

Item346-Agitation et délire aigus.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer une agitation et un délire aigus. - Identifier les caractéristiques d'urgence de la situation et planifier leur prise en charge pré-hospitalière et hospitalière (posologies).		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Polycopié national: Agitation et délire aigus	- Organique / toxique / psychiatrique - Rechercher un fécalome / une RAU - Sédation: BZD ou neuroleptiques - Contention physique: courte durée - Analyse sémiologique d'un délire (8) - Risque auto et hétéro-agressif - BDA: thèmes/mécanismes multiples - Hospitalisation en urgence /en HDT - Neuroleptique atypique anti-productif - Poursuivre le neuroleptique \geq 1an	- Risque suicidaire +++ - Glycémie capillaire - Prise: alcool / drogue / mdts - Prise de la température - Prévention du DT - Neuroleptique = ECG / PA-T

A. AGITATION AIGUË

Généralités

Définition

- Excès d'activité ou de mouvements +/- associé à des conduites auto/hétéro-agressives
- !! Toute agitation est de cause toxique ou organique jusqu'à preuve du contraire (**A savoir !**)

!! Remarque

- **Agitation \neq délire**
 - Une agitation aiguë peut ne pas être délirante
 - Un délire aigu peut ne pas être agité
- **Agitation \neq confusion**
 - Une agitation aiguë peut ne pas être confuse
 - Un confusion peut ne pas être agitée

Etiologies

Etiologies toxiques

- **Intoxication aiguë**
 - **Alcool** +++ (**A savoir !**)
 - Drogues: opiacés / psychostimulants / hallucinogènes
 - Médicaments: corticoïdes / L-Dopa / anti-paludéens / anti-BK...
 - Gaz: monoxyde de carbone ++ / métaux (plomb / mercure)
- **Syndrome de sevrage**: alcool ++ / opiacés / BZD...

Etiologies organiques

- **Métaboliques**: **hypoglycémie** (**A savoir !**) / hypercalcémie ++ / déshydratation
- **Neurologiques**: trauma crânien ++ / HSD-HED / épilepsie / HTIC / méningite
- **Endocriniennes**: thyrotoxicose ++ / ISA / acido-cétose
- **Infectieuses**: VIH / Paludisme
- **Toute douleur aiguë**: colique hépatique / néphrétique / occlusion..
- **Chez le sujet âgé**: éliminer le fécalome et la RAU +++

Etiologies psychiatriques

- **Troubles psychotiques**: bouffée délirante aiguë +++ / décompensation
- **Troubles de l'humeur**: accès maniaque +++ / EDM agité (« mélancolie anxieuse »)

- **Troubles anxieux**: attaque de panique ++ / autre trouble anxieux
- **Troubles de la personnalité**: personnalité labile: antisociale ou borderline

Orientation diagnostique

Examen clinique

- **Interrogatoire (des parents ++)**
 - **Terrain**: atcd psychiatriques / médicaux (neurologiques, infectieux, endocriniens..) / addictions
 - **Prises**: **alcool** / drogues / **médicaments**
 - **Anamnèse**: facteur déclenchant / notion de **traumatisme**
 - **Signes fonctionnels**
 - **Agitation psycho-motrice**: perte du contrôle des actes et de la pensée
 - **Signes associés**: syndrome confusionnel / délire / fièvre / douleur
- **Examen physique**
 - **Prise des constantes**: **glycémie** capillaire / **température** / FC-PA (**A savoir !**)
 - **Examen neurologique**: syndrome méningé / signe focal / HTIC / conscience (GCS)
 - **Examen général**: rechercher un globe vésical / un fécalome / une source de douleur
 - **Entretien psychiatrique**: évaluer le risque suicidaire (**A savoir !**) / délire / anxiété..

Examens complémentaires

- **Pour le diagnostic positif**: AUCUN, il est clinique
- **Pour le diagnostic étiologique (7)**
 - **Glycémie** veineuse
 - **Alcoolémie** +/- dosage urinaire de toxiques
 - **Ionogramme**-créatinine / **calcémie** / **TSH**
 - **Imagerie cérébrale**: TDM non injectée (après sédation)
 - NFS-CRP (pour syndrome inflammatoire)
- **Pour bilan pré-thérapeutique**
 - Si neuroleptiques: ECG +++

Traitement

Mise en condition

- Tout état d'agitation est une urgence médicale +++
- Isoler le patient / mettre au calme / climat d'empathie
- Hospitalisation non systématique: selon l'étiologie suspectée
- **!! Eviter le suraccident**

Traitement médicamenteux sédatif (contention chimique)

- Si agitation modérée anxieuse ou alcoolique: BZD (Valium®)
- Si agitation sévère ou délirante: neuroleptique sédatif: cyamémazine / loxapine
- Modalité: toujours PO si possible / en IM si refus / **!! jamais** en IV (**A savoir !**)

Contention physique et/ou chambre d'isolement

- **!!** C'est une prescription médicale / doit être la plus **courte** possible
- Seulement si agitation persistante avec risque auto ou hétéro-agressif
- Personnel qualifié / suffisant (≥ 4) / matériel homologué
- Sédation automatiquement associée (cf risque de luxation)

Traitement étiologique

- **!!** Systématiquement rechercher et traiter une cause organique potentielle (**A savoir !**)

Mesures associées

- **Prévention du DT**: systématique en probabiliste: hydratation / B1-B6-PP (**A savoir !**)
- Prévention du risque suicidaire et d'hétéro-agression
- **Orientation du patient au décours**: MT / psychiatre / secteur
- Si contention > 24h: HBPM à dose préventive

Surveillance

- Si contention: réévaluation pluriquotidienne de la nécessité du maintien
- Efficacité et tolérance des sédatifs

B. DÉLIRE AIGU

Analyse sémiologique de tout délire (8)

Mode d'apparition

- début brutal ou insidieux / facteur déclenchant ou non

Mode évolutif

- évolution aiguë ou chronique (> 6 mois)

Thème

- = catégorie à laquelle appartiennent les idées délirantes
- Ex: persécution / mysticisme / mégalomanie / ruine / fantastique / messianique...

Mécanisme

- = mode de production des idées délirantes
- Ex: intuition / imagination / interprétation / hallucination (dont automatisme mental)

Systématisation

- = degré de cohérence interne du délire
- Ex: délire reproductif et logique ≠ fluctuant / incohérent

Extension

- = degré d'envahissement des secteurs de vie
- Ex: en réseau (tous les champs) / en secteur (seulement professionnel, etc)

Adhésion

- = degré de conviction portée par le patient
- Adhésion totale (anosognosie) / partielle / médiocre

Participation affective

- = ressenti émotionnel du patient
- Ex: intense / pauvre / congruent aux affects

Etiologies

Etiologies toxiques

- **Intoxication aiguë**
 - **Alcool** +++ (A savoir !)
 - Drogues: opiacés / psychostimulants / hallucinogènes
 - Monoxyde de carbone ++ / Métaux plomb / mercure
- **Prise médicamenteuse (pharmacopsychose)**
 - Corticoïdes / L-Dopa / anti-paludéens / anti-BK...
- **Syndrome de sevrage**
 - Alcool ++ / Opiacés / BZD...

Etiologies organiques

- **Métaboliques: hypoglycémie (A savoir !)** / hypercalcémie ++ / déshydratation
- **Neurologiques:** trauma crânien ++ / HSD-HED / épilepsie / HTIC / méningite
- **Endocriniennes:** thyrotoxicose ++ / ISA / acido-cétose
- **Infectieuses:** VIH / Paludisme
- **!! Toute douleur aiguë:** colique hépatique / néphrétique / occlusion..
- **Chez le sujet âgé:** éliminer le fécalome et la RAU +++

Etiologie psychiatriques

- **Troubles psychotiques**
 - **BDA:** bouffé délirante aiguë: délire aigu (< 6M) chez un sujet sans atcd de psychose
 - **Décompensation délirante aiguë:** d'une psychose chronique (schizophrénie)
- **Troubles de l'humeur**
 - **Manie délirante:** manie sévère / rechercher syndrome maniaque
 - **Mélancolie délirante:** EDM sévère / rechercher syndrome dépressif
- **Épisode confuso-onirique**
 - Production pseudo-délirante au cours d'un syndrome confusionnel
 - Rechercher une étiologie organique ou toxique +++ (cf [État confusional et trouble de conscience chez l'adulte et chez l'enfant.](#))

Orientation diagnostique

Devant tout délire (aigu ou chronique) (A savoir !)

- Rechercher en priorité une étiologie organique / toxique / iatrogène

- Evaluer le risque auto-agressif (suicidaire) et hétéro-agressif
- **Orientation étiologique: CAT en pratique devant un délire +++**
 - 1. Rechercher une cause organique ou toxique
 - 2. Rechercher un trouble de l'humeur (= manie-mélancolie délirante)
 - 3. Rechercher des antécédents de délire (= schizophrénie décompensée)
 - 4. Si rien n'est retrouvé: c'est une BDA (= diagnostic purement syndromique)

Caractéristiques d'une bouffée délirante aiguë (BDA)

- !! La BDA est une forme fréquente de délire aigu mais pas la seule
- On peut avoir des délires aigus paranoïaques, de jalousie, oniroïdes, etc.
- **Mode d'apparition:** survenue **brutale**
- **Evolution:** aiguë (< **6 mois**)
- **Thèmes: riches et multiples** (persécution / mégalomanie / érotomanie...)
- **Mécanismes: multiples** (hallucinations / interprétatif / imaginatif..)
- **Systématisation:** souvent faible
- **Extension:** en réseau (tous les champs de la vie envahis)
- **Adhésion:** totale / aucune critique
- **Participation affective:** souvent intense / labilité / angoisse

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain:** atcd psychiatriques / médicaux / addictions
 - **Prises: alcool** / drogues / médicaments
 - **Anamnèse:** facteur déclenchant / notion de **traumatisme**
 - **Signes fonctionnels**
 - **Agitation psycho-motrice (diagnostic associé à toujours mettre):** perte du contrôle des actes et de la pensée
 - **Signes associés:** syndrome confusionnel / fièvre / douleur
- **Examen physique**
 - **Prise des constantes: glycémie** capillaire / **température** / FC-PA (**A savoir !**)
 - **Examen neurologique:** syndrome méningé / signe focal / HTIC / RPM / GCS
 - **Examen général:** rechercher un globe vésical / un fécalome / une source de douleur
 - **Entretien psychiatrique:** évaluer le risque suicidaire (**A savoir !**) / délire / anxiété..

Examens complémentaires

- **Pour le diagnostic positif:** AUCUN, il est clinique
- **Pour rechercher une pathologie somatique / toxique (7A savoir ! ())**
 - **Alcoolémie** +/- dosage urinaire de toxiques
 - **Glycémie** / **iono-créatinine** / **calcémie**
 - **Imagerie cérébrale:** IRM ou TDM à défaut
 - NFS-CRP / TSH
 - +/- PL (si fièvre) / EEG (si crise) / B12, etc.
- **Pour bilan pré-thérapeutique**
 - **ECG** et **hCG (A savoir !)** / NFS-P / TP-TCA (cf IM) / BHC
 - Glycémie et EAL (NL) / iono-urée-créatinine

Evolution

Evolution d'une BDA

- **A court terme:** évolution favorable en quelques jours à semaines sous traitement
- **Au décours 4 évolutions possibles +++**
 - épisode **unique**
 - **récidive** de BDA
 - **schizophrénie**
 - trouble **bipolaire**

Facteurs pronostiques d'une BDA (5) +++

- **Facteurs de mauvais pronostic: FdR d'évolution vers une schizophrénie**
 - **Terrain:** atcd familiaux / trouble de la personnalité sous-jacent (schizotypique)
 - **Anamnèse:** pas de facteur déclenchant / installation progressive / subaigu (> 1M)
 - **Délire:** pauvre / pas de polymorphisme / participation affective peu intense
 - **Signes associés:** éléments dissociatifs (intellectuels / affectifs / comportementaux)
 - **Traitement:** retard thérapeutique / absence de réponse initiale
- **Facteurs de bon pronostic**
 - Pas d'atcd familiaux ou personnels / bonne adaptation pré-morbide
 - Mode d'installation brutal / existence d'un facteur déclenchant
 - Délire riche / participation affective intense / critique rapide

- Absence d'éléments dissociatifs associés / qualité de l'entourage
- Traitement neuroleptique précoce / réponse rapide et totale (critique) au traitement +++

Traitement

Traitement d'une bouffée délirante aiguë (BDA)

- **Mise en condition**
 - !! Tout délire aigu est une **urgence** psychiatrique
 - **Hospitalisation** systématique / libre si possible, **SPDT** sinon / sur **secteur**
- **Bilan pré-thérapeutique (3A savoir ! ())**
 - **Prévention du risque suicidaire**: évaluation clinique / **inventaire**
 - **Éliminer une cause somatique / toxique**: ex. neuro / glycémie / TDMc / alcoolémie
 - **Bilan pré-neuroleptique**: prise de la température / ECG / hCG si femme
- **Traitement médicamenteux à la phase aiguë**
 - **Traitement anti-psychotique: en urgence**
 - Neuroleptique atypique. Ex: olanzapine (Zyprexa®) PO (IM si refus)
 - En 2^{de} intention: neuroleptique antiproductif classique (halopéridol)
 - **Traitement d'une agitation aiguë = sédation**
 - BZD ou neuroleptique sédatif (loxapine / cyamémazine) PO (ou IM)
 - Contention physique si agitation majeure
 - **Autres traitements symptomatiques**
 - Hydratation +/- correction des THE / hypnotique, etc.
- **Prise en charge au décours +++**
 - **Poursuite du traitement anti-psychotique**
 - **≥ 1 an** à dose minimale efficace / décroissance posologique progressive
 - **Psychothérapie**
 - en ambulatoire / soutien-analyse-TCC / systématique
- **Mesures associées**
 - Traitement correcteur: anticholinergique si besoin (Lepticur®)
 - **Sauvegarde** de justice +++ (**A savoir !**)
 - Prise en charge sociale
 - Suivi ambulatoire au **CMP** de secteur
- **Suveillance**
 - **à la phase aiguë: critique du délire** / tolérance du NL (**température** / ECG) / risque suicidaire (**A savoir !**)
 - **au décours**: absence de récurrence / pas de délire résiduel / syndrome dissociatif

Traitement des autres délires psychiatriques

- **Traitement d'un épisode thymique délirant**
 - Association neuroleptique + AD (si EDM) ou thymorégulateur (si manie)
- **Traitement d'un épisode confuso-onirique**
 - !! Pas de traitement neuroleptique: aggravation du syndrome confusionnel
 - → Le traitement du pseudo-délire est le traitement étiologique du syndrome confusionnel !

Synthèse pour questions fermées

7 examens à visée étiologique devant un tableau d'agitation ou de délire aigu

- Glycémie veineuse
 - Ionogramme
- Créatinine
- TSH
- NFS
- Alcoolémie
- Calcémie
- Imagerie cérébrale

