Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 1859-5138 Open access

Cas clinique

Les manifestations respiratoires du trouble de stress posttraumatique chez l'enfant

Respiratory manifestations of post-traumatic stress disorder in children

B Sawadogo*[1], B Bague[2], EK Kunakey[2], Z Cisse[3]

Résumé

Le trouble de stress post-traumatique est une réaction différée ou prolongée secondaire à l'exposition à un événement stressant, exceptionnel. Il peut survenir chez l'adulte comme chez l'enfant avec des particularités cliniques. Nous rapportons le cas d'un enfant de 8 ans présentant un trouble de stress post-traumatique secondaire à une attaque terroriste. Il a présenté des manifestations respiratoires riches à type de dyspnée paroxystique et intermittente à prédominance nocturne associée à des mouvements anormaux involontaires à répétition avec un sursaut au moindre bruit faisant d'emblée égarer le diagnostic. L'évolution du trouble de stress post-traumatique était favorable sous antidépresseur associé à une psychothérapie et psychoéducation. L'accompagnement psychologique des parents a été un point positif dans la prise en charge globale de l'enfant.

Mots-clés : trouble de stress post-traumatique ; manifestations respiratoires ; enfant.

Abstract

Post-traumatic stress disorder is a delayed or prolonged reaction secondary to exposure to an exceptional stressful event. It can occur in both adults and children, with specific clinical features. We report the case of an 8-year-old child with post-traumatic stress disorder secondary to a terrorist attack. He presented with rich respiratory manifestations such as paroxysmal and intermittent dyspnoea, predominantly nocturnal, associated with repeated involuntary abnormal movements with startle at the slightest noise, which immediately led to a misdiagnosis. The evolution of the post-traumatic stress disorder was favourable with antidepressants combined with psychotherapy and psychoeducation. Psychological support for the parents was a positive factor in the overall management of the child.

Keywords: post-traumatic stress disorder; respiratory manifestations; child.

Introduction

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est une réponse différée ou prolongée à une réaction ou événement stressant exceptionnellement menaçant

ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Il se caractérise par une constellation de symptômes de reviviscence, d'hyperactivation neuro-végétative, d'évitement, ainsi que par des altérations négatives des cognitions et de l'humeur (1). Les catastrophes naturelles, les accidents graves, les guerres et les attaques terroristes sont reconnus comme parmi tant d'autres événements potentiellement traumatiques. En effet, une étude menée en 2021 au Burkina Faso sur la santé mentale des populations déplacées internes dans le contexte de crise sécuritaire a trouvé que les attaques terroristes (77,99 %) étaient l'événement potentiellement traumatique le plus représenté (2). Aussi, un n enfant ou un adolescent exposé à un événement traumatisant peut développer des réactions très diverses, allant de perturbations minimes à des tableaux cliniques sévères. Cette souffrance pourrait s'exprimer sous la forme de symptômes aspécifiques, soit par un épisode de régression, des troubles fonctionnels ou des troubles comportementaux ou attentionnels, etc. Des études récentes ont permis une meilleure compréhension des spécificités des manifestations traumatiques chez l'enfant et l'adolescent, tant sur le plan épidémiologique et clinique qu'en termes de mécanismes psychopathologiques et de prise en charge (3). Nous rapportons le cas d'un trouble de stress post-traumatique chez un enfant avec des signes respiratoires au premier plan survenu à la suite d'un événement traumatique intentionnel. Pour des questions d'éthique, nous l'appellerons sous l'acronyme BJ.

Cas clinique

Nous rapportons le cas de BJ, garçon âgé de 8 ans, élève au primaire avec un niveau scolaire satisfaisant et premier d'une fratrie utérine de deux enfants. Il est sans antécédent personnel médico-chirurgicaux et sans notion d'asthme ni autre pathologie. Il a eu un bon développement psychomoteur. Son père agent de santé ainsi que sa mère infirmière affectée dans un centre de santé, dans un petit village de la région de l'Est du Burkina Faso, zone en proie aux attaques terroristes depuis 2018. Lors d'un séjour chez sa mère, B.J a été confronté à une menace de mort par des "Hommes Armés Non Identifiés" (HANI), un groupe terroriste responsable des attaques meurtrières dans cette partie du pays depuis 2018. B.J. nous a rapporté les détails de l'événement traumatique qu'il a vécu : « Un soir, je jouais dans la cour du Centre de santé et de protection sociale ; j'ai été surpris par des hommes encagoulés et armés de fusils. Ils étaient nombreux sur des motos et sur des moto-tricycles tout en menaçant. J'ai eu très peur et j'ai couru me réfugier dans une maison inachevée. J'ai trouvé un adulte du village qui s'y était déjà et ce dernier m'a sommé de ressortir ; j'ai exécuté en pleurant et j'ai retrouvé refuge derrière un bâtiment du centre de santé. J'ai attendu ma mère crier mon nom et après un long moment, je suis sorti tout en tremblant et j'ai constaté que les HANI avaient libéré les lieux. J'ai cru qu'ils allaient nous tuer. Depuis ce jour, je n'arrive plus à respirer, je rêve d'eux et je me réveille en sursaut. J'ai peur de dormir seul et j'ai peur quand je vois des gens à moto en groupe ».

Trois mois après cet événement, BJ a été reçu aux urgences pédiatriques pour une dyspnée paroxystique, isolée, d'évolution intermittente depuis environ un (01) mois à prédominance nocturne associée à des mouvements anormaux involontaires à répétition avec un sursaut au moindre bruit. L'examen clinique aux urgences pédiatriques n'avait pas objectivé d'anomalies. La radiographie thoracique était revenue normale tout comme la numération formule sanguine et la CRP. Néanmoins au vu de la dyspnée asthmatiforme, le patient a bénéficié d'un traitement à base d'hydrocortisone et de salbutamol avec une accalmie des symptômes. Le lendemain de la mise en observation, le patient a présenté le même épisode qui a motivé une consultation en pneumologie. De cette consultation, il est ressorti une notion d'atopie à la poussière à type de rhinite et d'une toux sèche intermittente. L'examen clinique est revenu sans particularité. La spirométrie de base est revenue normale

avec un test de broncho-réversibilité au bronchodilatateur négatif. Cette fois-ci, le traitement était à base de loratadine, d'anti-leucotriène et d'une corticothérapie de courte durée. Cinq (05) Jours plus tard, à la consultation de contrôle, il est rapporté une régression des symptômes en termes de fréquence et d'intensité. Toutefois, le patient présente des troubles de comportement à type d'accès de frayeur et d'éviction. A la question du pneumologue de savoir pourquoi cette réaction, le patient répond par ces propos : « ils sont là, j'ai peur d'être agressé… ». En interrogeant le vécu du patient, la mère a révélé que son enfant tout comme elle, a été victime d'une agression par un groupe d'hommes armés non identifiés. Ayant appris l'existence du contexte d'événement traumatique, le pneumologue a décidé de référer l'enfant pour un avis psychiatrique. C'est ainsi que BJ a été reçu au service de psychiatrie au 4e mois après l'événement traumatique pour une prise charge L'examen psychiatrique a mis en évidence des troubles de stress post-traumatique fait de : 1) Symptômes reviviscences se traduisant par des cauchemars avec réveil en sursaut. ; 2) Symptômes d'évitement « je ne veux plus y retourner, et même, je ne veux pas que maman retourne à son lieu de travail, les grosses motos me font peur» ; 3) Hyperactivation neuro-végétative : des réveils nocturnes ; une augmentation du rythme cardiaque et respiratoire avec une sensation d'essoufflement ; des réactions de sursaut au moindre bruit ; une insomnie d'endormissement, de réveils multiples dans la nuit et des demandes à dormir avec les parents ont été rapporté.

Le traitement pharmacologique a consisté à mettre BJ sous hydroxyzine 25 mg à raison d'un demi-comprimé au coucher. Une psychothérapie de soutien et une psychoéducation ont été offertes à BJ et à ses parents améliorant ainsi l'alliance thérapeutique. Rassurée par l'amélioration clinique de B.J., sa mère repart à son poste de travail. B. J a été à nouveau admis aux urgences pédiatriques deux jours après le départ de sa mère pour une dyspnée dont la saturation était normale (99 %). On notait aussi une insomnie et des cauchemars. À cet épisode, en plus de l'hydroxyzine nous avons adjoint du fluoxétine 20 mg à raison de 10 mg le soir, associé à une psychothérapie. La mère a également bénéficié des entretiens téléphoniques réguliers à partir de lieu de travail. Au bout de deux mois de traitement, l'évolution était favorable, mais on notait la persistance de quelques rares mouvements anormaux involontaires qui ont disparu au quatrième mois marquant l'amendement total de la symptomatologie.

Discussion

Les manifestations respiratoires ont été les signes révélateurs du trouble de stress post-traumatique chez l'enfant. En se référant aux Critères B du DSM-5 (7), la dyspnée asthmatiforme et les mouvements anormaux involontaires pourraient correspondre aux réactions physiologiques liées à l'intrusion lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer la présence de l'événement traumatique. Le trouble stress post-traumatique peut ainsi s'exprimer chez l'enfant sous la forme de manifestations somatiques. Kugler et al. (2012) trouvaient que l'exposition aux traumatismes a été associée à des taux accrus de symptômes somatiques. Par conséquence, les enfants pouvaient subir des évaluations, des procédures et des traitements médicaux inutiles et stressants pour écarter les risques de maladies organiques (4).

Les inhibiteurs sélectifs de la récapture de la sérotonine ont donné une meilleure évolution chez BJ. Selon la littérature (8, 9), c'est le traitement de première intention dans les troubles de stress post-traumatique. Si les anxiolytiques sont prescrits comme un traitement adjuvant de l'anxiété ou de l'insomnie, il est cependant recommandé de préférer les anxiolytiques dérivés pipérazinique (hydroxyzine) (10) pour éviter l'aggravation de la dissociation traumatique et de la pharmacodépendance. L'approche thérapeutique impliquant les parents a été un atout dans notre prise en charge à long terme. La recherche (8 ; 11) a montré que les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et les thérapies psychodynamiques vont permettre au sujet d'une réappropriation de sa vie psychique.

Conclusion

La dégradation du climat sécuritaire au Burkina Faso expose les adultes comme les enfants aux troubles de stress post-traumatique. La particularité du cas que nous rapportons tient du fait que trouble de stress post-traumatique s'est manifesté chez un enfant sous forme de pathologie somatique faisant égarer les cliniciens. Traité par antidépresseurs, anxiolytique et psychothérapie impliquant la famille, l'évolution était favorable.

***Correspondance**

Boubacar BAGUE

bague2006@yahoo.fr

Disponible en ligne : 12 Décembre 2023

1 : Service de Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Régional de Fada N'Gourma, BP 38 Fada N'Gourma, Burkina Faso

2 : Service de Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo, 03 BP 7177 Ouagadougou, 03 Burkina Faso.

3 : Société d'études et de recherches en santé publique 06 BP 9150 Ouagadougou 06, Burkina Faso

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2023

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Jolly A (2000). Événements traumatiques et état de stress posttraumatique. Une revue de la littérature épidémiologique. Ann. Méd-Psychol ; 158 (5) : 370-3792.

[2] Ouédraogo A., Ouango JG, Karfo K., Goumbri P., Nanema D., Sawadogo B. (2019). Prévalence des troubles mentaux dans la population générale du Burkina Faso. Encéphale, 45 (4), pp. 367-370.3.

[3] Lewis SJ, Arseneault L, Caspi A, Fisher HL, Matthews T, Moffitt TE, et al (2019). The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. Lancet Psychiatry. 2019 Mars; 6(3):247–56.

[4] Kugler, Brittany B., Marlene Bloom, Lauren B. Kaercher, Tatyana V. Truax, et Eric A. Storch. (2012) « Somatic Symptoms in Traumatized Children and Adolescents ». Child Psychiatry and Human Development 43, no 5: 661-73.

[5] Goodstein, LD (1988). Rapport du vice-président exécutif : 1987 : La croissance de l'American Psychological Association. Psychologue américain, 43 (7), 491.

[6] Fletcher, K.E. (2003). Childhood Posttraumatic Stress Disorder. In: Mash, E.J. and Barkley, R.A., Eds., Child Psychopathology, 2nd Edition, Guilford Press, New York, 330-371.

[7] American Psychiatric Association, Marc-Antoine Crocq, Julien-Daniel Guelfi, Patrice Boyer, Charles-Bernard Pull, Marie-Claire Pull (2015). DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5 Edition. | Editeur : Elsevier Masson | Date de publication : 06/2015 | Nombre de pages : 1176 | ISBN : 9782294739293 |

[8] Ferreri F, Agbokou C, Peretti C, S, Ferreri.M (2011). Psychotraumatismes majeurs : état de stress aigu et état s de stress post-traumatiques EMC (Elsevier Masson SAS), Psychiatrie, 37-329-A-11,2011.

[9] Horassius, N. (2004). Conséquences des maltraitances sexuelles : les reconnaître, les soigner, les prévenir. L'Information Psychiatrique, 80(2), 131-131.

[10] Guillaume Vaiva, François Lebigot, François Ducrocq, Michel Goudemand (2005). Psychotraumatismes : prise en charge et traitements. | Editeur : MASSON | Date de publication : 05/2005 | Nombre de pages : 224 |

ISBN : 9782294020933.

[11] Cottencin O. (2009). Les traitements du psychotraumatisme. Stress et trauma, 4, 241-4.

Pour citer cet article :

B Sawadogo, B Bague, EK Kunakey, Z Cisse. Les manifestations respiratoires du trouble de stress posttraumatique chez l'enfant. Jaccr Africa 2023; 7(4): 298-302