

Agitation et délire aigu IC-351

- Connaître la définition de l'agitation
 - Connaître la définition des idées délirantes et hallucinations
 - Connaître la définition du délire aigu
 - Connaître les étiologies de l'agitation selon l'âge incluant les causes toxiques
 - Connaître les étiologies des syndromes délirants aigus selon l'âge incluant les causes toxiques
 - Savoir diagnostiquer une agitation
 - Connaître l'analyse sémiologique d'un syndrome délirant
 - Connaître l'analyse sémiologique d'un syndrome hallucinatoire
 - Connaître les éléments cliniques orientant vers une cause psychiatrique versus non psychiatrique
 - Connaître les indications et la mise en œuvre des examens complémentaires dans un contexte d'agitation
 - Connaître les principes de la prise en charge de l'épisode délirant aigu, de l'état d'agitation
 - Connaître les indications et les modalités de l'hospitalisation libre et sans consentement selon l'âge
-

Connaître la définition de l'agitation OIC-351-01-A

Agitation et délire aigu sont deux syndromes distincts qui peuvent coexister ou non. Une cause non psychiatrique doit être systématiquement recherchée.

Etat de tension émotionnelle et d'hyperactivité improductive physique et psychique.

L'activité est le plus souvent improductive et stéréotypée. Elle se traduit par des comportements tels que la marche, l'impossibilité de rester en place, des frottements de mains, le fait de tirer sur ses vêtements, l'incapacité à rester assis.

Connaître la définition des idées délirantes et hallucinations OIC-351-02-A

Idées délirantes : Altérations du contenu de la pensée entraînant une perte de contact avec la réalité, non partagée par le groupe socio-culturel.

Hallucinations : Perception sensorielle sans présence d'objet détectable.

Connaître la définition du délire aigu OIC-351-03-A

Un délire aigu comporte généralement des symptômes psychotiques positifs (idées délirantes et hallucinations). D'autres symptômes peuvent être associés :

- Symptômes de désorganisation psychotique
 - Symptômes négatifs psychotiques
 - Symptômes dépressifs ou maniaques
-

Connaître les étiologies de l'agitation selon l'âge incluant les causes toxiques OIC-351-04-A

Principes du bilan étiologique

Rechercher les étiologies les plus fréquentes ou les plus graves.

Toujours éliminer les causes non psychiatriques avant d'évoquer une étiologie psychiatrique.

Un état d'agitation peut survenir au cours de tous les troubles psychiatriques.

La démarche diagnostique est la même chez un patient avec ou sans antécédent psychiatrique.

Personne âgée

Iatrogénie (souvent avec confusion)

BZD, antidépresseurs, corticoïdes, agonistes dopaminergiques, médicaments anticholinergiques (antidépresseurs tricycliques, antipsychotiques, correcteurs des effets indésirables des antipsychotiques etc), opiacés, antipaludéens, isoniazide, interféron

Trouble hydro-électrolytique

dysnatrémie, hypercalcémie

Trouble métabolique

hypoglycémie

Endocrinopathie

hyperthyroïdie

Pathologie neurologique

AVC, hématome sous dural ou extra-dural, crise convulsive, méningo-encéphalite, tumeur, pathologie neuro-dégénérative, pathologie auto-immune

Douleur

Infection

urinaire, pulmonaire...

Rétention urinaire ou fécalome

Alcool

intoxication aiguë ou complication de sevrage (delirium tremens)

Intoxication au CO

Pathologie cardiovasculaire

embolie pulmonaire, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque

Troubles psychiatriques

- épisode dépressif caractérisé avec agitation anxieuse
- épisode maniaque dans le cadre d'un trouble bipolaire de type I ou induit par une substance ou par une pathologie non psychiatrique
- attaque de panique
- trouble délirant persistant

Adulte jeune

Substances psychoactives

Intoxication aiguë à une substance psychoactive

- La plus fréquente est l'alcool
- hallucinogènes (dont le cannabis)

- psychostimulants (amphétamines, ecstasy, cocaïne)

Complication de sevrage d'une substance psychoactive

alcool, opiacés

Iatrogénie

antidépresseurs, corticoïdes, effet paradoxal d'une benzodiazépine, méfloquine, médicaments anticholinergiques, effets indésirables extrapyramidaux des antipsychotiques

Trouble métabolique

hypoglycémie

Endocrinopathie

hyperthyroïdie

Pathologie neurologique

AVC, hématome sous dural ou extra-dural, crise convulsive, méningo-encéphalite notamment herpétique ou paludéenne, tumeur, pathologie neuro-inflammatoire ou auto-immune

Intoxication au CO

Pathologie cardiovasculaire

embolie pulmonaire, infarctus du myocarde

Syndrome paranéoplasique

Troubles psychiatriques

- attaque de panique
- épisode maniaque dans le cadre d'un trouble bipolaire de type I ou induit par une substance ou par une pathologie non psychiatrique
- épisode dépressif caractérisé avec agitation anxieuse
- trouble psychotique bref
- trouble schizophréniforme
- trouble psychotique débutant : trouble schizophrénique, schizo-affectif ou délirant persistant
- trouble grave de la personnalité (notamment les personnalité du cluster B) mais le diagnostic ne peut être évoqué qu'en période de stabilité et après une longue période d'observation

Connaître les étiologies des syndromes délirants aigus selon l'âge incluant les causes toxiques OIC-351-05-A

Principes du bilan étiologique similaires à ceux de l'état d'agitation

Rechercher les étiologies les plus fréquentes ou les plus graves.

Toujours éliminer les causes non psychiatriques avant d'évoquer une étiologie psychiatrique.

La démarche diagnostique est la même chez un patient avec ou sans antécédent psychiatrique.

Personne âgée

Mêmes étiologies possibles que pour l'état d'agitation

Adulte jeune

Mêmes étiologies possibles que pour l'état d'agitation

Pathologies psychiatriques

Identification de symptômes maniaques

Episode maniaque avec caractéristiques psychotiques, avec ou sans caractéristiques mixtes, dans le cadre d'un trouble bipolaire de type I ou d'un trouble bipolaire induit par une substance (souvent un antidépresseur ou un corticoïde) ou pathologie médicale (hyperthyroïdie).

Les idées délirantes sont généralement congruentes à l'humeur : persécution, mégalomanie, mission.

Identification de symptômes dépressifs

Episode dépressif caractérisé avec caractéristiques psychotiques, avec ou sans caractéristiques mixtes, dans le cadre d'un trouble dépressif caractérisé ou d'un trouble dépressif récurrent.

Les idées délirantes sont généralement congruentes à l'humeur : persécution, ruine, culpabilité, hypochondrie.

En l'absence de symptômes thymiques et en présence d'autres symptômes psychotiques

- Trouble psychotique bref : durée de plus d'un jour et moins d'un mois
- Trouble psychotique chronique débutant

Savoir diagnostiquer une agitation OIC-351-06-A

Interrogatoire du patient et des proches

Contexte d'apparition

durée, mode d'apparition (brutale ou progressive), évolution permanente ou fluctuante, moment de la journée, facteurs déclenchants

Antécédents

Antécédents psychiatriques et non psychiatriques, consommations de substances psychoactives, traitement ou modification récente de traitement

Examen clinique

Recherche des signes de gravité (pronostic vital) :

- Constantes : température, tension artérielle, fréquence cardiaque
- Confusion : trouble aigu et transitoire de l'attention, de la cognition et de la conscience, se manifestant par une désorientation temporo-spatiale, des perturbations de la mémoire, du discours, des perceptions et du comportement. Installation généralement brutale et évolution fluctuante. Principales étiologies : pathologies non psychiatriques, intoxication ou sevrage d'une substance psychoactive, iatrogénie.
- Déshydratation sévère (troubles hydro-électrolytiques)
- Sepsis : choc cardiovasculaire, détresse respiratoire aiguë, cyanose

Signes non psychiatriques

- Examen neurologique : myosis, mydriase, syndrome méningé, signes de focalisation, morsure de langue...
- Examen général à la recherche d'une étiologie métabolique, hydro-électrolytique ou endocrinienne : déshydratation, tachycardie, globe urinaire etc
- Examen général à la recherche d'une étiologie infectieuse : hyperthermie, syndrome méningé, dyspnée, cyanose, sueurs etc

Signes psychiatriques

- Symptômes dépressifs et maniaques
- Symptômes psychotiques
- Symptômes anxieux

Examens paracliniques

Un bilan sanguin minimal est systématique ; il sera associé à des examens complémentaires en fonction de l'anamnèse et des points d'appel à l'interrogatoire et à l'examen clinique (cf objectif de connaissance correspondant).

Connaître l'analyse sémiologique d'un syndrome délirant OIC-351-07-A

Thème

Thématiques uniques ou multiples sur lesquelles porte l'idée délirante.

Thèmes : persécution, mégalomanie, mystique, filiation, somatique, érotomanie, influence, référence, perte de l'intimité psychique, mission, messianique

Mécanisme

Processus de construction de l'idée délirante. Mécanismes : interprétatif, hallucinatoire, intuitif et imaginatif

Systématisation

Organisation et cohérence des idées délirantes.

- Dans la schizophrénie, les idées délirantes sont non systématisées, floues, sans logique, sans fil narratif
- Dans le trouble délirant persistant, les idées délirantes sont systématisées avec une logique apparente au délire.

Adhésion

Croyance du patient en ses idées délirantes, fluctuante et dynamique.

- Adhésion totale : conviction inébranlable, inaccessible au raisonnement
- Adhésion partielle : critique possible des idées délirantes.

Retentissement émotionnel et comportemental

- Anxiété, colère, tristesse
- risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif
- modification de mode de vie

Connaître l'analyse sémiologique d'un syndrome hallucinatoire OIC-351-08-A

Un syndrome hallucinatoire peut affecter un ou plusieurs sens : vue, ouïe, odorat, goût, toucher. On distingue ainsi :

- Hallucinations visuelles (doivent orienter vers une étiologie non psychiatrique initialement)
- Hallucinations auditives, souvent acoustico-verbales : voix lointaines ou proches, hostiles ou bienveillantes, qui conversent entre elles, s'adressent au patient ou commentent ses actes, d'une ou plusieurs personnes connues ou non. On peut observer des attitudes d'écoute, des moyens de protection (casque audio, coton dans les oreilles...), une soliloque, des modifications de l'état émotionnel.
- Hallucinations gustatives
- Hallucinations olfactives
- Hallucinations tactiles : pouvant entraîner des réactions de type grattage, lavage...
- Hallucinations cénesthésiques : sensation somatique viscérale, sensibilité intérieure profonde
- Hallucinations kinesthésiques : le patient émet des paroles qu'il ne reconnaît pas comme siennes

Connaître les éléments cliniques orientant vers une cause psychiatrique versus non psychiatrique OIC-351-09-B

Il n'existe pas a priori d'éléments orientant vers une cause psychiatrique tout patient pouvant présenter un tel état aigu pour des raisons non psychiatriques. Les éléments suivants doivent vous faire craindre une étiologie non psychiatrique. Lorsque vous les aurez écartés, vous pourrez envisager une étiologie psychiatrique.

- Syndrome confusionnel
- Signes physiques de déshydratation
- Signes physiques infectieux
- Signe de défaillance cardio-vasculaire ou respiratoire
- Globe urinaire, fécalome
- Anomalie identifiée à l'examen neurologique et à l'examen physique général

Connaître les indications et la mise en œuvre des examens complémentaires dans un contexte d'agitation OIC-351-10-A

Examens systématiques

- Bilan biologique minimal : glycémie, ionogramme, calcémie, NFS, CRP, bilan de coagulation (en vue d'une éventuelle injection IM)
- ECG (en vue d'un éventuel traitement antipsychotique, recherche d'un QT long)

En fonction de l'anamnèse et des points d'appel à l'examen clinique :

- Alcoolémie
- Toxicologie urinaires
- Bilan hépatique
- Fonction rénale
- TSH US
- Imagerie cérébrale
- Ponction lombaire
- EEG
- ECBU
- Goutte épaisse
- Radiographie pulmonaire

Connaître les principes de la prise en charge de l'épisode délirant aigu, de l'état d'agitation OIC-351-11-A

Agitation

Prévention d'un risque suicidaire ou d'une dangerosité éventuels

Hospitalisation en psychiatrie

Prise en charge réalisée dans le service des urgences initialement (bilan clinique et paraclinique)

Une hospitalisation en psychiatrie sera nécessaire s'il existe un épisode aigu d'un trouble psychiatrique sous-jacent.

Traitements pharmacologiques (cf item 2C-074)

Il s'agit d'apaiser l'état d'agitation sans sédaté le patient.

L'idéal est d'impliquer le patient dans le choix du produit et de la voie d'administration. Toujours proposer un traitement per os en première intention.

Rechercher la posologie minimale efficace et privilégier une monothérapie.

Tenir compte du délai d'action avant de retraiter le patient, évaluer les effets du traitement déjà reçu afin d'éviter des effets cumulatifs différés sur la vigilance.

Surveiller les effets indésirables sur la vigilance et les fonctions vitales ainsi que l'efficacité.

Classes utilisées : benzodiazépines, antipsychotiques

- Etiologie non psychiatrique ou non connue
 - Le traitement qui cible l'étiologie est curatif. Parfois un traitement psychotrope peut être associé dans un but symptomatique : benzodiazépines à demi-vie courte en première ligne, antipsychotique en cas d'agitation sévère et, si possible, après la réalisation d'un ECG (risque de QT long).
- Etiologie psychiatrique
 - Traitement symptomatique de l'agitation dans un premier temps : benzodiazépines à demi-vie courte en première ligne, antipsychotique en cas d'agitation sévère et, si possible, après la réalisation d'un ECG (risque de QT long).
 - Le traitement spécifique du trouble psychiatrique sera mis en place secondairement après bilan diagnostique et pré-thérapeutique.

Traitements non pharmacologiques

Prise en charge relationnelle systématique

- Contact verbal instaurant un climat de confiance, une alliance thérapeutique.
- Comportement empathique.
- Techniques de désescalade
- Environnement : chambre calme, éclairée, retrait des objets dangereux, fermeture des fenêtres

Mesures de contention physique ou mécanique

Techniques de dernier recours, uniquement en cas d'échec des autres stratégies ou en cas de danger imminent et important pour le patient ou pour autrui. Elles peuvent aggraver l'agitation, la confusion et constituer un véritable traumatisme psychique.

Toujours associées au traitement pharmacologique et durée limitée au temps nécessaire pour obtenir l'efficacité médicamenteuse.

Elles doivent être accompagnées de la délivrance d'une information claire et répétée sur les objectifs de la contention, sa durée, d'une surveillance régulière des constantes et de la vigilance et d'une surveillance médicale.

Délire aigu

La prise en charge d'un délire aigu rejoint celle de l'état d'agitation :

- Hospitalisation en psychiatrie après avoir écarté un diagnostic non psychiatrique
- Prévention d'un passage à l'acte contre soi ou les autres
- Traitement pharmacologique de l'anxiété et, le cas échéant, de l'agitation
- Traitement non pharmacologique : prise en charge relationnelle rassurante

Connaître les indications et les modalités de l'hospitalisation libre et sans consentement selon l'âge OIC-351-12-A

Cf item 2C-015