

Conduite à tenir devant un état maniaque

Le diagnostic d'état maniaque est posé devant un tableau d'excitation psychomotrice avec euphorie, jovialité, logorrhée avec passage du coq à l'âne, graphorrhée, hyperactivité avec insomnie sans fatigue souvent associés à des troubles du comportement qui préoccupent l'entourage. Cette pathologie, qui peut être datée de façon assez précise, survient en général chez un patient présentant une Psychose maniaco dépressive connue. Le diagnostic est parfois malaisé quand, comme cela est très fréquent, le patient cherche à dissimuler ses troubles pour éviter une hospitalisation ou un traitement. Parfois, notamment chez l'adulte jeune, il peut s'agir d'un premier épisode, le diagnostic sera alors plus difficile, le tableau étant incomplet et surtout marqué par des troubles du comportement.

I : L'examen clinique doit évaluer la sévérité de l'accès maniaque :

- intensité des symptômes et retentissement sur la vie sociale, professionnelle et familiale
- troubles du comportement ou d'actes médico-légaux
- retentissement organique : perte de poids, insomnie, déshydratation
- reconnaissance des troubles et coopération du patient ou au contraire dissimulation et refus de soins

II : Une hospitalisation est à diligenter dans la plupart des cas afin de limiter les conséquences familiales et socioprofessionnelles des troubles du comportement :

- devant une excitation psychomotrice intense
- alors que le retentissement physique est important : dénutrition, amaigrissement ...
- quand les troubles du comportement se multiplient
- si l'entourage ne peut plus faire face
- si les épisodes antérieurs ont été particulièrement sévères
- si le malade est connu comme non coopérant au moment de l'accès maniaque franc

⇨ Cette hospitalisation se fera sous le régime de L'HL (hospitalisation libre) si le malade est consentant aux soins et, tout au moins en partie, coopérant dans la démarche de soins. Par contre une HDT (hospitalisation à la demande d'un tiers selon la loi du 27 juin 1990) est mise en place si le malade est non coopérant ou s'il est connu comme ayant présenté des épisodes sévères. Cette hospitalisation est signée par la famille ou un proche et sera négociée patiemment mais fermement avec le malade.

III : Le traitement pourra être ambulatoire

- en cas d'épisode hypomaniaque
- si le malade consulte très précocement et est conscient de ses troubles, s'il est confiant et coopérant
- en cas d'absence de troubles du comportement
- quand l'entourage familial, conjugal, professionnel et social peuvent assumer les conséquences de la pathologie

IV : Les formes modérées peuvent relever d'un traitement thymorégulateur en première intention ; pour les formes sévères, le traitement est initial neuroleptique :

- Prescrire un thymorégulateur :
 - le lithium, employé en monothérapie, a une activité antimaniaque propre qui demande plusieurs jours pour se manifester. Elle nécessite des lithémies supérieures à celles qui sont indiquées pour l'activité prophylactique. (1 à 1,2 mEq). Le lithium ne sera donc prescrit en monothérapie que dans les accès maniaques peu sévères, en particulier chez l'adulte jeune ; il permet un retour à la normothymie sans sédation ni effet secondaire extrapyramidal. Employé en association, il potentialise le neuroleptique, permettant d'en limiter la posologie et donc les effets secondaires. Cependant l'association exposerait à des accidents neurologiques liés à une possible neurotoxicité, rendant indispensable une surveillance clinique attentive.

- La carbamazépine (Tégrétol®) est employée dans les mêmes indications exceptionnellement en première intention. Les états mixtes et cycles rapides sont une bonne indication. La posologie est de 400 à 800 mg par 24 h. Ses effets secondaires sont rares et limités par le dosage de la carbamazépinémie (6 à 10 µg/ml)
- Le valpromide (Dépamide®) ou l'acide valproïque (Dépakine®) est employé dans les mêmes indications ; son efficacité en première intention et en monothérapie n'est pas établie mais l'association avec le lithium ou les neuroleptiques est judicieuse. Ils sont administrés per os à des posologies de 1200 à 1800 mg/j. Leurs effets secondaires sont rares.

- Prescrire un neuroleptique :

On préférera le neuroleptique qui, employé antérieurement, a donné le meilleur résultat et les moindres effets secondaires. Aucun neuroleptique n'a fait la preuve de sa supériorité dans les accès maniaques.

Il est possible d'employer

- un neuroleptique antipsychotique ou polyvalent, en particulier en cas d'activité délirante associée : halopéridol (Haldol®) : 15 à 30 mg en trois prises par 24 h, chlorpromazine (Largactil®) : 100 à 300 mg, zuclopentixol (Clopixol®) : 50 à 200 mg éventuellement sous forme ASP
- un neuroleptique sédatif, en particulier si l'insomnie et l'anxiété passent au premier plan : cyamémazine (Tercian®) : 100 à 300 mg, lévomépronazine® (Nozinan®) : 100 à 300 mg

⇨ Une association de neuroleptiques n'a pas lieu d'être en première intention. Elle n'a pas fait la preuve de sa supériorité et est souvent responsable d'une majoration des effets secondaires extrapyramidaux ou anticholinergiques.

⇨ Le traitement neuroleptique est prescrit en IM si le malade n'est pas consentant aux soins, pendant les premiers jours. Le relais se fait par le voie orale.

⇨ Le neuroleptique est prescrit les premiers jours en trois prises. Par la suite, en dehors de l'halopéridol dont la demi-vie est courte, une seule prise le soir est parfaitement possible sur le plan pharmacocinétique et préserve le confort de vie du patient.

⇨ Les correcteurs des effets secondaires extrapyramidaux ne sont pas prescrits en première intention, sauf pour ce qui concerne les neuroleptiques qui exposent le plus le malade à ces effets ou dans le cas où ils ont été importants lors d'une cure antérieure. Il faut tenir compte du fait que le malade présentant un état maniaque tolère moins bien les neuroleptiques que celui qui est atteint de psychose schizophrénique.

V : Une mesure de protection des biens sera éventuellement diligentée

- sauvegarde de justice
- tutelle ou curatelle