



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Revue de la littérature

Dyskinésies tardives induites par les antipsychotiques : données actuelles sur leur prévention et prise en charge

Prevention and treatment of tardive dyskinesia caused by antipsychotic drugs

A.-S. Seigneurie^a, F. Sauvanaud^a, F. Limosin^{a,*,b,c}

^a Service de psychiatrie de l'adulte et du sujet âgé, hôpital Corentin-Celton, groupe hospitalier hôpitaux universitaires Paris Ouest, Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), 4, parvis Corentin-Celton, 92130 Issy-les-Moulineaux, France

^b Université Paris Descartes, Sorbonne Paris-Cité, 75006 Paris, France

^c Inserm, U894, centre de psychiatrie et neurosciences, 75014 Paris, France

IN F O A R T I C L E

Historique de l'article :

Reçu le 20 septembre 2013
Accepté le 24 novembre 2014
Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :

Dyskinésies tardives
Dystonies tardives
Antipsychotiques
Neuroleptiques
Iatrogénie

Keywords:

Tardive dyskinesia
Tardive dystonia
Antipsychotic drugs
Neuroleptics
Iatrogenic disease

R É S U M É

Les dyskinésies tardives (DT) sont des mouvements anormaux et involontaires de la langue, de la mâchoire, du tronc et/ou des membres qui peuvent survenir au cours d'un traitement prolongé par antipsychotique ou après son arrêt, et qui sont présents sur une période d'au moins quatre semaines. La prévalence des DT se situe entre 24 et 32 % sous neuroleptiques, et autour de 13 % sous antipsychotiques atypiques. Le risque de survenue est majoré par des caractéristiques propres au patient (âge, sexe, diagnostic psychiatrique, facteurs de vulnérabilité hérités) ou par les caractéristiques du traitement reçu (type de molécule, durée et dose d'exposition au traitement). Les deux principales hypothèses étiopathogéniques proposées pour expliquer la survenue de ces DT iatrogènes sont : une hypersensibilité des récepteurs dopaminergiques D2, ou un mécanisme de neurotoxicité par stress oxydatif pouvant conduire à une dégénérescence neuronale par apoptose. Une fois les principaux diagnostics différentiels éliminés et le diagnostic de DT retenu, trois grands types d'intervention thérapeutique peuvent être proposés : adaptation des modalités de prescription des antipsychotiques (diminution de posologie, substitution ou arrêt), adjonction d'un traitement antikinétique, ou intervention neurochirurgicale pour les dyskinésies sévères et pharmaco-résistantes. En pratique, devant les contraintes liées à ces mesures curatives et leur efficacité incertaine, l'accent doit être mis sur les mesures préventives en privilégiant la réévaluation régulière des prescriptions et le dépistage précoce des complications iatrogènes.

© L'Encéphale, Paris, 2015.

A B S T R A C T

Introduction. – Tardive dyskinesia (TD) is a movement disorder of tongue, jawbone, trunk and/or limbs that may appear after a prolonged use of dopamine receptor blocking agents (after 3 months of treatment or after 1 month for patients over 60), and that are present during at least four consecutive weeks. TD is a frequent side effect of both classical neuroleptics and new generation antipsychotic drugs. The prevalence of iatrogenic TD is between 24 and 32 % after treatment with classical neuroleptics and about 13 % after treatment with a new generation antipsychotic.

Objective. – This paper presents an updated literature review of data on diagnosis, prevention and treatment of TD.

Methods. – We conducted a review of literature using the Medline Browser tool, screening studies from 1950 to 2013 in English or French with keywords « tardive dyskinesia », « tardive dystonia », and « abnormal movements caused by antipsychotic drugs ».

Results. – We first describe and define semeiological features of TD: dystonia, tremor, myoclonus, acathisia, chorea, ballism and athetosis. Secondly, we resume the main differential diagnoses to exclude when confronted with this kind of movement disorders. Differential diagnoses for dyskinesia can be

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : frederic.limosin@aphp.fr (F. Limosin).

classified between primary (Parkinson and Huntington diseases) and secondary (Wilson disease, intoxication, metabolic abnormality, cerebrovascular accident) abnormal movements. Psychogenic TD can be evoked if previous pathologies are excluded in case of atypical clinical presentation. We detail the risk factors for TD. Endogenous risk factors are related to the patient's age, underlying psychiatric disease (bipolar disorder or Alzheimer dementia), addiction to alcohol or cocaine, female gender, or neurodevelopmental vulnerability. Iatrogenic risk factors are high doses of antipsychotics, long or intermittent administration, and particular pharmaceutical classes or associations of antipsychotics. As a comprehensive tool, we review the main physiopathological hypotheses to explain the occurrence of TD in some patients: hypersensitivity of D2 neuronal receptor or neurotoxicity associated with oxidative stress mechanisms. We also summarize the current guidelines for prevention and treatment of TD. Three successive curative strategies are suggested in the literature. First, the clinician can adapt the current antipsychotic treatment (switch to a new generation antipsychotic, diminution or cessation of antipsychotic drugs). If this first intervention is not pertinent or ineffective, the clinician can prescribe an antikinetic therapeutic agent, such as tetrabenazine, or an antioxidant. Review of the published studies does not show proof of efficacy of cholinergic or anticholinergic drugs, benzodiazepine or other GABAergic drugs, nor for amantadine. Non-medication therapeutics such as ECT and TMS are discussed, but the level of proof is insufficient to promote them as a curative treatment for TD. In case of high resistance and discomfort for the patient, a neurosurgical intervention should be discussed. These curative interventions are limited, emphasizing the importance of TD prevention, by limiting the prescription and doses of antipsychotics, regularly evaluating their side effects and informing the patient of TD's risk.

Conclusion. – We propose to practitioners a synthesised update of literature concerning a frequent iatrogenic effect of antipsychotics. Nevertheless, no solid guidelines have as yet been established, and further clinical studies are expected in order to better understand this frequent and discomforting side effect.

© L'Encéphale, Paris, 2015.

1. Introduction

Les dyskinésies tardives (DT) font partie des effets secondaires les plus graves liés à la prise d'antipsychotiques (AP) de première et deuxième générations. Même si leur incidence est bien moins élevée que les effets secondaires métaboliques (prise de poids, diabète, dyslipidémie, élévation du risque cardiovasculaire), leur caractère irréversible et invalidant nécessite une sensibilisation des médecins prescripteurs en vue d'un dépistage précoce. En effet, les DT ont un impact majeur sur la qualité de vie des patients et leurs interactions sociales, et contribuent à la morbi-mortalité associée au trouble [1].

Les DT sont des mouvements anormaux et involontaires de la langue, de la mâchoire, du tronc et/ou des membres qui peuvent survenir au cours d'un traitement prolongé par AP (durée de traitement \geq à 3 mois, ou à 1 mois pour les sujets de plus de 60 ans) ou après son arrêt, et qui sont présents sur une période d'au moins quatre semaines. Sous le terme « dyskinésie » est regroupé un ensemble hétérogène de perturbations du mouvement, dont les mécanismes supposés communs sont des dysfonctionnements au niveau des circuits moteurs impliquant les ganglions de la base. Ces mouvements peuvent être de type choréiforme (rapides, saccadés, non répétitifs), athétosique (sinueux, lents, continus) ou rythmique (stéréotypés) [2].

Initialement décrites lors des premières utilisations de neuroleptiques (NL) dans les années 1950, les DT peuvent également être induites par les AP atypiques (APA) ou de deuxième génération. Ainsi la revue de la littérature publiée en 2008 par Correl et Schenk retrouvait une incidence annuelle de DT de 5,5 % pour les NL et de 3,9 % pour les APA, confirmant que ce risque iatrogène demeure un problème d'actualité [3].

2. Définitions et descriptions

Une *dystonie* est une contraction musculaire involontaire, prolongée, fixant un membre ou un segment de membre dans une position extrême à l'origine de mouvements de torsion ou de postures anormales. Elle peut être aiguë ou tardive, localisée (torticolis spasmodique, dysphonie spasmodique), segmentaire (craniocervicale, cervico-brachiale) ou généralisée.

Le terme de *dyskinésie* s'applique à l'ensemble des mouvements anormaux, involontaires, complexes et anarchiques [4]. La description clinique de ces mouvements anormaux est rappelée dans le [Tableau 1](#). Une dyskinésie iatrogène peut être précoce, apparaissant le plus souvent dans les 24 ou 48 heures après le début du traitement par AP ou dans les suites d'une augmentation de posologie, ou tardive (à partir de trois mois de traitement). Or dans le cadre des mouvements anormaux induits par les AP, les dystonies tardives et les DT sont souvent regroupées sous ce dernier terme. Ces mouvements sont majorés par l'anxiété ou lors de mouvements volontaires d'autres régions, et disparaissent lors d'une activation volontaire du groupe musculaire concerné ou bien durant le sommeil. Dans cet article, le terme de DT sera utilisé au sens large, c'est-à-dire incluant dyskinésie et dystonie tardives [5].

Tableau 1
Descriptions cliniques des dyskinésies [4].

Mouvements anormaux	Descriptions cliniques
Dyskinésie	Difficulté de mouvement quelle qu'en soit la cause
Dystonie	Contractions involontaires et durables provoquant des attitudes anormales
Tremblement	Agitation involontaire du corps, en totalité ou en partie, par petites oscillations rapides, généralement compatibles avec l'exécution de mouvements volontaires
Myoclonie	Contractions musculaires cloniques, brusques, involontaires, non systématisées, se répétant à des intervalles variables
Akathisie (ou acathésie ou athétosique)	Impossibilité de s'asseoir ou de rester assis, besoin irrépressible d'agitation, de se balancer en position debout ou assise, de piétiner ou de croiser et décroiser les jambes
Chorée	Contraction clonique des muscles lente (chorée gesticulatoire) ou brusque (chorée myoclonique)
Ballisme	Mouvements involontaires, violents et désordonnés uni- (hémiballisme) ou bilatéralisés (biballisme)
Athétose	Mouvements involontaires principalement du visage, des membres et du tronc, à type de reptation lente et dénués de coordination
Tics	Mouvements brefs et soudains, stéréotypés, simples ou complexes, qui peuvent être contrôlés par la volonté pendant quelques minutes mais avec un phénomène de rebond

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4181513>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4181513>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)