

CAS CLINIQUE PSYCHIATRIE module 3 maturation et vulnérabilité
1^{ère} session

Mme A. 37 ans est amenée par son mari à la consultation de son médecin référent car depuis environ 2 mois elle se plaint de troubles du sommeil. Elle s'endort facilement vers 10h du soir. Elle se réveille tous les matins vers 5h et ne peut plus se rendormir mais elle reste couchée dans son lit jusqu'à 10h. Elle dit qu'elle est très fatiguée surtout le matin et qu'elle ne peut pas aller faire ses courses. Sa fatigue s'estompe un peu dans l'après midi.

Question 1 : faites une analyse sémiologique de cette situation

Question 2 : quelle conduite à tenir pour le médecin référent ?

Question 3 : 1 mois après cette 1^{ère} consultation, le tableau clinique s'est complété. La patiente ne sort plus de chez elle, reste couchée toute la journée, dit qu'elle n'a envie de rien et qu'elle en a marre de toutes ces corvées. Elle souhaite qu'on la laisse tranquille. Elle parle très peu, se contentant de répondre brièvement aux questions de son entourage. Quel diagnostic pouvez-vous évoquer devant cette situation et sur quels éléments sémiologiques ?

Question 4 : quelle attitude thérapeutique adoptez-vous ?

Question 5 : 8 jours après cette 2^{ème} consultation, la situation clinique est identique. Que faites-vous ?

Question 6 : 6 semaines après cette 2^{ème} consultation, il n'y a toujours pas d'amélioration. Que faites-vous ?

Corrections question de psychiatrie

Question 1 : il s'agit d'une insomnie de la 2^{ème} partie de la nuit alors que l'endormissement est normal. Asthénie importante surtout marquée le matin.

Question 2 : même si la sémiologie est plutôt en faveur d'une fatigue d'origine psychologique, il faut chercher une étiologie somatique à l'état de fatigue avec un examen clinique complet et des examens complémentaires si besoin en fonction de l'examen clinique. Chercher une origine psychologique avec des conflits récents dans le domaine familial et professionnel. Le diagnostic de dépression peut déjà se poser. En l'absence de toute sémiologie dépressive, on peut se contenter d'un traitement symptomatique du trouble du sommeil (hypnotique pendant une courte durée, éviter les benzodiazépines) et discuter la mise en route dès maintenant d'un traitement antidépresseur

Question 3 : épisode dépressif majeur. Insomnie de fin de nuit, ralentissement psycho-moteur, perte de l'envie de faire des choses, anhédonie, pas de langage spontané

Question 4 : mise en route immédiate d'un traitement antidépresseur, soit IRS soit IRNS. Evaluer le risque suicidaire. Rechercher les antécédents personnels et familiaux de dépression unipolaire ou bipolaire. Prévenir l'entourage de la nécessité d'une surveillance du risque suicidaire. Devant des antécédents de trouble bipolaire avec épisode maniaque antérieur, mettre en route un traitement normo thymique

Question 5 : vérifier que l'observance est bonne. Pas de changement de traitement compte tenu du délai d'efficacité du traitement antidépresseur

Question 6 : vérifier que l'observance est bonne. On se trouve devant un traitement inefficace. Evaluer le risque suicidaire. Si ce risque ne paraît pas trop important, changer de traitement antidépresseur. Si ce risque est important, hospitalisation