

# Troubles cognitifs et psychiatriques s'y retrouver malgré l'enchevêtrement

Isabelle Michaud,  
Nathalie Shamlan et Gabriel C. Léger

**M<sup>me</sup> B., 68 ans, se présente à votre cabinet en raison de symptômes anxiodépressifs. En effet, elle vous mentionne des pleurs et une anxiété tels qu'elle refuse, depuis quelques semaines, de rester seule en tout temps. En plus d'une fatigue et d'une perte de poids, la patiente dit entendre des voix. Toutefois, elle se plaint aussi de difficultés quant à sa mémoire récente. S'agit-il d'un épisode dépressif majeur avec caractéristiques psychotiques, d'un trouble cognitif se manifestant par des symptômes psychiatriques ou encore de ces deux entités à la fois ? Comment arriver à départager ce qui appartient à la maladie psychiatrique de ce qui relève d'un état neurodégénératif ? Quelle sera votre conduite ?**

**L**ES TROUBLES PSYCHIATRIQUES chez les gens âgés sont fréquents. On estime que la prévalence à vie d'un épisode dépressif majeur dans cette population pourrait atteindre 15 %<sup>1</sup>. Par ailleurs, l'évaluation du trouble de l'humeur auprès de cette clientèle vulnérable constitue un défi diagnostique de taille, puisque le tableau clinique est souvent atypique (tableau I)<sup>2</sup>.

Il en va de même des troubles cognitifs. La prévalence de la démence est de 1 % dans le groupe des patients de 60 ans et double environ tous les cinq ans par la suite. Ainsi, de 30 % à 40 % des personnes de 85 ans et plus souffrent de démence<sup>3,4</sup>. Malgré ces données alarmantes et le vieillissement accéléré de la population, le dépistage de la démence demeure peu fréquent. En effet, la moitié des patients évalués pour des troubles cognitifs le sont à la suite d'un examen de dépis-

*La D<sup>re</sup> Isabelle Michaud, résidente de quatrième année en psychiatrie à l'Université de Montréal, a fait un stage au sein du service de gériopsychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM) sous la supervision de la D<sup>re</sup> Nathalie Shamlan. La D<sup>re</sup> Nathalie Shamlan, gériopsychiatre, est responsable de la clinique de la mémoire, chef du Service de gériopsychiatrie de l'HSCM et professeure adjointe de clinique au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal. Le D<sup>r</sup> Gabriel C. Léger, neurologue, exerce au CHUM, notamment à la clinique de la mémoire et cognition et est professeur adjoint de clinique au Département de neurologie de l'Université de Montréal.*

## Tableau I

### Symptômes atypiques de la dépression gériatrique<sup>2</sup>

- ⊗ Absence de tristesse franche
- ⊗ Irritabilité
- ⊗ Prédominance de plaintes cognitives
- ⊗ Prédominance de plaintes somatiques
  - ⊕ Inquiétudes excessives au sujet de sa santé
  - ⊕ Plaintes physiques et douleurs nouvelles ou connues, mais plus importantes qu'auparavant

Source : Gagné S. *Troubles affectifs gériatriques*. Présentation offerte dans le cadre de la série de cours Psychiatrie clinique II. Département de psychiatrie de l'Université de Montréal ; automne 2007. Reproduction autorisée.

tage et, de ce nombre, seulement 50 % auront une prise en charge appropriée<sup>5</sup>.

### Comment départager les symptômes relevant d'une maladie psychiatrique de ceux d'un état neurodégénératif ?

Il est souvent difficile de tenter de répondre à une telle question. Ceci s'explique, entre autres, par le chevauchement des symptômes de ces deux entités qui touchent un seul et même organe, soit le cerveau, mais aussi par la grande comorbidité entre celles-ci.

**Tableau II****Démences pouvant se manifester par des symptômes psychiatriques<sup>6</sup>**

- ☉ Démence de type Alzheimer : apathie, retrait social, symptômes anxiodépressifs et anosognosie
- ☉ Démence à corps de Lewy ou parkinsonienne : hallucinations, délire et symptômes anxiodépressifs
- ☉ Démence vasculaire : grande variété de symptômes possibles, selon la localisation des lésions
- ☉ Démence frontotemporale : apathie, émoussement affectif, anosognosie, impulsivité, errance, désinhibition affective, sexuelle ou comportementale

**Lorsque la maladie psychiatrique est à l'avant-plan**

Certains symptômes cognitifs, tels que le ralentissement psychomoteur, des difficultés d'attention et le dysfonctionnement exécutif, peuvent accompagner des troubles psychiatriques dits primaires d'intensité modérée à élevée. Toutefois, le début d'un trouble dépressif, anxieux ou psychotique n'est pas impossible chez les gens âgés, mais demeure peu fréquent. En ce sens, le clinicien doit toujours soupçonner en premier lieu le prodrome ou le tableau initial d'une démence lorsqu'il est en présence de symptômes psychiatriques *de novo*, c'est-à-dire chez un patient qui n'a pas d'antécédents de trouble de l'humeur, anxieux ou psychotique, et ce, après avoir éliminé une cause organique réversible. En effet, la démence peut être précédée d'une atteinte de l'humeur sans que des troubles cognitifs soient notables.

La situation est autre chez les patients qui souffrent de troubles thymiques ou psychotiques de longue date. Ces derniers s'accompagnent souvent d'une atteinte de type frontal variable. Cette atteinte peut progresser avec le temps, mais elle est alors généralement présente depuis de nombreuses années et est apparue relativement en même temps que la maladie psychiatrique.

**Lorsque le trouble cognitif est à l'avant-plan**

Lorsque le trouble cognitif est à l'avant-plan, la nature,

**Tableau III****Manifestations neuropsychiatriques de la démence en fin d'évolution<sup>7</sup>**

- ☉ Symptômes anxieux et thymiques
  - ☞ Humeur anxiodépressive
  - ☞ Humeur irritable ou expansive
- ☉ Symptômes anxieux
- ☉ Symptômes psychotiques
  - ☞ Hallucinations et délire
- ☉ Symptômes comportementaux
  - ☞ Errance
  - ☞ Apathie
  - ☞ Désinhibition
  - ☞ Agressivité
  - ☞ Agitation

les répercussions, la temporalité et le contexte dans lequel s'inscrivent les symptômes psychiatriques sont à évaluer. Ainsi, plusieurs éléments doivent être pris en compte, et la cueillette d'information doit être minutieuse et rigoureuse. Les symptômes psychiatriques peuvent :

- ☉ être une réaction aux déficits cognitifs dont le patient prend conscience sous forme, entre autres, de symptômes anxiodépressifs sans nécessairement que tous les critères d'un trouble psychiatrique soient présents ;
- ☉ être inhérents à un type de démence en particulier (*tableau II*)<sup>6</sup> ;
- ☉ être la manifestation d'un état neurodégénératif en fin d'évolution (*tableau III*)<sup>7</sup>.

*Vous poursuivez votre questionnaire et apprenez que M<sup>me</sup> B. ne présente pas d'antécédents médicochirurgicaux et psychiatriques personnels ou familiaux. Les symptômes cognitifs semblent avoir précédé le tableau psychiatrique de quelques mois et ont entraîné l'arrêt de plusieurs loisirs et une retraite précoce, car la patiente n'arrivait plus à satisfaire aux exigences de son employeur. Par ailleurs, vous êtes interpellé par les voix, mais également par les visions vives et claires des personnages que la patiente vous a mentionnés.*

**Le clinicien doit toujours soupçonner en premier lieu le prodrome ou le tableau initial d'une démence lorsqu'il est en présence de symptômes psychiatriques de novo, et ce, après avoir éliminé une cause organique réversible.**

Repère

## Quels sont les outils cliniques et paracliniques du clinicien ?

Le médecin dispose de plusieurs outils cliniques et paracliniques qui l'orienteront dans sa démarche d'évaluation.

### L'examen mental

Le médecin doit porter une attention particulière aux éléments qui évoquent davantage un trouble cognitif qu'une maladie psychiatrique.

### Le tableau clinique

- ⊗ Une attitude passive, désinhibée ou, plus souvent et particulièrement lorsque les troubles cognitifs sont abordés, défensive.
- ⊗ Une fluctuation de la fonction cognitive ou même de l'état de vigilance.
- ⊗ Le signe de « la tête qui tourne » : le patient se tourne fréquemment vers l'accompagnateur à la recherche d'aide et de soutien pour répondre aux questions posées.
- ⊗ Un manque du mot, des paraphrasies ou une réduction de la fluidité ou du débit spontané.

### L'humeur et l'affect

- ⊗ La labilité de l'affect peut être retrouvée, le plus souvent, dans le cas de certaines affections vasculaires.

### La pensée

- ⊗ Le cours peut faire état d'une bradypsychie et d'un temps de latence.
- ⊗ La forme peut être concrète, rigide et, notamment, circostancielle de même que tangentielle, car le patient ayant des troubles cognitifs peine à organiser sa pensée et a tendance à en perdre le fil.
- ⊗ Le contenu témoignera régulièrement de thèmes persistants.

### Les troubles perceptuels

- ⊗ Des hallucinations présentes uniquement ou de façon prépondérante dans une sphère autre qu'auditive doivent faire penser à une affection organique et ainsi à la possibilité de troubles cognitifs.

### Le jugement et l'autocritique

- ⊗ Le jugement et l'autocritique sont généralement faibles

## Tableau IV

### Épreuves de laboratoire indiquées dans l'évaluation des troubles cognitifs<sup>8</sup>

- ⊗ Formule sanguine
- ⊗ TSH
- ⊗ Électrolytes
- ⊗ Calcémie
- ⊗ Glycémie à jeun
- ⊗ Vitamine B<sub>12</sub>
- ⊗ Folate (à doser de façon optionnelle chez les patients atteints de la maladie cœliaque, dont l'alimentation est inadéquate ou dont un autre état empêche l'ingestion des produits céréaliers)

en raison de l'anosognosie propre à ces états neuro-dégénératifs.

### L'examen physique

L'examen physique doit être ciblé. Entre autres, le médecin voudra vérifier s'il y a des stigmates d'un AVC ancien ou récent et de signes de parkinsonisme, voire de dysautonomie. Aussi, on recherchera des facteurs de risque vasculaire, tels que l'obésité et l'hypertension artérielle.

L'examen physique du patient ayant seulement une maladie psychiatrique se situe généralement dans les limites de la normale, sauf chez le patient sous psychotropes, car ces agents peuvent engendrer certains troubles du mouvement.

### Les examens de laboratoire

Les examens de laboratoire sont nécessaires pour multiples raisons (*tableau IV*) :

- ⊗ éliminer une cause réversible ;
- ⊗ déterminer les possibles répercussions des troubles cognitifs (Ex. : certains patients, lors du tableau initial, sont dénutris, car ils oublient de se nourrir) ;
- ⊗ repérer les facteurs de risque vasculaire qui, s'ils sont présents, doivent être traités de façon vigoureuse.

### L'imagerie

Les données actuelles ne montrent pas d'avantage clair à effectuer systématiquement chez tout patient présentant des

**Le médecin dispose de plusieurs outils cliniques et paracliniques qui l'orienteront dans sa démarche d'évaluation.**

### Repère

troubles cognitifs des examens d'imagerie cérébrale. Toutefois, si le tableau clinique est atypique, si on soupçonne un AVC ancien ou récent, si on souhaite éliminer une cause réversible ou tenter de préciser la cause particulière de certains symptômes d'une sémiologie, l'imagerie cérébrale est indiquée.

### Les tests de dépistage

Plusieurs tests de dépistage existent, mais le miniexamen de l'état mental (MEEM), le test de l'horloge et le Montreal Cognitive Assessment (MoCA) demeurent les plus utilisés au Québec.

Le MEEM comporte plusieurs avantages dont celui, non négligeable, d'être nécessaire au remboursement des agents anticholinestérasiques par le gouvernement. Toutefois, il possède aussi de nombreux désavantages :

- résultats variables selon l'utilisation de l'épreuve du calcul (soustractions sériées) ou celle de l'épellation du mot « monde » à l'envers ;
- effet de plafond et de plancher ;
- évaluation très sommaire des fonctions exécutives et visuospatiales ;
- nécessité pour le patient de posséder de bonnes capacités langagières.

Ainsi, il met difficilement en relief le trouble neurocognitif léger, la démence de type Alzheimer légère, la démence frontotemporale, la démence vasculaire et la démence à corps de Lewy. De plus, il surestime l'atteinte cognitive chez le patient atteint souffrant d'aphasie.

Le test de l'horloge, quant à lui, présente certains avantages, notamment celui d'être indépendant de la scolarité, de la langue, de la culture ou de l'âge. Sa réussite est fréquente en cas d'épisode dépressif majeur, mais sa sensibilité est faible en ce qui concerne le trouble neurocognitif léger et la démence légère.

Le MoCA a été conçu afin de dépister le trouble neurocognitif léger et peut être obtenu gratuitement sur le site Internet [www.mocatest.org](http://www.mocatest.org). Il s'agit d'un examen de choix et ses avantages sont nombreux :

- simplicité et rapidité ;
- meilleure sensibilité comparativement aux autres outils de dépistage ;
- évaluation plus globale et plus exhaustive des différentes fonctions cognitives.

*Vous poursuivez votre évaluation de M<sup>me</sup> B. et vous relevez un syndrome parkinsonien. Le bilan complet effectué quelques semaines plus tôt s'avère normal. Les résultats de la patiente au MEEM et au MoCA sont respectivement de 24/30 et de 20/30. Vous notez des difficultés majoritairement au niveau des fonctions exécutives et visuospatiales ainsi qu'une rétention mnésique déficitaire, quoique la patiente arrive à récupérer l'information lorsque des indices lui sont prodigués.*

### Quand et comment intervenir ?

Il faut intervenir le plus tôt possible. Une prise en charge adaptée et précoce aura des répercussions positives sur les symptômes cognitifs, fonctionnels, psychologiques et possiblement biologiques puisque les agents anticholinestérasiques semblent être en mesure de ralentir, selon certaines études, l'atrophie de l'hippocampe<sup>9</sup>. De plus, une intervention rapide allège le fardeau et améliore la qualité de vie des aidants chez qui les épisodes dépressifs majeurs sont fréquents.

### Interventions administratives et médico-légales

Les informations collatérales sont d'une importance capitale. Elles permettent d'établir les répercussions fonctionnelles des déficits cognitifs chez ces patients qui, souvent, les minimisent et de vérifier s'il y a des éléments témoignant d'une dangerosité, notamment dans la cuisine, la conduite automobile ou la gestion des finances. Il faudra alors considérer l'ouverture d'un régime de protection, la désignation d'un mandataire ou l'établissement d'une procuration. En ces situations, l'aide du travailleur social est précieuse.

### Interventions pharmacologiques

Certains médicaments sont indiqués en présence de troubles cognitifs.

### Les agents anticholinestérasiques

Les agents anticholinestérasiques peuvent retarder le déclin cognitif et l'entrée en établissement. Il est néanmoins important de s'assurer de l'absence de contre-indication cardiaque avant d'instaurer un tel médicament, entre autres par un électrocardiogramme et une consultation en cardiologie en présence d'une bradycardie ou d'un bloc de

**Une prise en charge adaptée et précoce aura des répercussions positives sur les symptômes cognitifs, fonctionnels, psychologiques et possiblement biologiques puisque les agents anticholinestérasiques semblent pouvoir ralentir, selon certaines études, l'atrophie de l'hippocampe.**

Repère

branche. Également, il faut être prudent en présence de symptômes frontaux avec désinhibition, car les agents anticholinestérasiques peuvent les exacerber<sup>10</sup>.

### *Les antidépresseurs*

Il ne faut pas hésiter à utiliser les ISRS, car les symptômes anxiodépressifs sont présents chez près de 70 % des patients atteints de démence. De plus, les études montrent que l'épisode dépressif majeur est un facteur de risque de démence puisqu'il est, tout comme le stress, neurotoxique<sup>11</sup>.

### *Les antipsychotiques*

Les symptômes psychotiques observés dans le tableau initial d'une démence, comme celle à corps de Lewy, répondent généralement bien aux anticholinestérasiques. Le recours aux antipsychotiques ne devrait pas avoir lieu dans un premier temps, notamment en raison du risque élevé de symptômes extrapyramidaux graves et du syndrome malin des neuroleptiques chez cette clientèle. Toutefois, si une telle molécule devait être utilisée, la quétiapine serait à privilégier, tout en gardant en tête que ces psychotropes augmentent le risque d'AVC et la mortalité<sup>12</sup>.

### *Les benzodiazépines*

Cette classe de médicaments est à éviter en raison de ses effets indésirables, tels que l'amnésie, la confusion, les symptômes anxiodépressifs et l'accroissement du risque de chute.

Toutefois, un trouble du sommeil paradoxal, souvent un prodrome au développement d'une démence à corps de Lewy<sup>13</sup>, peut répondre à de petites doses de clonazépam<sup>13,14</sup>.

### *Interventions psychosociales*


D'abord, il faut savoir que certaines évaluations cognitives complémentaires effectuées par un neuropsychologue ou un ergothérapeute peuvent permettre de mieux définir la nature de l'atteinte cognitive, ses causes et sa portée.

Par ailleurs, l'ergothérapeute peut réaliser une évaluation fonctionnelle du patient. Cette dernière est souvent indiquée et toujours très aidante pour préciser non seulement les limitations fonctionnelles du patient, mais également ses forces et de possibles stratégies compensatrices.

Selon les résultats obtenus, la relocalisation pourra être considérée de même que les différents services à

domicile fournis par le CLSC. D'ailleurs, les centres de jour des CLSC permettent aux patients atteints de troubles cognitifs de profiter d'une stimulation cognitive et de contacts sociaux. Ces deux derniers éléments ainsi que l'exercice physique sont essentiels au plan de traitement. En effet, il est prouvé que ces interventions maintiennent ou, à tout le moins, limitent les pertes quant à la réserve cognitive et ont un effet positif sur les symptômes et leurs répercussions.

*Vous diagnostiquez chez M<sup>me</sup> B. une démence à corps de Lewy. Puisque l'époux de la patiente confirme les difficultés de cette dernière dans le cadre des activités de la vie quotidienne et domestique, vous demandez à l'ergothérapeute du CLSC de faire une évaluation fonctionnelle. Par ailleurs, puisqu'il n'y a pas de contre-indication de nature cardiaque, vous lui prescrivez immédiatement un agent anticholinestérasique et un ISRS. Vous l'orientez également au centre de jour de son CLSC. Au cours des semaines qui suivent, ses hallucinations se résorbent complètement et son humeur s'améliore de façon considérable, tout comme son fonctionnement.*

**L**ES TROUBLES COGNITIFS et les symptômes psychiatriques sont fréquents et souvent concomitants. Départager ce qui appartient à l'une ou à l'autre de ces entités est difficile, mais possible. Ce défi diagnostique demande patience et rigueur, mais il doit être relevé afin d'offrir au patient une prise en charge optimale. Celle-ci, lorsqu'elle est adaptée et instaurée précocement, aura des répercussions importantes tant sur le patient que sur son entourage. 

**Date de réception :** le 29 septembre 2009

**Date d'acceptation :** le 29 janvier 2010

## Bibliographie

1. Steffens DC, Skoog I, Norton MC et coll. Prevalence of depression and its treatment in an elderly population: the Cache County study. *Arch Gen Psychiatry* 2000 ; 57 : 601-7.
2. Gagné S. *Troubles affectifs gériatriques*. Présentation offerte dans le cadre de la série de cours Psychiatrie clinique II. Département de psychiatrie de l'Université de Montréal ; automne 2007.
3. Jorm AF. Cross-national comparisons of the occurrence of Alzheimer's and vascular dementias. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1991 ; 240 (4-5) : 218-22.
4. Canadian Study of Health and Aging Working Group. Canadian Study of Health and Aging: study methods and prevalence of dementia. *CMAJ* 1994 ; 150 (6) : 899-913.
5. Waldemar G, Phung KT, Burns A et coll. Access to diagnostic evaluation and treatment for dementia in Europe. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007 ; 22 (1) : 47-54.
6. Cummings JL. Toward a Molecular Neuropsychiatry of Neurodegenerative Diseases. *Ann Neurol* 2003 ; 54 : 147-54.
7. Landreville P, Rousseau F, Vézina J, Voyer P. *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Paris : Édisem/Maloine ; 2005.
8. Feldman HH, Jacova C, Robillard A et coll. Diagnosis and treatment of dementia: 2. Diagnosis. *CMAJ* 2008 ; 178 (7) : 825-36.
9. Hashimoto M, Kazui H, Matsumoto K et coll. Does donepezil treatment slow the progression of hippocampal atrophy in patients with Alzheimer's disease? *Am J Psychiatry* 2005 ; 162 (4) : 676-82.
10. Mendez MF, Shapira JS, McMurtray A et coll. Preliminary findings: behavioral worsening on donepezil in patients with fronto-temporal dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007 ; 15 : 84-7.
11. Wilson RS, Evans DA, Bienias JL et coll. Proneness to psychological distress is associated with risk of Alzheimer's disease. *Neurology* 2003 ; 61 (11) : 1479-85.
12. Schneider LS, Dagerman K, Insel PS. Efficacy and adverse effects of atypical antipsychotics for dementia: meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006 ; (14) 3 : 191-210.
13. McKeith IG, Dickson DW, Lowe H et coll. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Third report of the DLB consortium. *Neurology* 2005 ; 65 (12) : 1863-72.
14. Wolkove N, Elkholy O, Blatzan M et coll. Sleep and aging: 2. Management of sleep disorders in older people. *CMAJ* 2007 ; 176 (10) : 1449-54.