

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

Objectif principal

- Aborder la question des psychoses par la bouffée délirante
- Designer les facteurs étiopathogéniques de son apparition

Objectif intermédiaire

- Différencier des autres psychoses aiguës et chroniques

PLAN

GENERALITES

DEFINITION

CLINIQUE

FORMES CLINIQUES

EVOLUTION

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

TRAITEMENTS

FACTEURS PRONOSTICS

BIBLIOGRAPHIES

LA BOUFFEE DELIRANTE.

Généralités

La bouffée délirante est une psychose aiguë qui touche l'adulte jeune sans distinction de sexe.

L'intérêt de la question reste dominé par le pronostic car près du 1/3 des patients évolue vers la schizophrénie.

Clinique.

- a) **Le début est brutal** « coup de tonnerre dans un ciel serein », parfois la famille rapporte un événement qui semble en relation directe avec le déclenchement des troubles (deuil, bondon, service national..)
- b) **La phase d'état** : constitué d'un délire polymorphe riche dans ses thèmes(persécution empoisonnement, possession, grandeur et de jalousie)ses mécanismes (intuitifs, imaginatifs, interprétatif et hallucinatoires)
 - L'automatisme mental est toujours présent (idées imposées ou volées).
 - La thymie est labile, exaltée au moment des expériences mystiques, triste lors des idées de persécution et de préjudice.
 - L'angoisse est intense avec possibilité de raptus anxieux ou actes médico-légaux auto ou hetero-agressifs.
 - La conscience peut être conservée , parfois obnubilation ou état crépusculaire.

Les formes cliniques.

- a) Les formes imaginatives infiltrées de fabulations et de récits fantastiques.
- b) Une forme interprétative aiguë avec des idées de préjudice ou de jalousie
- c) Une forme hallucinatoire pure.

Evolution.

- 40% de rémission complète (restitution ad-integrum)
- 40% de formes récidivantes
- 20% évolution vers la schizophrénie.

Diagnostic différentiel.

- Etat maniaque ou mélancolique peuvent être éliminés sur la permanence de la thymie dépressive ou expansive et sur le caractère du délire qui est plus systématisé.
- La confusion mentale comporte une désorientation temporo-spatiale et des signes somatiques toujours présents.
- Epilepsie temporale avec état crépusculaire, l'accès est de courte durée et s'accompagne d'un état confusionnel.
- Délire chronique et schizophrénie : lors des moments féconds et lorsque les antécédants psychiatriques sont méconnus.

Diagnostic étiologique.

- expérience délirante primaire sans cause déclenchante rencontrée, le plus souvent chez des sujets ayants une personnalité » pathologique ou présentant une débilité mentale.
- Bouffée délirante secondaire à une prise de toxique (kif, LSD, opium, cocaïne, amphétamines...).

BOUFFEE DELIRANTE

- Bouffée délirante réactionnelle à un traumatisme soudain et violent (deuil, incarcération, transplantation, service national.....)
- Bouffée délirante de la puerperalité (psychose puerpérale) peut être précoce ou tardive. L'agitation, l'activité délirante, la turbulence anxieuse, les réactions dépressives peuvent être à l'origine de réactions médico-légales (suicide ou infanticide). Les thèmes délirants peuvent concerner la relation mere-enfant.

Traitement.

C'est une urgence psychiatrique nécessitant une hospitalisation de quelques semaines.

Le traitement est à base de neuroleptiques incisifs de sédatifs par voie parentérale, associé à une correction d'éventuels déséquilibre hydro-electrolytique.

Les neuroleptiques sont : halopéridol (haldol), chlorpromazine (largactil).

Dès sédation des troubles on passe au traitement par voie orale

En cas de résistance à la chimiothérapie ou de passage à l'acte auto ou heteroagressif , l'indication de l'electroconvulsivothérapie est posée.

La durée totale du traitement est de 12 à 18 mois avec diminution progressive de la posologie

Facteurs pronostics de la bouffée délirante aiguë

FACTEURS BON PRONOSTIC	FACTEURS MAUVAIS PRONOSTIC
Épisode aigu, début brutal	Prodromes insidieux
Existence d'un facteur déclenchant	Absence de facteurs déclenchants
Personnalité antérieure adaptée	Personnalité prémorbide schizoïde
Troubles de la conscience pendant l'épisode	Sédation lente et partielle
Troubles de l'humeur important	Absence de troubles de l'humeur
Antécédents familiaux maniaco-dépressifs	Antécédents familiaux de schizophrénie
Richesse de l'automatisme mental	Pauvreté des hallucinations

BIBLIOGRAPHIES

- 1) Association Américaine de Psychiatrie (AAP), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV)*.
- 2) Gestion, « Quels sont les troubles psychotiques ? » [archive], sur *Psychomedia.qc.ca*, 2 octobre 2007 (consulté le 7 octobre 2011).
- 3) Henri Ey, *Bouffée délirante (Étude n° 23)*, in *Études Psychiatriques*, t. III, Desclée de Brouwer éd., Paris, 1954.
- 4) Henri Collomb, *Bouffées délirantes en psychiatrie africaine*, Psychopathologie Africaine, Sénégal, 1965.
- 5) Paul-Maurice Legrain, *Le délire chez les dégénérés*, Asselin éd., Paris, 1886.
- 6) Bertrand Samuel-Lajeunesse, Arnaud Heim, *Psychoses délirantes aiguës*, Encyclopédie Médico-Chirurgicale Psychiatrie, Paris, 1994.
- 7) Thierry Gourvénec, *Une bouffée délirante, des syndromes délirants aigus; leurs rapports avec la paradoxalité, le rêve et la rumeur*, Thèse médecine, Brest, 1991.