

## TROUBLES DU COMPORTEMENT TARDIFS : NEURODEGENERATIF OU PSYCHIATRIQUE ?

### CONTEXTE

- 50% de diagnostic psychiatrique initial pour les patients DFT (Woolley et al., 2011)
- Symptômes comportementaux avec overlap important
- Pas de biomarqueur spécifique de DFT
- Challenge diagnostique fréquent
- Différence majeure de prise en charge thérapeutique et pronostic

### OBJECTIFS

- Rechercher des profils neuropsychologiques discriminants pour le diagnostic différentiel entre trouble psychiatrique primaire et entrée dans une maladie neurodégénérative
- Evaluer l'impact de tests cognitifs peu utilisés en clinique (cognition sociale, créativité, motivation) pour le diagnostic différentiel

Nombre de patients attendu : 20 à 30

Période de recrutement : juin 2022 – février 2023

### CONTACTS

Thèse de médecine effectuée par Léa Lascaux, interne en neurologie, [lascauxlea@gmail.com](mailto:lascauxlea@gmail.com)  
Dirigée par Dr Alexandre Morin, neurologue PH CM2R, [alexandre.morin@chu-rouen.fr](mailto:alexandre.morin@chu-rouen.fr)

## TROUBLES DU COMPORTEMENT TARDIFS : NEURODEGENERATIF OU PSYCHIATRIQUE ?

### CRITERES D'INCLUSION

1. Patient/e de plus de 40 ans
2. Plainte principale (d'après Rascovsky, 2011) :
  - A. Désinhibition ou comportement social inapproprié
  - B. Perte d'empathie, retrait social ou émoussement affectif
  - C. Apathie, perte d'intérêt
  - D. Comportements compulsifs, répétitifs ou stéréotypés
  - E. Hyperoralité, gloutonnerie ou changement des habitudes alimentaires
  - F. Syndrome dysexécutif
3. Incertitude diagnostique à l'issue de la 1<sup>e</sup> consultation (entre neurodégénératif et psychiatrique)

### CRITERES DE NON-INCLUSION

1. MMSE < 23
2. Absence d'aidant pouvant confirmer ou compléter les informations
3. Contre-indication à l'IRM ou PET
4. Antécédent neurologique ou psychiatrique, ou intoxication chronique (depuis > 2 ans), pouvant expliquer ou biaiser le diagnostic de l'épisode actuel, au jugement du clinicien

## TROUBLES DU COMPORTEMENT TARDIFS : NEURODEGENERATIF OU PSYCHIATRIQUE ?

### DESIGN

1. Inclusion par un psychiatre ou un neurologue
2. Consultation binôme Dr C. Queïnnec et Dr A. Morin
3. Bilan neuropsychologique et orthophonique<sup>1</sup>
  - 1 demi-journée bilan standard axé fonctions exécutives et bilan orthophonique
  - 1 demi-journée cognition sociale
  - 1 demi-journée créativité, motivation, abstraction
4. Bilan paraclinique en HDJ : biologie, IRM, PET-FDG (± PL, génétique)
5. Suivi à 6-8 mois avec 2<sup>e</sup> consultation en binôme
6. Décision diagnostique en staff multidisciplinaire

<sup>1</sup> en aveugle pour la suite du protocole.

<i>Inclusion possible</i>	<i>Non-inclusion</i>
≤ 2 EDC réactionnels Syndrome dépressif stable depuis 5 ans, traité en MG Tble de perso. ancien jugé sans lien avec l'épisode	TBP, tble dépressif récurrent/persistant SCZ, tble schizo-affectif TOC, TAG Tble du neurodvlp., TSA
AVC/TC sans séquelle cog. Epilepsie contrôlée	Maladie neurodégénérative ou inflammatoire chronique Evt. neurologique aigu avec séquelles cog.

Liste non exhaustive à titre d'exemple.