

LE SYNDROME DE GLISSEMENT : *A propos d'une observation clinique.*

BENELMOULOU D. O., BENABBAS M.

*EHS de Psychiatrie, Faculté de Médecine, Université de Constantine 3.
Service de Psychiatrie, Hôpital Militaire Universitaire de Constantine.*

RESUME :

Décrit par Carrie en 1956, le syndrome de glissement a eu une fortune variable: il est d'une part employé très largement mais dans des acceptions diverses tour à tour syndrome dépressif plus ou moins masqué, syndrome somatique négligé, état d'hospitalisme rendant compte de la négligence du personnel soignant. Au fait, il est spécifique au sujet âgé, marqué par une détérioration rapide de l'état général déclenché par une affection médicale aiguë chirurgicale ou psychique dont il peut être séparé par un interval libre et qui évolue vers la mort en l'espace de quelques jours. L'auteur présentera une revue clinique de cet état ainsi qu'une vignette clinique illustrative.

Mots clés : Syndrome de glissement, Dépression, Gériatrie.

ABSTRACT : *SLIDE SYNDROME : About a clinical observation.*

Described by Carrie in 1956, the syndrome had a fortune slip variable: it is both widely used but with different meanings in turn depressive syndrome more or less hidden, somatic syndrome neglected state hospitalism reporting neglect of the nursing staff. In fact it is specific to the elderly, characterized by rapid deterioration of general condition triggered by an acute illness or psychic surgery which can be separated by an interval free and progresses to death within a few days. The author present a clinical review of the state and an illustrative clinical vignette.

Key words : Slid syndrome, Depression, Geriatric

INTRODUCTION

Carria a proposé en 1956 le terme de syndrome de glissement pour décrire « un processus d'involution et de sénescence porté à son état le plus complet » et qu'il oppose aux cachexies terminant une affection chronique par l'atteinte d'un organe déterminé.

Delomnier Y. a proposé une série de 52 observations recensées à l'hôpital de la Charité de SaintEtienne.

Depuis lors, le terme a eu une fortune variable: il est d'une part employé très largement mais dans des acceptions diverses tour à tour syndrome dépressif plus ou moins masqué, un syndrome somatique négligé, un état d'hospitalisme rendant compte de la négligence du personnel soignant.

Pour d'autres, ce syndrome est réfuté comme trop flou, trop général, trop touche à tout.

Quel processus psychosomatique est-il en marche ? Une psychogénèse, un équivalent dépressif, un syndrome régressif avec mise en œuvre de la pulsion de mort, ou un tableau somato-psychique c'est à dire conséquences psychiques d'un effondrement somatique biologique.

Au fait, il est spécifique au sujet âgé, marqué par une détérioration rapide de l'état général déclenché par une affection médicale aiguë chirurgicale ou psychique dont il peut être séparé par un interval libre et qui évolue vers la mort en l'espace de quelques jours [1].

CLINIQUE

Une phase de déclenchement non spécifique et reconnue à posteriori, et elle peut être liée à : une maladie aiguë, une infection, une pneumopathie, un traumatisme, une fracture, un choc psychique, un décès d'un proche, un abandon du domicile, un déménagement ou hospitalisation.

La phase de latence excède rarement trente jours, elle correspond à une période asymptomatique ou à la persistance des signes de l'affection déclenchant [2].

1. Phase d'état

On retrouve des :

a. Signes généraux

Une anorexie, une adipsie, un amaigrissement et une déshydratation.

b. Signes abdominaux

Avec un météorisme lié à un iléus paralytique, ou globe vésicale.

c. Signes psychiques

Surtout une confusion mentale, une perte de vigilance, une désorientation temporo-spatiale, une dépression sévère, un mutisme avec refus des soins, d'alimentation et de communication.

d. Signes biologiques

Des signes qui sont non spécifiques et qui se résument en des troubles hydro-électrolytiques, des signes d'insuffisance rénale, d'inflammation et d'infection.

e. Diagnostic positif

Il repose sur la notion de facteurs déclenchants la phase de latence, la triade anorexie, adipsie, météorisme/rétention, et état confuso-dépressif.

f. Diagnostic différentiel

Il se pose devant un tableau sub-occlusif avec une affection chirurgicale ou un fécalome, devant une rétention urinaire avec une cause rotationnelle organique, devant un tableau de mutisme avec une encéphalopathie métabolique, infectieuse ou vasculaire.

2. Evolution

Le glissement est spontanément mortel, mais l'évolution sous traitement peut être d'autant plus favorable que la prise en charge est plus précoce. La guérison est marquée par la reprise spontanée de l'alimentation et de la boisson, et par la reprise progressive d'une communication avec le personnel soignant et l'entourage [3].

Les complications liées à l'immobilisme sont fréquentes, infectieuse, cutanées, thromboemboliques.

TRAITEMENTS

1. Médical

Il repose sur une réhydratation intraveineuse, un traitement anti-infectieux, des antidépresseurs et une héparinothérapie préventive des conséquences de l'immobilisme.

2. Infirmier

Il est fondamental, avec un Nursing rigoureux associé à un certain degré de maternage, la surveillance doit prendre en compte le bilan liquidien, les fonctions vitales et l'aspiration des sécrétions broncho-pharyngées.

3. Nutritionnel

Il est riche en calories, en protéique, en vitamine avec un apport des oligo-éléments.

4. Psychiatrique

Au delà des antidépresseurs, le recours à l'électroconvulsivothérapie a pu être proposé, ce suivi doit être relayé par les psychologues, les psychomotricien, l'équipe soignante et l'entourage.

5. La prise en charge sociale

Elle requiert une évaluation rapide et efficace, dès l'admission du malade afin d'établir avec la famille un projet de retour harmonieux au domicile ou autres structures sanitaires si nécessaire.

OBSERVATION

Il s'agit d'un homme, âgé de 63 ans, marié, originaire et demeurant à Souk Ahras, admis aux urgences médicales le 14.12.03 pour un syndrome pseudo confusionnel sur un important globe vésical.

Les premiers soins prodigués ayant levé l'urgence (placement d'une sonde vésical, bilan d'urgence revenu sans anomalies, il fut transféré au service de psychiatrie pour prise en charge d'un syndrome démentiel probable d'apparition récente.

L'examen neurologique ne retrouve aucun déficit sensitivomoteur ou réflexe. Le scanner cérébral fait en ambulatoire concluait à une atrophie simple cortico-sous corticale.

Au premier abord psychologique, le malade s'opposait à tout geste médical considéré comme intrusif avec une suggestibilité sélective paradoxale répondant aux salutations matinales, souriant par là, boudant par-ci, laissant conclure à la conservation d'un champs de conscience claire et intègre.

Néanmoins, le fond dépressif ne peut nous laisser indifférent ce qui expliquait sa mise sous traitement antidépresseur, entre temps, le bilan étiologique effectué revenait normal.

Au bout de quelques jours, le refus alimentaire s'aggrave et la note dépressive devenant franche faisant craindre un équivalent suicidaire, sa mise sous antidépresseurs par voie parentérale devient nécessaire et le gavage s'impose.

Devant l'apparition de mouvements anormaux gestuels et mimiques, troubles sphinctériens, nous avons pensé à l'existence d'une pathologie cérébrale passée inaperçue, le scanner cérébral est refait et revient avec les mêmes résultats que les premiers. Son état demeure stationnaire avec apparition d'un météorisme abdominal difficilement résolutif par l'installation d'une sonde rectale.

Avec le temps son état ne fait que s'aggraver et en date du 30.12.03, il fût transféré au service des urgences médicales suite au diagnostic d'un accident vasculaire cérébral rapidement résolutif (06h du matin) avec la mise en place d'un traitement adapté à l'état somatique.

Apparition d'un diabète insulino-dépendant probablement dû au stress spécifique aux soins intensifs et mis sous traitement conséquent.

Apparition d'un syndrome fébrile à 39°C et toute une batterie d'exams complémentaires fût déclenchée à la recherche de l'étiologie et de l'antibiothérapie adaptée.

Devant l'immobilisme total, accentuation des séances de kinésithérapie et des soins de Nursing.

Apparition de difficultés respiratoires à type de dyspnée très manifeste ayant motivé une trachéotomie, apparition des premières escarres au niveau des coudes avec toutes les conséquences dues aux infections liées aux soins.

Malgré, tout cet « acharnement » thérapeutique, le malade est décédé le 04.02.04 d'un arrêt cardio-respiratoire après 50 jours d'hospitalisme.

Les soins qu'on lui propose lui paraissent inefficaces car l'épuisement de son corps, sa dégradation s'imposent à lui.

CONCLUSION

Le syndrome de glissement se présente comme une réaction traumatique à de multiples facteurs de stress pour laquelle le principal facteur est le défaut de soutien. Il faut toujours l'avoir à l'esprit car la réaction en chaîne qu'il provoque complique et assombrit le pronostic s'il n'est pas diagnostiqué à temps. Après, cet observation, il a été mis une série de conférence et de mises à jour pour les médecins généralistes, les médecins internistes et les réanimateurs pour les sensibiliser à cette pathologie qui tôt diagnostiquée revêtira un bon pronostic. Ainsi, la réflexion autour des soins quotidiens, de leurs difficultés et de leur rôle psychothérapeutique est, à notre sens, la question principale en matière de traitement du syndrome de glissement [4].

RÉFÉRENCES

1. **Graux P.** Le syndrome de glissement. Actual Gerontol. 1978; 12: 21.
2. **Ferrey G, Taurand P, Ghodhbane T.** Le syndrome de glissement, effondrement psychosomatique ? Psychol Med. 1991; 23: 907-11.
3. **Monfort JC.** Le syndrome de glissement existe-t-il ? Gerontol Prat. 1998; 96: 1-3.

4. **Weimann Péru N, Pellerin J.** Le syndrome de glissement : description clinique, modèles psychopathologiques, éléments de prise en charge. Encéphale. 2009.

CONFLIT D'INTERET :
aucun conflit d'intérêt.