



# BULLETIN SUR LA DÉMENCE DESTINÉ AUX MÉDECINS

Vol. 6 , n°1

OTTAWA

Automne 2006

*Une publication du Réseau de la démence de la région Champlain*

## Dans ce numéro ...

Recommandations de la troisième Conférence canadienne de consensus sur la démence 2006

Surveillance des médicaments psychotropes

## Ont contribué...

Dr Bill Dalziel  
Chef, Programme régional  
d'évaluation gériatrique  
Unité d'évaluation gériatrique  
L'Hôpital d'Ottawa, Campus  
Civic

Louise Carrier, MD FRCPC  
Directrice médicale  
Services psychogériatriques  
communautaires d'Ottawa

## Available in English

Traduction gracieuseté de:



**JANSSEN-ORTHO Inc.**

## Pour plus d'information...

Pour plus d'information...

Marg Eisner  
Société Alzheimer d'Ottawa  
1750 Chemin Russell,  
Bureau 1742  
Ottawa, ON K1G 5Z6

Téléphone : (613) 523-4004

Courriel:

meisner@alzheimerott.org

## Nouvelles recommandations (ÉBAUCHE) de la troisième Conférence canadienne de consensus sur la démence 2006

(Vous ne trouverez ici que certaines recommandations, le rapport complet sera disponible un peu plus tard)

### 1) DCL - Déficit cognitif léger

Les médecins doivent savoir que la plupart des démences passent par une phase repérable de déclin cognitif léger.

Le concept de déficit cognitif léger (ou celui de DCSD : déficit cognitif mais sans démence) devrait être familier aux médecins car c'est un indicateur de risque élevé de déclin et de démence.

On dispose d'éléments prouvant que les médecins devraient surveiller étroitement les personnes atteintes de DCL ou DCSD, en raison du risque accru et documenté, de démence et de décès. (Niveau de preuve II, recommandation de grade B).

On ne dispose pas actuellement de preuves suffisantes pour recommander l'usage d'inhibiteurs de la cholinestérase en cas de DCL (Niveau de preuve I, recommandation de grade C).

On dispose actuellement de preuves suffisantes pour déconseiller l'usage des AINS, estrogènes, du ginkgo biloba et de la vitamine E en cas de DCL. (Niveau de preuve I, recommandation de grade D).

Comme les facteurs de risque vasculaires et les comorbidités ont un impact sur le développement et l'expression de la démence, ils devraient être dépistés et traités de façon optimale en cas de DCL. (Niveau de preuve B, recommandation de grade D).

### 2) Traitement de la démence

On dispose de preuves solides pour justifier le traitement de l'hypertension systolique (>160 mm) chez les personnes âgées (Niveau I, Grade A). En plus de réduire les risques d'accidents vasculaires cérébraux, le traitement peut également réduire l'incidence de démence. La pression Les trois inhibiteurs de la cholinestérase en vente au Canada sont efficaces pour la maladie



*Dr Bill Dalziel  
Chef, Programme  
régional d'évaluation  
gériatrique  
Unité d'évaluation  
gériatrique  
L'Hôpital d'Ottawa,  
Campus Civic*

d'Alzheimer (MA) en phase légère à modérée. Ce sont des options de traitement viables pour la plupart des patients atteints de MA en phase légère à modérée. (Grade A, Niveau I).

La mémantine est une option de traitement pour les patients atteints de MA en phase modérée à sévère. Il n'est pas recommandé de l'utiliser pour la MA au stade léger (Grade B, Niveau I).

Un traitement mixte composé d'un inhibiteur de la cholinestérase et de mémantine est logique (car ces médicaments ont des mécanismes d'action différents), semble ne pas présenter de risques et peut apporter des effets bénéfiques additionnels aux patients atteints de MA en phase modérée à sévère. C'est donc une option de traitement possible pour les patients présentant des symptômes de MA de sévérité modérée (Grade B, Niveau I).

Les patients souffrant de MA en phase sévère peuvent être traités à l'aide d'inhibiteurs de la cholinestérase, de mémantine ou d'une combinaison des deux. On prévoit comme effets bénéfiques une amélioration légère de la cognition, de la capacité fonctionnelle et du comportement ou un ralentissement de la détérioration de ces capacités (I).

Le traitement à l'aide d'inhibiteurs de la cholinestérase et/ou de la mémantine devrait être poursuivi jusqu'à ce qu'il soit possible de démontrer qu'il ne présente plus d'effets cliniques bénéfiques. Le traitement ne devrait pas être interrompu si le patient est institutionnalisé (III).

### 3) Conduite automobile

La conduite automobile est contre-indiquée chez les personnes qui, pour des raisons de déficience cognitive, ne sont pas capables d'effectuer de manière indépendante les multiples activités instrumentales de la vie quotidienne (par ex. faire sa toilette, s'habiller) (Grade B, Niveau III).

Une évaluation complète, menée par un professionnel de la santé, sur route et en salle, est le meilleur moyen d'évaluer les aptitudes d'une personne en matière de conduite automobile (Grade B, Niveau III).

Dans les endroits où il n'est pas possible de procéder à des évaluations de conduite automobile sur route et en salle, les cliniciens doivent s'en remettre à leur propre jugement (Grade B, Niveau III).

Pour les personnes qui ont été déclarées aptes à conduire, il convient de réévaluer leur aptitude à la conduite tous les six à douze mois (Grade B, Niveau III).

## Surveillance des médicaments psychotropes

Louise Carrier, MD FRCPC

Directrice médicale

Services psychogériatriques communautaires d'Ottawa

Il est souvent nécessaire d'avoir recours à des médicaments pour la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). La classe des antipsychotiques atypiques (AP) est la classe des psychotropes qui a été le mieux étudiée pour traiter les SCPD.

Il convient dans un premier temps d'envisager une approche non pharmacologique en cas de SCPD. Dans des situations d'urgence, si le patient est en état de détresse grave ou qu'il manifeste des signes d'agressivité envers lui-même ou les autres, il est nécessaire d'avoir recours à un médicament et le plus souvent ce sera un AP. Bien qu'ils soient mieux tolérés que les antipsychotiques typiques, les AP ne sont pas dénués d'effets secondaires et devraient par conséquent être utilisés avec prudence.

La réponse au traitement ne se produit habituellement pas rapidement (entre quelques jours et deux à quatre

semaines). Lorsqu'on prescrit un AP, il faut commencer par une dose minimale et ne faire que des ajustements posologiques très progressifs pour éviter les effets secondaires inutiles. Il n'est pas rare que, dans un premier temps, le patient réponde bien au médicament, pour constater deux semaines plus tard qu'il est sous sédation excessive et qu'il présente des signes de confusion, d'acathisie ou de parkinsonisme en raison de l'accumulation du médicament dans son organisme.

Il faut éviter toute sédation excessive. Son apparition signale souvent que la dose administrée est trop forte et qu'une réduction s'impose. L'objectif est de parvenir à un état de calme sans sédation. Des effets secondaires extrapyramidaux (SEP) peuvent se produire avec les AP et ils sont proportionnels à la dose (Ris>Ola>Qué). Une démarche traînante et une rigidité musculaire peuvent entraîner des chutes involontaires et des troubles de la démarche qui se traduisent par une augmentation du temps passé au lit et un accroissement consécutif de risque d'infections, d'événements indésirables cérébrovasculaires et de mort. Une bonne pratique est de vérifier activement auprès de tous les patients à qui l'on prescrit des médicaments antipsychotiques s'ils présentent des SEP. L'acathisie peut être confondue avec une augmentation de l'agitation ou de l'anxiété. Dans le doute, chez un patient qui répondait bien au départ au médicament, la réduction de la dose est sans doute l'approche à privilégier. La dyskinesie tardive (DT) est plus rare avec les AP mais elle existe. L'âge, être de sexe féminin et présenter des troubles affectifs ou cognitifs et des SEP sont des facteurs de risque de DT.

Bien que ces médicaments par eux-mêmes ne soient pas très anticholinergiques (Ola>Qué>Ris), ils peuvent, pris en association avec un autre médicament ayant une activité anticholinergique créer un déséquilibre pour le patient. Cela peut se traduire du point de vue clinique par un accroissement de la confusion, du délire, de la constipation et de la rétention urinaire, etc. manifestations qui, à leur tour, sont une cause majeure d'agitation chez les patients en maison de soins infirmiers. Les chutes constituent également une préoccupation majeure chez les personnes âgées, une cause fréquente d'hospitalisation, de mortalité et

d'invalidité irréversible. La quétiapine (Qué>Ris = Ola) peut affecter l'hypotension posturale et entraîner de l'instabilité et des chutes. La pression sanguine devrait être mesurée autant que possible en position couchée et debout afin de mesurer l'hypotension orthostatique.

La prise de poids, le diabète, le syndrome métabolique, les événements cardiovasculaires et la mort ont déjà été abordés. (Voir le Bulletin paru en été 2005 : « Prudence dans la prescription des antipsychotiques atypiques »). L'olanzapine est plus fortement associée au gain de poids et au diabète (Ola>Ris = Qué).

Le tableau ci-dessous résume la surveillance recommandée. Il doit prendre en compte la situation globale du patient ainsi que la faisabilité et la pertinence clinique.

	Départ	4 sem.	8 sem.	12 sem.	4x /an	1x /an	5 ans
Antécédents personnels/familiaux	X						
(IMC)	X	X	X	X	X		
Circonférence de la taille	X					X	
Tension artérielle	X			X		X	
Glycémie à jeun	X			X		X	
Profil lipidique à jeun	X			X			X

Réf. : Consensus Development Conference on Antipsychotic Drugs and Obesity and Diabetes. J Clin Psychiatry 65:2. Fév. 2004

Lorsqu'ils sont utilisés de manière judicieuse, les AP apportent des effets bénéfiques importants à nos patients et à leurs aidants. Si après quatre semaines on ne constate aucune amélioration, il est indiqué de revoir le diagnostic médical, de réexaminer les interventions comportementales et les facteurs environnementaux ou bien de changer d'AP ou de traitement psychotrope. Il est recommandé d'effectuer un essai tous les trois mois pour diminuer ou interrompre le médicament et éviter de s'exposer à des risques inutiles car les SCPD varient au cours de la maladie.

Légende : Ris. = rispéridone (Risperdal), Ola = olanzapine (Zyprexa), Qué = quétiapine (Seroquel).

## LES TROIS PRINCIPALES RAISONS D'ORIENTER VOS PATIENTS VERS PREMIER LIEN



1. Soutien aux aidants
2. Éducation sur la démence
3. Renseignements sur les services communautaires

Premier lien est un programme de la Société Alzheimer d'Ottawa mis en œuvre en collaboration avec le Réseau de la démence de Champlain. Lorsque vous référez un patient à Premier lien, il reçoit un appel personnel de la Société Alzheimer, de l'information sur la maladie d'Alzheimer et la démence, des conseils et des renseignements sur les ressources communautaires et les soins.

## ÉVALUATION DE LA CONDUITE AUTOMOBILE

Lieu	Numéro de tél.	Coût	Autres renseignements
Centre de réadaptation Service d'ergothérapie L'Hôpital d'Ottawa Ottawa, ON K1V 8Y5	613 737-7350 poste 5311	\$500,00	Presque pas de temps d'attente pour le diagnostic cognitif (deux semaines maximum)
Swanson & Associates 1729 Bank Street Ottawa, ON K1V 7Z5	613 260-1935	\$675,00	Attente de deux semaines après recommandation et soumission de formulaire
DriveABLE Assessment Centre (Division de l'auto-école Larry ) 1893 Baseline Road Ottawa, ON K2C 0C7	613 224-7480	\$585,00	Rendez-vous en une semaine, résultats en trois jours. Il faut remplir un formulaire re : référence médicale
Capital Region Driver Rehabilitation Centre (Capital Region Therapy Services) 1530 Duford Dr Orleans, ON K1E 2M2	613 837-5086 ou 1 866-680-0016	\$575,00	Pas d'attente avec lettre de référence du médecin, examen des yeux et signature d'une entente.

**MERCI**

Le Réseau de la démence de la région Champlain tient à remercier Novartis, Janssen-Ortho et Pfizer d'avoir parrainé cette publication du Bulletin sur la démence destiné aux médecins.



JANSSEN-ORTHO Inc.

