Stimulation magnétique transcranienne répétitive (rTMS) en psychogériatrie : à propos d'un cas

Dr Bretz Claudia , PH psychiatre contractuel, Dr d'Ussel Louis-Marie , interne en psychiatrie, Dr Lejeune Camille , PH gériatre

Pôle 4/5 du Centre hospitalier de Rouffach

INTRODUCTION

La Stimulation Magnétique Transcrânienne répétitive (ou r TMS) est une technique médicale utilisée comme traitement clinique dans certaines affections psychiatriques, notamment dans la dépression pharmaco-résistante.Elle consiste à appliquer une série d'impulsions magnétiques sur l'encéphale à travers le crâne de façon indolore au moyen d'une bobine de stimulation.
Les contre indications sont rares , à savoir : implant cochléaire ,pacemaker cardiaque , clips métalliques à moins d'un mètre de la bobine, hypertension intra crânienne, comitialité mal équilibrée. Peu d'effets secondaires ont été décrits: céphalées,bourdonnements d'oreille, nausées , crises convulsives (1cas /10000).

CONTEXTE

Le traitement de la dépression en psychogériatrie pose des difficultés liées aux fréquentes comorbidités, aux effets indésirables des psychotropes et à la chimiorésistance. Dans ce contexte la rTMS présente certains avantages : excellente tolérance , rareté des contre indications,absence d'effets secondaires cognitifs.Des études montrent d'ailleurs le bénéfice thérapeutique de l'association rTMS-antidépresseur dans le traitement des dépressions résistantes du sujet âgé. L'efficacité du traitement dépend de l'intensité et du nombre de stimulation. L'âge élevé et la présence de lésions ischémiques cérébrales semblent corrélés à une moindre réponse au traitement.

LE CAS DE MME O. - 66 ANS

Mme O. 66 ans est suivie en psychiatrie depuis 2010 pour trouble bipolaire, majoritairement sur un mode dépressif. Elle n'a pas d'antécédent somatique particulier; sa mère présentait une maladie d'Alzheimer, son frère s'est suicidé. Une IRM cérébrale (2012) montrait des hypersignaux T2 et FLAIR pouvants évoquer des stigmates ischémiques sous corticaux.
Fin 2013 la patiente est réhospitalisée pour un état mélancolique délirant avec catatonie dominante. Depuis deux ans elle présente un état dépressif pour lequel de nombreux traitements ont été tentés: antidépresseurs (Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine, Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline, Tricycliques, Tétracycliques...) neuroleptiques (Benzamides, Dibenzoxapine, atypiques...), thymorégulateurs (valpromide), benzodiazépines.
En janvier 2014 l'état de la patiente s'aggrave encore avec une perte d'autonomie majeure,elle doit être alimentée, se déplace en fauteuil roulant, doit être contentionnée la nuit. Elle doit être sondée à demeure, présente des tremblements majeurs des extrémités, un bruxisme et une mâchoire figée. L'angoisse est majeure.

DÉROULEMENT DES SÉANCES D'rTMS

Les séances se déroulent tous les jours pendant 4 semaines .
La symptomatologie est évaluée par l'échelle de Hamilton à 17 items et la CGI une fois avant traitement puis une fois par semaine.

1-Le patient est installé confortablement dans un fauteuil . Lors de la première séance un bonnet en polyamide est mis en place pour marquage des repères anatomiques. Ce bonnet sera réutilisé à chaque séance .

2-La séance débute par la détermination du seuil moteur : la stimulation est appliquée au cortex moteur et l'on observe la contraction d'un muscle de la main du côté opposé. Ceci permet de déterminer l'intensité de la stimulation à appliquer (celle ci pouvant être variable d'un jour à l'autre).

3-Le thérapeute applique la bobine à la région cible et la stimulation est lancée (20 min)

4-le patient est surveillé durant une heure

RÉSULTATS

On débute les séances de rTMS en février 2014: la patiente bénéficie alors de 20 séances de rTMS réparties sur quatre semaines associées à un traitement par fluoxétines 60 mg et clomipramine 75 mg. On assiste alors à une évolution spectaculaire au fil des séances: arrêt de la contention, ablation de la sonde urinaire, reprise de la marche et de l'alimentation . L'humeur est nettement améliorée, les angoisses largement atténuées, avec une persistance des tremblements dans les situations anxiogènes. Le retour à domicile est proposé quelques semaines plus tard.

CONCLUSION

Pour cette patiente le traitement par rTMS a permis une amélioration clinique franche qui n'avait pas été possible avec les psychotropes utilisés seuls.

30ème Congrès de la SPLF (Société de Psychogériatrie de Langue Française)
10 -12 septembre 2014 / Besançon