

Comment traiter les troubles comportementaux des démences ?

Mots clés :

Alzheimer
Démence
Prévention
Traitement

Au cours des démences, Alzheimer ou autre type, les symptômes neuropsychiatriques concernent 60 à 98% des patients, spécialement au stade tardif et sont souvent un facteur d'institutionnalisation. Agitation, agressivité, hallucinations, fugues, troubles du sommeil, dépression sont une préoccupation pour les soignants et un facteur de stress pour l'entourage¹. Leur traitement est difficile et mal codifié. Plusieurs études récentes apportent des données concernant les approches pharmacologiques et non pharmacologiques^{1,2}.

Traitements pharmacologiques

Antipsychotiques conventionnels (neuroleptiques)

14 essais contrôlés, 2 méta-analyses concluaient qu'il n'y a pas de données claires prouvant leur utilité. Un léger bénéfice sur l'agressivité existe peut-être avec l'halopéridol, au prix d'effets aderses possibles et importants (sommolence, symptômes extrapyramidaux)¹.

Antipsychotiques atypiques (neuroleptiques de seconde génération). Sur 6 essais contrôlés avec olanzapine et rispéridone, 4 montrent un bénéfice modeste dans des démences modérées à sévères. Aux doses utilisées, l'incidence des symptômes extrapyramidaux apparaît assez basse, mais la somnolence est une préoccupation, ainsi qu'une augmentation du nombre des AVC¹. Une étude récente avec la quétiapine ne montre aucun bénéfice sur l'agitation, mais une accélération du déclin cognitif³.

Antidépresseurs (AD). Les AD tricycliques doivent être évités en raison de leurs effets secondaires anticholinergiques. Les AD sérotoninergiques (IRS) ont été évalués dans 5 essais contrôlés. Un seul avec le citaprolam a montré un bénéfice sur l'agitation. La sertraline a montré un bénéfice sur la dépression, mais non sur les troubles comportementaux. En conclusion, malgré leur bonne tolérance, les IRS ne sont pas vraiment efficaces sur les symptômes autres que la dépression¹.

Normothymiques. Ni le valproate (3 essais sans efficacité et avec des effets aderses), ni la carbamazépine (2 essais contradictoires) ne sont à recommander¹.

Anticholinestérases. Ils ont été étudiés de ce point de vue dans 2 méta-analyses et 6 essais supplémentaires.

Que retenir de ces données ?

D'abord une question : les résultats statistiquement significatifs sont-ils cliniquement significatifs, utiles pour le patient et son entourage ? Il faut sans doute porter plus d'attention aux données concernant la qualité de vie, la dépression, le fardeau des aidants, l'institutionnalisation. Les anticholinestérases ont montré une modeste activité, ainsi que 2 antipsychotiques atypiques, rispéridone et olanzapine, dont la sécurité est actuellement en débat⁷. Aucun n'est le médicament miracle¹.

Ensuite une stratégie : toujours débiter par une recherche de causes médicales et environnementales du comportement. Si les troubles persistent, essayer d'abord les moyens non pharmacologiques et l'éducation des aidants. Si un traitement pharmacologique doit être envisagé, deux approches sont possibles : centrer le traitement sur le trouble clinique dominant, ou agir de façon progressive, avec d'abord des anticholinestérases, ensuite des antipsychotiques atypiques. Il est conseillé d'éviter les BZD, et aussi les contraintes physiques. Aucune médication psychoactive ne doit être poursuivie indéfiniment¹.

Tout ceci montre bien l'incertitude des données, qu'il nous faut gérer.

Cinq de ces 8 études rapportent des bénéfices statistiquement significatifs, mais leur amplitude limitée (1,72 points sur l'échelle NPI de 120 points) conduit à s'interroger sur leur signification clinique¹ : concrètement, galantamine (2 essais positifs sur 3), donézépil (2 positifs, 1 incertain, 1 négatif¹), rivastigmine (1 essai négatif sur l'agitation³).

Mémantine : 2 essais discordants sans signification clinique¹.

Benzodiazépines (BZD). Elles doivent être évitées, surtout à long terme. Elles peuvent augmenter la confusion, les chutes, et même l'agitation^{1,2}.

Traitements non pharmacologiques

De nombreuses approches alternatives ont été proposées, avec l'avantage d'absence d'effets secondaires³.

Les stimulations sensorielles ont montré leur efficacité dans de nombreux essais : *stimulations visuelles* sur le sommeil⁴; *stimulations auditives* avec des musiques personnalisées, des enregistrements de voix ou de bruits naturels^{1,4}. *L'aromathérapie* avec *melissa officinalis* en inhalation ou *lavendula officinalis* en application cutanée était bénéfique sur l'agitation.

Un programme d'exercices destiné au patient et géré par les aidants familiaux formés à cet effet a amélioré la santé physique et la dépression des patients, et retardé l'institutionnalisation⁵.

Un programme structuré de soutien aux aidants familiaux a permis de retarder l'institutionnalisation⁶. Les techniques cognitivo-comportementales destinées aux aidants peuvent avoir des effets bénéfiques sur les troubles comportementaux des patients³.

Références

- 1 - Sink KM et al. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia. A review of the evidence. JAMA. 2005;293:596-608
- 2 - Joray S et al. Peut-on traiter la maladie d'Alzheimer? Rev Med Suisse. 2005;1:1201-8.
- 3 - Ballard C et al. Quetiapine and rivastigmine and cognitive decline in Alzheimer's disease : randomised double blind placebo controlled trial. BMJ. 2005;330:874-7.
- 4 - Burns A et al. Sensory stimulation in dementia. BMJ. 2002;325:1312-3.
- 5 - Exercice plus behavioral management in patients with Alzheimer disease. JAMA. 2003;290: 2015-22.
- 6 - Collectif. Intervenir au niveau de la famille peut retarder le placement institutionnel des patients atteints de maladie d'Alzheimer. Bibliomed. 1997; 47.
7. Singh S. Increased mortality among elderly patients with dementia using atypical antipsychotics. CMAJ. 2005;173:252.