




# Comprendre les troubles d'allure psychotique

DR S LOUCHART DE LA CHAPELLE  
CHPG MONACO  
CENTRE DE LA MÉMOIRE – UNITÉ UCC



- **Peu d'études sur troubles psychotiques de la PA**
  - **Jusqu'à 2 sujets âgés sur dix vont vivre durant leur vieillesse une expérience délirante**
  - **Frontière étroite avec les syndromes confusionnels**
- 
- The diagram consists of three red double-headed vertical arrows. The top arrow connects the first and second bullet points. The bottom arrow connects the second and third bullet points. This indicates a relationship or comparison between the first and second points, and between the second and third points.

# Spécificités du contexte gériatrique

- Altérations sensorielles

- Altérations sociales

  - Carences affectives, solitude, sensibilité aux événements

- Vieillesse cérébrale

  - Altérations cognitives et mnésiques

  - Sensibilité au stress et aux agressions

- Augmentation du risque iatrogène

# DSM5 : Psychotic disorders

- abnormalities is one or more of the following five domains :
  - Delusions
  - Hallucinations
  - Disorganized thinking (speech)
  - Grossly disorganized or abnormal motor behavior (including catatonia)
  - Negative symptoms
- « psychotic features » : **delusions, hallucinations, formal thought disorder**

# Prévalence élevée des symptômes psychotiques... = enjeu clinique

- Risque d'avoir des symptômes psychotiques : 23 %
- 10 % des sujets de +85 ans non déments
- 5-15 % des patients gérontopsychiatriques hospitalisés
- 10-62% des sujets institutionalisés
- 27 % des sujets psychiatriques ambulatoires

*Ostling, 2002; Reinhardt, 2015*

# PSYCHOSE ET SUJETS AGES : Ensemble hétérogène

- **Psychoses primaires**
  - Psychoses vieilles
  - Psychoses tardives
- **Psychoses secondaires**
  - Etats confuso-oniriques
  - Les syndromes démentiels



Pas de signes pathognomoniques

# Plusieurs cadres diagnostiques possibles

- **Psychiatriques : pathologies vieilles ou de novo**
  - Dépression
  - Manie
  - Troubles schizophréniques : schizophrénie vieillie / schizophrénie tardive
  - Délires tardifs
- **Non Psychiatriques**
  - États confuso-oniriques
  - Syndromes démentiels

# Plusieurs cadres diagnostiques possibles

- **Psychiatriques**

- Dépression
- Manie
- Troubles
- Délires

TOUJOURS PENSER à :

1- trouble démentiel associé

2- un trouble dépressif

- **Non Psychiatriques**

- États confuso-c
- Syndromes démentiels

phrénie tardive



## TOUJOURS ELIMINER EN PREMIER LES CAUSES SECONDAIRES :

- Présentations cliniques orientant vers une cause secondaire :
  - 1- âge inhabituel de début des symptômes psychiatriques présentés
  - 2- absence ATCD familiaux de troubles psychiatriques
  - 3- absence ATCD personnels psychiatriques
  - 4- faible réponse aux traitements psychiatriques
  - 5- symptômes plus sévères /symptômes attendus
  - 6- changement brutal de personnalité
  - 7- comorbidités

# FR pour les troubles psychotiques chez la PA

Targum, 1999; Brunelle, 2012

- Isolement social
- Déficits sensoriels
- Déclin cognitif
- Maladie(s) somatique(s) intercurrente(s)
- Polymédication : toute substance passant la BHE
- Changements pharmacocinétiques/pharmacodynamiques
- OH
- Prédisposition génétique
- Modification avec l'âge : des structures cérébrales F-T; neurochimiques
- Traits de personnalité prémorbide
- Sexe féminin

<u>« The six d's approach »</u> Reinhardt,2015	Course	Proportion of all causes of psychoses	Type of psychoses
<b>Delirium</b>	Days to weeks	<b>10%</b>	Secondary
<b>Drugs, OH, toxins</b>	Days to months	<b>1% ?</b>	Secondary
<b>Disease</b>	Days to months	<b>10%</b>	Secondary
<b>Dementia</b>	Months to years	<b>40 %</b>	Secondary
<b>Depression and other affective disorders</b>	Weeks to months	<b>33% (depression)</b> <b>5% (bipolar)</b>	Primary
<b>Delusional disorder</b> <b>Schizo. spectrum</b>	Months to decades	<b>2% (delusions)</b> <b>1% (schizophrenia)</b>	Primary

# 1- Confusion : situation méconnue mais fréquente !

Medical	15–50%
Prevalent	15–20%
Incident	10–30%
General surgical	10–15%
Cardiac surgery	30%
Elective orthopaedic surgery	15–20%
Hip fracture	43–61%
Accident and Emergency	5–10%
Community	1–2%

*Inouye, 2014; Witlox, 2010; Anderson2005*

**IATROGENIE**

**SOMATIQUE**

**STRESS PSYCHO**

**PATHO PSY**

**CONFUSION AIGUE**

**Vieillessement  
cérébral**

**ETAT VULNERABILITE CEREBRALE**

**Pathologie  
cérébrale**

## Facteurs étiologiques

<b>Infections</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pulmonaire</li><li>• Rénale</li><li>• Intestinale</li><li>• Hépatique</li><li>• Cutanée</li><li>• Virale (VIH)</li></ul>	<b>Troubles neurologiques</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• TCC</li><li>• AVC</li><li>• Méningite</li><li>• Encéphalite</li><li>• Processus expansif</li><li>• Crise épileptique non convulsive</li></ul>
<b>Interventions chirurgicales</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Choc postopératoire</li></ul>	<b>Désordres psychologiques</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Survenue d'événements traumatiques</li><li>• Stress (deuil, séparation, déménagement)</li></ul>
<b>Troubles métaboliques</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Na, K, Ca, hypo/hyperMg</li><li>• Bicarbonates, phosphates</li><li>• Déshydratation</li><li>• Hypo/hyperglycémie</li><li>• Urémie</li><li>• Anémie</li><li>• Acidose/alcalose</li><li>• Endocrinopathie</li><li>• Hypoxémie</li><li>• Sevrage alcoolique</li></ul>	
<b>Troubles de l'élimination</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Constipation</li><li>• Rétention urinaire</li></ul>	<b>Liés à l'utilisation de médicaments</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Benzodiazépines</li><li>• Hypnotiques</li><li>• Sédatifs</li><li>• Antiépileptiques</li><li>• Certains neuroleptiques</li><li>• Antiparkinsoniens</li><li>• Antidouleurs</li><li>• Antibiotiques</li><li>• Anticancéreux</li><li>• Corticostéroïdes</li><li>• Antihypertenseurs centraux</li></ul>

Rôle de la douleur

**CONFUSION AIGUE**



**DEMENCE**

- **Rahkonen, 2000** : Delirium episode as a sign of undetected dementia among community dwelling elderly subjects: a 2 year follow up study
  - 51 patients de plus de 65 ans sans ATCD notables
  - **27 %** ont un diagnostic de démence juste après rémission de confusion
  - **55% ont un diagnostic au terme du suivi des 2 ans**
    - 27% MA et mixte
    - 20% DV
    - 4% DCL

# Diagnostic rapide pour une prise en charge rapide et adéquate

- BS
- EEG et neuroimagerie
- Traitement de la cause
- Facteur d'augmentation de mortalité et morbidité
- Privilégier les approches non médicamenteuses
- Antipsychotiques (Inouye, 2014; Freudenreich, 2009)
  - À réserver aux agitations sévères
- **Préventif** : diminuer les traitements sédatifs et antalgiques



## 2- Causes somatiques : « MINE »

- **Métaboliques** : VB12, Folates, Na, K, Ca, Mg, encéphalopathie hépatique ou urémique...
- **Infections** : Méningites, encéphalites (HBV), neurosyphilis, HIV...
- **Neurologiques** : PK, épilepsies, hématome sous dural, tumeurs (temporal, occipital / limbique, HT) ...
- **Endocriniennes** : Hypo/hyperthyroïdie, Hypo/hyper glycémie, PTH...

# Traitements pharmacologiques

- Si diabète, dyslipidémie et obésité
  - Eviter clozapine, olanzapine et AP conventionnels
- Si IC congestive, QTc allongé,
  - Eviter clozapine, (ziprasidone) et AP conventionnels
- Si obésité, troubles cognitifs, diabète, dyslipidémie, xerostomie, xerophthalmie
  - Risperidone (1<sup>er</sup>), Quetiapine (2<sup>e</sup>)

### 3- Drogues, Alcool, ... : problème méconnu

- Pas d'études contrôlées sur les abus de substances (licites ou illicites) chez le sujet âgé et leur prise en charge
- OH : entre 1 et 22 % selon les études
- Interventions non médicamenteuses ++
- Kuerbis, 2013 : *A Review of Existing Treatments for Substance Abuse Among the Elderly and Recommendations for Future Directions*
  - Etude sur 25 publications durant les 30 dernières années
  - Alcool, médicaments, cocaïne , héroïne
  - Rôle de la Naltrexone ?

## 4- Démences (Troubles neurocognitifs)

- Prévalence des troubles psychotiques : élevée +++ (70 à 90 %...)

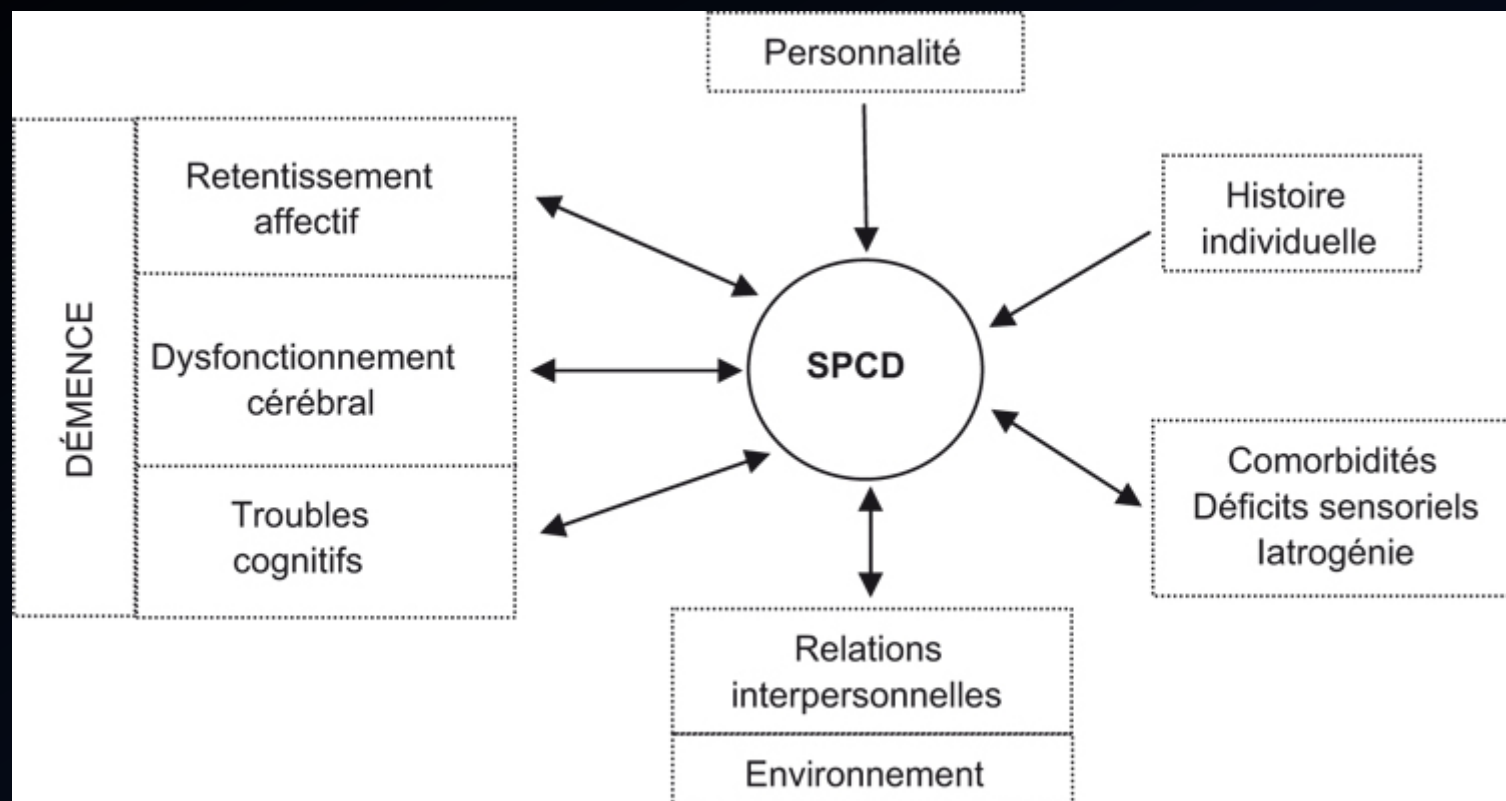
	Délire	Hallucinations	
<b>MA</b>	16-70 % (médiane 37%)	4-76 % (médiane 23%)	Variations selon les stades
<b>DV</b>	8% / versus 23 % pour MA	Idem /MA	Leroi, 2013
<b>NCDLB</b>	13-75%	25 – 83 % visuelles	Fréquence des délires d'identification (29-50 %)
<b>NCDPK</b>	12-60 %	10-60%	Éliminer un ES des traitements

## 4- Troubles neurocognitifs : troubles psychotiques

- Autres troubles du comportement fréquents : agitation, agressivité, comportement d'errance, opposition ...
- 90 % des sujets porteur d'une MA ont au moins un trouble du comportement (SPCD)
- Sont un FR pour agitation et agressivité
- Sont associés à un plus mauvais pronostic fonctionnel

## 4- Troubles neurocognitifs

- Troubles de l'identification
  - MA (25%) , NCDLB (29-50%) (Ballard, 1999; Nagahama, 2007)
  - Perte de la reconnaissance de sa propre image, des personnes, des lieux
  - Fausses reconnaissances
- Délire de Capgras ou délire d'illusion des sosies
- Syndrome d'illusion de Frégoli (substitution psychique)
- Phantom boarder syndrome (Hwang, 2003)



## 5- Schizophrénie tardive : entité à part entière ?

- Howard, 2000 : Late-onset schizophrenia (LOS) and very-late-onset (VLOS) schizophrenia- like psychosis : an international consensus
- PREVALENCE ?
  - Bleuler : LOS 15 % / VLOS 5%
  - 0,6 % entre 45 et 64 ans / 0,1 % à 0,5 % après 65 ans
  - Proportion d'émergence après 40 ans : 23,5%
  - 2 Femmes/1 Homme



# 5- Schizophrénie tardive : entité à part entière ?

Characteristic	Late-onset (age 45 and older)	Early-onset (before age 45)
Gender	More women	More men
Type	Paranoid	Varies
Positive symptoms	Severe	Severe
Negative symptoms	Less severe	More severe
Duration of illness	Chronic	Chronic
Cognition	Less impaired	More impaired
Neuroimaging	Nonspecific changes	Nonspecific changes
Antipsychotic dose	Lower	Higher
Mortality rates	High	High
Premorbid function	Good	Schizoid traits


## 5- Schizophrénie tardive : entité à part entière ?

<b>Characteristic</b>	<b>Dementia</b>	<b>Late-onset schizophrenia</b>
Incidence	50 to 70%	1 to 2%
Bizarre delusions	Uncommon	Common
Hallucinations	Usually visual	Usually auditory
History of psychosis	Rare	Common
Misidentification	Common	Less common
Maintenance treatment	Usually unnecessary	Common
Antipsychotic dosage	25% of dosage for adult schizophrenia	50% of dosage for adult schizophrenia

# Schizophrénie après 65 ans

- Revue de la littérature Lagodka & Robert, 2009
  - Lien entre schizophrénie tardive et MA ?
  - → **la schizophrénie tardive ne serait pas le prodrome de la MA**
- Tauopathie limbique ?

## 6- Schizophrénie vieillie

- Allongement de l'espérance de vie
- Malgré taux mortalité prématurée X2-X3 /pop générale
-  Sz > 65 ans : 0,1 à 0,5 % de la population
- CLINIQUE : +++ hétérogénéité des évolutions
  - Réduction de la symptomatologie positive
  - Majoration des symptômes négatifs
  - Persistance des troubles de la pensée
  - Dimension dépressive + fréquente

## 6- Schizophrénie vieillie

- Comorbidités psychiatriques
  - Dépression : X1,5 à 3 /pop contrôle de même âge non schizophrène
  - Taux fumeur X2
- Comorbidités somatiques (Etude CATIE, Mc Evoy, 2005)
  - Prévalence X 1,5 à 2 pour : diabète, HTA, obésité
  - 2 X plus de syndrome métabolique
  - Sur 1500 patients avec une schizophrénie traitée
    - 88 % des patients dyslipidémiques ne recevaient aucun traitement
    - 62 % des patients hypertendus n'avaient pas d'antiHTA
    - 30 % des patients diabétiques n'avaient pas de traitement

## 6- Schizophrénie vieillie

- Quid des fonctions cognitives ?
- Grande variabilité des déficits cognitifs +++
- Modulation par mode de vie et les symptômes présents dès le début de la maladie
- Peu d'études, méthodologies différentes

## 7- les délires du sujets âgés (delusional disorder)

- 1 ou plusieurs délires pendant au moins 1 mois (DSM V), en éliminant un diagnostic de schizophrénie
- Classification en sous-types
  - Erotomanie
  - Grandeur
  - Jalousie
  - Persécution
  - Hypochondrie ...
- Peu d'études : Prévalence 0,03% (Maher, 2005)

## 7- les délires du sujets âgés (delusional disorder)

- Les délires chroniques non schizophréniques (France)
  - Paranoïa
  - PHC
  - Paraphrénie
- → Soit vieillis soit d'apparition tardive



# Psychose Hallucinatoire Chronique

- PHC du sujet âgé / Paranoïa hallucinatoire d'involution de Kleist
- Délire chronique sans évolution déficitaire ou dissociative
- Hallucinations riches et variées (auditives ++)
- Automatisme mental
  - Idéomoteur
  - Sensoriel
  - Psychomoteur
- Pas de symptômes négatifs
- Pas de passé psychiatrique

## Paraphrénie tardive

- Roth et Morrisey, 1952
- Symptomatologie paranoïde d'installation tardive
- Sans atteinte cognitive
- Sans confusion
- Sans trouble affectif primaire
- +/- hallucinations auditives non prépondérantes

## 7- les délires du sujets âgés (delusional disorder)

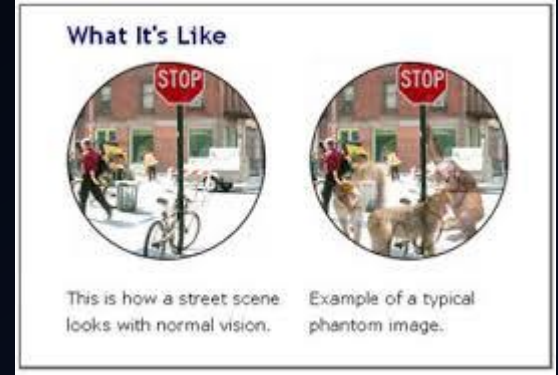
- Pas d'anomalies neuro-anatomiques mises plus spécifiquement en évidence
- Mais importance :
  - Déficit auditif
  - Déficit visuel
- Délires liés à des phénomènes de désafférentation : Charles Bonnet, Paranoïa des sourds, délire Eckbom

# Délire d'Eckbom



- Délire chronique, systématisé, en secteur, monothématique
- rare
- 2-3 femmes /1 homme
- Solitude, conditions matérielles précaires
- Rechercher une symptomatologie dépressive

# Syndrome de Charles Bonnet



- Ophtalmopathie : DMLA, cataracte, rétinopathie diabétique
- Hallucinations visuelles, colorées, complexes, détaillées
- Peu effrayant
- 11% des mal-voyants
- Marqueur précoce de démence ?

## Cas particulier : délire « adaptatif »

- Les troubles délirants tardifs sont favorisés par les pertes que vit la personne âgée et ont un aspect défensif face à l'angoisse que déclenchent celles-ci.
  - La perte du partenaire
  - la solitude



Délire de négation ou délire du compagnon tardif.

## 8- Episode dépressif majeur

- 4 à 7 % des sujets de plus de 55 ans (Luppa, 2012)
- Risque de faire un EDM chez les 65 ans et + : 9,8 % (Kessler, 2010)
- Éléments psychotiques plus fréquents chez le sujet âgé déprimé
  - 20 à 45 % des sujets déprimés hospitalisés
  - 15 % en ambulatoire
- Délire le plus souvent congruent avec l'humeur
  - Culpabilité, inutilité, ruine, pauvreté
  - Hypochondriaques
- Hallucinations peu fréquentes

## 8- Episode dépressif majeur

- Meyers, 2009 : A Double-blind Randomized Controlled Trial of Olanzapine Plus Sertraline vs Olanzapine Plus Placebo for Psychotic Depression
  - 259 sujets : <60 = 117; ou ≥60 ans = 142
  - Supériorité de l'association olanzapine + sertraline chez les sujets âgés
- Pas de traitement psychotrope sans mesures psychothérapeutiques et psychosociales
  - Thérapies comportementales



## 9- Accès maniaque

- 3 sous groupes de TB chez sujets âgés (Galland, 2005)
  - 1- Récurrences maniaques et dépressives se poursuivent après 60 ans
  - 2- Bipolarisation tardive (5-18 %)
  - 3- Manie après 60 ans sans ATCD thymique antérieur (20-26%)
- Prévalence TB estimé entre 0,25% et 1 % (Kessler, 2005)

## 9- Accès maniaque

- Manie inaugurale
  - Souvent attribuée à **une cause secondaire**
    - Pharmacologique
    - Métabolique
    - Neurologique +++ (dans 71 % des cas , Galland 2005)
  - Plus fréquemment associée à des troubles cognitifs
- Traitement : Revue de littérature, Sajatovic & Chen ,2011
  - Tous les antipsychotiques atypiques (sauf la clozapine)
  - Olanzapine-fluoxétine pour les patients mixtes

*AVC OF, basotemporal Dt  
AVC ou T région péri HT  
Huntington  
Lésions SB  
TC  
Neurosyphilis  
CJ  
DFT*

# CONCLUSION

- Risque de vivre une expérience psychotique dans la population âgée jusqu'à 23 % ...
- 3 patients sur 5 : psychoses secondaires
- Examen clinique et paraclinique minutieux : les 6 « D » +++
- Traitement sous-tendu par les différentes causes
  - Rôle et intérêt des traitements non pharmacologiques
  - Rôle des interventions préventives (psychoses 2d)
  - Utilisation des AP : RDV après la pause !



MERCI POUR VOTRE ATTENTION !

**Drug**

**Administration**

**Clozapine**

Use limited by potential for agranulocytosis, need for weekly blood counts  
Higher risk for diabetes, hyperglycemia, pancreatitis  
Very sedating  
"Black box" warning for myocarditis (March 2002)  
NOT a first-choice drug for older persons

**Risperidone**

Usual geriatric dosage 1 to 2 mg/d  
Risk of EPS increases significantly with dosages > 2 mg/d  
Can cause persistent hyperprolactinemia

**Olanzapine**

Usual geriatric dosage 2.5 to 12.5 mg/d (qd dosing)  
Excellent choice as first-line drug in older patients  
Anticholinergic side effects ordinarily not a problem in vivo despite receptor profile of M1-M5 antagonism  
May be weight-neutral in older patients

**Quetiapine**

Geriatric dosage 25 to 400 mg/d  
Very low potential for EPS  
Can be a first choice for patients with Lewy body dementia and Parkinson's disease  
Sedation increases with dosages > 200 mg/d

**Ziprasidone**

Geriatric dosage 40 to 160 mg/d  
Significant concern about QT prolongation in older patients, especially women and those with pre-existing cardiac disease, chronic mental illness, hypokalemia, and hypomagnesemia  
Not recommended as first-line therapy in elderly ("bold" warning)  
Not approved for IM use in United States; restrictions on use in many European countries

EPS: Extrapyramidal symptoms

# Psychoses tardives

- Utiliser les antipsychotiques avec prudence chez le sujet âgé
- Adapter le traitement à l'étiologie du délire: psychose, dépression délirante, agitation délirante des démences, syndrome confusionnel
- Recourir en première intention aux antipsychotiques atypiques
- Dans la démence, ne traiter que si conséquences comportementales ou détresse du patient et ou de la famille après traitement symptomatique et abord non médicamenteux
- Atteindre la dose efficace en plusieurs jours, toujours minimale pour le moins d'effets secondaires possibles (1/2 ou 1/3 de l'adulte jeune)
- Privilégier monothérapie, proscrire correcteurs anticholinergiques
- Éviter produits retard: risque d'accumulation et syndrome malin (masse musculaire réduite)
- Préférer la voie orale même si agitation
- Réévaluer rapidement la prescription qui doit être de courte durée en cas de démence
- Pas d'arrêt brutal si passage de produit conventionnel à atypique: risque de rebond cholinergique et aggravation des dyskinésies
- Attention aux Démences à corps de Lewy (DCL): risque d'intolérance grave, de syndrome malin

Inhibiteurs de l'acétyl-cholinestérase Mémantine	Apathie, agitation, anxiété, idées délirantes, hallucinations Agitation, délire, anxiété
Antidépresseurs ISRS	Dépression, anxiété, irritabilité, perturbations émotionnelles, impulsivité, stéréotypies
Antipsychotiques	Idées délirantes, hallucinations avec agitation ou agressivité Prescription brève (10 j)
Anxiolytiques	Réserver à la crise anxieuse ou insomnie après essai renforteur du sommeil (risque réaction paradoxale)
Anticomitiaux	Agressivité, agitation rebelle

- Décrypter le sens du symptôme, ses facteurs déclenchant et d'entretien par une analyse fonctionnelle et une bonne connaissance du patient (importance de l'accueil et de l'anamnèse)
- Ne traiter par des psychotropes qu'après avoir tenté traitement étiologique (douleur...), traitements symptomatiques de la démence et interventions non pharmacologiques
- Évaluer l'impact du trouble du comportement sur le patient et l'entourage avant traitement psychotrope
- Respecter une hiérarchie de prescription des médicaments et cibler en fonction de la symptomatologie
- Privilégier les molécules les mieux tolérées en évitant les produits à effet anticholinergique
- Toujours réévaluer fréquemment le traitement, savoir l'arrêter car le trouble peut cesser
- Informer le patient et associer l'aidant au traitement (éducation thérapeutique)

## Maladie bipolaire du sujet âgé

- Tableau clinique souvent atypique avec fréquence des **épisodes mixtes** et des **cycles rapide** et symptômes moins « purs » que chez le jeune:
  - Irritabilité, instabilité, colère, déambulation.
  - Persécution, méfiance > Mégalomanie.
  - Tachypsychie confuse.
  - Troubles cognitifs.
  - Insomnies; inversion du cycle de sommeil.
  - Anxiété ++.
  - Labilité de l'humeur. Euphorie rare.



- Mme Z., âgée de 72 ans, présente des hallucinations auditives depuis dix jours lorsqu'elle est hospitalisée. Elle est alors décrite comme étant très agitée ; elle est logorrhéique et ponctue son discours par de grands gestes. Le cours de sa pensée est accéléré avec fuites des idées. Elle effectue des digressions incohérentes. Elle introduit des transformations syntaxiques dans le discours. Elle salue le médecin en latin, développe des idées délirantes basées sur des thèmes mystiques et mythologiques. Elle présente toujours des hallucinations auditives (cloches, voix). La patiente est désorientée dans le temps, mais elle est correctement orientée dans l'espace et par rapport aux personnes. Son humeur est euphorique et exaltée.

- Mme Y., âgée de 68 ans, présente pour la première fois de son existence, sur plusieurs mois, la symptomatologie suivante : une difficulté progressive à prendre des initiatives et des décisions alors qu'elle avait un rôle de manager dans l'entreprise qu'elle dirigeait avec son mari. Elle se replie peu à peu sur elle-même et ne quitte plus son logement. Elle abandonne toutes ses activités, et donne une impression de «laisser-aller». Son discours devient stéréotypé et centré sur des plaintes somatiques. Son humeur est légèrement triste. Devant un état de régression qui devient de plus en plus grave, l'entourage de Mme Y. demande son hospitalisation



