




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



CAS CLINIQUE

Hallucinations auditives à début très tardif : la dépression est souvent au rendez-vous...

Very late-onset auditory hallucinations: Depression is frequently at the rendez-vous...

J. Roblin^{a,*,c}, E. Guiliano^{b,c}, T. Gallarda^{c,d},
J.-P. Olié^{c,e}

^a *Chef de clinique-assistante. Service hospitalo-universitaire de santé mentale et de thérapeutique, centre hospitalier Sainte-Anne, 7, rue Cabanis, 75674 Paris cedex 14, France*

^b *Neuropsychologue. Service hospitalo-universitaire de santé mentale et de thérapeutique, centre d'évaluation des troubles psychiques et du vieillissement, centre hospitalier Sainte-Anne, 7, rue Cabanis, 75674 Paris cedex 14, France*

^c *Faculté de médecine, université Paris-V–René-Descartes, 12, rue de l'École-de-Médecine, 75006 Paris, France*

^d *Praticien hospitalier. Service hospitalo-universitaire de santé mentale et de thérapeutique, centre d'évaluation des troubles psychiques et du vieillissement, centre hospitalier Sainte-Anne, 7, rue Cabanis, 75674 Paris cedex 14, France*

^e *Professeur des universités–chef de service. Service hospitalo-universitaire de santé mentale et de thérapeutique, centre hospitalier Sainte-Anne, 7, rue Cabanis, 75674 Paris cedex 14, France*

Disponible sur Internet le 22 juillet 2010

MOTS CLÉS

Avancée en âge ;
Sujet âgé ;
Hallucinations
auditives

Résumé Avec l'avancée en âge, les hallucinations sont fréquentes, se manifestant essentiellement sur les modes auditif et visuel. La prévalence de ce symptôme reste cependant sous-estimée, l'identification des manifestations hallucinatoires nécessitant une enquête minutieuse. Nous rapportons l'observation d'une patiente indemne de tout antécédent psychiatrique qui a présenté, pour la première fois à l'âge de 82 ans, des hallucinations acoustico-verbales d'intensité majeure, retentissant sévèrement dans sa vie quotidienne afin de rappeler les spécificités sémiologiques des hallucinations tardives, les différentes hypothèses étiopathogéniques et les axes de la stratégie thérapeutique.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : roblinjulie@yahoo.fr (J. Roblin).

KEYWORDS

Aging;
Elderly;
Auditory
hallucinations

Summary With aging, hallucinations are frequent, represented particularly by auditory and visual types. However, the prevalence of this symptom is underestimated, the identification of hallucinatory symptoms should require meticulous investigation. In this article, we report the case of a woman without psychiatric antecedent who present first at 82 years old, auditory hallucinations with a major intensity, with severe consequences in her daily life in order to highlight the semiological specificities of late-onset hallucinations, the different etiopathological hypothesis and the axis of therapeutic strategy.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Selon Henri Ey, « l'hallucination est une perception sans objet à percevoir. Halluciner c'est d'abord et avant tout transgresser la loi de la perception ; c'est percevoir ce qui ne comporte pas de perception » [1]. Les hallucinations sont un symptôme fréquent en psychiatrie de la personne âgée mais avec l'avancée en âge, leur prévalence reste sous-estimée. Sur ce terrain, leur identification nécessite une enquête minutieuse auprès du patient lui-même, mais aussi de son aidant familial ou institutionnel. Un sujet âgé sans antécédent psychiatrique hésitera à évoquer auprès de son médecin des manifestations dont l'éclosion a pu susciter en lui perplexité, inquiétude, démoralisation, voire peur de sombrer dans la « folie ». Les hallucinations tardives concernent toutes les modalités sensorielles avec une surreprésentation des modalités visuelles et auditives. Elles empruntent à différents registres de la nosographie des troubles mentaux où troubles psychotiques et troubles affectifs sont intriqués et renvoient à différentes combinaisons étiopathogéniques : iatrogénie médicamenteuse, organicité cérébrale, désafférentation sensorielle et sociale, trouble mental. Chez les sujets très âgés, le syndrome hallucinatoire survient volontiers dans une ambiance persécutive qui n'exclut ni les idéations dépressives, ni la culpabilité.

Nous rapportons l'observation d'une patiente indemne de tout antécédent psychiatrique qui a présenté, pour la première fois à l'âge de 82 ans, des hallucinations acoustico-verbales d'intensité majeure, retentissant sévèrement dans sa vie quotidienne. L'analyse du cas nous permet d'évoquer les spécificités sémiologiques des hallucinations tardives, de discuter différentes hypothèses étiopathogéniques et d'envisager les axes de la stratégie thérapeutique, psychopharmacologique et psychologique.

Observation

Une femme âgée de 82 ans est hospitalisée en psychiatrie pour la prise en charge d'un syndrome délirant avec des hallucinations acoustico-verbales en mars 2009. Deux mois plus tôt, elle s'était rendue, pour la première fois, accompagnée de l'une de ses filles, à une consultation psychiatrique car elle décrivait des hallucinations musicales (airs d'opéras) et verbales : « une obsession auditive dont je n'arrive pas à me départir à la suite d'un choc auditif : des propos à mon égard qui m'ont énormément choquée (...) un vrai viol (...) je suis insultée du sol au plafond à la suite de ronflements de ma

part qui empêchaient de dormir le couple juste au-dessus de ma chambre (...) des menaces de mort (...) un harcèlement (...) ».

Dans ses antécédents personnels somatiques, on relevait des désafférentations sensorielles (dégénérescence maculaire liée à l'âge bilatérale atrophique, hypoacousie bilatérale), un syndrome d'apnées du sommeil appareillé, des facteurs de risque cardiovasculaires (obésité, hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète non insulino-dépendant, athéromatose diffuse des membres inférieurs et cervicale), un syndrome douloureux chronique (névralgie cervicobrachiale droite avec atrophie musculaire dans le territoire D1, discopathies dégénératives), une hépatite C, une gestité à sept et une parité à trois. Il n'y a ni tabagisme, ni alcool-dépendance. Il n'existe pas d'antécédent psychiatrique personnel, mais des antécédents familiaux : maladie d'Alzheimer chez la mère de la patiente à 89 ans et dépression chez une tante maternelle.

Le traitement en cours de la patiente comportait un antidiabétique oral (inhibiteur des alphasglucosidases), trois antihypertenseurs (bêtabloquant cardiosélectif, inhibiteur calcique et antagoniste de l'angiotensine II), un analgésique morphinique mineur (tramadol), un collyre antiglaucomeux (collyre aux prostaglandines), un antisécrétoire gastrique (inhibiteur de la pompe à protons), un hypolipémiant (fibrate de seconde génération).

D'un point de vue biographique, la patiente est d'origine caucasienne. Elle est retraitée, ancienne comptable mécanographe. Veuve depuis six ans, elle vit seule, est autonome pour les gestes de la vie quotidienne, et n'a pas d'aide à domicile. Elle occupe le même appartement en HLM depuis 50 ans et entretient de bons rapports avec ses voisins, sauf les nouveaux. Elle est cependant isolée socialement en dehors des contacts avec ses trois enfants.

Le tableau clinique présenté par la patiente comportait un syndrome délirant d'apparition tardive (avec un début brutal à l'âge de 82 ans et un enrichissement progressif), de mécanisme hallucinatoire acoustico-verbal, à thématique de préjudice avec une adhésion initiale complète et une participation affective intense. À l'entretien à l'entrée, la présentation était correcte. On ne retrouvait ni réticence, ni méfiance, ni froideur. Les nuisances ont commencé progressivement avec, au départ, des airs d'opéras, puis de simples conversations nocturnes, à voix chuchotée mais suffisamment intelligibles pour avoir la conviction qu'« ils » parlaient à travers les murs, juste dans l'appartement au-dessus de chez elle. À l'origine des ses maux, elle a la certitude d'avoir pu identifié plusieurs « interlocuteurs », comme les membres

d'une famille (père, mère, fille, fils, belle-fille) et avec des fonctions particulières (bienfaitante ou non). Cela la conduit à un véritable dialogue hallucinatoire : « bien sûr, je leur parle aussi, c'est une vraie conversation (...) avec parfois des confidences à la mère ». De même, elle rapporte avoir identifié les moyens employés : « je sais qu'ils ont une installation audiovisuelle exceptionnelle (...) quand je parle, un ordinateur enregistre mes conversations (...) ils ont fait des enregistrements qu'ils passent le jour et la nuit (...) j'ai l'impression qu'on m'observe (...) ils ont dû installer une petite caméra quelque part même si cela me paraît impossible ». Elle ne peut plus rien accomplir ou penser sans que surviennent des commentaires : « elle est assise sur son lit ». Même ses pensées les plus intimes sont énoncées.

La patiente dit se sentir épuisée et démoralisée : « je suis démolie (...) ils sont de plus en plus monstrueux avec

moi (...) je ne peux plus rester chez moi (...) ça devient très angoissant (...) je suis traumatisée (...) il faut que je me raccroche à quelque chose ». Depuis plusieurs semaines, elle est d'humeur triste, a perdu l'appétit et vit repliée à son domicile, n'ayant plus goût ni à coudre, ni à tricoter, ses passions. Enfin, elle évoque être persécutée à distance, quand elle se rend chez une de ses filles, et dit à ce propos : « il y a quelque chose qui vient de moi, c'est forcé ».

Le score du *mini mental state examination* (MMSE) était à 28/30 (Fig. 1, Tableau 1). En raison des troubles visuo-perceptifs, les Trail Making Tests A et B n'ont pas été réalisés. L'évaluation cognitive retrouvait une préservation du fonctionnement cognitif global, un déficit de certaines fonctions exécutives avec un défaut d'élaboration conceptuelle et une faiblesse de la mémoire de travail, des troubles d'ordre visuo-perceptif (Tableaux 1 et 2).

Tableau 1 Bilan neuropsychologique.

	Scores		
<i>Efficience globale</i>			
MMSE	28/30		
Langage	7/8		
Praxie	0/1		
<i>Fonctions exécutives</i>			
BREF	12/18		
Similitudes	0/3		
Séquences Motrices	0/3		
Trail Making Test B	NR		
<i>Attention</i>			
Empans verbaux directs	7		
Empans verbaux indirects	4		
Trail Making Test A	NR		
<i>Fonctions instrumentales</i>			
DO80	76/80		
DO 80 – Erreur perceptive	3		
DO 80 – Paraphasie sémantique	3		
Fluences verbales	1 min	2 min	Total
Lexicale : « P »	16	10	26
Catégorielle : Animaux	15	10	25
<i>Praxies gestuelles</i>			
Symbolique	50/50		
Pantomime	50/50		
<i>VOSP</i>			
Shape detection screening test	21/22		
Number detection	6/12		
Cube analysis	3/11		
Dénombrement de points	6/10		
<i>PEGV</i>			
Figures achevées	3/9		
	Arrêt au 3 ^e exemple – fausses reconnaissances		
<i>BORB</i>			
Test 8	21/25 (moy : 21,6 – ET : 2,6)		
Barrage des cloches	Impossible : non discrimination des cloches		

MMSE : *mini-mental state examination*, de Folstein ; BREF : batterie rapide d'évaluation frontale, de Dubois ; DO80 : test de dénomination orale ; VOSP : *visual object and space perception battery*, de Pearson ; PEGV : protocole Montréal-Toulouse d'évaluation des gnosies visuelles ; BORB : *birmingham object recognition battery*, de Riddoch et Humphreys. NR : non réalisé.

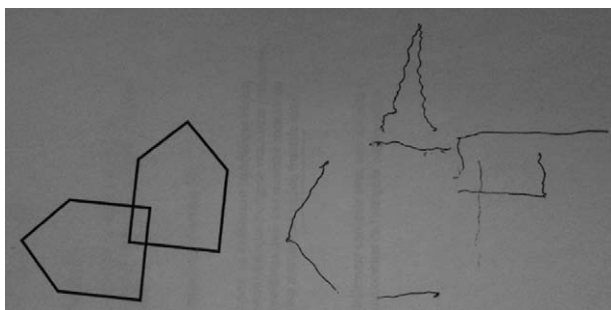


Figure 1. MMSE : praxie constructive.

Tableau 2 Évaluation de la mémoire.

Grober & Buschke	
Identification	16/16
Encodage	16/16
Rappel libre total	7 + 9 + 10 = 26/48
Rappel total	16 + 16 + 16 = 48/48
Rappel libre différé	9/16
Rappel total différé	16/16
Reconnaissance	15/16
Souvenirs anciens	
Autobiographiques	5/5
Politique	5/5

Dans le bilan paraclinique, le bilan biologique était normal ; en particulier, il n'y avait pas de carence vitaminique, de dysthyroïdie, et les sérologies VIH et syphilis étaient négatives. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale objectivait une leucopathie vasculaire minime, une atrophie corticale diffuse avec une discrète majoration en région frontale uniquement (Fig. 2). La scintigraphie cérébrale de perfusion au ^{99m}Tc -ECD mettait en évidence une hypoperfusion du cortex préfrontal bilatéral (modérée au niveau mésial et plus discrète au niveau dorsolatéral) et un aspect aminci des structures temporales internes bilatérales. L'électroencéphalogramme ne montrait pas d'anomalie particulière. La polysomnographie retrouvait un syndrome d'apnées du sommeil sévère (34 apnées par heure). L'audiogramme était irréalisable. Les potentiels

évoqués auditifs du tronc cérébral montraient une altération des conceptions auditives plus marquée du côté gauche, avec conservation de la réponse périphérique.

Devant ce tableau de syndrome délirant à mécanisme hallucinatoire prévalent, d'installation tardive, différents diagnostics ont été évoqués chez la patiente : désafférentations sensorielle et sociale, iatrogénie (tramadol potentiellement impliqué dans la survenue d'hallucinations auditives), et psychose hallucinatoire chronique avec un épisode dépressif d'intensité sévère secondaire.

Le traitement antalgique par tramadol a été suspendu et l'association d'un antipsychotique (halopéridol) à un antidépresseur sérotoninergique (escitalopram) a été débutée avec une évolution favorable sur la symptomatologie présentée.

Discussion

En population générale, la fréquence des hallucinations auditives est estimée à 2–3%, avec une prédominance chez les femmes et une augmentation avec l'avancée en âge [2]. Chez les sujets âgés de 65 ans et plus, les hallucinations auditives surviennent plus souvent en cas de déficience auditive avec une prévalence de 32,8% dans cette population (dont 2,5% d'hallucinations verbales) et semblent associées à un handicap auditif asymétrique [3]. Des hallucinations auditives sont retrouvées chez 9,7% des sujets avec une maladie de Parkinson [4], chez 1 à 29% des sujets avec une maladie d'Alzheimer [5], chez 8% des sujets avec une démence à corps de Lewy [6]. Dans une étude menée dans une population de 347 sujets âgés de plus de 85 ans sans syndrome démentiel, la prévalence des hallucinations auditives était de 3,7% (4,5% chez les femmes et 1,9% chez les hommes) [7]. Les principales comorbidités psychiatriques associées aux hallucinations étaient une humeur dépressive, une anxiété, une irritabilité, des idéations suicidaires et des traits de personnalité paranoïaque [7].

Un sujet âgé sans antécédent psychiatrique caractérisé n'évoquera pas spontanément ses troubles à son médecin. C'est souvent à la suite d'informations apportées par l'entourage ou le conjoint qu'un interrogatoire systématisé va retrouver les symptômes psychotiques.

Les hallucinations auditives représentent un spectre phénoménologique allant d'hallucinations élémentaires à

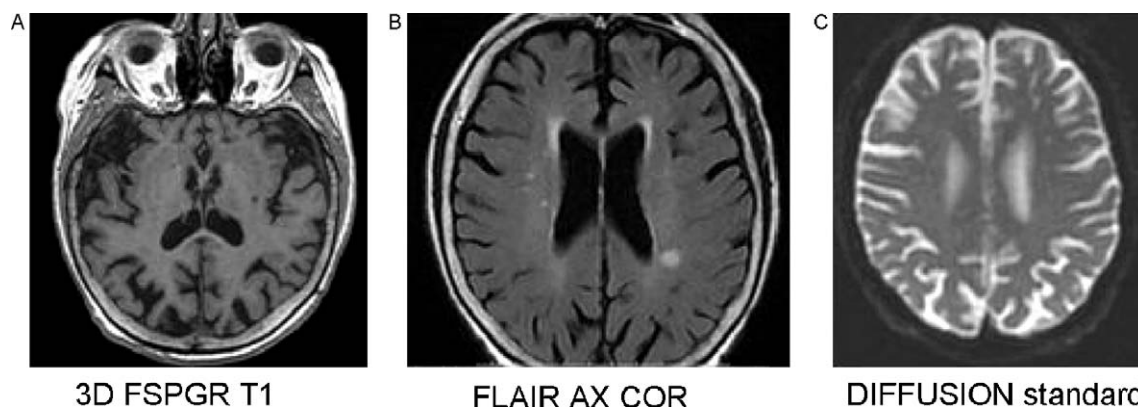


Figure 2. IRM encéphalique. A. Séquences T1, coupe axiale. B. Fluid attenuated inversion recovery (Flair), coupe axiale. C. Séquence diffusion standard, coupe axiale.

type de bruits ou de sons (ronflement, bourdonnement, vrombissement, chuintement...) et des hallucinations plus complexes verbales ou musicales. Les hallucinations verbales peuvent être psychosensorielles (perceptions paraissant provenir des organes des sens) ou psychiques (phénomènes sans caractère sensoriel, se communiquant directement aux pensées du sujet). Il s'agit de voix, connues ou inconnues, pouvant s'adresser au sujet à la deuxième personne ou converser entre elles et parler du sujet à la troisième personne, pouvant répéter la pensée du sujet (écho de la pensée), commenter ses actes ou lui donner des ordres, de tonalité généralement désagréable (trilogie du mépris, de l'injure et de la calomnie selon Henri Ey), entendues par une oreille ou les deux, provenant de près ou de loin, parfois clairement localisées dans l'espace. Ces caractéristiques sensorielles entraînent une conviction forte et ont un retentissement émotionnel variable. Le sujet halluciné peut adopter un comportement en lien avec ses symptômes : attitudes d'écoute, distractibilité, dialogue hallucinatoire, utilisation de moyens de protection (écoute de musique, concentration sur une tâche, se boucher les oreilles). La présentation clinique d'un sujet avec des hallucinations verbales est fonction de l'étiologie.

Les principaux facteurs de risque de survenue de symptômes psychotiques dans l'avancée en âge sont : un faible niveau socioéconomique, une désafférentation sociale et sensorielle, un handicap physique, un déclin cognitif, un support social précaire, l'existence d'une dépression, l'anxiété, des événements de vie récents, le sexe féminin, un âge avancé, un sentiment d'insécurité ou de vulnérabilité, des antécédents cardiovasculaires et la personnalité prémorbide [8].

Les facteurs corrélés avec l'existence d'hallucinations chez un sujet âgé sont l'existence d'un épisode dépressif majeur, un handicap dans les activités de la vie quotidienne et un handicap visuel [7].

Les principales étiologies à évoquer devant des hallucinations auditives sont présentées dans le **Tableau 3**. Elles peuvent s'associer, se potentialiser comme dans l'observation présentée et justifient dans tous les cas une enquête étiologique approfondie.

Sur un plan psychodynamique, un délire d'apparition tardive a une fonction de signal d'alarme et revêt chez un sujet âgé une fonction défensive. Par exemple, il peut être en lien avec des événements de vie générant une angoisse (pertes récentes ou à venir), un sentiment d'insécurité, une fragilisation de soi, un sentiment de vide et d'isolement. Ce symptôme offre la possibilité d'une certaine adaptation en recréant une néoréalité dans laquelle se réfugie le sujet.

La survenue tardive d'un syndrome délirant peut avoir pour conséquences une péjoration de la qualité de vie perçue, un isolement social, une gêne dans la capacité d'appréhension du monde extérieur en perturbant les activités de la vie quotidienne et en altérant les relations avec les proches, une augmentation du risque d'entrée en institution et du fardeau des aidants.

La prise en charge d'une symptomatologie hallucinatoire chez un sujet âgé doit s'inscrire dans une démarche étiologique. Elle comprend un abord pharmacologique et un abord non pharmacologique complémentaire. Un accompagnement psychothérapeutique structuré aura pour but de rassurer le sujet en l'aidant à développer des stratégies de

Tableau 3 Principales étiologies des hallucinations auditives.

Étiologies neuropsychiatriques	Schizophrénie Épisode psychotique : trouble de l'humeur (manie délirante, mélancolie délirante, état mixte), bouffée délirante aiguë (trouble schizophréniforme, trouble psychotique bref) Psychose hallucinatoire chronique Démences : maladie d'Alzheimer (++) lors de lésions pariétales) et démence à corps de Lewy Maladie de Parkinson Neurosyphilis Épilepsie temporale Encéphalopathies Lésions cérébrales localisées (hallucinations verbales élémentaires : un mot, une phrase courte) Tumeurs cérébrales touchant les pédoncules cérébraux (hallucinoïse pédonculaire) ou le lobe temporal Pathologies vasculaires (anévrismes, accident vasculaire cérébral) Chorée de Huntington Lupus érythémateux disséminé avec atteinte cérébrale
Désafférentations sensorielles	Visuelle, auditive (dont surdité acquise)
Consommation de toxiques	Alcool Acide lysergique diéthylamide (LSD)
Iatrogénie	Antiparkinsoniens Analgésiques (tramadol) Anesthésiques Psychostimulants
Autres	Patients porteurs de pièces métalliques dentaires Patients porteurs de fragments métalliques (blessures par balles) dans le cerveau ou dans la boîte crânienne (voix ou musique) Hallucinations induites par un stress majeur Hallucinations lors de l'endormissement (hallucinations hypnagogiques)

gestion des symptômes anxieux et de réinvestissement progressif des activités quotidiennes, de réduire l'isolement socio-affectif (psychothérapie de soutien, traitement comportemental avec techniques de diversion permettant de porter l'attention sur une activité perceptive ou cognitive, traitement cognitif afin de diminuer l'impact négatif des hallucinations sur les performances et les émotions

du sujet) [9]. La chimiothérapie des symptômes psychotiques chez le sujet âgé doit être guidée par le diagnostic étiologique et par l'équilibre entre efficacité et tolérance, particulièrement à un âge avancé, en raison du risque iatrogénique. Le traitement repose sur les antipsychotiques atypiques à faibles posologies et, en cas d'échec, sur les neuroleptiques classiques hallucinolytiques, les antidépresseurs et les anxiolytiques. Cependant, dans près de 25% des cas, la symptomatologie hallucinatoire est résistante au traitement.

Conclusion

L'observation présentée illustre la complexité des hallucinations auditives chez un sujet âgé et la fréquente comorbidité dépressive. Elle souligne l'importance des informations fournies par l'entourage du patient. Le bilan étiologique est essentiel afin d'étayer la prise en charge. Le bilan évolutif, en particulier neuropsychologique, aura pour objectif d'identifier précocement l'installation d'une éventuelle affection neurodégénérative.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Références

- [1] Ey H. Traité des hallucinations. Paris: Masson et Cie; 1973.
- [2] Tien AY. Distributions of hallucinations in the population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1991;26:287–92.
- [3] Cole MG, Dowson L, Dendukuri N, et al. The prevalence and phenomenology of auditory hallucinations among elderly subjects attending an audiology clinic. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002;17:444–52.
- [4] Fénelon G, Mahieux F, Huon R, et al. Hallucinations in Parkinson's disease: prevalence, phenomenology and risk factors. *Brain* 2000;123(Pt 4):733–45.
- [5] Bassiony MM, Steinberg MS, Warren A, et al. Delusions and hallucinations in Alzheimer's disease: prevalence and clinical correlates. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15(2):99–107.
- [6] Nagahama Y, Okina T, Suzuki N, et al. Classification of psychotic symptoms in dementia with Lewy bodies. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007;15(11):961–7.
- [7] Ostling S, Skoog I. Psychotic symptoms and paranoid ideation in a non-demented population-based sample of the very old. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59(1):53–9.
- [8] Henderson AS, Korten AE, Levings C, et al. Psychotic symptoms in the elderly: prospective study in a population sample. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998;13:484–92.
- [9] Wilkinson P, Schuller S. Late-onset auditory hallucinations treated with cognitive behaviour therapy. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18:537–9.