

5^e Congrès

**Société Francophone
de Psychogériatrie et de
Psychiatrie de la Personne Âgée**



SF3PA

**Viellissement des pathologies psychiatriques
Jeudi 6 et vendredi 7 JUIN 2024**

Faculté de Droit et de Science Politique - MONTPELLIER

www.sf3pa-congres.com

Apathie, dépression et troubles neurocognitifs majeurs



Dr Samuel Bulteau
MD, PhD



Définitions

CRITÈRE A	Oui	Non
Il existe une réduction quantifiable de l'activité dirigée vers un but par rapport à l'état précédent de fonctionnement du patient dans les domaines soit des comportements / cognition, des émotions ou des interactions sociales. Ces changements peuvent être rapportés par le patient lui-même ou l'observation extérieure.		

CRITÈRE B		
B1. COMPORTEMENT & COGNITION		
Perte ou diminution des comportements dirigés vers un but et de l'activité cognitive mis en évidence par la présence d'un des aspects suivants :	Oui	Non
Niveau d'activité général : Le patient présente une réduction du niveau d'activité à la maison soit au domicile ou au travail, fournit moins d'efforts pour initier ou accomplir des tâches de manière spontanée, ou a besoin d'être incité pour les réaliser.		
Persistance des activités : Il/Elle persiste moins dans le maintien d'une activité ou d'une conversation, dans la recherche de solutions à un problèmes ou dans l'élaboration de voies alternatives pour les résoudre lorsqu'elles ils deviennent difficiles.		
Prendre des décisions : Il/Elle a moins d'intérêt et prend plus de temps pour prendre des décisions quand différentes alternatives existent. (par ex pour choisir des programmes tv, préparer des repas, choisir un menu, etc.)		
Intérêt pour des enjeux externes : Il/Elle a moins d'intérêt, réagit moins aux nouvelles quelles soit bonnes ou mauvaises ou à moins d'intérêt pour faire de nouvelles activités		
Bien-être personnel : Il/Elle s'intéresse moins à sa santé et son bien-être ou à son image (apparence générale, toilette, habits, etc.)		

B2. EMOTION Perte ou diminution des émotions mises en évidence par au moins un des aspects suivants :	Oui	Non
Emotions spontanées : Il/Elle montre moins d'émotions spontanées (auto-générée) pour ses propres affaires, ou semble moins intéressé par des évènements qui devraient l'affecter ou affecter ses proches.		
Réactions émotionnelles face à l'environnement : Il/Elle exprime moins de réactions en réponse à des évènements positifs ou négatifs dans son environnement qui le/la touchent directement ou les personnes qu'Il/Elle connaît bien (répond à une blague, à des informations à la TV ou aux scènes d'un film, ou quand Il/Elle est perturbé ou incité à effectuer des tâches déplorables).		
Impact sur autrui : Il/Elle est moins concerné par l'impact de ses actions ou de ses sentiments ou de ses sentiments envers les personnes qui l'entourent.		
Empathie : Il/Elle a moins d'empathie envers les émotions ou sentiments de l'autre (être heureux ou triste quand l'autre est heureux ou triste ou inversement, triste quand l'autre est triste, ou être touché émotionnellement quand une personne a besoin d'aide)		
Expression verbales ou physiques : Il/Elle montre moins de réactions verbales ou physiques qui indiquent son ressenti émotionnel.		

B3. INTERACTIONS SOCIALES	Oui	Non
Perte ou diminution de l'engagement dans des interactions sociales mises en évidence par au moins un des aspects suivants :		
Initiatives sociales spontanées : Le patient prend spontanément moins d'initiatives pour proposer des activités sociales ou de loisir à sa famille ou autres.		
Interactions sociales stimulées par l'environnement : Il/Elle participe moins ou est moins à l'aise ou plus ou est indifférent aux activités, sociales ou de loisirs, proposées par son entourage.		
Relations avec les proches : Il/Elle s'intéresse moins aux membre de la famille (par ex savoir ce qu'il leur arrive, les voir ou les contacter)		
Interactions verbales : Il/Elle initie moins ou n'initie plus de conversation, ou l'interrompt précocement.		
Domicile: Il/Elle préfère rester chez lui/elle plus fréquemment ou plus longtemps que d'habitude et s'intéresse moins à sortir pour voir ses proches ou ses amis.		

CRITERE B - Résumé	Yes	No
La présence d'au moins 2 de ces 3 dimensions(B1, B2, B3) la plupart du temps durant les 4 dernières semaines		

CRITÈRE C	Oui	Non
Les critères A et B causent une altération cliniquement significative des occupations personnelles et sociales, ou d'autres aspects importants du fonctionnement.		

CRITÈRE D	Oui	Non
Les symptômes A et B ne sont pas exclusivement causés par un handicap physique (cécité ou surdité), un handicap moteur, une diminution du niveau de conscience, des effets directs d'une substance (drogues illicites ou traitement), ou de changements majeurs de l'environnement du patient.		

DIAGNOSTIC DE L'APATHIE	Oui	Non
Positif si les critères A, B, C and D sont présent present.		

Caractéristiques	Apathie dans les Troubles Neurocognitifs	Apathie Dépressive
Antécédents	- Déclin cognitif progressif	- Antécédent de dépression
Apathie	- Manque global d'intérêt, de motivation et de réactivité émotionnelle dans des activités ou interactions sociales	- Variable selon les symptômes affectifs - Hyper-réactivité aux stimuli négatifs, hypo-réactivité aux positifs - Manque de motivation et indifférence peuvent masquer l'anxiété
Symptômes associés	- Altération marquée des fonctions cognitives - Fluctuations comportementales - Peu de symptômes dépressifs - Perte d'autonomie	- Associée à d'autres symptômes dépressifs (pensées négatives récurrentes, humeur triste, perte d'intérêt et anhédonie) - Utiliser échelles HDRS, GDS
Réponse au traitement	- Répond à la stimulation externe - Stimulation cognitive et activités engageantes personnalisées sont efficaces	- Moins réceptive aux stimulations externes - S'améliore avec antidépresseurs et TCC
Impact sur le fonctionnement quotidien	- Peut influencer la capacité à réaliser des tâches	- Affecte généralement l'humeur et la motivation

Disorder	Apathy in population (%)	Refs	Anhedonia in population (%)	Refs
Alzheimer's disease	49	4	61	5
Frontotemporal dementia	72	9	–	–
Huntington's disease	47	10	–	–
Major depressive disorder	38	12	37	11
Parkinson's disease	40	6	46	7
Schizophrenia	47	14	45	11
Stroke	36	1	–	–
Traumatic brain injury	61	2	22	3
Vascular dementia	65	8	–	–

- L'apathie et l'anhédonie peuvent certes survenir avec l'âge mais aussi dans un grand nombre de pathologies
- L'apathie et l'anhédonie peuvent co-exister ou être isolées
- Elles sont corrélées avec le niveau de fatigue (épuisement physique et moral), d'anergie (diminution d'énergie, de vitalité), d'anxiété (ruminations, appréhensions excessives) et de troubles cognitifs
- Baisse qualité de vie, fardeau de l'aidant, moins bon pronostic évolutif (réponse aux antidépresseurs, autonomie, risque de troubles cognitifs, observance des soins...)

Bilan

Évaluations neuropsychologiques:

- Identification des déficits cognitifs (fonctions exécutives et attention-planification, fluences, inhibition, prise de décision, double tâche- théorie de l'esprit, cognition sociale...)

Examens de neuroimagerie:

- Utilisation de l'IRM ou du TEP pour évaluer la structure et la fonction cérébrale.
- Détection de signes de neurodégénérescence.

Histoire médicale détaillée:

- Informations fournies par les proches pour éclairer sur le début et la progression des symptômes.

Collaboration essentielle:

- Une évaluation complète et une collaboration entre neurologues, psychiatres, psychologues et les soignants sont essentielles.

**INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE
NPI**

Nom:	Age:	Date de l'évaluation				
Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5

Exaltation de l'humeur
Euphorie
Apathie/Indifférence
Désinhibition
Irritabilité/Instabilité
De l'humeur
Comportement moteur
aberrant
Sommeil
Appétit/Troubles
de l'appétit

G. APATHIE/INDIFFÉRENCE (NA)

« Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour le monde qui l'entoure ? N'a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour entreprendre de nouvelles activités ? Est-il devenu plus difficile d'engager une conversation avec lui/elle ou de le/la faire participer aux tâches ménagères ? Est-il/elle apathique ou indifférent(e) ? »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

NA = question inadéquate
F x G = Fréquence x Gravité

The Neuropsychiatric Inventory
Traduction Française

NPI - Version

1. Le patient/la patiente semble-t-il/elle moins spontané(e) ou actif(ve) que d'habitude ?
2. Le patient/la patiente est-il/elle moins enclin(e) à engager une conversation ?
3. Par rapport à son état habituel, le patient/la patiente se montre-t-il/elle moins affectueux(se) ou manque-t-il/elle de sentiments ?
4. Le patient/la patiente participe-t-il/elle moins aux tâches ménagères (corvées) ?
5. Le patient/la patiente semble-t-il/elle moins s'intéresser aux activités et aux projets des autres ?
6. Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour ses amis et membres de sa famille ?
7. Le patient/la patiente est-il/elle moins enthousiaste par rapport à ses centres d'intérêt habituels ?
8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes indiquant qu'aucune activité nouvelle ne l'intéresse ?

Lille Apathy Rating Scale (Sockeel et al., 2006)	33	PD	<ul style="list-style-type: none"> • A three-point Likert scale • The scale consists of nine sub-scales, with one dedicated to assessing social life. • The sub-scales can be combined to form composite scores, including intellectual curiosity, emotion, action initiation, and self-awareness. 	Apathy Evaluation Scale (Marin et al., 1991)	18	Neuropsychiatric patients	<ul style="list-style-type: none"> • A four-point Likert scale • The items of the scale encompass cognitive, emotional, behavioral and other aspects.
Dimensional Apathy Scale (Radakovic and Abrahams, 2014)	24	HC	<ul style="list-style-type: none"> • A four-point Likert scale • The items of the scale encompass executive, emotional, and behavioral/ cognitive aspects. 	Starkstein Apathy Scale (Starkstein et al., 1992)	14	PD	<ul style="list-style-type: none"> • A four-point Likert scale • An abridged version of Apathy Evaluation Scale
Apathy Motivation Index (Ang et al., 2017)	18	HC	<ul style="list-style-type: none"> • A five-point Likert scale • The items of the scale encompass behavioral activation, emotional sensitivity, and social motivation aspects. 	Apathy Inventory (Robert et al., 2002)	3	AD, MCI, PD, and HC	<ul style="list-style-type: none"> • Assessing the severity of emotional blunting, lack of initiative, and lack of interest.
							<ul style="list-style-type: none"> • Apathie signalée par les proches : associée à la pathologie de la maladie d'Alzheimer chez les personnes âgées. dès le stade préclinique. • Importance des informations fournies par l'entourage pour déceler l'apathie liée à la maladie d'Alzheimer.

Profil d'apathies +/-hétérogènes selon les troubles (apathie cognitive, émotionnelle, comportementale, sociale)

Burling JE, et al., Am J Geriatr Psychiatry. 2024

Yi, HJ et al., Asian Journal of Psychiatry 2024



Profiles of motivational impairment and their relationship to functional decline in frontotemporal dementia

Siobhán R. Shaw^{1,2} · Kristina S. Horne^{1,2} · Olivier Piguet^{1,2} · Rebekah M. Ahmed^{1,3} · Alexis E. Whitton⁴ · Muireann Irish^{1,2}

Journal of Neurology

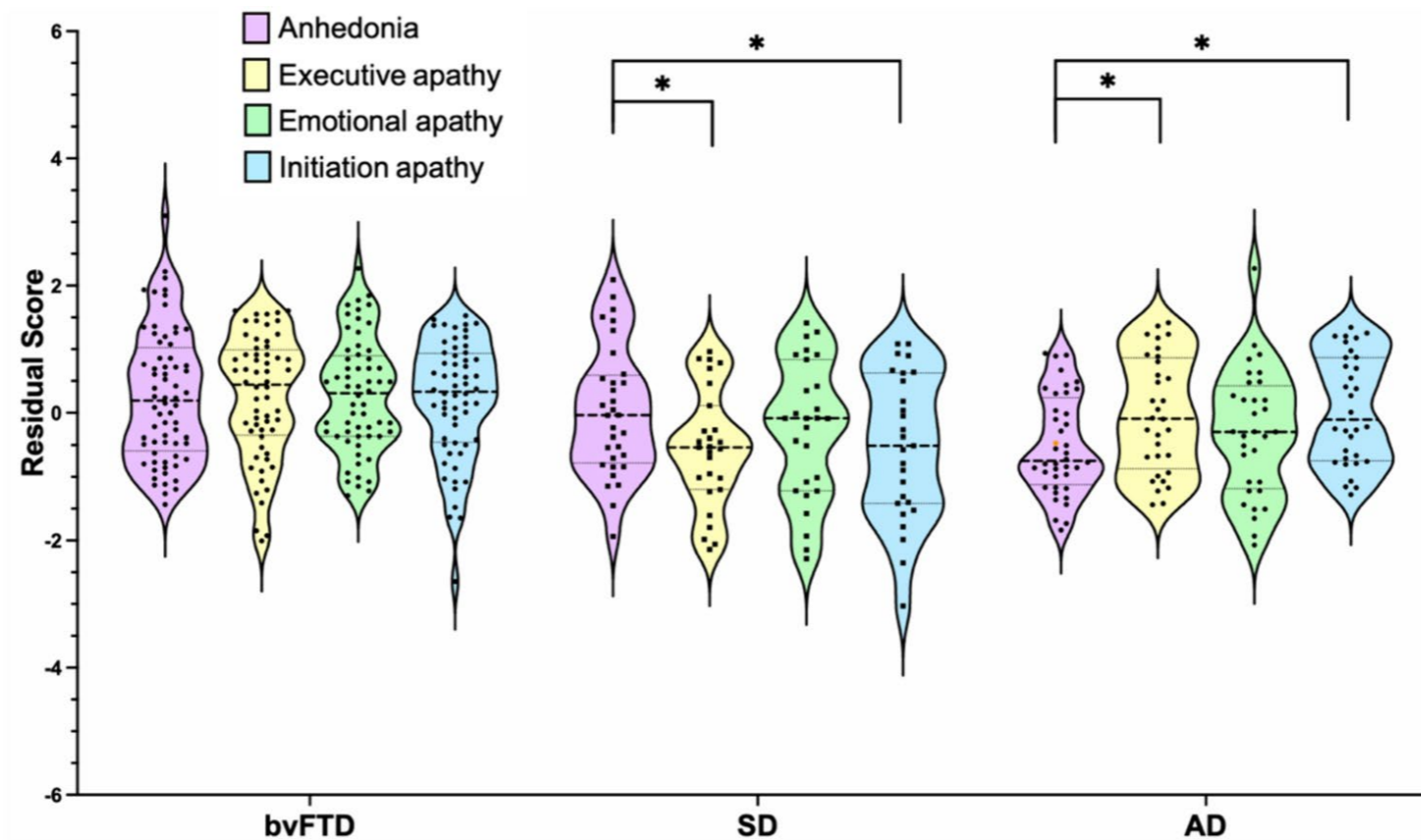


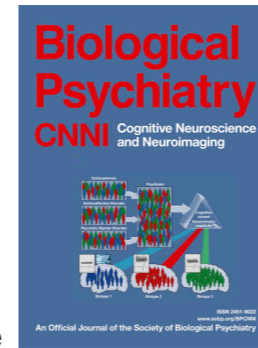
Fig. 1 Disease-specific motivational profiles across dementia syndromes. Residual scores derived from separate linear regression models with pre-morbid (before dementia onset) carer ratings included as the predictor and current carer ratings included as the dependent variable for anhedonia (SHAPS) and apathy (DAPs) severity. Violin plots depict the distribution of data with the width of the shaded area

representing the proportion of data located there. Bolded horizontal line depicts the median, while dotted lines depict quartiles. *AD* Alzheimer's disease, *bvFTD* behavioral variant of frontotemporal dementia, *SD* semantic dementia. Asterisks denote significant within-group differences. * $p < 0.05$

Journal Pre-proof

Quantifying Apathy in Late-Life Depression: Unraveling Neurobehavioral Links through Daily Activity Patterns and Brain Connectivity Analysis

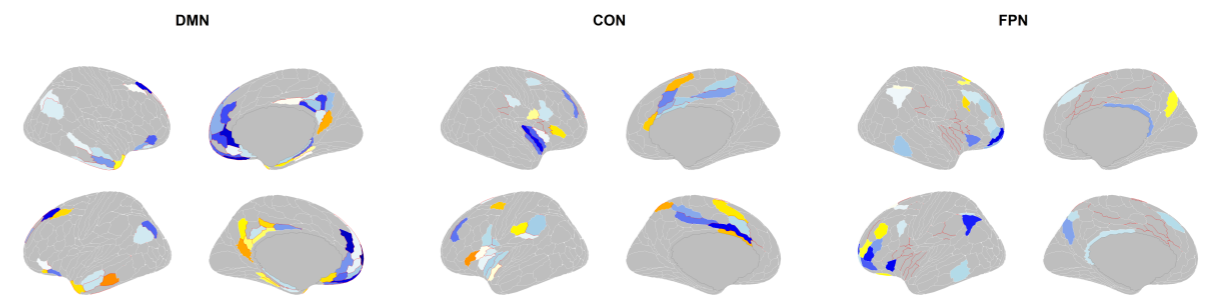
Jean-Charles Roy, Renaud Hédouin, Thomas Desmidt, Sébastien Dam, Iris Mirea-Grivel, Weyl Louise, Elise Bannier, Laurent Barantin, Dominique Drapier, Jean-Marie Batail, Renaud David, Julie Coloigner, Gabriel H. Robert



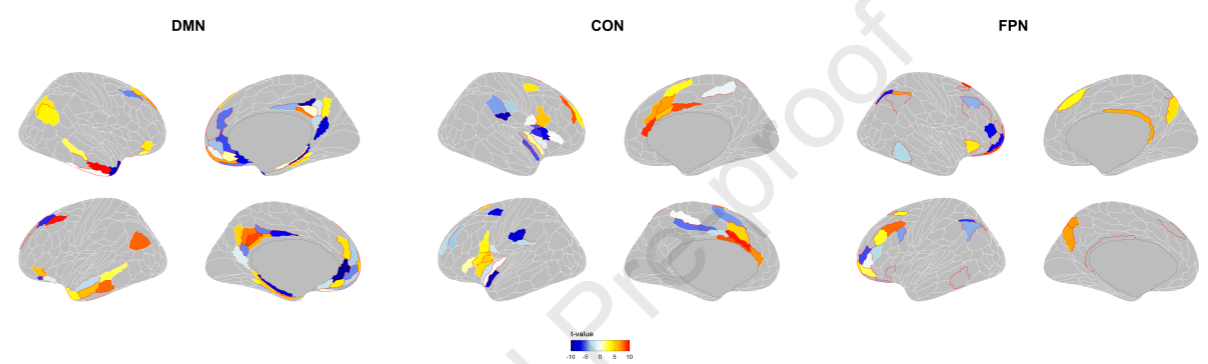
Journal Pre-proof

- Etude des liens entre niveau d'activité motrice (actimétrie), apathie, connectivité fonctionnelle
- Lien entre activité motrice et connectivité du réseaux fronto-pariétal, du cortex préfrontal dorsolatéral, du DMN, et du cortex cingulaire dorsal (dACC)

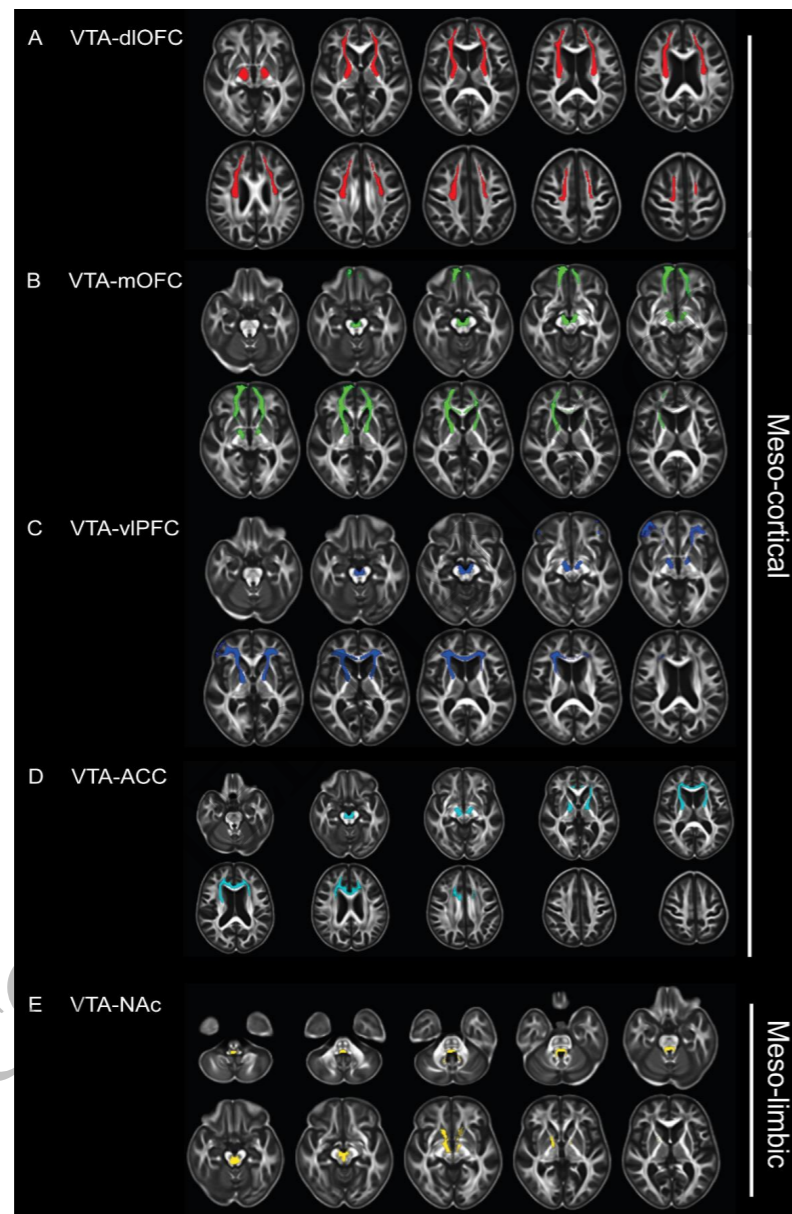
A. Associations between brain functional connectivity and reduced fPC1



B. Associations between brain functional connectivity and reduced fPC2



Meso-cortical pathway damage in cognition, apathy and gait in cerebral small vessel disease



	Processing speed	Executive function	Memory	AES-score	TUG-step	TUF-time
Processing speed		0.45	0.58	-0.25	-0.4	-0.4
Executive function	0.45		0.63	-0.31	-0.27	-0.3
Memory	0.58	0.63		-0.32	-0.34	-0.3
AES-score	-0.25	-0.31	-0.32		0.3	0.3
TUG-step	-0.4	-0.27	-0.34	0.3		0.6
TUG-time	-0.47	-0.34	-0.37	0.36	0.63	

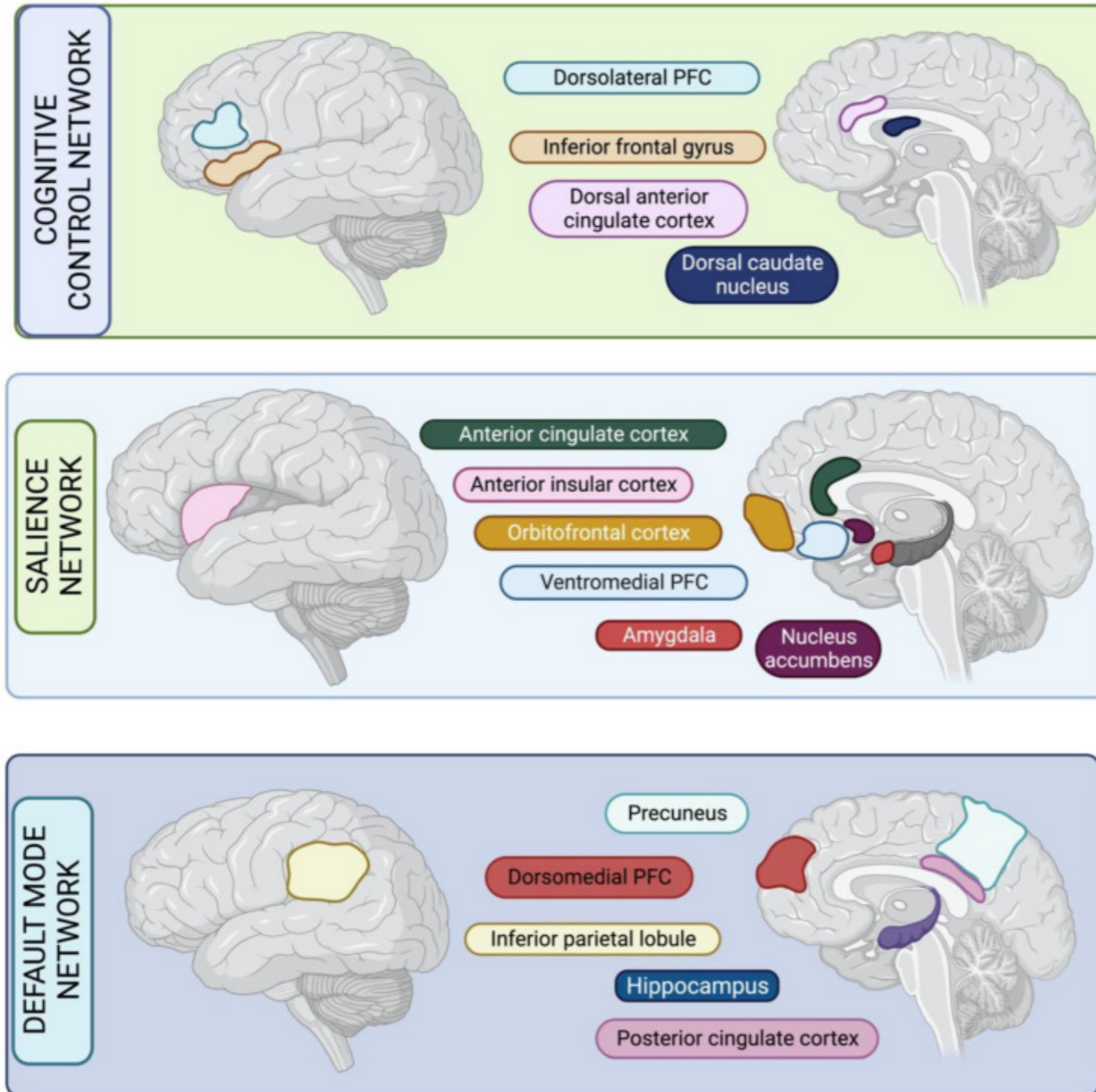
-1 -0.8 -0.6 -0.4 -0.2 0 0.2 0.4 0.6 0.8



Review

An Update on Apathy in Alzheimer's Disease

Helena Dolphin ^{1,2,*}, Adam H. Dyer ^{1,2}, Cathy McHale ¹, Sean O'Dowd ^{1,3,4} and Sean P. Kennelly ^{1,2,5}

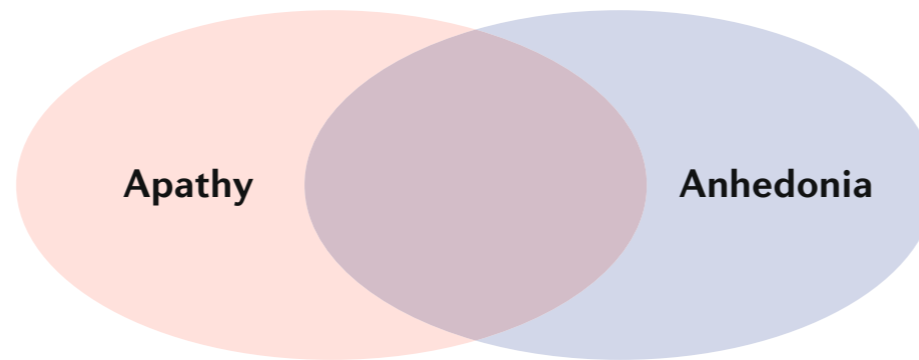


Planification, fonction executives

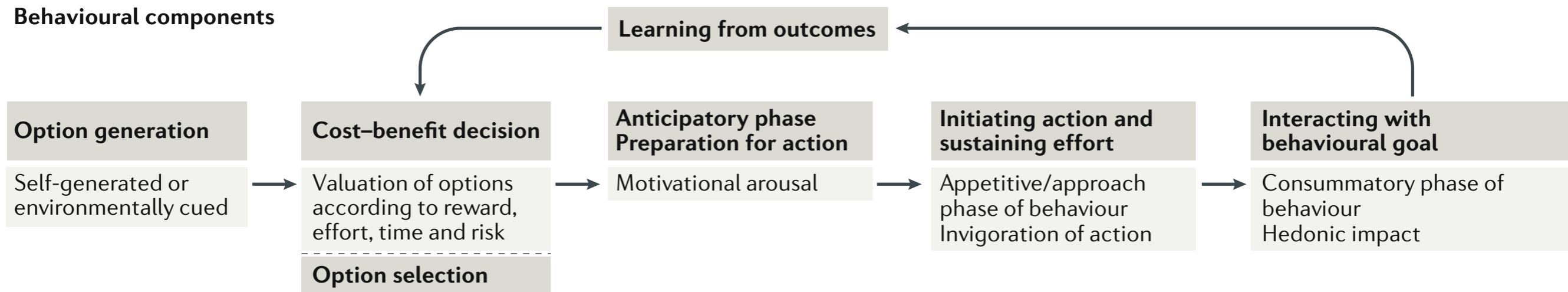
Détection
Détermination de la valeur
des stimuli (émotionnel, cognition
sociale..)

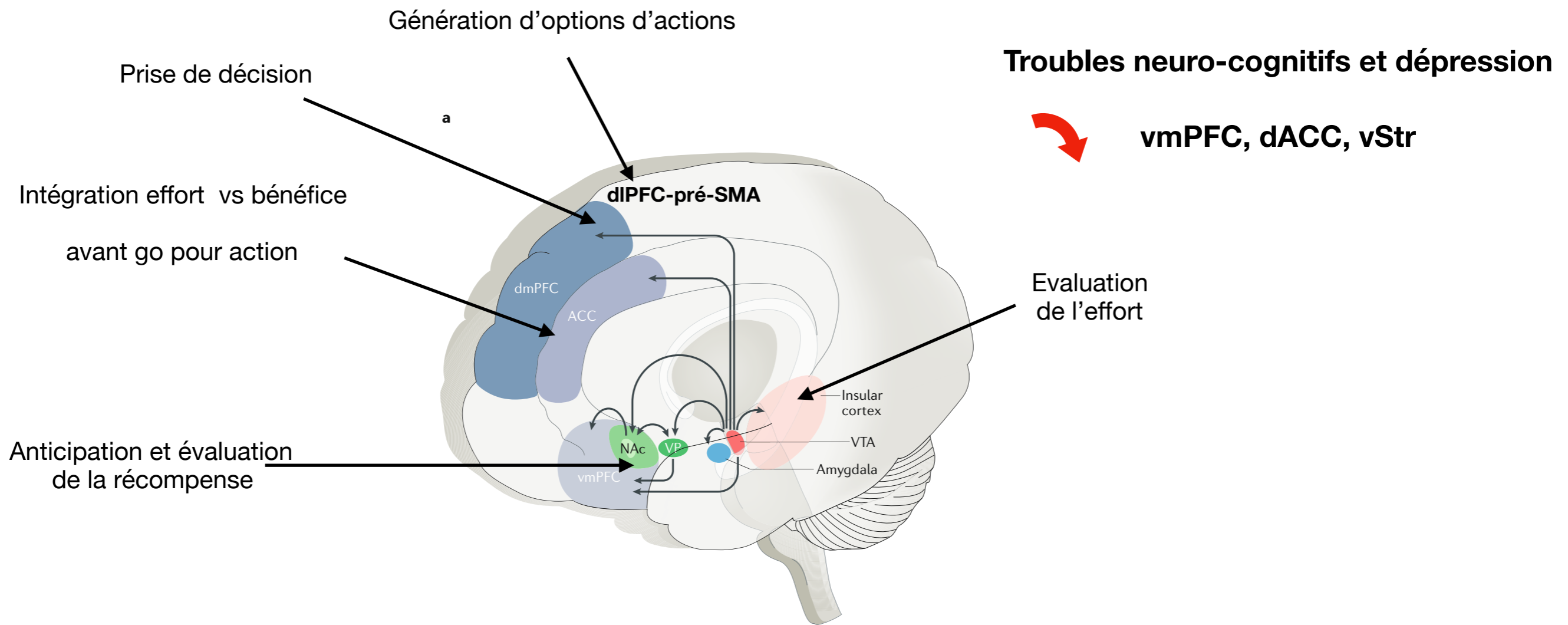
Conscience de soi, « paysage
mental »

Syndrome



Behavioural components





TNC

- **Évaluation biaisée des options:**
 - Difficile de peser les avantages et les inconvénients.
 - **Risques:** minimisés.
 - **Bénéfices:** surestimés.
- **Décisions impulsives:**
 - Basées sur les émotions plutôt que sur une analyse rationnelle.
- **Problèmes de planification:**
 - Incapacité à anticiper et planifier en fonction des conséquences à long terme.

Dépression

- **Ruminations:** pensées répétitives centrées sur des aspects négatifs.
- **Sensibilité accrue à la punition:** réaction exacerbée aux échecs et critiques.
- **Biais attentionnels et cognitifs:** focalisation sur les informations négatives.
 - **Conséquence:** difficulté à envisager des alternatives positives.
 - **Sous-estimation des bénéfices:** potentiel des alternatives positives souvent ignoré.
 - **Surestimation des risques:** tendance à éviter les actions même peu risquées.
- **Perte de plaisir:** diminution de la capacité à ressentir du plaisir.
 - **Conséquence:** motivation réduite pour explorer et choisir de nouvelles options.

Préparation de l'action, initiation, maintien de l'effort : dépression

- **Ruminations et focalisation négative:**
 - Culpabilité, auto-dépréciation, désespoir.
 - Focalisation sur les conséquences négatives, réduisant la motivation à planifier et prendre des initiatives.
- **Concentration et attention réduites:**
 - Dépression entraîne des difficultés de concentration et de maintien de l'attention.
 - Rend plus difficile la persistance dans les tâches longues.
- **Diminution des fonctions exécutives:**
 - Capacités de planification, organisation et prise de décision affectées.
 - Difficulté à élaborer des stratégies et à initier des actions, interruption fréquentes des tâches.
- **Difficulté de visualisation positive:**
 - Les individus dépressifs peinent à visualiser des résultats positifs, impactant la préparation mentale et la motivation.
- **Anhedonie et hypersensibilité à l'échec:**
 - Incapacité à anticiper le plaisir, réduisant la motivation.
 - Crainte exacerbée de l'échec entraîne une paralysie par l'analyse.
- **Procrastination et fatigue:**
 - Report constant des tâches, due à la sensation d'être submergé.
 - Niveaux élevés de fatigue rendent difficile le démarrage des activités.
- **Troubles du sommeil:**
 - Insomnie ou hypersomnie commune.
 - Impact sur l'endurance physique et cognitive.

Préparation de l'action, initiation, maintien de l'effort : TNC

- **Difficulté à planifier des activités :**

- Problèmes pour organiser les étapes nécessaires à l'exécution des tâches.
- Être incapable de planifier des activités simples ou complexes.

- **Manque de flexibilité :**

- Difficulté à s'adapter à des changements de plan ou d'imprévus.
- Tendance à négliger des étapes importantes prévues.

- **Passivité :**

- Hésitation à démarrer une tâche.
- Manque d'enthousiasme pour s'engager dans des activités.

- **Difficulté de concentration et fatigabilité:**

- Besoin fréquent de pauses ou d'incitations externes pour maintenir la concentration.
- Tendance à se fatiguer rapidement mentalement ou physiquement lors d'efforts prolongés.

- **Désintérêt pour les activités quotidiennes:**

- Difficulté à maintenir la motivation pour accomplir les tâches de routine.

Impact hedonique et apprentissage : dépression

- **Biais cognitifs négatifs:**
 - Interprétation négative des expériences, même objectivement positives, réduisant le plaisir.
- **Ruminations:**
 - Pensées répétitives sur des événements négatifs, perturbant la capacité à profiter du présent.
- **Anhédonie:**
 - Réduction marquée de la capacité à ressentir du plaisir dans des activités habituellement agréables.
- **Réactivité émotionnelle atténuée:**
 - Émotions positives moins intenses et moins fréquentes, impactant l'expérience hédonique.
- **Diminution de la motivation intrinsèque:**
 - Perte de motivation pour poursuivre des activités agréables, conduisant à une expérience hédonique appauvrie.
- **Anticipation des déceptions:**
 - Réduit l'engagement dans des activités potentiellement agréables.
- **Concentration sur les échecs:**
 - Tendance à se concentrer sur les échecs plutôt que sur les réussites, limitant l'apprentissage positif des expériences passées.
- **Réduction de la plasticité synaptique:**
 - Les niveaux élevés de stress réduisent la neuroplasticité, affectant l'apprentissage et l'adaptation pour les actions futures.

Impact hedonique et apprentissage : TNC

- **Diminution de l'intérêt pour les activités plaisantes:**
 - Perte d'attrait pour les expériences agréables.
- **Modification des préférences:**
 - Changements dans les choix et les goûts.
- **Évitement des activités sociales:**
 - Tendance à éviter les activités sociales ou de loisirs en raison d'une diminution de plaisir perçu.
- **Difficulté de rétention et d'apprentissage:**
 - Problèmes à se souvenir des conséquences des actions passées.
- **Répétition d'erreurs et oubli des réussites:**
 - Tendance à répéter les erreurs sans tirer de leçons des expériences précédentes.
 - Oubli des succès antérieurs ou des stratégies efficaces.
- **Incapacité d'ajuster les comportements:**
 - Difficulté à adapter le comportement en fonction des retours d'information ou des résultats obtenus.

Traitements non-médicamenteux

- **Importance des interventions non-médicamenteuses**

- **Adaptation personnalisée:**

- Adaptation en fonction de la sévérité du trouble, l'âge, l'environnement, les centres d'intérêt et les préférences sensorielles des patients (ex: couleurs, musique, odeurs).

- Approche multisensorielle recommandée, intégrant goût, toucher, vue et ouïe.

- **Collaboration avec les proches et les professionnels:**

- Implication des proches et des professionnels de la santé.

- Renforcement des liens sociaux, partage d'expériences et d'émotions grâce à une approche collaborative.

Manera et al., Am J Geriatr Psychiatry. 2020

Savaskan Praxis. 2014

NICE 2018

Sorbi et al., Eur J Neurol. 2012

Watt JA, et al., J Am Med Dir Assoc. 2024

Japanese society of Neurology 2017

Ihl et al., (WFSBP) World J Biol Psychiatry. 2011

WHO 2015

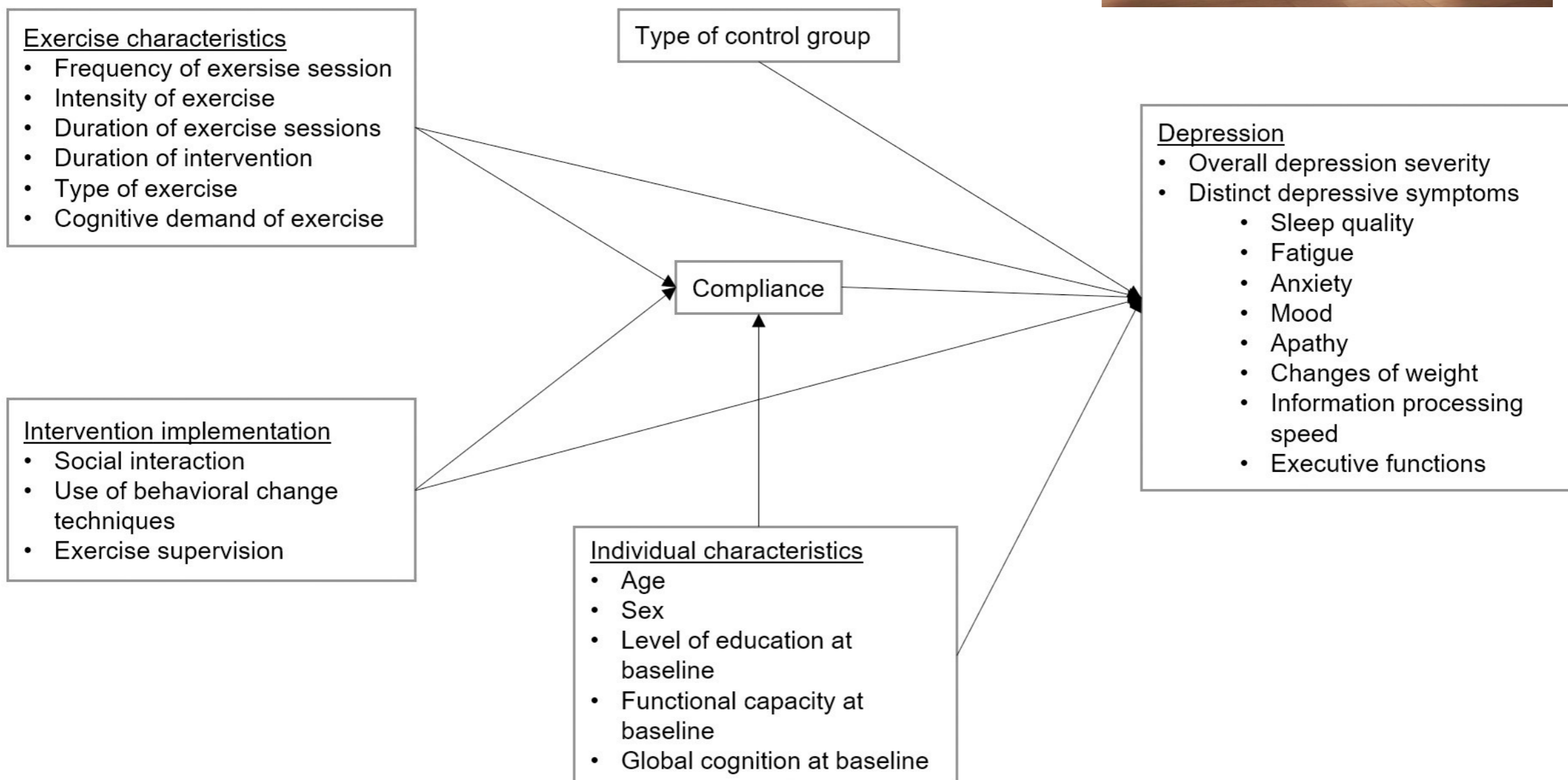
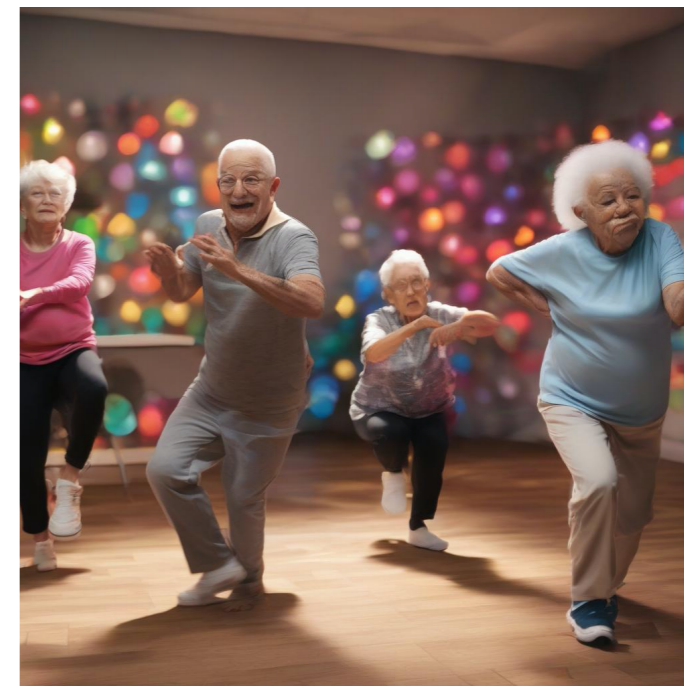
Traitements non-médicamenteux

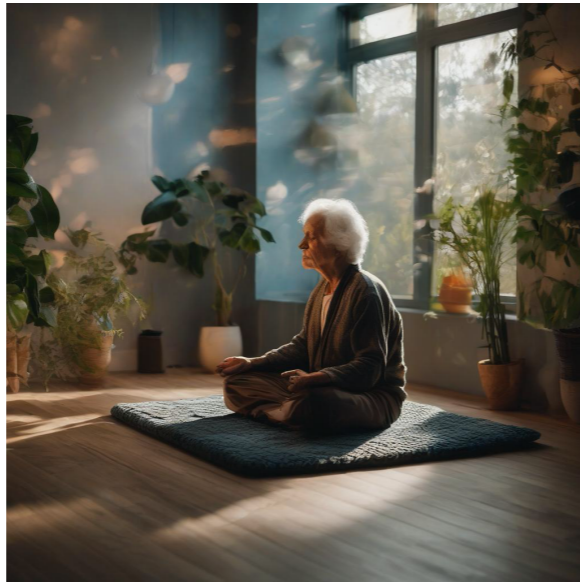
- **Approches Multisensorielles:**
 - **Aromathérapie:** utilisation de la lavande...
 - **Massages:** huile parfumée..
 - **Snnozelen:** stimulation multisensorielle dans un environnement contrôlé ou dans la vie quotidienne.
 - **Musicothérapie:** écoute de musique, chant, et classes virtuelles de musique.
 - **Stimulation cognitive:** techniques variées pour améliorer les fonctions cérébrales.
 - **Réminiscence:** activation des souvenirs et expériences positives.
 - **Méthodes de relaxation:** techniques de respiration profonde et visualisation.
- **Technologies de l'information et de la communication (ICT):**
 - Télémédecine et Réalité Virtuelle utilisées en présence ou absence du thérapeute avec implication des proches.
- **Communication simplifiée et bienveillante:**
 - Utilisation de gestes et de toucher pour expliquer, rassurer et instaurer la confiance.
- **Promotion du mouvement et exercice physique:**
 - Activité physique comme la danse, la marche lente, et des exercices de renforcement musculaire.

STUDY PROTOCOL

Chronic exercise effects on overall depression severity and distinct depressive symptoms in older adults: A protocol of a systematic and meta-analytic review

Melanie Mack^{1,2*}, Andreea Badache³, Arzu Erden⁴, Christoforos D. Giannaki⁵, Sandra Haider⁶, Antonia Kaltsatou⁷, Burcu Kömürcü Akik⁸, Yaël Netz^{9,10}, Iuliia Pavlova¹¹, Pinelopi S. Stavrinou⁵, Claudia Voelcker-Rehage², Michel Audiffren¹², on behalf of the PhysAgeNet¹





- **Conversation thérapeutique individuelles et de groupe:** permettre l'expression et la connexion avec le monde extérieur.
- **Psychothérapie Interpersonnelle:** pour améliorer les relations interpersonnelles.
- **Entraînement à la Résolution de Problèmes:** pour gérer les défis du quotidien.
- **TCC (Thérapie Cognitivo-Comportementale):** pour remplacer les pensées négatives par des pensées positives et fonctionnelles.
- **Méditation Pleine Conscience:** pour diminuer les ruminations.
- **Acceptance and Commitment Therapy (ACT):** aider les patients à accepter leurs émotions négatives, faire preuve de flexibilité et s'engager dans ce qui a du sens pour eux
- **Activation comportementale:** analyser les blocages et programmer des activités régulières.
- **CBTi (Thérapies Comportementales et Cognitives de l'Insomnie):** pour améliorer les habitudes de sommeil



- **Structuration des tâches et de l'environnement:**

- **Nudging** « coup de pouce » : pour guider les prises de décisions sans contraindre les choix.
- **Planification et routines:** utilisation de calendriers et listes d'activités.
- **Récompenses et encouragements:** pour renforcer la confiance et encourager les comportements positifs.
- **Adaptation de l'environnement:** réduction des distractions, création d'un environnement calme et rassurant.

- **Soutien et éducation:**

- **Psycho-éducation des proches:** pour améliorer la compréhension et le soutien des proches.
- **Utilisation de techniques de décision structurées:** pour simplifier les décisions complexes.
- **Encouragement de l'autonomie et soutien à l'organisation:** offrir des choix limités pour stimuler la prise de décision et organiser l'environnement de vie.

- **Groupes de soutien:**

- Participation à des groupes de soutien pour partager des expériences et stratégies, offrant une motivation externe et un soutien émotionnel

Repetitive transcranial magnetic stimulation for apathy in patients with neurodegenerative conditions, cognitive impairment, stroke, and traumatic brain injury: a systematic review

Adrian I. Espiritu^{1,2,3}, Takatoshi Hara^{4,5}, Joy Kirsten Tolledo¹, Mervin Blair^{1,6} and Amer M. Burhan^{1,7*}



Utilisation de la rTMS pour l'Apathie

Littérature croissante mais niveau de preuve encore limité :

- Soutien l'utilisation de la rTMS comme thérapie adjuvante pour l'apathie dans les conditions neurodégénératives.
- Les preuves concernant l'apathie liée à la MP et TBI sont moins solides par rapport à d'autres conditions comme la maladie d'Alzheimer.
- Améliore la dépression associée à la maladie de Parkinson
- Potentiel pour intégrer ces thérapies dans les soins de routine.
- Différentes cibles en fonction du sous-type d'apathie.
- Nécessité: essais + large pour valider ces approches.

Méthylphénidate

- Augmente l'action motivée et prometteur pour traiter l'apathie dans la MP et la MA.
- Inhibiteur de la recapture de la dopamine et des catécholamines, augmentant ces neurotransmetteurs dans le striatum et le cortex préfrontal médian.
- Relation en U entre dose et réponse ; la prudence est nécessaire, notamment en présence d'antécédents de symptômes psychotiques

Inhibiteurs de la Cholinestérase (niveau de preuve limité, outcome secondaire des essais)

- Rivastigmine a montré une efficacité dans le traitement de l'apathie liée à la MP.
- Peut améliorer la qualité de vie des patients et réduit la charge des aidants.
- Effets principalement positifs sur l'apathie, la dépression, la tension et l'irritabilité dans la MA légère à modérée.

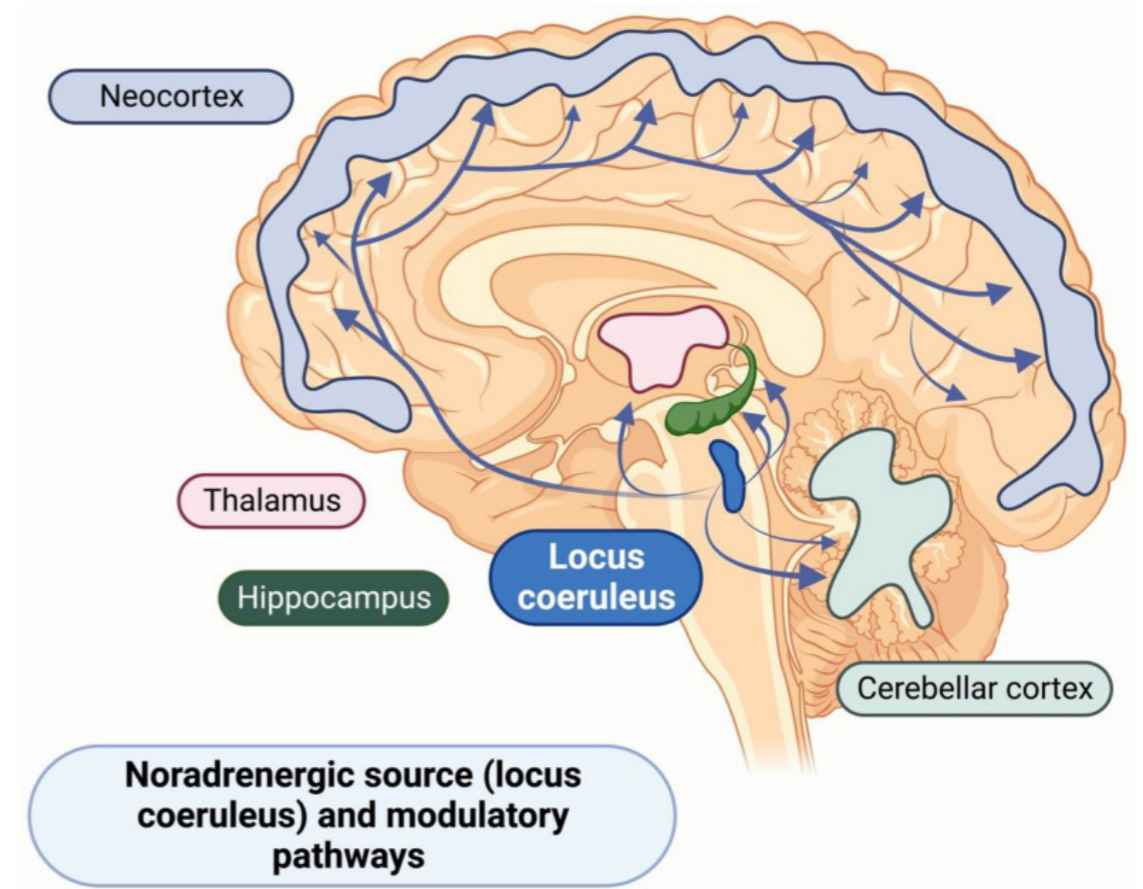
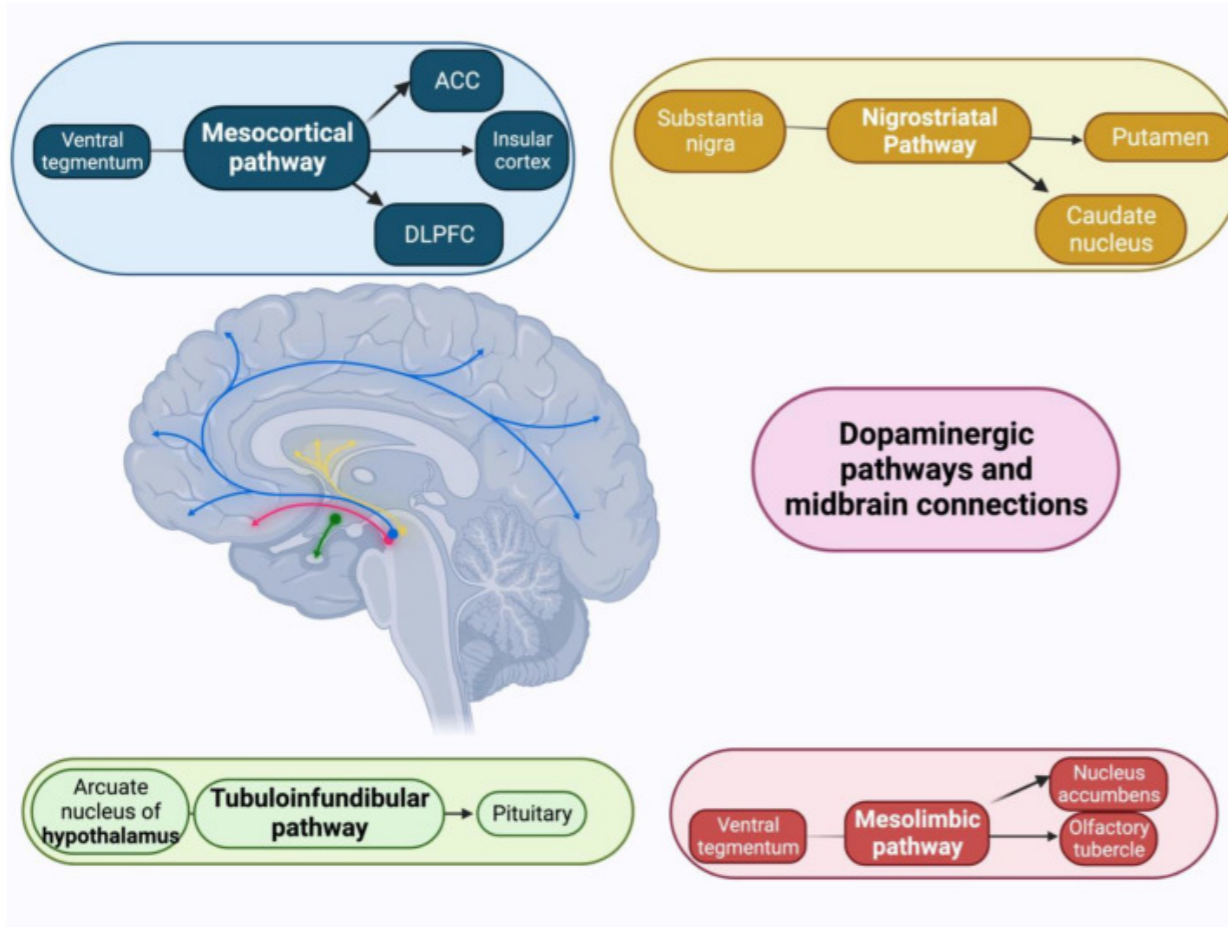
Agonistes Dopaminergiques

- Les agonistes Dopaminergiques restent couramment recommandés malgré des preuves mitigées.
- Les agonistes des récepteurs D3 montrent une amélioration des déficits motivationnels dans un modèle lésionnel validé de la MP.
- Les patients MP présentant un déficit d'auto-activation devraient être particulièrement traités avec des agonistes dopaminergiques.

Review

An Update on Apathy in Alzheimer's Disease

Helena Dolphin ^{1,2,*}, Adam H. Dyer ^{1,2}, Cathy McHale ¹, Sean O'Dowd ^{1,3,4} and Sean P. Kennelly ^{1,2,5}



Antidépresseurs SSRI

- Recommandés en cas de dépression sévère ou d'inefficacité des interventions psycho-sociales.
- Essais sur les SSRI pour traiter l'apathie dans d'autres maladies neurodégénératives ont principalement échoué.

Vortioxetine

- Potentiel effet pro-cognitif et sur l'anhedonie, un sous-domaine de la dépression lié à l'apathie.
- Profil pharmacologique avec activité sur la neurotransmission sérotoninergique, dopaminergique, et catécholaminergique

Ginkgo biloba:

- Plusieurs essais contrôlés montrent une amélioration des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

Mémantine:

- Efficacité possible sur l'agitation, l'agression, le délire et les hallucinations dans la MA modérée à sévère

Pirepemat (IRL-752)

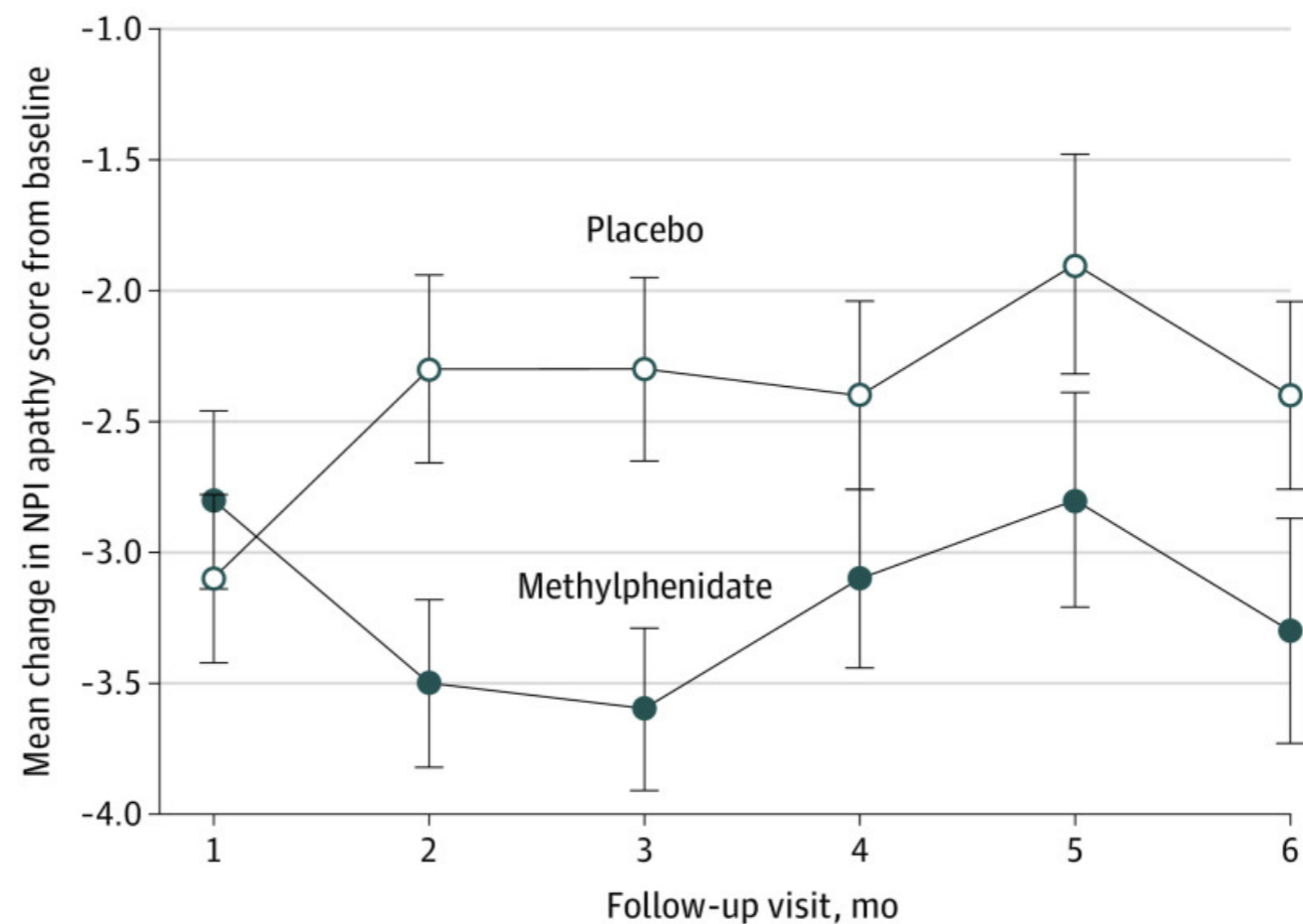
- Potentiellement améliore les fonctions cognitives et l'apathie cognitive par la régiosélectivité sur le norepinephrine, la dopamine, et l'acétylcholine.
- Essais supplémentaires prévus.

Effect of Methylphenidate on Apathy in Patients With Alzheimer Disease The ADMET 2 Randomized Clinical Trial

Jacobo Mintzer, MD, MBA; Krista L. Lancaster, PhD; Roberta W. Scherer, PhD; Paul S. Rosenberg, MD;

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS This multicenter randomized placebo-controlled clinical trial was conducted from August 2016 to July 2020 in 9 US clinics and 1 Canadian clinic specializing in dementia care. A total of 307 potential participants were screened. Of those, 52 did not pass screening and 55 were not eligible. Participants with Alzheimer disease, mild to moderate cognitive impairment, and frequent and/or severe apathy as measured by the Neuropsychiatric Inventory (NPI) were included.

INTERVENTIONS Ten milligrams of methylphenidate, twice daily, vs matching placebo.



Mais quid de l'impression clinique globale et EI à type de perte de poids

Merci de votre attention

