

CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES DE LA DÉMENCE

CAMPAGNE ÉDUCATIVE DE
2019/T3

MediSystem™
Pharmacy

A SHOPPERS DRUG MART COMPANY



**LA PLUPART DES
PATIENTS ATTEINTS DE
DÉMENCE PRÉSENTERONT
AU MOINS UN SYMPTÔME
PSYCHOLOGIQUE OU
COMPORTEMENTAL
PENDANT L'ÉVOLUTION
DE LA MALADIE.**



CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES DE LA DÉMENCE

Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) désignent l'ensemble des signes et des symptômes de « perturbation de la perception, du contenu des pensées, de l'humeur ou du comportement⁴ » liés à la démence. La plupart des patients atteints de démence présenteront au moins un SCPD pendant l'évolution de la maladie. Les facteurs contributifs comprennent des facteurs biologiques (comme les changements cérébraux, les prédispositions génétiques et les comorbidités), psychologiques (comme l'histoire de vie et la personnalité) et environnementaux (réseau de soutien, conditions de logement).

PRÉSENTATION

Les symptômes de la démence peuvent comprendre de l'agressivité, de l'agitation, de la dépression, de l'anxiété, des délires et des hallucinations, des désinhibitions sociales ou sexuelles, de l'errance et de

l'apathie. Les personnes atteintes de démence peuvent également faire les cent pas ou crier. Ces symptômes peuvent aller de légers à très graves et ils sont fréquents chez les pensionnaires des établissements de soins de longue durée. L'agitation peut s'aggraver le soir (« syndrome des états crépusculaires »). D'après Seitz et al. (2010), environ 60% des pensionnaires des établissements de soins de longue durée souffrent de démence, et certaines études démontrent que la prévalence des SCPD dans cette population atteint 90%. Ces symptômes peuvent être très pénibles autant pour le pensionnaire que pour les membres de sa famille et ses personnes aidantes.

GESTION

Lorsqu'un pensionnaire présente des symptômes évoquant des SCPD, il doit d'abord faire l'objet d'une évaluation complète pour éliminer les autres causes possibles. Ces causes peuvent comprendre les délires, la douleur, la constipation, les infections, la paranoïa, la toxicomanie ou le sevrage, les problèmes auditifs et les problèmes de vision, l'ennui, les changements de routines et les effets indésirables de médicaments. Il faut également tenir compte des traits de personnalité existants, car ces traits peuvent influencer la façon dont le résident présente des SCPD. Il existe des outils d'évaluation, comme celui de P.I.E.C.E.S., qui peuvent aider à déterminer les causes des SCPD.

La nature, la fréquence, le moment et les

déclencheurs des symptômes doivent être mesurés pour établir un plan de gestion efficace pour les SCPD.

Il est possible que les SCPD ne nécessitent pas de traitement si les symptômes ne sont pas problématiques et que les risques du traitement dépassent les bénéfices. Cependant, des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques sont souvent requis pour contrôler les symptômes des pensionnaires qui présentent des SCPD. Dans la mesure du possible, il faut essayer un traitement non pharmacologique avant d'entreprendre un traitement pharmacologique. L'efficacité des traitements entrepris doit être évaluée, et il faut également évaluer ces traitements pour déterminer s'ils ne sont plus nécessaires.

TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE

Voici plusieurs approches qui n'impliquent pas la prise de médicaments :

- **Établir des plans d'évaluation et de soins personnalisés pour chaque pensionnaire (p. ex., il faudra peut-être rendre plus flexibles les heures de bain, de repas et d'administration des médicaments)**
- **Rassurer et rediriger les pensionnaires – autoriser les comportements non problématiques**
- **Encourager les pensionnaires à participer à des activités psychosociales (participation régulière à des expériences significatives) – encourager l'activité physique régulière**
- **Offrir des stimulations sensorielles, comme l'aromathérapie et la musique**
- **Éliminer les médicaments inutiles**

Le traitement non pharmacologique doit être poursuivi même si un traitement pharmacologique est nécessaire.

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

Antipsychotiques atypiques

Des essais contrôlés ont démontré l'efficacité des antipsychotiques atypiques, comme la rispéridone (le plus efficace selon les études), l'olanzapine et l'aripiprazole, dans la réduction des SCPD chez les pensionnaires des établissements de soins de longue durée, en particulier si un pensionnaire risque de se faire du mal ou de faire du mal à d'autres personnes. L'halopéridol, un antipsychotique typique, est une

option pour le traitement des délires seulement, mais le risque d'effets secondaires est élevé. La quétiapine est largement utilisée parce qu'elle entraîne moins d'effets secondaires. Les résultats sont mitigés, mais ce médicament pourrait être utile dans le traitement de la démence associée à la maladie de Parkinson, car il cause moins d'effets extrapyramidaux. Des évaluations en clinique et en laboratoire et des électrocardiogrammes doivent être effectués avant la prescription d'antipsychotiques. Il faut surveiller la présence d'effets anticholinergiques, de sédation, d'hypotension orthostatique entraînant des chutes, de prise de poids, de symptômes extrapyramidaux, d'infections ou de prolongation de l'intervalle QT. L'utilisation de ces agents nécessite de porter une attention particulière aux bénéfices du traitement et aux risques causés par l'augmentation du risque d'accident vasculaire cérébral (AVC) et de décès. Le risque d'AVC subsiste pendant environ 20 mois après le début du traitement. Le risque de décès chez les personnes qui prennent des antipsychotiques est environ 1,2 à 1,6 fois plus élevé que chez les personnes qui ne prennent pas d'antipsychotiques. Le risque de décès dépend de la dose, donc commencez à faible dose et augmentez progressivement la dose⁷. L'étude DART-AD révèle une réduction de 25% de la mortalité deux ans après l'arrêt du traitement. Pour limiter l'utilisation d'antipsychotiques, il faut faire un suivi régulier pour déterminer si on peut diminuer la dose lorsque les SCPD sont stables, lorsque la réponse clinique est mauvaise ou lorsque des effets indésirables se produisent.

Antidépresseurs

Comme l'anxiété et la dépression sont des SCPD fréquents, l'utilisation d'un antidépresseur peut être efficace pour améliorer la cognition, réduire l'agitation et réduire certains comportements, comme la désinhibition. On peut essayer un inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine (ISRS), comme le citalopram, l'escitalopram ou la sertraline, ou encore un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN), comme la venlafaxine XR. Il faut alors surveiller si le pensionnaire a une prolongation de l'intervalle QT ou une baisse du niveau de sodium. Un essai de six semaines doit être effectué avec une dose adéquate pour évaluer l'efficacité. La paroxétine et les agents tricycliques ne sont pas recommandés en raison du risque élevé d'effets secondaires anticholinergiques.

Nootropes

Les inhibiteurs de la cholinestérase (donépézil, galantamine, rivastigmine) pourraient être efficaces pour le traitement des symptômes négatifs (p. ex., l'apathie, la dépression, les tensions et l'irritabilité) associés à la démence légère à modérée.

L'antagoniste des récepteurs de N-méthyl-D-aspartate, la mémantine, pourrait être plus efficace pour les symptômes positifs (p. ex., l'agitation, les délires, les hallucinations et l'agressivité). L'utilisation de ces agents comme traitement de première ligne pour les SCPD chez les pensionnaires des établissements de soins de longue durée n'est pas clairement appuyée par des preuves scientifiques, peut-être parce que les symptômes pourraient être plus sévères.

AUTRES CHOIX DE MÉDICAMENTS

Anticonvulsivants

Dans l'ensemble, les stabilisateurs de l'humeur ne sont pas recommandés pour une utilisation de routine pour la réduction des SCPD en raison du risque d'effets secondaires graves et des preuves limitées d'efficacité.

Benzodiazépines

Il y a peu de données probantes pour l'utilisation des benzodiazépines pour le traitement des SCPD. De plus, l'utilisation de ces médicaments peut entraîner des effets indésirables, comme des étourdissements, de la sédation, une diminution des fonctions cognitives, une désinhibition (p. ex., sexuelle) et des chutes. Ces médicaments devraient être utilisés uniquement pour de courtes durées pour le traitement de l'anxiété et de l'agitation aiguë.

Antiandrogènes

La cyprotérone et la médroxyprogestérone, en association avec un ISRS, se sont avérées utiles pour la réduction des symptômes de désinhibition, comme les comportements sexuels, lorsque les autres méthodes ont échoué. Des études individuelles ont également suggéré que la cyprotérone est utile pour la réduction de l'agressivité en général. L'utilisation peut être limitée en raison du risque de prise de poids, de dépression, de dysfonction hépatique, de toxicité cardiovasculaire (p. ex., rétention liquidienne ou thromboembolie) et de fluctuation de la glycémie.

DÉPRESCRIPTION

L'objectif principal de la déprescription d'un médicament (réduction de la dose ou cessation de la prise d'un médicament qui n'est plus efficace ou pourrait être nocif) est de réduire le nombre de médicaments à prendre, réduire le risque d'effets nocifs et de maintenir ou améliorer la qualité de vie. L'arrêt des antipsychotiques utilisés pour les SCPD est un bon choix pour le clinicien, car il y a des risques d'utilisation excessive et d'effets nocifs. Des études démontrent que les antipsychotiques pourraient n'avoir aucun effet bénéfique pour le traitement de nombreux SCPD, comme l'accumulation d'objets, les mouvements répétitifs, l'errance et les interruptions vocales. Par conséquent, la déprescription peut être envisagée.

On recommande actuellement la déprescription si les symptômes sont stabilisés pendant au moins 3 mois avec un traitement antipsychotique ou si la réponse au traitement antipsychotique est mauvaise après une période d'essai suffisante de 8 semaines. En effet, les symptômes des pensionnaires qui cessent graduellement les antipsychotiques ne s'aggravent généralement pas par rapport aux pensionnaires qui continuent à prendre des antipsychotiques. Un plan de réduction progressive de la dose doit être mis en place (p. ex., réduire la dose de 25 à 50% toutes les 1 à 2 semaines), puis la prise de l'antipsychotique doit être cessée en collaboration avec le patient et ses personnes aidantes. Le pensionnaire doit être surveillé toutes les 1 à 2 semaines. Si les SCPD réapparaissent, on peut alors envisager d'ajouter des approches non pharmaceutiques ou de recommencer la prise de l'antipsychotique à la dose la plus faible possible. La déprescription peut être tentée de nouveau 3 mois plus tard, pour un maximum de 2 tentatives. Il est également possible de choisir un autre antipsychotique. Comme toujours, il faut tenir compte des autres déclencheurs possibles des SCPD, comme la douleur ou les infections.

RÉFÉRENCES

- 1) http://www.bsa.ualberta.ca/sites/default/files/____IPA_BPSD_Specialists_Guide_Online.pdf Module 8 – The IPA Complete Guides to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Consulté en mai 2019.
- 2) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3345875/Behavioral_and_psychological_symptoms_of_dementia. Cerejeira, J., et al. *Frontiers in Neurology*, mai 2012.
- 3) <https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2012/bpsd-guideline.pdf> Best Practice Guideline for Accommodating and Managing Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia in Residential Care: A Person-Centered Interdisciplinary Approach. 25 octobre 2012.
- 4) <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1756285617712979> Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia. Tible, O. et al. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders*. 2017, Vol. 10(8) 297-309.
- 5) <http://www.hqontario.ca/portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-dementia-clinical-guide-1609-fr.pdf> Symptômes comportementaux de la démence : Soins des patients dans les hôpitaux et des résidents dans les maisons de soins de longue durée. Qualité des services de santé Ontario. 2016.
- 6) <http://www.cfp.ca/content/64/1/17> Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia: Evidence-based clinical practice guideline. Bjerre, L. et al. *Le médecin de famille canadien*. Vol. 64. Janvier 2018.
- 7) <https://www.rxfiles.ca/rxfiles/uploads/documents/psych-bpsd-newsletter.pdf> Behaviour Management in Dementia: Where Do Antipsychotics Fit? Octobre 2011.
- 8) <https://www.rxfiles.ca/RxFiles/uploads/documents/members/GeriRxFiles-BPSD.pdf> Dementia: Behavioural & Psychological Symptoms. Consulté en mai 2019.
- 9) <https://deprescribing.org/fr/ressources-pour-les-patients-et-les-prestataires-de-soins-de-sante/deprescribing-algorithms/> Algorithmes pour la déprescription. Consulté en mai 2019.
- 10) [https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(08\)70295-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(08)70295-3/fulltext) The dementia antipsychotic withdrawal trial (DART-AD): long-term follow-up of a randomized placebo-controlled trial. *The Lancet Neurology*. Volume 8, numéro 2, p.151-157, 1er février 2009.
- 11) <https://www.rxfiles.ca/RxFiles/uploads/documents/members/Cht-psyc-qandA%20hypersexuality.pdf> Treatment of Hypersexuality Patients. Jensen, B. Août 2018.
- 12) www.piecescanada.com Seitz, D., Purandare, N., Conn, D. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in longterm care homes: a systematic review. *International Psychogeriatrics*. 2010; 22: 1025-1039.

MediSystem™
Pharmacy

A SHOPPERS DRUG MART COMPANY