

VIGNETTE THÉRAPEUTIQUE DE L'ÉTUDIANT

SYNDROME CATATONIQUE LIÉ À UN SEVRAGE COMPLIQUÉ EN BENZODIAZÉPINES

BUREAU JS (1), PIETTE C (1), BAKAY S, SCANTAMBURLO G (1)

RÉSUMÉ : L'article expose un cas clinique de syndrome catatonique. Nous y décrivons les manifestations du syndrome, ses critères diagnostiques et échelles associées. Les modalités du «challenge test», constituant une épreuve diagnostique, et le traitement de première ligne, sont détaillés. Des investigations cliniques et paracliniques sont proposées afin d'en déterminer l'étiologie. Le sevrage en benzodiazépines comme étiologie du syndrome catatonique est discuté.

MOTS-CLÉS : *Syndrome catatonique - Challenge test - Sevrage - Benzodiazépines*

CATATONIA, COMPLICATED WITHDRAWAL FROM BENZODIAZEPINES

SUMMARY : The article describes a clinical case of catatonic syndrome. We describe the manifestations of the syndrome, its diagnostic criteria and associated scales. The modalities of the challenge test, constituting a diagnostic test, and first line treatment are detailed. Clinical and paraclinical investigations are proposed to determine the etiology. The benzodiazepine withdrawal as an etiology of catatonic syndrome is detailed.

KEYWORDS : *Catatonie - Challenge test - Withdrawal - Benzodiazepines*

INTRODUCTION

La catatonie est un trouble de la psychomotricité rencontré fréquemment (1), aux étiologies et aux manifestations multiples, ce qui rend son diagnostic et son traitement parfois compliqués. Cette vignette clinique illustre un syndrome catatonique, associé à d'autres manifestations psychiatriques, et un état confusionnel. L'ensemble de ce tableau s'amende à la restitution d'un traitement en benzodiazépines. Ce cas clinique invite à reconsidérer les manifestations d'un sevrage en benzodiazépines et, notamment, la catatonie (2-4).

Le syndrome catatonique se caractérise par un ensemble de signes moteurs, comportementaux et neurovégétatifs (5, 6). Plusieurs échelles diagnostiques (7, 8), permettent de distinguer la catatonie de la catatonie maligne ou du syndrome malin des neuroleptiques (9). Les étiologies les plus fréquentes sont psychiatriques, représentant plus de 80 % des cas, surtout représentées par les troubles de l'humeur et la schizophrénie (10, 11). Les principales étiologies non psychiatriques sont essentiellement les causes neurologiques et métaboliques. La présentation clinique est identique que la catatonie soit d'origine psychiatrique ou organique (5). Pour confirmer la catatonie, un traitement test par benzodiazépines, le «challenge test», est proposé (12-14). Les benzodiazépines constituent la première ligne du traitement. L'électroconvulsivothérapie est utilisée en seconde

intention ou en cas de catatonie maligne (12, 15). La prévention des complications (10) et le rôle des neuroleptiques sont également à envisager (12-19).

VIGNETTE CLINIQUE

Madame R, 40 ans, consomme à domicile, au minimum, 7 comprimés de lorazépam 2,5 mg et 2 comprimés de flunitrazépam 1 mg par jour. Elle est admise en clinique psychiatrique pour sevrage en benzodiazépines. Elle manifeste alors confusion et propos délirants. Cette symptomatologie évoluant positivement, bien que partiellement, la patiente demande à quitter la clinique après un mois. Il n'y a pas d'autre antécédent psychiatrique, personnel ou familial. Le diagnostic retenu est une confusion sur abus de benzodiazépines.

Avec un BMI de 14,9, la patiente est alors hospitalisée en unité métabolique au CHU de Liège pour renutrition, une semaine après la sortie de clinique psychiatrique. Un avis psychiatrique de liaison est demandé pour mise au point d'idées délirantes et d'hallucinations.

A l'examen clinique, la patiente est désorientée dans le temps et dans l'espace. Une contention est nécessaire pour éviter la fugue. Le discours est pauvre, peu cohérent, non construit. On note la présence d'hallucinations visuelles (métamorphopsie, personnel soignant qui disparaît pour réapparaître) et auditives (insultes du compagnon et de personnes décédées), d'idées délirantes (tantôt son compagnon est dans le couloir ou caché sous le lit, tantôt le personnel lui veut du mal). La présentation est fluctuante, mais ne laisse pas entrevoir d'inflé-

(1) Service de Psychiatrie, CHU Liège, Belgique.

chissement thymique franc. On note la présence d'une réactivité anxieuse marquée : la patiente a peur de rester seule, tremble et transpire lorsqu'on quitte la chambre pour ensuite s'apaiser rapidement.

Lors de cette première évaluation, l'hypothèse d'une atteinte psycho-organique est privilégiée. Un bilan afin d'exclure toute cause organique de confusion est demandé. Les examens «internistiques» (clinique et biologie) et neurologiques (EEG, scanner et IRM cérébrale) ne trouvent pas de cause de confusion.

Six jours après l'admission, devant l'évolution clinique défavorable, un nouvel avis psychiatrique est demandé. L'examen clinique révèle alors une catalepsie, un négativisme extrême avec résistance immotivée, le maintien d'une position rigide, un mutisme.

Ce tableau clinique suggère la possibilité d'une catatonie (6), ce qui conduit à instaurer un traitement par lorazépam 2,5 mg 3x/j. Après 25 minutes, les positions imposées se relâchent progressivement. Le surlendemain, la patiente ne présente plus de symptômes de catatonie : elle mange seule, en position assise, communique normalement, sans perturbation prononcée de la psychomotricité. De plus, la patiente n'est plus désorientée et la symptomatologie psychotique est amoindrie. Les diagnostics retenus sont un état confusionnel par sevrage en benzodiazépines et un syndrome catatonique sur sevrage en benzodiazépines.

QUESTIONS POSÉES

- 1) *Qu'est-ce qu'un syndrome catatonique, quelles en sont les caractéristiques ?*
- 2) *Quelles sont les étiologies à éliminer avant de considérer l'origine psychiatrique ?*
- 3) *Comment traiter la catatonie ?*

RÉPONSES PROPOSÉES

1) QU'EST-CE QU'UN SYNDROME CATATONIQUE, QUELLES EN SONT LES CARACTÉRISTIQUES ?

DÉFINITION

La caractéristique principale de la catatonie est une perturbation prononcée de la psychomotricité qui peut se manifester sous la forme d'une diminution de l'activité motrice, d'une réduction de la participation du patient

à l'examen clinique, ou encore par une activité motrice bizarre ou excessive (6). La présentation clinique de la catatonie est parfois déroutante puisque le trouble de la psychomotricité peut aller d'une totale absence de réaction à une agitation intense. L'immobilité motrice peut être grave ou d'intensité moyenne. De même, la participation du patient peut être absente ou simplement réduite. Les activités motrices bizarres et excessives peuvent être complexes ou simples. Dans les cas extrêmes, le même individu oscille entre une activité motrice diminuée et excessive. L'opposition apparente de ces caractéristiques cliniques et la variabilité de ces manifestations rendent le diagnostic de catatonie compliqué. Il n'est donc pas souvent posé ou alors avec retard.

DIAGNOSTIC

La catatonie est un syndrome clinique repérable pour celui qui le cherche. La réponse thérapeutique à un test aux benzodiazépines en valide la pertinence nosographique (10).

A. Syndrome clinique

La sémiologie du syndrome catatonique résulte d'une interaction entre trois groupes de signes et symptômes : moteurs, comportementaux, végétatifs (5). L'examen de la mobilité spontanée peut révéler une immobilité ou stupeur, un mutisme, une fixité du regard, un repli sur soi, un refus alimentaire ou une prise de posture (5). La mobilité spontanée peut également être augmentée, bizarre avec une agitation psychomotrice, une impulsivité, des grimaces, des stéréotypies ou un maniérisme. D'autres signes moteurs sont observables lors de la mobilisation par l'examineur, notamment la catalepsie (induction d'une posture maintenue passivement) ou la flexibilité cireuse (résistance initiale lors du positionnement passif d'une posture par l'examineur) (5). Des signes de dépendance à l'environnement se manifestent par des comportements d'imitation (écholalie, écho-praxie). Il est possible de retrouver des anomalies de la température, de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque (5).

Le DSM-V (19) définit la catatonie comme un syndrome transdiagnostique, composé de 12 signes psychomoteurs (Tableau I). Le diagnostic est posé par la présence d'au moins 3 des 12 critères.

L'Association pour l'Enseignement de la Sémiologie Psychiatrique (AESP) propose une fiche d'évaluation sémiologique pratique de la catatonie (7), basée sur les critères DSM-V. Cette fiche inclut le relevé de certains para-

Tableau I. Critères diagnostiques du syndrome catatonique selon le DSM-V (6)

Catatonie associée à un autre trouble mental (spécification «dee type catatonique») /dû à une autre affection médicale
1. Catalepsie : maintien contre la gravité de postures imposées par l'examineur
2. Flexibilité cireuse : résistance constante à la mobilisation passive exercée par l'examineur
3. Stupeur : absence d'activité psychomotrice, pas d'interaction avec l'environnement
4. Agitation, non influencée par des stimuli externes
5. Mutisme : absence ou quasi-absence de réponse verbale (exclure si aphasia connue)
6. Négativisme : opposition ou absence de réponse à des instructions ou à des stimuli extérieurs
7. Prise de posture : maintien actif, contre la gravité, d'une posture adoptée spontanément
8. Maniérismes : caricatures d'actions ordinaires empreintes de bizarrerie, de solennité
9. Stéréotypies : mouvements non dirigés vers un but, répétitifs et anormalement fréquents
10. Expressions faciales grimacantes
11. Echolalie : répétition des paroles de l'examineur
12. Echopraxie : reproduction des mouvements de l'examineur

mètres (pression artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, saturation, température, hypersudation) afin d'exclure une catatonie maligne ou un syndrome malin des neuroleptiques (9). Il est généralement conseillé d'utiliser des échelles de cotation plus détaillées, comme l'échelle de catatonie de Bush-Francis (BFCRS) (8).

B. Le «challenge test» au lorazépam ou zolpidem

Cette épreuve diagnostique consiste en l'injection par voie intraveineuse d'1 mg de lorazépam, à répéter après 5 min en l'absence d'amélioration (13). Si le lorazépam est administré par voie intramusculaire ou orale, l'intervalle entre les deux doses doit être plus long, soit respectivement 15 et 30 minutes. Le test est positif lorsque l'on constate une nette atténuation des symptômes (par exemple, de l'ordre de 50 %) sur la base d'une échelle validée (ex. BFCRS). Souvent, une réponse favorable peut déjà être observée dans les 10 minutes.

2) QUELLES SONT LES ÉTIOLOGIES À ÉLIMINER AVANT DE CONSIDÉRER L'ORIGINE PSYCHIATRIQUE ?

Le syndrome catatonique peut être retrouvé au décours de plusieurs pathologies psychiatriques ou non (10) (Tableau II). Les principales étiologies non psychiatriques sont essentiellement les causes neurologiques et métaboliques. Sur le plan psychiatrique, la première étiologie de syndrome catatonique est un trouble de l'humeur (10).

Il n'y a pas de test de laboratoire ou d'examen paraclinique spécifique de la catatonie. Seul le «challenge test» a une valeur diagnostique fiable en cas de doute (14). Lorsque l'hypothèse diagnostique d'une catatonie est posée, les investigations suivantes devraient être réalisées afin d'identifier l'étiologie du trouble : examens biologiques (bilan hématologique, ions, urée,

Tableau II. Principales étiologies du syndrome catatonique, selon Mauras et coll. (10).

Psychiatriques	Systémiques	Neurologiques	Toxiques
Dépression	Métaboliques (dysnatrémie/calciémie/thyroïdie, hyperurémie, intoxication au CO)	Encéphalite à HSV1	Neuroleptiques
Manie	Infections (Syphilis, VIH, typhoïde)	Encéphalites limbiques (anti-NMDAR)	Tacrolimus
Schizophrénie	Auto-immunes (Lupus érythémateux)	Epilepsie frontale et/ou temporale	Corticoïdes
Autisme	Métaux lourds (intoxication au Cuivre, au Plomb et au Manganèse)	Sclérose en plaques	Disulfiram
Catatonie périodique	«Stress physique (Oedème aigu du poumon, transplantation hépatique, chirurgie lourde...)	Démence (Dégénérescence fronto-temporale et maladie à corps de Lewy diffus)	Sevrages médicamenteux (Benzodiazépines, Zolpidem)
		Maladies neurométaboliques	Intoxication ou sevrage en stupéfiants (notamment opiacés, amphétamines et cocaïne)

créatinine, CPK, tests hépatiques, anticorps antinucléaires), analyse d'urine avec dépistage de toxique, IRM cérébrale, EEG, analyse du liquide céphalorachidien (15), une hétéro-anamnèse psychiatrique et une évaluation rigoureuse des traitements en cours ou sevré récemment (11).

Sur une étude de 180 cas de catatonies diagnostiquées entre 1990 et 2010 dans un service de psychiatrie aiguë, Rosebush et Mazurek (11) rapportent une maladie neurologique ou internistique dans 16 % des cas et une étiologie psychiatrique pour 84 %, incluant trouble thymique (46 %), schizophrénie (20 %), trouble schizoaffectif (6 %), sevrage en benzodiazépines (4 %) ou autres troubles psychiatriques (8 %). Plusieurs auteurs rapportent des syndromes catatoniques sur sevrage en benzodiazépines. Rosebush et Mazurek (2) décrivent 5 cas de patients entre 53 et 88 ans ayant présenté un syndrome catatonique dans les 2 à 7 jours après l'arrêt d'un traitement par benzodiazépines prescrit durant 6 mois à 15 ans. Deuschle et Lederbogen (3) relatent le cas d'un homme de 55 ans qui présente, dans les suites du sevrage brutal de 18 mg de bromazépam par jour, les symptômes typiques neurovégétatifs de sevrage, des hallucinations auditives sous forme de voix, puis, au cinquième jour, une catatonie. Carroll (4) rapporte le cas d'une femme de 42 ans abusant de 7 mg de lorazépam et 2.400 mg de méprobamate par jour, admise pour un tableau de catatonie avec agitation, évoluant au cours de l'hospitalisation vers un mutisme et une catalepsie. Ce tableau a cédé progressivement sous benzodiazépines.

3) COMMENT TRAITER LA CATATONIE ?

Lorsqu'une amélioration survient après le «challenge test», le patient peut être traité par benzodiazépines ou électroconvulsivothérapie (ECT). En cas d'absence de réponse, de réponse transitoire ou d'intolérance au lorazépam, l'ECT est préconisée (11). L'ECT doit également être privilégiée en cas de risque imminent pour la vie du patient, comme une catatonie maligne (15). Lors du traitement par ECT, on observe souvent un effet positif après la première séance et, la plupart du temps, quelques séances suffisent. L'efficacité de cette technique oscille entre 80 et 100 % (15).

L'administration de benzodiazépines est une méthode sûre et efficace qui conduit à une rémission dans 70 à 80 % des cas (16). L'efficacité dépend de la dose. Des doses de 8 à 24 mg de lorazépam sont habituelles et bien supportées sans avoir d'effet sédatif. Il est préférable

de débiter par des doses de 1-2 mg toutes les 4 à 12 heures, à adapter. En cas de dosage adéquat, une rémission devrait survenir dans les 3 à 7 jours. En cas d'administration de doses importantes, le patient doit être surveillé en raison du risque de sédation excessive et de dépression respiratoire. Il n'y a pas de consensus sur la durée du traitement. Lorsque l'on observe une rémission, il est préférable d'y mettre un terme. Néanmoins, certains cas de rechute à l'arrêt du traitement ont été décrits avec la nécessité de réintroduire l'administration d'une benzodiazépine (lorazépam) (20).

PRÉVENTION DES COMPLICATIONS SOMATIQUES

L'immobilisme et la clinophilie sont pourvoyeuses de nombreuses complications (10). On relève jusqu'à 10 % de complications thromboemboliques et de rétention aiguë d'urine, mais également des escarres et des infections qui sont aggravées par la dénutrition et la déshydratation (10). Une anticoagulation préventive devrait être administrée en cas d'immobilisation prolongée, ainsi qu'un changement de position régulier, pour éviter la formation d'escarres. Une nutrition entérale est à envisager si la situation devient chronique.

ARRÊT DES ANTIPSYCHOTIQUES ?

Une certaine ambiguïté entoure le rôle des antipsychotiques, bien que l'on en recommande généralement l'arrêt (13). Les antipsychotiques de première et de deuxième génération peuvent conduire au maintien ou à l'aggravation des symptômes catatoniques (syndrome extrapyramidal). Par ailleurs, il y a un risque accru de syndrome malin des neuroleptiques (SMN). Dans une étude prospective sur 82 patients catatoniques ayant reçu des antipsychotiques, 3 développèrent un SMN (3,6 %) (1), une incidence bien plus élevée que celle du SMN (0,07-1,8 %) dans une population traitée par antipsychotiques sans catatonie (17). Bien qu'il soit communément admis que les antipsychotiques sont inefficaces dans le traitement de la catatonie, certains antipsychotiques de deuxième génération semblent exercer un impact favorable. Ainsi, les antipsychotiques exerçant un faible effet agoniste sur les récepteurs GABA et stimulant ainsi la libération de dopamine dans le cortex préfrontal semblent atténuer les symptômes de la catatonie. Ainsi, des effets bénéfiques ont été rapportés avec la clozapine, l'olanzapine, la rispéridone et la quétiapine (15). Ce type d'antipsychotiques devra être préféré en cas de nécessité d'un tel traitement à distance de la catatonie (symptômes psychotiques

résiduels, traitement prophylactique de troubles psychotiques et de l'humeur) (18).

CONCLUSION

Cette vignette clinique met en lumière certains aspects de la catatonie et d'un sevrage en benzodiazépines. La variabilité des manifestations et l'opposition apparentes de certains critères diagnostiques rendent le diagnostic de catatonie compliqué. Un examen clinique approfondi est indispensable pour confirmer le diagnostic syndromique et pour orienter les investigations en vue de la recherche d'une étiologie. En cas de doute, le recours à des échelles diagnostiques et le «test challenge» pourraient davantage être préconisés. La confusion et certaines productions hallucinatoires peuvent avoir comme étiologie un sevrage en benzodiazépines. Il est primordial d'obtenir une anamnèse médicamenteuse rigoureuse, auprès du patient et de sa famille. Les origines d'un syndrome catatonique sont multiples et plusieurs facteurs de causalité peuvent co-exister nécessitant un bilan interdisciplinaire (21) avant de considérer l'étiologie psychiatrique.

BIBLIOGRAPHIE

- Daniels J. Catatonia : clinical aspects and neurobiological correlates. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2009;**21**:371-2.
- Rosebush PI, Mazurek MF. Catatonia after benzodiazepine withdrawal. *J Clin Psychopharmacol* 1996;**16**:315-9.
- Deuschle M, Lederbogen F. Benzodiazepine withdrawal-induced catatonia. *Pharmacopsychiatry* 2001;**34**:41-2.
- Carroll BT. Catatonia due to mixed sedative withdrawal. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1997;**9**:303-4.
- Quiles C, Amad A, Micoulaud-Franchi JA, et al. Sémiologie du syndrome catatonique. *Annales Médicochirurgicales* 2017;**175**:486-91.
- American Psychiatric Association. DSM-5. Paris;Elsevier Masson 2015;140-3.
- Évaluation sémiologique pratique de la catatonie. <http://www.asso-aesp.fr/wpcontent/uploads/2019/02/valuationsyndrome-catatonique.pdf>. Dernière consultation le 8 juin 2020.
- Bush G, Fink M, Petrides G. Catatonia I : rating scale and standardized examination. *Acta Psychiatr Scand* 1996;**93**:129.
- Caroff SN, Mann SC, Campbell EC. Neuroleptic malignant syndrome. *Adverse Drug React Bulletin* 2001;**209**:799-802.
- Mauras T, Marcel JL, Capron J. La catatonie dans tous ses états. *Annales Médico-psychologiques* 2016;**174**:115-23.
- Rosebush PI, Mazurek MF. Catatonia and its treatment. *Schizophr Bull* 2010;**36**:239-42.
- Sienaert P. Diagnostic et traitement de la catatonie : état des lieux. *Neurone* 2015;**20**:24-9.
- Fink M, Taylor MA. *Catatonia : a clinician's guide to diagnosis, treatment, and neurology*. Cambridge;Cambridge University Press 2003;147-60.
- Gazdag G, Sienaert P. Diagnosing and treating catatonia: an update. *Curr Psychiatr Rev* 2013;**9**:130-5.
- Sienaert P, Dhossche DM, Vancampfort D, et al. A clinical review of the treatment of catatonia. *Front Psychiatry* 2014;**5**:181.
- Huang YC, Lin CC, Hung YY, et al. Rapid relief of catatonia in mood disorder by lorazepam and diazepam. *Biomed J* 2013;**36**:35-9.
- Adityanjee A, Aderibigbe YA, Mathews T. Epidemiology of neuroleptic malignant syndrome. *Clin Neuropharmacol* 1999;**22**:151-8.
- Carroll BT, Lee JWY, Appiani F, et al. The pharmacotherapy of catatonia. *Prim Psychiatry* 2010;**17**:41-7.
- American Psychiatric Association. DSM-5. Paris;Elsevier Masson 2015;661-4.
- Manjunatha N, Saddichha S, Khess CR. Idiopathic recurrent catatonia needs maintenance lorazepam: case report and review. *Aust N Z J Psychiatry* 2007;**41**:625-7.
- Scantamburlo G, Vierset V, Bonnet P, et al. LogBook numérique : un carnet de bord réflexif comme outil d'apprentissage en contexte de stage. *Rev Med Liege* 2016;**71**:210-5.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Pr G. Scantamburlo, Service de Psychiatrie, CHU Liège, Belgique.
Email : gabrielle.Scantamburlo@uliege.be