



Les antipsychotiques pour l'agitation dans les cas de démence

Joey Ton PharmD Jamil Ramji ACPR G. Michael Allan MD CCFP

Question clinique

Quels sont les bienfaits et les préjudices des antipsychotiques pour traiter l'agitation liée à la démence?

Résultats

Par rapport au placebo, les antipsychotiques procurent peu d'améliorations mesurées sur des échelles d'agitation. Par contre, une amélioration de 50% dans le comportement s'est produite chez environ 46% des personnes prenant des antipsychotiques par rapport à 33% chez celles prenant un placebo. Les préjudices sont sérieux (p. ex. 1 décès de plus par 80 personnes sur 3 mois) et fréquents. Il faudrait limiter les antipsychotiques aux cas d'agressivité grave et tenter le sevrage aussitôt que possible.

Données probantes

Les données probantes sont tirées de 6 revues systématiques (5 à 16 ERC auprès de 856 à 5110 patients ayant duré de 6 à 12 semaines)¹⁻⁶. Les résultats sont statistiquement significatifs à moins d'indications contraires.

- Les placebos ont eu des effets importants (p. ex. une augmentation de 11 points sur une échelle de 144, donc une différence cliniquement significative)⁷.
- Les études sur les antipsychotiques atypiques ont révélé ce qui suit:
 - L'amélioration moyenne sur de multiples échelles était négligeable (p. ex. 3 points sur une échelle de 144 [probablement non significative sur le plan clinique])¹⁻³.
 - Comparés individuellement, les antipsychotiques produisaient généralement des résultats semblables^{2,5}.
 - Certains patients obtenaient une amélioration de 50% sur les échelles (p. ex. 46% avec le rispéridone c. 33% avec un placebo, nombre de sujets à traiter [NST] = 8)⁴.
 - Parmi les préjudices figurait l'arrêt de la médication en raison d'événements indésirables (nombre nécessaire pour nuire [NNN] = 13 à 39)². Le décès (NNN = 77 à 84)^{1,4} et les incidents cérébrovasculaires (NNN = 48 à 104) comptaient parmi les préjudices graves^{1,2,4}.
 - Les résultats au mini-examen de l'état mental étaient de 0,73 moins élevés (statistiquement significatifs, mais non sur le plan clinique)⁴.
 - Les autres préjudices incluaient la somnolence (NNN = 7 à 11), des anomalies dans la démarche (NNN = 11 à 20), des symptômes extrapyramidaux (NNN = 16 à 44) et de l'œdème périphérique (NNN = 20 à 25)^{1,2,4}.
- Les antipsychotiques de première génération (p. ex. halopéridol) semblent produire des taux semblables de préjudices, mais des bienfaits inégaux⁶.

Contexte

- Les inhibiteurs de la cholinestérase, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, le trazodone et le valproate n'améliorent pas significativement l'agitation⁸⁻¹¹.
 - L'efficacité des benzodiazépines contre l'agitation se rapproche de celle des antipsychotiques, mais ils causent aussi des préjudices¹².
- L'arrêt des antipsychotiques pourrait réduire les décès (NST = 4 à 2 ans) sans effets majeurs sur les symptômes neuropsychiatriques¹³.

Mise en pratique

Il faudrait évaluer et corriger les déclencheurs médicaux, psychologiques et environnementaux chez les patients agités¹⁴. La douleur est une cause fréquente de l'agitation dans les cas de démence, et ce phénomène se produit dans 57% des cas; son soulagement peut réduire l'agitation¹⁵. Il est recommandé d'adopter l'approche des 3 R (répéter, rassurer, réorienter)¹⁴. Dans les cas d'agressivité importante menaçant la sécurité des patients mêmes et celle d'autrui, il faut utiliser des antipsychotiques atypiques pour cibler les symptômes, sans causer la sédation du patient¹⁶. La dose efficace la plus faible devrait être prescrite pendant une durée la plus courte possible. Un algorithme pour la déprescription est disponible¹⁶. 🌱

MM. Ton et Ramji sont experts en transfert des connaissances au sein du groupe PEER du Programme d'apprentissage des médecins du Département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta, à Edmonton. Le **D^r Allan** est professeur au sein du groupe PEER du Département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Les opinions exprimées dans Outils pour la pratique sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et les politiques du Collège des médecins de famille de l'Alberta.

Références

1. Ma H, Huang Y, Cong Z, Wang Y, Jiang W, Gao S et coll. The efficacy and safety of atypical antipsychotics for the treatment of dementia: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Alzheimers Dis* 2014;42(3):915-37.
2. Ballard CG, Waite J, Birks J. Atypical antipsychotics for aggression and psychosis in Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(1):CD003476.
3. Yury CA, Fisher JE. Meta-analysis of the effectiveness of atypical antipsychotics for the treatment of behavioural problems in persons with dementia. *Psychother Psychosom* 2007;76(4):213-8.
4. Schneider LS, Dagerman K, Insel PS. Efficacy and adverse effects of atypical antipsychotics for dementia: meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;14(3):191-210.
5. Cheung G, Stapelberg J. Quetiapine for the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD): a meta-analysis of randomised placebo-controlled trials. *N Z Med J* 2011;124(1336):39-50.
6. Lonergan E, Luxenberg J, Colford JM, Birks J. Haloperidol for agitation in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(2):CD002852.
7. Rosenberg PB, Drye LT, Porsteinsson AP, Pollock BG, Devanand DP, Frangakis C et coll. Change in agitation in Alzheimer's disease in the placebo arm of a nine-week controlled trial. *Int Psychogeriatr* 2015;27(12):2059-67.
8. Campbell N, Ayub A, Malaz Boustani M, Fox C, Farlow MR, Maidment I et coll. Impact of cholinesterase inhibitors on behavioral and psychological symptoms of Alzheimer's disease: a meta-analysis. *Clin Interv Aging* 2008;3(4):719-28.

9. Seitz DP, Adunuri N, Gill SS, Gruneir A, Herrmann N, Rochon P. Antidepressants for agitation and psychosis in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(2):CD008191.
10. Martín-Oñ-Torres G, Fioravanti M, Grimley Evans J. Trazodone for agitation in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(3):CD004990.
11. Lonergan E, Luxenberg J. Valproate preparations for agitation in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(3):CD003945.
12. McCracken R, Allan GM. *Agitation in dementia – are benzos a backup?* Edmonton, AB: Tools for Practice; 2015.
13. Allan GM, Behn Smith D. *What are the risks of stopping antipsychotics in the elderly?* Edmonton, AB: Tools for Practice; 2013.
14. Sadowsky CH, Galvin JE. Guidelines for the management of cognitive and behavioral problems in dementia. *J Am Board Fam Med* 2012;25(3):350-66.
15. Husebo BS, Ballard C, Sandvik R, Nilsen OB, Aarsland D. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ* 2011;343:d4065.
16. Bjerre LM, Farrell B, Hogel M, Graham L, Lemay G, McCarthy L et coll. Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia. Evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician* 2018;64:17-27 (ang), e1-12 (fr).

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifié Mainpro+. Pour obtenir des crédits, rendez-vous à www.cfp.ca et cliquez sur le lien Mainpro+.

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the **May 2018** issue on **page 369**.

Les articles d'**Outils pour la pratique** dans *Le Médecin de famille canadien* (MFC) sont une adaptation d'articles publiés dans le site web du Collège des médecins de famille de l'Alberta (CMFA) qui résumant les données médicales probantes en insistant sur des questions particulières et des renseignements susceptibles de modifier la pratique. Les résumés du CMFA et la série dans le MFC sont coordonnés par le **D^r G. Michael Allan**, et les résumés sont rédigés conjointement par au moins 1 médecin de famille en pratique active et ils font l'objet d'une révision par des pairs. Vous êtes invités à faire part de vos commentaires à toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles archivés sont accessibles sur le site web du CMFA: www.acfp.ca.