

Psychose et délire chroniques Q278

(Pour mémoire :
Q199 confusion Q184 agitation et délire aigus)

Psychiatrie adulte Module D
Pr Jean Louis Senon
Année Universitaire 2002-2003

Plans et objectifs

- Psychoses aiguës : confusion et bouffée délirante
- Psychoses chroniques : schizophrénie et délires chroniques
- Diagnostic positif
- Diagnostic différentiel
- Conduite à tenir

Psychoses aiguës

- Confusion Mentale CM
 - Histoire
 - Clinique
- Bouffée délirante Aiguë BDA
- Psychoses Puerpérales PP (voir pathologies de la puerpéralité)

Le syndrome confusionnel : prodromes

- Une rupture dans le comportement du patient:
 - Agitation, irritabilité
 - Anxiété, insomnie
 - Variabilité de l'état de vigilance et de conscience
 - Cauchemars, hallucinations visuelles
 - Signes de pancarte

Syndrome confusionnel : phase d'état(1): la confusion

- Trouble de la vigilance et de la conscience
 - Fluctuation de la vigilance entre sommeil et hypervigilance suspicieuse
 - Fluctuation de la conscience : d'obscureissement à la stupeur ou au coma
- Trouble de l'attention : aprisexie
 - Incapacité à fixer l'attention, distractibilité
- Trouble de la mémoire antérograde de fixation
- Désorientation temporelle et spatiale

Syndrome confusionnel : phase d'état (2) : délire onirique

- Délire onirique : délire proche du rêve
 - Hallucinations visuelles, tactiles, cénesthésiques
 - Mécanismes délirants variés : illusions, interprétations,
 - Thèmes : visions effrayantes, scènes familiales ou professionnelles matérialisation de l'angoisse
 - Organisation désordonnée au gré des changements de l'environnement
 - Adhésion au délire et réactivité défensive prise pour agressivité du patient

Syndrome confusionnel : phase d'état(3) : signes associés

- Variabilité nycthémérale et perplexité anxieuse
- Désorganisation de la pensée
 - Discours décousu
 - Trouble de la compréhension
- Trouble de la perception
 - Interprétation, illusions, **hallucinations visuelles prépondérantes**
- Perturbations motrices : carphologie : mouvements de mains
- Troubles émotionnels : anxiété, irritabilité, fureur
- Troubles du sommeil : inversion nycthémérale

Multiplicité des formes cliniques

- Confusions stuporeuses
- Confusions délirantes faisant poser à tort le diagnostic de psychose aiguë et orienter le malade en psychiatrie
- Confusions d'allure hypomaniaques
- Confusions d'allure dépressive

Diagnostic étiologique (1)

- Confusions infectieuses
 - Méningites, septicémies, typhoïde, abcès cérébraux, chocs toxi-infectieux...
- Confusions métaboliques
 - Hypoglycémies et comas diabétiques
 - Acidose, alcalose, hypoxie, I Respi, anémies...
- Confusions traumatiques cérébrales
 - HSD, HED, contusions

Diagnostic étiologique (2)

- Épilepsie :
 - Confusion post-critique, état de mal, crises temporales.
- Vasculaires :
 - Accidents ischémiques.
- Sevrages :
 - Alcool : pré-DT, DT.
 - BZD, opiacés...

Diagnostic étiologique (3)

- Intoxications accidentelles :
 - CO, pesticides, solvants, champignons
- Intoxications volontaires suicidaires
- Endocriniennes
 - hypo et hyperthyroïdie, hyperparathyroïdie, panhypopituitarisme, I surrénale
- Carencielles :
 - Avitaminoses B
- Tumorales : cérébrales

Diagnostic étiologique (4)

- Chirurgie
 - Post-opératoire
 - Brûlures
- Obstétricales
- Psychologiques et psychiatriques
 - Stress psychique intense, catastrophes
 - Trouble adaptation à la maladie

Conduite à tenir devant CM

- Hospitaliser
 - Samu
 - HDT
- Isoler dans pièce éclairée, rassurer
- Retentissement somatique
- Bilan étiologique
- Traitement de la cause
- Tranquillisant ou neuroleptique sédatif

Bouffée délirante

psychose délirante aiguë

- Histoire française, concept français :
 - Magnan : 1895 : bouffée délirante polymorphe :
 - ❖ « Coup de tonnerre dans un ciel serein »
 - ❖ « Sans conséquences sinon sans lendemain »
 - ❖ Polymorphisme du délire et de ses thèmes
 - ❖ Rapporté à la « dégénérescence »
 - Critique du concept évolutif :
 - ❖ Évolution vers une psychose Maniaco-dépressive
 - ❖ Évolution vers une schizophrénie
- Dans le DSM IV : schizophrénie aiguë ou psychose réactionnelle brève

Bouffée délirante : clinique

- Début :
 - Brutal, sans prodromes : « délire d 'emblée »
 - Prodromes brefs : dysphorie, anxiété
- Phase d 'état :
 - Délire polymorphe
 - Composante confusionnelle
 - Troubles de l 'humeur
 - Troubles du comportement

Délire polymorphe de la BD non organisé

- Polymorphisme des thèmes :
 - Persécution, grandeur, mystique, influence, possession,
- Polymorphisme des mécanismes :
 - Imagination, intuition, interprétation, hallucinations
- Polymorphisme des hallucinations mais **prépondérance auditive** (contrairement à la confusion)
- Déréalisation et dépersonnalisation

Composante confusionnelle de la BD

- Désorientation temporelle
- Désorientation spatiale
- Perturbation du sommeil : insomnie totale
- Variabilité de la présentation dans la journée

Humeur dans la BD

- Varie en fonction du thème délirant
 - Affects dépressifs quand délire de persécution
 - élation pseudo-maniaque devant un délire mystique
- Varie dans la journée

Troubles du comportement dans la BD

- Agitation clastique
- Agression du supposé persécuteur
- Fugues
- Prostration
- Automutilation
- Suicide

Pronostic de la BD

<i>Clinique</i>	<i>Vers schizo</i>	<i>Vers PMD</i>
<i>Début</i>	insidieux	brutal
<i>Personnalité</i>	schizoïde	cyclothyme
<i>ATCD famili</i>	schizo	PMD
<i>Thèmes</i>	influence, mystique	polymorphes
<i>Mécanismes</i>	flous	polymorphes
<i>Critique</i>	faible	possible

Évolution de la BD

- 1/3 : Sans lendemain
- 1/3 : Vers une PMD et un trouble bipolaire
 - ATCD familiaux de PMD
 - Personnalité cyclothyme
 - Trouble de l'humeur pendant l'accès
- 1/3 : Vers une schizophrénie
 - ATCD familiaux de schizophrénie
 - Personnalité schizoïde

Diagnostic différentiel de la BD

- Confusion mentale
- Poussée processuelle de schizophrénie
- Poussée processuelle de PMD
- Ivresse pathologique
- État de mal, épilepsie temporale
- Prise de toxiques

Conduite à tenir devant BD

- Hospitalisation le plus souvent HDT
- Traitement neuroleptique polyvalent et antipsychotique :
 - IM éventuellement initialement
 - per os par la suite

Psychoses chroniques

Incidence de la cassure psychotique en fonction de l'âge

Histoire de la séparation des psychoses chroniques

Clinique de la schizophrénie

Schizophrénie : mode de début, Schizophrénie paranoïde

Paranoïa et délires paranoïaques

PHC

Psychoses chroniques en fonction de l'âge

- Enfant : régression et perte de l'acquis : psychoses infantiles
- Adolescent : suspension de l'évolution intellectuelle, désorganisation de la pensée: hétérophrénie
- Adulte jeune : altérations de la motricité : catatonie
- Adulte 30 ans : délire paranoïde : schizophrénie paranoïde
- Adulte quarante ans : délire paranoïaque : psychoses paranoïaques
- Adulte 60 ans : paraphrénie

Histoire

- XIX^e siècle Morel : "démence précoce"
- 1893 : Kraepelin : clinique de la démence précoce"
- 1908 : Bleuler : schizophrénie
 - "Troubles des processus associatifs"
 - "Maladie de la dissociation psychique"
- 1939 : Schneider
 - Hallucinations
 - Sentiments imposés : commentaire des actes, divulgation et vol de la pensée
- 1952 : Delay et Deniker : chlorpromazine

Épidémiologie de la schizophrénie

- Incidence annuelle : 0,1 à 0,5 pour 1000
- Prévalence : 2,5 à 5,3 pour 1000
- Risque vital cumulé : 0,8 %
- Pas de différence significative entre les deux sexes

Clinique

- Pas de signe pathognomonique des schizophrénies
- Phase de début
 - Incertitude diagnostic, d'évolution
- Phase d'état
 - Le diagnostic peut s'appuyer sur l'analyse de l'évolution des symptômes
- 3 grands syndromes
 - Syndrome de discordance
 - Syndrome délirant
 - Syndrome déficitaire

Syndrome de discordance (1)

- Spaltung (Bleuler) : désorganisation, dislocation des fonctions psychiques
- bizarrerie des schizophrènes
 - contact, façon de s'habiller, de se mouvoir ...
- ambivalence affective
- discordance idéo-affective
- maniérisme, stéréotypies
- Catatonie : oppositionnisme, négativisme, stupeur
- Catalepsie : maintien des attitudes
- Echopraxie (imitation des gestes)

Syndrome de Discordance (2)

- Echomimie
- Idées mal associées, sans logique
- Réponse à côté, néologismes
- Raisonnement pseudo-rationnel (rationnalisme morbide)
- Schizophasie
- Fading
- Barrages

Syndrome délirant

- Délire mal systématisé (discordance)
- Mécanismes souvent hallucinatoire et interprétatif
- Automatismes mentaux
 - Hallucinations intra-psychiques
 - Syndrome d'influence (pensées imposées, vol de la pensée)
- Adhésion totale au délire, pas de critique
- Passages à l'acte
 - Suicide, agression, meurtre

Syndrome déficitaire et autistique

- Retrait et repli sur soi
- Athymhormie (perte de l'élan vital)
- Émoussement, froideur, indifférence affective
- Appauvrissement de la pensée, du discours
- Pensée abstraite, bizarre
- Apragmatisme, clinophilie, incurie
- Handicap social et professionnel

Autres symptômes

- Angoisse de morcellement, de néantisation
 - Dépersonnalisation
 - Déréalisation
- Troubles de l'humeur
 - Excitation pseudo maniaque
 - Dépression
 - Schizophrénie dysthymique ou trouble schizo-affectif
- Phobies, obsessions atypiques
- Troubles des conduites sociales
 - Héboïdophrénie
- Toxicomanie, alcoolisme
 - Angoisse psychotique, combler le vide psychique

Phase de début : « mode d'entrée »

- Début classique entre 15 et 25 ans
 - Plus tardif chez les femmes
- Attention au diagnostic trop précoce et abusif !
 - Diagnostic après au moins une année d'évolution
- Début aigu, bruyant
 - Signes positifs, BDA, trouble thymique aigu atypique, syndrome catatonique aigu
- Début insidieux
 - Repli apathique, fléchissement scolaire, bizarreries, préoccupations mystiques, philosophiques

Modes d'entrée (suite)

- Sémiologie d'emprunt
 - Obsessions étranges, non critiquées, phobies envahissantes
 - Dismorphophobie
 - "Anorexie mentale" sous tendue par un délire
 - Passages à l'acte inopinés
- Diagnostic porté par
 - Évolution sous traitement, non récupération complète
 - Signes psychotiques non critiqués
 - Dévoilement de symptômes positifs et négatifs

Schizophrénie : phase d'état : symptômes positifs

- Variables, inconstants, en poussée (moments féconds) ou chroniques
- Délire non systématisé, incohérent, bizarre
- Thèmes délirants variés : persécution (paranoïde), mystique, influence, mégalomaniaques, filiation ...
- Mécanismes variés, combinés : hallucinations, interprétations, intuitions, imagination, illusions
- Grand et petit automatisme mental
- Adhésion totale au délire
- Absence de critique
- Variation de l'humeur brutale
- Stéréotypies

Schizophrénie : phase d'état : symptômes négatifs

- Stables après un temps d'évolution
- Forme grave déficitaire hébéphrénique
- Diminution de l'attention et de la concentration
- Troubles du langage et du jugement
- Retrait affectif, désintérêt
- Apragmatisme , indécision, ambivalence
- Difficultés sociales, retrait social
- Au maximum "autisme schizophrénique"

Schizophrénie : phase d'état : discordance

- Présentation, contact étrange, bizarres
- Association de symptômes positifs et négatifs
- Tenue singulière, dysharmonieuse
- Intelligence qui paraît amoindrie mais conservation de jugements critiques, de remarques pertinentes

Formes cliniques

1. Hébéphrénie

- type désorganisé du D.S.M. IV
- dominée par le syndrome déficitaire et la discordance
- personnalité prémorbide pathologique
- délire présent mais peu élaboré (persécution, influence surtout)
- typiquement repli autistique au domicile parental, maniérisme
- parfois explosions de violence (angoisse)
- traitement médicamenteux moins efficace

Formes cliniques

2. Schizophrénie paranoïde

- Symptômes négatifs moins profonds que dans l'hébéphrénie
- Discordance et idées délirantes au premier plan
- Plus sensible au traitement, moins déficitaire, meilleur pronostic social

3. Héboïdophrénie

- Comportements antisociaux, discordance, délire paranoïde

4. Catatonie

- Rare, négativisme, stupeur, écholalie, echopraxie
- Sensible à la sismothérapie

5. Schizophrénie résiduelle ou simple

Évolution de la schizophrénie

- Phase prémorbides
 - Personnalité schizoïde ou schizotypique
- Phase prodromale
 - Souvent passe inaperçue
 - Baisse insidieuse du fonctionnement, bizarreries ...
- Phase d'état
- Phase résiduelle post-psychotique
 - Évolution épisodique avec symptômes minimes "résiduels"

Hypothèses étiologiques de la S

- voies dopaminergiques et sérotoninergiques
 - neuroleptiques atypiques rispéridone, clozapine
- facteur génétique
 - risque morbide de 50% pour le jumeau homozygote d'un schizophrène, 20% chez les dizygotes
 - risque morbide de 10% dans la fratrie
 - études d'adoption
- virus neurotrope contracté pendant la grossesse ?
- Théories neurodéveloppementales
 - facteurs éducationnels parentaux

Complications de la S

- Délire chronique ne répondant plus au traitement
- Évolution déficitaire : appauvrissement mental, déficit, désocialisation
- Dépression secondaire
 - Traitement neuroleptique, absence de délire, prise de conscience douloureuse du handicap
- Suicide (1/10?) en rapport avec le délire ou la dépression
- Passage à l'acte médico-légal
- Toxicomanies
- Complication du traitement

Diagnostic différentiel de la S

- Pathologies organiques
 - hypothyroïdie, syphilis tertiaire, tumeur cérébrale...
- Trouble de l'humeur avec symptômes psychotiques
 - antécédents familiaux, rémission complète entre les accès, sensibilité au traitement
- Psychose aiguë
 - BDA, psychose réactionnelle brève (trouble de l'adaptation)
- Délire chronique
 - absence de désorganisation de la pensée, délire circonscrit

Diagnostic différentiel (suite)

- Trouble anxieux grave
 - Jugement demeure intact, critique des symptômes
- Trouble de la personnalité
 - Personnalités émotionnellement labiles "borderline", paranoïaques sensitive
- Psychose infantile "vieillie", retard mental
 - Anamnèse, absence de cassure dans le développement du sujet

CAT devant une S

- En phase aiguë
 - Hospitalisation
 - Neuroleptiques
 - Soutien psychothérapique
- En phase résiduelle
 - Maintien aux plus petites doses des neuroleptiques
 - Accompagnement psychothérapique du sujet et de sa famille : évite le repli autistique, les rechutes, acceptation du traitement, maintien du contact relationnel
 - Accompagnement et réhabilitation socio-professionnelle

Délires Chroniques

- S'opposent à la schizophrénie car
 - Pas de dissociation
 - Pas d'évolution déficitaire
- 3 grandes entités cliniques
 - Paranoïa
 - Psychose hallucinatoire chronique
 - Paraphrénie
- 3 phases évolutives
 - Invasion où le délire se met en place
 - État
 - Enkystement du délire

Paranoïa

- Forme la plus fréquente des délires chroniques
- Souvent personnalité prémorbide paranoïaque
- Délire potentiellement dangereux, risque de passage à l'acte médico-légal (HDT ou HO)
- Facteurs favorisants
 - Troubles de la personnalité
 - Éthylisme
 - Troubles thymiques
 - Situations de stress

Paranoïa et délires

- Délires passionnels, en secteur
 - érotomanie, conviction délirante d'être aimé avec phase d'espoir, de dépit, de rancune (passage à l'acte)
 - délire de jalousie avec interprétations et intuitions délirantes. Passage à l'acte (crime "passionnel")
 - délire de revendication
 - ❖ quérulents processifs
 - ❖ idéalistes passionnés
 - ❖ inventeurs méconnus
 - ❖ revendication hypochondriaque
 - ❖ sinistrose après un accident
- Délire d'interprétation, en réseau
 - parfois délire à deux

Paranoïa et délires (suite)

- Délire de relation des sensitifs
 - Personnalité prémorbide
 - Sensation d'être victime de brimades, de vexation ou de malveillance de la part de son entourage ("délire de pallier")
 - Plaintes hypochondriaques, sentiment d'incapacité
 - Passage à l'acte moins fréquent
- Traitement de la paranoïa
 - Neuroleptiques
 - Parfois antidépresseurs (délire de relation)
 - Soutien psychothérapeutique

Psychose Hallucinatoire Chq

- Entité française
- Forme de schizophrénie tardive pour les anglo-saxons
- Début chez les hommes vers 30 - 40 ans
- Début chez les femmes en période périménopausique
- Personnalité prémorbide paranoïaque
- Apparition brutale d'hallucinations
 - Auditives, cénesthésiques, olfactives ...
 - Souvent petit automatisme mental
 - Extension en réseau mais bonne adaptation sociale
- TTT: neuroleptiques et psychothérapie

Paraphrénie

- Assimilée à la schizophrénie par les anglosaxons
- Prévalence des phénomènes imaginatifs
- Thèmes fantastiques
 - discours décousu, luxuriant, merveilleux
 - exaltation thymique
- Répond moins bien aux neuroleptiques

A retenir :

- Schizophrénie : formes de début
- Clinique de la schizophrénie
- Schizophrénie paranoïde
- Paranoïa et délires chroniques
- Paraphrénies