

Université Ferhat Abbas – Sétif

Faculté de Médecine – Département de Médecine

Enseignement de la 5^{ème} année de médecine

Année universitaire : 2019-2020

Les schizophrénies

Pr ALOUANI (Professeur de psychiatrie)

I / Introduction – Définition

Le concept de schizophrénie désigne un groupe de psychoses chroniques caractérisées par une dissociation de la vie psychique et une désorganisation progressive de la personnalité avec bouleversement des rapports affectifs, intellectuels et sociaux du sujet avec lui-même et avec la réalité. C'est une psychose chronique dissociative (syndrome de dissociation). C'est une affection du sujet jeune (généralement entre 20 et 30 ans) et touche 0.5 à 1% de la population générale.

Cette affection touche toutes les races, tous les pays et toutes les cultures.

Le terme de schizophrénie a été créé par Bleuler en 1911 et signifie :

- Schi = scheizen = scinder = diviser = couper
- Phren = esprit

II / Clinique

A - Mode d'entrée dans la schizophrénie

1. Envahissement schizophrénique

Il peut se faire à bas bruit pendant de longues années. Les aspects sémiologiques les plus fréquents sont :

→ *Engouement pour la religion*, pour les sciences abstraites et métaphysiques qui peuvent constituer l'activité essentielle quotidienne du sujet. L'entourage familial interprète cette attention excessive comme une influence de l'environnement ou des jeunes du quartier. On peut retrouver des conduites paradoxales telles que la prise de toxiques, alternant avec des pratiques religieuses.

→ *La baisse du rendement intellectuel* : avec des échecs successifs aux examens chez un sujet qui était auparavant un brillant élève.

→ *Les formes pseudo névrotiques* : les tableaux cliniques posent des problèmes diagnostics difficiles, en raison de la présence de signes atypiques :

- *La forme d'allure obsessionnelle* : les obsessions sont peu angoissantes et n'entraînent pas de rituels importants.
- *La forme d'allure phobique* : les phobies sont souvent massives : peur de sortir à l'extérieur, de la mort, du public, peur de prendre les transports, souvent associés à une persécution.
- *La forme d'allure hystérique* : la symptomatologie est souvent expressive : extravagance, mythomanie, conversion, peu sensible aux changements extérieurs.
- *La dépression névrotique atypique* : installation progressive d'un isolement, d'un retrait, d'un sentiment d'inutilité contrastant avec la froideur affective et l'absence de demande d'aide.
- *Les formes hypochondriaques* : le patient exprime des préoccupations pathologiques exagérées concernant le corps et le fonctionnement corporel. Les plaintes sont stéréotypées avec un rationalisme morbide.

→ *Le début par l'addiction* : certains patients calment l'angoisse de morcellement par la prise de substances psychoactives (cannabis, benzodiazépines, opiacés, cocaïne,...).

2. Le début aigu

→ *La bouffée délirante aiguë* : c'est une expérience délirante primaire avec un délire polymorphe riche dans ses thèmes et ses mécanismes.

→ *L'accès manique et l'état dépressif atypique* : les troubles de l'humeur ne sont pas accompagnés d'enchaînement des idées (incohérence du discours).

→ *Début par un acte médico-légal* : un acte médico-légal peut émailler une longue évolution passée inaperçue : tentative de suicide inexplicquée, coups et blessures volontaires, homicide.

B - Phase d'état

1. Syndrome discordant ou dissociatif :

Le syndrome dissociatif est le trouble fondamental de la schizophrénie.

Il va désorganiser la pensée, les émotions et le comportement du sujet :

→ *La discordance cognitive* : s'exprime par le trouble cou de la pensée, entraînant un relâchement des associations : barrages, fading, passages du coq à l'âne, stéréotypies verbales, temps de latence, mutisme, rationalisme morbide, piétinement de la pensée, réponses à côté, néologismes pouvant aller jusqu'à la schizophasie (troubles syntaxiques et sémantiques)...

→ *La discordance affective* : les oscillations constantes entre le désir de se rapprocher d'autrui et le désir de fuir autrui, la froideur affective, l'anesthésie affective, les sentiments d'amour et de haine,... confèrent au patient le caractère ambivalent et contradictoire de la schizophrénie. Parfois, on trouve des bizarreries affectives, une impénétrabilité avec un émoussement des affects.

→ *La discordance comportementale* : elle va s'exprimer par l'indécision des gestes (le refus de la main tendue), par des mouvements stéréotypés (balancement de la tête, du corps, des déambulations) par des paramimies (tics, grimaces, crachats, sourires immotivés, grattages,...), par des bizarreries du comportement, par des actes hétéro agressifs (homicide, coups et blessures volontaires,...), des actes auto agressifs (automutilation, tentatives de suicide, impulsivité...), par des fugues, un isolement, un retrait, un apragmatisme, un refus de communication, des soliloquies, une clinophilie, une agitation psychomotrice, des propos

coprolaliques (obscènes), un laisser-aller voire même une incurie, un maniérisme, un refus alimentaire...

2. Le délire

Il débute souvent par une expérience délirante primaire avec une transformation profonde du monde intérieur et extérieur. Le délire est flou, incohérent et mal systématisé. On retrouve parfois un syndrome de dépersonnalisation (sensation de changement du Moi, du corps, et du monde extérieur).

3. L'autisme schizophrénique

C'est la perte du contact avec le système de réalité, la rupture avec le monde extérieur et le repli dans un monde intérieur chaotique.

Répartition des signes

* Signes positifs

- Agitation psychomotrice
- Hétéroagressivité
- Délire
- Incohérence du discours
- Fugues
- Tentatives de suicide
- Hallucinations...

* Signes négatifs

- Apragmatisme
- Retrait, isolement
- Introversion des affects
- Refus de communiquer
- Troubles de la pensée
- Froideur
- Clinophilie...

III / Formes cliniques

A- Les formes principales

→ *La schizophrénie paranoïde* : la plus fréquente, la plus complète et la plus productive. Elle débute généralement entre 20-30 ans, le délire est riche dans ses thèmes et ses mécanismes.

C'est la forme moins grave et la plus sensible au traitement neuroleptique.

Sans traitement, elle peut évoluer vers un état pseudodéméntiel avec une perturbation profonde de la personnalité.

→ *L'hébéphrénie* (hébéphréno-catatonie) : commence à un âge précoce et touche surtout la sphère intellectuelle entraînant des signes déficitaires (apragmatisme, indifférence, ...).

Le délire est pauvre et peu exprimé. Le pronostic est grave car c'est une forme peu sensible au traitement.

→ *La catatonie* : On retrouve un ensemble de symptômes :

- la stupeur : suspension du mouvement avec immobilisme.
- La catalepsie : conservation des attitudes.
- Le négativisme : oppositionnisme (refus de la main tendue...).
- Les dyskinésies : grimaces, stéréotypies verbales, maniérisme avec décharges motrices.
- La passivité et la suggestibilité : obéissance rapide et automatique aux ordres, l'imitation de la mimique (échomimie), de la parole (écholalie), des gestes (échopraxie).

B - Les formes mineures

→ *La schizophrénie simple* : forme mineure avec pauvreté du délire chez une personne ayant une personnalité schizoïde (retrait, isolement, pauvreté de communication et des relations avec autrui, tendance à la rêverie).

→ *L'héboïdophrénie* : forme pseudo-psychopathique qui s'exprime par des troubles du caractère et du comportement.

Les réactions médico-légales et les conduites antisociales (toxicomanie, vol, vagabondage, agressivité, conduite sexuelle pervers) sur un fond d'indifférence affective sont fréquentes.

→ *La schizophrénie dysthymique* : comporte des épisodes schizophréniques associés à d'importants troubles de l'humeur de la série maniaque ou dépressive.

IV / Evolution et pronostic

La schizophrénie peut évoluer dans certains cas vers la guérison (20%), vers la stabilisation (50%), vers l'état déficitaire (20%).

La chimiothérapie neuroleptique a beaucoup révolutionné le pronostic des schizophrénies.

V / Examens paracliniques

A- Tests psychologiques : questionnaires et tests projectifs

→ *Les épreuves psychométriques* : test du Rorschach, MMPI, TAT :

Pour apprécier la personnalité du sujet et les mécanismes de défense utilisés pour apaiser l'angoisse ; PANSS : pour évaluer la sévérité de la schizophrénie (positive and negative syndrome scale).

→ *Tests d'intelligence*: test de Weschler (WAIS, WISC).

B- Electroencephalogramme (EEG)

Il est sans anomalie chez la plupart des schizophrènes.

C- Imagerie cérébrale

→ *TDM cérébrale* : on retrouve dans environ 50% des cas une atrophie corticale avec élargissement du 3^{ème} ventricule.

→ *TEP* (tomographie par émissions de positons) : apprécie le métabolisme cérébral du glucose dans les lobes frontaux et pariétaux.

VI / Diagnostic différentiel

→ *Devant les troubles aigus* :

- Les troubles de l'humeur : accès maniaque, état dépressif majeur (EDM).
- La bouffée délirante aiguë (expérience délirante primaire).
- Autres délires chroniques.
- Troubles mentaux des affections organiques.

→ *Devant les formes progressives* :

- Troubles du comportement secondaires aux croyances culturelles et religieuses.
- Troubles névrotiques.
- Une arriération mentale avec des troubles du caractère.

VII / Etiopathogénie

Il n'existe à l'heure actuelle, aucune étiologie unique des schizophrènes.

On retient l'hypothèse multifactorielle dans le déclenchement des troubles schizophréniques.

A- Facteurs biologiques

1. Les facteurs génétiques

L'aspect génétique de la transmission de l'affection a longtemps été soupçonné. Certains auteurs ont montré une hausse du taux de prévalence de l'affection chez des jumeaux monozygotes et également dans le cas où un ou les deux parents présentent une schizophrénie.

2. Facteurs biochimiques

La constatation que l'administration de la L-dopa ou d'amphétamines (qui augmentent la dopamine au niveau des noyaux gris centraux et provoquent une psychose expérimentale) aggrave les symptômes schizophréniques et que les antipsychotiques en améliorent les symptômes grâce à leur activité anti-dopaminergique, a donné lieu à la théorie dopaminergique de la schizophrénie.

3. Les altérations encéphaliques

Certaines études confirment un hypofonctionnement des lobes frontaux.

B- Facteurs psychologiques et socioculturels

1. Psychanalyse et théories béhavioristes

Des études ont montré un trouble de la communication infra-verbale dans les familles schizophrènes, d'où l'intérêt de la psychothérapie familiale.

2. Facteurs psychologiques

Des études psychologiques récentes ont confirmé l'existence d'altération de la perception, de l'attention et de la cognition chez la plupart des schizophrènes.

3. Facteurs socioculturels

Certains auteurs ont décrit la présence d'événements psychotraumatisants avec un impact sur les rechutes et les décompensations schizophréniques.

VIII / Traitement

→ *L'hospitalisation* est indiquée en cas de décompensation aiguë pour mettre en route un traitement par voie parentérale devant les troubles du comportement, le délire, afin d'éviter des conséquences fâcheuses (passage à l'acte).

→ *Chimiothérapie* : Elle fait appel aux neuroleptiques par voie parentérale (association de neuroleptiques incisif et sédatif) avec un relais par voie orale au long cours.

La correction des effets secondaires :

- Antiparkinsoniens de synthèse en cas de syndrome parkinsoniens ou de dyskinésie aiguë.
- Laxatifs en cas de constipation : huile de paraffine,...
- Cholérétiques en cas de sécheresse de la bouche : (exemple : Sulfarlem® S25).
- En cas de survenue d'un syndrome malin des neuroleptiques, on arrête immédiatement le traitement, puis on entame une réanimation hydro électrolytique et on administre un antidote : Dantrolène sodique (Dantrium®).

On peut donner des neuroleptiques atypiques (ou antipsychotiques de seconde génération) : Olanzapine (Zyprexa®), Risperidone (Risperdal®), Aripiprazole (Abilify®), Amisulpride (Solian®), Quétiapine (Xeroquel®)...

En cas de rechutes fréquentes, on préconise la prescription de neuroleptiques à action prolongée (NAP) : Décanoate de fluphénazine (Modécate® 25mg), Décanoate d'halopéridol (Haldol decanoas® 50mg)...

→ *Électroconvulsivothérapie* (ECT): indiquée en cas de résistance ou de contre-indication du traitement chimique.

→ *Les psychothérapies* de soutien, de réassurance et de dédramatisation des troubles, après l'épisode délirant ou les psychothérapies institutionnelles : ergothérapie et sociothérapie (jardinage, activité en atelier,...) ou encore les psychothérapies familiales : prise en charge de la famille des schizophrènes dans un cadre thérapeutique afin d'améliorer les comportements inadéquats (père absent, mère dominatrice...).

On peut également préconiser des thérapies comportementales et cognitives (TCC) et une psychoéducation.