

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.