

***Traitements des états
psychotiques - délirants -
du sujet âgé
(hors les états démentiels)***

M. Le Gal
Colmar 29/11/2007

Introduction

Neuroleptiques, antipsychotiques

Études peu nombreuses

Indications chez le sujet âgé

Pathologies de la conscience , de la personnalité

Psychoses d'apparition tardive

20% en institution, 4% des plus de 65 ans

Règles de prescription: antécédents, effets indésirables, comorbidité, coprescription, évaluation, durée.

1°) Les indications habituelles des AP (en dehors des démences)

Les psychoses délirantes aiguës

Les schizophrénies vieilles

Les psychoses schizoaffectives

Les psychoses « apparentées »
(paraphrénie, p.h.c, schizophrénie tardive)

Les manies et mélancolies délirantes

Les états délirants persistants*

*États délirants persistants**

Psychose sénile de Seglas

Délire de préjudice de Kraepelin

Délire de revendication quérulente de Dide et Guiraud

Délire de témoignage

Délire de persécution de Seglas et Ritti

Paranoïa sensitive de Kretschmer

Paranoïa d'involution de Kleist

Folie à deux

Délire de grossesse, de longévité

Délire érotomaniaque

II°) Indication des AP dans...

Les troubles psychotiques associés aux états confusionnels (autoscopie, héautoscopie)

Les troubles psychotiques d'origine neurologique, métabolique, toxique...

Les états maniaques

Les états dépressifs caractérisés avec agitation/anxiété sévère

Certains états d'agitation

III°) Indications à discuter

1°) Les délires à contenu spécifique, certains états hallucinatoires particuliers:

1-a) Les syndromes d'identification erronée délirante =

La paramnésie duplicative D'A. Pick,
L'illusion de Fregoli,
Le syndrome de Capgras,
L'intermétamorphose,
L'agnosie du miroir

Discutables ?

1-b) Les croyances relatives (erronées ou délirantes) au corps:

Hypocondrie

Somatoparaphrénie

Membre supplémentaire

Syndrome de Cotard

Discutables ?

1-c) Les états hallucinatoires:

Syndrome de Charles Bonnet

Syndrome d'Ekblom

Syndrome de Lhermitte

1-d) Autres états:

Compagnon tardif, phantom boarder

Doppelganger, lycanthropie

Othello, Dorian Gray, de Clérambault

Paranoïa des sourds

Délire des lieux, illusion de voyages

Très discutables...

2°) Certaines indications somatiques:

Douleurs neuropathiques

Nausées et vomissements (des
chimiothérapies/ex)

Chorée de Huntington

Sevrages de toxiques (alcool/ex)

3°) Les « problèmes » de sommeil, de
« caractère », d'« agressivité »... de
« confort »

Évaluation

Sévérité, récurrence, retentissement
sur le comportement

Antécédents psychiatriques, autres
psychotropes

Personnalité, état cognitif, Niveau
d'études, socioéconomique

Implications affectives, dynamisme

Évaluation

Risques d'inobservance

événements de vie

Entourage et degré de tolérance

« Culture » de l'établissement, de
l'institution

Risques de rejet, exclusion, répression

Valeur adaptative, fonctionnelle du délire

Évaluation

Quels désordres médicaux associés ?

Quels facteurs aggravants ?
(déafférentations)

Quels facteurs déclenchants ?

Quelle surveillance ? Hospitalisation ?

Durée de traitement ? Efficace ?
Changement ?

Alternatives non médicamenteuses ?

Antipsychotiques

Classification chimique (6 classes)

Classification clinique

NLC ou AP1G, AP2G, AP3G...

Effets indésirables psychiques,
neurologiques (EPS,TD), non
neurologiques (anticholinergiques,
hypotension, cardiaques)

Risperidone, olanzapine, clozapine,
amisulpride, aripiprazole

Formes injectables et situations d'urgence

Quels risques ?

de décès par: myocardiopathie ?
anomalies graves du rythme ventriculaire ?
accidents vasculaires cérébraux?
thromboembolique veineux ?
sédation de la vigilance et fausses routes ?

chutes (hypoTA)

confusion

*apathie, de sédation, d'inversion des rythmes
nycthéméraux*

Akinésie, EPS

*Rétention (prostate), constipation, ileus
aggravation xérophtalmie, xérostomie*

Syndrome malin

si notion de ...

Diabète

Bilan lipidique perturbé

Kaliémie perturbée, allongement QTc
glaucome...à angle fermé

Maladie (syndrome) de Parkinson

Hyperprolactinémie

Phéochromocytome...porphyrie...

Dyskinésie tardive, syndrome malin...

Les interactions médicamenteuses (entre psychotropes)

Surveiller si association:

- CYP inhibiteurs: fluvoxamine, fluoxétine, paroxetine, IMAO, TCA
 - Clozapine
- Lithium, valproate, carbamazepine, lamotrigine
 - Neuroleptiques conventionnels
 - Agonistes dopaminergiques

Sans oublier: Codéine, theophylline
phenytoin, tramadol, atenolol, digoxine,
antiarythmiques...

Hospitalisation ?

Si dangerosité pour lui (elle)-même ou autrui, violences, agitation, suicide, automutilation...

Si terrain somatique fragile

Si mauvaise compliance

Si nécessité de recours à la
sismothérapie

Si doute diagnostique

Si entourage absent, toxique...

Quelques doses ? (mg/jour)

Risperidone: 0,25 à 3-4

Olanzapine: 2,5 à 15

Clozapine: 12,5 à 125

Amisulpride: 50 à 200

Sulpiride: 50 à 200

Tiapride: 50 à 300

Aripiprazole: ?

Loxapine: 5 à 50

Haloperidol: 0,25 à 2

Chlorpromazine: 10 à 100

Cyamémazine: 5 à 20

Les N.A.P. ?

Peu importe l'âge

Délires psychotiques ?

Délires partiels non psychotiques ?

Délires organiques ?

*Délires normaux ! Socialement
acceptés qui signent notre
sentiment (besoin)
d'appartenance*

La gestion du délire ?

J Clin Psychiatry 2004;65
Expert consensus guidelines

Stratégies du suivi après l'initiation du traitement

Selon la pathologie

Durée du traitement jusqu'à son (éventuel) arrêt: 1 semaine ou à vie (continu ou discontinu)

Ziprasidone, Quetiapine

Checkups réguliers toute la durée du traitement du patient

Causes de troubles psychotiques

I°)T. Psychotiques primaires:

Syndromes démentiels

Psychoses anciennes

Troubles affectifs

Syndrome de C. Bonnet (?)

Abscès cérébraux

États post-opératoires

II°) T. Psychotiques secondaires:

Intoxication ou sevrage,

Infections,

Traumatismes temporaux

Carences, Hypo...Hyper...