

TROUBLES PSYCHOTIQUES BREFS ET PERSISTANT

« BOUFFÉES DÉLIRANTES AIGUES »

I. Introduction :

- ✘ BDA est état délirant d'installation brutale, avec une symptomatologie riche et polymorphe et d'évolution rapidement et spontanément résolutive
- ✘ Le retour à l'état psychique antérieur sans séquelles avec labilité de l'humeur
- ✘ Absence de symptômes physiques
- ✘ La BD est décrite comme un « coup de tonnerre dans un ciel serein »
- ✘ Les récurrences sont fréquentes +++.
- ✘ Parfois évolution se fait vers la schizophrénie ou trouble bipolaire

II. Historique :

- La notion de bouffée délirante polymorphe a été introduite par Magnan en 1866.
- L'école française développa avec Chaslin la confusion mentale primitive qui englobe en partie la bouffée délirante.
- Contrairement l'école allemande a agit dans le sens de rejet de l'autonomie de la BD.
- «Le délire curable à structure oniroïde » de Petit fut en 1937 rajouté à l'œuvre de Magnan qui devint alors plus explicite pour l'école psychiatrique française.
- Les travaux d'Ey fixent la sémiologie des BD.
- Dans la CIM 10 : la BD porte le nom troubles psychotiques aigus transitoires.
- Le DSM IV et DSM5 permet de distinguer les troubles psychotiques brefs et transitoires et les troubles schizophréniformes

III. Facteurs déclenchant/facteurs étiologiques :

- ⊙ **Terrain prédisposé** : Personnalité pré morbide : schizoïde ; hystérique
- ⊙ **Evènements déclenchant** : Affections somatiques ; traumatisme psychique ; stress émotionnel.
- ⊙ **Facteurs situationnels individuels** (transplantation ; isolement social) **ou collectifs** +++.
- ⊙ **Prise de toxiques.**
- ⊙ **La puerpéralité.**
- ⊙ Le plus souvent, il n'y a pas de facteur déclenchant évident.

IV. Clinique :

❖ Description :

- Début le plus souvent brutal
- Parfois phase prodromique dans les semaines précédentes avec : insomnie, troubles de comportement...
- Ou un délire d'emblée +++ :
 - Thèmes : polymorphes, riches, multiples et variables (persécution, grandeur, possession, influence, mystique...)
 - Mécanismes : polymorphes, multiples avec automatisme mental
 - Pas de systématisation.
- C'est un Délire vécu avec intensité et sentiment de dépersonnalisation et de déréalisation et participation affective avec variations de l'humeur.
- Angoisse.

- Parfois note confusionnelle.
- Troubles du comportement.
- Une insomnie +/- complète est habituelle.
- Déshydratation, hypotension, langue saburrale, oligurie, constipation.

❖ Caractérisation de l'idée délirante :

a. Thèmes :

- Le thème délirant correspond au sujet principal sur lequel porte le délire.
- La thématique délirante correspond à l'ensemble des idées du patient sur lesquelles porte sa conviction délirante.
- Les thématiques peuvent varier à l'infini, être uniques ou multiples dans un même délire, s'associer entre elles de façon plus ou moins logique. Chaque thème peut être trouvé dans plusieurs types de trouble psychiatrique.
- La thématique la plus fréquente est la **persécution**, il faut dans ce cas rechercher s'il existe un persécuteur désigné, c'est-à-dire une personne nominativement désignée comme étant à l'origine des persécutions ou du complot.

b. Mécanismes :

- Le mécanisme du délire correspond au processus par lequel le délire s'établit et se construit. Il s'agit du mode d'élaboration et d'organisation du délire.
- Il existe 4 types de mécanisme à l'origine des idées délirantes : les mécanismes **interprétatif, hallucinatoire, intuitif et imaginatif**.

c. Systematisation :

Le degré de systématisation évalue l'organisation et la cohérence des idées délirantes.

- Elles peuvent être « **non systématisées** » (ou « paranoïdes ») si elles sont à thèmes multiples (polymorphes), sans cohérence ni lien logique entre elles.
- Elles sont dites **système** (ou « paranoïques ») si elles portent sur un thème unique (persécution, jalousie, érotomanie) et ont une organisation interne respectant la logique, même si le postulat de base est faux

d. Adhésion :

L'adhésion aux idées délirantes, qui correspond au degré de conviction attaché à ces idées, est variable mais peut être élevée.

- Lorsque la conviction est inébranlable, inaccessible au raisonnement et aux critiques, l'adhésion est dite « totale ».
- Lorsque l'adhésion est partielle, le patient est en mesure de critiquer son propre délire.

e. Retentissement émotionnel et comportemental :

- Le retentissement émotionnel et comportemental doit être évalué systématiquement : niveau d'anxiété, souvent majeur, risque suicidaire, et risque de passage à l'acte hétéro agressif.
- La dangerosité pour soi-même ou pour autrui peut être la conséquence directe des idées délirantes (échapper au complot, expier ses fautes, se venger d'un persécuteur).

❖ Critères diagnostiques DSM5 :

Critères A : présence d'un ou plus des symptômes suivants (au moins l'un des symptômes 1, 2 ou 3 doit être présent):

1. Idées délirantes
2. Hallucinations
3. Discours désorganisé
4. Comportement désorganisé ou catatonique

NB : Ne pas inclure un symptôme s'il s'agit d'une modalité de réaction culturellement admise.

Critère B : au cours d'un épisode, la perturbation persiste au moins un jour, **mais moins d'un mois**, avec retour complet au niveau de fonctionnement prémorbide

Critère C : La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble dépressif caractérisé ou bipolaire avec caractéristiques psychotiques, ou un autre trouble psychotique comme une schizophrénie ou une catatonie, et n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou à une autre affection médicale.

V. Formes cliniques :

► **Symptomatiques :**

- ☒ **Psychose hallucinatoire aiguë :** Hallucinations surtout avec automatisme mental
- ☒ **Psychose interprétative :** influence, persécution, jalousie
- ☒ **Psychose imaginative :** discours fantastique, expérience mystique survient sur une constitution hystérique, mytho maniaque.
- ☒ **Forme confuso-onirique.**

► **Etiologiques :**

- ☒ **BDA primaire :** sans cause apparente, rencontré souvent sur une personnalité pathologique.
- ☒ **BD secondaire :**
 - à la prise de toxique.
 - à un facteur psychologique ou réactionnel
 - à une cause organique : trauma crânien, hémorragie méningée, infection.
- ☒ **Psychose puerpérale :** précoces ou tardives, les thèmes délirants concernent la relation mère enfant.

VI. Diagnostic positif :

Le diagnostic est le plus souvent facile devant : +++

- Un syndrome délirant riche ; polymorphe et variable dans le temps
- Avec présence fréquente de troubles de l'humeur
- De début brutal
- De durée limitée (quelques semaines).

VII. Evolution :

- Selon Conférence de Consensus de 2003 :
 - Résolution complète sans rechute : 25 %
 - Rechute à plus ou moins long terme : 25 %
 - Evolution vers un autre trouble psychotique : 50 % (Schizophrénie : 1/3, Trouble bipolaire : 1/3, Autres troubles psychotiques chroniques : 1/3)
- La BD est considérée comme accès inaugural d'une schizophrénie si on a :
 - Personnalité schizoïde
 - Délire moins riche, plus dissocié, automatisme mental au premier plan
 - Résolution incomplète, critique imparfaite du délire
- Ou considérée comme un accès inaugural d'une psychose délirante chronique non dissociative :
 - Age de survenue supérieur à 30 ans
 - Caractère plus organisé du délire

VIII. Pronostic :

Pronostic lié au risque d'évolution vers la schizophrénie, favorable si les critères suivants sont présents :

- ✓ Début brutal de l'épisode
- ✓ Existence de facteurs déclenchant
- ✓ Brièveté de l'accès
- ✓ Absence de personnalité schizoïde antérieure
- ✓ Bonne réponse au traitement
- ✓ Bonne critique du délire
- ✓ Participation thymique
- ✓ Richesse et polymorphisme du délire
- ✓ Absence d'ATCDs familiaux de schizophrénie

IX. Diagnostic différentiel :

✚ **Névroses** : essentiellement l'hystérie lors des états crépusculaires brefs et états seconds.

✚ **Psychoses** :

- Manie ou mélancolie délirante.
- Moment fécond d'une schizophrénie.
- Moment fécond d'un délire chronique.
- Etat confuso-onirique post émotionnel/ post traumatique.

X. Psychopathologie :

Δ **Approche phénoménologique :**

- Ey intègre la BDA au champ des pathologies de la conscience.
- Pour Follin l'angoisse joue un rôle central dans ces psychoses qu'il décrit comme réactionnelles.

Δ **Approche psychanalytique :**

L'état psychotique aigue est considéré comme une régression au niveau de l'établissement des premières relations objectales et de la constitution du moi.

XI. Conduite à tenir :

► **A court terme (2-3 semaines) :**

o **Urgence psychiatrique :**

- Angoisse massive, risque d'actes médico-légaux
- Le traitement précoce améliore le pronostic +++.

o **Hospitalisation en service de psychiatrie :**

- Bilan organique clinique et paraclinique : Eliminer une pathologie organique sous-jacente ou associée (traumatique, infectieuse, cérébrale...) : Rx thoracique ; ECG ; NFS ; urée-créatinine
- Eliminer une prise de toxiques (alcool ; amphétamines ; LSD...).
- Corriger la déshydratation.
- TDM : si 1^{er} épisode ou confusion importante.

o **Environnement** : institutionnel calme ; ferme et rassurant

o **Neuroleptiques (IM) et dès que possible PO :**

- ♦ Neuroleptiques sédatifs pour calmer l'angoisse et l'agitation (CHLOPROMAZINE : LARGACTIL® : amp 25mg, 2-3amp /jr en IM)
- ♦ Neuroleptiques anti hallucinatoires pour calmer le délire (HALOPERIDOLE : HALDOL® : amp 5 mg, 2 -3amp /jr)
- ♦ Corriger l'insomnie par un neuroleptique sédatif type LEVOMEPRMAZINE : NOZINAN®
- ♦ Adapter la posologie en fonction de la symptomatologie et de son évolution.

- o **Sismothérapie** : si les neuroleptiques ne sont pas efficaces.
- o **Surveillance** :
 - Apparition d'effets secondaires du traitement qu'il faudra corriger.
 - Evolution de la symptomatologie.
 - Etat général : TA ; pouls ; hydratation ; conscience ; température.
- o **Réassurance et soutien** : psychothérapie pendant 1 à 2 ans.

► **A moyen terme :**

- Δ Diminution progressive du traitement neuroleptique
- Δ Tests psychométriques.
- Δ Sortie de l'hôpital et suivi régulier en consultation.
- Δ Mesures de réinsertion professionnelle +/-.

► **A long terme :**

- o Surveiller l'apparition de complications évolutives
- o Suivi régulier en consultation

CONCLUSION :

- ✘ Touche essentiellement les adolescents et les adultes jeunes (18-30 ans).
- ✘ Guérison se fait souvent sans séquelles.
- ✘ Psychothérapie est nécessaire même après sortie de l'hôpital.