

Université 3- faculté de médecine de Constantine Module de psychologie
médicale

Année universitaire 2022-2023

DR. BOUSSAA.N

TROUBLES PSYCHOTIQUES BREFS ET TRANSITOIRES

I-INTRODUCTION :

Psychose aiguë et transitoire de la CIM et trouble psychotique bref du DSM sont censés correspondre à la bouffée délirante (des dégénérés) de Valentin Magnan

Mais si théoriquement le diagnostic de trouble psychotique bref devrait correspondre à celui de psychose aiguë et transitoire, ce dernier correspond en pratique à deux diagnostics différents du DSM : le trouble psychotique bref et le trouble schizophréniforme. Ceci tient aux critères temporels. Pour autant il n'y a aucune raison épidémiologique ou pronostique de les distinguer, selon Mojtabai et al. (2000).

II-DEFINITION :

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)

III- LA 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). Les symptômes du trouble schizophréniforme sont identiques à ceux de la schizophrénie (critère A).

Le diagnostic de trouble psychotique bref peut être porté dans deux circonstances différentes :

- 1) lorsqu'un épisode de maladie a persisté moins d'un mois et que la personne en est sortie guérie
- 2) quand une personne présente des symptômes depuis une période de temps inférieure à la durée d'un mois requise pour le diagnostic d'un accès psychotique bref sans que l'épisode ne soit complètement résolu.

Si l'affection persiste au-delà d'un mois, on doit modifier le diagnostic pour celui de schizophréniforme.

IV- LES différences CIM-10 versus DSM-IV-R pour les psychoses aiguës et transitoires :

	Psychose aiguë et transitoire (CIM)	TBL psychotique bref(DSM)
Durée	Jusqu'à 3 mois (sauf si symptômes Schizophréniques, passe à 1 mois)	1 jour à 1 mois
Installation	< 2 semaines	Non spécifique
Symptômes	Tout symptôme positif incluant la désorganisation du langage. La polymorphie spécifie le sous type.	Tout symptôme positif incluant la désorganisation Du langage ou du comportement.

V- LES ETIOLOGIES :

1. **Bouffée délirante primaire** : pas de facteur déclenchant.
2. **Bouffée délirante secondaire à un facteur psychogène** : (« bouffée délirante réactionnelle », « psychose réactionnelle brève ») : choc affectif, frustration majeure, perte des repères spatio-temporelles, isolement socioculturel ...
3. **Bouffée délirante aiguë secondaire à une cause organique** : intoxications, post-partum, post-abortum, post-anesthésie, postopératoire, hospitalisation en unité de réanimation intensive ...

VI- DIAGNOSTIC DIFFERENTIELS :

- 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

VII- EVOLUTION ET PRONOSTIC :

1. **Évolution à court terme** : Favorable sous traitement en 2 à 8 semaines, sans séquelle.
2. **Évolution à long terme** :
 - Guérison totale sans récurrence (50%)
 - Récidives avec intervalles libres : « délire à éclipses » (25%)
 - (25%), c'est-à-dire mode d'entrée dans : Schizophrénie paranoïde ou Trouble schizoaffectif.
3. **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

VII-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 l'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.