

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
GRENOBLE ALPES

10/05/2022

Prise en charge médicamenteuse de l'agitation en pédopsychiatrie

Dr Pierre Aussedat



Objectifs du traitement médicamenteux

- Calmer le patient suffisamment pour pouvoir être évalué et pris en charge rapidement
 - Δ Ne pas trop sédater le patient (un patient sédaté ne peut pas être évalué, participer à la PEC ou quitter les urgences...)
- Cibler la cause sous-jacente de l'agitation

Etiologies

- Trouble somatique : confusion, intoxication, douleur (TSA +++)
- Anxiété
- Troubles du comportement
- Trouble délirant, psychose
- Episode maniaque
- Catatonie agitée
- Troubles du neurodéveloppement (TSA, TDAH, SGT)
- Difficultés de communication, handicap sensoriel

Généralités

- Stratégies de désescalade non-pharmacologiques en 1^{ère} intention
 - Rechercher les causes de l'agitation ++
 - Recherche des accompagnants/caregivers :
 - Habitudes, environnement, ATCD
 - Traitements habituels (historique, efficacité, ES, allergies)
 - Évènement récent, stress, douleur, prise de toxiques, symptômes psychiatriques récents
 - Examen somatique complet et orienté. ECG pré-thérapeutique+++
- Permet une prise en charge spécifique et oriente le choix thérapeutique
- Toujours rechercher l'accord du patient et des personnes ayant autorité avant traitement (prescription souvent hors AMM)

Traitements de l'agitation

Antipsychotiques ++

- Effet sédatif important des antipsychotiques, particulièrement pour les NL de 1^{ère} génération : effets antihistaminiques, anticholinergiques, adrénolytiques
- Risque de dystonie et d'effets extra-pyramidaux augmenté chez les enfants

→ Privilégier les antipsychotiques de 2nd génération si possible pour limiter les ES et la sédation (hors AMM)

Neuroleptiques de première génération

Molécule	AMM	Posologie
Cyamemazine (Tercian)	Troubles graves du comportement avec agitation et agressivité > 3 ans	0,5 à 1 mg/kg au moment de l'agitation (max 4mg/kg/j) Forme injectable (pas d'AMM) : 0,5 à 1 mg/kg (max 2mg/kg/j)
Levomepromazine (Nozinan)	Idem	0,5 à 2 mg/kg/j Forme injectable réservée à l'adulte
Chlorpromazine	Idem	1 à 5 mg/kg/j
Neuleptil	Idem	0,1 à 0,5 mg/kg/j
Haloperidol (Haldol)	Schizophrénie > 13 ans TSA + agressivité sévère persistante > 6ans SGT > 10 ans	0,5 à 3 mg / jour (max 5 mg après 12 ans)
Loxapine (Loxapac)	Etat psychotique aigue et chronique, agitation > 15 ans	0,5 à 1 mg/kg au moment de l'agitation IM : 0,5 mg/kg 50 à 300 mg/j (augmente peu le QT)

Antipsychotiques atypiques

Molécule	AMM	Posologie
Risperidone	<u>5-18 ans pour les Troubles des Conduites (avec RD ou QI < moyenne)</u> Schizophrénie à partir de 18 ans Pas d'AMM dans agitation	<u>0,25 à 2 mg / jour dans l'agitation</u> <u>0,25 à 0,75 mg (<50kg)</u> <u>0,5 à 2 mg (>50 kg)</u> Schizophrénie : 2 à 10 mg
Aripiprazole	Schizophrénie à partir de 15 ans Trouble Bipolaire à partir de 13 ans (épisode maniaque)	10 à 30 mg
Quetiapine	Non recommandé avant 18 ans	50 à 300 – 600 mg
Olanzapine	Non recommandé avant 18 ans Mais admis selon certaines recommandations	Agitation : 0,1 mg/kg 2,5 à 5 mg/prise TB/schizophrénie : 5 à 20 mg

Benzodiazepines

- Eviter chez l'enfant et l'ado :
 - Risque augmenté de réactions paradoxales, syndrome confusionnel
- Eventuellement DIAZEPAM (Valium) en association avec NL ou si CI aux NL
 - 0,5 mg/kg/j

Agitation indifférenciée

En cas d'agitation sévère :

- **De 3 à 15 ans :**

- **Cyamémazine :**

0,5 à 1 mg/kg au moment de l'agitation
(max 4mg/kg/j)

Forme injectable : 0,5 à 1 mg/kg (hors AMM)

- **Lévomépromazine :** 0,5 à 2 mg/kg/j

- **Chlorpromazine :** 1 à 5 mg/kg/j

- **Neuleptil :** 0,1 à 0,5 mg/kg/j

- **Si > 15 ans :**

- **Loxapine :** 0,5 à 1 mg/kg

Forme injectable : 0,5 mg/kg

En cas d'agitation modérée :

- Neuroleptiques classiques (dose faible)

- Antipsychotiques atypiques (hors AMM)

- Risperdal : 0,25 à 2 mg / jour

- Olanzapine : 0,1 mg/kg (2,5 à 5 mg/prise)

Cas particuliers

- Traitement pré-existant
- Psychose / Manie
- TSA / Trouble communication
- Confusion
- OH (sevrage ou intoxication)
- Catatonie agitée

Traitement pré-existant

- Dose supplémentaire si déjà sous antipsychotique
- +/- ajout d'un neuroleptique sédatif
- Eviter la polymédication (risque d'interactions)
- Ne pas arrêter les traitements en cours, sauf si :
 - Catatonie : arrêt des neuroleptiques
 - Manie : arrêt des antidépresseurs
 - IMV

Agitation sur Manie ou Psychose :

- Favoriser les antipsychotique atypiques pour traiter la cause :
 - Risperidone
 - Quetiapine
 - Aripiprazole
 - Olanzapine
- +/- Neuroleptique sédatif initial si agitation importante

TSA / Trouble de la communication

- **Trouble somatique (> 70 % des cas)** : examen clinique complet (+/- paraclinique)
 - Douleur (dentaire, otite, abdominale)
 - Infection / fièvre
 - Epilepsie → EEG
- Antalgique en 1^{ère} intention
- Changements dans le quotidien, la vie familiale (intolérance, anxiété ++ face aux changements, même minimes)
- Gêne en lien avec des troubles sensoriels
- Diminution des stimulations sensorielles
- Analyse fonctionnelle, recherche habitudes et stratégies d'apaisement

En cas d'échec :

- Neuroleptiques classiques : sensibilité aux ttt chez les TSA (ES)
- Intérêt du Risperdal (hors AMM)

Confusion

- Recherche de cause somatique et de prise de toxiques ++
- Eviter les neuroleptiques classiques :
 - Risque de majoration ++ de la confusion (anti-cholinergique)
 - Dose faible si utilisation
- Intérêt des antipsychotiques atypiques (Risperdal, Olanzapine)

Intoxication / Sevrage

- En cas d'intoxication OH/BZD :
 - CI BZD
 - Risque de majoration des effets de sédation des neuroleptiques
 - Doses faible (progressive) des neuroleptiques avec monitoring rapproché
 - CI ++ contention mécanique
- En cas de sevrage OH/BZD :
 - Diazepam / Lorazepam (hors AMM)

Catatonie agitée

- Signes cliniques :
 - Agitation non influencée par les stimuli externes
 - Stupeur, Catalepsie, flexibilité cireuse, maintien de posture
 - Mutisme, négativisme
 - Maniérismes, stéréotypies, expressions faciales grimaçantes
 - Echolalie, échoopraxie
- CI de tous les antipsychotiques (risque aggravation)
- Test thérapeutique Stilnox/Temesta
- Traitement par BDZ :
Temesta 4 à 12 mg / jour, prises espacées de 4-6h

ES des neuroleptiques

- Neurologiques : Dystonie aiguë, Sd parkinsonien
- Effets adréno-lytiques : hTA orthostatique, bradycardie, asthénie, somnolence
- Effets anticholinergiques : Tble accommodation, sècheresse buccale, constipation, rétention urinaire, trouble de la déglutition, confusion, hyperthermie, dépression respiratoire
- Effets antihistaminiques : sédation, somnolence, vertiges
- Augmentation du QTc : ECG systématique ++
- Syndrome malin

Surveillance

- Surveillance clinique de l'efficacité et la tolérance du traitement
 - Efficacité des Ttt PO en 30-60 min
 - Efficacité des Ttt IM en 15-30 min
- Monitoring horaire : ES, respiration, pouls, TA, T°, état de conscience
- Surveillance rapprochée ++ (toutes les 15' +/- scope) si surdosage, prise de toxique/OH, sédation majeure
- Si dystonie aiguë : changement de neuroleptique +/- anticholinergique
- Réévaluation dès la fin de l'épisode de la poursuite des traitements