

UTILISATION DES PSYCHOTROPES

PROBLÈME

Les psychotropes sont parmi les produits les plus prescrits chez les personnes âgées institutionnalisées. Correctement et judicieusement employés, ces médicaments peuvent améliorer la qualité de vie des résidents qui en ont besoin. Toutefois, tous les psychotropes peuvent entraîner des effets indésirables ou aggraver des signes ou symptômes pathologiques. Un exemple important en est fourni par l'hypotension orthostatique, état qui s'accompagne d'effets secondaires menaçant gravement la vie. La gravité des effets secondaires de type delirium dépend de la classe et du dosage du produit, des interactions avec d'autres produits, de l'âge ainsi que de l'état de santé du résident.

Redonner au résident ses meilleures capacités fonctionnelles tout en réduisant les risques liés aux effets secondaires du produit, représentent des objectifs essentiels du traitement. Reconsidérer la prescription d'un psychotrope obéit à des règles simples :

- Apprécier l'indication du produit (c'est à dire évaluer le degré et le type de souffrance, la réponse aux interventions non médicamenteuses, le pour et le contre des effets secondaires liés au produit par rapport à la souffrance en l'absence du produit).

Distinguer le traitement d'une affection psychiatrique spécifique diagnostiquée et le traitement de symptômes. Les affections psychiatriques spécifiques (p. ex., schizophrénie, troubles affectifs majeurs) ont chacune leur traitement médicamenteux spécifique selon des modalités établies quant à la posologie et la durée du traitement. Toutefois l'établissement d'un diagnostic psychiatrique précis n'implique pas nécessairement un traitement médicamenteux en l'absence de symptomatologie active.

- Débuter bas et augmenter doucement Au besoin, les produits psychotropes devraient être introduits à la plus basse posologie possible. Afin de limiter les effets secondaires les doses doivent être augmentées doucement jusqu'à obtention de l'effet thérapeutique en restant en deçà des effets indésirables et de la dose maximum recommandée.

- Chaque drogue a ses propres actions et effets secondaires, certains plus marqués que d'autres, ce qui est à apprécier en fonction de l'état médical du patient et en tenant compte des interactions avec d'autres médicaments.

- Considérer tout symptôme ou déclin de l'état fonctionnel comme un effet secondaire possible du médicament.

SIGNAUX D'ALARME

Le protocole d'évaluation du résident doit être rempli dès que le résident prend une quelconque drogue psychotrope et dès qu'il présente une des cinq perturbations suivantes :

Hypotension probablement liée au psychotrope si :

1. Utilisation d'un neuroleptique ET/OU antidépresseur [O4a ou O4c = 1-7] ET UN des troubles suivants :

- Hypotension [J1e = coché]
- Étourdissement / Vertiges [K1c = coché]
- Syncope [K1m=coché]
- Accidents [K2a, K2b, K2c = n'importe lequel coché]

Mouvements anormaux liés probablement aux psychotropes si :

2. Utilisation d'un neuroleptique [O4a =1-7] et UN des problèmes suivants :

- Parkinson [J1m = coché]
- Troubles de l'équilibre [E4a = coché]
- Instabilité de la marche [E4i = coché]
- Difficulté à la station debout/pour tourner [E4j = coché]
- Dyskinésie tardive [J2 =333.82]
- Perte totale ou partielle des mouvements volontaires des membres supérieurs ou inférieurs [E4f,E4h = n'importe lequel coché]
- Agitation motrice [H1c = coché]
- Problème pour mâcher/avaler [L1a, L1b = n'importe lequel coché]

Trouble de la marche lié probablement à un médicament psychotrope autre que neuroleptique si :

3. Utilisation de tranquillisant/hypnotique [04b = 1-7] ET UN des problèmes suivants :

- Déséquilibre [E4a = coché]
- Instabilité de la marche [E4i = coché]
- Difficulté à la station debout/pour tourner [E4j = coché]
- Étourdissements/vertiges [K1c = coché]
- Accidents [K2a, K2b, K2c = n'importe lequel coché]

Affaiblissement cognitif/comportemental probablement lié au médicament si :

4. Utilisation d'un quelconque psychotrope [04a, 04b ou 04c = 1-7] ET UN des problèmes suivants :

- Delirium/Perturbations du raisonnement [B5a, B5b, B5c, B5d, B5e = n'importe lequel coché]
- Repli sur soi [H1d = coché]

- Dépression [**K1q = coché**]
- Hallucinations/Idées délirantes [**K1g = coché**]
- Changement important dans la performance des AVQ [**E7d = coché**]
- Détérioration de la cognition, communication, AVQ, continence, humeur et/ou comportement [**B6=2 ou C6 = 2 ou E8 = 2 ou F4 = 2 ou H6 = 2 ou H7 = 2**]

Inconfort lié probablement au médicament si :

5. Utilisation d'un quelconque psychotrope [04a, 04b ou 04c = 1-7] ET UN des troubles suivants :

- Constipation [**K1a = coché**]
- Fécalome [**K1e = coché**]
- Rétention d'urine [**J2 = 788.2**]

DIRECTIVES

Si l'un des signaux d'alarme est présent, suivre la démarche suivante :

PREMIÈRE ÉTAPE

Passer en revue les éléments suivants :

1. Revue des médicaments (voir dossier)

- Intervalle de temps entre la première prise de médicament et l'apparition du problème
- Posologie et fréquence de prise du produit
- Nombre des classes de psychotropes pris
- Motif de la prescription

2. Revue des problèmes qui modifient le métabolisme/l'excrétion du produit

- Épisode(s) aigu(s).
- Déshydratation
- Insuffisance hépatique/rénale

3. Revue de l'état comportemental de l'humeur/psychiatrique

- État actuel du problème
- Modification récente du comportement lié à l'humeur
- Programme de maîtrise du comportement
- Perturbations psychiatriques

DEUXIÈME ÉTAPE

Rechercher un lien entre les effets secondaires indésirables listés ci-dessous et les produits habituellement pris par le résident.

EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES LIÉS AUX PRODUITS PSYCHOTROPES

Hypotension.

L'hypotension orthostatique (baisse de pression artérielle au lever) est un des principaux facteurs de risque de chute liée aux psychotropes. Elle s'observe couramment avec les neuroleptiques à puissance modérée (chlorpromazine, thioridazine) et avec les antidépresseurs tricycliques. Ces deux classes ont des propriétés anticholinergiques. À l'intérieur de chaque classe, les produits les plus anticholinergiques paraissent produire les plus grands effets hypotenseurs.

Des signes d'étourdissement de vertiges en passant de la position couchée ou assise à la position debout, une syncope (évanouissement), et des chutes/fractures sont à considérer comme des indices d'hypotension induits par le psychotrope.

De plus, de telles manifestations peuvent être liées à des troubles du rythme cardiaque potentiellement aggravés par un antidépresseur tricyclique. L'apparition de l'un de ces symptômes nécessite l'évaluation des troubles posturaux et des troubles du rythme cardiaque.

- Mesure des signes posturaux vitaux

Mesurer la pression artérielle et le pouls, le résident étant en décubitus dorsal.

Mesurer à nouveau la pression artérielle et le pouls en position debout après une à cinq minutes (si le résident ne peut pas se mettre debout ou rester debout, pratiquer la mesure après qu'il ait été mis en position assise). Dans certains cas, des baisses de pression artérielle surviennent plus longtemps après que la personne ait été en position debout.

Une baisse de 20 mm Hg de la pression systolique est toujours anormale. Elle est particulièrement significative si elle s'accompagne d'étourdissements/perte d'équilibre ou si la pression artérielle est inférieure à 100 mm Hg. Une baisse importante est significative même si les valeurs inférieures ne sont pas anormales, en particulier chez des résidents atteints d'affection vasculaire cérébrale.

Mouvements anormaux.

Hyperthermie ET/ OU hypertonie musculaire

Les neuroleptiques interfèrent avec la régulation thermique et peuvent entraîner un syndrome d'hyperthermie potentiellement mortel. Une hyperthermie accompagnée d'une rigidité musculaire importante fait suspecter un syndrome malin des neuroleptiques. Une température au dessus de

38°C chez un résident recevant un produit neuroleptique représente une urgence médicale liée à un dérèglement central de la température. Même modérée, l'hyperthermie accompagnée d'une rigidité musculaire sévère reste une urgence médicale. La température doit être contrôlée étroitement chez les résidents sous psychotropes à propriétés anticholinergiques. De plus, des drogues qui ne sont pas des neuroleptiques à effets anticholinergiques tels que des antidépresseurs peuvent aggraver la fièvre en diminuant la sudation.

Maladie de Parkinson

Ses troubles sont connus pour être aggravés par tout neuroleptique. Il peut être difficile de rattacher des signes parkinsoniens (p. ex., tremblement, en particulier des mains ; mouvements d'émiettement, hypertonie au niveau des membres, du cou, du tronc) à la maladie de Parkinson ou à l'administration récente de neuroleptique. Le parti doit être pris de diminuer ou de supprimer les neuroleptique chez des résidents parkinsoniens sauf indication formelle d'ordre comportemental ou psychotique. L'utilisation de produits antiparkinsoniens doit être envisagée en cas de nécessité d'utiliser des neuroleptiques chez des résidents parkinsoniens.

Cinq types de perturbations des mouvements sont couramment rencontrés chez les résidents recevant des neuroleptiques. Tous ces troubles peuvent altérer la qualité de vie du résident et augmenter les risques d'accident. Les rubriques citées dans le groupe 2 des signaux d'alarme représentent les manifestations de ces troubles. Pour déterminer si le résident souffre d'un de ces troubles, tout résident sous neuroleptique devrait être périodiquement examiné afin de dépister les signes suivants :

Parkinsonisme

Comme la maladie de Parkinson, ce syndrome peut comporter N'IMPORTE QUELLE combinaison de tremblements, instabilité posturale, rigidité musculaire des membres, du cou ou du tronc. Bien que le mouvement d'émiettement ou autre tremblement des mains soit le plus courant, d'autres types de tremblement peuvent s'observer. Dans certains cas, un résident parkinsonien peut ne pas présenter de tremblement mais seulement une rigidité ou traîner les pieds à la marche. Ces symptômes répondent aux produits antiparkinsoniens mais pas toujours complètement. La réduction de la posologie ou si possible la substitution d'un produit non neuroleptique est préférable.

Akinésie

Ce trouble se caractérise par une décroissance marquée des mouvements spontanés, entraînant souvent une non participation aux activités et la négligence de soi, Elle se traite par la réduction du neuroleptique ou l'adjonction d'un antiparkinsonien.

Dystonie

Ce trouble est marqué par le maintien d'une rigidité du cou et du tronc en une posture non

naturelle. Habituellement la tête est soit en hyperextension soit tournée sur le côté. Cet état est inconfortable et un traitement rapide par antiparkinsonien peut aider.

Akathisie - incapacité à rester assis.

Ce trouble met le résident en mouvements permanents de marche, balancement ou de mouvements incessants, ce qui peut par périodes durer des semaines, même après l'arrêt du neuroleptique.

Ce trouble répond parfois à des produits antiparkinsoniens mais moins systématiquement que le parkinsonisme ou la dystonie. Parfois des benzodiazépines ou des bêta-bloquants peuvent aider à amender le trouble bien que la réduction de posologie du psychotrope soit la mesure la plus souhaitable, quand elle est possible.

Dyskinésie tardive - mouvements persistants et parfois permanents induits à long terme par les neuroleptiques.

Les plus typiques de ces mouvements sont ceux de protrusion de la langue ou des mouvements des lèvres de type mâchonnements ou moue par plissement. Ces mouvements involontaires peuvent perturber les fonctions de mâcher et d'avaler, Dans de tels cas, la dyskinésie peut être supprimée par l'élévation des doses de neuroleptique mais le trouble n'en deviendra que plus permanent. Il est habituellement préférable de réduire ou, si possible, supprimer le neuroleptique car le symptôme de dyskinésie peut, après l'arrêt du traitement, décroître avec le temps.

D'autres aspects de dyskinésie tardive comportent des mouvements anormaux des membres, tels que des contorsions répétées des mains et des bras, ou des mouvements de balancement ou de torsion du tronc.

Il n'existe pas de traitement vraiment efficace. La suppression du neuroleptiques peut entraîner après plusieurs mois une régression des signes dans environ 50 % des cas.

Perturbation de la marche (autre que induite par les neuroleptiques).

Les benzodiazépines à longue durée d'action, par les perturbations de l'équilibre de la marche et du maintien des positions qu'elles entraînent, sont impliquées dans l'augmentation du risque de chutes avec leurs conséquences traumatiques. Elles provoquent aussi un effet sédatif marqué, souvent manifesté par une perte de la mémoire à court terme, un déclin des capacités cognitives, une dysarthrie, une somnolence matinale ou un effet sédatif tout au long du jour et un désengagement, avec peu ou pas d'activité. Si un tranquillisant est indiqué pour traiter un trouble anxieux, une benzodiazépine à courte durée d'action ou la Buspirone est préférable à des benzodiazépines à longue durée d'action. La Buspirone n'est pas sédatrice et son action porte sur plusieurs semaines. La posologie doit être augmentée très progressivement.

Détérioration cognitive ou du comportement.

Désorganisation périodique de la pensée/vigilance

Le syndrome de confusion aiguë ou delirium, signalé par les rubriques du recueil de données, peut être causé ou aggravé par des psychotropes de toutes les principales classes.

Si l'épisode confusionnel aigu n'est pas relié à une maladie ou à une dépression grave, le psychotrope doit être mis en cause. La mise en évidence d'un lien entre la première administration du psychotrope et l'apparition d'un changement dans l'état cognitif est du plus haut intérêt.

Dépression

Les tranquillisants comme les neuroleptiques peuvent entraîner des effets secondaires sous forme de dépression ou d'aggravation de la dépression d'un résident atteint d'un trouble affectif majeur et qui recevrait ces produits au lieu d'un vrai traitement antidépresseur.

Hallucinations/Idées délirantes

Bien que ces manifestations soient souvent symptomatiques d'un trouble mental, toutes les grandes classes de psychotropes peuvent de fait provoquer ou aggraver des hallucinations. Les antidépresseurs, les neuroleptiques les plus anticholinergiques et les benzodiazépines à relativement courte durée d'action, tels que le Triazolam et le Lorazepam sont parmi les plus souvent impliqués comme facteurs provoquant des hallucinations visuelles. Celles-ci, chez les personnes âgées, traduisent pratiquement toujours une perturbation cérébrale (p, ex., delirium) plutôt qu'une affection psychiatrique.

Grandes fluctuations des performances entre le matin et le soir.

Toutes les classes de psychotropes peuvent perturber les capacités du résident à réaliser les activités de la vie quotidienne.

Établir le lien entre le moment de prise du médicament et la modification des performances est utile pour évaluer le problème.

Déclin des fonctions cognitives ou de la communication

Tout déclin de ces fonctions peut être induit par le produit et impose de rechercher le lien entre ce déclin et l'introduction ou un changement de médicament. Toutes les principales classes de psychotropes peuvent entraîner une détérioration de la mémoire et des autres fonctions cognitives chez des résidents vulnérables. Si la perte de mémoire des résidents est surtout liée à des affections démentielles ou d'autres affections neurologiques, les produits psychotropes et en particulier ceux doués d'effets secondaires anticholinergiques ainsi que les benzodiazépines à longue durée d'action contribuent certainement à la détérioration de la mémoire.

À l'inverse, le traitement d'une dépression ou d'une psychose peut objectivement améliorer la mémoire qui a été perturbée par une grande maladie mentale. Si l'on observe une aggravation de l'amnésie après introduction de psychotropes ou élévation de leur posologie, envisagez la réduction ou l'arrêt de ce traitement ou la substitution par un produit moins anticholinergique.

Pour un résident anxieux, une benzodiazépine à courte durée d'action ou la buspirone est préférable à une benzodiazépine à longue durée d'action.

Altération de l'humeur. (Se rapporter à "Dépression" ci-dessus).

Altération du comportement

Des troubles du comportement peuvent être aggravés et précipités par des psychotropes qui favorisent la confusion, altèrent les perceptions et favorisent l'agitation.

Altération des AVQ.

Par ses effets secondaires, le médicament psychotrope doit toujours être suspecté chez un résident qui devient plus dépendant dans les AVQ. De plus, les psychotropes peuvent précipiter ou aggraver l'incontinence vésicale, soit par une modification de l'état cognitif ou par une action directe sur le fonctionnement de la vessie.

Inconfort.

Constipation/fécalome

Tout psychotrope anticholinergique peut provoquer ou aggraver la constipation ; cet effet est particulièrement marqué avec les antidépresseurs tricycliques et avec les neuroleptiques relativement peu puissants comme la chlorpromazine ou la thioridazine.

Les cas les moins sévères de constipation peuvent être traités par divers laxatifs, l'augmentation d'ingestion d'eau ; les constipations plus sévères impliquent de substituer un agent moins anticholinergique, de diminuer ou arrêter si possible le psychotrope. Les tranquillisants peuvent favoriser la constipation si leur effet sédatif est tel qu'il réduit la prise de liquides ou les exonérations. Ce problème peut être réglé en passant à une drogue moins sédatrice, en diminuant la posologie, ou en arrêtant si possible l'administration du tranquillisant.

Rétention urinaire

Cette situation peut se manifester par l'impossibilité d'uriner ou par l'apparition ou l'aggravation d'une incontinence urinaire (liée au regorgement de l'urine d'une vessie pleine et qui ne s'évacue pas complètement). Tous les psychotropes anticholinergiques peuvent provoquer ou aggraver une rétention urinaire. La meilleure solution consiste à substituer un produit moins anticholinergique ou à diminuer ou arrêter si possible le psychotrope.

Sécheresse buccale

Ce trouble est un effet habituel de tous les psychotropes anticholinergiques. La sécheresse buccale peut accroître les difficultés à mâcher ou à avaler. Substituer un produit moins anticholinergique peut être bénéfique. Les autres remèdes consistent en salive artificielle ou fourniture de bonbons sans sucre (le sucre favorise les caries).

QUAND ARRÊTER UN TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX ?

1. Quand le traitement médicamenteux est inefficace après essai raisonnable, il doit être arrêté ou modifié. La définition du caractère raisonnable de l'essai dépend de la classe thérapeutique et de l'indication.
2. Quand un traitement est efficace mais entraîne des effets secondaires gênants, il faut soit diminuer les doses, soit lui substituer un agent thérapeutique équivalent moins à même d'entraîner l'effet secondaire en cause. En cas d'impossibilité ou si malgré tout les symptômes réapparaissent, un traitement spécifique de l'effet secondaire gênant doit être envisagé.
Par exemple, si le meilleur traitement de la dépression d'un résident entraîne une constipation, des émoullients, laxatifs, ou apport de fibres peuvent être prescrits.
3. Quand un traitement est efficace et n'entraîne pas d'effets secondaires gênants, il peut être continué pour une période limitée après laquelle il faut viser à diminuer et si possible arrêter le produit.
4. La prescription de psychotropes ne devrait être permanente et indéfinie que dans les cas où les troubles sont réapparus au moins lors de deux précédents essais de diminution du traitement après administration sur une période suffisante.

23 juin 2009

Éditique : Dr Lucien Mias