

Syndrome catatonique ou confusion ?

Diagnostic différentiel devant un tableau psychomoteur aigu chez le sujet âgé

6^{ème} Congrès SF3PA

CHARRON Jalal, Psychiatre, Région de Nantes

Conflits et liens d'intérêt

- Je déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt concernant le contenu de cette présentation
- Liens d'intérêt : <https://www.transparence.sante.gouv.fr/>

Introduction - Catatonie

Syndrome psychomoteur
transnosographique

Présentation variable d'un patient à l'autre,
fluctuante chez un même patient

Plusieurs formes :

- Forme akinétique
- Forme agitée
- Catatonie maligne avec dysautonomie, risque vital engagé



Signes

- ☐ **Stupeur** (Absence d'activité psychomotrice, pas de relation active avec l'environnement).
- ☐ **Catalepsie** (Maintien contre la gravité de postures imposées par l'examineur).
- ☐ **Flexibilité cireuse** (Résistance légère ou nette lors du positionnement induit par l'examineur).
- ☐ **Mutisme** (Absence ou quasi-absence de réponse verbale [exclure 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).
- ☐ **Stéréotypies** (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 :

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 :		CONSTANTES
Fréquence cardiaque :		
Fréquence respiratoire :		
Température :		
Saturation en O2 :		
Hypersudation :		

DSM-V

Au moins trois signes parmi douze

Echelle de Bush et Francis (BFCRS / BFCSI)

	Observation	Interview	Physical examination
Psychomotor activity			
Increased	Agitation* or excitement		
	Impulsivity		
	Combativeness		
Abnormal	Grimacing*	Echolalia*†	Waxy flexibility*
	Stereotypy*	Echopraxia*†	Catalepsy*†
	Mannerism*	Verbalization	Rigidity
	Posturing*†	Automatic obedience	Gegenhalten
	Perseveration		Mitgehen
			Grasp reflex
Decreased	Stupor*	Negativism*	
	Ambitendency	Mutism*	
	Staring	Withdrawal	
			Autonomic abnormality

Figure 1: Catatonia checklist

The checklist recognises all 23 items of the Bush-Francis Catatonia Rating Scale (BFCRS).¹⁹ *12 DSM-5 criteria for catatonia.*†Items that are combined in the BFCRS (item 5: posturing or catalepsy; item 7: echolalia or echopraxia), but are separate items in the DSM-5.

Definition		Item number	
		BFCRS	DSM-5
Agitation* or excitement	Extreme hyperactivity with non-purposeful movements and uncontrollable, extreme emotional reactions	1	9
Ambitendency	Appearance of being stuck in indecisive or hesitant movement	19	NA
Automatic obedience	Mechanical and reproducible compliance with examiner's request, even if dangerous	16	NA
Autonomic abnormality	Diaphoresis, palpitations, or abnormal temperature, blood pressure, pulse, or respiratory rate	23	NA
Catalepsy*	Passive induction of a posture held against gravity	5†	2
Combativeness	Striking out against others, with or without potential for injury	22	NA
Echolalia*	Mimicking another's speech	7†	11
Echopraxia*	Mimicking another's movements	7†	12
Gegenhalten	Resistance to positioning by examiner that increases proportionally to applied force	18	NA
Grasp reflex	Strong grasp of any object in proximity of the hand or upon touch	20	NA
Grimacing*	Odd and inappropriate facial expressions, irrespective of situation	6	10
Impulsivity	Patient suddenly engages in inappropriate behaviour without provocation; afterwards can give no, or only a facile, explanation	15	NA
Mannerism*	Odd, circumstantial caricatures of normal actions	9	7
Mitgehen	Exaggerated movements in response to light pressure	17	NA
Mutism*	No, or very little, verbal response (exclude if known aphasia)	3	4
Negativism*	Opposing or not responding to instructions or external stimuli	12	5
Perseveration	Whole or partial repetition of actions or verbal content that is not goal directed	21	NA
Posturing*	Spontaneous and active maintenance of a posture against gravity	5†	6
Rigidity	Resistance by way of increased muscle tone	11	NA
Staring or blinking	Fixed gaze, decreased blinking, and widely opened eyes, or increased blinking	4	NA
Stereotypy*	Repetitive, abnormally frequent movements that are not goal directed	8	8
Stupor*	No, or markedly reduced, psychomotor activity; no activity in relation to environment	2	1
Verbalization	Continuous, directionless repetition of words, phrases, or sentences	10	NA
Waxy flexibility*	Slight, even resistance to positioning by examiner	13	3
Withdrawal	No eye contact, refusal to take food or drink when offered, or both; turning away from examiner, or social isolation	14	NA

Catatonia signs are not fully operationalised and definitions vary slightly between authors. BFCRS-Bush-Francis Catatonia Rating Scale. NA-not applicable. *DSM-5 criteria for catatonia.*†Items are combined in the BFCRS (item 5: posturing or catalepsy; item 7: echolalia or echopraxia), but are separate items in the DSM-5.

Table: Definitions of catatonia signs

Etiologies

Etiologies psychiatriques :

- **Trouble bipolaire**
- Schizophrénie
- TSA

Etiologies non psychiatriques :

- Pathologies infectieuses
- Pathologies auto-immunes : encéphalite à Ac anti-NMDAR, Lupus
- **Pathologies neurologiques** : AVC, maladies neuro-dégénératives
- Troubles métaboliques
- **Médicaments (AP, arrêt BZD)**

Diagnostics différentiels

PNDS 2021

TABLEAU 1 : PRINCIPAUX DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS DU SYNDROME CATATONIQUE

Symptômes moteurs d'un trouble psychiatrique ou neurodéveloppemental	
	Troubles obsessionnels compulsifs (les rituels des compulsions peuvent impliquer des comportements répétés, une lenteur à exécuter la tâche liée à une indécision)
	Troubles du spectre de l'autisme (les comportements stéréotypés impliquent des comportements compulsifs et ritualisés, un maniérisme)
	Trouble déficience intellectuelle (comportements stéréotypés dans des contextes de stress environnementaux)
	Mutisme sélectif (contexte de trouble anxieux sans trouble de la communication)
	Etat de stress Aigu (contexte traumatique)
	Trouble conversif (présentation fluctuante, suggestibilité, incohérente sur le plan physiopathologique)
	Tics chroniques (multiple tics moteurs et sonores)
	Syndrome de Gille de la Tourette (tics moteurs/sonores complexes à type d'écholalie, échopraxie, grimaces)

	Trouble des acquisitions et de la coordination (séquence motrice complexe bizarre)
	Trouble des mouvements stéréotypés
Symptômes liés à l'effet de traitements médicamenteux	
	Effets indésirables des neuroleptiques (akathisie, parkinsonisme, dyskinésie, dystonie aiguë)
	Syndrome sérotoninergique

Confusion – DSM-V

A – Une perturbation de l'attention et de la conscience

B – La perturbation **s'installe en un temps court** (quelques heures à quelques jours), représente un changement par rapport à l'attention et à la conscience préalables, et **tend à fluctuer** en sévérité tout au long de la journée

C- Associé à une autre perturbation cognitive (e.g. trouble de la mémoire, de l'orientation, du langage, des habiletés visuospatiales ou des perceptions)

D- Perturbations A & C pas mieux expliquées par un TNC préexistant et ne doivent pas survenir dans le contexte d'un coma

E – La perturbation est **la conséquence physiologique directe d'une autre affection médicale**, d'une intoxication ou d'un sevrage ou d'une exposition à un produit toxique ou est due à de multiples causes

Diagnostic différentiel catatonie / syndrome confusionnel

Signes de catatonie les plus fréquents aspécifiques, recouvrement symptomatique possible entre catatonie / confusion

13 à 30% des patients confus en soins intensifs répondaient aussi aux critères de catatonie (Grover, 2014)

Environ 30% de patients répondant à la fois aux critères de confusion et catatonie en soins intensifs (Wilson, 2017)

Diagnostic différentiel catatonie / syndrome confusionnel

Installation rapidement progressive

Fluctuation des symptômes

Séréotypes / Persévration peu discriminants

	Confusion	Catatonie
Forme hypo-active	Stupeur Ralentissement, immobilité Regard fixe	Retrait Mutisme Négativisme Immobilité / Stupeur Fixité du regard Prise de posture
Forme hyper-active	Agitation psychomotrice	Agitation Impulsivité Combativité

Éléments plus discriminants

	Confusion	Catatonie
		Catalepsie Flexibilité cireuse Rigidité Obéissance automatique Ambitendance Mitgehen Gegenhalten Maniérisme Grimaces Echophénomènes
Fonctions supérieures	Incohérence de la pensée et du discours Altération de l'attention	Inhabituel , mais difficile à évaluer
Phénomènes hallucinatoires	Fréquents	Possibles, en lien avec l'étiologie sous-jacente

Recouvrement des étiologies, bien que la catatonie oriente davantage vers une cause psychiatrique ou neurologique

Problématique

Dans les deux cas :

- **Urgence diagnostique et thérapeutique**
- **Bilan / traitement étiologique**
- Surveillance rapprochée / Prévention des complications

Sur le plan symptomatique, **attitude radicalement différente** :

1. Dans la catatonie - Arrêt des antipsychotiques, LORAZEPAM (voire ECT)
2. Dans la confusion - HALOPÉRIDOL, éviter les benzodiazépines

Enjeu communicationnel, message complexe à délivrer en psychiatrie de liaison

Co-occurrence catatonie / syndrome confusionnel

Co-occurrence possible, remise en cause par certains auteurs du critère d'exclusion DSM V

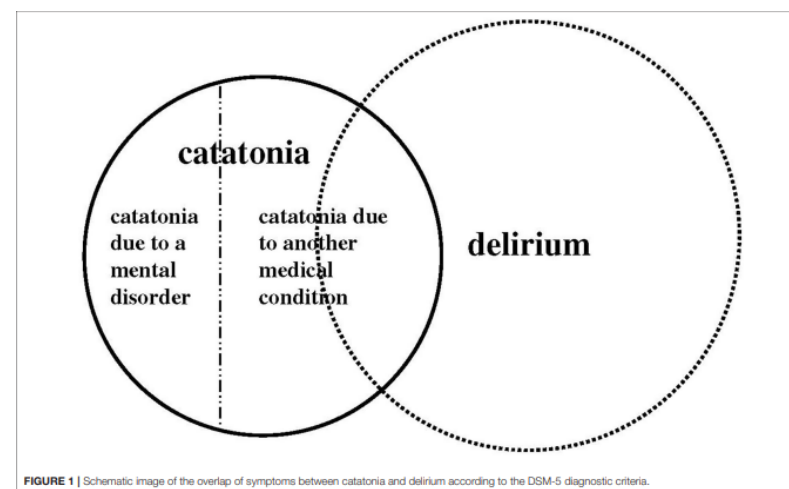
« *Catatonia-delirium spectrum* »

Grover, 2014 ; Oldham 2015 ; Wilson 2017

Plus fréquent chez les sujets âgés

Argument en faveur d'une étiologie organique

Encéphalite à anti-NMDA-R



Tachibana et al, 2022

Biomarqueurs

Aucun biomarqueur spécifique

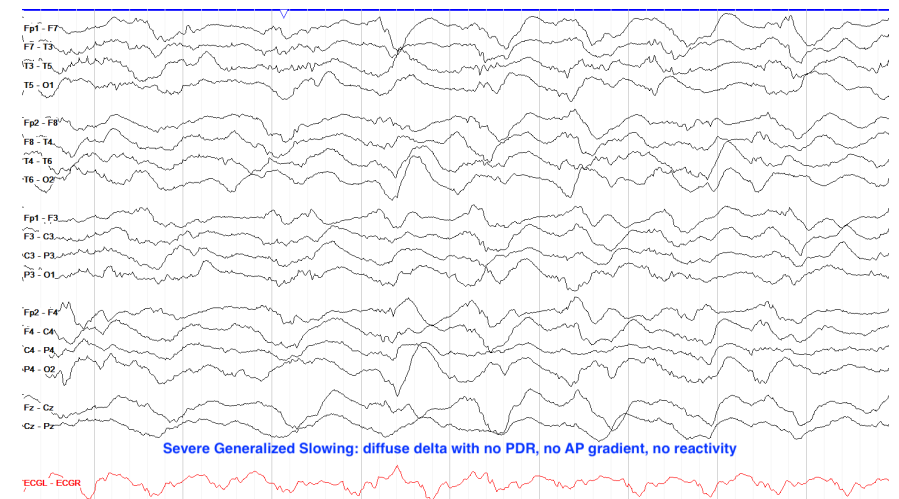
Intérêt EEG

Ne permet pas de distinguer catatonie / confusion

Le plus souvent anormal dans la confusion, pas toujours normal dans la catatonie.

Argument en faveur de l'origine organique ou médicamenteuse des symptômes dans la catatonie

Ralentissement diffus, aspécifique



En pratique, en cas de diagnostic différentiel difficile

Abord pluridisciplinaire

Examen physique, neurologique, psychiatrique et psychomoteur ; analyse sémiologique rigoureux

Anamnèse précise

Evaluations cliniques rapprochées / utilisation d'échelles cliniques (BFCRS, CAM)

Surveillance / Prévention des complications

Test thérapeutique LORAZEPAM (1 à 2,5 MG PO ou 1 à 2 MG IV)

Co-occurrence probable

En pratique, en cas de co-occurrence catatonie-confusion

Bilan étiologique (+++ si co-occurrence confusion / catatonie)

Cas par cas +++

Utilité du LORAZEPAM y compris dans catatonie-confusion (Llesuy, 2017)

Utilisation très prudente des antipsychotiques, privilégier AP avec faible antagonisme D2

Penser aux traitements de seconde / troisième ligne (ECT, AMANTADINE, Anticonvulsivants, tDCS, rTMS) et aux mesures comportementales

Merci pour votre attention.



<https://www.urmc.rochester.edu/psychiatry/divisions/collaborative-care-and-wellness/bush-francis-catatonia-rating-scale>

Bibliographie

- Andrew Francis MD, Antonio Lopez-canino MD. Delirium With Catatonic Features: A New Subtype? 11 juill 2009 [cité 3 juin 2025];26. Disponible sur: <https://www.psychiatrictimes.com/view/delirium-catatonic-features-new-subtype>
- Bhati MT, Datto CJ, O'Reardon JP. Clinical manifestations, diagnosis, and empirical treatments for catatonia. *Psychiatry (Edgmont)*. mars 2007;4(3):46-52.
- Connell J, Kim A, Brummel NE, Patel MB, Vandekar SN, Pandharipande P, et al. Advanced Age Is Associated With Catatonia in Critical Illness: Results From the Delirium and Catatonia Prospective Cohort Investigation. *Front Psychiatry*. 2021;12:673166.
- Grover S, Ghosh A, Ghormode D. Do patients of delirium have catatonic features? An exploratory study. *Psychiatry Clin Neurosci*. août 2014;68(8):644-51.
- Jaimes-Albornoz W, Ruiz de Pellon-Santamaria A, Nizama-Vía A, Isetta M, Albajar I, Serra-Mestres J. Catatonia in older adults: A systematic review. *World J Psychiatry*. 19 févr 2022;12(2):348-67.
- Jain G, Chakrabarti S, Kulhara P. Symptoms of delirium: an exploratory factor analytic study among referred patients. *General Hospital Psychiatry*. 1 juill 2011;33(4):377-85.
- Lesko A, Kalafat N, Enoh K, Teltser WK. The Importance of Diagnosing Concomitant Delirium and Catatonia: A Case Report. *Cureus*. janv 2022;14(1):e21662.
- Meyen R, Acevedo-Diaz EE, Reddy SS. Challenges of managing delirium and catatonia in a medically ill patient. *Schizophr Res*. juill 2018;197:557-61.
- Oldham MA. The Probability That Catatonia in the Hospital has a Medical Cause and the Relative Proportions of Its Causes: A Systematic Review. *Psychosomatics*. 2018;59(4):333-40.
- Penland HR, Weder N, Tampi RR. The catatonic dilemma expanded. *Ann Gen Psychiatry*. 7 sept 2006;5:14.
- Ramirez-Bermudez J, Medina-Gutierrez A, Gomez-Cianca H, Arias P, Pérez-Gonzalez A, Lebrija-Reyes PA, et al. Clinical Significance of Delirium With Catatonic Signs in Patients With Neurological Disorders. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2022;34(2):132-40.
- Haute Autorité de Santé HAS. Syndrome catatonique [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2021. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3295009/fr/syndrome-catatonique
- Tachibana M, Ishizuka K, Inada T. Catatonia and Delirium: Similarity and Overlap of Acute Brain Dysfunction. *Front Psychiatry* [Internet]. 7 avr 2022 [cité 2 juin 2025];13. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2022.876727/full>