

# Psychoses aiguës (BDA, PPP)

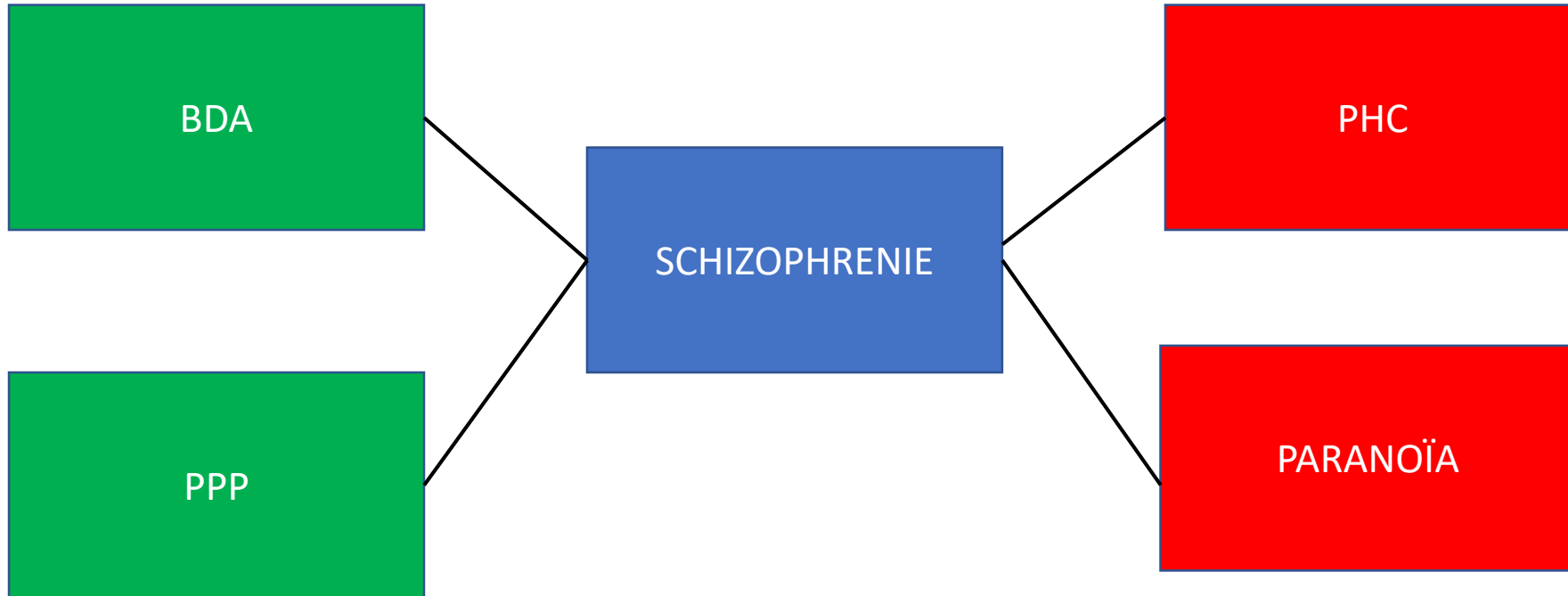
Dr Andrei SZOKE

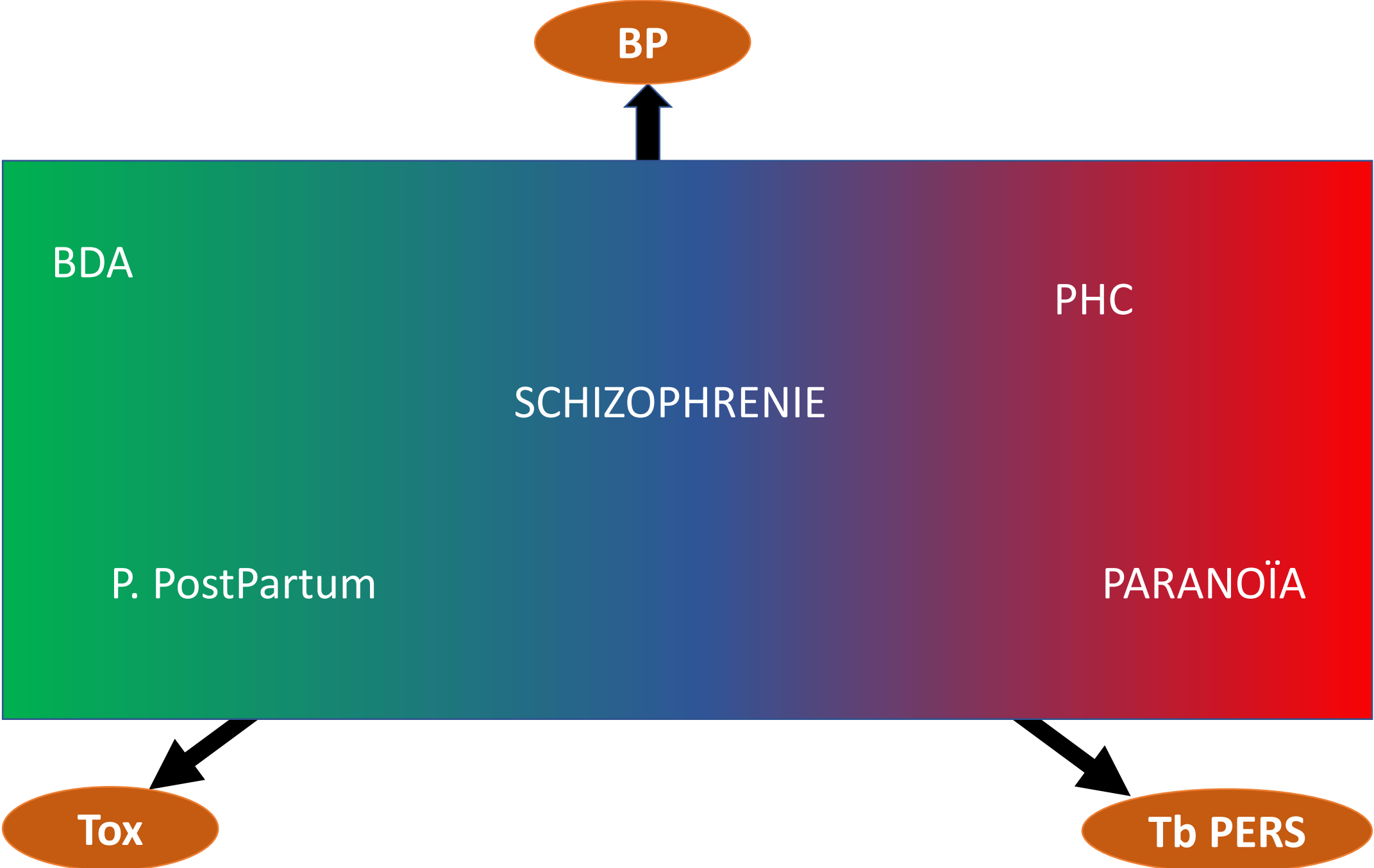
APHP, DMU IMPACT, HU Henri Mondor, Créteil

Université Paris-Est Créteil

Inserm U955, IMRB, Neuro-psychiatrie translationnelle

- **La Schizophrénie**
- **Les psychoses chroniques non schizophréniques**
- **Les psychoses aiguës**





BP

BDA

PHC

SCHIZOPHRENIE

P. PostPartum

PARANOÏA

Tox

Tb PERS

# Diagnostics (en psychiatrie)

- Ne sont pas des catégories « naturelles »
- Catégories idéales
  - Favorisent la communication
- Catégories artificielles
  - Fidélité
  - Validité
    - Pronostic
    - Traitement

# Schizophrénie - Formes de début

- Début AIGU 30 %
  - Forme de « Bouffée Délirante Aigue »
  - Manie ou dépression atypique
  - Installation du tableau délirant aigu en qq jours à qq semaines
  - Troubles du comportement: fugues, gestes auto ou hétéro agressifs (conduites médico-légales), cpt impulsifs et sans explications

# Schizophrénie - Evolution

- 20-25% des patients ne présenteront **plus de signe** patent de la maladie et auront une insertion socio-professionnelle considérée comme normale.
- 50% des patients présenteront une **forme intermédiaire** (accès récurrents ou symptomatologie modérée) provoquant une altération variable des domaines affectif, relationnel et professionnel.
- 20-25% présenteront une **forme grave** de la maladie (délire permanent ou symptômes déficitaires interdisant toute activité soutenue) nécessitant une hospitalisation prolongée ou du moins le maintien dans un milieu exerçant une surveillance permanente.

# Evolution

- Sont de bon pronostic
  - Sexe féminin
  - Environnement favorable
  - Bon fonctionnement prémorbide
  - Début tardif
  - Bon insight
- Début brutal
- Facteur déclenchant identifiable



Bouffée Délirante Aigue (BDA)

(Episode psychotique bref;  
Trouble psychotique aigu et transitoire)

# Caractéristiques

1. Début brutal: « coup de tonnerre dans un ciel serein » (<2 semaines)
2. Symptômes très variables (changeants, polymorphes)
3. Rémission complète (< 3mois)

- Terrain :

- Adulte jeune : 18-25 ans
- Evènements de vie stressants : moments charnières, surmenages...
- Pas d'antécédents psychiatriques personnels

# Clinique (1)

- Expérience qui s'impose au sujet et dont il est à la fois acteur et spectateur, convaincu, effrayé, perplexe.
- Délire
  - Thèmes polymorphes (persécution, mystique, mégalomanie, influence, etc...) changeants
  - Grande variabilité (chevauchement, incohérences des thématiques entre elles)
  - Mécanismes polymorphes (hallucinatoire, intuitif, imaginatif, interprétatif)
  - Non systématisé (pas de structure cohérente)
- Hallucinations
  - Toutes les modalités

# Clinique (2)

- Participation affective
  - Euphorie, dépression, irritabilité
  - Perplexité anxieuse
  - Adhésion totale, Absence de critique
- Troubles majeurs du comportement
  - Agitation
  - Comportement bizarre
- Insomnie
- Confusion, dépersonnalisation, déréalisation

# Diagnostic différentiel

- Confusion : cause organique à éliminer
- Crise d'épilepsie partielle
- Trouble thymique
  - Manie délirante
  - Mélancolie délirante
  - État mixte
- Manifestations inaugurales de schizophrénie
- Intoxications

# Pronostic

- 33% rémission complète de durée
- 33% récives
- 33%:
  - Evolution vers une schizophrénie
  - Evolution vers un trouble psychotique non schizophrénique
  - Evolution vers un trouble de l'humeur

# Pronostic

| <b>BON PRONOSTIC</b>  | <b>MAUVAIS PRONOSTIC</b>   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>■ Début brutal: existence de facteurs précipitants (facteur déclenchant précis: environnementaux ou psychologiques)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>■ Début subaigu précédé de manifestations insidieuses</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>■ Absence de personnalité prémorbide schizoïde</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>■ Personnalité prémorbide schizoïde</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>■ Brièveté de l'accès</li><li>■ Participation thymique</li><li>■ Polymorphisme des thèmes et des mécanismes</li></ul>         | <ul style="list-style-type: none"><li>■ Symptomatologie schizophrénique dominante: (délire moins riche, plus paranoïde; syndrome dissociatif important; absence de troubles de l'humeur)</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>■ Réponse au traitement</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>■ Résolution incomplète; sédation de l'angoisse et persistance du délire</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>■ Critique du délire</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>■ Critique imparfaite du délire</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>■ Antécédents familiaux de troubles bipolaires</li></ul>  |  |



# Traitement

- URGENCE psychiatrique
- Aux urgences: isoler le patient, le contenir, le sédater
- Bilan clinique et paraclinique à la recherche d'une cause organique
- Le traitement précoce améliore le pronostic

# Traitement

- HOSPITALISATION, souvent sous contrainte (SDT, SDRE)
- Traitement sédatif et anxiolytique
- Traitement antipsychotique à adapter, en favorisant la monothérapie
- Surveillance constantes, comportement

# Traitement

- Continuer le traitement pendant 1 à 2 ans
- Psychothérapie essentiellement de soutien
- Volet social: sauvegarder l'insertion sociale et professionnelle
- Volet familial

# Vignette clinique

M. B. 31 ans, célibataire, sans enfants, Bac + 5, travaille comme journaliste depuis 2 ans en Région Parisienne. Rupture sentimentale depuis quelques mois.

Après un WE « arrosé » et avec peu de sommeil il décrit l'apparition, « par moments », d'impressions étranges. Ex. l'impression « ses collègues faisaient semblant de travailler » (déréalisation ?).

A la fin de la semaine décide (brutalement) de partir chez sa sœur à Mulhouse. (Là-bas se retrouve seul à la maison)

Il est persuadé que son beau-frère a tué sa sœur, il a fait des attouchements à ses neveux et que lui-même est en danger. Décide de partir en voiture (qu'il abandonne pensant qu'il était surveillé) puis marche pieds nus pendant 24 h avec le projet de rentrer à Montpellier à pied (?!?).

Interpellé par les gendarmes il est hospitalisé. Le CR décrit (entre autres) une « confusion entre des événements anciens et des événements récents »

Traitement par Abilify 15 mg, sorti après 3 semaines

Dg. principal « trouble psychotique aigu polymorphe »

# Psychoses du post-partum (Psychoses puerpérales)

Apparition d'un épisode psychotique dans les suites d'un accouchement.

La période à risque est le 1<sup>er</sup> mois (80% des cas)

Pathologie rare - fréquence estimée à 0,5- 1 pour 1000 accouchements

(mais le risque du début d'un trouble sévère est augmenté 23 X )

# Présentation clinique:

- Prodromes

- Troubles du sommeil, cauchemars
- Agitation
- Fluctuation de l'humeur

- Début:

- Brutal,
- Habituellement après un temps de latence (pic de fréquence au 10eme jour)

- Tableau de BDA particulièrement polymorphe (« kaléidoscopique »), confuso-onirique, variable, et labile d'un moment à l'autre:
  - Fluctuation de la conscience;
  - Fluctuation de l'humeur: (!!! moments dépressifs intenses avec risque auto- ou hétéro-agressif);
  - Syndrome délirant: riche, intense, surtout hallucinatoire;
  - Thématique typiquement centrée sur la naissance, la relation à l'enfant et à la filiation (l'enfant n'est pas de moi..., l'enfant n'est pas né..., on m'a substitué mon véritable enfant..., on a changé son sexe..., il est en danger de mort, on lui en veut...)



## FACTEURS DE RISQUE DE LA PSYCHOSE DU POST-PARTUM

- ATCD familial de schizophrénie/ trouble bipolaire ou ATCD personnel de BDA, BP ou PPP
- Primipare
- Age sup à 30 ans
- Situation économique et sociale précaire
- Conditions d'accouchement difficiles, complications obstétricales
- Absence de préparation à la grossesse ( ou plutôt à la réalité de l'enfant à venir): patiente immature, personnalité limite, personnalité psychotique

# TRAITEMENT

## Généralités:

- **URGENCE THERAPEUTIQUE**
- En hospitalisation (de préférence en unité mère-enfant)
- Surveillance du risque suicidaire (+ protéger l'enfant)
- Impliquer la famille

# **TRAITEMENT**

## **PEC de la mère**

- Traitement par:
  - Antipsychotiques
  - Lithium
  - ECT (cas sévères, catatoniques, déprimés ...)
  
- Tenir compte que tous les psychotropes passent dans le lait maternel

## **PEC de la relation mère-enfant**

- Hospitalisation dans une unité mère-enfant;
  
- Dès que possible (sécurité, état clinique) favoriser le contact de la mère avec son enfant

## PRONOSTIC

- Durée typique 1 à 2 mois
- Meilleur pronostic à long terme que pour les pathologies débutant en dehors du post-partum
- Environ 1/3 ne présentent pas de rechutes (en dehors d'éventuels épisodes post-partum)
- Le reste d'autres épisodes (évolution SZ, BP)

# QUESTIONS / DISCUSSION