

# TROUBLES MENTAUX DUS A UNE AFFECTION MEDICALE GENERALE

*Dr SARI RAHOUJI A.  
Maître Assistant en Psychiatrie  
CHU TLEMCEN*

## I. GENERALITÉS

Devant un patient présentant des troubles mentaux, il est impératif d'envisager, au cours du diagnostic différentiel ou étiologique, toutes les affections médicales susceptibles de les provoquer, il faut également avoir à l'esprit qu'ils peuvent être la conséquence de consommation, par le patient lui-même, de substances légales ou illégales. Il n'est pas toujours possible de déterminer si les troubles observés (caractères, comportement -thymie) sont la conséquence directe des altérations cérébrales. Il faut tout de même s'obstiner à confirmer les hypothèses diagnostiques, par des examens biologiques et radiologiques demandés avec pertinence en fonction des signes cliniques. Certaines affections médicales générales sont plus fréquemment associées à des troubles mentaux, dont les démences, les confusions mentales, les pharmacodépendances déjà abordées dans d'autres chapitres. Il faut ajouter à ces troubles les tumeurs cérébrales, les traumatismes crâniens, les maladies endocriniennes et infectieuses et les épilepsies qui font l'objet de ce chapitre.

## II. TRAUMATISMES CRANIENS

Fréquents à cause de l'augmentation des accidents de la route et de la violence que connaît notre pays depuis plus d'une décennie, les traumatismes crâniens sont susceptibles de se compliquer de troubles psychiatriques soit dans les suites immédiates soit dans les suites tardives.

Si le syndrome subjectif des traumatisés du crâne est controversé comme séquelle possible d'un traumatisme crânien, des séquelles purement psychiatriques ont été décrites par exemple des états dépressifs majeurs dans les lésions postérieures de l'hémisphère mineur et dans les lésions fronto-orbitaires de l'hémisphère majeur. Les traumatismes crâniens sont de deux types : traumatismes avec pénétration (par balle par exemple) et traumatisme fermé qui est

beaucoup plus courant. Si la lésion du cerveau par objet pénétrant est localisable, il n'en est pas de même pour un traumatisme fermé. Ce dernier met en jeu différents mécanismes : la tête effectue des mouvements d'aller retour et le cerveau s'écrase chaque fois contre la boîte crânienne. Cet écrasement va entraîner des contusions multiples et l'étirement du parenchyme cérébral va entraîner des lésions diffuses des neurones. Les œdèmes et les hémorragies vont aggraver les dommages occasionnés au cerveau, compliquer les manifestations cliniques et poser des problèmes médico-légaux.

#### **A- COMPLICATIONS PRÉCOCES**

- 1- Troubles de la vigilance qui peuvent aller de l'état confusionnel au coma post-traumatique. Dans la plupart des cas l'amélioration se fait en 3 ou 4 jours, si la durée se prolonge, il faut éliminer un hématome extra-dural ou sous-dural et redouter une évolution vers des syndromes déficitaires ou psychotiques.
- 2- Crises convulsives précoces dues à la commotion cérébrale qui disparaît rapidement.
- 3- Troubles du sommeil avec reviviscence du traumatisme.

#### **B- COMPLICATIONS TARDIVES**

Les symptômes sont de deux types : les atteintes cognitives et ceux des séquelles comportementales.

Après la période d'amnésie post-traumatique, il y a une période de récupération qui va durer de six (6) à douze (12) mois. Après cette période, les symptômes qui persistent seront vraisemblablement définitifs.

- Les atteintes cognitives : ralentissement psychomoteur, diminution de l'attention, distractibilité, fatigabilité, troubles de la mémoire (démence).
- Les modifications du comportement peuvent se retrouver : impulsivité, agressivité et dépression (états psychotiques ou anxieux post-traumatiques).

Il ne faut pas passer à côté d'un tableau :

- d'hydrocéphalie à pression normale secondaire, à une hémorragie méningée traumatique (troubles de l'attention, troubles de la marche avec signes pyramidaux, symptômes extra-pyramidaux et troubles de la miction).
- d'hématomes sous duraux ou extra duraux.(céphalée tenace et rebelle aux antalgiques, vertige, irritabilité et troubles de la conscience. Rechercher une parésie, troubles oculomoteurs, signes déficitaires d'un hémicorps).
- d'épilepsie : 6 mois à 1 année après le traumatisme on peut retrouver tous les aspects cliniques de l'épilepsie ( focale ou généralisée).

### III. TUMEURS CÉRÉBRALES

Si le tableau clinique des tumeurs cérébrales est dominé par la triade de l'hypertension intra-crânienne ( céphalée - vomissements - troubles de la vision) près de la moitié des patients présentent des troubles mentaux au cours de l'évolution de leur maladie et particulièrement ceux qui souffrent d'une tumeur des régions frontale et limbique. Les symptômes précoces varient en fonction de la région intéressée par le processus tumoral et par sa nature :

- Les méningiomes donnent des symptômes focaux alors que les gliomes se manifestent par des symptômes diffus.
- La confusion accompagne les tumeurs métastatiques ou à croissance rapide, les troubles sphinctériens sont en faveur d'une tumeur frontale et si on retrouve des troubles de la mémoire et du langage, une tumeur temporale doit être suspectée

a) *Tumeurs frontales* : dans 50 % des cas, les troubles psychiques sont révélateurs : confusion progressive, troubles dysthymiques ou démentiels. Elles ne donnent que tardivement des signes neurologiques ( grasping réflexe du côté opposé - anosmie - crises d'épilepsies -troubles sphinctériens).

- Elles s'accompagnent de troubles de l'humeur et du caractère (moria) irritabilité, rarement état dépressif.
- Les troubles cognitifs : anosognosie, troubles amnésiques de fixation et troubles de l'attention.

- b) *Tumeurs temporales* : L'aphasie de Wernicke (lésion hémisphère dominant) avec thymie dépressive. Hallucinations visuelles élémentaires ou complexes hémianopsiques - auditives - olfactives - gustatives - automatismes psychomoteurs. Les troubles de la mémoire sont plus évocateurs (hypermnésie panoramique).
- c) *Tumeurs pariétales* : troubles de l'humeur et troubles du schéma corporel. La lésion droite s'accompagne d'apraxo-agnosie, la gauche d'un syndrome aphaso-apraxique.
- d) *Tumeurs occipitales* : avec agnosie visuelle, hallucinations visuelles, troubles amnésiques et confusion progressive.
- e) *Tumeurs profondes* :
- Thalamique: syndrome démentiel ou/et frontal avec parfois des douleurs intolérables.
  - Diencéphalique : confusion mentale ou agitation, rarement mutisme akinétique.
  - Mésodiencéphalique : hypersomnie- hallucinations visuelles et syndrome akinétique.
- f) *Tumeurs de la fosse postérieure* : le diagnostic est souvent tardif : rires et pleurs spasmodiques (syndrome pseudobulbaire), troubles de l'humeur avec un comportement histrionique et triade de l'hypertension intra-crânienne (céphalée, vomissements, troubles de la vision).

#### IV. AFFECTIONS ENDOCRINIENNES

Elles sont fréquemment accompagnées de troubles psychiques:

##### a) *Affections thyroïdiennes* :

- L'hyperthyroïdie : elle s'accompagne d'anxiété, d'instabilité psychomotrice et de troubles thymiques. L'insomnie, l'amaigrissement, les tremblements, les palpitations et les sueurs se retrouvent fréquemment. Au cours des crises basedowiennes peuvent

- apparaître des troubles psychiques plus sévères : confusion, altération de la mémoire, agitation, idées délirantes hallucinatoires.
- L'hypothyroïdie en revanche s'accompagne d'un ralentissement psychomoteur, une thymie dépressive associée aux symptômes psychiques, prise de poids, cheveux secs et fins, frilosité, bouffissure du visage.
  - Affections parathyroïdiennes : une sécrétion excessive de l'hormone parathyroïdienne entraînant une hypercalcémie peut se manifester par une apathie, une confusion et des troubles cognitifs. L'hypocalcémie peut survenir au cours des hypo-parathyroïdies, elle s'accompagne de troubles oculaires par formation de cataracte, de crises convulsives ; de symptômes extra-pyramidaux et de confusion mentale.

#### *b) Affections surrénaliennes:*

- L'insuffisance cortico-surrénalienne (maladie d'Addison) s'accompagne d'apathie, d'asthénie fatigabilité et de thymie dépressive. Rarement un tableau de psychoses aiguës.
- Hypersécrétion de cortisol (maladie de Cushing) entraîne anxiété, insomnie, irritabilité et des troubles psychotiques hallucinatoires avec onirisme ; rarement dépression majeure avec idées suicidaires.
- Le phéochromocytome, responsable d'importants troubles de la tension artérielle s'accompagne d'accès d'angoisse et d'accès confuso-oniriques.

## **V. MALADIES METABOLIQUES**

Les encéphalopathies métaboliques sont une cause fréquente de perturbation du fonctionnement cérébral. Il faut les envisager devant les modifications récentes, rapides et globales du comportement et de la pensée. Les troubles de la mémoire sont précoces et laissent progressivement place à un état confusionnel stuporeux.

### **A- ENCÉPHALOPATHIE AZOTÉMIQUE**

provoquée par l'insuffisance rénale, elle s'accompagne de troubles de

la conscience, de turbulence, de sensation de reptation des membres de soubresauts musculaires.

#### **B- ENCÉPHALOPATHIE HÉPATIQUE**

lors de défaillance grave du foie s'installe une hyperventilation et des modifications de la conscience, de la somnolence au coma. Les troubles de la mémoire, de l'orientation et les troubles du jugement sont fréquemment retrouvés.

#### **C- ENCÉPHALOPATHIE HYPOGLYCÉMIQUE**

peut être provoquée par une administration excessive d'insuline : nausées, sueurs/tachycardies, anxiété puis s'installe une confusion parfois d'hallucinations. On peut retrouver des démences résiduelles après traitement tardif.

#### **D- PORPHYRIE AIGUË INTERMITTENTE**

Maladie de biosynthèse de l'hème. Triade symptomatique composée de : douleur abdominale, polyneuropathie motrice et psychose. Maladie autosomique dominante, elle touche plus les femmes. Les troubles psychiques les plus fréquents: insomnie, troubles de l'humeur, dépressions et psychoses. Les barbituriques déclenchent les crises et les aggravent.

#### **E- MALADIE DE WILSON**

Trouble du métabolisme du cuivre. Mouvements anormaux associés à une excitation, une irritabilité, des troubles hallucinatoires et intellectuels.

## **VI. MALADIES INFECTIEUSES**

Elles sont encore fréquentes dans notre pays, elles nécessitent un diagnostic et un traitement précoce. Elles s'accompagnent le plus souvent de troubles de la conscience comme au cours de la typhoïde, du paludisme, de la brucellose, mais également d'états confusionnels au cours de la méningite (penser à la méningite tuberculeuse).

a)-Encéphalite herpétique ou encéphalite nécrosante subaiguë liée au virus herpétique : elle entraîne une nécrose inflammatoire des

lobes frontaux et temporaux. Elle s'accompagne d'épilepsie partielle, d'hallucinations gustatives et olfactives et de graves troubles du comportement. Même si la mortalité due à cette encéphalite a diminué, les séquelles sont fréquentes : syndrome de Korsakoff, troubles amnésiques, détérioration intellectuelle...

b)-Encéphalite rabique : La période d'incubation peut aller de dix (10) jours à une année, mais une fois que l'encéphalite rabique est déclarée la durée d'évolution, toujours fatale, se compte en jours. L'hydrophobie caractéristique de l'affection se manifeste par une peur intense de l'eau, de boire de l'eau (la peur est secondaire aux spasmes laryngés et diaphragmatiques, intenses et spectaculaires provoqués par le patient lorsqu'il tente de boire de l'eau). L'agitation et l'hyperactivité peuvent être importantes et nécessiter une contention.

c)-Neurosyphilis appelée également « paralysie générale » : Elle apparaît (10) à quinze (15) ans après la primo-infection par la tréponème. Devenue rare depuis la découverte de la pénicilline on assiste à sa réapparition depuis l'arrivée du sida. La neurosyphilis atteint les lobes frontaux d'où la symptomatologie faite de troubles du jugement, d'incurie et d'irritabilité. On peut retrouver des idées délirantes de grandeur, l'évolution se fait vers la démence. L'examen du liquide céphalo-rachidien montre une lymphocytose, une hyperprotéinorachie et un résultat positif du VDRL (Venereal Disease Research Laboratory).

## **VII. TROUBLES MENTAUX DE L'EPILEPSIE**

On distingue deux sortes de troubles :

- Les troubles paroxystiques.
- Les troubles inter-critiques ou permanents.

LES TROUBLES PAROXYSTIQUES ont toujours un début et une fin brusques, leur durée est en générale brève et ils s'accompagnent chaque fois de troubles de la conscience et d'amnésie post-critique, enfin ces troubles ont une tendance à la répétition sur le même mode.

On distingue quatre (4) tableaux cliniques :

1. *Les états confusionnels* : caractérisés par une fluctuation de l'état de vigilance, ils peuvent s'accompagner d'agitation au début ou à la fin de la crise, l'amnésie post-critique est totale.

2. *Les états crépusculaires* : peuvent s'accompagner ou pas d'onirisme et d'automatismes moteurs. On note souvent une perplexité anxieuse, des troubles de l'attention, de la concentration et un ralentissement idéatoire.

3. *Les automatismes psychomoteurs* : suspension plus ou moins importante de l'activité psychique avec un comportement stéréotypé parfois très complexe (déambulation autour d'un objet, fugue, ect.)

On peut noter également des accès de fureur, des raptus suicidaires et des actes médico-légaux. Ces comportements peuvent durer de quelques minutes à quelques heures. L'amnésie post-critique est nécessaire à leur diagnostic.

4. *Les états de rêve ou dreamy state* : débutent par un sentiment d'étrangeté, des sensations olfactives ou gustatives (crise uncinée). La crise est vécue comme un rêve avec réminiscences multiples (déjà vu, défilés de souvenirs, hallucinations multiples.). Le patient peut conserver une bonne critique des troubles.

**B. LES TROUBLES INTER-CRITIQUES** : l'épilepsie peut coexister avec des troubles psychotiques chroniques ou une arriération mentale (20% des enfants présentant des psychoses précoces ont des crises convulsives), mais certains patients peuvent présenter, au cours de la crise comitiale, des épisodes délirants brefs ( 2 à 5% des patients épileptiques). Des crises d'angoisse et des troubles conversifs peuvent également compliquer ou alterner avec les crises comitiales, mais les troubles les plus caractéristiques sont caractériels : une irritabilité, une agressivité explosive semblent fréquemment retrouvées chez ces patients.



## VII. CONCLUSION

Les troubles mentaux dus à une affection médicale générale sont d'une grande variété. Si l'examen clinique et biologique permet le plus souvent de mettre en évidence les affections en cause, certaines affections sont susceptibles de se manifester par des troubles psychiques apparemment isolés. Le praticien doit alors se méfier d'une symptomatologie dépressive derrière laquelle peuvent se cacher une hypothyroïdie, une maladie d'Addison ou de Parkinson, d'attaques de panique qui peuvent révéler une crise basdowienne et des troubles de l'humeur qui sont l'expression d'un hématome sous-dural ou d'une tumeur cérébrale.