

# La bouffée délirante

DR SEGHIR

## 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 peut correspondre :

- Trouble psychotique bref (<1mois),
- Trouble schizophréniforme (1>6mois)

## 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, psychique 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.

**L'examen somatique, et le bilan biologique** : sont en règle normaux en dehors d'une déshydratation si l'agitation est importante. Ils permettent d'éliminer une étiologie organique éventuelle (scanner, EEG, TSH, dosage de vitamine B12, recherche de toxiques dans les urines).

### 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-temporelles, isolement socioculturel ...
- **Bouffée délirante aiguë secondaire à une cause organique** : intoxications, post-partum, 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 crépusculaire 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** :
  - ✓ Guérison totale sans récurrence (50%)
  - ✓ Récurrences avec intervalles libres : « délire à éclipses » (25%)
  - ✓ Chronicisation (25%), c'est-à-dire mode d'entrée dans : Schizophrénie paranoïde ou Trouble schizoaffectif.
- **Facteurs de bon pronostic** :
  - ✓ Absence d'antécédents familiaux de schizophrénie
  - ✓ Absence de personnalité prémorbide schizoïde
  - ✓ Personnalité de type anxieuse avec bonne adaptation sociale
  - ✓ Existence de facteurs déclenchant
  - ✓ Début très brutal
  - ✓ Polymorphisme des thèmes et des mécanismes
  - ✓ Importance des éléments thymiques
  - ✓ 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.
- Au début la voie intramusculaire peut être nécessaire.
- Les neuroleptiques dits atypiques (AP2G) seront préférés en première intention compte-tenu de leur meilleure tolérance neurologique (par exemple : amisulpiride ou Solian 400 à 800 mg/j, risperidone ou Risperdal 4 à 8 mg/j, olanzapine ou Zyprexa 5 à 20 mg/j).
- La posologie sera rapidement progressive.
- L'association d'une phénothiazine sédative (cyamémazine ou Tercian, **loxapine** ou **loxapac**) pourra être utilisée pour obtenir une action rapide sur l'agitation et/ou les troubles du sommeil.
- L'association d'une benzodiazépine pourra être préconisée afin de potentialiser 'effet neuroleptique.
- Le traitement sera poursuivi au moins 12 à 24 mois après l'amélioration des troubles, afin de limiter le risque de récurrence ou d'évolution vers une schizophrénie.

### 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.