
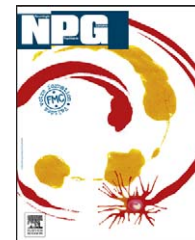




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Forme pseudoconfusionnelle d'un épisode maniaque chez un sujet âgé. À propos d'un cas et revue de la littérature

Pseudodelirium form of the mania in elderly. One case report and review of the literature

M. Wyart, H. Blain*

Service de médecine interne et soins aigus gériatrique, centre Antonin-Balmes, centre hospitalier universitaire de Montpellier, 39, avenue Charles-Flahault, 34295 Montpellier cedex 5, France

Disponible sur Internet le 5 novembre 2010

MOTS CLÉS

Confusion ;
Manie ;
Trouble bipolaire ;
Sujet âgé

Résumé La confusion aiguë est une situation clinique fréquente chez le sujet âgé. Elle est le plus souvent secondaire à l'action d'un ou plusieurs facteurs de décompensation aiguë, iatrogène, somatique ou de stress psychologique, sur un état de vulnérabilité cérébrale, liée au vieillissement et/ou à l'existence d'un processus neurodégénératif. Plus rarement, le syndrome confusionnel peut être l'expression d'une pathologie psychiatrique sous-jacente, en particulier d'un trouble de l'humeur. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée aux antécédents de trouble dépressif récurrent qui a développé un état confusionnel en l'absence d'altération neurocognitive préexistante et de cause somatique évidente. Le diagnostic de manie à expression confusionnelle est suspecté et l'évolution est favorable après l'arrêt de l'antidépresseur en cours et l'introduction d'un traitement à visée antimaniaque. Cette observation est l'occasion de discuter de la forme pseudoconfusionnelle de la manie, cette entité étant probablement sous-diagnostiquée chez le sujet âgé.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Aging;
Bipolar disorder;

Summary Delirium is a common and serious condition encountered among older subjects. It is merely due to the effect of several coexisting stress factors (organic, psychosocial stressors or medication) on a predisposing state, characterized by a certain vulnerability linked to

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : h-blain@chu-montpellier.fr (H. Blain).

Confusion;
Delirium;
Elderly;
Mania

advanced age and/or to different neurodegenerative diseases. More seldom, confusion may be the expression of a psychiatric disturbance, especially mood disorder. We report the story of a woman aged 83 suffering from unipolar disorder who developed acute delirium without any sign of neurodegenerative nor somatic impairment. This led us to suspect an atypical mania. After withdrawal of the antidepressant drug and introduction of an atypical antipsychotic drug, the pseudodelirium disappeared quickly. This case report illustrates the interest to suspect mania in patients with delirium and a history of depression or a bipolar disorder and to discuss this entity that is probably underdiagnosed in older subjects.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

L'épisode confusionnel est l'expression clinique d'une perturbation aiguë du fonctionnement cérébral qui se traduit par une altération globale, fluctuante et réversible des fonctions cognitives [1]. On le désigne aussi sous les termes de confusion aiguë ou delirium. C'est une affection très fréquente en pratique gériatrique. Sa prévalence chez des patients admis en structure hospitalière est estimée entre 15 et 30% [2]. Avec l'avancée en âge, une origine plurifactorielle est très souvent de règle. Selon le modèle stress-diathèse, c'est l'impact d'un ou plusieurs facteurs de stress aigus sur un terrain de vulnérabilité cérébrale qui provoque l'apparition du syndrome confusionnel. Les facteurs de stress sont fréquemment nombreux et associés. Ils concernent toutes les affections organiques générales (infections, troubles métaboliques, cardiovasculaires ou neurologiques et la douleur). La consommation ou le sevrage en médicaments, en particulier les psychotropes [3], et les perturbations psychosociales (comme les pertes affectives, matérielles et le changement d'environnement) peuvent constituer des facteurs de stress [1,4–6]. La vulnérabilité cérébrale peut être liée, d'une part, au vieillissement cérébral (qui réduit les réserves fonctionnelles et donc la résistance aux stress) et, d'autre part, à l'existence d'une pathologie cérébrale. Les affections cérébrales les plus fréquemment rencontrées sont les processus démentiels, en particulier la maladie d'Alzheimer, les démences d'origine cérébrovasculaire, la maladie de Parkinson et la démence à corps de Lewy [1,2,4,7].

Plus rarement, le syndrome confusionnel peut être le mode d'expression d'une pathologie psychiatrique sous-jacente. C'est le cas en particulier des troubles de l'humeur et de la dépression qui peuvent prendre le masque d'une confusion [8]. De façon plus rare encore, la confusion peut être l'expression d'un état maniaque [9]. Nous rapportons l'observation clinique d'un épisode maniaque se présentant sur un mode confusionnel chez une patiente âgée aux antécédents de trouble dépressif récurrent (plusieurs épisodes dépressifs sans manie ou hypomanie). Nous discuterons les diagnostics différentiels de cette forme rare d'expression de la manie. Nous ferons également une revue de la littérature des modes de révélation tardive du trouble affectif bipolaire. Enfin, nous traiterons des modalités évolutives du trouble de l'humeur.

Observation

Une patiente âgée de 83 ans est adressée dans une unité de médecine interne et soins aigus gériatriques d'une clinique

psychiatrique où elle était hospitalisée depuis quatre semaines pour récurrence d'un épisode dépressif majeur, en raison de troubles du comportement considérés comme liés à un état confusionnel.

Titulaire du diplôme d'agrégation en sciences naturelles, la patiente a exercé en tant que professeur jusqu'à l'âge de 60 ans. Divorcée, elle a une fille qui habite loin d'elle, avec qui elle entretient des relations conflictuelles depuis de très nombreuses années. Elle présente une bonne autonomie dans les actes de la vie quotidienne mais également un état de dépendance affective qui requiert la présence constante d'une tierce personne. L'isolement social et familial a ainsi conduit à son accueil en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), il y a dix ans. Il existe une histoire familiale de dépression (sa fille aurait développé plusieurs épisodes dépressifs). Ses antécédents personnels se résument à une cardiomyopathie ischémique avec infarctus du myocarde traité médicalement et une colectomie pour néoplasie colique il y a une dizaine d'années et considérée comme guérie. Cette patiente présente un trouble dépressif majeur repéré il y a cinq ans, date à laquelle un suivi psychiatrique a été instauré. Il existe effectivement au moins cinq épisodes dépressifs majeurs dont le premier à l'âge de 40 ans au décours d'une situation de rupture (divorce). Ce suivi a permis de mettre à jour l'existence d'un trouble de personnalité de type histrionique (traits d'immaturité et de dépendance affective, labilité émotionnelle responsable de crises clastiques avec perturbation des relations interpersonnelles et isolement progressif). Aucun épisode maniaque ou hypomaniaque n'a été repéré.

L'histoire récente commence par une nouvelle hospitalisation dans une clinique psychiatrique pour une récurrence d'épisode dépressif majeur qui conduit à l'introduction d'un traitement antidépresseur inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (paroxétine, à la posologie de 20 mg/j). Deux semaines après, apparaissent une altération de la vigilance majeure et fluctuante associée à une perplexité anxieuse et une dysarthrie qui font suspecter un état confusionnel. La patiente est adressée au service d'accueil des urgences où une pneumopathie aiguë infectieuse liée possiblement à une fausse route est diagnostiquée et une antibiothérapie probabiliste (amoxicilline-acide clavulanique à la posologie de 3 g/j) est débutée permettant le retour à la clinique. Alors que l'évolution de l'infection pulmonaire est favorable, l'état confusionnel persiste et va même s'aggraver brutalement. La patiente est alors adressée dans l'unité de médecine interne et soins aigus gériatriques pour prise en charge.

À son admission, la saturation en oxygène est à 98% sous 1 L d'oxygène et la capnie est normale. Il n'y a

pas d'hyperthermie ni de signe de choc. Il n'y a pas non plus de signes de décompensation cardiovasculaire, de localisation neurologique ou de symptôme douloureux. L'auscultation pulmonaire note la persistance de crépitations très modérés et limités à la base du champ pulmonaire droit. La numération formule sanguine, la C-réactive protéine (CRP) et la radiographie du thorax sont en cours de normalisation. Le reste du bilan biologique (bilan ionique, fonction rénale, bilan hépatique, thyroïdien, en particulier) est normal et aucun signe infectieux (notamment urinaire) ni de récurrence tumorale n'est observé. Un syndrome coronarien aigu est éliminé par le dosage des enzymes cardiaques et l'électrocardiogramme. La tomographie cérébrale montre des signes de leucopathie vasculaire ainsi qu'une atrophie cérébrale diffuse et modérée. L'électroencéphalogramme est normal.

Devant l'absence d'étiologie organique intercurrente, l'histoire familiale et personnelle de trouble de l'humeur et l'introduction récente d'un antidépresseur, deux hypothèses sont discutées : confusion iatrogène et/ou virage de l'humeur iatrogène à type de manie atypique. Dans un premier temps, le traitement par antidépresseur est arrêté, permettant de normaliser la vigilance. L'évolution est marquée par l'apparition rapide de troubles du comportement à type de désinhibition psychomotrice confortant davantage l'hypothèse d'une manie induite par un traitement antidépresseur. Devant l'intensité des symptômes, un traitement antipsychotique atypique à visée antimaniaque (olanzapine à la posologie de 10 mg/j) est introduit. La réponse thérapeutique est rapide avec normalisation du comportement en quelques jours, permettant son retour vers l'EHPAD d'accueil avec un suivi ambulatoire. Le traitement initial a été maintenu pendant trois mois, permettant une relative stabilité thymique. Un traitement de fond par régulateur de l'humeur à visée préventive des épisodes thymiques de type maniaque ou dépressif (divalproate de sodium à la posologie initiale de 250 mg/j avec adaptation progressive des doses) a été ensuite introduit en remplacement du traitement par antipsychotique atypique (dix), permettant de normaliser le comportement avec un recul de six mois.

Discussion

La confusion du sujet âgé pose un problème diagnostique fréquent et difficile de par la multiplicité des facteurs pouvant sous-tendre ce dysfonctionnement cognitif aigu. Comme dans notre observation, la recherche des facteurs organiques, médicamenteux et psychosociaux doit être systématique. Certaines étiologies telles le fécalome, la rétention vésicale d'urine, les pathologies infectieuses, les troubles ioniques et métaboliques, une pathologie cérébrale aiguë ou la décompensation aiguë d'une pathologie chronique sont fréquentes chez le sujet âgé et devront être systématiquement recherchées. Dans notre observation, la confusion a été attribuée initialement à une infection pulmonaire intercurrente, mais l'absence d'amélioration neurologique malgré la régression de la pneumopathie a permis d'éliminer cette cause.

La recherche d'une pathologie sous-jacente sera aussi guidée par les antécédents. Ont été éliminées des pathologies cardiaque ischémique et néoplasique. L'existence

d'une confusion iatrogène n'est pas totalement satisfaisante puisque la symptomatologie persiste en partie à l'arrêt du traitement psychotrope et se modifie.

L'existence d'une histoire familiale et personnelle de trouble thymique, l'introduction récente d'un traitement par antidépresseur et l'absence de pathologie neurodégénérative sous-jacente ou de cause organique spécifique doivent faire suspecter un virage de l'humeur de type maniaque induit par l'antidépresseur et de présentation atypique. L'évolution sous traitement tend à conforter cette hypothèse. De manière rétrospective, les épisodes de labilité émotionnelle, les fluctuations émotionnelles et les crises de colère inappropriée dans les antécédents, en partie responsables des conflits familiaux observés dans le passé, pourraient correspondre à de possibles épisodes hypomaniaques passés inaperçus.

Les épisodes hypomaniaques sont souvent difficiles à identifier lors de l'interrogatoire, expliquant que leur prévalence demeure probablement sous-évaluée [6,9]. La difficulté tient à la pauvreté d'*insight* caractéristique des patients atteints de trouble de l'humeur (qui sous-estiment donc les symptômes hypomaniaques) et aux biais de mémorisation lors d'un diagnostic rétrospectif. Le diagnostic est plus ardu s'il existe une comorbidité psychiatrique notamment, un trouble de la personnalité du groupe B (antisociale, *borderline*, histrionique et narcissique) [11]. Ces troubles de la personnalité ont en commun l'existence d'une labilité émotionnelle, de traits d'impulsivité et des relations interpersonnelles instables, symptômes difficiles à différencier de véritables épisodes hypomaniaques. L'interrogatoire de l'entourage, de même que l'utilisation d'échelles (comme la Mood Disorder Questionnaire) [12] et la réalisation d'un diagramme de l'humeur peuvent être des compléments utiles à l'entretien psychiatrique dans ces cas ambigus. Dès lors, si certaines études montrent que la prévalence des épisodes dépressifs majeurs chez le sujet de plus de 60 ans est de 1 à 2 % (rejoignant ainsi les taux de prévalence des troubles de l'humeur en population générale), l'estimation suggérant que la prévalence des troubles bipolaires représenterait 5 à 10 % des épisodes dépressifs majeurs est peut-être sous-estimée [10,13].

Le tableau classique d'un épisode maniaque associe une rupture vis-à-vis du fonctionnement antérieur du sujet marqué par une exaltation de l'humeur, une excitation psychomotrice, une diminution du besoin de sommeil, une hypersexualité et la présence éventuelle de signes psychotiques qui sont alors congruents à l'humeur [11]. La présentation clinique chez le sujet âgé, très souvent atypique, ne rentre pas toujours dans les critères diagnostiques communément admis [4,8,13]. Cela complique le repérage des patients âgés bipolaires et explique l'hétérogénéité que constitue ce trouble. Les sujets âgés présenteraient plus d'irritabilité et d'agressivité, moins d'euphorie et davantage d'éléments délirants de persécution non congruents à l'humeur. Par ailleurs, les troubles cognitifs seraient plus fréquents (trouble de la mémoire de fixation lié à des troubles attentionnels), de même que les manies à présentation confuse et les états mixtes [14]. Dans ce dernier cas, l'association d'une excitation psychomotrice à des items dépressifs augmente fortement le risque de passage à l'acte suicidaire. Enfin, une autre difficulté tient à l'existence d'une altération des fonctions cognitives préa-

lable à l'épisode thymique ou au trouble de l'humeur. Dans notre cas clinique, un bilan neurocognitif de dépistage (MMS, BREF et test de l'horloge) a été effectué trois semaines après l'instauration du traitement antimaniaque, montrant l'absence d'altération des fonctions cognitives en dehors de troubles sur la mémoire de rappel (corrigés par l'indiciage) et l'attention (*Mini Mental Status Examination* [MMS] à 27/30, batterie rapide d'évaluation frontale [BREF] à 16/18). Ces résultats doivent être fortement relativisés du fait de la non-rémission des symptômes thymiques au moment de l'évaluation et des effets indésirables liés au Zyprexa® (trouble de la vigilance). Un suivi neurocognitif doit être réalisé systématiquement pour vérifier que ce tableau ne s'intègre pas dans le cadre d'une pathologie neurodégénérative débutante.

La synthèse des travaux actuels tendrait à considérer l'existence de trois sous-types de tableaux cliniques de pathologies bipolaires, selon l'âge de début (en particulier d'un épisode de type maniaque) et la polarité des épisodes thymiques antérieurs, ces sous-types présentant une physiopathologie et une approche thérapeutique différentes [9,15]. Le premier groupe correspond aux patients présentant un trouble de l'humeur apparu à l'âge adulte sous la forme d'un trouble dépressif récurrent et qui se bipolarise tardivement (7 à 30 % des cas). L'épisode maniaque apparaît alors après une latence de plusieurs années. Le deuxième groupe concerne les sujets ayant développé un trouble de l'humeur à l'âge adulte jeune marqué par une alternance d'épisodes dépressifs et de manies ou hypomanies (13 à 60 % des cas). Enfin, le troisième groupe de patients (20 à 26 % des cas) correspond à la manie d'apparition tardive après 60 ans en l'absence d'histoire de trouble de l'humeur (absence d'antécédent maniaque, hypomaniaque et dépressif). Les deux premiers groupes doivent faire considérer l'existence d'un trouble affectif bipolaire tandis que le troisième doit faire suspecter une étiologie organique à la manie qui est le plus souvent de type neurodégénératif, ischémique, néoplasique, ou traumatique. L'imputabilité de l'épisode maniaque à un facteur organique ou iatrogène est souvent difficile à établir. De plus, le concept de manie secondaire à l'usage de substances toxiques est actuellement remis en questions par plusieurs auteurs qui considèrent la manie pharmaco-induite comme l'expression d'un trouble bipolaire primaire ou comme un facteur prédictif de la bipolarisation d'un trouble dépressif récurrent [9].

Le trouble bipolaire est une affection psychiatrique sévère du fait de l'évolution possible vers la récurrence des épisodes, d'une morbidité supérieure aux troubles dépressifs récurrents (facteur de risque de développement de pathologies cardiovasculaires, cérébrovasculaires et neurodégénératives) [4,10]. Ces modalités évolutives soulignent l'importance d'un diagnostic et d'une stratégie thérapeutique précoces et adaptés au type de trouble.

Comme le souligne cette observation, l'établissement du diagnostic d'épisode maniaque devant un tableau de confusion est important car il guide la stratégie thérapeutique. Il nécessite en priorité d'arrêter tout traitement antidépresseur puis de traiter les symptômes maniaques à la phase aiguë par un antipsychotique atypique à visée antimaniaque. Une fois les symptômes stabilisés, il conviendra de remplacer l'antipsychotique atypique par un traitement régulateur

de l'humeur, mieux toléré, et adapté pour une stratégie de prévention des récurrences au long cours [10,16].

Conclusion

La confusion est fréquente chez le sujet âgé. Elle est secondaire à l'action de plusieurs facteurs de décompensation aiguë sur un état de vulnérabilité cérébrale lié au processus de vieillissement et éventuellement à l'existence de pathologies neurodégénératives sous-jacentes.

Quand l'épisode confusionnel apparaît dans un contexte de normalité des fonctions cognitives, de l'examen clinique et des bilans paracliniques et dans un contexte d'histoire dépressive, même en l'absence d'épisode maniaque ou hypomaniaque, il convient d'évoquer la possibilité d'un trouble dépressif ou d'un épisode maniaque à présentation atypique. Dans ce dernier cas, la prise en charge spécifique comporte l'arrêt immédiat d'un éventuel traitement antidépresseur et l'introduction d'un traitement antimaniaque (antipsychotique atypique par exemple) puis d'un régulateur de l'humeur.

Conflit d'intérêt

Les auteurs n'ont pas transmis de conflit d'intérêt.

Références

- [1] Manckoundia P, Mazen E, Pfitzenmeyer P. Confusion mentale du sujet âgé. In: Gériatrie. Collection « Pour le praticien ». Paris: Masson; 2009, p. 115–20.
- [2] Murray AM, Levkoff SE, Wettle TT. Acute delirium and functional decline in the hospitalized elderly patient. *J Gerontol* 1993;48:181–6.
- [3] Tune LE, Carr S, Hoag E, et al. Anticholinergic effects of drugs commonly prescribed for the elderly: potential means for assessing risk of delirium. *Am J Psychiatric* 1992;149:1393–4.
- [4] Galland F, Jalenques I, Malauzat D, et al. Troubles bipolaires. In: Psychiatrie de la personne âgée. Paris: Médecine-Sciences/Flammarion; 2010, p. 282–8.
- [5] Pompei P, Foreman M, Rudberg MA. Delirium in hospitalized older persons: outcomes and predictors. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:809–15.
- [6] Schor JD, Levkoff SE, Lipsitz LA. Risk factors for delirium in hospitalized elderly. *JAMA* 1992;267:827–31.
- [7] Michaud L, Bula C, Berney A. Delirium: guidelines for general hospitals. *J Psychosom Res* 2007;62:371–83.
- [8] Frémont P. Aspects cliniques de la dépression du sujet âgé. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2004;2:19–27.
- [9] Galland F, Vaillat-Perret E, Jalenques I. Les troubles bipolaires chez le sujet âgé. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2005;2: 115–23.
- [10] Spar E, La Rue A. Mood disorder diagnosis. In: Clinical manual of geriatric psychiatry. Washington, London: American Psychiatry Publishing Inc; 2006.
- [11] DSM-IV. TR: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Guelfi J. M. Paris: Masson, 2004.
- [12] Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, et al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatric* 2000;157:1873–5.

- [13] Vadusev A, Thomas A. Bipolar disorder in the elderly: what's in a name? *Maturitas* 2010;66:231–5.
- [14] Meeks S. Bipolar disorder in the latter half of life: symptom presentation, global functioning and age of onset. *J Affect Dis* 1999;105:291–5.
- [15] Duberstein PR. Openness to experience and completed suicide across the second half of life. *Int Psychogeriatr* 1995;7:183–98.
- [16] Aziz R, Rajesh RT. Treatment for late-life bipolar disorder. *Am J Geriatr Pharmacother* 2006;4:347–64.