

Première partie : Modules transdisciplinaires

Module 11 : Synthèse clinique et thérapeutique - De la plainte du patient à la décision médicale - Urgences

Question 184 - AGITATION ET DELIRES AIGUS

AGITATION

Rédaction : P. Lebain et S. Dollfus

Résumé : E. Tran et F. Limosin

BOUFFEE DELIRANTE AIGUE

Rédaction : F. Thibaut et S. Dollfus

Résumé : E. Tran et F. Limosin

Objectifs généraux :

- Diagnostiquer une agitation et un délire aigu
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge

Objectifs spécifiques :

Agitation

- Savoir mener un entretien et un examen avec un sujet agité
- Connaître les étiologies toxiques et organiques des états d'agitation et savoir les hiérarchiser selon leur prévalence et importance
- Connaître les mesures thérapeutiques symptomatiques à mettre en oeuvre (orientation, médicaments, mesures administratives)

Délires aigus

- Savoir porter le diagnostic de bouffée délirante aiguë et d'état délirant aigu secondaire (psychogène, toxique)
- Savoir rechercher une cause organique ou toxique avant d'affirmer qu'il s'agit d'une origine psychiatrique
- Connaître les modalités évolutives de la bouffée délirante
- Connaître, pour les mettre en oeuvre, les mesures thérapeutiques adéquates, à court terme concernant la bouffée délirante aiguë

CONDUITE A TENIR DEVANT UN ETAT D'AGITATION

L'agitation est un état non spécifique susceptible de ponctuer le cours de tout trouble psychiatrique ou de survenir lors d'un certain nombre d'affections organiques. L'agitation se définit par un excès d'activité ou de mouvements qui peuvent se traduire par des manifestations agressives plus ou moins importantes et constitue une urgence.

La prise en charge d'une agitation dépend essentiellement de son étiologie.

C. Les grands types cliniques d'agitation en psychiatrie

Etats maniaques :

Un tableau typique est réalisé par la manie franche aiguë, avec apparition brutale d'une agitation associée à un état d'excitation psychique et d'exaltation thymique.

Mélancolies :

La mélancolie délirante ou anxieuse peut s'accompagner d'agitation anxieuse avec un risque de passage à l'acte suicidaire majeur.

Bouffées délirantes aiguës ou psychoses chroniques (schizophrénies et autres délires chroniques) :

Les troubles du comportement sont en général liés aux idées délirantes. Dans le cadre de la schizophrénie, l'agitation présente un caractère discordant et imprévisible.

Troubles du caractère ou de la personnalité :

Chez le sujet hystérique, l'agitation a un caractère théâtral et est sensible à la suggestion.

Chez le sujet psychopathe, l'agitation est souvent secondaire aux frustrations imposées par le milieu, sans possibilité d'élaboration, avec une difficulté à contrôler son impulsivité.

Accès aigus d'angoisse :

L'agitation, si elle existe, est au second plan par rapport à l'angoisse.

Etat confusionnel :

L'épisode confuso-onirique alcoolique aigu ou subaigu en constitue l'étiologie majeure. Chez le sujet âgé, il s'agit le plus souvent d'une confusion d'origine médicamenteuse (surdosage ou sevrage brutal).

Origines toxiques autres que l'alcoolisme :

Il peut s'agir d'agitations liées aux confusions toxiques induites par de fortes doses de cocaïne, éther, solvants organiques, hallucinogènes, amphétamines ou barbituriques.

Dans le cadre du syndrome de sevrage aux morphiniques, l'agitation commence 36 à 48h après l'arrêt et s'accompagne de nausées, vomissements, diarrhée, polypnée et parfois fièvre.

Etats démentiels :

Dans la démence sénile banale, on rencontre surtout des états de turbulence et de sub-agitation, en partie liés à la difficulté à se repérer et au sentiment anxiogène d'insécurité.

D. Etiologies médico-chirurgicales

L'origine psychiatrique de l'agitation ne doit être envisagée qu'après élimination d'une cause organique.

Effets secondaires de certains médicaments :

Isoniazide, corticoïdes, psychotropes (antidépresseurs, benzodiazépines, lithium, antiparkinsoniens, L-Dopa).

Intoxications :

CO, plomb, atropiniques, amphétamines.

Causes métaboliques et endocriniennes :

- Hypoglycémie, acidocétose diabétique ;
- Insuffisance rénale ;
- Grandes déshydratations (coma hyperosmolaire) ;
- Perturbation de la natrémie, de la calcémie ;
- Hypocapnie, hypercapnie (insuffisance respiratoire) ;
- Hyperthyroïdie ;
- Syndrome de Cushing ;
- Hyperparathyroïdie.

Causes neuroméningées :

- Hémorragies méningées, hématome sous-dural (aigu ou chronique) ;
- Méningites, encéphalites ;
- Epilepsie : crises épileptiques temporales, fureur épileptique ;
- Tumeurs cérébrales, principalement frontales ;
- Hypertension intracrânienne.

Alcoolisme :

- Ivresse aiguë ;
- Ivresses pathologiques : excito-motrices, confuso-délirantes et confuso-oniriques ;
- Delirium tremens ou accès confuso-onirique aigu alcoolique.

E. Prise en charge et traitement

Les principes du traitement visent en urgence à assurer une sédation immédiate. Le traitement sera ensuite adapté à l'étiologie qui sera recherchée par l'observation attentive du patient, l'interrogatoire de l'entourage, et, dès que possible, un examen somatique et des examens complémentaires.

Attitude générale face à une agitation :

Dans tous les cas, on cherchera à établir un dialogue avec le patient, en tentant d'évaluer l'état de vigilance et de l'humeur, l'existence éventuelle d'un syndrome confuso-onirique ou délirant. Il peut être nécessaire d'exclure les personnes susceptibles d'amplifier l'agitation du patient (famille). La contention physique s'impose parfois ; un traitement médicamenteux est alors prescrit d'emblée (voie IM), afin de calmer l'agitation et de poursuivre l'examen somatique. Il convient également de s'assurer de la présence d'un nombre suffisant d'aides afin d'éviter une agression supplémentaire et/ou dangereuse.

Traitements médicamenteux :

Neuroleptiques sédatifs :

On peut utiliser (par voie orale de préférence ou en injection si le patient refuse le traitement) des produits tels que la loxapine (Loxapac® : 50 à 300 mg/IM en 2 à 3 prises), la cyamémazine (Tercian® : 100 à 300 mg/j), sous surveillance de la tolérance neurologique et tensionnelle.

Tranquillisants :

Les benzodiazépines sont indiquées essentiellement dans les agitations liées à une crise d'anxiété aiguë, ou au sevrage alcoolique et/ou aux benzodiazépines. Attention à la potentialisation éventuelle de l'effet du toxique, en particulier de l'alcool. Les composés de délai d'action courte seront préférés. Pour la plupart des benzodiazépines, la résorption par voie intramusculaire est plus lente que per os.

La décision d'hospitalisation :

Justifiée en cas d'agitation sévère non réductible par le traitement immédiat et/ou de coexistence d'un trouble susceptible de justifier l'hospitalisation (trouble psychotique, agitation d'origine toxique, agitation symptomatique d'une pathologie organique). Une hospitalisation sous contrainte peut être envisagée. Une hospitalisation brève peut être nécessaire dans les services d'urgence (agitation isolée résolutive, agitation situationnelle ou névrotique).

Mesures spécifiques :

- Agitations d'origine toxique ou organique :

- Ivresse agitée :

Benzodiazépines, hydratation, isolement et surveillance du patient.

- Ivresse pathologique de type confuso-onirique :

Dans ce cas, compte tenu du risque de dangerosité, les neuroleptiques seront préférés (Ex. : tiapride, Tiapridal®) avec bilan hospitalier de 2 à 3 jours.

- Delirium tremens :

L'hospitalisation s'impose, avec hydratation (si besoin parentérale), vitaminothérapie (B1, B6, PP par voie parentérale), benzodiazépines (Tranxène si parentéral ou Séresta). Dans le traitement de l'onirisme, l'halopéridol (Haldol®) sera préféré aux phénothiazines, trop sédatives.

- Autres agitations d'origine toxique :

Dans les expériences psychodysléptiques, l'hospitalisation s'impose et le traitement repose sur les neuroleptiques.

- Agitation d'origine névrotique ou réactionnelle :

L'angoisse est souvent au premier plan et la prise en charge fait appel aux benzodiazépines.

- Agitation dans le cadre de troubles psychotiques ou thymiques :

Hospitalisation sous contrainte souvent nécessaire. Le traitement d'urgence repose sur un neuroleptique sédatif (Tercian®).

- Agitation d'origine épileptique :

Diazépam IM, si traitement sédatif nécessaire.

- Agitation chez le sujet âgé :

On préférera des tranquillisants ou des neuroleptiques sédatifs (Clopixol®, Tiapridal®).

- Agitation chez la femme enceinte :

Equanil® IM ou Largactil®.

- Agitation chez un sujet impulsif :

On utilisera un neuroleptique sédatif. L'utilisation des benzodiazépines (par leur effet désinhibiteur) peut en effet dans certains cas aggraver l'agitation (effet paradoxal).

BOUFFEE DELIRANTE

Il s'agit d'une psychose délirante aiguë caractérisée par l'apparition brutale d'un délire non systématisé dont les thèmes et les mécanismes sont riches et polymorphes.

Ce délire est vécu de façon intense, avec parfois des incidences médico-légales ou des troubles du comportement majeurs. Les bouffées délirantes aiguës peuvent marquer l'entrée dans une schizophrénie ou un trouble bipolaire.

F.Diagnostic

La bouffée délirante survient surtout chez l'adolescent ou l'adulte jeune et peut être favorisée par la prise de toxique ou par un stress.

Le diagnostic peut être évoqué devant l'association d'une agitation psychomotrice ou plus rarement d'une sidération, d'une anxiété importante et d'un état délirant.

Le début, en général brutal ('coup de tonnerre dans un ciel serein'), a pu être précédé de prodromes non spécifiques (troubles du sommeil, anxiété, bizarreries du comportement).

Les idées délirantes sont polymorphes, tant en ce qui concerne les thèmes, qui sont multiples et variables (les plus fréquents sont d'ordre mystique, sexuel, messianique, mégalomane ou persécutif), qu'en ce qui concerne les mécanismes : les hallucinations psychosensorielles sont riches et multiples, les hallucinations psychiques sont très fréquentes, les intuitions et les interprétations sont présentes. L'automatisme mental est toujours présent, il s'agit d'une mécanisation et d'une perte d'intimité de la pensée : les idées, les intentions, les actes sont devinés, répétés, commentés ou imposés. Le délire est non systématisé, il se distingue en général du délire paranoïde de la

schizophrénie par la richesse et le polymorphisme des thèmes et des mécanismes et par l'absence de dissociation.

La participation thymique est fréquente. L'angoisse et le sentiment de dépersonnalisation sont également fréquemment retrouvés. C'est dans ce contexte que des actes médico-légaux peuvent survenir.

La conscience n'est pas réellement altérée, à la différence des confusions, mais l'attention est dispersée. Les troubles du sommeil sont fréquents.

L'examen somatique, indispensable, sera pratiqué dès que possible ainsi que le bilan paraclinique (scanner cérébral, EEG au moindre doute, ionogramme sanguin, recherche de toxiques dans les urines, éventuellement d'autres examens en fonction des éléments d'orientation clinique) afin d'éliminer une étiologie organique éventuelle.

Dans la plupart des cas on ne retrouve pas d'étiologie. Toutefois, l'interrogatoire doit rechercher les antécédents personnels et familiaux, psychiatriques et somatiques du sujet, ainsi que la prise de toxiques (amphétamines, cocaïne, cannabis, LSD ou autres psychodysléptiques) ou encore la consommation de médicaments (en particulier antidépresseurs, corticoïdes, antituberculeux tel que Rimifon®, antipaludéens tels que Lariam®, et antiparkinsoniens tel que Artane®).

Les bouffées délirantes aiguës peuvent être engendrées par une consommation de toxiques, on parle alors de pharmacopsychoses, qui peuvent évoluer pour leur propre compte pendant quelques semaines après l'arrêt de l'intoxication.

Certaines pathologies organiques (encéphalite aiguë, thyroïdite de Hashimoto, tumeur cérébrale) ou exceptionnellement un traumatisme crânien ou une carence en vitamine B12 peuvent occasionner des épisodes délirants aigus.

G.Evolution

L'évolution est favorable dans la majorité des cas et ce d'autant plus que le traitement neuroleptique est instauré rapidement. La guérison peut être brusque, ou le plus souvent progressive, en quelques semaines.

Dans un tiers des cas environ, la bouffée délirante reste un accident unique.

Dans un autre tiers des cas, une évolution intermittente peut être observée, soit sous la forme de récurrences d'accès délirants de même type, soit de la survenue secondaire d'épisodes maniaques. La bouffée délirante a alors représenté l'épisode inaugural d'un trouble bipolaire.

Le risque essentiel, sur le plan du pronostic, est celui de l'évolution vers une schizophrénie, dans le dernier tiers des cas. Celle-ci peut s'installer au décours d'un premier épisode ou après plusieurs récurrences. Sont considérés comme étant de pronostic défavorable dans l'évolution d'une bouffée délirante : la notion de personnalité prémorbide (schizotypique ou schizoïde), un délire peu riche sans polymorphisme des thèmes et des mécanismes, une évolution subaiguë, une mauvaise réponse ou une réponse incomplète au traitement antipsychotique, une critique incomplète de l'épisode délirant, l'existence d'un syndrome dissociatif, des antécédents familiaux de schizophrénie.

H.Diagnostic différentiels

L'accès maniaque, surtout lorsque l'euphorie est peu marquée et que les éléments délirants sont intenses, notamment chez l'adolescent.

Les formes délirantes de mélancolie.

La confusion mentale est éliminée devant l'absence de désorientation temporo-spatiale.

Traitement

Il s'agit d'une urgence psychiatrique qui nécessite une hospitalisation. Le recours à une hospitalisation à la demande d'un tiers est souvent nécessaire.

Le traitement neuroleptique s'impose. Les neuroleptiques dits atypiques seront préférés en première intention compte tenu de leur meilleure tolérance neurologique (risque moindre de dyskésies aiguës et de symptomatologie extrapyramidale) (par exemple : amisulpride ou Solian® 400 à 800 mg/j, rispéridone ou Risperdal® 4 à 8 mg/j, olanzapine ou Zyprexa® 5 à 20 mg/j, ce dernier pouvant être prescrit par voie IM). La posologie sera rapidement progressive.

L'association d'une benzodiazépine peut permettre de potentialiser la sédation.

L'association d'une phénothiazine sédative (cyamémazine ou Tercian® 50 à 200 mg/j par exemple) pourra être utilisée pour l'agitation et/ou les troubles du sommeil.

Une surveillance et une adaptation quotidienne du traitement doivent être réalisées.

Le traitement sera poursuivi au moins 1 an après l'amélioration des troubles, afin de limiter le risque de récurrence. Les doses pourront être réduites de moitié environ, dès le troisième mois et la monothérapie antipsychotique sera préférée.

En cas de mauvaise observance du traitement, recours éventuel à un traitement neuroleptique retard
(Ex. : Haldol decanoas® ou Risperdal Consta®).