

Université Ferhat Abbas – Sétif

Faculté de Médecine – Département de Médecine

Enseignement de la 5^{ème} année de médecine

Année universitaire : 2023-2024

Les schizophrénies

Pr ALOUANI (Professeur de psychiatrie)

I / Introduction – Définition

La schizophrénie fait partie des troubles psychotiques chroniques qui se caractérisent par une altération du contact avec la réalité. C'est une affection qui débute classiquement à la fin de l'adolescence ou chez l'adulte jeune entre 20 et 30 ans. Mais, il existe des formes rares très précoces ou tardives (après 35 ans).

Cette affection touche toutes les races, tous les pays et toutes les cultures.

La prévalence de la schizophrénie se situe entre 0,5 à 1%.

Mais, cette fréquence dépend de l'exposition à certains facteurs environnementaux comme la consommation de cannabis, la migration ou encore l'urbanisation.

Le sex-ratio est identique, même s'il existe une légère prédominance chez les hommes.

Le terme de schizophrénie a été créé par Bleuler en 1911 et signifie :

- Schi = scheizen = scinder = diviser = couper
- Phren = esprit

II / Clinique

A - Mode d'entrée dans la schizophrénie

1. Envahissement schizophrénique

Il peut se faire à bas bruit pendant de longues années. Les aspects sémiologiques les plus fréquents sont :

→ *Engouement pour la religion*, pour les sciences abstraites et métaphysiques qui peuvent constituer l'activité essentielle quotidienne du sujet. L'entourage familial interprète cette attention excessive comme une influence de l'environnement ou des jeunes du quartier. On peut retrouver des conduites paradoxales telles que la prise de toxiques, alternant avec des pratiques religieuses.

→ *La baisse du rendement intellectuel* : avec des échecs successifs aux examens chez un sujet qui était auparavant un brillant élève.

→ *Les formes d'allure anxieuses* : les tableaux cliniques posent des problèmes diagnostics difficiles, en raison de la présence de signes atypiques :

- *La forme d'allure obsessionnelle* : les obsessions sont peu angoissantes et n'entraînent pas de rituels importants.
- *La forme d'allure phobique* : les phobies sont souvent massives : peur de sortir à l'extérieur, de la mort, du public, peur de prendre les transports, souvent associés à une persécution.
- *La forme d'allure convertive* : la symptomatologie est souvent expressive : extravagance, mythomanie, conversion, peu sensible aux changements extérieurs.
- *L'état dépressif atypique* : installation progressive d'un isolement, d'un retrait, d'un sentiment d'inutilité contrastant avec la froideur affective et l'absence de demande d'aide.
- *Les formes hypochondriaques* : le patient exprime des préoccupations pathologiques exagérées concernant le corps et le fonctionnement corporel. Les plaintes sont stéréotypées avec un rationalisme morbide.

→ *Le début par l'addiction* : certains patients calment l'angoisse de morcellement par la prise de substances psychoactives (cannabis, benzodiazépines, opiacés, cocaïne,...).

2. Le début aigu

→ *Le trouble psychotique bref (bouffée délirante aiguë)* : c'est une expérience délirante primaire avec un délire polymorphe riche dans ses thèmes et ses mécanismes.

→ *L'accès manique et l'état dépressif atypique* : les troubles de l'humeur ne sont pas accompagnés d'enchaînement des idées (incohérence du discours).

→ *Début par un acte médico-légal* : un acte médico-légal peut émailler une longue évolution passée inaperçue : tentative de suicide inexpliquée, coups et blessures volontaires, homicide.

B - Phase d'état

1. Syndrome de désorganisation :

Le syndrome de désorganisation est le trouble fondamental de la schizophrénie.

Il va désorganiser la pensée, les émotions et le comportement du sujet :

→ *La désorganisation cognitive* : s'exprime par le trouble cou de la pensée, entraînant un relâchement des associations : barrages, fading, passages du coq à l'âne, stéréotypies verbales, temps de latence, mutisme, rationalisme morbide, piétinement de la pensée, réponses à côté, néologismes pouvant aller jusqu'à la schizophasie (troubles syntaxiques et sémantiques) ...

→ *La désorganisation affective* : les oscillations constantes entre le désir de se rapprocher d'autrui et le désir de fuir autrui, la froideur affective, l'anesthésie affective, les sentiments d'amour et de haine, confèrent au patient le caractère ambivalent et contradictoire de la schizophrénie. Parfois, on trouve des bizarreries affectives, une impénétrabilité avec un émoussement des affects.

→ *La désorganisation comportementale* : elle va s'exprimer par l'indécision des gestes (le refus de la main tendue), par des mouvements stéréotypés (balancement de la tête, du corps, des déambulations) par des paramimies (tics, grimaces, crachats, sourires immotivés, grattages,...), par des bizarreries du comportement, par des actes hétéro agressifs (homicide, coups et blessures volontaires,...), des actes auto agressifs (automutilation, tentatives de suicide, impulsivité...), par des fugues, un isolement, un retrait, un apragmatisme, un refus de

communication, des soliloquies, une clinophilie, une agitation psychomotrice, des propos coprolaliques (obscènes), un laisser-aller voire même une incurie, un maniérisme, un refus alimentaire...

2. Le syndrome positif

- a- Les idées délirantes : Elles correspondent à des altérations du contenu de la pensée entraînant une altération du contact avec la réalité. Les idées délirantes font l'objet d'une conviction inébranlable et inaccessible à la contestation. Le délire est flou, incohérent et mal systématisé.

Elles sont caractérisées par ses thèmes, ses mécanismes, sa systématisation, son adhésion du sujet et son retentissement émotionnel et comportemental. On retrouve parfois un syndrome de dépersonnalisation (sensation de changement du Moi, du corps et du monde extérieur).

- b- Les hallucinations : L'hallucination est définie comme une perception sans objet. Dans la schizophrénie, 75% des patients présentent des hallucinations. Il peut s'agir d'hallucinations psychosensorielles (auditives sont les plus fréquentes, visuelles, tactiles, gustatives, olfactives) ou intrapsychiques (elles correspondent à un phénomène psychique, vécu dans la propre pensée du patient sans manifestation sensorielle).

3. Le syndrome négatif

Le syndrome négatif regroupe les signes cliniques qui traduisent un appauvrissement de la vie psychique.

Au niveau affectif, les affects sont éteints et sans réaction aux événements extérieurs. Cela peut se traduire par l'absence d'émotions dans l'expression du visage.

Au niveau cognitif, cela peut se traduire par la pauvreté du discours.

Au niveau comportemental, cela peut se traduire par une incapacité à effectuer les gestes quotidiens et à planifier les actions (apragmatisme), par une diminution de la motivation et par un retrait social.

Répartition non exhaustive des signes positifs et négatifs

* Signes positifs

- Agitation psychomotrice
- Hétéroagressivité
- Délire
- Incohérence du discours
- Fugues
- Tentatives de suicide
- Hallucinations...

* Signes négatifs

- Apragmatisme
- Retrait, isolement
- Introversion des affects
- Refus de communiquer
- Troubles de la pensée
- Froideur
- Clinophilie...

III / Critères diagnostiques selon le DSM 5

A- Deux (ou plus) des symptômes suivants, chacun devant être présent dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois (ou moins en cas de traitement efficace).

Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :

- 1- Idées délirantes.
 - 2- Hallucinations.
 - 3- Discours désorganisé (par exemple : incohérence).
 - 4- Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.
 - 5- Symptômes négatifs (par exemple : diminution des émotions).
- B- Durant une proportion significative de temps depuis le début du trouble, le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur tel que le travail, les relations interpersonnelles ou l'hygiène personnelle est passé d'une façon marquée en dessous du niveau atteint avant le début du trouble.
- C- Des signes continus du trouble persistent depuis au moins 6 mois. Pendant cette période de 6 mois, les symptômes répondant au critère A doivent avoir été présents pendant au moins un mois/ou moins en cas de traitement efficace.
- D- Le trouble schizo-affectif, ou dépressif, ou un trouble bipolaire, avec manifestations psychotiques ont été exclus.
- E- Le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple : une substance pouvant donner un abus, ou un médicament) ou à une autre pathologie médicale.
- F- S'il existe des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou de trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic surajouté de schizophrénie est posé seulement si des symptômes hallucinatoires ou délirants importants, en plus des autres symptômes de schizophrénie nécessaires au diagnostic, sont aussi présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace).

IV / Formes cliniques

A- Les formes principales selon la classification classique

→ *La schizophrénie paranoïde* : la plus fréquente, la plus complète et la plus productive. Elle débute généralement entre 20-30 ans, le délire est riche dans ses thèmes et ses mécanismes.

C'est la forme moins grave et la plus sensible au traitement neuroleptique.

Sans traitement, elle peut évoluer vers un état pseudodéméntiel avec une perturbation profonde de la personnalité.

→ *L'hébéphrénie* (hébéphréno-catatonie) : commence à un âge précoce et touche surtout la sphère intellectuelle entraînant des signes déficitaires (apragmatisme, indifférence, ...).

Le délire est pauvre et peu exprimé. Le pronostic est grave car c'est une forme peu sensible au traitement.

→ *La catatonie* : On retrouve un ensemble de symptômes :

- la stupeur : suspension du mouvement avec immobilisme.
- La catalepsie : conservation des attitudes.
- Le négativisme : oppositionnisme (refus de la main tendue...).

- Les dyskinésies : grimaces, stéréotypies verbales, maniérisme avec décharges motrices.
- La passivité et la suggestibilité : obéissance rapide et automatique aux ordres, l'imitation de la mimique (échomimie), de la parole (écholalie), des gestes (échopraxie).

B - Les formes mineures

→ *La schizophrénie simple* : forme mineure avec pauvreté du délire chez une personne ayant une personnalité schizoïde (retrait, isolement, pauvreté de communication et des relations avec autrui, tendance à la rêverie).

→ *L'héboïdophrénie* : forme pseudo-psychopathique qui s'exprime par des troubles du caractère et du comportement.

Les réactions médico-légales et les conduites antisociales (toxicomanie, vol, vagabondage, agressivité, conduite sexuelle pervers) sur un fond d'indifférence affective sont fréquentes.

→ *La schizophrénie dysthymique (troubles schizoaffectifs)* : comporte des épisodes schizophréniques associés à d'importants troubles de l'humeur de la série maniaque ou dépressive.

V / Evolution et pronostic

La schizophrénie est une maladie dont l'évolution est très variable d'un sujet à l'autre et d'une forme à l'autre.

L'évolution est généralement chronique, marquée par des épisodes psychotiques plus ou moins espacés avec des intervalles plus ou moins productifs.

Le premier épisode ou les rechutes sont favorisées par les facteurs de stress.

La schizophrénie peut évoluer dans certains cas vers la guérison (20%), vers la stabilisation (50%), vers l'état déficitaire (20%).

Certains facteurs de bon pronostic ont été individualisés : sexe féminin, début tardif des troubles, bon fonctionnement pré-morbide, bonne conscience du trouble, environnement socio-familial favorable, l'absence de prise de toxiques (cannabis), la forme clinique de la schizophrénie (meilleur pronostic pour la forme paranoïde) et le traitement antipsychotique précoce.

La schizophrénie est associée à une diminution de l'espérance de vie, liée principalement aux comorbidités (surtout les maladies cardio-vasculaires).

En outre, la chimiothérapie antipsychotique et l'éducation thérapeutique ont beaucoup révolutionné le pronostic des schizophrénies.

VI / Examens paracliniques

A- Tests psychologiques : questionnaires et tests projectifs

→ *Les épreuves psychométriques* : test du Rorschach, MMPI, TAT :

Pour apprécier la personnalité du sujet et les mécanismes de défense utilisés pour apaiser l'angoisse ; PANSS : pour évaluer la sévérité de la schizophrénie (positive and negative syndrome scale).

→ *Tests d'intelligence*: test de Weschler (WAIS, WISC).

B- Electroencephalogramme (EEG)

Il est sans anomalie chez la plupart des schizophrènes. Il est néanmoins utile pour éliminer une épilepsie temporale.

C- Imagerie cérébrale

→ *TDM cérébrale* : on retrouve dans environ 50% des cas une atrophie corticale avec élargissement du 3^{ème} ventricule.

→ *TEP* (tomographie par émissions de positions) : apprécie le métabolisme cérébral du glucose dans les lobes frontaux et pariétaux.

VII / Diagnostic différentiel

a- *Devant les troubles aigus* :

- Les troubles de l'humeur : accès maniaque, état dépressif majeur (EDM).
- Le trouble psychotique bref (expérience délirante primaire).
- Les trouble délirant persistant.
- Troubles mentaux des affections organiques.

b- *Devant les formes progressives* :

- Les troubles du comportement secondaires aux croyances culturelles et religieuses.
- Les troubles anxieux.
- Une arriération mentale avec des troubles du caractère.

c- *Les pathologies non psychiatriques* :

- Neurologiques (tumeurs cérébrales, épilepsies, encéphalites...).
- Endocriniennes (dysthyroïdies...).
- Métaboliques (maladie de Wilson...).
- Infectieuses (neurosyphilis...).

d- *Intoxications par une substance psychoactive* :

- Intoxication aiguë ou chronique au cannabis.
- Intoxication aux amphétamines.

VIII / Etiopathogénie

Il n'existe à l'heure actuelle, aucune étiologie unique des schizophrènes.

La physiopathologie de la schizophrénie est complexe et repose sur l'interaction de facteurs de vulnérabilité génétique et de facteurs environnementaux.

A- Facteurs biologiques

1. Les facteurs génétiques

L'aspect génétique de la transmission de l'affection a longtemps été soupçonné. Certains auteurs ont montré une hausse du taux de prévalence de l'affection chez des jumeaux monozygotes et également dans le cas où un ou les deux parents présentent une schizophrénie.

2. Facteurs biochimiques

La constatation que l'administration de la L-dopa ou d'amphétamines (qui augmentent la dopamine au niveau des noyaux gris centraux et provoquent une psychose expérimentale) aggrave les symptômes schizophréniques et que les antipsychotiques en améliorent les

symptômes grâce à leur activité anti- dopaminergique, a donné lieu à la théorie dopaminergique de la schizophrénie.

3. Les altérations encéphaliques

Certaines études confirment un hypofonctionnement des lobes frontaux.

B- Facteurs psychologiques et socioculturels

1. Psychanalyse et théories behavioristes

Des études ont montré un trouble de la communication infra-verbale dans les familles schizophrènes, d'où l'intérêt de la psychothérapie familiale.

2. Facteurs psychologiques

Des études psychologiques récentes ont confirmé l'existence d'altération de la perception, de l'attention et de la cognition chez la plupart des schizophrènes.

3. Facteurs socioculturels

Certains auteurs ont décrit la présence d'événements psychotraumatisants avec un impact sur les rechutes et les décompensations schizophréniques.

IX / Traitement

→ *L'hospitalisation* est indiquée en cas de décompensation aiguë pour mettre en route un traitement par voie parentérale devant les troubles du comportement, devant les comorbidités, et ce, afin d'éviter des conséquences fâcheuses (passage à l'acte agressif).

→ *Chimiothérapie* : Elle fait appel aux antipsychotiques par voie parentérale (association d'un neuroleptique incisif et d'un neuroleptique sédatif) avec un relais par voie orale au long cours. Par exemple : association d'Halopéridol (Haldol®) 5mg et de Lévomépromazine (Nozinan®) 25mg en intramusculaire pendant quelques jours puis relais par voie orale de la même association ou d'un autre antipsychotique atypique.

En cas d'agitation psychomotrice ou d'anxiété, on peut recommander par voie parentérale (ces molécules peuvent être associées en cas de besoin) :

- Soit une benzodiazépine pendant une durée limitée (par exemple : Diazépam).
- Soit un antipsychotique sédatif (par exemple : Chlorpromazine, Loxapine...).

La correction des effets secondaires est nécessaire en cas de besoin, afin d'éviter l'abandon thérapeutique (par exemple) :

- Antiparkinsoniens de synthèse (Trihexyphenidyle) en cas de syndrome parkinsoniens ou de dyskinésie aiguë.
- Laxatifs en cas de constipation : huile de paraffine, ...
- Cholérétiques en cas de sécheresse de la bouche : (exemple : Sulfarlem® S₂₅) ...
- En cas de survenue d'un syndrome malin des neuroleptiques (suspecté devant une fièvre inexpliquée), on arrête immédiatement le traitement, puis on entame une réanimation hydro-électrolytique et on administre un antidote (Bromocriptine) et un myorelaxant (Dantrolène).

On peut donner des antipsychotiques atypiques (ou antipsychotiques de seconde génération) : Olanzapine (Zyprexa®), Risperidone (Risperdal®), Aripiprazole (Abilify®), Amisulpride (Solian®), Quétiapine (Xeroquel®) ...

En cas de rechutes fréquentes, on préconise la prescription de neuroleptiques à action prolongée (NAP) : Décanoate de fluphénazine (Modécate® 25mg), Halopéridol retard (Haldol decanoas® 50mg) ou d'antipsychotiques atypiques à action prolongée (APAP) : Palipéridone (Xeplion®).

Après un épisode aigu unique, il est recommandé de poursuivre le traitement au moins deux ans après avoir obtenu la rémission totale des symptômes psychotiques.

Après un second épisode, le traitement doit être poursuivi plus longtemps.

→ *Électroconvulsivothérapie* (ECT): indiquée en cas de résistance ou de contre-indication du traitement chimique, ainsi que dans les schizophrénies catatoniques.

D'autres traitements peuvent être utilisées comme la stimulation magnétique transcrânienne (SMT ou rTMS).

→ *Les psychothérapies* de soutien, de réassurance et de dédramatisation des troubles, après l'épisode délirant ou les psychothérapies institutionnelles : ergothérapie et sociothérapie (jardinage, activité en atelier...) ou encore les psychothérapies familiales : prise en charge de la famille des schizophrènes dans un cadre thérapeutique afin d'améliorer les comportements inadéquats (père absent, mère dominatrice...).

On peut également préconiser des thérapies comportementales et cognitives (TCC). Les thérapies cognitives et comportementales visent à modifier les erreurs de raisonnement, d'interprétation et surtout les conséquences émotionnelles et comportementales, afin de permettre au patient de faire face de manière plus rationnelle à ses symptômes.

Enfin, on pourra proposer une psychoéducation (éducation thérapeutique du patient et de sa famille).