

Dr Bouleçane .A.

Maitre assistante en pédopsychiatrie

•

Psychoses délirantes aiguës

I- généralités :

Les psychoses délirantes aiguës revêtent des appellations diverses dans la littérature.

Dans les pays de langue française, elles sont le plus souvent dénommées, depuis la description clinique initiale de Magnan et ses élèves « bouffées délirantes». Appellées aussi :

hallucinations aiguës

états oniroïdes

expérience délirante primaire

II-Définition:

- c'est l'éclosion brutale d'un délire transitoire riche polymorphe dans ses thèmes et ses mécanismes, vécu comme une expérience imposée au sujet, associé à des troubles de l'humeur, de la conscience. entraînant un bouleversement profond mais transitoire du fonctionnement psychique et des relations du sujet avec le monde extérieur .

III-Etude clinique:

Phase de début

-Début brusque et soudain : « coup de tonnerre dans un ciel serein ».

-Prédominance féminine (2F , 1H)

- A l'adolescence, adulte jeune 20-35 ans

- Délire d'emblée

-Phase prodromique: troubles dépressifs, troubles du sommeil, des émergences anxieuses.

Phase d'état:

le début de l'accès est brusque. Souvent sans cause déterminante appréciable, Au milieu du calme le plus complet, se produit d'emblée une bouffée d'idées

Le délire est polymorphe dans sa thématique et ses mécanismes : la symptomatologie délirante domine le tableau clinique et le polymorphisme caractérise ce délire.

Les idées se mêlent, multiples, confuses, se succédant ou se combinant sans la moindre règle

Toutes les thématiques délirantes peuvent s'observer: grandeur ; possession ; influence ; mystique...). Ils sont enchevêtrés sans systématisation

Mécanismes : polymorphes ; multiples et variables (interprétations ; intuitions ; hallucinations psychiques et psychosensorielles ; automatisme mental ; éléments imaginatifs

L'angoisse apparaît dès les premiers moments, comme une mise en question du sujet lui-même et de son monde, provoquant un bouleversement émotionnel et psychique intense.

La dépersonnalisation est profonde. Le sujet se sent transformé dans son corps et dans son unité psychique.

Délire vécu avec intensité avec une adhésion absolue du sujet à son délire, avec réactions affectives, motrices, voire même médico-légales.

Les troubles thymiques sont constants et sont liés aux thèmes délirants dont ils partagent la mobilité. Le malade peut passer, sans transition aucune, de l'agitation la plus violente à la dépression la plus profonde

La conscience et la vigilance ne sont pas profondément perturbées comme dans les états de confusion mentale. Il existe une certaine obnubilation, une distraction, un défaut d'adaptation à l'ambiance qui rendent l'orientation non pas perturbée, mais souvent hésitante et qui se traduit par un sentiment d'étrangeté de l'ambiance.

Le contact avec autrui et le monde extérieur dépend de l'intensité des perturbations anxieuses, délirantes et thymiques du moment.

Les troubles du comportement sont constants et témoignent de l'intensité du vécu délirant. Ils sont sans

cesse en mutation, imprévisibles et sont la conséquence des vagues délirantes.

Cette adhésion sans réserve entraîne de vives réactions comportementales. Il peut s'agir d'agitation anxieuse, de fugue, de passages à l'acte impulsifs, d'actes médico-légaux, de scandales, de voyages pathologiques. Ces troubles imposent une hospitalisation en urgence

l'état somatique est classiquement normal. L'insomnie est constante. Les troubles somatiques : Peu marqués au début, ils pourront néanmoins sans traitement devenir plus conséquents (risque de déshydratation par exemple, ou de blessures...).

Mais il importe de toujours rechercher une étiologie organique devant un tableau psychotique

Formes cliniques

Formes symptomatiques :

1- Psychoses imaginatives aiguës: Fabulations avec des récits fantastiques chez des sujets ayant une constitution mythomane et hystérique.

2- Psychoses interprétatives aiguës: Paroxysmes délirants interprétatifs avec des réactions émotionnelles intenses.

3- Psychoses hallucinatoires aiguës: Délire où domine les phénomènes hallucinatoires avec automatisme mental et dépersonnalisation. Les thèmes délirants mystiques et érotiques vécus dans une atmosphère imaginaire sans aspect onirique, tantôt dans l'angoisse, tantôt dans l'élévation réalisant parfois un état comparable à celui des effets de toxiques hallucinogènes

Formes étiologiques :

– la bouffée délirante aiguë primaire, survenant sans facteur déclenchant apparent mais le plus souvent sur des sujets jeunes et immatures ;

– la bouffée délirante secondaire à un facteur psychogène (BDA réactionnelle): il peut s'agir d'un choc émotionnel, d'un échec affectif ou professionnel, d'un deuil, d'un abandon, d'un succès non escompté ou d'une situation de rupture des repères affectifs ou spatio-temporels (service militaire, psychose d'incarcération, transplantation)

- – la bouffée délirante secondaire à une cause organique : tous les facteurs d'agression encéphalique (traumatiques, infectieux, vasculaires, toxiques, métaboliques, endocriniens) peuvent être à l'origine d'une bouffée délirante

Diagnostic différentiel

Avec les autres psychoses aiguës

Manie délirante : On retrouve des symptômes maniaques au premier plan, des antécédents familiaux de troubles thymiques.

Mélancolie délirante : On retrouve des symptômes dépressifs ; fixité des thèmes, du caractère centripète du délire et de l'inhibition au premier plan, ayant précédé l'apparition du délire.

Confusion mentale : La désorientation temporo-spatiale vraie, une perplexité et/ou une altération des fonctions supérieures imposent la recherche d'une organicité.

Épilepsie: Certains états épileptiques peuvent réaliser des états crépusculaires ou des paroxysmes épileptiques.

Psychose hystérique : Il s'agit d'un état délirant aigu oniroïde, marqué par une thématique mystique ou érotique, un état de conscience crépusculaire et une érotisation de la relation à autrui.

Autres psychoses aiguës : Il s'agit de :

– la psychose puerpérale ;

– les psychoses toxiques, notamment aux amphétamines et au LSD.

Avec les aspects aigus des psychoses chroniques :

Poussée aiguë au cours d'un délire systématisé chronique :

Elle est caractérisée par :

- un début souvent moins brutal ;
- l'âge du sujet supérieur à 30 ans ;
- une systématisation du délire ;
- une personnalité prémorbide de type paranoïaque.

Début aigu d'une évolution schizophrénique • Ici prennent toute leur

valeur les symptômes typiquement schizophréniques (athymhormie, affectivité inadéquate ou discordance affective, retrait affectif, bizarrerie du comportement et désorganisation conceptuelle), la discordance entre le délire, les émotions et les actes, et l'existence d'une personnalité prémorbide pathologique de type schizoïde.

CLASSIFICATION :

- **CIM 10:** Troubles psychotiques aigus transitoires (<3mois).
- **DSM-IV-TR:** Trouble psychotique bref (1 jour à moins 1mois).
Trouble schizophréniforme (>1 mois et moins de 6 mois).
- **- CRITERES DSM-IV-TR de trouble psychotique bref**

A. Présence d'un (ou plus) des symptômes suivants:

- (1) idées délirantes
- (2) hallucinations
- (3) discours désorganisé
- (4) comportement grossièrement désorganisé ou catatonique

B. Au cours d'un épisode, la perturbation persiste au moins 1 jour, mais moins d'1 mois, avec retour complet au niveau de fonctionnement pré morbide

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques, un trouble schizo affectif, ou une schizophrénie et n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p.ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale

- Avec facteur (s) de stress marqué (s)

- Sans facteur (s) de stress marqué (s)
- Avec début lors du post-partum

EVOLUTION:

-Episode régressif et unique: Dans 50 % des cas, il n'y a jamais aucune récurrence de bouffée délirante aiguë.

- La guérison se fait en quelques jours ou quelques semaines avec un mois d'hospitalisation.

-Evolution intermittente avec récurrence :Parfois identique à la première bouffée délirante aiguë ou différente.

- Diagnostic différentiel : psychose maniaco-dépressive.

-Evolution vers la chronicité : Dès la première bouffée délirante aiguë ou après plusieurs (rapprochées).

- Sujet jeune : schizophrénie.

- Sujet âgé : Délire non schizophrénique.

Pronostic:

Le pronostic d'une psychose délirante aiguë est presque impossible à déterminer pendant l'épisode lui-même. Cependant, on recherchera des facteurs de mauvais pronostic qui font craindre l'évolution vers une schizophrénie, ou des facteurs de bon pronostic qui semblent écarter une telle évolution.

On considère classiquement comme éléments de pronostic favorable :

- le début brutal ;
- un facteur déclenchant précis ;
- une personnalité prémorbide bien adaptée, extravertie ;
- la brièveté de l'accès ;
- une bonne réponse au traitement ;
- une bonne critique du délire ;
- importance des éléments thymiques et d'un état de conscience très oniroïde ;
- le polymorphisme du délire ;
- un délire superficiel, n'engageant pas profondément l'identité du sujet ;
- l'absence d'antécédents familiaux de nature psychotique.

À l'inverse, les éléments de pronostic défavorable sont :

- un début subaigu précédé de manifestations insidieuses ;

- une personnalité prémorbide schizoïde ;
- une symptomatologie dominante schizophrénique
- l'absence de troubles de l'humeur et d'anxiété ;
- la persistance du délire.

Traitement:

La bouffée délirante est une urgence psychiatrique.

L'hospitalisation est nécessaire. Elle vise à protéger le patient, à assurer un cadre rassurant et à instaurer le plus rapidement possible un traitement médicamenteux efficace à court terme.

Le traitement est symptomatique. Le traitement médicamenteux vise à réduire rapidement le délire, l'agitation et l'anxiété associées. Il doit être le plus efficace possible tout en ayant le moins d'effets secondaires.

Le traitement est à base de neuroleptiques. On utilise surtout les phénothiazines sédatives par voie intramusculaire au début en raison de l'intensité de l'anxiété, comme la chlorpromazine (*Largactil*), la *lévomépromazine* (*Nozinan*) .

Les antipsychotiques, dénommés encore neuroleptiques atypiques (rispéridone, olanzapine, amisulpride) offrent de nouvelles perspectives dans le traitement des états psychotiques aigus.

Ils ont une efficacité comparable voire supérieure à celle des neuroleptiques incisés classiques mais surtout une tolérance largement améliorée (respect des fonctions cognitives, pas d'effets cholinergiques et adrénolytiques, moins d'effets neurologiques).

Les doses recommandées sont de 4-8 mg/j de rispéridone, 10-20 mg/j d'olanzapine ou 400-1 200 mg/j d'amisulpride.

On pourra associer la prescription d'une benzodiazépine à délai d'action rapide en cas d'anxiété associée ou d'agitation.

Le recours à l'électroconvulsothérapie reste exceptionnelle et est légitime en cas de résistance au traitement neuroleptique

un soutien psychothérapeutique régulier et vigilant est nécessaire, afin d'ajuster la chimiothérapie dont il importe de surveiller l'efficacité mais aussi la tolérance.

La nécessité de maintenir le traitement neuroleptique durant 6 à 12 mois est clairement établie pour permettre une bonne consolidation.