

Un syndrome pas si malin!

RÉSEAUPIC psychiatrie-information-communication

30/09/21-01/10/21
Aix-en-Provence

Pharmacie, Centre hospitalier Charles Perrens, Bordeaux

Introduction

Le syndrome malin des neuroleptiques (SMN)

- Incidence : 0.1 à 2.5%

- Mortalité : 7 à 15% (AntiPsychotiques 1^{ère} Génération (AP1G)) et 3% (AntiPsychotiques 2^{ième} Génération (AP2G))
- Majoritairement chez des hommes (ratio de 2:1)
- Moyenne d'âge : 43,5 ans
- Cause : lors d'un changement d'AP avec des fortes posologies d'emblée

Cas

Homme de 24 ans suivi pour schizophrénie paranoïde et dysharmonie évolutive. Troubles psychiques et suivi depuis l'enfance (mélancolie psychotique). Consommation tabagique et sevrage THC. Hospitalisation suite à un comportement hétéro-agressif.

<u>Traitement de fond</u>: 250 mg HALDOL DECANOAS® tous les mois

Début d'hospitalisation (12 mars) : patient non stabilisé ajout de 350 mg de levomepromazine

J1 (6 mai)

Rupture avec état antérieur, troubles du comportement multiples.

- → Mis en isolement
- → Switch levomepromazine par loxapine 400 mg/j

J2

Fièvre, 🗷 fréquence cardiaque, akinésie et rupture communication verbale.

→ Suspension loxapine et IV tropatépine inefficace

13

Hyperthermie, tachycardie, hypertension

- → Suspicion de SMN
- → Transfert dans la nuit aux urgences CHU

J4

Bilan infectieux, toxiques urinaires négatifs. TDM normal. CPK = 6012 UI/L sans Insuffisance Rénale.

Hypothèses diagnostiques :
- Rétention aigue d'urine (RAU) sui syndrome extrapyramidal

J13

Caillots au bladder scan.

Remise d'une sonde car

→ Majoration de l'amoxicilline à 6 g/j.

J9

Hyperleucocytose, CRP = 154 mg/l, CPK ⅓ à 1585 UI/L. ECBU: prostatite à *E.faecalis*

- → Amoxicilline 2 g/
- → Devant une RAU, pose d'une sonde vésicale

J5

Contact altéré et agitation persistante

Contention par 5 points

→ Initiation clonazépam 12 mg/j

J4

PK ⊿ à 8408 UI/L dans la soirée Diagnostic posé de SMN

→ Hydratation NaCl par 3 L/j

J15

Perte totale de contact avec la réalité, soliloquie. Renouvellement exceptionnel de la contention et isolement

→ Initiation très progressive de zuclopenthixol (paliers 4-5 j)

J26

Transfert en USIP.
Envahissement hallucinatoire,
désorganisation +++, agitation

- → Maintien de la contention
- → Instauration de zuclopenthixol ASP inj et clonazepam IM.

J33

Hallucinations envahissantes.

- → Remise en question du diagnostic de SMN.
- → Reprise halopéridol 10mg et levomépromazine 200 mg.

170

Amélioration clinique, patient ancré dans la réalité, immaturité affective et déficit intellectuel.

- → Levée des contentions
- → Accord pour ECT, non réalisés car amélioration clinique.

Discussion - Conclusion

- ✓ Doute sur le diagnostic posé : SMN et/ou problème infectieux ?
- ✓ Absence de consensus dans la littérature et connaissances fondées sur des « case reports » et avis d'experts. Seul le DSM-5 définit les 5 critères principaux de diagnostic : hyperthermie, rigidité généralisée, changement d'état neurologique, dysfonctionnement autonome et élévation des CPK.
- ✓ Notion de SMN atypique, décrit dans la littérature, chez des hommes de 20-25 ans ne présentant pas les 5 critères simultanément et survenant avec des antipsychotiques atypiques.
- ✓ Ouid de la prise en charge
 - ✓ Gestion de l'agitation : utilisation d'un AP ?
 - ✓ Reprise d'un traitement de fond : préconisation de changement de famille chimique.
 - ✓ Utilisation de l'électroconvulsivothérapie, retrouvée dans la littérature, avec des résultats bénéfiques (reconnue dans la catatonie maligne).