

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique

Université Batna 2

Faculté de médecine de Batna

Département de médecine

Module de psychiatrie : 5^{ème} année médecine

Intitulé : Les schizophrénies

Enseignant : Dr BELKACEMI Mohamed

Année universitaire : 2019/2020

Les schizophrénies

I/Introduction :

- On désigne par le terme de Schizophrénie un groupe hétérogène d'affection ayant un noyau sémiologique commun « syndrome de Discordance » débutant le plus souvent à l'adolescence et évoluant vers un état déficitaire.

Autrefois appelée démence précoce c'est Bleuler qui introduit le terme de schizophrénie:

Skhizen : séparer ,scinder.

phren : esprit, car la dissociation des diverses fonctions psychiques est un de ses caractères le plus important

II/ Epidémiologie :

Affection ubiquitaire débutant en général entre 15 et 35 ans

Sexe ratio : 1 elle touche 01% de la population

L'incidence : 0,1 à 0,7% .

III/ Etiopathogénie :

- On admet qu'il existe une prédisposition génétique à l'origine d'un dysfonctionnement neuroendocrinien.

- Les facteurs environnementaux interviennent comme des facteurs précipitants et s'associent à la prédisposition génétique

a/ facteurs génétiques :

- le risque de schizophrénie est plus élevé chez les sujets apparentés à des schizophrènes.

➤ Quand un frère ou une sœur est atteint, le risque est de 6 à 14 %.

➤ Quand un parent est atteint, le risque est de 7 à 16 %.

➤ Quand les deux parents sont atteints, le risque est de 40 à 68 %.

Quand c'est deux frères jumeaux homozygotes (vrais jumeaux), le risque est de 50 à 75 %.

b/ facteur biochimiques :

- Mis en évidence par l'observation de l'action aggravante des agonistes dopaminergiques (L. Dopa, LSD. Amphétamines, THC) sur la schizophrénie ; et de l'action réductrice des symptômes schizophréniques des neuroleptiques (antagonistes dopaminergiques) par blocage des récepteurs post-synaptiques

c/ facteurs psychologiques et socioculturels :

- Plusieurs facteurs de stress peuvent être corrélés avec l'apparition des troubles:
Niveau socio-économique bas.
Maltraitance à l'enfance, Viol, Décès, suicide etc..

IV/ Clinique :

Formes de début ou modes d'entrées :

1/Formes à début aigu :

Le tableau clinique évoque initialement une bouffée délirante mais l'évolution Schizophrénique est suspectée devant :

- Début progressif
- peu ou pas de troubles thymiques
- Délire pauvre
- Résistance au traitement
- Antécédents familiaux de Schizophrénie
- l'existante d'une personnalité prémorbide (Schizoïde)

B/ Etat maniaque ou dépressif atypique :

Les troubles thymiques sont accompagnés de bizarreries du comportement incohérence des idées, anxiété massive, froideur affective.

C/ Actes médico-légaux :

Fugue, Tentative de suicide, impulsion agressive immotivées et soudaines.

2/ formes à début progressif :

Baisse du rendement intellectuel (scolaire ou professionnel) sans difficultés préalables.

Engouement religieux massif exclusif.

Modification du caractère et des affects (isolement, froideur affective, impulsivité...).

Toxicomanie : permet au patient de faire partie d'un groupe tout en s'opposant à la famille et la société et de réduire l'anxiété massive.

Formes pseudo névrotiques : manifestations phobiques obsessionnelles, hystériques s'accompagnant de signes de discordance

B/ Phase d'état : Type de description « Schizophrénie paranoïde »

1/ Syndrome de discordance :

C'est le trouble fondamental de la schizophrénie qui traduit la rupture de l'unité intrapsychique avec relâchement des processus associatifs. Cette discordance touche les 03 sphères :

a- Discordance intellectuelle:

Relâchement des associations idéiques pouvant aboutir à une incohérence complète.

Trouble du contenu de la pensée : rationalisme morbide, idées illogiques et abstraites.

Trouble du cours de la pensée, fading, barrages idéique.

Trouble du langage : néologisme, réponse à côté schizophasie (salade de mot donnant un discours incompréhensible).

b-Discordance affective :

Ambivalence affectif : coexistence de sentiment contradictoire.

Froideur ou indifférence affective.

Réaction affectif paradoxale ou parathymie (rires ou pleurs immotivés).

c- Discordance comportementale :

Ambitendance .

Stéréotypies gestuelles .

Apragmatisme .

Bizarreries du comportement.

2/ Syndrome délirant :

Le délire paranoïde est délire riche, flou, mal systématisé tous les thèmes et les mécanisme peuvent être retrouvées.

On note également une forte participation affective.

03 / Syndrome hallucinatoire :

hallucinations psycho-sensorielles surtout auditives et cinesthésiques rarement gustatives ou olfactives.

Syndrome d'automatisme mental et d'influence : fonctionnement automatique et spontané de l'activité psychique .

On retrouve des hallucinations intrapsychiques avec vol de la pensée écho de la pensée, des hallucinations auditives impératives imposant des actes et des comportements.

4/Autisme :

Replis sur soi

Perte de contact avec la réalité

V/ Formes clinique :

1/ Schizophrénie paranoïde :

Forme la plus fréquente et la plus complète, le tableau clinique est dominé par les symptômes positifs ou productifs (Délire, hallucinations, trouble thymique, discordance intellectuelle)

- L'évolution se fait par poussées appelée « moments féconds »

2/ Schizophrénie hébéphrénique :

Le début plus insidieux et plus précoces (15-25 ans)

caractérisée par la prédominance des symptômes négatifs ou déficitaires (isolement, replis, clinophilie, mutisme), le délire est pauvre et inconstant.

3/ Schizophrénie simple :

Le tableau clinique est dominé par la discordance comportementale et affective, délire et hallucinations y sont exceptionnels.

4/ héboïdophrénie :

C'est une forme pseudo psychopathique.

5/ Schizophrénie Dysthymique :

Qui associe des accès maniaques et/ou mélancoliques au syndrome de discordance

5/schizophrénie catatonique:

Caractérisée par le syndrome catatonique

VII/ Diagnostic différentiel :

Bouffée délirante .

Délire chronique paranoïaque(absence du syndrome discordant) .

Trouble organique (tumeur, cérébrale, trauma crânien...) .

Trouble de l'humeur .

Trouble anxieux (phobique, obsessionnel, ...) où la conscience des troubles et la demande de soins clairement exprimée permet de poser le diagnostic.

VIII/ EVOLUTION :

Sans traitement l'évolution se fait vers la perte des facultés intellectuelles ou cognitives.

Sous traitement l'évolution est souvent favorable (une bonne réinsertion sociale).

IX/ Traitement :

Hospitalisation en cas :

D'agitation.

Trouble du comportement avec potentiel de dangerosité.

Refus thérapeutique.

A/ La Chimiothérapie :

Basée sur les neuroleptiques incisifs(exemple) : Halopéridol (Haldol) ,Risperidone (Risperdal),Olanzapine (Zyprexa) .

Et des neuroleptique sédatifs : Levomepromazine (Nozinon) ,Chlorpromazine (Largactil)

Le voie IM est utilisée au début puis relais per os

B/ Les Psychothérapies :

Psychothérapie de soutien, familial, de groupe : en dehors des phrases aigues permettent la réassurance et l'amélioration de la communication intra familial.

Ergothérapie, atelier protégés dans un but de réadaptation et réinsertion.

Psychoéducation : informer le patient et sa famille sur la maladie l'importance du traitement, les effets secondaires, les premiers signes de rechutes, l'hygiène de vie.

Thérapie cognitive et comportementale.

C/ Sismothérapie :

Dans les formes catatoniques.

Formes résistantes (Définie par l'absence de rémission chimique après l'emploi de 02 neuroleptiques à posologie efficace pendant 06 semaines.

Référence bibliographique :

- Précis de psychiatrie et de psychologie médicale –Pr Kacha Farid-
- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV-TR).
- Manuel de psychiatrie –Guelfi -