

# *Pathologies des confins neuro-psycho-gériatriques*

*Dr. V. LEFEBVRE des NOETTES*

*Psychiatre du sujet âgé*

**C.H.E.Roux AP-HP Limeil**

## ***LE SYNDROME DE CHARLES BONNET***

**Le syndrome de Charles Bonnet doit son nom à un philosophe suisse qui l'a décrit pour la première fois en 1760. Il s'agissait pour lui d'une auto-observation. Il est caractérisé par la survenue d'hallucinations visuelles élaborées isolées chez des patients sans aucun antécédent psychiatrique.**



## *Etude Teunisse en 19*



- Patients vus en ophtalmologie
- Age moyen des patients atteints : 75, 4 ans
- Étiologie de la baisse d'acuité visuelle : pas spécifique
- Pas de patho psy (personnalité ?)
- Pas de troubles cognitif

## ***Description clinique 1:***

- **Age moyen de début du trouble : 72 ans**
- **Fréquence de plusieurs fois par jour à quelques épisodes par an**
- **Durée de quelques secondes à quelques heures**
- **Contenu des hallucinations : Très variées  
contenu affectif : +/- (bizarre, drôle, beau)**

## ***Description clinique 2:***

- **Prise de conscience : 82% immédiatement, les autres après avoir été corrigé**
- **Vécu : détachement, mais les patients souhaitent que ça s'arrête**
- **Consultation pour le trouble :**
- **73% n'en n'ont jamais parlé à leur médecin**
- **Un seul de ceux qui en avait parlé a eu un diagnostic exact !**

## ***Le syndrome de Charles Bonnet est défini par:***

- **Existence d'au moins une hallucination visuelle complexe, correspondant une perception sans objet et non à une déformation d'un objet existant**
- **Prise de conscience complète ou au moins partielle du caractère irréal de la perception,**
- **Absence d'autre hallucination dans une autre sphère sensorielle,**
- **Absence de délire.**

# *Quelle est l'étiologie du syndrome de Charles Bonnet ?*

- Relation entre le syndrome de Charles Bonnet et les troubles visuels
- Relation entre le syndrome de Charles Bonnet et les détériorations cognitives :
  - Pour quasiment tous les auteurs, il n'existe aucune relation entre le syndrome et une maladie entraînant une détérioration des fonctions cognitives.
- Relation entre le syndrome de Charles Bonnet et les troubles psychiatriques :
  - Les études ne montrent aucun lien entre une pathologie psychiatrique et le syndrome de Charles Bonnet

## ***Diagnostic différentiel du syndrome de Charles Bonnet:***

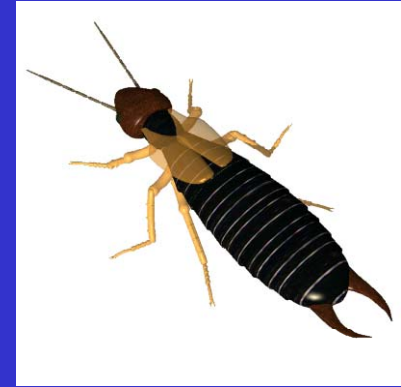
- Le diagnostic différentiel du syndrome de Charles Bonnet est représenté par toutes les autres causes d'hallucinations du sujet âgé.
- Hallucinations de la maladie de Parkinson
- Les *hallucinations hypnagogiques* (ou hypnopompiques),
- L'*hallucinoze pédonculaire* liée à une lésion du mésencéphale ou du tronc cérébral ou du thalamus.
- Les hallucinations visuelles de la *démence à corps de Lewy*, constitue un des diagnostic différentiel les plus fréquents.
- Les autres hallucinations : *certaines migraines*, *certaines atteintes vasculaires cérébrales* (infarctus de l'artère cérébrale postérieure), *les épilepsies focales avec crises partielles complexes*, les syndromes toxiques ou les syndromes de sevrage.



# ***Traitement du syndrome de Charles Bonnet***

- Les approches médicamenteuses : résultats décevants
- Les approches non médicamenteuses sont elles beaucoup plus intéressantes :
  - 1- Faire un bilan ophtalmologique et corriger l'acuité visuelle chaque fois que cela est possible, même chez des patients détériorés.
  - 2- Expliquer au patient qu'il s'agit de troubles peu évolutifs et le rassurer.
  - 3- Écouter les patients et examiner avec eux s'ils n'ont pas déjà trouvé des stratégies pour faire diminuer ou cesser les phénomènes et les encourager à les développer

## ***LE SYNDROME D'EKBOM***



**Ce syndrome a été décrit initialement par Ekbom en Suède sous le nom de “ délire dermatozoïque ”. Il est caractérisé par l'apparition chez des femmes d'âge moyen, de plaintes de démangeaisons avec la conviction d'un parasitisme exogène qui donnent lieu à la recherche de petites bêtes et à la mise en œuvre de procédés de destruction.**

## ***Classiquement1 :***

- Femmes
- D'âge mur ou âgées
- Sans antécédent psychiatrique
- En excellente santé
- Efficience intellectuelle normale
- Conviction délirante inébranlable mais sommaire, c'est-à-dire sans autre développement thématique.

## ***Classiquement 2:***

- Le contenu thématique de ces hallucinations tactiles correspond le plus souvent à des sensations de grouillement presque toujours rapportées à des parasites cutanés
- Le prurit et les impressions de pullulation parasitaire ont un caractère obsédant ou peuvent prendre l'aspect d'une idée fixe ou d'une phobie.
- Trouble rare (0.2/1000)
- Délai de consultation : un an en moyenne
- Trouble chronique
- Traitement ?



# ***LE SYNDROME DE DIOGENE***

**La dénomination de syndrome de Diogène vient d'une étude portant sur des patients de plus de 65 ans, admis à l'hôpital pour une affection somatique aiguë, et vivant dans un état d'incurie extrême.**





# HISTORIQUE

**Diogène né à SINOPE au IVème siècle avant  
Jésus Christ,**

**disciple de Socrate,**

**Chef de file des cyniques**

**Mépris de la société.**

**Choix de vie - libre arbitre**

**Dénuement total**

**Dormait dans un tonneau**

# REVUE DE LA LITTERATURE

- **1963**      **Stevens** Gériatre Anglais 8 cas P.A.
- **1963**      **Mac Millan et Shaw** Psychiatres 72 cas
- **1966**      « senile breakdown syndrome »
- **1975**      **Clark et Mankikar** 30 cas P.A.
- **1993**      **Taurand** Gériatre Français 21 cas.
- **1999**      **Grignon** Psychiatre Français 5 cas (Toc)
- **2000**      **Halliday** 91 cas ( 50% sujets jeunes)



# EPIDEMIOLOGIE

- Prévalence 0,5 pour 1000 habitants par an chez des sujets de 60 ans et plus ( Mac Milan et Shaw 1963)
- Sexe ratio variable selon les études
- Légère supériorité féminine (Mac Milan, Clark, Martin, Sikdar)
- 2,5 hommes pour 1 femme (Halliday, Cohorte +jeune)
- Mise en jeu du pronostic vital :
- Mortalité 46% (63% de femmes) (Clark 1975)
- Aucun décès à court terme (en soins de suite) (Taurand 1990)

# CRITERES DIAGNOSTIQUES

- **N 'EXISTE PAS DANS LE DMS IV**
- **DSM III R = TROUBLE D 'ADAPTATION ATYPIQUE**
- CRITERES DIAGNOSTIQUES DE CLARK 1975
- **LOGEMENT dans un état de GRANDE SALETE et en COMPLET DESORDRE**
- **ACCUMULATION d'objets inutiles ,hétéroclites et de déchets (SYLLOGOMANIE)**
- **COMPLETE NEGLIGENCE de SOI**
- **ABSENCE de MALADIE PSYCHIATRIQUE**
- **INTELLIGENCE SUP. à la MOYENNE**

## ***Sur un plan épidémiologique :***

Le syndrome de Diogène aurait une incidence annuelle de 0,5 pour 1000 personnes âgées de plus de 60 ans. Bien que retrouvé à tous les âges, il concernerait, en l'absence de psychose, essentiellement des personnes âgées. Sur le plan nosologique, le syndrome de Diogène peut être rangé dans les *troubles de l'adaptation atypique du*

## ***Caractéristiques communes du syndrome1 :***

- **accumulation d'objets inutiles et de déchets (syllogomanie)**
- **complète négligence de soi**
- **absence de maladie psychiatrique (chez plus de la moitié des sujets)**
- **intelligence plutôt supérieure à la moyenne**
- **niveau d'éducation plutôt élevé**

## ***Caractéristiques communes du syndrome2 :***

- **isolement social, en général**
- **personnalité plutôt distante, méfiante, agressive; labilité émotionnelle et tendance à déformer la réalité**
- **refus des aides proposées**
- **absence totale de sentiment de honte relative aux conditions de vie**
- **âge supérieur à 65 ans**

***Un travail plus récent propose des critères diagnostics simplifiés pour le syndrome de Diogène se rapportant essentiellement à la caractérisation du mode de vie :***

- **conditions de vie sordides (dans un taudis)**
- **négligence marquée de soi**
- **isolement**
- **tendance à l'accumulation**
- **désintérêt de l'environnement**

# ETIOPATHOGENIE

- ***EFFONDREMENT SENILE DES NORMES DE PROPRETE PERSONNELLES ET D'ENVIRONNEMENT (MAC MILLAN 1996)***
- **REJET DES CONDITIONS DE VIE HABITUELLES = ATTITUDE ACTIVE ET POSITIVE (MARTIN - HUNYADI)**
- ***ANGOISSE DE MORCELLEMENT, MODE DE RELATION FUSIONNELLE A L'OBJET, DELIRE PARANOIAQUE COMME MECANISME DE DEFENSE (KOCHER 1994)***
- **PATHOLOGIE DU DEUIL (CHEBILI 1998)**
- ***ALTERATION DU « MOI-PEAU » SUR UNE PERSONNALITE NARCISSIQUE FRAGILISEE PAR LES PERTES (ANZIEU 1974)***

# ILLUSTRATIONS CLINIQUES

- **MONSIEUR A. 66 ans : Pb cardiaque , hospitalisation , visite maison Créteil , passage de l'hygiene, D.C.**
- **MADAME K. 72 ans: vieille fille de bonne famille , vivant seule depuis le DC de ses parents dans leurs appartement dans le XVI = taudis, mange dans les poubelles etc.. Hospitalisée contre son gré perd tous ses repères syndrome de glissement, dépendante et perte cognitive totale en 3 mois.**



# ***Syndrome de Diogène et pathologie mentale***

**Chez les sujets âgés, il faut rechercher systématiquement une démence associée:**

- **+++ les démences avec atteinte du lobe frontal ont des traits communs**
- **changement de personnalité sur un mode hostile**
- **perte de motivation**
- **anosognosie**
- **syllogomanie qui peut être considérée comme une forme de persévération motrice**

## ***Traitement :***

- Il n'y a pas de traitement connu du syndrome de Diogène.
- Le changement de cadre de vie et l'entrée dans une institution est rarement acceptée par le patient
- Place des mesures telles que curatelle, tutelle etc...

# PRISE EN CHARGE

- 3 OPTIONS

- 1/ **NE RIEN FAIRE → RESPECTER LE LIBRE ARBITRE**  
**ACCEPTER le REFUS de SOINS**  
**RISQUER la NON ASSISTANCE**  
**A PERSONNE EN DANGER**
- 2/ **INTERVENIR EN URGENCE → HOSPITALISATION SOUS CONTRAINTE, SURMORTALITE**
- 3/ **INTERVENIR EN AMONT → TISSER DES LIENS**  
**NEGOCIER PASSAGE SERVICES SOCIAUX ET**

# SYNDROME DE DIOGENE FRAGILITE OU RESISTANCE ?

## LES DEUX

### FRAGILITE

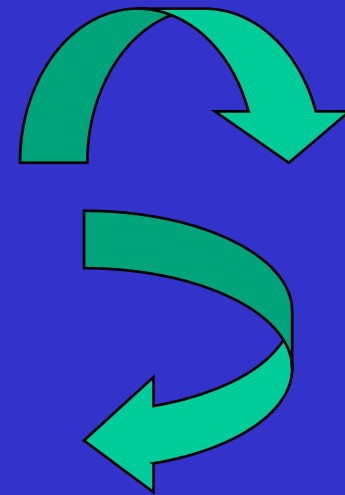
ISOLEMENT SOCIAL

PSYCHOSE

ALCOOLISME

DEPRESSION

TROUBLE DE LA PERSONNALITE



### RESISTANCE

REFUS DE SOINS

CHOIX DE VIE

SYLLOGOMANIE

LIBRE ARBITRE

# ***LE SYNDROME DE REGRESSION PSYCHOMOTRICE***

**C'est une entité clinique située aux confins de plusieurs tableaux neurologiques et psychiatriques du grand âge:**

- 1) ce syndrome constitue-t-il réellement une entité sémiologique à part ?**
- 2) que doit on en penser en terme de physiopathogénie ?**

# ***Tableau clinique de la régression psychomotrice:***

- Des signes posturaux (*rétropulsion*)
- Des troubles de la marche (*lenteur au démarrage et une marche à petit pas à petits pas, sans déroulement du pied au sol.. Ces difficultés sont majorées au demi-tour et à l'approche d'un obstacle*)
- Associés à des troubles neurologique et psychocomportementaux. (*hypertonie qualifiée d'oppositionnelle*)
- Lors d'un déséquilibre : altération, voire disparition des réactions d'adaptation posturale et des réactions de protection.

## *Réflexions sur la physiopathogénie:*

- **Deux modèles différents:** l'un considérant le vieillissement seul et l'autre prenant en compte les effets intriqués de l'âge et des pathologies.
- Le syndrome de syndrome de régression psychomotrice serait ainsi l'expression d'une décompensation des fonctions motrices, système particulièrement complexe associant la programmation de la posture et du mouvement.
- Le retentissement psychologique des troubles de la motricité, et très souvent la peur de chuter peut entraîner une auto-limitation de la motricité et aggraver sous la forme d'un cercle vicieux le syndrome de régression psychomotrice.
- L'expérience de chute et d'un station au sol prolongée sans être secouru est souvent aussi très traumatisante et peut être à l'origine d'un syndrome de stress post-

# *Les principes de prise en charge*

- La prise en charge est à la fois multifactorielle et multidisciplinaire et doit être mise en jeu précocement pour espérer avoir une certaine efficacité.
- Plus on tarde, plus la probabilité de retrouver une certaine autonomie motrice s'amenuise.
- La *rééducation* constitue un autre aspect particulièrement important de la prise en charge : physique et psychologique.
- Approche multidisciplinaire ++