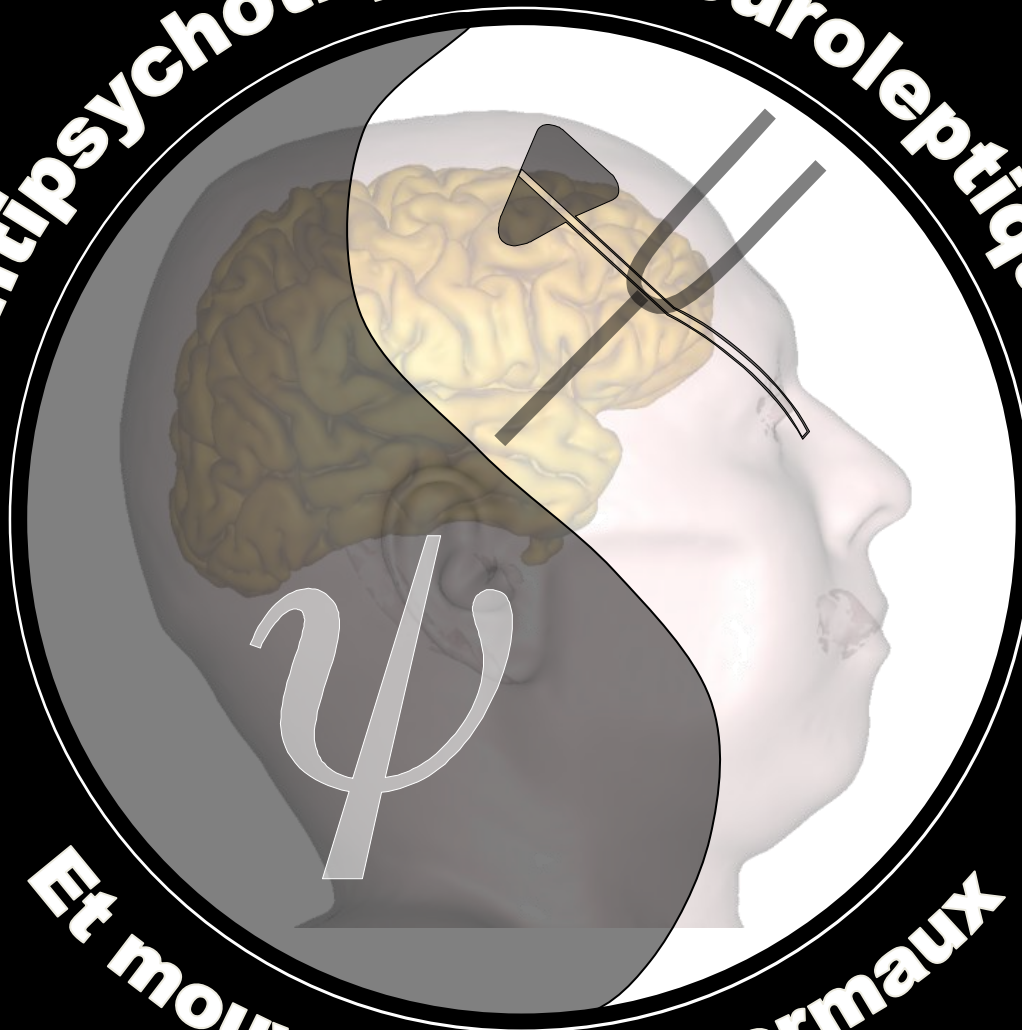




Antipsychotiques / neuroleptiques

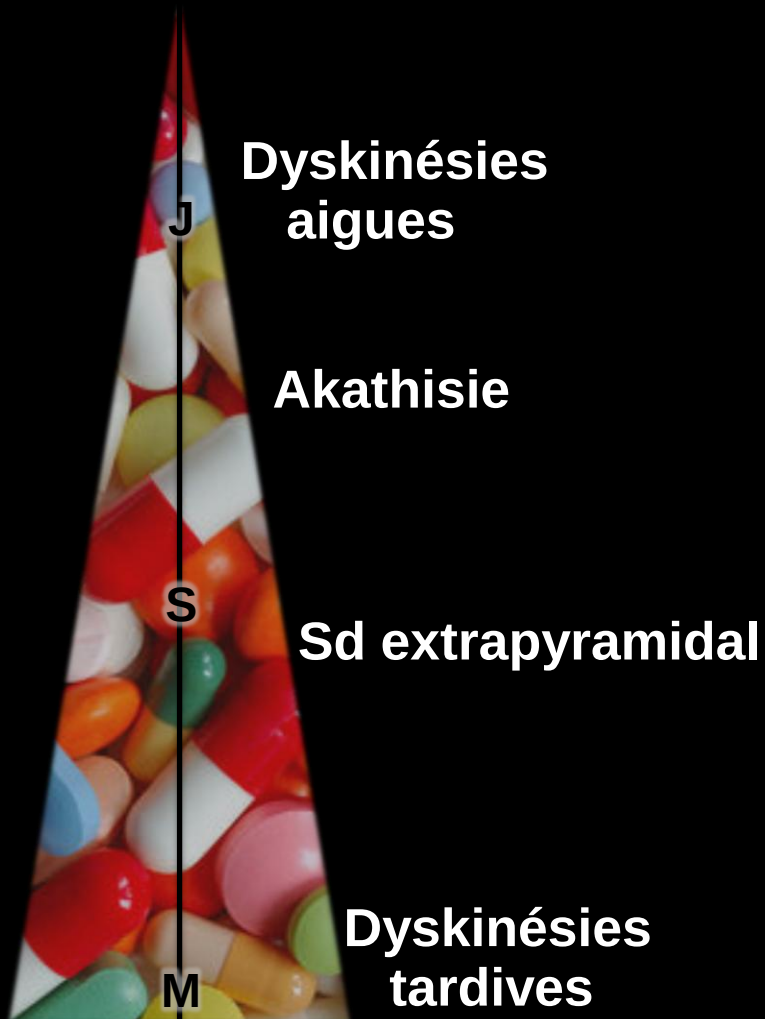
Et mouvements anormaux



Jack R Foucher
CEMNIS
Centre de neuromodulation non invasive de
Strasbourg – France

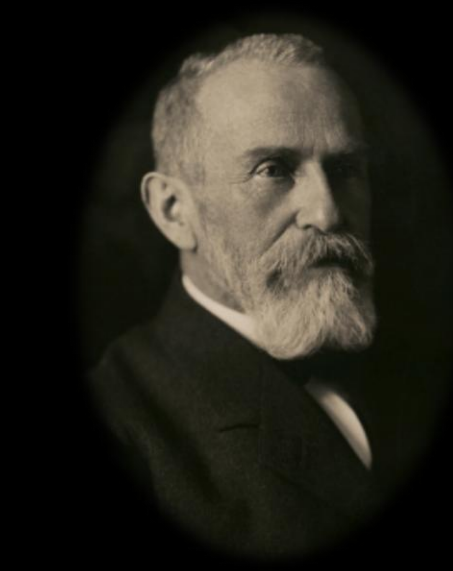
De l'efficacité à l'iatrogénie
en santé mentale
6^{ème} journées PIC
15 septembre 2016 - Dijon

Mouvements anormaux pharmacologiquement induits



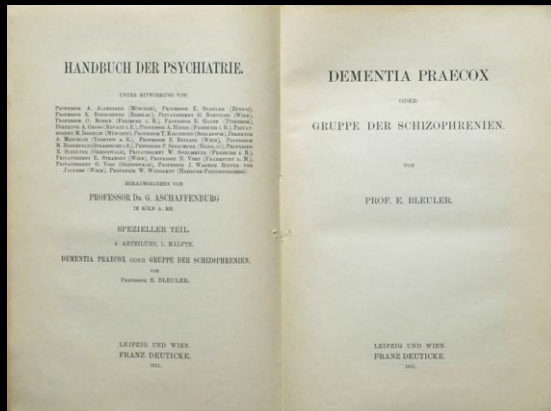
- Dyskinésies aiguës
 - Akathisie
 - Parkinsonisme
 - Dyskinésie tardives
 - Tremblement
 - Myoclonies
-
- Neuroleptiques / AP
 - Lithium
 - IRS
 - TCA
 - IMAO

Diagnostic différentiel avec les mouvements anormaux spontanés dans les psychoses ?



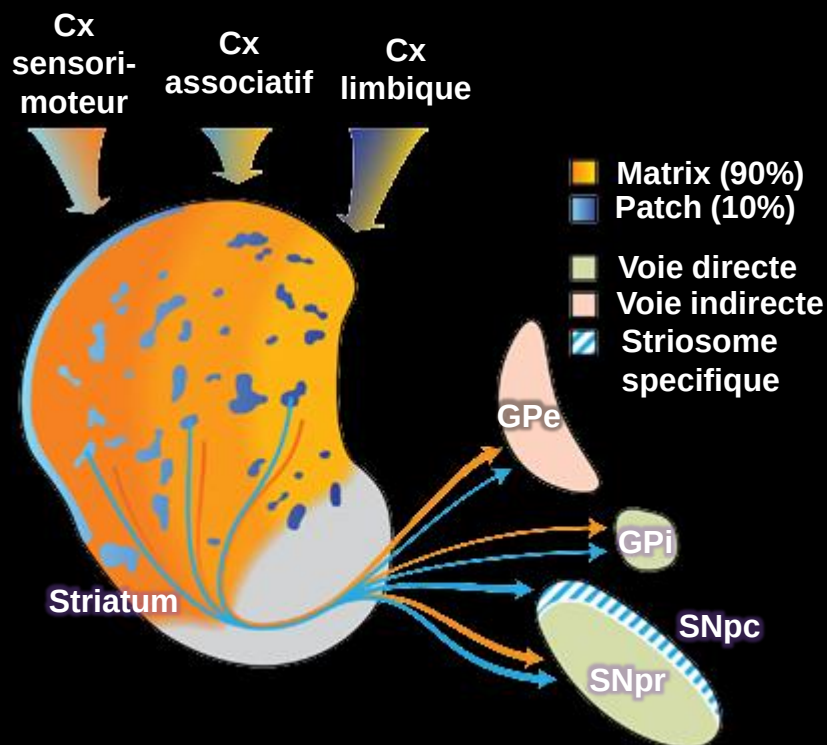
Eugen Bleuler
(1857-1939)

- Schizophrènes naïfs d'AP 9% dyskinésies spontanées
- 17% parkinsonisme (échelles cliniques)
- SZ sans traitement 3 à 5 x plus de dyskinésie ou parkinsonisme vs CTR
- Généralement association avec symptômes négatifs, troubles cognitifs et signes neurologiques mineurs



- Bipolarité : dyskinésie, tremblement, parkinsonisme ?
- Dépression : parkinsonisme, tremblement ?

Ce qui vaut pour la motricité vaut-il pour d'autres activités psychiques / mentales ?



- **Noyaux gris : boucles ségréguées mais construites sur même modèle**
 - Lié à activité anti D2
 - Activité anti M1
 - Activité anti 5HT2a
 - Activité 5HT1a
 - Même action ⇒ même effet
- **Mais aussi intégration avec goulet d'étranglement : pallidum interne**
 - ⇒ Traduction comportementale ?

Dyskinésies/dystonies aiguës

- **Dystonies aiguës**
 - **Spasme musculaires** ⇒ postures distordues
 - **Musculature axiale, mâchoire, yeux, mais aussi dysphagie, dysphonie**
 - **Intermittents (émotion)**
 - **Douloureux**
 - **Rapide suite à antiD2 (50% J2, 90% J5 – bloc de dépolarisation neurone DA)**
- **AP 1^{ère} G, jeune, ♂, primoprescription, africain**
- **Anticholinergiques M1**

Akathisie, tasikinésie



- **Akathisie / tasikinésie-tasicinésie :**
 - Sensation d'inconfort, de tension douloureuse, sentiment d'être sans repos
 - Obligeant à bouger ++ membres inférieurs lorsqu'au repos (+ la nuit)
 - Conscient, gênant, + dysphorie si TTT (antiD2, IRS) ou sevrage (BdZ, opiacés)
 - Aigue, mais aussi tardive
 - Premier traitement, +++ ARIPIRAZOL
 - TTT : β -bloq, BdZ, AntiM1 (?)

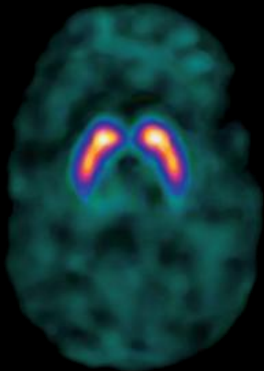
Diagnostic différentiel avec l'agitation

- **Activité motrice ou expression verbales excessive et inappropriée**
- **En lien avec une décharge émotionnelle (anxieuse, euphorique) ≠ Agitation psychomotrice**
- **Toxique, psychose (affective – dépression agitée, non affective – délire paranoïde)**

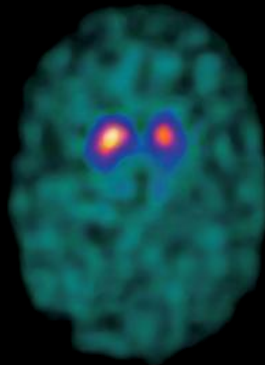
Parkinsonisme médicamenteux



- **Triade extrapyramidale**
 - Akathisie / bradykinésie
 - Rigidité roue dentée (Froment)
 - Tremblement de repos BF
- **Caractéristiques :**
 - 2-3 semaines d'antiD2, IRS (Japonais), Li+
 - Bilatérale
 - Pas / peu de trouble de l'équilibre
- **Intérêt du SPECT β CIT (DA-scan)**
- **Equivalent psychiques : aboulie, apathie**

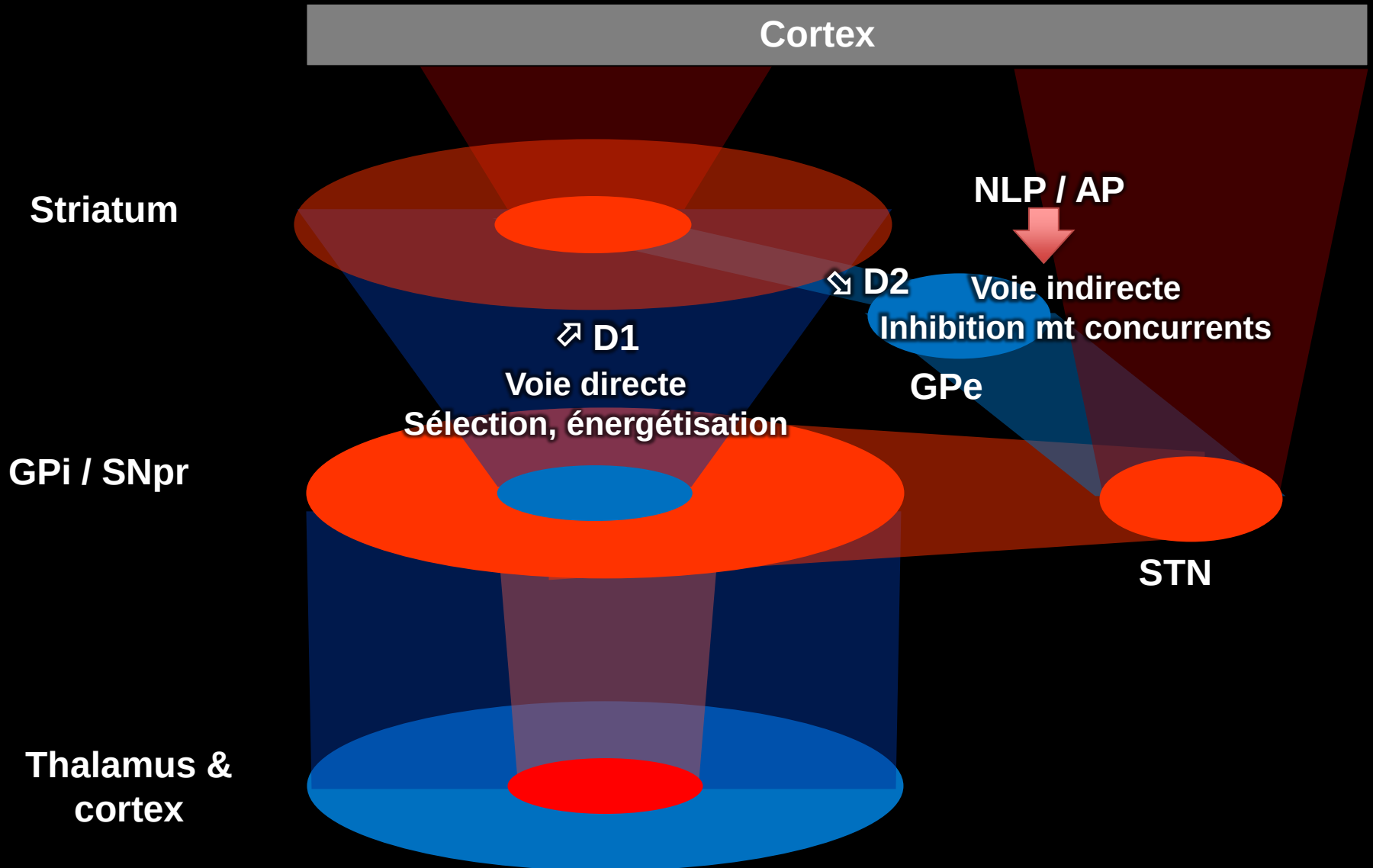


CTR



Réduction
terminaisons DA
+ asymétrie

Physiopathologie ≠ mld PK



Diagnostic différentiel : la psychose motrice

Trouble quantitatif de la psychomotricité

Phase akinétique

- **Akinésie prédominant sur la motricité expressive et réactive**
- **Hypomimie**
- Pas de distorsion de la motricité : absence de stéréotypie, de posturing, de grimacing, de flexibilité cireuse

Phase hyperkinétique

- **Hyperkinésie prédominant sur la motricité expressive et réactive**
 - **Expressions faciales exagérée**
 - **Pas de distorsion de la motricité : absence de stéréotypie, de grimacing, de maladresse ou de déformation**
-
- **Accès bipolaires avec désorganisation, hallucinations et délire accessoires**
 - **Absence de syndrome résiduel : Insight préservé, personnalité accentuée**

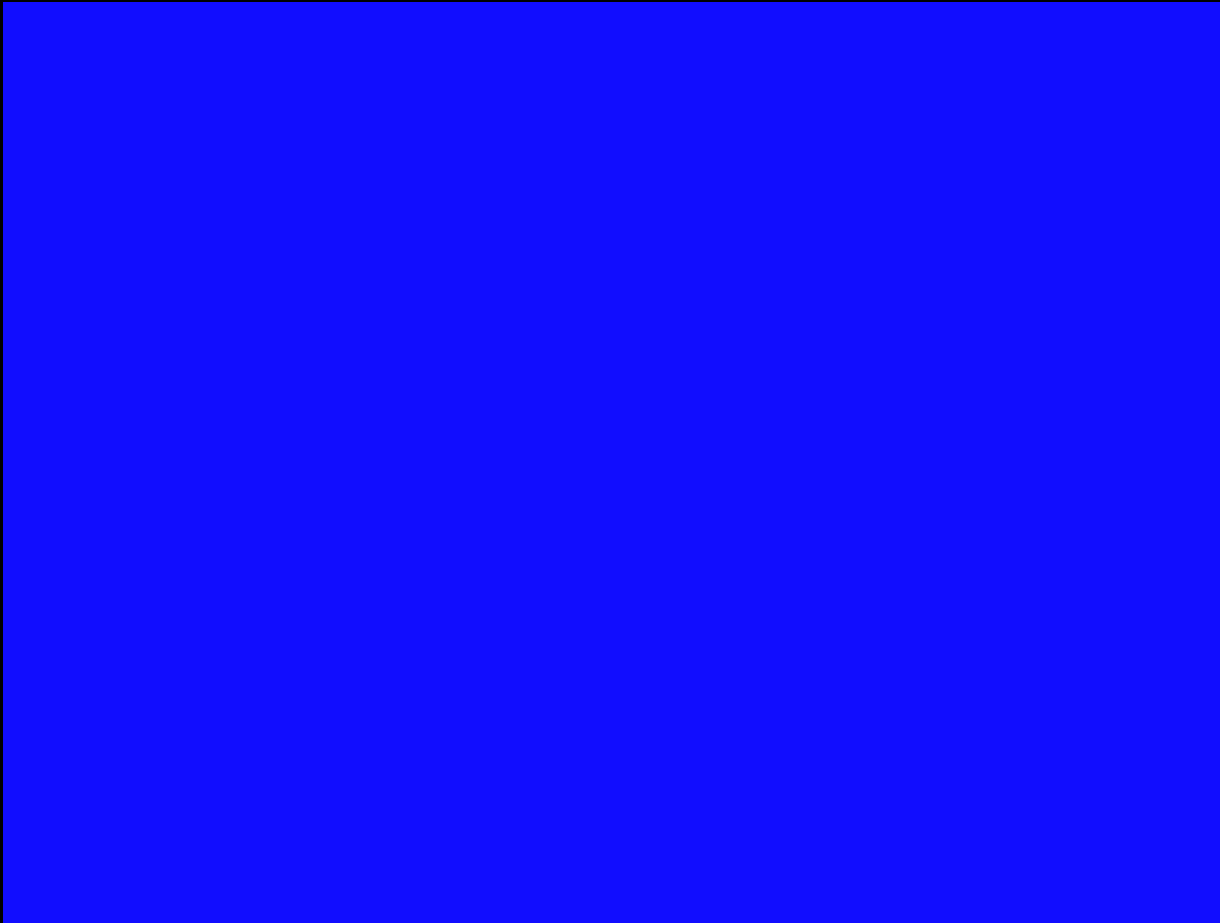
Psychose motrice : pole akinétique normotonique

20jährige Patientin,
akinetische Motilitätspsychose.

Die Filmsequenz zeigt die noch vorhandene,
aber verlangsamte Willkürmotorik bei er-
loschener Ausdrucks- und Reaktivmotorik.

- **Akinésie prédominant sur la motricité expressive (hypomimie) et réactive**
- **Peut bouger sur commande mais lentement**
- **Pas de distorsion de la motricité : absence de stéréotypie, de posturing, de grimacing, de flexibilité cireuse**

Psychose motrice : pole hyperkinétique



- Agitation psychomotrice (Unruhe, restlessness) : patient en mouvement permanent
- Hyperkinésie sur motricité expressive (expressions faciales, gestuelle d'accompagnement)
- Sans raison
- Sans distorsion de la motricité

DANGER : prescription NLP – Risque de syndrome malin des neuroleptiques
⇒ Co-prescription avec BdZ systématique

Diagnostic différentiel : la catatonie périodique

Trouble qualitatif de la psychomotricité

Phase akinétique

Mixte

Phase hyperkinétique

- **Akinésie** avec hyperkinésie
- Stupeur avec négativisme
- Raideur des mouvements
- Postures bizarres, stéréotypées, flexibilité cireuse
- Expression impassible
- Gestuelle peu variée, persévérations

- Hyperkinésie avec ε akinésie
- Excitation psychomotrice uniforme avec itérations, stéréotypies
- Parakinesies
- Expression grimaçantes (paramimies)
- Mouvements raides, maladroits, distordus
- Actions ou propos impulsifs

- Évolution par accès, bipolaires avec hallucinations et délire accessoires
- Syndrome résiduel : réduction de l'élan vital (drive) **réduction des mouvements expressifs**, stéréotypies isolées, raideur, expression grimaçante

Catatonie périodique : Phase akinétique 1

- Akinésie avec 1 segment hyperkinétique
- Itérations (stéréotypies simples)
- Expression impassible
- Négativisme psychomoteur (ambitendence)

Catatonie périodique : Phase akinétique 2

- **Akinésie : pas d'émotion faciale, pas de mouvement**
- **Mutisme**
- **Grimacing**
- **Catalepsie**

Catatonie périodique : Phase résiduelle

Dyskinésies tardives

- **Types cliniques $\pm$ associés :**
 - **Choréique* +++ (partie inférieure du visage >> MS > tronc)**
 - **Dystonique**
 - **Tics, myoclonies, douleurs (bouche, région génitale)**
- **Nécessite en règle > 6M de neuroleptique (20-30% N1G, 50% si âgé)**
- **Évolution :**
 - **Exacerbation temporaire à l'arrêt du traitement**
 - **2/3 disparaissent dans les 6 mois**
 - **15% persistent à vie**

* Chorée : mouvement involontaire irrégulier sans but, non rythmique, mais stéréotypé, abrupte, rapide, non continu qui semble passer d'un segment à un autre de façon imprévisible.

Vidéos – Dyskinésie tardives

- Patient dément, HAL pour trouble du comportement
 - ✓ Choréique* et dystonique (partie inférieure du visage & MI)
 - ✓ Douleurs (gorge)
- Patiente composante balistique – opérée
- Patient : lips licking
- Patiente épileptique, syndrome de normalisation forcée

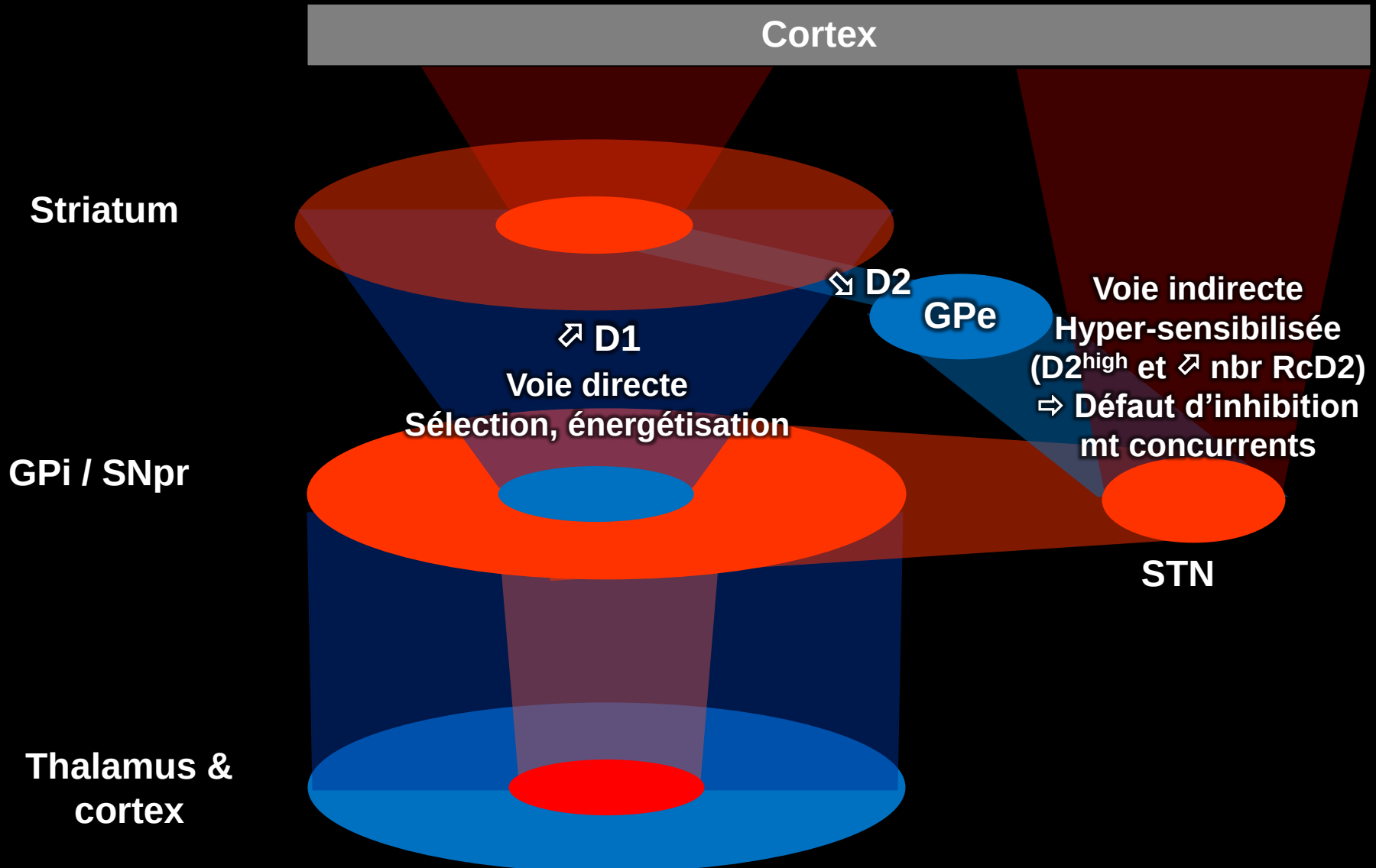
* Chorée : mouvement involontaire irrégulier sans but, non rythmique, abrupte, rapide, non continu qui semble passer d'un segment à un autre de façon imprévisible.

Dyskinésies tardives pas que aux neuroleptiques



- Antipsychotiques :
 - $CLZ < QTP < OLZ < 2^{nd}$ génération $< 1^{ère}$ génération
- Antiémétique, antivertigineux (métoclopramide)
- Amoxapine (7-Hydroxyamoxapine)
- Anticalcique (flunarizine, cinnarizine)

Physiopathologie DT



Traitement ?



- Réduction progressive AP / switch CLZ (aggravation temporaire DT)
- Inhibiteur VMAT (déplétion DA, mais aussi autres NT)
 - TETRABENAZINE (XENAZINE)
- Divers
 - CLONAZEPAM
 - AMANTADINE
 - BACLOFEN
 - Ac VALPROIQUE
 - TRIHEXYPHENIDYL
 - Tx BOTULIQUE
 - DBS

Diagnostic différentiel : la catatonie périodique

Trouble qualitatif de la psychomotricité

Phase akinétique

- Akinésie avec hyperkinésie
- Stupeur avec négativisme
- Raideur des mouvements
- Postures bizarres, stéréotypées, flexibilité cireuse
- Expression impassible
- Gestuelle peu variée, persévérations

Mixte

Phase hyperkinétique

- Hyperkinésie avec ε akinésie
- Excitation psychomotrice uniforme avec itérations, stéréotypies
- **Parakinesies**
- **Expression grimaçantes (paramimies)**
- Mouvements raides, maladroits, distordus
- Actions ou propos impulsifs

- Évolution par accès, bipolaires avec hallucinations et délire accessoires
- Syndrome résiduel : réduction de l'élan vital (drive) réduction des mouvements expressifs, stéréotypies isolées, raideur, **expression grimaçante**

Parakinésies

- Anomalie acquise de la psychomotricité
- Affecte les mouvements réactifs, expressifs
- Deviennent hachés, maladroits, déformés, pseudo-myoclonique
- Aspect pseudo-expressif / grimacing, haut du visage ($\neq$ DT)
- Non stéréotypés ($\neq$ DT)
- Absence d'insight ($\neq$ DT)
- Evolution fluctuante améliorée par AP
- Autres Σ catatoniques

Diagnostic différentiel des parakinésies avec les dyskinésies tardives

	<i>Parakinésies</i>	<i>Dyskinésies tardives</i>
Insight	-	++
Stéréotypées	-	+
Partie haute du visage	+	-
Aspect pseudo-expressif	+(grimaces)	-
Autres Σ catatoniques	+	-

Grimacing (expressions faciales grimaçantes)

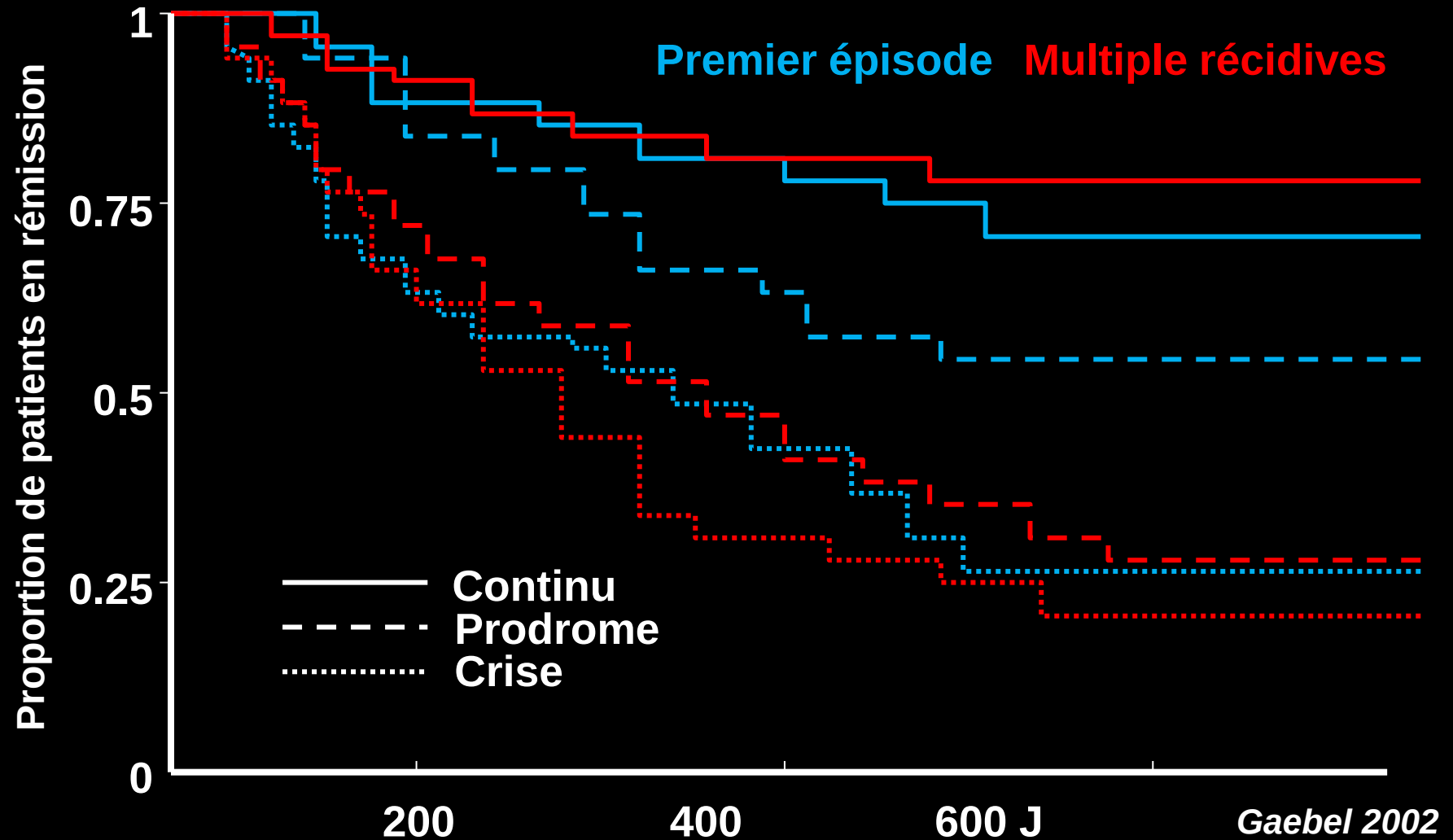
- Formes de parakinésies plus lentes
- Déforme l'expression du visage

Parfois les deux : DT & parakinésies

Equivalent psychique : les psychoses d'hypersensibilité ?

- **Psychose d'hypersensibilité**
 - Sujets sans antécédents psychiatriques traités par antiD2 en chronique (primpéran, réserpine ...)
 - Patients psychiatriques non psychotiques suite à AP chroniques (TOC, dépression, dysmorphophobie...)
- **Chez patients psychotiques :**
 - ↗ récurrences à l'arrêt des AP qu'avant l'ère des AP (20-30% vs 40-50%/an)
 - Cinétique de la rechute : 50% dans les 3 mois, rare > 6 mois après l'arrêt d'un anti-D2
 - Réduite x2 (de 65 à 32%) si arrêt très progressif (> 6 mois)
 - Disparition < 4 semaines après réintroduction AP
 - Cas particulier CLZ

Explique 50% rechutes à l'arrêt des AP



Equivalent psychique : trouble cognitifs



- **Accompagne surtout les dyskinésies orofaciales**
- **S'associe à plus de symptômes négatifs**
- **Quasi toutes les composantes cognitives**
 - **Attention**
 - **Mémoire de travail**
 - **Mémoire épisodiques**
 - **Langage**
 - **SAUF : visuo-constructif**
- **Rémission DT $\Rightarrow$ rémission cognitive**

Vidéo – DT et troubles cognitifs

- ♀, 35A. 3 épisodes délirants résolutifs ad integrum avec insight préservé et reprise du travail
- Il y a 2A : bégaiement ⇒ ⚡ AMISULPRIDE
⇒ Nouvel épisode résolutif en 1 mois sous QUETIAPINE mais bégaiements et mouvements anormaux + épisodes de suffocation + Trouble de la concentration (ne lit plus, pb TV)

Conclusions

Mouvement anormal

Mld neurologique

- Parkinson, ADPL, ...
- Huntington
- Wilson
- Fahr
- ...

• Origine médicamenteuse

- Dystonies aiguës
- Akathisie
- Parkinsonisme mcmt
- Dyskinésies tardives

+ Composantes cognitives,
comportementales et émotionnelles

Psychogène

Psychoses endogènes

Trouble de la psychomotricité

Autres

• Trouble quantitatif

- Akinésie
- Hyperkinésie

• Trouble qualitatif (catatonies)

- Akinésie, hyperkinésie
- Parakinésie, grimacing

Remerciements :

*Fabrice Berna, Pierre Vidailhet,
Sébastien Weibel, Marie-Agathe
Zimmerman, Gilles Bertschy,
Mathilde Roser, Olivier Mainberger*

Univ. Lausane

Julien Elowe

Univ. Würzburg

*Pr Gerald Stöber, Dr Bruno
Pfühlmann*

Univ. Dresde

Dr Burkhard Jabs

Univ. Berne

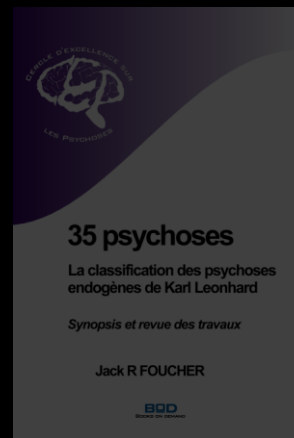
Pr Werner Strick



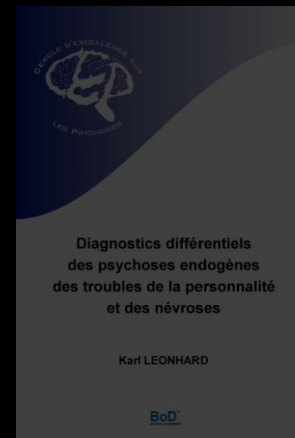
www.wkl-society.com



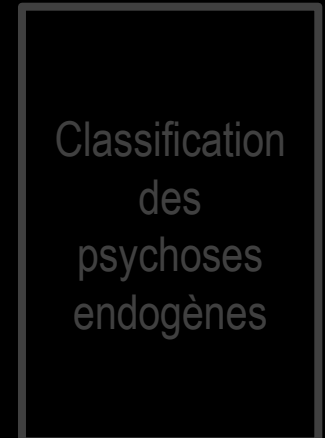
www.cercle-d-excellence-psy.org



35 psychoses
Déc. 2009



**Diagnostics
différentiels**
Nov. 2014



En cours

Merci de votre attention