

**Université de Djilali Liabes Sidi Bel Abbès
Faculté de Médecine**

**Enseignement 5ème année de médecine
Module : Santé Mentale
Année universitaire 2024-2025**

« Trouble psychotique bref et transitoire »



Dr DJEBBOUR . H
Service de psychiatrie
CHU de Sidi Bel Abbès

Introduction

- ▶ **Bouffée délirante aiguë** est un concept français .
- ▶ = accès psychotique aiguë = épisode psychotique aigu .
- ▶ bouleversement du fonctionnement psychique du sujet et de ses rapports avec le monde extérieur et avec lui-même .
- ▶ **Installation brutale**
- ▶ Expérience délirante **polymorphe** (dans ses thèmes et dans ses mécanismes) .
- ▶ La présence d'une note confusionnelle et de troubles de l'humeur .
- ▶ Son caractère transitoire .
- ▶ Pose un problème d' **hétérogénéité** clinique ,du devenir et de prise en charge et de pronostic
- ▶ **Urgence psychiatrique**

Historique

Dans la DSM 5 : peut correspondre :

- ▶ **Trouble psychotique bref** : durée inférieure à 01 mois
- ▶ **Trouble schizophréniforme** : durée entre 01 mois et 06 mois

Dans la CIM 10 : trouble psychotique aigu et transitoire

Classification française des maladies mentales : bouffée délirante aiguë

Epidémiologie

- ▶ C'est une pathologie de l'adulte **jeune (de 20 à 35 ans)**
- ▶ 05 à 08 % des admissions en service de psychiatrie , touchant surtout l'adolescent ou adulte jeune.
- ▶ Facteurs réputés déclenchants ou favorisants et dont la présence a valeur **de bon pronostic:**

1-changement de mode de vie

2-expériences de perte et de séparation

3-problèmes relationnels ou affectifs

4- prise de substances

La clinique

A- le début:

-En général l'installation est **brutal** « coup de tonnerre dans un ciel serrin » .

-Parfois des **prodromes** non spécifiques sont présents :

1- troubles de sommeil

2-anxiété

3-inquiétudes

4-modulation thymique inhabituelle

-Le délire peut s'accompagner d'emblée de troubles de comportement inauguraux (fugues-agressivité extrêmes) ,souvent mal compris par l'entourage



B- la phase d'état:

1- le délire :

- Croyance fausse et inébranlable ,sans rapport avec le milieu éducatif , culturel, et social du patient , il est tenu avec une conviction et une certitude subjective
- Les thèmes sont multiples :les plus fréquents sont : la persécution ,la toute puissance , des thèmes mystiques ,passionnelles, la possession , ou la transformation corporelle
- Les mécanismes : tous les mécanismes sont possibles :hallucinatoire, intuitif , imaginatif , interprétatif

2- les hallucinations : perception sans objet à percevoir

- Les hallucinations psycho-sensorielles riches et multiples : acoustico - verbales ,visuelles
- Les hallucinations psychiques : commentaire des actes ,divinement de la pensée
- Le délire est désorganisé ,non systématisé ,flou ,incohérent
- L'adhésion au délire est totale



3- la dépersonnalisation : est très fréquente avec altération du moi psychique ,physique , et déréalisation

4- l'angoisse : est fréquente

5- la participation thymique : l'humeur est labile ,suit les fluctuations du délire, passant ainsi d'une tristesse à l' exaltation : **le patient vit son délire**

6- troubles de comportements : périodes d'agitation avec des périodes de stupeur , parfois actes agressifs qui peuvent prendre un caractère médico-légal

7- l'insomnie : est fréquente

8- note confusionnelle : pas de véritable trouble de la vigilance mais une « grisaille confusionnelle »

9- les signes somatiques : sont variables et non spécifiques : anorexie , deshydratation , élévation thermique , refus alimentaire ,variation de TA

Le diagnostic positif

- Le diagnostic positif de la bouffée délirante aiguë , est en général **facile**.
- Il se base sur les **renseignements** obtenus auprès de l'entourage et sur l'**examen psychiatrique** du patient.
- Ce dernier repose sur :
 - ▶ **Apparition brutale** de troubles du comportement marqués chez un sujet jeune.
 - ▶ Caractères **poly thématique** et **polymorphe** du délire .
 - ▶ **Conviction** délirante intense et vécu délirant marqué;
 - ▶ **Oscillations rapides de l'humeur** ;
 - ▶ Présence d'une **anxiété importante**;
 - ▶ **Absence d'altération profonde de la conscience**.

Diagnostic étiologique

- Le plus souvent, les BDA surviennent sans relation évidente avec un agent causal, constituant **une expérience délirante primaire (BDA idiopathique)**.
- Les BDA franchement réactionnelles à un traumatisme émotionnel (deuil, séparation, isolement...) présentent une coloration affective importante et **un bon pronostic**.
- Les BDA secondaires à une agression cérébrale (infectieuse, toxique, traumatique, vasculaire) s'accompagnent d'un tableau clinique **confuso-délirant**.
- La BDA survenant en post-partum immédiat est appelée psychose puerpérale.

L'enquête étiologique repose sur une **anamnèse approfondie** et un **examen clinique détaillé**.

Diagnostic différentiel

1-Le syndrome confusionnel : +++ urgence médicale (confusion mentale = agression cérébrale toxique, traumatique, métabolique, vasculaire...);

▶ Tableau aigu + trouble d'orientation spatiotemporelle.

2 - Accès maniaque (manie délirante) : persécution, grandeur qui sont congruents à l'humeur;

3-Poussée processuelle de schizophrénie (patient Déjà schizophrénie donc diagnostic différentiel à l'anamnèse);

4- Autres états aigus: ivresses pathologiques, conversion psychique délirante de l'hystérie, paroxysmes épileptiques (EEG).

Evolution pronostic

▶ Evolution a court terme : favorable sous traitement en 02 a 08 semaines sans séquelles , le sujet retrouve son niveau d'adaptation antérieur

▶ Evolution a long terme :

*Guérison totale sans récurrence 50 %

*Récurrence avec intervalles libre « délire à éclipse » 25 %

*Chronicisation 25 % c-a-d mode d'entrée dans la schizophrénie paranoïde ou trouble schizo affectif ou trouble bipolaire .

- ▶ 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.

Éléments de bon pronostic

- ▶ personnalité antérieure extravertie et bien adaptée.
- ▶ 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.

Éléments de mauvais pronostic

- ▶ Personnalité schizoïde mal adaptée et repliée
- ▶ Début subaigu ,précédé de manifestations insidieuses
- ▶ Absence de trouble de l'humeur et d'angoisse pendant l'épisode aigu avec appauvrissement des affects
- ▶ pauvreté du délire.
- ▶ absence de facteurs précipitants.
- ▶ antécédents familiaux de schizophrénie.

Prise en charge

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;
- ▶ Administration de neuroleptiques ou antipsychotiques incisif ... action anti délirante, anti hallucinatoire.
- ▶ En cas d'agitation importante, associer un neuroleptique sédatif.
- ▶ La voie injectable intramusculaire est préférée en phase aigüe 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);

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.

Conclusion

- ▶ La bouffée délirante aiguë (BDA) est un trouble psychiatrique d'apparition **brutale**, souvent chez un **sujet jeune**, avec un **délire polymorphe** et des troubles du comportement.
- ▶ Son évolution est **généralement favorable**, mais elle peut révéler une pathologie sous-jacente.
- ▶ Une prise en charge rapide et un suivi rigoureux sont essentiels pour prévenir les récurrences et adapter le traitement.

