

LES TROUBLES PSYCHOTIQUES DU SUJET AGE PARTICULARITES CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES

Auteurs: Feki R, Zouari L, Ben Thabet J, Charfi N, Zouari N, Mâalej M .
Service de psychiatrie « C » CHU Hédi Chaker Sfax .

Introduction:

Les données épidémiologiques disponibles sur les troubles psychotiques dans le grand âge sont encore rare . La symptomatologie de ces troubles est très différente de celle de l'adulte jeune. Elle est hétérogène du fait de l'âge de survenue de la symptomatologie, des étiologies, et des conséquences comportementales [1] .

Objectif :

Déterminer les particularités cliniques et thérapeutiques des troubles psychotiques chez le sujet âgé .

Patients et méthodes :

Notre étude était de type rétrospectif, elle a concerné 30 dossiers de malades âgés de plus de 65 ans, ayant consulté en psychiatrie au CHU Hédi Chaker à Sfax-Tunisie, durant les années 2011 et 2012.

Nous avons établi une fiche épidémiologique pour recueillir les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents somatiques, les antécédents psychiatriques, les types de troubles psychotiques et la conduite thérapeutique . Les données ont été codées et saisies grâce au logiciel « SPSS » .

Résultats:

1- Caractéristiques sociodémographiques:

- **Age moyen** : 75 ans, avec des extrêmes entre 65 et 93 ans (écart type = 7 ans).
- **Sexe** : masculin (56,7 %) , féminin (43,3 %).
- **Etat civil**: célibataires (10 %), mariés (56,7 %), divorcés (6,7 %), veufs (26,7 %).
- **Niveau scolaire**: illettré (66,7 %), primaire (30 %) , secondaire (3 %).
- **Situation professionnelle**: sans profession (50 %), retraités (50 %).
- **Zone de résidence**: urbaine (50 %), rurale (50 %).
- **Vit avec** : son conjoint (56,7 %), ses enfants (33,3 %) , un parent (13,3 %).
- **Niveau socio-économique**: bas (46,7 %), moyen (50 %), élevé (3,3 %).
- **Consommation de toxiques**: tabac (30 %), alcool (3,3 %).
- **Antécédents** : antécédents organiques (80 %), antécédents psychiatriques (23,3 %).

2- Caractéristiques cliniques :

- Les troubles psychotiques remontaient à 2 ans en moyenne .

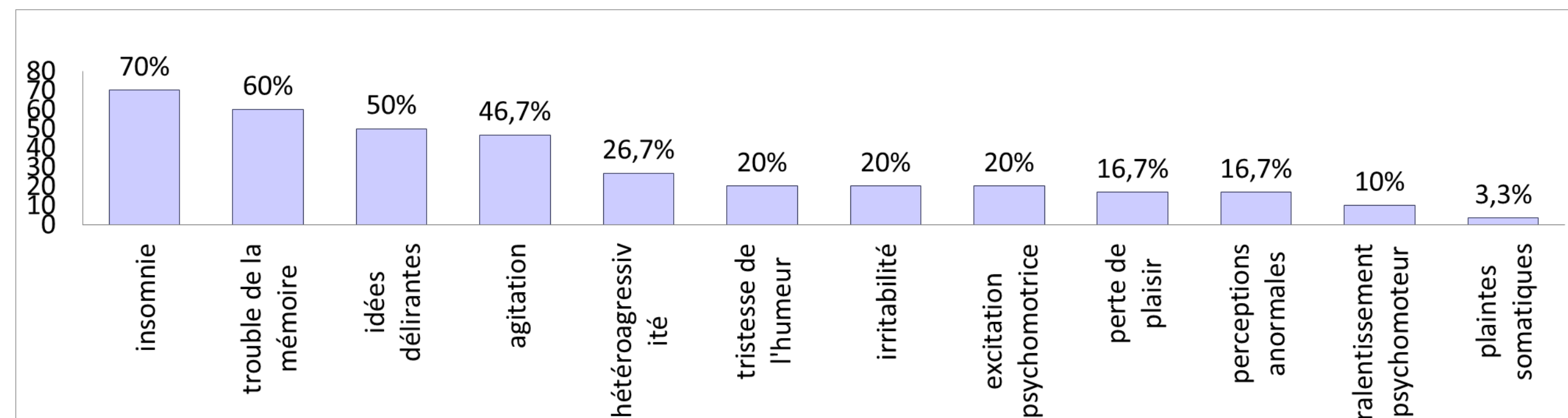


Figure n° 1: Motifs de consultation chez les sujets âgés

Tableau n° I : Répartition de la série selon le type des troubles psychotiques

Psychoses de l'adulte vieillis :20 %	
schizophrénie	6,66 %
Trouble bipolaire type 1	10 %
Trouble bipolaire type 2	3,33 %

Délires de survenue tardive : 80 %

Délires fonctionnels : 20%		Délires liés à une organicité cérébrale : 50%		Autres délires : 9,9%	
Trouble délirant	6,66%	Maladie d'Alzheimer	50 %	La paranoïa des sourds	3,33%
Trouble bipolaire type 1	6,66%			Le syndrome de Charles-bonnet	6,66%
Episode dépressif avec caractéristiques psychotiques	6,66%				

Tableau n° II : Répartition de la série selon les traitements fréquemment prescrits

Les neuroleptiques classiques : 70 %	Halopéridol + chlorpromazine	23,3%
	tiapride	16,6 %
	propécazine	13,3 %
	halopéridol	10 %
	chlorpromazine	3,3 %
	lévopromazine	3,3 %
Les anxiolytiques : 36,6 %	lorazépam	30 %
	alprazolam	3,3 %
Les hypnotiques :26,6 %	hydroxyzine	13,3 %
	zolpidem	10 %
	prométhazine	3,3 %
Les antidépresseurs : 23,3 %	sertraline	6,6 %
	amitryptiline	6,6 %
	venlafaxine	6,6 %
	fluoxétine	3,3 %
Les thymorégulateurs :20 %	valproate de sodium	13,3%
	valpromide	3,3 %
	carbamazépine	3,3 %
Les antipsychotiques atypiques : 20 %	rispéridone	10 %
	amisulpiride	10 %
Les anticholinestérasiques : 6,6 %	donézépil	3,3 %
	Rivastigmine	3,3 %
Traitement adjuvant	trihexyphénidyle + heptaminol	6,6 %
	Heptaminol	6,6 %
	trihexyphénidyle	3,3 %
	bipéridène	3,3 %

- Les neuroleptiques classiques sont prescrits dans : 38% des cas dans la maladie d'Alzheimer , 14 % des cas dans le trouble bipolaire type 1 , 9 % des cas dans la schizophrénie ,et jamais dans la dépression avec caractéristiques psychotiques .
- Les antipsychotiques atypiques sont prescrits dans : 33 % des cas dans le trouble bipolaire type 1 , 16 % des cas dans la dépression avec caractéristiques psychotiques et 50% des cas dans la maladie d'Alzheimer.
- Les antidépresseurs sont prescrits chez 26,6 % des patients atteints de maladie d'Alzheimer .
- Les thymorégulateurs sont prescrite chez 13,3 % des patients présentant une maladie d'Alzheimer, et chez la totalité des patients atteints de trouble bipolaire .
- Les anticholinestérasiques sont prescrits chez 13,3 % des patients atteints des maladie d'Alzheimer .

Discussion:

- L'insomnie constituait le motif de consultation le plus fréquent vu l'altération dans la vie quotidienne qu'il entraîne. Elle peut être due aux modifications du sommeil chez le sujet âgé et aux pathologies psychotiques diagnostiquées . L'agitation et l'hétéroagressivité étaient des motifs de consultation fréquents vu leur répercussion intrafamiliale et sociale .
- La maladie d'Alzheimer constituait 50 % des pathologies diagnostiquées dans notre série. La symptomatologie psychotique touche 10 % à 50 % des sujets atteints de la maladie d'Alzheimer selon Webster et Grossberg [2] . Les idées délirantes liées aux pertes de mémoire (à type de jalousie, de vol, de spoliation) surviennent à un stade initial, voire très précoce et génèrent de l'agitation. Les hallucinations surviennent plus tard[3] .
- La fréquence des troubles bipolaires type 1 après 65 ans était de 10 % dans notre population , ce qui rejoint l'étude de Sajatovic menée en 2002 [4] .
- Dans notre série, 6,6 % présentaient un épisode dépressif avec caractéristique psychotiques. Ce taux est de 15,5 % dans l'étude de Jongenelis et al [5]. Cette différence peut être expliquer par le fait que le recours au psychiatre est encore peu fréquent et stigmatisant dans notre société . La dépression à l'âge avancé s'accompagne souvent d'un délire. Les thèmes délirants touchant préférentiellement le corps, l'alimentation et enfin, chez les femmes, l'habillement [3].
- Le trouble délirant représentait 6,6 % de la pathologie psychotique du sujet âgé dans notre étude. ce résultat rejoint celui de l'étude de Pr Vandel réalisé en 2009 [6] .
- La prévalence du syndrome de Charles bonnet était de 6,6 % . Ce taux varie de 0,4 à 12% dans la littérature [7].Il est défini comme un délire tardif, associant des hallucinations visuelles au moment de l'écllosion ou de l'aggravation de la lésion oculaire. Le délire est un mécanisme de défense, un mécanisme adaptatif « pour ne plus être seul »d'où l'importance de respecter le délire en partie, et de prescrire de faibles doses de neuroleptiques [8] .
- Traitement de la maladie d'Alzheimer : Les antidépresseurs sont utilisés chez 26,6 % des malades. Leur prescription a pour but de corriger l'irritabilité, l'anxiété et la dépression :les ISRS sont indiqués en première intention vu leur bonne tolérance contrairement aux tricycliques et aux IRSNa . Les anticholinestérasiques permettent de retarder d'environ 6 mois l'évolution des troubles cognitifs liés à la maladie; elles sont réservées aux formes légères à modérément sévères de la maladie [8]. Ils ne sont prescrit, dans notre série, que chez 13,3 % des patients atteints de maladie d'Alzheimer vu le coût élevé de ces molécules .
- Traitement du trouble bipolaire : Le traitement curatif d'un épisode maniaque repose sur les thymorégulateurs indiqués en première intention [4]:l'efficacité du lithium reste indiscutable, néanmoins, son utilisation est délicate .On utilise donc plutôt le valproate de sodium qui est bien toléré; dans notre série, il est utilisé chez 50 % des patients atteints de trouble bipolaire . La carbamazépine doit être utilisée avec prudence chez les sujets âgés vu la fréquence des interactions médicamenteuses(inducteur enzymatique majeur) et des anomalies à l'ECG qu'il entraîne [4]. L'utilisation de neuroleptiques est souvent nécessaire pour traiter un épisode maniaque : soit seuls soit en association avec les thymorégulateurs ,néanmoins, la mauvaise tolérance de ces traitements engage à limiter leur utilisation .Le traitement préventif[4] repose sur le maintien du traitement par thymorégulateur. En cas de rechute sous thymorégulateur,on opte pour le changement du thymorégulateur ,pour le maintien d'une petite dose de neuroleptique, ou pour le maintien d'un traitement antidépresseur en cas de rechute dépressive .

Conclusion: La sémiologie des troubles délirants apparaissant à un âge tardif comporte des particularités par rapport à la sémiologie adulte, de même que les diagnostics à évoquer face à une symptomatologie délirante différent de ceux habituellement rencontrés en pathologie psychiatrique adulte. Environnement, pathologie organique, capacités d'adaptations ,et thymie dépressive s'introduisant pour expliquer ces troubles parfois bien déroutants pour les familles des patients. Une prise en charge multidisciplinaire reste une fois de plus la solution optimale.