

LA DEMENCE FRONTO-TEMPORALE : quand la psychiatrie s' en mêle....



UNIVERSITÉ DE NANTES

J.CHOLET¹, T.RIAUDEL², C.SAHEL-SERRE², G.BERRUT²

¹ Pôle universitaire d' addictologie et de psychiatrie de liaison, CHU de Nantes, ² Pôle universitaire de Gériatrie Clinique, CHU de Nantes.



INTRODUCTION

Les critères diagnostiques de la démence fronto-temporale (DFT), dans sa forme comportementale, mettent en avant des troubles du comportement spécifiques. Ces symptômes comportementaux peuvent être soit productifs (hyperoralité, hypersexualité, labilité émotionnelle...) soit négatifs (apathie) et sont associés à des troubles des fonctions exécutives. Cependant, cette association syndromique est aussi présente dans certaines pathologies psychiatriques, y compris à début tardif, comme les troubles de l' humeur, les conduites addictives et les troubles obsessionnels compulsifs. Différencier ces pathologies relève alors du défi clinique mais aussi thérapeutique, d' autant plus qu' elles ne sont pas exclusives ¹.

CAS CLINIQUES

Mme P, 74 ans	Mr C, 77 ans
<p>DFT « atypique » depuis 2 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> •MMSE à 12/30, BREF à 5/18 •IRM cérébrale: atrophie frontale et hypersignaux de la substance blanche •Ponction lombaire non contributive <p>ATCD:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Syndrome anxiodépressif ancien, •Hystérectomie, •Thyroïdectomie. <p>Adressée en unité cognitivo-comportementale (UCC) pour:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Labilité émotionnelle, théâtralisme, •Agressivité verbale et physique. <p>NeuroPsychiatric Inventory (NPI) d' entrée: F*G 40, R 20</p> <p>Pendant son hospitalisation:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Ruminations anxieuses, théâtralisme, •Accessible à la réassurance <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Hypothèse d' un trouble de l' humeur ⇒ Amélioration par Dépakote + Seropram <ul style="list-style-type: none"> • NPI de sortie: F*G 24, R 11 • Entrée en maison de retraite 	<p>Adressé en UCC via la psychiatrie pour:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Désinhibition sexuelle, fugues •Troubles mnésiques •NPI d' entrée: F*G 32, R 12 <p>ATCD:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Incarcérations pour exhibitionnisme à 25 ans et 76 ans, •HTA et coronaropathie. <p>Pendant son hospitalisation:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Hyperoralité, négligence et émoussement affectif •Désinhibition sexuelle: obsessions, comportements masturbatoires et exhibitionnisme <ul style="list-style-type: none"> • MMSE à 14/30, BREF à 6/18 • IRM cérébrale: atrophie diffuse hippocampique, fronto-temporale et du corps calleux <p>•Addiction sexuelle selon les critères de Goodman</p> <p>⇒ Introduction de la paroxétine:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diminution des obsessions sexuelles, du comportement masturbatoire et de l' exhibitionnisme • Majoration de l' apragmatisme <ul style="list-style-type: none"> • NPI de sortie: F*G 68, R 21 • Admission en Unité d' Hébergement Renforcé

DISCUSSION 2,3,4

DFT et TROUBLES THYMIQUES		DFT et ADDICTIONS	
Similitudes	Différences	Similitudes	Différences
<ul style="list-style-type: none"> • Troubles dysexécutifs au 1^{er} plan • Troubles mnésiques tardifs • Symptômes dysthymiques: <ul style="list-style-type: none"> • Labilité, jovialité, • Emoussement des affects... 	<ul style="list-style-type: none"> • Atteinte de la mémoire verbale dans le trouble bipolaire de type I • Temporalité d' apparition des symptômes: <ul style="list-style-type: none"> • Symptômes dysthymiques avant ceux cognitifs dans les troubles de l' humeur • Rechercher les ATCD dépressifs et hypomaniaques en faveur d' un trouble de l' humeur • Imagerie cérébrale: atrophie fronto-temporale dans la DFT • PL dans la DFT: ↑ protéines τ et phospho-τ, ↓ des protéines β-amyloïdes 	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles dysexécutifs • Troubles du comportement selon l' addiction (boulimie, addiction sexuelle, usage de substances psycho-actives) qui peuvent similaires aux symptômes psychocomportementaux retrouvés dans la DFT • Atteintes cérébrales similaires à l' imagerie selon la substance consommée (comme avec l' alcool par exemple) 	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles mnésiques importants possibles selon l' addiction (alcool notamment) • Temporalité <ul style="list-style-type: none"> • Délai entre le début de l' addiction et les troubles cognitifs • Amélioration cognitive avec le sevrage / l' abstinence • PL dans la DFT: ↑ protéines τ et phospho-τ, ↓ des protéines β-amyloïdes

CONCLUSION

La DFT et les troubles psychiatriques à début tardif peuvent présenter des symptômes cliniques et neuropsychologiques similaires. Cependant, les représentations sociales associées à ces diagnostics, aussi bien pour le patient que son entourage, diffèrent. De plus, les implications thérapeutiques, aussi bien médicamenteuses que non médicamenteuses, mettent en exergue l' intérêt de différencier ces pathologies. Dans ce contexte, le travail interdisciplinaire entre gériatre, neurologue et psychiatre semble nécessaire pour améliorer la prise en charge des patients et de leur entourage, mais aussi leur acceptation des troubles et de la maladie.