

**TROUBLES DU
COMPORTEMENT DU
DEMENT.**

**Docteur Gauchotte.
septembre 2002.**

Objectifs pédagogiques

1. Identifier les troubles du comportement devant faire évoquer un trouble des fonctions cognitives.
2. Citer les éléments pouvant déclencher des troubles du comportement dans un contexte de démence.
3. Décrire les principes de prise en charge des différents troubles du comportement dans un contexte de démence.
4. Identifier les troubles du comportement devant faire proposer une institutionnalisation.

Ensemble hétérogène.

- Troubles affectifs et émotionnels.
- Troubles psychotiques.
- Troubles comportementaux (agitation, agressivité, stéréotypies).
- Troubles des fonctions instinctuelles (sommeil, appétit, sexualité).

Des troubles :

- Négatifs: Apathie (le plus fréquent), bradykinésie, régression.
- Positifs: Hyperactivité, agitation, déambulation, fugues, troubles des conduites instinctuelles, stéréotypies, troubles psychotiques (délire, hallucinations, interprétations).

Ils apparaissent avant ou après le diagnostic de démence.

- -36 mois : repli social (40% des patients)
- -20 mois : dépression (50%)
- -15 mois : paranoïa (20%)
- -5mois : anxiété (30%)
- -0 mois : **DIAGNOSTIC**
- +6 mois : délire (10%)
- +18 mois : hallucinations (30%)
- +24 mois : agressivité (40%)

L'enjeu :

- Touchent 80% des patients déments.
- Première cause de placement : épuisement des aidants.
- Doivent faire penser à une détérioration cognitive sous-jacente après 65 ans (surtout si absence d'antécédents psychiatriques) et faire pratiquer une évaluation des fonctions supérieures (IADL, MMS au minimum).

Leurs significations?

- **Essayer de les décrypter.**
- Eliminer une origine organique (trouble métabolique, douleur, rétention d'urines, fécalome, douleurs dentaires, problème infectieux, IDM...).
- Eliminer une cause iatrogène (anticholinergiques, Ldopa, neuroleptiques).
- Personnalité antérieure (dépression, éléments névrotiques)..
- Contexte récent.
- Changement de l'environnement.

Dépression :

- Au début prise de conscience du déclin cognitif.
- Expression d'un dysfonctionnement neurobiologique.
- Tristesse passagère : mise en échec.
- Rares passages à l'acte suicidaire.

Exaltation de l'humeur :

- Etats pseudomaniacques (hyperactivité, fuite des idées).
- Tableaux frontaux (agressivité, désinhibition, euphories).
- Délire (thème de persécution, jalousie, spoliation, mégalomanie...), souvent pauvre dans la démence.
- Parfois iatrogènes (IRS, anticholinestérasiques).

Anxiété

- Contexte dépressif.
- Perplexité face à un monde déformé.
- Crainte de l'échec (peut provoquer une attitude de repli sur soi).
- Peut provoquer des fuites, une déambulation. (fugues soudaines).
- Recherche du conjoint (déambulation?), des parents.
- Angoisse d'abandon (agrippement).
- Attaques de panique.

Perturbations émotionnelles

- Labilité émotionnelle.
- Emoussement affectif (Diag. Diff. avec dépression),
- Indifférence (serait plus spécifique de la maladie d'Alzheimer).
- apathie, anhédonie (absence de plaisir)

Conduites régressives

- Démotivation totale
- Refus alimentaire, attitude puérile de dépendance, opposition aux soins, refus de se lever, de se laver etc...
- A différencier de la dépression.
- Penser à la douleur.
- Très fréquent.

Etats psychotiques

- Délires souvent à thème de persécution (cas princeps d'Alzheimer), parfois inauguraux.
- Hallucinations souvent peu élaborées (précoces si démence à corps de Lewy).
- Mélange du présent et du passé (parents, conjoint décédé...).
- Rechercher un déficit sensoriel.
- Troubles de l'identification .
- Ne pas forcément tout traiter.

Agressivité

- Très fréquente.
- Plus verbale que physique.
- Rechercher un syndrome confusionnel, un élément somatique sous-jacent (douleur), un mécanisme délirant ou hallucinatoire ...
- A l'origine de placements...
- Souvent déclenché par l'incompréhension du monde extérieur : opposition agressive

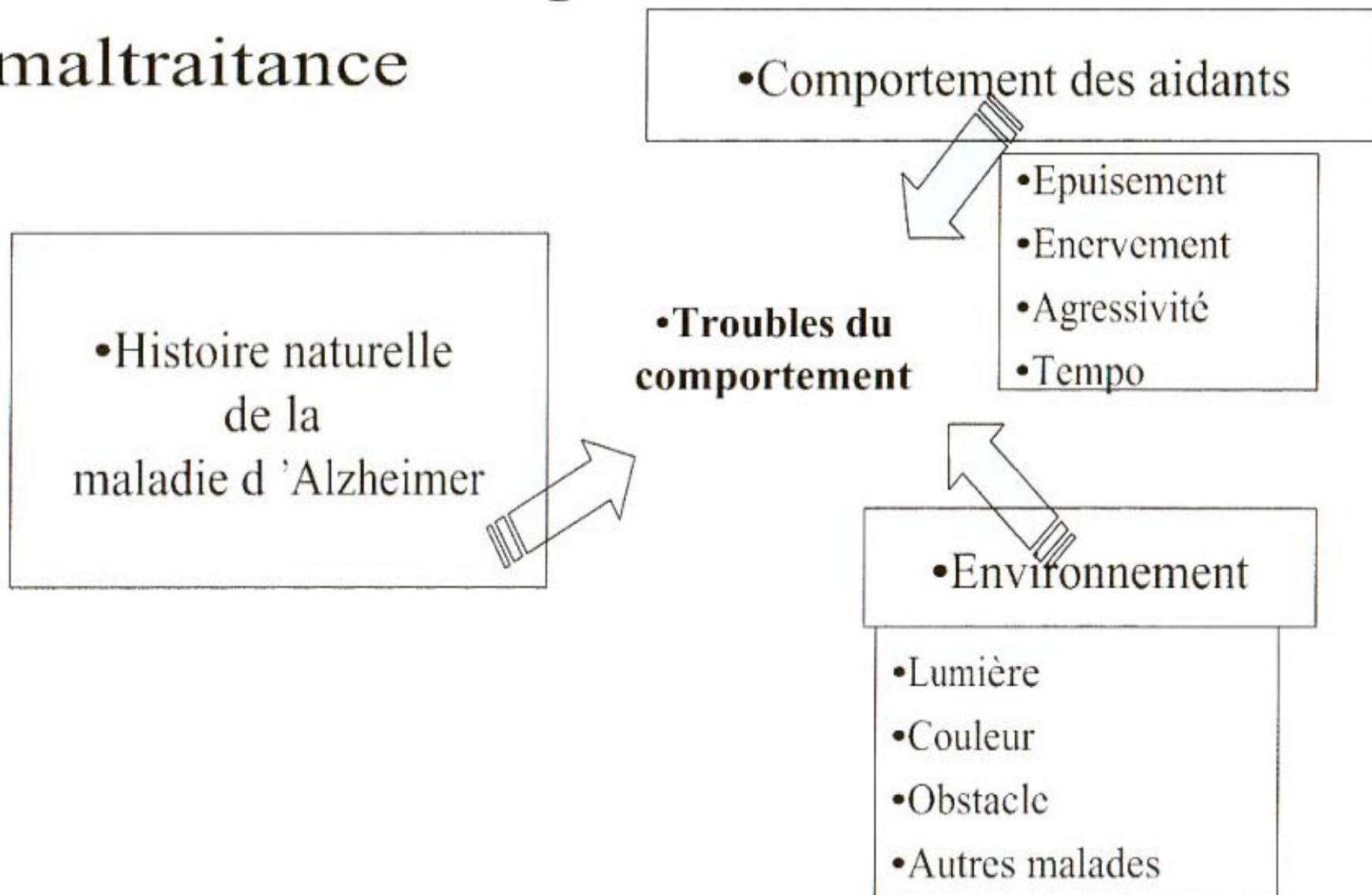
Troubles des conduites instinctuelles

- Troubles du sommeil (douleur? pollakiurie? dépression? anxiété?) et somnolence diurne;
- Sundowning (angoisse de l'obscurité et de l'endormissement).
- Anorexie et boulimie (+rare).
- Troubles sexuels : exhibitionnisme

Autres troubles du comportement

- Déambulation, errance, désorientation spatiale?
- Akathisie (impossibilité de rester assis) .
- Syndrome de Godot (le patient suit le soignant pas à pas).
- Comportement compulsif .
- Stéréotypies: répétitions gestuelles ou verbales.
de survenue tardive.
- Troubles sphinctériens.

Troubles du comportement et maltraitance



Quels traitements?

- La réponse n'est pas systématiquement médicamenteuse.
- Supprimer les traitements confusiogènes.
- Parfois débiter un traitement par inhibiteur de la cholinestérase : Réminyl, Aricept, Exelon
- **Antidépresseurs** sérotoninergiques : Seropram[®], Deroxat[®] (anxiété, intérêt également dans les troubles du comportement)
- ou sérotoninergiques et adrénergiques : Effexor[®] (apathie); éviter les tricycliques.
- Athymil[®] (si troubles du sommeil et anxiété).

Quels traitements?

- **Anxiolytiques:** éviter les BZP surtout à longue durée d'action. Privilégier Seresta[®], Temesta[®] qui ont des demi-vie assez courtes. Equanil[®] (anxiété et déambulation).
- **Hypnotiques :** prudence (hallucinations sous Stilnox[®] et Imovane[®]).
- Stabilisateurs de l'humeur : Dépamide[®], Dépakine[®] et Dépakot[®].
- **Neuroleptiques :** commencer par Tiapridal[®] (100 à 300mg/24H).
- En cas de délire et/ou hallucinations : Risperdal[®] (1/2 à 2mg/24H),
- Loxapac[®] (1 à 2 ampoules IM) exceptionnellement dans les très grandes agitations.
- Décevant dans l'agressivité (on peut proposer les antidépresseurs sérotoninergiques ou les stabilisateurs de l'humeur).

Traitements non médicamenteux et conseils à l'entourage

- **Tolérance** vis-à-vis des symptômes quand c'est possible.
- Savoir respecter une symptomatologie hallucinatoire ou délirante si elle est bien supportée par le patient.
- Ne pas surprendre le patient dément.
- Environnement stable et ambiance sereine.
- Eclairage suffisant.
- Respecter son rythme.
- Lui parler doucement sans l'infantiliser.
- Prévoir une activité physique diurne et des possibilités de déambulation.
- Eviter les trop longues siestes.
- Eviter le café du soir et l'alcool.
- Guider les aidants : aider à comprendre les troubles.

BIBLIOGRAPHIE

1. Corpus de Gériatrie, tome 1, 2M2, édition 2000 .
2. Précis de Géro-nto-psychiatrie à l'usage des soignants, Michel Habrias, Elisabeth Hovasse-Presly. Novartis Pharma SA.
3. Précis de Gériatrie, Gérard Cuny, éditions Ellipses.
4. Troubles psychotiques chez le sujet âgé, J. Pellerin. Laboratoires Janssen-Cilag.
5. Guide pratique de Gériatrie, Sylvie Legrain, Yves Kagan, MMI éditions.
6. Diagnostic des états d'agitation des sujets âgés, Bazin N, La Revue de Gériatrie, Tome 27, N°6 JUIN 2002. P251.
7. Les troubles psychologiques et comportementaux de la Maladie d'Alzheimer , MP Pancrazi, J Touchon, Document Janssen Cilag

Cas clinique 1:

Madame A., 71 ans, n'a pas d'autres antécédents qu'une HTA modérée traitée par Preterax ; depuis quelques semaines, son caractère s'altère : elle devient irritable, renfermée, méfiante, accuse son employée de maison de lui voler ses bijoux, de l'argent liquide . Monsieur A. ne mentionne pas de troubles mnésiques chez son épouse.

Cas clinique 2:

Monsieur B., 78 ans, présente un syndrome extrapyramidal traité par Requip depuis un an environ. Depuis quelques temps, il présente des hallucinations visuelles (le speaker de la télé s'installe dans un coin de la pièce) qu'il ne critique pas et qui ne le gênent pas trop. Son médecin traitant lui a prescrit un traitement par Haldol (2mg/24H) très mal supporté : aggravation +++ du syndrome extrapyramidal, grabatisation, désorientation, apathie. Quel diagnostic évoquez-vous et que proposez-vous ?

Cas clinique 3:

Madame E. 91 ans présente une démence mixte, évoluée mais le contact était encore possible; depuis peu, elle est indifférente, apathique, ferme la bouche au moment des repas. Que recherchez-vous, que proposez-vous ?

Cas clinique 4:

Vous êtes appelé en maison de retraite pour voir Monsieur D. dément, aphasique, grabataire qui crie depuis 48 heures, agrippe et griffe les aides-soignantes au moment des changes ; que recherchez-vous, que proposez-vous, que conseillez-vous à l'équipe ?

Cas clinique 5:

Monsieur F . 83 ans, pensionnaire d'une maison de retraite traditionnelle, est en excellent état physique, est grand et plutôt costaud ; il souffre d'une maladie d'Alzheimer évoluée (troubles du langage et de la compréhension) et a de plus en plus tendance à l'agressivité (il insulte le personnel de la maison de retraite, lève la main de temps en temps) ; il déambule également à longueur de journée sans faire trop de bêtises ; il n'a pas de traitement bien particulier en dehors de Réminyl (2 x 8mg) et Imovane au coucher. Les nuits cependant sont calmes. Que proposez-vous, que conseillez-vous à l'équipe ?

Cas clinique 6:

Madame C., 85 ans présente une maladie d'Alzheimer traitée par Aricept 10mg depuis deux ans ; ses fonctions supérieures se dégradent inexorablement : dernier MMS évalué à 7/30. Elle déambule la nuit au domicile de ses enfants et dort la journée ; un traitement par Stilnox® a été mal supporté (hallucinations) ; son entourage est épuisé . Que proposez-vous ?