Journée régionale

CANCER ET PERSONNE ÂGÉE

Cerveau et cancer chez le sujet âgé



MARDI 13 OCTOBRE 2026

Espace Beaulieu
NANTES

Prise en charge des troubles comportementaux du sujet âgé

THOMAS Céline IPA ICO
Dr Guillaume Chapelet

Mardi 13 octobre 2026, Nantes



Mr D.88 ans

- Marié, 4 enfants, autonome, très actif (vélo, golf et marche)

- **GLIOBLASTOME TEMPORAL DROIT**
  - Troubles de la mémoire, avec malaise, confusion, déficit neurologique (paralysie faciale centrale gauche avec ataxie hémi-corporelle gauche)
  - Traitement chirurgicalement
  - Protocole STUPP hypofractionné, suspendu en raison d'une hématotoxicité
  - Suspicion épilepsie , EEG normal

- Traitement
  - SOLUPRED 20mg/jour, KEPPRA 500 mg matin et soir
  - PARACETAMOL SB, ESOMEPRAZOLE 20 mg soir, CALCIDOSE VIT D3



Mr D. 88 ans

Consultation initiale IPA avec le patient et son épouse lors de l'hospitalisation

- Projet de retour au domicile avec HAD programmé
- PS1, Asthénie grade 1, alimentation conservée, poids stable
- Symptômes
  - Céphalée nocturne
  - Trouble de l'attention et de la mémoire immédiate
  - Hémianopsie avec champ visuel prévu en fin RTE
  - Trouble de l'équilibre, marche possible avec canne, kiné 4-5 fois /sem
  - Aide nécessaire pour la toilette, arrive à s'habiller seul
  - Port des lunettes /appareil auditif mais troubles d'audition constant
- Discussion sur le traitement oncologique (modalités de prise, surveillance)

=> Suivi social prévu avec HAD. Dossier APA déjà initié

=> Epouse demandeuse d'un suivi psychologique, débutera via HAD ou à ICO

=> Cs avec EMG demandée



Mr D. 88 ans

Cs suivi IPA en cours de RTE, avec épouse

- Disparition de céphalée mais majoration des troubles de l'équilibre (suite à l'arrêt des corticoïdes)
- Douleur rétro orbitaire fluctuante, pas de prise antalgique régulière, suivi ophtalmo prévu
- Vertiges quand il baisse la tête ayant généré 2 chutes au domicile dimanche et lundi avec points nécessaire sur le haut du crane , majoré par la mobilisation de la tête vers le bas
- Reste autonome pour la toilette mais sa femme supervise , les AVS vont être arrêté
- Poursuite pec avec HAD avec passage IDEL matin et soir pour réévaluation clinique

=> Reprise de la corticothérapie à 20mg /jour après avis médical



Mr D.88 ans

Bilan réalisé par EMG (en fin de RTE)

- Fragilité cognitive exécutive et praxique à un stade léger secondaire à la lésion et à la chirurgie

=> Prise en charge orthophoniste /APA pour stimuler également la cognition

- Altération qualité de vie, asthénie et arrêt des activités de loisirs
- Fléchissement thymique réactionnel sans symptomatologie anxiodépressive
- Risque d'épuisement de son épouse qui vient de débuter un traitement antidépresseur.
- Plan d'aide à domicile jugé comme optimal. Le couple ne souhaite pas d'avantage d'aide
- Dossier ViaTrajectoire créé pour inscription en accueil temporaire (après accord de Mr D)

=> Coordonnées donnée d'une association aide à domicile pour que Mme est du repos en attendant une place en accueil temporaire

Mr D. 88 ans

CS oncologique pour reprise du Temozolomide C1

- PS2, asthénie, désorientation
- Amputation du champ visuel gauche, pas de crises d'épilepsie
- Troubles sensitifs intermittents de la jambe droite
- Toxicité hématologique avec thrombopénie récidivante et neutropénie non fébrile
- Toujours prise en charge par l'HAD, passage IDE le soir
- Autonome pour la toilette mais a besoin d'aide pour s'habiller, a arrêté la kinésithérapie

⇒ **Surveillance décidée avec le patient et sa femme compte tenue de la toxicité hématologique et de l'asthénie**

⇒ **Majoration des corticoïdes à 40mg /jour puis décroissance programmée**

Mr D. 88 ans

Cs avec oncologue 3 mois plus tard :

- PS2 , poids stable
- Pas de céphalée ou très ponctuelles.
- Trouble de la concentration
- Amputation du champ visuel gauche persistante
- Apparition de troubles de l'humeur et troubles du sommeil
- Réintroduction de MIANSERINE depuis 5 jours par son médecin traitant.

Suivi tel IPA réévaluation clinique

- MEP antidépresseur Mianserine ayant permis d'améliorer un peu la thymie



Mr D. 88 ans

Cs ONCO 3 mois plus tard avec le patient, sa femme et son fils

- Bonne tolérance de la baisse progressive des corticothérapie
- Etat neurologique stable mais épisode confusionnel
- Majoration de traitement par MIANSERINE associée à la diminution du Seresta
- Epuisement aidant malgré aide à domicile (Aide Ménagère + Auxiliaire de vie)

⇒ **Hospitalisation**

⇒ **Décroissance des corticoïdes**

⇒ **Poursuite de la surveillance : IRM cérébrale ne metttant pas en évidence de lésion suspecte de récidive**

- **Cs neurologue :** Prescription de Brivaracétam en association au Levetiracetam

Mr D. 88 ans

Hospitalisation pendant 15 jours :

- Troubles de la mémoire et anxiodepressifs
- Epuisement de l'aidante en lien avec multiples demandes de son mari

Suivi tel IPA suite au RAD (contact avec son épouse)

- Etat neuro et général stable
- Alimentation normale, poids stable
- Reprise du keppra 250 mg en raison de toxicité cutanée de Briviact et Lamictal (éruption cutanée)
- Mauvaise tolérance de l'arrêt du Seresta
- Marche quotidienne avec elle ou des proches
- Maintien domimicile sécurisé avec passage AM 3 fois/semaine et Auxiliaire de Vie
- L'épouse ressent toujours de la fatigue mais est rassuré par le fait que son mari puisse profiter d'un autre séjour de répit



Mr D. 88 ans

Cs suivi EMG

- Amélioration du moral et des angoisses vespérales depuis l'introduction de la MIANSERINE
- Anxiété sur possibles comportements obsessionnels (apparition d'obsession de plus en plus envahissantes)
- Fatigabilité, siestes nécessaires
- Logorrhée importante, paraphasie phonémique fluctuante, trouble de la mémoire immédiate
- Doute sur hallucinations visuelles avec la présence d'une « 3ème personne »
- Refus d'un bilan neuropsychologique
- Poursuite de l'APA et de la stimulation cognitive grâce à ses interactions sociales.
- Pas de souhait de débuter de l'orthophonie

⇒**Pourrait se discuter un switch vers du SEROPLEX ou du ZOLOFT mais non souhaité**

=> **Arrêt du suivi oncogériatrique systématique étant donné le suivi déjà pluridisciplinaire**



Mr D. 88 ans

Suivi tel IPA

Appel de sa femme en pleurs car son mari parfois agressif et en colère « sans raison »

⇒Proposition d'une réhospitalisation qu'elle refuse car culpabilise

⇒Orientation vers méd généraliste pour réévaluation de la situation

⇒MEP hydrocorticoïde en relais des corticoïdes

Suivi tel IPA :

- Vu par médecin généraliste : neuroleptique prescrit en cas d'agitation (non utilisé)
- Mieux sous hydrocortisone
- Alimentation perturbée, perte de 1 kg, prescription de CNO évoquée
- Sa femme se projette dans hospitalisation de « répit », évoque une discussion avec sa fille sur un possible hébergement temporaire/EHPAD



Mr D. 88 ans

Cs avec psychiatre :

- Contact bon malgré une hypoacousie.
- Tristesse fluctuante, pas de pleurs, pas d'anhédonie, anxiété modérée
- Asthénie avec appétit conservé malgré l'absence de goût et de plaisir

⇒**Trouble de l'adaptation avec composante anxiodépressive mais surtout composante organique en lien avec glioblastome opéré et traité**

⇒ **Majoration de MIANSERINE de 40 mg/j à 60mg/j + /- traitement antipsychotique à réévaluer au décours en fonction de l'évolution clinique.**

⇒ **Poursuite des séjours de rupture réguliers pour préserver l'épouse (aidante principale)**



Mr D. 88 ans

CS avec psychiatre à 1 mois de la majoration de la MIANSERINE

- Amélioration notable du contact: Mr est plus présent, plus calme, plus posé.
- Mr se plaint que Mme ne lui laisse pas faire grand chose (aide en cuisine)
- Epouse décrit de multiples demandes de réassurance chez Mr
- Les «hallucinations» restent inchangées

=> Introduction de Risperidone 0,5mg le soir + Poursuite MIANSERINE 60mg/J

=> Accueils temporaires.

Mr D. 88 ans

- **Troubles psycho-comportementaux d'origine mixte**
  - Organique : Glioblastome, confusion, épilepsie
  - Psychologique/psychiatrique : sd anxiodepressif
  - Trouble cognitif antérieur ?

- **Quel traitement ?**
  - **Traitement de la cause !**
  - **Traitement non médicamenteux +/- médicamenteux**



Définitions

- **Troubles mentaux et du comportement (OMS)**

« Affections cliniquement significatives qui se caractérisent par un changement du mode de pensée, de l'humeur (affects) ou du comportement associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales ».

- **Trois caractéristiques suivantes**
  - Conduite inadaptée ou aberrante compte tenu du contexte où elle se produit
  - Rupture avec le comportement antérieur
  - Retentissement sur les actes de la vie quotidienne



Principales manifestations

- **Emotionnelles** : tristesse persistante, peur excessive, anxiété, irritabilité, sautes d'humeur
- **Comportementales** : agressivité, isolement social, comportements impulsifs, changements inhabituels dans les habitudes
- **Cognitives** : difficultés de concentration, troubles de la mémoire, pensées désorganisées, difficultés à prendre des décisions
- **Psychotiques** : hallucinations, idées délirantes, perte du contact avec la réalité.
- **Physiques** : fatigue persistante, troubles du sommeil, modifications de l'appétit, douleurs sans cause clairement identifiée
- **Sociales** : difficultés relationnelles, conflits familiaux, baisse des performances scolaires ou professionnelles
- **Liées à l'autonomie** : difficultés à accomplir les activités quotidiennes, négligence de l'hygiène personnelle ou perte d'intérêt pour les activités habituelles

Décrire => Traiter

DICE : Describe, Investigate, Create, Evaluate

In the absence of delirium, describe neuropsychiatric symptoms and understand protective, predisposing, precipitating, and perpetuating factors for these symptoms (see Table 2)

↓

Set person-centred and measurable goals (e.g., using goal attainment scaling) and agree upon a timeline for evaluation of intervention effectiveness

↓

Consider feasible non-medication interventions as first-line treatment for neuropsychiatric symptoms; however, if (1) symptoms are very distressing to the person with dementia or their carer or (2) there is potential for danger to self or others related to these symptoms, consider medications such as antipsychotics

↓

Consider deprescribing medications and de-implementing non-medication interventions when they are not effective, harms outweigh benefits, or do not align with treatment preferences

Table 2 | Factors to consider when assessing neuropsychiatric symptoms of dementia

Factor	Examples of contributors to neuropsychiatric symptoms of dementia
Protective	Presence of a familiar carer
	Being in a familiar environment
	Carer knowledge of dementia
	Availability of support for carers
	Use of glasses and hearing aids
	Creation of a tailored dementia care plan that alerts carers to important predisposing, precipitating, and perpetuating factors for the person with dementia
	Carer knowledge of person with dementia's preferred non-medication interventions for reducing neuropsychiatric symptoms
Predisposing	Over- or under-stimulating environment
	Vision or hearing impairment
	Co-morbid psychiatric diagnoses
	Worsening dementia severity
	Carer burden or distress
Precipitating	Pain
	Hunger
	Thirst
	Medication changes
	Feeling too hot or cold
	Sleep disturbances
Perpetuating	Poor communication strategies between carers and people with dementia
	Inadequate identification and treatment of precipitating factor[s]
	Inadequate implementation of the tailored dementia care plan
	Lack of support for carers

Watt BMJ 2022



!! Iatrogénies en oncologie !!

Benzodiazépines

alprazolam, bromazépam, lorazépam
→ confusion, agitation paradoxale, désinhibition

Antidépresseurs

(surtout tricycliques) : amitriptyline, clomipramine
→ agitation, confusion

Corticoïdes

prednisone, dexaméthasone
→ irritabilité, agressivité, hallucinations

Anticholinergiques

oxybutynine, hydroxyzine, amitriptyline
→ confusion, délirium, hallucinations

Opioïdes

morphine, oxycodone, fentanyl, tramadol
→ somnolence, confusion, hallucinations

Agonistes dopaminergiques : pramipexole, ropinirole, rotigotine

→ hallucinations, troubles du contrôle des impulsions

Orientation / Coordination



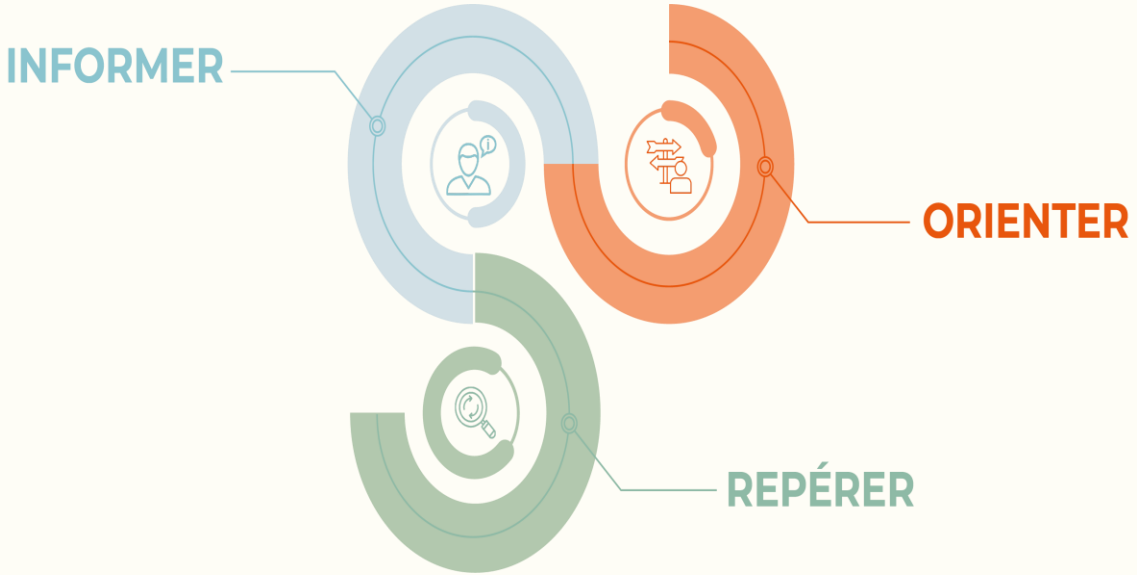
- Oncologue
- coordination avec les différents professionnels pour recueillir toutes les informations pouvant éclaircir la situation : IDE / aide à domicile / EHPAD /SMR/ HAD …
- Avis gériatre / EMG
- Avis psychiatre
- Médecin traitant
- Evaluation des besoins/Sécurisation /Orientation soins de support
- Prise en charge des aidants

⇒ **Formaliser un projet personnalisé en précisant les actions à mettre en place et les limites**

⇒ **Adapter les réponses à la personne de façon concerté en équipe**

Ne pas oublier d'aider l'aidant

- **Identifier les aidants**
- **Repérer les besoins de l'aidant** (prévenir l'épuisement physique et psychologique)
- **Informer l'aidant sur les ressources existantes** (mieux comprendre la maladie et les traitements)
- **Orienter l'aidant vers les ressources disponibles** et adaptées (aides existantes , espaces d'écoute et d'échange , limiter l'isolement)



Outil de repérage :
-« Fardeau de l'aidant » : Zarit / Mini-zarit
-Anxiété : HADs
-Qualité de vie : MOSSF36 / CarGOQol

OUTIL D'AUTOEVALUATION

- ZARIT / MINI-ZARIT
- pour s'autoévaluer

Calcul du score : Jamais = 0 Parfois = 0,5 Souvent = 1

① Le fait de vous occuper de votre proche entraîne-t-il :

→ Des difficultés dans la vie familiale ?
☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent **... / 1**

→ Des difficultés dans vos relations avec vos amis, vos loisirs ou dans votre travail ?
☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent **... / 1**

→ Un retentissement sur votre santé (physique et / ou psychique) ?
☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent **... / 1**

② Avez-vous le sentiment de ne plus reconnaître votre proche ?
☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent **... / 1**

③ Avez- vous peur pour l'avenir de votre proche ?
☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent **... / 1**

④ Souhaitez-vous être (davantage) aidé(e) pour vous occuper de votre proche ?
☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent **... / 1**

⑤ Ressentez-vous une charge en vous occupant de votre proche ?
☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent **... / 1**

SCORE TOTAL : ... / 7

Comment interpréter votre score ?



VOUS AVEZ ENTRE 0 ET 1,5
Actuellement, l'accompagnement de votre proche ne semble **pas impacter ou très peu** votre vie quotidienne.

VOUS AVEZ ENTRE 2 ET 3,5
Actuellement, l'accompagnement de votre proche semble impacter **légèrement ou modérément** votre vie quotidienne.

Ce score est un indicateur de votre situation actuelle.
Celle-ci peut évoluer dans le temps.

À tout moment, vous pouvez faire le point sur votre situation en remplissant de nouveau le questionnaire.

VOUS AVEZ ENTRE 4 ET 5,5
Actuellement, l'accompagnement de votre proche semble impacter **modérément ou sévèrement** votre vie quotidienne.

VOUS AVEZ ENTRE 6 ET 7
Actuellement, l'accompagnement de votre proche semble impacter **très fortement** votre vie quotidienne.

Journée régionale
CANCER ET PERSONNE ÂGÉE
Cerveau et cancer chez le sujet âgé



Traiter?

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
Rispéridone	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

Tableau 2 d'aide à la prescription des APA

	Rispéridone	Aripiprazole	Quétiapine	Olanzapine
Mécanisme d'action				
	Blocage D2, 2A, antagoniste 5-HT	Agoniste partiel D2, 5-HT1A, antagoniste 5-HT2A, noradrenaline et alpha 1B	Blocage D2, 2A, antagoniste partiel 5-HT1A	Blocage D2, 2A
Prescription				
Posologie	0.25–0.5 mg à 2 mg	2 mg à 15 mg	50 à 300 mg	5 mg à 10 mg
Galénique	Comprimé Orodispersible Solution buvable	Comprimé Orodispersible Solution buvable	Comprimé LP	Comprimé Orodispersible
Demi-vie	24 heures	75 heures	12 heures	54 heures
Pic plasmatique	1–2 heures	3–5 heures	6 heures	5–8 heures
Insuffisance rénale	Prudence en cas IR modéré à sévère	Aucune adaptation	Aucune adaptation	Prudence
Effets secondaires				
Extrapyramidal	+++	+/–	+	++
QT	++	+/–	+	+
Sédation	+	+	+++	++
Effet anticholinergique	+	+/–	++	++
Akathisie	+	++	+	+
Hypotension orthostatique	++	+/–	++	++

UCOG PL
Unité de Coordination OncoGériatrique des Pays de la Loire

ONCO Pays de la Loire
DISPOSITIF SPÉCIFIQUE RÉGIONAL DU CANCER

Recommandations SFGG/FCM 2024

Mardi 13 octobre 2026, Nantes



Indication		Traitement de 1re intention	Traitement de seconde intention
Dépression	Niveau de preuve faible Meilleure efficacité si : -Épisode dépressif type DSM V - Antécédents de dépression	Sertraline : 50 à 200mg/j Mirtazapine : 15 à 45 mg/	Duloxétine : 30 à 120 mg Venlafaxine LP : 37,5 mg à 225 mg Vortioxétine : 5 à 20 mg
Agitation	Traitement de 1re intention de : L'agressivité, l'irritabilité, l'agitation anxieuse, impulsivité et du syndrome frontal Aucune indication dans les déambulations	Citalopram : 10 à 20 mg Escitalopram : 5 à 10 mg Sertraline : 25 à 200 mg	Trazodone : 50 à 300 mg
Symptômes psychotiques	Idées délirantes en alternative aux antipsychotiques (niveau de preuve faible)	Citalopram : 10–20 mg/j Escitalopram : 5– 10 mg/j Sertraline : 25 – 150 mg/j	
Trouble du sommeil	Niveau de preuve faible	Mirtazapine : 15 – 30 mg/j Seulement si symptômes dépressifs associés	Trazodone: 50 à 300 mg
Trouble anxieux	Aucune publication n'a validé l'usage des IRS dans les troubles anxieux associés aux TNC. Dans la pratique, utilisation possible dans cette indication, notamment pour éviter un recours inapproprié aux benzodiazépines. Voir chapitre « dépression et anxiété »		
Apathie	Aucune indication des IRS dans le traitement de l'apathie		

Molécule	Dose initiale par jour	Augmentation par palier	Prises par jour	Poso hab. par jour	Poso max par jour	Mode d'action	½ vie et commentaires
Citalopram	5 à 10 mg	5 mg 7 à 10 jours	1	20 mg	40 mg Mais 20 mg chez les 65 ans et +	Inhibiteur spécifique de la recapture de la sérotonine	33 h ½ vie augmentée chez PA et si insuffisance rénale
Escitalopram	5 mg	5 mg 7 à 10 jours	1	10 mg	20 mg Mais 10 mg chez les 65 ans et +	Inhibiteur spécifique de la recapture de la sérotonine	30 h ½ vie augmentée chez PA ou si insuffisance rénale
Sertraline	25 à 50 mg	25 mg 7 à 10 jours	1	100 mg	150 mg Possible 200 mg	Inhibiteur spécifique de la recapture de la sérotonine	Sertraline 26 h (22–36 h) N-desméthyl-sertraline 62 à 104 h Profil pharma-cocinétique inchangé avec âge, pas de modification de dose en insuffisance rénale sévère
Venlafaxine LP*	37,5 mg	37,5 mg 7 à 10 jours	1 à 2	75mg à 150 mg**	150 mg Possible 225 mg	Inhibiteur de la recapture de sérotonine et un antagoniste du récepteur 5-HT2A. Vigilance aux effets noradrénergiques dose dépendante	Venlafaxine 3 à 7 h O-démétyl-venlafaxine 9 à 13 h ½ vie non modifié avec l'âge Réduire la dose de 25 à 50 % chez les patients souffrant d'insuffisance rénale
Mirtazapine***	7,5 mg	7,5 mg 7 à 10 jours	1 au coucher	15 à 30 mg	45 mg	Antagoniste noradrénergique (Antagoniste alpha-2, libérateur de noradrénaline/ sérotonine). Également antagoniste des récepteurs 5-HT2, 5-HT3, H1, alpha-1 et muscariniques.	20 à 40 h (parfois jusqu'à 65 h) 1/2 vie augmentée si Insuffisance rénale

Recommandations SFGG/FCM 2024

Journée régionale

CANCER ET PERSONNE ÂGÉE

Cerveau et cancer chez le sujet âgé



Tableau récapitulatif des benzodiazépines et des hypnotiques si l'indication est confirmée

Molécule	Dose initiale	Augmentation par palier*	Prises par jour	Dose maximale conseillée	Temps pour évaluer l'efficacité	Durée de prescription
Alprazolam	0,25 mg	0,25 mg	2 à 3 fois par jour	1 mg par jour	Avant J7 suivant l'instauration	2 à 4 semaines
Lorazepam	0,5 à 1 mg	0,5 mg	2 à 3 fois par jour	2,5 mg par jour	Avant J14 suivant l'instauration	8 à 12 semaines
Oxazepam	10 à 30 mg par jour	10 mg	2 à 3 fois par jour	60 mg par jour	Avant J7 suivant l'instauration	8 à 12 semaines
Zopiclone	3,75 mg	3,75 mg	1 cp au coucher	3,75 mg**	7 à 10 jours	28 jours maximum

UCOG PL
Unité de Coordination OncoGériatrique des Pays de la Loire

ONCO Pays de la Loire
DISPOSITIF SPÉCIFIQUE RÉGIONAL DU CANCER

Recommandations SFGG/FCM 2024

	Alprazolam	Lorazepam	Oxazepam	Zopiclone
Mécanisme d'action				
	Agoniste spécifique du récepteur central du complexe « récepteurs macromoléculaires GABA-OMEGA »	Agoniste spécifique du récepteur central du complexe « récepteurs macromoléculaires GABA-OMEGA »	Agoniste spécifique du récepteur central du complexe « récepteurs macromoléculaires GABA-OMEGA »	Agoniste spécifique récepteurs centraux appartenant au complexe de récepteurs macromoléculaires « GABA-A »
Prescription				
Posologie	0,25 à 1 mg	1 à 2,5 mg	10 à 60 mg	3,75 mg
Galénique	Comprimé sécable à 0,25 mg, 0,5 mg et 1 mg	Comprimé sécable à 1 mg et 2,5 mg	Comprimé à 10 mg Non secable Comprimé à 50 mg sécables	Comprimé pelliculé à 3,5 mg Comprimé sécable à 7,5 mg Comprimé pelliculé à 7,5 mg
Demi-vie	Entre 10 et 20h – augmentée chez le sujet âgé	Entre 10 et 20 h	8 h	5 h
Pic plasmatique	1 à 2 h	0,5 à 4 h	2 h	1h30–2 h
Insuffisance rénale	Diminuer la posologie de moitié	Diminuer la posologie de moitié	Diminuer la posologie de moitié	Débuter à 3,75 mg
Effets secondaires				
Confusion	++	++	*	-
Hallucination	+	+	*	-
Constipation	+++		*	
Agitation	+		*	+
Agressivité	-		*	-
Somnolence		+++	*	
Ataxie		++	*	+

THMs : Troubles du comportement

- **Traiter la cause**
  - Derrière une agitation peuvent se cacher une douleur, une anxiété, une déshydratation, de l'épilepsie, des idées délirantes…
- **Prise en soin globale**
  - Patient, aidants, environnement
  - Pas de recette miracle !
    - Intervention individualisée
    - Interventions ciblées et multimodales
    - Interventions multiprofessionnelles
- **Privilégier les mesures non médicamenteuses**
  - Médicaments en seconde intention et adaptée aux symptômes



Questions ?