



HAL
open science

Schizophrénie tardive ?

E. Vaillle-Perret, R. Tourtauchaux, F. Galland, A.-L. Pontonnier, G. Legrand,
I. Jalenques

► **To cite this version:**

E. Vaillle-Perret, R. Tourtauchaux, F. Galland, A.-L. Pontonnier, G. Legrand, et al.. Schizophrénie tardive ?. Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, 2009, 167 (6), pp.464. 10.1016/j.amp.2009.06.006 . hal-00562289

HAL Id: hal-00562289

<https://hal.science/hal-00562289>

Submitted on 3 Feb 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Accepted Manuscript

Title: Schizophrénie tardive ?

Authors: E. Vaillle-Perret, R. Tourtauchaux, F. Galland, A.-L. Pontonnier, G. Legrand, I. Jalenques

PII: S0003-4487(09)00188-7
DOI: doi:10.1016/j.amp.2009.06.006
Reference: AMEPSY 1046

To appear in: *Annales Médico-Psychologiques*



Please cite this article as: Vaillle-Perret E, Tourtauchaux R, Galland F, Pontonnier A-L, Legrand G, Jalenques I, Schizophrénie tardive ?, *Annales medio-psychologiques* (2008), doi:10.1016/j.amp.2009.06.006

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted for publication. As a service to our customers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting proof before it is published in its final form. Please note that during the production process errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

FMC

Schizophrénie tardive ?

Late onset schizophrenia ?

E. Vaille-Perret ^{a,*}, R. Tourtauchaux ^a, F. Galland ^{a,c}, A.-L. Pontonnier ^{a,b}, G. Legrand ^a, I. Jalenques ^{a,c}

^a CHU Clermont-Ferrand, Service de Psychiatrie de l'Adulte A et Psychologie médicale, Pôle de Psychiatrie, F-63003 Clermont-Ferrand, France

^b Clermont Université, Université d'Auvergne Clermont 1, UFR Médecine, F-63001 Clermont-Ferrand, France

^c Clermont Université, Université d'Auvergne Clermont 1, UFR Médecine, Équipe d'Accueil 3845, F-63001 Clermont-Ferrand, France

* Auteur correspondant : E. Vaille-Perret, Service de Psychiatrie de l'Adulte A et Psychologie médicale, Pôle de Psychiatrie / CHU de Clermont-Ferrand - BP 69, 63003 Clermont-Ferrand, Cedex 1, France

Tél : 04 73 752 106

Fax : 04 73 752 107

E-mail : evaille-perret@chu-clermontferrand.fr

Résumé

L'histoire d'un patient évoquant un cas de schizophrénie tardive sera le point de départ d'une discussion autour de cette notion controversée. Le cas sera exposé puis, à la lumière d'une revue de la bibliographie, les éléments cliniques, paracliniques et sociaux permettant, actuellement, d'évoquer une schizophrénie tardive seront repris.

Mots clés : Schizophrénie tardive

Abstract

The story of a patient presenting a case of late onset schizophrenia will be the point of departure of a discussion around this controversial notion. The case will be explained then, after a review of the bibliography, the authors will go back to the clinical, para-clinical and social elements which allow them to evoke a case of late onset schizophrenia.

Keywords : Late onset schizophrenia

1.1 1. Introduction [1,3,8,9]

La notion de « schizophrénie à début tardif » reste controversée : forme clinique, forme évolutive, paraphrénie ? Ou entité à part entière ? Comme certains manuels de psychiatrie, les classifications actuelles n'évoquent pas ce diagnostic. Pourtant, Bleuler lui-même décrivait des patients présentant ce type de pathologie et une conférence de consensus – « Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus » de Robert Howard et al. [9] – existe et pose les critères de la schizophrénie à début tardif, voire très tardif.

Même si cela reste rare, la confrontation à un cas potentiel de schizophrénie à début tardif nous a amené à nous interroger et à consulter les données existantes. Ainsi, après avoir décrit ce cas clinique, une synthèse des données de la littérature sera proposée.

1.2 2. Cas clinique

En octobre 2006, Monsieur X. 56 ans, est adressé au service des urgences avec demande d'HDT pour « troubles du comportement dans le cadre d'une probable décompensation psychotique aiguë ». À l'admission, il est noté un automatisme mental associé à un délire de mécanismes imaginatif et intuitif à thèmes de persécution, de grandeur et d'amour contrarié.

Sa biographie et ses antécédents sont alors retracés à partir de ce qu'il peut exprimer et grâce à la présence d'une de ses sœurs. Il est ainsi issu d'une fratrie de onze frères et sœurs, habitant tous dans la même région ; il vit d'ailleurs dans la maison familiale avec deux de ses frères. Une de ses sœurs est décédée. Il est célibataire, sans enfant, et était employé municipal (« agent technique chef »), mais est retraité depuis l'âge de 55 ans. D'un point de vue médico-chirurgical, on retient une méningite dans l'enfance, une crise de goutte traitée par colchicine, une obésité et une hernie discale opérée en décembre 2003.

D'un point de vue psychiatrique, on ne note aucun antécédent avant l'âge de 52 ans (juillet 2002), date à laquelle il est hospitalisé pour un épisode psychotique aigu. Il présente alors des hallucinations auditives, un commandement de ses actes, un délire de mécanisme interprétatif à thème de persécution, une adhésion totale au délire, des troubles du sommeil importants. Le patient attribue son état clinique à des problèmes relationnels au travail, son supérieur direct ayant changé récemment. De la rispéridone à la dose de 8 mg est prescrite, la symptomatologie s'amende mais on ne note pas de critique du délire. Après l'arrêt de son traitement, le patient est à nouveau hospitalisé en décembre 2002 pour « recrudescence du syndrome délirant » : idées délirantes à thème de persécution et de mécanisme interprétatif

(impression d'être surveillé, illusion de voir des micros). Le vécu est douloureux, on note des troubles du sommeil, mais pas de syndrome dissociatif. La symptomatologie s'amende de nouveau sous rispéridone, 4 mg, le soir. Un suivi est instauré de 2002 à 2006 au cours duquel aucune recrudescence délirante n'émerge mais, au cours des consultations, il est noté une bizarrerie dans le contact et un apragmatisme. En janvier 2006, nouvel épisode psychotique aigu : sont notées des hallucinations auditives, une certaine agressivité, un « contact bizarre », un comportement inadapté ; de la rispéridone forme retard est prescrite. Suite à une nouvelle hospitalisation en février 2006, avec la même symptomatologie, une augmentation de la posologie est réalisée. En mars 2006, lors d'une nouvelle hospitalisation en clinique sont notés un syndrome délirant de mécanisme interprétatif, des hallucinations auditives, un syndrome dissociatif, un automatisme mental avec commentaire des actes, un devinement de la pensée, un sentiment de télépathie. Zyprexa®, Haldol®, Solian® ou Tercian® sont tentés sans succès.

Admis en HDT dans les suites immédiates de l'hospitalisation en clinique en octobre 2006, le tableau clinique à l'arrivée est le suivant :

- barrages, troubles du cours de la pensée, bizarrerie du comportement ;
- dissociation affective ;
- alternance de moments de repli autistique et d'agitation et d'agressivité ;
- délire persistant depuis plusieurs mois de mécanismes interprétatif, intuitif et imaginatif, thèmes multiples (persécution, amour erroné, toute-puissance, micros et radars...) ;
- automatisme mental.

Un entretien avec la famille confirme l'apparition des troubles en 2002 et « strictement rien avant... », le patient est décrit « sociable et agréable », aimant la cuisine, la nature et appréciant des sorties avec ses collègues de travail. Il ne lui est toutefois pas connu de relation amoureuse durable. La famille nous apprend aussi le décès d'un cousin, il y a plusieurs années, d'une tumeur cérébrale « dans le même contexte » : il est décidé de réaliser une IRM (scanner antérieurement réalisé normal) dont le résultat est « dans les limites de la normale ». Des examens biologiques sont réalisés : le bilan standard ne montre qu'un taux de plaquettes légèrement abaissé et les sérologies effectuées révèlent une infection ancienne pour l'hépatite A et le CMV ; les anticorps antinucléaires et cardio-lipides sont négatifs. Les tests neuropsychologiques ne montrent pas de déficit cognitif.

Avec des doses de neuroleptiques importantes et une prise en charge institutionnelle l'évolution est lentement positive. Le traitement comporte ainsi rispéridone (13 mg pendant la

journée), de la miansérine (45 mg), du Nozinan® (30 mg sur la journée) du Lepticur® (1 par jour). Un suivi est organisé, associé à une prise en charge en hôpital de jour. Le patient est bien stabilisé quant à son délire mais assez apragmatique ; cependant souriant, détendu et assez adapté à la réalité.

1.3 3. Discussion [1, 2, 4-7,9]

Ce cas répond aux critères DSM-IV et CIM-10 de la schizophrénie : symptomatologie positive (délire et hallucination), dissociation (langage et comportement désorganisés, affects inappropriés), symptomatologie négative (symptômes déficitaires, apragmatisme, avolition, alogie). Mais le début des troubles a eu lieu à 52 ans.

Les revues récentes de la bibliographie et surtout la conférence de consensus de 1999 ont permis de dégager des caractéristiques cliniques, épidémiologiques, mais aussi de vie, laissant envisager l'existence d'une entité à part entière : la schizophrénie d'apparition tardive (40 ans) ou très tardive (60 ans).

Ainsi, déjà selon Bleuler, des patients examinés présentaient une schizophrénie à début tardif pour 15 % et très tardif pour 5 %. En fait la prévalence précise n'est pas connue mais serait d'environ 0,6 % entre 45 et 64 ans et de 0,1 % à 0,5 % après 65. La proportion d'émergence de la maladie après 40 ans serait de 23,5 %. Il y aurait par ailleurs plus de cas décrits chez les femmes que chez les hommes, de l'ordre de 2 pour 1.

Cinquante pour cent avaient une symptomatologie non différente de celle présentée par des patients dont la pathologie avait débuté plus précocement.

Pour l'autre moitié, les différences cliniques sont les suivantes :

- plus d'hallucinations visuelles, tactiles et olfactives ;
- plus de délires de persécution, délire plus structuré ;
- plus de dissociation, automatisme mental, syndrome d'influence ;
- moins d'émoussement affectif et de troubles du cours de la pensée ;
- moins de symptomatologie négative après 60 ans.

Lorsqu'ils existent, les troubles cognitifs sont proches de ceux de la schizophrénie d'apparition plus précoce, ils ne ressembleraient pas à ceux des démences, tout particulièrement des démences type Alzheimer. Aux tests on trouvera donc : des troubles des fonctions exécutives, des apprentissages, des habiletés verbales et motrices ; mais on ne retrouve pas plus de troubles cognitifs.

Des facteurs psychosociaux liés à l'âge seraient précipitants : deuil, difficultés financières, isolement, retrait de la société, modifications de l'environnement.

Des déficits sensoriels seraient fréquemment associés, particulièrement la surdité.

Dans les antécédents, on ne trouve pas plus de troubles dépressifs, la personnalité peut être normale mais il existerait plus fréquemment une personnalité prémorbide schizoïde.

D'un point de vue social, les antécédents matrimoniaux et occupationnels semblent meilleurs.

Pas de changements structuraux spécifiques mais il existe des modifications focales identiques à celles des patients à début plus précoce et plus particulièrement des zones d'hypoperfusion frontales.

Dans le cas clinique exposé précédemment, de nombreux éléments corroborent donc le diagnostic de schizophrénie tardive :

- âge de début 52 ans ;
- une bonne intégration sociale prémorbide ;
- un facteur précipitant ;
- la clinique : un délire à thème de persécution, un automatisme mental, des affects non émoussés, voire tristes ;
- une imagerie normale, des tests neuropsychologiques ne montrant pas de troubles cognitifs évocateurs d'une démence ;
- une évolution favorable sous neuroleptiques atypiques.

1.4

3. Conclusion

Les schizophrénies sont fondamentalement hétérogènes, quel que soit l'âge. La conférence de consensus de 1999 propose deux classifications : « late onset schizophrenia » après 40 ans et « very late onset » après 60 ans.

N'importe quel âge de la vie pourrait donc être un âge d'apparition de la schizophrénie, mais les variations aux âges extrêmes pourraient être des indices pour mieux comprendre la physiopathologie et les facteurs de risque de cette pathologie.

Conflit d'intérêt : aucun

Références

- [1] American Psychiatric Association. DSMIV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e éd. Version internationale, Washington DC, 1995. Trad fr Guelfi JD et al. Paris: Masson; 1996.
- [2] Barak Y, Aizenberg D, Mirecki I, et al. Very late-onset schizophrenia-like psychosis: clinical and imaging characteristics in comparaison with elderly patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2002;190:733-6.
- [3] Bleuler E. Dementia praecox oder grupp des schizophrenien, in: Aschfenberg G, ed. *Handbuch der Psychiatrie* 1911, IV Abt, 1 hafte. Leipzig: Deuticke.
- [4] Brodaty H, Sachdev P, Koschera A, Monk D, Cullen B, et al. Long-term outcome of late-onset schizophrenia: 5-year follow-up study *Br J Psychiatry* 2003;183:213-9.
- [5] Castle DJ, Wessely S, Howard R, et al. Schizophrenia with onset at the extremes of adult life. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12:712-7.
- [6] Convert H, Védie C, Paulin P, et al. Schizophrénie tardive ou délires chroniques. *L'Encéphale* 2006;32:957-61, cahier 1.
- [7] Fremont P. Schizophrénie et vieillissement. *Neurologie Psychiatrie Gériatrie* 2004;4:8-12.
- [8] Guelfi JD, Boyer P, Consoli S, Olivier-Martin. *Psychiatrie*. Paris: PUF; 2002.
- [9] Howard R, Rabins PV, Seeman MV, and the International Late-Onset, Schizophrenia Group. Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. *Am J Psychiatry* 2000;157:172-78.