Troubles de la conscience 2.

Plan

- Confusion mentale
- Agitation
- Délire aigu

Confusion mentale

Problème assez similaire à celui des troubles de la vigilance et obéissant aux mêmes étiologies

- Délirium
- Psychose de réanimation
- Syndrome des soins intensifs
- État confusionnel aigu
- Encéphalopathie septique
- Insuffisance cérébrale aiguë

Définition

= atteinte de la conscience avec **troubles de l'attention** accompagnés par des troubles cognitifs et sensoriels et qui se développe en un court laps de temps (heures à jours) et fluctue au cours de la journée

Tableau clinique

- troubles de la vigilance : souvent intermittents (**attention**, obnubilation, instuporation)
- trouble de la perception ou trouble verbal (malade incohérent sans aphasie)
- trouble veille/sommeil
- activité soit ralentie, soit exagérée
- baisse de l'efficience intellectuelle
- perplexité anxieuse
- désorientation temporo-spatiale
- troubles de la mémoire
- hallucinations, délire onirique (syndrome confuso-onirique)
- installation rapide : en quelques heures à jours

3 formes cliniques

- Forme stuporeuse ou délirium hypoactif («encéphalopathie »): le plus fréquent mais de moins bon pronostic, souvent méconnu : apathie, léthargie, peu d'interactivité, repli sur soi.
- Forme confuso-onirique ou délirium hyperactif («psychose »): plus rare et de meilleur pronostic : agitation, labilité émotionnelle, arrachage des cathéters
- forme mixte : alternant les deux formes précédentes

TABLEAU 1

Critères diagnostiques de la Classification internationale des maladies

Pour poser le diagnostic de certitude, ces symptômes, qu'ils soient légers ou marqués, devraient être présents dans chacune des sections suivantes :

- altération de la conscience et de l'attention (dans un continuum allant de l'obnubilation au coma) ;
- perturbation globale de la cognition (distorsions perceptives, illusions et hallucinations, le plus souvent visuelles : altération de la pensée abstraite et de la compréhension avec ou sans délires transitoires, mais typiques avec un certain degré d'incohérence ; altération du rappel immédiat et de la mémoire récente avec une mémoire éloignée relativement préservée ; désorientation dans le temps et, dans les cas les plus sévères, dans l'espace, avec troubles de la reconnaissance des personnes) ;
- troubles psychomoteurs (hypo- ou hyperactivité, avec passages imprévisibles de l'une à l'autre ; allongement des temps de réaction ; augmentation ou diminution du débit de la parole ; majoration des réactions de sursaut) ;
- perturbation du cycle nycthéméral (insomnie ou, dans les cas les plus sévères, perte totale du sommeil ou inversion du cycle nycthéméral ; somnolence diurne ; aggravation nocturne des symptômes ; perturbation des rêves, cauchemars, pouvant se poursuivre par des hallucinations après le réveil) ;
- troubles émotionnels, par exemple dépression, anxiété ou peur, irritabilité, euphorie, apathie ou perplexité anxieuse.

Le début est rapide, l'évolution diurne est fluctuante et la durée totale des troubles est inférieure à 6 mois. Le tableau clinique ci-dessus est si caractéristique que le diagnostic de confusion mentale peut être porté avec une quasi-certitude, même si la cause sous-jacente n'est pas formellement établie. Si le diagnostic est douteux, outre la notion d'une affection générale ou cérébrale, la preuve d'un dysfonctionnement cérébral (telle qu'un électroencéphalogramme anormal, montrant habituellement, mais pas toujours, un ralentissement de l'activité de fond) peut être nécessaire.

TABLEAU 2

Critères diagnostiques de la confusion mentale (*delirium*) du DSM IV-TR

Perturbation de la conscience
(c'est-à-dire baisse d'une prise de conscience claire de l'environnement), avec diminution de la capacité à diriger, focaliser, soutenir ou mobiliser l'attention.

Modification du fonctionnement cognitif
(telle qu'un déficit de la mémoire, une désorientation, une perturbation du langage), ou bien survenue d'une perturbation des perceptions, qui n'est pas mieux expliquée par une démence préexistante, stabilisée ou en évolution.

La perturbation s'installe en un temps très court
(habituellement quelques heures ou quelques jours) et tend à avoir une évolution fluctuante tout au long de la journée.

TABLEAU 3

Confusion assessment method

1. **Apparition aiguë et symptomatologie fluctuante**
   Ce critère est habituellement obtenu auprès d'un membre de la famille ou de l'infirmière. Il est rempli en cas de réponse positive à chacune des 2 questions suivantes : *Y a-t-il eu un changement brutal des fonctions cognitives du patient par rapport à l'état de base ? Existe-t-il un comportement anormal fluctuant dans la journée, apparaissant puis disparaissant, ou bien croissant ou décroissant en sévérité ?*)
2. **Inattention**
   Ce critère est présent en cas de réponse positive à la question suivante : *Le patient a-t-il des difficultés pour se concentrer, est-il par exemple facilement distrait ou a-t-il des problèmes pour garder le fil de la conversation ?*
3. **Pensée désorganisée**
   Ce critère est présent en cas de réponse positive à la question suivante : *Le patient pense-t-il de manière désorganisée et incohérente, a-t-il eu une conversation improductive ou décousue, des idées peu claires ou illogiques, ou passe-t-il de manière imprévisible d'un sujet à l'autre ?*
4. **Altération du niveau de conscience**
   Ce critère est présent pour toute réponse autre que « *normal* » à la question suivante : *Comment évaluez-vous le niveau de conscience du patient ?*

Diagnostic de confusion : critères 1+ 2, associés au critère 3 ou 4.

ICU Delirium Screening Checklist

1) *état de conscience*
- pas de réponse : pas de délirium (coma confirmé)
- réponse à des stimulations intenses et répétées non spécifiques (bruits, douleurs) : pas de délirium (instuporation, coma somnolent)
- réponse à des stimulations spécifiques : 1
- éveil normal : 0
- réponse exagérée à une stimulation normale : 1

2) *inattention* : 0 ou 1
3) *désorientation* : 0 ou 1
4) *hallucinations, psychose* : 0 ou 1
5) *agitation psychomotrice ou ralentissement* : 0 ou 1
6) *troubles du cycle éveil/ sommeil* : 0 ou 1
7) *paroles ou humeur inappropriée* : 0 ou 1
8) *fluctuation des symptômes* : 0 ou 1

Total : 0 à 8
délirium si score ≥ 4.

Diagnostic différentiel

- Aphasie (surtout sensorielle)
- Syndrome de Korsakoff
- Ictus amnésique
  - épisode brutal, transitoire (quelques heures), en général unique, d'un trouble de mémoire isolé (antérograde), volontiers provoqué par un stress
- Démences
- Certains états de mal épileptiques
- Affections psychiatriques avec bouffées délirantes aiguës (dont accès maniaques) : diagnostic par défaut

Confusion et démence

importance de l'hétéroanamnèse

- la démence s'installe progressivement sur plusieurs mois ou années, alors que la confusion s'installe de façon subaiguë ou aiguë (en quelques heures ou jours)
- la vigilance est préservée dans la démence alors qu'elle peut être altérée dans la confusion
- le déficit cognitif est stable et installé dans la démence alors qu'il est fluctuant et variable dans la confusion
- l'amnésie touche la mémoire à long terme dans la démence, sans trouble majeur de l'attention, alors que la perte des capacités de contrôle de l'attention est au premier plan dans la confusion, rendant compte des troubles intellectuels observés
- les troubles des fonctions instrumentales (véritable aphasie, apraxie gestuelle et constructive, agnosie) sont présents dans la démence alors qu'ils sont absents dans la confusion
- le discours reste longtemps cohérent dans la démence (malgré un manque de mots et un agrammatisme), alors qu'il est incohérent et fluctuant dans la confusion
- les manifestations somatiques sont absentes dans la démence mais constantes dans la confusion.

Facteurs couramment prédisposant à la confusion

- Traumatisme
- Prises médicamenteuses ou de toxiques (alcool), ou sevrage récent
- Rupture de traitement
- Voyage récent
- Antécédents: démence préexistante, AVC, maladie de Parkinson, conditions comorbides multiples, abus d'alcool
- Troubles de la vision, audition altérée
- Déficience fonctionnelle

Facteurs pouvant précipiter couramment la confusion

- Nouveau problème médical aigu
- Exacerbation d'une maladie chronique
- Chirurgie / anesthésie
- Nouveau médicament psychoactif
- AVC aigu
- Douleur
- Changement environnemental
- Rétention d'urine / impaction fécale
- Troubles électrolytiques
- Déshydratation
- Sepsis

Principales étiologies

s'inspirer de la *présence de fièvre* et de *signes neurologiques focaux*

Abord

1. Syndrome confusionnel fébrile
2. Syndrome confusionnel avec signes neurologiques localisés
3. Encéphalopathie métabolique
4. Confusion de cause neurologique pouvant ne pas comporter de signe focalisé
5. Causes diverses pouvant ne pas s'accompagner de signe localisé
6. Causes chez un alcoolique chronique
7. Causes chez un sujet âgé ou dément

1. Syndrome confusionnel fébrile

- Choc septique
- Toute fièvre du vieillard (ex. infection courante)
- Delirium tremens
- Méningite, encéphalite
- Embolie pulmonaire grave (hypoxie)
- Endocardite infectieuse
- État de mal épileptique et phase post-critique
- Hématomes intracrâniens

2. Syndrome confusionnel avec signes neurologiques localisés

- Hypoglycémie
- Bas débit cérébral : troubles du rythme cardiaque, choc, infarctus myocardique
- Épilepsie (état de mal partiel)
- HTIC : métastases cérébrales, tumeur cérébrale
- AVC
- Syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible
- Encéphalopathie de Gayet-Wernicke (carence en vitamine B1) : triade clinique caractéristique (confusion, syndrome cérébelleux et troubles oculomoteurs)
- Méningoencéphalite
- Hyperviscosité sanguine : leucostase, Vaquez, myélome multiple
- Endocardite marastique, anémie microangiopathique, syndrome hémolyse-urémie, CIVD

3. Encéphalopathie métabolique

- Ivresse ou sevrage alcoolique
- Sevrage : alcool ; benzodiazépines ; barbituriques ;nticholinergiques
- Médicaments : psychotropes (benzodiazépines, tricycliques), analgésies morphiniques et codéïne, neuroleptiques, corticostéroïdes, digoxine, agents cytotoxiques (ifosfamide, 5FU, cisplatine, MTX, VCR, AraC), AC monoclonaux …
- Radiothérapie cérébrale
- Hypoglycémie
- Hyperglycémie
- Hyponatrémie (SIADH)
- Hypernatrémie
- Hypocalcémie
- Hypercalcémie
- État de déshydratation
- Toute hypoxie
- Insuffisance hépatique
- Insuffisance rénale
- Encéphalopathie hypercapnique
- Coma myxœdémateux
- Crise thyréotoxique
- Crise addisonienne
- Hypothermie

Psychosomatics 2018:59:259–266 *Published by Elsevier Inc. on behalf of Academy of Consultation-Liaison Psychiatry.*

Original Research Report

Fluoroquinolone-Related Neuropsychiatric Events in Hospitalized Veterans

John Sellick, D.O.,[1] Kari Mergenhagen, Pharm.D.,[1] Lindsay Morris, Pharm.D., Lindsey Feuz, Pharm.D., Amy Horey, Pharm.D., Vineeta Risbood, Pharm.D., Amy Wojciechowski, Pharm.D., Christine Ruh, Pharm.D., Edward Bednarczyk, Pharm.D., Erin Conway, Pharm.D., Michael Ott, Pharm.D.

FIGURE 1. Inclusion and Exclusion

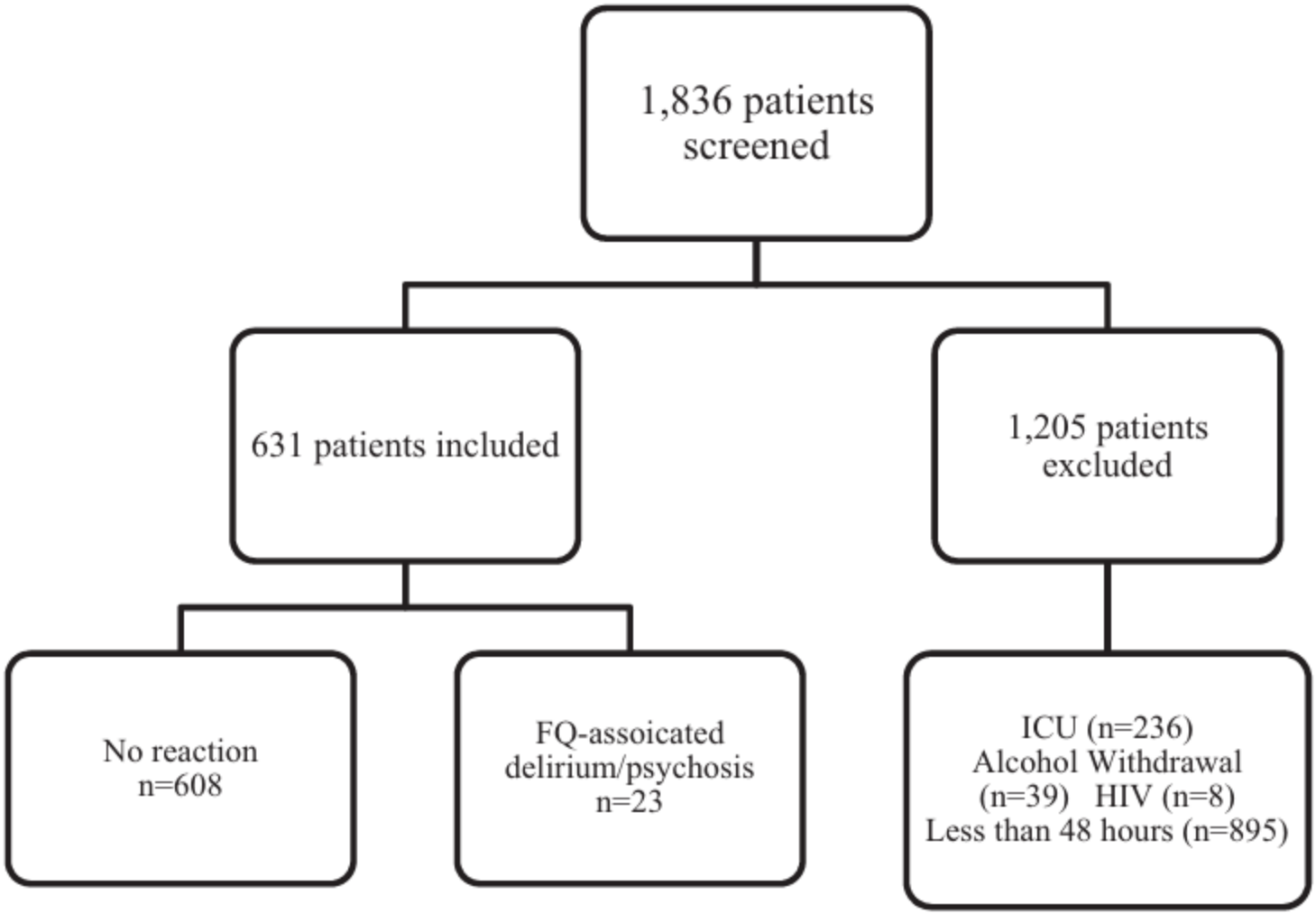
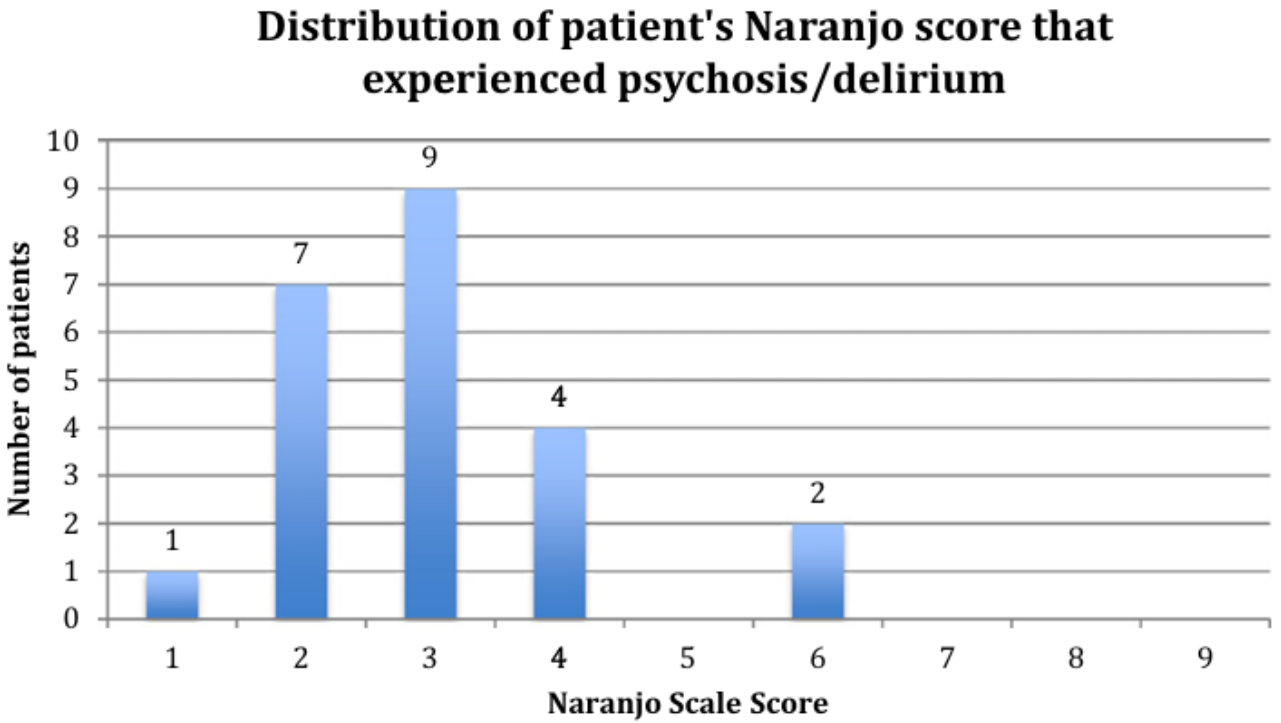


FIGURE 2. **Distribution of Naranjo score of patients who experienced psychosis/delirium, $n = 23$. * With the Naranjo scale scoring system, the reaction was determined to be possible (1–4), probable (5–8), or definite (greater than 9).**



* Naranjo scale scoring system the reaction was determined to be possible (1-4), probable (5-8) or definite (greater than 9).

TABLE 2. Baseline Characteristics

Baseline characteristics	No delirium or psychosis ($n = 608$)	FQ-associated delirium or psychosis ($n = 23$)	p Value
Age (years)	71.20 (± 12.96)	79.61 (± 11.20)	0.002
Sex			
Male	584 (96.05%)	22 (95.65%)	0.92
Female	24 (3.95%)	1 (4.35%)	–
Height (inches)	69.12 (± 3.19)	68.70 (±3.36)	0.55
Weight (kg)	85.71 (± 21.55)	84.78 (± 27.99)	0.88
BMI	27.70 (± 7.56)	27.62 (± 6.62)	0.73
Serum creatinine	1.67 (± 3.11)	2.03 (± 1.60)	0.33
CrCl mL/min	71.4 (± 41.6)	51.5 (± 34.8)	0.02

TABLE 3. Patient-Specific Factors

	No delirium or psychosis ($n = 608$)	FQ-associated delirium or psychosis ($n = 23$)	p Value
Fluoroquinolone			
Ciprofloxacin	377 (62.01%)	14 (60.87%)	
Levofloxacin	40 (6.58%)	0 (0.0%)	0.38
Moxifloxacin	191 (31.41 %)	9 (39.13%)	
Past medical history			
Cancer	187 (30.8%)	9 (39.1%)	0.39
Baseline dementia	100 (16.3)	5 (21.7%)	0.50
Parkinson's disease	11 (1.8%)	2 (8.7%)	0.03
Diabetes mellitus	231 (38%)	10 (43.5%)	0.59
Pre-existing psychiatric conditions			
Bipolar	7 (1.15%)	1 (4.35%)	0.18
PTSD	63 (10.4%)	1 (4.35%)	0.35
Depression	140 (23%)	7 (30.4%)	0.41
Schizophrenia	27 (4.4%)	1 (4.35%)	0.98
Anxiety	55 (9.1%)	4 (27.4%)	0.18
Personality disorder	9 (1.5%)	0 (0.0%)	0.56
Obsessive-compulsive disorder	2 (0.33%)	0 (0.0%)	0.78

Medications			
Steroids	129 (21.2%)	6 (26.9%)	0.78
Anticholinergic	110 (18.1%)	5 (21.7%)	0.58
H_2 antagonist	38 (6.25%)	0 (0.0%)	0.22
Proton pump inhibitors	331 (54.4%)	14 (60.9%)	0.54
Metoclopramide	54 (8.9%)	4 (17.4%)	0.17
Narcotics	285 (46.9%)	8 (34.8%)	0.25
Atypical antipsychotics	52 (8.6%)	4 (17.4%)	0.14
Typical antipsychotics	19 (3.1%)	4 (17.4%)	0.0003
Antidepressants	173 (28.5%)	8 (34.8%)	0.51
Mood stabilizer	18 (3%)	1 (4.35%)	0.70
Antianxiolytic	27 (4.4%)	1 (4.35%)	0.98
Benzodiazepine	85 (13.8%)	4 (17.4%)	0.63
NSAIDs	32 (5.26%)	1 (4.35%)	0.85
Anagrelide	1 (0.16%)	0 (0.0%)	0.85
Theophylline	2 (0.33%)	0 (0.0%)	0.78
Other			
Constipation	61 (10.03%)	4 (17.39%)	0.25
Diarrhea	110 (18.09%)	3 (13.04%)	0.54
Pain	318 (52.3%)	13 (56.52%)	0.69
Surgery	99 (16.28%)	3 (13.05%)	0.68
Orthopedic surgery	14 (2.3%)	0 (0.0%)	0.46
Fracture	9 (1.48%)	0 (0.0%)	0.56
Indication			
Bacteremia	23 (3.78%)	0	0.44
Bone/joint	13 (2.14%)	0	
Empirical	36 (5.92%)	2 (8.70%)	
Genitourinary	203 (33.39%)	12 (52.17%)	
Intra-abdominal	90 (14.80%)	2 (8.70%)	
Respiratory	210 (34.54%)	7 (30.43%)	
Skin/soft tissue	33 (5.43%)	0	

Conclusion

- Le délire dû à la prise de fluoroquinolone (FQ) pourrait survenir à un taux plus élevé qu'on ne le pensait auparavant, en particulier chez les personnes âgées. Les patients âgés hospitalisés et ceux à qui l'on a prescrit des antipsychotiques classiques présentaient un risque plus élevé de développer une psychose/un délire lorsqu'ils recevaient une FQ. La prudence est de mise lors de la prescription d'une FQ chez les patients sous antipsychotiques classiques et chez les personnes âgées.

Prescrire 2025

effets indésirables neuropsychiques : céphalées, sensations vertigineuses, insomnies, convulsions, confusions, hallucinations, tentatives de suicide, hypertensions intracrâniennes, tremblements, diplopies

4. Confusion de cause neurologique pouvant ne pas comporter de signe focalisé

- Hémorragie méningée
- État post-critique
- Épilepsie partielle complexe
- AVC temporal
- Méningite carcinomateuse
- Encéphalopathie de Gayet-Wernicke
- Migraine

5. Causes diverses pouvant ne pas s'accompagner de signes de localisation de la pathologie

- Toute hypoxie (y compris intoxication au CO)
- Globe vésical et fécalome (vieillard)
- Bas débit cérébral
- Anémie
- Hyperviscosité sanguine
- Hématomes intracrâniens
- Pancréatite aiguë
- Syndrome douloureux (infarctus myocardique)

6. Causes chez un alcoolique chronique

- hypoglycémie
- hématome sous-dural
- hématome intracérébral
- contusion cérébrale ; infection (pneumopathie à pneumocoque, méningite, infection liquide d'ascite)
- confusion postcritique
- syndrome de sevrage (delirium tremens)
- encéphalopathie de Gayet-Wernicke
- pancréatite aiguë alcoolique
- hépatite aiguë alcoolique
- toutes les causes d'insuffisance hépatique décompensée
- encéphalopathie hépatique
- alcoolisation aiguë
- ….

7. Causes chez un sujet âgé ou dément

- toute pathologie, même banale, peut se manifester par un syndrome confusionnel : fièvre, globe vésical, fécalome
- causes souvent multiples et imbriquées : épisode infectieux entraînant une déshydratation, chute, rhabdomyolyse, insuffisance rénale aiguë…

En pratique

- Commencer par un examen clinique complet
- Puis

éliminer en urgence

- Hypoglycémie
- Choc
- Troubles du rythme et de la conduction
- Hypoxie
- Infarctus myocardique
- Rétention d'urine
- Intoxication au CO
- Hématomes et hémorragies CNS
- Méningite
- Hypothermie

examens complémentaires

systématiques :

- Glucométrie
- Biologie
- ECG
- RX thorax
- Gazométrie

selon l'orientation clinique :

- IRM ou TDM cerveau
- EEG
- PL
- Hémocultures
- ...

Traitement non spécifique

- arrêt des médicaments non indispensables
- hydrater selon les besoins (+ vitamine B1 au moins 100 mg/j)
- sédation : éviter les médicaments si possible sinon :
  - halopéridol : 0,5 à 2 mg i.v. toutes les 1 à 2h ou 2 à 3x/j p.o.
  - prothipendyl : 40 à 80 mg le soir p.o. ou i.m.
  - dropéridol : 50 à 100 mg i.v., à répéter si nécessaire
- en cas de délirium tremens : vitamine B1, hydratation, diazepam 10 à 20 mg p.o. toutes les 1 à 2h jusqu'à sédation (i.v. si agitation extrême) sans dépasser 200 mg par 24 heures.

Traitement spécifique

- Selon la cause

Table 2. Drugs That May Cause Delirium and Potential Substitutes

Agent	*Potential Mechanism Leading to Delirium*	*Potential Substitute (Reference)*	*Notes*
Benzodiazepines, especially long-acting, including diazepam, flurazepam, chlordiazepoxide	Central nervous system sedation	Nonpharmacologic sleep management, intermediate agents (lorazepam); dexmedetomidine can be used as a sedative in the intensive care unit (40)	Associated with delirium in medical, surgical, and intensive care unit patients
Benzodiazepines: ultra–short-acting, including triazolam, alprazolam, midazolam	Central nervous system sedation and withdrawal	Nonpharmacologic sleep management, intermediate agents (lorazepam) (21)	Associated with delirium in case reports and series
Barbiturates	Severe withdrawal syndrome	Avoid inadvertent discontinuation, or substitute benzodiazepine	
Choral hydrate	Central nervous system sedation	Nonpharmacologic sleep protocol (21)	No better for delirium than benzodiazepines
Alcohol	Central nervous system sedation; withdrawal syndrome	If history of heavy intake, carefully monitor and use benzodiazepines if withdrawal symptoms occur	Alcohol history is imperative
Antidepressants, especially the tertiary amine tricyclic agents: amitriptyline, imipramine, doxepin	Anticholinergic toxicity	Secondary amine tricyclics: nortriptyline, desipramine. Selective serotonin reuptake inhibitors or other agents.	Secondary amines as good as tertiary for adjuvant treatment of chronic pain
Antihistamines, including diphenhydramine	Anticholinergic toxicity	Nonpharmacologic protocol for sleep (21); decongestants for colds	Obtain history of over-the-counter drug use
Anticholinergics: oxybutynin, other bladder antispasmodics	Anticholinergic toxicity	Lower dose, behavioral measures	Even newer agents may have central nervous system side effects
Opioid analgesics, especially meperidine	Anticholinergic toxicity; central nervous system sedation; fecal impaction	Consider using local, regional, and nonopioid analgesics as opioid-sparing strategies. Use scheduled rather than PRN dosing when possible. Use prophylactic strategies to prevent opioid side effects, such as fecal impaction.	Higher risk in patients with renal insufficiency. Must balance the risks from opioid use against the risks from pain.
Antipsychotics, especially low-potency agents	Anticholinergic toxicity; central nervous system sedation	Eliminate, or if necessary use low-dose, high-potency agents	
Anticonvulsants, especially primidone (Mysoline), phenobarbital, phenytoin	Mysoline is converted to phenobarbital, which is a sedating long-acting barbiturate	Consider alternative agent	Toxic reactions can occur despite "therapeutic" drug levels
Histamine-2 blocking agents	Anticholinergic toxicity	Lower dosage. Consider antacids or proton-pump inhibitors.	Usually seen with high-dose and/or intravenous use
Antiparkinsonian agents: levodopa-carbidopa, dopamine agonists, amantadine	Dopaminergic toxicity	Lower dose. Adjust dosing schedule.	Usually with end-stage disease and high doses.
Antiarrhythmics	Interfere with neuronal metabolic physiology	Lower dose; consider need for alternative agent	Highly lipophilic and cross blood–brain barrier
Almost any medication if time course is appropriate		Consider risks and benefits of all medications in the elderly	

Agitation

= activité motrice excessive associée à un état de tension intérieure. L'activité est en général improductive et stéréotypée. Elle se traduit par des comportements tels que la marche de long en large, le fait de gigoter, d'agiter ses mains, de triturer ses vêtements, et l'incapacité à rester assis (DSM 5)

Tableau clinique

- syndrome confusionnel
- symptômes non psychiatriques associés (urgence vitale)
  - ex. dyspnée, symptômes méningés, signes de localisation neurologiques, etc.
- symptômes psychiatriques associés:
  - symptômes thymiques de type (hypo)maniaque, ou de type dépressif
  - symptômes anxieux, notamment attaque de panique
  - symptômes psychotiques positifs (idées délirantes, hallucinations), négatifs (émoussement affectif, incurie, repli sur soi) et à type de désorganisation (bizarrerie, troubles du langage)
  - symptômes catatoniques, où les phases d'agitation non influencées par des stimuli externes peuvent alterner avec des phases de stupeur ou de catalepsie
  - risque suicidaire et dangerosité pour autrui

Diagnostic étiologique

Distinguer:

1. Agitation d'apparition aiguë chez un adulte jeune sans antécédents connus
2. Agitation d'apparition aiguë chez un patient avec des antécédents psychiatriques
3. Agitation d'apparition aiguë chez une personne âgée

Agitation d'apparition aiguë chez un adulte jeune sans antécédents connus

Rechercher avant tout

- intoxication aiguë à des substances psychoactives
- sevrage de substance psychoactive
- iatrogénie médicamenteuse
- pathologie métabolique (hypoglycémie) ou endocrinienne (hyperthyroïdie)
- pathologie infectieuse : méningo-encéphalite herpétique, neuropaludisme
- pathologie neurologique non infectieuse : crise convulsive, AVC hémorragique…
- intoxication au monoxyde d'azote
- embolie pulmonaire

Sinon: pathologies psychiatriques

- attaque de panique isolée ou dans le cadre d'un trouble panique
- épisode maniaque, hypomaniaque ou mixte
- épisode dépressif majeur avec agitation anxieuse
- trouble psychotique bref, caractérisé par la survenue depuis plus d'un jour et moins d'un mois d'idées délirantes, hallucinations, désorganisation du discours et du comportement.
- trouble psychotique chronique débutant (trouble schizophréniforme)
- trouble de la personnalité (surtout borderline, antisociale ou histrionique)

Agitation d'apparition aiguë chez un patient avec des antécédents psychiatriques

Garder la même démarche étiologique, c'est-à-dire éliminer systématiquement une autre pathologie intercurrente et rechercher une étiologie iatrogène à l'état d'agitation

Agitation d'apparition aiguë chez une personne âgée

Éliminer une cause médicale non psychiatrique :

- iatrogénie médicamenteuse
- trouble hydro-électrolytique
- infection (urinaire, pulmonaire, etc.)
- globe vésical ou un fécalome
- pathologie neurologique : AVC, hématome sous-dural ou extradural, crise convulsive
- pathologie cardiovasculaire : embolie pulmonaire, infarctus du myocarde

Sinon: pathologie psychiatrique

- épisode dépressif majeur avec agitation anxieuse, associé ou non à des symptômes psychotiques
- épisode maniaque, hypomaniaque ou mixte dans le cadre d'un trouble bipolaire à début tardif ou pharmaco-induit par les antidépresseurs
- attaque de panique isolée ou dans le cadre d'un trouble panique si répétition des épisodes
- trouble délirant persistant à type de jalousie ou de persécution
- …

Délire aigu

« croyance erronée fondée sur une déduction incorrecte concernant la réalité extérieure, fermement soutenue en dépit de l'opinion très généralement partagée et de tout ce qui constitue une preuve incontestable et évidente du contraire. Il ne s'agit pas d'une croyance habituellement partagée par les autres membres du groupe ou du sous-groupe culturel du sujet (par exemple il ne s'agit pas d'un article de foi religieuse) » (DSM 5).

On définit son caractère aigu par l'apparition récente depuis moins d'un mois.

Tableau clinique

- Cf. agitation +
- Caractériser les idées délirantes :
  - Thème : ex. persécution, mégalomanie, jalousie, érotomanie, hypochondrie, etc.
  - Mécanisme : interprétatif ; intuitif, hallucinatoire, imaginatif
  - Systématisation/organisation/structuration sur un thème ou non
  - Adhésion
  - Retentissement
  - Congruence à l'humeur

- Rechercher les autres symptômes psychotiques, notamment les hallucinations
- Rechercher de manière systématique les symptômes thymiques
- Évaluer le niveau d'adaptation prémorbide : fonctionnement familial, social, scolaire ou professionnel.

Diagnostic étiologique

- Même démarche étiologique que pour l'agitation
- Diagnostics psychiatriques à évoquer en l'absence de pathologie médicale non psychiatrique:
  - épisode maniaque ou mixte avec caractéristiques psychotiques dans le cadre d'un trouble bipolaire ou pharmaco-induit par les antidépresseurs
  - psychose puerpérale
  - épisode dépressif majeur avec caractéristiques psychotiques
  - trouble psychotique bref
  - trouble psychotique chronique débutant ou non diagnostiqué (trouble schizophréniforme, schizophrénie, trouble schizo-affectif, trouble délirant persistant).