

travaux récents suggèrent que le niveau d'insight de la maladie permettrait de prédire le profit que tire le patient d'une démarche psychoéducative sur la maladie, dans le sens où les patients qui ont un meilleur *insight* augmenteraient davantage leurs connaissances sur leur maladie et les traitements que les autres. Mieux connaître sa maladie permettrait de mieux gérer ses traitements médicamenteux et psychologiques et aiderait à réduire le taux de rechutes et les conséquences psychosociales. Il s'agit d'évaluer l'efficacité d'une démarche de psychoéducation sur l'acceptation du trouble de 32 patients bipolaires de type I résistants. Tous ont participé à 8 séances de psychoéducation issues d'un programme TCC long en 20 séances selon le programme de Lam, qui constitue l'une des références internationales pour le trouble bipolaire. Chaque patient a été évalué avant et après les 8 séances de psychoéducation à l'aide des questionnaires suivants : la Mood Disorder Insight Scale (MDIS) (Sturman et Sproule, 2003), « Tester ses connaissances du trouble bipolaire » (Basco, 2008), « Évaluation des connaissances de base sur les troubles bipolaires » (Bauer et Mc Bride, 1996). Notre hypothèse est que la psychoéducation permettrait aux patients bipolaires d'accéder à une meilleure acceptation du trouble. Les résultats seront présentés et discutés.

**Mots clés** Trouble bipolaire ; Psychoéducation ; *Insight* ; Connaissance de la maladie

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

**Pour en savoir plus**

González-Isasi A, Echebura E, Limiana JM, González-Pinto A. Predictors of good outcome in patients with refractory bipolar disorder after a drug or a drug and cognitive-behavioral treatment. *Comprehensive Psychiatry* 2012;53:224–29.

Lam DH, et al. Cognitive therapy for bipolar disorder: a therapist's guide for concepts, methods and practice. Chichester: Wiley & Sons, 1999.

Latalova K. Insight in bipolar disorder. *Psychiatr Quat* 2012;83:293–310.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.316>

## P127

### À propos d'un cas de dyskinesie tardive d'évolution fatale induite par l'aripiprazole

E. Heitzmann\*, H. Javelot

Établissement public de santé Alsace Nord, Brumath, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [edwige.heitzmann@ch-epsan.fr](mailto:edwige.heitzmann@ch-epsan.fr) (E. Heitzmann)

L'aripiprazole peut être considéré comme un antipsychotique de 3<sup>e</sup> génération et présente théoriquement un faible risque d'induire des symptômes extrapyramidaux. Cependant, des cas de dyskinesies tardives et de dystonies induites par l'aripiprazole sont désormais rapportés assez fréquemment dans la littérature. Nous décrivons ici le cas d'un patient ayant présenté une dyskinesie d'évolution dramatique. À l'automne 2011, alors âgé de 74 ans, M X., qui n'a pas d'antécédent psychiatrique connu, présente un syndrome dépressif majeur pris en charge initialement par une association aripiprazole/escitalopram. En 2012, l'apparition progressive de dyskinesies bucco-linguo-faciales et de mouvements choréïques des membres inférieurs conduisent à l'arrêt de l'aripiprazole. Une IRM ne révèle aucune lésion des noyaux gris ou du tronc cérébral, notamment. Courant 2013 les symptômes sont amendés par l'utilisation de la tétrabénazine. Au cours de l'année suivante, on note successivement l'apparition d'une dyspnée d'effort bruyante sur spasmes diaphragmatiques, puis d'un stridor permanent sur spasme laryngé. La tétrabénazine est arrêtée en novembre 2014 dans un contexte d'aggravation de la symptomatologie dépressive. Le spasme laryngé est amélioré début 2015 par l'injection de toxine botulique, mais l'effet bénéfique s'estompe rapidement. Une nouvelle IRM réalisée en décembre 2014 ne révèle

pas d'élément pour une étiologie alternative à l'hypothèse d'une dyskinesie iatrogène. En mars, la tétrabénazine est finalement réintroduite face aux dyskinesies qui persistent et deviennent de plus en plus sévères dans leur intensité. Mr X décède début juillet 2015 suite à un arrêt cardiaque dans un contexte d'insuffisance respiratoire terminale. Ce cas rappelle la prudence indispensable qu'il convient d'adopter dans l'utilisation de l'aripiprazole perçu comme un traitement antipsychotique avec un bon profil de sécurité clinique. Notre patient présentait plusieurs facteurs de risque de dyskinesie tardive incluant un âge avancé, la présence d'un trouble de l'humeur et une exposition à l'antipsychotique sur une durée supérieure à 6 mois.

**Mots clés** Aripiprazole ; Dyskinesie tardive ; Décès

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

**Pour en savoir plus**

Alexander J, Bickerstaff S. Aripiprazole induced tardive dyskinesia—acruing evidence. *Aust N Z J Psychiatry* 2013;47(3):289–90.

Goyal R, Devi SH. A case of aripiprazole induced tardive dyskinesia in a neuroleptic-naïve patient with two years of follow up. *Clin Psychopharmacol Neurosci* 2014;12(1):69–71.

Ono S, Suzuki Y, Shindo M, Endo T, Fukui N, Sugai T, et al. Improvement of tardive dyskinesia and dystonia associated with aripiprazole following a switch to quetiapine: case report and review of the literature. *J Clin Pharm Ther* 2012;37(3):370–2.

PeOa MS, Yaltho TC, Jankovic J. Tardive dyskinesia and other movement disorders secondary to aripiprazole. *Mov Disord* 2011;26(1):147–52.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.317>

## P128

### Le trouble de l'adaptation avec anxiété : recherche de facteurs prédictifs d'une réponse au traitement

L. Riou Franca\*, I. Dufaure-Garé

Institut Phisquare, fondation transplantation, Paris, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [lrioufranca@phisquare.org](mailto:lrioufranca@phisquare.org) (L. Riou Franca)

**Objectifs** Une analyse groupée de 3 essais évaluant la non-infériorité d'étilofixine dans le trouble de l'adaptation avec anxiété (TAA) a été entreprise pour explorer les caractéristiques associées à la réponse au traitement.

**Méthode** Le critère principal d'efficacité était le score d'anxiété sur l'échelle d'Hamilton (HAM-A) à la fin de l'étude (j28) ajusté sur sa valeur initiale (j0). L'évolution entre j0 et j28 du HAM-A ( $\Delta$ HAM-A) était l'un des critères secondaires. Une méthode Bayésienne de combinaison de modèles (BMA) estime la probabilité d'inclusion a posteriori (PIP) des caractéristiques initiales communes aux essais dans un modèle prédictif de la réponse. La différence minimale cliniquement importante (DMCI) est définie comme le  $\Delta$ HAM-A moyen parmi les patients « légèrement améliorés » à j28 sur un CGI-I.

**Résultats** Au total, 545 patients ayant reçu pendant 4 semaines de l'étilofixine ou un traitement anxiolytique comparatif (buspirone ou benzodiazépine) ont été analysés. Les patients légèrement améliorés au CGI-I ont une différence de score HAM-A entre j0 et j28 de 10 en moyenne. L'anxiété et la dépression initiales sont identifiées comme prédicteurs forts de la réponse (PIP = 100 %), le sexe comme prédicteur potentiel (PIP = 69 %). L'âge, la sévérité initiale (CGI-S), le domaine de stress, n'ont pas d'influence (PIP < 18 %). Plus l'anxiété initiale du patient est élevée, plus elle diminue à j28. À l'inverse, un score de dépression élevé à l'inclusion est associé à une anxiété plus élevée à j28.

**Conclusions** Les diminutions de l'anxiété plus importantes chez les patients initialement les plus anxieux sont de nature à conforter la prescription d'un traitement. Cette analyse a permis une