



# Bulletin sur la démence destiné aux médecins

Vol. 4, N° 2

OTTAWA

Été 2004

Une publication du Réseau de la démence d'Ottawa

## Dans ce numéro

Aperçu de la prise en charge  
pharmacologique des troubles  
comportementaux de la démence

## A contribué

D<sup>re</sup> Carol Ward  
Professeure adjointe  
Département de psychiatrie,  
Université d'Ottawa  
Directrice du Service de psychiatrie  
gériatrique  
Services communautaires pour les  
établissements de soins de longue durée,  
Hôpital Royal d'Ottawa

## Available in English

Translation courtesy of:  
Traduction gracieuseté de :



JANSSEN-ORTHO Inc.

## Pour plus d'information

Marg Eisner  
Société Alzheimer d'Ottawa  
1750, chemin Russell, Suite 1742  
Ottawa, (Ontario) K1G 5Z6  
Téléphone : (613) 523-4004  
Courriel : meisner@alzheimerott.org

## Aperçu de la prise en charge pharmacologique des troubles comportementaux de la démence

*D<sup>re</sup> Carol Ward*

*Professeure adjointe, Département de psychiatrie,  
Université d'Ottawa.*

*Directrice du service, Programme d'extension des services de  
psychiatrie gériatrique pour les établissements de soins de longue  
durée, Hôpital Royal d'Ottawa*

Je suis convaincue que si on demande à l'aidant naturel d'une personne atteinte de démence quel est l'aspect le plus difficile de la maladie, il mentionnera les questions de prise en charge liées aux symptômes non cognitifs, c.-à-d. les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)<sup>1</sup>. L'étude pivot de Rabins intitulée « The Impact of Dementia on the Family » (L'impact de la démence sur la famille) a établi que 50 à 90 % des aidants naturels considéraient l'agression physique comme le problème le plus sérieux qu'ils devaient affronter et comme un facteur menant au placement dans un établissement spécialisé<sup>2</sup>. De même, le personnel en première ligne qui travaille dans les soins de longue durée signale que l'agression physique contribue à un stress significatif lié au travail<sup>3</sup>. Il est crucial que nous trouvions des traitements rapides et efficaces pour faire face à ce genre de situations d'urgence potentiellement dangereuses qui permettront peut-être ensuite une évaluation appropriée des problèmes sous-jacents. Les traitements pharmacologiques ont eux aussi une place dans le traitement de certains symptômes comportementaux spécifiques, pénibles, déroutants et persistants pour le patient et préjudiciables pour les relations sociales avec autrui, symptômes qui n'ont pas répondu à un plan de traitement global non pharmacologique.

Les symptômes comportementaux associés à la maladie d'Alzheimer (MA) surviennent avec une prévalence estimative de 90 %<sup>4</sup>. Une étude récente portant sur l'agitation et sa relation avec un dysfonctionnement au niveau du lobe frontal dans la MA a déterminé que l'« agitation » (définie comme l'agression physique, l'agression verbale et la résistance active aux soins sur l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) ne survenait jamais en l'absence d'un ou plusieurs autre(s) symptôme(s) comportemental(aux), par ex. délire, désinhibition, irritabilité et comportement moteur aberrant<sup>5</sup>. La prévalence des SCPD augmente aussi avec la gravité de la démence. Ceci explique en partie

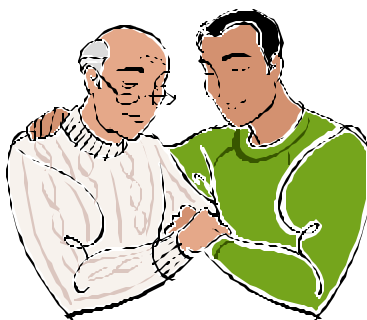
...Suite à la page 2

pourquoi les résidents des établissements de soins de longue durée présentent des caractéristiques comportementales aussi complexes. Une solution générale qui traite tous les SCPD présents chez un même patient est donc plutôt improbable. Un plan de traitement global doit être mis au point pour chaque symptôme.

La prise en charge des SCPD implique une évaluation médicale approfondie ayant pour objectif l'identification du (des) symptôme(s) comportemental(aux)<sup>6</sup> « cible(s) », sa (leur) fréquence et son (leur) niveau de souffrance qui y est associé. Le but de l'évaluation consiste à identifier l'étiologie du symptôme et/ou les conditions qui l'exacerbent. Il faut accorder de l'attention aux facteurs de risque suivants : sociaux (compagnon de chambre), environnementaux (contention), problèmes médicaux intercurrents (exclure le diagnostic du délire!) et passage en revue des médicaments (abandon des médicaments potentiellement déclenchants). Les SCPD peuvent ensuite être répartis en symptômes qui ne répondront vraisemblablement pas au médicament (errance, fait de se cacher, accumulation d'objets, consommation de substances « non comestibles », miction / défécation / habillage / déshabillage inappropriés, mouvements pour secouer / retirer les systèmes de contention et actions de pousser les patients qui sont en fauteuil roulant). Les SCPD qui peuvent répondre au médicament comprennent : troubles du sommeil, anxiété / agitation, retrait / apathie, symptômes dépressifs, symptômes de type bipolaire (exaltation, hyperactivité, impulsivité) et symptômes psychotiques persistants, c.-à-d. hallucinations / délire<sup>7</sup>. Les critères diagnostiques de la dépression et de la psychose dans la MA ont été présentés<sup>8,9</sup>.

Le tableau 1 résume les stratégies de traitement en vigueur, utilisant la méthode du symptôme cible mentionnée ci-dessus.

D'un point de vue factuel, les essais randomisés contrôlés (ERC) ont abouti à la conclusion que les symptômes comportementaux comme la psychose et l'agression répondent particulièrement bien aux antipsychotiques<sup>10</sup>. Les antipsychotiques atypiques (rispéridone, olanzapine et quétiapine) sont les mieux étudiés et ont une efficacité modeste mais constante dans l'atténuation de ces symptômes. La rispéridone est présentement le seul médicament approuvé au Canada pour le traitement des SCPD<sup>11</sup>. Ces médicaments ont tendance à avoir des profils d'effets secondaires différents par rapport aux antipsychotiques classiques, surtout parce qu'ils confèrent une incidence moindre de dyskinésie tardive et de SEP. Ils se présentent aussi dans des formes posologiques différentes permettant



une souplesse d'administration, c.-à-d. une dissolution rapide et des préparations liquides. Bien qu'on considère que ces agents sont en général bien tolérés, on s'est récemment penché sur certains de leurs effets secondaires, y compris leur impact sur le glucose et le métabolisme lipidique, le poids et les événements cérébrovasculaires.

Le lecteur est invité à étudier la déclaration consensuelle récente sur la prise en charge de la dépression et des symptômes comportementaux associés à la démence<sup>12</sup>. On y apprend que les antidépresseurs sont un traitement de première ligne pour la dépression majeure. Les

antipsychotiques atypiques sont un traitement de première ligne pour les patients présentant des SCPD sévères s'accompagnant de symptômes psychotiques. L'importance d'une orientation appropriée vers un professionnel de la santé mentale et l'évaluation multidisciplinaire est mise en évidence.

Des essais contrôlés ont montré que les médicaments régulateurs de l'humeur (acide valproïque, carbamazépine) peuvent présenter un intérêt pour la prise en charge de l'« agitation ». D'autres médicaments peuvent aussi jouer un rôle dans le ciblage des symptômes spécifiques. Voir le tableau 1 à la page 4.

On a montré que les inhibiteurs de la cholinestérase (donépézil, galantamine et rivastigmine) exerçaient un impact sur les symptômes comportementaux. Les données allant dans ce sens sont particulièrement solides pour les personnes présentant des symptômes légers à modérés de la MA. On juge leur impact modeste<sup>13</sup>. Malheureusement, les études effectuées jusqu'à présent ne se concentraient pas sur le comportement comme mesure principale des résultats et les patients participant à l'étude ne présentaient pas de troubles sévères du comportement. La memantine, antagoniste du récepteur NMDA, sera prochainement disponible au Canada. Des études menées auprès de personnes atteintes de MA qui sont déjà sous inhibiteur de la cholinestérase ont montré une amélioration des mesures globales du comportement.

On devrait prescrire les médicaments pour répondre aux besoins de la personne, en prenant en considération la comorbidité médicale, et en tenant compte des interactions médicamenteuses. L'analyse risque-avantage doit être acceptée par un patient sain d'esprit ou par la personne qui exerce la procuration relative au soin de la personne. L'adage « start low and go slow » (commencez par une faible dose et augmentez-la

...Suite à la page 3

## Aperçu de la prise en charge pharmacologique des troubles comportementaux de la démence ...Suite de la page 2

graduellement) s'applique toujours mais assurez-vous que vous tentez d'obtenir les mêmes résultats que dans un essai thérapeutique. Selon la tolérance, la dose de certains médicaments (antipsychotiques atypiques, antidépresseurs) peut être augmentée tous les trois à sept jours si nécessaire. Un essai thérapeutique dure environ six semaines<sup>14</sup>.

On doit surveiller de près l'efficacité et accorder de l'attention à la sédation, à la démarche, à l'hypotension orthostatique, à la fonction cognitive et aux autres effets secondaires pertinents. Des études, bien que peu nombreuses, ont montré que l'arrêt des psychotropes est possible pour certains patients. Il est suggéré de tenter périodiquement, tous les six mois, de diminuer la dose et d'arrêter le médicament après la stabilisation des symptômes psychotiques / d'agression<sup>12</sup>.

Les interventions pharmacologiques ne doivent pas être des traitements de dernier recours mais elles font partie intégrante d'un système global de soins dans la prise en charge des SCPD. Les recherches futures devront commencer par employer une terminologie plus

précise afin de mieux identifier quelles interventions (non pharmacologiques, pharmacologiques ou les deux en association) conviennent le mieux pour un symptôme donné<sup>10</sup>. On a dit que « le traitement des SCPD constitue présentement le meilleur moyen de soulager la souffrance liée à la démence et d'éliminer les coûts sociétaux qui s'y rattachent »<sup>1</sup>. Voir tableau 1 à la page 4.



### Références

1. Finkel SI, Costa e Silva J, Cohen G *et al.* Behavioural and psychological symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *Int. Psychogeriatr* 1996;8(Suppl 3):497-500.
2. Rabins PV, Mace NL, Lucas MJ. The impact of dementia on the family. *JAMA* 1982;248:333-335.
3. Wimo A, Ljunggren G, Winblad B. Costs of dementia and dementia care: A review. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12:841-856.
4. Mega M, Cummings J *et al.* The spectrum of behavioural changes in Alzheimer's disease. *Neurology* 1996;46:130-135.
5. Senanarong V, Cummings J, Fairbanks L *et al.* Agitation in Alzheimer's disease is a manifestation of frontal lobe dysfunction. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2004;17:14-20.
6. Tariot P. Treatment Strategies for Agitation and Psychosis in Dementia. *J Clin Psychiatry* 1996;57(Suppl 14):21-29.
7. Maletta GJ. Treatment of Behavioral Symptomatology of Alzheimer's Disease, with Emphasis on Aggression: Current Clinical Approaches. *Int Psychogeriatr* 1992;4(Suppl 1):117-130.
8. Jeste DV, Finkel SI. Psychosis of Alzheimer's disease and related dementias; Diagnostic criteria for a distinct syndrome. *Am J Geriatr Psychiatry* 2000;8:29-34.
9. Olin JT, Schneider LS, Katz IR *et al.* Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002;10:125-128.
10. Bartels SJ, Aricco DR, Oxman TE *et al.* Evidence-based practices in geriatric mental health care. 2002;53:1419-1431.
11. Monographie de Risperdal. Janssen-Ortho Inc., 13 juin 2003.
12. American Geriatrics Society and American Association for Geriatric Psychiatry. Consensus statement on improving the quality of mental health care in U.S. nursing homes: management of depression and behavioural symptoms associated with dementia. *JAGS* 2003;51:1287-1298.
13. Zakiya WJ, Cummings J. Cholinesterase inhibitor therapies and neuropsychiatric manifestations of Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2004;17:100-108.
14. Herrmann N. Recommendations for the management of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Can. J. Neurol. Sci.* 2001;28(Suppl 1):S96-S107.

## Médecins, une formation innovatrice à votre intention!

Nous nous rendons dans votre cabinet et nous vous offrons une séance de formation individuelle (20 à 30 minutes) ou une séance petit déjeuner ou bien une séance déjeuner-causerie de 4 à 6 personnes (40 à 60 minutes). Nous nous occuperons des repas!

Les médecins qui tiennent ces séances éducatives sont : Anna Byszewski, Bill Dalziel, Tony Guzmán, Barbara Power, Tilak Mendis, Inge Loy-English et Louise Carrier.

**Pour obtenir davantage d'information, veuillez appeler le 523-4004.**

Pour obtenir davantage d'information sur l'éducation au médecin, rendez-vous sur **[www.alzheimerott.org](http://www.alzheimerott.org)**

Le bouton du Réseau de la démence d'Ottawa (DNO) sur la page d'accueil vous conduira à :

- About the organization
- DNO documents
- First Link Program

- Physicians' Newsletter (Bulletin sur la démence destiné aux médecins)
- Physician Education
  - Programme d'éducation sur la démence pour les omnipraticiens
  - Services d'évaluation diagnostique et de traitement
  - Trousse à outils sur les patients atteints de démence et la conduite automobile
  - Guide pratique sur la capacité et le droit du consentement pour les professionnels de la santé
- Research News
- Links
  - Physician Education Website : [www.dementiaeducation.ca](http://www.dementiaeducation.ca) (sera disponible en français prochainement)
  - Parkinson's Neurodegenerative Disorders Clinic Research Page



## Tableau 1 : Pharmacothérapies pour les SCPD

| Symptômes cibles                                                                                                                                                                                                | Médicament                                                                                                                                                                                               | Dose initiale (mg/jour)            | Dose cible moyenne (mg/jour)                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- psychose (délire, hallucinations)</li> <li>- agression</li> <li>- agitation psychomotrice</li> </ul>                                                                   | antipsychotiques atypiques : <ul style="list-style-type: none"> <li>- rispéridone</li> <li>- olanzapine</li> <li>- quétiapine</li> </ul>                                                                 | 0,25 - 0,5<br>2,5 - 5<br>12,5 - 25 | 0,5 - 2 (moyenne 1)<br>2,5 - 7,5 (moyenne 5)<br>50 - 400 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- dépression</li> <li>- anxiété</li> <li>- irritabilité</li> </ul>                                                                                                       | antidépresseurs : <ul style="list-style-type: none"> <li>· citalopram</li> <li>· sertraline</li> <li>· mirtazapine</li> <li>· venlafaxine</li> <li>· trazodone (pour les troubles du sommeil)</li> </ul> | 10<br>25<br>15<br>37,5<br>10 - 25  | 10 - 40<br>50 - 100<br>15 - 45<br>37,5 - 150<br>50 - 100 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- troubles du cycle du sommeil</li> <li>- états anxieux (utilisation à court terme)</li> <li>- anxiété dans des situations prévisibles (médication préalable)</li> </ul> | anxiolytiques : <ul style="list-style-type: none"> <li>- lorazepam</li> <li>- oxazepam</li> <li>- zopiclone (pour l'insomnie)</li> </ul>                                                                 | 0,5 - 1<br>5 - 10<br>3,75          | 1,5 - 2<br>10 - 30<br>3,75 - 7,5                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- impulsivité</li> <li>- labilité émotionnelle</li> <li>- désinhibition</li> </ul>                                                                                       | régulateurs de l'humeur : <ul style="list-style-type: none"> <li>- acide valproïque</li> <li>- carbamazépine</li> </ul>                                                                                  | 250<br>50 - 100                    | 400 - 1,000<br>300 - 800                                 |

### MERCI

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

