

Symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence

Enjeux cliniques et prise en charge

Stephan Eyer, Christophe Büla, Armin von Gunten, Lausanne

Divers problèmes comportementaux plus ou moins perturbateurs peuvent émailler le cours d'une démence. Des interventions non pharmacologiques et pharmacologiques permettent souvent d'en atténuer l'intensité et la fréquence. Lorsque l'agitation et l'agressivité sont sévères, le recours aux neuroleptiques est souvent nécessaire. En raison des risques liés à leur utilisation, il peut être utile de suivre un algorithme de prise en charge. Cet article passe en revue les symptômes neuropsychiatriques les plus fréquemment rencontrés dans les démences et les possibilités de traitement chez la personne vivant à domicile ou en établissement de long séjour.

Un syndrome démentiel est caractérisé par une altération des fonctions cognitives à l'origine d'une limitation nouvelle des capacités fonctionnelles, tout d'abord dans la réalisation d'activités instrumentales (p. ex. gérer ses finances, conduire un véhicule automobile, préparer du thé), puis de base (p. ex. se servir d'une lavette, boutonner sa chemise, utiliser les services de table). Au cours du déclin cognitif et fonctionnel, divers symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence (SCPD) viennent



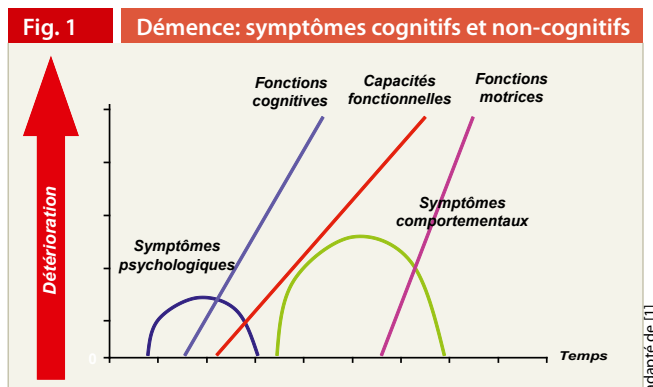
Dr méd.
Stephan Eyer
stephan.eyer@chuv.ch

s'ajouter, constituant à la fois un stress pour les proches – membres de la famille et aidants – et une souffrance pour la personne elle-même (fig. 1). Les SCPD constituent en particulier des motifs fréquents de placement en établissement de long séjour et d'admission d'office en milieu psychogériatrique. Au stade très avancé de la démence, ils sont souvent moins bruyants, en raison de la dégradation de l'état général et des fonctions motrices qui survient (apraxie à la marche, aphasie, dysphagie, épilepsie).

Présentation clinique

Autrefois appelés «troubles psycho-comportementaux», les SCPD peuvent être regroupés en trois groupes de symptômes neuropsychiatriques ou clusters:

- ▶ dépression/apathie/anxiété
- ▶ agitation/agressivité
- ▶ psychose.

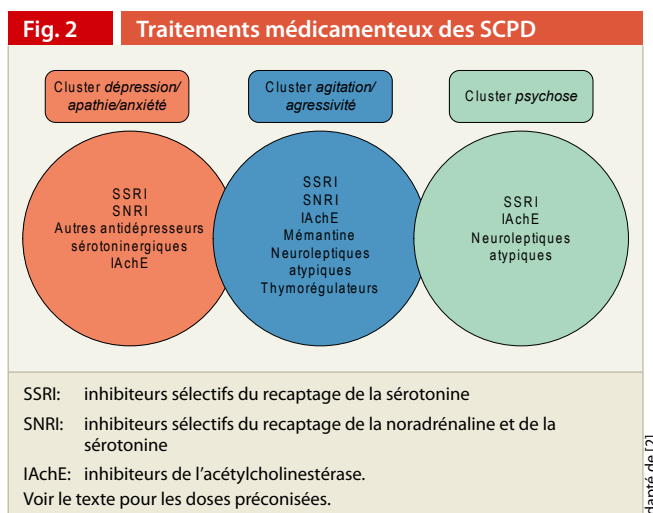


Ils sont retrouvés dans tous les types de démences, indépendamment de l'étiopathogénie. Leur intensité et leur fréquence seraient en particulier similaires dans la maladie d'Alzheimer et la démence vasculaire.

Certains modes de présentation peuvent toutefois évoquer des formes particulières, p. ex. l'altération des conduites sociales dans la variante frontale des démences fronto-temporales (propos inconvenants, réactions impulsives, conduite automobile dangereuse, désinhibition sexuelle) et les hallucinations visuelles dans la démence à corps de Lewy (souvent personnages, enfants ou animaux en mouvement).

Prise en charge

L'Inventaire neuropsychiatrique (NPI, <http://www.ipa-online.org>) fait appel à l'hétéro-évaluation et est peut être utilisé pour



identifier les symptômes perturbateurs et suivre leur évolution. Lors de changement brutal de l'attention et d'état de conscience, il faut suspecter un état confusionnel aigu et rechercher des facteurs déclenchant, potentiellement réversibles (consommation de médicaments en vente libre, infection, rétention urinaire, fécalome, hypoxie, hématome sous-dural, etc.).

Dans la prise en charge des SCPD, les interventions non pharmacologiques qui se sont révélées efficaces sont :

- ▶ l'adaptation du milieu environnant
- ▶ le soutien aux proches
- ▶ l'approche comportementale de la personne.

Lorsque ces mesures sont insuffisantes, des interventions pharmacologiques deviennent nécessaires (fig. 2).

Cluster dépression/apathie/anxiété

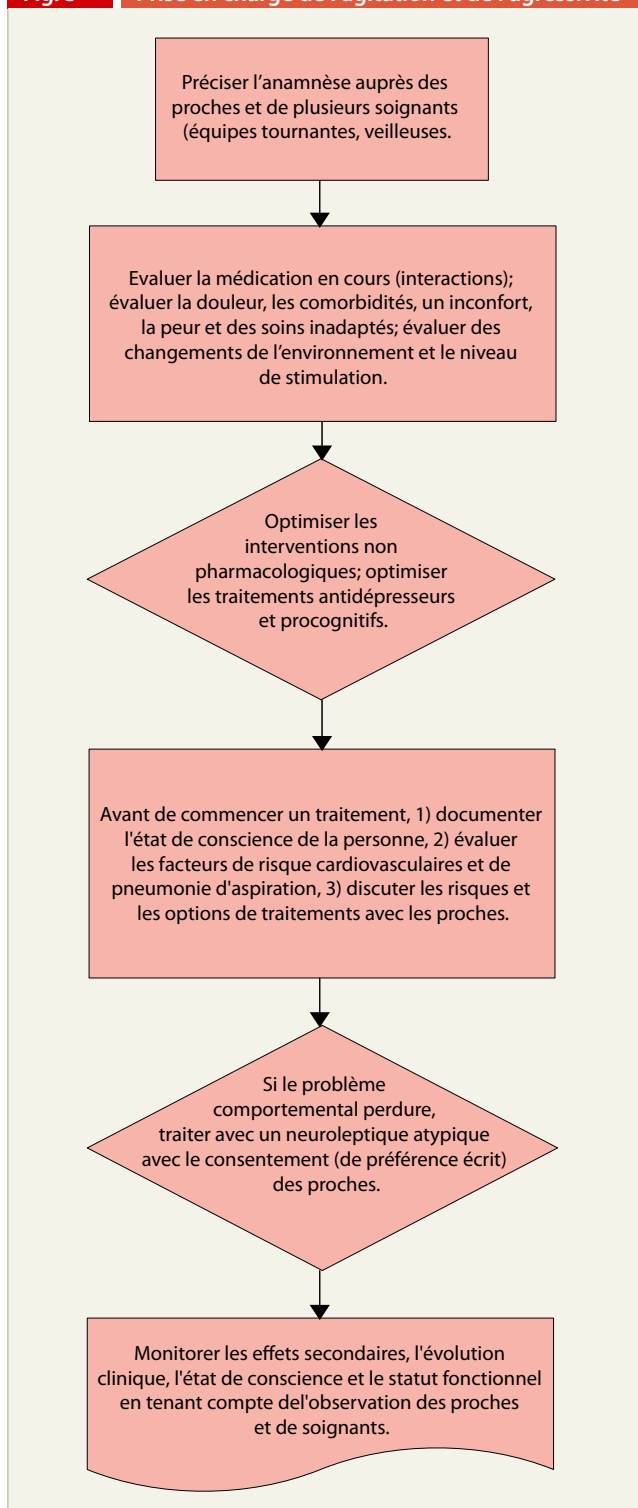
Un état dépressif, une apathie (souvent manque d'intérêt dans les activités de loisirs, diminution de l'interaction avec l'environnement, perte d'initiative dans les soins d'hygiène) ou une anxiété (peur d'être laissé seul, besoin de réassurance, questions répétitives p. ex. au sujet d'un événement à venir) peuvent être ressentis par les proches comme des changements de personnalité et constituent fréquemment les prémisses d'une démence. D'autre part, les symptômes de la dépression chevauchent fréquemment ceux de la démence et on estime que 10–20% des patients déments présentent des critères majeurs d'un trouble dépressif, en particulier le sentiment de dévalorisation (honte lors d'incapacité à réaliser une tâche ou dépendance vis-à-vis d'autrui) et d'inutilité (abandon par les proches lors d'un projet de placement). Les symptômes dépressifs et anxieux dans la démence légère à modérée (MMSE > 18) peuvent être dépistés en tenant compte de l'appréciation de la personne elle-même à l'aide de l'Echelle gériatrique de dépression (GDS) ou l'Echelle de dépression de Hamilton.

Une approche narrative laissant la place et le temps à la personne de se raconter peut lui permettre de reconstituer une identité (mémoire autobiographique). Parfois, des patients s'effrayent ou s'agitent parce qu'ils ne perçoivent pas bien ce qui les entoure (bouchon de cérumen, pile d'appareil auditif déchargée). Dans certaines situations, on peut encourager la pratique d'activités de loisirs qui procuraient du plaisir auparavant (promenades, jeux, ateliers).

De concert avec ces approches non pharmacologiques, il est souvent indiqué d'introduire un traitement antidépresseur, de préférence un inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine (SSRI) ou de la noradrénaline et de la sérotonine (SNRI) en raison de leur demi-vie courte et du risque plus faible d'interactions médicamenteuses (citalopram 10–20 mg/j, sertraline 50 mg/j, mirtazapine 15–45 mg/j).

Lorsque l'anxiété se manifeste par des états d'irritabilité ou d'agitation modérés, d'autres antidépresseurs sérotoninergiques peuvent être tentés (miansérine 30–60 mg/j, trazodone 50–100 mg/j). Les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (IAChE) améliorent les symptômes de dépression, apathie et anxiété chez près de 40% de patients présentant une maladie d'Alzheimer (donépézil 5–10 mg/j, galantamine 16–24 mg/j, rivastigmine

Fig. 3 Prise en charge de l'agitation et de l'agressivité



adapté de [3]

6–12 mg/j) et leur effet doit être évalué de manière individuelle. Certains médicaments peuvent aggraver les troubles cognitifs et/ou provoquer un état confusionnel aigu et sont à éviter. C'est en particulier le cas des antidépresseurs tricycliques en raison de leurs propriétés anticholinergiques et des benzodiazépines («réaction paradoxale»).

Cluster agitation/agressivité

L'errance (activités réalisées sans succès p. ex. jardinage ou bricolage, poursuite de l'aidant, velléités de fugue), l'agitation psychomotrice (tentative de se rendre dans un autre lieu, dissimulation ou collection d'objets, répétition de phrases, cris) et la désinhibition (impulsivité, comportement envahissant) figurent parmi les symptômes comportementaux qui affectent le plus l'entourage et peuvent constituer une menace pour la personne. Leur présence peut être évaluée par les soignants en utilisant en outre l'Inventaire de l'agitation de Cohen-Mansfield.

L'environnement idéal pour ces patients devrait être si possible dépourvu de facteurs stressant, stable et familial (éviter les miroirs en dehors des toilettes, les décorations abstraites, préférer les couleurs apaisantes comme le pastel). Des interventions centrées sur les proches (parler d'une voix douce et rassurante, annoncer les intentions sans brusquer, éviter les débats contradictoires, distraire ou confier une autre tâche en cas de comportements répétitifs) et la personne elle-même (exposition à la lumière du soleil, musique durant les repas et le bain, activité physique douce) ont montré un réel bénéfice.

Les évidences de l'efficacité des traitements médicamenteux dans l'agitation et l'agressivité sévères manquent. L'étude CATIE en particulier n'a pas montré de meilleur contrôle des symptômes de psychose, agitation et agressivité sous un neuroleptique comparé à un placebo. Des essais randomisés contrôlés n'ont pas été réalisés dans cette indication avec les SSRI et le seul essai ayant évalué un IAChE (donépézil) n'a non plus pas montré de bénéfice comportemental significatif. Suite à la controverse née de l'observation d'un risque accru de décès et d'accident vasculaire cérébral sous traitement neuroleptique – atypique comme classique – chez les patients présentant une maladie d'Alzheimer, un groupe d'experts a émis des recommandations pour la prise en charge des problèmes comportementaux, adaptées au contexte de la personne vivant à domicile ou en établissement de long séjour (fig. 3). Il est proposé en première intention d'optimiser les traitements antidépresseurs (SSRI) et procognitifs (IAChE et mémantine 15–20 mg/j), dont l'utilisation est jugée plus sûre. Le recours à un neuroleptique, de préférence (quetiapine 12,5–100 mg/j, risperidone 0,25–3 mg/j, olanzapine 2,5–10 mg/j), devient nécessaire lorsque la personne se met en danger ou met en danger son entourage. Il est alors nécessaire de documenter le trouble, les facteurs favorisant et atténuant ainsi que la sécurité du patient et de son entourage. La prescription doit être débutée à faible dose et titrée selon la réponse clinique et la tolérance (syndrome extrapyramidal, hypotension orthostatique, chutes, état confusionnel, hyperglycémie). Les thymorégulateurs (carbamazépine 300–600 mg/j, valproate 500–1500 mg/j) sont parfois prescrits empiriquement en association avec les antidépresseurs sédatifs lors d'agitation persistante ou récurrente, en particulier vespérale (sundowning).

Cluster psychose

Les hallucinations (peu élaborées, parfois fausses reconnaissances) peuvent être favorisées par des difficultés de perception des contrastes visuels et il est important d'optimiser l'éclair-

age ambiant et de se tenir face au patient. En présence d'idées délirantes (souvent vol d'argent, conjoint imposteur ou infidèle) et de troubles de l'identification (pensionnaire fantôme, substitution de personnes), les proches peuvent utiliser des techniques de diversion ou reconforter la personne.

Les symptômes psychotiques sont plus souvent source de stress pour les proches que la personne elle-même et ne nécessitent pas nécessairement de traitements médicamenteux. Lorsqu'ils sont à l'origine d'angoisse ou d'agitation, on peut tenter de prescrire un SSRI et un procognitif (rivastigmine et mémantine en particulier étudiés dans la démence à corps de Lewy et les syndromes parkinson-démence) comme alternative aux neuroleptiques.

Dr méd. Stephan Eyer

Service de Gériatrie & Réadaptation gériatrique
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)
Chemin de Sylvana 10, 1066 Epalinges
stephan.eyer@chuv.ch

Littérature:

1. Gauthier S, et al.: Management of behavioral problems in Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr* 1996; 8 Suppl 3: 325–327.
2. McShane R, et al.: What are the syndromes of behavioral and psychological Symptoms of Dementia? *Int Psychogeriatr* 2000; 12 Suppl 1: 147.
3. Salzman C, et al.: Elderly patients with dementia-related symptoms of severe agitation and aggression: consensus statement on treatment options, clinical trials methodology, and policy. *J Clin Psychiatry* 2008; 69(6): 889–898.

A RETENIR POUR LA PRATIQUE

- ▶ Dans la prise en charge des SCPD, des interventions non pharmacologiques comprenant l'adaptation du milieu environnant, le soutien aux proches et l'approche comportementale de la personne ont montré un réel bénéfice.
- ▶ En raison de leur profil d'effets secondaires favorable, les SSRI et les IAChE constituent les médicaments de première intention pour les clusters dépression/apathie/anxiété mais aussi agitation/agressivité légère et psychose.
- ▶ Le recours aux neuroleptiques est souvent nécessaire lors d'agitation et d'agressivité sévères. Il faut alors évaluer, d'une part, la souffrance de la personne et le niveau de stress des proches et, d'autre part, les risques liés leur utilisation, en particulier cardio-vasculaires.
- ▶ La prescription d'un psychotrope chez la personne âgée doit être, si possible, limitée dans le temps et régulièrement réévaluée, en tenant compte de la réponse clinique, de l'état de conscience et du statut fonctionnel de la personne.