

## ETATS DELIRANTS FONCTIONNELS

### AIGUS ET CHRONIQUES

#### PSYCHOSES DELIRANTES AIGUES

##### LES BOUFFEES DELIRANTES AIGUES

#### GENERALITES

Ce sont des états psychotiques :

- 1 d'installation brutale
- 2 caractérisés par la richesse et le polymorphisme des phénomènes délirants
- 3 par la présence fréquente de troubles de l'humeur
- 4 par la brièveté de l'épisode

#### 1- CLINIQUE :

**La forme typique :**

→ Le début est brutal : (coup de tonnerre dans un ciel serein)

Il peut être précédé de prodrome à type d'inquiétude, de menace ou d'euphorie.

Mais **l'état délirant s'installe d'emblée, en quelques heures** constituant une rupture brutale

- de l'état émotionnel
- de l'expérience vécue
- des comportements habituels du patient.

→ Le délire est caractérisé par :

- 1 - Le polymorphisme de ses thèmes et de ses mécanismes**
- 2 - Son absence d'organisation**
- 3 - L'intensité avec laquelle il s'impose à la conscience du sujet.**

Tous les mécanismes délirants peuvent se rencontrer

- 1) Illusion perceptive
- 2) Intuition
- 3) Interprétation
- 4) Hallucination idéo-verbale
- 5) Automatismes mentaux

↪ avec vol de la pensée  
syndrome d'influence

Les thèmes ne sont donc pas organisés ni constants, ils se succèdent et s'entremêlent sans constituer une fiction cohérente.

→ La façon dont est vécue l'expérience délirante est également particulière par :

- son caractère immédiat
- s'imposant de façon très intense à la conscience du sujet. AVEC UNE CONVICTON QUI EST TOTALE DANS L'INSTANT  
xxxxxxx le délire est aussi immédiatement agi qu'il est vécu : expliquant les conduites bizarres.

→ La conscience et la vigilance ne sont pas profondément perturbées mais elle sont influencées par la prégnance de l'expérience délirante avec :

- sensation de bizarrerie et de dysmorphophobie
- expérience de dépersonnalisation psychotique

→ L'humeur est profondément modifiée dans le sens d'une exaltation. Elle oscille tantôt dans le sens de l'angoisse et d'un sentiment de catastrophe ou d'une tristesse intense, tantôt dans le sens de l'euphorie de l'élévation et du triomphe

→ Le tableau clinique est dominé par la fluctuation de l'humeur et du délire

## 2 – Les formes cliniques :

→ Forme en fonction de la prédominance d'un aspect de la symptomatologie :

avec un délire systématisé

- Psychose hallucinatoire aiguë
- Délire d'interprétation ou paranoïa aiguë
- Manie délirante
- Mélancolie délirante

## Diagnostic des bouffées délirantes

Le principal problème diagnostique que pose une bouffée délirante est en fait lié à son DEVENIR :

Bouffée délirante ou accès aigu inaugurant ou ponctuant, l'évolution du syndrome chronique ?

→ Problème

- Il faut éliminer les principales causes de psychose aiguë d'origine organique (mais en général il y a ici un syndrome confusionnel)
- Il faut éliminer les causes iatrogènes ou toxiques
- Problème diagnostique posé par l'hystérie et plus précisément les psychoses hystériques aiguës
  - ↳ état crépusculaire où le patient est envahi de représentations imaginaires sans automatisme mental et avec peu d'hallucinations, avec un délire mystique érotique vécu avec une certaine complaisance.



## Evolution

### Evolution de l'épisode aigu

L'aphorisme de Magnan a l'avantage de bien définir ce qu'est la bouffée délirante « sans conséquence sinon sans lendemain ».

- A court terme, évolution en quelques jours ou quelques semaines vers la guérison, il persiste une fluctuation de l'humeur mais globalement le sujet émerge de son délire qu'il critique.
- En l'absence de cette guérison à court terme, on devra craindre : une évolution schizophrénique chronique, un épisode délirant aigu aussi brutal et polymorphe qu'il soit qui survient au-delà de quelques semaines ne devrait pas être qualifié de bouffée délirante. Il s'agit presque toujours d'un épisode psychotique aigu inaugural d'une schizophrénie paranoïde.

### Evolution à long terme

- 1) 25 à 40 % : épisode unique / rapidement résolu / sans séquelle
- 2) 30 à 50 % : répétition des épisodes aigus sur un mode intermittent avec à chaque fois « restitution ad integrum » de la personnalité. Une composante dysthymique s'installe et l'évolution ultérieure peut être assimilée à une psychose maniaco-dépressive.
- 3) 15 à 30 % : constitution d'un tableau de schizophrénie paranoïde avec entre les poussées paranoïdes, un déficit chronique plus ou moins important.

### Les éléments de pronostic

Le pronostic de bouffée délirante est impossible à déterminer pendant l'épisode lui-même.

Les arguments qui sont en faveur d'une évolution favorables sont :

- 1 – caractère aigu de l'épisode, début brutal, rapide rétrocession
- 2 – l'existence de faits déclenchant
- 3 – une personnalité antérieure bien adaptée socialement, extravertie ou présentant des traits névrotiques hystériques
- 4 – existence durant l'épisode de troubles nets de la conscience
- 5 – présence de troubles de l'humeur importants : antécédents familiaux de psychose maniaco-dépressive bipolaire

Les arguments d'un pronostic défavorable sont :

- 1 – début moins brutal avec prodrome insidieux
- 2 – absence de troubles de l'humeur, d'anxiété, avec restriction des affects.
- 3 – personnalité prémorbide, repliée, schizoïde
- 4 – sédation lente du délire
- 5 – antécédents familiaux de schizophrénie

## Traitement

### **A la phase aiguë :**

C'est une urgence psychiatrique, hospitalisation libre ou en placement.

Traitement médical pour réduire le délire et les troubles de l'humeur.

Association d'un Neuroleptique sédatif et d'un Neuroleptique incisif autoproductif avec au début voie intramusculaire (halopéridol = HALDOL)

Mise en place d'un traitement : neuroleptique - (lévopromazine)  
NOZINAN<sup>®</sup>

### **Le traitement ultérieur :**

Surveiller l'apparition d'un état dépressif post-psychotique que favorise l'emploi de certain Neuroleptique incisif tel que l'HALDOL. Dans ce cas, diminuer les doses.

Poursuite du traitement Neuroleptique pendant plusieurs mois, voire un an. Proposer une psychothérapie de soutien. Préparer la réinsertion socioprofessionnelle.

La répétition d'épisodes aigus sur un mode périodique peut constituer l'indication d'un traitement préventif par les sels de Lithium.

## Discussion Nosographique

C'est une entité nosologique française, décrite pour la première fois en 1895 par Magnan.

Il reste qu'un certain nombre de bouffées délirantes aiguës seront uniques, ou si peu fréquentes dans la vie du sujet qu'il paraît logique de conserver pour le moment cette entité nosographique. Mais dans ce domaine, les positions des diverses écoles de psychiatrie sont assez différentes et actuellement innovantes.

→ en France : la classification de l'INSERM individualise à l'intérieur des états délirants aigus trois types :

040 : accès délirant aigu considéré comme schizophrénique : schizophrénie aiguë

041 : psychose délirante aiguë réactionnelle : bouffée délirante réactionnelle

042 : psychose délirante aiguë : bouffée délirante non classable en 040 et 041.

4 aux Etats-Unis :

- la CIM 10 isole des schizophrénies :
  - les bouffées délirantes réactionnelles
  - les psychoses psychogènes paranoïdes
- le DSM IV isole :

1 – **trouble schizophréniforme**, dont les critères symptomatiques sont les mêmes que ceux de la schizophrénie mais dont la durée > 2 semaines et < à six mois; au-delà, c'est le diagnostic de schizophrénie qui est posé.

2 — **les psychoses réactionnelles brèves** : < à deux semaines et qui succèdent à un stress psychosocial manifeste.

3 – **les psychoses atypiques** survenant en l'absence de facteur réactionnel.

Récapitulatif : Le problème nosologique que posent les bouffées délirantes évoluant sur un mode de récurrence multiple reste actuellement non résolu. **Elles sont situées entre la schizophrénie et la psychose maniacodépressive.** On peut discuter ici de l'intérêt du Lithium dans le traitement préventif des récurrences délirantes.

## **BOUFFEES DELIRANTES**

### **MOTS CLEFS**

- 1 brutal
- 2 polymorphe
- 3 spontanément résolutive
- 4 variable dans ses thèmes et ses mécanismes
- 5 pas de confusion
- 6 pas de trouble de la conscience
- 7 dépersonnalisation
- 8 déréalisation
- 9 éliminer cause toxique/organique
- 10 diagnostic différentiel - manie  
- mélancolie  
- confusion mentale
- 11 personnalité prémorbide
- 12 facteur déclenchant
- 13 risque d'évolution schizophrénique
- 14 hospitalisation d'urgence
- 15 statut nosographique discuté