

Comment vieillissent les bipolaires ?

Bipolar disorder and aging

P. Vandel*, E. Haffen*, D. Sechter*



P. Vandel

Si de nombreuses recherches ont été réalisées dans le domaine de la dépression du sujet âgé, la littérature s'intéresse peu aux troubles bipolaires liés au grand âge, et il apparaît difficile de les décrire tels qu'ils se développent au cours du vieillissement, et de produire un modèle évolutif spécifique. Il est pourtant admis aujourd'hui que la maladie bipolaire peut se manifester tout au long de la vie suivant des profils évolutifs très divers selon l'âge de début des troubles et la polarité des épisodes antérieurs, principalement.

Ainsi, la prévalence de la maladie bipolaire dans la population âgée semble sous-évaluée du fait de critères de classifications diagnostiques non adaptés (1).

Les études les plus récentes rapportent que les troubles bipolaires affectent 0,5 % à 1 % des personnes âgées de plus de 60 ans et représentent environ 4 à 17 % des hospitalisations en psychiatrie du sujet âgé (2).

Les troubles bipolaires du sujet âgé obligent à s'interroger quant à leur association souvent marquée avec des troubles cognitifs à la fois lors des épisodes aigus et lors des phases de rémission de la maladie bipolaire. La maladie bipolaire est considérée par certains auteurs comme une pathologie à risque d'évolution vers des troubles cognitifs qui peuvent être considérés comme des états prédéméntiels, voire de véritables syndromes démentiels (3).

Quelles particularités cliniques ?

Avec l'avancée en âge, le tableau clinique du trouble bipolaire du sujet âgé devient atypique : en effet, certains symptômes apparaissent, qui ne sont pas observés chez les patients jeunes. Cependant, ces spécificités sémiologiques de la bipolarité vieillissante, issues souvent de données empiriques, ne

sont pas totalement étayées par la littérature (4). Des études suggèrent que le tableau clinique de la maladie bipolaire s'atténue avec le vieillissement des troubles. Les accès maniaques seraient moins intenses. La symptomatologie regroupe plus souvent une irritabilité, parfois associée à un délire de persécution, des troubles du comportement à type d'agitation, d'instabilité motrice et de déambulation, et des troubles cognitifs qui sont aussi plus fréquemment associés à une confusion, une agitation (5).

L'existence de symptômes dépressifs serait fréquente (6) et on observerait plus d'états mixtes comme la manie dysphorique et plus de récurrences en cas de début tardif de la maladie bipolaire.

Actuellement, il est admis que la maladie bipolaire continue de récidiver avec le temps – le taux de récurrence est compris entre 32 et 51 %, selon les études – et que c'est l'ancienneté de la maladie bipolaire et, donc le nombre important d'épisodes antérieurs, qui est la variable pronostique du nombre de récurrences futures et des difficultés d'adaptation psychosociale à venir (7).

Quel profil évolutif ?

L'influence du vieillissement normal sur la maladie bipolaire est encore mal évaluée. Les études portant sur les troubles bipolaires du sujet âgé ont permis de mettre en évidence une grande variabilité du cours évolutif en fonction de l'âge de survenue et de la polarité des épisodes successifs.

Les troubles cognitifs sont une caractéristique majeure des troubles bipolaires et ils sont couramment observés, que ce soit lors des phases actives de la maladie ou lors des périodes de rémission. Pendant les périodes euthymiques, ce sont surtout les fonctions exécutives, l'apprentissage et la mémoire verbale, mais également, à un degré moindre, la

* Service de psychiatrie de l'adulte, CHU de Besançon.

Points forts⁺

- » Le trouble bipolaire du sujet âgé est souvent sous-diagnostiqué du fait d'une présentation clinique atypique.
- » Le pronostic chez les personnes âgées est moins favorable que chez les jeunes, du fait d'une plus grande vulnérabilité et d'une plus grande résistance à la thérapeutique.
- » La présence de troubles cognitifs est fréquente, que ce soit lors des phases actives de la maladie ou des périodes de rémission. Les déficits cognitifs sont plus marqués chez les patients âgés bipolaires, et permettent d'évoquer un syndrome démentiel spécifique à la maladie bipolaire.
- » Les épisodes de décompensation thymiques multiples seraient l'hypothèse étiopathogénique la plus probable, avec un support anatomique au niveau des régions préfrontales et frontotemporales. Les effets indésirables des traitements psychotropes utilisés au long cours dans cette pathologie sont aussi à prendre en compte.

mémoire visuelle, l'attention soutenue et la vitesse de traitement de l'information, qui sont touchés. Les troubles cognitifs sont donc rencontrés dans le trouble bipolaire quel que soit l'âge, mais le profil neurocognitif des troubles bipolaires du sujet âgé semble différent de celui des sujets jeunes. On retrouve, en effet, les mêmes atteintes au niveau des fonctions exécutives, de l'apprentissage et de la mémoire verbale mais, avec l'avancée en âge, une atteinte beaucoup plus marquée au niveau du traitement de l'information (7).

Par ailleurs, il est difficile de mettre en évidence des facteurs influençant l'apparition des dysfonctions cognitives au cours de la maladie bipolaire, même si on sait que les symptômes psychotiques ou les comorbidités telles que les abus de substances sont susceptibles d'influencer le profil cognitif des patients, notamment la mémoire verbale et les fonctions exécutives. À l'heure actuelle, les liens entre les anomalies cognitives et la sévérité du trouble bipolaire ou sa chronicité sont difficiles à élucider. Toutefois, un certain nombre d'arguments plaident en faveur du fait que la sévérité des accès et leur durée sont susceptibles d'affecter les capacités attentionnelles et la performance en mémoire verbale.

Le trouble bipolaire est-il un facteur de risque de démence ?

L'évolution du trouble bipolaire vers un tableau démentiel semble sujette à discussion.

Les récentes études suggèrent que le trouble bipolaire en lui-même serait un facteur de risque d'altération cognitive du fait d'une atteinte neurodégénérative des régions corticales et limbiques (1). Certains auteurs (8, 9) suggèrent que les atteintes cognitives des patients âgés bipolaires pourraient être différentes de celles rencontrées chez les sujets plus jeunes et constitueraient un véritable tableau démentiel spécifique à la maladie bipolaire. La clinique se rapprocherait de certaines dégénérescences lobaires frontotemporales, comportant une atteinte cognitive qui serait centrée sur l'attention, les fonctions exécutives, la mémoire verbale et le langage, ainsi qu'une fréquente atteinte compor-

tementale, essentiellement frontale. Mais elle s'en distingue en particulier par une moindre fréquence de la négligence physique et de l'indifférence affective (10).

En outre, le risque de démence semblerait augmenter avec le nombre d'épisodes de décompensation thymique et le taux de démence augmenterait de 6 % à chaque hospitalisation (6, 11, 12). U. Dhingra et P.V. Rabins (13) observent que le taux d'évolution démentielle chez des sujets bipolaires est 10 fois plus élevé que les 1 à 2 % de taux d'incidence de démence attendus au vu de l'âge des patients.

Le vieillissement de la maladie bipolaire et son évolution vers une pathologie dégénérative ou son involution du point de vue cognitif peuvent faire évoquer plusieurs origines : l'effet au long cours des traitements, l'histoire longitudinale du trouble (âge de survenue, nombre et, en conséquence, neurotoxicité des épisodes dépressifs et effets cognitifs délétères des durées d'hospitalisation), les comorbidités addictives ou l'existence d'un substrat neuroanatomique (14). Grâce au développement de la neuro-imagerie fonctionnelle et structurelle, la maladie bipolaire peut être considérée comme une maladie liée au neurodéveloppement. La mise en évidence d'anomalies cérébrales telles que la réduction de la densité ou de la taille de certaines parties de l'encéphale semble expliquer à la fois la genèse du trouble bipolaire à un stade précoce et l'apparition des troubles cognitifs et des démences à un stade plus tardif s'accompagnant de désordres de type neurodégénératif.

De plus, l'hyperactivation de l'axe corticotrope par les épisodes de décompensations thymiques répétés joue un rôle important dans la neuroplasticité cérébrale. Par conséquent, il est possible que la répétition des épisodes thymiques diminue le seuil de mort cellulaire et contribue à l'apparition de troubles cognitifs chez les malades bipolaires.

Enfin, la dernière possibilité étiopathogénique concernant les troubles cognitifs apparaissant au cours de la maladie bipolaire peut s'envisager d'un point de vue fonctionnel avec le "compromis démentiel". La théorie du compromis démentiel pourrait être extrapolée à la pathologie bipolaire du sujet âgé et expliquer l'évolution démentielle de certains patients bipolaires. Ne pouvant pas recourir à des mécanismes dépressifs, le sujet utilise alors

Mots-clés

Trouble bipolaire
Démence
Sujet âgé
Trouble cognitif
Psychotropes

Highlights

» *Bipolar disorder in the elderly is often underdiagnosed due to a polymorphic clinical presentation.*

» *Prognosis is less favorable due to a higher vulnerability and treatment resistance.*

» *Specific cognitive decline directly related to the aging process is frequent and could explain development of dementia which might be considered as a dementia specific to bipolar disorder.*

» *The cause of cognitive damage in bipolar disease raises questions concerning a neurodevelopmental or neurodegenerative process, and long term psychotropics use could also be taken into account.*

Keywords

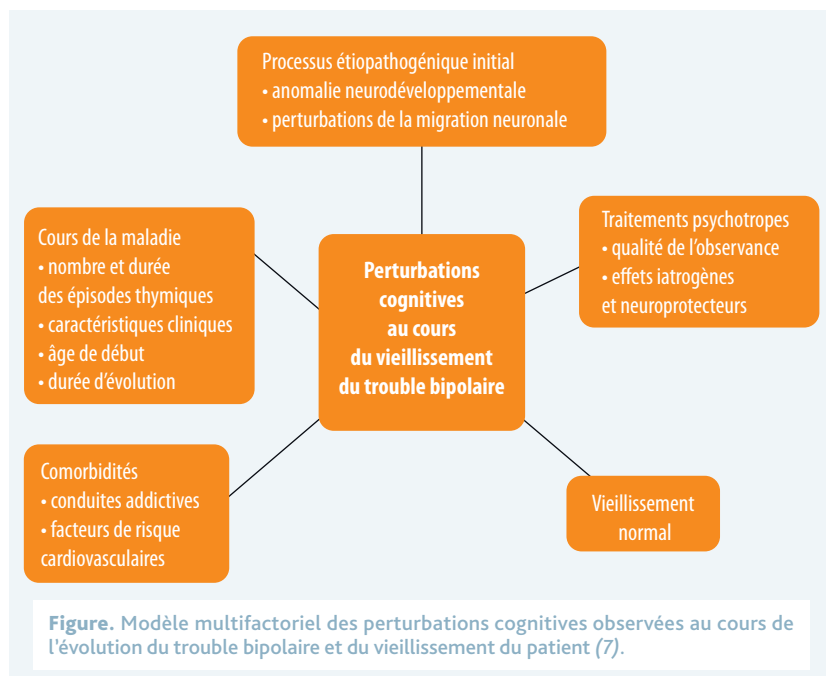
Bipolar disorder

Dementia

Elderly

Cognitive disorder

Psychotropics



des modes relationnels plus archaïques tels que le syndrome démentiel qui va de pair avec une présentation déficitaire dans ses relations à autrui (15). À l'heure actuelle, l'origine de l'atteinte cognitive de la maladie bipolaire et ses mécanismes physiopathologiques restent cependant non élucidés. A.G. Gildengers et al. (7) proposent un modèle multifactoriel pouvant rendre compte des perturbations cognitives observées au cours de l'évolution et du vieillissement du trouble bipolaire (figure). En résumé, un ensemble considérable de données confirme la présence d'anomalies neurobiologiques dans la maladie bipolaire, se développant au fur et à mesure des épisodes de décompensation. Ainsi, les futures études portant sur les troubles bipolaires devront mettre l'accent sur les mécanismes

liés à l'apparition et à l'évolution du déclin cognitif chez les patients bipolaires afin de permettre des interventions de prévention et de réadaptation en amont.

Conclusion

Les troubles de l'humeur du sujet âgé ont un lourd impact en termes de santé publique. Il est actuellement prouvé que les sujets âgés atteints de pathologies psychiatriques présentent des taux de mortalité 1,5 à 2,5 fois plus élevés que ceux de la population générale (1). Et la maladie bipolaire du sujet âgé n'y échappe pas. Les conséquences sur la qualité de vie des patients ne sont pas négligeables (augmentation du risque suicidaire et du nombre d'hospitalisations, dégradations fonctionnelles importantes).

Une involution cognitive d'allure démentielle du trouble bipolaire semble régulièrement constatée, mais ses contours sémiologiques restent mal définis. Cette hypothèse de l'existence d'une démence spécifique à la maladie bipolaire nécessite d'être évaluée dans le cadre d'études prospectives, avec un grand nombre de patients afin d'éviter les biais, et les aspects tels que l'âge d'apparition et la durée de la maladie, la fréquence des décompensations, les comorbidités médicales ainsi que les traitements utilisés devront également être étudiés. De plus, la connaissance de facteurs prédictifs du déclin cognitif aiderait à personnaliser la prise en charge des patients bipolaires, à cibler les sujets à risque de développement de démence et à réaliser des interventions précoces.

Actuellement, même si la iatrogénie médicamenteuse ne peut être la seule cause du développement des démences dans les suites d'une bipolarité, le thérapeute doit s'astreindre à une utilisation optimale des traitements psychotropes. ■

Références bibliographiques

1. Galland F, Vaillat-Perret E, Jalenques I. [Bipolar disorders in the elderly]. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2005;3(2):115-23.
2. Sajatovic M, Chen P. Geriatric bipolar disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2011;34(2):319-33.
3. Menecier P, Rouaud O, Arezes C et al. [Bipolar disorders and dementia: fortuitous association or filiation? A case-report and review of the literature]. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2007;5(1):23-34.
4. Depp CA, Jeste DV. Bipolar disorder in older adult: a critical review. *Bipolar Disord* 2004;6(5):343-67.
5. Galland F, Jalenques I, Malauzat D, Clement JP. Troubles bipolaires. Dans: Clément JP, Wertheimer J, *Psychiatrie de la personne âgée*. Paris: Flammarion, 2009:254-60.
6. Meeks S. Bipolar disorder in the latter half of life: symptom presentation, global functioning and age of onset. *J Affect Disord* 1999;52:161-7.
7. Gildengers AG, Mulsant BH, Al Jurdi RK et al. ; GERI-BD Study Group. The relationship of bipolar disorder lifetime duration and vascular burden to cognition in older adults. *Bipolar Disord* 2010;12(8):851-8.
8. Gildengers AG, Mulsant BH, Begley A et al. The longitudinal course of cognition in older adults with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2009;11(7):744-52.
9. Young RC, Murphy CF, Heo M, Schulberg HC, Alexopoulos GS. Cognitive impairment in bipolar disorder in old age: literature review and findings in manic patients. *J Affect Disord* 2006;92(1):125-31.
10. Masouy A, Chopard G, Vandel P et al. Bipolar disorder and dementia: where is the link? *Psychogeriatrics* 2011;11(1):60-7.
11. Kessing LV, Andersen PK. Does the risk of developing dementia increase with the number of episodes in patients with depressive disorder and in patients with bipolar disorder? *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 2004;75(12):1662-6.
12. Robinson LJ, Ferrier IN. Evolution of cognitive impairment in bipolar disorder: a systematic review of cross-sectional evidence. *Bipolar Disord* 2006;8:103-16.
13. Dhinra U, Rabins PV. Mania in the elderly: a 5-7 year follow-up. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:581-3.
14. Vidailhet P. Psychose, troubles bipolaires et cognition. *Encephale* 2009;35(Suppl. 5):S164-7.
15. Ploton L. Le compromis démentiel. *Psychologie médicale* 1991;7(23):819-21.