



Psychose chez le patient âgé

Gérontopsychiatrie

Guy Léveillé, psychiatre, CHUM

Angela Geloso, psychiatre, HLHL

18 janvier 2011

HLHL

PLAN

- Généralités
- Épidémiologie
- Diagnostics possibles
- Historique

Plan (suite)

- Schizophrénie (à début tardif)
- Trouble délirant
- Schizophrénie (à début précoce - vieillissant)
- Sx psychotiques dans la démence et «autres psychoses»
- Particularités du traitement – investigation
- Algorithme – vignettes cliniques

Généralités

- Prévisions démographiques
 - Au Québec, 15% de la population \geq 65 ans (recensement 2006)
 - Groupe qui s'accroît le plus: «old-old» (80 ans et plus)
- Incidence de la psychose augmente avec l'âge
- Prévalence des troubles psychiatriques: 25 %
ainés en institution > dans la communauté (~13 %)
- Âge et particularités des présentations cliniques

Épidémiologie

Sx paranoïdes chez le patient âgé

- 5% dans la communauté
- 10-63% en résidence
- 50% dans la démence
- Étude suédoise (Ostling.& al. 2002)
 - ≥ 85 ans : 10% dans la communauté
(sans démence)

Diagnostiques possibles

- **Démence (n°1)**
- Maladies affectives (n°2)
- Delirium (n°3)
- Secondaire à drogues-Rx
- Secondaire à cause médicale générale
- **Schizophrénie -Tr. délirant**
- Tr. Psychotique N.S...



Diagnostiques possibles

- Démence:
 - 480 000 canadiens
 - 103 700 nouveaux cas par an
- Diagnostiques non mutuellement exclusifs ...

Historique

- Kraepelin (1894)

- paraphrénie

ensemble de symptômes paranoïdes + délire + hallucinations avec personnalité et cognition préservées

majorité de femmes vivant seule...

- dementia praecox

- Kraepelin doute... (dementia vraiment?)

(praecox vraiment?)

- Bleuler (1911)

- schizophrénie

Historique (suite)

- Roth Morissey (1952)
 - résurrection : «late paraphrenia»
- DSM III (1980) : Abandon paraphrénie
- DSM IV (1987) : Abandon de la spécificité de l'âge dans la schizophrénie
(DSM III R: «late» > 45 ans)
- DSM V : ?

Schizophrénie

- À début tardif (LOS / VLOSLP)
Late onset schizophrenia
(LOS)
Very late onset schizophrenia-like-psychosis
(VLOSLP)
- À début précoce : vieillissant

Schizophrénie à début tardif

- Consensus international
(Howard et al, Am J of Psychiatry, 2000)
 - Late onset schizophrenia (40-60 ans)
(un «sous-type» de schizophrénie)
 - Very late onset schizophrenia – like
psychosis (> 60 ans)

Schz – début tardif

- LOS (40-60 ans)
 - 15-23% diagnostic après 40 ans
 - neurodéveloppementale
- VLOSLP (60 ans et plus)
 - 3% après 60 ans
 - entité distincte ?
 - parfois difficile à diagnostiquer cliniquement
 - neurodégénératif?



Schz. - début tardif


Étiologies

- Génétique – études familiales
- Genre – « sex- ratio »
- Imagerie cérébrale



Schz. – début tardif Étiologies (suite)

- Déficits sensoriels
- Personnalité prémorbide et style cognitif



Schz. – début tardif

Description clinique

- Symptomatologie
 - délire paranoïde souvent bien organisé/hallucinations
 - affect souvent préservé
 - moins de troubles formels de la pensée et de symptômes négatifs
- Cognition
 - moins de déficits dans apprentissage/abstraction
 - + flexibilité mentale que pts avec début précoce vieillissant
- Comorbidité : dépression



Critères DSM IV Schizophrénie

- Critère A: (2/5)
- Critère B: dysfonction
- Critère C: durée
- Critère D-E: exclusions
- Critère F: relation avec TED



Critères DSM IV

Trouble psychotique N.S.



Diagnostic différentiel

- Démence
- Délirium
- Dû à condition médicale – Rx – substances
- Tr. Humeur avec caractéristiques psychotiques
- Tr. Délirant



Démarche à suivre pour un diagnostic différentiel

- ID-RC
- ATCD psychiatriques personnels / familiaux
- ATCD médicaux
- Rx – hab
- HMA / hx personnelle
- Examen mental / (physique – neurologique)
- Imp. Diagnostique / investigation / traitement)


Trouble délirant

- Prévalence : 0,03%
- ♀ > ♂
- ♂ : 40-49 ans
- ♀ : 60-69 ans
- Les plus fréquents :
 - de persécution
 - d'infestation
 - d'être atteint d'un cancer



Trouble délirant (suite)

- Facteurs de risque
 - hx fam. schizophrénie
 - t.p. évitant / schizoïde / paranoïde
 - perte d'audition
 - immigration
 - niveau socio-économique bas

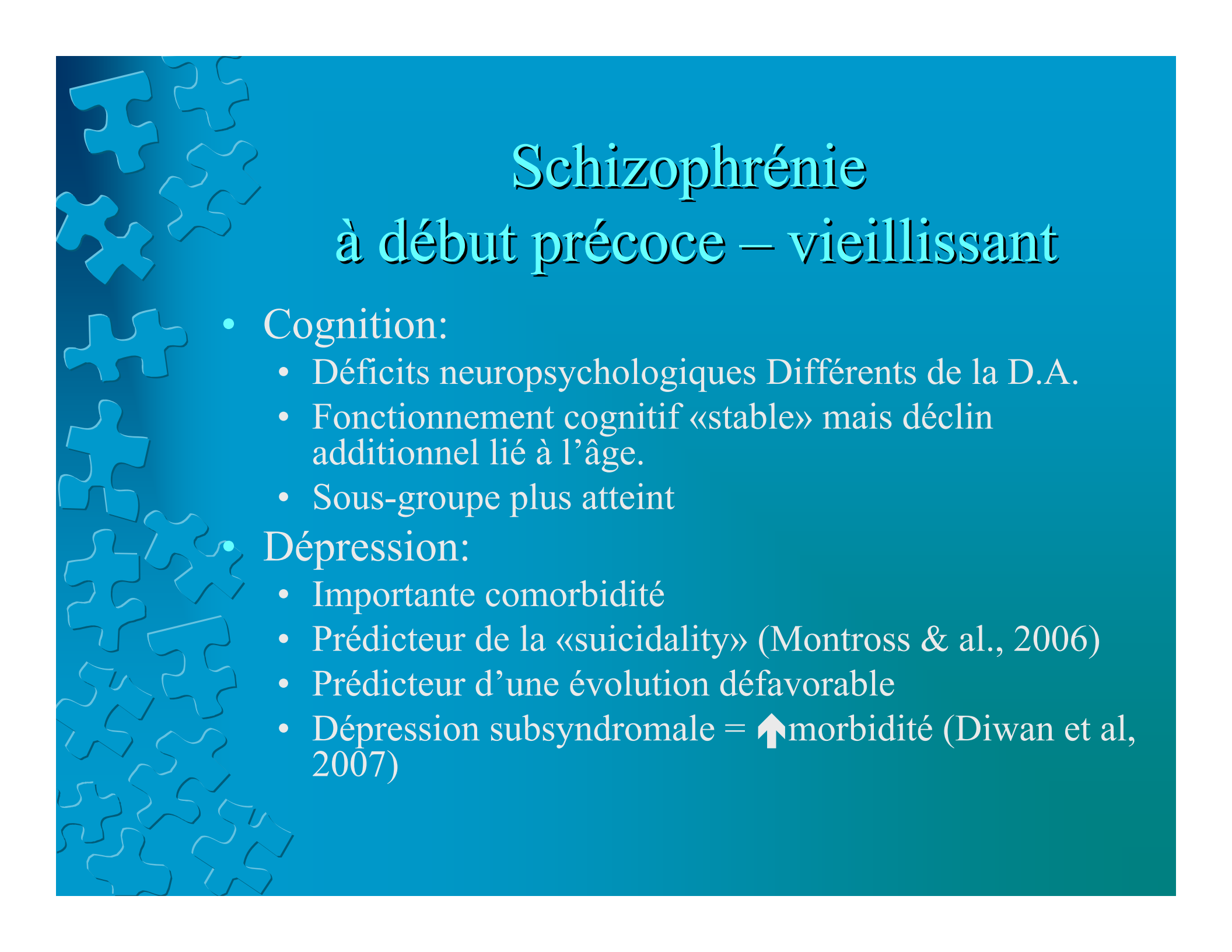


Schizophrénie

à début précoce – vieillissant

- 85 % des pts de >55 ans: début de la maladie avant 45 ans
- Prévalence de la schz. chez patient âgé:
0.3 % à 0.5 %
- La majorité (85 %) vivent dans la communauté
- «Amélioration» de la maladie en vieillissant
- Évolution variable (outcome)

Auslander, Jeste (2004): 10 % rémission soutenue



Schizophrénie

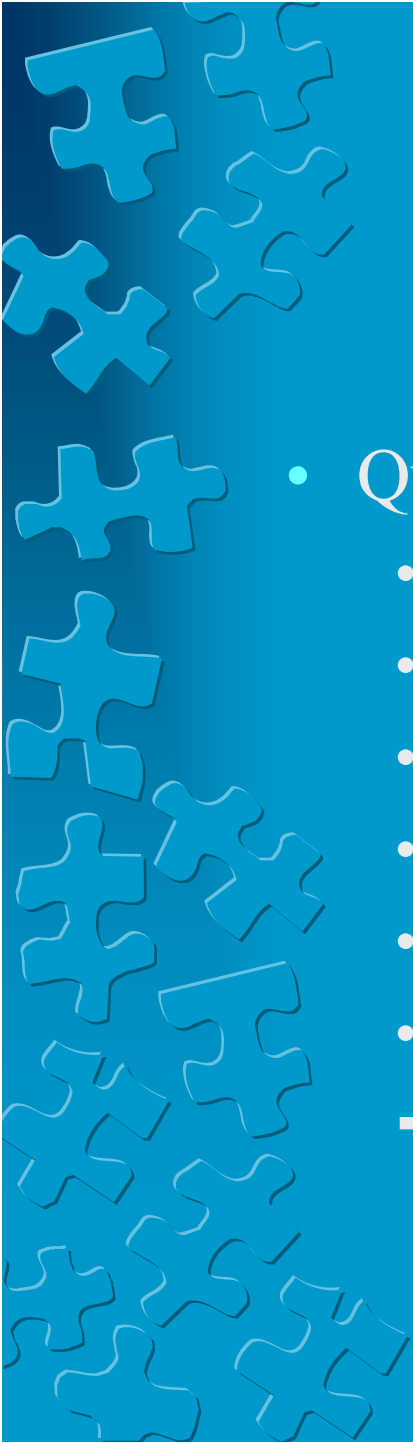
à début précoce – vieillissant

- Cognition:

- Déficits neuropsychologiques Différents de la D.A.
- Fonctionnement cognitif «stable» mais déclin additionnel lié à l'âge.
- Sous-groupe plus atteint

- Dépression:

- Importante comorbidité
- Prédicteur de la «suicidalité» (Montross & al., 2006)
- Prédicteur d'une évolution défavorable
- Dépression subsyndromale = ↑morbidity (Diwan et al, 2007)



Schizophrénie à début précoce – vieillissant

- Qualité de vie moindre associée à:
 - Dépression / anxiété / maladies physiques
 - Déficits cognitifs
 - Difficultés financières
 - Isolement social / pauvre soutien social
 - Pauvres habiletés sociales
 - Effets secondaires de la Rx
- ➔ APPROCHE MULTIMODALE NÉCESSAIRE

TABLE 17-1. Comparison of early-onset schizophrenia, late-onset schizophrenia, and very late-onset schizophrenia-like psychosis

Feature	Early-onset schizophrenia	Late-onset schizophrenia	Very-late-onset schizophrenia-like psychosis
Age at onset	Before 40	Middle age (~40–60)	Late life (60+)
Female preponderance	–	+	++
Negative symptoms	++	+	–
Minor physical anomalies	+	+	–
Neuropsychological impairment			
Learning	++	+	?++
Retention	–	–	?++
Progressive cognitive deterioration	–	–	++
Brain structure abnormalities (e.g., strokes, tumors)	–	–	++
Family history of schizophrenia	+	+	–
Early childhood maladjustment	+	+	–
Daily neuroleptic dose	++	+	+
Risk of tardive dyskinesia	+	+	++

+ = mildly present; ++ = strongly present; ?++ = probably strongly present, but limited data exist; – = absent.

Source: Adapted from Palmer et al. 2001

TABLE 17–2. Comparison of psychosis of Alzheimer’s disease with schizophrenia in older patients

Feature	Psychosis of AD	Schizophrenia
Prevalence	35%–50% of AD patients	Less than 1% of general population
Bizarre or complex delusions	Rare	Frequent
Misidentification of caregivers	Frequent	Rare
Common form of hallucinations	Visual	Auditory
Schneiderian first-rank symptoms	Rare	Frequent
Active suicidal ideation	Rare	Frequent
Past history of psychosis	Rare	Very common
Eventual remission of psychosis	Frequent	Uncommon
Need for years of maintenance on antipsychotic medication	Uncommon	Very common
Usual optimal daily doses of commonly used atypical antipsychotics:		
Risperidone	0.75–1.5 mg	1.5–2.5 mg
Olanzapine	2.5–7.5 mg	7.5–12.5 mg
Recommended adjunctive psychosocial treatment	Sensory enhancement, structured activities, social contact, behavior therapy ^a	Cognitive-behavioral therapy, social skills training ^b

Note. AD = Alzheimer’s disease.

^aCohen-Mansfield 2001.

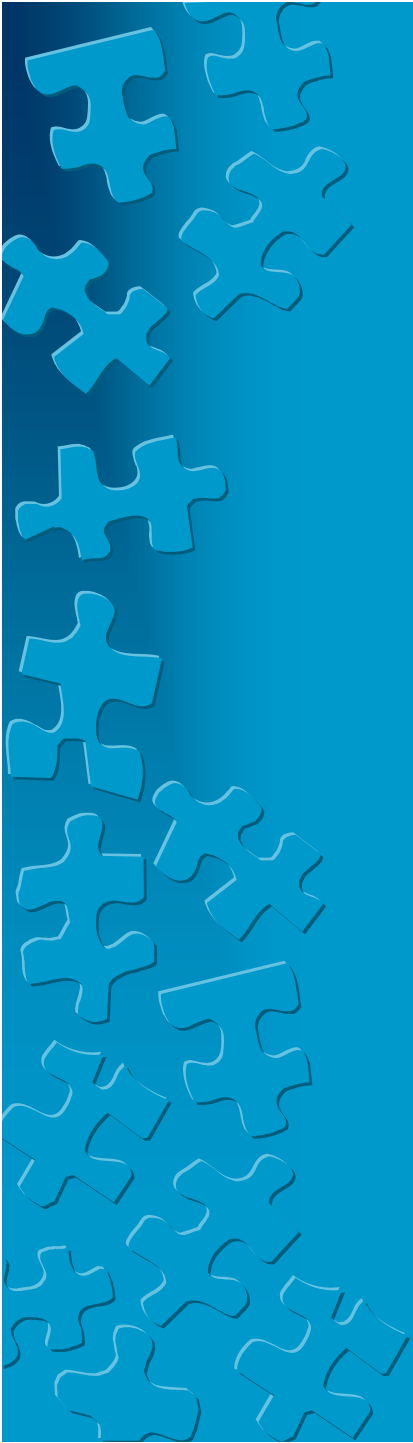
^bGranholm et al. 2002; McQuaid et al. 2000.

Source. Adapted from Jeste DV, Finkel SI: “Psychosis of Alzheimer’s Disease and Related Dementias: Diagnostic Criteria for a Distinct Syndrome. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 8:29–34, 2000. Used with permission.



Particularités de l'investigation

Algorithme





Vignettes cliniques