
*Spécificités de l'évaluation clinique chez la
personne âgée*

*V. Camus
CHRU & Université François Rabelais, Tours*

Objectifs

- ✓ Connaître les spécificités de l'approche psychopathologique et de la clinique psychiatrique du sujet âgé
- ✓ Connaître les modalités d'évaluation clinique du sujet âgé
- ✓ Connaître les modalités de prescription des traitements psychotropes chez l'âgé

Spécificités de l'approche psychopathologique

- ✓ La clinique de l'âgé prend des caractéristiques propres à l'âge avancé
- ✓ L'histoire de la maladie est à considérer comme une variable déterminant la clinique, l'évolution, le pronostic, ou suggérant un mécanisme propre (Early onset/Late onset)
- ✓ La fréquence de l'atteinte organique: Double contrainte
 - L'explication ne saurait se réduire à un lien de causalité linéaire directe à la lésion organique
 - Toute tentative d'explication ne saurait nier le rôle de la lésion organique

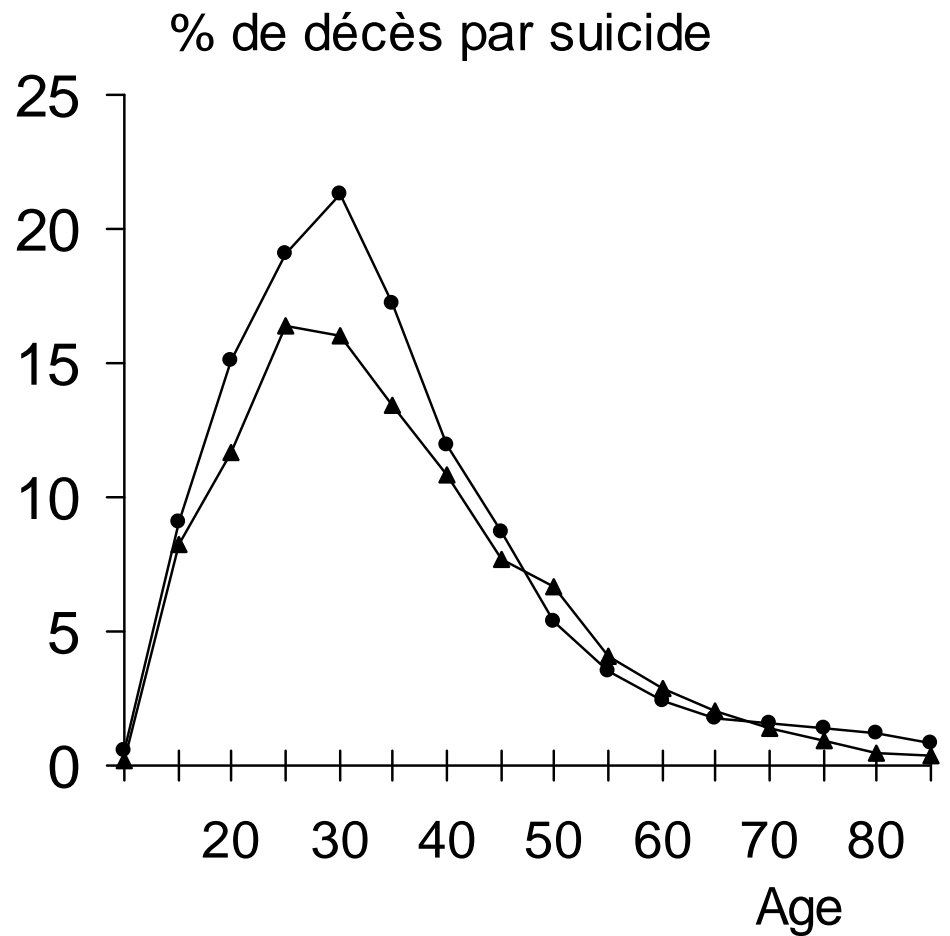
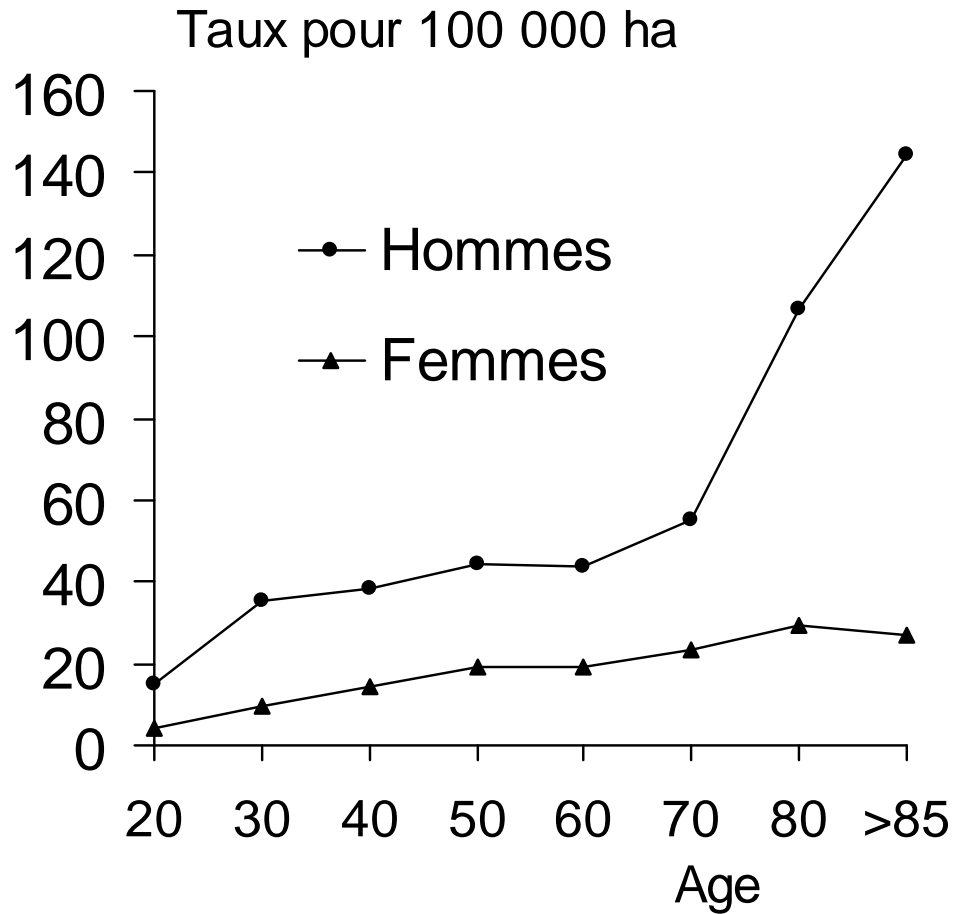
Analyse clinique

- ✓ Les symptômes
 - Émotion/humeur/anxiété
 - Motivation/initiative
 - Cognition
 - Anomalies perceptives, hallucination, délire
 - Vigilance
- ✓ Interprétation des symptômes
 - La lecture psychopathologique
 - La recherche d'une localisation et de la nature d'un processus lésionnel
 - ❖ Maladie neuro-dégénérative
 - ❖ Vasculaire
 - ❖ Néoplasique
 - ❖ Inflammatoire et infectieuse
 - ❖ Iatrogénie
 - La fréquence de l'association des 2.

Émotion / humeur: dépression majeure

Symptomes	Agé	Adulte
Humeur dépressive	+ / -	+++
Troubles cognitifs	+++	+
Plaintes somatiques	+++	+ / ++
Pensées dépressives	+++	+++
Insomnie	+++	++
Agitation, anxiété	+++	+ / ++
Idées suicidaires	+ / -	+++
Suicide réussi	+++	+ / -

Émotion / humeur: suicide



Le cadre nosologique (DSM/ICD)

Plainte dépressive

```
graph TD; A[Plainte dépressive] --> B[Syndrome dépressif]; A --> C[Dysthymie]; B --> D[Trouble de l'adaptation]; B --> E[Épisode Dépressif Majeur]; B --> F[Trouble d'origine organique];
```

Syndrome dépressif

Dysthymie

Trouble de l'adaptation

Épisode Dépressif Majeur

Trouble d'origine organique

Émotion, humeur

- ✓ Troubles de la régulation des émotions
 - Réaction de catastrophe (*Babinski 1914, Goldstein 1948*)
 - ❖ patients dysphasiques (10 à 20% des aphasies de Broca)
 - ❖ comportements explosifs
 - ❖ opposition, colère
 - ❖ circonstances déclenchantes: test, échec...
 - ❖ indépendant de troubles thymique (association possible)
 - Labilité émotionnelle
 - ❖ réactions émotionnelles intenses (rires ou pleurs)
 - ❖ congruence à l'affect
 - ❖ inappropriées dans son intensité et son contexte social
 - ❖ facteur de risque de sur-évaluation de dépression
 - ❖ absence des symptômes psychique de la dépression

Émotion, humeur

✓ Troubles de la régulation des émotions

– Rires et pleurs spasmodiques

- ❖ survenue paradoxale,
- ❖ sans circonstance déclenchante
- ❖ non congruent à l'affect
- ❖ parfois circonstance déclenchante
 - anodine
 - stéréotypée
- ❖ association à des lésions sous corticales droite et de la partie haute du tronc (?)

– Réaction d'indifférence

- ❖ manque de motivation
- ❖ perte d'initiative
- ❖ association à
 - tristesse
 - euphorie
 - irritabilité
- ❖ association à des lésions hémisphériques droites (syndrome d'Anton-Babinski)

Émotion, humeur

✓ *Aprosodies*

- Perte de la capacité d'expression du contenu émotionnel du discours
 - ❖ intonation
 - ❖ ligne mélodique
 - ❖ fluence...
- Association à des lésions frontales et pariétales droites

Motivation

✓ Syndrome athymormique (Habib & Poncet)

– Clinique

- Perte de l'élan vital
- indifférence affective
- perte d'initiative spontanée corrigeable par stimulation
- association à des manifestations d'allure obsessionnelles compulsives (sans anxiété)

– Localisation lésionnelle

- atteintes bilatérale du striatum/pallidum//thalamus paramédian

✓ Apathie (Marin)

– Réduction des comportements intentionnels en rapport avec un défaut de motivation

- Diminution des comportements dirigés vers un but
- Déficit de cognition orientée vers un but
- Déficit des émotions accompagnant les comportements dirigés vers un but

– Indépendant de humeur / niveau efficience conitive

Fonctions cognitives

- ✓ Orientation temporelle
- ✓ Orientation spatiale
- ✓ Attention concentration calcul
- ✓ Rappel immédiat
- ✓ Mémoire déclarative ancienne
- ✓ Mémoire différée
- ✓ Phasies
- ✓ Praxies
- ✓ Gnosies
- ✓ Jugement, flexibilité, abstraction

Distinguer

manifestation cognitives de pathologie psychiatrique
symptômes comportementaux et affectifs de démences

Anomalies perceptives, hallucinations, délire

✓ Délire

- Thèmes, mécanismes, organisation ≠ paramnésies reduplicatives

✓ Hallucinations

- Caractéristiques sensorielles ≠ anomalies, perceptives onirisme

✓ Les principales catégories nosographiques

- Schizophrénie vieillie
- Schizophrénie tardive
 - «Late-onset schizophrenia
- Délires chroniques non-schizophréniques
 - Troubles délirants persistants de la CIM-10
 - "Late paraphrenia", "very late onset schizophrenia like syndroms"
 - Paranoïa
- Troubles de l'humeur
 - Dépression / manie
- Symptômes comportementaux et psychologiques des démences

Vigilance: Delirium

- ✓ A- Altération de conscience et de l'attention
- ✓ B- Altération globale des fonctions cognitives
 - distorsions perceptives
 - illusions
 - hallucinations
 - altération de la mémoire immédiate
 - désorientation dans le temps et dans l'espace
- ✓ C-Troubles psychomoteurs
 - hypo ou hyperactivité (+/-passage de l'une à l'autre)
 - allongement du temps de réaction
 - augmentation, diminution du flux verbal
 - exagération de la réaction de sursaut
- ✓ D-Perturbations du rythme veille-sommeil
- ✓ E- Troubles émotionnels
 - Dépression, anxiété ou peur, euphorie, irritabilité, perplexité anxieuse, apathie

Vigilance et anomalies perceptives

✓ Anomalies perceptives

– Lasègue C. 1881: Ecrits psychiatriques

❖ § Delirium tremens:

caractère visuel, onirique, scénique, de rêve vécu

"Le délire alcoolique n'est pas un délire, mais un rêve(...)le passage du délire dormant au rêve éveillé s'opère sans transition«

– Regis E. 1914 : Précis de psychiatrie

❖ **Délire onirique** *"semblable au rêve, scénique, où une foule de représentations, de souvenirs, de concepts, d'éléments imaginatifs ou volitionnels s'organisent en tableaux successifs, défilants comme un jeu cinématographique (...) reproductions de la vie familiale, professionnelle ou des créations zoopsiques animées (...) de caractère absurdement irréel, fantasmagorique, terrifiant, grotesque..."*

– Regis: Délire chronique / idées fixes post-onirique

Les autres dimensions de l'investigation

- ✓ Approche gériatrique multi-dimensionnelle
 - Échelles d'autonomie dans les Actes de la Vie Quotidienne (ADL, IADL)
 - Examen somatique, pathologies somatiques
 - Autonomie à la marche, risque de chutes
 - Dépistage des troubles cognitifs et de l'humeur
 - Contexte social et familial
- ✓ Examens neuro-psychologiques
 - savoir réaliser un examen des fonctions cognitives
 - savoir interpréter les résultats d'un examen neuropsychologique
- ✓ Autres examens
 - Imagerie
 - Biologie
 - EEG

Psychopharmacologie et grand âge

- ✓ Taux de fixation protéique et état nutritionnel
- ✓ Demi-vie plasmatique augmentée
- ✓ Poly-médication et interactions (Cyt P450)
- ✓ Fonctions rénale
- ✓ Risques et conséquences de SIADH
- ✓ Effets cardio-vasculaires
- ✓ Effets sur cognition, vigilance
- ✓ Effets sur mobilité, risques de chutes

Principes généraux de prescription

- ✓ Traitement doit être:
 - bien conduit,
 - bien suivi,
 - à dose minimale efficace
- ✓ Considérer la personne dans son ensemble
 - Contrôle des pathologies somatiques
 - Support social et familial : sécurité, observance
- ✓ Rapport risque /efficacité
 - choix de la classe / données "evidence based" et mécanisme
 - une spécialité par classe
 - éviter association (1 psychotrope à la fois)
 - dose progressive : "start low, go slow"

Mécanismes d'action des antidépresseurs

	NA Antidepressant	5-HT ₁ Antidepressant Anxiolytic	Serotonin	
			5-HT ₂ Agitation insomnia Tremor Sexual dysfunction	5-HT ₃ Nausea Vomiting Headaches
TCA	+	+	+	+
Quadricyclics	+	0	-	-
Serotonergic	0/+	+	-	+
SSRI	0	+	+	+
SNRI	+	+	+	+
RIMA	+	+/0	+/0	+/0
NaSSA	+	+	-	-
NaRI	+	0	0	0

Classes d'antidépresseurs

- ✓ TCA (Imipramine, Nortriptiline...)
 - Potentiate 5HT and NE activity
- ✓ Tetracyclic (Mianserine/Maprotiline)
 - NE selective reuptake inhibition with 5-HT₂ blockade
- ✓ Serotonergic –piperazine family- (Trazodone)
 - 5HT reuptake inhibition with 5HT₂ blockade
- ✓ SSRI (Fluoxetine, Citalopram, Fluvoxamine, Paroxetine, Sertraline)
 - Selective inhibition of the reuptake of 5HT at the presynaptic neuronal membrane
- ✓ SNRI (Venlafaxine, minalcipran)
 - Potent inhibition of the 5HT and NE reuptake, inhibition of dopamine reuptake
- ✓ RIMA (moclobemide)
 - Selective and reversible reuptake MAO-A inhibition with potential serotonergic effect (interaction with TCA)
- ✓ NaSSA (mirtzapine)
 - Blocks presynaptic α_2 (NE+) and 5HT₂ 5HT₃ with reuptake inhibition 5HT₁
- ✓ NaRI (reboxetine)
 - Selective NA/NE reuptake inhibitor

Pharmacocinétique et métabolisme des antidépresseurs

	$\frac{1}{2}$ vie	Metabolite	CYP 1A2	CYP 3A4	CYP 2D6
Fluoxetine	<i>1-3 d</i>	<i>Nor-Fluox (7-15 j)</i>	+/-	-	+++
Citalopram	<i>30 h</i>	<i>Desmeth Cit</i>	-	-	+
Paroxetine	<i>24 h</i>	-	-	-	+++
Sertraline	<i>24 h</i>	<i>Nor Sert</i>	-	+	+(+)
Fluvoxamine	<i>15 h</i>	-	+++	+++	+
Venlafaxine	<i>5 h</i>	<i>Desmeth Vlfx</i>	+	+	+
Néfazodone	<i>2-4 h</i>	-	+	+++	+
Mirtazapine	<i>20 h</i>	-	+	+	+

Risques d'interactions médicamenteuses

<i>CYP 1A2</i>	<i>CYP 3A4</i>	<i>CYP 2D6</i>
<i>Tacrine</i>	<i>Carbamazépine</i>	<i>Benzodiazépines</i>
<i>TCA</i>	<i>Dexamethasone</i>	<i>TCA</i>
<i>Phénothiazine</i>	<i>Rifampicine</i>	<i>Carbamazépine</i>
<i>Clozapine</i>	<i>Ketoconazole</i>	<i>Antiarythmiques, β</i>
<i>Halopéridol</i>	<i>Erythromycine</i>	<i>bloquants</i>
<i>Olanzapine</i>	<i>Pamplémousse</i>	<i>Stéroïdes</i>
<i>Caféine</i>	<i>BZP: Alprazolam</i>	<i>R-Warfarine</i>
<i>Phénacétine</i>	<i>Clonazepam, diazepam</i>	<i>Cyclosporine</i>
<i>R-Warfarine</i>	<i>AntiHistmainiques</i>	<i>Tamoxifene</i>
<i>Théophylline</i>	<i>Zolpidem</i>	

Les effets secondaires des neuroleptiques classiques

	Sédation	Extrap	HypoTA	AntiChol
<hr/>				
Phénothiazines				
<hr/>				
Aliphatiques	+++	++	+++	++
Chlorpromazine (Largactil)				
Cyamépromazine (Tercian)				
Levomepronazine (Nozinan)				
<hr/>				
Pipéridines	++	+	++	+++
Pipotiazine (Piportil)				
Thioridazine (Melleril)				
Propériciazine (Neuleptil)				
<hr/>				
Pipérazines	+	+++	+	+
Flufenazine (Moditen)				
Perfenazine (Trilifan)				
<hr/>				

Les effets secondaires des neuroleptiques classiques

	Sédation	Extraπ	HypoTA	AntiChol
Dibenzothiazepines Clotiapine (Entumine) Loxapine (Loxapac)	++	++	++	++
Dibenzodiazepines Clozapine (Leponex)	+++	-	++	+++
Thioxanthène Flupentixol (Fluanxol) Zuclopenthixol (Clopixol)	+++	++	+++	++
Benzamides Tiapride (Tiapridal) Sulpiride (Dogmatil) Amisulpride (Solian)	+ / +++ +++ + +	+	+	+
Butyrophénones Haloperidol (Haldol) Penfluridol (Semap) Pipampérone (Dipiperon)	+ / +++ ++ + +++	+++	+	+

Anxiolytiques et hypnotiques BZP

✓ Anxiolytiques

- Oxazepam (Seresta®): 8h00
- Lorazepam (Temesta®): 12h00
- Alprazolam(Xanax®):12-15h00
- Clobazam (Urbanyl®): 20h00
- Bromazepam (Lexomil): 20h00
- Diazepam (Valium): 32h00
- Clonazepam (Rivotril): 32-38h00
- Clorazepate (Tranxene): 40h00

✓ Hypnotiques

- midazolam (Dormicum®): 2h-(2)
- brotizolam (Lendormine®): 5h
- témazépam (Normison®): 6h
- ☠ flurazepam (Dalmadorm®): 2h-(100)
- ☠ flunitrazépam(Rohypnol®): 2-(16)
- ☠ triazolam (Halcion®): 2h
- loprazolam (Havlane®): 8h
- lormétazépam (Noctamide®): 10h

Durée limitée, proposer sevrage

Sevrage plus marqué si demi vie courte et dose élevée

5 demi vies pour élimination en cas d'interaction

Intérêt des agonistes BZP (zopiclone, zolpidem)

Danger de certains anxyolitiques non BZP (Carbamates☠☠☠)

Effets secondaires des BZP

- * Somnolence diurne (conduite, chutes, delirium...)
- ✓ Libre arbitre/levée inhibition
- * Myorelaxation/Chute
- * Mémoire immédiate
- ✓ Dépression respiratoire
- ✓ Syndrome d'Apnées du Sommeil

Modalités d'arrêt des BZP chez l'âgé (HAS 2007)

METTRE EN PLACE UNE STRATÉGIE D'ARRÊT DE BZD C'EST...

- Dès l'instauration d'un traitement :
 - expliquer au patient la durée du traitement et ses modalités d'arrêt progressif du fait des risques.
- Devant toute demande de renouvellement :
 - s'interroger sur la mise en œuvre d'un arrêt.
- Chez tout patient âgé traité quotidiennement depuis plus de 30 jours :
 - proposer une stratégie d'arrêt de la consommation si l'indication n'est plus valide.
- Au moment d'entreprendre un arrêt :
 - évaluer les attentes du patient, son degré « d'attachement » aux BZD pour aboutir à une décision partagée et évaluer les facteurs pronostiques ;
 - distinguer les situations nécessitant une stratégie particulière.

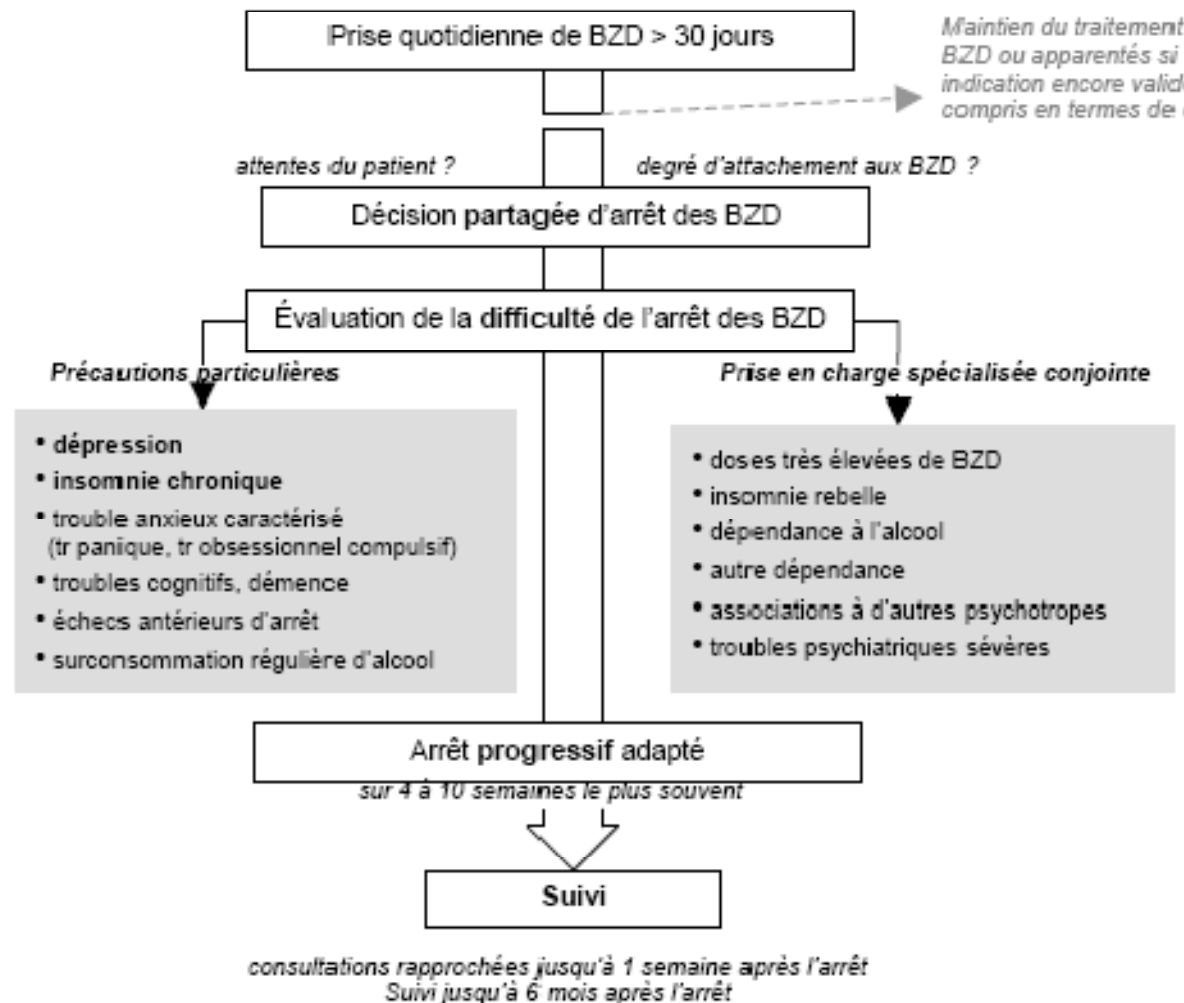
Modalités d'arrêt des BZP chez l'âgé (HAS 2007)

MESSAGES CLÉS

- L'arrêt doit toujours être progressif, sur une durée de quelques semaines à plusieurs mois.
- L'objectif de la démarche est l'arrêt de la consommation de BZD. Mais l'obtention d'une diminution de posologie est un résultat favorable.
- Il n'y a pas d'argument pour proposer un traitement médicamenteux substitutif lors de l'arrêt des BZD chez le patient âgé.
- Des mesures d'accompagnement non médicamenteuses doivent être mises en place aussi longtemps que nécessaire.

Modalités d'arrêt des BZP chez l'âgé (HAS 2007)

ARRÊT DES BENZODIAZÉPINES ET APPARENTÉS CHEZ LE PATIENT DE PLUS DE 65 ANS
DÉMARCHE du MÉDECIN TRAITANT en AMBULATOIRE



Traitements de la Maladie d'Alzheimer

Donepezil	AChEI	Aricept	5-10 mg/j
Rivastigmine	AChEI	Exelon	6-12 mg/j
Galantamine	AChEI	Reminyl	16-24 mg/j
Memantine	NMDA antagoniste	Ebixa	10-20 mg/j

Conclusions

- ✓ Spécificités cliniques implique
 - une approche sémiologique rigoureuse
 - intégration des données de l'examen somatique, neurologique, neuropsychologique
- ✓ Approche pharmacologique
 - raisonnée
 - prudente
- ✓ Intégration des données contextuelles
 - Importance du travail en réseau, multidisciplinaire