

Symptômes psychotiques d'apparition très tardive chez le sujet âgé : psychose primaire ou démence ? L'apport de l'approche phénoménologique. Une revue de la littérature

*Very late onset psychotic symptoms: psychosis or dementia?
A phenomenological approach. A systematic review*

JEAN BELBEZE
THIERRY GALLARDA

CETPV, Hôpital Sainte-Anne, Paris,
France
<jean.belbeze@gmail.com>

Tirés à part :
J. Belbeze

Résumé. Les symptômes psychotiques (SP) d'apparition très tardive représentent une porte d'entrée commune aux troubles neurodégénératifs et aux troubles psychiatriques tardifs primaires. L'objectif de cette revue de littérature était d'établir une classification phénoménologique des SP au sein des principales pathologies neurodégénératives et psychotiques tardives. Cela devait permettre 1) la recherche de phénotypes psychotiques spécifiques d'étiologie ; 2) le cas échéant, d'aider le clinicien dans le repérage des démences d'allure psychiatrique ; 3) de justifier la recherche sur les SP tardifs à un stade cognitif précoce pour l'établissement d'un cadre nosographique basé sur le pronostic de virage démentiel. *Méthode.* Il a été conduit une revue de littérature sur l'approche phénoménologique des SP d'apparition très tardive (> 60 ans), au sein des tableaux de psychose tardive, dits primaires, et au sein des démences type Alzheimer et à corps de Lewy. *Résultats.* La *very-late-onset schizophrenia-like psychosis* représente un tableau psychiatrique primaire cliniquement distinct des SP survenant au sein des démences établies, mais reste une entité hétérogène. Il a été possible de distinguer des phénotypes préférentiels de SP en fonction de l'étiologie démentielle. *Conclusion.* Les résultats confirment l'intérêt de notre approche pour une distinction étiologique par l'étude phénoménologique des SP.

Mots clés : symptômes psychotiques, psychose tardive, démence, corps de Lewy, maladie d'Alzheimer

Abstract. *Very-late-onset psychotic symptoms (PS) are a common gateway to both neurodegenerative dementias and primary psychiatric disorders. Despite such similarities of clinical expression, there is no consensual guidelines or specific nosographic frame. The purpose of this systematic review was to establish a phenomenological classification of PS among the main neurodegenerative dementias and late-psychosis. It would allowed 1) the acknowledgement of etiology-specific psychotic phenotypes; 2) where appropriate, it would help the clinician to screen the psychiatric symptoms looking dementias; 3) it would justify the phenomenological research of very-late-onset PS among dementias at a pre-clinical cognitive stage to establish a nosographic frame of these PS based on the prognosis of dementia. Methods. A literature review was conducted searching for very-late-onset PS (>60 years old) in late-onset psychosis and among Alzheimer dementia type and Lewy bodies dementia, focusing on the phenomenological data. Results. The very-late-onset schizophrenia-like psychosis appears to be a primary psychiatric diagnosis clinically distinct from the PS emerging among established dementias, but remains a heterogeneous entity due to its age-based syndromic aspect. It has been possible to distinguish preferential phenotypes depending on the etiology of the dementia. Conclusion. The results confirm the interest of the phenomenological approach to distinguish the etiology of the PS among confirmed dementias. Prospective longitudinal studies must examine the early discriminant characteristics of PS in order to enable a better prognostic prediction of the nosographic frame thereby established.*

Key words: psychotic symptoms, very-late-onset schizophrenia-like psychosis, dementia with Lewy bodies, elderly, Alzheimer's disease

La symptomatologie psychotique est définie par la présence d'éléments hallucinatoires ou délirants [1]. Elle est d'apparition fréquente chez le sujet âgé atteignant jusqu'à 15 % de la population générale de plus de 65 ans [2]. Ces manifestations sont associées à un pronostic plus défavorable en termes de mortalité, de poids pour les aidants et de précocité d'institutionnalisation [3]. La présence de tels phénomènes est déroutante pour le clinicien, pour lequel l'apparition d'un tel trouble *de novo* est souvent synonyme de trouble psychiatrique primaire. Néanmoins, l'étiologie n'est psychiatrique que dans 40 % des cas [4].

Face au caractère transnosographique et aspécifique de ces symptômes psychotiques (SP), une démarche diagnostique renseignant sur l'étiologie est essentielle afin de pouvoir orienter la prise en charge précocement. Or, il existe un vide nosographique au sein des classifications internationales, concernant les SP du sujet âgé, limitant la possibilité d'études et de consensus concernant ce phénomène [5, 6]. Le seul cadre nosographique spécifique des SP d'apparition très tardive, la *very-late-onset schizophrenia-like psychosis* (VLOSLP) est une construction catégorielle, sans fondement rationnel étiologique ou pronostique. De ce fait, l'existence même de ce diagnostic est sujet à controverses [7]. Il recouvre le champ des SP survenant au stade prodromal des démences, c'est-à-dire à un stade de normalité ou d'altération cognitive légère, sans possibilité de distinction étiologique [8].

L'objet de cette revue de la littérature est de pouvoir distinguer les caractéristiques qualitatives des SP en fonction de l'étiologie psychiatrique primaire ou neurodégénérative ; les sous-types démentiels sont détaillés. Le résultat d'un tel travail permettrait 1) de renseigner sur l'existence même d'une pluralité des tableaux psychotiques en fonction de l'étiologie et, le cas échéant, 2) d'aider le clinicien au dépistage d'une démence à expression psychiatrique et donc à la prise en charge ; 3) il constituerait un argument justifiant l'intérêt de la recherche sur les SP tardifs à un stade précoce, afin de permettre une meilleure pertinence pronostique du cadre nosographique ainsi révisé, basé sur le risque de conversion démentielle. Nous postulons qu'une approche minutieuse de cette symptomatologie peut permettre d'améliorer nos classifications et de manière subséquente l'accordage des pratiques pour une meilleure prise en charge des patients.

Matériel et méthode

Cette revue de littérature vise à recenser et comparer les caractéristiques qualitatives des SP, c'est-à-dire leur

caractérisation sémiologique détaillée, et leur prévalence respective au sein des tableaux démentiels avérés et psychiatriques primaires. Elle suit le guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations (GRADE) de la Haute autorité de santé (HAS). Pour notre approche, une sélection d'articles, en français et en anglais, a été réalisée sur la période de mai à novembre 2018 à partir des données PubMed, EMBASE, Cochrane et la littérature grise, utilisant le thésaurus *phenomenology, clinical aspect, clinical features, very-late-onset schizophrenia-like psychosis, delusional disorder, dementia, neuropsychiatric symptoms, psychotic symptoms, late-life, elderly, Alzheimer disease, Lewy body disease*. Nous avons également inspecté la bibliographie de tous les articles retenus. Il est à noter l'absence de recommandations ou de conférences de consensus sur le sujet, au plan diagnostique et thérapeutique [6, 9].

Compte tenu de la faible quantité d'articles répondant à nos critères de recherche et notre désir d'exhaustivité, ont été retenus tous les articles publiés depuis l'an 2000, date de la création de la VLOSLP, et portant sur la description phénoménologique des SP, indépendamment de leur méthodologie. L'approche phénoménologique correspondait à un recueil détaillé des contenus psychotiques et non seulement de leur distinction en tant que phénomènes élémentaires. Les aspects sémiologiques de caractérisation du délire - à savoir : mode d'entrée, durée d'évolution, thématiques, mécanismes, systématisation, extension, participation affective et adhésion - s'intégraient à notre démarche dite phénoménologique. Les articles ne portant que sur un aspect sémiologique ou un seul type de manifestations psychotiques étaient retenus s'ils intéressaient la population âgée, détaillaient les caractéristiques de la variable d'intérêt ou visaient à comparer des populations démentes et psychiatriques. Par ailleurs, les articles portant sur les données épidémiologiques des SP tardifs, en population générale, démente ou psychiatrique, étaient retenus si le détail des SP permettait la distinction entre hallucinations et délire, au minimum. Étaient exclus les articles se limitant à « psychose » ou « symptômes psychotiques » sans détail des SP, ne s'intéressant pas spécifiquement au sujet âgé, ne tenant compte que des SP aigus, et ceux ne précisant pas le statut cognitif des patients.

Les articles sélectionnés par nos recherches étaient triés par pertinence du titre et du résumé. La bibliographie des articles était passée en revue. Compte tenu de la pluralité méthodologique des études incluses, les données obtenues font l'objet d'une recension détaillée et d'une synthèse simplifiée pour répondre à l'objectif et faciliter la lecture. Le manque d'unité méthodologique,

notamment quant au recueil des éléments phénoménologiques, n'offre pas d'analyse statistique mais une indication qualitative.

Résultats

Des 193 articles initialement recensés, 23 ont été retenus qui portaient sur le détail phénoménologique des SP au sein des tableaux psychiatriques tardifs primaires supposés, de démence type Alzheimer (DA) et de démence à corps de Lewy (DCL). Les articles sont reportés dans le *tableau 1*. Le diagramme de flux est reporté sur la *figure 1*.

Classification et épidémiologie des troubles

Les troubles délirants d'apparition très tardive chez le sujet âgé regroupent deux symptomatologies distinctes : le trouble délirant chronique et le trouble délirant aigu et transitoire. Le premier est défini comme une symptomatologie psychotique (délire et/ou hallucinations) durant plus de 6 mois, apparaissant après 60 ans, en l'absence de trouble organique ou thymique associés : la *very-late-onset schizophrenia-like psychosis* (VLOSLP) [10]. La prévalence de ce trouble pour la tranche d'âge concernée est estimée de 0,1 à 0,71 % [10, 11]. Le second trouble, non spécifique du sujet âgé, se définit par un tableau psychotique, sans étiologie organique, d'une durée inférieure à 6 mois [6]. Les troubles psychotiques aigus, du fait de leur faible spécificité nosographique chez le sujet âgé, des causes organiques aiguës ou iatrogènes sous-jacentes et du manque de données, ne sont pas intégrés ici [12]. L'essentiel des publications présentées fait donc référence aux termes de VLOSLP pour désigner les diagnostics psychiatriques correspondant aux troubles psychotiques d'apparition très tardive, à évolution chronique [13].

Les pathologies démentielles établies sont désignées sous le terme de Troubles neurocognitifs majeurs dans le DSM-5 et se définissent comme un déclin cognitif acquis dans un ou plusieurs domaines cognitifs entraînant un retentissement dans les actes de la vie quotidienne, une plainte du patient, et objectivés par un bilan neuropsychologique [6]. La prévalence des SP atteint un tiers des démences de type Alzheimer (DA) et jusqu'à 50 % des démences à corps de Lewy (DCL) [14]. L'évaluation phénoménologique des SP au sein des démences a fait l'objet de publications qui sont compilées ici afin d'être comparées aux tableaux psychiatriques essentiels et d'en distinguer les caractéristiques discriminantes.

Phénoménologie des SP tardifs psychiatriques primaires

La very-late-onset schizophrenia-like psychosis

L'existence d'un phénotype propre aux psychoses très tardives, distinct des troubles psychotiques primaires précoces a été montrée [13]. La VLOSLP présente une sur-représentation féminine (après ajustement sur la mortalité), avec un ratio de 3,25/1 [15]. Le tableau clinique habituel ne présente que peu ou pas de symptômes négatifs ou de désorganisation comportementale, cognitive et émotionnelle [15, 16], ce qui apparaît commun aux SP des populations démentes et non démentes [13, 17]. Ces données ne sont pas consensuelles néanmoins [15]. Le mode d'entrée dans ces troubles serait en règle insidieux et progressif et donc difficile à dater et à caractériser [13].

Hallucinations

Les hallucinations sont caractéristiques, le vécu est intense et s'articule à une construction délirante [18]. Une cohorte prospective de VLOSLP compare le profil des SP à ceux des DCL et des DA avec symptômes psychotiques (DA+P) [19]. Elle met en évidence au sein des VLOSLP une prévalence des hallucinations de 75,4 %, multimodales dans 43,9 % des cas. Elles sont principalement à type d'hallucinations visuelles (HV = 59,6 %) et acoustiques (HA = 54,4 %). Le ratio varie dans la littérature (14/17 patients d'HA vs 5/17 d'HV dans une cohorte rétrospective) [15]. Les HV concernent des humains (les proches du patient), les animaux, plus rarement des plantes ou des phénomènes élémentaires. Les HA sont essentiellement des voix de proches ou d'inconnus, à la deuxième ou troisième personne, menaçantes, moqueuses, donnant des ordres [16]. À la différence des DA+P et des DCL, elles existent en toutes modalités, avec une fréquence importante des hallucinations tactiles (14,0 %), volontiers à connotation sexuelle. Les HA sont principalement verbales (64,5 % des cas) [19]. La présence d'une modalité verbale permettrait de discriminer de manière statistiquement significative une VLOSLP d'une DA+P (OR : 1,27 (IC = 1,30-12,33), $p < 0,01$).

Idées délirantes

Les idées délirantes représentent un élément central [10], avec une prévalence allant jusqu'à 96,5 % [19]. Ces idées délirantes étaient à type de persécution dans 91,2 % des cas. Le délire des cloisons (défini comme une perte de la capacité des murs à isoler, laissant passer personnes, animaux, objets, et entraînant un vécu d'intrusion) était présent dans 36,8 % des cas. La présence des délires de cloisons et des délires de persécution permettait de prédire une VLOSLP plutôt qu'une DCL (respectivement OR = 9,02

Tableau 1. Études phénoménologiques des SP d'apparition très tardive.
Table 1. Phenomenological studies on very late-onset psychotic symptoms.

Référence	Méthodologie	Population	Outil d'évaluation	Variables d'intérêt
Howard <i>et al.</i> , 2000 [10]	Revue de littérature	VLOSLP	Non précisé	Délire : thématiques Hallucinations : modalités, contenu
Bathgate <i>et al.</i> , 2001 [30]	Analyse transversale	DFT, DA, DV	Entretiens semi-structurés	Délire : thématiques TI Hallucinations : modalités
Ballard <i>et al.</i> , 2001 [39]	Analyse transversale	DCL, DA	Columbia university scale for psychopathology in Alzheimer's disease (CUSPAD)	Hallucinations : durée, modalités
Aarsland <i>et al.</i> , 2001 [41]	Analyse transversale	DCL, maladie de Parkinson	Neuropsychiatric inventory (NPI) + entretien semi-structuré	Hallucinations : modalités Délire : thématique TI (non distingué de délire) : thématique
Iseki <i>et al.</i> , 2002 [42]	Étude de cas	DCL	Non précisé	Hallucinations : thème, modalité, contenu Délire : thème, contenu TI : thème, contenu
Bassiony <i>et al.</i> , 2003 [23]	Revue de littérature	DA	Questionnaires standardisés (voir étude pour détail)	Délire : thématique Hallucinations : modalités
Brüne <i>et al.</i> , 2003 [32]	Étude de cas	DA, DV	Entretiens non structurés	Délire érotomane
Mosimann <i>et al.</i> , 2006 [38]	Analyse transversale	DCL, maladie de Parkinson	Entretiens semi-structurés + Institute of Psychiatry Visual hallucinations interview + NPI (tiers)	Hallucinations visuelles : type (simple, complexe, les deux), fréquence, durée, étendue spatiale, couleur, lieu, mobilité, qualité du contenu (groupé par thèmes)
Mizrahi <i>et al.</i> , 2006 [29]	Analyse transversale	DA	Dementia psychosis scale	Délire : thématique détaillée
Pommepey <i>et al.</i> , 2007 [17]	Revue de littérature	VLOSLP, psychoses tardives indifférenciées	Non précisé	Délire : thématiques, adhésion, retentissement affectif et comportemental, systématisation Hallucinations : modalités, thématiques
Nagahama <i>et al.</i> , 2007 [43]	Analyse transversale	DCL	Entretien semi-structuré	Hallucinations : thématiques, modalités Délire : thématique TI : thématique Cluster de symptômes
Girard <i>et al.</i> , 2012 [15]	Analyse transversale	VLOSLP	Scale for the assessment of positive symptoms (SAPS) Scale for the assessment of negative symptoms (SANS)	Hallucinations : modalités, thématiques Délire : thématiques
Cipriani <i>et al.</i> , 2012 [33]	Revue de la littérature	DA, démence vasculaire (DV), démence fronto-temporale (DFT)	Non précisé	Érotomanie : présentation générale
Reeves <i>et al.</i> , 2012 [26]	Revue de la littérature	DA	Non précisé	Hallucinations : thèmes, contenus, durée TI : contenu Délire : thématiques, durée Sous-groupe distinct
Kwak <i>et al.</i> , 2013 [31]	Analyse transversale	DA	NPI + entretien semi-structuré	Délire : thématique
Cipriani <i>et al.</i> , 2015 [34]	Revue de littérature	Démences (sans précision)	Non précisé	Délire de grossesse : présentation générale

Tableau 1. (Suite).

Référence	Méthodologie	Population	Outil d'évaluation	Variables d'intérêt
Hashimoto <i>et al.</i> , 2015 [46]	Analyse transversale	DA, DCL, DV	Entretien semi-structuré	Délire de jalousie : mécanisme, autre thématique délirante
Perini <i>et al.</i> , 2016 [27]	Analyse transversale	DA, DCL, DFT, DV	NPI, Misidentification delusion questionnaire	TI : contenu
Vanderheyden <i>et al.</i> , 2017 [25]	Revue de littérature/Ouvrage	DA, DCL	Non précisé	Délire : thème, adhésion, participation affective Hallucinations : modalités, durée, fréquence
Cort <i>et al.</i> , 2018 [16]	Revue de littérature	VLOSLP	Non précisé	Délire : thème, adhésion, participation affective et comportementale, systématisation, durée, extension, objets concernés Hallucinations : modalités
Van Assche <i>et al.</i> , 2018 [19]	Analyse transversale	VLOSLP, DCL, DA	Entretiens semi structurés	Délire : thème, contenu Hallucinations : modalités, contenu TI : contenu
Tsunoda <i>et al.</i> , 2018 [44]	Analyse transversale	DCL	NPI	Hallucinations : modalités, thème Délire : thème
Tzeng <i>et al.</i> , 2018 [45]	Analyse transversale	DCL	NPI	Délire : thème

(IC = 2,76-9,48), $p < 0,05$ et OR = 1,53 (IC = 1,03-20,51), $p < 0,01$). La littérature rapporte en effet une majorité de thématique de persécution (15/17 patients dans cette cohorte de VLOSLP), suivi des idées de références (6/17), sexuelles (5/17) et de jalousie (5/17) [15]. Les automatismes mental et moteur étaient exceptionnellement rapportés, ce qui est cohérent avec les données connues [13, 17]. On retrouve une faible représentation des idées mystiques, de grandeur, de pauvreté ou de culpabilité [20]. Les thématiques sont en général en lien avec le vécu réel du sujet, qui n'est pas coupé de la réalité. Les thématiques bizarres propres au délire paranoïde des schizophrénies à début précoce sont peu retrouvées [13]. Ce constat est fait également au sein des SP survenant dans les DA+P et les DCL [19, 21].

Troubles de l'identification

Les troubles de l'identification (TI) se définissent par une croyance délirante qu'une personne, un lieu ou un objet s'est transformé ou dupliqué. Ils apparaîtraient en conditions psychiatriques et neurodégénératives, mais sont bien plus fréquents dans cette dernière [13]. Au sein des VLOSLP, en effet, les TI avaient une prévalence de 3,5 % dans l'étude précitée [19]. Le détail qualitatif n'est pas rapporté. La prévalence est plus faible qu'en contexte démentiel, ce qui est cohérent avec la prévalence des TI au sein des pathologies psychiatriques en général qui rapporte

une prévalence de 4,1 % [22]. Peu d'études sont disponibles concernant cette symptomatologie spécifique dans les VLOSLP [13].

Phénoménologie des SP des tableaux démentiels

Démence Type Alzheimer avec SP (DA+P)

Hallucinations

Les HV et les HA sont les plus habituelles, les hallucinations dans d'autres modalités étant exceptionnelles [23]. Elles sont plus fréquemment visuelles (4-59 %) qu'auditives (1-29 %) dans les DA [23-25]. Le vécu rapporté est délirant [19]. Dans une population DA+P, les hallucinations étaient multimodales (visuelles et auditives) dans 25,7 % des cas. Les HV étaient essentiellement des proches décédés. Les hallucinations verbales n'étaient représentées que dans 11,4 % des DA+P, à type de brouhaha indistinct ou de langues étrangères. Les bruits semblent être plus fréquents (bruits de porte, de fête). L'apparition des hallucinations est ultérieure aux idées délirantes [21]. L'évolution des SP est caractérisée par la chronicité et la récurrence dans 95 % des cas [23, 24]. Une étude longitudinale rapporte des durées d'évolution variables allant de 3 mois (patients institutionnalisés) à plus de un an (pour les patients ambulatoires) [21]. Cette différence est cohérente avec la littérature et s'explique par la moindre prévalence des SP aux stades sévères de démence [26, 27].

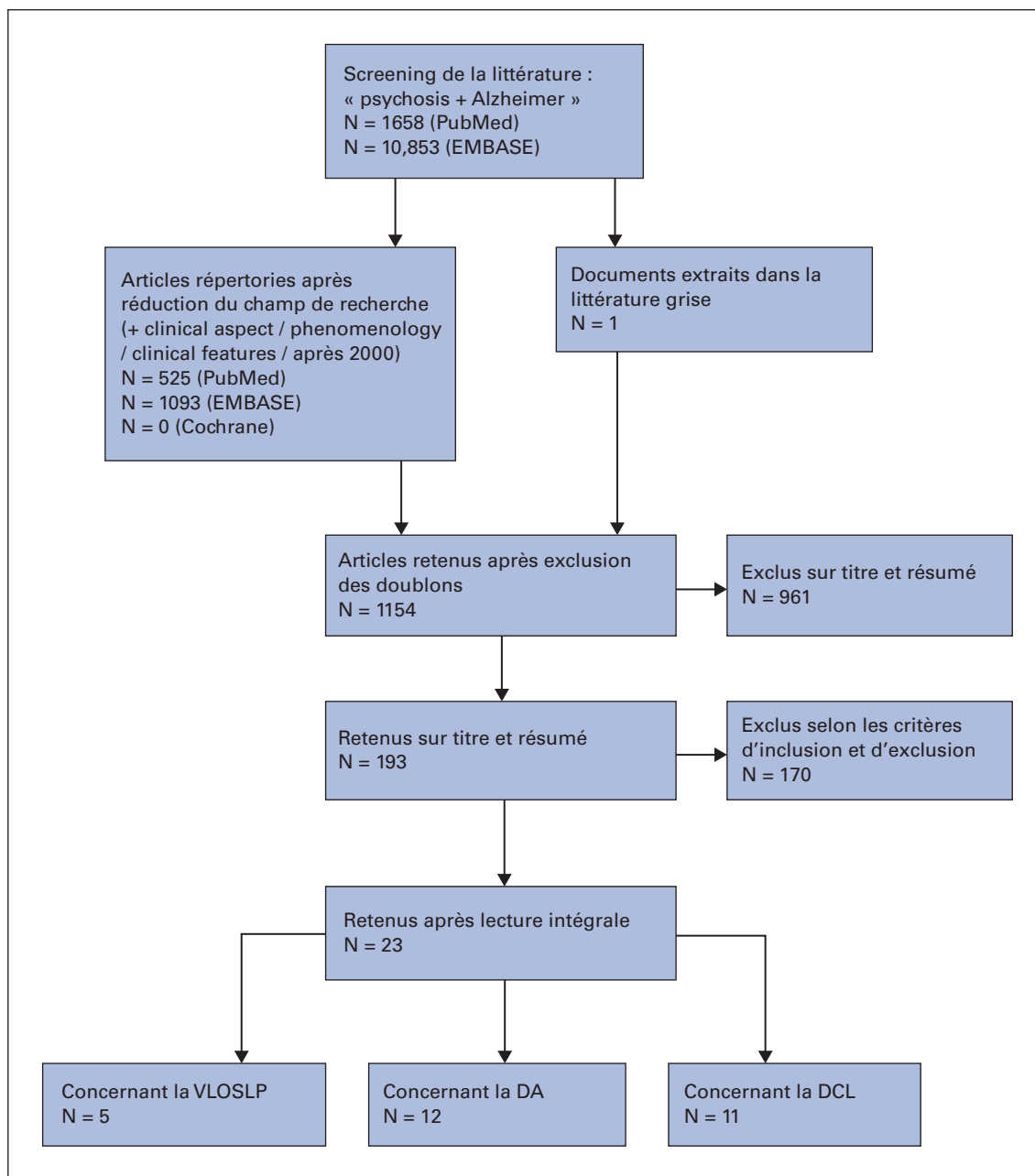


Figure 1. Diagramme de flux.
Figure 1. Flow chart.

Idées délirantes

La prévalence des idées délirantes chez les DA est plus élevée que celle des hallucinations (22 % versus 3 %, 9 % de survenue concomitante) [28]. Ce résultat a été retrouvé ultérieurement (32 % versus 7 %) [25, 29]. Elles surviendraient plus tôt que les hallucinations et les TI. La

prévalence des idées de persécution dans cette population a été estimée pouvant atteindre 40 % dans une revue de littérature portant sur 35 études [23]. Les idées de vol (2 %-39 %), de jalousie (1,1 %-26 %) et les idées de référence (2 %-18,7 %) représentent les plus fréquentes. Une étude rapporte une prévalence élevée de la thématique mégalo-maniaque (11 %) [29], non constatée par ailleurs [23]. Trois

cas de délire de grossesse en contexte de DA ont été rapportés [34]. Des thématiques érotomaniaques ont été rapportées [29, 32, 33]. Une attitude suspicieuse est souvent associée et doit interpeller sur la coexistence d'idées délirantes plus construites [30]. La critique est médiocre en règle [25].

Au sein de la population DA+P, les idées délirantes sont quasi systématiques (97,1 % ici) [19]. Les thématiques sont principalement à type de persécution (71 %). Le vol représente jusqu'à 75 % des idées de persécution de la DA+P dans la littérature [13] (les affaires ont été volées ou cachées). La conviction d'un danger (l'empoisonnement, le meurtre, la manipulation et l'espionnage) est fréquente (11-30 %) [13, 26]. Les persécuteurs désignés sont des personnes connues (voisins, famille, soignants). La persécution est dirigée contre le sujet ou sa famille. Les idées de jalousie (conviction d'être trompé) viennent ensuite ainsi que la conviction d'être abandonné (jusqu'à 14,3 %) [25, 31] ; seule cette étude retrouve une thématique dite de partition (14,3 %) [19].

Troubles de l'identification

La prévalence des TI a été évaluée à 25,6 % en moyenne (3,6-38,9 %) au sein des DA [24, 26, 27]. La description phénoménologique retrouve une majorité de TI du domicile (9-28,1 %) (conviction que le domicile du patient n'est pas le sien), de *splitting* (séparation d'un individu en deux êtres distincts) (8,9 %), de paramnésies réductives (conviction qu'un lieu existe en deux endroits distincts) (7,5 %), de syndrome de Capgras (4-7,5 %) et de signe de l'image (une image prend un caractère réel) (6,2 %). Les autres formes de TI étaient plus rares [27, 29]. L'atteinte cognitive serait prédictive de la survenue des TI, sans que cette association ne soit retrouvée avec les idées délirantes [35]. Ils apparaissent plus tardivement et sont associés à un état cognitif plus dégradé [31]. La survenue de TI sans autres idées délirantes est exceptionnelle [19].

Démence à corps de Levy (DCL)

Hallucinations

La présence d'HV appartient aux critères diagnostiques et est considérée comme le meilleur critère discriminant d'avec une DA [36, 37]. Ces HV sont habituellement complexes, vives, mobiles, tridimensionnelles représentant des visages ou des animaux, présentes de quelques secondes à quelques heures, pluriquotidiennes [38]. Ces phénomènes sont chroniques et indépendant du score au MMSE [39]. L'adhésion et le retentissement affectif sont variables et corrélés à l'évolution de la maladie, sans construction délirante initiale [25]. La présence d'HV associées à un syndrome parkinsonien prédit la DCL à 93 % [40]. L'on retrouve

une prévalence des HV proche des 80 % [21, 39, 41]. La prédominance des hallucinations sur les idées délirantes distingue la DCL de la DA+P [19]. Les HV les plus fréquentes sont à type d'animaux (48 %-71,4 %), d'humains (adultes et enfants 42,9 %-93 %) et fréquemment de moyens de transport (12,2 %), d'objets inanimés (15 %) et de feu (15 %) [19, 41]. Les hallucinations acoustiques sont retrouvées dans 37 %-40,8 % des cas, verbales et non verbales [39, 41-43]. Elles sont rarement isolées des HV et souvent en lien [44]. On ne retrouve pas d'hallucinations gustatives dans la littérature. Les hallucinations tactiles et olfactives sont rares [19, 41, 42]. Ces symptômes sont persistants tout au long de l'évolution de la maladie au sein des DCL [21, 39].

Idées délirantes

La prévalence des idées délirantes est de 13 %-78 % [19, 39, 41, 43]. Les délires sont accompagnés d'hallucinations dans 2/3 des cas ; l'apparition d'idées délirantes serait corrélée avec une maladie plus avancée [45]. Ce résultat est discuté [46]. Les idées délirantes surviennent secondairement, après les hallucinations [37]. Le délire porte majoritairement sur des thématiques de persécution (similaires à celles retrouvées dans les DA+P, à type de vol notamment), la thématique de jalousie (1 %-26,3 %) est la plus fréquente après les idées de persécution, seules ou associées à des TI, et se révèle de manière significativement plus fréquente que dans les DA+P (5,5 %) [46]. Néanmoins, d'autres thématiques (de ruine, hypochondriaque, de grossesse, d'abandon) semblent pouvoir survenir plus rarement [19, 34, 41, 45]. La construction serait plus élaborée que dans les DA+P et le délire plus persistant [25].

Troubles de l'identification

La fréquence des TI oscille entre 38-78,3 % et ces TI surviennent précocement [43]. Le détail de ces TI retrouve 6 % de Capgras, 11 % de *phantom boarder syndrome* (conviction qu'un être décédé est revenu), 16 % de réductions paramnésiques. Une revue de littérature récente retrouve une prévalence de 52 % de TI, dont 20 % des patients atteints de DCL qui cumulent trois à quatre TI. Les TI du domicile représentent 47,6 %, le syndrome de Capgras (individus et objets) 42,8 %, les paramnésies réductives, le *splitting syndrome* et le signe de l'image représentent environ 20 % chacun. Dans une étude, les TI de personnes et de lieu étaient quasi systématique (7/8) [42]. Le manque de consensus diagnostique et la variabilité des populations en termes démographiques expliquent les différences de prévalence constatées [27].

Conclusion et perspectives

L'approche phénoménologique permet de cerner des phénotypes de SP plus évocateurs de certaines étiologies. Les principaux résultats sont résumés dans le *tableau 2*. Aux vues de nos données, la VLOSLP se caractériserait par un tableau d'apparition insidieuse, riche sur le plan hallucinatoire majoritairement visuel et auditif avec une participation multimodale et notamment tactile voire gustative et olfactive, associant thématique de persécution et délire de cloisons, sans TI. L'existence d'une méfiance, d'idées délirantes de persécution, d'apparition insidieuse, d'une participation hallucinatoire secondaire, mixte, majoritairement visuelle, rarement verbale, est plus évocatrice d'une DA+P. Un tableau hallucinatoire complexe, à type de zoopsie avec participation affective faible, sans participation délirante ou à prédominance de TI isolés, multiples, évoque un tableau de DCL. Le repérage de ces tableaux doit favoriser l'indication d'un bilan neuropsychologique et paraclinique afin de permettre d'améliorer le diagnostic et la prise en charge précoce de ces patients. Tout l'intérêt de cette approche est majoré par la difficulté que peut rencontrer le neuropsychologue pour réaliser un bilan fiable en de telles conditions cliniques et l'absence de réponse univoque des examens complémentaires.

La question de la diversité phénoménologique des SP chez le sujet âgé est débattue mais le manque de données reste limitant [8]. Bien qu'il existe des caractéristiques communes [13] (symptômes négatifs et dissociatifs

moindres, fréquence des idées de persécution et des HV, prévalence plus importante des TI, chronicité), cette revue de littérature permet de constater l'existence de phénotypes psychotiques distincts en fonction de l'étiologie. Le détail de ces phénotypes est d'utilité pratique pour le clinicien dans son exercice, afin de l'aider à orienter sa prise en charge. De plus, ce constat vient confirmer l'intérêt de l'étude des SP d'apparition très tardive chez le sujet âgé, à un stade pré-démontiel. Une meilleure connaissance qualitative de ces SP devrait permettre d'établir un cadre nosographique basé non pas sur l'âge d'apparition mais sur le risque de conversion démentielle. Le cadre nosographique actuel de la VLOSLP, intégrant les tableaux psychotiques pré-démontiels et des phénotypes psychotiques primaires potentiellement variés, représente une entité hétérogène et trop aspécifique pour avoir une valeur pronostique.

Cette revue met en évidence un manque de données sémiologiques et phénoménologiques et elle constate la rareté d'études proposant une telle approche au sein de populations comparables en termes d'âge, de score au MMSE et de recrutement hospitalier ou ambulatoire ou encore, en termes de base commune de définition des symptômes. Il apparaît que la comparaison de populations non appariées sur ces critères, ou présentant des méthodes différentes de recueil des données, ne peut apporter de résultats fiables et comparables.

Schématiquement, 3 hypothèses expliquent les mécanismes sous-tendant les SP et leur expression : 1) les SP sont le fruit des atteintes cognitives démentielles ; 2) les SP du sujet âgé sont un phénomène psychogène

Tableau 2. Synthèse simplifiée des profils phénoménologiques des symptômes psychotiques par pathologie.

Table 2. Main phenomenological characteristics of psychotic symptoms according to pathologies.

	VLOSLP	DA+P	DCL
Hallucinations	Précoces, initiales Prévalence : 70 % Visuelles = auditives (voix menaçantes) : 50 % Tactiles (15 %) Toutes modalités	Tardives, secondaires Prévalence : 50 % Visuelles >> auditives (bruits) : 50 % Rares en d'autres modalités	Précoces, pré-motrices et pré-cognitives Visuelles +++ (80 %) Auditives (40 %, rarement isolées) Tactiles occasionnelles Rares en d'autres modalités
Idées délirantes	Précoces Mécanisme hallucinatoire prédominant Persécution (90 %) Cloisons (40 %) Idées de références	Précoces Mécanisme interprétatif, secondairement hallucinatoire Persécution (80 % : vol +++) Conviction d'abandon Cloisons (< 15 %) Pauvreté de la construction Adhésion intense	Secondaires Rarement isolées Mécanisme hallucinatoire prédominant Persécution (25 %) (vol, jalousie) Bien construit Perte d'insight progressive
Troubles de l'identification	Rares (< 5 %)	25 % des cas (secondaires aux idées délirantes)	Jusqu'à 80 % Précoce Multiples (Capgras +++)

adaptatif à l'environnement et, ici, aux atteintes cognitives ; 3) les SP sont le résultat d'une atteinte neurologique, distincte de l'atteinte cognitive de la démence, surajoutée à elle [47].

La première hypothèse est soutenue par une théorie neuropsychologique à deux facteurs des SP [48] : une première altération cognitive (a) (mnésique par exemple) génère une inférence d'hypothèses erronées (idée délirante) et une seconde altération (b) (tel un trouble de la flexibilité mentale ou de la mémoire de travail) rend impossible la révision de l'hypothèse erronée. La seconde hypothèse est soutenue par une étude récente ; elle confirme l'influence protectrice d'un trait de personnalité (la « conscienciosité ») sur le risque de survenue de SP dans la démence [49] ; cette donnée soutient l'influence des caractéristiques psychosociales dans le risque de survenue des SP. Deux arguments soutiennent la troisième hypothèse : d'une part, il existe des SP survenant antérieurement aux atteintes cognitives, comme constaté dans la maladie d'Alzheimer asymptomatique sur le plan cognitif [50] chez lesquels la sévérité des plaques séniles était associée à un risque plus élevé de SP. D'autre part, la présence de biomarqueurs associés à différentes démences est observée de manière conjointe dans une même étiologie : la présence d'enchevêtrements neurofibrillaires était associée à un risque élevé de SP chez des DA+P, uniquement en présence de lésions vasculaires et de corps de Lewy associés ; toutefois, ce résultat n'est pas retrouvé pour la DCL.

Ces 3 hypothèses sont discutées dans le déclenchement des SP en contexte psychiatrique primaire tardif [51]. Des atteintes des fonctions neuropsychologiques satisfont à la première hypothèse (atteinte de cognitions sociales à type « d'hypermentalisation » et de la flexibilité mentale). Ces atteintes, du fait de leur caractère lentement évolutif, semblent procéder non pas d'une neurodégénération mais d'un phénomène de vieillissement cérébral accéléré lié au stress ; cependant elles présentent un recouvrement avec certaines atteintes constatées dans les démences associées aux SP, laissant supposer une voie neuronale commune dans l'émergence de ces derniers, tel que suggéré dans notre troisième hypothèse. Leur proximité avec les troubles cognitifs de la schizophrénie juvénile suggère que leur origine pourrait être précoce (neuro-développementale), mais modeste, et n'aboutir à des SP qu'à l'aune de ce vieillissement cérébral et en interaction avec les vulnérabilités psychosociales du sujet, comme suggéré en (2). La distinction de différents profils de VLOSLP, dépendants du degré respectif de participation de ces vulnérabilités, peut renseigner sur l'importance de leur implication respective. L'existence de plusieurs

mécanismes concourant à l'émergence des SP tardifs est probable.

Il semble donc nécessaire qu'une étude prospective recrute des patients âgés pour un trouble délirant d'apparition très tardive, sans antécédent démentiel ou psychiatrique ; qu'elle suive lesdits patients en évaluant scrupuleusement les données phénoménologiques et en les reliant systématiquement à des évaluations neuropsychologiques et paracliniques. Un suivi prolongé permettrait de lier les données ainsi acquises à une évolution naturelle définie. Il serait possible de distinguer des tableaux à risque de conversion démentielle ou bien préfigurant au contraire l'installation d'un tableau de psychose tardive chronique primaire. Ce tableau aurait une assise pronostique et non uniquement un rationnel catégoriel basé sur l'âge, comme l'actuel diagnostic de VLOSLP. De tels résultats seraient utiles alors en pratique pour prédire à un stade précoce l'évolution de SP inauguraux chez le sujet âgé. Une telle étude permettrait en outre d'évaluer les mécanismes transnosographiques à l'œuvre sur le plan neuro-fonctionnel en appariant les populations sur le type de SP indépendamment de l'étiologie, et de considérer les SP comme une autre variable indépendante parallèle à l'évolution des symptômes cognitifs, intriqués à eux.

Points clés

- Les symptômes psychotiques du sujet âgé présentent une fréquence non négligeable, sont graves en termes de pronostic et posent un problème diagnostique et thérapeutique du fait de leur faible spécificité étiologique.
- Il existe un vide nosographique, un manque de données qualitatives et le cadre diagnostique de la *very-late-onset schizophrenia-like psychosis* actuellement retenu ne fait pas consensus.
- Les résultats des études phénoménologiques rapportent une distinction phénotypique préférentielle des SP en fonction de l'étiologie, discriminant en partie les tableaux psychiatriques essentiels des tableaux démentiels, ainsi que des sous-types démentiels entre eux.
- L'étude phénoménologique des SP à un stade d'indistinction étiologique pourrait permettre l'établissement d'un cadre nosographique clinique basé sur le risque de conversion démentielle plutôt que sur l'âge de début des troubles.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts en rapport avec cet article.

Références

1. Giannakopoulos P, Gaillard M. *Abrégé de psychiatrie de l'âge avancé*. Chêne-Bourg (Suisse) : Médecine et Hygiène, 2010.
2. Nuevo R, Van Os J, Arango C, Chatterji S, Ayuso-Mateos JL. Evidence for the early clinical relevance of hallucinatory-delusional states in the general population. *Acta Psychiatr Scand* 2013 ; 127 : 482-93.
3. Fischer CE, Sweet RA. Psychosis in Alzheimer's disease: a review of recent research findings. *Curr Behav Neurosci Rep* 2016 ; 3 : 308.
4. Reinhardt MM, Cohen CI. Late-life psychosis: diagnosis and treatment. *Curr Psychiatry Rep* 2015 ; 17 : 1.
5. Calvet B, Clément JP. DSM-5 et la psychiatrie de la personne âgée. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2014 ; 12 : 52-62.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th Ed. Washington DC (USA) : American Psychiatric Publishing, 2013.
7. Cohen CI. Very late-onset schizophrenia-like psychosis: positive findings but questions remain unanswered. *Lancet Psychiatry* 2018 ; 5 : 528-9.
8. Fischer CE, Agüera-Ortiz L. Psychosis and dementia: risk factor, prodrome, or cause? *Int Psychogeriatr* 2018 ; 30 : 209-19.
9. Essali A, Ali G. Antipsychotic drug treatment for elderly people with late-onset schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 ; (2) : CD004162.
10. Howard R, Rabins PV, Seeman MV, Jeste DV. Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. The International Late-Onset Schizophrenia Group. *Am J Psychiatry* 2000 ; 157 : 172-8.
11. Meesters PD, de Haan L, Comijs HC, Stek ML, Smeets-Janssen MMJ, Weeda MR, et al. Schizophrenia spectrum disorders in later life: prevalence and distribution of age at onset and sex in a dutch catchment area. *J Am Assoc Geriatr Psychiatry* 2012 ; 20 : 18-28.
12. Reeves RR, Brister JC. Psychosis in late life: emerging issues. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2008 ; 46 : 45-52.
13. Holt AEM, Albert ML. Cognitive neuroscience of delusions in aging. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2006 ; 2 : 181-9.
14. Ismail Z, Agüera-Ortiz L, Brodaty H, Cieslak A, Cummings J, Fischer CE, et al. The Mild behavioral impairment checklist (MBI-C): a rating scale for neuropsychiatric symptoms in pre-dementia populations. *J Alzheimers Dis* 2017 ; 56 : 929-38.
15. Girard C, Simard M. Elderly patients with very late-onset schizophrenia-like psychosis and early-onset schizophrenia: cross-sectional and retrospective clinical findings. *Open J Psychiatry* 2012 ; 2 : 305-16.
16. Cort E, Meehan J, Reeves S, Howard R. Very late-onset schizophrenia-like psychosis: a clinical update. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2018 ; 56 : 37-47.
17. Pommepuy N, Gallarda T. Les psychoses tardives. Démarche diagnostique et thérapeutique dans les psychoses débutant au 3^e âge. *Rep Geriatr* 2007 ; 9 : 71-7.
18. Bazin N, Clément JP. Psychoses tardives. In: Clément JP, Calvet B, eds. *Psychiatrie de la personne âgée*. Paris : EMC psychiatrie, 2017 ; 170 (14-2) : 1-7.
19. Van Assche L, Van Aubel E, Van de Ven L, Bouckaert F, Luyten P, Vandenbulcke M. The neuropsychological profile and phenomenology of late onset psychosis: a cross-sectional study on the differential diagnosis of very-late-onset schizophrenia-like psychosis, dementia with Lewy bodies and Alzheimer's type dementia with psychosis. *Arch Clin Neuropsychol* 2018 ; 34 : 183-99.
20. Alici-Evcimen Y, Ertan T, Eker E. Case series with late-onset psychosis hospitalized in a geriatric psychiatry unit in Turkey: experience in 9 years. *Int Psychogeriatr* 2003 ; 15 : 69-72.
21. Jellinger KA. Cerebral correlates of psychotic syndromes in neurodegenerative diseases. *J Cell Mol Med* 2012 ; 16 : 995-1012.
22. Kirov G, Jones P, Lewis SW. Prevalence of delusional misidentification syndromes. *Psychopathology* 1994 ; 27 : 148-9.
23. Bassiony MM, Lyketsos CG. Delusions and hallucinations in Alzheimer's disease: review of the brain decade. *Psychosomatics* 2003 ; 44 : 388-401.
24. Ropacki SA, Jeste DV. Epidemiology of and risk factors for psychosis of Alzheimer's disease: a review of 55 studies published from 1990 to 2003. *Am J Psychiatry* 2005 ; 162 : 2022-30.
25. Amire A. Démence et perte cognitive : prise en charge du patient et de sa famille. In: Vanderheyden JE, Kennes B, eds. Bruxelles : De Boeck Supérieur, 2017 ; 2 : 101-11.
26. Reeves SJ, Gould RL, Powell JF, Howard RJ. Origins of delusions in Alzheimer's disease. *Neurosci Biobehav Rev* 2012 ; 36 : 2274-87.
27. Perini G, Carlini A, Pomati S, Alberoni M, Mariani C, Nemni R, et al. Misidentification delusions: prevalence in different types of dementia and validation of a structured questionnaire. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2016 ; 30 : 331.
28. Bassiony MM, Steinberg MS, Warren A, Rosenblatt A, Baker AS, Lyketsos CG. Delusions and hallucinations in Alzheimer's disease: prevalence and clinical correlates. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000 ; 15 : 99-107.
29. Mizrahi R, Starkstein SE, Jorge R, Robinson RG. Phenomenology and clinical correlates of delusions in Alzheimer disease. *J Am Assoc Geriatr Psychiatry* 2006 ; 14 : 573-81.
30. Bathgate D, Snowden JS, Varma A, Blackshaw A, Neary D. Behaviour in frontotemporal dementia. Alzheimer's disease and vascular dementia. *Acta Neurol Scand* 2001 ; 103 : 367-78.
31. Kwak YT, Yang Y, Kwak S-G, Koo M-S. Delusions of Korean patients with Alzheimer's disease: study of drug-naive patients. *Geriatr Gerontol Int* 2013 ; 13 : 307-13.
32. Brüne M, Schröder SG. Erotomania variants in dementia. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2003 ; 16 : 232-4.
33. Cipriani G, Logi C, Fiorino AD. A romantic delusion: de Clerambault's syndrome in dementia. *Geriatr Gerontol Int* 2012 ; 12 : 383-7.
34. Cipriani G, Di Fiorino M. Delusion of pregnancy: an unusual symptom in the context of dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2015 ; 30 : 341-5.
35. Wilkosz PA, Miyahara S, Lopez OL, Dekosky ST, Sweet RA. Prediction of psychosis onset in Alzheimer disease: the role of cognitive impairment, depressive symptoms, and further evidence for psychosis subtypes. *J Am Assoc Geriatr Psychiatry* 2006 ; 14 : 352-60.
36. Tiraboschi P, Salmon DP, Hansen LA, Hofstetter RC, Thal LJ, Corey-Bloom J. What best differentiates Lewy body from Alzheimer's disease in early-stage dementia? *Brain J Neurol* 2006 ; 129 : 729-35.
37. McKeith IG, Boeve BF, Dickson DW, Halliday G, Taylor J-P, Weintraub D, et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: fourth consensus report of the DLB consortium. *Neurology* 2017 ; 89 : 88-100.
38. Mosimann UP, Rowan EN, Partington CE, Collerton D, Littlewood E, O'Brien JT, et al. Characteristics of visual hallucinations in Parkinson disease dementia and dementia with Lewy bodies. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006 ; 14 : 153-60.

- 39.** Ballard CG, O'Brien JT, Swann AG, Thompson P, Neill D, McKeith IG. The natural history of psychosis and depression in dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease: persistence and new cases over 1 year of follow-up. *J Clin Psychiatry* 2001 ; 62 : 46-9.
- 40.** Williams DR, Lees AJ. Visual hallucinations in the diagnosis of idiopathic Parkinson's disease: a retrospective autopsy study. *Lancet Neurol* 2005 ; 4 : 605-10.
- 41.** Aarsland D, Ballard C, Larsen JP, McKeith I. A comparative study of psychiatric symptoms in dementia with Lewy bodies and Parkinson's disease with and without dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001 ; 16 : 528-36.
- 42.** Iseki E, Marui W, Nishihashi N, Kosaka K. Psychiatric symptoms typical of patients with dementia with Lewy bodies - similarity to those of levodopa-induced psychosis. *Acta Neuropsychiatr* 2002 ; 14 : 237-41.
- 43.** Nagahama Y, Okina T, Suzuki N, Matsuda M, Fukao K, Murai T. Classification of psychotic symptoms in dementia with Lewy bodies. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007 ; 15 : 961-7.
- 44.** Tsunoda N, Hashimoto M, Ishikawa T, Fukuhara R, Yuki S, Tanaka H, *et al.* Clinical features of auditory hallucinations in patients with dementia with Lewy bodies: a soundtrack of visual hallucinations. *J Clin Psychiatry* 2018 ; 79 : pii: 17m11623.
- 45.** Tzeng R-C, Tsai C-F, Wang C-T, Wang T-Y, Chiu P-Y. Delusions in patients with dementia with Lewy bodies and the associated factors. *Behav Neurol* 2018 ; 2018 : 6707291.
- 46.** Hashimoto M, Sakamoto S, Ikeda M. Clinical features of delusional jealousy in elderly patients with dementia. *J Clin Psychiatry* 2015 ; 76 : 691-5.
- 47.** Cipriani G, Danti S, Vedovello M, Nuti A, Lucetti C. Understanding delusion in dementia: a review. *Geriatr Gerontol Int* 2014 ; 14 : 32-9.
- 48.** Coltheart M. The neuropsychology of delusions. *Ann N Y Acad Sci* 2010 ; 1191 : 16-26.
- 49.** Rouch I, Dorey J-M, Padovan C, Trombert-Paviot B, Benoit B, Laurent M, *et al.* Does personality predict behavioral and psychological symptoms of dementia? Results from PACO prospective study. *J Alzheimers Dis* 2019 ; 69 : 1099-108.
- 50.** Karamah W, Murari G, Schweizer T, Munoz D, Fischer C. Psychosis in neurodegenerative disorders: recent developments. *Curr Opin Psychiatry* 2019 ; 32 : 117-22.
- 51.** Van Assche L, Morrens M, Luyten P, Van de Ven L, Vandebulcke M. The neuropsychology and neurobiology of late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: a critical review. *Neurosci Biobehav Rev* 2017 ; 83 : 604-21.