

# La nébuleuse frontière entre les troubles psychocomportementaux liés à la démence et les troubles bipolaires d'apparition tardive. A propos de 2 cas.



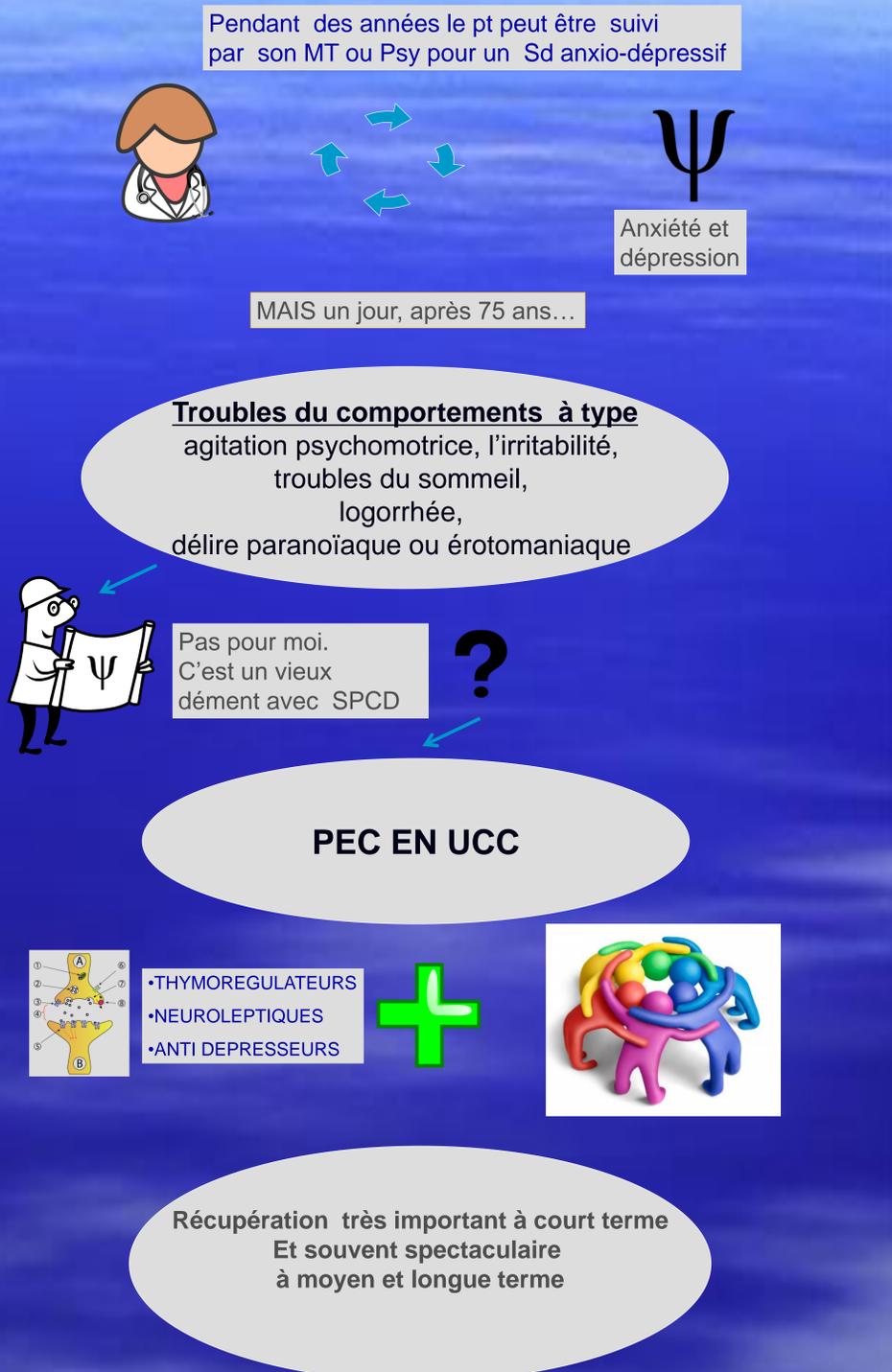
**Corte-Franco G, Garnier V, Bosson L, Damier E, Desbois A, Lissot C et Couturier P.**  
Unité Cognitivo Comportementale, Clinique Universitaire de Médecine Gériatrique, CHU de Grenoble, Université Grenoble Alpes, TIMC-IMAG, F-38000 Grenoble, France

## Résumé

- Les Unités Cognitivo Comportementales ont été créées pour la prise en charge de symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SPCD). Créé sur des lits de SSR gériatrique, l'UCC du CHU de Grenoble accueille des patients âgés ciblés.
- Cependant l'intrication des pathologies dégénératives et psychiatriques tels que les maladies bipolaires n'est pas rare mais de diagnostic difficile. Ainsi, les troubles bipolaires d'apparition tardive (après 50 ans) ont une prévalence basse (0.4 %) mais 10 et 25 % des troubles de l'humeur après 50 ans sont de type bipolaire. Au delà de 70 ans, ces chiffres sont mal connus en raison des difficultés diagnostiques avec d'autres pathologies type anxiété généralisée, phobies, attaques de panique ou stress post traumatique.
- La phase dépressive se manifeste par une tristesse parfois exprimée, une préoccupation exacerbée pour l'état de santé, une anhédonie, des fluctuations du poids, des troubles de l'attention, une akathisie ou une agitation et un isolement social.
- Pendant la phase maniaque, l'agitation psychomotrice, l'irritabilité, les troubles du sommeil, la logorrhée, le délire paranoïaque ou érotomaniaque sont souvent présents.
- Ces symptômes bien que fréquemment rencontrés chez les patients déments et évalués par les outils tels que le Neuropsychiatric Inventory ne font rarement évoquer ce diagnostic dans la population âgée malgré sa rentabilité. Les techniques de suivi comportemental au sein de l'UCC et l'absence de réponse à un traitement classique des TPC doivent faire évoquer une maladie bipolaire et faire initier un traitement adapté.

Nous rapportons deux cas de patients admis en UCC devant des TPC atypique et d'évolution aiguë dont le diagnostic initial retenu était une maladie neurodégénérative mais pour lequel il a été identifié une probable maladie bipolaire sans antécédents de manie identifiée et d'évolution tardive.

## Le parcours compliqué du patient avec TBP d'apparition tardive



### CAS N° 1

Mme P. née le 14/07/1940, 75 ans.  
•hospitalisée en Neurologie pour un syndrome confusionnel du 11 au 24 mars 2015 et rentrée à domicile à la demande de son mari.  
•Un examen très complet avait été fait (PL, sérologie, IRM du 02/04/2015 : Atrophie hippocampique Scheltens 3. Quelques hypersignaux péri-ventriculaires, Fazekas 1.  
•MMSE à 22/30, BREF 5/18, Test des 5 mots 17/20.  
•suspicion de maladie à corps de Lewy et introduction du patch de RIVASTIGMINE, PRAZEPAM  
•A domicile, les troubles du comportement s'aggravent (agressivité, opposition, logorrhée), arrêt de la RIVASTIGMINE et introduction de QUETIAPINE. Néanmoins, son comportement reste inchangé une demande d'hospitalisation en UCC est proposée par la neurologie.  
•PEC UCC :  
Introduction de RISPERIDONE 1M 25mg et Oxazéпам le soir, DIVALPROATE et arrêt de la QUETIAPINE.  
•Amélioration du comportement rapide après 2 semaines de traitement, MMSE à 26/30, retour à domicile  
•Vue en consultation neuro à 1 mois, avec MMSE à 29/30 et absence de troubles du comportement, vie normale, en dehors de interdiction de conduire.

### CAS N° 2

- Mr Z, né en 1935, 79 ans n'a pas d'antécédent connu psychiatrique.
- Il est hospitalisé en urgence pour un état confusionnel. Après un séjour en médecine interne pendant 15 jours pour suspicion d'encéphalite devant un syndrome confusionnel persistant (PL, IRM, sérologies normales), il est transféré en neurologie pour complément de bilan. Sorti au bout de 15 jours avec un diagnostic de troubles cognitifs atypiques et possible de dépression devant des plaintes somatiques et des troubles persistants du comportement, il est introduit du CITALOPRAM avant sa sortie.
- Le patient est signalé à l'EMG extra hospitalière 10 jours après sa sortie pour état d'agitation à domicile, désinhibition, addiction.
- Hospitalisé à l'UCC: le tableau est typique d'un état maniaque avec agitation extrême, déambulation, délire de grandeur et érotomanie. Sous traitement par thymorégulateur (DIVALPROATE), antiproductifs (RISPERIDONE) et anxiolytique, le tableau clinique s'améliore en quelques semaines.
- A 3 mois, le MMS retrouve un score à 28/30. Le patient a retrouvé intégralement ses capacités cognitives. L'unique plainte est centrée sur son prostatisme et ses difficultés sexuelles...

## CONCLUSION

- Souvent les patients avec TBP d'apparition tardive arrivent en UCC.
- Difficile de discerner si ce sont les troubles cognitifs qui sont au premier plan ou les troubles du comportement.
- Place des antécédents à type de troubles de la personnalité ou psychiatriques non connus des proches
- Souvent traitement par thymo-régulateurs retardé.
- Durée de séjour plus longue.
- Difficulté de gestion pour l'équipe soignante car peu d'expérience de ce type de patients.
- Restitution ad integratum et rentabilité du diagnostic.