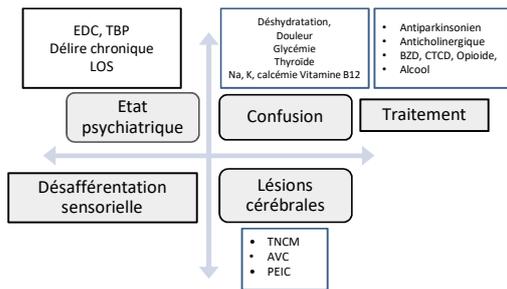


Troubles psychotiques du sujet âgé: Neurologie ou Psychiatrie ?

Dr Samuel Kohler
Psychiatre - APHP Hôpital Bretonneau

Etiologies - Troubles psychotiques chez le sujet âgé



Démarche diagnostique devant un trouble psychotique chez une PA

- Éliminer une étiologie organique
- Éliminer un trouble thymique JPDC
 - 32% des EDC inauguraux chez le sujet âgé ont des caractéristiques psychotiques
- Schizophrénie:
 - à début précoce avant 40ans : dissociation et délire bizarre
 - à début tardif après 40ans : délire bizarre sans symptômes dissociatifs
- Trouble délirant : Délire non bizarre sans symptômes dissociatifs

Symptômes Psychotiques

- Par ordre de fréquence (*Pancrazi et al., 2003*)
 - SPCD
 - épisode thymique avec éléments psychotiques
 - psychoses évoluées
 - délire secondaire à désafférentation / atteinte neuro
- 3 types à distinguer :
 - Délire
 - Hallucinations
 - Trouble de l'identification perceptive

Trouble de l'identification perceptive

- Prosopagnosie: agnosie visuelle, défaut d'identification des visages
 - Non reconnaissance de l'image spéculaire (auto-prosopagnosie)
 - délire de persécution / intrusion du domicile
- Fausse reconnaissance → Pas de délire
- Signe de la télévision → délire d'intrusion du domicile
- Syndrome de Capgras (perte de familiarité) → délire des sosies +/- persécution
- Syndrome de Fregoli (excès de familiarité) → délire paranoïaque

Hallucinations - étiologies

- TNCM
- épileptique
- trouble de la vigilance (réveil, endormissement, privation de sommeil, confusion)
- pédonculaire
- désafférentation
- agression toxique cérébrale
- psychiatrique

Hallucinations sur désafférentation sensorielle

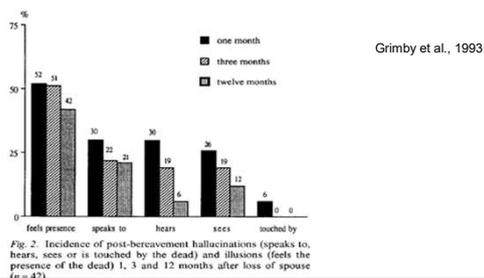
- Exemple surdit e acquise:
 - acouph enes => bruit élémentaire => musique
 - +/- unilatérale
 - +/- critiqu e en fonction sévérité TNCM
 - => anxiété => dépression => délire (HAV)

- C nests siques: douloureux
 - AVC, lésion plexique, amputation

Hallucinations sur désafférentation sensorielle

- Syndrome de Charles Bonnet
 - hallucinose visuelle complexe en basse luminosité, précise, statique, brève, sans signification personnelle, disparaissant à la fermeture des yeux
 - BAV ou HLH
 - +/- délire interprétatif des hallucinations - critique fonction des TNCM
 - +/- TNCM légers (Pliskin et al., 1996) +/- MCL (Hanyu et al., 2008)

Hallucinations sur désafférentation sensorielle - Deuil



Hallucination pédonculaire - lésion vasculaire TC

- Personnages, animaux, formes géométriques colorées en mouvement "film muet"
- projection 2D sur mur, plafond,
- persiste les yeux fermées, recrudescence vespérale, faible luminosité
- visuelles +/- auditives
- transitoire si vasculaire
- Favorisé par la baisse de la vigilance,
- Adhésion limitée par les conduites de vérification

Hallucinations - TNCM

Fréquent ++ Cummings 2018 J Prev Alzheimers Disease

Sous type de démence	Prévalence symptômes psychotiques	Prévalence hallucinations % intervalle	Prévalence des délires % intervalle
MA	30	11-17	10-39
DV	15	5-14	14-27
DCL	75	55-78	40-57
PDD	50	32-63	28-50
DFT	10	1,2-13	2,3-6

Démence parkinsonienne / MCL

- Hallucination visuelles
 - complexes, colorées, en 3 dimensions,
 - stéréotypées chez un même patient,
 - prodrome: présence, passage, illusions visuelles, paréidolies,
 - phase d'état: formes simples (visage, ombre, personne+/- familière ou décédé, animal, feu...),
 - survenant en basse luminosité
 - +/- critiquées (en fonction des TNCM)
 - +/- tolérées
 - +/- angoissantes

Démence parkinsonnienne / MCL

- Hallucinations auditives : 10-40%
 - élémentaires
 - bourdonnement,
 - grondement
 - porte qui claque
 - bruits de pas

Démence parkinsonnienne / MCL

- Délire
 - Thématiques : persécution, culpabilité, infidélité, jalousie
 - Mécanisme hallucinatoire ou interprétatif
 - Trouble de l'identification perceptive
 - Syndrome de Capgras
 - croyance qu'un proche a été remplacé par un imposteur
 - Prosopagnosie

Confusion

- Installation brutale et évolution aiguë
- Trouble vigilance (+/-) : inattention => distractibilité => obnubilation => stupeur
- Désorientation temporo-spatiale (+/-)
- Perplexité anxieuse: moment de lucidité avec anxiété secondaire à la prise de conscience, anticipation anxieuse
- Hallucinations visuelles (onirisme) +/- Interprétation délirante
- Fluctuations (prédominance vespérale)
- Amnésie antérograde ++

Troubles psychotiques d'origine neurologique - fabulation

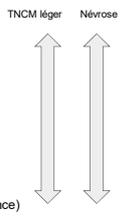
- **Fabulations (circuit de Papez)**
 - non spontanée (= provoquée par l'interrogatoire), limité et pauvre
 - contenu: faits concrets, éléments du passé,
 - variables d'un moment à l'autre, indifférence affective et anosognosie
- **Fabulation sur l'espace (atteinte à droite : thalamus / pariétal)**
 - discours inadapté sur la spatialité, argumentation ++, retentissement affectif
- **Fabulation sur le corps (sd Anton Babinski) - transitoire:**
 - personnification de l'hémicorps gauche => personne autonome
 - +/- persécution ou affection

Délire - SPCD

- non systématisé
- fluctuant (adhésion et participation affective fluctuante)
- adaptatif aux TNCM (> défense)
- 5 délires stéréotypés:
 - vols
 - non reconnaissance de son domicile
 - entourage perçu comme imposteur (Capgras ou Fregoli)
 - abandon
 - infidélité

EDC avec éléments psychotiques

- **Dépression**
 - rapidement progressive,
 - sévère (retentissement),
 - +/- mélancolique ++:
 - Anhédonie globale / émoussement affectif
 - Douleur morale / Aggravation matinale
 - Réveil matinal / Anorexie (perte de poids)
 - RPM
 - Culpabilité excessive
- **Hallucinations et idées délirantes:**
 - Congruentes à l'humeur :
 - Dévalorisation / Culpabilité / Puniton méritée / Indignité
 - Maladie / Mort / Ruine
 - Mystique (diable, sheitan) / Nihilisme (négation de toute croyance)
 - Non congruentes :
 - Persécution injustifiée
 - Automatismes mentaux (commentaire "désagréables" des actes et de la pensée)



Episode maniaque avec éléments psychotiques

- Clinique:
 - thème: mégalomanie, idée de grandeur, immortalité,
 - hyperactivité psychomotrice
 - logorrhée, familiarité,
- Anamnèse: arguments pour un trouble thymique:
 - EDC ou épisode maniaque +/- éléments psychotiques
 - premier épisode <25ans, post partum, post ménopause,
 - début brutal, sans FD,
 - TS, antécédents familiaux de TS, OH, décès prématuré, troubles psy
 - personnalité hyperthymique

Psychose chronique

- 3 types:
 - psychose chronique dissociative : schizophrénie
 - psychose chronique non dissociative: psychose paranoïaque
 - trouble schizo-affectif
- Délire enkysté ou décompensation aiguë d'une psychose chronique
- Troubles cognitifs: marqueurs traits / marqueurs états

Psychose chronique dissociative: schizophrénie

- Triade: (début <30ans)
 - délire: non systématisé, +/- adhésion fluctuante
 - thèmes multiples: hypocondrie / persécution / grandeur / mystique
 - mécanismes multiples
 - désorganisation psychique:
 - cognitif
 - T. cours de la pensée: difffluence, ellipse, hermétisme, barrage, fading
 - T. logique: raisonnement paralogique, défaut d'abstraction
 - T. langage: maniérisme, néologisme, paralogisme, schizophasie
 - émotionnelle: ambivalence, dissociation, rire/ sourire immotivé, émussement,
 - comportementale: maniérisme, stéréotypie
 - symptôme négatif : schizotypie, hermétisme, clinophilie, claustromanie

Psychose chronique dissociative

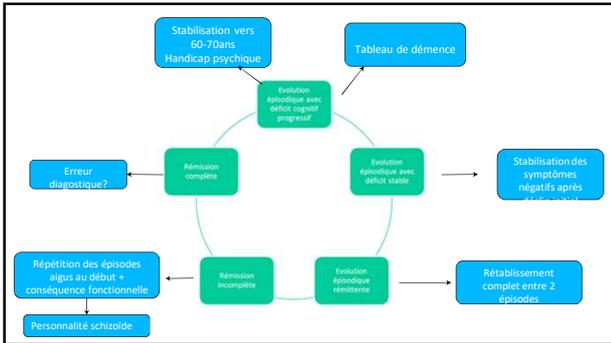
- paranoïde
- pseudo-névrotique: TOC, phobie, hypocondrie,
- pseudo-psychopathique: impulsivité (mortalité précoce)
- catatonique: négativisme moteur, catalepsie.
- trouble schizo-affectif
 - fonctionnement préservé en intercritique
 - bon pronostic

Psychose chronique décompensée

- Prodromes d'une décompensation
 - (hypo)manie,
 - anosognosie,
 - persécution, refus ttt,
 - désorganisation psychique, T concentration / attention

Evolution symptômes positifs - Bleuler, 1972

	Onset	Course type	End state	Percent in DSM*
1.	Acute	Undulating	Recovery or mild	26.4
2.	Chronic	Simple	Moderate or severe	24.1
3.	Acute	Undulating	Moderate or severe	11.9
4.	Chronic	Simple	Recovery or mild	10.1
5.	Chronic	Undulating	Recovery or mild	9.6
6.	Acute	Simple	Moderate or severe	6.3
7.	Chronic	Undulating	Moderate or severe	6.3
8.	Acute	Simple	Recovery or mild	6.3



Psychose chronique: non dissociative:

- Début > 35ans
- Thème: **paranoïa** ("c'est la faute à l'autre") => Mécanisme: **interprétatif** => **Systématisé** +
- 3 types:
 - paranoïa:
 - T. perso paranoïaque,
 - extension en réseau (> 2 secteurs)
 - passionnel (jalousie, érotomanie, revendication):
 - > intuition délirante initiale
 - en secteur
 - délire de relation des sensitifs:
 - T perso sensitif, réprimé, introverti, sensibilité vive
 - FD: échec, traumatisme, préjudice moral
 - persécution vécue intérieurement, atteinte du sens moral
 - en secteur

Schizophrénie à début tardive : LOS ou PHC

- Début > 60 ans
- Traits de personnalité prémorbide
- Prédominance des Σ positifs
 - Hallucinations auditives : verbales complexes, 2 ou 3ème personne, valence négative
 - Automatismes mentaux
 - Délire paranoïde
- Conflits de voisinage / délire de perméabilité des parois / délire d'intrusion
- Symptomatologie négative (+/-), pas d'évolution déficitaire
- Syndrome dissociatif (-)
- Capacités relationnelles correctes,
- Bonne préservation de l'autonomie pour les AVQ

Pertinence clinique du "VLOSLP"

- **FR VLOS** (*Howard et al., 2000*):
 - antécédents familiaux de schizophrénie
 - trouble personnalité évitante, paranoïde, schizoïde
 - baisse acuité auditive
 - bas niveau socio économique
 - anomalies cérébrales plus importantes sur IRM +++
- **OR** (démence/VLOSLP) = 3 (*Korner, 2009*).
- **RR** (démence/VLOSLP) = 1,5 à 5 ans (*Brodsky, 2009*)

Diagnostic différentiel avec EDC avec éléments psychotiques non congruents à l'humeur ?

Augmentation du risque de TNCM troubles psychiatriques vieillis

- **RR** (démence/schizophrénie) = 2,29 (*Cai, 2018*)
- **OR** (démence/BP) = 2 (*Diniz, 2017*)

Cas clinique 1: Mme X, 82 ans

- Hospitalisation pour TS par défenestration
- Entretien:
 - "tentative d'effraction" puis "s'est précipitée par la fenêtre"
 - syndrome délirant à mécanisme interprétatif avec persécuteur désigné (voisine)
- Antécédent: AVC sylvien droit, épilepsie séquellaire, HTA
- Traitement: Amlor, Keppra (> 6mois)

Cas clinique 2: Mme Y 77ans

- propos bizarre: hallucinations cénesthésiques: "araignées dans le corps", délire inébranlable, fixe,
- anamnèse: dépressivité depuis la retraite
- facteur déclenchant: suicide de son frère
- entretien: aboulie, anhédonie, tristesse, troubles fonctions instinctuelles
- traitement par Sertraline
- réévaluation à 2 ans : stabilité cognitive et thymique

Cas clinique 3: Mme C. 68ans

- confusion, errance 24h dans Paris
- FD: suicide de son époux (<6mois), retraite
- entretien:
 - délire polymorphe
 - persécution, observée, micro, caméra,
 - érotomanie,
 - hallucination intrapsychique
 - désorganisation psychique:
 - trouble du langage, manque du mot, paralogisme,
 - hermélisme, défaut d'accès au second degré, sourire immotivé
 - repli autistique: clinophilie, claustromanie, incurie,
 - anosognosie

Cas clinique 3: Mme C. 68ans

- Aggravation des symptômes négatifs sous RISPERDAL
- Pas d'élaboration d'affects dépressifs
- Anamnèse: comportement inapproprié décrit par les enfants
- DAT Scan positif
- => décompensation d'une psychose dissociative sur une MCL

Cas clinique 4: Mme P 94ans

- Mode de vie:
 - veuve depuis 24 ans, vit seule en appartement. 1 fils unique,
 - NSC 3/7 (déscolarisation précoce pour raison de santé), gérante de la boucherie tenue par son époux.
 - aide à domicile: 1h heure le mardi et 1h30 le vendredi de l'AMSAV pour les courses.
 - autonomie: ADL 6/6, IADL 1/4 (prise de traitement incertaine, administratif et budget gérés par son fils, ne prends plus les transports en commun seule)
- Antécédents somatiques:
 - Enfance : pyélonéphrites aiguës à répétition, néphrectomie, traumatisme crânien + AVP + greffe de peau
 - DMILA, prolapsus utérin et vésical
- - PTH totale de la hanche bilatérale avec algoneurodystrophie consécutive,

Cas clinique 4: Mme P 94ans

- Délire de persécution interprétatif bien systématisé: > 2016 centré sur les voisins
 - vols cardigans "camaieu", bijoux,
 - quand elle en veut plus, elle me les rends mes affaires sales
 - elle a gratté l'or d'un bracelet pour le revendre
 - déplace les objets pour que je ne les retrouve pas
- Participation affective intense : dépôt de plainte, détresse, anxiété, épuisement moral
- Traits de personnalité paranoïaque rapporté par le fils
- MMSE 27/28, BREF 18/18, Smots de Dubois 10/10, Horloge 07/07.

Cas clinique 4: Mme P 94ans

- Mise sous Risperdal 0,5mg
 - élaboration nouvelle: ils ont peur de moi, ils veulent me rendre dingue, ils pensent que j'ai des troubles de mémoire et que je suis un danger pour l'immeuble, que je pourrais mettre le feu...
 - défense projective du paranoïaque
- Ajout antidépresseur: Sertraline 150mg
 - pas de critique du délire
 - réintégration du domicile avec aides
 - moins de ruminations

Cas clinique 5: Mme B 90ans

- Entretien
 - Ma voisine me vole, elle a même créé une communication entre nos 2 appartements et le soir, elle me regarde depuis la salle de bain.
 - Son appartement est plus fastidieux, elle aime les diamants, c'est une coquette. Elle est jeune et jolie. Elle plait aux hommes.
 - Elle m'envie, elle attend que je meurs, elle voudrait bien récupérer mon appartement pour agrandir le sien.
 - Elle a tendance à me chourer des affaires dans la salle de bain, l'autre jour elle m'a piqué ma montre, ça m'apprendra de la laisser trainer
- Que fait elle dans la vie: elle m'observe depuis le balcon la nuit, je la vois depuis mon fauteuil de télévision, elle m'épie du regard à tout instant

Cas clinique 5: Mme B 90ans

- Elle vous a suivi en dehors de la maison?
 - Oui, chez le coiffeur, elle était là à me regarder me faire couper les cheveux.
- Etes vous en danger chez vous?
 - Elle ne m'a jamais touché, elle n'oserait pas, j'appelle la police si elle ose s'approcher.
- Que faites vous de vos journées ?
 - Je regarde la télévision, mais je ne vois plus grand-chose avec mes « MLDA... », donc j'écoute la radio
