

Quelles psychotropes dans les SPCD ?

« Symptômes psycho comportementaux liés aux démences »

DR RÉMY THIRION - GÉRIATRE

DR TRISTAN MAHOUE - PSYCHIATRE

2025

Dépression et anxiété

Troubles **d'allure** dépressive ou anxieuse chez un patient atteint de maladie neurocognitive

Etudes : MA +++ mais pas DLFT et MCL

EDC : 10% MA / 26% MCL – Anxiété : 40-67% MCL

Approche non médicamenteuse :

« Aucune intervention non médicamenteuse seule ne s'est avérée plus efficace que les soins courants »

Musicothérapie / Luminothérapie

Dépression et anxiété

Antidépresseur :

- Niveau de preuve faible, reste indiqué
- Risque de résistance plus important si atteinte vasculaire
- ATD les plus étudiés : Sertraline, Escitalopram/Citalopram, Mirtazapine, Venlafaxine
- Les plus recommandés : ISRS (**Sertraline**, Escitalopram, Citalopram)
- Sertraline meilleure efficacité/tolérance
 - Effet dromotrope moindre, galénique avantageuse
 - Effet + dans la MP possiblement MCL
- Mirtazapine : profil clinique, hyponatrémie, Effet + dans la MP possiblement MCL
- Vortioxetine : résultats contrastés
- Eviter : Paroxetine et Fluoxetine (inhibiteur de l'isoenzyme CYP2D6 du cytochrome P450, demi-vie)

ATD prescription :

Principe de base :

- demi dose initiale
 - majoration à 10-15 jours
 - Surveillance iono (J0, J7, après modification)
 - ECG pour Escitalopram/Citalopram (!!! AP ; CIA Tercian)
 - Vigilance : association ACO/ISRS (diminution agrégation plaquettaire)
 - Résistance : ISRS → IRSNa (avis expert)
-
- Sévérité initiale/résistance : ECT unilatérale droite ou tricycliques
 - Absence de validation ATD dans trouble anxieux chez PA
 - Place de la prégabaline : possible si agitation anxieuse (avis expert)

ATD prescription :

Posologie :

- Sertraline : 25-200mg
- Mirtazapine : 15-45mg
- Citalopram : 10-**20**mg (à éviter dans DP et MCL)
- Escitalopram : 5-**10**mg
- Venlafaxine : 37,5mg-225mg (activité Na > 150mg/j)

Durée :

- 1^{er} 6-12 mois
- 2^{ème} 2-3 ans
- Anxiété > 3 mois

Agitation « anxieuse »

Agitation anxieuse très sévère ou avec un retentissement majeur :

- ISRS (citalopram, escitalopram, **sertraline**) > 6 semaines
 - Vigilance sur risque d'akathisie
- Eviter : Mirtazapine
- DLFT : Sertraline, Trazodone 2^{ème} intention
- Si résistance : APA en coadjuvant (aripiprazole 5-10mg / Quétiapine 50-150mg)

Hallucinations et délire

Dans la MA : alimenté par les altérations mnésiques et troubles du jugement (favorisé par une anosognosie).

- Préjudice, vol
- Persécution

Dans la DCL :

- Hallucinations visuelles (80%), complexes, pattern répétitif, personnages/animaux.
- Délire : en lien ou non avec les hallucinations, possiblement congruent à une humeur dépressive donnant un tableau d'EDC avec symptôme psychotique.

Hallucinations et Délire

- Forte prévalence dans l'ensemble des MAMA
- Globalement faible niveau d'efficacité et de tolérance des traitements
- Objectif du traitement: **réduction de l'impact fonctionnel et affectif**
- AP : efficacité
 - Aripiprazole > Risperidone > Haloperidol
 - Eviter Olanzapine et Quetiapine
- Meilleur profil efficacité/tolérance : **Aripiprazole** (et Donepezil)

Hallucinations et Délire : MCL/DP

- MCL :
 - Trouble cognitifs légers :
 - Hallucinations : 25-33% /
 - Délire : 25%
 - Troubles cognitifs majeurs
 - HAV 31% - Hallucinations visuelles 62%
 - Délire 57%
- DP : hallucinations 28% - Délire 29%
- Standard : Clozapine (quétiapine bien tolérée, peu efficace)
- Pimavansérine à discuter
- Diminution des agonistes dopa/lévodopa

Hallucinations et Délire

- ATD : Sertraline, Citalopram (mais > 20mg/j)
- Pimavanserine (agoniste inverse 5-HT) , AAC
- IChE :
 - Dans la MA : taille d'effet supérieur pour Rivastigmine (vs autres IChE) (revue de littérature)
 - Non recommandé en première ligne (délai action, EI, coût)

Antipsychotiques

- Les plus étudiés : Halopéridol, Risperidone, Aripiprazole, Olanzapine, Quetiapine
- Ponctuellement (Sd EP, Anticholinergique) : loxapine, cyamémazine, haloperidol, tiapride
- **Risperidone** : Sd EP, sur-risque AVC (avec Olanzapine) ; AMM
- Olanzapine : B/R défavorable, dernière intention
- Quetiapine : Bénéfice faible, tolérance bonne (sédation)
- **Aripiprazole** : B/R favorable, demi vie loooooongue (75h)

Antipsychotiques

Tableau 1 : Synthétique pour l'aide à prescription d'un APA quand il est indiqué :

Molécule	Dose initial	Augmentation par palier*	Prises par jour	Dose maximale	Temps pour évaluer efficacité	Durée de prescription
Risperidone	0,25 mg matin ou soir	0,25 mg à 0.5 mg tous les 5 jours	1 à 2 fois par jour	2 mg** par jour	2 à 4 semaines à partir de la dose optimale	3 mois à la dose minimale efficace, avec un arrêt progressif
Aripiprazole	2 à 5 mg matin ou soir	2 à 3 mg tous les 7 jours (forme solution) ou 5 mg tous les 15 jours forme comprimé	1 fois par jour	15 mg par jour	2 à 4 semaines à partir de la dose optimale	3 mois à la dose minimale efficace, avec un arrêt progressif
Quétiapine	50 LP mg le soir	50 mg toutes les 3 jours	1 le soir***	300 mg LP par jour	2 à 4 semaines à partir de la dose optimale	3 mois à la dose minimale efficace, avec un arrêt progressif
Olanzapine	2,5 ou 5 mg le soir	2,5mg tous les 10 jours	1 le soir	10 mg par jour	2 à 4 semaines à partir de la dose optimale	3 mois à la dose minimale efficace, avec un arrêt progressif

Antipsychotiques

Place de la Clozapine :

- Bon profil de tolérance pour les Sd EP
- EI à surveiller : agranulocytose, sédation, anticholinergique, hypotension
- Donc possible si Sd EP initial ou résistance
- Débuter à 6,25mg-12,5mg/j ; dose max 50mg
- Surveillance lourde

○ En pratique :

- Risperidone, Aripiprazole, Clozapine

APATHIE

ATD : absence d'indication, risque d'aggraver les symptômes

Methylphenidate dans la MA : pas d'AMM

IChE (Donepezil, Rivastigmine, Galantamine) : MA

Rivastigmine, Piribédil, IRL752 : MP

Agomelatine : DLFT

APATHIE

MPH dans la maladie d'Alzheimer :

- En l'absence de médicaments associés contre-indiqués (IMAO)
- En l'absence des troubles cardiaques (notamment valvulopathies, antécédent d'infarctus du myocarde, d'insuffisance cardiaque ou troubles du rythme cardiaque) ou cerebrovasculaires (notamment AVC) préexistants
- Après vérification de la tension artérielle (TA diastolique entre 73 et 80 (mm Hg))
- Après réalisation d'un bilan cardiologique
- En l'absence de symptômes associés de type anxiété ou agitation ; d'un épisode dépressif caractérisé
- Après prescription d'un agent de type iAChE ou Memantine (à dose stabilisée au moment de l'initiation du MPH)

Molécule	Dose initiale	Augmentation par palier*	Prises par jour	Dose maximale	Temps pour évaluer efficacité	Durée de prescription
Méthyl-phénidate	5 mg matin et midi	5 mg matin et midi 2 semaines plus tard	1 matin et 1 midi	20 mg* par jour	4 semaines à partir de la dose optimale	6 mois à la dose minimale efficace, avec un arrêt progressif