

BOUFFEES DELIRANTES AIGUES : DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Dr Omar DAHMANI, Dr Amal BELCAID, Dr Ouafa EL AZZOUZI, Dr Hayat EL HAMI

PLAN :

INTRODUCTION

FACTEURS DECLENCHANTS/FACTEURS ETIOLOGIQUES :

- I- Terrain prédisposé**
- II- Evènements déclenchants**

CLINIQUE

FORMES CLINIQUES

EVOLUTION ET PRONOSTIC

- I- A court terme :**
 - A- Eléments de pronostic favorable**
 - B- Eléments de pronostic défavorable**

- II- Moyen et long terme**

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

CONDUITE À TENIR :

- I- A court terme (2-3 semaines)**
- II- A moyen terme**
- III- A long terme**

CONCLUSION

BOUFFEES DELIRANTES AIGUES : DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Dr Omar DAHMANI, Dr Amal BELCAID, Dr Ouafa EL AZZOUZI, Dr Hayat EL HAMI

INTRODUCTION :

- Le diagnostic est le plus svt facile devant : +++
 - Un sd délirant riche ; polymorphe et variable dans le temps ;
 - Avec présence fréquente de troubles de l'humeur ;
 - De début brutal ;
 - De durée limitée (quelques semaines).
- Pronostic à court terme le plus svt favorable.
- Récidives fréquentes+++.
- Parfois évolution vers schizophrénie ou PMD (psychose maniaco-dépressive) qui st des indicateurs pronostiques.

FACTEURS DECLENCHANTS/FACTEURS ETIOLOGIQUES :

I- Terrain prédisposé :

- Personnalité pré-morbide : schizoïde ; hystérique ; psychopahie ; dysharmonie évolutive.

II- Evènements déclenchants :

- Affections ou stress somatiques ; traumatisme psychique ; stress émotionnel.
- Facteurs situationnels individuels (transplantation ; isolement social et culturel) ou collectifs+++.
- Le plus svt ; il n'y a pas de facteur déclenchant évident.

CLINIQUE :

- Début le plus svt brutal : « coup de tonnerre dans un ciel serein ».
- Parfois phase prodromique dans les semaines précédentes : insomnie troubles de comportement...
- Délire d'emblée+++ :
 - Thèmes : polymorphes ; riches ; multiples et variables (persécution ; grandeur ; possession ; influence ; mystique...).
 - Mécanismes : polymorphes ; multiples et variables (interprétations ; intuitions ; hallucinations psychiques et psychosensorielles ; automatisme mental ; éléments imaginatifs.
 - Pas de systématisation (pas d'organisation).
 - Délire vécu avec intensité (conviction totale).
 - Sentiment de dépersonnalisation et de déréalisation.
 - Participation affective avec variations de l'humeur.
 - Angoisse.
 - Note confusionnelle+/-.
 - Troubles du comportement.
 - Insomnie +/-complète habituelle.
- Déshydratation ; hypotension ; langue saburrale ; oligurie ; constipation.
- Eliminer une organicité sous jacente ou associée.
- Absence d'ATCD psychiatriques ; sauf épisodes identiques antérieurs possibles :
 - Pas de trouble particulier de la personnalité pré-morbide ;
 - Rechercher toutefois une personnalité schizoïde ou hystérique svt retrouvée (indicateur pronostique.
- Facteur déclenchant : parfois traumatisme psychique ou physique= BDA réactionnelles.

FORMES CLINIQUES :

- Délires systématisés aigus.
- Proche manie ou une mélancolie délirante.
- Tableau confuso-onirique.

EVOLUTION ET PRONOSTIC :

I- A court terme :

- Le plus svt favorable sous traitement avec guérison en quelques semaines.
- En l'absence de cette guérison à court terme ; on devra craindre une évolution chronique de type schizophrénique ; un épisode aigu aussi brutal et polymorphe qu'il soit ; peut être un épisode psychotique aigu révélateur ou inaugural d'une schizophrénie.

A- Eléments de pronostic favorable :

- 1- Absence de personnalité pré-morbide schizoïde ; personnalité extravertie et traits hystériques.
- 2- Hérité familiale maniaco-dépressive.
- 3- Bonne adaptation sociale et professionnelle antérieure ; investissements affectifs.
- 4- Facteurs déclenchants exogènes ou psychologiques.
- 5- Début brutal.
- 6- Eléments thymiques et confusionnels ; forte participation affective.
- 7- Rétrocession rapide de l'accès ; bonne réponse au traitement ; bonne critique.

B- Eléments de pronostic défavorable :

- 1- ATCD familiaux de schizophrénie.
 - 2- Personnalité pré-morbide schizoïde ; mal adaptée ; repliée.
 - 3- Début subaigu précédé de manifestations insidieuses.
 - 4- Absence de troubles de l'humeur.
 - 5- Persistance d'idées délirantes ; critique incomplète.
- En effet ; il n'existe aucun critère anamnétique ; clinique ou évolutif à court terme qui permet de prédire l'évolution à long terme d'une BDA.

II- Moyen et long terme :

- A- Dépression secondaire+++.
- B- Récidive avec restitution ad-integrum de chaque épisode.
- C- Evolution vers une psychose chronique.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

- Névroses : hystérie (états crépusculaires brefs et états seconds).
- Psychoses :
 - ❖ Manie ou mélancolie délirante.
 - ❖ Moment fécond d'une schizophrénie.
 - ❖ Moment fécond d'un délire chronique.
- Personnalités pathologiques : psychopathie.
- Etat confuso-onirique post émotionnel/ post traumatique.
- Psychoses aiguës d'origine organique ou toxique.

CONDUITE À TENIR :

I- A court terme (2-3 semaines)

A- Urgence psychiatrique :

- Angoisse massive ; risque d'actes médico-légaux ; risque de fugue ; d'automutilation ; de tentative de suicide.
- Le traitement précoce améliore le pronostic+++.

B- Hospitalisation en service de psychiatrie :

- Si besoin ; application de la loi du 27 Juin 1990 : HDT (hospitalisation à la demande d'une tierce) voire HO (hospitalisation obligatoire).

C- Bilan organique clinique et paraclinique :

- Eliminer une pathologie organique sous jacente ou associée (traumatique ; infectieuse, cérébrale...) : Rx thoracique ; ECG ; NFS ; urée-créatinine ; ECBU ; GDS.
- Eliminer une prise de toxiques (alcool ; amphétamines ; LSD...).
- Corriger la déshydratation.
- TDM : si 1^{er} épisode ou confusion importante.

D- Environnement institutionnel calme ; ferme et rassurant pour apaiser l'angoisse.

E- Neuroleptiques (IM) et dès que possible PO :

- Neuroleptiques sédatifs pour calmer l'angoisse et l'agitation= NOZINAN* ; LARGACTIL*.
- Neuroleptiques antihallucinatoires pour calmer le délire= HALDOL*.

NOZINAN* : 1 amp IM 3-4 fois /j

- HALDOL* : 1 amp 5mg 3-4 fois /j
- LEPTICUR* : 1 à 2 amp /j en fonction des éléments de surveillance
- HEPTAMYL* : 1 à 2 amp/j en fonction des éléments de surveillance.

- Relais par voie orale :

NOZINAN* : 50gouttes ; 3fois /j

- HALDOL* : 50 à 75 gouttes ; 3 fois/j
- Correcteurs antiparkinsoniens (LEPTICUR* ; AKINETON* retard)
- Correcteurs de l'hypotension orthostatique si besoin (HEPTAMYL* ; DHE).

- Adapter la posologie en fonction de la symptomatologie et de son évolution.

F- Sismothérapie : si les neuroleptiques ne st pas efficaces.

G- Surveillance :

- Apparition d'effets secondaires du traitement qu'i faudra corriger.
- Evolution de la symptomatologie.
- Etat général : TA ; pouls ; hydratation ; conscience ; température.

H- Réassurance et soutien : psychothérapie

- Buts : accompagner le patient et abord de ses problèmes pendant 1 à 2 ans.

II- A moyen terme :

- Diminution progressive du traitement neuroleptique : en fonction de l'évolution de

la symptomatologie.

- Surveillance de l'apparition d'une dépression secondaire +++ ; +/- prescription de traitement antidépresseur.
- Tests psychométriques.
- Sortie de l'hôpital et suivi régulier en consultation.
- Mesures de réinsertion professionnelle+/-.

III- A long terme :

- Surveiller l'apparition de complications évolutives :
 - Récidive ;
 - Evolution vers une psychose chronique schizophrénique.
- Suivi régulier en consultation :
 - Traitement à adapter en fonction de la symptomatologie présente ;
 - Psychothérapie à adapter en fonction de la structure.

CONCLUSION :

- Adolescents et adultes jeunes (18-30 ans).
- Guérison svt sans séquelles.
- Psychothérapie même après sortie de l'hôpital (accompagner le patient et abord de ses problèmes).
- BDA= en France et schizophrénie aux USA.

*
**