



## Item 61 - Trouble schizophrénique de l'adolescent et de l'adulte.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer un trouble schizophrénique. - Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi à tous les stades de la maladie.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Guide ALD: <a href="#">Schizophrénies, affection de longue durée / HAS /2007-</a> Polycopié national: > <a href="#">Schizophrénie</a> > <a href="#">Référentiel ECN : Item 61</a>	- <b>Syndrome de désorganisation</b> - Délire paranoïde (non systématisé) - Syndrome négatif - Critères DSM-IV: ≥ 6 mois / exclusion - Formes: paranoïde / hébéphrénique - C°: psy / somatiques / toxiques / évolutives / iatro / sociales - Neuroleptique atypique anti-productif / monothérapie / long cours - Réhabilitation psycho-sociale - Psychothérapie: soutien / familiale / psychoéducation / TCC - Social: MDPH/CDAPH /AAH /100% - Mesures de protection / suivi CMP - PHC: hallucinatoire / femme âgée	- <b>Risque suicidaire +++- Prise médicament / toxique</b> - Ex. neuro: cause organique - Facteur de décompensation - Globale et pluri-disciplinaire - Bilan préT: ECG / EAL / hCG - Prise en charge sociale - Suivi en secteur / CMP - Protection / sauvegarde

### A. SCHIZOPHRÉNIE

#### Généralités

##### Définition

- Psychose chronique dissociative caractérisée par le **trépied**:
- → [syndrome dissociatif + délire paranoïde + repli autistique]
- !! Aucun signe clinique n'est pathognomonique

##### Epidémiologie

- Prévalence = **environ 1%** de la population générale (!)
- Maladie fréquente et grave
- Age moyen d'installation = adulte jeune: 15-25ans mais il existe des débuts précoces ou tardifs
- sex ratio = légère prédominance chez l'homme (x1,4)
- Evolution chronique, et l'espérance de vie est plus faible que la population générale (FDR CV)

##### Physiopathologie

- Inconnue / multifactorielle +++ (génétique / trouble du neurodéveloppement / environnemental...)

#### Diagnostic

##### Diagnostic CLINIQUE

Positif = trépied schizophrénique

- **Délire paranoïde = syndrome positif**
  - **Mode d'apparition**: progressif (65%) ou brutal (BDA: 35%)
  - **Mode évolutif**: délire chronique: > **6 mois**
  - **Thèmes: multiples**: persécution ++ / mégalomanie / mysticisme / somatique...
    - **syndrome d'influence**: conviction d'influer ou d'être influencé (voix..)
    - **syndrome de référence**: conviction que tout se rapporte à soi (exemple : la télé me parle)
    - **syndrome de dépersonnalisation**: altération de la perception de soi / dysmorphophobie possible (signe du miroir)

- **Mécanismes: multiples:** Hallucinatoire + + +, hallucinations psychosensorielles (auditives, acoustico-verbales, visuelles...) ou intrapsychiques (=automatisme mental ou syndrome d'influence) / Intuitif / Interprétatif / Imaginatif (moyen mnémotechnique : HIII)
- **Systématisation: médiocre:** incohérent / flou / fluctuant
- **Adhésion:** totale le plus souvent / aucune critique
- **Participation affective:** variable: de pauvre à angoisses intenses
- Le délire est généralement non partagé par le groupe socioculturel du sujet (important en cas de situation clinique transculturelle!)
- **Syndrome de désorganisation (terme préférable à dissociation, plutôt en lien avec le trauma)**
  - **Désorganisation intellectuelle, cognitive = « impénétrabilité »**
    - **Troubles du cours de la pensée: barrages / fading** / diffuence / relâchement des associations
    - **Troubles du contenu de la pensée:** abstractionnisme / hermétisme
    - **Troubles du langage: néologismes / paralogisme** / écholalie / schizophasie / glossolalie
    - **Troubles de la logique:** pensée magique / illogisme / **rationalisme morbide**
  - **Ambivalence affective ou discordance idéo-affective**
    - Dissociation idéo-affective: sourire immotivé / rire immotivé
    - Eoussement affectif / athymhormie / sexualité désaffectivée
    - Irritabilité (crise clastique) / réactions émotionnelles inadaptées
  - **Désorganisation comportementale**
    - Maniérisme / stéréotypies / échomimie / paramimie / parakinésie
    - Apragmatisme / négativisme psychomoteur (refus de serrer la main..)
    - Syndrome catatonique possible avec catalepsie, négativisme et troubles du comportement
- **Repli autistique= syndrome négatif**
  - Repli progressif vers le monde intérieur / jeux solitaires
  - **Emoussement affectif**
  - Préoccupations **hermétiques** / claustromanie / clinophilie
  - Discours pauvre
  - Abolition des conduites sociales / isolement / incurie

#### Autres syndromes associés

Altération des fonctions cognitives (70%)

Troubles de l'humeur associé : attention penser au diagnostic de **TROUBLE SCHIZO-AFFECTIF** si les troubles de l'humeur sont présents à chaque décompensation.

#### Remarques sémantiques

- « **Symptômes déficitaires** » = **repli autistique et syndrome dissociatif**
  - Si prédominance déficitaire → schizophrénie hébéphrénique
  - Si prédominance du délire (signes positifs) → schizophrénie paranoïde
- « **Discordance** »
  - = expression comportementale de la désorganisation
- « **Automatisme mental** » = **syndrome d'influence = hallucinations intra-psychiques**
  - Correspond à tout ce qui est « voix intérieure », « gestes commandés », etc.
  - Peut être considéré à la fois comme un mécanisme et un thème du délire
  - L'automatisme mental mène au syndrome d'influence

#### Critères diagnostiques

- **Critères DSM-IV-TR + + +**
  - A. Au moins 2 signes pendant  $\geq$  4S parmi
    - Idées délirantes
    - Hallucinations
    - Discours désorganisé
    - Comportement désorganisé ou catatonique
    - Symptômes négatifs
  - B. Dysfonctionnement **social** ou des activités
  - C. Persistance des signes pendant  $\geq$  **6 mois**
  - D. Exclusion d'un trouble schizo-affectif et de **l'humeur**
  - E. **Exclusion** d'une pathologie organique / prise toxique
- **!! Critère E implique dans la prise en charge initiale (A savoir !)**
  - **Examen clinique**
    - Prise des constantes: **température** / FC / PA
    - Rechercher prise de toxique / de médicaments
    - Examen neurologique: syndrome méningé / signe focal..
  - **Bilan paraclinique minimal + + + selon la clinique et les ATCD :**
    - Recherche de **toxiques** urinaires et alcoolémie
    - **IRM** ou TDM cérébrale / EEG / ECG

- Iono-urée-créatinine-Ca / NFS / CRP / TSH
- Bilan psychométrique (surtout si patient jeune)
- Si confusion, résistance au TTT, vieux avec déclin cognitif : pousser le bilan somatique +++

### Formes cliniques

- **Début :**
  - Peut être brutal (=BDA) ou plus progressif
- **Schizophrénie paranoïde (++)**
  - Prédominance du **délire** paranoïde (signes positifs)
  - Dissociation et repli autistique sont quand même présents
  - Forme la plus fréquente / évolution par poussées
- **Schizophrénie hébéphrénique**
  - Prédominance du syndrome de désorganisation
  - Délire absent ou peu productif
  - Début précoce (< 20ans) / pronostic sombre
  - Personnalité prémorbide de type schizotypique (cf Diagnostiquer : un trouble dépressif, un trouble anxieux généralisé, un trouble panique, un trouble phobique, un trouble obsessionnel compulsif, un état de stress post-traumatique, un trouble de l'adaptation (de l'enfant à la personne âgée), un trouble de)
- **Formes à début tardif > 40 ans**
  - Forme qui est encore appelée PHC en France, touche surtout les femmes. Hallucinations au premier plan, pas de désorganisation.
- **Formes à début précoce < 18 ans**
- **Autres formes**
  - **Schizophrénie dysthymique (trouble schizo-affectif):** EDM-manie associées
  - **Schizophrénie pseudo-névrotique:** névroses nombreuses (TOC, phobies, etc)
  - **Schizophrénie pseudo-psychopathique (héboïdophrénique):** impulsivité, conduites antisociales...
  - **Schizophrénie catatonique:** désorganisation comportementale ++ (négativisme / catalepsie) Néanmoins, le syndrome catatonique se rencontre dans de nombreuses maladies (somatique, troubles de l'humeur...)

### Diagnostics différentiels

- **Causes somatiques +++** (neurologiques, endocrinienne, infectio...)
- **Causes toxiques +++**
- **Troubles de l'humeur :**
  - soit **trouble schizo-affectif** si à distance de l'épisode thymique, le trépied schizophrénique persiste
  - soit **épisode thymique** si le trépied schizophrénique disparaît à distance de l'épisode
- **Les troubles délirants chroniques (Trouble délirant persistant.)**
  - **Délire paranoïaque**
  - Thème = toujours persécution
  - Mécanisme = toujours interprétatif
  - Systématisé +++ / extension en réseau
  - Participation affective +++ / adhésion totale
  - **Pas de syndrome dissociatif**
  - **Paraphrénie:** délire imaginatif

## Evolution

### Histoire naturelle

- !! Schizophrénie = pathologie chronique incurable
- Evolution naturelle vers ↑ des signes négatifs (repli autistique) et ↓ délire
- **Profil évolutif variable**
  - Paroxystique: accès / rémission (50% des cas / forme paranoïde ++)
  - Progressive: « enkystement » du délire (25% / forme hébéphrénique ++)
  - Amélioration vers guérison partielle (persistances de signes): 25% des cas

### Complications (6)

- **suicide:** 10% des schizophrènes se suicideront: évaluer et prévenir (**A savoir !**)
- **psychiatriques:** troubles anxieux / de l'humeur (EDM) / addiction +++
- **somatiques:** celles de l'addiction: IST / VHC si toxicomanie / cirrhose si alcool..
- **évolutives:** enkystement du délire / décompensation sous traitement
- **iatrogènes:** ES des neuroleptiques (syndrome extra-pyramidal, syndrome malin)
- **sociales +++ :** marginalisation / désinsertion socio-professionnelle / handicap fonctionnel

A savoir : il existe de nombreuses comorbidités addictologiques, somatiques (cardiovasculaires liées au mode de vie et au TTT...), ce qui entraîne une diminution de l'espérance de vie (avec également le risque de suicide) : mortalité 2 à 3 x plus

élevée que la population générale.

#### Facteurs de bon pronostic

- **Terrain:** femme / entourage familial / niveau social ↑ / personnalité pré-morbide adaptée
- **Mode d'entrée:** début tardif / brutal (BDA) / facteur déclenchant identifiable
- **Phase d'état:** symptômes délirants (forme paranoïde) ou thymique prédominants
- **Traitement:** traitement précoce / bonne réponse / observance / relation thérapeutique / bon insight

#### Facteurs de décompensation (A savoir !)

- Mauvaise observance ou arrêt du traitement + + +
- Rupture du suivi psychiatrique
- Consommation de toxiques / drogue (cannabis)
- Evènement de vie stressant (deuil / séparation)
- Pathologie somatique intercurrente
- Echappement thérapeutique (!! diagnostic d'exclusion)

## Traitement

### Prise en charge

- **Hospitalisation initiale:** si risque suicidaire, risque hétéroagressif, si épisode aigu avec troubles du comportement / en psychiatrie / en HL si possible, sinon : SPDT-SPDRE
- **Au décours:** en ambulatoire / au long cours / avec MT / sur **secteur** (CMP)
- **Prise en charge globale et pluri-disciplinaire (A savoir !)**
  - **Intervenants:** psychiatre / médecin traitant / psychologue / assistante sociale...
  - **Structures:** hôpital / secteur (**CMP**) + + + / structures de réinsertion / réseau de soins

### But du TTT :

- **Mise à distance de l'épisode aigu** en apaisant l'angoisse ou les troubles du comportement
- **Choix du TTT de fond** dans un second temps, en fonction de l'historique des TTT et de la tolérance
- **Prise en charge sur le long terme** pour améliorer la qualité de vie

### Bilan pré-thérapeutique

- Evaluation et prévention du **risque suicidaire:** inventaire (**A savoir !**)
- Bilan pré-neuroleptique: [température / PA / ex. neurologique] / [ECG / NFS]
- Rechercher et traiter une cause somatique ou toxique

### Chimiothérapie: traitement médicamenteux

- **Traitement de fond = antipsychotique**
  - **Indications**
    - **En 1ère intention:** neuroleptiques atypiques PO
      - ex: rispéridone (Risperdal®), olanzapine (Zyprexa®)...
    - **Si mauvaise observance**
      - neuroleptiques retards: Risperdal Consta®, Xepion®, Zypadhéra® ou Haldol Decanoas® IM /2-4S...
      - !! après passage préalable à la forme orale correspondante (tolérance)
    - **Si résistance**
      - **en 1ère intention:** changer de classe / ≥ 4 semaines
      - **si échec du 2nd NL:** clozapine (Leponex®) (!! après NFS)
  - **Modalités** (cf **Prescription et surveillance des psychotropes (voir item 326).**)
    - Débuter par **monothérapie** / augmentation progressive / dose minimale efficace
    - **Durée:** ≥ 2an après 1er épisode / ≥ 5ans si plusieurs / le plus souvent **A VIE**
- **Traitement symptomatique**
  - **Traitement de l'agitation / anxiété:** BZD ou neuroleptique sédatif en PO ou IM
  - **Si troubles thymiques:** antidépresseur ou thymorégulateur PO
  - **Si signes extra-pyramidaux:** traitement correcteur anticholinergique (Lepticur®)
- **ECT** par exemple dans les syndromes catatoniques

### Réhabilitation psychosociale : travailler pour favoriser un fonctionnement autonome du patient dans son milieu

- **Psychothérapie**
  - **Psycho-éducation** = éducation du patient et de sa famille à la maladie et aux TTT / psychothérapie de soutien / thérapies familiales / remédiation cognitive (cf item 117)...
- **Sociothérapie + + + (A savoir !)**
  - **Prise en charge du handicap:** orienter vers MDPH / CDAPH pour (cf **La personne handicapée : bases de l'évaluation fonctionnelle et thérapeutique.**)
  - Allocation adulte handicapé (**AAH**)

- o Aide à la réinsertion professionnelle / reclassement / **ESAT**
- o Détermination du taux d'invalidité / carte d'invalidité
- o Prestation de compensation du handicap / appartement thérapeutique..
- o Mesures associées (4)
  - **Education** et soutien de la **famille/entourage** +++
  - Prise en charge à **100%** au titre des ALD
  - Mesure de **protection** des biens et des personnes (**curatelle / tutelle**)
  - Proposer adhésion à une **association** (entourage ++)

#### Surveillance

- Suivi institutionnel au long cours en **secteur** psychiatrique (CMP)
- Traitement: tolérance (**température**; signes extra-pyramidaux; PA; poids; glycémie; périmètre abdominal) / efficacité / **observance**
- Dépistage des **pathologies somatiques** (cf retard diagnostique ++) / **FdR CV**

## Synthèse pour questions fermées

Quels sont les 3 éléments de la triade diagnostique du patient schizophrène ?
- Délire paranoïde - Syndrome de désorganisation - Syndrome négatif
Quels sont les 3 points de la prise en charge thérapeutique d'un patient schizophrène ?
- Chimiothérapie (NL antipsychotique) - Traitement des comorbidités - Réhabilitation psychosociale avec psychothérapie (TCC, psychoéducation, remédiation cognitive...) et sociothérapie
Quels sont les 3 points qui opposent les délires paranoïaques à la schizophrénie ?
En cas de délire paranoïaque : - Age plus tardif - Pas de syndrome dissociatif - Pas d'évolution vers un repli autistique

## Pour en savoir plus : Psychose hallucinatoire chronique

#### Définition

- PHC = délire chronique hallucinatoire sans syndrome dissociatif
- Fait actuellement partie des maladies du spectre schizophrénique

#### Diagnostic

- **Terrain**
  - o Femme +++ (sex ratio: 7/1) / âge mûr / isolement social (**veuve..**)
  - o Personnalité pré-morbide de type paranoïaque ou histrionique
  - o Rechercher facteur déclenchant ++ (fréquent: décès, rupture, etc)
- **Caractéristiques du délire**
  - o **Installation**: progressive ou brutale
  - o **Evolution**: chronique (> 6 mois)
  - o **Thème**: variables: **persécution** (sexuelle ++) / influence / mystiques, etc.
  - o **Mécanisme**: **hallucinations** multimodales (olfactive-cénesthésique ++)
  - o **Systématisation**: variable mais souvent faible (mauvais pronostic ++)
  - o **Adhésion**: souvent totale
  - o **Participation affective**: souvent intense (anxiété, dépression)
- **Diagnostiques différentiels**: **signes négatifs** +++
  - o **schizophrénie**: vérifier l'**absence** d'éléments **dissociatifs**
  - o **délire paranoïaque**: mécanisme hallucinatoire et **non interprétatif**
  - o **syndrome déméniel**: rechercher des troubles cognitifs +++
  - o **organicité**: bilan ORL/OPH devant toute hallucination chez le sujet âgé (**A savoir !**)

#### Evolution

- Délire chronique d'évolution paroxystique: décompensations puis rémission
- Enkystement du délire sous neuroleptique anti-productif
- Complications classiques: EDM / addiction / actes hétéroagressifs / iatrogènes, etc.

#### Traitement

- **Prise en charge**
  - Hospitalisation (HL ou SPDT-secteur) / initiale et si décompensation délirante majeure
  - **NPO les deux réflexes de prise en charge en psychiatrie (A savoir !)**
    - Evaluation et prévention du risque suicidaire (inventaire, etc)
    - Recherche d'une cause somatique ou toxique (!! cf hallucinations)
- **Traitement médicamenteux anti-psychotique**
  - Neuroleptique atypique à faible dose (rispéridone: Risperdal®) PO
- **Psychothérapie: de soutien**
  - Gestion du délire résiduel +/- cognitivo-comportementale
- **Mesures associées**
  - Prise en charge **sociale**: MDPH-CDAPH / AHA / reclassement, etc
  - Mesure de **protection**: sauvegarde de justice / curatelle / tutelle (**A savoir !**)
  - Prise en charge à 100% au titre des ALD
- **Surveillance**
  - Suivi au long cours en secteur de psychiatrie (CMP)
  - Surveillance du traitement: peser la balance tolérance / efficacité (délire résiduel acceptable)

#### Remarques sémantiques sur les hallucinations

- **Psychosensorielles**: auditives (bruit) / acoustivo-verbales (paroles) / gustatives / cénesthésiques (tact) / motrices
- **Intrapsychiques**: commentaire des actes (Mme X fait ceci, cela) / automatisme mental (sensation d'être téléguidé)