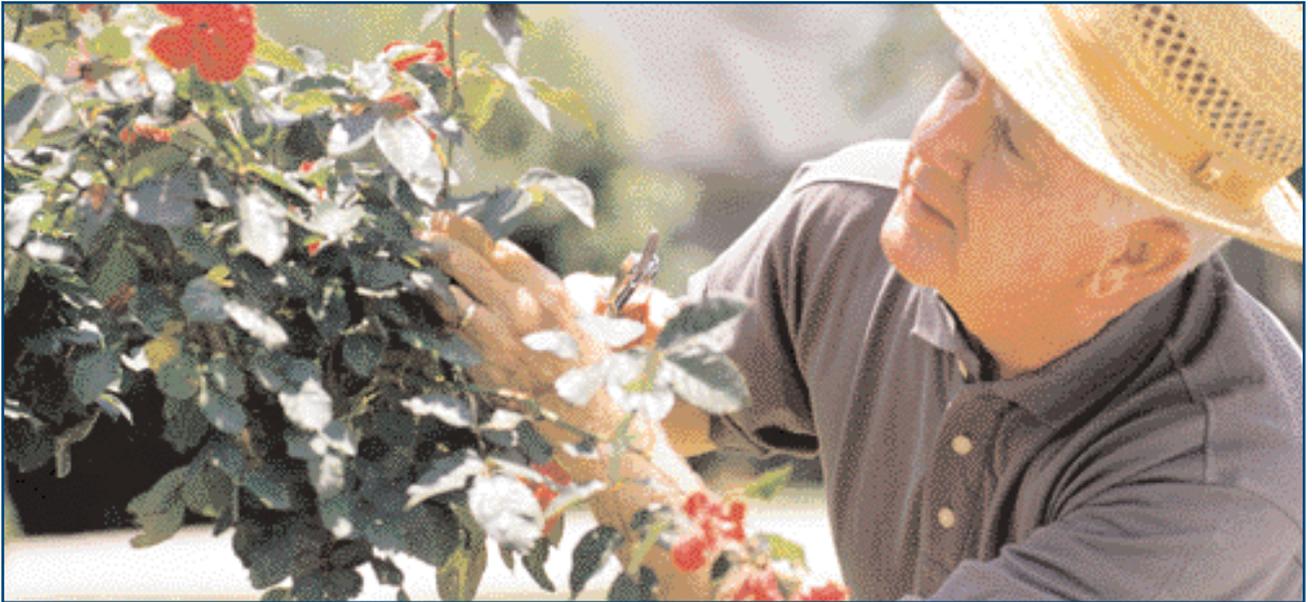


Les symptômes psychotiques chez les personnes âgées

Considérations cliniques et pharmacothérapie antipsychotique



Les symptômes psychotiques sont relativement fréquents chez les personnes âgées. Comme la plupart des personnes âgées sont déjà suivies par un médecin quand les symptômes psychotiques apparaissent, les médecins généralistes et les spécialistes non psychiatres sont souvent les premiers à diagnostiquer et à traiter des symptômes psychotiques.

par Roy Turner, M.D., RIII, et Raymond Tempier, M.D., M.Sc., FRCPC, CSPQ

Dans plusieurs domaines de la médecine, le vieillissement de la population pose un véritable défi. Les symptômes psychotiques sont relativement

fréquents chez les personnes âgées et ils sont souvent associés à de nombreuses maladies et à de multiples facteurs étiologiques.



Le **Dr Turner** est résident III en psychiatrie à l'Université McGill. Il s'intéresse particulièrement à la neuropsychiatrie.



Le **Dr Tempier** est professeur agrégé, Département de psychiatrie, Université McGill, psychiatre et chef de service, Centre universitaire de santé McGill. Il s'intéresse particulièrement au traitement des psychoses et à la réadaptation en psychiatrie.

La psychose chez les personnes âgées

Chez les personnes âgées, il est peut-être plus avantageux d'utiliser les antipsychotiques atypiques que les antipsychotiques conventionnels, car ils ont moins d'effets secondaires tout en traitant efficacement les symptômes cibles.

La plupart des personnes âgées sont déjà suivies par un médecin quand les symptômes psychotiques apparaissent. Ainsi, les médecins généralistes et les spécialistes non psychiatres sont souvent les premiers à diagnostiquer et à

traiter des symptômes psychotiques, tout en essayant d'éliminer la possibilité qu'une cause organique sous-jacente soit à l'origine de ces symptômes.

L'épidémiologie de la psychose chez les personnes âgées

Les symptômes psychotiques sont-ils fréquents chez les personnes âgées? Webster et Grossberg ont évalué un groupe de 1 730 patients âgés de 65 ans et

En bref :

Les symptômes psychotiques chez les personnes âgées Considérations cliniques et pharmacothérapie antipsychotique

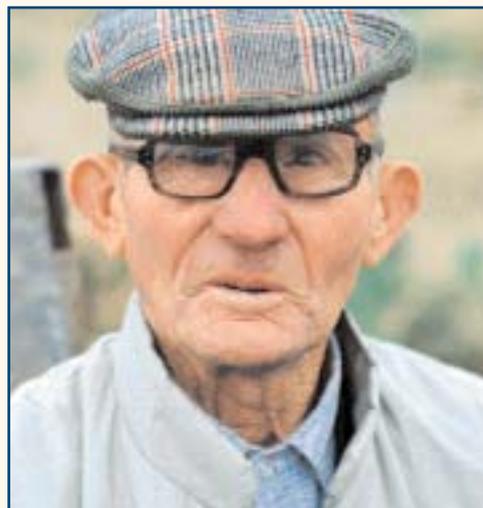
Que doit-on considérer au moment de poser un diagnostic de psychose chez les personnes âgées?

En présence de symptômes psychotiques chez la personne âgée, on doit rechercher l'existence d'une maladie sous-jacente. Lorsqu'on pose un diagnostic de schizophrénie d'apparition tardive, le diagnostic différentiel doit comprendre les maladies suivantes : un état démentiel, un état dépressif et d'autres troubles tels que les *delirium*.

Quel sera le but du traitement?

Lorsqu'il s'agit de traiter des personnes aux prises avec des symptômes psychotiques, il est nécessaire de formuler des objectifs concrets non seulement pour le patient mais aussi pour les proches et l'aidant naturel. Ces objectifs thérapeutiques peuvent être les suivants :

1. diminuer les symptômes cibles et les comportements problématiques;
2. augmenter l'état fonctionnel;
3. réduire le stress de l'aidant naturel;
4. prévenir les complications.



La psychose chez les personnes âgées

Tableau 1

Les médicaments qui peuvent être associés à l'apparition de symptômes psychotiques chez la personne âgée

Antihypertenseurs	Propranolol, méthyldopa
Antiparkinsoniens	Amantadine, bromocriptine, lévodopa, pergolide, lisuride, trihexyphénidyle, procyclidine, bipéridène
Anticholinergiques/Antispasmodiques	Atropine, benzatropine, propanthéline, scopolamine, dicyclomine, hyosciamine
Antihistaminiques (H1 et H2)	Diphenhydramine, hydroxyzine, cimétidine
Analgésiques	AINS, ibuprofène, salicylates, phénacétine, naproxen, indométhacine, narcotiques
Anticonvulsivants	Carbamazépine, phénytoïne, primidone, éthosuximide, phénacémide
Antidépresseurs	IMAO, IRS, tricycliques, bupropion, venlafaxine, trazodone, maprotiline
Antipsychotiques	Chlorpromazine, thioridazine, halopéridol
Antimicrobiens	Podophylline, pénicilline, cyclosérine, tétracycline, antimalariens, sulfamides, isoniazide, iproniazide, céphalosporines
Antinéoplasiques	C-asparaginase
Médicaments cardiovasculaires	Glycosides, anti-arythmiques
Médicaments endocriniens	Corticostéroïdes, hormone thyroïdienne, citrate de clomiphène
Sédatifs/hypnotiques	Benzodiazépines, méprobamate, hydrate de chloral
Stimulants	Amphétamine, méthylphénidate, pseudoéphédrine, éphédrine, phénylpropanolamine, phényléphrine, diéthylpropion
Autres médicaments	Albutérol, aprindine, baclofen, disulfirame, pentazocine, thallium

AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens; IMAO : inhibiteurs de la mono-amine-oxydase; IRS : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine.

Adapté de Coffey, CE, Cummings, JL : Neuropsychiatric aspects of medical therapies (appendice 27-1). Dans : *Textbook of Geriatric Neuropsychiatry*, deuxième édition, American Psychiatric Press, 1994.

plus admis dans une unité psychogériatrique : 74 % étaient des femmes et 80 % avaient plus de 70 ans,¹ 166 patients (soit près de 10 %) présentaient des troubles psychotiques sans antécédents psychiatriques antérieurs, 64 % des patients avaient des idées délirantes, et 90 % des délires étaient de type paranoïde ou de persécution. Par ailleurs, 29 % des personnes évaluées avaient des hallucina-

tions : les deux tiers des hallucinations étaient visuelles et un tiers étaient auditives. Webster et Grossberg ont noté des symptômes psychotiques chez 10 % à 50 % des sujets atteints de la maladie d'Alzheimer et jusqu'à 40 % des patients atteints de démence vasculaire et de *delirium*. Des taux plus élevés d'hallucinations visuelles plutôt qu'auditives reflètent probablement le faible pourcentage de

La psychose chez les personnes âgées



Le traitement de la psychose devrait être basé sur la recherche d'une cause sous-jacente. La prescription de médicaments, comme l'ensemble du traitement, devrait être individualisée.

diagnostics de psychose « fonctionnelle » ou de schizophrénie. Comme les hallucinations visuelles sont plus fréquentes dans les cas de psychose organique, les auteurs affirment, en accord avec la littérature, que les troubles cognitifs demeurent le facteur de risque le plus important pour l'apparition de troubles psychotiques. Les participants à cette étude étaient tous des personnes hospitalisées; cette étude ne reflète donc pas forcément l'état des patients psychiatriques ou médicaux traités en externe. Cependant, ces résultats soulignent l'import-

tance d'établir un diagnostic sûr, puisque bon nombre de symptômes psychotiques sont dus à des causes traitables, réversibles et guérissables. À ce sujet, il est important de connaître les médicaments qui peuvent causer des symptômes psychotiques (tableau 1).²

Les troubles psychotiques primaires. Il n'est pas facile de poser un diagnostic de trouble psychiatrique primaire ou fonctionnel chez la personne âgée. Les concepts de « schizophrénie tardive », de « trouble délirant » (ou paranoïa) et de « paraphrénie » sont souvent utilisés de façon interchangeable. D'ailleurs, la question de l'apparition de la schizophrénie après 45 ans est devenue un sujet controversé : le diagnostic de « schizophrénie d'apparition tardive » ne fait plus partie de la classification du DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, quatrième édition), et l'âge n'est plus considéré comme un critère diagnostique.³ En Angleterre, Copeland et ses collaborateurs ont évalué 5 222 individus âgés de 65 ans et plus, sélectionnés à partir des listes de patients suivis par des médecins généralistes.⁴ Ils ont constaté que la prévalence de la schizophrénie (selon les critères du DSM III) était de 0,12 % et que la prévalence des troubles délirants était de 0,04 %. Par rapport à d'autres enquêtes de prévalence effectuées dans la communauté, ces auteurs rapportent une diminution du nombre de diagnostics primaires de psychose : cette prévalence, qui était de 1,7 % en 1964 et de 4 % en 1984, varie entre 0,1 % et 0,6 % dans les années 1990. Le changement des critères diagnostiques explique vraisemblablement cette diminution de la prévalence. Les enquêtes effectuées dans les hôpitaux rapportent des taux plus élevés de schizophrénie d'apparition tardive et de troubles associés (entre 5 % et 10 %) et, par extension, des

La psychose chez les personnes âgées

taux plus élevés de dépression avec symptômes psychotiques (de 20 % à 40 %).⁵

Henderson et Kay ont revu l'épidémiologie des psychoses fonctionnelles chez le sujet âgé en comparant un groupe de personnes dans la population générale et un groupe de patients suivis en clinique externe de psychiatrie.⁶ Ils ont trouvé que les états psychiatriques définis par un ensemble de symptômes psychotiques n'étaient pas rares dans la population générale âgée et que la sémiologie de ces états psychotiques était similaire à celle des patients suivis en clinique externe de psychiatrie. Ces psychoses sont plus courantes chez les femmes, elles augmentent avec l'âge et elles sont associées à des troubles sensoriels, à une diminution des performances cognitives ou à des altérations dégénératives du cerveau.

La question de la schizophrénie d'apparition précoce ou tardive a été revue par Eastham et Jeste.⁷ Approximativement 15 % des patients atteints de schizophrénie commenceraient à présenter des symptômes après l'âge de 45 ans. Que la schizophrénie apparaisse précocement ou tardivement, elle a des caractéristiques identiques : la présence de symptômes (par exemple, des délires bizarres, des hallucinations auditives), des antécédents familiaux, une hyperdensité de la matière blanche (apparente à l'imagerie par résonance magnétique), des troubles cognitifs et une réponse au médicament. La schizophrénie tardive est plus courante chez les femmes : la disparition de l'effet protecteur des œstrogènes pourrait expliquer ce phénomène. Chez des patients de même âge présentant une schizophrénie d'apparition précoce ou tardive, on constate que la schizophrénie tardive serait associée à moins de symptômes négatifs (retrait social, affect plat, etc.). Dans ce cas, on peut admi-

Tableau 2

Les facteurs de risque pour les troubles psychotiques chez les personnes âgées

Une détérioration de aires corticales clés (frontales, temporales)

Des changements neurochimiques reliés à l'âge

Des changements cognitifs

Des changements pharmacocinétiques/pharmacodynamiques (augmentation de la sensibilité au médicament, et augmentation du risque de *delirium*)

Une maladie physique concomitante

L'isolement social

Des déficits sensoriels (vision, ouïe, etc.)

La polypharmacie

La consommation d'alcool et/ou de drogues

Une prédisposition génétique (antécédents familiaux)

Des traits de personnalité prémobides, paranoïdes, schizotypaux, etc.

Le sexe féminin

Targum, SD, Abbott, JL : Psychoses in the elderly: A spectrum of disorders. *J Clin Psychiatry* 60(suppl. 8):4, 1999.

nistrer des doses moins importantes de médicaments antipsychotiques.

Comment diagnostiquer une psychose chez la personne âgée?

En présence de symptômes psychotiques chez la personne âgée, on doit rechercher l'existence d'une maladie sous-jacente. Targum et Abbott ont identifié plusieurs facteurs de risque des psychoses chez la personne âgée (tableau 2).⁸ Les hallucinations sont

La psychose chez les personnes âgées

Tableau 3

L'évaluation psychiatrique de la psychose chez la personne âgée

Un examen de dépistage

Comportement : agitation, anxiété, agressivité, mouvements anormaux, troubles du sommeil

Affect : patient labile, déprimé, excité ou irritable

Psychose : hallucinations, délires

Cognition : confusion, *delirium*, démence

Aspects médicaux : douleur, chute/trauma, revue des systèmes

Médicaments/drogues : intoxication, symptômes de retrait

Une évaluation psychosociale

Questions à poser à l'aidant : dangerosité, variation diurne, déclencheurs, départ des symptômes/changements, épuisement de l'aidant naturel, capacité à communiquer

Environnement : sécurité, accessibilité, caractéristiques (par exemple, appartement sombre, froid, bruyant), aspect financier (par exemple, coût du loyer), activités

Des antécédents neuropsychiatriques

Démence, maladie de Parkinson, schizophrénie, trouble de l'humeur, blessure à la tête, antécédents d'agression, retard mental, consommation de drogues, troubles du sommeil

Quoi rechercher ou évaluer à l'examen neurologique

Signes extrapyramidaux, réflexes primitifs, signes moteurs focaux, démarche et mobilité, incontinence, fonction sensorielle

Quoi rechercher ou évaluer à l'examen médical

État aigu, maladie occulte, prescription d'autres médicaments, nutrition, hydratation, signes vitaux

Borson, S : *Practical management of agitation and aggression in older patients*. Conférence de formation, 152^e réunion annuelle de l'*American Psychiatric Association*, Washington D.C., mai 1999.

plus fréquentes chez les personnes âgées et les idées délirantes doivent être distinguées des perceptions erronées dues à un trouble sensoriel ou cognitif. Lorsqu'on pose un diagnostic de schizophrénie d'apparition tardive, le diagnostic différentiel doit comprendre les maladies suivantes : un état démentiel, un état dépressif et d'autres troubles tels que les *delirium*. Un examen psychiatrique systématique

de dépistage aidera à déterminer quels sont les éléments critiques du diagnostic et permettra de planifier le traitement (tableau 3).⁹ Il faut savoir que les patients âgés présentant des états dépressifs psychotiques répondent mal au seul traitement antidépresseur et requièrent la plupart du temps des médicaments antipsychotiques.⁸

La psychose chez les personnes âgées

L'utilisation des médicaments antipsychotiques chez les personnes âgées

Lorsqu'il s'agit de traiter des personnes aux prises avec des symptômes psychotiques, il est nécessaire de formuler des objectifs concrets pour le patient mais aussi pour le proche, l'aidant naturel. Ces buts thérapeutiques peuvent être les suivants :

1. diminuer les symptômes cibles et les comportements problématiques;
2. augmenter l'état fonctionnel;
3. réduire le stress de l'aidant naturel;
4. prévenir les complications.

Une approche biopsychosociale est préférable et des interventions psychosociales telles qu'une modification de l'environnement du patient (amélioration des conditions de vie, du logement, aides diverses, etc.) devraient commencer en même temps que la pharmacothérapie. Rappelons que dans la mesure du possible, avant de débiter une pharmacothérapie psychiatrique, il faut diminuer ou arrêter tout médicament non nécessaire. Les médicaments les plus utilisés chez les gens âgés sont les antihypertenseurs, les médicaments cardiovasculaires, les analgésiques, les médicaments contre l'arthrite, les laxatifs, les anti-acides et les sédatifs/tranquillisants.¹⁰ Ces médicaments peuvent avoir des interactions avec les antipsychotiques. De plus, comme les clairances rénale et hépatique diminuent avec l'âge, le principe *start low, go slow* (débiter à petites doses et augmenter lentement) s'applique pour les patients âgés.

L'innocuité des antipsychotiques atypiques chez les personnes âgées

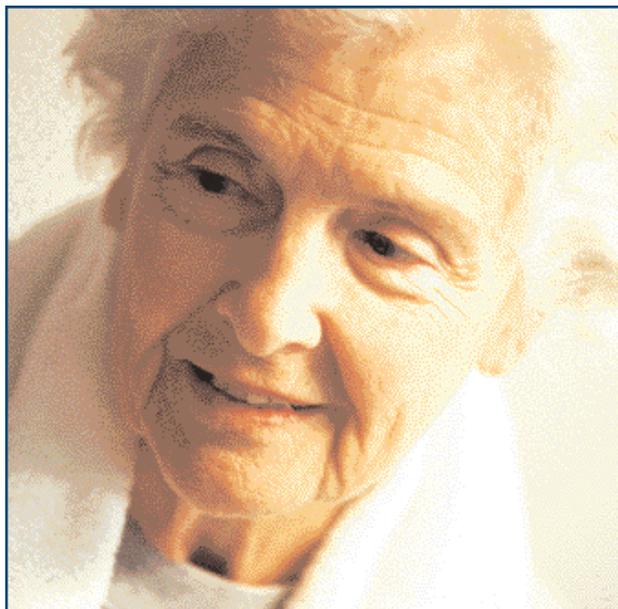
Les antipsychotiques atypiques offerts sur le marché (la rispéridone, l'olanzapine, la clozapine et la

quétiapine) diffèrent des médicaments conventionnels par leur efficacité, leur tolérabilité et leur innocuité.

Les antipsychotiques conventionnels de faible puissance comme la chlorpromazine peuvent être associés à une hypotension orthostatique et avoir des effets cardiovasculaires (prolongation de l'intervalle QT) et anticholinergiques; de ce fait, ils ne sont pas recommandés pour des patients âgés.¹⁰ Les antipsychotiques conventionnels plus puissants comme l'halopéridol sont préférables, mais ils risquent de provoquer des symptômes extrapyramidaux et de la dyskinésie tardive, ce qui diminue leur bénéfice par rapport aux risques encourus.¹¹ De plus, le vieil âge est un facteur de risque indépendant pour l'apparition et la sévérité de la dyskinésie tardive.¹² On sait que les antipsychotiques atypiques entraînent moins d'effets extrapyramidaux et de dyskinésie tardive.⁹⁻¹⁷ Ils seraient également plus efficaces sur le plan des symptômes négatifs.⁹⁻¹² On doit cependant être prudent quand on recommande l'utilisation des antipsychotiques atypiques chez les personnes âgées, étant donné que l'on ne dispose pas de beaucoup de données à long terme sur leur utilisation. Des effets secondaires peuvent aussi survenir avec les antipsychotiques atypiques :

- la clozapine peut entraîner de la sédation, une toxicité anticholinergique, une hypotension posturale, voire même de l'agranulocytose;
- la rispéridone peut entraîner de la somnolence et de l'hypotension ainsi que des symptômes extrapyramidaux (selon la dose);
- l'olanzapine et la quétiapine ont déjà été associées à de la sédation, à de l'hypotension et à des effets neurologiques non spécifiques.^{6,10,13,14,17}

La psychose chez les personnes âgées



L'efficacité des antipsychotiques atypiques chez les personnes âgées

Il y a actuellement peu de données cliniques sur l'utilisation des antipsychotiques atypiques chez les personnes âgées, et les données existantes proviennent de milieux institutionnels. Katz et ses collègues ont mené récemment un important essai clinique contrôlé, chez des patients américains âgés; ils ont mesuré l'efficacité de la rispéridone dans le traitement des troubles psychotiques et des troubles du comportement.¹⁶ On a administré de la rispéridone à raison de 0,5 mg, de 1 mg ou de 2 mg par jour pendant 12 semaines à 680 patients dont l'âge moyen était de 82 ans et qui étaient atteints de démence profonde (score moyen de 6,6 au *Mini Mental Status Examination*). Les résultats montrent que des doses de 1 mg à 2 mg par jour ont réduit les symptômes psychotiques et agressifs. De plus, les comportements agressifs se sont améliorés indépendamment des troubles psychotiques. Il n'y pas

eu d'effets secondaires notables de type anticholinergique ou cognitif. Cependant, on a retrouvé 3 fois plus de somnolence (à une dose de 1 mg et de 2 mg), 3 fois plus d'effets secondaires extrapyramidaux (à 2 mg), et d'œdème périphérique (quelle que soit la dose) dans le groupe recevant la rispéridone comparé au groupe qui recevait le placebo. L'œdème périphérique était discret dans tous les cas et son mécanisme causal n'a pas été élucidé; les examens de laboratoire n'ont pas trouvé de différences entre les groupes.

Un autre essai clinique a comparé des doses variables de rispéridone (dose moyenne de 1,1 mg par jour) à l'halopéridol (dose moyenne de 1,3 mg par jour) et à un placebo dans le traitement de troubles du comportement non psychotiques chez des patients déments.¹⁷ Les scores d'agression ont diminué dans le groupe recevant la rispéridone comparativement au groupe recevant le placebo et les scores d'effets secondaires extrapyramidaux ont augmenté dans le groupe recevant l'halopéridol par rapport aux groupes recevant la rispéridone et le placebo.

Street et ses collègues ont récemment publié les résultats d'un essai clinique randomisé auquel ont participé 206 patients âgés résidant dans des foyers d'accueil et présentant un état démentiel de type Alzheimer.¹⁸ Les patients qui présentaient des troubles psychotiques ou des troubles du comportement ont reçu un placebo ou de l'olanzapine (5 mg, 10 mg ou 15 mg) pendant 6 semaines. On a noté des améliorations à des doses de 5 mg à 10 mg mais pas à des doses de 15 mg par jour. De la somnolence (à toutes les doses) et des troubles posturaux (à 5 mg et à 15 mg par jour) représentaient les effets secondaires les plus fréquents. Aucun essai clinique ne semble avoir été effectué au sujet de l'utilisation de la quétiapine et de la cloza-

La psychose chez les personnes âgées

pine chez les personnes âgées. Cependant, une analyse à 12 semaines d'un essai clinique ouvert d'une durée de 52 semaines portant sur la quétiapine a montré que chez 151 patients de 65 ans et plus présentant des troubles psychotiques, la quétiapine a entraîné une nette amélioration des symptômes et a été bien tolérée.¹¹ La dose moyenne a été de 100 mg/jour (des doses de 25 à 800 mg par jour ont été administrées). Les effets indésirables les plus souvent rapportés ont été la somnolence (32 %), les étourdissements (14 %), l'hypotension posturale (14 %), l'agitation (11 %) et les effets extrapyramidaux (6 %). Toutefois, le groupe de patients étudié était hétérogène sur les plans du diagnostic (psychoses organiques et fonctionnelles) et du lieu de résidence (hôpital, institution, maison). Enfin, on a relevé que dans le traitement des psychoses dopaminométiques chez les patients parkinsoniens, l'utilisation de la quétiapine est avantageuse grâce à son profil d'effets extrapyramidaux assez bas.¹⁹

Dans certains essais ouverts et à partir d'analyses rétrospectives, la clozapine s'est elle aussi montrée efficace dans le traitement de toute une variété de syndromes psychotiques divers. Cependant, même à faible dose, ce médicament est mal toléré par de nombreux patients âgés.⁷

Conclusion

Les symptômes psychotiques chez les personnes âgées sont associés à un groupe de maladies hétérogènes. Le traitement de la psychose devrait ainsi être basé sur la recherche d'une cause sous-jacente et la prescription de médicaments, tout comme l'ensemble du traitement, devrait être individualisée. Il serait bon que les cliniciens gardent à l'esprit que chez le sujet âgé, les symptômes psychotiques sont la plupart du temps de nature non spécifique.

L'efficacité des antipsychotiques atypiques a été démontrée chez la personne âgée en ce qui a trait à la maîtrise des symptômes cibles à travers un large éventail de troubles primaires. Cela dit, il n'y a pas encore eu suffisamment d'études sur l'efficacité de ces médicaments chez les personnes âgées. L'argument le plus convaincant en faveur de l'utilisation des antipsychotiques atypiques chez les patients âgés est peut-être le fait qu'ils entraînent moins d'effets secondaires sérieux comme les symptômes extrapyramidaux et la dyskinesie tardive.

Enfin, on doit évaluer de façon continue la réponse au traitement et les effets secondaires. On doit aussi réévaluer régulièrement les bienfaits de

La MPOC
est *rarement*
avant diagnostiquée
la soixantaine.



Mais elle
pourrait l'être.

La psychose chez les personnes âgées

l'utilisation des antipsychotiques atypiques et penser à réduire ou même à cesser la médication anti-psychothotique si le tableau clinique le permet. *Clin*

Références

1. Webster, J, Grossberg, GT : Late-life onset of psychotic symptoms. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 6(3):196, 1998.
2. Coffey, CE, Cummings, JL : Neuropsychiatric aspects of medical therapies (appendice 27-1). Dans : *Textbook of Geriatric Neuropsychiatry*, deuxième édition, American Psychiatric Press, 1994.
3. American Psychiatric Association : *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, quatrième édition, American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1994.
4. Copeland, JRM, Dewey, AS, Gilmore, C, et coll. : Schizophrenia and delusional disorder in older age : Community prevalence, incidence, comorbidity and outcome. *Schizophrenia Bulletin* 24(1):153, 1998.
5. Sunderland, T : Schizophrenia: Toward the end of the life cycle. Série de conférences intitulée : *Optimizing wellness across the life cycle of schizophrenia*. 152^e assemblée annuelle de l'American Psychiatric Association, mai 1999.
6. Henderson, AS, Kay, DWK : The epidemiology of functional psychoses of late onset. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 247(4):176, 1997.
7. Eastham, JH, Jeste, DV : Treatment of schizophrenia and delusional disorder in the elderly. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 247:209, 1997.
8. Targum, SD, Abbott, JL : Psychoses in the elderly: A spectrum of disorders. *J Clin Psychiatry* 60(suppl. 8):4, 1999.
9. Borson, S : *Practical management of agitation and aggression in older patients*. Conférence de formation, 152^e réunion annuelle de l'American Psychiatric Association, Washington D.C., mai 1999.
10. Bulow, K : Management of psychosis and agitation in elderly patients: A primary care perspective. *J Clin Psychiatry* 60(suppl. 13):22, 1999.
11. McManus, DQ, Arvanitis, LA, Kowalczyk, BB : Quetiapine, a

MPOC Les signes peuvent



à 40-50 ans



à 50-55 ans



à 55-60 ans



La psychose chez les personnes âgées

- novel antipsychotic: Experience in elderly patients with psychotic disorders. J Clin Psychiatry 60(suppl. 5):292, 1999.
12. Kumar, D, Brecher, M : Psychopharmacology of atypical antipsychotics and clinical outcomes in elderly patients. J Clin Psychiatry 60(suppl. 13):5, 1999.
 13. Jeste, DV, Rockwell, E, Harris, MJ, et coll. : Conventional vs. newer antipsychotics in elderly patients. Am J of Geriatric Psychiatry 7(1):70, 1999.
 14. Schneider, LS : Pharmacologic management of psychosis in dementia. J Clin Psychiatry 60(suppl. 8):54, 1999.
 15. Tariot, PN : Treatment strategies for agitation and psychosis in dementia. J Clin Psychiatry 57(suppl. 14):21, 1996.
 16. Katz, IR, Jeste, DV, Mintzer, JE, et coll. : Comparison of risperidone and placebo for psychosis and behavioral disturbances associated with dementia: A randomized, double-blind trial. J Clin Psychiatry 60:107, 1999.
 17. De Deyn, PP, Rabheru, K, Rasmussen, A, et coll. : A randomized trial of risperidone, placebo, and haloperidol for behavioural symptoms of dementia. Neurology 53:946, 1999.
 18. Street, JS, Clark, S, Gannon, KS, et coll. : Olanzapine treatment of psychotic and behavioural symptoms in patients

- with Alzheimer's disease in nursing care facilities: A double-blind, randomized, placebo-controlled trial. Arch Gen Psychiatry 57:968, 2000.
19. Fernandez, HH, Friedman, JH, Jacques, C, et coll. : Quetiapine for the treatment of drug-induced psychosis in Parkinson's disease. Movement Disorders 14(3):484, 1999.

Formation médicale continue...
 Vous trouverez à la page 175 le Médi-test, un test de formation médicale continue fait en collaboration avec l'Université Laval. En remplissant correctement ce test, vous pouvez obtenir une heure de crédit de catégorie 2.

être présents *avant 50 ans.*

Diagnostic précoce. Traitement anticholinergique de base².



à 60-70 ans



L'aérosol pour inhalation Atrovent est indiqué pour le traitement d'entretien des patients atteints d'une obstruction chronique réversible des voies aériennes, telle que la bronchite chronique et l'asthme, et répondant bien au traitement. L'aérosol pour inhalation Combivent est indiqué pour le traitement du bronchisme associé à la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).

Les effets secondaires les plus fréquemment associés à Atrovent étaient une sécheresse de la bouche ou de la gorge (3,4 %), des maux de tête (2,9 %), un goût désagréable (2,8 %) et des palpitations (2,1 %) (N=605). Les effets secondaires les plus fréquemment associés à Combivent étaient les maux de tête (1,1 %), la bronchite (1,1 %) et la toue (1,1 %) (N=338).

^{1,2} S'assurer que les symptômes du patient sont bien maîtrisés avec chaque agent, séparément et que les doses sont équivalentes.

¹ Les effets décrits pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), 1^{er} volume, 2005. Centre de recherche cardiovasculaire et pneumologie.

² Chupress RR. Am J Med 1996; 100 (suppl 1A): 1A-35 - 1A-36.

