

# Les psychoses aiguës : bouffée délirante et confusion mentale

## La bouffée délirante aiguë

### I. Introduction :

C'est en 1893 que Magnan isole « les délires polymorphes des dégénérés » et, en 1895, il distingue à l'intérieur de ce groupe « les bouffées délirantes polymorphes » ; sa description reste d'actualité.

La bouffée délirante survient surtout chez l'adolescent ou l'adulte jeune et peut être favorisée par la prise de toxique ou par un stress.

Le diagnostic peut être évoqué devant l'association d'une agitation psychomotrice ou plus rarement d'une sidération, d'une anxiété importante et d'un état délirant.

Le début, en général brutal (coup de tonnerre dans un ciel serein), a pu être précédé de prodromes non spécifiques (troubles du sommeil, anxiété, bizarreries du comportement).

Les idées délirantes sont polymorphes, tant en ce qui concerne les thèmes, qui sont multiples et variables ( les plus fréquents sont d'ordre mystique, sexuel, messianique, mégalomane ou persécutif) qu'en ce qui concerne les mécanismes : les hallucinations psychosensorielles (organes des sens) sont riches et multiples (acoustico-verbales, visuelles, cénesthésiques (génitales), olfactives (gaz) parfois), les hallucinations psychiques sont très fréquentes (voix intérieures , les intuitions et les interprétations sont présentes.

L'automatisme mental est toujours présent, il s'agit d'une mécanisation et d'une perte d'intimité de la pensée : les idées, les intentions, les actes sont devinés, répétés, commentés ou imposés.

Le délire est non systématisé, il se distingue en général du délire paranoïde de la schizophrénie par la richesse et le polymorphisme des thèmes et des mécanismes et par l'absence de dissociation.

La dépersonnalisation est souvent importante, s'exprimant en termes de dédoublement, de transformation, de dissolution affectant le corps autant que l'esprit.

Le délire engage l'affectivité du sujet. Il est vécu de façon intense.

La participation thymique est fréquente ; l'humeur très variable subit les fluctuations du délire, passant ainsi d'une tristesse à l'exaltation, parfois en quelques minutes. L'angoisse est souvent importante en réaction au délire.

C'est dans ce contexte que des actes médico-légaux peuvent survenir. La conscience n'est pas réellement altérée, à la différence des confusions, mais l'attention est dispersée.

Les troubles du sommeil sont fréquents.

L'examen somatique, indispensable, sera pratiqué dès que possible ainsi que le bilan biologique.

Ils sont en règle normaux en dehors d'une déshydratation modérée, parfois retrouvée si l'agitation est importante. Ils permettent d'éliminer une étiologie organique éventuelle. L'éventualité d'une telle étiologie (bien que rare) justifie des examens complémentaires (scanner, EEG, TSH, dosage de vitamine B12, recherche de toxiques dans les urines).

Dans la plupart des cas on ne retrouve pas d'étiologie. Toutefois, l'interrogatoire doit rechercher les antécédents personnels et familiaux, psychiatriques et somatiques du sujet, ainsi que la prise de toxiques (amphétamines, cocaïne, cannabis, LSD ou autres psychodysléptiques) ou encore la consommation de médicaments (en particulier antidépresseurs, corticoïdes, antituberculeux tel que Rimifon<sup>®</sup>, antipaludéens tel que Lariam<sup>®</sup> et antiparkinsonien tel que Artane<sup>®</sup>).

Les bouffées délirantes aiguës peuvent être engendrées par une consommation de toxiques, on parle alors de pharmacopsychoses, les amphétamines peuvent ainsi induire des psychoses délirantes aiguës interprétatives, les hallucinogènes (LSD, phencyclidine), l'ecstasy peuvent induire des états psychotiques aigus hallucinatoires, qui peuvent évoluer pour leur propre compte pendant quelques semaines après l'arrêt de l'intoxication.

Les psychoses puerpérales, certaines psychoses post-opératoires, s'expriment parfois sur le mode d'un délire aigu. Certaines pathologies organiques (encéphalite aiguë, thyroïdite de Hashimoto, tumeur cérébrale) ou

exceptionnellement un traumatisme crânien ou une carence en vitamine B12 peuvent occasionner des épisodes délirants aigus.

Ces causes organiques doivent être systématiquement recherchées lorsque le tableau clinique est atypique et que le traitement neuroleptique est peu efficace.

## **II. Evolution**

L'évolution est favorable dans la majorité des cas et ce, d'autant plus que le traitement neuroleptique est instauré rapidement.

La bouffée délirante évolue sous forme d'accès, la guérison peut être brusque, ou le plus souvent progressive, en quelques semaines.

Sa guérison est écourtée par le traitement neuroleptique. La critique de son délire par le sujet est un indice d'amélioration de la bouffée délirante.

Dans un tiers des cas environ, la bouffée délirante reste un accident unique dans la vie d'un sujet.

Dans un bon tiers des cas, une évolution intermittente peut être observée, soit sous la forme de récurrences d'accès délirants de même type, soit de la survenue secondaire d'épisodes maniaques.

La bouffée délirante a alors représenté l'épisode inaugural d'un trouble bipolaire, ce qui est d'autant plus fréquent que le sujet est adolescent.

Le risque essentiel, sur le plan du pronostic, est celui de l'évolution vers une schizophrénie, dans un peu moins d'un tiers des cas. Celle-ci peut s'installer au décours d'un premier épisode ou après plusieurs récurrences.

Sont considérés comme étant de pronostic défavorable dans l'évolution d'une bouffée délirante :

La notion de personnalité prémorbide (schizotypique ou schizoïde),

Un délire peu riche sans polymorphisme des thèmes et des mécanismes,

Une évolution subaiguë,

Une mauvaise réponse ou une réponse incomplète au traitement neuroleptique,

Une critique incomplète de l'épisode délirant,

L'existence d'un syndrome dissociatif, des antécédents familiaux de schizophrénie.

Cependant aucun élément sémiologique ne permet d'établir le pronostic de la bouffée délirante de façon certaine et ce n'est qu'après plusieurs mois qu'une évolution vers une schizophrénie doit être redoutée.

### **III. Diagnostics différentiels**

L'accès maniaque est facile à évoquer dans les formes typiques où l'on retrouve une exaltation euphorique de l'humeur, une fuite des idées.

Le diagnostic est plus difficile à évoquer lorsque l'euphorie est peu marquée et que les éléments délirants sont intenses, ce qui est parfois observé dans les manies débutant à l'adolescence.

L'accès dépressif mélancolique est facilement évoqué lorsque la thymie est triste, avec une douleur morale intense, et une inhibition psychomotrice.

Le diagnostic peut être plus difficile chez l'adolescent dans les formes délirantes de mélancolie.

La confusion mentale est facilement éliminée devant l'absence de désorientation temporo-spatiale.

### **IV. Traitement**

Il s'agit d'une urgence psychiatrique qui nécessite une hospitalisation.

Le recours à une hospitalisation à la demande d'un tiers est souvent nécessaire.

Le traitement neuroleptique s'impose pour obtenir rapidement une sédation et pour améliorer le pronostic évolutif de l'accès.

Au début la voie intra-musculaire peut être nécessaire. Les neuroleptiques dits atypiques seront préférés en première intention compte-tenu de leur meilleure tolérance neurologique (risque moindre de dyskinésies aiguës et de symptomatologie extrapyramidale) (par exemple : amisulpride ou Solian<sup>®</sup> 400 à 800 mg/j, rispéridone ou Risperdal<sup>®</sup> 4 à 8 mg/j, olanzapine ou Zyprexa<sup>®</sup> 5 à 20 mg/j, ce dernier pouvant être prescrit par voie IM).

La posologie sera rapidement progressive. L'association d'une benzodiazépine pourra être préconisée afin de potentialiser la sédation.

L'association d'une phénothiazine sédatrice (cyamémazine ou Tercian<sup>®</sup> 50 à 200 mg/j par exemple) pourra également être utilisée pour obtenir une action rapide sur l'agitation et/ou les troubles du sommeil.

Le traitement tiendra compte de la découverte d'une étiologie médicale et de la correction d'éventuels désordres hydro-électrolytiques.

Le traitement neuroleptique sera surveillé et adapté quotidiennement à l'état du patient.

Les effets secondaires doivent être recherchés et corrigés (en particulier les effets neurologiques ou l'hypotension orthostatique).

Le traitement sera poursuivi au moins 1 an après l'amélioration des troubles, afin de limiter le risque de récurrence ou d'évolution vers une schizophrénie.

Les doses pourront être réduites de moitié environ, dès le troisième mois et la monothérapie neuroleptique sera préférée.

En cas de mauvaise observance du traitement, le recours éventuel à un traitement neuroleptique retard pourra être envisagé (ex Haldol decanoas<sup>®</sup> ou Risperdal Consta<sup>®</sup>). Une psychothérapie de soutien sera associée.

### **Critères du DSM IV**

Dans le DSM IV la bouffée délirante aiguë est reprise **sous le nom de « trouble psychotique bref »**

# **Confusion mentale**

Objectifs : diagnostiquer un état confusionnel, identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge

## **I Introduction :**

La confusion est un problème clinique extrêmement fréquent. La cause en est le plus souvent facile à déterminer, à condition d'avoir appréhendé la situation clinique dans sa globalité.

## **II Définition :**

- Le syndrome confusionnel est caractérisé par l'association :
  - d'une baisse de la vigilance,
  - d'une désorientation temporo spatiale,
  - d'un ralentissement et d'une perturbation diffuse des activités intellectuelles,
  - avec souvent illusions ou hallucinations et perturbations du cycle veille-sommeil, des troubles du comportement (activité générale, état affectif, conduites sociales).
- Syndrome d'installation aiguë ou subaigu, le plus souvent réversible.
- C'est une Urgence +++

## **III Aspects cliniques**

La sémiologie de l'état confusionnel est riche. Les signes principaux, faciles à reconnaître, Il s'agit d'un état aigu transitoire, réversible, associant :

- une obnubilation de la conscience
- une désorientation spatiale et temporelle, toujours présente, très évocatrice
- un état de délire onirique, (« rêve éveillé » pathologique) définit l'état confuso-onirique, orientant vers des causes toxiques, médicamenteuses ou le delirium tremens.
- Le tableau peut s'enrichir d'hallucinations souvent angoissantes, de délires, d'un état d'agitation parfois violente, ou au contraire d'un état stuporeux.
- des troubles de la mémoire

-des troubles somatiques, traduisant un état de souffrance cérébrale dont l'étiologie est à repérer le plus rapidement possible afin de proposer une thérapeutique salvatrice.

Compte tenu des causes très variées à l'origine d'un état confusionnel, l'analyse sémiologique doit aussi s'attacher à rechercher les autres signes de souffrance du système nerveux central, principalement syndrome pyramidal, syndrome extrapyramidal, syndrome méningé, paralysie des paires crâniennes, convulsions, hyporéflexie, anomalies de la motricité pupillaire, signes neurovégétatifs, déficits moteurs focalisés... Les déficits sensitifs ou sensoriels sont d'interprétation très difficile chez ces patients dont la collaboration à l'examen clinique est le plus souvent inexistante.

### **A Symptômes initiaux**

Une insomnie nocturne

Une somnolence diurne

Des cauchemars

Des céphalées

Une asthénie, une anorexie

Une obnubilation

Un mutisme, des idées délirantes

Ces signes ont une recrudescence nocturne

### **B Début de la confusion**

Progressif en quelques jours, céphalées, troubles du sommeil, irritabilité, troubles de l'humeur.

Parfois brutal, obnubilations, désorientation, accès d'onirisme entraînant des troubles du comportement

### **C Phase d'Etat de la confusion**

-présentation : hébété, maladroit, négligé, hagard

- obnubilation de la conscience variable, discours peu cohérent

- difficultés perceptives, fausses reconnaissances, accès de perplexité anxieuse traduisant le désarroi du patient qui a conscience de son état  
troubles intellectuels :

-troubles de l'attention,

- inadaptation aux perceptions,
- désorientation temporo-spatiale,
- trouble de la mémoire,
- trouble du jugement et de la critique,
- propos décousus incohérents,
- comportements inappropriés
- délire onirique, rencontré dans un cas sur deux environ. Très variable selon les étiologies (zoopsies du Delirium tremens) et selon la journée (soir, obscurité).

### **D Signes organiques**

#### **a les signes somatiques associés :**

- désordres neurovégétatifs.
- Hyperthermie sans origine infectieuse
- trouble du rythme respiratoire
- Déshydratation
- hypotension artérielle
- insomnie constante avec somnolence diurne

#### **b Troubles neurologiques**

Céphalées, raideur de la nuque, modification réflexe.

## **IV Evolution**

Dépend de l'étiologie

dans les formes psychiques, guérison sans séquelles mais avec amnésie lacunaire fréquente : il peut subsister des idées fixes post-oniriques fondement d'un état délirant chronique.

Mais L'état confusionnel peut évoluer vers un processus démentiel.

## **V Diagnostic Différentiel**

- Les troubles psychotiques
- La bouffée délirante
- hallucinations auditives plus marquées,
- troubles de l'identité plus que de la conscience,



-négativité des explorations complémentaires

-état d'agitation maniaque : dans les formes agitées, existence d'antécédents, pas de véritable trouble de la conscience.

- Mélancolies stuporeuses moins variables dans le temps, existence d'antécédents familiaux, négativité des explorations.

### **Les autres troubles psycho-organiques**

Les démences : la perplexité est moindre, ainsi que le délire onirique.

L'évolution est chronique, sans fluctuation, mais beaucoup de personnes âgées présentent des états confuso-démentiels

## **VI Causes de Confusion Mentale**

Multiples, il faut toujours rechercher une cause organique.

### **A Causes toxiques**

#### **A1 Exogènes :**

\* alcoolisme : ivresse confusionnelle, delirium tremens, sevrage brutal, amélioration rapide actuellement mais pronostic en fonction de la dépendance à l'alcool, encéphalopathie de Gayet-Wernicke

\* intoxication psychoactive : Haschich ; éther à forte dose, solvant, hallucinogènes, amphétamines, barbituriques, opiacées. Evoquer aussi le sevrage.

\* Intoxication professionnelle ou accidentelle : oxyde de carbone, plomb, arsenic.

\* intoxication médicamenteuse, notamment chez la personne âgée : antidépresseurs, benzodiazépines, lithium, corticoïdes, antibiotiques ...

#### **A2 Toxiques Endogènes :**

#### **B Troubles métaboliques :**

Hyper ou déshydratation, hyponatrémie par carence sodée (Addison),

Troubles glucidiques (hypoglycémie),

Troubles cardiologiques et respiratoires,

Causes rénales,

Pancréatites

#### **C Troubles endocriniens :**

hypo ou hyperthyroïdie, insuffisance surrénale,

## **D Causes neurologiques**

Encéphalite (Herpès)

Tumeur cérébrale

Hypertension intracrânienne

A.V.C.

Encéphalite hypertensive

T.C. avec hématome extra-dural

Épilepsie.

## **E Causes infectieuses**

Typhoïde

Brucellose

Syphilis

Paludisme

Sida

Rickettsiose

Tuberculose...

## **F Causes psychiatriques**

Émotion au cours de catastrophes naturelles, d'accident, de guerre. La frayeur fait éclater les défenses psychiques naturelles

**Tableau 4. Critères diagnostiques de la confusion mentale**

<p>Critères diagnostiques de la confusion mentale (delirium) : Confusion assessment method (CAM)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Installation aiguë et évolution fluctuante</li> <li>2. Inattention, perte de concentration</li> <li>3. Désorganisation de la pensée</li> <li>4. Altération de la conscience</li> </ol> <p>Le diagnostic requiert les critères 1 et 2 ainsi que l'un des critères 3 ou 4</p>	<p>Médicaments et drogues</p> <table border="1"> <tr> <td>Analgésiques</td> <td>• Opiacés</td> </tr> <tr> <td>Sédatifs et sevrage de sédatifs</td> <td>• Benzodiazépines</td> </tr> <tr> <td>Anticholinergiques</td> <td>• Anti-H<sub>1</sub> • Phénothiazine • Antiparkinsoniens</td> </tr> <tr> <td>Antidépresseurs</td> <td>• Tricycliques • Inhibiteurs du recaptage de la sérotonine (SSRI)</td> </tr> <tr> <td>Anti-inflammatoires</td> <td>• Corticostéroïdes • AINS</td> </tr> <tr> <td>Antihypertenseurs et antiarythmiques</td> <td>• Bêtabloqueurs • Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) • Anticalciques • Digoxine</td> </tr> <tr> <td>Antibiotiques</td> <td>• Quinolones • Macrolides</td> </tr> <tr> <td>Antipaludéens</td> <td>• Mefloquine</td> </tr> <tr> <td>Anticonvulsivants</td> <td>• Barbituriques</td> </tr> <tr> <td>Drogues illicites et sevrage de drogues</td> <td>• Alcool • THC • LSD • Cocaine • GHB • Dérivés des amphétamines</td> </tr> </table>	Analgésiques	• Opiacés	Sédatifs et sevrage de sédatifs	• Benzodiazépines	Anticholinergiques	• Anti-H <sub>1</sub> • Phénothiazine • Antiparkinsoniens	Antidépresseurs	• Tricycliques • Inhibiteurs du recaptage de la sérotonine (SSRI)	Anti-inflammatoires	• Corticostéroïdes • AINS	Antihypertenseurs et antiarythmiques	• Bêtabloqueurs • Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) • Anticalciques • Digoxine	Antibiotiques	• Quinolones • Macrolides	Antipaludéens	• Mefloquine	Anticonvulsivants	• Barbituriques	Drogues illicites et sevrage de drogues	• Alcool • THC • LSD • Cocaine • GHB • Dérivés des amphétamines
Analgésiques	• Opiacés																				
Sédatifs et sevrage de sédatifs	• Benzodiazépines																				
Anticholinergiques	• Anti-H <sub>1</sub> • Phénothiazine • Antiparkinsoniens																				
Antidépresseurs	• Tricycliques • Inhibiteurs du recaptage de la sérotonine (SSRI)																				
Anti-inflammatoires	• Corticostéroïdes • AINS																				
Antihypertenseurs et antiarythmiques	• Bêtabloqueurs • Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) • Anticalciques • Digoxine																				
Antibiotiques	• Quinolones • Macrolides																				
Antipaludéens	• Mefloquine																				
Anticonvulsivants	• Barbituriques																				
Drogues illicites et sevrage de drogues	• Alcool • THC • LSD • Cocaine • GHB • Dérivés des amphétamines																				
<p>Etiologies</p>																					
<p>Cardiorespiratoires et métaboliques</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypoxémie</li> <li>• Hypercarbie</li> <li>• Etat de choc</li> <li>• Hypoglycémie</li> <li>• Hyperglycémie/Acidocétose</li> <li>• Sepsis</li> <li>• Troubles électrolytiques</li> <li>• Hyper ou hypothermie</li> </ul>																					
<p>Autres</p>																					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etat fébrile</li> <li>• Douleur</li> <li>• Globe vésical</li> <li>• Fécalome</li> </ul>																					
<p>Neurologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Démence</li> <li>• AVC</li> <li>• Traumatisme cérébral avec ou sans processus expansif</li> <li>• Processus expansifs intracrâniens <ul style="list-style-type: none"> <li>– Hématome sous-dural</li> <li>– Œdème</li> <li>– Tumeur</li> </ul> </li> <li>• Infections <ul style="list-style-type: none"> <li>– Méningite</li> <li>– Encéphalite</li> </ul> </li> <li>• Epilepsie postcritique</li> <li>• Déficit vitaminiq B<sub>1</sub> (encéphalopathie de Gayet-Wernicke)</li> </ul>																					