

# LES SYMPTOMES DE LA TRANSITION PSYCHOTIQUE

1er Cours Intensif de psychiatrie  
27-28 Février 2015 Hotel Dieu Toulouse  
Docteur Virginie Rouch

# INTRODUCTION

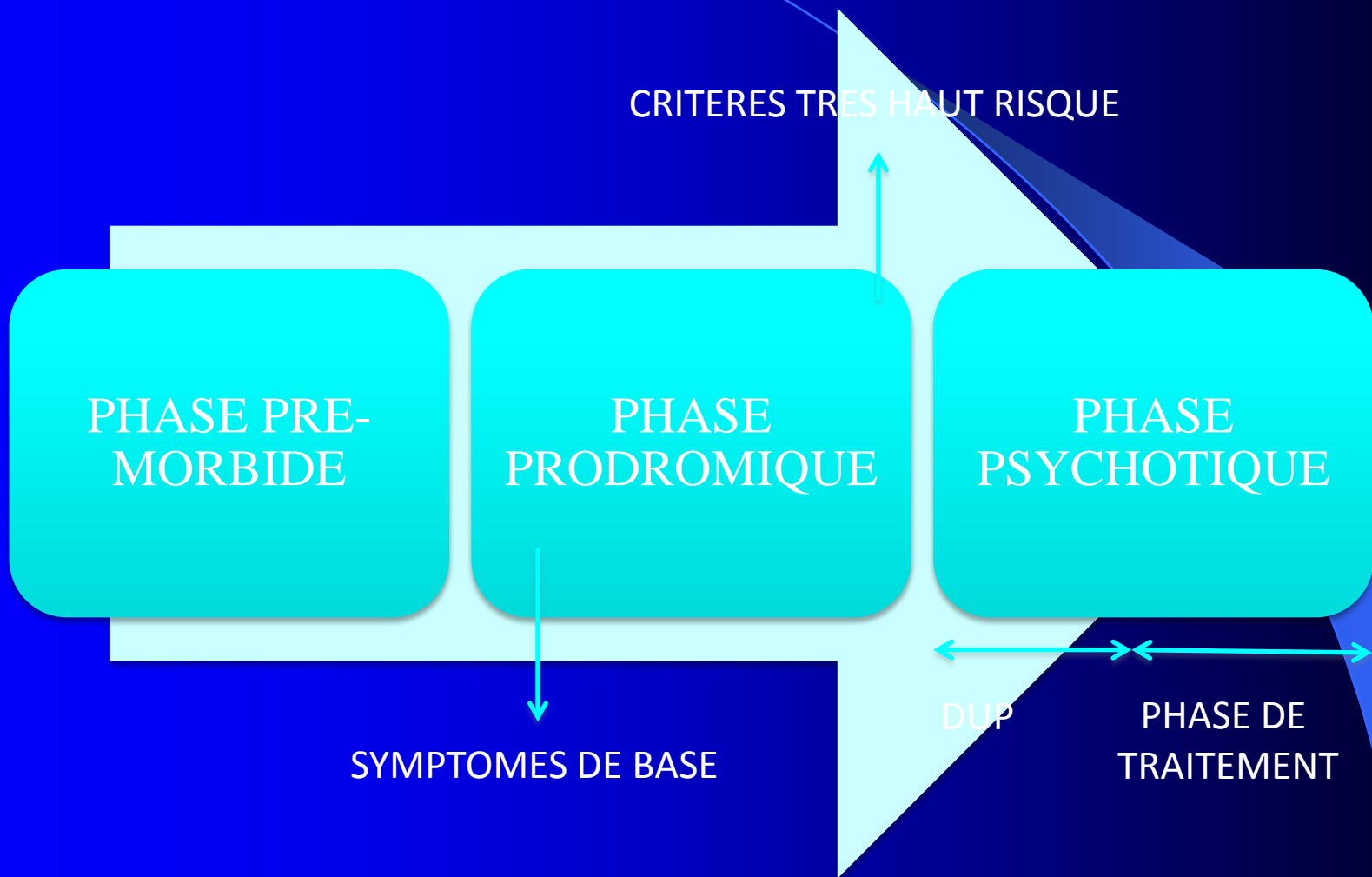
- Schizophrénie :
  - Maladie psychiatrique sévère
  - Fréquente et d' évolution invalidante
- Diagnostic précoce et la mise en route rapide d'un traitement : évolution plus favorable
- Recherches sur les phases précoces de la maladie : phase prodromique, premier épisode psychotique, schizophrénie débutante

# INTRODUCTION

- Objectifs : démarche de prévention secondaire : prévenir ou de retarder la transition psychotique ou d'en limiter la sévérité et les conséquences
- Cela suppose de pouvoir reconnaître les sujets à risque
- Utilisation du concept « d'état mental à risque » / terme « d'état prodromique »: des troubles inéluctables (*Mc Gorry et Yung, 2003*)
- La question de la transition psychotique : perspective évolutive prenant en compte la progression de la maladie

# Phases évolutives précoces de la schizophrénie Larsen et al 1996

- Phase prémorbide
- Phase prodromique
- Phase psychotique : phase active sans traitement (durée de psychose non traitée) et la phase active traitée



CRITERES TRES HAUT RISQUE

PHASE PRE-MORBIDE

PHASE PRODROMIQUE

PHASE PSYCHOTIQUE

SYMPTOMES DE BASE

DUP

PHASE DE TRAITEMENT



# APPROCHES TRADITIONNELLES

# Phase prodromique

- Prodromes : signes avant- coureurs de la maladie
- Concept rétrospectif : apparition de symptômes précoces non spécifiques précédant l' apparition des premiers symptômes psychotiques
- A coté des symptômes de type positif ou négatif : autres symptômes « non spécifiques »
- Ne garantissent pas l' évolution vers un premier épisode psychotique mais peuvent indiquer un risque accru de transition vers la psychose

# Phase prodromique

- Débute : à l'adolescence ou au début de l'âge adulte: 15 et 25 ans
- Durée variable entre 2 et 5 ans (début insidieux)
- Présente chez 75% des patients schizophrènes



# Phase prodromique

## Indicateurs prodromiques précoces (non spécifiques)

- Retrait social
- Détérioration du fonctionnement
- Humeur dépressive
- Concentration
- Motivation
- Trouble du sommeil
- Anxiété
- Méfiance

## Indicateurs prodromiques tardifs (symptômes atténués)

- Comportement étrange
- Diminution de l'hygiène corporelle
- Affect inapproprié
- Discours vague ou trop élaboré
- Discours circonstanciel
- Croyances bizarres ou pensée magique
- Expériences perceptives inhabituelles

# Phase prodromique

- Signes névrotiques
- Signes thymiques
- Modification de la volition
- Troubles cognitifs
- Signes somatiques
- Modification du comportement
- Autres signes

*Yung AR. McGorry PD. Schizophr Bull.1996*

# Les limites

- DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux
  - DSM IIR : ensemble de symptômes prodromiques
  - DSM IV : non repris car non spécifique
  - DSM V : « psychosis risk syndrome »
- Limite du concept de prodromes : « faux positifs »

*Conus P. Rev Med Suisse 2012*

The background is a dark blue gradient. A thin, light blue curved line starts from the top left and curves towards the center. A larger, light blue shape, resembling a quarter-circle or a sector, is positioned in the lower right quadrant, overlapping the main background.

# DEBAT ACTUEL

# Le débat...

- Psychiatres d'adultes : de manière rétrospective des éléments retrouvés plus précocement dans la vie de sujets déjà situés dans un cadre psychopathologique
- Psychiatres d'adolescents : valeur prédictive à des signes discrets= optique probabiliste
- Approche probabiliste : états à très haut risque de psychose

# Approche rétrospective

- Etude allemande ABC (Age, Begin and Course) de Mannheim ( *Häfner* )
- 232 sujets évalués lors du premier épisode schizophrénique
  - Age moyen de 25,5 ans pour le premier symptôme négatif
  - 29 ans : le premier symptôme positif
  - 30,1 ans : le premier pic de symptômes positifs

- Instrument utilisé : IRAOS ( Interview for the Retrospective Assessment of the Onset schizophrenia)
- Phase prodromique : 5 ans
- 68% début insidieux, 18% aigu et 15% subaigu
- 73% des patients rapportaient rétrospectivement des signes prodromiques
- Symptômes non spécifiques et négatifs s'accumulent pendant des années
- Symptômes positifs apparaissent tardivement et s'amplifient avant l'hospitalisation

## *10 symptômes les plus fréquents au début du trouble :*

- Nervosité et inquiétude : 19%
- Humeur dépressive : 19%
- Anxiété : 18%
- Trouble du cours de la pensée/ concentration : 16%
- Soucis : 15%
- Manque de confiance en soi : 13%
- Perte d' énergie et ralentissement psychomoteur : 12%
- Baisse du rendement scolaire et professionnel: 11%
- Méfiance : 10%
- Repli social et baisse de la communication : 10%

*Hafner H. Eur Arch Psychiatry 1999*



# Approche probabiliste

- 2 concepts pour repérer les sujets à haut risque de transition psychotique :
  - L'approche « symptômes de base » évalués grâce à l'échelle BSABS (Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms)
  - Les critères « Ultra haut Risque » évalués grâce à la CAARMS (Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States) et la SIPS (Structured Interview for Prodromal Syndromes)

# Approche probabiliste

- On distingue :
  - Les programmes de détection de la phase prodromique précoce : approche « symptômes de base »
  - Les programmes de détection de la phase prodromique tardive : les critères « Ultra Haut Risque »

# Symptômes de base

- Décrits par Huber G. (1957) : manifestations non spécifiques de la schizophrénie
- Perturbations subjectives :
  - Concernent le vécu expérientiel
  - Ressenties par le patient (il en a conscience et les reconnaît comme anormaux)
  - Trouvent leur origine au niveau d'une défaillance cognitive élémentaire
  - Ne sont pas perçus par l'entourage

# Symptômes de base

- Traduction la plus proximale du processus physiopathologique sous jacent
- Dits de « base », car ils représentent les symptômes premiers de la schizophrénie à partir desquels se développent les symptômes positifs
- Capables de les observer avec un certain détachement, de les décrire, de développer des moyens d'adaptation (lutte, compensation)

# Huit domaines de plaintes subjectives Koehler et Sauer 1984

- Affaiblissement des fonctions cognitives : altération des capacités à se concentrer, à être attentif, à mémoriser
- Altération des capacités à ressentir des émotions : irritabilité, excitabilité, impressionnabilité, émoussement affectif
- Perte d' énergie : fatigue, état d' épuisement soudain, hypersensibilité à tout effort
- Altération des fonctions motrices
- Altérations des sensations corporelles, des perceptions sensorielles, des fonctions autonomes
- Intolérance au stress

# Echelles d'évaluation

- Echelle de Bonn : Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms : BSABS (Gross et al 1987) : hétéro-questionnaire de 98 items
- Süllwold (1986) : Echelles d'évaluation des perturbations subjectives : Frankfurter Beschwerde Fragebogen
- Loas and coll. (1997) : Questionnaire des Plaintes de Francfort QPF : auto-questionnaire

# Le risque de transition?: étude de Klosterkötter à l'aide de la BSABS *Arg Gen Psychiatry 2001*

- Suivi durant 9,6 ans des patients non porteurs du diagnostic de schizophrénie mais dont 110 présentaient des signes prodromiques et 50 non
- 79 (49,4%) des 160 patients ont évolué vers la schizophrénie
- Absence de signes prodromiques exclut le diagnostic ultérieur de schizophrénie avec une probabilité de 96%, tandis que leur présence en prédit l'existence avec une probabilité de 70%

*Azorin JM. Conférence de consensus 2003*

- L'exploration des symptômes de base permet d'évaluer une symptomatologie très subjective
- Qui semble pouvoir prédire précocement un risque élevé de transition psychotique
- Avec la possibilité de développer des prises en charge précoces

*Bechdolf A., Klosterkötter J.  
British Journal of Psychiatry 2012*



# LA PAROLE AUX PATIENTS

*Schultze-Lutter F. Schizophrenia Bulletin 2009*

# Les critères « Ultra Haut Risque » de psychose

- La SIPS (Structured Interview for Prodromal Symptoms) : entretien semi-structuré associé à l'échelle de sévérité correspondante : la Scale of Prodromal Symptoms (SOPS) de Mc Glashan
- La Comprehensive Assessment of at Risk Mental State : CAARMS de Mc Gorry :
  - Entretien semi structuré de 28 items
  - 4 premiers items : à risque de transition psychotique

*Krebs M.O, L'Encéphale décembre 2014*

# Les critères « Ultra Haut Risque »

- Groupe de vulnérabilité : sujets souffrant de schizotypie ou un parent du premier degré souffrant d'un trouble psychotique associé à une baisse progressive du fonctionnement global
- Groupe « troubles psychotiques atténués » : soit par leur intensité, soit par leur fréquence
- BLIPS : symptômes psychotiques limités, intermittents et brefs < 1 semaine
- Taux de transition psychotique à un an=30%

**Tableau 1.**  
**La CAARMS, ses sept sous-échelles et**  
**28 items.**

**Symptôme de base de Huber.**

- **1. Symptômes positifs (pris en compte dans le critère d'état mental à risque)**
- 1.1 Troubles du contenu de la pensée
- 1.2 Idées non bizarres
- 1.3 Anomalies de la perception
- 1.4 Discours désorganisé
- **2. Changement cognitif : attention/concentration**
- 2.1 Changements cognitifs subjectifs
- 2.2 Changements cognitifs objectifs
- **3. Perturbation émotionnelle**
- 3.1 Perturbation émotionnelle subjective
- 3.2 Émoussement de l'affect observé
- 3.3 Affect inapproprié observé
- **4. Symptômes négatifs**
- 4.1 Alogie
- 4.2 Avolition/apathie
- 4.3 Anhédonie

- 5. Modification du comportement
- 5.1 Isolement social
- 5.2 Altération du comportement
- 5.3 Comportements désorganisés, bizarres, stigmatisant
- 5.4 Comportement agressif/dangereux
- 6. Changements physiques/moteurs
- 6.1 Plaintes subjectives d'altération du fonctionnement moteur
- 6.2 Changements dans le fonctionnement moteur observé
- 6.3 Plaintes subjectives d'altération des sensations corporelles
- 6.4 Plaintes subjectives d'altération des fonctions végétatives
- 7. Psychopathologie générale
- 7.1 Manie
- 7.2 Dépression
- 7.3 Intention suicidaire et automutilation
- 7.4 Labilité de l'humeur
- 7.5 Anxiété
- 7.6 Troubles obsessionnels et compulsifs (toc)
- 7.7 Symptômes dissociatifs
- 7.8 Diminution de la tolérance au stress habituelle
- 8. Critères d'inclusion
- 9. Seuil de psychose
- 10. Exclusion de l'étude

# CONCLUSION

- Intérêt de l'approche « symptômes de base » et des critères « Ultra Haut Risque » pour prédire la transition psychotique
- « Faux positifs »: tous n'évoluent pas vers la schizophrénie
- Loin d'invalider les programmes de détection précoce, cela en constitue l'enjeu même

# CONCLUSION

- Approches thérapeutiques vont devoir trouver leur spécificité à la phase précoce
  - Agir sur les facteurs de risque de la transition : le cannabis, les diagnostics de l'axe I , l'adaptation prémorbide
  - Prise en charge dont le niveau d'intervention évolue selon le degré symptomatique, acides gras polyinsaturés, antipsychotiques, approches centrées sur l'amélioration globale du fonctionnement, « case management », remédiation cognitive, approche intégrée des symptômes de base....

*Klosterkotter J. British Journal Of Psychiatry 2011*

*Bourgin J. Thèse en médecine 2010*