

Avec un objectif affiché de 1 000 patients traités pendant 5 ans, le projet est actuellement en cours d'achèvement. Les principales difficultés rencontrées ont porté i) sur l'application des règles de prescriptions pharmacologiques ii) sur la capacité de certaines équipes à admettre la participation des familles, habituellement tenues à l'écart de programmes de soins pour de nombreux centres iii) sur l'application des techniques d'entraînement aux habiletés sociales et des dispositifs de soutien à la réinsertion socio-professionnelle.

Les résultats préliminaires sont très encourageants. Sur 106 patients randomisés entre ce programme optimal et une prise en charge habituelle, le taux de réhospitalisation lors de la première année se trouve réduit de 55 % pour les bénéficiaires du projet, contre 4 % pour les autres, par rapport à l'année précédente. Il faudra attendre les résultats définitifs pour une évaluation plus complète. Mais d'ores et déjà qu'un tel projet ait pu être monté à pareille échelle est en soi extrêmement stimulant, pour toutes les équipes qui doutent ou hésitent devant les possibilités d'application concrète de techniques de soins relevant de la recherche.

Falloon I.R.M. *Psychiatric Services* 1999 ; 50 : 615-618.

Les traumatismes crâniens 1 an après (A. Bottéro)

196 sujets qui avaient été hospitalisés pour un traumatisme crânien ont été réexaminés un an plus tard au plan de leurs séquelles psychopathologiques. 40 % d'entre eux présentaient au moins trois symptômes gênant de façon objective leur vie quotidienne. Parmi ceux-ci, les plus fréquents consistent en une irritabilité (35 % des cas), une insomnie rebelle (32 %), une impatience (31 %), des fluctuations thymiques (28 %), des difficultés de réinsertion sociale (27 %), des troubles de la mémoire (22 %), un manque d'initiative (15 %). 14 % des sujets examinés remplissaient tous les critères d'un épisode dépressif majeur, et 9 % ceux d'un trouble panique. Un certain nombre de facteurs non spécifiques sont associés à cette évolution : un bas niveau social, l'absence d'études, la gravité du trauma bien sûr et celle du coma qui lui a fait, suite ainsi que celle du handicap séquentiel. En revanche il n'y a pas de lien entre ces symptômes résiduels et d'éventuelles requêtes de compensation en attente d'expertise. Bref, il se vérifie qu'un trauma crânien expose à des complications psychiatriques prolongées, qui encourent le risque de n'être pas toujours rapportées à leur origine traumatique à mesure que le temps passe.

Deb S. et coll. *Am J Psychiatry* 1999 ; 156 : 374-378 ; *Br J Psychiatry* 1999 ; 174 : 360-365.

Lithium et thyroïde (A. Bottéro)

Lors d'une lithiothérapie au long cours, la prévalence de l'hypothyroïdie clinique (définie par l'association TSH > 3,3 mU/l et thyroxine < 70 mmole/l) atteint 10,4 % dans une cohorte de 718 patients prenant régulièrement leur lithium. Les femmes sont, comme on s'y attend, nettement plus exposées : 14 %, contre 4,5 % pour les hommes, particulièrement durant les deux premières années de leur traitement et surtout lorsqu'elles le commencent entre 40 et 60 ans. Dans ce dernier cas, la prévalence dépasse les 20 % ! Une surveillance étroite s'impose donc plus que jamais lorsqu'on démarre une lithiothérapie chez la femme dans cette tranche d'âge, avec éventuellement la discussion d'un dosage des anticorps anti-thyroïdiens pour les cas les plus à risque (antécédents, etc.). L'information des patientes ne devrait-elle pas insister davantage sur cette complication fréquente du lithium, afin d'obtenir leur participation plus active à son dépistage ?

Johnston A.M., Eagles J.M. *Br J Psychiatry* 1999 ; 175 : 336-339.

Schizophrénie à début tardif (A. Bottéro)

Une étude australienne a comparé en aveugle les IRM cérébrales de 25 cas de schizophrénies ayant débuté tardivement (au-delà de 50 ans), de 24 schizophrénies dont le début avait été antérieur à trente ans, et de 30 volontaires sains dépourvus de tout antécédent psychiatrique. Les schizophrénies tardives se distinguent par la fréquence élevée d'hypersignaux de la substance blanche périventriculaire visualisés en T2, notamment au niveau des calottes frontales et occipitales et en bordure des ventricules, ainsi que des noyaux thalamiques.

L'interprétation des hypersignaux de la substance blanche en T2 est délicate puisqu'on en observe également chez les sujets sains. Leur relative abondance dans les schizophrénies tardives vient toutefois renforcer l'hypothèse du rôle d'une pathologie vasculaire sous-jacente, dans le déclenchement de cette forme de schizophrénie.

Sachdev P., Brodaty H. *Am J Psychiatry* 1999 ; 156 : 1958-1967.

Du chanvre indien dans la maladie de Gilles de la Tourette ? (A. Bottéro)

C'est bien ce que propose d'essayer une équipe allemande (Hanovre) après avoir constaté que l'un de ses patients de 25 ans, suivi de longue date pour une maladie de Gilles de la Tourette sévère, voyait ses tics moteurs et vocaux spectaculairement améliorés dès qu'il fumait un joint de 2-3 g de marijuana, au point de décider de renoncer à son pimozide, nettement moins efficace. La substitution de 10

mg de *delta-9 tétrahydrocannabinol* à ces joints thérapeutiques a permis de reproduire le même effet bénéfique, qui apparaît particulièrement rapide à s'installer : chute de 41 points à 7 du score de la *Tourette's Syndrome Global Scale* dans les deux heures à peine suivant la prise. L'amélioration significative se prolonge 7 heures, sans effet secondaire notable. Une exploration neuropsychologique confirme un progrès concomitant des performances cognitives : augmentation de l'attention soutenue, temps de réaction accélérés, etc. Les auteurs, qui rappellent au passage que les ganglions de la base sont particulièrement riches en récepteurs cannabinoïdes, sont suffisamment convaincus pour se lancer dans un essai contrôlé contre placebo. A suivre avec intérêt...

Müller-Vahl K.R. et coll. Am J Psychiatry 1999 ; 156 : 495.

VIH et manie secondaire (A. Bottéro)

Des épisodes de manie secondaire sont fréquemment observés dans l'évolution du SIDA. L'hypothèse est qu'ils tiennent aux effets du VIH sur le système nerveux central. Elle vient d'être confortée par deux résultats d'une équipe australienne. D'une part la zidovudine, un traitement antirétroviral qui franchit la barrière hémocéphalique, semble avoir un effet protecteur envers les états maniaques secondaires, ce qui n'est pas le cas de la DDI ou de la DDC, deux autres agents antirétroviraux qui ne passent pas la barrière hémocéphalique. D'autre part au terme d'un suivi de trois ans de patients appariés pour l'âge, la durée du traitement, le taux de CD4, etc..., les manies secondaires sont apparues comme plus fréquemment associées au développement ultérieur de complications démentielles du SIDA.

Mijch A. et coll. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 1999 ; 11 : 475-480.

La tokophobie (H. Ollat)

L'appréhension de la grossesse et, surtout, de l'accouchement (*toko*) et de leurs risques peut prendre des

dimensions phobiques telles que les femmes refusent la maternité, jusqu'à recourir à l'interruption volontaire de grossesse, tout en souhaitant vivement des enfants. Une équipe anglaise a tenté de caractériser cliniquement la tokophobie afin de jeter les bases d'études physiopathologiques et thérapeutiques ultérieures. Leur étude a concerné 25 patientes, âgées en moyenne de 33 ans, adressées soit par les obstétriciens soit par une unité psychiatrique de prise en charge des jeunes mères et de leurs nourrissons.

Selon cette enquête il faut distinguer trois situations cliniques. La tokophobie primaire (8 cas) se manifeste avant toute grossesse, dès l'adolescence. La tokophobie secondaire (13 cas) succède à un accouchement traumatique ou difficile avec fréquemment au décours une dépression et/ou un état de stress post-traumatique. Dans ces deux cas la grossesse en cours, pourtant désirée et souvent planifiée, s'accompagne de dépression, de troubles anxieux et d'*hyperemesis*. Par ailleurs les patientes réclament souvent une césarienne et leurs troubles s'aggravent si celle-ci leur est refusée. Plus rarement la tokophobie s'inscrit dans un état dépressif prénatal (4 cas).

Hofberg K., Brockington I. Br J Psychiatry 2000 ; 176 : 83-85.

Prise de poids sous neuroleptiques (H. Ollat)

On sait bien que la surcharge pondérale induite par les neuroleptiques est, à court terme, un facteur de non compliance et, à long terme, un facteur de risque pour les pathologies cardio-vasculaires, le diabète et certains cancers.

Allison et coll. se sont livrés à une analyse de la littérature pour comparer les effets de différents neuroleptiques sur le poids corporel. Leurs résultats, récapitulés au tableau suivant, peuvent vous aider à choisir un antipsychotique. Ils montrent aussi qu'à l'exception de la ziprasidone, encore en développement, les "nouveaux" neuroleptiques ne font pas mieux que les "anciens" dans ce domaine.

Allison D.B. et coll. Am J Psychiatry 1999 ; 156 : 1686-1696.