



Cas Clinique

État de Stress Post Traumatique chez un Traumatisé de Guerre Simulant des Troubles Neuroophtalmologiques

Post traumatic stress disorder in a war trauma simulating neurophysiological disorders

Nomo AF¹, Koki G^{1,2}, Epée E¹, Biangoup P¹, Aboubakar H¹, Bella AL¹, Ebana Mvogo C¹

RÉSUMÉ

L'état de stress post traumatique (ESPT) est une réaction psychologique à un événement traumatique intense, en particulier lorsque la vie est menacée. Nous rapportons un cas de troubles neuro ophtalmologiques associés à un ESPT chez un soldat revenant du théâtre de guerre contre la secte islamiste Boko Haram dans l'Extrême Nord du Cameroun. Le patient de 42 ans a été référé pour une plaie linéaire palpébrale supérieure gauche suturée et exploration des globes oculaires, la circonstance de survenue étant l'explosion de mines avec projection sur la face. A l'entrée, l'acuité visuelle de loin et de près était normale, mais le patient décrivait des symptômes en faveur d'une paralysie oculomotrice avec des propos incohérents. Un examen clinique et para clinique ophtalmologique complet a été réalisé et une consultation de psychologie réalisée conclura en faveur d'un ESPT.

¹Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Yaoundé (Cameroun)

²Hôpital d'Instruction, d'Application et de Référence des Armées de Yaoundé (HIARAY) (Cameroun)

Auteur correspondant :
arlvnm2012@gmail.com
 Tel : 675 12 27 80

Mots clés : ESPT, troubles neuro ophtalmologiques.

Keywords : Post Traumatic Stress Disorder, neuroophtalmologie,

ABSTRACT

Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) is a psychological reaction to an intense traumatic event, especially when life is threatened. We report a case of neurophthalmological disorders associated with PTSD in a soldier returning from the theater of war against the Islamist sect Boko Haram in the Far North of Cameroon. The 42-year-old patient was referred for a left upper left palpebral wound sutured and exploration of the eyeballs, the occurrence being the explosion of mines with projection on the face. At the entrance, the visual acuity from far and near was normal, but the patient described the symptoms in favor of an oculomotor paralysis with incoherent remarks. A complete ophthalmologic and clinical examination was performed and a psychological consultation conducted will conclude in favor of PTSD

INTRODUCTION

Actuellement, le contexte de guerre à l'Extrême Nord et à l'Est du Cameroun est à l'origine de multiples victimes de guerre. Les traumatismes de guerre sont multi variés: physiques, psychiques, psychiatriques et ou socio-économiques. L'état de stress post-traumatique (ESPT) survient dans les suites d'un événement confrontant brutalement un individu ou ses camarades à la mort, événement éprouvé avec un sentiment de peur, d'impuissance ou d'horreur (détresse péri-traumatique), et s'associant à une dissociation péri traumatique (ou *effroi*) (1, 2). Apparaissant dans les jours, les mois ou les années suivants cet événement traumatique, la victime peut se structurer un syndrome psycho traumatique en réalité inexistant. Sur le plan ophtalmologique, multiples lésions seront évoquées comme les atteintes neuro ophtalmiques. L'association d'une atteinte

organique et le trouble de stress post traumatique (névrose de l'obus) entraîne des problèmes thérapeutiques pour les médecins qui sont devant des simulateurs, des exagérateurs qui refusent de retourner sur le champ de bataille.

OBSERVATION MEDICALE

Il s'agit d'un patient de 42 ans, militaire, marié et sans antécédent particulier qui est référé au service d'ophtalmologie de l' HIARAY pour traumatisme oculaire vécu au champ de bataille. Il a été victime d'un traumatisme oculaire gauche dû à une explosion de mines sous le véhicule qui les transportait en zone de guerre avec une notion de perte de connaissance initiale et le décès de ses 14 camarades. Sa prise en charge à son arrivée à l'HIARAY a commencé aux urgences avec

comme bilan lésionnel: douleur abdominale diffuse et traumatisme oculo-palpébral de l'œil gauche (OG).

L'examen ophtalmologique montrait une acuité visuelle de loin corrigée de 10/10° aux deux yeux avec Parinaud 2 de près. A l'inspection, on observait un pseudo ptosis, une plaie linéaire suturée de la paupière supérieure de l'OG en cours de cicatrisation. Les ductions et les versions étaient normales. A la lampe à fente, les segments antérieur et postérieur étaient normaux, et la pression intraoculaire aux deux yeux normale.

Par ailleurs, le patient se plaignait de sensation de fatigue, de peur, difficultés à marcher, à manger, absence de souvenir de son accident dont il lui évoqué les circonstances de survenue. Devant ce tableau, la présomption diagnostique était une plaie palpébrale supérieure post traumatique de l'OG en cours de cicatrisation associée à un stress post traumatique.

Les examens para cliniques ont consisté en ; une tomodynamométrie orbito-cérébrale réalisée revenue normale, une consultation de psychiatrie pour choc traumatique qui conduisait à 3 hypothèses: amnésie antérograde de sévérité modérée, névrose de l'obus et hystérie de conversion. Le test de Lancaster (figure 1) était difficile de compréhension et d'interprétation (simulateur?). L'IRM cérébrale (figure 2) était normale. Le 1^{er} bilan orthoptique décrivait une diplopie monoculaire œil gauche, une incoordination des mouvements oculaires gauches et une attitude vicieuse de la tête baissée, ce qui semblait incohérent. Les tests électro physiologiques (figure 3) étaient également normaux.

La prise en charge multidisciplinaire a été faite en ophtalmologie par des anti inflammatoires stéroïdiens en cure courte et en psychiatrie par une rééducation cérébrale ou neuropsychologique instituée (proximité, précocité, expectative et simplicité) ainsi qu'une thérapie à base de Ginkgo biloba : 1cp 2 fois/jour et amitriptyline (Elanil 25mg): 1cp le soir pendant 30 jours. L'évolution à une semaine a été marquée par l'apparition d'une diplopie monoculaire horizontale en vision de près et de loin de l'œil gauche persistant à l'occlusion d'un œil. L'examen à la lampe à fente ne retrouvait pas d'étiologie de diplopie monoculaire et celui de l'oculomotricité était normal. Par ailleurs, le patient souhaitait être redéployé ailleurs dès sa guérison, ne voulant plus retourner à l'Extrême Nord Cameroun.

Un mois après, le suivi en psychiatrie était marquée par une absence de trouble mnésique, car il se souvenait parfaitement des événements anciens et récents, une tenue corporelle et vestimentaire adaptée et semblait coopérant et cohérent. Sur le plan ophtalmologique, il se plaignait toujours de diplopie monoculaire de l'œil gauche sans amélioration malgré tout.

Il faut noter que le psychiatre était un personnel civil et l'ophtalmologiste un militaire. Le patient espérait que le médecin ophtalmologiste serait compréhensif envers lui pour le non retour au champ de bataille ou un redéploiement.

DISCUSSION

Au cours de la Seconde Guerre mondiale, les traumatismes oculaires ne représentaient que 2% des blessures (3). Ils entraînaient également un état de stress post traumatique (ESPT) aggravant les atteintes organiques. L'ESPT est une réaction psychologique à un événement traumatique intense, en particulier lorsque la vie est menacée (4). Cet état était désigné lors de la Première Guerre mondiale, par le terme de « traumatisme dû au bombardement », et au cours de la Seconde Guerre mondiale, il était appelé « névrose de guerre ou obusite » (4)

En zone de guerre au Cameroun, l'utilisation large de bombes artisanales par les insurgés de Boko Haram entraîne une part croissante de polytraumatisés avec atteintes oculaires.

Les symptômes, divers et inconnus des médecins militaires des périodes antérieures, apparaissaient chez des soldats des tranchées choqués par l'onde de choc d'une explosion (obus, bombe, mine, grenade...), voire ensevelis sous les retombées de l'explosion et après avoir été dégagés (5). Ces soldats étaient retrouvés dans une attitude et position mutique (parfois sourds ou muets, ou aveugles), parfois pliés en deux ou en position accroupie avec incapacité de se relever (c'est l'abasie des « *plicaturés vertébraux* » selon une dénomination des médecins militaires), parfois totalement paralysés ou hémiplegiques ou paraplégiques ; alors même que l'examen clinique ne montrait aucune lésion capable d'expliquer ces attitudes. Cette absence d'apparente relation de cause à effet a fait accuser de nombreux soldats de simulation.

Notre patient décrivait des troubles neuro ophtalmologiques incohérents qui persistaient malgré la prise en charge. De nombreux bilans ont été réalisés mais on ne retrouvait pas une cause apparente de ces troubles. En plus, ayant vu la mort de ses 14 compagnons, il a sollicité un redéploiement ailleurs qu'en zone de guerre.

Dans les années 90 en France, une nouvelle doctrine voit le jour : la psychiatrie militaire en situation opérationnelle. Portée par Bernard Lafont, cette doctrine décrivait la place et le rôle du médecin psychiatre en opération auprès du commandement et en relation avec le médecin d'unité (6). Le principe de « non-obligation de retour au combat » voit le jour (6). Une veille psychologique va alors se mettre en place auprès des militaires projetés, avec une écoute apportée là où quelqu'un la sollicite, loin des consultations formelles d'un hôpital. Cette libre circulation de la parole, qui doit obéir aux mêmes normes rigoureuses de confidentialité que lors de consultations programmées, permet souvent de désamorcer des situations de crise.

Dans les pays développés (Canada, USA) il existe des centres de conditionnement et de déconditionnement à la guerre avec une formation aux techniques de gestion du stress et des tests de dépistage en santé mentale. Ces centres sont encore non existants dans notre contexte

mais une réflexion est en cours. Il existe par ailleurs une unité psychologique pour la gestion des états de stress post traumatique mise en place à Yaoundé.

CONCLUSION

Les traumatismes de guerre sont d'atteintes multiples et variées: organiques, psychiques, psychiatriques et socio économique. Celles ophtalmologiques sont peu fréquentes. Notre patient présentait un traumatisme palpébral gauche et un état de stress post traumatisme de guerre. La prise en charge a été multidisciplinaire. Le Cameroun dans sa perpétuelle lutte contre les terroristes présente certainement de nombreux cas qui passeraient

inaperçus sans soutien psycho psychiatrique. Nous recommandons le renforcement du soutien psychologique au départ et au retour de guerre dans notre contexte.

CONFLIT D'INTÉRÊT

Aucun

REMERCIEMENTS

Au service de santé militaire et le personnel de l'HIARA de Yaoundé pour son soutien dans la prise en charge globale de ce patient et la rédaction de ce cas.

ICONOGRAPHIE

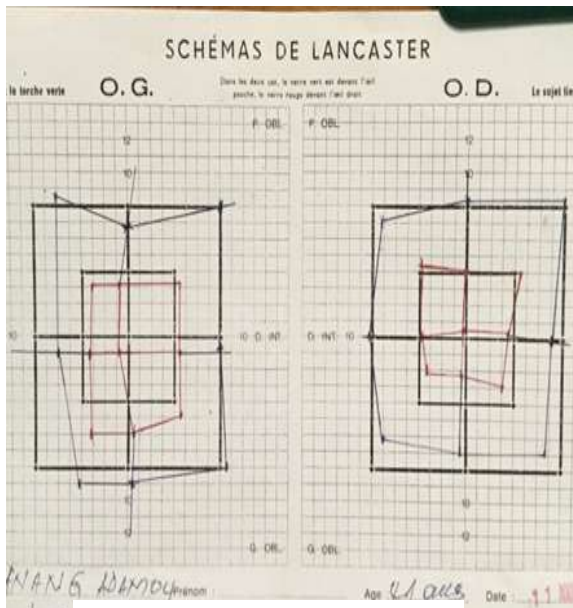


Figure 1 : test de Lancaster

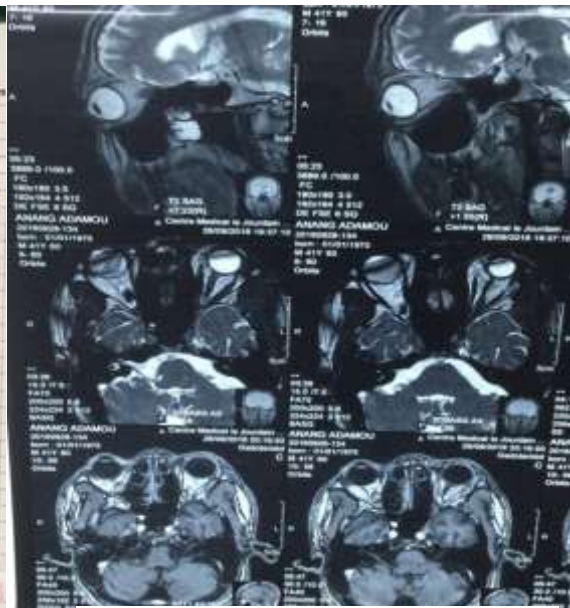


Figure 2 : IRM orbitocérébrale

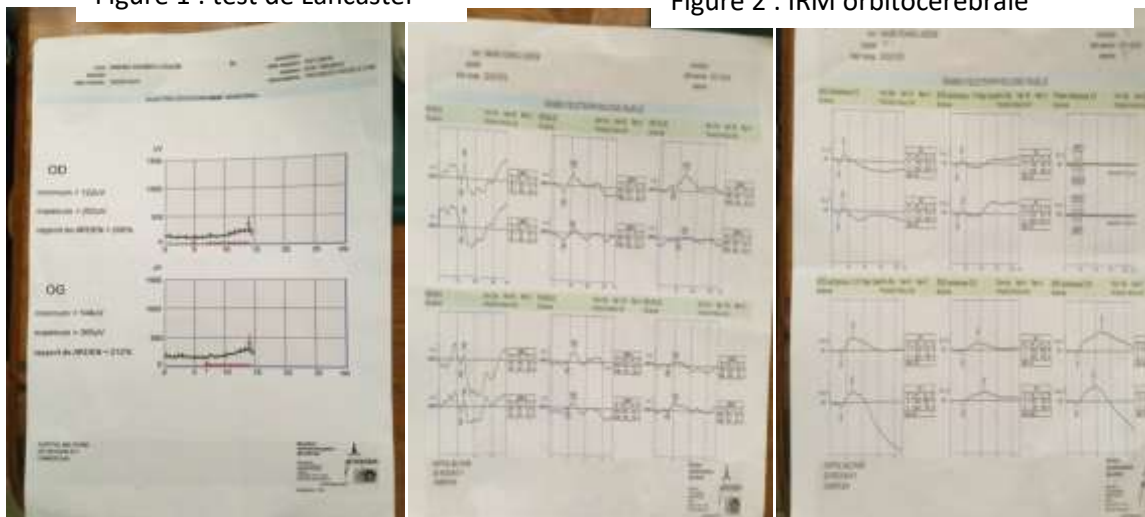


Figure 3 : tests électrophysiologiques (ERG, EOG, PEV)

REFERENCES

1. Jehel L, Paterniti S, Brunet A, Louville P, Guelfi JD. L'intensité de la détresse Péri traumatique prédit la survenue des symptômes post-traumatiques parmi des victimes d'agressions. *Encéphale* 2006;32:953-6.
2. Holterbach L, Baumann C, Andreani B, Desré D, Auxéméry Y. Etat de stress post traumatique et consommation de soins sur l'année écoulée : étude menée auprès de 340 militaires français de cinq unités combattantes de l'armée de terre. *Encéphale* 2015, sous presse.
3. Girauda J M, Maya F, Dotb C, Fenollanda J R, Sendona D, et al. Ophtalmologie de guerre, ophtalmologie de paix, bilan de quatre ans de mission des ophtalmologistes militaires français en Afghanistan. *Méd Armées* 2011 ; 39 (4) : 327-332.
4. L'État de stress post-traumatique (ESPT) et le stress lié à la guerre. https://www.veterans.gc.ca/pdf/mental-health/ptsd_warstress_f.pdf
5. Babinski et Froment, *Hystérie, pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe*, Paris, 1917.
6. Ribeton M. « Reconnaissance » et « réparation » des troubles psychiques de guerre dans les armées françaises : perception subjective des militaires. Thèse de doctorat en médecine, université de Nancy, 2015.