

# Traitements médicamenteux

Dr Jean Christophe MOUTERDE

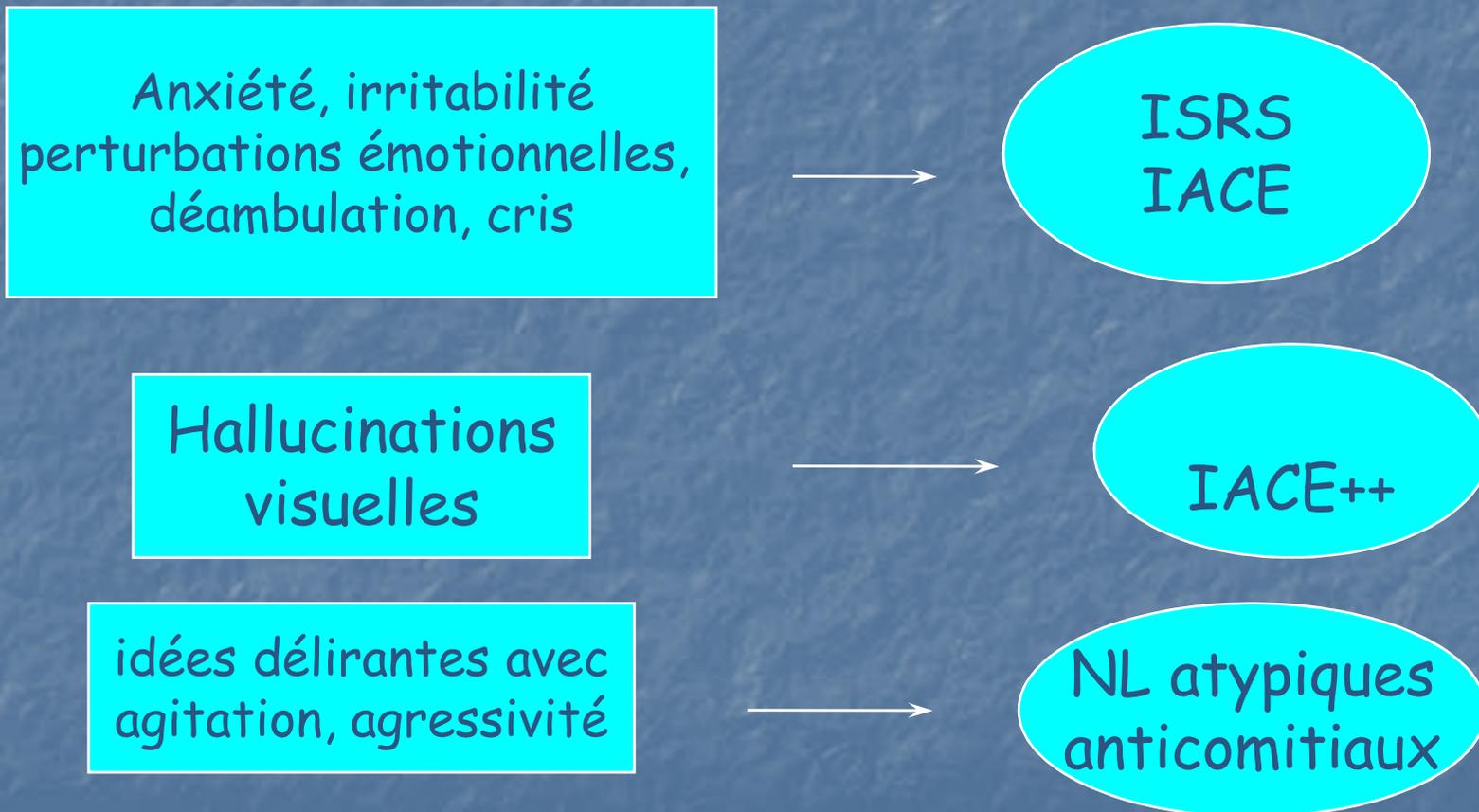
# 1. Traitement étiologique

- De la maladie sous jacente
- Des facteurs déclenchants
- De la douleur chronique
- De la dépression
- De l'anxiété

## 2. Traitement symptomatique ?

- Se poser quelques (bonnes) questions:
  - But de la prescription (pour aider qui? Pour prévenir quoi? Pour éviter quoi?)
  - Toutes les tentatives non médicamenteuses ont-elles été essayées?
  - Produit le plus adapté?
  - A quelle dose et pour quelle durée?
  - Comment le traitement sera-t-il réévalué?
  - Quels effets indésirables?

# Cibles thérapeutiques



*attention Démence à corps de Lewy :  
intolérance aux NL*

# Stratégie thérapeutique pharmacologique

- 1<sup>ère</sup> intention:
  - IACE (41% d'amélioration, 31% stabilisation, 28% aggravation...): effet hétérogène!
- Associer en 2<sup>ème</sup> intention:
  - ISRS
  - NL: Benzamides (Tiapride?)
  - NL atypiques (Risperdal\*) (mais AFSSAPS déconseille car augmentation risque AVC chez patient dément)
- Éventuellement en 3<sup>ème</sup> intention:
  - Anticomitiaux (Carbamazépine, Valproate de sodium) (non évalués de façon satisfaisante)

# Les anti-cholinestérasiques (IACE)

- Aricept\* Donepezil. 5 à 10 mg en 1 prise. Effets secondaires: céphalées, troubles digestifs, troubles du rythme, perte de poids
- Exelon\* Rivastigmine. 6 à 12 mg en 2 prises. Effets secondaires: céphalées, troubles digestifs, asthénie (1 à 10%)
- Reminyl\* Galantamine. 16 à 24 mg en 2 prises.

Efficacité modeste à 6 mois sur les troubles cognitifs

Efficacité modérée mais significative sur les troubles du comportement

# La Mémantine (Ebixa\*)

- 20 mg par jour en 2 prises
  - « La mémantine est un antagoniste potentiel-dépendant non compétitif des récepteurs NMDA d'affinité modérée. Elle module les effets pathologiques de taux élevés de glutamate qui pourraient éventuellement aboutir à un dysfonctionnement neuronal. »
- Efficacité sur la cognition (à 6 mois)
- Intérêt de l'association aux IACE?
- Effets secondaires: céphalées asthénie, hallucinations, confusion

# Apport de ces produits

- Efficacité modeste et transitoire sur la cognition
- Efficacité sur le comportement ou sur le fardeau ressenti par l'aidant
- Impact à long terme très discuté
- Mais catalyseur de l'émergence d'une prise en charge globale +++
- On fait le diagnostic, puis stratégie thérapeutique, prise en charge non médicamenteuse aussi importante que IACE

# Les I.R.S

- Efficace sur troubles de l'humeur
- Efficace sur les troubles psychotiques et les troubles du comportement des patients déments non déprimés
- Agissent aussi sur agitation, idées délirantes, anxiété, irritabilité, instabilité motrice.

# Quel IRS

- Eviter Fluoxétine et paroxétine qui ont un effet inhibiteur des IACE
- Préférer CITALOPRAM
- Début progressif, à demi dose comme toujours chez la personne âgée.

# Place des anxyolytiques

- Tableau anxieux très fréquent
- Doses les plus faibles possibles, avec les molécules à demi-vie courte (Seresta\* Alprazolam\* Temesta\*)
- NE PAS UTILISER Bromazepam/  
Atarax/Lysanxia\* Tranxene\* Urbanyl\*  
Nordaz\* Valium\* (1/2 vie 20 à 65 heures)

# Le sommeil

- Si on a utilisé toutes les solutions non médicamenteuses (activité physique, mise en condition)
- BZD de demi-vie courte: Zopiclone/  
Zolpidem (ne pas utiliser Noctran\*  
Mogadon\*Mepronizine\*)

Nom*	Molécule	1/2 vie	Métabolite
Stilnox	Zolpidem	2h30	Non
Imovane	Zopiclone	5	Non
Mogadon	Nitrazepam	16 à 48	Non
Noctran Tranxène	Clorazépate	30 à 150	Oui
Seresta	Oxazepam	8	Non
Temesta	Lorazepam	10 à 20	Non
Xanax	Alprazolam	10 à 20	Non
Lexomil	Bromazepam	20	Non
Lysanxia	Prazepam	30 à 150	Oui
Nordaz	Nordazepam	30 à 150	Oui

# Utilisation des neuroleptiques : Quand ?

- Après une évaluation clinique et cognitive
- Après une approche non pharmacologique
- Si le trouble présenté est sévère et retentit sur la vie relationnelle du patient (agressivité, délire, hallucinations, angoisse invalidante)

# Des neuroleptiques: lesquels

- Attention avec Loxapine (Loxapac\*)
- Attention avec Ciamémazine (Tercian\*)
- « La loxapine doit être utilisée avec précaution chez le sujet âgé, en raison d'une plus grande sensibilité à la sédation et à l'hypotension orthostatique »

# Des neuroleptiques : lesquels

- Neuroleptiques classiques : akathisie, dystonie, dyskinésie tardive, syndrome extrapyramidal, chutes, sédation, hypotension, insomnie, confusion..: Ont ils encore une place (leur seul intérêt : un coût plus faible)
- Neuroleptiques atypique : moins d'effets secondaires à petite dose, plus efficaces, nécessitent une surveillance de pharmacovigilance
  - Risperdone : 0,5 à 1 mg/j
  - Risque de syndrome malin toujours présent

# Utilisation des neuroleptiques : recommandations

- n Connaître celui que l'on utilise
- n A petite dose
- n Évaluer
- n Surveiller
- n Monothérapie
- n Observance
- n Apports hydriques
- n Réévaluer
- n Arrêter dès la stabilisation, évaluer par rapport à la période sans médicament
- n Si résistance, se référer au psychogériatre

# Les contentions

- Les contentions créent plus de problèmes qu'elles n'en résolvent.
  - Patient plus agité, danger plus important,
  - Atteinte à la dignité
  - Confusion et désorientation
  - Limitation d'activités encore possibles.
- Les utiliser le moins possible et de façon ponctuelle lorsque vraiment nécessaire.

# Les risques des contentions

Type de contention	Utilisation positive	Utilisation négative
Physique	Ceinture pour aider au maintien assis et participer à une activité.	Plateau de table pour empêcher de se déplacer et marcher un peu
Chimique	Médicaments à court terme pour diminuer les hallucinations	Médicaments confusogènes pour empêcher les comportements dérangeants
Environnement	Cour extérieure fermée avec accès libre à l'intérieur de la maison	Fermer à clef la porte de la chambre à coucher.

# Conclusion

- Être à l'écoute du patient, prendre en compte les messages non-verbaux qu'il émet (expressions du visage, mimiques, intonations de voix, gestes, etc.)
- Les sentiments, les émotions sont encore intacts bien après que les mots ont perdu leur sens.
- Préserver la liberté de choix, la capacité d'initiative aussi longtemps que possible.

# Bibliographie

- Les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence

Revue de Gériatrie 30, n°4, Avril 2005

- Conférence de consensus pour l'emploi des antipsychotiques chez le sujet âgé

Revue de Gériatrie 30, suppl F, n°10, 12.2005