



Psychoses aiguës



I / Introduction – Définition

C'est un état psychotique aigu appartenant à la nosographie française et caractérisé par :

- Un syndrome délirant riche et polymorphe dans ses thèmes et mécanismes.
- Une agitation intense
- Des troubles de l'humeur (labilité thymique)
- Un SD de dépersonnalisation.
- Des signes somatiques.

Dans le DSM 5

II/ Clinique

- Le début : en général brutal (coup de tonnerre dans un ciel serein), peut être précédé de prodromes non spécifiques (troubles du sommeil, anxiété, troubles du comportement)
- Le délire : est polymorphe, dans les thèmes, qui sont multiples (les plus fréquents sont mystique, sexuel, mégalomane ou persécutif) et les mécanismes : hallucinations psychosensorielles riches et multiples (acoustico-verbales, visuelles, cénesthésiques (génitales), olfactives, les hallucinations psychiques sont fréquentes (commentaire des actes, devinement de la pensée).
- L'automatisme mental : est toujours présent, il s'agit d'échappement hors du contrôle de la volonté du sujet de sa pensée, de ses perceptions, voire de ses actes (contrôle par une influence extérieure), les idées, les intentions, les actes sont contrôlés, imposés, devinés ou commentés.
- Comporte des hallucinations acoustico-verbales impérative avec actes imposés (automatisme moteur)
- La dépersonnalisation : est très fréquente avec altération du moi physique et déréalisation.
- La participation thymique : est fréquente ; l'humeur est labile suit les fluctuations du délire, passant ainsi d'une tristesse à l'exaltation, parfois en quelques minutes.
- L'insomnie est fréquente.

III/ Etiologies

- · Bouffée délirante primaire : pas de facteur déclenchant.
- · Bouffée délirante secondaire à un facteur psychogène : (« bouffée délirante réactionnelle », « psychose réactionnelle brève ») : choc affectif, frustration majeure, perte des repères spatio-temporels, isolement socioculturel ...
- · Bouffée délirante aiguë secondaire à une cause organique : intoxications, postpartum, post-abortum, post-anesthésie, postopératoire, hospitalisation en unité de réanimation intensive

IV/ diagnostic différentiel

- · Confusion mentale (état confuso-onirique).
- · Manie, mélancolie ou état mixte délirants.
- · Décompensation d'une schizophrénie paranoïde.
- · État hystérique
- · Crise partielle épileptique temporale
- · Ivresse pathologique hallucinatoire

V/ Évolution et pronostic

- Évolution à court terme : Favorable sous traitement en 2 à 8 semaines, sans séquelle.
- Évolution à long terme :
 - ☐ ü Guérison totale sans récurrence (50%)
 - ☐ ü Récurrences avec intervalles libres : « délire à éclipses » (25%)
 - ☐ ü Chronicisation (25%), c'est-à-dire mode d'entrée dans Schizophrénie paranoïde ou Trouble schizoaffectif.

Facteurs de bon pronostic :

- ü Absence d'antécédents familiaux de schizophrénie
- ü Absence de personnalité prémorbide schizoïde
- ü Personnalité de type anxieuse avec bonne adaptation sociale
- ü Existence de facteurs déclenchants
- ü Début très brutal
- ü Polymorphisme des thèmes et des mécanismes
- ü Importance des éléments thymiques
- ü Brièveté de l'accès
- Sensibilité au traitement

VI/ Traitement

- · Il s'agit d'une urgence psychiatrique qui nécessite une hospitalisation.

A. Le traitement neuroleptique

- S'impose pour obtenir rapidement une sédation et pour améliorer le pronostic évolutif de l'accès.

B. Bilan clinique et paraclinique

- · Biologie standard, toxiques, EEG, TDM cérébral, ECG
- · Surveillance : TA, pouls, Température, état de conscience, comportement, effets secondaires des neuroleptiques.
- · Correction des désordres hydroélectrolytiques et métaboliques si besoin

Confusion mentale

A- Généralités :

- C'est une psychose aiguë, habituellement progressive, qui traduit un dysfonctionnement global du système nerveux central, le plus souvent d'origine organique .
- Se manifeste par une altération de la vigilance et des cognitions et se traduit par la réduction dans la reconnaissance de la situation actuelle.
- Peut survenir à n'importe quel âge.
- Son pronostic est celui de **l'affection causale** .
- Syndrome d'installation aiguë ou subaigu, le plus souvent réversible. • C'est une Urgence ++

Clinique :

- **Mode de début** : plus ou moins rapide, en quelques heures à quelques jours, ou on remarque d'abord.
- les prodromes : céphalées, insomnie, troubles de l'humeur
- **Phase d'état** : la présentation est caractéristique : visage hagard, regard fixe et lointain, tenue vestimentaire négligée
- **☞ Troubles cognitifs** :
- ^a **Obnubilation de la conscience** : se traduisant par un ralentissement des processus intellectuel.
- ^a **Troubles de la perception** : illusion, hallucination, fausse reconnaissance
- ^a **Troubles de la motricité** : mouvements lents, incertains, maladroits, ou on peut observer une stupeur avec mutisme ou, au contraire, une agitation psychomotrice intense
- ^a **Désorientation temporo-spatiale** : est un signe pathognomonique
- ^a **Troubles mnésiques** : sont importants, antérograde ou rétrograde
- **Onirisme** : expérience délirante et hallucinatoire fluctuante, c'est un délire vécu et agit (rêve éveillé).
Le délire se caractérise par des hallucinations souvent visuelles, les idées délirantes à thématiques persécutive ou de grandeur
- **Signes somatiques** : état général souvent altéré, déshydratation, fièvre, vomissements, oligurie, céphalées, insomnie.

Diagnostic étiologique :

- Syndrome confusionnel fébrile (choc septique, méningite) ou avec signes neurologiques
- Encéphalopathie métabolique, certains médicaments, origine endocrinienne ou émotionnelle

Diagnostic différentiel :

- La démence

Mode évolutif :

- Début habituellement aigu, fluctuations des symptômes au cours de la journée, régression en quelques jours après une prise en charge appropriée avec souvent une amnésie lacunaire caractéristique .
- Chez le sujet âgé, souvent mode d'entrée dans la démence.
- Risque de mort.

Traitement :

- La confusion mentale est une urgence médicale quelle que soit l'étiologie
- L'hospitalisation s'impose en urgence (hôpital général, service de réanimation, soins intensif)
- **Prise en charge** : rassurer le malade, isolement (chambre éclairée, sécurisée), éviter les changements de lieu ou du personnel, correction des troubles hydro électrolytiques, faire un bilan étiologique, traitement essentiellement de la cause.
- La sédation s'impose devant : agitation, onirisme, troubles du comportement

LA SCHIZOPHRENIE

Définition

On désigne par le terme de schizophrénie un groupe hétérogène d'affections, sévères, ayant un noyau sémiologique commun, débutant le plus souvent à l'adolescence et évoluant généralement vers une désorganisation de la personnalité.

INTERET DE LA QUESTION

Les problèmes de santé mentale

La moitié de tous les problèmes de santé mentale commencent avant l'âge de 14 ans, mais la plupart des cas ne sont ni détectés ni traités.

L'augmentation du risque de suicide et d'hétéro-agressivité, particulièrement en phase aiguë.

la prise en charge au long cours.

l'intégration dans la communauté.

(FREQUENCE/DIAGNOSTIC/CONSEQUENCES/PRISE EN CHARGE)

Epidémiologie

- La prévalence : 1% de la population générale
- Sex-ratio : 1
- Age : Débute le plus souvent entre 15 et 35 ans.
 - La schizophrénie apparaît très rarement durant l'enfance.
 - Puis, l'incidence croît durant l'adolescence : 13,5 % des schizophrénies surviennent avant 20 ans .
- Affection ubiquitaire, elle touche toutes les races et cultures.

ÉTIOPATHOGÉNIE

- La communauté psychiatrique est donc actuellement traversée par un débat sur l'étiopathogénie des psychoses.
- Ce débat oppose :
 - ☐ Hypothèse neurodéveloppementale .
 - ☐ Modèle de la vulnérabilité .

MODÈLE DE LA VULNÉRABILITÉ

- La pathologie comme la voie finale commune de plusieurs facteurs de vulnérabilité convergents dont la sommation peut aboutir aux changements qualitatifs qui caractérisent la schizophrénie
- (vulnérabilité biologique, psychopathologique).

VULNÉRABILITÉ BIOLOGIQUE

- **Vulnérabilité génétiques:**

- Il existe une vulnérabilité génétique aux troubles psychotiques, mais aucun gène unique n'a été clairement identifié comme causal.
- Les études récentes rapportent que de nombreux gènes sont associés au développement de la schizophrénie, mais la plupart ont de petits effets.

modèle polygénique (de multiples gènes interviendraient et interagiraient entre eux, pour causer la maladie.

- La majorité des gènes mis en cause ne sont pas spécifiques, car ils sont également liés à l'autisme et au trouble bipolaire.
- L'hypothèse **d'un dysfonctionnement du système dopaminergique** a été la première hypothèse biologique retenue.
- Des **hypothèses neuroanatomiques**
- Les études d'imagerie cérébrale (scanner et IRM) ont, dans un premier temps, mis en évidence des anomalies structurales du cerveau chez les schizophrènes déficitaires, et en particulier un élargissement des ventricules cérébraux.

Au vu des résultats d'études plus récentes, l'hypothèse d'anomalies lésionnelles a été remplacée par celle d'anomalies fonctionnelles du cerveau, n'apparaissant que lorsque certaines fonctions sont sollicitées.

VULNÉRABILITÉ PSYCHOPATHOLOGIE

les nombreux travaux psychodynamiques sur ce thème se regroupent schématiquement en deux tendances:

- 1) Le désinvestissement psychotique du lien comme une défense narcissique.
- 2) La non-résolution de l'OEdipe, avec pour conséquence l'impossibilité de gérer l'angoisse, serait à l'origine de l'altération de la relation à la réalité et aux objets externes.

HYPOTHÈSE NEURODÉVELOPPEMENTALE

- la maladie schizophrénique est précocement constituée même si sa révélation symptomatique classique ne se réalise qu'après la puberté
- (une anomalie neurologique consécutive à une instabilité cérébrale survenue durant la vie gestationnelle en raison d'agressions intrautérines ou périnatales de nature virale ou nutritionnelle ou de complications obstétricales, chez des sujets ayant un terrain génétique prédisposé.)
- Pendant l'enfance, ces lésions se manifestent par les signes prémorbides non spécifiques
- À l'adolescence, des symptômes spécifiques du registre psychotique.

Etiopathogénie

- L'hypothèse actuellement retenue est celle d'un modèle polygénique (de multiples gènes interviendraient et interagiraient entre eux, pour causer seul la maladie) et multifactoriel (l'environnement interagirait également avec les gènes pour favoriser l'apparition de la maladie ou au contraire protéger le sujet contre celle-ci).

LES FACTEURS DE RISQUE

Les facteurs de risque pour le développement de la schizophrénie incluent :

- Antécédents familiaux de psychose.
- Les facteurs biologiques tels que la prise de substances illicites ou de médicaments, une maladie organique sévère, les traumatismes
- Autres stress psychologiques comme le début d'une année scolaire plus difficile.
- Il s'agit notamment d'une personnalité schizotypique,
- Deux facteurs de risque peuvent être rajoutés : le sexe masculin et les migrants.
- La combinaison de ces symptômes a été décrite comme un « **risque ultra élevé** » pour l'état mental.

CLINIQUE

- Le mode d'entrée dans la schizophrénie peut être :
- **Aigu / Chronique**

- **Chronique** : installation progressive des symptômes psychotiques .

Épisode psychotique aigu

- La principale manifestation d'un épisode psychotique aigu est l'apparition brutale d'un délire.
- Ce dernier est généralement associé à une agitation, une agressivité ou une opposition, du fait de l'angoisse qu'il génère, une dépersonnalisation et des hallucinations psychosensorielles.
- Un épisode psychotique aigu associant l'ensemble de ces caractéristiques était classiquement appelé bouffée délirante aiguë polymorphe.
- Actuellement, on désigne ce type d'épisode par l'appellation syndrome schizophréniforme lorsque la résolution est complète au bout de 1 à 6 mois ou trouble psychotique bref lorsqu'il évolue positivement en moins de 1 mois.
- Le diagnostic de schizophrénie n'est retenu que lorsque les symptômes persistent plus de 6 mois.

Passage à l'acte

- Une fugue ou un voyage pathologique ;
- Une automutilation ;
- Un suicide (le diagnostic étant alors rétrospectif) ;
- Un acte médico-légal.

Phase d'état

Les signes positifs

a. Le délire schizophrénique

La prévalence du délire est estimée à plus de 90 %.

- Typiquement, c'est un délire riche flou et mal systématisé : sans ordre, cohérence et clarté et marqué par l'illogisme.

b. Les hallucinations

- Hallucination psychosensorielles (acoustico-verbales, olfactives, tactiles et cénesthésiques, gustatives)
- Le syndrome d'automatisme mental et d'influence

Les signes négatifs

- ✓ L'émoussement des affects.
- ✓ La pauvreté du discours.
- ✓ L'avolition (aboulie).
- ✓ Le retrait social.
- ✓ Le déficit de l'attention

c. La dissociation et la désorganisation

C'est la rupture de l'unité psychique qui va se traduire par la perte de la cohérence globale entre la pensée, la vie affective et le comportement chez un même sujet.

Cliniquement, la désorganisation est la perception d'une étrangeté, d'une modalité relationnelle inhabituelle.

La désorganisation cognitive (conceptuelle)

L'intelligence du patient n'est pas atteinte, c'est l'utilisation de ses capacités intellectuelles qui est altérée.

- Relâchement des associations idéiques.
- Troubles du cours de la pensée : barrages idéiques et fadings.
- Troubles du contenu de la pensée : rationalisme morbide, stéréotypies verbales, des idées illogiques et abstraites.
- Le langage est désorganisé avec des néologismes, des impulsions verbales, des réponses à côté, un mutisme ou une schizophasie.

La désorganisation affective

- Ambivalence affective
- Réaction affectives paradoxales et inappropriées (rires immotivés, Parathymies tels que des rires dans une situation de tristesse).
- Indifférence affective.

La désorganisation comportementale

Traduit l'inadéquation entre la pensée et les actes.

- Stéréotypies gestuelles
- Paramimies (grimaces, mimique paradoxale)
- Maniérisme
- Apragmatisme et incurie

Les critères diagnostiques de la schizophrénie

1. Deux (ou plus) des manifestations suivantes, pendant au moins quatre semaines :
 - Hallucinations
 - idées délirantes
 - Discours et pensées désorganisés (discours incohérent, coq-à-l'âne)
 - Comportement gravement désorganisé ou catatonique
 - Symptômes négatifs (émoussement, alogie, perte de volonté)
2. Perturbation d'un ou plusieurs domaines de fonctionnement tels que le travail, l'école, les relations interpersonnelles
3. Durée des symptômes depuis au moins 6 mois, cette période peut comprendre la phase prodromique. En cas d'évolution inférieure à 6 mois, on parle de *troubles schizophréniformes*
4. Exclusion d'une autre maladie psychiatrique comme les troubles de l'humeur ou d'un trouble organique ou d'une affection médicale générale

Diagnostics différentiels

Lors d'un premier épisode ou un premier accès

- Une origine organique des symptômes : traumatisme crânien, tumeur cérébrale, méningoencéphalite, neurosyphilis, pathologies cérébrales vasculaires et inflammatoires, comitialité, maladie dégénératives, maladies métaboliques et endocriniennes, intoxications....
- Un épisode maniaque avec caractéristiques psychotiques (ou manie délirante).
- Un trouble schizophréniforme (évoluant favorablement en moins de 6 mois).
- Un trouble psychotique bref (évoluant favorablement en moins de 1 mois).
- Une psychose puerpérale.

Face à un tableau chronique

- Un trouble délirant (le délire est systématisé et il n'y a ni symptômes négatifs, ni désorganisation).
- Un trouble bipolaire dont les épisodes thymiques se caractérisent par la présence de symptômes psychotiques
- Certains troubles de personnalité : personnalité schizoïde (retrait social et de la froideur), personnalité schizotypique (idées non délirantes de références, de la bizarrerie et de la méfiance).

Evolution et pronostic

- Évolution
 - 25% : **“favorable”**
 - 50% : **intermédiaire**
 - Accès récurrents
 - Atteinte variable des domaines affectifs, sociaux et professionnels
 - 25% : **très péjorative**
 - Délire et/ou signes déficitaires invalidants;
 - Dégradation sociale +++
 - Nécessité d'assistance quasi-permanente (institution psychiatrique)
- Évolution significativement plus favorable si traitement antipsychotique le plus précoce possible, à posologie efficace et sur une durée suffisante (2 à 5 ans).
- Mortalité :
 - Risque suicidaire +++
 - 10% des TS, 5% de la mortalité des Schz;
 - Secondaire à raptus délirant et/ou anxieux.

- Surmortalité par maladies cardio-vasculaires, respiratoires et infectieuses.

Aspects thérapeutiques

L'hospitalisation

Généralement, l'hospitalisation est indiquée :

- En présence d'une angoisse importante, d'un risque de suicide.
- En cas d'exacerbation aiguë du délire, du déficit.
- En présence d'un comportement auto ou hétéroagressif.
- En présence d'une famille ou d'un environnement pathogène avec comportements agressifs réciproques.
- Une mauvaise compliance thérapeutique ou résistance d'une thérapeutique bien conduite.

Thérapeutiques médicamenteuses

Les stratégies thérapeutiques dans la schizophrénie ont pour base essentielle les neuroleptiques (antipsychotiques classiques) et les antipsychotiques atypiques ou de seconde génération.

- Les antipsychotiques à action prolongée

Les neuroleptiques d'action prolongée (NAP) et les antipsychotiques non conventionnels à action prolongée (APAP) facilitent la prévention de la survenue des rechutes délirantes.

L'électroconvulsivothérapie (ECT)

L'électroconvulsivothérapie (ECT) consiste en l'induction d'une crise comitiale à visée thérapeutique, par l'administration d'un stimulus électrique, au moyen d'électrodes appliquées sur le scalp.

Les psychothérapies

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC)

Les TCC dans la Sx reposent principalement sur l'entraînement des compétences sociales et sur la psychothérapie cognitive.

La psychoéducation

C'est une intervention didactique et thérapeutique qui vise à informer les patients et leurs familles sur les différents aspects du trouble psychiatrique, dans le but de :

- ✓ L'acceptation de la maladie par la personne et ses proches ;
- ✓ Leur coopération active au traitement et à la réadaptation ;
- ✓ L'acquisition d'habiletés compensant les déficits liés au trouble psychiatrique.

La remédiation cognitive

C'est une intervention thérapeutique destinée à améliorer les processus cognitifs (attention, mémoire, fonctions exécutives, cognition sociale et métacognition).

Les thérapies familiales

Il s'agit d'une conception systémique de la maladie, où les membres du groupe familial fonctionnent en prisonniers de modes de communications pathologiques