

LA SCHIZOPHRENIE INFANTILE: A PROPOS D'UN CAS

R .SELLAMI, J .MASMOUDI, I.FEKI, U.OUALI, A..JAOUA.
Service de Psychiatrie « A ». CHU Hédi CHAKER. Sfax. TUNISIE

INTRODUCTION

La schizophrénie infantile est une forme rare de schizophrénie dont la prévalence est estimée à environ 0,03 % qui se manifeste pendant l'enfance ou l'adolescence. La schizophrénie de l'enfant demeure un diagnostic difficile même si les symptômes essentiels de la schizophrénie sont les même quel que soit l'âge [1].

Objectif

On discutera au vu des données de la littérature, à travers l'observation d'un cas: l'importance des altérations retrouvées dans les antécédents des enfants schizophrènes, les difficultés thérapeutiques des formes à début précoces et leur devenir péjoratif.

CAS CLINIQUE

➤*Motif*

- Mr R.S., âgé de 20 ans, originaire de Sfax et y demeurant.
- Hospitalisé le 05/07/2012 sous le mode d'hospitalisation à la demande d'un tiers pour

«une recrudescence de la symptomatologie hallucinatoire et de l'agressivité, dans un contexte de mauvaise observance.»

➤*Quelques éléments biographiques*

- Il a été issu d'un mariage non consanguin
- Son père est décédé il y a 3 ans (2009). Sa mère est au foyer.
- Bon déroulement de l'accouchement et du post partum.
- Il est le benjamin d'une fratrie de 2. Sa sœur ainée âgée de 22 ans.
- Il a quitté ses études en 6^{ème} année primaire pour des raisons non précisées.

➤*Antécédents*

- Pas de notion d'antécédents familiaux psychiatriques
- Discret retard du développement psychomoteur remarqué par la mère
- Hospitalisation à maintes reprises des l'âge de 12 ans: Le diagnostic retenu a été la schizophrénie infantile.
- Notion de 3 tentatives de suicide dans un contexte réactionnel au cours de ces 3 dernières années.
- Notion de consommation de substances psycho actives

➤*Dynamique intra familiale*

- Il a une relation fusionnelle avec la mère.
- Le père est absent

➤*Histoire de la maladie*

- Elle remonte a quelques semaines après la fermeture du centre de réhabilitation des handicapés.
- Mr R.S a présenté un tableau agitation et d'instabilité motrice. Il ne dort plus et est devenu agressif envers l'entourage et le voisinage.
- Devant cet état, il a d'abord été amené aux urgences où l'examen psychiatrique a trouvé « un patient instable avec des rires immotivés et sans éléments confusionnels »
- Ensuite il a été adressé à notre CHU en vue d'une hospitalisation

➤*L'examen au service de psychiatrie*

- Présentation négligée
- Agitation psychomotrice
- Désinhibition
- Hallucinations visuelles
- Idées de persécution

➤*L'évolution*

- Calme sur le plan moteur
- Présentation sans particularité
- Contact superficiel
- Labilité émotionnelle
- Discours spontané, normodébité, cohérent dans sa structure, critiquant partiellement son délire et son trouble du comportement.
- Insomnie

➤*Diagnostic et traitement*

- Le diagnostic de schizophrénie infantile a été retenu et le patient a été mis sous Risperidone à la dose de 8 mg/jour durant plusieurs semaines qui s'avèrera inefficace.
- Vu la mauvaise compliance thérapeutique et la disponibilité du traitement à l'hôpital, le neuroleptique retard Haldol décanoas nous paraissait le mieux indiqué.
- L'évolution s'avère ,dans un premier temps, peu favorable: discrete diminution de l'activité délirante et hallucinatoire. D'ou l'adjonction de l'olanzapine avec une amélioration clinique tant sur le plan moteur que sur les phénomènes hallucinatoires.
- En présence de la note thymique, on a opté pour un thymorégulateur type valproate de sodium a la dose de 1000mg/j. Dépakinemie correcte.

- L'évolution a été favorable: diminution de l'agitation, de l'instabilité psychomotrice et amélioration du sommeil.
- Un projet d'orientation en institut spécialisé a été élaboré.

➤*Evolution à distance*

- Le patient a été revu à la consultation après 1 mois.
- Il a estimé une régression du trouble du comportement par rapport à l'état habituel à 60% au moment de l'hospitalisation. La note thymique a diminué de 70%. Ceci a été confirmé par sa mère qui entretient une relation moins fusionnelle avec son fils.
- L'adaptation sociale jugée peu satisfaisante par le patient et sa mère.

DISCUSSION

❖Chez notre patient, on a trouvé d'importantes perturbations: retard psychomoteur, arrêt des études....Tous les auteurs s'accordent sur ce point: retard psychomoteur et langagier, difficulté d'adaptation sociale, scolaire, de faibles performance et une hypersensibilité a la critique [2,3].

❖Chez les enfants schizophrènes, les hallucinations sont les plus fréquemment rencontrées, les idées délirantes moins habituelles (40 a 60%) [3].

❖De façon générale, les études montrent que seulement dans les cas où le diagnostic de schizophrénie est établi avec assurance et dans la durée que l'évolution se caractérise par une chronicisation du processus psychotique. Il s'agit essentiellement de formes marquées par un début insidieux et des symptômes majoritairement déficitaires. C'est dans ces cas que la continuité entre les formes de schizophrénie de l'enfant et de l'adulte est la plus forte [4].

❖Il s'agit d'une forme sévère, résistante aux traitements, qui suscite un intérêt grandissant dans la littérature actuelle [5,6].Les antipsychotiques représentent comme chez l'adulte, le traitement médicamenteux de première intention. Cependant, les neuroleptiques classiques paraissent moins efficaces sur les formes à début précoces [7]. Ceci a été démontré dans notre cas. Seule la Clozapine a fait l'objet d'une étude contrôlée en double aveugle contre l'haloperidol. La clozapine s'est révélé significativement plus efficace sur 6 semaines aussi bien sur les symptômes négatifs que les symptômes positifs. Mais, vu la mauvaise observance du traitement par voie orale, on n'a pas pu prescrire la clozapine.

❖ A coté du traitement chimiothérapeutique, les interventions psychothérapeutiques s'avèrent importants [8]. Aucune étude n'a cherché à évaluer l'impact et l'efficacité de ces interventions. Par ailleurs, l'utilité des interventions familiales a été démontré chez le schizophrène adulte [9].

❖Il est admis que le pronostic des schizophrénies à début précoce est mauvais avec des variabilités des taux de remissions entre 3 et 28% [3]. Les formes à début précoce sont décrites dans la littérature comme des formes pourvoyeuses de signes négatifs, de déficits cognitifs et de mauvais fonctionnement social [10].

❖Récemment, Lay et al [11] ont focalisé leur travail sur le devenir en terme d'adaptation sociale des patients ayant une schizophrénie infantile. Le niveau d'adaptation relationnelle et sociale, un faible niveau de fonctionnement social prémorbide, un nombre important de réhospitalisation semblent être les facteurs les plus prédictifs d'un mauvais pronostic. Comme le cas de notre patient et avec l'aide du personnel de l'institut spécialisé, l'adaptation sociale a été laborieuse.

CONCLUSION

L'instauration d'un traitement antipsychotique n'est qu'une facette du traitement de la schizophrénie infantile. celle-ci s'intègre dans une démarche thérapeutique plus globale qui s'inscrit dans le cadre d'une relation à l'enfant mais aussi à sa famille, relation essentielle à la construction d'une alliance thérapeutique. cette alliance sera seule garante d'une bonne observance et d'un résultat thérapeutique optimal et pour pouvoir par la suite mettre en place d'autres abordages thérapeutiques, en particulier psychothérapeutiques, institutionnels, et pédagogiques.

Références:

(1)McClellan J, Werry J. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33(5):616–35. (2)Nicolson R, Rapoport JL. Childhood-onset schizophrenia: rare but worth studying.*Biol Psychiatry*. 1999 Nov 15;46(10):1418-28. (3) Baily D, Viellard M, Duverger H, Rufo M. Un diagnostic méconnu : la schizophrénie chez l'enfant. *Ann Méd Psychol* 2003;161:652-9.(4) Nicolson R, Lenane M, Hamburger SD, Fernandez T, Bedwell J, Rapoport JL. Lessons from childhood-onset schizophrenia. *Brain Res Brain Res Rev* 2000;31(2–3):147–56.(5) Bellino S, Rocca P, Patria L, Marchiaro L, Raselli R, Di Lorenzo R, et al. Relationships of age at onset with clinical features and cognitive functions in a sample of schizophrenia patients. *J Clin Psychiatry* 2004;65:908–14. (6) Eggers C. Schizophrenia in childhood and adolescence. Symptomatology, clinical course, etiological and therapeutic aspects. *Z Arch Fortbild Qualitaetsach* 2002;36:667–77. (7)Green WH.child and adolescent clinical psychopharmacology. *Baltimore: Williams and wilkins* 1991. Asanow JR, KARATEKIN G. Childhood onset schizophrenia. In : Coffe GE, Brumback RA,eds Textbook of pediatric neuropsychiatry. Washington DC: American Psychiatric Press 1998:617-46.(8)Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Javna CD, Mastrosia MJ. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Arch Gen Psychiatry*. 1986 Jul;43(7):633-42. (10)Burd L, Kerbeshian J. A North Dakota prevalence study of schizophrenia presenting in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1987 May;26(3):347-50. (11)Lay B, Blanz B, Hartmann M, Schmidt MH. The psychosocial outcome of adolescent-onset schizophrenia: a 12-year followup. *Schizophr Bull*. 2000;26(4):801-16.