



## Chapitre 46

# Examen somatique du patient psychiatrique aux Urgences

G. VALDENAIRE

De nombreux patients consultant aux urgences souffrent de pathologies psychiatriques préexistantes, et leur proportion augmente en même temps que la fréquentation de nos services (1). Il ne s'agit d'ailleurs pas toujours du motif de recours ni même du motif de consultation aux urgences. Leur pathologie psychiatrique peut coexister ou être à l'origine de pathologies somatiques, au même titre que certains syndromes psychiatriques ont une origine organique, toxique ou médicamenteuse.

### Points essentiels

- Il existe trois types de situations intriquant le somatique et le psychiatrique :
  - les syndromes psychiatriques d'origine organique ou toxique ;
  - les comorbidités médicales des pathologies psychiatriques ;
  - les effets indésirables des traitements psychiatriques.
- Les **intoxications** éthyliques, médicamenteuses ou de substances à visée stupéfiante, peuvent être à l'origine de troubles du comportement et nécessitent une médicalisation. Elles obligent souvent la mise en place d'une surveillance paramédicale et entraînent un délai avant toute évaluation psychiatrique de qualité.
- Les causes somatiques les plus fréquentes sont dominées par les pathologies **neurologiques, métaboliques et infectieuses**.
- Les effets somatiques des traitements psychiatriques sont parfois des urgences comme les intoxications aux ISRS pouvant entraîner des syndromes sérotoninergiques parfois graves ou le syndrome malin des neuroleptiques.

G. Valdenaire, Praticien Hospitalier, Unité des Urgences Adultes, Pôle Urgences Bordeaux, Groupe Hospitalier Pellegrin, CHU Bordeaux.

Enfin, l'administration en urgence de sédatifs ou de traitement antipsychotique engendre des risques cardio-respiratoires nécessitant un monitoring des paramètres vitaux.

## 1. Pourquoi une évaluation somatique des patients psychiatriques ?

Les patients se présentant aux urgences pour des pathologies d'allure psychiatrique peuvent parfois masquer des lésions organiques ou des causes toxiques.

Ces entités peuvent parfois être très intriquées. L'enjeu dans les services d'urgences pour les patients naïfs de tout antécédent psychiatrique, arrivant souvent pour des troubles aigus, n'est pas nécessairement de poser un diagnostic précis mais plutôt de ne pas méconnaître une pathologie somatique pouvant mettre en jeu le pronostic vital immédiat du patient (2). Cette évaluation est importante car certaines études ont retrouvé de 5,5 à 12,5 % (1-4) de patients adressés pour problème psychiatriques qui présentaient finalement un problème organique. L'exemple le plus typique est le trouble de l'humeur atypique d'apparition tardive pouvant faire évoquer un processus expansif intracrânien.

Certaines fois, il s'agit de patients connus pour des troubles psychiatriques qui viennent dans nos services pour des pathologies intercurrentes qui peuvent exacerber les troubles ou n'être qu'un élément surajouté. Ces pathologies peuvent être liées à la maladie elle-même, à son traitement ou à une autre cause (infectieuse, cérébro-vasculaire, cardiaque...).

## 2. Que faut-il rechercher cliniquement chez ces patients ?

L'examen clinique de ces patients doit être complet. Il faut procéder avant toute chose à un examen neurologique minutieux, qui doit rechercher tout syndrome déficitaire, trouble du langage ou autre trouble de la marche. La démarche diagnostique ne devra pas méconnaître l'existence d'un toxidrome pouvant orienter vers une intoxication.

Dans le cas de pathologies intercurrentes, la prise en charge ne doit pas différer de celle des autres patients. Elle doit toujours commencer par la prise des paramètres vitaux et comporter un examen minutieux et détaillé pour évaluer l'ensemble des fonctions vitales.

Il faut savoir rechercher des complications simples (rétentions urinaires, fécalomes...) inhérentes aux traitements du patient (neuroleptiques, antipsychotiques...) ou même parfois à leurs troubles psychiatriques qui peuvent parfois aggraver la présentation clinique du patient ou provoquer simplement un inconfort.

Certains traitements psychotropes peuvent être à l'origine de trouble de la déglutition et on doit donc rechercher un encombrement bronchique ou un foyer en rapport avec une pneumopathie d'inhalation.

Chez les patients pris en charge en addictologie pour des sevrages de toxiques, il faut dépister les signes de surdosage comme la bradypnée ou le myosis et bien sur les troubles de la vigilance. Ceux-ci peuvent être liés aux traitements ou à une rechute de la toxicomanie.

### 3. Quels examens complémentaires faut-il réaliser ?

#### 3.1. Examens biologiques :

- En cas de suspicion d'intoxication médicamenteuse :
  - dosage des médicaments psychotropes suspectés par l'anamnèse ou l'interrogatoire des témoins et/ou présents dans le traitement habituel du patient ;
  - dosage du valproate présent chez les patients traités par dépakote ou dépamide et par dépakine (responsable d'intoxications graves avec atteintes neurologiques et systémiques et acidose métabolique) ;
  - ne pas méconnaître les surdosages ou intoxication au lithium dont la lithiémie n'est pas corrélée à la gravité :
    - lithiémie normale : 0,8 à 1,2 mmol/L ;
    - intoxication > 2 mmol/L ;
    - critères biologiques d'admission en réanimation si > 4 mmol/L ;
    - rapport  $\frac{\text{lithium intra-érythrocytaire}}{\text{lithium plasmatique}} > 0,5$  (signant l'intoxication).
- Recherche de toxique urinaire au moindre doute : THC, opiacés, amphétamines... La recherche des nouvelles drogues de synthèse ne se fait pas encore en pratique courante, et la négativité des examens habituels ne doit pas faire éliminer le diagnostic.
- Les autres examens complémentaires doivent être prescrits selon l'état clinique et éléments d'orientation anamnestiques et biologiques du patient selon les modalités habituelles.

#### 3.2. Examens d'imagerie

- TDM cérébral sans ou avec injection :

Elle doit être prescrite devant l'existence d'un signe de focalisation neurologique, la notion d'un traumatisme crânien récent avec une modification de l'état neurologique, l'existence d'une hémopathie maligne ou d'un traitement anticoagulant au long cours ou enfin d'antécédents néoplasiques.

– IRM encéphalique :

Elle sera prescrite en cas de doute sur une pathologie cérébrale avec un bilan scannographique non contributif.

Les déficits non neurologiques de certaines conversions hystériques doivent être évoqués à l'issue d'une démarche diagnostique complète et exhaustive tant clinique que paraclinique. Il ne peut s'agir que d'un diagnostic d'élimination.

Pour mémoire, ils s'accompagnent fréquemment d'anesthésie non anatomique, de la notion d'effort surhumain pour ébaucher un mouvement, d'une « belle indifférence » à l'égard du symptôme, d'une personnalité hystérique (théâtralisme, séduction) avec recherche de bénéfices secondaires.

### 3.3. Autres examens

– Ponction lombaire

Elle est indiquée devant tout symptôme neurologique fébrile. Les autres indications se limitent aux troubles neurologiques atypiques nécessitant un avis spécialisé préalable.

– Électroencéphalogramme

L'EEG présente des indications variées. Il peut préciser l'état d'éveil d'une personne avec qui la communication est difficile. Il permet de confirmer l'existence de troubles de la vigilance et éventuellement leur origine (crises d'épilepsie, encéphalopathie). Le ralentissement du tracé électrique du cerveau peut témoigner de l'existence d'une encéphalopathie ou de maladies neurodégénératives.

La réalisation de ces différents examens va permettre d'éliminer les tableaux neurologiques à formes psychiatriques tels que l'encéphalite limbique, l'épilepsie temporale ou le syndrome frontal.

## 4. Les situations particulières

### 4.1. Confusion et troubles psychiatriques

Les maladies psychiatriques ne donnent pas de syndrome confusionnel. A *contrario*, la présentation d'un patient confus peut mimer des troubles psychiatriques avec un patient agité, délirant, halluciné. Devant ce tableau, il convient de rechercher des signes psychiques et physiques de confusion et réaliser un examen clinique complet comportant un examen neurologique soigneux. Les principales causes de confusion sont neurologiques, cardio-respiratoires, infectieuses.

Chez le patient âgé confus, un fécalome, un globe vésical, un infarctus du myocarde ou une cause infectieuse, volontiers respiratoire ou urinaire doivent être systématiquement éliminés.

## 4.2. Les complications liées aux traitements

Les différentes molécules utilisées en psychiatrie, neuroleptiques, thymo-régulateurs, antidépresseurs et sédatifs comportent des effets indésirables et des interactions médicamenteuses qu'il convient de connaître et de rechercher systématiquement devant un patient adressé aux urgences. Ils peuvent être à l'origine des symptômes présentés par le patient ou en masquer une partie.

La difficulté est parfois d'obtenir la liste de ces traitements, quand le patient n'est pas connu de l'hôpital ou que l'obtention de son identité est rendue compliquée par son état de conscience au moment de l'examen ou par sa pathologie psychiatrique.

## 4.3. Les intoxications volontaires (alcoolique, médicamenteuse, prise de toxiques...) ou non

L'existence d'une intoxication médicamenteuse volontaire ou non nécessite une surveillance accrue et parfois prolongée. Elle devra s'orienter vers les complications liées au médicament suspecté et ne pas omettre, surtout dans les cas d'intoxications volontaires, la prise conjointe de molécules absentes du traitement habituel du patient.

Les effets secondaires des médicaments psycho-actifs restent nombreux et certains d'entre eux représentent des urgences médicales comme le syndrome sérotoninergique lié aux inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) ou le syndrome malin des neuroleptiques.

Enfin, en situation de crise majeure (par exemple : agitation, crise clastique), lorsque des traitements anxiolytiques et/ou antipsychotiques sont administrés en urgence, les complications cardio-respiratoires constituent un risque vital. Ce risque impose une surveillance très attentive des paramètres vitaux aussitôt que l'effet sédatif souhaité a été obtenu et que la sécurité des soignants est assurée.

Ces patients nécessitent une évaluation secondaire par les services d'évaluation de crise psychiatrique, afin d'évaluer le risque de récurrence dans le cas d'une intoxication volontaire.

Si l'intoxication était involontaire, l'évaluation psychiatrique permettra la reprise ou la modification du traitement du patient. Dans ces situations, l'appel au Centre Antipoison territorial peut apporter une aide appréciable.

## 5. Conclusion

La présence de psychiatre ou d'unités mobiles psychiatriques au sein de nos structures d'urgences est rendue nécessaire par l'existence de ces patients « mixtes » qui nécessitent une prise en charge coordonnée.

Il existe d'ailleurs au stade expérimental des unités médico-psychiatriques (6) où la double compétence médicale et psychiatrique est présente au même endroit de façon continue.

L'objectif de ces unités est d'offrir des soins psychiatriques et somatiques, afin d'améliorer la prise en charge globale des patients.

## Références

1. Rockville M.D. Mental Disorders and/or Substance Abuse Related to One of Every Eight Emergency Department Cases. AHRQ News and Numbers, July 8, 2010. Agency for Healthcare Research and Quality.
2. M. Combelles, *et al.* Fréquence des troubles organiques chez les patients admis pour un motif psychiatrique aux urgences. JEUR 2009.
3. Baillargeon, *et al.* Medical emergency department utilization patterns among uninsured patients with psychiatric disorders. *Psychiatr Serv.* 2008 Jul ; 59(7) : 808-11.
4. Hazlett, *et al.* Epidemiology of adult psychiatric visits to US emergency departments. *Acad Emerg Med.* 2004 Feb ; 11(2) : 193-5.
5. Niquille M., *et al.* Urgences médicales somatiques et psychiatriques : pour une vision commune. *Rev Med Suisse* 2009 ; 5 : 1595-9
6. Denes D., *et al.* Les unités médico-psychiatriques : les soins partagés en santé mentale. *Santé Publique* 2011 ; vol. 23 : 167-74.