

LA DÉMENCE

Dre Guylaine Chiasson

- Je n'ai aucun conflit d'intérêt.

PLAN

- Introduction
 - Démence de type Alzheimer
 - Un mot sur les autres types de démence
 - Diagnostic différentiel
 - Prise en charge
 - MCI/DCL
 - Traitement
 - Troubles du comportement
-

INTRODUCTION

- Démence en augmentation exponentielle avec le vieillissement de la population
 - Maladie neurologique dégénérative évolutive
 - Très difficile à vivre pour le patient et la famille
 - Diagnostic clinique encore pour le moment
 - Pas de traitement curatif
 - Plusieurs types différents de démence
-

ANCIENS CRITÈRES DÉMENCE

- Atteinte de la mémoire
- Atteinte de au moins 1 autre sphère cognitive: phasie, praxie, gnosie, fonctions exécutives
- Impact fonctionnel
- Pas d'autre cause médicale pour expliquer la maladie

NOUVEAUX CRITÈRES DX DÉMENCE

- Démence est dx lorsque Sx cognitifs ou comportementaux qui:
 - Interfèrent avec le fonctionnement
 - Présentent un déclin par rapport au niveau fonctionnel antérieur
 - Ne sont pas expliqués par delirium ou maladie psychiatrique majeure
-

NOUVEAUX CRITÈRES DX (NIA/AA)

CRITÈRES POUR DÉMENCE DE TOUTE CAUSE

- Doit inclure un minimum de 2:
 - Diminution apprentissage de nouvelles informations
 - Diminution raisonnement et tâches complexes, jugement
 - Habiletés visuospatiales diminuées
 - Diminution langage
 - Changement personnalité, comportement

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE DÉMENCE

- Anciens critères imparfaits pour certaines formes de démence
- Nouveaux critères beaucoup mieux car diminution mémoire n'est plus exigée
- Impact fonctionnel= critère le plus important

DÉMENCE DE TYPE ALZHEIMER

- Forme la plus fréquente de démence
- Démence progressive
- Lentement évolutive
- Habituellement sporadique
- Atteinte diffuse des fonctions cognitives
- Stades de Reisberg bien connus

STADES DE REISBERG

- 1- normal
- 2- atteinte subjective de la mémoire
- 3- difficulté au travail
- 4- atteinte AVD
- 5- début d'atteinte AVQ (choix des vêtements/ conduite auto)
- 6- a) besoin d'aide pour s'habiller
 - b) besoin d'aide pour se laver
 - c) besoin d'aide pour aller aux toilettes
 - d) incontinence urinaire
 - e) incontinence fécale

STADES DE REISBERG (SUITE)

- 7- a) langage limité à 6 mots/phrases par jour
b) langage limité à 1 mot/phrase par jour
c) incapacité de se déplacer sans appui
d) incapacité de s'asseoir sans appui
e) incapacité de sourire
f) incapacité de soutenir la tête sans appui

Troubles du comportement habituellement au stade 6

UN MOT SUR LES AUTRES DÉMENCES

- Démence à corps de Lewy
 - Trouble cognitif avec fluctuation
 - Hallucinations visuelles surtout
 - Symptômes extra-pyramidaux
 - Hypersensibilité aux neuroleptiques
-

UN MOT SUR LES AUTRES DÉMENCES

- Démence à corps de Lewy
 - Peut débuter subitement
 - Répond habituellement bien aux inhibiteurs de la cholinestérase

UN MOT SUR LES AUTRES DÉMENCES

- Dégénérescence fronto-temporale
- 3 types
 - Démence frontotemporale (variante comportementale)
 - Aphasie progressive non fluente
 - Aphasie sémantique (aphasie fluente)

UN MOT SUR LES AUTRES DÉMENCES

- Dégénérescence fronto-temporale
- Atteinte rapide des conduites sociales et de l'autonomie sans grande atteinte de la mémoire
- Atteinte du langage
- Troubles du comportement
- Désinhibition
- Persévérance
- Mémoire peu touchée

UN MOT SUR LES AUTRES DÉMENCES

- Dégénérescence fronto-temporale
- Peut être associée a SLA
- Pas de réponse aux inhibiteurs de la cholinesterase
- Seul traitement approuvé pour les troubles du comportement=Trazodone

UN MOT SUR LES AUTRES DÉMENCES

- **Démence vasculaire**
- Pure=rare
- Mixte très fréquente (30% des DTA ont lésions vasculaires)
- Multiples modes de présentation

UN MOT SUR LES AUTRES DÉMENCES

- Démence vasculaire
- 3 sous groupes principaux
 - Post AVC
 - Vasculaire sous corticale
 - mixte
- La plus connue= démence à AVC multiples
- Multiples autres façons de les catégoriser

UN MOT SUR LES AUTRES DÉMENCES

- Multiples autres formes de démence
- Certaines sont très atypiques
- Toujours penser à consommation ROH
- Attention aux Rx (benzo, antichol....)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Dépression
 - Delirium
 - Trouble métabolique
 - Lésion occupant de l'espace (tumeur, néo...)
 - Maladies neurologiques
 - ROH
 - Rx (benzos, narcotiques, anticholinergiques...)
-

PRISE EN CHARGE DU PATIENT DÉMENT

- Histoire complète du trouble cognitif
 - Questionnaire approfondi de autonomie
 - Symptômes associés (chutes/incontinence urinaire/troubles comportement/dépression...)
 - Rx/ROH
 - Examen physique complet avec examen neuro
 - MMSE + test de l'horloge
 - MOCA au besoin
-

INVESTIGATION

- Bilan sanguin
- Imagerie radiologique selon les cas. CT scan ou IRM.

PRISE EN CHARGE DU PATIENT DÉMENT

- Exercice physique
- Counseling familial +++++
- Testament/ testament de vie
- Procuration tôt dans la maladie
- Discuter rapidement de l'implantation de services pour éviter l'épuisement des aidants naturels
- Société d'Alzheimer
- Conduite auto.....

MCI/DCL

- Mild cognitive impairment
- Déficit cognitif léger
- Pt avec déficit cognitif subjectif et objectif sans atteinte de l'autonomie
- 12% par année évoluent vers démence
- Groupe très hétérogène difficile à étudier

MCI- PRISE EN CHARGE

- Assurer suivi annuel avec MMSE et horloge vs MOCA
- MOCA probablement meilleur pour les MCI
- Vérifier autonomie régulièrement et débiter traitement dès que atteinte de autonomie

TRAITEMENT

- Pas de traitement préventif efficace
- Pas de traitement curatif pour le moment
- Traitement symptomatique
- 2 types de traitement
 - Inhibiteurs de la cholinestérase
 - Mémantine

INHIBITEURS DE LA CHOLINESTÉRASE

- 3 molécules
 - Donépézil (Aricept)
 - Rivastigmine (Exelon)
 - Galantamine (Rémínyl)
- Efficacité probablement comparable
- Faut parfois en essayer plusieurs si pas efficace au début

INHIBITEURS DE LA CHOLINESTÉRASE

- On note en général une diminution de l'efficacité après 1 à 2 ans d'utilisation.
- Jamais aussi pire que si pas de traitement
- Faut continuer traitement
- Pas d'indication à ce moment de changer d'inhibiteur
- On peut parfois rajouter citalopram ou mémantine

INHIBITEURS DE LA CHOLINESTÉRASE

- **Indications**

- Démence de type Alzheimer
 - Démence à corps de Lewy
 - Démence mixte
 - Démence parkinsonienne
-
- Ne serait plus indiqué pour la démence vasculaire pure (pas de données suffisantes pour le recommander)

INHIBITEURS DE LA CHOLINESTÉRASE

- Pas indiqués pour le traitement des troubles du comportement

INHIBITEURS DE LA CHOLINESTÉRASE

- Contre indications
 - Bloc AV de haut degré (2^e ou 3^e)
 - Bradycardie sévère ou symptomatique
 - Maladie du sinus
 - Pertes de consciences inexpliquées
 - MPOC très sévère
 - Épilepsie mal contrôlée

INHIBITEURS DE LA CHOLINESTÉRASE QUAND LES CESSER?

- Si patient/famille décident de cesser
 - Non compliance
 - Détérioration cognitive, fonctionnelle et/ou comportementale plus grande avec Tx qu'au préalable
 - Effets secondaires intolérables
 - Comorbidités rendent la poursuite du Tx futile ou trop risquée
 - Progression à un stade 7-pas de bénéfice clinique
-

MÉMANTINE

- Ebixa
 - Antagoniste du récepteur NMDA
(N-methyl-D-aspartate)
 - Diminuerait l'excitabilité du SNC et la dysfonction neuronale
 - Pas couvert au NB
 - Diminuerait le fardeau de l'aidant de 1 heure par jour
 - Étudié dans les démences sévères
-

LA DÉMENCE EN FIN DE VIE

- Démence= maladie neurologique terminale sans traitement curatif
- Cancer du cerveau
- Faut savoir laisser mourir nos patients avec dignité

TROUBLES DU COMPORTEMENT

- Comportements perturbateurs fréquents chez la personne âgée démente
- Va souvent amener l'hébergement
- Comportements perturbateurs fréquents en milieu d'hébergement (40-70%)

QUELQUES STATISTIQUES

- + 50% patients déments présentent des troubles du comportement
- 25-35% peuvent présenter des comportements agressifs
- 15-56% peuvent présenter des idées délirantes
- 30% peuvent présenter un syndrome de non reconnaissance (miroir, famille)

TROUBLES DU COMPORTEMENT

- La majorité des patients atteints présentent plus d'un trouble du comportement à la fois
- Reflètent habituellement un problème sous-jacent
- Sont souvent un mode d'expression à un malaise

TROUBLES DU COMPORTEMENT

- La définition du comportement perturbateur ou non dépend de la façon dont on le voit
- Peut dépendre de la personne, de notre état psychologique, du moment de la journée...

TROUBLES DU COMPORTEMENT

- Comportements habituellement non perturbateurs:
 - Apathie
 - Passivité
 - Réponse émotionnelle émoussée

TROUBLES DU COMPORTEMENT

- Comportements habituellement perturbateurs:
- Physiques
 - agressifs (ex: frapper, coups de pieds...)
 - non-agressifs (ex: errance, cacher objets, picca...)
- Verbaux
 - agressifs (ex: crier, jurons, avances sexuelles...)
 - non-agressifs (ex: questions répétitives, lamentations...)
- Hallucinations et délire (ex: délire de vol, jalousie...)

TROUBLES DU COMPORTEMENT

- Première étape: les rapporter
 - Tenter de toujours bien décrire le comportement
 - Décrire la situation dans laquelle il apparaît
 - Avec qui? Où? Comment? Quand?
 - Décrire la fréquence
 - Utiliser une grille de comportements perturbateurs le plus souvent possible
-

TROUBLES DU COMPORTEMENT

- Quoi faire avec le syndrome crépusculaire?
 - Tenter de limiter le bruit
 - Garder petite lumière allumée la nuit
 - Réorienter fréquemment
 - Si neuroleptique les donner plus tôt

TROUBLES DU COMPORTEMENT-L'APPROCHE

- **Trouver la cause**
- Besoin non rencontré (soif, faim, froid, douleur, besoin d'élimination..)
- Tenter de rencontrer le besoin

L'APPROCHE

- L'approche est semblable indépendamment du trouble de comportement ou de la cause
- Etablir un bon contact avec le patient avec les yeux, la parole et le toucher
- Utiliser les 3 modalités ensemble
- Garder son calme
- Mettre accent sur le non-verbal (patient dément plus sensible)

L'APPROCHE

- Demander la permission au patient avant toute intervention (laver, habiller, examens, toute activité dirigée)
- Tenter de lui redonner du contrôle
- Rediriger son attention avec une autre activité
- Ne jamais contredire le patient ou répondre défensivement
- Ne pas donner des ordres

L'APPROCHE

- Ne pas surstimuler (parler fort, vite, beaucoup de consignes, gestes rapides)
- Corriger les déficits sensoriels
- Eviter les contraintes
- Ne pas prendre personnellement ce que le patient nous dit

L'APPROCHE

- Ne pas s'attendre à une disparition complète du comportement perturbateur.
- Viser plutôt une diminution soit de la fréquence, de l'intensité ou de l'agressivité.
- Une amélioration de 30% est habituellement très bon.

LA MÉDICATION

- Pauvre efficacité (18%)
- Non efficace pour tous les types
- A utiliser en dernier recours (en théorie et dans le meilleur des mondes....)
- L'approche comportementale fonctionne mieux que la médication pour la majorité des comportements perturbateurs.

LA MÉDICATION

- Comportements les plus susceptibles de répondre:
 - idées délirantes et paranoïdes
 - hallucinations
 - désordres affectifs (anxiété, dépression, apathie)
 - agressivité, hostilité
 - labilité émotionnelle

LA MÉDICATION

- Comportements ne répondant habituellement pas:
 - errance
 - insultes, injures
 - vocalisations
 - habillage inadéquat
 - demandes constantes
 - isolement inapproprié

LA MÉDICATION

- Comportements ne répondant habituellement pas:
 - collection d'objets
 - élimination inappropriée
 - syndrome de pica
 - attouchements inappropriés
 - empoignade
 - gestes répétitifs

MÉDICATION

- Neuroleptiques atypiques
 - Risperidone (Risperdal)
 - Quétiapine (Séroquel)
 - Olanzapine (Zyprexa)
- Utiliser petites doses
- Aussi efficace que Haldol mais moins d'effets secondaires
- Bon pour agressivité, hallucinations, délire

MÉDICATION

- L'halopéridol serait le premier choix pour le traitement du delirium.
- Pour les troubles du comportement plus chroniques, on préfère les atypiques.
- Si halopéridol, petites doses.
- L'olanzapine présente des effets anti-cholinergiques.
Pas recommandé en gériatrie.

MÉDICATION

- Effets secondaires principaux des neuroleptiques:
 - Parkinsonisme
 - Somnolence
 - Agitation paradoxale
 - Dyskinésie...

MÉDICATION

- Et que faire avec le risque d'AVC et l'avertissement de Santé Canada....

MÉDICATION

- D'autres médicaments peuvent être tentés dans certaines circonstances très particulières.
- Trazodone, antidépresseurs, buspirone, gabapentin, anticonvulsivants....
- Les benzodiazépines sont à éviter.
- Les réponses sont cependant variables.

MESSAGE-CLÉ

- L'atteinte de l'autonomie est le critère le plus important pour parler d'une démence.

MESSAGE-CLÉ

- Différents types de démence avec présentations différentes.

MESSAGE-CLÉ

- Attention aux neuroleptiques avec la démence à corps de Lewy.

MESSAGE-CLÉ

- La démence est une maladie neurologique terminale pour laquelle il n'y a pas de traitement curatif.

MESSAGE-CLÉ

- Les troubles du comportements représentent en général un besoin non rencontré.

MESSAGE-CLÉ

- Les comportements perturbateurs répondent peu à la médication.
- L'approche behaviorale est en général meilleure.

