

AGITATION ET DELIRE AIGUË

- Diagnostiquer une agitation et un délire aigus.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

Zéros	AGITATION AIGUË																							
<p style="text-align: center;">Agitation/délire aigus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Urgence médicale - Attention à l'organicité - Eviter les contentions manuelles si possibles - Si refus de traitement : voie IM : neuroleptiques - Surveillance de la TA <p style="text-align: center;">BDA :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fluctuation thymique - Polymorphisme des thèmes et des mécanismes du délire - Pas de syndrome confusionnel - Début brutal - Attention au risque suicidaire - Evolution possible : épisode unique, récurrences, psychose chronique 	<p style="text-align: center;">1. Définition :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trouble psychomoteur : Augmentation brutale, incontrôlée et imprévisible de l'activité motrice Mouvements violents, auto- et hétéro-agressifs, crise clastique ... Pertes du contrôle des actes et de la pensée - Urgence thérapeutique et diagnostique <p style="text-align: center;">2. Diagnostic :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center; vertical-align: middle;">Anamnèse</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Interrogatoire du patient et de l'entourage si possible - Antécédents personnels médico-chirurgicaux et familiaux - Antécédents psychiatriques - Prise de traitement - Consommation de toxiques - Notion de traumatisme crânien récent - Notion de choc psychologique récent - Notion de douleur aiguë </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Examen physique</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Général : Température Poids, taille, IMC Etat d'hydratation intra- et extracellulaire - Cardio-vasculaire : auscultation, constantes hémodynamiques - Respiratoire : mesure de la SpO₂, auscultation - Abdominal : Palpation abdominale, recherche d'une douleur, défense Recherche d'une matité sus-pubienne Toucher rectal - Neurologique : Calcul du score de Glasgow Examen neurologique complet : signes de focalisation Recherche d'un syndrome méningé Recherche d'un syndrome confusionnel Encéphalopathie : asterixis - Glycémie capillaire - Bandelette urinaire </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Paraclinique</td> <td> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center; vertical-align: middle;">Biologie</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - NFS – CRP - Bilan rénal : ionogramme, urée et créatininémie - Bilan phosphocalcique et albuminémie - TSH - Glycémie - OH et toxiques </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Morphologie</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - ECG - Imagerie cérébrale : IRM ou TDM non injectée </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Autres</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - En fonction du contexte : EEG Bilan infectieux </td> </tr> </table> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">3. Prise en charge en urgence :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center; vertical-align: middle;">Orientation</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Isolement : Dans une pièce calme Climat d'empathie et de bienveillance Permet de réaliser l'interrogatoire et l'examen physique </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Sédation</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Benzodiazépine en première intention : diazépam - Valium® <i>per os</i> - Neuroleptique si sévère : loxapine - Loxapac® <i>per os</i>, IM si refus </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Contention physique</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - En dernier recours, en cas d'échec du traitement médical - En cas de risque auto- hétéro-agressif, de risque de fugue... - Prescription médicale : Personnel qualifié (au moins 4 personnes) Matériel homologué - Surveillance régulière - Réévaluation de l'indication - Prévention des complications de décubitus : anticoagulation préventive </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Mesures associées</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Hospitalisation non systématique, souvent sous contrainte - Mesure de protection des biens : sauvegarde de justice </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Surveillance</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Clinique : Etat d'agitation Conscience Pression artérielle (neuroleptiques) Complications de décubitus - Paraclinique : adaptée à l'étiologie </td> </tr> </table>		Anamnèse	<ul style="list-style-type: none"> - Interrogatoire du patient et de l'entourage si possible - Antécédents personnels médico-chirurgicaux et familiaux - Antécédents psychiatriques - Prise de traitement - Consommation de toxiques - Notion de traumatisme crânien récent - Notion de choc psychologique récent - Notion de douleur aiguë 	Examen physique	<ul style="list-style-type: none"> - Général : Température Poids, taille, IMC Etat d'hydratation intra- et extracellulaire - Cardio-vasculaire : auscultation, constantes hémodynamiques - Respiratoire : mesure de la SpO₂, auscultation - Abdominal : Palpation abdominale, recherche d'une douleur, défense Recherche d'une matité sus-pubienne Toucher rectal - Neurologique : Calcul du score de Glasgow Examen neurologique complet : signes de focalisation Recherche d'un syndrome méningé Recherche d'un syndrome confusionnel Encéphalopathie : asterixis - Glycémie capillaire - Bandelette urinaire 	Paraclinique	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center; vertical-align: middle;">Biologie</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - NFS – CRP - Bilan rénal : ionogramme, urée et créatininémie - Bilan phosphocalcique et albuminémie - TSH - Glycémie - OH et toxiques </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Morphologie</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - ECG - Imagerie cérébrale : IRM ou TDM non injectée </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Autres</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - En fonction du contexte : EEG Bilan infectieux </td> </tr> </table>	Biologie	<ul style="list-style-type: none"> - NFS – CRP - Bilan rénal : ionogramme, urée et créatininémie - Bilan phosphocalcique et albuminémie - TSH - Glycémie - OH et toxiques 	Morphologie	<ul style="list-style-type: none"> - ECG - Imagerie cérébrale : IRM ou TDM non injectée 	Autres	<ul style="list-style-type: none"> - En fonction du contexte : EEG Bilan infectieux 	Orientation	<ul style="list-style-type: none"> - Isolement : Dans une pièce calme Climat d'empathie et de bienveillance Permet de réaliser l'interrogatoire et l'examen physique 	Sédation	<ul style="list-style-type: none"> - Benzodiazépine en première intention : diazépam - Valium® <i>per os</i> - Neuroleptique si sévère : loxapine - Loxapac® <i>per os</i>, IM si refus 	Contention physique	<ul style="list-style-type: none"> - En dernier recours, en cas d'échec du traitement médical - En cas de risque auto- hétéro-agressif, de risque de fugue... - Prescription médicale : Personnel qualifié (au moins 4 personnes) Matériel homologué - Surveillance régulière - Réévaluation de l'indication - Prévention des complications de décubitus : anticoagulation préventive 	Mesures associées	<ul style="list-style-type: none"> - Hospitalisation non systématique, souvent sous contrainte - Mesure de protection des biens : sauvegarde de justice 	Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> - Clinique : Etat d'agitation Conscience Pression artérielle (neuroleptiques) Complications de décubitus - Paraclinique : adaptée à l'étiologie
Anamnèse	<ul style="list-style-type: none"> - Interrogatoire du patient et de l'entourage si possible - Antécédents personnels médico-chirurgicaux et familiaux - Antécédents psychiatriques - Prise de traitement - Consommation de toxiques - Notion de traumatisme crânien récent - Notion de choc psychologique récent - Notion de douleur aiguë 																							
Examen physique	<ul style="list-style-type: none"> - Général : Température Poids, taille, IMC Etat d'hydratation intra- et extracellulaire - Cardio-vasculaire : auscultation, constantes hémodynamiques - Respiratoire : mesure de la SpO₂, auscultation - Abdominal : Palpation abdominale, recherche d'une douleur, défense Recherche d'une matité sus-pubienne Toucher rectal - Neurologique : Calcul du score de Glasgow Examen neurologique complet : signes de focalisation Recherche d'un syndrome méningé Recherche d'un syndrome confusionnel Encéphalopathie : asterixis - Glycémie capillaire - Bandelette urinaire 																							
Paraclinique	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center; vertical-align: middle;">Biologie</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - NFS – CRP - Bilan rénal : ionogramme, urée et créatininémie - Bilan phosphocalcique et albuminémie - TSH - Glycémie - OH et toxiques </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Morphologie</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - ECG - Imagerie cérébrale : IRM ou TDM non injectée </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Autres</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - En fonction du contexte : EEG Bilan infectieux </td> </tr> </table>	Biologie	<ul style="list-style-type: none"> - NFS – CRP - Bilan rénal : ionogramme, urée et créatininémie - Bilan phosphocalcique et albuminémie - TSH - Glycémie - OH et toxiques 	Morphologie	<ul style="list-style-type: none"> - ECG - Imagerie cérébrale : IRM ou TDM non injectée 	Autres	<ul style="list-style-type: none"> - En fonction du contexte : EEG Bilan infectieux 																	
Biologie	<ul style="list-style-type: none"> - NFS – CRP - Bilan rénal : ionogramme, urée et créatininémie - Bilan phosphocalcique et albuminémie - TSH - Glycémie - OH et toxiques 																							
Morphologie	<ul style="list-style-type: none"> - ECG - Imagerie cérébrale : IRM ou TDM non injectée 																							
Autres	<ul style="list-style-type: none"> - En fonction du contexte : EEG Bilan infectieux 																							
Orientation	<ul style="list-style-type: none"> - Isolement : Dans une pièce calme Climat d'empathie et de bienveillance Permet de réaliser l'interrogatoire et l'examen physique 																							
Sédation	<ul style="list-style-type: none"> - Benzodiazépine en première intention : diazépam - Valium® <i>per os</i> - Neuroleptique si sévère : loxapine - Loxapac® <i>per os</i>, IM si refus 																							
Contention physique	<ul style="list-style-type: none"> - En dernier recours, en cas d'échec du traitement médical - En cas de risque auto- hétéro-agressif, de risque de fugue... - Prescription médicale : Personnel qualifié (au moins 4 personnes) Matériel homologué - Surveillance régulière - Réévaluation de l'indication - Prévention des complications de décubitus : anticoagulation préventive 																							
Mesures associées	<ul style="list-style-type: none"> - Hospitalisation non systématique, souvent sous contrainte - Mesure de protection des biens : sauvegarde de justice 																							
Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> - Clinique : Etat d'agitation Conscience Pression artérielle (neuroleptiques) Complications de décubitus - Paraclinique : adaptée à l'étiologie 																							

4. Etiologies :

Toxiques	- Intoxications aiguës : OH, stupéfiants, médicaments, métaux - Syndromes de sevrage : Alcoolique : <i>delirium tremens</i> Sevrage en benzodiazépines
Neurologiques	- Traumatisme crânien , - Epilepsie - Tumeur - Démences - Encéphalopathies hépatique, urémique, hypercapnique, hypertensive
Métaboliques	- Hypoglycémie - Hypercalcémie - Hyponatrémie - Hyperthyroïdie
Infectieuses	- Infections du SNC : méningite et méningo-encéphalite - Toute infection à fièvre élevée
Psychiatriques	- Psychoses aiguës - Etats maniaques - Trouble panique
Autres	- Toute douleur aiguë - Sujet âgé : Fécalome Rétention aiguë d'urines Déshydratation Iatrogénie

DELIRE AIGU

1. Etiologies :

Episodes psychotiques aigus	- Survenue brutale d'un état délirant chez un sujet sain o Absence de causes organiques, toxiques, ni trouble thymique o Absence de psychose chronique préexistante - Evolution : Episode isolé Ou mode d'entrée dans une psychose chronique - Forme la plus fréquente : bouffée délirante aiguë (BDA)
Episodes thymiques délirants	- Troubles de l'humeur : Dépression Syndrome maniaque Etat mixte - Délire congruent à l'humeur
Délires confuso-oniriques	- Etats confusionnels accompagnés de pseudo-délires - Etiologie le plus souvent organique ou toxique

2. Diagnostic :

Interrogatoire – Examen physique – Bilan : cf. agitation aiguë

3. Prise en charge :

Orientation	- Hospitalisation systématique sous contrainte
Conditionnement	- Prévention du risque suicidaire
Symptomatique	- Contention chimique : Benzodiazépine : diazépam - Valium® <i>per os</i> Neuroleptique si sévère : loxapine - Loxapac® <i>per os</i> IM si refus - Contention physique si échec
Spécifique	- Neuroleptique antipsychotique : olanzapine - Zyprexa® - Episode thymique : traitement antidépresseur ou thymorégulateur
Psychothérapie	- Psychothérapie de soutien - Thérapie cognitivo-comportementale
Mesures associées	- Mesure de protection des biens : sauvegarde de justice - Recherche et traitement du facteur déclenchant
Surveillance	- Poursuite du suivi en psychiatrie de secteur et hôpital de jour - Maintien traitement : dose minimale efficace au moins 1 an

4. Facteurs pronostiques de la BDA :

Facteurs de bon pronostic	Facteurs de mauvais pronostic
- Episode aigu à début brutal	- Episode subaigu
- Facteur déclenchant	- Absence de facteur déclenchant
- Délire riche	- Délire pauvre
- Court délai avant traitement	- Long délai avant traitement
- Bonne/mauvaise réponse, bonne critique	- Absence de critique du délire
- Pas d'antécédents familiaux ou trouble bipolaire	- Antécédents familiaux psychotiques
- Pas de trouble de la personnalité	- Personnalité schizoïde
- Niveau socio-économique élevé	- Difficultés socio-économiques

Bouffée délirante aiguë :

- Délire brutal
- Non systématisé
- Thèmes et mécanismes polymorphes
- Adhésion totale
- Conscience vigile
- Durée brève
- Evolution :
 - o 1/3 sans nouvel épisode
 - o 1/3 récidives isolées
 - o 1/3 psychose chronique

DSM-IV-TR :

- < 1 mois : trouble psychotique bref
- 1-6 mois : trouble schizophréniforme
- > 6 mois : schizophrénie