

PSYCHOSES DELIRANTES AIGUES

Introduction :

- Psychose délirante aiguë dite aussi bouffée délirante aiguë (BDA : terme classique ancien), bouffée délirante polymorphe, trouble schizophréniforme.
- Etat délirant d'installation brutale, à la symptomatologie riche et polymorphe, dont l'évolution est rapidement et spontanément résolutive, avec retour à l'état psychique antérieur.
- survient surtout chez des sujets jeunes (18-35 ans).
- Urgence psychiatrique (symptomatologie bruyante, sujet dangereux pour lui-même ou autrui)
- Gravité des troubles du comportement
- nécessite une prise de charge spécifique (hospitalisation en psychiatrie)

Description clinique :

- Début brusque « délire d'emblée » (coup de tonnerre dans un ciel serin) +++
- Rupture avec la vie antérieure, ou discrète phase prodromique ;
- Présence d'événement ou de conditions déclenchantes inconstante : choc émotionnel, échec, deuil, ruptures avec les repères affectifs.

NB : Le délire « conviction intime et inébranlable en une ou plusieurs idées en opposition avec la réalité » non accessibles au raisonnement ou à la critique ;

- **Délire** caractérisé par ses thèmes, ses mécanismes, sa systématisation et le vécu affectif du patient ;

- Thèmes délirants, variables et multiples, surtout persécutions et grandeur (mégalomaniaque) parfois thèmes mysticoreligieux, érotomaniaques ...

- Thèmes se succèdent, s'intriquent et s'enchevêtrent, sans lien logique entre elles.

- Mécanismes délirants : tous peuvent être retrouvés et s'intriquer.

- + Hallucinations psychosensorielles surtout auditives et cénesthésiques
- + Hallucinations intrapsychiques (automatismes mentaux, avec sensation de vol de la pensée)
- + Interprétations erronées à travers un fait réel.
- + Intuitions subites.
- + Débordements imaginaires.

- Absence de systématisation : pas de structuration logique explicative des idées délirantes flou.

Donc :

Délire polythématique à mécanismes multiples, flou, non systématisé, sans cohérence mobile et change dans le temps = délire paranoïde

- Vécu délirant : intense.

- Participation affective et adhésion au délire intense bouleversement des repères personnels et extérieurs du sujet.

- Dépersonnalisation et déréalisation profondes.

- altération profonde de la notion du temps : défilé de temps catatonique, télescopages (# de la désorientation temporo-spatiale)

- L'humeur : perturbations thymiques quasi constantes : labilité de l'humeur en rapport avec les propos délirants : euphorie stress : oscillations rapides et fréquentes.

- L'anxiété : omniprésente, peut être dangereuse pour le patient lui-même.

- Le comportement : témoigne des fluctuations de l'humeur et du délire. De l'excitation à la stupeur. Délire vécu et agit : fugues, voyages pathologiques, actes médico-légaux (la tentative d'explication peut engendrer des réactions violentes)

- L'état de conscience : lucidité tantôt bonne, tantôt altérée avec obnubilation.

Attention focalisée sur l'expérience délirante # état confusionnel.

Diagnostic positif :

- Diagnostic positif de BDA en général facile

- Se base sur les renseignements obtenus auprès de l'entourage Examen psychiatrique du patient

- Repose sur :

_ Apparition brutale de gros troubles du comportement chez un sujet jeune.

_ Caractères poly thématique et polymorphe du délire (paranoïde)

_ Conviction et vécu délirant intenses ;

_ Oscillations rapides de l'humeur ;

_ Présence d'une anxiété importante ;

_ Absence d'altération profonde de la conscience ;

Diagnostic étiologique :

- Le plus souvent, BDA sans relation patente avec agent causal : expérience délirante primaire. (BDA idiopathique) ;

- BDA franchement réactionnelle à un traumatisme émotionnel coloration affective importante : deuil, séparation, isolement ... (de bon Pc)
 - BDA secondaire à une agression cérébrale (infectieuse, toxique, traumatique, vasculaire) tableau clinique confuso-délirant.
 - BDA dans le post-partum immédiat : psychose puerpérale
- L'enquête étiologique se fonde sur une anamnèse et un examen approfondis.

Diagnostic différentiel :

- Le syndrome confusionnel +++ urgence médicale (confusion mentale = agression cérébrale toxique, traumatique, métabolique, vasculaire...) ;
(Tableau aigu + trouble d'orientation spatiotemporel) pas d'urgence psychiatrique.
- Accès maniaque (manie délirante) (persécution, grandeur) ;
- Poussée processuelle de schizophrénie (patient Déjà schizophrénie donc différentiel à l'anamnèse)
- Autres états aigus : ivresses pathologiques, épisodes crépuscule (hystérie), conversion psychique délirante de l'hystérie, paroxysmes épileptiques (EEG).

Évolution pronostic :

- Premières descriptions (Magnan) : « Sans conséquences, sinon sans lendemain »
- A court terme : résolution en quelques jours à quelques semaines ;
- Fin brusque ou progressive (traitement : raccourcit la durée d'évolution) ;
- Devenir ? Se précise avec le temps, au fur et à mesure de prise en charge ;
- BDA = épisode unique : 10 à 50% ;
- Evolution intermittente : 30 à 50% ;
Soit récides d'accès du même type, avec restitution ad intergrum ;
Soit survenue ultérieurs d'épisodes plus nettement thymiques → maladies maniaco dépressive (trouble bipolaire).
- Evolution vers une schizophrénie : 20 à 60%, soit d'un seul tenant soit après répétition de plusieurs accès ;
- Cette diversité évolutive place les BDA comme diagnostic d'attente (< 6 mois). On ne peut prévoir le pronostic qu'au fur et à mesure de l'évolution ; +++
- Certains éléments sont retenus comme facteur de bon et de mauvais pronostic. +++
(voir tableau +++)

Eléments de bon pc (guérir)	Eléments de mauvais pc (schizophrénie)
<ul style="list-style-type: none"> - personnalité antérieure extravertie et bien adapté - début brutal, caractère aigu de l'épisode et sa rapide rétrocession - symptomatologie comportant des éléments dysthymiques importants - richesse et polymorphisme du délire - symptomatologie comportant des signes confusionnels - existante des facteurs précipitants manifestes, environnementaux et psychologiques - absence d'antécédents familiaux de schizophrénie 	<ul style="list-style-type: none"> - personnalité schizoïde, mal adaptée et repliée - début sub-aigu précédé de manifestations insidieuses - absence de troubles de l'humeur et d'angoisse pendant l'épisode aigu, avec appauvrissement des affectes - pauvreté du délire - absence de trouble de la conscience - absence de facteurs précipitants - antécédents familiaux de schizophrénie

Prise en charge de BDA :

- La prise en charge de la BDA comprend deux phases : Traitement phase aigu ;
Traitement ultérieur

A- La phase aigue :

- BDA = urgence psychiatrique ;
- Hospitalisation nécessaire dans la majorité des cas ; Parfois difficile à faire admettre au patient (ne se reconnaît pas malade...) ;
- Le traitement médicamenteux vise à réduire l'agitation, le délire et les troubles de l'humeur ; → TRT symptomatique
- Administration de neuroleptiques ou antipsychotiques incisif ... action antidélirante, antihallucinatoire ;
- Neuroleptiques incisifs : action sur le délire et les hallucinations (haldol*/ zyprexa*/ zeldox*)
- En cas d'agitation importante, associer un neuroleptique sédatif (nozinan*/largactil*)

- La voie injectable intramusculaire est préférée en phase aiguë pour son action plus rapide (surtout si le patient refuse d'avaler le médicament), puis on passe à la voie orale (dès que l'agitation, agressivité diminue (3-4jrs) ;
- Associer au besoin des correcteurs extrapyramidaux (Artan*) et végétatifs (effortil*, Heptamyl*) ;
- Recours à la sismothérapie exceptionnelle (résistance > 3 semaines) :

Eléctro-convulsivo-thérapie = électroimpulsion sur crâne (sous anesthésie générale)

→ crise épileptique → réduction des symptômes délirants (10 à 12 séances).

B- Traitement ultérieur :

- Les symptômes psychotiques peuvent céder relativement vite au traitement ;
- Plus rarement persistent plusieurs semaines avant de disparaître complètement ;
- Maintenir le traitement 6 à 12 mois après la rémission +++ (car risque de rechute)
- Réduction progressive des doses jusqu'à la dose minimale efficace, en monothérapie ;
- Prise en charge au long cours en ambulatoire
- Mesures de réinsertion sociale et professionnelle.