



Dresse Hedi Decrey Wick
et

Dr Jean-Frédéric Mall

Médecin associé

*Service Universitaire de Psychiatrie de
l'Age Avancé*

Maigrir pour des raisons psychiques

19 juin 2014



Madame Josette L. 77 ans

Madame Josette L. 77 ans

Suivie à votre consultation 2x/an pour une HTA et une dyslipidémie

- veuve depuis 10 ans
- deux enfants mariés à Berne
- indépendante
- vit dans un 3 pièces, dans le même immeuble depuis 50 ans
- gaie, sociable, bons contacts avec les voisins

Madame Josette L. 77 ans

Ce printemps, elle se présente à son rendez-vous habituel.

Vous constatez qu'elle a maigri.

Elle paraît sombre et agitée.

Examen clinique : EG diminué, afébrile.

Poids 49kg (- 5kg en 6 mois), BMI 19

TA 140/88 P rég 72/'

Pas de signes de décompensation cardiaque.

Pas d'ictère. Pas d'oedèmes. Pas de trémor.

MMSE 26/30

Madame Josette L. 77 ans

Au vu de l'examen clinique, vous pouvez affirmer :

- 1. Qu'elle n'a pas d'hyperthyroïdie**
- 2. Qu'elle présente une dénutrition**
- 3. Qu'elle a une démence débutante**
- 4. Qu'elle n'a pas de néoplasie**

Madame Josette L. 77 ans

Au vu de l'examen clinique, vous pouvez affirmer :

- 1. Qu'elle n'a pas d'hyperthyroïdie**
- 2. Qu'elle présente une dénutrition : BMI < 21**
- 3. Qu'elle a une démence débutante**
- 4. Qu'elle n'a pas de néoplasie**

Madame Josette L. 77 ans

Vous apprenez qu'elle est très perturbée par les travaux en cours dans son immeuble depuis une année...

Elle ne se sent plus chez elle, marche dehors pendant des heures, dort mal, ne fait plus sa sieste, se sent observée même si les stores sont baissés et les rideaux tirés.

Madame Josette L. 77 ans

Elle a perdu l'appétit :

- une tartine à toute vitesse avec une tasse de café le matin
- à midi, oublie souvent de manger
- le soir, prend du pain avec un peu de fromage, quelques fois une soupe instantanée

... oublie de boire, de faire les courses, ne voit plus ses copines de l'immeuble

Madame Josette L. 77 ans

Quel est votre diagnostic sur le plan psychique?

- 1. Episode dépressif**
- 2. Trouble psychotique avec idées de persécution**
- 3. Démence débutante**
- 4. Trouble de l'adaptation**

Madame Josette L. 77 ans

Quel est votre diagnostic sur le plan psychique?

- 1. Episode dépressif**
- 2. Trouble psychotique avec idées de persécution**
- 3. Démence débutante**
- 4. Trouble de l'adaptation**

→ COMPLETER L'EVALUATION !

Epidémiologie

- **Causes psychiques**

- 9 à 24% des pertes de poids non intentionnelles chez la personne âgée (selon les études)
- Jusqu'à 58 % chez les résidents d'EMS
- **Principalement démence et dépression**
- Alcoolisme

- **Causes sociales**

- Perte d'étayage social, isolement

McMinn J et al., **Investigation and management of unintentional weight loss in older adults** *BMJ*2011;342:d1732

Episode dépressif ?

- Prévalence de la dépression chez la personne > 55 ans très variable dans la communauté
 - peut atteindre 35%
 - plus chez les patients institutionnalisés !
- **Perte de poids dans un contexte d'épisode dépressif**
 - Perte d'appétit
 - Perte de la motivation de faire les courses
 - Perte de la motivation pour préparer les repas
- **Plus souvent associée avec perte de poids chez la personne âgée que chez la personne jeune !**

Episode dépressif ?

En faveur :

- Durée probablement > 2 semaines
 - Perte de poids, perte d'appétit
 - Troubles du sommeil
 - Atteinte fonctionnelle
- **Caractéristiques atypiques (agitation, déambulation,...)**

Manque :

- **Autres signes ?** anhédonie, humeur/affects tristes, fatigue, tension interne, lassitude, pensées pessimistes, pensées suicidaires, troubles de la concentration, culpabilité, fluctuations sur la journée ?

Trouble psychotique ?

- **Symptômes psychotiques ? Délire ou pas ?**

- **Pressentiment délirant ?**

Délire paranoïaque, systématisé, interprétatif, à thème de persécution. Pas de critique possible, pas de doute.

- **Méfiance non délirante ?**

C'est la **peur** de quelque chose de désagréable qui domine. Critique et ajustement à la réalité possible.

- **Délire de persécution par rapport aux repas ?**

Délire = **appréciation erronée de la réalité qui a le caractère d'une évidence** (la certitude ne dépend pas de l'expérience)

Le sujet adhère à ses idées même si elles sont en contradiction avec la réalité, l'expérience des sujets sains ou les opinions et croyances collectives.

AMDP, 3^e édition, Hogrefe, 2000

Quel type de psychose ?

- **Trouble psychotique aigu avec facteur de stress : *possible***
= ***psychose réactionnelle brève***
 - Au moins 1 symptôme psychotique → **(oui)** (*si idées délirantes*)
 - >1 jour mais < 1 mois → **?**
 - La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques → **pas clair !**
- **Trouble délirant à type de persécution : *peu probable***
 - Idées délirantes de persécution → **(oui)**
 - Pas altération marquée du fonctionnement → **non**
 - Si symptômes thymiques, durée brève par rapport au délire → **non**
- **Schizophrénie : *très peu probable***
 - Tableau : symptômes insuffisants
 - Age, absence d'antécédents
 - Caractéristiques générales

Démence ?

Perte de poids potentiellement liée à

- Troubles mnésiques, oublis des repas
- Idées de persécution par rapport aux repas
- Déambulation
- Baisse de la capacité à s'alimenter de façon autonome, dyspraxie
- Dysphagie liée à la progression de la démence

50% des malades d'Alzheimer ont perdu la capacité de se nourrir seuls 8 ans après le diagnostic

Volicer L et al. Progression of Alzheimer-type dementia in institutionalised patients: a cross sectional study. J Appl Gerontol 1987;6:83–94

Démence ?

En faveur d'une démence

- MMSE limite → ***peu interprétable dans contexte d'atteinte psychique aiguë !***
- Contexte (travaux...) : troubles exécutifs ?
- Atteinte mnésique
- Atteinte fonctionnelle

En défaveur

- Bonne autonomie habituelle
- Dégradation plutôt brutale mais pas de signes pour une atteinte vasculaire évidente

La démence à elle seule n'explique probablement pas le tableau mais fragilise le terrain.

Démence ?

- **Démence débutante avec symptômes comportementaux et psychologiques (SCPD)**
 - Symptômes dépressifs
 - Idées de persécution
 - Lien avec un facteur de stress externe, modification du contexte habituel
- **Bilan cognitif**
 - Evaluation cognitive brève à distance des symptômes aigus (thymiques et psychotiques) → sinon biais possibles !
 - Echelle globale incluant fonctions exécutives (MOCA)
<http://www.mocatest.org/>
 - Consultation mémoire !

Trouble de l'adaptation ?

- **Symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à un facteur de stress identifiable** (unique ou multiples facteurs de stress, continus ou récurrents)
- Survient **dans les 3 mois après l'apparition du facteur de stress**, ne dure pas plus de 6 mois après sa disparition
- **Durée des symptômes brève** (pas plus de quelques mois)
- **Non explicable par un autre trouble mental (dépression, etc.)**
- Si le facteur de stress ou ses conséquences persistent, le trouble peut également devenir persistant
- Comorbidité possible avec tous les autres troubles psychiatriques si ces derniers n'expliquent pas les symptômes : **diagnostic d'exclusion** !

Trouble de l'adaptation : formes

Le trouble de l'adaptation peut être :

- avec humeur dépressive
- avec anxiété
- avec à la fois humeur dépressive et anxiété
- avec perturbation des conduites
- avec à la fois perturbation des émotions et des conduites
- non spécifié

DSM-5 (APA, 2013)

Autres causes : psychotropes ?

Antidépresseur	Perte de poids
bupropion +++ <i>Wellbutrin[®], Zyban[®]</i>	moyenne de 2.8 kg sur 6 – 12 mois +++
fluoxétine ++ <i>Fluctine[®]</i>	appétit diminué : 11% Perte de 0.4 kg le premier mois, varie peu par la suite
paroxétine <i>Deroxat[®]</i>	<i>(peut aussi augmenter l'appétit)</i> appétit diminué : 6 – 9 %, perte de 2.2 kg en moyenne appétit augmenté : 2 – 4 %
duloxétine <i>Cymbalta[®]</i>	perte de 0.5 kg en moyenne
venlafaxine <i>Efexor[®]</i>	perte ≥ 5 % masse corporelle chez 7%

Prise en charge

Traitement pharmacologique?

- Faut-il utiliser spécifiquement un traitement psychotrope avec effet orexigène en cas de perte de poids ?
 - Pas nécessaire si **traitement de la cause**
anorexie = symptôme
 - Eviter substances anorexigènes (bupropion, fluoxétine...)
- Balance bénéfice-risque défavorable si pas d'indication psychiatrique claire !
 - Certainement pas uniquement pour faire prendre du poids !
 - Effets secondaires métaboliques (diabète, dyslipidémie, HTA...)

Traitement pharmacologique?

Antipsychotique	Prise de poids	
	Court terme	Long terme
clozapine <i>Leponex</i> ®	75% > 4.5 kg (6 mois)	+11.7 kg (8 ans) + 7.7 kg (moyenne)
olanzapine <i>Zyprexa</i> ®		+ 4.3 à +13.2 kg (6 mois à 2.5 ans)
quétiapine <i>Seroquel</i> ®	+ 2.0 kg	+ 0.5 à 3.7 kg (18 mois)
rispéridone <i>Risperdal</i> ®	+2.1 kg	+0.4 à + 9.5 kg

Principes généraux

- Une fois le diagnostic précisé, traitement ciblé
- Mesures **non pharmacologiques** (suivi psychiatrique, CMS, CAT, repas livrés, ...) dans tous les cas
- **Episode dépressif / trouble de l'adaptation avec humeur dépressive**
 - SSRI : citalopram, escitalopram, éviter la fluoxétine
 - SNRI : duloxétine
 - Autres : mirtazapine, miansérine, éviter le bupropion
- **Démence avec SCPD**
 - Antidépresseur (Cf. supra)
et/ou
 - Antipsychotique à petite dose : quétiapine retard 50 mg/j, rispéridone 0.5 à 1 mg/j

Ce qu'il faut retenir

Ce qu'il faut retenir

- Tableaux cliniques souvent peu clairs
- Eliminer cause somatique
- Adresser à un psychiatre/psychogériatre en cas de doute ou d'absence de réponse !
- Pas de testing cognitif en cas d'épisode psychiatrique aigu
- **Objectif = rémission, et non prise de poids !**