

Les Schizophrénies

I Introduction .

La schizophrénie est une maladie psychiatrique fait partie du groupe des psychoses.

Qui touche plus de 24 millions de personnes dans le monde, Leur ethiopathogenie est multifactorielle (héréditaire, biologique, environnementale...)

Débute chez les sujets jeunes (pic d'incidence entre 18 et 25 ans), évolue de manière chronique et touche autant l'homme que la femme.

La prévalence sur la vie entière est évaluée à 1 %.

. II. historique :

BLEULER en 1911 propose le terme de schizophrénie (schizo = diviser, phrénie = pensée) pour caractériser la perte de cohésion et la dislocation du fonctionnement psychique du sujet malade.

Il se démarque alors de la conception de KRAEPLIN (1899) qui désignait ces maladies sous le terme de démences précoces, car selon lui l'évolution déficitaire était inéluctable.

III. Clinique :

Les manifestations de la schizophrénie sont très variables d'un patient à l'autre. Leur installation est dans la majorité des cas progressive. Le patient passe alors par des **phases aiguës** pendant lesquelles elles s'expriment davantage. On les regroupe en plusieurs familles :

- Les **symptômes positifs** (ou excédentaires) : ce sont les plus visibles et les plus impressionnants. Ils regroupent les hallucinations sensorielles (majoritairement visuelles ou auditives), la paranoïa, les idées délirantes, la mégalomanie...
- Les **symptômes négatifs** (ou déficitaires) : ils correspondent à une mise en retrait sociale du patient. On constate un isolement, un appauvrissement affectif et une perte d'intérêt vis-à-vis du monde qui l'entoure.
- Les **symptômes dissociatifs** : il s'agit d'une désorganisation de la pensée et du comportement. Le malade tient des discours incohérents et exprime des émotions contradictoires.

Les critères diagnostiques du DSM V

A. Deux ou plus des symptômes suivants sont présents pendant une partie significative du temps sur une période d'un mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement). **Au moins l'un des symptômes doit être 1, 2 ou 3 :**

1. Idées délirantes
2. Hallucinations
3. Discours désorganisé (c.-à-d., coq-à-l'âne fréquents ou incohérence)
4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
5. Symptômes négatifs (c.-à-d., **réduction de l'expression émotionnelle, aboulie**)

B. Pendant une partie significative du temps depuis la survenue du trouble, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels que le travail, les relations interpersonnelles, ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation (ou, en cas de survenue dans l'enfance ou dans l'adolescence, incapacité à atteindre le niveau de réalisation interpersonnelle, scolaire, ou dans d'autres activités auxquelles on aurait pu s'attendre).

C. Des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit comprendre au moins 1 mois de symptômes (ou moins quand ils répondent favorablement au traitement) qui répondent au critère A (c.-à-d. symptômes de la phase active), et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels.

D. Un trouble schizo-affectif et un trouble dépressif ou bipolaire avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés.

E. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (c.-à-d. une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale.

F. En cas d'antécédents d'un **trouble du spectre autistique ou d'un trouble de la communication débutant dans l'enfance**, le diagnostic additionnel de schizophrénie n'est fait que si les idées délirantes ou les hallucinations sont prononcées et sont présentes avec les autres symptômes requis pour le diagnostic pendant au moins 1 mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement).

IV. Signes cliniques :

1. Le syndrome dissociatif

Il désigne une rupture de l'unité psychique à l'origine d'une désorganisation de l'activité mentale du sujet. Ce processus interne entraîne une perte de l'harmonie entre les différents champs de la vie psychique de la personne (affect, pensée, comportement, langage). (Par exemple, l'affect ne correspond pas à la pensée qui est émise, ni au comportement réalisé.)

La discordance correspond à l'expression clinique de la dissociation.

1.1. Troubles du cours de la pensée

Le processus dissociatif entraîne une atteinte dynamique de la pensée.

La pensée perd de sa cohérence et de sa logique et devient diffluyente. Le sujet passe d'une idée à une autre sans suite logique. Les associations d'idées ne sont pas compréhensibles.

- Le barrage correspond à un arrêt brusque du discours, qui peut ne pas reprendre ou reprendre sur le même ou sur un autre thème.
- Le fading mental correspond à un engluement du discours qui ralenti puis reprend son rythme.

Le sujet schizophrène a sa propre logique qui confère au discours un aspect bizarre et impénétrable.

- Rationalisme morbide
- Altérations des capacités de raisonnement (prend les choses au premier degré)

1.2. Troubles du langage

- Le discours ne semble plus nécessairement destiné à établir un contact.
- Néologismes
- Mauvaise utilisation des mots (paralogisme)
- Mauvaise utilisation de la syntaxe (agrammatisme)
- Maniérisme du langage (préciosité)
- La schizophasie correspond à un langage totalement incohérent et incompréhensible.
- Mutisme ou semi-mutisme

1.3. Troubles de l'affectivité

La discordance affective correspond à l'émission d'affects qui ne sont pas concordant avec la situation ou la pensée qui est émise (parler de la mort d'un proche avec un grand sourire)

La dissociation est à l'origine d'une ambivalence affective. Le sujet schizophrène ne parvient pas intégrer deux sentiments contradictoires et à se déterminer pour l'un d'eux.

Ces troubles de l'affectivité peuvent être à l'origine de manifestations émotionnelles déconcertantes et imprévisibles. (Réaction affectueuse spectaculaire ou agressivité brutale)

1.4. Troubles psychomoteurs

- Maniérisme gestuel
- Stéréotypies motrices (balancement, grattage...)
- Phénomènes en écho : écholalie, échomimie, échopraxie
- Négativisme (refus de la main tendue, regard fuyant...)
- Catalepsie : perte de l'initiative motrice, conservation des attitudes (rigidité en tuyau de plomb).

2. La dépersonnalisation

Elle correspond à un sentiment de perte de l'intégrité psychique et physique, de morcellement corporel à l'origine d'une angoisse intense de néantisation.

3. Le délire paranoïde

Le délire paranoïde n'est pas systématisé (peu ou pas cohérent). C'est un délire flou, incohérent, impénétrable, chaotique dont les mécanismes sont polymorphes (hallucinations, illusions, intuitions...) et les thèmes souvent intriqués (mystiques, persécutions, influence...).

L'adhésion du sujet à son délire est le plus souvent totale et peut déclencher des troubles du comportement (agitation, agressivité, stupeur...)

Le syndrome d'automatisme mental fortement évocateur du diagnostic correspond à une perte de contrôle du sujet sur une partie de ses pensées. Le sujet perçoit un écho de sa pensée, un commentaire de sa pensée ou de ses actes. Il a le sentiment que ses pensées sont volées ou devinées.

V. Les modes de début

Débuts aigus

.1. Bouffée délirante aiguë

.2. Etat dépressif atypique

Rechercher des éléments de bizarreries, des préoccupations à thème sexuel, des hallucinations, des stéréotypies...

.3. Etat maniaque

Repérer toute atypicité (bizarreries, idées délirantes non congruentes à l'humeur...) évocatrices d'une schizophrénie débutante (épisode « schizomaniaque »).

4. Troubles du comportement

Gestes auto ou hetero-agressifs bizarres, sans explication, impulsifs.

Etats confuso-oniriques.

Débuts insidieux :

Le diagnostic de schizophrénie est souvent porté tardivement, parfois après plusieurs années d'évolution retardant d'autant l'accès aux soins.

.1. Fléchissement de l'activité (scolaire, professionnelle...)

Désinvestissement pour les activités habituelles

.2. Modification du caractère

Repli sur soi, tendance à la rêverie, agressivité, hostilité contre les proches...

3. Modification de l'affectivité

Indifférence affective, affectivité marquée par la bizarrerie

4. Manifestations pseudo-névrotiques

- Troubles obsessionnels
- Troubles anxieux

- Troubles phobiques
- Préoccupations corporelles (dysmorphophobies)

5. Troubles du comportement alimentaire

.6. Toxicomanies, alcoolisme

VI. Evolutions

Le taux de suicide chez les schizophrènes est très élevé (plus de 10% se suicident)

- 30% des patients ne présenteront plus de signe patent de la maladie et auront une insertion socio-professionnelle considérée comme normale.
- 50% des patients présenteront une forme intermédiaire (accès récurrents ou symptomatologie modérée)
 - 20% présenteront une forme grave de la maladie nécessitant une hospitalisation prolongée ou du moins le maintien dans un milieu exerçant une surveillance permanente

VII. Facteurs de bon pronostic :

- Début tardif et brutal
- Présence de troubles thymiques
- Forme paranoïde
- Bonne réponse au traitement. • Entourage familial solide

IIIX . Diagnostics différentiels

Rechercher systématiquement une origine organique :

- Traumatisme crânien,
- Epilepsie temporale,
- Processus tumoral
- Encéphalite herpétique
- Neurosyphilis
- Maladie de HUNTINGTON
- Maladie de WILSON
- Lupus
- Toxiques (CO, Cannabis...)

Au moindre doute pratiquer des examens complémentaires (Bilans biologiques, EEG, TDM, IRM...)

IX . Thérapeutiques

.1. Hospitalisation

Une hospitalisation est souvent nécessaire notamment dans les formes aiguës.

2. Chimiothérapie : Les Neuroleptiques

L'instauration précoce d'un traitement neuroleptique permet l'atténuation plus rapide des symptômes schizophréniques, et améliore le pronostic de la maladie.

- Neuroleptiques anti productifs (anti délirants) pour traiter les symptômes paranoïdes (ex: HALDOL, SOLIAN)
- Neuroleptiques sédatifs pour atténuer les états d'agitation (ex : NOZINAN, LARGACTIL)
- Neuroleptiques désinhibiteurs pour lutter contre les symptômes déficitaires (ex : SOLIAN à faible dose)
- Neuroleptiques « atypiques » dont l'action est à la fois antiproductive et anti déficitaire (ex : RISPERDAL, ZYPREXA, LEPONEX)

Favoriser la monothérapie et les nouveaux neuroleptiques (atypiques) mieux tolérés.

Possibilité pour certains neuroleptiques de passer à des formes retard (une injection en IM toutes les 2 à 4 semaines) HALDOL DECANOAS, ..., afin de favoriser la compliance au traitement et la bonne observance

3. Electro convulsivothérapie

Indiquée dans les formes catatoniques, et dans les autres formes résistantes au traitement.

4. Psychothérapie

Psychothérapies de soutien

Thérapies cognitives et comportementales afin de développer les habiletés sociales.

5. Mesures sociothérapeutiques