

## LES CAS CLINIQUES DE MICHAËL

Plus de cas sur <http://mimiryudo.free.fr/blog> !

### Cas n°3 — Le triste Roi ne veut plus être pris pour une poire...

*Niveau de difficulté : 3/4*

*Storyline : Personnage historique*

Vous recevez dans votre consultation multitemporelle de 1794 le duc Louis-Philippe d'Orléans. Le patient a été lieutenant général aux batailles de Valmy, Jemappes et Neerwinden l'année précédente, où il a vu un ami proche mourir sur les champs de bataille.

Il vient vous voir aujourd'hui car, depuis plusieurs mois, il a l'impression d'être un « pleutre ». En effet, le duc Louis-Philippe « revit la scène presque tous les jours », revoit les images du drame, ressent les odeurs, et évite d'amener son cheval sur les plaines, où il a « l'impression que sa vie n'est que brimborion (*bibelot*) ». Il n'arrive plus à se concentrer sur les plans de bataille, et s'est peu à peu détaché de ses deux frères.

En outre, le duc vous décrit des sueurs, des tremblements et des épisodes de dépersonnalisation. La nuit, il dort très peu à cause de rêves répétitifs et angoissants, et dit rester « sur le qui-vive » à tout moment de la journée. Ce jour, l'examen somatique est strictement normal et vous ne retrouvez aucune idée suicidaire.

**1/ Quel est le diagnostic à évoquer ? Justifier.**

**2/ Comment qualifieriez-vous le travail de deuil de M. D'Orléans ? Quelles sont les trois étapes d'un deuil normal ?**

**3/ Que pouvez-vous proposer sur le plan thérapeutique ? Quelle est l'évolution attendue ?**

Quelques mois plus tard, juste après la visite de Clovis (venu vous consulter pour retirer des éclats de vase dans le mollet gauche), vous revoyez le duc Louis-Philippe d'Orléans. Depuis une quinzaine de jours, il a perdu goût à tout.

« Ça va, j'étais si rigolboche et accort auparavant, je ne réfléchis plus qu'à la vitesse d'un vieux cheval contemptible. Je ne m'ébaudis plus, mes idées sont des billevesées qui ne méritent même plus que je me hisse hors de ma couche. Je cogite ad hoc et ab hac et ça me rend dyscole. Je ne suis qu'un bêtête qui ne ressent plus le besoin de réaliser ses ablutions malgré le remugle obvie que j'exhale. J'attends l'aube sans somnoler et j'ai perdu plusieurs livres. »<sup>1</sup>

L'examen somatique est sans particularité et vous ne retrouvez pas d'idées suicidaires.

---

<sup>1</sup> Par chance, vous n'avez pas oublié de brancher votre décodeur qui vous explique : bien que j'étais si amusant et enjoué avant, je ne réfléchis plus qu'à la vitesse d'un vieux cheval méprisable. Je ne m'amuse plus, mes idées sont des balivernes qui ne méritent même plus que je me lève. Je réfléchis de façon confuse et désordonnée et ça me rend morose. Je ne suis qu'un gueux qui ne ressent plus le besoin de faire sa toilette, malgré l'évidente mauvaise odeur que je dégage. Je ne dors plus et j'ai perdu du poids.

**4/ Quel diagnostic évoquez-vous ? Sur quels arguments ? (7 réponses) Est-ce une complication attendue du précédent épisode ? Quels en étaient les autres évolutions possibles ?**

A distance de cet épisode, alors qu'il ne suit plus aucun traitement, vous revoyez Louis-Philippe d'Orléans. Le duc vous fait part de son envie d'aller à « Philadelphie adelphie adelphie, ça ne s'arrête jamais » et à La Havane, ave ses deux frères. « Dans la foulée, ajoutez-il, j'ai acheté un bronze de moi-même pour aller le faire installer au Cap Nord — c'est au-delà de la Laponie, mon Lapinot — parce que j'ai été le premier à y poser le pied. » Euphorique, il parle sans relâchement, vous avoue ne s'être jamais senti aussi bien que depuis ces dix derniers jours. Il ne dort plus, parce que « c'est du temps perdu, pour quelqu'un d'immarcescible (*éternel*) comme moi ! » Il enchaîne sur un monologue en allemand dans lequel il serait question de botanique, puis vous parle en anglais et en italien. Avec difficultés, vous parvenez à effectuer un examen somatique qui est strictement normal.

**5/ Quel diagnostic évoquez-vous ? Sur quels arguments ? (8 réponses)**

**6/ Quelle est votre prise en charge à court et long terme ?**

Vous revoyez votre patient, désormais Louis-Philippe Ier<sup>2</sup>, le 15 novembre 1831. Il vous raconte que la veille, le caricaturiste républicain Charles Philipon lui a fait offense à la Cour d'Assise en ces mots : « *Si pour reconnaître le monarque dans une caricature vous n'attendez pas qu'il soit désigné autrement que par la ressemblance, vous tomberez dans l'absurde. Voyez ces croquis informes auxquels j'aurais peut-être dû borner ma défense : Le premier croquis ressemble à Louis Philippe, vous condamnerez donc ? Alors il vous faudra condamner le second, qui ressemble au premier. Puis condamner cet autre qui ressemble au second. Enfin, si vous êtes conséquent, vous ne saurez absoudre cette poire qui ressemble aux croquis précédents. Ainsi pour une poire, pour une brioche, et pour toutes les têtes grotesques dans lesquelles le hasard ou la malice aura placé cette triste ressemblance, vous pourrez infliger à l'auteur cinq ans de prison et cinq mille franc d'amende ! Avouez Messieurs, que c'est là une singulière liberté de la presse ! »*



<sup>2</sup> Face à la Révolution de Juillet (ou Révolution des Trois Glorieuses, 27 au 29 juillet — cf. *tableau de Delacroix, « La Liberté guidant le peuple »*), le Roi Charles X abdique, contraint son fils à contresigner le même acte (son hésitation devant la feuille en font pour certains le roi Louis XIX, ayant régné vingt minutes). Henri V, petit-fils de Charles X, est proclamé roi du 2 au 7 août, avant d'être remplacé par votre patient, Louis-Philippe, intronisé par les Chambres des députés et des pairs. Ainsi, la « monarchie de Juillet » succède à la Seconde Restauration.

A l'examen clinique, vous mettez en évidence une parotidomégalie bilatérale, sans signe inflammatoire.

**7/ Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?**

**8/ En supposant que le roi Louis-Philippe présente également dans ses antécédents plusieurs épisodes de colique néphrétique et une hospitalisation pour hyponatrémie à secteur extracellulaire normal, quelle cause évoquez-vous en premier lieu ? Quelle en est la complication majeure ? (A noter que l'ionogramme sanguin avait été réalisé dans le laboratoire multitemporel de votre coin de rue).**

## CORRECTION

*Commentaire : Les troubles de l'humeur sont vraiment très classiques avec en tête le trouble bipolaire révélé par un épisode maniaque seul, ou précédé d'un épisode dépressif majeur. Ne pas oublier les mesures associées qui peuvent coûter cher (surtout la sauvegarde de justice !) Les faits historiques sont réels, les faits médicaux sont fictifs.*

Sources :

- Wikipedia (Louis-Philippe Ier, Charles Philipon...)
- <http://www.philophil.com/philosophie/representation/Textes%20clefs/prison-daumier.htm>
- Tous mes amicaux remerciements à [@1Jour1Mot](#) et [@jbxrda](#) qui m'ont inspiré sur Twitter une partie du vocabulaire employé.

Items :

- 41 – Troubles anxieux et troubles de l'adaptation
- 48 – Différents types de techniques psychothérapeutiques
- 70 – Deuil normal et pathologique
- 116 – Pathologies auto-immunes
- 177 – Prescription et surveillance des psychotropes
- 270 – Pathologie des glandes salivaires
- 285 – Troubles de l'humeur. Psychose maniaco-dépressive

### 1/ Quel est le diagnostic à évoquer ? Justifier. (10 points)

Deuil pathologique	NC
Avec syndrome de stress post-traumatique (SSPT) / Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) / névrose traumatique / syndrome du boulet de canon	3
Évènement traumatisant / confrontation à la mort	1
Intervalle libre / au-delà d'un mois (sinon état de stress aigu)	1
Reviviscence (douloureuse, intense et constante) / syndrome de répétition	2
Conduite d'évitement du stimulus	1
Troubles cognitifs (difficultés de concentration, d'apprentissage)	1
Détachement affectif (mise au repos du système émotionnel)	NC
Anxiété / Hypertonie neuro-végétative (sueurs, tremblements, tachycardie, hypervigilance, irritabilité, insomnie, dépersonnalisation, impression de mort imminente...)	1

### 2/ Comment qualifieriez-vous le travail de deuil de M. D'Orléans ? Quelles sont les trois étapes d'un deuil normal ? (10 points)

Deuil pathologique	4
Car trouble psychiatrique survenant durant la période de deuil ( <i>id est</i> dans l'année suivant le décès)	NC
<b>ZERO A LA QUESTION si deuil compliqué (absent, retardé, inhibé, intensifié, chronique)</b>	
Etapes du deuil normal :	NC
Impact / détresse / hébétude ( <i>sidération, stupéfaction, déni, torpeur, indifférence</i> )	2
Dépression / repli / dépressivité / centrale ( <i>regret, protestation puis agitation, tristesse</i> )	2

Récupération / résolution / acceptation / rétablissement / guérison ( <i>désinvestissement progressif, retour au bien-être, désir de nouveaux projets</i> ) ☀ MNEMO IDR : Impact / dépression / récupération ☀	2
--	---

**3/ Que pouvez-vous proposer sur le plan thérapeutique ? Quelle est l'évolution attendue ? (10 points)**

Traitement ambulatoire avec réévaluation régulière	NC
Psychothérapie / Psychothérapie individuelle	3
De soutien	1
De relaxation	1
Thérapie cognitive et comportementale / TCC	1
D'inspiration analytique	NC
Psychothérapie de groupe	1
Anxiolytique type :	3
Hydroxyzine ATARAX ( <i>éviter les benzodiazépines car risque d'abus</i> )	NC
ou antidépresseur inhibiteur de la recapture de la sérotonine	NC

**4/ Quel diagnostic évoquez-vous ? Sur quels arguments ? (7 réponses) Est-ce une complication attendue du précédent épisode ? Quels en étaient les autres évolutions possibles ? (15 points)**

Episode dépressif majeur (c'est-à-dire caractérisé) / dépression	3
Secondaire à un syndrome de stress post-traumatique dans le cadre d'un deuil pathologique	NC
- Durée > 14 jours	1
- Retentissement socioprofessionnel	1
- Examen somatique normal	1
- Tristesse de l'humeur ( <i>anhédonie, perte de l'élan vital, auto-dévalorisation</i> )	1
- Ralentissement psychomoteur ( <i>athymormie, aboulie, lenteur, clinophilie, incurie</i> )	1
- Idées négatives ( <i>absence de projets</i> )	1
- Troubles des conduites instinctuelles ( <i>sommeil, appétit, sexualité</i> ) / Troubles somatiques	1
Oui, il s'agit d'une des complications attendues	1
Evolution du PTSD :	NC
Guérison (30%)	1
Chronicisation (60%)	1
Aggravation (10%)	1
Complications (60%) : suicide, isolement socioprofessionnel, dépression, addiction (anxiolytique, alcool), autres troubles anxieux	1
☀ MNEMO SIDA : Suicide, Isolement, Dépression, Addiction/Anxiété ☀	

**5/ Quel diagnostic évoquez-vous ? Sur quels arguments ? (7 réponses) (10 points)**

Episode maniaque / décompensation maniaque	2
- Durée > 7 jours	1
- Retentissement socioprofessionnel	1
- Examen somatique normal	1
- Exaltation de l'humeur ( <i>hyperthymie, euphorie, hypersyncinésie, élation,</i>	1

<i>ludisme)</i>	
- Agitation psychomotrice ( <i>agitation stérile, tachypsychie, tachykinésie, coq-à-l'âne (botanique), logorrhée, achats inconsidérés</i> )	1
- Idées positives ( <i>mégalo manie, grands projets, supériorité, puissance</i> )	1
- Troubles des conduites instinctuelles ( <i>sommeil, appétit, sexualité</i> ) / Troubles somatiques	1
Dans le cadre d'un trouble bipolaire de type I	1
- Episode maniaque et antécédent d'épisode dépressif majeur	NC
☼ Type I = épisode maniaque (+/- épisode dépressif) / Type II = épisode hypomane et épisode dépressif / Type III = épisode maniaque sous antidépresseur ☼	
☼ <b>Il s'agit du miroir de l'épisode dépressif majeur...</b> ☼	

## 6/ Quelle est votre prise en charge à court et long terme ? (30 points)

<b>PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE</b>	
Diagnostic positif : critères DSM-IV	NC
Eliminer les diagnostics différentiels : manie atypique (schizophrénie dysthymique), bouffée délirante aiguë...	NC
Eliminer une cause de manie secondaire :	2
<b>Pharmacopsychose</b> : <i>iatrogène (antidépresseur, salbutamol, corticoïdes, L-Thyroxine...)</i> ou <i>toxiques stimulants (cannabis, cocaïne, alcool...)</i>	2
→ Bilan : alcoolémie, toxiques sanguins/urinaires	NC
<b>Endocrinienne</b> ( <i>hyperthyroïdie, hypercorticisme</i> )	1
→ Bilan : TSH, ECG, Cortisol Libre Urinaire (CLU)	NC
<b>Neurologique</b> ( <i>syndrome frontal, sclérose en plaques en poussée, encéphalite herpétique, épilepsie temporale, encéphalopathie à VIH, syphilis tertiaire</i> )	1
→ Bilan : sérologies VIH 1 et 2 avec accord du patient, VHB, VHC, TPHA-VDRL, IRM dans les 48 heures	NC
<b>Générale</b> ( <i>syndrome de Wilson, porphyries</i> )	NC
Bilan des complications somatiques :	1
Déshydratation aiguë, dénutrition	NC
Bilan pré-thérapeutique et thérapeutique :	3
NFS-plaquettes	NC
Ionogramme sanguin, urémie, créatininémie, clairance de créatinine	NC
Bilan hépatique complet	NC
ECG	NC
TSH	NC
Protéinurie des 24h	NC
<b>PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE :</b>	
Objectifs	
A court terme = prévenir les complications (suicide, achats inconsidérés...)	NC
A long terme = éviter les rechutes / réinsertion socioprofessionnelle	NC
Mesures non médicamenteuses	NC
Hospitalisation en milieu spécialisé / en psychiatrie	3
En urgence	3
Libre > sous contrainte : à la demande d'un tiers (HDT) > d'office (HO)	NC
Inventaire d'entrée / Prévention du risque suicidaire	1
Psychothérapie de soutien	2

Mesure de protection des biens / sauvegarde de justice	3
Prise en charge à 100% dans le cadre d'une ALD30 (trouble bipolaire)	1
Aide à la réinsertion socioprofessionnelle / éducation sur la maladie ( <i>personnelle et familiale</i> )	NC
Mesures médicamenteuses, en l'absence de contre-indications :	NC
Traitement étiologique le cas échéant (arrêt des toxiques avec prévention du delirium tremens...)	NC
Traitement symptomatique :	NC
- <b>Sédatif</b> / Benzodiazépine PO (IM si refus) / Neuroleptique sédatif type cyamémazine TERCIAN PO	2
- <b>Thymorégulateur</b> au long cours / Lithium TERALITHE / Antiépileptique carbamazépine TEGRETOL / Antiépileptique valproate de sodium DEPAKOTE / Neuroleptique olanzapine ZYPREXA	2
Surveillance clinique de l'efficacité et de la tolérance du traitement :	NC
Evolution de l'humeur, sédation	NC
Poids, dysthyroïdie, surdosage ( <i>asthénie, troubles digestifs, ataxie, confusion, convulsions, coma hyperreflexique</i> )	
Surveillance paraclinique de la tolérance du traitement :	NC
Lithémie à J4, tous les 4J jusqu'à 3 lithémies efficaces, puis mensuelle	2
TSH et créatininémie annuelle	1
<b>ZERO A LA PARTIE THERAPEUTIQUE si pas de notion d'urgence / d'hospitalisation / de sauvegarde de justice</b>	

### 7/ Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ? (7 points)

Tuméfaction parotidienne bilatérale sans inflammation	NC
Causes exogènes :	NC
Parotidomégalie <b>nutritionnelle</b> / syndrome des mangeurs de pain et pommes de terre (amidon et sucres) : <i>aspect en poire...</i>	1
<b>Alcoolisme</b> chronique	1
<b>Dénutrition</b> / <b>Anorexie</b> (dénutrition et vomissements répétés)	1
<b>Médicaments</b> / iatrogène ( <i>neuroleptiques, anti-dépresseurs, phénylbutazone, atropiniques...</i> )	1
<i>On peut oublier la pneumoparotidite récidivante chez les joueurs d'instruments à vent...</i>	NC
Causes endogènes :	
Syndrome de <b>Gougerot-Sjögren</b> (lésion lympho-épithéliale bénigne)	1
Granulomatoses / <b>Sarcoïdose</b> (parotidite, syndromes de Mikulicz, d'Heerfordt) / Tuberculose	1
Infection à <b>VIH</b> (infiltration lymphoïde, cystadénolymphome)	1
Intoxication : saturnisme, iode, mercure...	NC
Endocrinienne : <b>diabète</b> , Cushing, hyperthyroïdie, goutte, ménopause...	NC
Hémopathies malignes (pouvant être responsables d'un syndrome de Mikulicz)	NC
☼ Tuméfaction parotidienne unilatérale sans inflammation :	NC
Causes extraparotidiennes :	NC

Adénopathie, lipome, lymphangiome, hypertrophie massétérienne, kyste sébacé superficiel...	NC
Causes tumorales :	NC
Adénome pléiomorphe (ou pléomorphe) de la parotide	NC
☼ Tuméfaction parotidienne avec inflammation (uni ou bilatérale) :	NC
Parotidite aiguë infectieuse (virale ourlienne / à Staphylococcus aureus)	NC
Lithiase du canal de Sténon / Parotidite chronique calcifiante	NC
Tumeur (cystadénolymphome de Whartin)	NC

**8/ En supposant que le roi Louis-Philippe présente également dans ses antécédents plusieurs épisodes de colique néphrétique et une hospitalisation pour hyponatrémie à secteur extracellulaire normal, quelle cause évoquez-vous en premier lieu ? Quelle en est la complication majeure ? (A noter que l'ionogramme sanguin avait été réalisé dans le laboratoire multitemporel de votre coin de rue). (8 points)**

Syndrome de Gougerot-Sjögren	5
Parotidomégalie bilatérale non inflammatoire	NC
Colique néphrétique récidivante par hypocitraturie, acidose tubulaire distale et hypercalciurie (normocalcémique)	NC
Hyponatrémie par potomanie secondaire au syndrome sec	NC
Complication : lymphome (risque relatif > 40)	3
☼ <i>Autres signes cliniques = arthralgies, polyneuropathie axonale sensitive, atteinte multifocale du SNC, pneumopathie interstitielle diffuse avec lymphocytose alvéolaire, autres maladies auto-immunes (lupus)...</i>	
<i>2 diagnostics différentiels majeurs : polyarthrite rhumatoïde, sclérose en plaques (atteinte substance blanche du système nerveux central seule)</i>	
<i>Biologiquement : anticorps anti-nucléaires positifs : anticorps anti-antigènes solubles SSA/SSB (fluorescence nucléaire mouchetée fine sur les cellules HEp2) +/- facteur rhumatoïde</i>	

En décembre 1832, Philippon publie le Charivari à la suite de la Caricature. Ce journal fera l'objet d'un nouveau procès... et publiera sa condamnation en première page de la parution du 27 février 1834 sous cette malicieuse et irrévérencieuse forme :





L'interdiction d'une réunion du 14 janvier 1848, dans le cadre de la campagne des Banquets (réunion des réformateurs demandant un élargissement du nombre d'électeur) du 22 février 1848 entraîne l'abdication de Louis-Philippe Ier, et l'Assemblée Nationale refusera son petit-fils héritier pour proclamer la Deuxième République (dont Louis-Napoléon Bonaparte sera président). Ainsi s'achève la Royauté française, commencée 1400 ans auparavant avec Clovis Ier, roi des Francs en 481.

Pour l'ultime anecdote, avec Louis XVIII, Louis-Philippe Ier est le seul roi français mort naturellement et inhumé en France reposant dans son mausolée d'origine.

