



FACTEURS EXPLICATIFS D'AGITATION OU AGRESSIVITE CHEZ DES SUJETS ATTEINTS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER: RESULTATS DE LA COHORTE EUROPEENNE ICTUS

Dr Adélaïde de Mauléon
16 décembre 2015
Unité de soins Aigus Alzheimer

SOMMAIRE

- Etat des connaissances
- Hypothèse et objectif
- Matériel et méthode
- Résultats
- Discussion:
 - Facteurs explicatifs,
 - Forces et limites.
- Conclusion

2015 © Congrès National des unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX (SPCD)

- 90% des sujets atteints de MA.

(Gonfrier et al, 2012)

- **Conséquences majeures:**

- Pour le patient,
- Pour l'aidant/les soignants,
- Pour la société (coût).

(Soto et al, 2012; Okuma et al, 2011; Kattunen et al, 2011; Iyketos et al, 2011)

- **Hétérogénéité des troubles:**

- Agitation et agressivité (A/A),
- Interdépendance des troubles.

(Gauthier et al, 2010; Canevelli et al, 2013)



Approche sous-syndromique des SPCD

ETATS DES CONNAISSANCES

- **Prise en charge** des SPCD:
 - Options thérapeutiques limitées,
 - Médicamenteuse et non médicamenteuse.

- Approche **pharmacologique**:
 - **Antipsychotiques**,
 - Réponse faible et majoration morbi-mortalité.

(Schneider et al, 2006; Maust et al, 2015)

- Approche non pharmacologique:
 - Les **aidants** informels et informels,
 - Le **patient**,
 - **L'environnement**.

(Cohen-Mansfield et al, 2013; Kales et al., 2015; Molinari et al, 2010)

HYPOTHÈSE ET OBJECTIF

□ **Facteurs associés à l'A/A:**

- Liés au patient et à l'aidant,
- Facteurs **modifiables** (fardeau, autres SPCD, autonomie).



- ## □ Déterminer les **facteurs explicatifs**, présents **6 mois plus tôt**, de la présence d'un **épisode d'A/A** dans une cohorte européenne atteinte MA, à domicile, durant un **suivi de 2 ans**.

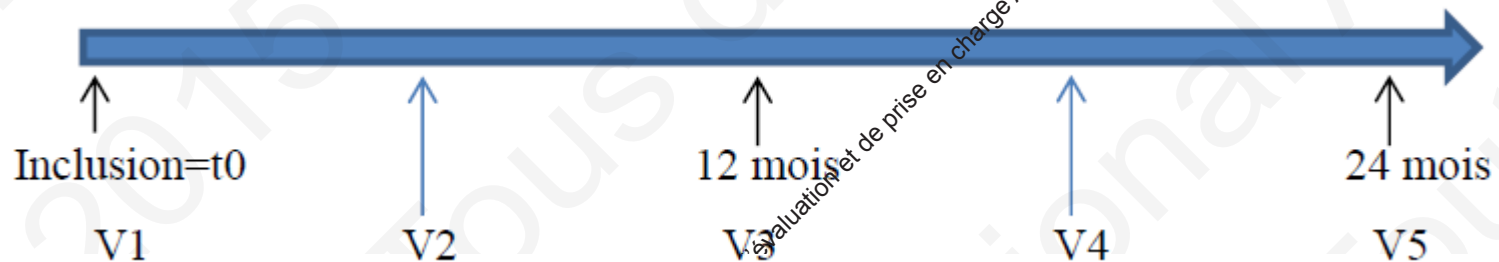
MATERIEL ET METHODE

□ Schéma d'étude:

- Cohorte **européenne** Impact of Cholinergic Treatment Use (ICTUS),
- **Multicentrique**, observationnelle, **longitudinale**, prospective,
- Entre février 2003 et juillet 2005.

□ Recueil de données:

- **Tous les 6 mois pendant 2 ans**,
- Données cliniques, cognitives et fonctionnelles.



POPULATION D'ETUDE

□ Critères d'inclusion:

- Patients atteints de MA,
- MMSE entre 10 et 26,
- A domicile avec un **aidant informel identifié**.

□ Analyses statistiques:

- **Score item A/A issu du NPI** (0 à 12),
- Variables explicatives lors des visites précédentes,
- Description des variables,
- Analyse multivariée multiniveau régression linéaire,
- $P < 0.05$.

2015 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

RESULTATS

Population à l'inclusion
(n=1375)

Caractéristiques sociodémographiques

Sexe (féminin), n(%)

890 (64.73%)

Age*(années)

77 (73-82)

Statut cognitif

MMSE score total*

21 (18-24)

Traitement spécifique, n(%) :

anticholinestérasiques

660 (48.00%)

mémantine

50 (3.64%)

Autonomie

ADL score total *

6 (5-6)

Symptomes psychocomportementaux

NPI score total*

9 (3-18)

NPI par clusters, n(%) :

affectif (dépression/anxiété/irritabilité)

948 (68.95%)

Agitation/Agressivité :

présence

409 (29.75%)

score total*

4 (2-6)

2015 © Congrès National des Unités de soins évaluation et de prise en charge Alzheimer. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

MODELE MULTINIVEAU MULTIVARIE

	Coefficient (IC 95%)	P
C. sociodémographiques		
Suivi	-0.12 (-0.22-0.01)	0.03
Age initial	-0.01 (-0.03-0.01)	0.26
Sexe : Femme	ref.	
Homme	0.03 (-0.30-0.37)	0.84
Statut de l'autonomie		
Autonome (ADL=6)	ref.	
Non autonome (ADL<6)	0.20 (-0.14-0.55)	0.25
Gravité de la maladie		
CDR: Très léger (0.5)	ref.	
Léger (1)	0.01 (-0.39-0.42)	0.95
Modéré (2)	0.16 (-0.33-0.66)	0.52
Sévère (3)	0.69 (-0.16-1.54)	0.11
NPI : item affectif	0.89 (0.48-1.30)	<0.001
Fardeau : Léger (≤20)		
Modéré (21-40)	0.24 (-0.12-0.59)	0.19
Sévère (≥41)	1.08 (0.69-1.47)	<0.001

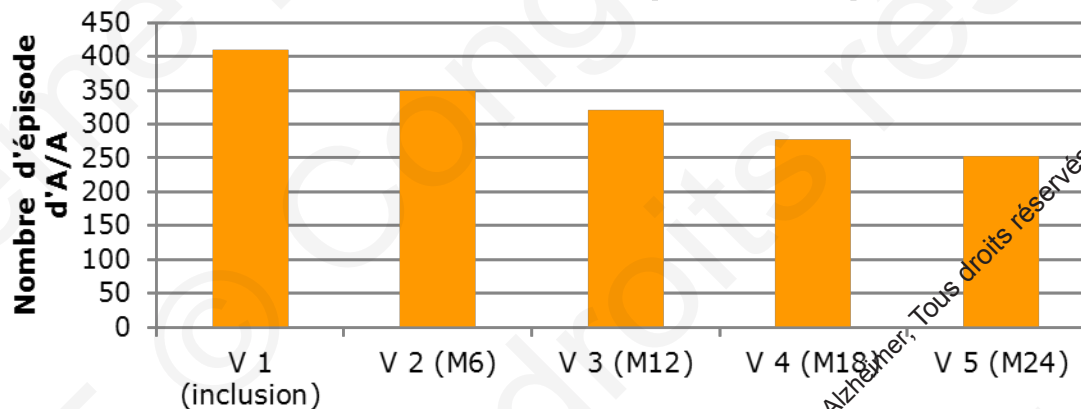
2015 © Congrès National des Unifs de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

DISCUSSION

□ Population incluse:

- **Près d'un tiers de sujets avec A/A à l'inclusion,**
- A/A entre 29% et 33%,
- MA à un stade léger,
- Majoritairement autonome (ADL=6).

(Steinberg et al., 2008;
Gauthier et al., 2010)



□ SPCD:

- **Item affectif** le plus fréquent (69%),
- Majorité d'**apathie** (51%)

FACTEURS EXPLICATIFS

□ Fardeau de l'aidant:

- Fardeau plus lourd,
- Rôle de l'aidant,
- **Supériorité de la prise en charge de l'aidant** par rapport aux psychotropes et traitements spécifiques.

(Okura et al., 2012;
Brodsky et al., 2012)

□ Item affectif:

- **Dépression/irritabilité/anxiété,**
- Traitements efficaces possibles,
- 40% amélioration sous **CITALOPRAM.**

(Porsteinsson et al., 2014)

□ Suivi.

2015 © Congrès National des Unions de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

FORCES ET LIMITES

□ Limites:

- Importance des **données manquantes** (1375 sujets à l'inclusion, 771 à 24 mois),
- Hétérogénéité de la population.

(Verhaas et al., 2012)

□ Forces:

- Nombre élevé de sujets,
- **Cohorte** européenne multicentrique,
- Suivi prospectif de **2 ans**.



Retombées cliniques...

RETOMBÉES CLINIQUES

- Facteurs modifiables.
- Axe non pharmacologique:
 - Prise en charge des **aidants**,
 - **Gestion globale des SPCD.**
- **Recherche clinique:**
 - Nécessité pour définir des prises en charge adaptées,
 - Difficultés de réalisation.

2015 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.