

EPU-95 Montmorency

Formation Médicale Continue du Val d'Oise - Agrément provisoire DPC

ASSOCIATION AMICALE D'ENSEIGNEMENT POST UNIVERSITAIRE DE LA RÉGION DE MONTMORENCY

Siège social : 1 rue Jean Moulin 95160 Montmorency Secrétariat : 16, rue de la Ferme 95 460 Ézanville www.EPU95-montmorency.org

TROUBLES DU COMPORTEMENT CHEZ LA PERSONNE AGÉE

D'après un exposé du Dr Françoise PROUTEAU et du Dr Christian BATCHY

(Psychiatre et gériatre au GHEM)

Séance du 3 décembre 2015

1. GENERALITES

1.1. DEFINITION

Le trouble est un état qui cesse d'être en ordre.

Le comportement est l'ensemble des réactions observables objectivement, d'un individu qui agit en réponse à une stimulation venue du milieu extérieur ou intérieur

Le trouble du comportement est un comportement inadapté selon la norme attendue.

1.2. EN PRATIQUE...

Ils constituent, surtout les états d'agitation et d'agressivité, une cause majeure de refus de prise en charge dans les familles et certaines institutions.

Ils sont présents dans 15% des arrivées aux urgences des personnes âgées.

Ils représentent souvent un mode d'entrée dans la démence mais il faut savoir éliminer une démence et ne pas confondre « démence » et « confusion ».

2. LES DIFFERENTS SYMPTOMES RENCONTRES

- Les troubles dits « productifs »
 - Agitation, agressivité, déambulation, fugue
- Les troubles affectifs
 - Dépression, anxiété, exaltation de l'humeur, troubles émotionnels et de la motivation, apathie, conduites régressives
- Manifestations psychotiques
 - Délires, hallucinations, troubles de l'identification
- Troubles des conduites élémentaires
 - Sommeil, inversion du rythme nyctéméral, conduites alimentaires, conduites sexuelles

3. ÉVALUATION DES SYMPTOMES

3.1. PRINCIPES GÉNÉRAUX

Un examen médical complet s'impose dans tous les cas à la recherche d'une cause organique (douleur, globe vésical, fécalome, ...)

Prendre en compte l'observation par l'équipe et l'appréciation de la famille

« Une réaction anormale dans une situation anormale est une réaction normale ! »

Prendre en compte la description des symptômes, le mode de survenue, leur fréquence et leur intensité

3.2. FACTEURS ÉTIOLOGIQUES

3.2.1. CAUSES GÉNÉRALES

- Fièvre et syndrome infectieux
- Douleur avec le classique globe vésical, fécalome
- Troubles hydro-électrolytiques: Na, Ca, déshydratation
- Troubles métaboliques: glycémie, urée
- Dysthyroïdie

- Hypercapnie
- Anémie...

3.2.2. CAUSES NEUROLOGIQUES ET NEURODEGENERATIVES

- La maladie d'Alzheimer, la démence fronto-temporale, la démence à corps de Lewy (délire et hallucinations) et le syndrome cortico-basal, etc...
- L'épilepsie infraclinique et penser en particulier à la forme temporale
- La méningoencéphalite: herpès et TB
- L'AVC avec infarctus multiples ou unique mais dans des zones stratégiques: noyau caudé, thalamus exposant à la démence vasculaire
- La désafférentation sensorielle: vue, ouïe
- L'hématome sous dural chronique, la tumeur cérébrale
- Raretés : CADASIL (*Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy*) , angiopathie amyloïde

3.2.3. CAUSES TOXIQUES & IATROGENES

Alcool : ivresse aiguë, DT, Ecstasy, amphétamines, solvants (exposition volontaire ou accidentelle)
 Par surdosage (volontaire ou par erreur), du fait des effets indésirables ou effet paradoxal (neuroleptiques, BZD, antiparkinsonien, morphine, codéïne, dextropropoxyphène anticholinergique, corticoïdes...)

3.2.4. CAUSES PSYCHIATRIQUES

Apparition de novo ou sur terrain psychiatrique : manie ou la dépression stuporeuse, psychose hallucinatoire chronique, la bouffée délirante d'une psychose ancienne

3.2.5. EVALUATION DES TROUBLES DU COMPORTEMENT: NPI

C'est une échelle d'évaluation en 12 items utilisée chez les patients atteints de MA mais également pour les autres démences et les pathologies cérébrales. L'interrogatoire avec l'aidant ou le soignant. Elle prend en compte :

- La fréquence des troubles : quelquefois: moins d'une fois par semaine-1 ; assez souvent: une fois par semaine-2 ; fréquemment: plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours-3 ; très fréquemment: presque tout le temps-4
- La gravité : léger: peu perturbant ; moyen: plus perturbant mais calmé par l'intervention du soignant ; important
- Le retentissement (sur l'aidant ou le soignant sur le plan émotionnel) : pas du tout-0 ; minimum-1 ; légèrement-2 ; modérément-3 ; sévèrement-4 ; très sévèrement -5

Items	NA	Absent	Gravité	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Comportement moteur	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Sommeil	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Score total			/ 36	/ 60

3.2.6. LES FACTEURS DECLENCHANTS

Les principaux facteurs prédisposant sont

- Les atteintes neuro-fonctionnelles
- Troubles cognitifs
- Facteurs somatiques : douleur, iatrogénie
- Situations aggravant la dépendance : personnalité, environnement, relationnels

3.2.7. LES FACTEURS PRECIPITANTS SOUVENT RETROUVES :

Les changements brusques d'environnement

Les situations de conflit

La présence de facteurs somatiques aigus : douleur, globe vésical, fécalome, hyperthermie, confusion, intoxication, trouble métabolique

3.3. LES SYMPTOMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES DE LA DEMENCE OU SCPD

3.3.1. GENERALITES

En 1996, l'Association Internationale Psychogériatrique a regroupé les troubles comportementaux sous la dénomination de Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la Démence ou SCPD.

Elle a regroupé les troubles comportementaux sous la dénomination de **Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la Démence ou SCPD**.

Ce sont des signes typiques de la démence et parfois des signes avant-coureurs. Ils sont souvent des signes d'évolution. Leur fréquence est très importante pouvant aller jusqu'à 90 % des patients atteints de maladie d'Alzheimer et elle augmente avec l'évolution de la démence

En fonction de la sévérité de la démence certains SCPD sont prédominants. Ils sont classés en 4 groupes : troubles affectifs et émotionnels, troubles psychotiques, troubles du comportement et troubles des fonctions élémentaires.

3.3.1.1. LES TROUBLES AFFECTIFS ET EMOTIONNELS

1. LA DEPRESSION

Il faut toujours y penser car elle est sous diagnostiquée et sous traitée

- 15 à 30 % des personnes âgées consultant en médecine de ville présentent des symptômes dépressifs significatifs
- 45 % en institution
- Moins de 20 % sont traités
- 75 % des suicidés âgés ont consulté leur médecin dans le mois précédent.

Elle se retrouve plus volontiers chez les femmes, notamment les veuves ; chez les personnes qui ne bénéficient pas d'un entourage attentif; chez les malades souffrant d'affections somatiques graves et notamment sensorielles.

En outre, les changements de mode de vie, les séparations, les deuils, le confinement à domicile, la perte de liens sociaux et familiaux, la perte des rôles sociaux ou encore un rôle nouveau comme celui de prendre en charge son conjoint dépendant sont autant de facteurs favorisant d'états dépressifs.

Elle est fréquente surtout dans les stades de début de la démence (conscience du déclin).

Bien que les suicides soient rares, elle favorise le repli sur soi et par conséquent l'évolution de la maladie. Elle est assez souvent mal tolérée par l'entourage.

Assez souvent elle rend parfois difficile le diagnostic de démence

2. L'EXALTATION ET LA DESINHIBITION

Il s'agit d'états d'euphorie le plus souvent transitoires associés ou non à une grossièreté du vocabulaire, des avances sexuelles et parfois accompagnés de délires interprétatifs (persécution, érotomanie...)

3. L'ANXIETE

Elle peut exister avant la découverte de la démence « je perds la tête » qui peut se traduire par des attitudes de rejet de l'entourage qui renforce l'anxiété.

4. LES PERTURBATIONS DES EMOTIONS

Elles se traduisent par un émoussement affectif, une perte de la recherche du plaisir, un repli sur soi, une indifférence à son entourage ou, à l'inverse, une incontinence émotionnelle (pleurs, rires).

5. L'APATHIE

C'est un trouble de la motivation motrice et verbale qui peut être confondue avec la dépression. Elle entraîne une détresse de l'entourage qui ne comprend pas l'indifférence du malade

6. LES CONDUITES REGRESSIVES

Elles se manifestent de différentes manières, refus alimentaire ou opposition aux soins.

3.3.1.2. LES TROUBLES PSYCHOTIQUES

Ils sont des facteurs de mauvais pronostic, d'accélération du déclin, de baisse de la qualité de vie. Ils s'accompagnent en général, d'idées délirantes (conviction inébranlable d'une idée fausse) : vol, jalousie, d'hallucinations (perception sans objet), en particulier visuelles+++ ou de troubles de l'identification : fausses reconnaissances, méconnaissance de son entourage (syndrome de Capgra - caractérisé par la conviction délirante qu'un ou des proches familiers ont été substitués par leurs doubles maléfaisants) voire de soi même

3.3.1.3. LES TROUBLES DU COMPORTEMENT

1. LE COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

Ils sont variables et peuvent être une manifestation anxieuse. On peut observer, une déambulation allant jusqu'à la fugue, une incapacité à rester assis ou couché, des rangements et des dérangements ou un habillage et un déshabillage

2. L'AGITATION

Il s'agit d'une activité verbale ou motrice inappropriée par sa fréquence, son heure, son contexte. C'est la raison principale de placement...

3. LES COMPULSIONS ET LES STEREOTYPIES

Il s'agit de répétitions verbales ou gestuelles qui existent à un stade évolué de la maladie et sont mal tolérées par l'entourage

3.3.1.4. LES TROUBLES DES FONCTIONS ELEMENTAIRES

4. LES TROUBLES DU SOMMEIL ET DU RYTHME SOMMEIL-VEILLE

Au début, ils se traduisent par une fragmentation du sommeil et réveil précoce associés à des éveils nocturnes sources de confusion. A un stade évolué, il peut s'agir d'une inversion complète du rythme sommeil-veille motivant le placement en institution

5. LES TROUBLES ALIMENTAIRES

Il s'agit, en général réduction de l'appétit dès le début de la démence (trouble de la satiété, du goût voire de l'odorat). A un stade plus évolué, il peut exister un oppositionnisme ou, à l'inverse une boulimie dans certains types de démence.

6. LES TROUBLES SEXUELS

Leur fréquence est mal connue et le sujet demeure tabou. En général, il existe une diminution de la libido avec un rôle important de l'apathie. A l'opposé, on observe une perte de la décence allant jusqu'à la désinhibition sexuelle.

4. QUAND TRAITER

NE PAS OUBLIER...

Sur 100 patients atteints de maladie d'Alzheimer, 72% d'entre eux ont présenté, près de deux ans avant le diagnostic, des troubles de dépression, des changements de l'humeur, des idées suicidaires ou un repli social. Parmi eux, 81% des patients ont présenté 10 mois après le diagnostic des troubles du comportement. De fait, l'entrée dans la démence ne se fait pas toujours sur un déficit mnésique.... Et ainsi, l'interrogatoire de l'entourage est essentiel !

5. COMMENT TRAITER

5.1. LES MOYENS

Les approches non pharmacologiques comprennent :

- L'adaptation du lieu de vie et l'adaptation des structures
- La formation du personnel
- La possibilité d'une aide psychologique pour le personnel et les accompagnants
- Des thérapies de groupe (stimulation cognitive)

Les approches pharmacologiques font appel aux

- Les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase – IACE - (principalement le Donepezil, la Galantamine et la Rivastigmine) indiqués dans les formes légères à modérément sévères de la maladie et la Mémantine, indiquée dans les formes modérées à sévères
- Les antidépresseurs
- Les neuroleptiques « atypiques » dont la prescription doit être rediscutée régulièrement
- Les anxiolytiques et hypnotiques
- Les normothymiques

5.2. LES MESURES ENVIRONNEMENTALES ET COMPORTEMENTALES

Il faut éviter les sources de déséquilibre et d'angoisses surtout vespérales et nocturnes « sun downing » et améliorer/préserver les interactions sociales et affectives

Il est aussi important, dans la mesure du possible d'améliorer les conditions matérielles de vie et de réduire les comportements aggravants :

- Changer souvent les habitudes et les routines
- Être rigide dans les actes de la vie quotidienne
- Éviter les demandes excédant les capacités du malade
- Être très critique et questionner pour tester les performances
- Ignorer les besoins du malade et méconnaître la maladie
- Être agressif, perdre vite patience et élever la voix.

5.3. PLACE DE LA CONTENTION

Elle est encore trop fréquente. Elle n'est autorisée que sur prescription médicale pour des questions de sécurité (recommandations en vigueur), pour une durée courte. Son utilité est remise en question.

6. POURQUOI LES TRAITER

Tout d'abord pour éviter les hospitalisations car ils raccourcissent la durée de vie, font souffrir le malade et l'entourage et altèrent la qualité de vie. Enfin, elles coûtent cher!!!!Traitements médicamenteux

6.1. AGITATION DEMENTIELLE

Ne pas donner d'antipsychotique

Mise sous Depakine™ 200mg matin puis augmentation progressive par 200 mg tous les 3 jours jusqu'à 1,5 g maximum par jour.

6.2. ANGOISSE MAJEURE

Préférer le Seresta™ 10mg : 1 cp matin, midi, 16h et soir max

Il faut éviter les molécules à ½ vie longue type Lexomil™, Urbanyl™, Valium™, ou Tranxene™

6.3. TROUBLES DU SOMMEIL

Il faut privilégier le Stilnox™ ou Imovane™

6.4. DEPRESSION

Il faut privilégier les sérotoninergiques.

Seropram et Seroplex™ ne se donnent pas au-delà de 10 mg chez le sujet de plus de 60 ans. Il faut prévoir une surveillance ECG, du fait d'un allongement du QT et d'un risque de torsades de pointe. Dans ce cas, préférer Deroxat™ ou Zoloft™

En cas de troubles du sommeil, associés, la Mianserine™ (action indirecte sur la MAO donc complémentaire des IRS) est une option. La posologie est augmentée progressivement de 15 mg à 90 mg. Si la TA bien équilibrée et qu'il existe des traits de mélancolie ou de dépression majeure, un IRSNA : milnacipran (Ixel™) ou venlafaxine (Effexor™) est une option. Il sera prescrit à dose efficace. Dans ce cas, un suivi de la natrémie, du bilan hépatique et de la TA doit être institué.

6.5. HALLUCINATIONS & DELIRES

Ce sont les seules indications des antipsychotiques si le QTc est inférieur à 500ms.

Abilify™ n'a aucune action sur le QTc

La dose de Risperdal™ sera augmentée progressivement de 0,25 mg à 1,5 mg sous surveillance ECG.

Le Solian™ pour des doses de 50 à 200 mg est une alternative possible.

En cas de Parkinson, on peut envisager le Léponex (avec carnet de suivi du fait du risque d'agranulocytose mortelle) ou le Xeroquel™ à doses faibles.

Quelle que soit l'option retenue une surveillance précise s'impose, et un arrêt, en cas de fièvre est obligatoire.

Par ailleurs on surveillera l'apparition de tremblements et/ou une marche à petits pas, une prise de poids, l'apparition d'une hypersialorrhée ou d'une apathie.

7. CONCLUSION

- Savoir reconnaître rapidement les premiers signes
- Eviter le recours systématique aux neuroleptiques
- Structures adaptées
- Soutien de l'entourage