

Dr Clémence Bied

Dr Alexis Lepetit

Préface du Pr Emmanuel Poulet

+ *Un code d'entraînement
en ligne sur le site*



Psychiatrie

Pédopsychiatrie

Addictologie



iECN

2 0 1 6

2 0 1 7

2 0 1 8

- **Tous les items de la spécialité**
- **DP et QRM conformes au DSM-5**
- 30 Dossiers Progressifs
- 40 Questions Isolées
- Corrections détaillées et commentées
- + Fiches Points clés

Psychiatrie

Pédopsychiatrie

Addictologie

i E C N

2 0 1 6

2 0 1 7

2 0 1 8

Dr Clémence Bied

Dr Alexis Lepetit

Préface du Pr Emmanuel Poulet

Éditions MED-LINE
127 rue Jeanne d'Arc
75013 Paris
www.med-line.fr

PSYCHIATRIE, PÉDOPSYCHIATRIE, ADDICTOLOGIE

ISBN : 978-2-84678-184-8

© 2016 ÉDITIONS MED-LINE

Mise en page : Laurent Ducamp
Couverture : Élise Ducamp Collin

Achévé d'imprimer par GPS - Mai 2016

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement des auteurs, ou de leurs ayants droit ou ayants cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1^{er} de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code Pénal.

À mes parents qui seront, je n'en doute pas, démesurément fiers,
A ma sœur, Cécile, pour son soutien permanent,
À ma nièce et mon neveu, Claire et Pierre, auxquels je souhaite
de trouver le même épanouissement professionnel,
À mon beau-frère, le Dr Jean-Pierre Scepi, que je remercie pour ses relectures assidues et notamment
concernant le versant pharmacologique des dossiers,
Au Professeur Emmanuel Poulet pour sa confiance sans cesse renouvelée et ses encouragements,
Au Dr Alexis Lepetit pour m'avoir accompagnée dans ce projet
et pour la richesse de ses conseils toujours bien avisés,
À Marine, Mathilde, Anne-Laure, Victor et Mehdi, pour leurs relectures contributives
sur la forme des dossiers, tous mes vœux de réussite pour leur concours,
À France Sarfatti pour la réalisation de ce projet.
C. B.

Merci à tous mes amis pour leur soutien pendant toute la réalisation de ce projet
ainsi qu'aux étudiants qui ont pu bêta-tester ces cas cliniques
Des remerciements tout particulier à ma mère et ma grand-mère
pour leur relecture attentive et scrupuleuse
Enfin merci au Dr Bied pour cette collaboration très enrichissante qui a suscité
de nombreux débats passionnants au cours de nos séances de relecture
A. L

SOMMAIRE DES DOSSIERS PROGRESSIFS

DOSSIERS PROGRESSIFS

<u>DP 1 :</u>	Une patiente anxieuse	13
<u>DP 2 :</u>	Fièvre à l'hôpital psychiatrique	21
<u>DP 3 :</u>	Délire aigu puis chronique chez une jeune femme	27
<u>DP 4 :</u>	« On va vous remettre sur les rails ! »	33
<u>DP 5 :</u>	Arrêter l'héroïne	39
<u>DP 6 :</u>	« Après les coups de feu »	45
<u>DP 7 :</u>	Un patient très renfermé	51
<u>DP 8 :</u>	Panique en soirée	57
<u>DP 9 :</u>	De biens grosses préoccupations	63
<u>DP 10 :</u>	« En partance pour les îles »	69
<u>DP 11 :</u>	Un petit garçon (trop) calme mais qui n'aime pas le changement	75
<u>DP 12 :</u>	« Arrêt de traitement »	81
<u>DP 13 :</u>	Après une tentative de suicide par ingestion médicamenteuse volontaire	87
<u>DP 14 :</u>	« Encore un verre »	95
<u>DP 15 :</u>	Un bien étrange professeur de yoga	101
<u>DP 16 :</u>	« Garde à vue »	107
<u>DP 17 :</u>	Le blues de la business woman	113
<u>DP 18 :</u>	« Un oubli fâcheux »	121
<u>DP 19 :</u>	Sommeil bien agité chez un patient de 72 ans	127
<u>DP 20 :</u>	« Je suis le fils de Dieu ! »	135
<u>DP 21 :</u>	La chute	141
<u>DP 22 :</u>	« Sous étroite surveillance »	149
<u>DP 23 :</u>	Un petit garçon monté sur ressort	155
<u>DP 24 :</u>	« On a volé mon véritable enfant ! »	161
<u>DP 25 :</u>	Explosion d'une usine pétrochimique	165
<u>DP 26 :</u>	« Poids plume »	175
<u>DP 27 :</u>	La petite fille qui n'arrivait pas à dormir	181

<u>DP 28</u> :	« Hyperactif peut-être... hyper-épuisant sûrement... »	189
<u>DP 29</u> :	Le coup de la panne	195
<u>DP 30</u> :	« Quand un être vous manque... »	203

QUESTIONS ISOLÉES À RÉPONSES MULTIPLES

<u>QI 1</u> :	Première série	211
<u>QI 2</u> :	Deuxième série	219

Les auteurs

Dr Clémence BIED, Psychiatre, Psychiatrie des urgences, Responsable de l'unité fonctionnelle, Hôpital Édouard Herriot, Lyon.

Dr Alexis LEPETIT, Psychiatre - Chef de Clinique Assistant, Équipe Mobile Maladie D'Alzheimer, Unité Cognitivo-Comportementale, Villeurbanne.

Pr Emmanuel POULET, Chef des urgences psychiatriques des Hospices Civils de Lyon, Co-directeur PsyR2 - CNRL (INSERM U1028 / cNRS UMR 5292 / UCBL1), Secrétaire général AFPBN (Association française de Psychiatrie Biologique et Neuropsychopharmacologie).

Préface

La préparation de l'ECN constitue un évènement clé des études médicales où l'étudiant démontre, au cours de ces épreuves, qu'il a acquis les réflexes nécessaires à la mise en œuvre des attitudes diagnostiques et thérapeutiques adéquates. La réforme récente du concours permet une nouvelle approche de l'évaluation des connaissances au moyen de dossiers progressifs. L'objectif de ces dossiers est celui d'offrir des possibilités plus vastes pour appréhender les savoirs de l'étudiant conformément aux règles de docimologie.

Dans le champ des spécialités médicales, la connaissance psychiatrique justifie que l'étudiant intègre des connaissances dans des domaines très variés que sont les données biologiques, neuro-développementales, psychosociales et médico-légales nécessaires à la bonne analyse et à la prise en charge de la maladie mentale.

Je suis très honoré de préfacier ce recueil de dossiers clinique très bien structuré et très complet qui permet d'aborder le programme de l'ECN en s'appuyant sur les données récentes mises à jour selon les dernières classifications internationales des maladies mentales (DSM5). Chaque dossier a été construit conformément à la réglementation et permettra aux étudiants de tester largement leurs connaissances en travaillant sur toutes les situations cliniques du programme ; l'ensemble des items étant abordé dans ces dossiers, complétés par une série de QCM.

Je félicite les Dr Clémence Bied et Alexis Lepetit pour le travail précieux et important effectué mais également pour leur implication et leur motivation dans l'enseignement de notre spécialité, chaque cas clinique ayant fait l'objet d'une double lecture et ayant été testé in situ auprès d'étudiants.

Bon travail à tous et que mes vœux de réussite vous accompagnent dans la réussite au concours.

Pr Emmanuel Poulet



1^{re} partie

DOSSIERS PROGRESSIFS

DP

1

Une patiente anxieuse

ÉNONCÉ :

Psychiatre en CMP, vous recevez ce jour en consultation Melle Ingrid G., 25 ans, employée d'un hypermarché, pour un problème de « stress » comme elle le décrit. Cela a commencé il y a 3 ans avant un inventaire de son magasin pour lequel son patron lui aurait mis « la pression ».

Depuis, elle n'arrive plus à se détendre véritablement, elle décrit une préoccupation quasi permanente notamment dans son environnement professionnel. Lorsqu'elle rentre chez elle, Ingrid reste en souci, ce qui lui provoque des crampes musculaires et l'empêche de dormir. Elle vous explique avoir tendance à se renfermer et à moins communiquer avec ses amis. Elle poursuit malgré tout son activité professionnelle et la course à pied (2 à 3 jogging par semaine), sport qu'elle pratique depuis 5 ans.

Parfois, elle peut même faire de grandes crises de peur au cours desquelles elle suffoque et a l'impression qu'elle va mourir. Ces crises restent cependant assez rares.

► QRM 1

Quels éléments sémiologiques relevez-vous ?

- A attaque de panique
- B aboulie
- C dissociation anxieuse
- D athymormie
- E tension musculaire

► QRM 2

Quel est le diagnostic le plus probable ?

- A trouble panique
- B trouble de l'adaptation
- C névrose
- D anxiété généralisée
- E burn-out

► QRM 3

Quelles sont vos possibilités thérapeutiques devant cette anxiété généralisée (Trouble anxieux généralisé [TAG]) ?

- A psychothérapie
- B remédiation cognitive
- C stimulation magnétique transcranienne répétée (rTMS)
- D médicamenteuse
- E stimulation transcranienne à courant direct (tDCS)

► QRM 4

Quel type de psychothérapie est particulièrement recommandé dans ce cas de figure ?

- A psychanalyse
- B thérapie cognitivo-comportementale
- C thérapie d'inspiration analytique
- D thérapie systémique
- E thérapie interpersonnelle

► QRM 5

Quelles sont vos possibilités sur le plan médicamenteux comme traitement de fond ?

- A escitalopram (SEROPLEX)
- B venlafaxine (EFFEXOR)
- C clomipramine (ANAFRANIL)
- D prégabaline (LYRICA)
- E buspirone (BUSPAR)

► QRM 6

Vous apprenez que la patiente prend également de l'alprazolam (XANAX) 0,5 mg 6 à 7 comprimés par jour depuis 1 an et demi prescrit par son médecin traitant. Initialement, la prescription n'était que de 2 comprimés par jour mais la patiente a progressivement augmenté sa consommation pour une meilleure anxiolyse. Quelle(s) est (sont) votre (vos) attitude(s) possible(s) par rapport à ce traitement par alprazolam ?

- A arrêt brutal de l'alprazolam
- B sevrage de l'alprazolam puis introduction d'un traitement de fond du TAG
- C introduction d'un traitement de fond du TAG puis sevrage en alprazolam
- D introduction d'un traitement de fond du TAG et sevrage en alprazolam en même temps
- E introduction d'un traitement et maintien du traitement par alprazolam

► **QRM 7**

Un sevrage en alprazolam est décidé concomitamment à l'introduction d'un traitement de fond. Comment réalisez-vous ce sevrage ?

- A diminution d'un comprimé d'alprazolam tous les 2 jours
- B passage à une benzodiazépine de demi-vie courte (SERESTA) puis arrêt progressif sur plusieurs mois
- C passage à une benzodiazépine de demi-vie longue (LYSANXIA) puis arrêt progressif sur plusieurs mois
- D prise de l'alprazolam un jour sur 2, puis un jour sur 3, etc.
- E adjoindre un autre anxiolytique non benzodiazépinique (ATARAX) puis arrêt progressif sur plusieurs mois de l'alprazolam

► **QRM 8**

Du SEROPLEX 20 mg a été introduit, quelle sera la durée du traitement médicamenteux ?

- A 3 mois
- B 6 mois
- C 9 mois
- D 12 mois
- E 18 mois

► **QRM 9**

Après 72 h de traitement, la patiente vous appelle pour vous remercier. En effet, elle vous explique que, presque dès la première prise de SEROPLEX, elle s'est sentie très rapidement beaucoup mieux. Elle n'a plus du tout d'angoisse et d'attaque de panique, maintenant elle rit et sourit tout le temps et travaille nettement mieux et beaucoup plus vite qu'avant. Elle sort facilement de chez elle, elle est même allée en boîte de nuit hier soir pour la première fois de sa vie et a fait la rencontre d'un garçon (ce qu'elle vous explique dans un grand éclat de rire). Quels éléments sémiologiques relevez-vous dans cette observation ?

- A élation de l'humeur
- B tachyphémie
- C discordance affective
- D hyperactivité productive
- E agitation psychomotrice

► **QRM 10**

Vous revoyez en consultation la patiente une semaine après, la situation semble rentrée dans l'ordre et Ingrid apparaît moins euphorique. Les symptômes anxieux ont refait surface mais sans exacerbation non plus. Quelle est votre attitude par rapport au traitement médicamenteux ?

- A maintien du traitement par SEROPLEX
- B diminution de la posologie à 10 mg/j
- C arrêt brutal du SEROPLEX
- D sevrage progressif sur quelques jours du SEROPLEX
- E choix d'un autre traitement de fond du TAG non anti-dépresseur

► **QRM 11**

Vous choisissez de diminuer progressivement le SEROPLEX sur 2 semaines et d'introduire en parallèle du LYRICA (prégabaline). Malheureusement la patiente vous explique ne pas vouloir faire ce changement car elle pense que l'effet euphorisant du SEROPLEX va revenir et l'aider à faire de nouvelles rencontres et « à sortir de son cocon ». Vous convenez d'un nouveau rendez-vous une semaine plus tard auquel elle ne se rendra pas. Vous perdez alors contact avec la patiente malgré vos relances téléphoniques et par courrier.

Trois ans plus tard, la patiente vous est réadressée par son médecin traitant. Elle vous décrit une situation compliquée à son travail depuis dix jours (elle est maintenant directrice de rayon) avec actuellement une perte d'intérêt et de motivation, des résultats de vente qui, sans être catastrophiques, sont en baisse. Elle se sent lente et vous parle d'ailleurs avec un débit verbal ralenti par rapport à vos précédentes rencontres. Elle explique que ce n'est pas la première fois que cela lui arrive, elle a des phases dans l'année comme celle-ci (3 à 4 au moins par an) au cours desquelles la vie devient plus compliquée. Elle vous explique cependant qu'elle peut avoir encore des moments où tout va mieux et au cours desquels elle peut travailler nettement plus vite et efficacement. Cette irrégularité lui est pénible à vivre car elle ne sait jamais « comment sera son moral le lendemain », instabilité qui a déjà entraîné deux ruptures affectives sur les 3 dernières années.

Quels sont les éléments sémiologiques du tableau actuel ?

- A aboulie
- B anhédonie
- C bradyphémie
- D ambitendance
- E ambivalence affective

► **QRM 12**

Quel est votre diagnostic global ?

- A trouble bipolaire de type 1
- B trouble bipolaire de type 2
- C trouble schizo-affectif
- D trouble cyclothymique
- E trouble dysthymique

▶ **QRM 13**

Dans ce cas de trouble cyclothymique, quelle sera votre prise en charge thérapeutique ?

- A psychothérapie
- B remédiation cognitive
- C thymorégulation médicamenteuse par valproate
- D stimulation magnétique transcranienne répétée (rTMS)
- E électroconvulsivothérapie

▶ **QRM 14**

Vous décidez d'opter pour une psychothérapie de soutien et un traitement médicamenteux par lithium. Quel(s) élément(s) constitue(nt) votre bilan pré-thérapeutique ?

- A bêta-HCG
- B fonction rénale (urée, créatinine)
- C consultation néphrologique
- D EEG
- E ECG

▶ **QRM 15**

Vous introduisez du lithium (TERALITHE 250 mg), quel(s) est (sont) votre (vos) élément(s) de surveillance biologique une fois le traitement à dose efficace et stable ?

- A lithémie trimestrielle (cible entre 0,5 et 0,8 mEq/L)
- B lithémie trimestrielle (cible entre 0,8 et 1,2 mEq/L)
- C TSH tous les ans
- D bilan lipidique tous les 5 ans
- E glycémie annuelle

RÉPONSES

- Vrai
- Indispensable
- Faux
- Inadmissible

▶ **QRM 1**

Quels éléments sémiologiques relevez-vous ?

- A attaque de panique
- B aboulie
- C dissociation anxieuse
- D athymormie
- E tension musculaire

➔ **Réponse : A, E**

Commentaires : Les angoisses de mort imminentes sont possibles à l'acmé d'une attaque de panique mais ne correspondent pas à de la dissociation. Attention, en psychiatrie le terme dissociation a 2 sens, un sens bleulerien (théorisé par Eugen Bleuler) qui renvoie à la schizophrénie et un sens janettien (théorisé par Pierre Janet) qui renvoie plutôt à des manifestations post-traumatiques. C'est ce sens qui est utilisé par le DSM dans la notion de trouble dissociatif.

▶ **QRM 2**

Quel est le diagnostic le plus probable ?

- A trouble panique
- B trouble de l'adaptation
- C névrose

- D anxiété généralisée
- E burn-out

➔ **Réponse : D**

Commentaires : L'anxiété généralisée (anc. Trouble Anxieux Généralisé) est ici le plus probable devant le souci permanent et excessif. On ne peut pas parler de trouble panique car les attaques de panique restent limitées et il n'y a pas d'anxiété anticipatoire de ces attaques de panique. L'épuisement professionnel (burn-out) ne peut être retenu car on ne retrouve pas les éléments de surinvestissement professionnel avec impression d'inefficacité personnelle. La névrose n'existe plus dans les classifications internationales et, quoiqu'il arrive, n'était pas une maladie mais un groupe de maladie.

▶ **QRM 3**

Quelles sont vos possibilités thérapeutiques devant cette anxiété généralisée (Trouble anxieux généralisé [TAG]) ?

- A psychothérapie
- B remédiation cognitive
- C stimulation magnétique transcranienne répétée (rTMS)
- D médicamenteuse
- E stimulation transcranienne à courant direct (tDCS)

➔ Réponse : A, D

Commentaires : Remédiation cognitive, tDCS et rTMS n'ont pas d'indication dans le TAG.

► QRM 4

Quel type de psychothérapie est particulièrement recommandé dans ce cas de figure ?

- A psychanalyse
- B thérapie cognitivo-comportementale
- C thérapie d'inspiration analytique
- D thérapie systémique
- E thérapie interpersonnelle

➔ Réponse : B

Commentaires : Comme pour tous les troubles anxieux, ce sont les thérapies cognitivo-comportementales qui ont le plus haut niveau de preuve. Cela ne veut cependant pas dire que les autres psychothérapies n'ont pas d'intérêt ou sont inefficaces. Le choix de la psychothérapie doit se faire en concertation avec le patient pour déterminer avec lui la modalité thérapeutique qui lui conviendra le mieux.

► QRM 5

Quelles sont vos possibilités sur le plan médicamenteux comme traitement de fond ?

- A escitalopram (SEROPLEX)
- B venlafaxine (EFFEXOR)
- C clomipramine (ANAFRANIL)
- D prégabaline (LYRICA)
- E buspirone (BUSPAR)

➔ Réponse : A, B, D, E

Commentaires : Ces 4 traitements ont l'AMM pour l'anxiété généralisée ce que n'a pas la clomipramine. D'une manière plus générale, les imipraminiques (tricycliques) n'ont pas tous l'AMM pour tous les troubles anxieux, et de toute façon ne doivent pas être considérés en première intention du fait de leurs effets secondaires plus fréquents et importants.

► QRM 6

Vous apprenez que la patiente prend également de l'alprazolam (XANAX) 0,5 mg 6 à 7 comprimés par jour depuis 1 an et demi prescrit par son médecin traitant. Initialement, la prescription n'était que de 2 comprimés par jour mais la patiente a progressivement augmenté sa consommation pour une meilleure anxiolyse. Quelle(s) est (sont) votre (vos) attitude(s) possible(s) par rapport à ce traitement par alprazolam ?

- A arrêt brutal de l'alprazolam
- B sevrage de l'alprazolam puis introduction d'un traitement de fond du TAG

C introduction d'un traitement de fond du TAG puis sevrage en alprazolam

D introduction d'un traitement de fond du TAG et sevrage en alprazolam en même temps

E introduction d'un traitement et maintien du traitement par alprazolam

➔ Réponse : C, D

Commentaires : L'arrêt brutal tout comme le maintien du traitement par benzodiazépine n'est pas recommandé. Le sevrage en benzodiazépine doit avoir lieu pendant ou après l'introduction du traitement de fond.

► QRM 7

Un sevrage en alprazolam est décidé concomitamment à l'introduction d'un traitement de fond. Comment réalisez-vous ce sevrage ?

- A diminution d'un comprimé d'alprazolam tous les 2 jours
- B passage à une benzodiazépine de demi-vie courte (SERESTA) puis arrêt progressif sur plusieurs mois
- C passage à une benzodiazépine de demi-vie longue (LYSANXIA) puis arrêt progressif sur plusieurs mois
- D prise de l'alprazolam un jour sur 2, puis un jour sur 3, etc
- E adjoindre un autre anxiolytique non benzodiazépinique (ATARAX) puis arrêt progressif sur plusieurs mois de l'alprazolam

➔ Réponse : C

Commentaires : Les recommandations pour le sevrage en benzodiazépines chez des patients présentant une dépendance notable sont de passer à une benzodiazépine de demi-vie longue puis d'entamer le sevrage avec cette nouvelle molécule. Le LYSANXIA (prazepam) se prête bien à cet exercice car il existe en forme goutte ce qui permet un sevrage très progressif et plus précis qu'avec des comprimés. L'alprazolam est une benzodiazépine de demi-vie courte.

► QRM 8

Du SEROPLEX 20 mg a été introduit, quelle sera la durée du traitement médicamenteux ?

- A 3 mois
- B 6 mois
- C 9 mois
- D 12 mois
- E 18 mois

➔ Réponse : B

Commentaires : La durée de traitement recommandé pour l'anxiété généralisée est de 6 mois. Un arrêt plus précoce expose à un risque de rechute et de chronicisation des troubles.

▶ **QRM 9**

Après 72 h de traitement, la patiente vous appelle pour vous remercier. En effet, elle vous explique que, presque dès la première prise de SEROPLEX, elle s'est sentie très rapidement beaucoup mieux. Elle n'a plus du tout d'angoisse et d'attaque de panique, maintenant elle rit et sourit tout le temps et travaille nettement mieux et beaucoup plus vite qu'avant. Elle sort facilement de chez elle, elle est même allée en boîte de nuit hier soir pour la première fois de sa vie et a fait la rencontre d'un garçon (ce qu'elle vous explique dans un grand éclat de rire). Quels éléments sémiologiques relevez-vous dans cette observation ?

- A élation de l'humeur
- B tachyphémie
- C discordance affective
- D hyperactivité productive
- E agitation psychomotrice

➔ **Réponse : A, D**

Commentaires : On retrouve ici des éléments sémiologiques d'un épisode hypomaniaque qui marque une rupture avec l'état antérieur mais qui ne compromet pas l'insertion socio-professionnelle de la patiente.

On n'a pas ici à proprement parlé d'agitation : la discordance affective désigne des manifestations dissociatives sur le plan affectif de la schizophrénie et n'est pas présente dans cette observation.

Enfin la tachyphémie désigne une accélération du débit verbale qu'on ne retrouve pas ici.

▶ **QRM 10**

Vous revoyez en consultation la patiente une semaine après, la situation semble rentrée dans l'ordre et Ingrid apparaît moins euphorique. Les symptômes anxieux ont refait surface mais sans exacerbation non plus. Quelle est votre attitude par rapport au traitement médicamenteux ?

- A maintien du traitement par SEROPLEX
- B diminution de la posologie à 10 mg/j
- C arrêt brutal du SEROPLEX
- D sevrage progressif sur quelques jours du SEROPLEX
- E choix d'un autre traitement de fond du TAG non antidépresseur

➔ **Réponse : D, E**

Commentaires : Devant les éléments hypomaniaques présentés lors de l'introduction, on ne peut exclure un virage de l'humeur et donc une pathologie bipolaire sous-jacente, il convient donc d'arrêter progressivement le SEROPLEX (sur quelques jours car la prescription est ici récente) et d'introduire en parallèle un autre traitement de fond de l'anxiété généralisé non-antidépresseur (buspirone [BUSPAR] ou prégabaline [LYRICA]).

▶ **QRM 11**

Vous choisissez de diminuer progressivement le SEROPLEX sur 2 semaines et d'introduire en parallèle du LYRICA (prégabaline). Malheureusement la patiente vous explique ne pas vouloir faire ce changement car elle pense que l'effet euphorisant du SEROPLEX va revenir et l'aider à faire de nouvelles rencontres et « à sortir de son cocon ». Vous convenez d'un nouveau rendez-vous une semaine plus tard auquel elle ne se rendra pas. Vous perdez alors contact avec la patiente malgré vos relances téléphoniques et par courrier.

Trois ans plus tard, la patiente vous est réadressée par son médecin traitant. Elle vous décrit une situation compliquée à son travail depuis dix jours (elle est maintenant directrice de rayon) avec actuellement une perte d'intérêt et de motivation, des résultats de vente qui, sans être catastrophiques, sont en baisse. Elle se sent lente et vous parle d'ailleurs avec un débit verbal ralenti par rapport à vos précédentes rencontres. Elle explique que ce n'est pas la première fois que cela lui arrive, elle a des phases dans l'année comme celle-ci (3 à 4 au moins par an) au cours desquelles la vie devient plus compliquée. Elle vous explique cependant qu'elle peut avoir encore des moments où tout va mieux et au cours desquels elle peut travailler nettement plus vite et efficacement. Cette irrégularité lui est pénible à vivre car elle ne sait jamais « comment sera son moral le lendemain », instabilité qui a déjà entraîné deux ruptures affectives sur les 3 dernières années.

Quels sont les éléments sémiologiques du tableau actuel ?

- A aboulie
- B anhédonie
- C bradyphémie
- D ambitendance
- E ambivalence affective

➔ **Réponse : A, C**

Commentaires : On retrouve ici l'aboulie et la bradyphémie (le débit verbal diminué). La sphère hédonique n'est pas suffisamment explorée pour évoquer l'anhédonie. L'ambitendance et l'ambivalence affective sont plutôt des symptômes de dissociation affective.

▶ **QRM 12**

Quel est votre diagnostic global ?

- A trouble bipolaire de type 1
- B trouble bipolaire de type 2
- C trouble schizo-affectif
- D trouble cyclothymique
- E trouble dysthymique

➔ **Réponse : D**

Commentaires : Il s'agit ici d'un trouble cyclothymique (qui appartient à la famille des troubles bipolaires) devant la présence de symptômes hypomaniaques et dépressifs subsyndromiques (c'est-à-dire qui n'atteignent pas le seuil suffisant pour diagnostiquer un épisode hypomaniaque ou dépressif caractérisé) depuis au moins 2 ans.

Le trouble dysthymique correspond à une humeur dépressive pendant au moins 2 ans sans que le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé puisse être retenu.

Le trouble schizo-affectif ne peut être retenu car on n'a pas ici notion de symptôme de désorganisation.

► QRM 13

Dans ce cas de trouble cyclothymique, quelle sera votre prise en charge thérapeutique ?

- A psychothérapie
- B remédiation cognitive
- C thymorégulation médicamenteuse par valproate
- D stimulation magnétique transcranienne répétée (rTMS)
- E électroconvulsivothérapie

➔ **Réponse : A (zéro si réponse C : inadmissible)**

Commentaires : Le traitement de la cyclothymie fait débat et il n'y a pas de recommandation formelle. Quoiqu'il en soit la psychothérapie est nécessaire ; sur le plan médicamenteux une thymorégulation (soit par sels de lithium soit par anticonvulsivant [en dehors du valproate qui ne doit pas être prescrit en première intention chez une femme en âge de procréer], soit par antipsychotique atypique peut être discutée en deuxième intention). Dans la cyclothymie avec des symptômes fréquents et qui tendent à se rapprocher dans le temps en laissant peu de période d'euthymie, il y a une forte indication à traiter pharmacologiquement en plus de la psychothérapie.

Il n'y a pas de programme de remédiation cognitive dédié à la cyclothymie et les ECT ou la rTMS n'ont pas d'indication non plus de cette pathologie.

► QRM 14

Vous décidez d'opter pour une psychothérapie de soutien et un traitement médicamenteux par lithium. Quel(s) élément(s) constitue(nt) votre bilan pré-thérapeutique ?

- A bêta-HCG
- B fonction rénale (urée, créatinine)
- C consultation néphrologique
- D EEG
- E ECG

➔ **Réponse : A, B, E**

Commentaires : La consultation néphrologique n'est pas obligatoire tout comme l'EEG qui doit cependant être pratiqué quand le patient a des antécédents neurologiques notamment d'épilepsie.

► QRM 15

Vous introduisez du lithium (TERALITHE 250 mg), quel(s) est (sont) votre (vos) élément(s) de surveillance biologique une fois le traitement à dose efficace et stable ?

- A lithémie trimestrielle (cible entre 0,5 et 0,8 mEq/L)
- B lithémie trimestrielle (cible entre 0,8 et 1,2 mEq/L)
- C TSH tous les ans
- D bilan lipidique tous les 5 ans
- E glycémie annuelle

➔ **Réponse : A, C**

Commentaires : Il s'agit de la forme standard du TERALITHE donc la cible thérapeutique est 0,5 à 0,8 mEq/L. La TSH et la fonction rénale (créatinine, urée) se font au moins annuellement. Il n'y a pas d'indication à un suivi ECG et du bilan lipidique systématique (le bilan lipidique tous les 5 ans est par contre recommandé chez les patients sous antipsychotiques atypiques).

Évaluation			Votre entraînement		
Questions	Réponses	Points	1 ^{er} Tour	2 ^e Tour	3 ^e Tour
Q - 1	A, E	20			
Q - 2	D	20			
Q - 3	A, D	20			
Q - 4	B	20			
Q - 5	A, B, D, E	20			
Q - 6	C, D	20			
Q - 7	C	20			
Q - 8	B	20			
Q - 9	A, D	20			
Q - 10	D, E	20			
Q - 11	A, C	20			
Q - 12	D	20			
Q - 13	A	20			
Q - 14	A, B, E	20			
Q - 15	A, C	20			
Total : 300					

► ITEMS CONCERNÉS

N° 59. CONNAÎTRE LES BASES DES CLASSIFICATIONS DES TROUBLES MENTAUX DE L'ENFANT À LA PERSONNE ÂGÉE.

N° 62. TROUBLE BIPOLAIRE DE L'ADOLESCENT ET DE L'ADULTE.

N° 64 DIAGNOSTIQUER : UN TROUBLE DÉPRESSIF, UN TROUBLE ANXIEUX GÉNÉRALISÉ, UN TROUBLE PANIQUE, UN TROUBLE PHOBIQUE, UN TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF, UN ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE, UN TROUBLE DE L'ADAPTATION (DE L'ENFANT À LA PERSONNE ÂGÉE), UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ.

N° 71. DIFFÉRENTS TYPES DE TECHNIQUES PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES.

N° 72. PRESCRIPTION ET SURVEILLANCE DES PSYCHOTROPES (VOIR ITEM 326).

► Pour aller plus loin/références bibliographiques :

- Recommandations AFSSAPS 2006 sur la prescription des antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux.
- Guide Médecin HAS 2009 sur les troubles bipolaires.

POINTS CLÉS

- Le traitement médicamenteux de fond de l'anxiété généralisée repose sur les antidépresseurs (ISRS) ou la buspirone ou la prégabaline et non sur les benzodiazépines.
- Chez l'adulte jeune, le sevrage en benzodiazépine de courte demi-vie se déroule grâce à la substitution par une benzodiazépine de demi-vie longue.
- Le valproate et ses dérivés sont contre-indiqués en première intention chez la femme en âge de procréer.

Psychiatrie, pédopsychiatrie, addictologie, psychiatrie médico-légale et psychiatrie de la personne âgée

30 dossiers progressifs, plus de 40 questions isolées

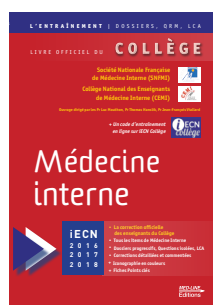
- 30 dossiers progressifs et plus de 40 questions isolées conformes au DSM-5 et à sa traduction française officielle
- Conformes au nouveau programme de l'IECN
- Des corrections détaillées et commentées

Les bonus iECN pour chaque dossier

- Les réponses indispensables ou inadmissibles
- Les items abordés dans le dossier pour faciliter ses révisions
- Une fiche Points clés par dossier pour retenir l'essentiel

+ Inclus dans ce livre, un code d'accès pour s'entraîner et s'évaluer en ligne dans les conditions de l'IECN

Dans la même collection :



20 € TTC
ISBN : 978-2-84678-184-8



MED-LINE
Editions

www.med-line.fr