémie de Biermer et hypothyroïdie, remonte à septembre 2012 marquée par l'apparition d'un état de mal convulsif en post-partum. Elle a été hospitalisée en service de réanimation. Le bilan étiologique est revenu sans anomalie ainsi elle a été mise sortante sous traitement anti-convulsivant. L'évolution a été marquée par l'apparition après un mois de troubles psycho-comportementaux à type d'idées délirantes de persécution, des hallucinations visuelles et une insomnie totale évoluant par accès. Le bilan étiologie était négatif. Elle a été ainsi hospitalisée dans un service psychiatrique et mis sous traitement neuroleptique atypique mais sans amélioration. Le dosage des anticorps anti-TPO était > 1000 ainsi le diagnostic d'encéphalopathie d'Hashimoto a été retenu. Un traitement par des corticoïdes était instauré permettant une amélioration spectaculaire de son état.

Méthodologie. – Étude de cas : présenter un cas clinique avec revue de la littérature.

Conclusion. – L'encéphalopathie d'Hashimoto représente un diagnostic différentiel avec une psychose atypique. Sa très bonne corticosensibilité doit la faire rechercher et doser les anticorps anti-TPO devant tout tableau neuropsychiatrique sans étiologie évidente.

Pour en savoir plus

Payer J, Lisy L, Baqi L, Petrovic T, Langer P. [Hashimoto's encephalopathy: a rare and unusual syndrome]. *Vnitr Lek* 2007;53(3):300–6.

Psychiatric Presentation of Hashimoto's Encephalopathy *Psychosomatic Medicine* 2007;69:200–1.

Tsai MH, Lee LH, Chen SD, Lu CH, Chen MT, Chuang YC. Complex status epilepticus as a manifestation of Hashimoto's encephalopathy. *Seizure* 2007;16:713–6.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.142>

P63

Dystonie et trouble bipolaire : quels liens ? À propos d'un cas