

Item63-Trouble délirant persistant.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer un trouble délirant persistant. - Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi à tous les stades de la maladie.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Polycopié national: item 63 trouble délirant persistant	- Délires paranoïaques: interprétatifs / persécution - Délire d'interprétation: en réseau - Délires passionnels (3): en secteur - Paraphrénie: imaginatif / adaptation - C°: psy / somatiques / évolutives / iatro / sociales - Neuroleptique atypique anti-productif / monothérapie / long cours - Psychothérapie: soutien / familiale - Social: MDPH/CDAPH /AAH /100% - Mesures de protection / suivi CMP	- Risque suicidaire +++ - Prise médicament / toxique - Ex. neuro: cause organique - Facteur de décompensation - Globale et pluri-disciplinaire - Bilan préT: ECG / EAL / hCG - Prise en charge sociale - Suivi en secteur / CMP - Délires passionnels: HO - Protection / sauvegarde

Formes cliniques des délires chroniques non dissociatifs

Introduction

Nosographie

- **Avant** les troubles délirants chroniques étaient divisés en fonction du mécanisme dominant :
 - **paranoïa** : prédominance des **interprétations**
 - **paraphrénie** : prédominance de l'**imagination**
 - **psychose hallucinatoire chronique (PHC)** : prédominance des **hallucinations**.
- **Aujourd'hui**, on regroupe toutes ces entités sous le terme "**trouble délirant persistant**", excepté la **PHC et la paraphrénie tardive** qui font partie des **maladies du spectre schizophrénique** (voir item 61).
- Sous cette entité de troubles délirant persistant, il existe plusieurs formes cliniques que nous allons détailler. Il faut surtout retenir : le délire érotomaniaque, de jalousie, de persécution. Il existe également des délires somatiques (les principales préoccupations sont somatiques) ou mégalomaniaques (conviction d'avoir un talent, un don méconnu ou avoir fait une découverte importante).

Sémiologie

Contrairement à la schizophrénie :

- **pas d'hallucinations** au premier plan
- **pas de syndrome de désorganisation** au premier plan
- **pas de symptôme négatifs** au premier plan
- Les **idées délirantes** sont "**non bizarres**" donc plausibles
- **Critères du DSM V ++**:
 - A) Présence d'une ou plusieurs **idées délirantes** pendant plus d'**un mois**
 - B) Le critère A de la schizophrénie n'est pas validé
 - C) Le patient n'est **pas bizarre** en dehors du délire et son **fonctionnement n'est pas altéré**
 - D) Si on note des **symptômes thymiques** (maniaque ou dépressifs), ils sont **brefs** par rapport à la durée du délire
 - E) Le délire n'est **pas secondaire à une prise de toxiques**.
- Toujours détailler le **délire** en fonction :
 - **Thème**
 - **Mécanisme**
 - **Systematisation**
 - **Adhésion**
 - **Participation affective, retentissement**

Epidémiologie :

- Prévalence estimée : **0,02 à 0,03%** (surement sous évaluée)
- Age moyen de début : **40 ans**

Délires paranoïaques

Attention le terme paranoïa n'exite plus dans le DSM, contrairement à la CIM. Il est utilisé ici pour plus de clareté.

Caractéristiques communes de tous les délires paranoïaques +++

- **Thème: persécution**
- **Mécanisme: interprétatif**
- **Evolution:** chronique (> 6 mois) / apparition **après 30ans**
- **Systématisation:** très **forte** (délire construit / cohérent)
- **Adhésion:** totale / aucune critique
- **!! Absence de discordance:** diagnostic différentiel avec schizophrénie

Délire d'interprétation (délire de Sérieux et Capgras)

- **Terrain**
 - Souvent: personnalité paranoïaque pré-morbide (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)
 - Prédominance masculine / âge moyen > 35ans (≠ schizophrénie)
 - Toujours: éliminer une pathologie organique ou prise toxique +++
- **Caractéristiques du délire**
 - **Mode d'installation:** brutal (BDA) ou progressif
 - **Mode évolutif:** chronique (délire > 6M)
 - **Thèmes:** persécution / autres: mégalomanie, référence..
 - **Mécanismes:** interprétatif / hallucinations rares
 - **Systématisation:** très importante / pseudo-preuves
 - **Extension: en réseau:** vie affective, professionnelle, etc
 - **Adhésion:** totale: aucune remise en question
 - **Participation affective:** variable: de pauvre à intense

Délires passionels (érotomanie / jalousie / revendication)

- **Caractéristiques communes**
 - Existence d'un « postulat fondamental » = **intuition délirante initiale**
 - Puis alimentation de ce délire par un mécanisme interprétatif
 - Participation affective intense / existence d'un persécuteur désigné
 - Extension **en secteur** (un seul domaine de vie concerné)
- **Délire de jalousie (Homme)**
 - **Intuition délirante initiale**
 - Conviction d'être trompé / persécuteur = amant fantasmé
 - **Caractéristiques du délire**
 - **Installation:** insidieuse
 - **Thème:** jalousie
 - **Mécanisme:** intuitif puis interprétatif
 - **Adhésion:** totale / aucune critique
 - **Systématisation:** en secteur
 - **Participation affective:** intense +++
- **Délire érotomaniaque (Femme)**
 - **Intuition délirante initiale**
 - Conviction d'être aimé / persécuteur = objet du fanstasme
 - **Evolution typique en 3 phases**
 - **Espoir:** illusion d'un amour réciproque
 - **Dépit:** incompréhension de l'absence de réponse affective
 - **Rancune:** frustration et hostilité envers la personne objet du délire
 - **Caractéristiques du délire**
 - **Installation:** brutale
 - **Thème:** érotomanie puis persécution, préjudice..
 - **Mécanisme:** intuitif puis interprétatif
 - **Adhésion:** totale / aucune critique
 - **Systématisation:** en secteur
 - **Participation affective:** intense +++

- **Délire de revendication**
 - **Intuition délirante initiale**
 - Conviction d'être victime d'un préjudice / persécuteur: variable
 - **Exemples de délires de revendication**
 - **Délire hypocondriaque**: conviction d'être victime de soins insuffisants
 - **Délire de l'inventeur méconnu**: conviction d'être spolié de son invention
 - **Délire de l'idéaliste passionné**: conviction politique, religieuse intense
 - **Délire des querulents processifs**: procédures judiciaires incessantes
 - **Caractéristiques du délire**
 - **Installation**: insidieuse
 - **Thème**: préjudice puis persécution
 - **Mécanisme**: intuitif puis interprétatif
 - **Adhésion**: totale / aucune critique
 - **Systématisation**: en secteur
 - **Participation affective**: intense
- **Délire de relation des sensitifs (syndrome de Kretschmer)**
- **Terrain**
 - Trouble de la personnalité de type **sensitif** (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)
 - Délire de persécution vécu **intérieurement** / C° = dépression +++
- **Caractéristiques du délire**
 - **Installation**: progressive / à la suite d'un échec ++
 - **Evolution**: chronique (> 6M)
 - **Thème**: persécution / préjudice (valeurs morales ++) / syndrome de référence
 - **Mécanisme**: intuitif puis interprétatif
 - **Extension**: en secteur
 - **Systématisation**: moins importante que les autres délires paranoïaques, surtout le domaine relationnel
 - **Adhésion**: totale / aucune critique
 - **Participation affective**: intense / dépression et risque suicidaire ++
- **Evolution des délires paranoïaques**
- **Histoire naturelle**
 - Evolution chronique sans traitement / parfois paroxystique
- **Complications**
 - **Suicide**: **le** risque vital de tout délire: 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, Sd malin)
 - **sociales +++** : acte **hétéro-agressif** / conséquences médico-légales / désinsertion socio-professionnelle

Paraphrénie

Définition

- Paraphrénie = délire chronique imaginatif riche et très productif
- !! Contrastant avec le maintien d'une bonne adaptation socio-professionnelle

Diagnostic

- **Terrain**
 - Prédominance masculine / âge mûr (> 30ans) / rare
- **Caractéristiques du délire**
 - **Installation**: progressive +/- prodromes
 - **Evolution**: chronique intermittente / phase d'amélioration spontanée
 - **Thèmes**: **fantastique** / cosmique / mégalomanie / mythomanie / filiation, etc
 - **Mécanismes**: **imaginatif** (pas de pseudo-preuve ou d'interprétation)
 - **Systématisation**: variable
 - **Extension**: en **secteur** (pas de retentissement sur autres domaines de vie)
 - **Adhésion**: majeure / pas de critique / pas de besoin de justification
 - **Participation affective**: variable

Evolution

- Chronique paroxystique: décompensations délirantes et phase d'amélioration
- Enkystement progressif du délire / !! pas de désadaptation socio-professionnelle

Diagnostic différentiel

- **Causes somatiques +++ :**
 - neurologiques (confusion, épilepsie...)
 - endocrinienne
 - iatrogènes
 - infectio (syphilis...)
 - ...
- **Causes toxiques +++**
- **Psychiatriques :**
 - Troubles de l'humeur
 - Schizophrénie
 - Trouble schizoaffectif
 - Certains trouble de la personnalité

Prise en charge

Traitement

- **Prise en charge**
 - Hospitalisation en psychiatrie si exacerbation du délire, si risque hétéro ou autoagressif ou troubles à l'ordre public
 - **Remarque:** pour les délires paranoïaques, éviter SPDT (sinon tiers = persécuteur) ==> **SPDRE plutôt +++**
 - !! Eliminer une pathologie organique ou une prise de toxique (**A savoir !**)
 - Prise en charge pluridisciplinaire / institutionnelle / sectorisation
 -
- **Traitement médicamenteux anti-psychotique**
 - En 1ère intention = neuroleptique atypique anti-productif (olanzapine) aux posologies les plus faibles
 - Bilan pré TTT + surveillance de la tolérance +++ (cf item 61)
 - **En pratique:**
 - Délire paraphrénique peu sensible aux neuroleptiques
 - → abstention si pas de retentissement socio-professionnel ++
 -
- **Traitement symptomatique adjuvant**
 - Si agitation = sédation par BZD ou neuroleptiques sédatifs
 - Si décompensation dépressive = anti-dépresseurs
- **Psychothérapie**
 - **soutien** ou **TCC** ou **thérapie d'acceptation et d'engagement**
 - Instauration d'un **climat de confiance** +++ / rapport d'honnêteté
- **Mesures associées**
 - Prise en charge à 100% au titre des ALD, information du patient
 - MDPH-CDAPH: allocation adulte handicapé (AAH)
 - Mesures de protection des biens et des personnes si besoin (curatelle / tutelle)
- **Surveillance**
 - Suivi au long cours / prise en charge institutionnelle en secteur (CMP)
 - **Surveillance du traitement** +++ (la même que pour item 61): efficacité / tolérance / observance / adaptation posologique