

Etude de suivi sur deux ans de patients admis pour accès psychotique aigu: modalités évolutives et pronostic

Y.EL HAMAOU, S.YAALAOUI, D.MOUSSAOUI, O.BATTAS

Centre Psychiatrique Universitaire Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Professeur Youssef EL Hamaoui

Centre psychiatrique Universitaire Ibn Rochd, Rue tarik Ibn Zyad.

Casablanca 20000, Maroc

Fax : 00212 22 229501

e-mail :

Résumé

L'objectif de ce travail est d'étudier les modalités évolutives d'un accès psychotique aigu et les facteurs prédictifs d'évolution vers une schizophrénie.

Méthode : c'est une étude prospective effectuée au centre psychiatrique Ibn Rochd sur une période de 2 ans. Le diagnostic a été établi selon les critères DSM IV en utilisant un entretien psychiatrique structuré (SCID). Tous les patients inclus dans cette étude ont répondu à un questionnaire préétabli. L'évaluation de la sévérité des symptômes a été basée sur l'échelle Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS). Le fonctionnement social a été évalué par l'échelle Globale du Fonctionnement (GAF).

Résultats : Après deux ans d'évolution, une rémission complète a été enregistrée chez 21.3% des malades et le diagnostic de schizophrénie a été établi chez 31.9 %. Un trouble bipolaire a été diagnostiqué chez 38.3 %. Enfin, quatre patients (8.5 %) ont rechuté durant les deux premières années.

L'analyse statistique a montré que l'évolution vers la schizophrénie était significativement liée au sexe masculin, à l'âge jeune et à l'intensité des symptômes négatifs.

Mots-clé : Accès psychotique aigu, premier épisode psychotique, évolution, schizophrénie, facteurs de risque

Summary

The aim of this work is to study the evolutionary modes of the acute psychotic access and predictor factors of evolution toward schizophrenia.

Method: It is a prospective survey done at the University Psychiatric Center Ibn Rushd with 2 years of follow-up. Sixty-five patients met the inclusion criteria. The diagnosis has been established according to the DSM IV criteria while using a structural psychiatric interview (SCID). All patients filled a pre-established questionnaire. The assessment of the symptom severity has been based on the Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS). The social functioning has been evaluated by the Global Assessment of Functioning scale (GAF).

Results: The mean age was 23.1 ± 7.2 years. The male gender represented 61.7%. the majority of the sample (87.2%) were single. A familial psychiatric history was found in 17%. The PANSS mean score at the baseline was 96.2, and the GAF mean score was 30.7. A recovery has been recorded in 21.3% of patients and 31.9% developed a schizophrenia. A bipolar disorder has been diagnosed in 38.3%. In short, four patients (8.5%) relapsed during the first two years.

The statistical analysis showed that the evolution toward schizophrenia was related to male gender, to young age and to negative symptom intensity.

Key words: Acute psychotic access, first-episode psychosis, evolution, outcome, schizophrenia, and predictor factors.

Introduction :

Rare sont les troubles mentaux dont le pronostic est aussi variable que celui d'un accès psychotique aigu (APA) ; ainsi l'évolution peut aboutir aussi bien à la guérison qu'à l'absence totale de rémission, en passant par des rémissions plus ou moins complètes ménageant un fonctionnement inter critique de plus ou moins bonne qualité(4). La multiplication récente des études portant sur des patients présentant un premier épisode d'accès psychotique aigu se justifie tout d'abord par les caractéristiques évolutives des troubles psychotiques (5,8,12,20). La gravité du premier épisode psychotique est liée essentiellement au risque d'évolution schizophrénique. Bien que les neuroleptiques aient contribué à atténuer les risques de cette pathologie, le diagnostic de schizophrénie demeure associé à un " pronostic destructeur". Les 5 à 10 premières années d'évolution sont déterminantes pour évaluer le pronostic ultérieur puisque, dans la plupart des cas, un plateau évolutif est atteint au terme de cette période(1,19,20). il est donc important d'évaluer des patients n'ayant pas atteint cette phase de stabilisation relative. Sur le plan méthodologique, l'inclusion prospective de patients présentant un premier épisode psychotique permet de constituer des groupes de patients homogènes en terme d'évolution, et de limiter les biais de sélection (17).

Nous présentons ici une étude effectuée au Centre Psychiatrique Universitaire (CPU) Ibn Rochd à Casablanca. Le CPU est l'unique structure hospitalière psychiatrique de Casablanca. Il draine la population de la grande wilaya de Casablanca et des régions avoisinantes. Casablanca est la capitale économique du pays et la plus grande ville du royaume. En 1990, sa population excédait trois millions d'habitants(2). Le but de ce travail est d'étudier les modalités évolutives d'un accès psychotique aigu et les facteurs prédictifs d'évolution vers une schizophrénie.

Sujet et méthode :

C'est une étude prospective sur deux ans effectuée chez des patients qui se sont présentés, pour la première fois, aux urgences du CPU Ibn Rochd de Casablanca durant la période allant du 1^{er} janvier 1999 au 31 décembre 2000, pour accès psychotique aigu (APA).

Critères d'inclusion :

- 1er épisode d'APA
- Age compris entre 15 et 50 ans
- Consentement du malade

Critères d'exclusion :

- Antécédent psychiatrique personnel
- syndrome confusionnel ou psychosyndrome organique lié à une pathologie somatique avérée, ou à un syndrome de sevrage alcoolique ou médicamenteux, ou à une intoxication éthylique aiguë.

Durant la période du recrutement des malades, 65 patients ont répondu aux critères d'inclusion. Dix-huit patients ont été perdus de vue alors que 47 ont terminé l'étude soit 72.3 %.

Procédure et évaluation clinique :

Un entretien psychiatrique structuré utilisant the Structural Clinical Interview for DSM IV (SCID) a été effectué pour tous les patients. Ils ont, Tous, répondu à un hétéro-questionnaire préétabli par les auteurs s'enquérant des données socio-démographiques et des informations sur les antécédents psychiatriques familiaux, l'histoire de la maladie et la symptomatologie actuelle.

Deux échelles ont été utilisées :

- Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS) pour évaluer l'intensité des symptômes positifs et négatifs (11)
- The Global Assessment of Functioning scale (GAF) pour évaluer le degrés de fonctionnement social (6).

Les malades ont été vus à l'admission, au 12^{ème} mois et au 24^{ème} mois de suivi.

Analyse statistique :

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées à l'aide du logiciel Epi-info, dans sa sixième version française. L'analyse de variance (ANOVA) et le test de student ont été utilisés pour la comparaison des variables quantitatives. Le test chi-2 et Fisher exact ont été utilisés pour la comparaison des variables qualitatives. Le taux de signification a été fixé à 0.05 pour toutes les analyses.

Résultats :

L'âge moyen de nos malades est de 23.1 ± 7.2 ans. Le sexe masculin représente 61.7 %. La majorité (87.2 %) sont célibataires et 8.5 % sont mariés. Quarante-trois malades (91.5 %) sont issus d'un milieu défavorisé avec un revenu mensuel par ménage inférieur à deux mille dirhams (<200 Euros) et seulement 10.6 % ont une couverture sociale. Un antécédent psychiatrique familial a été retrouvé dans 17% des cas (tableau I).

L'intervalle moyen entre le début des troubles et la première consultation était 18.8 ± 10.4 jours. A l'admission, le score moyen PANSS était de 96.2 et le score à l'échelle positive était de 23.2 et celui de l'échelle négative était de 18.6. Le moyen GAF était de 30.7 (tableau II).

Après deux ans d'évolution, une rémission complète a été enregistrée chez 21.3% des malades et le diagnostic de schizophrénie a été posé chez 31.9 %. Un trouble bipolaire a été diagnostiqué chez 38.3 %. Enfin, quatre patients (8.5 %) ont rechuté durant les deux premières années et ont présenté un autre épisode psychotique aigu qui n'a répondu ni aux critères du trouble bipolaire ni à ceux de la schizophrénie (tableau III). L'évolution des scores aux échelles d'évaluation a montré qu'il y a une nette amélioration des

chiffres où le score moyen PANSS a chuté de 96.2 à 51.2 après deux ans, de même le score moyen GAF s'est amélioré de 30.7 à 71.3 (tableau IV).

Profil des malades évoluant vers une schizophrénie :

L'âge moyen des patients avec schizophrénie est de 19.6 ± 4.9 ans contre un âge moyen 26.3 ± 7.7 chez les non schizophrènes; la différence est significative ($p=0.01$, $t=2.5$). Une prédominance masculine (93.3%) a été enregistrée chez les patients schizophrènes contre 43.8 % de sexe masculin dans le groupe des non-schizophrènes ($p=0.05$, $Ki2=4.1$). Les scores moyens à l'admission à l'échelle GAF, à l'échelle PANSS total et à l'échelle positive sont comparable dans les deux groupes avec ou sans schizophrénie, sauf pour l'échelle des symptômes négatifs où le score moyen est plus élevé dans le groupe avec schizophrénie ($p=0.04$, $t=2.1$). Les différents scores sont rapportés dans le tableau V.

L'analyse statistique a montré donc qu'il y a une relation significative entre le diagnostic de schizophrénie et l'âge jeune, le sexe masculin et une symptomatologie négative plus intense à l'admission.

Discussion :

Avant d'entamer la discussion de nos résultats, il faut d'abord citer les limites méthodologiques de ce travail. Pour rendre le groupe d'étude plus homogène nous nous sommes limités au suivi des patients avec le diagnostic d'accès psychotique aigu pour essayer de voir pourquoi telle personne développera une schizophrénie et pas d'autre. Les renseignements sur la durée de la maladie et sur d'éventuels prodromes ont été recueillis auprès du malade et auprès d'un de ses proches. Le problème dans notre contexte c'est que la majorité des familles ne se rendent compte des troubles de leur patient que lorsqu'il y a une symptomatologie psychotique manifeste avec des troubles de comportement. Donc on peut faussement étiqueter un accès psychotique aigu alors que le trouble dure depuis plusieurs mois. La même remarque s'appliquerait pour le recueil des antécédents psychiatriques familiaux. Une autre limite est que l'étude a été effectuée sur deux ans, si on prolongerait la durée de suivi on risque d'avoir des chiffres différents. La force de cette étude est qu'elle est effectuée de façon prospective auprès d'un groupe homogène de patients.

Mc Gorry (4) en 1994 a rapporté que le diagnostic de schizophrénie a été redressé dans 30 à 40 % des cas après le premier épisode psychotique. Goodwin et Jamison (4) avaient trouvé que 20 % des troubles bipolaire recevaient le diagnostic de schizophrénie lors du premier épisode psychotique. Ce taux s'élevait à plus de la moitié dans l'étude de Douki et al (4). Nous avons trouvé que, parmi les 47 patients de l'étude, 31.9 % ont évolué vers un trouble schizophrénique et que 38.3 % ont développé un trouble bipolaire. L'évolution vers une schizophrénie variait dans la littérature entre 28 et 39 % (3,16,18).

Dans notre étude, le taux de rémission complète était 21.3 % des cas. Ce résultat demeure dans les normes de ce qui a été rapporté dans la littérature(7,10). Ainsi, un pourcentage de rémission de 14%, a été rapporté dans l'étude de Goedele.S (7) mais avec une durée de suivi plus longue, supérieure à 5 ans, alors que Jackson.HJ(10) avait trouvé un taux de 34 %.

Dans notre série, l'évolution vers la schizophrénie est fortement liée au sexe masculin, à l'âge jeune et à un score plus élevé des symptômes négatifs. Ceci rejoint ce qui a été rapporté dans la littérature (13,15). Häfner et al (9) avaient trouvé que les patients avec schizophrénie avait, à l'admission, un score plus élevé pour le syndrome négatif et que ce score avait tendance à rester stable tout au long des cinq années de suivi. Dans cette même étude (9) sur un échantillon de 232 patients admis pour un premier épisode psychotique et suivi pendant cinq ans, ils ont montré que le début de la schizophrénie est fréquemment caractérisé par 2 catégories de symptômes qui ne sont pas spécifiques du trouble schizophrénique, mais qui sont d'une importance décisive dans l'évolution ultérieure et de la qualité de vie des patients :

- Les symptômes négatifs notamment le retentissement social, la perte d'énergie, le ralentissement, les difficultés de la pensée et de concentration...
- Les symptômes affectifs comme les signes dépressifs, le manque de confiance en soi et l'anxiété.

Un autre facteur de risque revient fréquemment dans les études publiées durant les cinq dernières années (9,18,19,20), c'est le délai entre l'apparition du premier symptôme psychotique et la date d'instauration du traitement : Plus ce délai est long plus le pronostic est défavorable.

Conclusion :

La schizophrénie demeure la forme d'évolution la plus redoutée. Notre travail a montré des facteurs de prédiction d'évolution vers la schizophrénie chez les personnes se présentant pour la première fois pour accès psychotique aigu. Il faudrait faire plus attention devant accès psychotique aigu survenant chez un jeune garçon avec prédominance de la symptomatologie négative.

Une bonne prise en charge et un traitement précoce pourrait améliorer l'évolution dans la majorité des cas d'accès psychotiques aigus ; ainsi, on ne doit pas se hâter et coller l'étiquette : "schizophrène " à un patient dont l'évolution de la maladie pourrait être favorable et sans lendemain.

Bibliographie :

1. Breier.A, Schreiber.JL, Dyer.J et al. National institute of mental health longitudinal study of chronic schizophrenia. Arch.Gen.Psychiatr 1991;48:239-46.
2. Centre d'études et de recherches démographiques (CERED). Atlas Démographique Maroc. Rabat, Maroc. Royaume du Maroc, premier ministre, ministère du plan. Direction de la statistique. 1990.
3. Craig.TJ, Bromet.EJ, Tanenberg.KM, et al. Diagnosis, treatment, and six-month outcome status in first admission psychosis. Ann Clin Psychiatry 1997, 9(2) :89-97
4. Douki.S, Taktak.MJ, Benzineb.S, et al. Les stratégies thérapeutiques face à un premier épisode Psychotique. L'encéphale 1999, SpIII, 44-51
5. Edwards.J, Maude.M, McGorry.PD, et al. Prolonged recovery in first-episode psychosis. Br.J.Psychiatr 1998;172(33):107-16.
6. Endicott.J, Spitzer.RL, Fleiss.JL, et al. The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. Arch Gen Psychiatr 1976, 33:766-71
7. Goedele.DS. Risperidone vs haloperidol in first episode psychosis XI world congress of psychiatry 1999; abstract volume II, 147
8. Haas.GK, Sweeney.NC, Ardnt.S, et al. The IOWA longitudinal study of recent onset psychosis: one year follow-up of first-episode patients. Schizophr.Bull 1992;18:373-86
9. Häfner.H, Löffler.W, Maurer.K et al. Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 1999; 100:105-118
10. Jackson.HJ.Outcome of first episode psychosis. Comp Psychiatry1995,36(4):241-50
11. Kay.SR, Fiszbein.A, Opler.LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull 1987, 13:261-76
12. Loebel.AD, Lieberman.JA, Alvir.JM et al. Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. Am.J.Psychiatr 1992;149:1183-8
13. Robinson.D, Woerner.M, Alvir.J, et al. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder Arch Gen Psychiatry 1999, 56 :241-6
14. Sanger.TM, Lieberman.JA, Tohen.M, et al. Olanzapine versus haloperidol treatment in first episode Psychosis. Am J Psychiatry 1999, 156 :79-86
15. Schwartz.JE, Fennig.S, Tanenberg.M, et al. Congruence of diagnoses 2 years after a first admission diagnosis of psychosis. Arch Gen Psychiatry 2000, 57(6) :593-600
16. Singh.SP, Groudace.T, Harrison.G. Three-year outcome of first episode psychosis in

- established community psychiatric service. Br J Psychiatry 2000, 176 :210-6
17. Tignol.J, Cazenave.M, Auriacombe.M. Evolution et pronostic des schizophrénie. Encycl.Med.Chir (paris), psychiatrie 1993 ;37-290-A-30
 18. Tohen.M, Baldessarini.R, Henneu.J, et al. Tow year outcome of first episode psychotic affective disorder Current opinion in psychiatry 1999, vol 12, suppl 1p 101
 19. Van.OS.J, Wright.P, Murray.M. Follow-up studies of schizophrenia: natural history and non-psychopathological predictors of outcome. Eur.Psychiatr 1997;12(5):3275-341
 20. Verdoux.H, Liroux.F, Gonzales.B, et al. Pronostic à court terme lors de la première hospitalisation pour trouble psychotique. L'encéphale 1999 ; XXV :213-20