

Troubles psychotiques du sujet âgé

Ch. Arbus

Messages clés...

- Délires et hallucinations peuvent accompagner de nombreuses situations pathologiques
- Prévalence élevée
- Un trouble psychotique survenant tardivement est souvent le fait d'une maladie neurodégénérative
- Il faut savoir rechercher un trouble de l'humeur.

Messages clés...

- De nombreux facteurs de risques liés au vieillissement :
 - ✓ Atrophies corticales \pm focalisées (frontales, temporales)
 - ✓ Modifications neurochimiques
 - ✓ Maladies somatiques
 - ✓ Isolement
 - ✓ Déficits sensoriels
 - ✓ Troubles cognitifs
 - ✓ Polymédication
 - ✓ Modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques

Les situations cliniques

- Confusion
- Schizophrénie
- Trouble délirant
- Trouble de l'humeur
- Démence (quelque soit l'origine)
- Abus de substance
- Troubles métaboliques
- Affection médicale chronique
- Maladie neurologique
- Trouble psychotique induit par un médicament

Les classifications nosographiques

- « À la française... » : *États délirants fonctionnels aigus et chroniques*
 - ✓ Psychoses délirantes aiguës (BDA)
 - ✓ Groupe des schizophrénies
 - ✓ Délires chroniques systématisés (sans évolution déficitaire):
 - Psychose hallucinatoire chronique
 - Paraphrénie (rare, fantastique)
 - Délires paranoïaques :
 - Délire d'interprétation (Sérieux et Capgras)
 - Délire de relation des sensitifs (Kretschmer)
 - Délires passionnels

Les classifications nosographiques

- DSM IV : *Schizophrénie et autres troubles psychotiques*
 - ✓ Schizophrénie
 - Trouble schizophréniforme
 - Trouble schizoaffectif
 - ✓ Trouble psychotique bref
 - ✓ Trouble psychotique partagé (folie à deux)
 - ✓ Trouble psychotique dû à une affection médicale ou à une substance
 - ✓ Trouble délirant
 - Érotomaniaque
 - Mégalomaniaque
 - De jalousie
 - De persécution
 - Somatique

Épidémiologie (Ostling, Arch Gen Psychiatry, 2002)

- Échantillon représentatif de la population générale vivant à domicile ou en EHPAD âgés de 85 ans non déments : 347 sujets
- Suivis pendant 3 ans en évaluant les symptômes psychotiques, l'incidence de la démence et la mortalité.
- Symptômes psychotiques = 10,1%

	Prévalence %	Incidence démence OR (IC 95%)
Hallucinations	6,9	3,1 (1,4-6,8)
Idées délirantes	5,5	2,9 (1,2-6,9)
Idées paranoïdes	6,9	2,7 (1,2-6,2)

Épidémiologie (Ostling, *Int J Geriatr Psychiatry*, 2007)

- 392 sujets nés en 1901-1902, suivis de l'âge de 70 à 90 ans. Exclusion des déments
- Incidence d'un premier épisode psychotique = 4,8% et 19,8% chez les sujets ayant atteint 85 ans.

Table 5. The risk of developing dementia after first-onset of psychotic symptoms or paranoid ideation between ages 70–90

	Development of dementia <i>n</i> (%)	Hazard ratio	(95%CI)
No symptoms (<i>n</i> = 349)	88 (25.2%)		
Any psychotic symptom (<i>n</i> = 18)	8 (44.4%)	3.5	(1.7–7.3)
<i>Hallucinations</i> (<i>n</i> = 11)	7 (63.6%)	3.8	(1.7–8.2)
<i>Delusions</i> (<i>n</i> = 10)	3 (30.0%)	2.9	(0.7–11.8)
Paranoid ideation (<i>n</i> = 8)	1 (12.5%)	0.8	(0.1–5.4)

CI = Confidence Interval.

Troubles psychotiques vieillis

▪ Schizophrénies :

- ✓ Incidence après 65 ans de 0,1 à 0,5 %
- ✓ Évolution hétérogène :
 - 20% s'améliorent
 - 60% évolution sans modification
 - 20% s'aggravent
- ✓ Troubles cognitifs et détérioration fixés en 5 à 10 ans après le début des troubles
- ✓ Déficits cognitifs : apprentissage, mémoire de travail, attention, flexibilité mentale, fonctions exécutives sans différence d'évolution avec l'âge comparé à des sujets sains
- ✓ Les symptômes résiduels négatifs deviennent majoritaires et les symptômes positifs s'estompent
- ✓ Pondération du statut de malade mental par celui de personne âgée, moins d'hospitalisations

Troubles psychotiques vieillis

- Délires chroniques systématisés :
 - ✓ Peu de modification des troubles
 - ✓ Début plus tardif que la schizophrénie
 - ✓ Aucune atteinte cognitive
 - ✓ Respect d'une large partie de la vie intellectuelle et fonctionnement normal en dehors du champ délirant
 - ✓ Fonctionnement social altéré

Troubles psychotiques tardifs

- Deux entités pathologiques sont distinguées par la nosologie française (PHC, paraphrénie) = schizophrénie tardive des anglo-saxons
- Épisode psychotique aigu réactionnel
- Syndrome d'Ekblom, de Charles Bonnet, Folie à deux
- Pathologies neurodégénératives (SCPD)
- Troubles de l'humeur (syndrome de Cotard)

Troubles psychotiques tardifs

- Particularités :
 - ✓ Multifactoriels
 - ✓ Conscience souvent altérée
 - ✓ Transition entre trouble du caractère et délire : rôle de la personnalité antérieure +++
 - ✓ Déficits sensoriels
 - ✓ Rôle de la fragilisation cérébrale ?
 - ✓ Rôle de la précarité de l'entourage
 - ✓ Fréquence de la symptomatologie dépressive
 - ✓ Contenu plus concret, accroché aux objets et à son environnement immédiat ou son corps

PHC, paraphrénie tardive, SCZ tardive...

- Éliminer les diagnostics différentiels +++
- Début dans la deuxième partie de la vie, plutôt des femmes
- Hallucinations touchant tous les sens
- Automatisme mental
- Thèmes centrés sur la persécution, logique et pragmatique
- Adhésion totale, perplexe au début mais « supporte »
- Troubles du comportement : plainte, repli, fuite,...
- Aucune évolution déficitaire +++
- Pas de signe de dissociation +++

Syndrome d'Ekblom

- Délire d'infestation
- Syndrome non spécifique
- Croyance inébranlable
- Fréquemment associé à un trouble de l'humeur de type dépressif

Syndrome de Charles Bonnet

- Ophtalmopathes dans le grand âge
- Hallucinations visuelles complexes, persistantes ou répétées
- Colorées, riches en détails
- Personnages ou animaux
- Favorisé par baisse de la lumière ou du niveau de conscience
- Marqueur précoce de démence ?

Les symptômes psychotiques dans la DTA

Les troubles psycho-comportementaux

- Indissociables de l'altération cognitive au cours de l'évolution de la maladie
- Prévalence proche de 70 % en population générale
(Lyketsos CG et al., 2000) et 90 % en institution
- À l'origine de la décision du placement
- Principale source de fardeau pour l'aidant

A. Idées Délirantes

(NA)

Le patient croit-il des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ? Par exemple, il insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le voler. A-t-il dit que des membres de sa famille ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou qu'ils ne sont pas chez eux dans sa maison ? Je ne parle pas d'une simple attitude soupçonneuse ; ce qui m'intéresse c'est de savoir si le patient est vraiment convaincu de la réalité de ces choses.

Non _0

Oui _1

(passez à la question préliminaire suivante)

(Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous)

- | | oui | non |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Le patient croit-il être en danger ou que les autres ont l'intention de lui faire du mal ? | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _0 |
| 2. Le patient croit-il que les autres le volent ? | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _0 |
| 3. Le patient croit-il que son conjoint a une liaison ? | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _0 |
| 4. Le patient croit-il que des hêtres indésirables vivent sous son toit ? | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _0 |
| 5. Le patient croit-il que sa conjointe ou d'autres personnes ne sont pas ceux qu'ils prétendent être ? | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _0 |
| 6. Le patient croit-il qu'ils n'ont pas chez lui dans la maison où il habite ? | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _0 |
| 7. Le patient croit-il que des membres de sa famille ont l'intention de l'abandonner ? | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _0 |
| 8. Le patient croit-il que des personnes que l'on voit régulièrement dans sa maison ? (Essayez-t-il de leur parler ou de communiquer avec elles ?) | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _0 |
| 9. Croit-il en d'autres choses inhabituelles sur lesquelles je ne vous ai pas interrogé ? | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _0 |

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces idées délirantes.

Fréquence : Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent... ?

- | | |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Rarement : moins d'une fois par semaine | 1 <input type="checkbox"/> |
| Quelquefois : environ une fois par semaine | 2 <input type="checkbox"/> |
| Souvent : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours | 3 <input type="checkbox"/> |
| Très souvent : une fois ou plus par jour | 4 <input type="checkbox"/> |

Gravité : Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... ?

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Léger : les idées délirantes sont présentes mais elles semblent inoffensives et sont peu perturbantes pour le patient | 1 <input type="checkbox"/> |
| Moyen : les idées délirantes sont présentes et perturbantes pour le patient | 2 <input type="checkbox"/> |
| Important : les idées délirantes sont très perturbantes et représentent une source majeure de troubles du comportement. (L'utilisation de médicaments contre la demande indique que les idées délirantes ont un degré de gravité important) | 3 <input type="checkbox"/> |

Retenissement : À quel point, ce comportement est préjudiciable pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage) ?

- | | | | |
|-----------------------|----------------------------|-----------------------|----------------------------|
| Pas prouvants du tout | 0 <input type="checkbox"/> | Moyennement prouvants | 3 <input type="checkbox"/> |
| Légèrement prouvants | 1 <input type="checkbox"/> | Plutôt prouvants | 4 <input type="checkbox"/> |
| Assez prouvants | 2 <input type="checkbox"/> | Très prouvants | 5 <input type="checkbox"/> |

Évaluation des symptômes

- L'évaluation intègre l'identification des symptômes et leurs caractéristiques, et la recherche de facteurs étiologiques et précipitants.
- Le repérage de ces troubles doit être systématique et précoce.
- L'évaluation repose sur :
 - l'examen clinique médical
 - l'observation par les équipes
 - l'appréciation de la famille.
- Description:
 - rythme, fréquence, intensité
 - mode de survenue (facteurs déclenchants, précipitants)
 - évolution (aiguë, chronique)
 - facteurs d'amélioration
 - retentissement sur l'adaptation à la vie quotidienne et sur les aidants
 - influence de l'environnement.

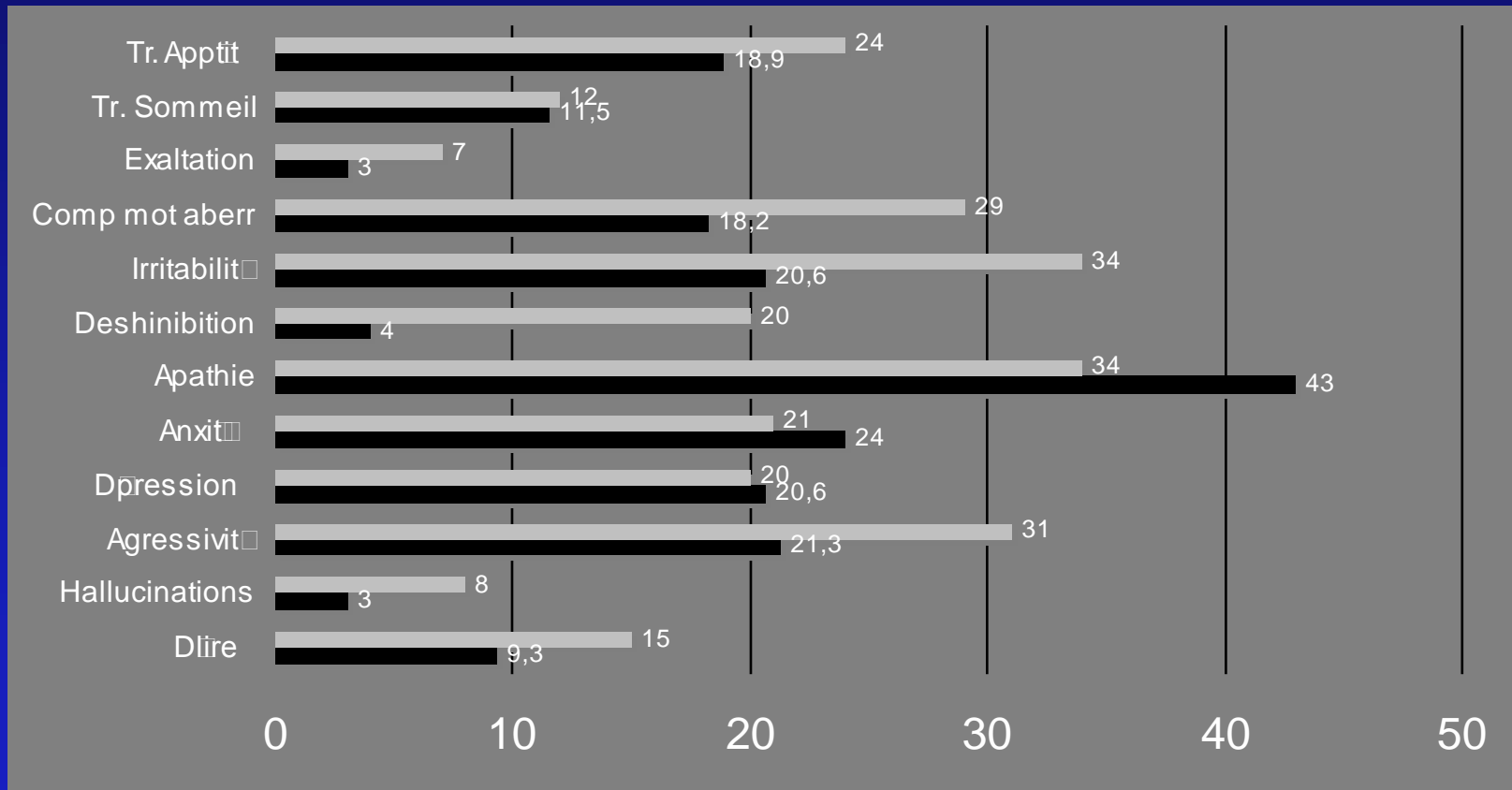
Troubles psychotiques

- **Pronostic défavorable +++**
- **Différencier le délire des propos incohérents dûs à l'altération cognitive**
- **Idées délirantes : 15 à 40 %**
 - Convictions fausses et inébranlables mais fluctuantes
 - Thématique de persécution fréquente (vol, jalousie)
- **Hallucinations : de 5 à 10 %**
 - Accompagnées d'anxiété
 - Fluctuantes parfois fugaces
 - Visuelles surtout

Troubles psychotiques

- **Troubles de l'identification** : environ 25 %
 - Dans les stades évolués de la maladie
 - Perte de la reconnaissance (lieux, personnes)
 - Troubles de la reconnaissance de sa propre image
 - Fausses reconnaissances
 - Phénomène de “fantôme”, conviction erronée d'une présence
 - Délire de “Capgras” : non reconnaissance d'un proche alors que la ressemblance est soulignée, identification d'un sosie
 - Syndrome de Frigoli

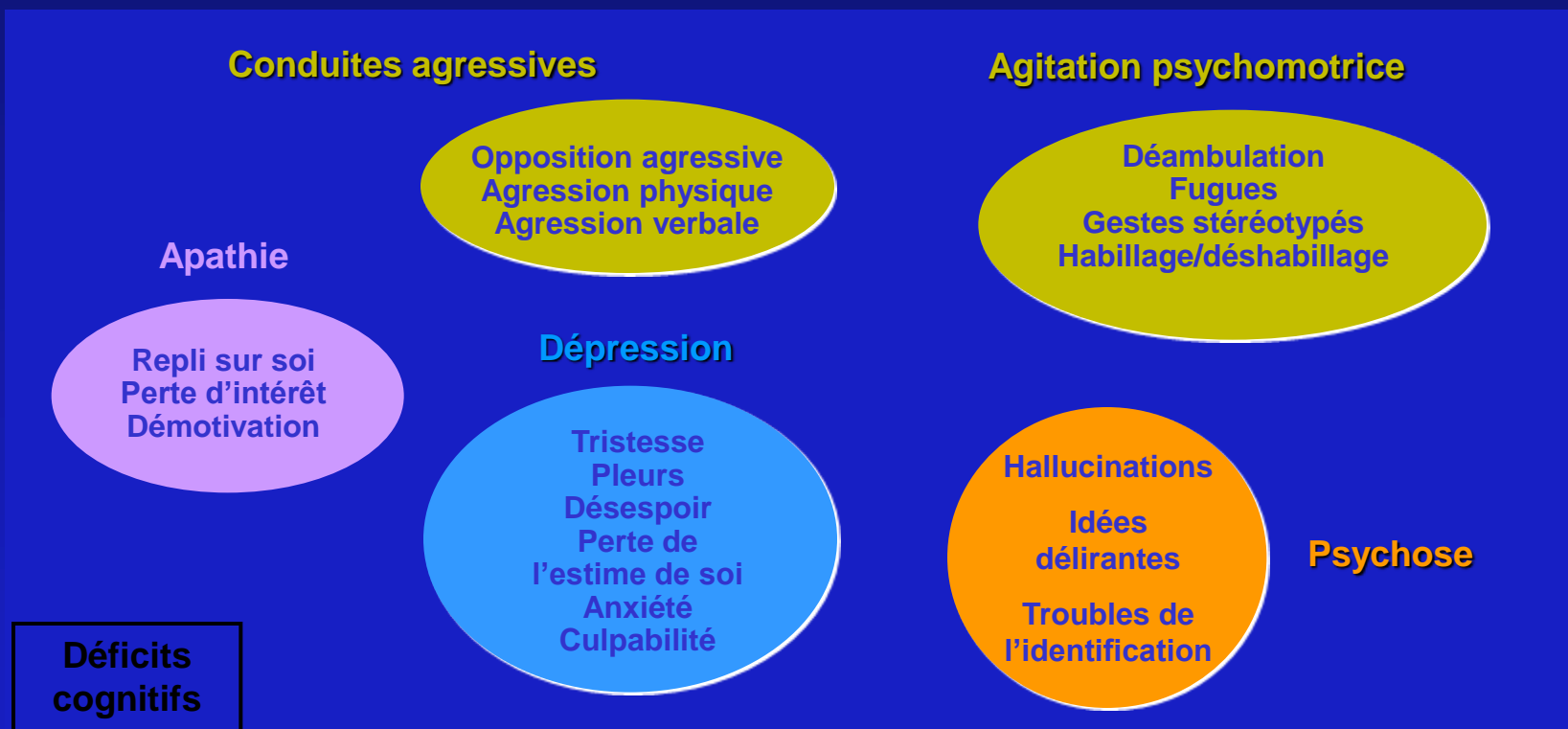
Prévalence des SCPD (NPI ≥ 4)



— Cohorte Néerlandaise : 1322 patients en MR (Zuidema, *IntJGPsy* 2007)

— Cohorte REAL.FR : 686 patients ambulatoires

Troubles psychologiques et comportementaux dans la MA : Classification



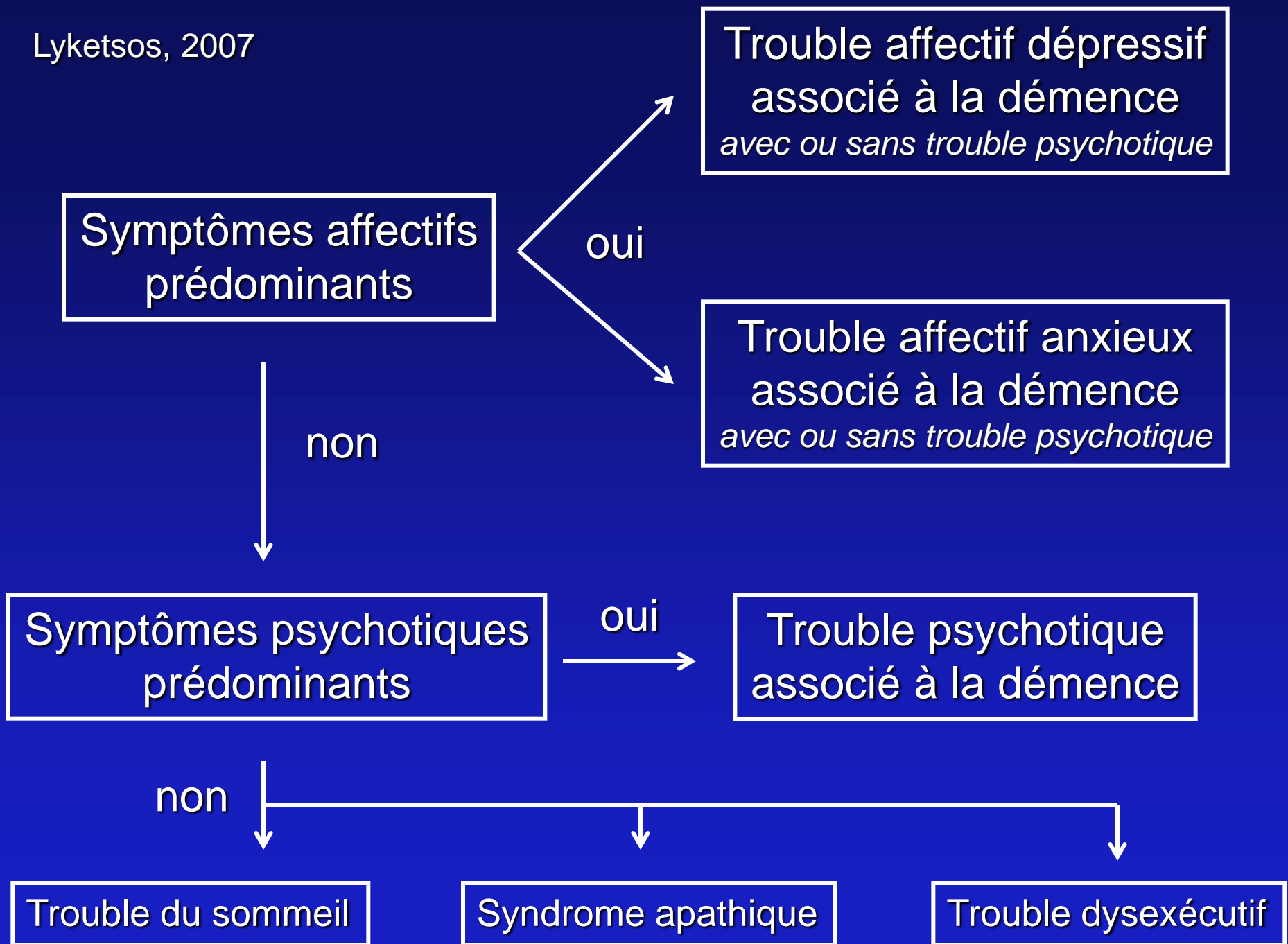
Troubles psychologiques et comportementaux dans la MA : Classification

Symptômes comportementaux

Agressivité
Cris
Opposition
Agitation
Déambulation
Deshinibition sexuelle
Comportements aberrants

Symptômes psychologiques

Anxiété
Humeur dépressive
Hallucinations
Idées délirantes



Facteurs étiologiques

