

- **État d'agitation** = trouble du comportement avec excitation psychomotrice
- Étiologies multiples, psychiatriques et organiques
- Urgence thérapeutique
- Évaluer le risque de passage à l'acte

ÉTAT D'AGITATION

INTERROGATOIRE

de l'entourage et du patient (si possible)

- Antécédents psychiatriques et organiques
- Intoxication alcoolique et médicamenteuse
- Facteur déclenchant
- Récurrences...

EXAMEN PSYCHIATRIQUE

- Conscience : vigilance, désorientation temporo-spatiale, perplexité anxieuse, onirisme
- Agitation : intensité
- Symptômes associés : anxiété, trouble de l'humeur, syndrome délirant, trouble de la personnalité

EXAMEN SOMATIQUE systématique +++

- Neurologique,
- Hydratation,
- Température,
- Cardiovasculaire,
- Alcool,
- Toxicomanie...

BILAN BIOLOGIQUE

- NFS, ionogramme sanguin, glycémie, urée, créatinine
- Alcoolémie, toxiques

ÉTILOGIES PSYCHIATRIQUES

- Trouble anxieux (trouble panique, cf 61)
- Trouble de l'humeur
 - accès maniaque
 - mélancolie anxieuse, délirante
- Syndrome délirant
 - bouffée délirante aiguë (délire polymorphe)
 - schizophrénie (discordance)
 - paranoïaque (délire structuré)
- Trouble de la personnalité névrotique
 - hystérie ++
- Organisation psychopathique
 - passage à l'acte +++

ÉTILOGIES ORGANIQUES

- Syndrome confusionnel : origine neurologique, infectieuse, métabolique, endocrinienne...
- Alcoolisme : delirium tremens, ivresse aiguë, ivresse pathologique, encéphalopathie alcoolique
- Toxicomanie : hallucinogènes, sevrage
- Syndrome démentiel

CONDUITE À TENIR

ENVIRONNEMENT

Endroit calme, pièce isolée, éviter spectateurs inutiles

CONTACT

Médecin calme, rassurant, dédramatiser, établir un dialogue dans la mesure du possible

CONTENTION

PHYSIQUE

- Dernier recours, provisoire
- Prescription médicale, surveillance stricte

CHIMIQUE

- Monothérapie
- Voie parentérale, intra musculaire
- Surveillance stricte à l'hôpital
- Benzodiazépine (agitation modérée) : VALIUM® (diazépam) 10 mg en IM renouvelable
- Neuroleptique sédatif d'action rapide (agitation sévère) : LOXAPAC® (Loxapine) 100 mg en IM

Orientation diagnostique devant une CRISE D'ANGOISSE AIGÜE

et conduite à tenir en situation d'urgence, avec la posologie médicamenteuse

AVENTIS INTERNAT EST DIRIGÉ PAR : WILLIAM BERREBI, PATRICK GEPNER, JEAN NAU

DÉFINITIONS

- **Anxiété** = peur sans objet
- **Crise d'angoisse aiguë** = attaque de panique
- **Répétition des attaques de panique** = trouble panique (TP)
- **Névrose d'angoisse** = anxiété généralisée = crises d'angoisses répétées quotidiennes durant au moins 6 mois

SIGNES PSYCHIQUES

- Peur intense insurmontable
- Sentiment d'insécurité
- Sensation de mort imminente
- Peur de perdre la raison, peur de commettre un acte incontrôlé
- Inconstant : dépersonnalisation, déréalisation, troubles sensoriels (phosphènes, vision floue)

SIGNES PHYSIQUES

- Tachycardie, palpitations, douleur thoracique, lipothymie
- Dyspnée, étouffement, hyperventilation, toux
- Sueurs, bouffées vasomotrices
- Nausées, diarrhée, douleurs abdominales, "boule oesophagienne", spasmes
- Pollakiurie
- Tremblements, céphalées, paresthésies, hyperesthésie

SIGNES COMPORTEMENTAUX

- Agitation motrice
- Sidération stuporeuse (plus rare)

- Episode bref à début brutal et imprévisible
- Durée 15 mn à 3 h
- Résolution progressive avec asthénie

CRISE D'ANGOISSE AIGÜE

ÉTIOLOGIES PSYCHIATRIQUES

- Crise d'angoisse situationnelle (choc émotionnel)
- Evolution dans le cadre d'un trouble panique ou d'une anxiété généralisée
- Décompensation d'un état névrotique (phobique, obsessionnel, hystérique)
- Dépression, mélancolie anxieuse
- Bouffée délirante aiguë (vécu délirant intense)
- Schizophrénie (dépersonnalisation, vécu délirant)

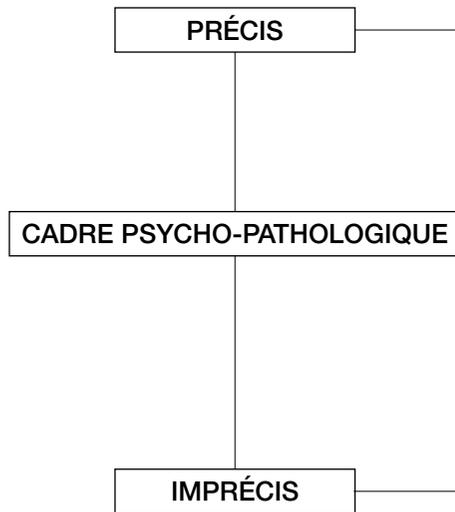
ÉTIOLOGIES ORGANIQUES

- Infarctus du myocarde, trouble du rythme, prolapsus de la valve mitrale, rupture aortique...
- Embolie pulmonaire, pneumothorax, asthme...
- Épilepsie temporale, hémorragie cérébroméningée
- Hyperthyroïdie, phéochromocytome, hypoglycémie
- Rupture de GEU, colique néphrétique, perforation d'UGD...
- Corticoïdes, sevrage aux benzodiazépines, toxiques, alcool, caféine

CONDUITE À TENIR

- Présence médicale rassurante
- Examen clinique systématique à la recherche d'une étiologie organique +++
- Évaluer le risque suicidaire (raptus) ++
- Envisager une hospitalisation selon : risque suicidaire, évolution après traitement de la crise, étiologie organique ou psychiatrique associée
- **Chimiothérapie**
 - Benzodiazépine en monothérapie
 - TRANXÈNE® 50 mg : 1 amp. IM renouvelable après 1 heure ; VALIUM® 10 mg per os ou IM selon contexte
 - Neuroleptique sédatif si forme sévère et/ou psychotique, TERCIAN® 50 mg 1 amp. IM
 - Efficacité de la clomipramine (25 mg 1 à 3 cp/j), fluoxétine (20 mg 2 gél/j) en traitement préventif des attaques de panique et curatif dans le TP
- **Psychothérapie** analytique, cognitivo-comportementale, de soutien

- Ne jamais négliger des idées suicidaires
- Représente une ultime tentative de communication
- Absence de corrélation clinique avec le risque de passage à l'acte
- Un geste suicidaire n'est pas obligatoirement lié à une **dépression**, qu'il faut néanmoins toujours rechercher
- En dehors d'un contexte psychopathologique précis, rien ne peut être affirmé et l'alternative **hospitalisation** ou non relève du risque calculé
- L'analyse d'une conduite suicidaire comporte toujours une évaluation de l'**entourage**, qui peut être absent, rejetant ou dépassé



- **Accès mélancolique** (douleur morale, indignité, auto-accusation) - Formes trompeuses (anxieuses, stuporeuses, hypochondriaques), suicide altruiste
- **Schizophrénie** : (TS fréquente, impulsive, grave)
 - au début : contexte délirant + angoisse de dissociation
 - en cours d'évolution : syndrome dépressif
- **Bouffée délirante aiguë** : syndrome d'influence, conviction délirante
- **Psychopathie** : passages à l'acte, automutilation, toxicophilie
- **Toxicomanie et alcoolisme** : risque de désinhibition liée au toxique
- **Hystérie** (décès par tentative de suicide 4%)
- Adolescence, personnes âgées

Chez un Suicidaire

- RECHERCHER un **syndrome pré-suicidaire**
- Idées suicidaires obsédantes
 - Repli sur soi et désinvestissement
 - Inhibition de l'agressivité

- PRÉCISER les **idées de suicide**
- Caractère obsédant et impulsif
 - Intensité et degré d'élaboration
 - Répercussion sur l'entourage

Chez un Suicidant

- PRÉCISER :
- Motifs invoqués
 - Réaction affective
 - Éventuels équivalents suicidaires
 - Mobilisation des proches

CONDUITE À TENIR

Évaluation du risque suicidaire en vue d'une décision d'hospitalisation

- 1 - Pathologie psychiatrique sous-jacente : mélancolie, schizophrénie, idées délirantes
- 2 - Retentissement somatique : insomnie, anorexie, amaigrissement récent
- 3 - Antécédents personnels ou familiaux de conduites suicidaires
- 4 - Cause déclenchante : chômage, isolement affectif ++, alcool, toxicomanie
- 5 - Échec ou refus du traitement ambulatoire
- 6 - Qualité affective de l'entourage +++
- 7 - Sujet âgé
- 8 - Intensité du désir de mort, existence d'un projet précis
- 9 - Existence d'un syndrome pré-suicidaire :
 - Etablir une relation de confiance avec le patient (écoute et neutralité) ++
 - Envisager un suivi psychothérapeutique
 - Chimiothérapie en fonction de la pathologie sous-jacente

- **Syndrôme dépressif** : trouble de l'humeur
- **Thymie** : disposition qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur

HUMEUR DÉPRESSIVE

- Tristesse, douleur morale, pessimisme
- Anhédonie, anesthésie affective
- Culpabilité, autodévaluation
- Ruminations, idée d'incurabilité
- Idées suicidaires ++
- Anxiété souvent associée

INHIBITION PSYCHOMOTRICE

- Bradypsychie, perte de l'élan vital
- Bradyphémie, ton monocorde
- Troubles de la concentration et de l'attention, amnésie
- Amimie, aboulie, apragmatisme
- Asthénie à recrudescence matinale

SYMPTÔMES PHYSIQUES

- Insomnie (matinale ++), hypersomnie
- Anorexie, amaigrissement
- Perte de la libido
- Aménorrhée, constipation, polyalgie

FORMES CLINIQUES

- Dépression **primaire** (dépression mélancolique, maladie maniaco-dépressive)
- Dépression **secondaire** :
 - schizophrénie, délire chronique
 - alcoolisme, toxicomanie
 - personnalité psychopathique
 - dépression névrotique (personnalité ou névrose constituée)
- Dépression **masquée** (symptômes physiques au premier plan)
- Forme **pseudo-déméntielle** du sujet âgé (test thérapeutique par antidépresseur)
- Forme de **l'enfant** : difficultés scolaires, troubles du sommeil et de l'alimentation, insomnie, troubles du comportement
- Dépression **d'origine "organique"** :
 - iatrogène : réserpine, ALDOMET®, corticoïdes, HALDOL®, anorexigènes, TAGAMET®, isoniazide, bêta bloqueurs
 - endocrinienne : hypothyroïdie, diabète, Cushing, Addison, pré-ménstruel, post-partum, péri et post ménopausique
 - SEP, Parkinson, démence, traumatisme crânien, tumeur cérébrale
 - SIDA, hémopathies et autres affections de longue durée

SYNDROME DÉPRESSIF

SAVOIR ÉVALUER :

- Le **risque suicidaire +++**
- Le retentissement somatique

PRINCIPES DU TRAITEMENT

Hospitalisation (sous HDT si besoin) si :
haut risque suicidaire, mélancolie, retentissement somatique sévère, isolement affectif, échec du traitement ambulatoire, doute diagnostique

CHIMIOTHÉRAPIE

Antidépresseur (cf 381) associé à un traitement anxiolytique ou sédatif selon les symptômes cibles

ÉLECTROCONVULSIVO-THÉRAPIE

Mélancolie délirante, anxieuse, stuporeuse, très suicidaire

PSYCHOTHÉRAPIE

(cognitive, familiale, de soutien, analytique)

MESURES SOCIALES

Les démences sont des détériorations acquises globales et progressives des fonctions intellectuelles, spontanément irréversibles et liées à une affection organique

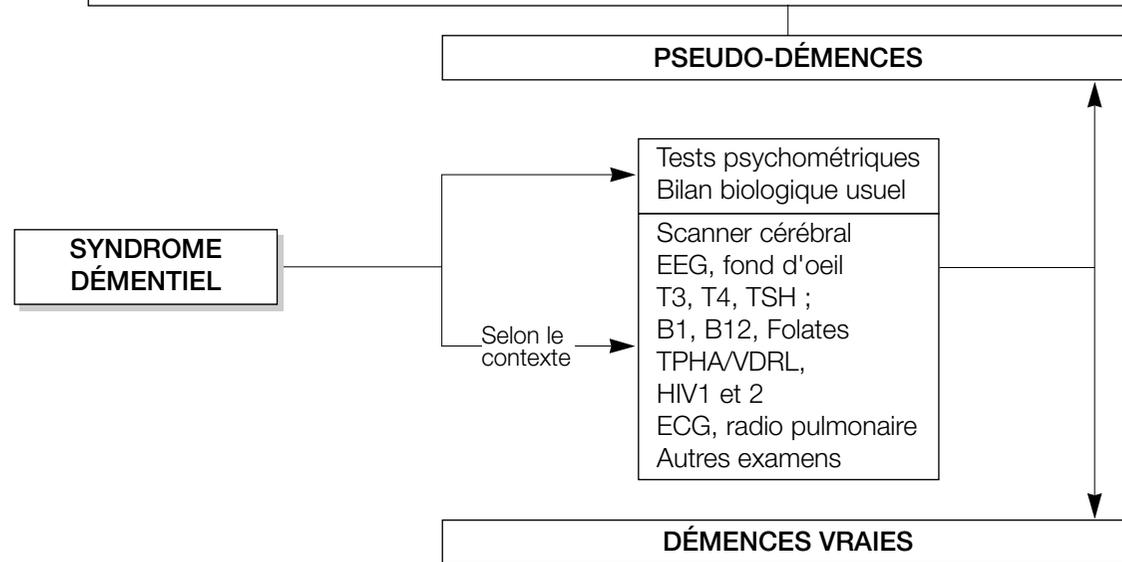
SÉMIOLOGIE

- 1. Troubles mnésiques :**
désorientation temporo-spatiale
- 2. Troubles du raisonnement et du jugement :** actes absurdes, désordre instinctuel, conduites asociales, perte du sens moral, idées délirantes (préjudice ++)
- 3. Troubles affectifs :** athymormie, labilité thymique, anxiété
- 4. Troubles des fonctions instrumentales :**
 - langage : manque de mot, jargonaphasie
 - agnosie, apraxie
- 5. Autres :** persévération de la pensée, distractibilité, réapparition de réflexes archaïques, stéréotypies

CAUSES CURABLES

- Hématome sous dural, hydrocéphalie à pression normale, tumeur cérébrale
- Hypothyroïdie, Cushing, Biermer, Wilson, hypo/hyper parathyroïdie, neurosyphilis

- **Neurologiques :** tumeurs cérébrales, hématome sous-dural chronique, hydrocéphalie à pression normale, syphilis tertiaire (paralysie générale)
- **Psychiatriques :** dépression (diagnostic différentiel par traitement antidépresseur d'épreuve)
- **Endocrino-métaboliques :** hypothyroïdie, hypo/hyperparathyroïdie, CUSHING, BIERMER, WILSON, carentiel (B1, B12, folates), sarcoïdose, lupus, maladie de WHIPPLE, post hypoglycémique, post anoxique
- **Cardio-vasculaires :** artériopathique



ADULTE JEUNE	40-50 ANS	50-65 ANS	> 65 ANS	À TOUT ÂGE
Maladie de WILSON	Maladie de PARKINSON			Intoxication au CO, aluminium, lithium, bismuth Alcool (cf 236, 237) Méningo-encéphalites Sclérose en plaques SIDA Séquelles de traumatisme crânien
	Chorée de HUNTINGTON	Démences vasculaires		
Maladies de surcharge à début tardif	Sclérose latérale amyotrophique	Maladie de PICK	Démences mixtes	
		Maladie de CREUTZFELD-JACOB		
	Maladie d'ALZHEIMER		Démence sénile pure	

ACCÈS MANIAQUE TYPIQUE

- Possible facteur favorisant :
 - traumatisme (deuil)
 - iatrogénie (corticoïdes)
- Début brutal ou prodromes
- Troubles variables
 - du comportement (désinhibition, agitation, hyperactivité, ludisme, prodigalité, familiarité, exaltation instinctuelle, tenue extravagante)
 - de l'humeur (euphorie, hypersyntonie, joviale)
 - de l'idéation (tachypsychie, hypermnésie, fuite des idées, logorrhée, tachyphémie, jeux de mots, fabulations, mégalomanie, sentiment de toute puissance)
- Retentissement somatique
 - insomnie (signe constant), hyperthermie (thermophobie), potomanie, hyperphagie
 ⇒ risque de déshydratation +++

ASPECTS INHABITUELS

- Hypomanie
- Manie délirante (délires congruents à l'humeur), confuse, furieuse
- Etat mixte

ASPECTS TROMPEURS

- Bouffée délirante polymorphe
- Syndrome confusionnel
- Manie atypique (schizophrénie)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Confusion, démence agitée, hyperthyroïdie
- Toxiques : cocaïne, hallucinogènes, alcool, L-dopa, amphétamine, isoniazide, corticoïdes

TRAITEMENT DE L'ACCÈS MANIAQUE

- **Urgence psychiatrique :**
 - hospitalisation (sous la contrainte si nécessaire)
 - sauvegarde de justice adressée au juge des tutelles
 - correction des troubles hydro-électrolytiques et métaboliques
- **Chimiothérapie neuroleptique**
 - voie IM pendant une semaine
 - relais per os avec doublement des doses pendant un mois, puis diminution progressive
- **Sous surveillance :**
 - pouls, TA, température
 - agitation, insomnie

CONDUITE THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT PRÉVENTIF

Mise en route d'un traitement par Lithium (après bilan) en cas de psychose maniaco-dépressive confirmée, à rechercher systématiquement

SYNDROME DÉLIRANT

- Organisation
- Mécanisme
- Thèmes
- Vécu délirant (adhésion, angoisse)

COMPORTEMENT

- Agitation
- Prostration

CONSCIENCE

SYMPTÔMES ASSOCIÉS

- Thymie
- Discordance
- Personnalité

ÉTAT DÉLIRANT AIGU

EXAMEN SOMATIQUE

Complet et systématique +++

- Neurologique : vigilance, syndrome focal
- Température, hydratation, sommeil
- Troubles digestifs

BILAN BIOLOGIQUE

- NFS, ionogramme sanguin, glycémie, urée, créatinine
- Selon contexte et orientation :
 - alcoolémie, toxiques sanguins et urinaires
 - TDM cérébral, EEG, ECG, fond d'oeil, radio pulmonaire
 - bilan infectieux

BILAN ÉTIOLOGIQUE

ÉTIOLOGIES PSYCHIATRIQUES

- Schizophrénie paranoïde : syndrome dissociatif
- Manie délirante, mélancolie délirante : trouble thymique associé
- Psychose puerpérale
- Bouffée délirante aiguë :
 - adulte jeune
 - délire polymorphe dans les thèmes, les mécanismes et les expressions
 - vécu délirant intense (agitation, angoisse)
 - altération de la conscience et de l'humeur fréquentes
 - durée brève (quelques heures à 2 mois) et régression complète
 - évolutions possibles : rémission complète (50%), récides (30%), pathologie psychiatrique constituée (20% = schizophrénie, trouble bipolaire, psychose hallucinatoire chronique)

ÉTIOLOGIES ORGANIQUES

- Neurologiques :
 - épilepsie
 - traumatisme cérébral
 - tumeur cérébrale
 - encéphalite virale (HIV), SEP
- Pharmacopsychose (toxique, médicamenteuse), alcool
- Endocrinopathie

CONDUITE À TENIR

(URGENCE PSYCHIATRIQUE)

HOSPITALISATION

- En service protégé
- Sous contrainte (HDT, HO) si nécessaire
- Atmosphère calme, rassurante
- Plus grande liberté possible

CHIMIOTHÉRAPIE

- Traitement neuroleptique sédatif d'action rapide et antiproductif
- En mono ou bithérapie
- IM avec relais per os dès que possible
- TERCIAN® 50 mg 1 amp. IM / 8 h

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

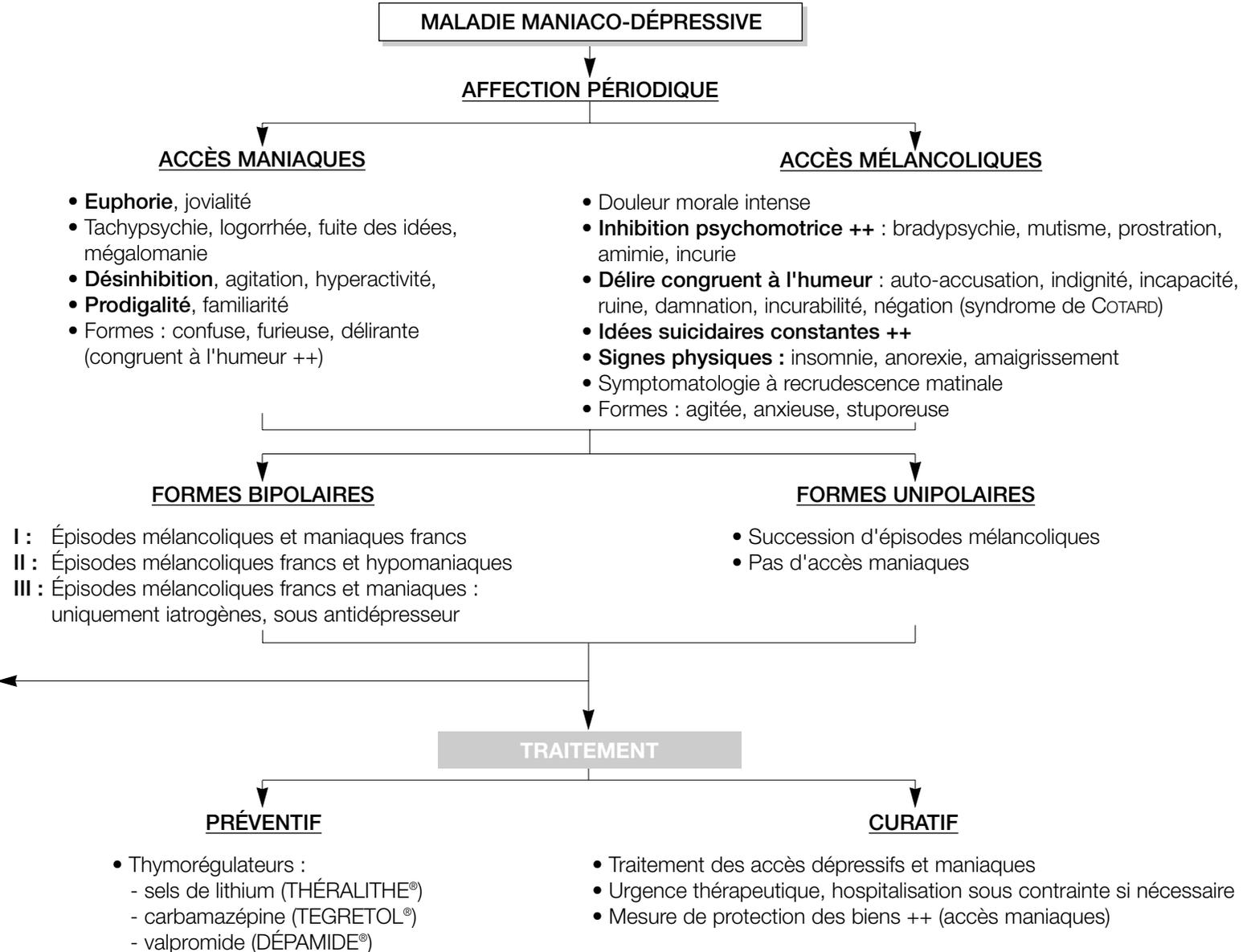
- Réhydratation, renutrition

PSYCHOTHÉRAPIE

- Dès la phase aiguë, entretiens réguliers
- Soutien +++ (référence à la réalité, réassurance)

NÉVROSES	PERSONNALITÉ	SYMPTOMATOLOGIE	RISQUES ÉVOLUTIFS	TRAITEMENT
D'ANGOISSE	Personnalité non spécifique	<ul style="list-style-type: none"> • Trouble anxieux généralisé : inquiétude permanente sans objet, anxiété anticipatoire et manifestations somatiques (sueurs, palpitations...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Raptus anxieux • Dépression • Toxicomanie, alcoolisme • Agoraphobie 	<ul style="list-style-type: none"> • Anxiolytiques en cures courtes • TCC, relaxation, psychothérapie d'inspiration analytique (PIP), psychothérapie de soutien, cure analytique
PHOBIQUE	Phobique <ul style="list-style-type: none"> • Inhibition, timidité, émotivité • Manque de confiance en soi 	<ul style="list-style-type: none"> • Angoisse déclenchée par situation, objet • Absence de caractère dangereux • Réassurance par objet contra-phobique • Conduites d'évitement • Formes cliniques : agoraphobie, phobies sociales, phobies simples (acrophobie, claustrophobie, nosophobie...), phobie d'impulsion (passage à l'acte rare) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépression, suicide • Toxicophilie, alcoolisme 	<ul style="list-style-type: none"> • Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) : relaxation, groupe d'affirmation de soi • PIP, psychothérapie de soutien, cure analytique • Anxiolytiques mais risque de pharmacodépendance
HYSTÉRIQUE	Hystérique (femme ++) <ul style="list-style-type: none"> • Demande affective intense, théâtralisme, mythomanie, érotisation des rapports sociaux, labilité, facticité et hyperexpressivité des affects, suggestibilité 	Conversion hystérique <ul style="list-style-type: none"> • Facteur déclenchant : choc émotionnel, conflit • Caractères du trouble : <ul style="list-style-type: none"> - prédomine au niveau des organes de relation - absence de systématisation anatomo-physiologique - grande variabilité du symptôme et suggestibilité - "belle indifférence" - bénéfices primaires et secondaires • Bilan somatique normal 	<ul style="list-style-type: none"> • Raptus suicidaire • Syndrome anxio-dépressif • Toxicomanie, alcoolisme • Désinsertion socioprofessionnelle • Conversions 	<ul style="list-style-type: none"> • Chimiothérapie en fonction des symptômes cibles • PIP, psychothérapie de soutien, cure analytique • Écoute attentive, ferme, neutre ++, évitant les pièges de la manipulation et de la séduction • Hypnose (suggestion)
OBSESSIONNELLE	<ul style="list-style-type: none"> • Obsessionnelle compulsive • Psychasthénique • Caractère anal 	<ul style="list-style-type: none"> • Obsessions : pensée insolite, imposée et reconnue comme absurde (egodystonique) • Compulsions : actes obsédants avec lutte anxieuse • Obsessions idéatives, phobiques, impulsives • Rituel de vérification ayant valeur conjuratoire 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépression ++, suicide • Toxicophilie, alcoolisme 	<ul style="list-style-type: none"> • TCC, relaxation, PIP, psychothérapie de soutien, cure analytique • Antidépresseur : posologies importantes (clomipramine, PROZAC®, DEROXAT®)

- **PMD = affection chronique d'évolution cyclique**
- Trouble thymique fait de l'alternance d'épisodes mélancoliques et maniaques avec intervalles libres asymptomatiques
- Caractère héréditaire (endogène)
- Début 20-30 ans



- Fréquence = 1 %, sexe ratio = 1
- Trouble **acquis**, débutant en fin de l'adolescence ou chez l'adulte jeune
- Polymorphisme clinique et évolutif

SYNDROMES SCHIZOPHRÉNIQUES**NOYAU SYMPTOMATIQUE****SYNDROME DISSOCIATIF**

- **Intellectuel :**
 - langage : fading, barrage, néologismes, schizophasie, écholalie, mutisme
 - pensée et raisonnement logique : persévérations, rationalisme morbide, coq à l'âne, distractibilité
- **Affectif :** athymormie, rires immotivés, froideur, régression instinctivo-affective
- **Comportement :** maniérisme, stéréotypies, paramimie, apragmatisme, catatonie

DISCORDANCE

- Ambivalence
- Bizarrie
- Impénétrabilité
- Détachement

AUTISME

- Perte du "contact vital" avec la réalité, déréalisation
- Asyntonie, négativisme, autisme

DÉLIRE PARANOÏDE

- Délire chronique (> 6 mois)
- Adhésion totale, impénétrabilité, dépersonnalisation, déréalisation
- Non systématisé, en réseau
- Mécanismes multiples : hallucinatoire > interprétatif, intuitif
- Thèmes multiples : persécution, grandeur, érotique...
- Automatisation mentale : hallucinations intra-psychiques ; syndrome d'influence, vol de la pensée, actes imposés

VARIANTES CLINIQUES**DÉBUT INSIDIEUX****DÉBUT AIGU**

- Agitation atypique
- Dépression atypique
- Accès délirant aigu
- Confusion

FORMES CLASSIQUES

- Forme simple
- Hébéphrénie
- Catatonie
- Forme paranoïde
- Héboïdophrénie

FORMES TROMPEUSES

- Schizophrénie dysthymique
- Schizophrénie pseudo-névrotique
- Schizophrénie pseudo-psychopathique

TRAITEMENT**HOSPITALISATION**

En HL ou HDT

CHIMIOTHÉRAPIES

- **Neuroleptiques :**
 - En fonction du symptôme cible = incisif, sédatif ou désinhibiteur
 - D'action rapide ou prolongée
- **Correcteurs**
- **Autres**

PSYCHOTHÉRAPIES

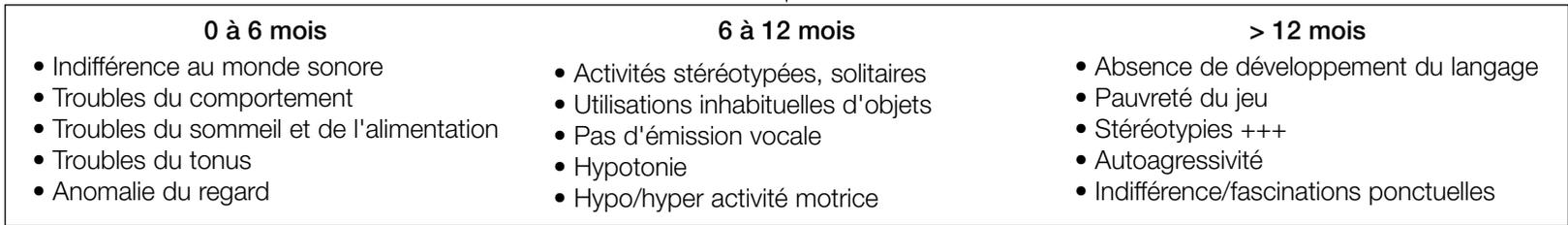
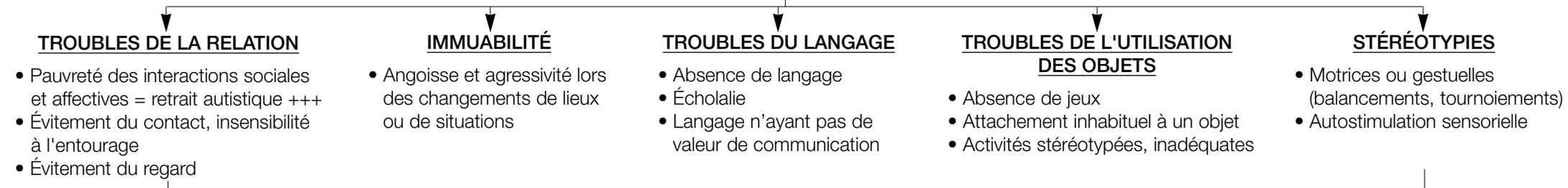
- Individuelle classique
- Familiale
- Comportementalo-cognitive

RÉINSERTION SOCIO-PROFESSIONNELLE

= COTOREP, CAT, AAH ...

- Âge d'apparition : 0 à 3 ans
- Fréquence : 2 à 5 pour 10 000
- Étiologies : génétique, neurologique, métabolique, environnementale
- Polymorphisme clinique et évolutif

SYNDROME AUTISTIQUE



- ### BILAN SYSTÉMATIQUE
- Audiométrie, potentiels évoqués auditifs
 - EEG, TDM cérébral (IRM)
 - Fond d'oeil
 - Caryotype
 - Endocrinien et métabolique complet
 - Sérologies virales
 - Orthophonique et psychomoteur

IDIOPATHIQUE +++
Environnementale

MALADIES INFECTIEUSES
Rubéole congénitale, CMV, toxoplasmose congénitale, syphilis, varicelle, rougeole, oreillons, encéphalite herpétique

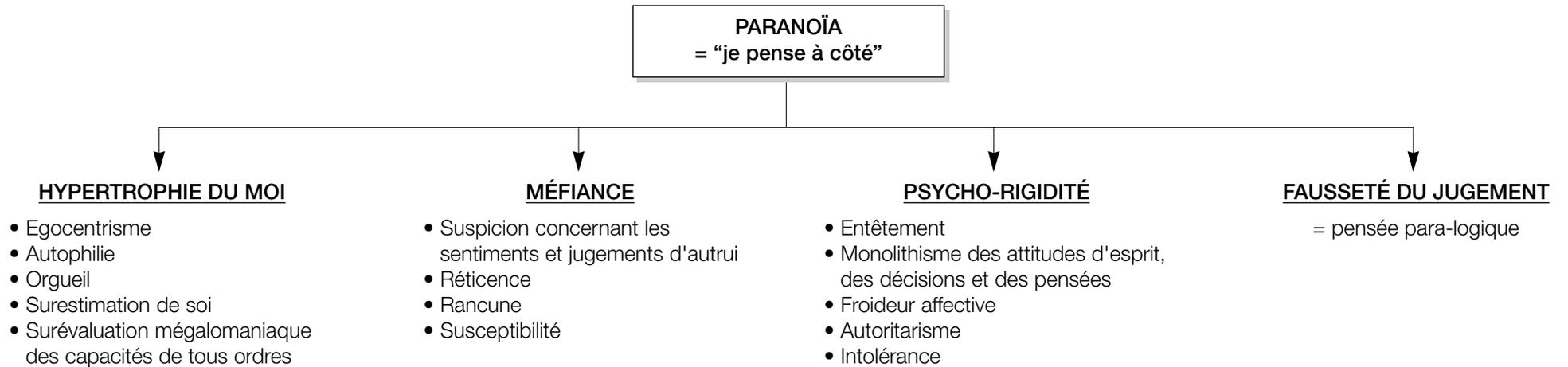
MÉTABOLIQUES
Phénylcétonurie, troubles des purines, acidose lactique, troubles du métabolisme du calcium ou du magnésium

ANOMALIES CHROMOSOMIQUES
Syndrome de l'X fragile, autres affections chromosomiques

NEUROLOGIQUES
Phacomatoses, hydrocéphalie, microcéphalie, syndrome de RETT, épilepsies (WEST et LENNOX-GASTAUT)

- Délire = perturbation grave du sens de la réalité associé à une conviction inébranlable
- Chronique : > à 6 mois
- Pas de désorganisation profonde de la personnalité
- Age d'apparition tardif (30-50 ans)
- Persistance d'une certaine adaptation

	TERRAIN/ PERSONNALITÉ PRÉEXISTANTE	SYSTÉMATISATION/ EXTENSION	MÉCANISME(S)	THÈMES	ÉVOLUTION	TRAITEMENT
DÉLIRES PARANOÏAQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Homme ++ • 30-50 ans • Personnalité paranoïaque : <ul style="list-style-type: none"> - psychorigidité - méfiance - hypertrophie du moi - fausseté du jugement 	<ul style="list-style-type: none"> • Très systématisé, pseudo-logique • En secteur (délire passionnel) ; en réseau (délire de persécution) 	<ul style="list-style-type: none"> • Interprétatif 	<ul style="list-style-type: none"> • Revendication <ul style="list-style-type: none"> - quérulents processifs - idéalistes passionnés - inventeurs - hypochondriaques • Passionnels <ul style="list-style-type: none"> - jalousie (alcoolique) - érotomanie (phase d'espoir, de dépit puis de rancune) • Délire d'interprétation <ul style="list-style-type: none"> - persécutif +++ • Délire de relation des sensitifs <ul style="list-style-type: none"> - hyposthénique, plaintif, tonalité dépressive mais sans culpabilité 	<ul style="list-style-type: none"> • Insidieux • Progressif • Extension du délire • Éthylisme • Passage à l'acte 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation si dangerosité (HO) • Éviter HDT ++ • Continuité des soins primordiale • Neuroleptiques sédatifs (intérêt des NAP) • Antidépresseur pour délire sensitif • Psychothérapie et réinsertion socioprofessionnelle
PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Femme ++ • 50 ans 	<ul style="list-style-type: none"> • ± systématisé • En secteur 	<ul style="list-style-type: none"> • Hallucinatoire • Automatisme mental (constant) 	<ul style="list-style-type: none"> • Persécution • Influence • Possession 	<ul style="list-style-type: none"> • Début progressif ou brutal • Enkystement du délire 	<ul style="list-style-type: none"> • Neuroleptiques (intérêt des NAP)
PARAPHRÉNIE	<ul style="list-style-type: none"> • Sexe ratio = 1 • 35-40 ans 	<ul style="list-style-type: none"> • Non systématisé • En secteur 	<ul style="list-style-type: none"> • Imaginatif 	<ul style="list-style-type: none"> • Fantastique 	<ul style="list-style-type: none"> • Par poussées • Périodes de rémission 	<ul style="list-style-type: none"> • Action aléatoire des neuroleptiques mais adaptation sociale longtemps conservée



GRAVIDITÉ	SYNDROME DU 3 ^{ème} JOUR ("post-partum blues")	DÉPRESSION DU POST-PARTUM	PSYCHOSES PUERPÉRALES
<ul style="list-style-type: none"> • Décompensations <ul style="list-style-type: none"> - anxieuses - névrotiques plus structurées (phobies) • Troubles mineurs du comportement <ul style="list-style-type: none"> - labilité émotionnelle, craintes - boulimie - troubles neuro-végétatifs • Dépression • Accès mélancoliques (rare) <ul style="list-style-type: none"> - proche du terme, note confusionnelle • Décompensation psychotique (rare) <ul style="list-style-type: none"> - bouffée délirante aiguë - aggravation d'un état psychotique antérieur 	<ul style="list-style-type: none"> • Très fréquent (50% à 85%) • Bénin, transitoire (< à 8 jours) • Contemporain de la montée laiteuse • Associe : <ul style="list-style-type: none"> - asthénie, tristesse, pleurs - insomnie, plaintes somatiques - susceptibilité, sentiment d'incapacité, crainte pour l'enfant • Risque évolutif : dépression majeure (20%) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fréquent (10 à 20 %) • Début dans les 2 premières semaines du post-partum mais peut survenir plus tard • 1^{er} épisode dépressif dans 60% des cas • Facteurs de risque : <ul style="list-style-type: none"> - antécédents dépressifs personnels ou familiaux - grossesse pathologique ou non désirée - mésentente conjugale - anxiété et dépression durant la grossesse • Syndrome dépressif avec : <ul style="list-style-type: none"> - asthénie, irritabilité, pleurs - intolérance vis à vis de l'enfant - phobies d'impulsions - insomnie 	<ul style="list-style-type: none"> • Début typiquement dans les 6 premières semaines du post-partum • Risque d'infanticide +++ • Épisodes thymiques <ul style="list-style-type: none"> - trouble bipolaire avec manifestations psychotiques (délire) - mélancolie délirante : risque suicidaire et altruiste +++ • Bouffées délirantes aiguës <ul style="list-style-type: none"> - note confusionnelle (fréquente) - délire polymorphe - bon pronostic • États délirants paranoïdes et dissociatifs <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">Intérêt de l'hospitalisation MÈRE + ENFANT</p>

ANOREXIE MENTALE**DIAGNOSTIC**

- Prédominance féminine (10 filles/1 garçon)
- Age de début : 15 à 18 ans
- ⇒ Diagnostic **clinique** sur l'apparition (souvent après régime amaigrissant) de :
 - **CONDUITES ANORECTIQUES**
 - Restriction alimentaire méthodique
 - ± épisodes boulimiques avec vomissements
 - ± utilisation de laxatifs
 - **AMAIGRISSEMENT**
 - Jusqu'à 20 à 30 % du poids du corps (voire 50 % = cachexie)
 - Avec hypoglycémie, hyponatrémie, hypokaliémie
 - **AMÉNORRHÉE**
 - Habituellement réversible avec la reprise de poids
 - **CONDUITES ANNEXES**
 - Hyperactivité physique et intellectuelle
 - Désintérêt pour la sexualité

TRAITEMENT

- **ISOLEMENT ET HOSPITALISATION**
 - Pour établir une relation thérapeutique
 - Pour amorcer la reprise de poids
- **MESURES DE RÉANIMATION**
 - Si la survie est en jeu (désordres métaboliques)
- **RELATION THÉRAPEUTIQUE**
 - Avec la malade :
 - psychodrame analytique
 - psychothérapie classique
 - psychothérapie psychanalytique
 - Avec les parents = groupe de parents d'anorexiques
 - Avec la famille = thérapie familiale

BOULIMIE**DIAGNOSTIC**

- Prédominance féminine (3 à 4 filles/1 garçon)
- Age de début : 12-14 ans ou 18-19 ans
- ⇒ Diagnostic **clinique** sur :
 - **LE SYNDROME BOULIMIQUE =**

Accès de fringale caractérisés par :

 - un sentiment de perte de contrôle de la capacité à se limiter
 - la crainte de devenir gros, d'où vomissements, laxatifs, régimes ...
 - **ASSOCIATION À :**
 - **Modifications pondérales**
 - 15 % de boulimiques obèses
 - 15 % de boulimiques avec déficit pondéral
 - **Autres addictions**
 - automédication (anxiolytiques, somnifères)
 - alcoolisme
 - pharmacodépendance (anorexigènes, amphétamines)
 - **Dépression** : dévalorisation, culpabilité, désespoir, troubles du sommeil

TRAITEMENT

- **HOSPITALISATION**
 - Interrompt l'escalade des crises de boulimie
 - Début de "rééducation" par programme diététique
- **CHIMIOTHÉRAPIE**
 - = Antidépresseurs, même en l'absence de perturbations thymiques
- **TRAITEMENTS RELATIONNELS**
 - Thérapie comportementale
 - Thérapie de groupe
 - Psychodrame
 - Psychothérapie classique
 - Cure analytique