

## 6. Situations diagnostiques complexes

### Des pathologies cognitives se greffent parfois sur des pathologies psychiatriques.

Cette intrication cognitif-psychiatrie peut rendre complexes l'analyse des résultats d'un bilan cognitif, le diagnostic et la prise en charge. Deux exemples peuvent illustrer ce propos :

- Une patiente de 63 ans suivie depuis des années pour schizophrénie est adressée en consultation mémoire par le secteur de psychiatrie pour évaluation cognitive, car il est constaté par l'équipe une majoration des difficultés dans l'entretien de son logement et de son habillage. Elle est par ailleurs suivie pour un diabète mal équilibré, une HTA et un surpoids. Aucun bilan cognitif antérieur n'a jamais été réalisé. Il n'y a pas actuellement de délire actif. La patiente est légèrement ralentie. Elle prend un traitement antipsychotique et anxiolytique au long cours. Elle n'exprime pas de plainte cognitive, mais se dit par contre fatiguée et déprimée.
- Un patient de 75 ans adressé en consultation mémoire dans un contexte de dépression sévère avec perte d'autonomie. Il s'agit du premier épisode dépressif. On retrouve comme potentiel facteur favorisant la survenue de ce syndrome dépressif le décès de son épouse survenu 3 ans auparavant. Sa fille le décrit comme inattentif depuis cette date et, pour elle, il a la mémoire de son âge.

**Dans le cas d'un épisode dépressif caractérisé**, une altération cognitive est fréquemment observable sur le bilan neurocognitif. Le profil d'atteinte cognitive peut être hétérogène. Cette altération est d'autant plus intense que le trouble dépressif est marqué. Certaines de ces anomalies cognitives vont mettre du temps à se normaliser après l'amélioration de la symptomatologie dépressive. Il est important d'évaluer les fonctions cognitives du patient après avoir restauré l'équilibre de l'humeur. Un délai de 3 mois est en général conseillé pour initier ce bilan. Si ce bilan est fait trop précocement, on retrouvera principalement un profil d'atteinte cognitive sous-cortico-frontale avec un trouble de la récupération de l'information en mémoire, un trouble des fonctions exécutives et de l'attention. À distance de l'amélioration de cet épisode dépressif, un retour à la normale doit être constaté s'il n'y a pas de troubles cognitifs sous-jacents.

**Dans le cas d'un trouble bipolaire**, des troubles cognitifs sont également retrouvés, notamment un trouble de la mémoire déclarative, de la mémoire visuelle, des fonctions exécutives et de l'attention. Ces anomalies ne semblent pas liées à un stade de l'évolution de la maladie et persistent le plus souvent en phase euthymique. En phase maniaque, ces déficits peuvent être plus généralisés qu'en phase dépressive. Pour juger d'une éventuelle évolutivité des troubles cognitifs, il convient de faire ceux-ci en phase euthymique et de comparer leurs résultats ; dans l'idéal, un bilan cognitif aura été réalisé au début de la maladie, ce qui permettra de comparer les résultats de ces deux bilans.

**Dans le cas de la schizophrénie**, entre 70 et 80 % des patients psychotiques auraient des troubles cognitifs présents dès le premier épisode et relativement stables dans le temps. Ces troubles cognitifs affectent principalement la mémoire, l'attention, les fonctions exécutives et la cognition sociale. Ces troubles cognitifs associés à la schizophrénie sont connus depuis longtemps, même s'ils ne font pas partie des critères diagnostiques.

**Les troubles cognitifs précèdent l'écllosion du trouble psychiatrique et persistent malgré l'amélioration des autres symptômes et les traitements prescrits.** Les déficits ne sont pas identiques d'un patient à un autre et ont des répercussions différentes. Certains domaines cognitifs seraient plus particulièrement altérés, comme la mémoire verbale et sémantique, l'apprentissage, l'attention, les fonctions exécutives. La mémoire implicite serait mieux préservée. Chez un schizophrène, ces troubles fluctueraient peu en dehors des phases d'exacerbation de la maladie psychiatrique.

Dans tous ces cas de situations diagnostiques d'intrication de troubles psychiatriques et cognitifs, il **conviendra d'avoir une analyse fine des difficultés observées dans la vie quotidienne** (importance de l'entretien avec l'entourage) du niveau d'autonomie, associés à la réalisation d'examen complémentaires du type biologique et imagerie cérébrale (IRM de préférence). Ce bilan pourra être complété si nécessaire d'imagerie fonctionnelle et/ou de la réalisation d'une ponction lombaire à la recherche de marqueurs spécifiques de maladie cognitive.

### Au final

Les maladies psychiatriques s'accompagnent de troubles cognitifs.

L'association maladies psychiatriques – maladies neurocognitives est une des situations diagnostiques difficiles, comme l'association autisme – maladies neurodégénératives.

Il faut attendre une phase d'euthymie avant de proposer des tests cognitifs.

En médecine générale, une des difficultés de la démarche diagnostique est d'écartier une dépression devant un déclin cognitif persistant objectivé par la clinique ou par les tests de repérage.

### Références :

1 Marvel CL, Paradiso S. Cognitive and neurological impairment in mood disorders. *The Psychiatric clinics of North America* 2004;27(1):19-36, vii-viii.

2. Sanches M, Bauer IE, Galvez JF, Zunta-Soares GB, Soares JC. The management of cognitive impairment in bipolar disorder: current status and perspectives. *American journal of therapeutics* 2015;22(6):477-86.

3. Fioravanti M, Bianchi V, Cinti ME. Cognitive deficits in schizophrenia: an updated metanalysis of the scientific evidence. *BMC psychiatry* 2012;12:64.

4. Willard D, Rampazzo A, Alexandre C, Rousselet A-V, Minetti M, Krebs MO. De l'importance du bilan neuropsychologique avant la TCC pour les patients souffrant de schizophrénie. *J Ther Comport Cogn* 2012;22(3):111-6.

5. Kremen WS, Seidman LJ, Faraone SV, Toomey R, Tsuang MT. Heterogeneity of schizophrenia: a study of individual neuropsychological profiles. *Schizophrenia research* 2004;71(2-3):307-21.