

Expressions psychiatriques des maladies neurologiques de l'enfant

D. Rodriguez

Service de Neuropédiatrie, Hôpital Armand-Trousseau, AP-HP, 75012 Paris

D'après une étude texane récente, les troubles psychiatriques font partie des symptômes devant lesquels les pédiatres pensent faire le plus fréquemment des erreurs diagnostiques [1]. Malgré cette inquiétude, s'il existe une abondante littérature rapportant des maladies neurologiques révélées par des troubles psychiatriques, il s'agit le plus souvent de cas isolés ou concernant une pathologie neurologique précise et peu d'études reflètent la diversité de ces maladies neurologiques et de leur expression psychiatrique. Ainsi une étude publiée en 1975 rapporte qu'un diagnostic psychiatrique initial erroné a été posé chez 12 enfants, soit 2 % des enfants vus pendant un an dans une unité de neuropédiatrie. Ces enfants avaient un diagnostic initial de schizophrénie ou de psychose, de troubles des conduites et du comportement, de troubles émotionnels et de conversion [2]. Cependant 6 présentaient également un déclin de leurs résultats scolaires, 5 des anomalies posturales et le dernier des troubles visuels masqués initialement par les troubles psychiatriques. C'est l'apparition de crises épileptiques ou la majoration des troubles moteurs ou visuels qui ont conduit au diagnostic de tumeur (cérébrale, médullaire et rachidienne) chez 3 enfants et de maladies neurologiques génétiques ou inflammatoires chez les autres. Depuis 1975, le nombre de ces erreurs de diagnostic initial a probablement diminué, comme le suggère une étude réalisée chez les adultes [3]. Ce travail montre que la fréquence des diagnostics initiaux erronés de conversion était de 29 % dans les années 1950 mais de 4 % à partir des années 1970. Les auteurs rattachent cette baisse essentiellement à l'introduction de l'imagerie du système nerveux central (SNC). Cependant, la connaissance des maladies neurologiques avec symptômes psychiatriques et l'analyse sémiologique semblent essentielles.

1. Les symptômes psychiatriques pouvant révéler une maladie neurologique sont extrêmement variés

Ces troubles peuvent être aigus, parfois récidivants ou chroniques et sont particulièrement trompeurs lorsqu'ils inaugurent la maladie ou dominant le tableau. Ils peuvent conduire à de nombreux diagnostics psychiatriques tels que des troubles thymiques (instabilité

émotionnelle, anxiété, dépression), du caractère (irritabilité, indifférence, opposition), du comportement (apathie, fatigabilité, hyperactivité, agressivité inexplicable récidivante) et ou des conduites, des manifestations hallucinatoires ou délirantes, des syndromes confusionnels, de manie, de névrose d'angoisse, de dépression, de psychose, de schizophrénie. Ces troubles sont malgré tout souvent associés à des troubles cognitifs ou de la vigilance qui sont utiles au diagnostic.

2. Atteinte organique primitive

Devant ces troubles il est nécessaire d'évoquer la possibilité d'une atteinte organique primitive.

Celle-ci est recherchée par un examen clinique pouvant conduire à des explorations paracliniques. L'interrogatoire doit préciser l'ensemble des antécédents personnels et familiaux, les traitements et prises de toxiques éventuels. L'examen clinique doit être complet, neurologique mais également général, avec un examen cutané et ophtalmologique, la recherche d'une surdité, une courbe staturale pondérale et de périmètre crânien... Les données cliniques guideront les explorations neurologiques, comprenant le plus souvent une IRM cérébrale parfois un EEG et des explorations biologiques.

Cette enquête étiologique est également guidée par la connaissance des pathologies neurologiques pouvant avoir une expression psychiatrique.

Ces pathologies sont très nombreuses et variées, acquises ou génétiques (métaboliques ou dégénératives).

Les maladies nécessitant un traitement spécifique et souvent urgent sont à rechercher en priorité. Ainsi devant une symptomatologie aiguë on doit rechercher une pathologie toxique ou iatrogène, mais également une atteinte infectieuse (encéphalite herpétique, maladie de Lyme...), ou inflammatoire (sclérose en plaques, lupus, sarcoïdose, maladie de Behcet, encéphalite de Hashimoto, encéphalite avec anticorps anti-récepteur au NMDA...), ces pathologies imposant un traitement urgent antiviral, antibiotique ou immunomodulateur. Mais il faut également évoquer certaines maladies métaboliques surtout si l'épisode aigu survient après une infection, un jeun ou à l'inverse un repas riche en protéides, et si les troubles psychiatriques s'accompagnent de nausées, de vomissements, de céphalées, de troubles de la conscience. Parmi ces pathologies métaboliques très variées nous citerons l'hyperammoniémie liée aux anomalies du cycle de l'urée,

Correspondance.
e-mail : diana.rodriguez@trs.aphp.fr

les **aminoacidopathies**, l'**homocystinurie**, les **aciduries organiques** dont le diagnostic est urgent permettant un traitement dont la précocité conditionne leur pronostic [4]. Mais on peut également citer les **porphyries** responsables d'accès psychotiques. D'autres maladies métaboliques peuvent avoir un début psychiatrique aigu, subaigu ou progressif. C'est le cas par exemple de la maladie de **Wilson** dont le retard au diagnostic est souvent important en l'absence de troubles moteurs ou hépatiques [5]. Les **tumeurs** du SNC peuvent également avoir une symptomatologie initiale trompeuse (**troubles psychiatriques, anorexie, énurésie**, mouvements anormaux) conduisant à un retard au diagnostic [6]. Certains syndromes épileptiques comme le **syndrome de Landau-Kleffner** conduisent également parfois à des diagnostics transitoirement psychiatriques.

Le diagnostic d'autres pathologies neurologiques sans traitement spécifique actuellement permet un conseil génétique. La maladie de **Huntington** est un des meilleurs exemples, les symptômes psychiatriques sévères (**dépression, troubles du comportement et des conduites, psychoses associés à une agnosognosie**) précédant souvent les troubles cognitifs et moteurs [7]. Une symptomatologie initiale trompeuse est plus rarement rapportée dans certaines leucodystrophies telles que la **leucodystrophie métachromatique**, l'**adrénoleucodystrophie**, dans l'**encéphalopathie à VIH**, dans la **maladie de Creutzfeldt-Jakob**..

Certains signes neurologiques, sans explications au décours de l'examen clinique, peuvent conduire initialement à tort vers un diagnostic de conversion.

Il s'agit le plus souvent de **troubles moteurs** (déficitaires, dystoniques, mouvements anormaux) ou **sensitifs**, de malaises ou de **douleurs** (céphalées, rachialgies...). Les troubles moteurs trompeurs peuvent être ceux des dystonies, des **dyskinésies** kinésigéniques ou parfois des myasthénies. Devant des phénomènes paroxystiques inexpliqués, les vidéo-EEG prolongés permettent parfois de redresser le diagnostic en identifiant des crises épileptiques, frontales en particulier. Cependant l'association de crises épileptiques et de pseudo-crisis est bien connue. Les douleurs sans cause apparente sont parfois en rapport avec une maladie de **Fabry** (**douleurs et paresthésies palmo-plantaires**), une lésion parfois tumorale thalamique, médullaire ou rachidienne. L'analyse de la sémiologie des céphalées est importante et permet d'identifier habituellement facilement une hypertension intracrânienne. Il

faut également être attentif devant des céphalées, même isolées, mais paroxystiques ou survenant au changement de position et pouvant révéler une **malformation de Chiari**, une tumeur à clapet ou une hypotension intracrânienne. **Les troubles alimentaires (boulimie ou anorexie-vomissements) méritent également une attention particulière et peuvent être secondaires à des lésions intracrâniennes (tumorales, démyélinisantes...).**

3. Conclusion

En conclusion, devant des troubles psychiatriques aigus ou chroniques, l'essentiel est de penser qu'ils peuvent être secondaires à des maladies organiques et en particulier neurologiques, nécessitant parfois un traitement urgent et pouvant conduire à un conseil génétique.

Ceci souligne l'importance d'une collaboration étroite multidisciplinaire permettant de trouver le meilleur équilibre entre des explorations justifiées et guidées par la clinique pour éviter les erreurs diagnostiques et des explorations multiples retardant la prise en charge des maladies psychiatriques dont les conversions.

Références

- [1] Singh H, Thomas EJ, Wilson L, et al. Errors of diagnosis in pediatric practice: a multisite survey. *Pediatrics* 2010;126:70-9.
- [2] Rivinus TM, Jamison DL, Graham PJ. Childhood organic neurological disease presenting as psychiatric disorder. *Arch Dis Child* 1975;50:115-9.
- [3] Stone J, Smyth R, Carson A, et al. Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and «hysteria». *BMJ* 2005;331:989.
- [4] Labarthe F, Blasco H, Maillot F. Troubles du comportement : les maladies métaboliques par intoxication. *Arch Pédiatr* 2010;17:800-1.
- [5] Taly AB, Meenakshi-Sundaram S, Sinha S, et al. Wilson disease: description of 282 patients evaluated over 3 decades. *Medicine (Baltimore)* 2007;86:112-21.
- [6] Crawford JR, Santi MR, Vezina G, et al. CNS germ cell tumor (CNSGCT) of childhood: presentation and delayed diagnosis. *Neurology* 2007;68:1668-73.
- [7] Ribai P, Nguyen K, Hahn-Barma V, et al. Psychiatric and cognitive difficulties as indicators of juvenile huntington disease onset in 29 patients. *Arch Neurol* 2007;64:813-9.