

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

Douleurs: Escarres, néo, articulaires, abdominales, globe vésical, neuropathiques sur AVC ou neuropathie...	État anxieux et/ou dépressif
Inconfort: Position, vestimentaire, fécalome, soif, faim, besoin naturel, prurit...	Architecture inadaptée, déménagement intempestif
Soins, mobilisations, climat sensoriel désagréable	Aidants et soignants non informés ou formés, rotation des soignants ou des aides à domicile
Maltraitance, contention, infantilisation, isolement, promiscuité...	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

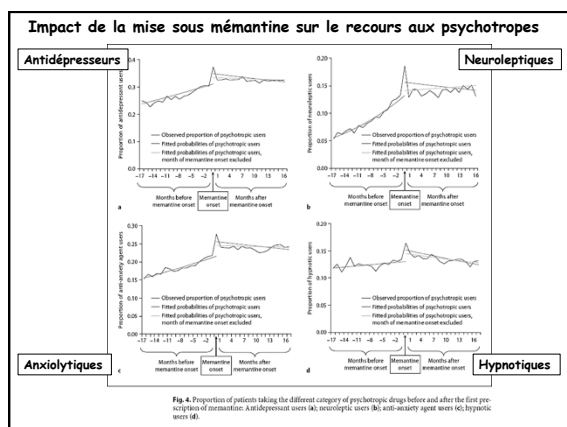
Apathie, humeur, hallucinations visuelles, sommeil, communication, entrée en institution, adaptation à l'environnement...

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^{a,b} Jean-Marc Lacombe^{a,b} Jean-François Dartigues^c
 Florence Pasquier^d Philippe Robert^e Christophe Tzourio^{a,b}
 Annick Alperovitch^{a,b}

Neuroepidemiology 2008;31:193-200



Les médicaments (2)

Les antidépresseurs

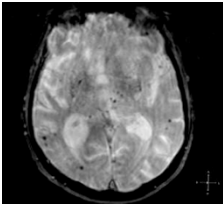
- Manifestations dépressives et anxieuses, irritabilité, comportements compulsifs
- Éviter les molécules qui ont un effet anticholinergique
- IRS +++

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