

CAT devant un état d'agitation

Introduction / Définition

- C'est une urgence médicale et psychiatrique se traduisant par une hyperactivité motrice et psychique désordonnée ou incohérente, qui fait le plus souvent peur à l'entourage et à l'équipe soignante qui utilisent, dans la plupart du temps, la force pour maîtriser le sujet
- Les états d'agitations relèvent de causes multiples, qu'il convient de rechercher et de traiter, imposant souvent l'isolement du sujet de l'entourage qui entretient et accentue l'agitation et peuvent le conduire à l'homicide ou au suicide

Evaluation de la crainte

- Une évaluation de la répercussion de l'état d'agitation sur les fonctions vitales (respiration, constantes hémodynamiques et neurologiques) est obligatoire avant toute recherche étiologique suivant une démarche clinique et paraclinique
- **Examen clinique :**
 - **Interrogatoire :** doit préciser si c'est survenu brutalement chez un individu jusque-là normal, l'existence d'antécédents médicaux (diabète, hyperthyroïdie, psychose), recherche de la notion de traumatisme crânien dans les heures ou jours précédents, recherche de la liste de la plupart des médicaments pris récemment, recherche d'un épisode d'intoxication au CO
 - **Examen de l'état général :** TA, température, coloration cutanéomuqueuse, marbrures, hygiène corporelle et vestimentaire
 - **Examen neurologique et psychiatrique :** en parlant avec le malade, on peut évaluer son niveau de conscience, la cohérence de sa pensée, la capacité de sa mémoire, son orientation temporo-spatiale. L'existence d'un délire ou d'une hallucination également doit faire rechercher les signes d'irritation méningée et les signes de localisation
 - **Examen cardiovasculaire :** portera essentiellement sur la recherche de signes de collapsus et d'état de choc
 - **Examen pleuropulmonaire :** recherche les signes de détresse respiratoire (cyanose, tirage, sueur, chute de la langue chez un comateux)
- **Examens complémentaires :**
 - **En premier temps :** c'est le bilan d'urgence : glycémie, urémie, ionogramme sanguin
 - **En second temps :** recherche et dosage de certains médicaments et toxiques dans le sang, les urines et le liquide de lavage gastrique : fond d'œil, radiographie du thorax et du crâne, TDM cérébrale, ponction lombaire

Diagnostic et traitement étiologique

- **Causes métaboliques :**
 - **Hypoglycémie :** c'est une urgence médicale qu'il faudra évoquer devant tout état d'agitation secondaire, le plus souvent, à un jeûne prolongé mais surtout à la prise d'hypoglycémifiants (insuline)
 - **Signes cliniques :** patient en sueur, confus, agité en hypertonie généralisée
 - **Diagnostic positif :** posé devant une hypoglycémie (< 0,5 g/l)
 - **Traitement :** Sérum Glucosé Hypertonique (30%) en IV de 20-40 ml
 - **Autres causes :** acidocétose diabétique, hypoxie, coma hyperosmolaire, hypercapnie, hyperurémie, hyperthyroïdie, dysnatrémie et dyscalcémie

- **Causes toxiques :**
 - **Etat d'ivresse et toxicomanie aiguë :** le tableau clinique est dominé par une agitation, une dysarthrie, un syndrome cérébelleux, une démarche ébrieuse avec présence de toxiques dans le sang, cette symptomatologie disparaît dès que le sujet n'est plus sous l'influence du toxique. Les risques majeurs sont la violence et les raptus suicidaires
 - **Traitement :** les sédatifs sont à manier avec prudence vu le risque de potentialisation d'effet, l'isolement du patient est la conduite idéale, rééquilibrage hydroélectrolytique indispensable, correction de l'hypoglycémie secondaire à l'éthylisme aiguë
 - **Syndrome d'abstinence :** se rencontre chez le toxicomane à l'arrêt brutal de sa drogue, il entraîne des accès d'agitation donc l'intensité dépendra du produit utilisé et de la dose et de la durée de l'intoxication
 - **Dans le cas de la morphine :** les premières manifestations cliniques n'apparaissent que 8 à 16 heures après la dernière prise et comprennent des bâillements, sueurs, larmoiement et des rhinorrhées, plus tard, une insomnie s'installe et le patient se plaint de dysesthésie (sensation de froid ou de chaud), courbatures généralisées avec secousses musculaires et le patient peut devenir très violent
 - **Syndrome de manque aux barbituriques :** s'installe 2 à 3 jours après l'arrêt, se caractérise par des crises convulsives et ultérieurement par des hallucinations, un délire et des crises d'agitation qui imitent un véritable syndrome delirium trémens. Il s'agit d'un sevrage sévère qu'il faudra traiter par une administration répétée de 300-500 mg de Phénobarbital, en assurant en même temps une oxygénation adéquate
 - **Autres :** intoxication involontaire au CO, plomb, intoxication à l'Isoniazide
- **Causes neuro-méningées :**
 - **Méningite :** devant toute agitation, il faut évoquer le diagnostic de méningite même en absence de syndrome méningé (raideur de la nuque, signe de Kernig, signe de Brudzinski), surtout si cette agitation est accompagnée d'une fièvre imposant la réalisation d'une ponction lombaire (après fond d'œil) revenant souvent trouble ou purulente
 - **Traitement :** antibiothérapie adaptée aux germes en cause
 - **Hématome Sous-Dural (aigu ou chronique) :** survient après traumatisme crânien, traitement anticoagulant ou d'une façon inattendue chez un sujet âgé ou éthylique, se traduisant par une installation progressive de céphalées, somnolence, confusion et troubles du comportement. Les convulsions sont rares et les signes de localisation (hémiparésie homo-ou controlatérale) sont plus tardifs
 - **TDM :** objective l'hématome avec ou sans effet de masse
 - **Traitement :** drainage de l'hématome à travers un trou de trépan
 - **Autres :** encéphalite et méningo-encéphalite, crise d'épilepsie, Hypertension Intra-Crânienne, tumeurs cérébrales, démences séniles
- **Causes psychiatriques :** ce sont des diagnostics d'exclusion malgré que ceci n'est pas toujours facile dans la mesure où une maladie organique ou une intoxication peuvent précipiter un comportement psychotique. Généralement, le diagnostic est posé en se basant sur les antécédents du patient
 - **Accès maniaque :** se voit lors de la psychose maniaco-dépressive, il se traduit par une logorrhée, insomnie, fuite d'idées, euphorie. Le malade a l'impression de dominer le monde
 - **Traitement :** hospitalisation en milieu spécialisé avec isolement, neuroleptiques sédatifs en IV (type Chlorpromazine) et thymorégulateur
 - **Schizophrénie :** soit due à son délire (ex : délire persécution) soit à des réactions paradoxales (ex : chez l'hébéphrène)
 - **Traitement :** il faut tenir compte des risques d'homicides ou de suicide, hospitalisation en milieu spécialisé avec isolement, neuroleptiques en IV
 - **Autres :** hystérie, angoisse névrotique

Conclusion

- Les états d'agitation sont des urgences médicales et psychiatriques qui doivent être diagnostiqués et traités à temps car ils peuvent mettre en jeu le pronostic vital du patient, sans omettre le risque des actes médico-légaux qu'ils peuvent engendrer
- Les causes psychiatriques doivent être évoqués en dernier, après avoir éliminé les causes organiques (métabolique, neurologique et toxique)