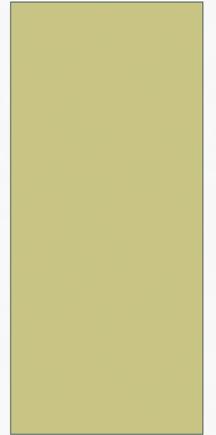


LES SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES DE LA DÉMENCE.

GABRIEL THÉRIAULT
R3 UDEM

25/11/21 FMC



CONFLIT D'INTÉRÊT

- Aucun

OBJECTIFS DE LA PRÉSENTATION

- Se familiariser avec la présentation des SCPD.
- Explorer les approches non-pharmacologiques.
- Discuter des choix pharmacologiques et leurs indications.

PLAN DE LA PRÉSENTATION

- Définition
- Contexte
- Étiologie
- Présentation clinique
- Types d'agitation
- Évaluation
- Traitements non pharmacologiques
- Pharmacothérapie disponible
- Messages-clés

DÉFINITION

- Désignent des symptômes de trouble de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur et du comportement fréquemment observés chez les personnes présentant une démence. (IPA, 2003)

CONTEXTE

- Dans le monde - 35 millions - dx de TNCM
 - X2 d'ici 20 ans
- Au QC:
 - En 2008, 100 000 personnes avec dx de TNCM
 - Estimation de plus 130 000 en 2030
 - Cas par année : 30 000, augmentation à 45 000 par année d'ici 2030
- Plus de 80% avec SCPD
- Ad 60% vont présenter de l'agitation

ÉTIOLOGIE

- Multifactorielle probable:
 - Facteurs génétiques
 - Atteintes cognitives
 - Atteintes fonctionnelles
 - Éléments de personnalité et mécanismes d'adaptation antérieurs
 - Antécédents psychiatriques
 - Processus psychosociaux et stress
 - Environnement
 - Besoins non comblés
 - Origine neurodégénérative
 - Comorbidités médicales

LA CLINIQUE

- Symptômes affectifs:
 - Anxiété
 - Euphorie
 - Apathie
 - Irritabilité
 - Dépression
- Symptômes psychotiques:
 - Délire
 - Hallucinations
- Symptômes frontaux/hypoactifs
 - Errance
 - Désinhibition agressive ou sexuelle
 - Répétition vocale
 - Hyperphagie
- Agitation
 - Plusieurs formes

FORMES D'AGITATION

- Physique sans agressivité
 - Errer, lancer des objets, se déshabiller, etc.
- Physique avec agressivité
 - morde, pincer, bousculer, s'automutiler
- Verbal sans agressivité
 - (Parler fort, demandes répétitives, crier
- Verbal avec agressivité
 - Menacer, hostile

CARACTÉRISTIQUES

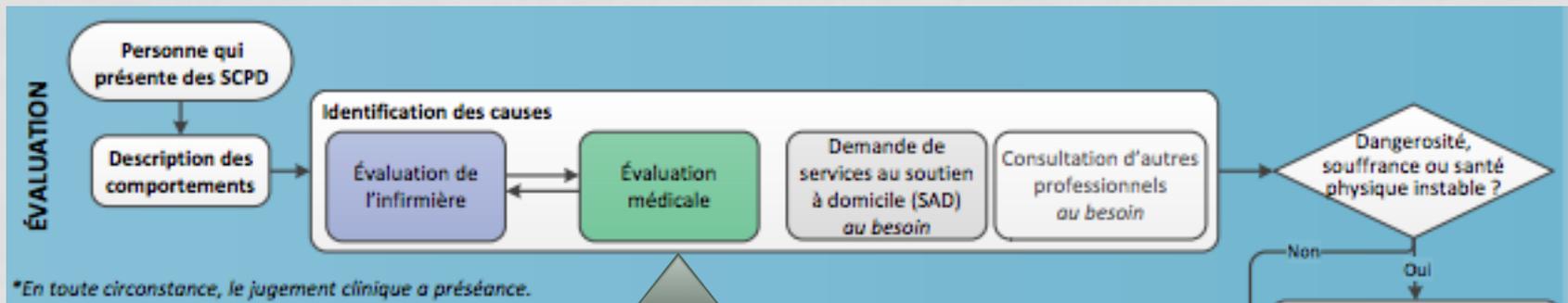
- Apathie, anxiété, dépression - plus fréquents.
- Apathie - plus persistant en clinique
- TNCM avancé - apathie, agitation, mouvements stéréotypés
- Présent à tous les stades de la maladie
- Fluctuations
- Selon le sexe:
 - Homme = agressif
 - Femme = dépressif

RISQUE D'UNE SOUS-ÉVALUATION

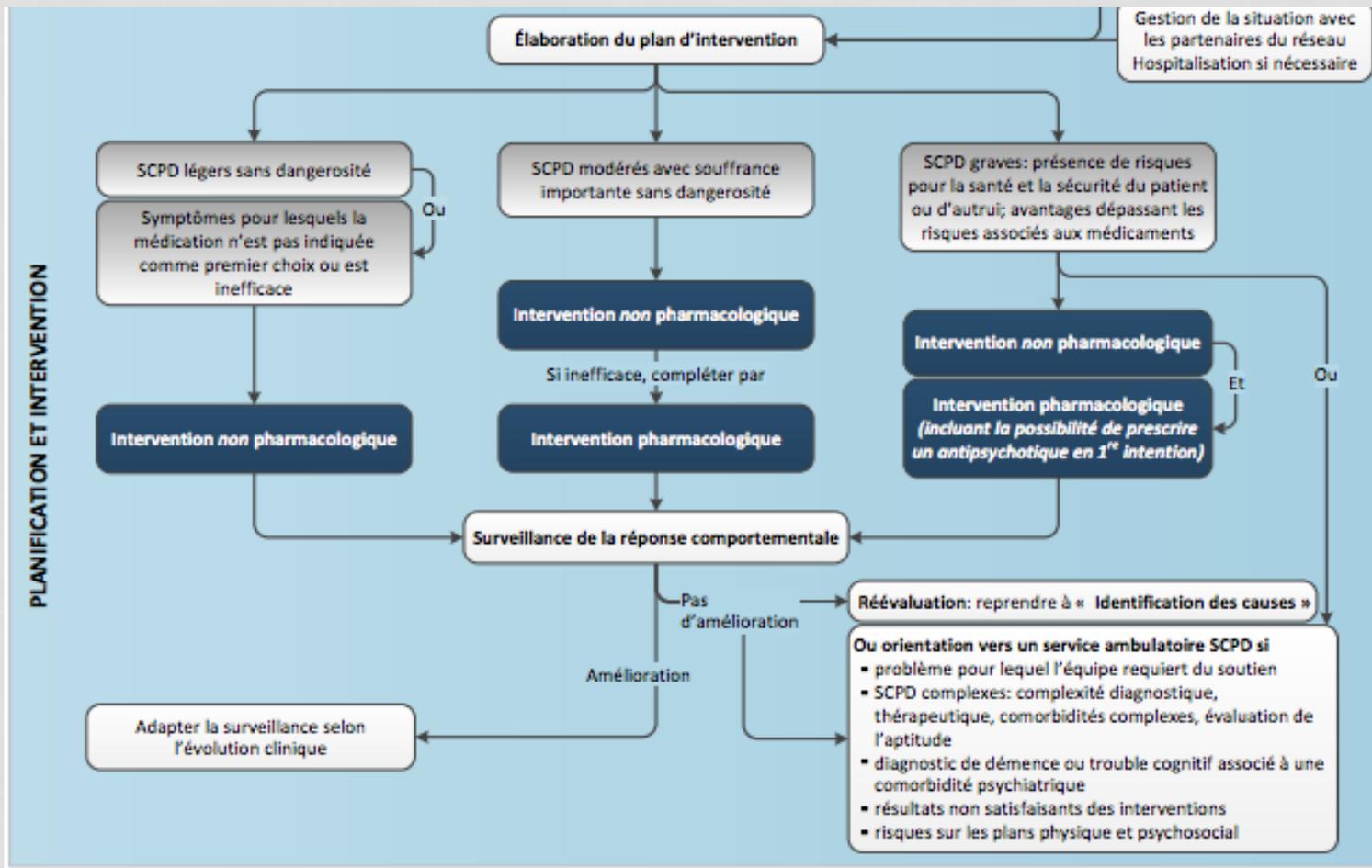
- Souffrance psychologique
- Polypharmacie
- Augmentation des effets secondaires de la médication
- Aggravation de l'état
- Usage de contentions non nécessaire
- Risque de blessures pour le patient et le personnel

ÉVALUATION

- Description du comportement
- Évaluation du personnel
- Évaluation médicale
- Évaluation de l'environnement



PLAN D'INTERVENTION



2 TYPES DE TRAITEMENT

- Non pharmacologique
- Pharmacologique

TRAITEMENTS NON PHARMACOLOGIQUES

- Approche priorisée dans tout guide clinique.
- Différents types:
 - Sensorielles
 - Musicothérapie, touché, massages
 - Activités structurées
 - Art thérapie, jardinage, pliage de serviettes
 - Activités physiques
 - marche, danse
 - Contacts sociaux
 - zoothérapie, famille
 - Environnement
 - jardin, barrière visuelle
 - Comportementale
 - récompenses, distraction

TRAITEMENTS NON PHARMACOLOGIQUES

- Diversion
 - Objets, musique, conversation, nourriture
- Validation
 - Entrer dans la réalité du patient
- Recadrage

PHARMACOTHÉRAPIE - INDICATIONS

- Priorisé dans des situations sévères.
 - Agitation avec dangerosité pour le patient ou autrui.
 - SCPD sévères
 - Dangerosité
 - Urgence
 - Détresse psychologique grave
 - Indication à une médication (Sx dépressifs)
- Toujours en combinaison avec les approches non pharmacologiques**

NON INDIQUÉ

- Trouble de l'hygiène
- Cris répétés (sans cause dépressive ou douloureuse)
- Désinhibition
- Errance
- Fugue
- Mouvements répétés
- Etc.

CIBLES DU TRAITEMENT

- Agitation
- Agressivité
- Apathie
- Comportements sexuels inappropriés
- Dépression
- Psychose
- Trouble du sommeil

PHARMACOTHÉRAPIE

- START LOW, GO SLOW
- Interactions?
- Une molécule à la fois
- Dose minimale efficace
- Réévaluer la présence d'E2
- Limiter les PRN – prise temporaire
- 2-4 semaines sans réponse = changement de molécule?
- Évaluer q 3mois la pertinence de la médication

PHARMACOTHÉRAPIE

LÉGENDE:

- En italique : médicaments proposés sur la base de l'expérience clinique plus que sur des preuves scientifiques.
- En caractères normaux : médicaments pour lesquels il y a certaines preuves scientifiques
- « * » : voir tout particulièrement les précautions décrites dans le guide de pratiques cliniques

Si la médication est indiquée pour le traitement du SCPD

OPTIONS MÉDICAMENTEUSES

Trouble du sommeil

- Benzodiazépine à court terme (moins de 30 jours, idéalement moins de 2 semaines)*
 - lorazépam^{(5),(6)}
 - oxazépam⁽⁶⁾
- Zopiclone⁽⁵⁾
- Trazodone^{(5),(6)}
- Mirtazapine

Apathie

- IChE⁽⁶⁾

Dépression

- ISRS
 - citalopram⁽⁶⁾
 - sertraline⁽⁶⁾
 - escitalopram
- Mirtazapine⁽⁶⁾
- ISRN
 - duloxétine
 - venlafaxine
 - desvenlafaxine
- Bupropion⁽⁶⁾
- Moclobémide
- IChE⁽⁶⁾

Anxiété

- Trazodone⁽⁶⁾
- Benzodiazépine à court terme (moins de 30 jours, idéalement moins de 2 semaines)^(*)
- ISRS
- Buspirone
- ISRN
- Mirtazapine
- Moclobémide
- IChE*

Comportements sexuels inappropriés

- ISRS
- Antipsychotiques atypiques
- Antiandrogènes

Psychose, agitation-agressivité, agressivité

- Antipsychotiques atypiques
 - rispéridone^{(5),(6)}
 - olanzapine^{(5),(6)}
 - aripiprazole^{(5),(6)}
 - quétiapine^{(5),(6)}
- Antipsychotique typique⁽⁶⁾: halopéridol⁽⁵⁾
- ISRS :
 - citalopram^{(5),(6)}
 - sertraline^{(5),(6)}
 - escitalopram⁽⁵⁾
- IChE : 1^{re} ligne de traitement pour la démence à corps de Lewy
- Anticonvulsivant (agitation) : carbamazépine^{(5),(6)}
- Trazodone (agitation)⁽⁶⁾
- Benzodiazépine à court terme (moins de 30 jours, idéalement moins de 2 semaines) : lorazépam⁽⁶⁾
- Mémantine (hallucinations, idées délirantes et agitation)⁽⁶⁾

ANTIPSYCHOTIQUES

- **Risperdal (0.25-2mg)**, Aripripazole (1-10mg), Olanzapine (1.25 – 10mg)
 - Indications : agitation, agressivité, psychose sévère
- Littérature = efficacité modeste
- +Efficace = présentation sévère

- Quetiapine : efficacité non bien démontré. Bien toléré.

- Typiques : E2 + , urgence seulement (Haldol)

ANTIPSYCHOTIQUES

- Réévaluation nécessaire.
- Cesser si non indiqué ou non efficace
- INESS 2012 – 2006-2008 : ↑ prescription d'AP.
 - Risperdal 47% - Séroquel 38%
- Risques associés :
 - ↑ mortalité
 - AVC
 - Infectieux
- Yunusa 2019

BENZODIAZÉPINES

- Favoriser **LOT**
- Courte durée, 2 semaines idéalement
- Pas d'indication, mais...
- Profil E2 important

ANTIDEPRESSEURS

- Indications:
 - Agitation, agressivité, psychose, dépressif
- ISRS - Trazodone : Peu de données pour l'agitation
- Sertraline – Citalopram : Résultats mitigés face aux sx dépressifs.
- E2
 - SIADH
 - QTc + (Citalopram)
 - SEP

INHIBITEURS DE L'ACÉTYLCHOLINESTÉRASE

- Donepezil, Galamantine, Rivastigmine
- Indications:
 - Symptômes neuropsychologiques
 - Limite SCPD chez patient DTA.
- Faible efficacité - SCPD sévères
- E2:
 - + SCPD si arrêt rapide
 - Trouble sommeil
- C-I : bradycardie

MÉMANTINE

- TNCM modéré-sévère
- Efficace?
 - Possible action contre l'agitation, l'irritabilité et la psychose
- E2 :
 - Céphalée, confusion, HTA
 - ↑ agitation et hallucinations avec DCL.

ANTICONVULSIVANTS

- Carbamazépine :
 - Effet contradictoire pour les SCPD
 - Multiples interactions
- Acide Valproïque
 - Inefficace, C-I pour TNCM
- Lyrica, Neurontin :
 - Pas d'étude

PARKINSON ET DÉMENCE À CORPS DE LEWY

- Moteur vs psychique : fragile
- hypersensibilité aux neuroleptiques typiques
- **Clozapine** (6.25-50mg) : Niveau A , rapide, amélioration motrice
- **Séroquel** (50mg) : Peu de données, efficace et bien toléré
- Risperdal, Olanzapine, Aripiprazole, Ziprasidone : Aggravation motrice ++
- Rivastigmine : DCL

MESSAGES-CLÉS

- Les SCPD font partie de la présentation clinique d'une grande proportion de la clientèle souffrant d'un TNCM.
- Les approches non pharmacologiques sont priorisés dans la gestion des SCPD.
- La pharmacothérapie est nécessaire pour les présentations plus sévères.
- L'utilisation d'antipsychotiques est associé à des risques graves avec une augmentation de la mortalité.
- Certains SCPD ne répondent pas à la médication.

QUESTION?

- *Merci!*

RÉFÉRENCES

- Guide RUSHGQ – Gestion des antipsychotiques dans le traitement des SCPD en UCDG.
http://rushgq.org/wp-content/uploads/2020/06/Annexe_04_Fiche_RUSHGQ_antipsy_SCPD_2ieme_edition_22avril2019_FINAL-1.pdf
- Guide MSSS – Approche non pharmacologique visant le traitement des SCPD. (2014)
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001081/>
- Guide MSSS – Approche pharmacologique visant le traitement des SCPD. (2014)
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001081/>
- Guide INESS, usage des antipsychotiques dans le traitement des SCPD pour des patients en SLD. (2017)
https://www.iness.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/INESSS-Avis_antipsychotiques.pdf
- Cursus résidence psychiatrie UdeM : PDF - Cours sur les SCPD. Mme Bruneau - 2018.
- Yunasa 2018 - <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30901041/>