

### Les symptômes comportementaux et psychologiques des syndromes démentiels (SCPD)

État démentiel: évaluation privilégiée des fonctions cognitives et de l'autonomie pour les AVQ

Or ce sont plus souvent les symptômes non cognitifs qui:

- empêchent l'adaptation du patient à son environnement, le maintien à domicile
- compromettent la qualité de vie (malade et aidants)
- aggravent les risques de maltraitance
- déstabilisent et épuisent l'entourage
- sont sources de sur-prescription en psychotropes
- sont sources d'institutionnalisation précipitée, précoce

JM Michel  
Ch. Girtanner

Colmar  
Saint-Étienne

APHOPA Janvier 2010

### Définition

#### Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)

(International Psychogeriatric Association, 1996)

« signes et symptômes des troubles de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur ou du comportement, observés avec une grande fréquence chez les patients déments »

#### Épidémiologie:

- Appréciation difficile, méthodes d'évaluation hétérogène
- Variabilité inter-individuelle dans la fréquence, l'intensité
- Variabilité selon le type de démence, le stade évolutif...

### Préciser le type de symptômes

#### Affectifs et émotionnels

- Dépression
- Anxiété
- Apathie
- Exaltation de l'humeur
- Perturbations émotionnelles
- Conduites régressives

#### Psychotiques

- Hallucinations
- Troubles perceptifs
- Idées délirantes

#### Comportementaux

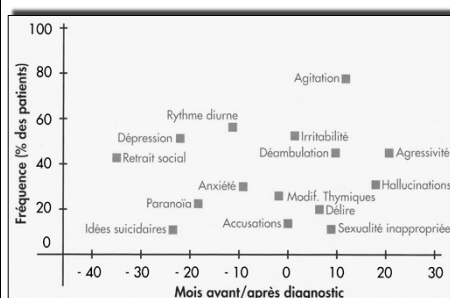
- Agitation
- Agressivité
- Instabilité psychomotrice
- Compulsions

#### Troubles des conduites élémentaires

- Du sommeil
- Des conduites alimentaires

D'après Chantal Girtanner, Saint-Étienne

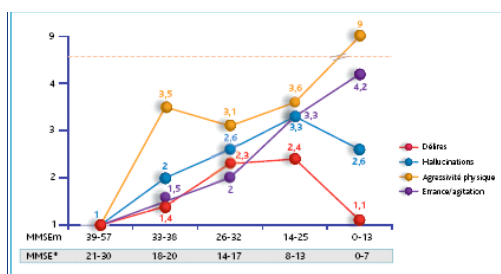
### Les troubles comportementaux et psycho-affectifs



Pics de fréquence des troubles comportementaux dans la maladie d'Alzheimer (Jost BC, Grossberg GT. JAGS 1996; 44:1078-1081)

Apathie +++

### Modification des troubles psycho-comportementaux avec la détérioration cognitive

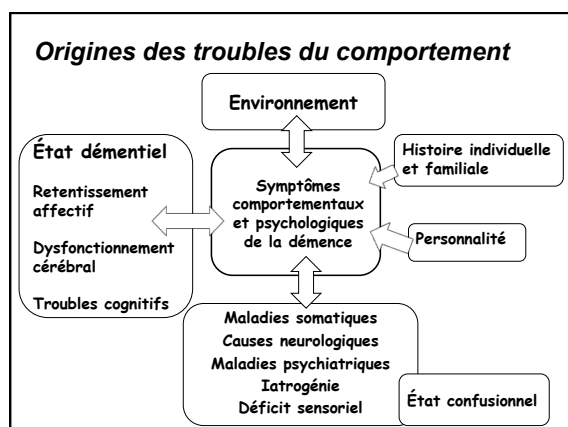


Holtzer et al, J Am Geriatr Assoc, 2003

### Outils d'évaluation

- NPI (inventaire neuro-psychiatrique, Cumming 1994): échelle globale évaluant 12 perturbations fréquentes dans la démence (sévérité et fréquence): délires, hallucinations, agitation et agressivité, anxiété, dépression, apathie, euphorie, irritabilité, cpts alimentaires et moteurs aberrants, cpts nocturnes...
- Échelle comportementale de la démence (GRECO, 1999): basée sur un entretien avec l'aidant (ou soignant) principal, évaluant 11 domaines comportementaux (sévérité et fréquence). Suivi longitudinal possible.
- Behave-AD (Reisberg, 1987): évalue 25 symptômes (sévérité)
- Cohen-Mansfield's Agitation Inventory (équipe soignante)
- Échelle de Dyscomportement Frontal (contrôle de soi, baisse d'intérêt, humeur, négligence physique)
- Questionnaire de dyscontrôle comportemental: répertorie une quinzaine de troubles
- Troubles de l'humeur: Échelle de Cornell, Dementia Mood Ass. Scale...
- Questionnaires spécifiques du sommeil

Anamnèse et clinique +++



### Mécanismes impliqués dans la survenue des SCPD?

#### Lésion cérébrale ou d'un circuit

Hallucinations visuelles: aires associatives, noyaux gris, régions pariétales  
 Troubles du rythme veille-sommeil: système hypothalamique, noyaux gris centraux

#### Modifications des neuromédiateurs ou des récepteurs

- Hallucinations: hyperactivité noradrénergique sous-corticale, déficit cholinergique (cf Artane®), augmentation activité dopaminergique et sérotoninergique
- Apathie: déficit dopaminergique
- Conduites alimentaires: dysrégulation sérotoninergique

#### Causes somatiques, iatrogènes et environnementales

**Déficits cognitifs:** mémoire, langage, jugement, orientation

### Toujours rechercher

- Des causes environnementales et affectives
- Des affections psychiatriques
- Des affections somatiques
- Des lésions cérébrales
- Des facteurs iatrogènes

**Le problème:**  
 c'est une urgence alors  
 qu'il faut du temps...

Où ?                      Quand ?  
 Comment ?                Pourquoi ?



### Conduite à tenir

Enquête: minutieuse, exhaustive, pluriprofessionnelle + entourage  
 Chaque situation est unique, éviter des attitudes stéréotypées

- Identifier les troubles du comportement et leur donner un sens, tenter de comprendre un refus, décoder...
- S'entretenir avec les proches et l'entourage
- Apprécier la nature du trouble, l'intensité, la sévérité et la périodicité
- Repérer les facteurs déclenchants
- Rechercher une cause aisée à traiter par un examen minutieux
- Traitement étiologique si possible

**Prise en charge « sur mesure »**

### Recherche d'une cause: situations courantes

|                                                                                                                       |                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Douleurs:</b><br>Escarres, néo, articulaires, abdominales, globe vésical, neuropathiques sur AVC ou neuropathie... | État anxieux et/ou dépressif                                                                |
| <b>Inconfort:</b><br>Position, vestimentaire, fécalome, soif, faim, besoin naturel, prurit...                         | Architecture inadaptée, déménagement intempestif                                            |
| <b>Soins, mobilisations, climat sensoriel désagréable</b>                                                             | Aidants et soignants non informés ou formés, rotation des soignants ou des aides à domicile |
| <b>Maltraitance, contention, infantilisation, isolement, promiscuité...</b>                                           | Introduction d'un nouveau traitement                                                        |
|                                                                                                                       | Visites, propos et attitudes inopinés                                                       |
|                                                                                                                       | Comitialité, déshydratation, infections, bas débit cérébral, hypoglycémie...                |

### Si le traitement étiologique n'est pas possible:

Le « bon sens »

Les techniques non médicamenteuses

Les aides à l'entourage +++

Les médicaments




**Gérer les SCPD**

L'environnement

Les techniques non médicamenteuses

Les médicaments



**Les médicaments**

**Les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase et les modulateurs des récepteurs NMDA**

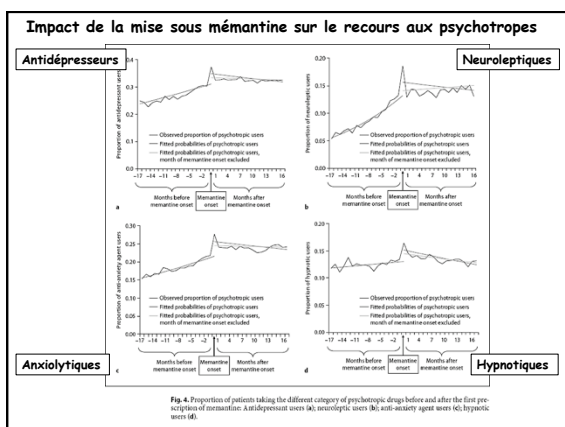
Apathie, humeur, hallucinations visuelles, sommeil, communication, entrée en institution, adaptation à l'environnement...

**Étude INSERM post AMM Ebixa**

Evaluation of the Impact of Memantine Treatment Initiation on Psychotropics Use: A Study from the French National Health Care Database

Jean-Sébastien Vidal<sup>a,b</sup> Jean-Marc Lacombe<sup>a,b</sup> Jean-François Dartigues<sup>c</sup>  
 Florence Pasquier<sup>d</sup> Philippe Robert<sup>e</sup> Christophe Tzourio<sup>a,b</sup>  
 Annick Alperovitch<sup>a,b</sup>

Neuroepidemiology 2008;31:193-200



**Les médicaments (2)**

**Les antidépresseurs**

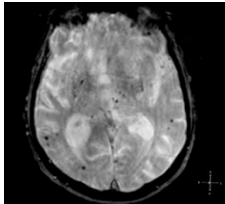
- Manifestations dépressives et anxieuses, irritabilité, comportements compulsifs
- Éviter les molécules qui ont un effet anticholinergique
- IRS +++

**Les thymorégulateurs**

- Anti-épileptiques
- Alternative potentielle aux antidépresseurs et aux neuroleptiques
- Surtout dans l'agitation, l'agressivité et la labilité émotionnelle

**Attention aux complications potentielles des IRS**

**Complications métaboliques et hémorragiques des IRS**



Micro-hémorragies (IRM T2\* = écho de gradient)

**Anxiolytiques et hypnotiques**

- Prescription très limitée, rechercher auparavant les raisons d'une anxiété ou d'un trouble du sommeil
- Chutes +++
- Molécules ayant une durée d'action courte, doses faibles, durée brève et sevrage progressif

**Neuroleptiques**

- On ne peut pas toujours les éviter
- Manipulation difficile, action anticholinergique, effets extrapyramidaux, chutes, complications vasculaires et métaboliques, surmortalité si prise prolongée (42% à 2 ans, Ballard 2008)
- Privilégier les molécules de la nouvelle génération ?
- **Ne doivent pas être l'unique réponse**
- **Hallucinations**: se limiter aux hallucinations mal vécues, se méfier d'une éventuelle DCL diffuse
- **Délire**: si anxigène, perturbe le patient et son entourage
- **Prescription**: courte période, réévaluer et remettre régulièrement en question, **start slow and go slow**

### **Recommandations de l'afssaps sur l'emploi des antipsychotiques (9/12/08)**

#### **Évaluation européenne (60.000 patients)**

- L'administration d'antipsychotiques (conventionnels et atypiques) s'accompagne d'une augmentation du risque de mortalité chez le patient âgé souffrant de démence
- Il n'a pas été possible de déterminer si le risque est différent d'une molécule à une autre
- Les mécanismes mis en jeu ne sont pas identifiés

#### **Recommandations de l'afssaps**

- La PEC doit être globale (physique, psychique et sociale). Le traitement des patients MA repose avant tout sur les IACh et la mémantine
- Traitement antipsychotique à faible dose et à court terme possible si agressivité persistante (après échec des mesures non pharmacologiques), en cas de danger potentiel pour le patient et pour autrui, en cas de délires et d'hallucinations
- Évaluer le rapport bénéfice-risque, réévaluer régulièrement selon la clinique

### **Conclusion: prise en charge des SCPD**

*Démarche diagnostique*



*Choix-Posologie - Tolérance*



*Environnement  
Hygiène de vie  
Relationnel*



*Rapport bénéfice /risque*

D'après M. Benoit Nice

#### **Être humain, une personne**

**Chaque situation est unique**

**Cohérence dans la PEC**

**Avoir du bon sens, être souple dans la PEC**

**Pour une médicalisation bien tempérée**

**Projet de soins et de vie**



#### **Place de l'hôpital de jour et de l'EMG**

- Identification des troubles
- Analyse et signification
- Propositions thérapeutiques