

LE CAS CLINIQUE DU MOIS

Pseudo-démence dépressive

A. SCHENA (1), M. ANSSEAU (2), J-M. TRIFFAUX (3), E. SALMON (4), N. WITHOFS (5), G. SCANTAMBURLO (6)

RÉSUMÉ : Nous rapportons le cas d'un homme âgé de 62 ans, présentant un trouble bipolaire de type I connu et qui nous est adressé par son psychiatre traitant en raison d'un état de désorientation spatio-temporelle, de confusion et de prostration importante évoquant une pathologie neurologique. L'intérêt de ce cas réside dans l'utilisation, de plus en plus répandue en psychiatrie clinique, du PET-Scanner (Positron Emission Tomography-Scanner) au 18-FDG (18-Fluorodéoxyglucose) afin d'étayer le diagnostic différentiel entre une pathologie psycho-organique de type démentielle et une pathologie fonctionnelle psychiatrique comme la pseudo-démence dépressive (encore appelée mélancolie pseudo-démentielle), dont certains schémas de dysfonctionnement peuvent actuellement être individualisés en imagerie fonctionnelle.

MOTS-CLÉS : Trouble dépressif majeur - Démence - PET-Scan - Imagerie fonctionnelle cérébrale

CLINICAL STUDY OF THE MONTH : DEPRESSIVE PSEUDO-DEMENTIA
Summary : We report the case of a man aged 62 suffering from a known type I bipolar disorder and referred by his attending psychiatrist because of a state of spatio-temporal disorientation, confusion and prostration evoking significant neurologic impairment. The interest of this case report is in the use of the 18-FDG PET-Scanner, which is increasingly widespread in clinical psychiatry, to support the differential diagnosis between a psycho-organic pathology like dementia or a functional psychiatric pathology like depressive pseudo-dementia (also named melancholic dementia), in which some patterns of dysfunction can now be identified by functional imaging.

Keywords : Major Depressive Disorder - Dementia - PET-Scan - Functional brain imaging

INTRODUCTION

Le diagnostic différentiel entre un trouble démentiel débutant et un épisode dépressif majeur chez le sujet âgé peut être parfois particulièrement déroutant tant les symptomatologies peuvent se confondre. Il n'est d'ailleurs pas rare qu'un épisode dépressif inaugure un trouble démentiel, voire qu'il vienne émailler l'évolution d'une démence déjà connue depuis des années. Généralement, le praticien ne peut s'appuyer que sur l'observation clinique pour distinguer ces deux pathologies qui se ressemblent, mais dont l'approche thérapeutique et le pronostic diffèrent en grande partie. L'utilisation des nouveaux outils (dont l'imagerie fonctionnelle au 18-FDG) a permis, dans le cas décrit ici, de raccourcir la durée nécessaire pour poser le diagnostic, ce qui s'est traduit par une mise en train plus rapide du traitement.

PRÉSENTATION DU CAS

Le patient est un homme âgé de 62 ans, ingénieur de formation et indépendant, référé par son psychiatre traitant. Lors de l'admission, il

est accompagné par son épouse qui décrit une perte d'autonomie majeure depuis une quinzaine de jours, au point qu'elle doit assumer, elle-même, les soins corporels (incontinence urinaire, voire fécale), et ce sans aucun facteur déclenchant notable. Durant l'entretien d'admission, le patient présente un faciès presque figé et un air perplexe lors des questions qui lui sont posées. Il manifeste un ralentissement majeur, tant au niveau moteur qu'au niveau idéique et verbal et ne répond que laconiquement à nos questions et uniquement par «je ne sais pas». Les questions portant sur l'orientation spatio-temporelle le rendront encore plus perplexe au point de provoquer un état de prostration anxieuse mettant fin, *de facto*, à l'entretien. Le patient devra être reconduit à sa chambre dont il avait oublié la localisation.

Les antécédents psychiatriques nous seront communiqués par le psychiatre traitant du patient. Ce dernier n'a jamais présenté de psychopathologie particulière jusqu'à l'âge de 61 ans lorsqu'il a dû être hospitalisé, une première fois, un mois en psychiatrie pour un épisode maniaque. Le patient avait été admis via le Service de Neurologie, mais la psychiatrie de liaison avait conclu à un état maniaque, tout examen complémentaire étant revenu dans les limites de la normale. Le patient avait, par la suite, bien récupéré avant de présenter, une semaine plus tard, une inversion totale de l'humeur. L'état mélancolique profond, dans lequel le patient s'est vu plongé à l'occasion de ce nouvel épisode, a nécessité quatre mois d'hospitalisation et s'est alourdi de graves

(1) Assistant, (2) Professeur ordinaire, Chef de Service (6) Chargée de cours adjoint, Université de Liège, Chef de Clinique, Service de Psychiatrie et Unité de Psychoneuroendocrinologie, CHU de Liège.

(3) Professeur de Psychologie Médicale, Chef de Service à l'Hôpital de jour «La Clé».

(4) Professeur, Chef de Clinique, Service de Neurologie, CHU de Liège.

(5) Médecin Nucléariste, Service de Médecine Nucléaire, CHU de Liège.

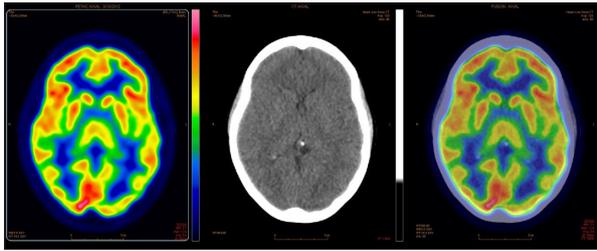


Figure 1. Coupe transverse d'un sujet contrôlé au PET-Scan 18-FDG

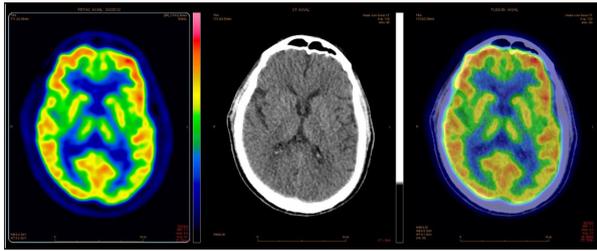


Figure 2. Le même niveau de coupe chez le patient. On peut voir l'hypométabolisme des noyaux gris, du cortex préfrontal (en particulier, du cingulum antérieur) ainsi que de la partie supérieure des deux lobes temporaux.

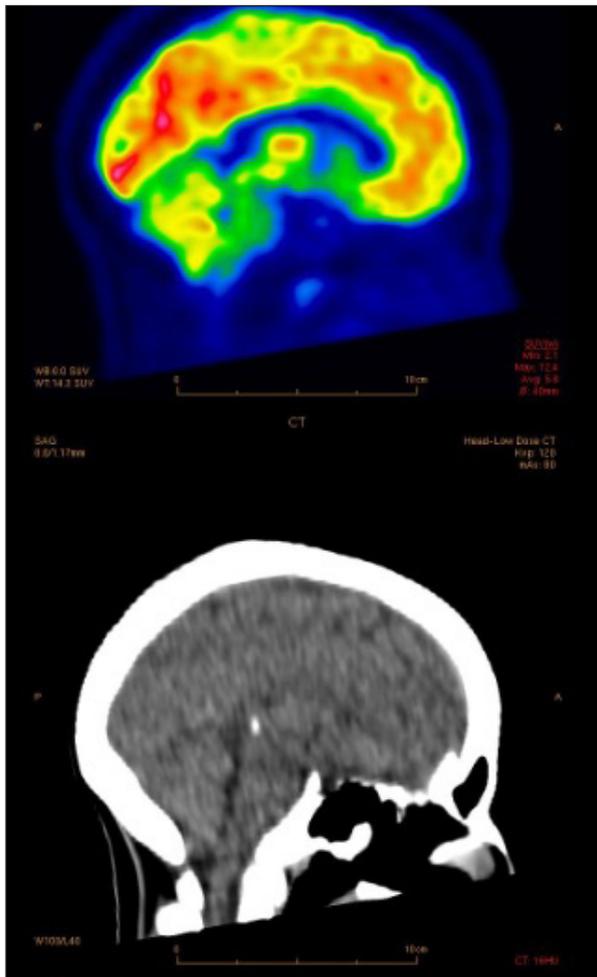


Figure 3. Coupe sagittale d'un sujet contrôlé.

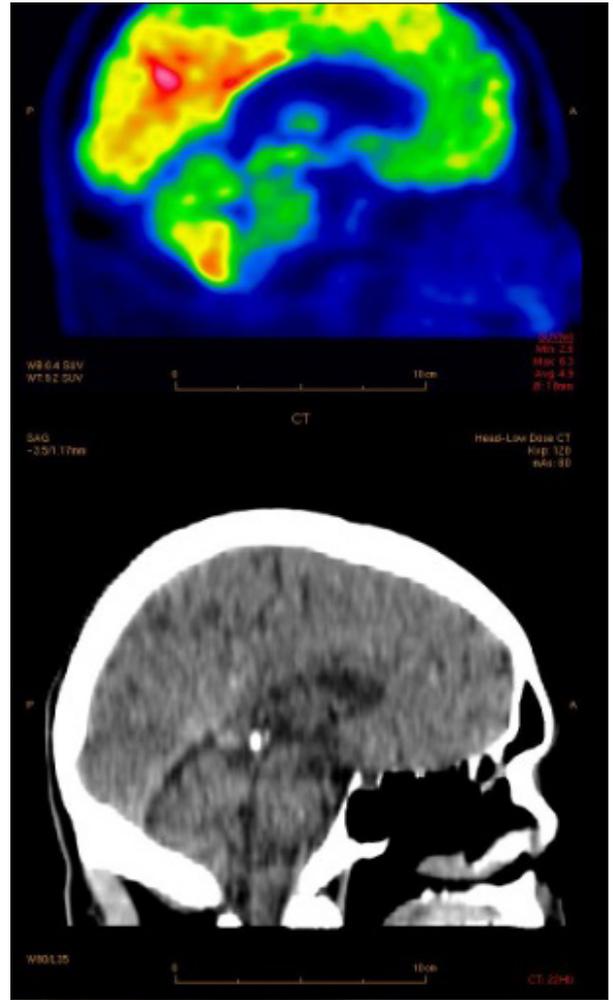


Figure 4. Coupe sagittale du patient démontrant bien l'hypométabolisme préfrontal et cingulaire antérieur.

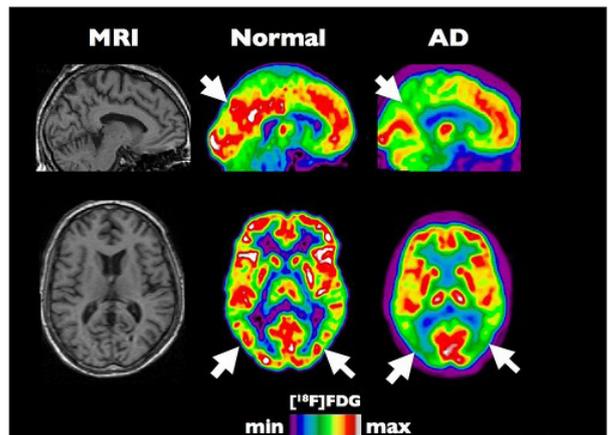


Figure 5. Comparaison avec l'hypométabolisme temporo-pariétal retrouvé dans la maladie d'Alzheimer. Notez la relative préservation du cortex préfrontal et cingulaire antérieur.

complications somatiques (thrombose veineuse profonde du membre inférieur droit, embolie pulmonaire et arrêt respiratoire). Le patient a pu quitter l'hôpital avec un suivi psychiatrique régulier.

TABLEAU I. CRITÈRES PROPOSÉS PAR WELLS (3)

Éléments cliniques en faveur d'un diagnostic de pseudo-démence dépressive	Éléments cliniques en faveur d'un trouble démentiel
Famille consciente d'un changement de comportement/ Troubles existant depuis peu	La famille ne constate pas de changement de comportement récent/Troubles anciens
Début daté avec aggravation rapide	Début flou avec évolution lente
Antécédents psychiatriques fréquents	Antécédents psychiatriques inhabituels
Le patient ne tente pas de maintenir un niveau de fonctionnement	Le patient tente de maintenir un certain niveau de fonctionnement de façon active (prise de notes par exemple)
Détresse intense	Le patient apparaît moins concerné
Changement d'humeur envahissant	Humeur labile et superficielle
Perte des habiletés sociales précoce et prédominante	Habiletés sociales souvent maintenues de façon précoce
Le comportement du patient n'est pas en rapport avec la sévérité des troubles cognitifs	Le comportement du patient est en rapport avec la sévérité des troubles cognitifs
Accentuation nocturne habituelle	Accentuation nocturne inhabituelle
«Je ne sais pas» typique	Réponses «à côté fréquentes»
Les troubles de la mémoire atteignent les faits récents autant que les faits anciens	Les troubles de la mémoire atteignent plus les faits récents qu'anciens
Lacunes mnésiques habituelles sur une période ou un fait précis	Lacunes mnésiques inhabituelles sur une période ou un fait précis
Variabilité des performances sur tâches d'égale difficulté	Constance des performances sur tâches d'égale difficulté

TABLEAU II. CRITÈRES PROPOSÉS PAR CAINE (4)

Critères diagnostiques proposés pour la pseudo-démence
<ul style="list-style-type: none"> - Dysfonction intellectuelle chez un patient souffrant d'un trouble psychiatrique primaire - Caractéristiques similaires à certains troubles du SNC - Déficits cognitifs réversibles - Aucune maladie neurologique connue n'explique la symptomatologie

Le traitement pharmacologique d'entrée était composé de lamotrigine à la dose de 200 mg par jour, de venlafaxine à la dose de 225 mg par jour, de mirtazapine à la dose de 45 mg par jour, de metformine à la dose de 850 mg deux fois par jour (en raison d'un diabète de type II), de diazépam à la dose de 15 mg par jour et d'une injection journalière d'héparine de bas poids moléculaire en raison des problèmes emboliques antérieurs. On note un antécédent familial particulier constitué par un frère bipolaire.

Durant l'hospitalisation, le tableau clinique découvert durant l'entretien d'admission se confirme. Le patient alterne des phases de désorientation durant lesquelles il déambule dans le service sans pouvoir dire où il est, ni quand nous sommes, et des phases de prostration où il reste mutique et allongé sur son lit ou debout face contre le mur. Le faciès oscille entre la tristesse intense, l'anxiété et la perplexité. Devant la gravité du tableau clinique un bilan exhaustif est réalisé, notamment en vue d'exclure une pathologie neurologique (le neurologue de liaison ne trouve aucun signe de focalisation). Les différents examens paracliniques (scanner cérébral, EEG, échographie des vaisseaux du cou, ECG, biologie, sérologies et IRM contrastée) ne démontrent aucune atteinte organique. Les tests neuropsychologiques sont peu concluants en raison du ralentissement mnésique. Le bilan est complété par la réalisation d'un PET-Scanner au 18-FDG. Cet examen a apporté des observations qui, outre l'éloignement d'une étiologie démentielle, ont aussi permis d'étayer le diagnostic d'épisode dépressif sévère.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Si le diagnostic de démence risque d'être souvent posé abusivement (1), celui de pseudo-démence dépressive est, par contre, généralement sous-estimé alors que sa prévalence se situerait aux alentours de 20% des patients âgés de plus de 75 ans (2).

Trois types de critères sont généralement retenus afin de pouvoir effectuer le diagnostic différentiel entre démence et mélancolie pseudo-démentielle :

1. des critères cliniques : critères de Wells (3) et critères de Caine (4), (tableaux I, II);
2. un test thérapeutique aux médications anti-dépressives ou à la sismothérapie;
3. l'observation de l'évolution du patient.

Actuellement, l'imagerie fonctionnelle permet de préciser le diagnostic différentiel

(fig. 1 à 4). En effet, cela fait maintenant plusieurs années que l'imagerie fonctionnelle a décrit les différents aspects d'hypo-métabolisme que l'on peut retrouver dans certaines démences caractérisées comme la maladie d'Alzheimer (fig. 5). Plus récemment, l'imagerie fonctionnelle a aussi permis d'identifier des aspects d'hypométabolisme caractéristiques de certains troubles psychiatriques comme la dépression sévère ou la schizophrénie. Dans le premier cas, certaines études retrouveraient fréquemment un hypométabolisme striatal et cortical préfrontal et/ou cingulaire antérieur caractéristique (5), comme dans le cas exposé ici.

EVOLUTION

Suite à notre impression clinique, le patient a bénéficié de 10 séances de sismothérapie (traitement de choix de la dépression sévère avec caractéristiques psychotiques et dont le délai d'action est beaucoup plus rapide en comparaison des molécules anti-dépressives et anti-psychotiques), consolidées par 5 séances supplémentaires avec une récupération importante: «dégel» moteur à partir de la troisième séance (avec fugues et déambulations à la clé), récupération de la continence et d'une humeur congruente à partir de la huitième séance, récupération de l'orientation spatio-temporelle et d'une certaine autonomie à partir de la dixième. Devant cette amélioration clinique, et suite à une réintégration progressive au domicile réussie, le patient a pu quitter le service, avec un traitement antidépresseur majoré et un régulateur de l'humeur à visée prophylactique. Actuellement, il est euthymique et a retrouvé ses performances cognitives et psychomotrices. Il est à nouveau autonome. Il a pu mettre un terme à sa carrière de manière honorable. Il a retrouvé une pratique sportive avec son épouse, trois fois par semaine. Son traitement psychotrope, composé de lamotrigine 200 mg/j, mirtazapine 45 mg/j, venlafaxine 150 mg/j, est maintenu au long cours. Il continue à bénéficier d'une psychothérapie régulière focalisée sur le maintien des acquis et la prévention des rechutes. Seule l'absence de libido persiste comme symptôme résiduel de sa dépression majeure.

CONCLUSION

De plus en plus, l'utilisation de l'imagerie fonctionnelle entre dans le cadre des pratiques courantes dans le diagnostic différentiel psychiatrique. Le pas supplémentaire, déjà réalisé au niveau expérimental, mais rare dans la pratique clinique actuelle, sera celui de l'utilisation d'autres métabolites marqués (dopamine, sérotonine, noradrénaline) afin d'identifier des sous-groupes dépressifs dont le pronostic de réponse sera meilleur grâce à une molécule choisie en fonction du dysfonctionnement métabolique et de la zone cérébrale dysfonctionnelle décrite en imagerie fonctionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

1. Garcia CA, Redding MJ, Blass JP, et al.— Overdiagnosis of dementia. *J Am Geriatric Soc*, 1981, **29**, 407-410.
2. Jeste DV, Gierz M, Harris MJ.— Pseudodementia: Myths and reality. *Psychiatric Annals*, 1990, **20**, 71-79.
3. Wells C.— Pseudodementia. *Am J Psychiatry*, 1979, **136**, 895-900.
4. Caine ED.— Pseudodementia. *Arch Gen Psychiatry*, 1981, **38**, 1359-1364.
5. Brooks JO, Wang PW, Bonner JC, et al.— Decreased prefrontal, anterior cingulate, insula, and ventral striatal metabolism in medication-free depressed outpatients with bipolar disorder. *J Psychiatr Res*, 2009, **43**, 181-188.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr M. Ansseau, Service de Psychologie médicale, CHU de Liège, Belgique.
Email : Marc.Ansseau@chu.ulg.ac.be