

# Bouffée délirantes aiguës

7 février 2009

- état psychotiques d’installation brutale, caractérisée par le polymorphisme des thèmes et des mécanismes délirants, par la présence fréquente de troubles de l’humeur et la brièveté de l’épisode

## 1 Clinique

### 1.1 Début

- “Coup de tonnerre ds un ciel serein”
- Parfois quelques *prodromes* ds les jrs ou semaines précédant l’éclosion du délire : Inquiétudes imprécises, bizarreries comportementales, tr de l’humeur ou parfois euphorie, t du sommeil

### 1.2 Thèmes :

- “*polymorphes*” s’ouvrent multiples et variables ds le temps (donnant un aspect polymorphe au délire), pouvant se succéder ou se chevaucher donnant alors une totale incohérence des propos. Les plus fréquents : mission exaltante, filiation, érotiques, mégalomanies, possessions, mystiques

### 1.3 Mécanismes

- “*Polymorphe*” se succédant ou associé : hallucinations, illusion, imagination, interprétation. Les hallucinations idéoverbales sont les plus fréquentes ainsi que les phénomènes de l’automatisme mental comme le vol de la pensée, commentaire et parasitage des actes de la pensée, syndrome d’influence
- *Structure* : Délire est ml structuré et non systématisé, il s’agit d’une expérience délirante et non d’une élaboration délirante
- *Adhésion* : *Totale*

### 1.4 Réaction

- Participation affective : constante et fluctuante(oscillation entre le sentiment de toute puissance et l’expérience angoissante de catastrophe immi-

- nente)
- participation comportementale : en rapport avec les fluctuations thymiques et délirantes
  - Excitation ou stupeur
  - Logorrhée ou mutisme
  - Conduites pathologiques : attitude d’écoute, fugues, voyages pathologiques, hétéro agressivité, actes médico-légaux
  - *Évolution* : “*vagues délirantes*” : Fluctuation d’intensité du délire

## 2 Signes associés

- Dépersonnalisation
- Trouble de la perception de la réalité externe. Conscience, vigilance et orientation conservées
- Troubles thymiques : dysphories, dépression, exaltation
- Signes physiques : insomnies, anorexie, constipation, fébricule, DH
- un patient confus est toujours désorienté spatio-temporelle

## 3 BDA atypiques

- Par prévalence d’un type de mécanisme :  
BDA imaginative aiguë, BDA hallucinatoire aiguë, BDA d’interprétation aiguë ou paranoïa aiguë
- Par prédominance du tble thymique :  
tableau de manie ou mélancolie
- Par prédominance de la dépersonnalisation

## 4 Diagnostic

- Mode d’entrée ds la schizophrénie
- Manie délirante dans le cas d’une PMD
- Psychose aiguë organique : patho inf, traumat ou toxique(amphét, LSD),  
paroxysme épileptique, ivresse pathologique

## 5 Étiologie

- Conception des BDA comportent 2 dimensions étiologiques d’intérêt inégal :
- Terrain prédisposant(Magnan et Legrain 1895) :Personnalités hystériques et dépendantes, déficience mentale. Si on étend la notion on trouve les personnalités schizoïdes bien que là on entre dans la notion de schizophrénie aiguë.

- Événements déclenchant : classiquement stress émotionnel, choc affectif, frustration majeure.

## 6 Évolution

### 6.1 Évolution de l'état aigu

- Aphorisme de Magna “sans conséquence sinon sans lendemain”
- Souvent on observe une fluctuation dépressive de l'humeur plus ou moins intense

### 6.2 Évolution à long terme

- Épisode régressif et unique (1/3 des cs) : guérison en qq jours ou semaines, brutale ou progressive
- Récidive 1/3 répétition d'épisodes aigus sur un mode intermittent sur le même mode ou avec participation affective de plus en plus importante
- Chronisation : PMD, Schizophrénie, P. Hallucinoire Chronique, paranoïa

## 7 Pronostic

### 7.1 Bon

- Début brutal avec facteur déclenchant pas de personnalité schizoïde pré morbide, épisode bre, participation dysthymique, polymorphisme des thèmes et des mécanismes, sensibilité au Ttt, critique du délire, hérité PMD

### 7.2 Mauvais

- début subaigu avec manif insidieuse, personnalité schizoïde, symptomatologie schizophrénie dominante (délire moins riche plus paranoïde, dissociation), pas de tr de l'humeur, thèmes de persécution hypochondriaques, angoisse de morcellement, sédation incomplète

## 8 Ttt

### 8.1 A la phase aigu

- Urgence psy , hospi (si besoin HDT)
- Ttt :
- Neuroleptique : on pourra préférer des sédatifs si l'angoisse est particulièrement forte
- IM : ex LOXAPAC 3 à 4 amp trois fois par jr
- Action Semi Prolongée : Clopixol 2 amp à 100 mg tous les 3 jrs

- Haldol 10 à 30 mg/jr
- tiapridal seul neuroleptique IV

## 8.2 Ttt d'entretien

- Neuroleptique : relais PO avec adaptation des posologies (durée ttt environ 4 - 12 mois)
- Psychothérapie
- Surveillance : Recherche de l'apparition d'un syndrome dépressif, un Ttt ADP peut être mis en place mais attention (ex Prozac)

=> neuroleptique anti dopaminergique => CI parkinson => ES syndrome extra-pyramidaux => nouveaux antipsychotique pas d'ES extra-pyramidaux