

Dépression, Délire, Démence

Distinguer les 3 D en gériatrie

A l'aide d'un cas clinique, Pre Dre méd. Patrizia D'Amelio, présente la complexité du diagnostic différentiel de différentes affections cognitives chez la personne âgée et aborde les possibilités thérapeutiques pharmacologiques et non-pharmacologiques.

Rapport de congrès | Mila de Bie

● Le patient est un homme de 78 ans, né en Corée mais installé en Suisse depuis une cinquantaine d'années. Il gérait, ensemble avec son épouse, un magasin de fleurs depuis près de quarante ans. Vers la fin de la soixantaine, il a commencé à éprouver des difficultés pour réaliser les compositions florales qu'il faisait depuis des années, à égarer des outils, des commandes. Son épouse a également remarqué qu'il avait des troubles du sommeil et était souvent désorienté et irritable. Il s'est aussi affaibli physiquement et a fait plusieurs chutes. À 70 ans, des analyses ont permis de diagnostiquer un stade précoce de la maladie d'Alzheimer et à 75 ans, son état empirant, il été placé dans un établissement médico-social (EMS).

Lors de la première semaine en EMS, il était désorienté, a essayé à plusieurs reprises d'entrer dans d'autres chambres que la sienne, mangeait peu et est devenu oppositionnel et agressif pendant les soins. En revanche, sur le plan social, il aimait bien les activités proposées et y participait volontiers.

Lors de la deuxième semaine, les troubles du sommeil étaient de plus en plus présents. Plusieurs fois, l'équipe de nuit l'a retrouvé errant hors de sa chambre. Ces difficultés à dormir ont engendré une somnolence permanente; le personnel n'arrivait pas à le réveiller pour prendre le petit-déjeuner. Alors qu'il parlait très

bien français, il a commencé à mélanger le coréen et le français. Il a réduit sa participation aux activités sociales.

Analyse de Pre D'Amelio : il s'agit de la constellation la plus fréquente. Le patient a déjà un trouble neurocognitif diagnostiqué (maladie d'Alzheimer) et il présente des symptômes compatibles avec une dépression ou avec un état confusionnel aigu (délire). Il est important de noter, a souligné l'intervenante, que la dépression peut être un symptôme de risque pour la démence. Une importante étude, réalisée sur près de 120 000 patient·e·s avec un suivi de 30 ans, a montré que les patient·e·s qui souffrent de dépression présentent un risque accru de développer la maladie d'Alzheimer¹. Chez les personnes âgées, la prévalence d'un état confusionnel aigu (ECA), superposé à la démence, est une situation plutôt fréquente: cela varie de 22% à 89%, les taux étant plus élevés dans les hôpitaux de soins aigus². Il est particulièrement important d'identifier l'état confusionnel superposé à la démence parce que cette combinaison aggrave le parcours clinique des sujets atteints de démence. Cette méta-analyse publiée récemment montre que l'évolution clinique de tous les cas de démence ayant développé un ECA pendant l'hospitalisation était nettement pire que celle des sujets qui ne présentaient pas d'ECA².

Dans l'historique du patient, on peut également retrouver des symptômes de dépression (réduction de l'appétit, somnolence diurne, réduction de la participation aux activités). Il ne faut pas oublier - a mentionné Pre D'Amelio - que les symptômes dépressifs font partie des symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence (SCPD). Trois d'entre eux: la dépression, l'anxiété et l'euphorie, qui sont les éléments du syndrome affectif, sont plus spécifiquement associés à la maladie d'Alzheimer. Etant donné que dans le cas de ce patient, il n'y a pas de dépression diagnostiquée de longue date, on peut considérer celle-ci comme un SCPD.

En examinant l'anamnèse de ce patient, on peut identifier d'autres SCPD qui indiqueraient une péjoration de son état de démence. Ainsi par exemple, le fait qu'il soit désorienté et essaie d'entrer dans d'autres chambres que la sienne, qu'il soit oppositionnel et agressif, qu'il erre pendant la nuit ou qu'il mélange le français et le coréen sont de telles indications. Le fait qu'il ait réduit sa participation aux activités sociales peut également être considéré comme un SCPD d'apathie. Il est particulièrement important de reconnaître les SCPD chez les sujets atteints de démence parce qu'ils sont très fréquents et leur fréquence s'accélère avec la progression de la démence³. Mais aussi parce que ce sont souvent ces symptômes qui entraînent une institutionnalisation des patient·e·s.

Pre Dre méd. Patrizia D'Amelio, médecin-chef du Service de gériatrie et réadaptation gériatrique du Centre hospitalier universitaire de Vaud CHUV



Diagnostic différentiel de la dépression, le délire et la démence

Un des premiers points importants, mentionné par Pre D'Amelio, est la manière dont les troubles se manifestent : la démence et la dépression surviennent lentement, de manière insidieuse avec une détérioration progressive, alors que le délire apparaît plutôt soudainement. Les symptômes sont progressifs pour la démence et la dépression, mais fluctuant pour l'état confusionnel aigu. Le développement de la démence est cependant irréversible, alors que celui de la dépression peut être renversé avec un traitement approprié. L'activité psychomotrice est absente dans la dépression, mais présente dans la démence et l'ECA. La vigilance est fortement altérée dans l'état confusionnel aigu, passant de léthargique à hyper-vigilant. L'humeur est fluctuante chez les patient.e.s avec ECA, négative chez les personnes avec une dépression que l'on peut aussi retrouver chez les sujets atteints de démence. L'altération de la pensée est clairement présente dans les cas de démence et délire. La perception est surtout altérée chez les personnes souffrant de *delirium*, avec des hallucinations, et autres illusions, mais pas chez ceux qui souffrent de démence (excepté les cas de *Lewy body dementia*).

[ENCADRÉ] Les poupées thérapeutiques

Les poupées thérapeutiques ou *empathy dolls* ont été créées en Suède dans les années 1990 par Britt-Marie Egedius-Jakobsson pour aider la communication avec des enfants autistes. L'idée est d'utiliser la poupée comme un objet de transition, pour diriger l'attention de la personne sur la poupée, éveiller un sentiment d'empathie et canaliser l'angoisse. Le mécanisme n'est pas encore clairement élucidé, mais cette thérapie permet de réduire l'agitation, l'agressivité, l'errance ou l'apathie chez des patient.e.s souffrant de démence. Une étude clinique a été initiée dans l'unité de gériatrie aiguë du CHUV – a expliqué Pre D'Amelio – ce qui est une première en Suisse.

Traitement des symptômes neuropsychiatriques

Les symptômes neuropsychiatriques sont ceux qui créent le plus de problèmes chez les personnes atteintes de démence. Un très grand nombre d'études ont été consacrées à ce sujet, mais il n'y a malheureusement pas de réponse univoque. Ainsi, par exemple, une revue *Cochrane* montre que si l'on utilise les antidépresseurs (Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, ISRS) pour traiter l'agitation et la psychose, on obtient un résultat favorable vs placebo, mais pas d'effet significatif lorsque l'on compare avec l'halopéridol⁵.

Approche non-pharmacologique

En revanche – a souligné l'intervenante – des résultats très intéressants ont été obtenus avec une approche non-pharmacologique en 1^{re} intention. Ainsi par exemple, l'utilisation de poupées thérapeutiques [ENCADRÉ], qui ne sont qu'une des possibilités non-pharmacologiques à disposition pour le traitement des sujets déments, donne des résultats très prometteurs⁶. Le grand avantage de ces méthodes thérapeutiques est qu'elles n'engendrent pas d'effets secondaires indésirables et qu'elles s'avèrent plutôt efficaces chez des sujets bien sélectionnés. Comme le

montre une étude, chez des personnes atteintes de formes modérées à sévères de démence, l'introduction des poupées thérapeutiques a pu induire une diminution globale des SCPD. Ces résultats positifs sont particulièrement marquants dans le domaine de l'agitation, de la dysphorie, de l'errance et de l'apathie. Cela est très prometteur, a expliqué Pre D'Amelio, car cette étude a clairement montré que, par un mécanisme que l'on ne connaît pas encore, les sujets traités avec la *doll therapy* avaient une nette réduction de l'état confusionnel aigu, ce qui n'étaient pas le cas de ceux traités par le traitement pharmacologique standard⁶.

Conclusion

Pre D'Amelio a terminé son exposé en insistant sur l'importance du diagnostic différentiel, car identifier correctement ces maladies, très fréquentes et pénalisantes chez les personnes âgées, permettrait de leur proposer un bon soutien thérapeutique. Actuellement, il n'existe pas de traitement pharmacologique spécifique des symptômes neuropsychiatriques ; il existe en revanche des thérapies non-pharmacologiques qui peuvent être proposées en première intention. O

Source | Exposé virtuel « Les 3 D en gériatrie – Dépression, Démence, Délire », Médecine Interne Générale Update Refresher, Genève, du 16 au 19 mars 2022.

Bibliographie

- ¹ Holmquist S, et al.: The association of depression with subsequent dementia diagnosis: A Swedish nationwide cohort study from 1964 to 2016. *PLoS Med* 2020; 9: 17(1).
- ² Han QYC, et al.: Prevalence, Risk Factors, and Impact of Delirium on Hospitalized Older Adults With Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Med Dir Assoc* 2022; 23(1): 23–32.
- ³ De Mauleon A, et al.: Longitudinal Course of Agitation and Aggression in Patients with Alzheimer's Disease in a Cohort Study: Methods, Baseline and Longitudinal Results of the A3C Study. *J Prev Alzheimers Dis* 2021; 8(2): 199–209.
- ⁴ Gore RL, et al.: Delirium and dementia with Lewy bodies: distinct diagnoses or part of the same spectrum? *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2015; 86(1): 50–59.
- ⁵ Seitz DP, et al.: Antidepressants for agitation and psychosis in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 16: 2.
- ⁶ Santagata F, et al.: The doll therapy as a first line treatment for behavioral and psychological symptoms of dementia in nursing homes residents: a randomized, controlled study. *BMC Geriatr* 2021; 12: 21(1): 545.