

UNIVERSITE FARHAT ABAS de SETIF

Faculté de médecine /département de médecine

Module de psychiatrie (5eme année de médecine)

LES PSYCHOSES AIGUES

Le plan :

I-Généralités –introduction.

II-Intérêt.

III- LA Bouffée Délirante AIGUES:	IV-Les états confusionnels :
<p>A- SEMIOLOGIE DE LA FORME TYPIQUE</p> <ul style="list-style-type: none">- Phase de début:-Phase d'état : <p>B- DIAGNOSTIC :</p> <ul style="list-style-type: none">Diagnostic Positif:Diagnostic différentiel:Diagnostic étiologique : <p>C- Le pronostic et évolution :</p> <p>D- Conduite à tenir</p>	<p>A-Sémiologie,</p> <p>B-Description clinique,</p> <p>C- Les étiologies,</p> <p>D-Conduite à tenir,</p> <p>E-Autres psychoses aiguës.</p>

V-Bibliographie :

1 Pr ADOUANE ep OUKID

Maitre de conférences classe « A » en pédopsychiatrie.

EHS AIN ABESSA SETIF.

2020

I-Généralités -introduction :

Le syndrome psychotique : ensemble de troubles et affections mentales ayant en commun une série de caractéristiques :

- *Perte de contact avec la réalité.
- *Méconnaissance de l'état morbide.
- *Étiologie, génétique, et organique.
- *Gravité du pronostic.

Les psychoses aiguës regroupent deux entités cliniques propres à la l'école française : les bouffées délirantes et les confusions mentales.

II-Intérêt de la question

- intérêt diagnostique précoce: urgence psychiatrique avec risque de passage à l'acte auto et hétéro agressif non négligeable.
- mode évolutif incertain(mode d'entrée vers la schizophrénie ou vers la maladie maniaco-dépressive)
- intérêt d'une bonne prise en charge: survenue chez des sujets jeunes dans des moments charnières de la vie (entrée à l'université, séparation d'avec la famille, adolescence, post- partum).

III- LA Bouffée Délirante AIGUE:

Etat psychotique d'installation brutale; caractérisé par le polymorphisme des thèmes et des mécanismes délirants ; et la brièveté de l'épisode.

- Notons que le DSM IV a reconsidéré la BDA qu'il a scindé en deux entités très proches mais distinctes surtout par le critère de durée ; inférieure à 1 mois et entre 1 mois et six mois; respectivement on individualise:

2 Pr ADOUANE ep OUKID

Maitre de conférences classe « A » en pédopsychiatrie.

EHS AIN ABESSA SETIF.

2020

- le trouble psychotique bref
- et le trouble schizophréniforme.

A- SEMIOLOGIE DE LA FORME TYPIQUE

- Phase de début:

La BDA est généralement le fait d'un adolescent ou d'un sujet jeune, souvent immature, On retrouve parfois des facteurs déclenchant:

- choc émotionnel, échec affectif ou professionnel, deuil, abandon, une première expérience sexuelle, un succès non escompté, emprisonnement, service militaire, transplantation.

- LA PHASE D'ETAT:

a/ Présentation et comportement:

L'effraction délirante aiguë introduit un bouleversement total de soi et du monde extérieur: le sujet paraît, désintéressé de la réalité présente un trouble de comportement en rapport avec les fluctuations thymiques et délirantes ; le sujet peut présenter: une excitation motrice ou stupeur catatonique ; agitation anxieuse ; logorrhée ou mutisme ; conduites pathologiques : fugues ; bagarres ...etc.

b/ les signes psychiques:

- **Délire d'apparition brusque :**

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

Mécanismes délirants: Tous les mécanismes délirants peuvent y être retrouvés: intuition, hallucination psychique et psychosensorielles souvent visuelles mais aussi cénesthésiques et auditives.

Automatisme mental : est constant ; une perte d'intimité de la pensée: les idées, les intentions, les actes sont devancés ; imposés ; commentés.

Les thèmes délirants : sont polymorphes , multiples et variables: persécution, influence, empoisonnement, possession, grandeur, mystique, jalousie.

3 Pr ADOUANE ep OUKID

Maitre de conférences classe « A » en pédopsychiatrie.

EHS AIN ABESSA SETIF.

2020

Absence d'organisation du délire.

La participation thymique: est constante le sujet oscille et parfois d'un moment à l'autre, entre les pôles extrêmes de l'exaltation euphorique et la sidération dépressive et anxieuse.

L'adhésion totale au délire : absence de critique.

La conscience vigile: n'est pas réellement altérée,

Symptômes associés : dépersonnalisation constante ; troubles thymiques.

Signes physiques : insomnie constante ; déshydratation anorexie...

B- DIAGNOSTIC :

- **Diagnostic Positif:** repose sur les éléments suivants:

- Sujet jeune ; un début brutal; aspect polymorphe du délire;

-la présence de troubles thymiques et du comportement

la brièveté de l'épisode.

-**Diagnostic différentiel:**

1- Manie délirante: devant une manie délirante les arguments en faveur de la bouffée délirante aigue sont:

- absence d'antécédents de troubles thymiques;

- la prédominance du délire sur les troubles de l'humeur;

- l'antériorité du délire sur les troubles thymiques;

- la variabilité du tableau clinique;

- la présence d'hallucinations

2-Mélancolie délirante:

4 Pr ADOUANE ep OUKID

Maitre de conférences classe « A » en pédopsychiatrie.

EHS AIN ABESSA SETIF.

2020

Les signes en faveur de la mélancolie délirante:

- le début progressif par une dépression, puis un délire;
 - la stabilité de l'état thymique dépressif;
 - la structure pauvre, fixe, monotone du délire .
- la thématique unique congruente à l'humeur ; persécution justifiée, hypocondriaque,

3- Confusion mentale: désorientation temporo-spatiale et des signes somatiques toujours présents.

-Diagnostic étiologique :

- Bouffée délirante primaire : souvent chez des sujets ayant une personnalité pathologique.
- BDL secondaire à une prise de toxiques.
- BDL réactionnelle à un traumatisme soudain et violent chez certaines personnes prédisposées.

BDL de la puerpéralité ou psychose puerpérale : survenant au cours des six premières semaines suivant l'accouchement.

C- Evolution et facteurs de pronostic : dans 50% des cas ; épisode régressif et unique.

Dans 25% ; récurrences ; et le reste des cas pouvant être un mode d'entrée dans la schizophrénie ou un trouble bipolaire.

1-BDL de bon pronostic :

&Début brutal ; polymorphisme des thèmes et des mécanismes ; facteurs déclenchant ; des troubles thymiques et anxieux dominant le tableau clinique ;

&Absence d'antécédents psychiatriques personnels et familiaux.

2- facteurs de mauvais pronostic :

- * personnalité pré-morbide de type schizoïde, *un début subaigu,

- * moindre intensité de la symptomatologie et pauvreté,

5 Pr ADOUANE ep OUKID

Maitre de conférences classe « A » en pédopsychiatrie.

EHS AIN ABESSA SETIF.

2020

-* la présence de signes de dissociation schizophrénique,

*- une faible composante anxieuse et la persistance d'une activité délirante * Absence d'événements déclenchant ;* antécédents familiaux de schizophrénie.* résolution incomplète et critique imparfaite du délire * Le sexe masculin et un jeune âge sont aussi des facteurs de mauvais pronostic.

-D-Conduite à tenir :

La BDA est une URGENCE psychiatrique, nécessitant systématiquement une hospitalisation afin de:

- Protéger le patient et son entourage, car le risque d'auto et d'hétéro-agressivité n'est pas négligeable.
- d'instaurer un traitement pharmacologique et psychologique.
- évaluer la situation clinique et la recherche d'une étiologie organique ou psychiatrique.
- corriger les déséquilibres hydro-électrolytiques associés.
 - Isolement au calme, en cure libre ou HDT si refus de soins.

Moyens :

- Neuroleptiques classiques et antipsychotiques de 2^{ème} génération :exemple : Halopéridol : Hal dol * amp 5mg :2amp en IM 3 fois par jour « 15à60mg » ou bien
- Loxapine : loxapac* amp de50mg : 4 amp en IM 3fois par jour « 400à600mg ».
- Anxiolytiques.
- Sismothérapie : exceptionnelle.
- Psychothérapies.***

IV-Les états confusionnels :

A-Sémiologie :

Ces états présentent en commun un syndrome confusionnel caractérisé par une triade sémiologique :

6 Pr ADOUANE ep OUKID

Maitre de conférences classe « A » en pédopsychiatrie.

EHS AIN ABESSA SETIF.

2020

1) troubles cognitifs : obnubilation de la conscience ; désorientation temporo spatiale ; diminution de la vigilance et troubles de la mémoire.

2) activité délirante : délire onirique proche du rêve; variable au cours de la journée et riche avec des hallucinations.

3) troubles somatiques : altération de l'état général ;

B-DESCRIPTION CLINIQUE :

-Début: parfois brutal ;souvent progressif «quelques jours »

- Il arrive que le syndrome confusionnel se développe après une phase prodromique : céphalée intense, pénible, une asthénie, une fatigabilité ou d'une période d'insomnie. irritabilité voire excitation,

-Phase d'état: fluctuation symptomatique.

le tableau typique associe des perturbations du cycle veille-sommeil, des troubles affectivo-émotionnels et comportementaux ainsi qu'un syndrome physique.

Présentation et comportement moteur :

- La mimique du patient est caractéristique, le regard vitreux, hagard, hébété traduisant l'égarement.
- La tenue vestimentaire est négligée, débraillée.

Le comportement moteur est anormal : l'altération peut se manifester par une hypoactivité ou une hyperactivité motrice. Tantôt inerte, apathique, le malade répond avec lenteur aux questions, ou reste muet, réticent ; tantôt il s'agite de manière désordonnée, ses gestes sont désadaptés mimant certains automatismes (professionnels...) ou l'exposant à des conduites d'errance

- **La perplexité anxieuse:** apparait durant de courts intervalles de lucidité où le patient récupère une activité intellectuelle normale avec extinction de l'onirisme.
- **Dissolution des processus attentionnels et troubles cognitifs** : Les principales fonctions cognitives (perception, raisonnement, mémoire...) sont désorganisées

L'éveil, la vigilance et l'attention sont perturbés

7 Pr ADOUANE ep OUKID

Maitre de conférences classe « A » en pédopsychiatrie.

EHS AIN ABESSA SETIF.

2020

- **Les altérations perceptives** sont la règle, notamment visuelles et auditives..
- **L'adhésion**; est totale. C'est un délire vécu et agi avec forte charge affective. La peur confine parfois à la terreur (danger d'agression, de fuites, de défenestration).
- **L'anxiété est majeure** allant parfois jusqu'à la pantophobie (peur de tout ce dont le malade prend conscience : personnes, situations, évènements).
- **La fluctuation au cours de la journée**: l'onirisme survient par vagues de durées plus ou moins longues avec une recrudescence vespérale et nocturne. Le sommeil est toujours perturbé.
- **La désorientation temporo-spaciale** : le confus est toujours désorienté dans le temps et habituellement dans l'espace ; il se perd continuellement, incapable de dire là où il est, là où il était quelques instants auparavant, et où il sera dans les instants qui suivent.
- Ce déficit peut se compléter par une difficulté à reconnaître l'entourage familial ou **par de fausses reconnaissances**. Parfois, il peut exister des troubles de la conscience de soi.
- **La désorientation est d'abord temporelle** (constante) puis spatiale(inconstante).
- **Les troubles mnésiques** : sont constants et portent sur la mémoire immédiate avec impossibilité de fixer les informations et oubli à mesure (amnésie antérograde) ;

Syndrome physique :

- L'état général est souvent altéré : déshydratation, fièvre ;amaigrissement ; troubles digestifs divers ; troubles du sommeil constants.
- **Evolution** : l'amélioration est la règle sous traitement adapté .

C- les étiologies:

les causes les plus fréquentes sont : **maladies infectieuses** comme : typhoïde ;septicémies ;endocardites ;méningites...etc.

- **Causes toxiques** : tous les toxiques utilisés par les toxicomanes(benzodiazépines ;kif ;cocaïne...)lors du sevrage brutal ou lors des consommations de fortes doses.

8 Pr ADOUANE ep OUKID

Maitre de conférences classe « A » en pédopsychiatrie.

EHS AIN ABESSA SETIF.

2020

- **Causes endocriniennes et métaboliques** : hypoglycémie ou l'acidocétose du diabétique ; insuffisance rénale et hépatique ; hypo-hyperthyroïdie ...
- **L'alcoolisme** : cause majeure des états confusionnel **Delirium tremens** : délire alcoolique aigue lors d'un sevrage brutal ; 48h après le sevrage apparition des sueurs ;cauchemars ; tremblements généralisés et onirisme.
- **Confusion d'origine émotionnelle** :lors des traumatismes psychiques intenses.
- **D-Conduite à tenir** :
- **Traitement : urgence nécessitant une hospitalisation.**

Quelle que soit l'étiologie du syndrome confusionnel ; le malade confus doit être surveillé et sécurisé :

*Isolement dans une chambre seul ; calme et semi éclairée ; avec mesures de sécurité ; **absence de contention.**

Attitude **calme et rassurante du personnel.**

Examen somatique et **bilan complet** en fonction du contexte clinique : **Correction** des troubles hydro-électrolytiques. Sédation de **l'agitation si elle** est importante.

Traitement étiologique :*antibiothérapie dans un syndrome infectieux *Arrêt de la prise d'un toxique. *Correction d'un trouble métabolique.

E-Autres psychoses aiguës :

Psychoses puerpérales : Englobent les troubles contemporains de la grossesse ; de l'accouchement et de la lactation. le risque majeur est celui de la tentative de suicide et /ou de l'infanticide.

V-Bibliographie :

- 1) A.BOTTERO :Révision accélérée en Psychiatrie de l'adulte.
- 2) Hardy-Baylé : Enseignement de la psychiatrie, 2eme édition .
- 3) Précis de psychiatrie clinique de l'adulte (P Deniker ,Th Lemperiere, J Guyotat.

9 Pr ADOUANE ep OUKID

Maitre de conférences classe « A » en pédopsychiatrie.

EHS AIN ABESSA SETIF.

2020