

# Le malade délirant: évaluation et conduite à tenir

Pr JM Vanelle

**CHU de NANTES**

**Le 21.11.07**

# PLAN

- Pertinence du sujet
- Examen d'un délirant
- Evaluation clinique
- Conduite à tenir

# Introduction

- Présence d'idées délirantes: un symptôme (ou un syndrome) suffisamment important pour justifier un cours spécifique, même si à rechercher systématiquement
- 5 % d'épisode psychotique sur 18 mois en GB (BJP 06); + de 10 % de la population auraient des croyances erronées!
- Diversité des situations cliniques et des pathologies concernées +++
- Conditionne stratégie thérapeutique, notamment en urgence, par rapport à la conscience des troubles et au consentement aux soins.

# Définition

- Delirare= sortir du sillon
- Délirer= avoir le délire, déraisonner.
- Notion de développement d'une idée délirante: « humeur » délirante → perception délirante → idée délirante déclarée (Lopez-Ibor)

# Diversité des situations cliniques

- Tableau délirant manifeste: BDA, « bad trip », décompensation paranoïde, manie délirante
- Tableau plus insidieux ou caché : dépression délirante, délire sensitif de relation, délire paranoïaque, onirisme du confus
- Attention aux causes associées: schizophrénie + toxiques, délire de jalousie + alcool

# Recherche et mise en évidence du délire I

- Suspecté face à certains comportements ou attitudes: d'écoute, moyens de protection, colifichets → présentation générale
- Qualité du contact: réticence, mutisme...
- mais aussi en cas de discours évasif, de méfiance voire opposition sans oublier la réticence prolixie du paranoïaque

# Recherche et mise en évidence du délire II

Modèle d'examen selon la PANSS (Kay et al 87)

- entretien libre les premières minutes;
- Puis phase semi-structurée: questions + directives avec des formules « vous trouvez vous spécial dans certains domaines ? » à + précis « avez-vous un pouvoir particulier ou inhabituel ? pensez-vous être célèbre? » « Comment vous entendez-vous avec les gens? Parlent-ils de vous quand vous avez le dos tourné...? » → évaluer l'intensité, la fréquence et le degré d'intrusion dans la vie quotidienne du sujet des idées délirantes

# Recherche et mise en évidence du délire III

- Phase structurée avec évaluation systématique de l'humeur, de l'anxiété, des fonctions supérieures
- Phase directive: tester les « limites » par une exploration plus contraignante des domaines où le sujet a pu présenté une attitude défensive ou non coopérante.
- Mais savoir s'adapter +++ à un malade donné et à une situation particulière (urgence p ex).

# Les idées délirantes: leurs caractéristiques

- Survenue: aiguë ou progressive, voire insidieuse
- Intensité et durée
- Ses thèmes et mécanismes
- Les symptômes associés et leur **chronologie d'apparition**: niveau de vigilance, participation et modulation thymique, discordance, niveau d'anxiété
- Systématisation
- Degré d'adhésion et de conviction
- Terrain: ATCDS personnels et familiaux, âge, personnalité, niveau intellectuel et cognitif, état général, niveau global de fonctionnement

# Les incontournables

- Examen prudent sans risques inutiles +++:  
présence de tiers à discuter
- Recherche d'un Grand Automatisme Mental,  
actes imposés +++
- Systématisation du délire avec persécuteur désigné  
++
- Facteurs toxiques associés: à évoquer  
systématiquement ++
- Risque d'un délire agi = auto ou hétéro-agressivité
- contexte particulier : puerpéralité p ex

# Arbre décisionnel

- Eliminer une cause organique: niveau de vigilance, état général, hallucinations visuelles
- Penser aux toxiques
- Penser au trouble thymique
- Délire au centre du tableau clinique

# Echelles d'évaluation de la pathologie

- Echelle de psychopathologie générale: BPRS
- Echelle de psychose: Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS) de Kay
- Echelle d'appréciation des symptômes positifs= Scale for Assessment of Positive Symptoms (SAPS) de N Andreasen

# Diagnostic différentiel

- La simulation: comportements ostentatoires
- Les conversions délirantes: rares, terrain et sémiologie « plaquée », paucisymptomatique, avec vécu distancé... (à différencier des épisodes oniroïdes, crépusculaires rattachés à la psychose hystérique).

# CAT

- La question de l'hospitalisation, y compris sans consentement
- La chimiothérapie et les mesures d'accompagnement
- L'approche psychopathologique: processus délirant de la mutation schizophrénique / compréhension possible dans le prolongement de la personnalité (ex sensibilité)
- L'alliance thérapeutique, l'approche psychothérapique et l'accès à l'information

# Que dire/ne pas dire

- Ni opposition ni complaisance en référence à l'attitude médicale cartésienne face au paranormal.
- Crédibilité médicale, principe de réalité
- Ni intrusion ni banalisation
- La dimension pathologique du trouble n'est pas toujours simple à « opposer » au patient; parler de souffrance psychologique p ex

# L'hospitalisation?

- Réaction globale du patient: importance des troubles du comportement, dangerosité potentielle, degré d'observance prévisible
- Réaction de l'entourage: par rapport aux troubles, capacités de mobilisation et de surveillance
- Importance de la symptomatologie: intensité du délire, auto et hétérodangerosité

# CAT: le choix de la chimiothérapie I

- Histoire de la maladie et de ses modalités thérapeutiques si réalisable: notion de traitement déjà efficace ou mal toléré...
- Terrain: âge, état somatique, autres médicaments absorbés
- Degré d'urgence et **autres** symptômes cibles: sédation, anxiolyse, respect de la vigilance..
- Voie d'administration (à l'hôpital): gouttes ou velotab; IM si nécessaire

# le choix chimiothérapique II: des référentiels à la pratique

- NLP atypique surtout si premier traitement
- NLP conventionnel: si agitation, ou traitement en cours ou notion de traitement déjà prescrit en fonction du rapport efficacité/tolérance: Loxapac\*, clopixol\*, Tercian\* ,Haldol\*
- Prudence pour la posologie
- Association de NLPs: pas d'emblée.
- Traitement associé: anxiolytique type clonazépam ou thymorégulateur en fonction des symptômes associés

# Conclusion

- Evaluation et CAT face à un patient et non un symptôme, mais l'analyse sémiologique est indispensable dans les limites du possible
- Arbre décisionnel avec les incontournables, être rigoureux et systématique
- Dimension thérapeutique: l'ici et maintenant ont force de loi en urgence, sans compromettre la relation thérapeutique à instaurer.

# Recommandations & Consensus en psychiatrie

Pr JM Vanelle

**CHU de NANTES**

# Contexte

- **Evidence Based Medicine:** médecine basée sur les preuves= « usage consciencieux, explicite et judicieux des preuves actuellement les meilleures pour prendre les décisions dans les soins aux patients » Bourgeois
- Notion d'efficacité et d'efficience
- Loi du 4 mars 2002: relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé information du patient
- Diffusion du savoir: internet...
- Une médecine des symptômes, du malade plus que du sujet ?

# Diversité des documents disponibles

- Conférences de Consensus
- Référence Médicales Opposables
- Recommandations et références Professionnelles
- Guidelines anglosaxons: uniquement élaborés par des experts avec souvent des aspects pratiques

# Les organismes

- Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- Haute Autorité de Santé (**HAS**):site **[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)**
- Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (**AFSSPS**)

# Les Conférences de Consensus

- Principe: un comité d'organisation, des experts, un jury et un promoteur
- Ex Stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques 1994
- La première en psychiatrie, à l'initiative de la Fédération Française de Psychiatrie, avec l'objectif de « définir une position dans une controverse portant sur une procédure médicale dans le but d'améliorer la pratique clinique »
- Principe de la multidisciplinarité du CO et du jury pour un abord le + complet du problème posé »: un journaliste, un AS, un membre de famille de malade...

# Les Conférences de Consensus (suite)

- Q 1: Quels sont les critères et les méthodes d'évaluation dans les stratégies thérapeutiques à long terme dans les S ?
- Q 2: Quelle est la place des NLPs ?
- Q 3: Quelle est la place des autres médicaments?
- Q 4: Quelle est la place des stratégies non médicamenteuses actuellement employées et évaluées, et leurs interactions ?

Caractère très général des recommandations , avec un impact modeste sur les pratiques.

# Les Conférences de Consensus (suite III)

- Schizophrénies débutantes: diagnostic et modalités thérapeutiques 2003
- La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge octobre 2000.

# Recommandations et références professionnelles

- Ex: Prise en charge d'un premier épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire
- Principe: comité d'organisation, groupe de travail et groupe de lecture composés quasi exclusivement de médecins
- Autres ex: recommandations professionnelles: modalités de prise en charge de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux (avril 05)
- Mais aussi évaluation des technologies de santé: TOC résistants: prise en charge et place de la neurochirurgie fonctionnelle (juillet 05)

# RMO

- Prescription de NLPs
- Suivi des psychotiques:  
Il n'y a pas lieu d'entreprendre un traitement prophylactique par le lithium en dehors des malades avec PMD uni ou bipolaire
  - indice de gravité ou d'inutilité médicale: 0,5;  
incidence financière:1
- Prescription des hypnotiques et anxiolytiques

# Les antipsychotiques: bonnes pratiques cliniques

Pr JM Vanelle

**CHU de NANTES**

# Plan

- Définition
- Indications
- Choix du produit: importance du rapport efficacité/tolérance = indice thérapeutique
- Surveillance
- conclusion

# Définitions

- Neuroleptique (NLP) = définition de Delay & Deniker = antipsychotique conventionnel
- Nouveau antipsychotique ou NLP atypique = moins d'effets indésirables neurologiques (PPCD)
- Mais distinguo subtil vu l'hétérogénéité du groupe: thioridazine et sulpiride (groupe des benzamides) sont les 1ers représentants des atypiques ?
- Place de la loxapine (Loxapac\*)?

# Les neuroleptiques: définition

## Delay & Deniker 1957

- Création d'un état d'indifférence psychomotrice spéciale: neutralité émotionnelle et affective, hypersomnie
- Efficacité sur les états d'excitation et d'agitation
- Réduction des états psychotiques aigus et chroniques: action délirante et désinhibitrice
- Production d'effets EP et végétatifs
- Effets sous-corticaux dominants

# Quid des atypiques ou nouveaux antipsychotiques?

- Groupe hétérogène avec moins d'effets neurologiques, mais d'autres effets indésirables: par ex SMN + incidence métabolique accrue
- Efficacité: idem à quelques nuances près: spectre d'efficacité + large, sans de profil bipolaire sauf amisulpride: symptômes positifs, négatifs, excitation et hostilité, désorganisation, anxiété et dépression
- De nouvelles propriétés: réduction suicidalité (clozapine), effet anti-craving ?

# Notions d'action thérapeutique

- Efficacy = efficacité méthodologiquement démontrée par des études satisfaisant aux règles de l'EBM (« malade de protocole »).
- Effectiveness: utilité dans sa dimension pragmatique (sur le malade tout venant)
- Efficiency: intègre la notion de coût en lien avec l'utilité (notion de rendement économique)

# Les indications

- L'usage des AP est large: du symptôme délirant aux pathologies psychotiques
- **Cependant** la plupart des études récentes disponibles portent sur des patients schizophrènes
- Problème majeur de l'usage des Nx APs chez le sujet âgé, dément ou pas ?

# Les référentiels dans les schizophrénies

- Stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques 1994: caractère très général des recommandations , avec un impact modeste sur les pratiques.
- Schizophrénies débutantes: diagnostic et modalités thérapeutiques 2003: recours aux Nx APs en première intention.

# Les nouveaux APs: règle générale d'utilisation I

- Les Nx APs: produit de première intention, mais peu sédatifs
- Latence d'action: séquence thérapeutique de 3 semaines à 3 mois sauf problème de tolérance+++
- Posologie à respecter, plutôt à la baisse: olanzapine (Zyprexa\*): 20 mg/j, risperidone (Risperdal\*): 4 à 6 mg/j, amisulpride (Solian\*): 100 mg désinhibiteur à 800 / 1000 mg/j antidélirant
- Relais parfois délicat rispéridone → R retard avec temps de chevauchement (échappement décrit)
- Attention aux associations: les justifier et les évaluer régulièrement; pas d'emblée

# Les nouveaux APs: règle générale d'utilisation II

- Leur intérêt dans les troubles de l'humeur: de l'effet curatif à l'effet préventif
- Prudence avec l'aripiprazole: produit intéressant, mais de maniement difficile , surtout si terrain déjà traité par APs.
- Savoir ne pas différer le recours à la clozapine
- Tolérance: problème d'actualité +++ avec pb ECG, risque métabolique, bénéfice « cognitif ».

# Quelle place pour les conventionnels?

- En deuxième intention, sauf notion pour un patient donné d'un **bon** index thérapeutique à **réactualiser**
- La place de la cyamémazine (Tercian\*), de la loxapine
- Les effets désinhibiteurs de la pipotiazine (Piportil\*) 0,1 mg/kg, du pimozide (Orap): 1 mg
- Bonne tolérance du tiapride (Tiapridal\*) chez l'âgé (sauf QT)
- L'intérêt des effets agressivolytiques du zuclopenthixol (Clopixol\*) forme ASP et retard LP
- L'intérêt de l'Haldol Decanoas
- Leur faible coût économique

# Les APs d'action prolongée

- La mauvaise observance: + de 50 % des patients schizophrènes
- Ne pas les réserver aux patients non répondeurs, voire résistants
- Intérêt des retard, mais leur particularités d'utilisation +++

# La surveillance d'un traitement par AP

- Penser à l'interrogatoire +++
- Le risque cardiologique: élargissement de l'espace QT (risque de troubles du rythme: torsades de pointes...) avec Largactil\*, Nozinan\*, Haldol\*, Orap\* et les benzamides

## ANTECEDENTS

Histoire de la maladie psychiatrique et de sa  
Thérapeutique

Cure(s) neuroleptique(s) antérieure(s)

Insuffisance rénale ou hépatique

Antécédents cardio-vasculaires personnels  
ou familiaux : perte de connaissance, syncope,  
cardiopathie

Antécédents personnels ou familiaux de diabète

Troubles digestifs à type de constipation Terrain allergique

Prises d'autres médicaments, psychotropes ou non

Habitus : alcool, tabac, autres toxiques  
risque d'interactions

## JUSTIFICATION

Repérer les symptômes  
cibles

Leur efficacité /leur tolérance

Modification du métabolisme du médicament

Syndrome du QT long congénital,  
risque d'arythmie, de torsades de pointes

Majoration d'une pathologie diabétique

Majoration possible

Danger de certaines associations

Risques d'interactions

Modification du catabolisme des médicaments +

# Syndrome métabolique

- **Obésité abdominale:** tour de taille  $> 102$  cms chez H et 88 cms chez F
- **Lipides:** Triglycérides  $> 1,5$  mmol/l + HDL  $< 1,0$  mmol/l
- **HTA**  $> 130/85$
- **Glycémie**  $> 6,1$  mmol/l ou 1,10 g/l

# Nx AP et effets métaboliques

	<b>Weight Gain</b>	<b>Risk for Diabetes</b>	<b>Worsening Lipid Profile</b>
Clozapine	+++	+	+
Olanzapine	+++	+	+
Risperidone	++	D	D
Quetiapine	++	D	D
Aripiprazole	+/-	-	-
Ziprasidone	+/-	-	-

# Conclusion

- Groupe hétérogène
- Les Nx APs sont moins stigmatisants sur le plan neurologique, mais attention au risque endocrinien et métabolique (Espérance de vie) → médicalisation minimale