



Syndrome malin des neuroleptiques

Une réaction grave liée notamment au blocage dopaminergique peut associer altération mentale, rigidité, hyperthermie et instabilité végétative. Elle constitue une urgence médicale. [M10–M12]

Ce qui se passe

Le syndrome survient notamment sous antipsychotique, parfois après une introduction ou une augmentation rapide. Des antagonistes dopaminergiques non psychiatriques sont aussi en cause. L'arrêt brutal d'un traitement dopaminergique peut produire un tableau apparenté. Le mécanisme n'est pas une allergie classique et le phénomène ne dépend pas uniquement d'un surdosage. [M10–M11]

Les signes qui doivent alerter

- Changement de comportement, confusion ou diminution de la vigilance dans un contexte médicamenteux compatible.
- Rigidité musculaire, température élevée, sueurs et fluctuations du pouls ou de la pression artérielle.
- Atteinte rénale, troubles respiratoires ou destruction musculaire importante : complications menaçantes.

Repères médicaux : [M10–M11].

Évaluation et prise en charge

La prise en charge impose l'arrêt médical des agents causaux, des soins de soutien et une surveillance somatique rapprochée. Le bilan recherche notamment une augmentation des CK, une atteinte rénale et des troubles électrolytiques. Des traitements spécialisés peuvent être discutés selon la sévérité. Une réintroduction ultérieure d'antipsychotique nécessite une stratégie documentée et prudente. [M10–M11]

Les pièges à éviter

La présentation peut être incomplète, notamment sous certains antipsychotiques récents. Une CK élevée n'est pas spécifique. Le syndrome sérotoninergique comporte plus volontiers clonus et hyperréflexie ; catatonie maligne, sepsis et hyperthermie maligne anesthésique font partie des diagnostics à distinguer. Une confusion fébrile ne doit pas être attribuée d'emblée au trouble psychiatrique. [M10–M12]



Lire le dossier

Grille de lecture JurisMedX pour le contexte suisse. Les questions ci-dessous orientent l'analyse ; elles ne constatent ni faute ni responsabilité individuelle.

Suivi somatique en psychiatrie

Examiner qui suivait les paramètres physiques après l'introduction, l'escalade ou l'injection d'un médicament. Le lieu psychiatrique de prise en charge ne change pas la nature somatique d'une urgence. L'analyse porte aussi sur l'accès au médecin et les modalités de transfert.

Historique et réexposition

Rechercher un antécédent de réaction grave, sa visibilité dans le dossier et les échanges entre structures. Si un traitement est repris, examiner le raisonnement clinique, le choix du médicament, l'information et les contrôles. Le seul fait d'une récurrence ne remplace pas cette analyse.

Raisonnement causal

Distinguer la survenue possiblement imprévisible de la réaction et l'aggravation éventuellement liée à une reconnaissance tardive. Le dommage peut résulter de plusieurs mécanismes. Un diagnostic posé après transfert doit être confronté aux signes et données accessibles plus tôt.

Les pièces à rapprocher

- Traitements habituels, injections retard, prises ponctuelles et arrêts récents, avec heures exactes.
- Température, vigilance, rigidité, CK, fonction rénale et paramètres vitaux successifs.
- Appels médicaux, décisions de transfert, effets indésirables antérieurs et plan de reprise du traitement.

Cadre général : [J02–J04]. Distinguer le régime applicable, les faits établis, les hypothèses d'expertise et leur portée probatoire. Références juridiques communes dans le registre des sources.



Comprendre les mots et se tester

Mot du dossier	Traduction utile
Dopamine	Messenger chimique participant notamment au mouvement.
Instabilité végétative	Variations anormales de fonctions automatiques, comme le pouls ou la tension.
CK ou CPK	Enzyme musculaire mesurée dans le sang ; marqueur non spécifique.
Rhabdomyolyse	Destruction musculaire pouvant notamment léser les reins.

Cas flash fictif

Cas pédagogique fictif : après une hausse d'antipsychotique, une personne hospitalisée devient peu réactive et raide. La note initiale mentionne « opposition aux soins ». Une fièvre apparaît ensuite.

Corrigé

La modification récente et les signes physiques appellent une évaluation somatique urgente. Le dossier doit permettre de comprendre la qualification initiale, les examens effectués et la réaction à l'évolution. Le terme « opposition » ne dispense pas de rechercher une cause médicale et ne démontre pas une incapacité de discernement.

Rappel actif

- 1) Une CK élevée suffit-elle au diagnostic ?

Réponse : Non. Elle doit être interprétée avec les symptômes et les diagnostics concurrents.

- 2) Faut-il attendre que tous les signes classiques soient présents ?

Réponse : Non. Certaines présentations sont incomplètes.

- 3) Quelle distinction causale est utile ?

Réponse : Séparer la réaction médicamenteuse initiale de son éventuelle aggravation par retard de reconnaissance.

Un diagnostic psychiatrique n'explique pas automatiquement une nouvelle fièvre, une rigidité ou une baisse de vigilance.



Sources et repères de lecture

Vérification documentaire au 5 septembre 2026. Les identifiants dans le texte renvoient aux sources ci-dessous. Les recommandations étrangères sont des repères médicaux ; leur transposition à une situation suisse doit être discutée.

[M10] NHS Greater Glasgow and Clyde. Neuroleptic malignant syndrome. MyPsych, révision affichée au 1er avril 2025.

[Consulter la source M10](#)

[M11] Indian Psychiatric Society. Clinical Practice Guidelines for Management of Medical Emergencies Associated with Psychotropic Medications. Indian Journal of Psychiatry, 2022 ; recommandations professionnelles.

[Consulter la source M11](#)

[M12] Medsafe. Neuroleptic Malignant Syndrome or Serotonin Syndrome. Prescriber Update, décembre 2012 ; repères différentiels historiques, recoupés avec M07 et M10.

[Consulter la source M12](#)

Cadre juridique commun

[J02] ASSM et FMH. Bases juridiques pour le quotidien médical. Guide en ligne, chapitre 8.2 Responsabilité du médecin en droit civil et en droit pénal.

[Consulter la source J02](#)

[J03] ASSM et FMH. Information. Guide en ligne, chapitre 3.2.

[Consulter la source J03](#)

[J04] ASSM et FMH. Consentement libre et éclairé. Guide en ligne, chapitre 3.3.

[Consulter la source J04](#)

Jurisprudence : aucune décision spécifique n'est intégrée à ce décodeur. Cela ne signifie pas qu'aucune jurisprudence n'existe.

Ces ressources pédagogiques expliquent le raisonnement ; elles ne remplacent ni une évaluation médicale ni une expertise du cas concret. Les cas flash sont fictifs. Version 1.0.