

P061 - Analyse d'une démarche diagnostique d'une encéphalite limbique auto-immune

C. Coquillas¹, J. Bernard², B. Aouizerate³

¹Pôle de Psychiatrie Générale et Universitaire (PGU), Centre hospitalier Charles Perrens, Bordeaux. Université de Bordeaux., ²Equipe mobile de neuropsychiatrie (EMNP), pôle PGU, Centre hospitalier Charles Perrens, Bordeaux., ³Centre de référence régional des pathologies anxieuses et de la dépression (CERPAD), pôle PGU, Centre hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.
charlotte.coquillas5@gmail.com

INTRODUCTION

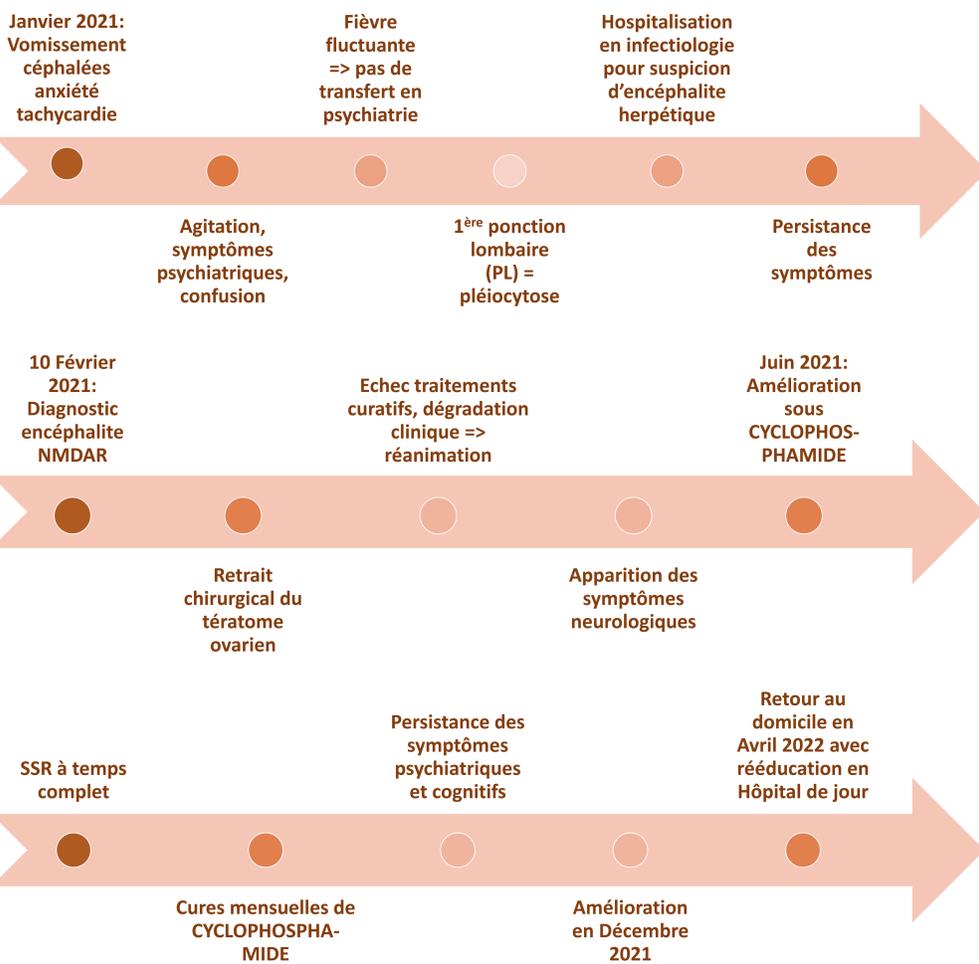
- ❖ Pathologies neuropsychiatriques émergentes du XXI^{ème} siècle: 10% des patients avec tableaux psychiatriques isolés, 60% d'entre eux via des anticorps contre les récepteurs N-Méthyl-D-Aspartate (NMDAR).
- ❖ Nombreux patients orientés vers la psychiatrie.
- ❖ Pronostic dépendant du délai d'action thérapeutique.
- ❖ Symptômes psychiatriques: aspécifiques, bruyants, associés à des troubles du comportement.

OBJECTIFS et METHODES

- ❖ Analyser et proposer des pistes de réflexion sur la prise en charge (PEC) diagnostique et thérapeutique d'une pathologie neuropsychiatrique : l'encéphalite limbique auto-immune (ELAI).
- ❖ A travers un cas clinique (Madame A., 19 ans) suivi en service de neurologie au CHU de Bordeaux: évolution classique d'une encéphalite NMDAR.

RAPPORT DE CAS

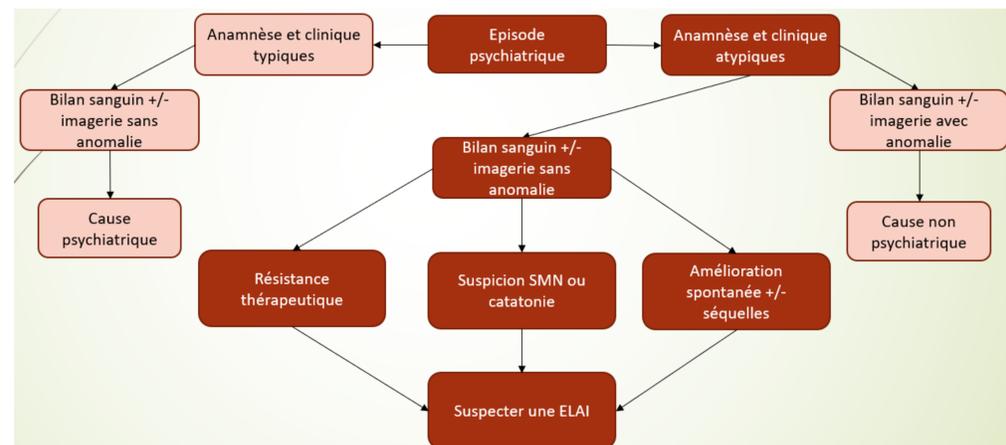
- Janvier 2021: devant un premier épisode psychotique avec symptomatologie thymique associée, hypothèse d'une origine psychiatrique immédiatement privilégiée dans 3 services d'urgences générales, sans examen complémentaire.



- PEC de l'agitation initiale par antipsychotiques (ATP)/contentions.
- Dégradation de l'état de la patiente avec apparition des symptômes neurologiques: plusieurs séjours en réanimation pour coma hypotensifs, du fait d'une résistance aux immunothérapies. Pas d'évocation d'un syndrome malin des neuroleptiques (SMN) ni d'une catatonie malgré les signaux en faveur et la dégradation clinique.
- PEC en neurologie à partir de Juillet 2021: plus de 18 mois d'immunothérapie et plus de 12 mois de rééducation. Amélioration franche de l'autonomie en Décembre 2021.

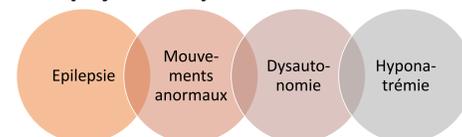
DISCUSSION

- ❖ Défi diagnostique des ELAI:
 - 24 à 51% de symptômes psychiatriques dans les pathologies neurologiques. Bonne gestion = meilleur pronostic, meilleure morbi-mortalité, réduction de la durée des hospitalisations.
 - Tableau psychiatrique le plus fréquemment rencontré dans les ELAI: **épisode psychotique, +/- symptôme d'humeur, d'apparition subaigüe, avec des troubles du comportement.**
 - **⚠ Pas d'élimination du diagnostic, si absence de symptôme neurologique.**
 - Peu d'accès aux examens complémentaires pour les psychiatres, rendant les critères diagnostiques internationaux inadaptés à la réalité psychiatrique.
 - **Syndrôme malin des neuroleptiques (SMN) et catatonie**, plus fréquents dans les ELAI = arguments cliniques discriminants, démontrant la nécessité d'impliquer les psychiatres dans la PEC.



- ❖ Enjeux thérapeutiques des ELAI:

- **Confusion des symptômes neurologiques de l'ELAI avec les effets secondaires des psychotropes.**



- **Résistance thérapeutique** voir aggravation sous ATP.
- Recommandations de prescriptions une fois le diagnostic défini:
 - Benzodiazépines à privilégier en aigu pour l'agitation,
 - Limiter la prescription des ATP,
 - Penser rapidement aux ECT.

CONCLUSION

- ❖ ELAI: maladies neuropsychiatriques rares, engageant le pronostic vital si délai thérapeutique. Important pour les psychiatres de savoir la suspecter. Arguments les plus discriminants: **le SMN, la catatonie, la résistance aux psychotropes.**
- ❖ Hypothèse de la **psychose auto-immune**: question de la nécessité d'une **immunothérapie chez les patients psychiatriques dits chroniques ou résistants.**
- ❖ Ainsi, équipe de **coordination neuropsychiatrique indispensable** pour favoriser la prise en charge des pathologies neuropsychiatriques, par des analyses cliniques plus complètes, un meilleur accès aux examens complémentaires, une meilleure gestion des traitements.