

La gestion et la prise en charge des troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer

Management of behavioral symptoms in Alzheimer's disease

Florence LEBERT

RÉSUMÉ

La gestion des troubles du comportement du sujet âgé ayant une maladie d'Alzheimer ne peut être adaptée que si elle est précédée d'une analyse sémiologique de la situation. Nous proposons une démarche dans le diagnostic et dans la prise en charge des situations de crises comme des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

Mots-clés : Troubles du comportement · SCPD · Démence · Maladie d'Alzheimer.

SUMMARY

The management of behavioral symptoms in Alzheimer's patients necessitates a semiological analysis of the crisis. We propose guidelines for diagnosis of the behavioral crisis and to manage agitation, behavioral and psychological symptoms in dementia.

Revue de Gériatrie 2008;28:37-42

Key words : Behavioral symptoms · BPSD · Dementia · Alzheimer's disease.

Les troubles du comportement sont au sujet âgé, ce qu'est la fièvre au nourrisson, c'est-à-dire un symptôme et non une maladie. La démence dont la maladie d'Alzheimer est la cause la plus fréquente, est le premier facteur de risque de survenue de troubles du comportement du sujet âgé, mais là encore, facteur de risque n'est pas obligatoirement synonyme d'étiologie. Traiter sérieusement un trouble du comportement nécessite obligatoirement d'en connaître la cause, ce qui nécessite de s'en donner les moyens. On considérera dans l'article le diagnostic de maladie d'Alzheimer comme acquis excluant par là-même les autres diagnostics de démence.

LA DÉMARCHE DE DÉBROUILLAGE

Après s'être assuré que le malade ou l'entourage ne sont pas en situation de danger imminent, les premières questions sont à adresser à l'entourage, si possible proche, afin de connaître :

- La durée et la brutalité ou non de survenue des troubles
- L'existence ou non d'une aggravation de l'état cognitif, ce qui devra être ensuite évalué par un MMS avec comparaison si possible avec un score précédent
- La présence de symptômes plaçant pour une confusion (inversion nyctémérale, troubles de vigilance,

Travail réalisé dans le cadre de l'équipe d'accueil 2961 du Ministère de l'Éducation Nationale de la Recherche et de la Technologie (MNERT).
Article reçu le 18.09.2002 - Accepté le 10.10.02.

troubles de perception, modifications de l'état psychomoteur, perplexité anxieuse, fluctuation).

Devant un état d'agitation, une somnolence, une insomnie, des hallucinations, ou une instabilité psychomotrice avec fugues, de survenue brutale avec déclin cognitif et présence d'au moins quelques symptômes évocateurs de confusion, la maladie d'Alzheimer ne devra pas être incriminée dans l'origine des troubles du comportement mais il faudra rechercher une cause surajoutée (figure 1). Il sera alors nécessaire d'interroger les proches sur les antécédents du patient, les symptômes physiques récents, les traitements habituels et récents, la prise d'alcool, d'examiner et de s'entretenir avec le patient à la recherche d'une maladie physique ou d'une douleur, de réaliser systématiquement un

bilan biologique et radiologique simple (tableau 1). Ces premiers examen et entretien doivent se faire dans un lieu calme pour accueillir le patient et son entourage. L'utilisation de sédatifs se fera seulement soit pour pouvoir examiner le patient trop agité soit pour le protéger ou son entourage de comportements potentiellement dangereux. Le choix se fera vers un produit à demi-vie courte. L'expérience de plusieurs équipes fait recommander le méprobamate en première intention (1,2). Si cela n'est pas suffisant, des benzodiazépines à demi-vie courte pourront être utilisées ponctuellement ou de l'hydroxyzine mais un risque anticholinergique lors de fortes doses est à craindre. Aucun neuroleptique ne doit être utilisé dans l'urgence pour éviter l'aggravation d'un état confusionnel, éviter de masquer

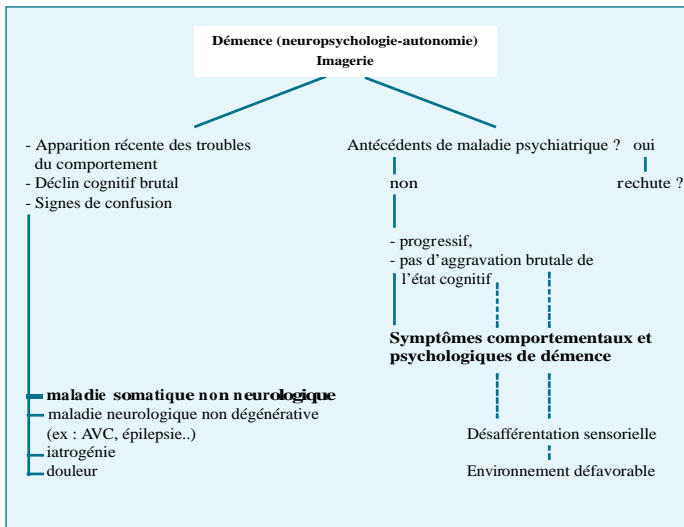


Figure 1 : Arbre décisionnel devant un trouble du comportement lors de maladie d'Alzheimer.

Figure 1 : Disruptive behaviours in Alzheimer's disease : decision making diagram.

Tableau 1 : Bilan minimal à réaliser en l'absence de point d'appel lors d'une aggravation récente des troubles du comportement.

Table 1 : Recent worsening of disruptive behaviours : Minimum test in the absence of significant elements.

- Numération formule
- Ionogramme, urée, créatinine
- Bilan hépatique
- CRP - vs
- Calcémie
- CPK - Troponine (si possible)
- Glycémie
- TSH (si celle-ci n'a pas été dosée pendant l'année écoulée)
- ECBU

- Un abdomen sans préparation
- Une radio de poumons
- ECG

une cause somatique et aussi car généralement cela n'apporte que peu d'amélioration ce qui est biologiquement explicable par l'absence d'altération majeure du système dopaminergique dans la confusion (5). Le traitement le plus efficace est le traitement de la cause justifiant une mise en route rapide de la réalisation des bilans.

Si en revanche la survenue des troubles du comportement est progressive, après avoir éliminé une rechute d'une maladie psychiatrique antérieure à la maladie d'Alzheimer, un environnement défavorable (caractéristiques du lieu de vie, maltraitance verbale ou physique) et les conséquences d'une désafférentation sensorielle, souvent il s'agira alors d'un symptôme comportemental ou psychologique de démence (SCPD), c'est-à-dire d'une manifestation comportementale de la maladie d'Alzheimer.

GESTION DES ÉTATS DE CRISE LORS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

La première question concerne le choix du lieu de la gestion de la crise. Quatre paramètres nous paraissent devoir être pris en compte prioritairement pour le choisir : la dangerosité des troubles, la connaissance ou

non de la cause de la crise, la réponse aux psychotropes, le degré d'épuisement des proches. Les unités de soins Alzheimer sont les lieux qui doivent prendre en charge ces patients lorsque la gestion n'est pas possible à leur lieu de vie habituel. Une unité de soins Alzheimer doit répondre aux critères de Volicer (4), mais doit aussi avoir assez d'expérience pour savoir peser le pour et le contre de soins plus lourds utilisés très ponctuellement (sonde gastrique, perfusions IV ou centrales, contention suivant les recommandations de l'ANAES...), savoir remettre chaque jour en cause les choix et disposer d'un ratio soignants/malades suffisant pour gérer les états d'agitation et leur traitement. La correction des états d'agitation passe aussi par des actions de prévention de la dénutrition, de la déshydratation, de la pathologie thrombo-embolique, des escarres...

GESTION DES SCPD DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER

Le terme de SCPD a été donné par l'International Psychogeriatric Association pour définir les symptômes comportementaux dus aux lésions cérébrales causant la démence. Les SCPD comprennent : délires et troubles de l'identification, hallucinations, agitation, instabilité psychomotrice, compulsions, désinhibition, apathie, hyperémotivité et réactions catastrophes, manifestations dépressives, anxiété, troubles du sommeil et du rythme circadien, troubles des conduites alimentaires et troubles des conduites sexuelles. Leur recherche peut se faire par entretien semi-structuré comme avec l'inventaire neuropsychiatrique disponible en français (5) ou par questionnaire à remettre à une personne de l'entourage comme avec le questionnaire de dyscontrôle comportemental (6).

Traitements pharmacologiques

Les signes comportementaux sont accessibles aux psychotropes du fait de leur origine neurobiologique. Cependant les modifications neurobiologiques dans les démences diffèrent de celles des pathologies psychiatriques même si elles génèrent des symptômes identiques. Cela explique la nécessité de règles thérapeutiques spécifiques lors de démences. Depuis 1997, il existe une référence internationale consensuelle de l'American Psychiatric Association (APA) (7) sur les traitements des démences, y compris des manifestations affectives et comportementales. Pour traiter les SCPD, 4 classes pharmacologiques sont utilisables au vu des résultats de la littérature (8) : les inhibiteurs de la recap-

ture de la sérotonine (IRS), les thymorégulateurs, les nouveaux antipsychotiques, et les anticholinestérasiques. Le *tableau 2* résume leur utilisation. Le méprobamate et les benzodiazépines à demi-vie courte sont des traitements d'appoint permettant d'attendre l'efficacité des classes précitées. Les neuroleptiques classiques n'ont plus aucune indication aujourd'hui en raison du mauvais rapport bénéfices/risques. Certains symptômes ne font pas l'objet de recommandations spécifiques dans la maladie d'Alzheimer comme les troubles du sommeil. Les hypnotiques doivent être prescrits au minimum avec les recommandations d'utilisation du sujet âgé (9). Le risque de troubles du sommeil secondaires est encore plus important lors de démence, il faut éliminer l'inversion nyctémérale de la confusion, un syndrome algique, un syndrome d'apnées du sommeil,

une dysurie, un abus d'alcool ou un effet secondaire d'un médicament comme les anticholinestérasiques, avant de choisir une imidazopyridine ou à défaut une benzodiazépine à demi-vie courte. Les essais pharmacologiques de la mélatonine dans les troubles du sommeil de la maladie d'Alzheimer n'ont pas donné de résultats suffisamment concluants.

Suivi somatique : surveillance du retentissement physique des SCPD

- Poids : l'instabilité psychomotrice, les phobies alimentaires peuvent favoriser une dénutrition à combattre dans une maladie déjà source d'amaigrissement. Les IRS peuvent favoriser une anorexie, mais rarement en être totalement responsables.

Tableau 2 : Indications des molécules dans le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence *.
 Table 2 : Indications of the molecules for treatment of behavioural and psychological symptoms in patients with dementia.

Classes pharmacologiques	Indications	Posologies recommandées
Agents sérotoninergiques :		
<i>Antidépresseurs</i>		
- Fluoxétine	Symptômes dépressifs, anxiété, irritabilité,	20 - 40 mg/J
- Fluvoxamine		50 - 150 mg/J
- Citalopram	+ Idées délirantes	10 - 30 mg/J
- Sertraline		20 - 50 mg/J
- Trazodone		70 - 300 mg/J
<i>Thymorégulateurs :</i>		
- Carbamazépine	Agitation Hostilité	100 mg/J, jusqu'à obtenir taux sanguin de 8 à 12 ng/ml
- Valproate de sodium		125 mg/J, jusqu'à obtenir taux sanguin de 50-60 ng/ml
<i>Antipsychotiques atypiques :</i>		
- Risperidone	Agressivité, idées délirantes	0.5 - 2 mg/J
- Olanzapine	Agitation/agressivité + délire et hallucinations	5 mg/J
<i>Inhibiteurs de la cholinestérase</i>		
	Prévention de la survenue d'hallucinations, d'apathie, d'anxiété	Posologies efficaces sur les troubles cognitifs

* Extrait de la littérature

- Métabolisme : un grignotage sucré peut favoriser un diabète, l'agitation une déshydratation.
- Plaies, traumatismes : l'instabilité psychomotrice peut favoriser des traumatismes qui ne seront pas obligatoirement limités par la douleur. Une observation et une protection sont à proposer.
- Infections : le manque d'hygiène par opposition à la toilette est souvent source d'infections urinaires et gynécologiques et de problèmes dentaires.
- Équilibre, chutes : l'instabilité psychomotrice pourra aboutir après des heures de déambulation à un épuisement et à des chutes. Ces troubles de l'équilibre pourront être aggravés par les psychotropes sédatifs
- Réponses inadaptées à un SCPD : la survenue d'hallucinations auditives peut par exemple être à l'origine d'utilisation de bouchons d'oreille ou de coton pouvant être source de surdité et d'infection.

Aide psychologique

- L'anxiété, les manifestations dépressives et l'irritabilité réactionnelle à la perte des moyens nécessitent une revalorisation de la personne à travers des entretiens et aussi à travers des activités positives mettant en évidence la persistance de capacités. Le bilan neuropsychologique peut aussi être un support à la revalorisation.
- Les symptômes frontaux comme l'apathie, la désinhibition, la négligence physique peuvent être accessibles à des actions cognitivo-comportementalistes comme les techniques de renforcement.

Mesures médico-sociales

- Certaines prises en charge spécialisées comme l'orthophonie, l'ergothérapie, la kinésithérapie proposées pour des déficits ponctuels de la maladie ont parfois un retentissement plus général en particulier sur l'humeur, l'apathie et l'anxiété.
- L'accueil de jour peut aussi être une aide sur le même type de SCPD.
- Les gardes à domicile et de nuit peuvent être précieuses lors du phénomène de coucher de soleil ou lors de troubles du sommeil.
- Les aides soignantes ou infirmières sont parfois indispensables pour des toilettes difficiles, lorsqu'il existe par exemple des troubles de perception rendant la vue de miroirs perturbante ou lors d'hallucinations céphaliques.
- Une protection des biens (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle) peut être utile lors de désinhibition comportementale par exemple à l'origine de dépenses inconsidérées.

Limites du maintien dans le lieu de vie habituel

Comme dans les situations de crise, il faudra reconnaître les limites du maintien dans le lieu de vie sur : la dangerosité des troubles, l'existence d'un doute sur l'existence de facteurs surajoutés à la maladie favorisant les troubles, la faible réponse aux psychotropes, le degré d'épuisement des proches. L'évaluation de la dangerosité doit prendre en compte le type de SCPD et aussi le lieu et les conditions de survenue, par exemple, des fugues la nuit chez un patient vivant seul seront plus dangereuses que le jour chez un patient accompagné toujours d'un proche. Le médecin aura à décider l'orientation entre 3 lieux de soins, une unité de vie Alzheimer dans un EHPAD, une unité de soins Alzheimer en court ou long séjour. Le Comité Alzheimer et Maladies Apparentées (CAMA) a fait des recommandations sur les indications des unités de vie Alzheimer en matière de troubles du comportement⁽¹⁰⁾. "L'admission en unité de vie Alzheimer répond à l'impossibilité du maintien à domicile, à la non-tolérance du patient dans une maison de retraite" classique "en raison de symptômes comportementaux secondaires à la maladie neurologique dont l'intensité ne justifie pas un avis de spécialiste régulier ou une présence de soignants constante", en revanche l'aggravation brutale des troubles du comportement est une contre-indication à une admission en unité de vie Alzheimer. Si des adaptations thérapeutiques et la présence d'un ratio soignants/malades élevé paraissent nécessaires une orientation en unité de soins sera à recommander.

Formation de l'équipe

- La compétence d'une équipe dans la gestion des troubles du comportement est fonction de ses capacités à :
- Savoir observer et se renseigner sur l'état du patient et des changements.
 - Savoir s'adapter aux troubles du comportement et non attendre l'inverse.
 - Savoir protéger le patient de sa dangerosité ou de celle des autres patients.
 - Savoir se protéger.

EDUCATION ET SOUTIEN DE L'ENTOURAGE

L'information sur la maladie est la première étape indispensable de la rencontre avec les proches d'un malade. Elle doit comprendre une explication détaillée sur les SCPD afin d'éviter les nombreuses fausses interprétations et la culpabilité qui en découle, comme les

reproches aux patients. Une règle générale qu'il faudra faire adopter aux proches, est de toujours éviter la mise en échec du malade. C'est aux proches de s'adapter et pas au patient qui ne le peut plus. Le comportement à adopter doit être proposé en fonction du type de SCPD, comme :

- Ne combattre un délire que s'il a des conséquences néfastes pour le patient ou son entourage.
 - Stimuler un patient apathique en découvrant le seuil limite de tolérance permettant d'éviter l'irritabilité.
 - Rassurer un patient anxieux par une présence constante de membres de sa famille, d'amis ou d'animaux de compagnie ou de lumière la nuit.
 - Valoriser et provoquer des actions positives faites par un malade triste.
 - Donner accès à une aire de déambulation sans danger lors d'instabilité psychomotrice.
 - Se rendre disponible en fin d'après-midi pour des sorties lors du phénomène de coucher de soleil.
- Une information sur la confusion et sur la conduite à tenir doit être apportée en apprenant à rechercher la cause par l'observation (transit, fréquences des mictions, fausses-routes, température...). Les rencontres

avec l'entourage permettront aussi de dépister un certain nombre de situations de maltraitance souvent involontaires.

La charge est lourde et douloureuse pour l'entourage. Un lieu d'écoute et de conseils doit être proposable en cas de troubles du comportement, l'organisation de réunions de familles peut être très fructueuse⁽¹¹⁾.

CONCLUSION

Prendre en charge des troubles du comportement chez le sujet âgé nécessite d'adopter une démarche étiopathogénique qui n'a de valeur que si elle est précédée d'une analyse sémiologique précise. Les recommandations que nous proposons sont adaptées à la personne ayant une maladie d'Alzheimer et pas obligatoirement lors d'une autre démence. La prise en charge des troubles du comportement du malade Alzheimer est une médecine exigeante, sémiologiquement et médicalement, et qui nécessite une organisation en réseau aujourd'hui encore naissante. ■

RÉFÉRENCES

1. **Lebert F, Pasquier F.** Traitement médical des manifestations psychiatriques et comportementales de la maladie d'Alzheimer. *Rev Neurol* 2000, vol 156:p.767-p.772.
2. **Mikas M, Volzke T.** Les états confusionnels chez la personne âgée. In: *Vetel JM, Ed. Les troubles du comportement du sujet âgé.* Paris: SERDI 2002,p.13-p.30.
3. **Pollock BG, Mulsant BH, Sweet R et al.** An open pilot study of citalopram for behavioral disturbances of dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* 1997, vol 5:p.70-p.78.
4. **Volker L.** Goals of dementia Special Care Units. In : Holmes D, Teresi JA, Ory M, Ed. *Special Care Units.* Paris: SERDI 2000,p.98-p.108.
5. **Robert Ph, Médécin I, Vincent S et al.** L'inventaire Neuropsychiatrique: validation de la version française d'un instrument destiné à évaluer les

- troubles du comportement chez le sujet dément. *L'Année Gériatrique* 1998, vol 5:p.63-p.86.
6. **Lebert F, Pasquier F, Petit H.** Evaluation comportementale dans la démence de type Alzheimer par le questionnaire de dysfonctionnement comportemental. *La Presse Méd* 1996, vol25:p.665-p.667.
 7. **American Psychiatric Association (1997).** Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's Disease and other dementias of Late Life. *Am J Psychiatry*, vol 154 (suppl):p.1-p.39.
 8. **Lebert F.** Gestion des troubles du comportement. In: *Vetel JM, Ed. Les troubles du comportement du sujet âgé.* Paris: SERDI 2002,p.174-p.191.
 9. **Lebert F.** Thérapeutiques pharmacologiques psychotropes du sujet âgé. *Encyclopédie Médico-chirurgicale Psychiatrie* 2001, vol37:540-C10,8p.
 10. **Lebert F, Hourtaule JL, Plets M, Knaff I, Pasquier F.** Recommandations pour la prise en charge en unité de vie Alzheimer. *Rev Gériatrie* 2002, vol27:p.235-p.240.
 11. **De Bruocq H, Prouet C.** Un outil d'accompagnement : la réunion des familles des patients en gériatrie-psychiatrie. *Rev Française de Psychiatrie et de Psychologie médicale* 2001, vol50:p.64-p.67.