



# DSM-5

## Les Schizophrénies et Troubles psychotiques connexes: Changements et oublis

David Bloom, MD, FRCPC

1 novembre 2013



# Conflits intéressants

Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada	0.00 \$
Université McGill	0.01 \$
Collège des Médecins du Québec	0.1 \$
Janssen-Ortho	0.5 \$
BMS	0.5 \$
Pfizer	1.0 \$
Lundbeck/Otsuka	2.0 \$
Novartis	2.0 \$
Sunovion	5.0 \$
Douglas	6.0 \$
RAMQ	100.0 \$

# Objectifs

1. Réviser l'évolution historique des cadres diagnostiques pour cette catégorie diagnostique
2. Réviser les liens entre la pathophysiologie connue et le diagnostic d'une schizophrénie
3. Survoler le DSM-5, chapitre « psychoses »
4. Commenter les aspects utiles et moins utiles, et les lacunes du DSM-5 pour cette catégorie diagnostique

# Diagnostic, pronostic, traitement

- Diagnostic: identification et explication d'un tableau clinique – soulagement du patient et du médecin
- Pronostic: les maladies peuvent évoluer naturellement – résolution (guérison); résolution partiellement avec complications (handicap variable); mortalité
- Traitement: influence d'une intervention thérapeutique sur l'évolution naturelle d'une maladie

# Évolution historique des cadres diagnostiques pour les maladies psychotiques

- Antiquité: descriptions claires des maladies épisodiques plus affectives (ex.: le Roi Saül – trouble bipolaire) et les maladies non épisodiques et plus idéationnelles (ex.: l'Empereur Caligula – schizophrénie) – pas de traitement
- Moyen âge: maladie contre sorcellerie; hospices – pas de traitement
- Début de l'ère moderne: compréhension des maladies affectives et psychotiques avec déclin, donc « folie »; asiles – pas de traitement
- Fin du 19<sup>e</sup> et début du 20<sup>e</sup> Siècles
  - Kraepelin (1896): démence précoce contre folie maniaco-dépressive, déclin
  - Bleuler (1911): schizophrénie – emphase sur les aspects « dissociatifs » et sociaux plus que les aspects idéationnels/perceptuels – asiles, pas de traitement

# Évolution historique des catégories diagnostiques pour les maladies psychotiques

## Systemes de classification:

CIM-1 (1900)	85	Parésie générale des fous
	86	Folie (non puerpérale)
CIM-2 (1909)	67	Parésie générale des fous
	68	Autres types d'aliénation mentale
	73a	Hystérie, neuralgie, sciatique
CIM-3 (1929)	83	Parésie générale des fous
	84a	Démence précoce
	84b	Autres types de folie

# Évolution historique des catégories diagnostiques pour les maladies psychotiques

## Systemes de classification:

CIM-4 (1938)	84b	Schizophrénie (démence précoce)
	84c	Psychose maniaco-dépressive
	84d	Autres troubles mentaux
CIM-5 (1948)	300	Troubles psychotiques – y compris psychose schizo-affective
	301	Réaction maniaco-dépressive
	303	Paranoïa et états paranoïaques
	304-309	Autres psychoses
DSM-I (1952)		Collecte de données (asiles et armée américaine)

# Schizophrénies: pathophysiologies connues et liens au diagnostic clinique

- Évaluations symptomatiques/diagnostiques: variabilité augmente selon le nombre d'outils utilisés<sup>1</sup>
- Le fait que deux patients hypothétiques qui ne partagent aucun (ou presque) symptôme, mais qui portent le même diagnostic, compliquent la tâche !
- Il faut considérer et expliquer la présence des symptômes affectifs, cognitifs, négatifs et la variabilité en réponse thérapeutique et évolution clinique<sup>1</sup>

# Schizophrénies: pathophysiologies connues et liens au diagnostic clinique<sup>1</sup>

- Au moins 65 gènes reliés à la psychose (schizophrénie, bipolaire, dépression) sont identifiés<sup>2</sup> → dizaines de milliers de combinaisons possibles pour les plus simples combinaisons
- Facteurs environnementaux: stress, hypoxie, toxines, y compris tentatives répétitives d'un cerveau vulnérable à s'adapter à son environnement – continuum avec symptômes psychotiques non cliniques dans la population générale<sup>3</sup>
- Déconstruction du syndrome schizophrénique à partir des données biologiques les plus probantes<sup>4</sup>

# Schizophrénies: pathophysiologies connues et liens au diagnostic clinique<sup>1</sup>

- Déficit inhibitoire (désactivation diminuée de DMN- « default - mode network »; excède de puissance de bruit gamma
- Cortex hypo/hyperactif (fMRI)
- Déséquilibre cortico-souscortical de transmission dopaminergique (schizophrénie résistante: perte de réactivité)<sup>2</sup>
- Hypofonction NMDA
- Altération gliale
- Déficit en filtrage précortical
- Altérations régionales (déconnectivité)<sup>3</sup>
- Seul syndrome négatif est relié au pronostic<sup>4</sup>

# Schizophrénies: pathophysiologies connues et liens au diagnostic clinique

- Aspects thérapeutiques
- Clozapine supérieure chez « schizophrénie résistante »<sup>1</sup> malgré hétérogénéité évidente dans cette sous-catégorie (= efficace chez 2/3 des patients)
- Responsivité augmentée = maladie plus sensible en premier épisode<sup>2</sup>

# DSM-5: Les Schizophrénies et Troubles psychotiques connexes

- 301.22 Trouble schizotypal
- 297.1 Trouble délirant – erotomanique, grandiose jalousie, persécutoire, somatique, mixte, non spécifié
- 298.8 Trouble psychotique brève – avec/sans stress important; début postpartum
- 295.4 Trouble schizophréniforme – avec/sans éléments de pronostic favorable
- 295.9 Schizophrénie
- 295.7 Trouble schizoaffectif, bipolaire
- 295.7 Trouble schizoaffectif, dépressif
- 293.89 Catatonie associée ou due à une condition médicale

# Psychoses: Les aspects clés – Critères A

- Délires
- Hallucinations
- Pensée (discours) désorganisée
- Comportements anormaux ou grossièrement désorganisés (y compris la catatonie)
- Symptômes négatifs (expressivité émotionnelle, limitée, avolition)

# Les « spécifieurs »

- Après une durée d'une année de maladie:
  - Premier épisode: aigu, rémission partielle, rémission complète
  - Multi-épisodes: aigu, rémission partielle, rémission complète; continue, non spécifiée
  - Avec catatonie (pas trouble délirant)
  - Gravité

# Gravité : aspects généraux

- La recherche utilise une approche dimensionnelle à l'évaluation des symptômes depuis plus de 25 ans (ex.: PANSS, SANS, SAPS)
- Plusieurs catégories partagent les mêmes symptômes (ex.: délires en schizophrénie, trouble schizoaffectif, trouble bipolaire, dépression majeure; catatonie en schizophrénie, trouble bipolaire, dépression majeure)
- Autoévaluée, évaluée par parent/soignant, évaluée par clinicien

# Gravité : dimensions psychotiques

- Hallucinations, délires, discours désorganisé, comportement psychomoteur anormal, symptômes négatifs (expressivité émotionnelle limitée, avolition), fonction cognitive affaiblie, dépression, manie
- 0 – pas présent
- 1 – limite
- 2 – léger
- 3 – modéré
- 4 – grave

# Les changements importants: schizophrénie

- L'élimination de l'importance spécifique des délires « bizarres » et des hallucinations auditives de premier ordre schneiderien
- Besoins de 2 critères A pour le diagnostic
- Besoin d'au moins 1 critère de: délires, hallucinations, discours désorganisé
- L'élimination des sous types – paranoïde, catatonique, désorganisé, indifférencié
- Stabilité limitée
- Fiabilité faible
- Validité faible
- L'approche dimensionnelle afin de saisir l'hétérogénéité des symptômes et de leur gravité

# Les changements importants: schizophrénie

- L'emphase sur le syndrome de déficit
- Par contre, les fonctions cognitives souvent très touchées en schizophrénie, sont reléguées à la Section III
- L'emphase sur l'aspect longitudinal de la schizophrénie : premier épisode contre multi-épisodes; phase aiguë, rémission partielle, rémission complète; continue
- Mais pas schizophrénie « résistante »

# Les changements importants: schizophrénie

- Utilité limitée de la Section III
- Les dimensions aident le clinicien à penser à l'étendu symptomatique variable de la schizophrénie
- Par contre, les balises (« anchor points ») sont beaucoup moins précises que celles dans les échelles plus connues (ex.: PANSS)
- Peu d'aide à formuler les questions afin d'approfondir l'entrevue clinique
- L'impopularité des échelles chez la vaste majorité des cliniciens qui traitent la schizophrénie

# Les changements importants: trouble schizoaffectif

- Reconnu comme trouble longitudinal nécessitant la présence d'un trouble affectif pour la majorité de la durée une fois que délires et hallucinations sont présents (critères A)
- Néanmoins, aucune validité génétique
- Une complication d'un trouble bipolaire avec éléments psychotiques?

# Les changements importants: trouble délirant

- La possibilité d'inclure des délires « bizarres »
- Est-ce valide?
- L'utilité des spécifieurs après une année
  - Premier épisode
  - Multi-épisodes
  - Continue
- La validité d'utiliser la Section III dans cette catégorie

# Les changements importants: catatonie

- Reconnaissance de la présence des symptômes catatoniques à travers plusieurs maladies: dépression, trouble bipolaire, psychoses, conditions médicales
- Une maladie contre une dimension / un aspect d'autres maladies<sup>1</sup>

# Les oublis

- Diagnostic différentiel de trouble identitaire dissociatif (rare): présence de symptômes « psychotiques » reconnue dans le chapitre sur les troubles dissociatifs, mais pas reconnue dans le chapitre sur les schizophrénies et troubles psychotiques connexes
- Les « stades » de la maladie – pas de reconnaissance du « stade 4 » - maladie résistante - utile pour diriger le traitement vers la clozapine, toujours sous-utilisée au Canada
- Atténuation des symptômes après longtemps chez bon nombre de patients<sup>1,2</sup>
- Absence de paraphrénie tardive<sup>3</sup>

# En conclusion

- Quelques changements d'importance relativement mineure (élimination des sous types de la schizophrénie; reconnaissance de l'approche dimensionnelle; spécification des aspects longitudinaux; reconnaissance de la catatonie à travers plusieurs catégories diagnostiques)
- Reconnaissance des troubles de mouvement induit par médication et d'autres effets indésirables
- Reconnaissance d'autres conditions (généralement psychosociales) qui attirent l'attention clinique

Merci de votre attention!

