

# LE DIFFICILE DIAGNOSTIC DE LA CATATONIE EN GÉRIATRIE

*Nathalie JOMARD*

Géiatre, médecin coordonnateur

Centre Hospitalier des Monts du Lyonnais

EHPAD de Chazelles-sur-Lyon

EHPAD de Saint-Symphorien-sur-Coise

nathalie.jomard@chmdl.fr

**4<sup>e</sup> Congrès**

Société Francophone  
de Psychogériatrie et de  
Psychiatrie de la Personne Âgée



SF3PA

**1<sup>ER</sup> et 2 juin 2023 - Limoges**  
Faculté de Droit et des Sciences Économiques  
[www.sf3pa-congres.com](http://www.sf3pa-congres.com)



**CH des Monts du Lyonnais**



# LIEN D'INTÉRÊT

- ▶ Pas de lien d'intérêt



# RAPPEL : SYNDROME CATATONIQUE



- Absence ou quasi-absence de réponse motrice
- Ressemble à une hypokinésie marquée

STUPEUR



- Absence ou quasi-absence de réponse verbale
- Y compris les chuchotements inaudibles

MUTISME



- Mouvements bizarres et volontaires
- Reproductions souvent exagérées et caricaturées de mouvements banaux du quotidien (accents feints...)

MANIERISME



- Agitation motrice sans but, non influencée par des stimuli externes

AGITATION



- Résistance ou absence de réponse à des instructions ou à des stimuli extérieurs
- Exemple : Retire sa main pour ne pas la serrer, pincer les lèvres pour ne pas boire ou manger...

NEGATIVISME



- Forme musculaire de négativisme - notion de proportionnalité : plus on essaie de faire faire un geste à quelqu'un et plus il résiste.
- (= oppositionnisme de Gegenhalten)

OPPOSITIONNISME



- Echolalie : répétition des paroles de l'examineur
- Echopraxie : reproduction des mouvements de l'examineur
- Parfois avec modifications et exagérations

ECHOPHENOMENE



- Résistance lors du positionnement et de la mobilisation induits par l'examineur

FLEXIBILITE CIREUSE



- Maintien de postures contre la gravité imposées passivement par l'examineur

CATALEPSIE



- Maintien actif, contre la gravité, d'une posture adoptée spontanément

POSTURING



- Mouvements répétitifs et anormalement fréquents, non dirigés vers un but

STEREOTYPIES



- Peuvent évoquer de la douleur

EXPRESSIONS FACIALES GRIMAÇANTES



# ETIOLOGIES DU SD CATATONIQUE



Encéphalites	Encéphalopathies	Autres causes
<p><b>Infectieuses</b> (HSV1, Syphilis, VIH, VHB, VHC)</p> <p><b>Auto-immunes</b> (Haschimoto, limbique à Anticorps anti- NMDAr)</p> <p><b>Néoplasiques</b></p> <p><b>Inflammatoires</b> (poussée de SEP, neurolupus)</p> <p><b>Spongiformes</b> (Maladie de Creutzfeld-Jacob, insomnie fatale familiale)</p>	<p><b>Métaboliques</b> (acido-cétose, hyponatrémie sévère)</p> <p><b>Carentielles</b> (B12, folates)</p> <p><b>Toxiques</b> (alcool, cocaïne, médicamenteuse)</p> <p><b>Maladies neuro-métaboliques</b> (Niemann Pick de type C, Wilson, xanthomatose, hyperhomocystéinémie, porphyrie, anomalie du cycle de l'urée)</p>	<p><b>Troubles neurocognitifs majeurs</b> (maladie d'Alzheimer, maladie à corps de Lewy, démence fronto-temporale)</p> <p><b>Traumatismes crâniens</b></p> <p><b>Tumeurs cérébrales</b></p> <p><b>Epilepsies</b></p> <p><b>Infarctus focalisé</b> (lobes pariétaux, temporaux, thalamiques)</p> <p><b>Sevrages médicamenteux</b> (benzodiazépines, clozapine)</p>

# POURQUOI LE DIAGNOSTIC EST DIFFICILE ?

## ► **Présentation clinique** : signes communs

Confusion

Effets  
secondaires  
iatrogènes

Troubles du  
comportement  
dans les MND

Sd de  
désadaptation  
psychomotrice

- **Epidémiologie**
- **Manque de formation**
- **Sur-prescription des antipsychotiques**

3 cas  
cliniques

# SITUATION 1 : JANVIER 2021 – MME P.

- ▶ Mme P. 84 ans – vit en EHPAD depuis 4 mois
- ▶ Motif de son admission en EHPAD : chutes à domicile, anxiété sévère
- ▶ Terrain :
  - ▶ **Maladie de Parkinson** depuis 2018 / CS neurologie – intolérance des traitements dopaminergiques avec troubles neurovégétatifs, hallucinations et agitation
- ▶ Envoyée aux urgences par l'équipe soignante de l'EHPAD
  - ▶ *contexte d'infection urinaire sous Furadantine depuis 3 jours.*

Hallucination <sup>+++</sup> depuis 1 semaine → petite hyponatremie traitée.  
Hier comportement hystérique → vu avec MedCO - seresata 10mg  
donner + Arrêt modopar de 18 h00. Ce matin hystérique <sup>++</sup>  
impossible à contenir, elle nous frappe, se jette au sol  
veut sauté par la fenêtre. Allo [15] → Hospitalisation CHLS.

# MME P. : BILAN D'ENTRÉE

- ▶ Urgences
  - ▶ Scanner cérébral considéré comme normal
  - ▶ Bilan biologique « normal » : CRP 22 – Natrémie 132 mmol/L
- ▶ Service de court séjour gériatrique

La patiente est consciente mais désorientée, elle pense être à l'EHPAD. Elle est agitée, tient un discours incohérent sur des thématiques récurrentes (sexe, meurtres, incinération, un petit chien...). Certains prénoms ont une place particulière dans ce délire (Kévin, son petit-fils, Marcel, son mari et son beau-frère, une certaine Loanne...) et paraît très anxieuse ("ils vont le tuer").  
La patiente semble aussi avoir des hallucinations et voit des gens dans la pièce, elle écholalie tout ce que l'on lui dit.

- ▶ Tracé EEG ne montrant pas d'anomalie : *activité de base alpha, symétrique, bloquée par l'ouverture des yeux, l'hyperpnée et la SLI sont sans effet*
- ▶ Avis neurologue : introduire un traitement antidépresseur par SERTRALINE pour les troubles anxieux.

# MME P. : ÉVOLUTION

- ▶ Angioscanner cérébral : *Hypodensité insulaire droite sans autre anomalie de densité parenchymateuse. Pas d'anomalie significative décelée. Perméabilité des troncs supra-aortiques et du polygone de Willis, sans lésion vasculaire menaçante*
- ▶ Evolution clinique :

ce matin patiente somnolente difficilement reveillable.  
pas de prise de ttt PO possible ce matin.  
raideur des 4 membres. pas de tremblement raideur du chef. amimie, résistance à l'ouverture des yeux aux mobilisations des membres.  
puis suit du regard, répond aux questions simples déglutition qlq gorgée eau plate. dit ne pas avoir mal, mais être très fatiguée  
plutôt agitée les jours précédents d'après l'équipe.  
arrêt modopar depuis le 20.  
sertraline hier matin, pas d'autre psychotrope donné depuis

Plus agitée ce matin que vendredi, reprend des propos morbides alors qu'elle est seule.  
Refus de la prise du seresta ce matin, a craché ses médicaments ce midi. Griffes, jette le verre...

A été mise au fauteuil, mais a fait un malaise vagal.

# MME P. : ÉVOLUTION

- ▶ Suivi neurologue : parle de cimetière. On observe des mouvements anormaux. Il existe un tremblement myoclonique des membres supérieurs surtout à gauche, et des fasciculations. Spontanément, elle mobilise uniquement le bras gauche avec un grasping majeur. Le bras droit n'est pas mobilisé, semble déficitaire, spontanément en flexion, avec une rigidité importante dont on peut difficilement préciser la part : opposition, spasticité ou extrapyramidale mais il semble y avoir de la spasticité et un élément extrapyramidal surajouté au niveau du poignet. Au niveau des membres inférieurs, la question d'un signe de Babinski, au membre inférieur droit. Elle ne l'immobilise pas spontanément, mais a une réaction adaptée lors des stimulations. Elle a une tendance à dévier la tête à gauche. Il existe un sursaut pathologique dès que l'on approche la patiente.  
  
EEG : Par rapport à l'EEG réalisé le 21 janvier, le tracé s'est altéré avec une surcharge d'ondes lentes prenant un caractère diffus, sans asymétrie en termes de fréquence et sans activité critique ou paroxystique.
- ▶ Contrôle EEG le 03/02 : normalisé
- ▶ Demande d'avis psychiatrique 05/02

# MME P. : ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE

Clinique :

Mutisme,  
stupeur,  
négativisme,  
catalepsie,  
prise de posture

Tableau compatible avec Syndrome catatonique  
+ grasping + gegenhalten

CAT : arrêt neuroleptique,  
Echelle Bush Francis  
puis valium 10mg IV \* 3 par jour  
Si per os possible : temesta 1 mg \* par jour  
ré-éval dans 48h



Echelle Bush Francis avant DIAZEPAM  
**32/69**



Démarrage DIAZEPAM 10mg / 8h  
Réévaluation par ES : **21/69**



Pas d'amélioration clinique lors de mon évaluation malgré Valium 10 mg \* 4 par jour  
Persistance mutisme, négativisme, stupeur, catalepsie, maintien de posture  
pas de sédation

# MME P. : BILAN ÉTIOLOGIQUE

NFS , plaquettes

Ionogramme + calcémie

Albuminémie, pré-albuminémie

Urée créatinine

VS, CRP

électrophorèse PP

Bilan hépatique : TGO, TGP, GGT, PAL

Glycémie à jeun

TSH, PTH

Vitamines : B3 (PP), B9, B12, vitamine D

Cortisolémie + cortisol libre urinaire

Anticorps anti-nucléaires

Hépatite A, B, C – VIH - VDRL/TPHA

Fer sérique, cuprémie, céruléoplasmine



**NORMAL !**

**IRM cérébrale : pas d'encéphalite**

# MME P. : ÉVOLUTION

- ▶ Arrêt complet de la prise orale
- ▶ **Pas de changement sous DIAZEPAM 10mg toutes les 3 heures** – sans sédation
- ▶ Relai par LORAZEPAM IV (ATIVAN®) en ATU – Demande ECT
- ▶ Pas de changement de l'état catatonique sauf arrêt de la résistance à l'ouverture des yeux mais apparition d'une **somnolence**
  
- ▶ Dégradation brutale de l'état général avec sepsis à point de départ pulmonaire
- ▶ Décision collégiale : accompagnement de fin de vie
- ▶ **Décès**

# MME P. : CONCLUSION

- ▶ Errance diagnostique...
- ▶ Perturbée par le tableau neurologique
- ▶ **A postériori : Maladie à Corps de Lewy ?? Paralyse supra-nucléaire Progressive ?**
- ▶ Mauvaise connaissance du syndrome catatonique et de son repérage
- ▶ **Retard à la prise en charge : perte de chance**
- ▶ Pas d'accès à l'ECT

## SITUATION 2 : M. S. : JUIN 2021

- ▶ M. S., 86 ans : adressé par son EHPAD via la hotline de gériatrie pour anorexie complète, refus de soins, insuffisance rénale aiguë
  - ▶ Contexte d'AVC en janvier 2021 avec dans les suites aggravation de troubles cognitifs et comportement sexuel inapproprié
  - ▶ Suivi par l'équipe mobile spécialisée EMMA
  - ▶ Perte de 10 kg en 3 mois
  - ▶ Était sous Risperidone depuis 2008 suite à un épisode d'agressivité
- + sous Parkinane pour un sd extra-pyramidal « *inexpliqué* » arrêté en avril 2022

*Il reste les yeux fermés...  
Il refuse tout !*

*On ne peut plus rien  
faire*



# M. S. : ÉVALUATION

Expérience de la situation 1 !

Evaluation immédiate

Echelle de catatonie

→ échelle **Bush-Francis 37/69**

## Échelle de cotation de catatonie de Bush-Francis

Ne côter que les items bien définis. En cas de doute sur la présence d'un item, côter 0.

- 1. AGITATION :** Hyperactivité extrême, agitation motrice constante qui semble sans but. Ne pas attribuer à de l'épuisement ou à une agitation dirigée.
- 0 Absente.
  - 1 Mouvement excessif, intermittent.
  - 2 Mouvement constant, hyperkinétique sans période de repos.
  - 3 Agitation catatonique caractéristique, activité motrice frénétique sans fin.

- 2. IMMOBILITÉ/STUPEUR :** Hypoactivité extrême, immobilité, faible réponse aux stimuli.

- 10. VERBÉRATION :** Répétition d'expressions ou de phrases (comme un disque rayé).
- 0 Absente.
  - 1 Occasionnelle.
  - 2 Fréquente.
  - 3 Constante.

- 0 Absente.
- 1 Occasionnelle.
- 2 Fréquente.
- 3 Constante.

- 11. RIGIDITÉ :** Maintien d'une posture rigide en dépit d'efforts de mobilisation. Exclure si présence d'une roue dentée ou d'un tremblement.
- 0 Absente.
  - 1 Résistance légère.
  - 2 Résistance modérée.
  - 3 Résistance sévère, ne peut pas être repositionnée.

- 0 Absente.
- 1 Résistance légère.
- 2 Résistance modérée.
- 3 Résistance sévère, ne peut pas être repositionnée.

- 12. NÉGATIVISME :** Résistance sans motivation apparente aux instructions ou tentatives de mobilisation ou d'examen du patient. Comportement d'opposition, fait exactement le contraire de ce qui est demandé.
- 0 Absent.
  - 1 Résistance légère et/ou opposition occasionnelle.
  - 2 Résistance modérée et/ou opposition fréquente.
  - 3 Résistance sévère et/ou opposition constante.

- 0 Absent.
- 1 Résistance légère et/ou opposition occasionnelle.
- 2 Résistance modérée et/ou opposition fréquente.
- 3 Résistance sévère et/ou opposition constante.

- 22. COMBATIVITÉ :** Habituellement non dirigé, avec peu ou pas d'explication par la suite.
- 0 Absent.
  - 1 Agitation ou coups occasionnels avec un faible risque de blessures.
  - 2 Agitation ou coups fréquents avec un risque modéré de blessures.
  - 3 Dangereux pour autrui.

- 0 Absent.
- 1 Agitation ou coups occasionnels avec un faible risque de blessures.
- 2 Agitation ou coups fréquents avec un risque modéré de blessures.
- 3 Dangereux pour autrui.

- 23. ANOMALIES NEUROVÉGÉTATIVES :** Température, tension artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, hyperalgesie.
- 0 Absent.
  - 1 Anomalie d'un paramètre (TBA pré-existante exclue).
  - 2 Anomalie de 2 paramètres.
  - 3 Anomalie de 3 paramètres ou plus.

- 0 Absent.
- 1 Anomalie d'un paramètre (TBA pré-existante exclue).
- 2 Anomalie de 2 paramètres.
- 3 Anomalie de 3 paramètres ou plus.

Total : 37 / 69

Annivée du patient : 09/06/21 15h50.

### Signes

- Stupeur** (Absence d'activité psychomotrice, pas de relation active avec l'environnement).
- Cataplexie** (Maintien contre la gravité de postures imposées par l'examineur).
- Flexibilité cirreuse** (Résistance légère ou nette lors du positionnement induit par l'examineur).
- Mutisme** (Absence ou quasi-absence de réponse verbale (lecture si secondaire à une aphasie connue)).
- Négativisme** (Opposition ou absence de réponse à des instructions ou à des stimuli extérieurs).
- Prise de posture** (Maintien actif, contre la gravité, d'une posture adoptée spontanément).
- Maniérismes** (Caricatures bizarres ou solennelles d'actions ordinaires).
- Séréotypies** (Mouvements non dirigés vers un but, répétitifs et anormalement fréquents).
- Agitation** (Non influencée par des stimuli externes).
- Expressions faciales grimaçantes**
- Écholalie** (Répétition des paroles de l'examineur).
- Échopraxie** (Reproduction des mouvements de l'examineur).

Nombre de signes retrouvés : 8

Si présence de plus de 3 signes = syndrome catatonique.

Si syndrome catatonique : prendre les constantes du patient (tableau ci-contre) et passer à l'évaluation complète du syndrome catatonique avec l'échelle de Bush Francis.

Pression artérielle : 120/66  
 Fréquence cardiaque : 100  
 Fréquence respiratoire : 16/min  
 Température : 36,9°  
 Saturation en O2 : 91/AA  
 Hypersudation : NON

CONSTANTES

4<sup>e</sup> Congrès

Société Francophone de Psychogériatrie et de Psychiatrie de la Personne Âgée



1<sup>er</sup> et 2 juin 2023 - Limoges  
 Faculté de Droit et des Sciences Économiques  
 www.sf3pa-congres.com

# M. S. : ÉVOLUTION

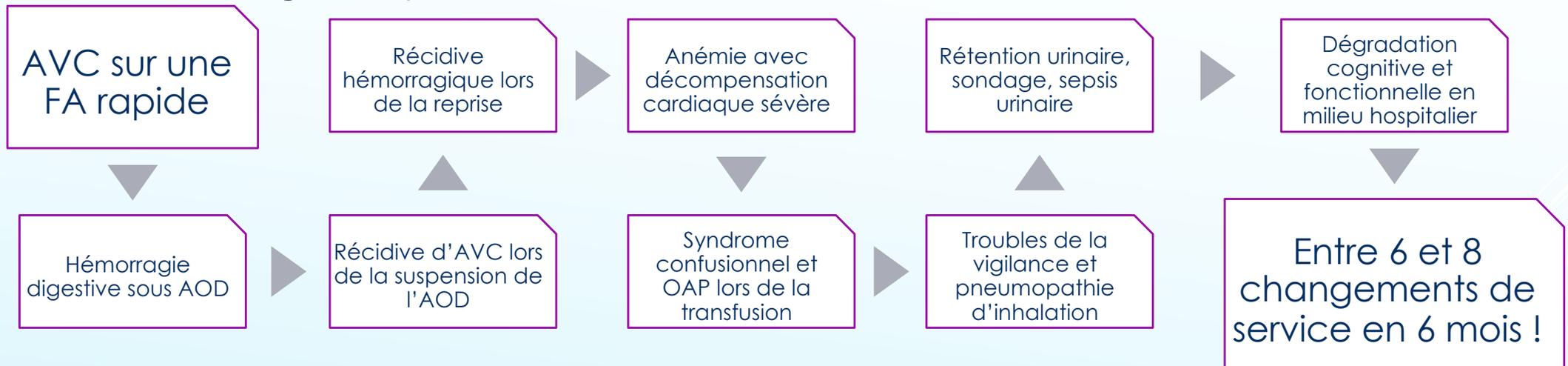
- ▶ Avis psychiatrique : confirmation du diagnostic
- ▶ Début de **LORAZEPAM 1mg x 4** + mesures générales + bilan étiologique
- ▶ Prévention du risque d'escarre
- ▶ Mauvaise tolérance cardiaque de l'hydratation malgré IRA
  
- ▶ Evolution : majoration de l'IRA + hypernatrémie + SCA type II
- ▶ Pronostic conditionné : **cachexie / troubles hydro-électrolytiques / comorbidités**
- ▶ **Décès** en quelques jours

## M. S. : CONCLUSION

- ▶ Prise de neuroleptiques sans diagnostic neurologique
- ▶ Aggravation cognitivo-comportementale post-AVC
- ▶ Part vasculaire ? Part de la iatrogénie ?
- ▶ Cerebrovascular disease: There were articles reporting older patients who developed catatonia secondary to acute strokes [8,69-72] and past or chronic vascular changes [73,74]. No relation was found between lesion location and emergence of catatonia. Some of these cases had longstanding
- ▶ Poids des comorbidités chez la personne âgée

## SITUATION 3 : M. R. – JUILLET 2022

- ▶ M. R – entre en EHPAD après une hospitalisation de 6 mois suite à un AVC avec cascade gériatrique ...



- ▶ Exprime son mécontentement d'être là.
- ▶ Le lendemain : M. R présente des signes de catatonie :
  - ▶ Catalepsie, négativisme, stupeur, oppositionnisme
  - ▶ + Troubles neurovégétatifs !

# M. R. : ÉVOLUTION

- ▶ Traité immédiatement par LORAZEPAM per os : Récupération partielle
  - ▶ Insulte, jette les affaires, écholalique...
- ▶ 3 jours plus tard : récurrence du tableau + rétention d'urine + méléna
  - ▶ Médecin de garde → Envoi aux urgences
  - ▶ Hémorragie digestive majeure
  - ▶ Décès en unité de post-urgence

**Véritable catatonie ?**



# LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE

#32

MARS 2023 - NUMÉRO GRATUIT



Association des Jeunes Gériatres  
www.assojeunesgeriatres.fr



## PUBLICITE ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES

### 9 JUIN 2023 : 3<sup>ème</sup> journée annuelle de l'AJG

- Session Onco-gériatrie, cardio-gériatrie, confusion
- Ouverte à tous
- Réduction pour les membres de la SF3PA

### GAZETTE DU JEUNE GERIATRE

- Réception gratuite sur inscription :  
[www.assojeunesgeriatres.fr](http://www.assojeunesgeriatres.fr)
- N°31 sur la psychiatrie du sujet âgé

@ : [jeunesgeriatres@gmail.com](mailto:jeunesgeriatres@gmail.com)



Merci de votre attention

DES QUESTIONS ?

[nathalie.jomard@chmdl.fr](mailto:nathalie.jomard@chmdl.fr)

