

S14C

Late-life depression

K. Ritchie

*Inserm, U1061, Montpellier, France**E-mail address: karen.ritchie@inserm.fr*

Late-life depression is highly heterogeneous in clinical presentation, and is also commonly resistant to treatment. While some cases are a continuation of the chronic course of illness beginning in early adulthood, a large number of persons will have a first episode of depression in later life following a life-time of relatively good mental health. While incident cases of major depression tend to decrease with age, the number of persons with clinically significant depressive symptomatology rises. A distinction has often been made between early-onset and late-onset depression, however, there is no conclusive evidence to suggest these are distinct clinical entities. On the other hand observations from a fifteen year prospective population study of psychiatric disorder in the elderly (the ESPRIT Study) supports the alternative idea that depression may be divided into sub-types according to postulated aetiology; for example depression with a strong genetic component, related to hormonal changes, the consequence of trauma; the result of cerebrovascular insult. Exposure to these putative causes may be more common at different points in the life span, thus suggesting age-differences. Our research further suggests that even cases of depression appearing for the first time in late-life, may be initially triggered by risk factors occurring decades before. Our findings suggest, for example, that childhood events may lead to changes in the biology of stress management, which continue throughout life, increasing vulnerability to depression and persisting even after effective treatment of symptoms. Together these observations suggest it may be more meaningful to classify depression in the elderly according to probable principle precipitating factors rather than age.

Disclosure of interest The author declares that he has no conflicts of interest concerning this article.

Further reading

Ritchie K, Artero S, Beluche I, Ancelin ML, Mann A, Dupuy AM, et al. Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. *Br J Psychiatry* 2004;184:147–52.

Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003;160:1147–56.

Ritchie K, Jaussent I, Stewart R, Dupuy AM, Courtet P, Ancelin ML, et al. Association of adverse childhood environment and 5-HTTLPR Genotype with late-life depression. *J Clin Psychiatry* 2009;70:1281–8.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.272>

S21

Maladie de Parkinson : la psychiatrie en première ligne ?

F. Limosin

*Hôpitaux Universitaires Paris Ouest (AP-HP), Service universitaire de Psychiatrie de l'adulte et du sujet âgé, Issy les Moulineaux**Adresse e-mail : frederic.limosin@ccl.aphp.fr*

La maladie de Parkinson a longtemps été considérée comme un trouble neurodégénératif d'expression motrice pure. Il est à ce jour établi que la triade symptomatique hypertonie extrapyramidale-tremblement-akinésie ne peut résumer la complexité du trouble. Pouvant inaugurer la maladie ou survenir plus tardivement, les symptômes non moteurs, qu'ils soient cognitifs ou psychiatriques, ont un retentissement majeur sur l'autonomie fonctionnelle et la qualité de vie des patients [1]. Les troubles psychiatriques comorbides à la maladie de Parkinson, par leur fréquence et leur impact, nécessitent un repérage et une prise en charge spécifiques et précoces, s'inscrivant dans une approche holistique centrée sur le

patient. En effet, la dépression est souvent sous-évaluée et de fait sous-traitée chez le sujet souffrant de maladie de Parkinson. Parmi les autres symptômes pouvant compliquer la prise en charge de ces patients, les manifestations liées au syndrome de dérégulation dopaminergique peuvent également relever d'une prise en charge psychiatrique adaptée [2]. Quant aux hallucinations visuelles, elles sont fréquentes et constituent un marqueur d'évolution, signant parfois l'entrée dans un processus démentiel ou dans ce que l'on qualifie de « psychose » parkinsonienne [3]. Dans un tel contexte, cette session thématique se propose de présenter un état des connaissances sur les spécificités et les conséquences des troubles psychiatriques associés à la maladie de Parkinson et de préciser les stratégies de dépistage et de prise en charge spécifiques.

Mots clés Maladie de Parkinson ; Symptômes non moteurs ; Psychiatrie du sujet âgé

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Seppi K, et al. The movement disorder society evidence-based medicine review update: treatments for the non-motor symptoms of Parkinson's disease. *Mov Disord* 2011;26(Suppl 3):S42–80.
- [2] Djamshidian A, et al. Decision making, impulsivity, and addictions: do Parkinson's disease patients jump to conclusions? *Mov Disord* 2012;27(9):1137–45.
- [3] Poisson A, Thobois S. Les hallucinations dans la maladie de Parkinson. *EMC* 2014 [In press].

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.273>

S21A

Dépression et maladie de Parkinson

J.-P. Schuster

*Hôpitaux Universitaires Paris Ouest (AP-HP), Service universitaire de psychiatrie de l'adulte et du sujet âgé, Issy les Moulineaux**Adresse e-mail : jean-pierre.schuster@ccl.aphp.fr*

La maladie de Parkinson a longtemps été considérée comme un trouble neurodégénératif d'expression motrice pure. Il est à ce jour établi que la triade symptomatique « hypertonie extrapyramidale-tremblement-akinésie » ne peut résumer la complexité du trouble. Parmi les troubles psychiatriques comorbides à la maladie de Parkinson, la dépression est probablement la plus importante en termes de fréquence et d'impact. La prévalence de la dépression est particulièrement élevée, estimée à environ 40%. Les symptômes dépressifs peuvent être évidents et même précéder les troubles moteurs de la maladie, cependant, le diagnostic d'épisode dépressif est le plus souvent complexe, en raison d'un chevauchement symptomatique des deux troubles. Pouvant inaugurer la maladie de Parkinson ou survenir plus tardivement, la dépression a un retentissement majeur sur l'autonomie fonctionnelle et la qualité de vie des patients. Il existe par ailleurs un lien entre dépression et troubles cognitifs chez les sujets atteints de maladie de Parkinson. La prise en charge de l'épisode dépressif majeur chez un patient présentant une maladie de Parkinson ne fait pas l'objet de recommandation. Les essais cliniques randomisés réalisés sont, à ce jour, trop peu nombreux et les résultats très hétérogènes. La dépression comorbide à la maladie de Parkinson de part sa fréquence et son impact, nécessite un repérage et une prise en charge spécifique et précoce.

Mots clés Maladie de Parkinson ; Épisode dépressif majeur

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Pour en savoir plus

Sagna A, Gallo JJ, Pontone GM. Systematic review of factors associated with depression and anxiety disorders among older adults with Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord* 2014;20(7):708–15.

Connolly BS, Lang AE. Pharmacological treatment of Parkinson disease: a review. *JAMA* 2014;311(16):1670–83.

Moonen AJ, Wijers A, Leentjens AF, et al. Severity of depression and anxiety are predictors of response to antidepressant treatment in Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord* 2014;20(6):644–6.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.274>

S21B

Syndrome de dérégulation dopaminergique

S. Mouchabac

Hôpitaux Universitaires Est Parisien (AP-HP), Paris, France

Adresse e-mail : stephane.mouchabac@sat.aphp.fr

La maladie de Parkinson a longtemps été considérée comme un trouble moteur. Dans les années 2000, des séries de cas sont publiées où les patients, traités par agonistes dopaminergiques essentiellement vont présenter une augmentation des conduites tournées vers le plaisir (jeu pathologique, hypersexualité, comportements stéréotypés dits de « punding » et aussi des automédications de dopamine afin de provoquer certains de ces états ou de retrouver un sentiment d'élation pseudomaniacale...). Ces changements comportementaux ont un impact majeur sur le plan psychosocial du patient et de son entourage. La physiopathologie, complexe repose en partie sur la création d'un arc réflexe à la stimulation de dopamine; le patient sensibilisé au niveau du striatum par la dopamine va présenter une attirance non physiologique à la dopa, compulsive pour limiter les effets de sevrage. Ce « syndrome de dérégulation dopaminergique » parfois nommé « dérégulation homéostatique hédonique dans la maladie de Parkinson », n'est pas rare au sein des patients parkinsoniens, pouvant affecter 5% de cette population. Il n'existe pas de test paraclinique pour évoquer le diagnostic qui reste donc clinique et repose sur un interrogatoire précis du patient et de son entourage, des critères diagnostiques ayant été proposés en 2005.

Des recommandations sont proposées et comportent un volet préventif (dépistage de sujets à risque) et un volet thérapeutique (stratégies d'optimisation des prescriptions : choix de molécule et des dosages, psychothérapie et gestion des facteurs de risque environnementaux).

Dans cette communication, nous proposons d'aborder les aspects cliniques et les hypothèses physiopathologiques actuelles sur ce trouble, puis dans un deuxième temps, les aspects thérapeutiques validés dans ce trouble.

Mots clés Syndrome de dérégulation dopaminergique ; Parkinson ; Agonistes dopaminergique.

Déclaration d'intérêts Interventions ponctuelles : activités de conseil : Novartis. Conférences : invitations en qualité d'intervenant : Novartis.

Pour en savoir plus

Callesen MB, Scheel-Krüger J, Kringelbach ML, Møller A. A systematic review of impulse control disorders in Parkinson's disease. *J Parkinsons Dis* 2013;3:105–38.

Merims D, Giladi N. "Dopamine dysregulation syndrome, addiction and behavioral changes in Parkinson's disease". *Parkinsonism Relat Disord* 2008;14:273–80.

Pezzella FR, Colosimo C, Vanacore N, et al. "Prevalence and clinical features of hedonistic homeostatic dysregulation in Parkinson's disease". *Mov Disord* 2005;20:77–81.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.275>

S21C

Les hallucinations dans la maladie de Parkinson

A. Poisson

Centre Hospitalier Le Vinatier, Bron, France

Adresse e-mail : alice.poisson@ch-le-vinatier.fr

Les hallucinations dans la maladie de Parkinson sont une complication relativement fréquente au stade des complications cognitives de la maladie. Étant généralement peu inquiétantes, le sujet ne les rapportera pas toujours spontanément. Pourtant, elles peuvent en effet signer l'entrée dans une psychose ou une démence parkinsonnienne. Elles grèvent la qualité de vie du patient, de son entourage et parfois mettent en péril le maintien à domicile des sujets. Elles ne doivent donc pas être négligées. Classiquement les hallucinations dans la maladie de Parkinson sont d'abord visuelles, parfois mineures (simples de passage à la périphérie du champ visuel) ou au contraire très élaborées.

Leur physiopathologie demeure imparfaitement connue. L'atteinte visuelle centrale, et notamment au niveau de l'intégration des données visuelles semble jouer un rôle majeur. Cependant, d'autres systèmes dont le fonctionnement est perturbé dans la maladie de Parkinson sont impliqués dans la survenue des hallucinations : système visuel périphérique (rétine), voies régulatrices du cycle veille sommeil et notamment du sommeil paradoxal et enfin le système frontal et notamment exécutif.

La prise en charge des hallucinations dans la maladie de Parkinson est relativement stéréotypée. Il faut tout d'abord dépister pour les éliminer les facteurs favorisants, notamment de type médicamenteux ou métabolique. Si les hallucinations persistent, le traitement antiparkinsonien doit être revu rapidement avec en priorité la diminution ou l'arrêt des anticholinergiques, des agonistes dopaminergiques et de l'amantadine, puis des inhibiteurs de la catéchol-O-méthyltransférase (COMT) et de la monoaminoxidase B (MAO B). Au besoin, les doses de dopamine peuvent être diminuées. Ces adaptations thérapeutiques permettent en général de contrôler les hallucinations, parfois au détriment de l'état moteur. Malgré tout, si les hallucinations persistent, un traitement neuroleptique par petites doses de clozapine peut être indiqué avec en générale une excellente efficacité.

Mots clés Maladie de Parkinson ; Hallucinations ; Démence ; Clozapine

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Pour en savoir plus

Poisson A, Thobois S. Hallucinations et maladie de Parkinson. *EMC* 2013 [17-061-A-10].

Goetz CG, Ouyang B, Negron A, Stebbins GT. Hallucinations and sleep disorders in PD: ten-year prospective longitudinal study. *Neurology* 2010;75(20):1773–9.

Diederich NJ, Fénelon G, Stebbins G, Goetz CG. Hallucinations in Parkinson disease. *Nat Rev Neurol* 2009;5(6):331–42.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.276>

S24

Le ralentissement psychomoteur : une dimension à (re)découvrir ?

E. Haffen

CHRU de Besançon, psychiatrie de l'adulte, Besançon, France

Adresse e-mail : emmanuel.haffen@univ-fcomte.fr

Le ralentissement psychomoteur (RPM) est une dimension clinique présente dans de nombreuses maladies mentales. S'il est l'un des symptômes cardinaux de la dépression unipolaire, on le retrouve également dans le trouble bipolaire et la schizophrénie mais sans qu'il y ait une véritable différence sémiologique selon la pathologie concernée.

Le RPM se caractérise non seulement par une composante motrice mais également psychique et langagière, qui inclut des processus perceptifs et cognitifs impliqués dans le contrôle, la planification, la programmation et l'exécution du mouvement.

Les outils d'évaluation disponibles (imagerie cérébrale, analyse génétique, analyse rythmique, analyse par tracker vidéo, explorations neuropsychologiques) permettent aujourd'hui de mieux caractériser l'ensemble de ses dimensions. L'hypothèse d'un