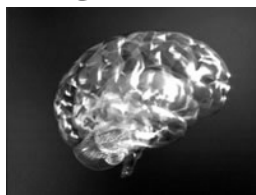


Pathologies des confins neuro- psycho-gériatriques



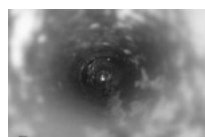
Dr. V. LEFEBVRE des NOETTES

Psychiatre du sujet âgé

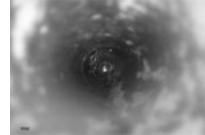
C.H.E.Roux AP-HP Limeil

LE SYNDROME DE CHARLES BONNET

Le syndrome de Charles Bonnet doit son nom à un philosophe suisse qui l'a décrit pour la première fois en 1760. Il s'agissait pour lui d'une auto-observation. Il est caractérisé par la survenue d'hallucinations visuelles élaborées isolées chez des patients sans aucun antécédent psychiatrique.



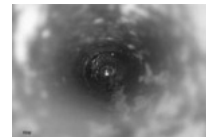
Etude Teunisse en 1996 :



- Age moyen des patients atteints : 75, 4 ans
- Étiologie de la baisse d'acuité visuelle : pas spécifique
- Patients vus en ophtalmologie
- Pas de patho psy (personnalité ?)
- Pas de trouble cognitif



Description clinique :



- Age moyen de début du trouble : 72 ans
- Fréquence de plusieurs fois par jour à quelques épisodes par an
- Durée de quelques secondes à quelques heures
- Contenu des hallucinations : Très variées contenu affectif : +/- (bizarre, drôle, beau)



Description clinique :



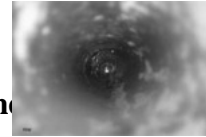
- **Prise de conscience : 82% immédiatement, les autres après avoir été corrigé**
- **Vécu : détachement, mais les patients souhaitent que ça s'arrête**
- **Consultation pour le trouble :**
- **73% n'en n'ont jamais parlé à leur médecin**
- **Un seul de ceux qui en avait parlé a eu un diagnostic exact !**

Le syndrome de Charles Bonnet est défini par:

- **Prise de conscience complète ou au moins partielle du caractère irréal de la perception,**
- **Existence d'au moins une hallucination visuelle complexe, correspondant une perception sans objet et non à une déformation d'un objet existant**
- **Absence d'autre hallucination dans une autre sphère sensorielle,**
- **Absence de délire.**



Quelle est l'étiologie du syndrome de Charles Bonnet ?



Relation entre le syndrome de Charles Bonnet et les hallucinations visuelles

- Relation entre le syndrome de Charles Bonnet et les détériorations cognitives :
 - Pour quasiment tous les auteurs, il n'existe aucune relation entre le syndrome et une maladie entraînant une détérioration des fonctions cognitives.
- Relation entre le syndrome de Charles Bonnet et les troubles psychiatriques :
 - Les études ne montrent aucun lien entre une pathologie psychiatrique et le syndrome de Charles Bonnet

Diagnostic différentiel du syndrome de Charles Bonnet:

- Le diagnostic différentiel du syndrome de Charles Bonnet est représenté par toutes les autres causes d'hallucinations du sujet âgé.
- Hallucinations de la maladie de Parkinson
- Les *hallucinations hypnagogiques* (ou hypnopompiques),
- L'*hallucinoïse pédonculaire* liée à une lésion du mésencéphale ou du tronc cérébral ou du thalamus.
- Les hallucinations visuelles de la *démence à corps de Lewy*, constitue un des diagnostic différentiel les plus fréquents.
- Les autres hallucinations : *certaines migraines*, *certaines atteintes vasculaires cérébrales* (infarctus de l'artère cérébrale postérieure), *les épilepsies focales avec crises partielles complexes*, les syndromes toxiques ou les syndromes de sevrage.

Traitement du syndrome de Charles Bonnet

- Les approches médicamenteuses : résultats décevants
 - Les approches non médicamenteuses sont elles beaucoup plus intéressantes :
- 1- Faire un bilan ophtalmologique et corriger l'acuité visuelle chaque fois que cela est possible, même chez des patients détériorés.
 - 2- Expliquer au patient qu'il s'agit de troubles peu évolutifs et le rassurer.
 - 3- Écouter les patients et examiner avec eux s'ils n'ont pas déjà trouvé des stratégies pour faire diminuer ou cesser les phénomènes et les encourager à les développer

LE SYNDROME D'EKBOM



Ce syndrome a été décrit initialement par Ekbom en Suède sous le nom de “ délire dermatozoïque ”. Il est caractérisé par l'apparition chez des femmes d'âge moyen, de plaintes de démangeaisons avec la conviction d'un parasitisme exogène qui donnent lieu à la recherche de petites bêtes et à la mise en œuvre de procédés de destruction.

Classiquement :

- Femmes
- D'âge mur ou âgées
- Sans antécédent psychiatrique
- En excellente santé
- Efficience intellectuelle normale
- Conviction délirante inébranlable mais sommaire, c'est-à-dire sans autre développement thématique.

Classiquement :

- Le contenu thématique de ces hallucinations tactiles correspond le plus souvent à des sensations de grouillement presque toujours rapportées à des parasites cutanés
- Le prurit et les impressions de pullulation parasitaire ont un caractère obsédant ou peuvent prendre l'aspect d'une idée fixe ou d'une phobie.
- Trouble rare (0.2/1000)
- Délai de consultation : un an en moyenne
- Trouble chronique
- Traitement ?



LE SYNDROME DE DIOGENE

La dénomination de syndrome de Diogène vient d'une étude portant sur des patients de plus de 65 ans, admis à l'hôpital pour une affection somatique aiguë, et vivant dans un état d'incurie extrême.



HISTORIQUE

**Diogène né à SINOPE au IVème siècle avant
Jésus Christ,
disciple de Socrate,
Chef de file des cyniques
Mépris de la société.
Choix de vie - libre arbitre
Dénuement total
Dormait dans un tonneau**

Les études **REVUE DE LA LITTERATURE**

- **1963** **Stevens** Gériatre Anglais 8 cas P.A.
- **1963** **Mac Millan et Shaw** Psychiatres 72 cas
- **1966** « senile breakdown syndrome »
- **1975** **Clark et Mankikar** 30 cas P.A.
- **1993** **Taurand** Gériatre Français 21 cas.
- **1999** **Grignon** Psychiatre Français 5 cas (Toc)
- **2000** **Halliday** 91 cas (50% sujets jeunes)

EPIDEMIOLOGIE

- **Prévalence 0,5 pour 1000 habitants par an chez des sujets de 60 ans et plus** (Mac Milan et Shaw 1963)
- **Sexe ratio variable selon les études**
- **Légère supériorité féminine** (Mac Milan, Clark, Martin, Sikdar)
- **2,5 hommes pour 1 femme** (Halliday, Cohorte +jeune)
- **Mise en jeu du pronostic vital :**
- **Mortalité 46%** (63% de femmes) (Clark 1975)
- **Aucun décès à court terme** (en soins de suite) (Taurand 1990)

CRITERES DIAGNOSTIQUES

- **N 'EXISTE PAS DANS LE DMS IV**
- **DSM III R = TROUBLE D 'ADAPTATION ATYPIQUE**
- **CRITERES DIAGNOSTIQUES DE CLARK 1975**
- ***LOGEMENT dans un état de GRANDE SALETE et en COMPLET DESORDRE***
- ***ACCUMULATION d'objets inutiles ,hétéroclites et de déchets (SYLLOGOMANIE)***
- ***COMPLETE NEGLIGENCE de SOI***
- ***ABSENCE de MALADIE PSYCHIATRIQUE***
- ***INTELLIGENCE SUP. à la MOYENNE***

Sur un plan épidémiologique :

Le syndrome de Diogène aurait une incidence annuelle de 0,5 pour 1000 personnes âgées de plus de 60 ans. Bien que retrouvé à tous les âges, il concernerait, en l'absence de psychose, essentiellement des personnes âgées. Sur le plan nosologique, le syndrome de Diogène peut être rangé dans les *troubles de l'adaptation atypique du DSM*.

Caractéristiques communes du syndrome :

- **accumulation d'objets inutiles et de déchets (syllomanie)**
- **complète négligence de soi**
- **absence de maladie psychiatrique (chez plus de la moitié des sujets)**
- **intelligence plutôt supérieure à la moyenne**
- **niveau d'éducation plutôt élevé**

Caractéristiques communes du syndrome :

- **personnalité plutôt distante, méfiante, agressive; labilité émotionnelle et tendance à déformer la réalité**
- **isolement social, en général**
- **refus des aides proposées**
- **absence totale de sentiment de honte relative aux conditions de vie**
- **âge supérieur à 65 ans**

Un travail plus récent propose des critères diagnostics simplifiés pour le syndrome de Diogène se rapportant essentiellement à la caractérisation du mode de vie :

- **conditions de vie sordides (dans un taudis)**
- **négligence marquée de soi**
- **isolement**
- **tendance à l'accumulation**
- **désintérêt de l'environnement**

ETIOPATHOGENIE

- ***EFFONDREMENT SENILE DES NORMES DE PROPRETE PERSONNELLES ET D'ENVIRONNEMENT (MAC MILLAN 1996)***
- ***REJET DES CONDITIONS DE VIE HABITUELLES = ATTITUDE ACTIVE ET POSITIVE (MARTIN - HUNYADI)***
- ***ANGOISSE DE MORCELLEMENT, MODE DE RELATION FUSIONNELLE A L'OBJET, DELIRE PARANOIAQUE COMME MECANISME DE DEFENSE (KOCHER 1994)***
- ***PATHOLOGIE DU DEUIL (CHEBILI 1998)***
- ***ALTERATION DU « MOI-PEAU » SUR UNE PERSONNALITE NARCISSIQUE FRAGILISEE PAR LES PERTES (ANZIEU 1974)***

ILLUSTRATIONS CLINIQUES

- **MONSIEUR A. 66 ans : Pb cardiaque , hospitalisation , visite maison Créteil , passage de l'hygiene, D.C.**
- **MADAME K. 72 ans: vieille fille de bonne famille , vivant seule depuis le DC de ses parents dans leurs appartement dans le XVI = taudis, mange dans les poubelles etc.. Hospitalisée contre son gré perd tous ses repères syndrome de glissement, dépendante et perte cognitive totale en 3 mois.**

Syndrome de Diogène et pathologie mentale

Chez les sujets âgés, il faut rechercher systématiquement une démence associée:

- **+++ les démences avec atteinte du lobe frontal ont des traits communs**
- **changement de personnalité sur un mode hostile**
- **perte de motivation**
- **anosognosie**
- **syllogomanie qui peut être considérée comme une forme de persévération motrice**

Traitement :

- **Il n'y a pas de traitement connu du syndrome de Diogène.**
- **Le changement de cadre de vie et l'entrée dans une institution est rarement acceptée par le patient**
- **Place des mesures telles que curatelle, tutelle etc...**

PRISE EN CHARGE

- **3 OPTIONS**

**1/ NE RIEN FAIRE → RESPECTER LE LIBRE ARBITRE
ACCEPTER le REFUS de SOINS
RISQUER la NON ASSISTANCE
A PERSONNE EN DANGER**

**2/ INTERVENIR
EN URGENCE → HOSPITALISATION SOUS
CONTRAINTE,
SURMORTALITE**

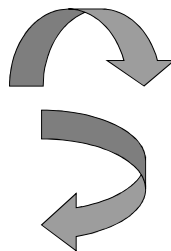
**3/ INTERVENIR
EN AMONT → TISSER DES LIENS
NEGOCIER PASSAGE
SERVICES SOCIAUX ET
TRAITEMENTS**

SYNDROME DE DIOGENE FRAGILITE OU RESISTANCE ?

LES DEUX

FRAGILITE

ISOLEMENT SOCIAL
PSYCHOSE
ALCOOLISME
DEPRESSION
TROUBLE DE LA PERSONNALITE



RESISTANCE

REFUS DE SOINS
CHOIX DE VIE
SYLLOGOMANIE
LIBRE ARBITRE

LE SYNDROME DE REGRESSION PSYCHOMOTRICE

C'est une entité clinique située aux confins de plusieurs tableaux neurologiques et psychiatriques du grand âge:

- 1) ce syndrome constitue-t-il réellement une entité sémiologique à part ?**
- 2) que doit on en penser en terme de physiopathogénie ?**

Tableau clinique de la régression psychomotrice:

- **Des signes posturaux (*rétrorsion*)**
- **Des troubles de la marche (*lenteur au démarrage et une marche à petit pas à petits pas, sans déroulement du pied au sol. Ces difficultés sont majorées au demi-tour et à l'approche d'un obstacle*)**
- **Associés à des troubles neurologiques et psychocomportementaux. (*hypertonie qualifiée d'oppositionnelle*)**
- **Lors d'un déséquilibre : altération, voire disparition des réactions d'adaptation posturale et des réactions de protection.**

Réflexions sur la physiopathogénie:

- **Deux modèles différents: l'un considérant le vieillissement seul et l'autre prenant en compte les effets intriqués de l'âge et des pathologies.**
- **Le syndrome de régression psychomotrice serait ainsi l'expression d'une décompensation des fonctions motrices, système particulièrement complexe associant la programmation de la posture et du mouvement.**
- **Le retentissement psychologique des troubles de la motricité, et très souvent la peur de chuter peut entraîner une auto-limitation de la motricité et aggraver sous la forme d'un cercle vicieux le syndrome de régression psychomotrice.**
- **L'expérience de chute et d'une station au sol prolongée sans être secouru est souvent aussi très traumatisante et peut être à l'origine d'un syndrome de stress post-traumatique qui encore plus peut aggraver les syndrome de régression psychomotrice.**

Les principes de prise en charge

- **Plus on tarde, plus la probabilité de retrouver une certaine autonomie motrice s'amenuise.**
- **La *rééducation* constitue un autre aspect particulièrement important de la prise en charge : physique et psychologique.**
- **La prise en charge est à la fois multifactorielle et multidisciplinaire et doit être mise en jeu précocement pour espérer avoir une certaine efficacité.**
- **Approche multidisciplinaire ++**