

## Troubles psychiques de la personne âgée

### Particularités de la psychiatrie du sujet âgé

- **Spécificité de la sémiologie psychiatrique**
- Association significative entre troubles psychiatriques et pathologies médicales non psychiatriques → **Prise en charge globale** (dimensions somatiques, psychologique, familiale et environnementale) et **multidisciplinaire** (psychiatres, neurologues, gériatres)
- Les troubles organiques (troubles confusionnels et démences) peuvent « mimer » la sémiologie psychiatrique → **toujours éliminer une organicité !**
- Présentations cliniques :
  - Troubles psychiatriques chroniques « **vieillis** »
  - Troubles psychiatriques « **de novo** »
- **Troubles de l'humeur** : dépressif (« dépression unipolaire »), bipolaire (alternance phases maniaques et dépressives) ou anxieux
- **Troubles psychotiques** : schizophrénique ou non

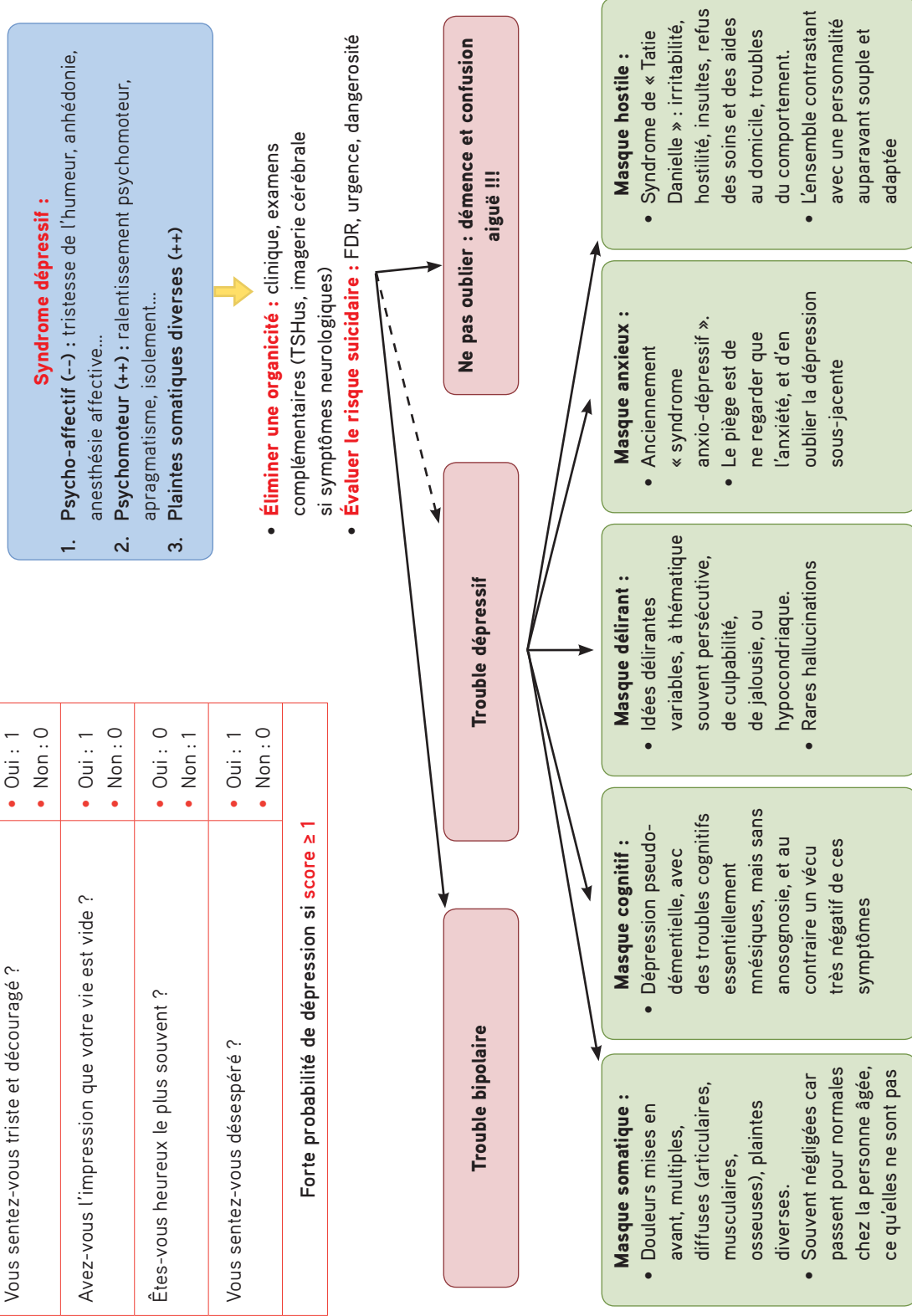
### Trouble dépressif

- Prévalence :
  - **1 à 4 % d'épisode dépressif caractérisé** chez les personnes de plus de 65 ans.
  - **10 % de plaintes dépressives**, ou dépression subsyndromique.
- **Facteurs de risque** : Pathologies médicales gériatriques (insuffisances d'organes, douleurs, cancers), perte d'autonomie, iatrogénie, événements de vie négatifs (veuvage, changement de domicile, institutionnalisation)
- **Clinique** :
  - ⇒ 1 outil clinique de dépistage : le **mini-GDS** (tableau 1)
  - ⇒ **Épisode dépressif caractérisé** : identique à celui décrit chez l'adulte. Mais certains symptômes inhabituels peuvent s'y rajouter, tandis que les symptômes cardinaux (tristesse, anhédonie) peuvent être mineurs, voire manquer. On parle ainsi de **masques dépressifs**, pour décrire une symptomatologie derrière laquelle il faut aller rechercher les symptômes dépressifs plus habituels (figure 1)
- **Diagnostic différentiel** : Troubles ioniques, métaboliques (hypothyroïdie), neurologiques, et cardiaques, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson.
- **Comorbidités** : un syndrome dépressif inaugural chez le sujet âgé doit faire rechercher une **démence**, d'autant plus s'il s'accompagne de troubles cognitifs.

Tableau 1. Le mini-GDS

Vous sentez-vous triste et découragé ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui : 1</li> <li>• Non : 0</li> </ul>
Avez-vous l'impression que votre vie est vide ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui : 1</li> <li>• Non : 0</li> </ul>
Êtes-vous heureux le plus souvent ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui : 0</li> <li>• Non : 1</li> </ul>
Vous sentez-vous désespéré ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui : 1</li> <li>• Non : 0</li> </ul>
<b>Forte probabilité de dépression si score ≥ 1</b>	

Figure 1. Arbre diagnostique du syndrome dépressif



- **Facteurs de risque suicidaire +++ :**
  - ⇒ **Maladie associée** (plus le nombre de comorbidités augmente, plus le risque suicidaire augmente), douleurs.
  - ⇒ **Perte d'autonomie**
  - ⇒ **Pathologie neuro-dégénérative**
  - ⇒ **Événement de vie** : veuvage, institutionnalisation.
- **Traitements :**
  - **Traitement médicamenteux :**
    - Recommandé pour toutes les dépressions moyennes et sévères
    - Envisageable pour les dépressions légères.
    - **ISRS en 1<sup>re</sup> intention** : À débiter à dose divisée par deux par rapport à l'adulte.
    - Pas de benzodiazépine, pas d'antihistaminique
  - **Traitement psychothérapique** (en France, aucune psychothérapie n'est plus recommandée qu'une autre).
  - **Structures de soin** (Hôpital de jour, accueil de jour, équipe ambulatoire)
  - **Accompagnement familial**
  - **Prise en charge sociale** (à évaluer en fonction de la perte d'autonomie).

## Trouble bipolaire

- 3 formes :
  - **Vieillesse** d'un trouble bipolaire de l'adulte
  - **Bipolarisation** d'un trouble dépressif récurrent
  - **Apparition** d'un trouble bipolaire chez la personne âgée.
    - Ce dernier devant impérativement faire l'objet d'examens complémentaires, pour éliminer un **diagnostic différentiel** (métabolique, ionique ou neurologique notamment).
- **Iatrogénie** : attention, chez la personne âgée, à l'utilisation du **lithium**, et au risque élevé d'insuffisance rénale.

## Troubles anxieux (TA)

- **Prévalence globale des TA** : 3.2-14.2 %
  - ⇒ Moins fréquents que l'adulte jeune mais l'anxiété subsyndromique est plus importante et les TA sont sous-diagnostiqués chez la personne âgée (somatisation importante)
- **3 femmes pour 1 homme**
- **Particularités cliniques chez le sujet âgé** (tableau 2)

Tableau 2. Formes cliniques des troubles anxieux

<b>Trouble anxieux généralisé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptômes essentiellement physiques</li> <li>• L'inquiétude est tournée vers l'état de santé, irritabilité accrue</li> </ul>
<b>Phobies spécifiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévalence plus importante des phobies « naturelles » (vertige, orage...) que chez l'adulte jeune.</li> <li>• Attention la phobie de la chute est une entité discutée et discutable dans le cadre des phobies spécifiques notamment du fait de l'insight souvent diminué voire absent pour cette peur</li> </ul>
<b>Trouble obsessionnel compulsif</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moins de 1 % des TOC surviennent après 54 ans.</li> <li>• Le vieillissement des TOC : augmentation des obsessions phobiques sur le péché religieux, des obsessions phobiques impulsives, diminution des obsessions de symétrie ; augmentation syllogomanie, rituel de lavage, de rangement, de vérification, diminution de l'arythmomanie</li> </ul>
<b>Trouble panique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le TP s'amoinerait avec le vieillissement</li> <li>• Attention la survenue tardive d'un TP doit faire évoquer un épisode dépressif majeur et rechercher des attaques de paniques iatrogènes (salbutamol, théophylline, L-thyroxine...)</li> </ul>
<b>État de stress post-traumatique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation des symptômes somatiques, de l'hypervigilance, diminution des symptômes dissociatifs</li> <li>• 3 sous-types :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>ESPT de novo</b> : traumatisme et survenue de l'ESPT pendant le 3<sup>e</sup> âge</li> <li>- <b>ESPT chronique</b> : traumatisme et survenue de l'ESPT avant le 3<sup>e</sup> âge et s'y poursuivant</li> <li>- <b>ESPT retardé</b> : traumatisme pendant l'âge adulte et survenue de l'ESPT pendant le 3<sup>e</sup> âge</li> </ul> </li> </ul>

Tableau 3. Formes cliniques des troubles psychotiques

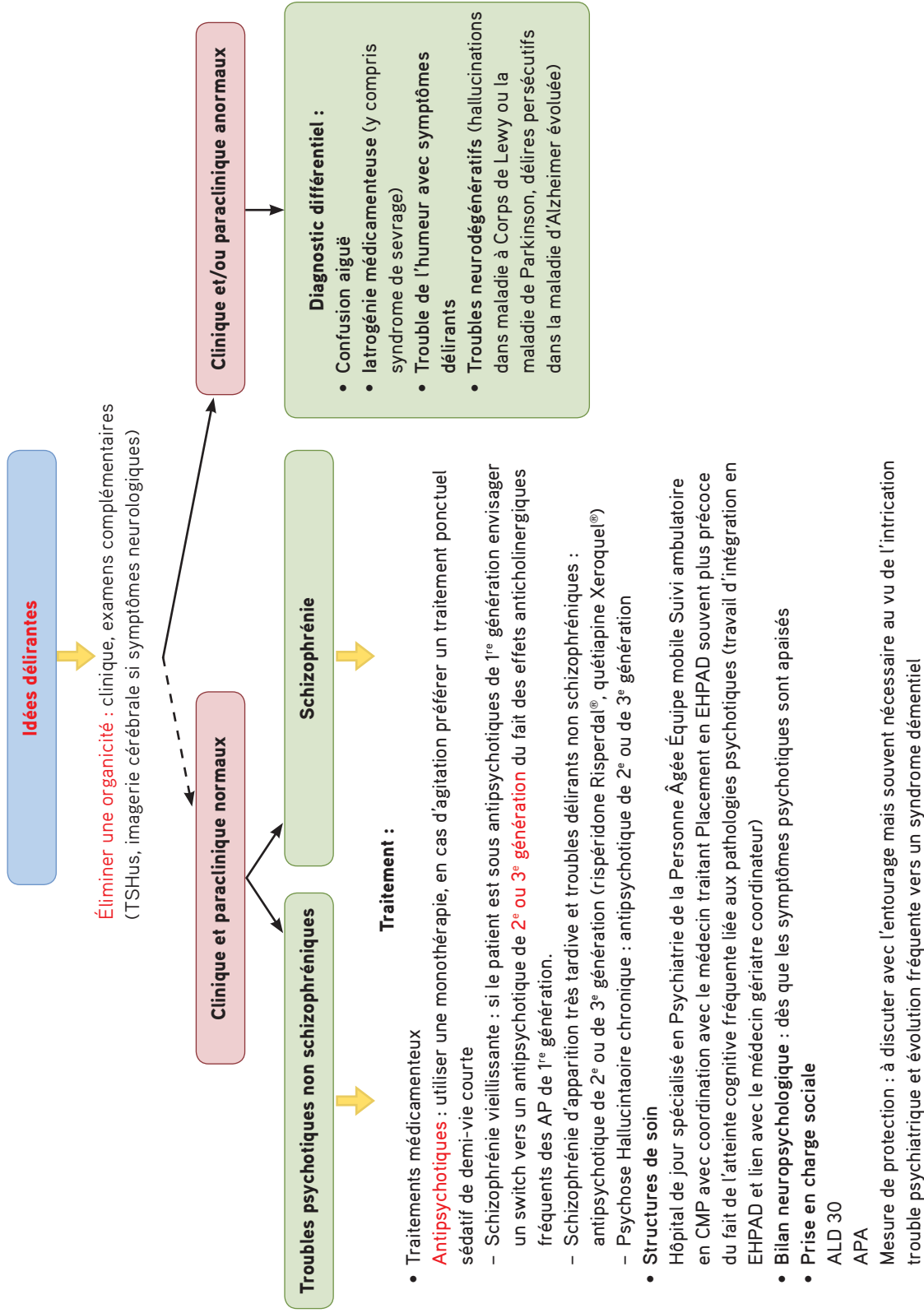
<b>Schizophrénie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Vieillissante</b> : symptômes délirants moins fréquents, symptômes affectifs notamment dépressifs plus importants, troubles cognitifs plus marqués</li> <li>• <b>Tardive</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'apparition tardive : Late-onset schizophrenia (après 40 ans)</li> <li>- D'apparition très tardive : Very late-onset schizophrenia (après 60 ans)</li> <li>- Prédominance féminine</li> <li>- Délire prédominant (mécanisme hallucinatoire et interprétatif) et moins de symptômes dissociatifs et désorganisés par rapport à la schizophrénie vieillissante</li> </ul> </li> </ul>
<b>Troubles psychotiques non schizophréniques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Psychose Hallucinatoire Chronique</b> : prédominance féminine, rarement d'apparition très tardive (début entre 40 et 50 ans), mécanisme hallucinatoire principalement (psychosensoriel auditif, olfactif voire gustatif et automatisme mental), fréquente évolution vers un syndrome démentiel</li> <li>• <b>Délire de relation des sensitifs de Kretschmer</b> : début le plus fréquemment avant le 3<sup>e</sup> âge, mais le diagnostic est souvent tardif donc possible après 65 ans (parfois aussi appelé le délire de persécution des vieilles filles). Complications dépressives à rechercher systématiquement</li> <li>• <b>Par désafférentation</b> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Syndrome de Charles Bonnet</b> : syndrome hallucinatoire psychosensoriel visuel chez les patients souffrant d'une baisse majeure de l'acuité visuelle. Hallucinations visuelles très élaborées et détaillées, très souvent critiquées par le patient et avec peu de retentissement. L'abstention thérapeutique est souvent de mise, d'autant plus que la résolution est souvent spontanée.</li> <li>- <b>Paranoïa des sourds</b> : syndrome délirant à thématique de persécution, chez le patient souffrant d'hypoacousie ou de surdité</li> </ul> </li> </ul>

- **Comorbidités et complications :**
  - ⇒ Épisode dépressif majeur très fréquent : la co-occurrence TA-EDM est de moins bon pronostic et le délai de réponse aux antidépresseurs est souvent plus long
  - ⇒ Suicide et tentative de suicide
  - ⇒ Addiction : alcool, médicaments anxiolytiques (benzodiazépines +++)
- **Traitement :**
  - **Traitement médicamenteux :**
    - **ISRS/IRSNA** (escitalopram Seroplex®, sertraline Zoloft®, venlafaxine Effexor LP®)
      - Même profil de tolérance que chez l'adulte jeune (attention cependant à l'hyponatrémie par SIADH)
      - Délai d'efficacité souvent plus long : 4 à 8 semaines
    - **Benzodiazépines** ne sont jamais le traitement de fond mais **traitement d'appoint** uniquement et jamais systématique. Choisir une molécule de demi-vie courte et dont la pharmacocinétique est peu altérée par le vieillissement (oxazepam : Seresta®)
    - **Antihistaminiques** (hydroxyzine) sont à **proscrire** du fait des effets anticholinergiques
  - **Traitement psychothérapeutique** : thérapies cognitivo-comportementales (cependant souvent moins efficace que chez l'adulte jeune, nécessité de programme spécifique avec plus de rappel des principes théoriques et des exercices à accomplir au domicile)

## Troubles psychotiques

- Prévalence moindre de la schizophrénie chez le sujet âgé (0,6 %) car moindre survenue au 3<sup>e</sup> âge et décès précoce des patients schizophrènes
- **Particularités cliniques chez le sujet âgé** (tableau 3)
- **Comorbidités et complications :**
  - ⇒ Épisode dépressif caractérisé
  - ⇒ Syndrome démentiel (les troubles cognitifs liés aux pathologies psychotiques fragilisent la réserve cognitive du patient en cas de survenue d'une pathologie neuro-dégénérative et/ou neurovasculaire)
- **Résumé des troubles psychotiques** (figure 2)

Figure 2. Arbre diagnostique des troubles psychotiques



## Confusion aiguë et démence chez la personne âgée (voir item 129)

### Définitions

- La confusion aiguë est définie par l'**altération brutale ou rapidement progressive de la vigilance, modérée, incomplète et réversible.**
- La démence est une **altération des fonctions cognitives durable** (au moins 6 mois) entraînant une **dépendance** aux actes de la vie quotidienne, d'origine dégénérative et/ou secondaire à une affection cérébrale.

### Diagnostic de la confusion aiguë

- Le diagnostic est **clinique** (tableau 1) : apparition brusque ou rapidement progressive de troubles neuropsychiques du fait de l'altération de la vigilance.
- Les symptômes suivants peuvent être observés :
  - **Troubles de la vigilance** : incomplets, ils définissent la confusion.
  - **Troubles attentionnels et cognitifs** : difficultés à se concentrer, à communiquer, altération de la mémoire à court terme, altération du jugement.
  - **Troubles psychiatriques** : anxiété, agressivité, agitation voire hallucinations, surtout visuelles.
  - **Fluctuation** des symptômes selon le moment de la journée, inversion du cycle nyctéméral (sommolence diurne, agitation nocturne).
  - **Amnésie** de l'épisode confusionnel une fois ce dernier résolu.

### Diagnostic différentiel de la confusion aiguë

- **Démence +++** (Tableau 2)
  - ⇒ En cas de doute, toute altération aiguë de la cognition est un syndrome confusionnel jusqu'à preuve du contraire !
- **Troubles psychotiques aigus** (bouffée délirante aiguë, phase maniaque d'une psychose maniaco-dépressive...)
- **Aphasie de Wernicke**
- **Ictus amnésique**

### Reconnaître un hématome cérébral sous-dural chronique (Tableau 3)

Tableau 2. Diagnostic différentiel confusion/démence

	Confusion aiguë	Démence
Début	<b>Brutal</b>	Insidieux, progressif
Vigilance	<b>Altérée</b>	Conservée (sauf formes évoluées)
Fluctuation des symptômes	<b>Importante</b> , aggravation vespérale	Absente, voire négligeable
Humeur	Anxiété	Peu altérée
Délire	Mal systématisé	Peu fréquent
Hallucinations	Fréquentes (visuelles surtout)	Rares
Activité psychomotrice	Souvent augmentée	Normale (au début)
Signes neurologiques	Souvent présents	Absents (sauf formes évoluées)
Discours	Incohérent	Normal (au début)

Tableau 1. Confusion Assessment Method (CAM)

<p><b>4 Critères définissant la confusion aiguë :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Début brutal et fluctuation des symptômes</li> <li>2. Troubles de l'attention</li> <li>3. Désorganisation/incohérence de la pensée</li> <li>4. Altération du niveau de conscience/vigilance</li> </ol> <p>• <b>Confusion aiguë = 4 critères ou 1+2 + (3 ou 4)</b></p>
---

Tableau 3. Hématome sous-dural chronique

- **Définition** : collection liquidienne limitée par une membrane (caillots en voie de liquéfaction) située entre la **dure-mère et l'arachnoïde**, résultant de l'hémolyse d'un hématome passé inaperçu.
  - **Étiologies** : intoxication éthylique chronique, traitement anticoagulant, coagulopathie.
  - **Clinique** : **peu spécifique**
    - Troubles cognitifs
    - Signes focaux : hémiparésie, épilepsie
    - Signe d'hypertension intra-crânienne : céphalées, troubles de conscience
  - **Imagerie** : **Scanner sans injection fait le diagnostic +++**
- Collection **hypodense** au parenchyme en forme de croissant
- Effet de masse** sur les structures corticales = effacement des sillons sur les structures de la ligne médiane

