

# LES SCHIZOPHRÉNIES

## I. Points-clés :

- ♦ Le terme de schizophrénie recouvre un ensemble de troubles cliniques, appartenant au champ de la psychose, dont les présentations cliniques variées conduisent à recourir au terme de « syndromes schizophréniques »
- ♦ La schizophrénie constitue une affection grave du fait de son évolution potentiellement chronique et du risque d'atteinte des capacités d'adaptation sociale qu'elle comporte
- ♦ Sa relative fréquence, avec une prévalence sur la vie entière > 1,5 % pour la population adulte mondiale Nombre de schizophrène en Algérie ?
- ♦ L'hypothèse d'une origine multifactorielle se doit d'être retenue.
- ♦ **Aucune relation avec la personnalité multiple**

## II. Définition :

- Etymologie; le terme de schizophrénie dérive du latin : schizein = séparer, scinder et phrén = âme.
- Le terme de schizophrénie désigne un groupe de psychoses marquées par l'alternance de la vie psychique dans les secteurs de la pensée, de l'affectivité, du dynamisme vital, autour de ce processus de désagrégation

## III. Intérêt de la question :

- ♦ Atteint une frange sensible de la population -adulte jeune-
- ♦ Hétérogénéité des symptômes : formes cliniques et diagnostics différentiels
- ♦ Tendance évolutive chronique : nécessité de prise en charge lourde (économique, médicale, socioprofessionnelle et familiale).
- ♦ Risque auto et hétéro-agressif à l'occasion de l'angoisse de dépersonnalisation ou d'un raptus hallucinatoire.
- ♦ Evolution parfois déficitaire.
- ♦ Intérêt évolutif de certaines affections psychiatriques diverses et multiples qui peuvent à posteriori s'avérer comme des modes d'entrée à la Schizophrénie.
- ♦ **La schizophrénie est une psychose chronique (persistance de la symptomatologie au moins pendant 6 mois)**

## IV. Etiopathogénies :

Certes multifactorielle mais :

### ▶ D'un point de vue génétique :

Le modèle qui retient le plus l'attention fait intervenir des facteurs génétiques fragilisant l'individu par leur action sur le système dopaminergique essentiellement

Liens	Incidence de la schizophrénie
Jumeaux monozygotes	50 %
Parenté 1 <sup>er</sup> degré (frères, sœurs, enfants)	10 %
Parenté 2 <sup>ème</sup> degré (oncles, tantes, cousins)	4 %
Deux parents schizophrènes	40 %
1 jumeau différent	10 %

▶ **D'un point de vu biologique (Hormonal) :**

- **Hypothèse dopaminergique** : est soulevée par 2 observations :
  - ✓ La réduction par certains neuroleptiques, des symptômes délirants en bloquant les récepteurs dopaminergiques.
  - ✓ La production du délire par certains produits agonistes dopaminergiques (L-dopa, apomorphine, amphétamines)
- **Il y aurait une hyperactivité dopaminergique dans les formes productives et une hypodopaminergie dans les formes déficitaires.**
- Action aussi Noradrénergique, Serotonergique, GABAergique, Glutamatergique, récepteurs NMDA.

▶ **D'un point de vu immunitaire :**

- **Dysfonctionnement immunitaire** : l'un des marqueurs de l'activation fonctionnelle des lymphocytes ILK II serait abaissé chez les schizophrènes.
- **Hypothèse virale** : plusieurs auteurs ont rapporté une augmentation des cas de schizophrénie après des épidémies d'encéphalite virale.
- La révélation tardive « à l'adolescence ou chez le jeune adulte » de la schizophrénie serait expliquée aussi par la théorie virale et par l'expression tardive d'un virus lent.
- La présence d'un taux d'AC plus élevé dirigé contre le borna virus a été rapporté chez des sujets schizophrènes « surtout déficitaires ».

▶ **Hypothèse neuro-pathologique :**

Diverses anomalies des volumes régionaux, de la densité neuronale, du volume des neurones et du nombre des épines dendritiques ont pu être mises en évidence. Leur rôle physiopathologique précis reste à élucider.

▶ **Facteurs socioculturels :**

Tout le monde est concerné et peut être touché

## **V. Clinique :**

❖ **Mode de début de la schizophrénie :**

Les syndromes schizophréniques débutent le plus souvent entre la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte

**1. De façon subite :**

- **Soit par un Geste impulsif** : tentative de suicide, automutilation, passage à l'acte hétéro-agressif, fugue.
- **Soit à la suite d'une Bouffée délirante aiguë (BDA)** : on considère habituellement qu'un tiers des cas sont suivis d'une évolution vers un syndrome schizophrénique.
- **Soit par des Troubles de l'humeur atypiques** : lors d'un épisode dépressif, l'intensité du repli sur soi, la bizarrerie du contact ou la présence d'idées délirantes non congruentes à l'humeur dépressive sont des éléments évocateurs

**2. De façon plus insidieuse :**

- ⇒ **Par un Fléchissement progressif de l'activité et du fonctionnement intellectuel ou modifications du caractère** : Négligence professionnelle ou de l'hygiène corporelle, indifférence affective, comportement apathique, isolement social, développement de croyances à des phénomènes surnaturels (ésotérisme, occultisme, mysticisme), de passions insolites

- ⇒ **Par des Troubles des conduites** : il peut s'agir de comportements agressifs répétés, de conduites addictives (alcoolisme, toxicomanie), de troubles du comportement alimentaire ou sexuel.
- ⇒ **Par un Syndrome délirant ou hallucinatoire évoluant à bas bruit** : il se traduit extérieurement par des comportements bizarres.

#### ❖ **Phase d'état :**

Sur le plan sémiologique, cette affection se caractérise par l'association de troubles de la pensée, des perceptions, de la relation, de l'affectivité et entraînant une altération du fonctionnement social du sujet.

##### ■ **Le Syndrome dissociatif :**

Signe **fondamental**, caractéristique de la schizophrénie bien que **non pathognomonique**, il correspond à la perte de la cohésion et de l'unité de la personnalité. La dissociation peut se manifester dans différents domaines de la vie du sujet.

- ▷ **Dans le fonctionnement intellectuel** : pensée digressive, diffluite, désorganisée, barrages (brèves suspensions immotivées du discours), appauvrissement intellectuel progressif, troubles du discours avec utilisation de néologismes (mot créé par le malade) ou de paralogismes, réponses « à côté » et, dans les cas les plus sévères, mutisme ou langage totalement incompréhensible, appelé schizophasie.
- ▷ **Dans la vie affective** : grande ambivalence, émoussement des affects, froideur, indifférence mais avec possibilité de brusques manifestations émotives, souvent inappropriées ou paradoxales (discordance affective). Par exemple pleurs à l'annonce d'une bonne nouvelle (naissance d'un enfant) ou rires lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle (décès d'un parent)
- ▷ **Dans le comportement**, on constate :
  - Perte d'initiative pouvant aboutir à l'apragmatisme, incapacité d'effectuer complètement des actions nécessitant une certaine coordination
  - Troubles des conduites : possibilité d'actes dangereux ou insolites, bizarrerie
  - Discordance psychomotrice : maniérisme, rires immotivés, réactions d'opposition désadaptées, stéréotypies motrices (répétition d'un mouvement sans que cela soit un Tic), voire catalepsie (immobilité avec flexibilité cireuse et conservation des attitudes imposées)
  - Parfois, catatonie: syndrome psychomoteur caractérisé par des perturbations pouvant aller d'un extrême à l'autre : mutisme, avec négativisme extrême (résistance à tout ordre ou tentative de mobilisation) ou stupeur, s'accompagnant parfois de persévérations verbales ou d'une écholalie ; catalepsie ou postures catatoniques (Maintien volontaire d'une position inadéquate)

##### ■ **Syndrome autistique ou autisme schizophrénique :**

Il s'agit d'un repli sur soi, témoin de la prédominance de la vie intérieure du patient schizophrène. Il associe un trouble de la relation et un trouble de la pensée.

- ▷ **Retrait autistique** : le sujet semble distant, isolé, indifférent.
- ▷ **Pensée autistique** : obéissant à une logique personnelle, elle est centrée sur l'activité délirante et paraît incohérente. Elle conduit au désinvestissement de la réalité et à l'isolement.

#### ❖ **Notion de symptômes positifs et négatifs :**

Les symptômes dits « positifs » rendent compte de la dimension productive de la pathologie schizophrénique (avec les délires et hallucinations), tandis que les symptômes dits « négatifs » semblent traduire sa composante déficitaire (avec la clinophilie / apathie/ incurie...)

### 1) Symptômes positifs :

- Idées délirantes.
- Hallucinations.
- Troubles de la pensée formelle :
  - ✓ Incohérence, illogisme.
  - ✓ Diffluence, tangentialité.
- Comportements bizarres ou désorganisés :
  - ✓ Excentricité vestimentaire.
  - ✓ Comportement social ou sexuel inadapté.
  - ✓ Comportement agressif ou agitation.
  - ✓ Comportements stéréotypés ou répétitifs.

### 2) Symptômes négatifs :

- Pauvreté quantitative et qualitative du discours.
- Émoussement affectif, absence de modulation des affects ou affects inappropriés.
- Restriction des expressions faciales, de l'expressivité gestuelle et du contact visuel.
- Anhédonie et retrait social :
  - ✓ Peu de pôles d'intérêts et d'activités de loisir.
  - ✓ Perte d'intérêt pour la sexualité ou les relations amicales.
  - ✓ Perte de la motivation sociale.
- Apathie et altération de la volonté :
  - ✓ Négligence dans le travail ou la scolarité
  - ✓ Perte d'initiative, apragmatisme
  - ✓ Anergie physique
  - ✓ Négligence de l'hygiène corporelle, incurie
- Troubles de l'attention.

### ❖ Critères diagnostique selon DSM 5 (classification Américaine) :

- A.** Deux ou plus des symptômes suivants sont présents pendant une partie significative du temps sur une période d'un mois ou moins quand elles répondent favorablement au traitement). **Au moins l'un des symptômes doit être 1, 2 ou 3 :**
1. Idées délirantes
  2. Hallucinations
  3. Discours désorganisé (c.-à-d., coq-à-l'âne fréquents ou incohérence)
  4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
  5. Symptômes négatifs (c.-à-d., **réduction de l'expression émotionnelle, aboulie**)
- B.** Pendant une partie significative du temps depuis la survenue le début du trouble, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels que le travail, les relations interpersonnelles, ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation (ou, en cas de survenue dans l'enfance ou dans l'adolescence, incapacité à éteindre le niveau de réalisation interpersonnelle, scolaire, ou dans d'autres activités auxquelles on aurait pu s'attendre).
- C.** Des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit comprendre au moins 1 mois de symptômes (ou moins quand ils répondent favorablement au traitement) qui répondent au critère A (c.-à-d. symptômes de la phase active), et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels. Pendant ces périodes prodromique et résiduelles, les signes de la perturbation peuvent se manifester uniquement par des symptômes négatifs ou par deux ou plus des symptômes figurants dans le critère A présents sous une forme atténuée p.ex., croyances bizarres, perceptions inhabituelles).

- D. Un trouble schizo-affectif et un trouble dépressif ou bipolaire avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés soit (1) parce qu'aucun épisode dépressif majeur ou maniaque n'a été présent simultanément aux symptômes de la phase active, soit (2) parce que si des épisodes thymiques ont été présents pendant les symptômes de la phase active, ils ne l'ont été que pour une faible proportion de la durée des périodes actives et résiduelles.
- E. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (c.-à-d. une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale.
- F. En cas d'antécédents d'un trouble du spectre autistique ou d'un **trouble de la communication débutant dans l'enfance**, le diagnostic additionnel de schizophrénie n'est fait que si les idées délirantes ou les hallucinations sont prononcées et sont présentes avec les autres symptômes requis pour le diagnostic pendant au moins 1 mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement)

## **VI. Formes cliniques des syndromes schizophréniques :**

Le passage d'une forme clinique à une autre est possible au cours de l'évolution de la maladie. Il ne s'agit donc pas obligatoirement de tableaux fixés et définitifs.

### **1- Schizophrénie paranoïde :**

- C'est la **forme typique** de description de la schizophrénie.
- Le début des troubles peut être insidieux ou faire suite à une expérience délirante aiguë inaugurale.
- Le délire paranoïde, souvent à thème de persécution ou d'influence, et les hallucinations sont au premier plan (ex: mon voisin a fait un trou dans le mur et m'envoi du gaz pour me tuer et cela tous les jours à 18H43 d'ailleurs j'entends la voix de mon ancêtre mort en 1843 me le dire)
- Dans cette forme clinique, les symptômes négatifs sont rares. Le délire a tendance à s'appauvrir au fil du temps.

### **2- Schizophrénie hébéphrénique ou désorganisée :**

- On ne trouve pas au premier plan l'activité délirante. Le début est précoce entre 15 et 20 ans.
- Signes négatifs plus présents

### **3- Schizophrénie catatonique :**

Le maintien des attitudes est fréquent dans cette forme clinique, on peut aussi trouver le «signe de l'oreiller»

### **4- Schizophrénie dysthymique :**

- Il s'agit d'une forme frontière entre la schizophrénie et les troubles bipolaires
- Les signes positifs et/ou négatifs sont présents de façon concomitante avec des troubles thymiques, de type dépressif, maniaque ou mixte

### **5- Formes particulières :**

- Schizophrénie chez l'insuffisant mental (greffe psychotique sur insuffisance mentale)
- Selon l'âge:
  - ✓ Schizophrénie tardive (après 45 ans)
  - ✓ Chez l'enfant (diagnostic difficile à différencier avec certaines formes d'autismes)

## **VII. Evolution :**

Je rappelle que c'est une maladie chronique

- ♦ **Aggravation** : surtout vers le sens déficitaire
- ♦ **Stabilisation +++** : la plus fréquente (mais avec risque fréquent de rechutes à l'arrêt ou réduction du traitement)
- ♦ **Amélioration** : l'évolution des syndromes schizophréniques peut conduire, dans un certain nombre de cas (environ 15 %), à une rémission complète ou quasi complète des troubles.

## **VIII. Prise en charge de la Schizophrénie :**

### **◆ Principe du traitement :**

- Le traitement de la schizophrénie ne peut se réduire à l'emploi d'une seule méthode thérapeutique.
- Les psychotropes sont associés à des mesures non pharmacologiques visant à favoriser l'observance, à rendre acceptable le vécu du patient et à palier ses déficiences (restauration cognitive, amélioration des compétences sociales, réinsertion socioprofessionnelle).
- Le traitement comprend généralement un volet socio-thérapeutique. Il est donc pharmacopsychosocial.
- Le traitement doit être initié le plus tôt possible. Plus tardif est le traitement, moins le pronostic sera bon
- Par ailleurs, même lorsque l'on traite un deuxième ou troisième épisode de façon identique au premier, la rémission est plus longue à obtenir avec persistance d'une symptomatologie plus importante
- Les antipsychotiques, qui permettent d'une part le traitement de l'accès aigu et d'autre part la prévention des rechutes, doivent être maintenus au long cours.
- Le traitement de chaque patient doit être adapté à ses propres troubles (pas de standardisation du traitement)

### **◆ Indications d'hospitalisation :**

- ✓ Prévention du risque suicidaire ou homicidaire (surveillance permanente du comportement et suppression des objets dangereux).
- ✓ Nécessité de traiter rapidement des symptômes aigus ne permettant pas le maintien dans la communauté.
- ✓ Etablissement du diagnostic et évaluation des troubles (observation).
- ✓ Instauration d'un traitement psychotrope (surveillance appropriée et traitement des effets indésirables).
- ✓ Lors de désorganisation majeure du comportement (assistance pour les besoins élémentaires : alimentation, toilette, habillement).
- ✓ Etablissement de liens entre l'équipe de soin et le patient qui favoriseront la prise en charge ultérieure (psychoéducation)
- ✓ Séparation transitoire du patient et de son environnement parfois anxiogène.
- ✓ Observation du comportement du patient et de ses interactions avec les autres.
- ✓ Surveillance de l'observance, de l'efficacité et de la tolérance du traitement

◆ **Modalités :**

Un traitement d'attaque avec les neuroleptiques puis un traitement d'entretien avec des doses plus adaptées.

Exemple de neuroleptiques :

- > De première génération ou classique : Halopéridol / chlorpromazine... (induisant des effets secondaires parfois délétères)
- > De seconde génération ou atypique : rispéridone / olanzapine... avec moins d'effets secondaires et meilleur usage
- > Le dosage et la classe du neuroleptique peut être adapté selon la forme clinique
- > Parfois usage de neuroleptiques à libération prolongée en cas de mauvaise compliance du traitement par le patient

◆ **Autres types de traitement associé:**

- ✓ Sismothérapie
- ✓ Psychothérapie
- ✓ Mesures sociales (exemple carte Chifa 100% pour maladie chronique)

**Conclusion :**

- ✦ Non à la stigmatisation
- ✦ Oui à la prise en charge globale