



Les manifestations psychiatriques de l'infection par le VIH

The psychiatric manifestations of HIV infection

المظاهر النفسية للإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسب

M. Kadiri, A. Belhachmi, K. Mouhadi, J. Mehssani, M. Z. Bichr

الملخص :

مقدمة : الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بفيروس نقص المناعة عديدة ومتنوعة، ويمكن أن تحدث في بداية المرض وتسبق اكتشاف الاضطرابات المصلية المخبرية.

الحالة السريرية : مريض عمره 36 عاما، تم إيداعه المستشفى لعلاج من حالة من الإرتباك العقلي، وبعد الفحص المخبري تم تأكيد نتائج مصلية إيجابية تثبت إصابته بفيروس نقص المناعة مع إصابته بضمور قشري للمخ، وحدث له تطور جيد بعلاجه بواسطة ريسبيريدون 3mg/يوميا و diazepam 20mg/يوميا.

مناقشة : الأعراض النفسية الأكثر حدوثا بالإصابة بفيروس نقص المناعة هي القلق والاكتئاب، ضعف الإدراك المعرفي والذي يمكن أن يصل إلى حد الخرف والحالات الذهانية والإرتباك العقلي وأيضا الاضطرابات النفسية الناتجة عن مضاعفات الأدوية.

الخلاصة : الأشخاص المصابون بفيروس نقص المناعة غالبا ما يعانون من اضطرابات نفسية. والرعاية النفسية المبكرة والمناسبة تساعد على تحسين التطور المرضي.

الكلمات الأساسية: فيروس نقص المناعة، اضطرابات نفسية، الخرف

Résumé :

Introduction : Les troubles psychiatriques accompagnants l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine sont fréquents et variés. Ils peuvent survenir de façon inaugurale et précéder même la découverte des anomalies sérologiques.

Observation : Patient de 36 ans, hospitalisé en psychiatrie suite à un syndrome confusionnel, chez qui les examens ont objectivé une sérologie HIV positive et une atrophie cérébrale corticale et sous corticale. L'évolution clinique était favorable sous rispéridone 3mg/jour, diazepam 20mg/jour.

Discussion : Les manifestations psychiatriques les plus fréquemment rencontrées dans l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine sont les troubles anxiodépressifs, les troubles cognitifs qui peuvent aller jusqu'à la démence, les états psychotiques ou confusionnels et les troubles psychiatriques iatrogènes.

Conclusion : Les personnes atteintes du virus de l'immunodéficience humaine souffrent fréquemment de troubles psychiatriques. Une prise en charge précoce et adaptée permet de stabiliser ces troubles, permettant ainsi l'amélioration du pronostic de la maladie.

Mots clés : Virus de l'immunodéficience humaine, troubles psychiatriques, démence

Abstract :

Introduction : Psychiatric disorders accompanying infection with human immunodeficiency virus are frequent and varied. They can occur in inaugural precede even the discovery of serological abnormalities.

Observation : Patient of 36 years old, was hospitalized in psychiatry hospital after a confusional syndrome, in which the examinations objectified HIV positive serology cortical and subcortical cerebral atrophy. The clinical evolution course was favorable with risperidone 3mg/daily, diazepam 20mg daily.

Discussion : The Psychiatric symptoms most frequently encountered in infection with human immunodeficiency virus are anxiety and depression, cognitive impairment, which can reach up to dementia, psychotic states and confounding or iatrogenic psychiatric disorders.

Conclusion : Patients with human immunodeficiency virus often suffer from psychiatric disorders. An early adapted care stabilize these disorders, thereby improving the disease prognosis.

Key words: human immunodeficiency virus, psychiatric disorders, dementia.

Tiré à part : M Kadiri : Service de Psychiatrie de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed - V, Rabat.

Introduction

Le SIDA ou syndrome d'immunodéficience acquise, révélé en 1981, est la conséquence grave de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), responsable d'une diminution de l'immunité cellulaire qui est source d'infections opportunistes.

L'infection par le VIH réalise actuellement une pandémie, dont la transmission par voie sexuelle est la plus fréquente. En 2011, on estime à 34 millions le nombre de personnes infectées dans le monde.

Après une phase asymptomatique, le sida se manifeste par la survenue de manifestations infectieuses opportunistes ou tumorales liées à la déplétion profonde de l'immunité cellulaire. Les troubles psychiatriques ne sont pas généralement au premier plan, mais ils sont toutefois fréquents et variés.

Cas clinique

Patient de 36 ans, marié et sans enfant, originaire de Beni mellal, militaire affecté en Zone Sud, et ayant 15 ans de service dans l'armée.

Admis à l'hôpital de Laayoune, pour une agitation psychomotrice d'installation brutale et sans facteur déclenchant évident. L'examen à l'admission avait objectivé une excitation psychomotrice avec une logorrhée. L'humeur était joviale, une désorientation temporo-spatiale et des troubles de mémoire.

Le diagnostic de confusion mentale était posé. Le bilan radiologique et biologique avait objectivé une sérologie HIV positive et une atrophie cortico-sous corticale à la TDM. Il a été mis sous : **rispéridone 3mg/jour, diazépam 20mg/jour et sulfaméthoxazole-triméthoprime 1cp/jour**

Deux semaines plus tard, il était adressé à notre service pour un complément de prise en charge diagnostique et thérapeutique.

L'examen à l'admission a objectivé un syndrome démentiel avec une attention légèrement diminuée, une amnésie rétrograde avec conservation de la conscience et de l'orientation temporo-spatiale. Le discours était ralenti, pauvre avec une bradypsychie, et une lenteur idéique.

L'humeur était légèrement triste avec un affect froid. L'IRM cérébrale a objectivé une atrophie cortico-sous corticale. Le reste du bilan n'a pas révélé d'anomalies en faveur d'une affection opportuniste.

Sous le même traitement l'évolution clinique était bonne.

Discussion

L'infection due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est aujourd'hui un grave problème de santé publique dans le monde. Une étude américaine faite dans un centre spécialisé dans la prise en charge des sujets atteints du VIH/SIDA révèle une fréquence de 99,8% de patients présentant un trouble psychiatrique [1].

Ces troubles peuvent survenir de façon précoce au cours du SIDA et même être inaugurale dans 5 à 10% et précéder la découverte des anomalies sérologiques [2]. Ils sont susceptibles d'apparaître tout au long de l'évolution de la maladie [3].

Les manifestations les plus fréquemment rencontrées sont les syndromes anxiodépressifs, les troubles de comportement tels la non coopération, la mauvaise observance thérapeutique [3,4] et peuvent aller jusqu'aux troubles cognitifs voire la démence [5].

- Syndromes dépressifs

Au cours du SIDA, ils possèdent quelques traits cliniques particuliers, la douleur morale y est particulièrement vive, centrée sur des thèmes de culpabilité et de châtiments.

Des ruminations négatives liées à l'effondrement de soi, le sentiment de désespoir avec thème de deuil anticipé, conduisent ces patients à un isolement social croissant. Les thèmes suicidaires sont fréquents et des risques de passage à l'acte sont élevés. [6,7].

L'asthénie, l'anorexie et les troubles du sommeil sont des symptômes fréquemment retrouvés et peuvent être d'origine somatique. Il en est de même des troubles cognitifs des débuts d'encéphalopathie [8].

Le syndrome dépressif peut coexister avec un début de démence.

- Manifestations anxieuses

Elles sont rarement absentes au cours du SIDA, hormis chez les patients présentant des mécanismes de défense à type de déni. Celui-ci leur permet une adaptation transitoire ou plus durable [9].

La sémiologie est très riche : sécheresse de la bouche, troubles digestifs (diarrhées, vomissements), sensation de tension interne, paresthésies, éruption dermatologique, mais également difficultés de concentration, idée de mort imminente.

Un raptus anxieux peut conduire à une tentative de suicide. Cette éventualité a été décrite chez les sujets auxquels la séropositivité a été annoncée sans précaution psychologique particulière [6].

- Tentative de suicide

Le retentissement de l'infection par le VIH sur la vie entière de l'individu entraîne parfois dans un contexte où le désir de vie peut s'altérer, l'apparition d'idée suicidaire voire de passage à l'acte autoagressif.

Des études font état d'un taux considérable de suicide allant jusqu'à 36 fois le taux d'une population appariée témoin [10].

Diverses circonstances favorisent le suicide : le moment de l'annonce de la séropositivité, le début du SIDA ou la succession des atteintes physiques au décours de la maladie.

- Non coopération thérapeutique

Le défaut d'observance thérapeutique, le vagabondage hospitalier et la discontinuité des prises en charge médicales avec multiplication des investigations, refus d'exploration et de soins, spécialement chez les toxicomanes utilisateurs de stupéfiants par voie veineuse [8].

- Etats psychotiques

Les tableaux cliniques observés sont des réactions psychotiques d'allure schizophrénique, paranoïaque ou maniaque, où dominent les thèmes de préjudice parfois orientés à l'encontre du corps médical.

Il peut s'agir d'un épisode isolé, réactionnel à l'annonce de la séropositivité, comme il peut s'agir de l'entrée dans la psychose ou d'une réactivation d'une psychose chronique [9].

- Syndromes confusionnels

Ils sont évoqués devant une obnubilation de la conscience, des troubles de la mémoire, de l'attention, de la vigilance, une désorientation temporo-spatiale, une perturbation du cycle éveil-sommeil.

Ils traduisent de façon non spécifique une souffrance cérébrale quel qu'en soit le mécanisme, infectieux ou tumoral [8,9].

- Démence

La démence se définit comme un déficit global acquis, chronique et spontanément irréversible, qui altère les fonctions intellectuelles, affectives et sociales. On parle du « complexe démentiel du SIDA » liée à l'infection de l'encéphale par le VIH [6,11]. On y retrouve des troubles cognitifs d'apparition précoce (lenteur d'idéation, trouble de la mémoire) ; Des troubles moteurs d'apparition plus tardive en quelques semaines ou quelques mois (difficulté à la marche, trouble de l'équilibre, parésie des membres inférieurs); des troubles du comportement fréquents tels que l'apathie, le désintérêt, le retrait social et professionnel et la labilité émotionnelle.

L'évolution sans traitement se fait vers un état grabataire [6,11].

- Syndromes psychiatriques iatrogènes

Il s'agit des effets secondaires et interactions médicamenteuses des multiples traitements que le patient peut recevoir. Les antituberculeux, les antiparasitaires, les corticoïdes, les antiviraux et les antimitotiques.

L'iatrogénie est à rechercher en premier devant toute manifestation psychiatrique.

Comment annoncer ce diagnostic ?

Un programme a été réalisé au CHU de Rouen en 2003

qui s'appelle «Apprendre à informer les malades atteints de pathologie grave»[12]. Ce programme recommande :

1- Des conditions matérielles :

- Lieu : calme, confortable, privé avec espace suffisant pour recevoir le malade et sa famille.
- Organisation : disponibilité de temps, éviter d'être interrompu, position face au malade pour saisir les indices émotionnels non verbaux, proximité du malade, absence de barrière physique.
- Présence: identification des personnes-ressources pour aider le malade et obtenir si possible leur présence pour partager la crise émotionnelle.

2- Stratégie de l'annonce :

- Donner un message initial préparant l'annonce proprement dite (ex : «J'ai une mauvaise nouvelle à vous dire..., vous avez un problème sérieux...»).
- Déterminer ce que le malade sait pour adapter l'annonce de mauvaises nouvelles.
- S'adapter en fonction des réactions et des expressions de l'émotion.
- Répondre aux questions.

- Résumer verbalement les échanges.
- Consigner en présence du malade le contenu de l'entretien.

3- Comment le dire:

- D'une manière "émotionnelle" : empathie, respect, douceur.
- Utiliser un langage simple avec un choix approprié des mots.
- Éviter les euphémismes, les termes trop techniques et surtout le «jargon» médical.
- Le rythme des échanges doit être adapté au malade en procédant éventuellement par étapes.

Conclusion:

Les personnes atteintes du VIH souffrent fréquemment de dépression et d'anxiété. Malgré qu'elles s'efforcent de s'adapter aux conséquences de leur maladie, ils doivent faire face à la stigmatisation et la perte du soutien social et familial.

Une prise en charge psychiatrique précoce et adaptée permet d'améliorer le pronostic de la maladie qui reste un lourd fardeau psychologique.

Références

1. Cohen MA. Psychiatric care in an AIDS nursing home. *Psychosomatics* 1998; 39: 154 – 61
2. Nolle D. Les affections encéphaliques au cours du SIDA. *Inform Psychiatr* 1987 ; 63 : 163 – 72
3. Donnet A, Harle Jr, Cherif Ali A, Gastaut Ja, Weiller Pj. Pathologie psychiatrique aiguë révélatrice d'une lésion sous corticale au cours d'un neuro SIDA. *L'Encéphale* 1991; XVII : 79-81
4. La Pedagne T, Ferrier J-P, Lacoste D, Verdoux H. anxiété et dépression chez les personnes atteintes par le VIH : prévalence et facteurs de risque. *Annales médico-psychologiques* 2000; 158 : 21 – 32
5. Katlama C. Manifestations neurologiques au cours de l'infection à VIH. In *SIDA infection à VIH/aspects en zone tropicale*. Paris : Marketing /Ellipses/Aupelf, 1989,129-140
6. Nollet D. Troubles psychiatriques au cours du SIDA. In *SIDA et Infection par VIH*. Flammarion Médecine-sciences. 1989 ; 279-283
7. Marzuk P, Tierney H, Tardiff K et al. Increased risk of suicide in persons with AIDS. *Jama* 1988; 259: 1033-1037
8. Linard F, Jacquemin T .Aspects psychiatriques. In *VIH*, éd Doin ; 2001 p267-275
9. Linard F, Beau P, Sylvestre D. Psychiatrie et infections à VIH chez l'adulte. –Editions Techniques- *Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Psychiatrie*, 37-550-A-20, 1995, 11p
10. Vamos MJ. Mania and AIDS: a psychodynamic emphasis. *Autr N Z J Psychiatry* 1992 ; 26 : 111-118
11. Poizot-Martin I. : Encéphalopathies et VIH- Le syndrome moteur et cognitif associé au VIH-1 à l'ère des thérapeutiques antirétrovirales hautement actives. – Bristol Myers Squibb, *Virologie*, 2000
12. Colin.R, Hacpille.L : « Apprendre à informer les malades atteints de pathologie grave » CHU de Rouen, 2003.