

Stress Post-Traumatique et accidents de la route (H. Ollat)

L'état de stress post-traumatique (Post Traumatic Stress Disorder – PTSD) fait couler beaucoup d'encre Outre-Atlantique, peut-être parce qu'il a été d'abord caractérisé chez des vétérans du Vietnam vis-à-vis desquels la société américaine s'est ainsi déculpabilisée. Peut être notre société aurait-elle pu faire la même démarche pour nos vétérans d'autres guerres perdues (ceci n'engage que l'auteur de cette "scène") quoiqu'il en soit le PTSD a acquis le statut de trouble psychiatrique, reconnu pour le DSM dans ses versions III et IV. Parallèlement le spectre des circonstances susceptibles de donner lieu au diagnostic de PTSD s'est élargi depuis les attentats terroristes jusqu'aux accidents de la route, évidemment plus courants.

Urbano et coll. ont mené la première étude prospective du devenir de victimes d'accidents de la route graves (n = 122) comparé à celui de victimes d'accidents domestiques peu sévères (n = 42). Les deux groupes étaient comparables quant à l'âge, les antécédents médicaux ou psychiatriques, le statut familial, et le niveau d'éducation. Des entretiens systématiques ont eu lieu 1, 3, 6 et 12 mois après l'accident initial, avec le *Structured Clinical Interview* tiré du DSM (III-R et IV) pour le diagnostic de PTSD.

Un mois après l'accident de la route 34.4 % des victimes répondaient au diagnostic de PTSD contre 2.4 % dans le groupe de comparaison. La fréquence du diagnostic de PTSD après un accident de la route a ensuite diminué au fil du temps (25 % à 3 mois, 18 % à 6 mois et 14 % à 1 an) alors qu'elle est restée stable dans le groupe de comparaison. Plus intéressant, cette étude a mis en évidence **des facteurs de risque** pour le PTSD : i) le sexe féminin (avec un PTSD 5 fois plus fréquent chez les femmes que chez les hommes un mois après l'accident de la route) ii) des troubles de la personnalité, dont l'influence péjorative se traduit assez tardivement, plusieurs mois après l'accident iii) de faibles revenus et/ou un niveau éducatif bas iv) des antécédents de PTSD, qui augmenterait d'un facteur 6-8 le risque de développer un nouvel PTSD. Ce dernier facteur renvoie bien sûr à la théorie du "*kindling*", à savoir la sensibilisation de réseaux neuronaux lors d'un stress préalable de telle sorte que l'individu devient de plus en plus sensible aux stress ultérieurs.

Urbano R.J. et coll. Am J Psychiatry 1999 ; 156 : 589-595.

Lithium et hypothyroïdie (H. Ollat)

Les possibles effets anti-thyroïdiens du lithium ont été signalés il y a plus de 30 ans par *Schou* lui-même, mais la fréquence, les facteurs de risque, voire l'existence même d'une hypothyroïdie induite par le lithium restent discutés.

L'étude rétrospective d'une équipe britannique apporte des données intéressantes. Elle concerne 695 patients recrutés à l'occasion d'un dosage de lithiémie : 72 d'entre eux (10.4 %) avaient développé une hypothyroïdie depuis le début de leur traitement. Le sexe féminin apparaît comme le principal facteur de risque : 14.5 % d'hypothyroïdie chez les femmes (contre moins de 3 % dans une population contrôle) et 4.5 % chez les hommes (contre moins de 1 % dans une population contrôle). Par ailleurs l'hypothyroïdie des femmes s'est plus souvent manifestée pendant les deux premières années du traitement et/ou chez les patientes âgées de 40 à 60 ans, ce qui n'a pas été observé chez les hommes.

Conclusions des auteurs : surveiller la fonction thyroïdienne des femmes traitées par le lithium, a fortiori lorsqu'elles sont quadragénaires et/ou au début du traitement. Au vu de leurs résultats on ne peut qu'être d'accord, même si cela vient sans doute obérer la compliance au traitement.

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