

Approche pour les comportements sexuels inappropriés chez des personnes atteintes de démence

Petra Joller MD CCFP Neeraj Gupta MSc Dallas P. Seitz MD FRCPC Christopher Frank MD FCFP
Michelle Gibson MD CCFP Sudeep S. Gill MD MSc FRCPC

Résumé

Objectif Présenter aux médecins de famille une mise à jour sur l'approche au diagnostic et à la prise en charge des comportements sexuels inappropriés (CSI) chez les personnes atteintes de démence.

Sources des données On a fait une recherche dans MEDLINE et EMBASE pour cerner des articles pertinents publiés avant juin 2012. On n'a trouvé aucune étude de niveau I; la plupart des articles fournissaient des données probantes de niveau III.

Message principal Les comportements sexuels inappropriés sont fréquents chez les personnes atteintes de démence. Divers facteurs (p. ex., culturels, religieux, perspectives sociétales de la sexualité gériatrique, questions médico-légales) pourraient compliquer l'évaluation de tels comportements et doivent être pris en compte pour permettre une prise en charge appropriée à chaque patient. Il existe des outils pour documenter les CSI. Des interventions créatives non pharmacologiques pour les CSI pourraient être efficaces quand elles sont adaptées à chaque patient. Certaines pharmacothérapies (p. ex., antidépresseurs, antiandrogènes, antipsychotiques et anticonvulsifs) ont été proposées pour les symptômes qui ne répondent pas aux interventions non pharmacologiques. Par ailleurs, les données probantes à l'appui des traitements à l'aide de médicaments sont limitées, les effets secondaires demeurent un aspect important à considérer et il est incertain s'ils devraient être utilisés comme traitement de première ou de deuxième intention.

Conclusion Quoiqu'il n'y ait pas d'algorithme de traitements empiriquement établi pour les CSI reliés à la démence, les ouvrages actuels offrent certaines données probantes concernant diverses thérapies pharmacologiques et non pharmacologiques. Des recherches de grande qualité plus approfondies sont nécessaires de toute urgence pour guider les médecins de famille qui prennent en charge des patients qui ont des CSI reliés à la démence.

POINTS SAILLANTS Il faut être prudents dans l'évaluation des comportements sexuels inappropriés pour assurer que les événements n'ont pas été perçus incorrectement et que des traitements sont bel et bien nécessaires. Une évaluation initiale attentive et des traitements non pharmacologiques devraient précéder les tentatives de traiter les comportements avec des médicaments. Aucune étude randomisée contrôlée sur les traitements des comportements sexuels inappropriés n'a été signalée. Nous devons plutôt nous fier à des données probantes tirées d'exposés de cas et de quelques petites études (données de niveaux II ou III). Lorsqu'un traitement pharmacologique est utilisé, il faut garder à l'esprit le profil de toxicité du médicament, communiquer aux patients et aux aidants les bienfaits et les préjudices potentiels et documenter soigneusement ces discussions.

Un large éventail de symptômes comportementaux et psychologiques peuvent se développer dans la maladie d'Alzheimer et les démences du genre et accroître le risque de résultats médiocres à la fois pour les patients et pour leurs aidants^{1,2}. Quoique la démence s'accompagne habituellement d'une apathie et d'un déclin de l'intérêt sexuel^{3,4}, la désinhibition et les expressions inappropriées de la sexualité peuvent aussi faire leur apparition^{4,5}. Les comportements sexuels inappropriés (CSI) peuvent être très troublants pour les membres de la famille et les autres aidants et peuvent présenter des défis considérables au clinicien traitant.

Tous les gens, peu importe l'âge ou l'état de santé, ont besoin d'amour, de contact physique, d'accompagnement et d'intimité⁶. Les cliniciens devraient aller au-delà des stéréotypes sociétaux du passé présentant les aînés comme des êtres asexuels, car ces stéréotypes peuvent engendrer des attitudes négatives à l'endroit des saines expressions de la sexualité. Il faut prendre garde de ne pas considérer les comportements sexuels appropriés comme étant pathologiques.

La façon de percevoir ce qui constitue un comportement approprié peut varier d'une personne à l'autre et être influencée par une

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.
Can Fam Physician 2013;59:e135-40

Cet article donne droit à des crédits Mainpro-M1.
Pour obtenir des crédits, allez à www.cfp.ca et cliquez sur le lien Mainpro.



The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the March 2013 issue on page 255.

multitude de facteurs, dont les croyances religieuses ou les façons de voir les personnes âgées qui prévalent dans la société⁶⁻⁸. Les effets des comportements sexuels sur les autres sont particulièrement manifestes dans les centres d'hébergement, où il y a relativement peu d'intimité et de nombreuses attitudes différentes à propos de la sexualité. Parmi les exemples de CSI figurent le langage obscène, les actes sexuels implicites (p. ex., demander des soins génitaux non nécessaires, regarder de la pornographie en public) et les actes sexuels explicites (p. ex., toucher, empoigner ou dévêtir les autres ou soi-même, la masturbation en public).

Dans cet article, nous présentons une mise à jour sur l'évaluation et la prise en charge des CSI reliés à la démence. Des détails concernant l'épidémiologie et la pathophysiologie des CSI sont aussi accessibles dans **CFPlus**.*

Cas

M. A. est un homme marié de 84 ans atteint d'une forme modérément sévère de la maladie d'Alzheimer. Il vit dans un centre d'hébergement depuis 2 ans. Il commence à aborder des résidentes du centre et à leur faire des suggestions de nature sexuelle, ce qui dérange sa famille. Malgré qu'on l'ait déménagé d'étage, il continue à faire des avances sexuelles verbales et parfois physiques à des résidentes et des membres du personnel. Les stratégies comportementales ont produit des résultats limités. Les infirmières et sa famille vous demandent de faire quelque chose pour aider à contrôler les CSI de M. A.

Sources des données

Une recherche a été effectuée dans MEDLINE et EMBASE pour trouver des articles publiés avant juin 2012. Les listes de références des articles pertinents ont aussi été examinées pour cerner d'autres articles appropriés à inclure dans l'étude. Aucune étude de niveau I n'a été trouvée et la plupart des articles ne fournissaient que des données de niveau III (p. ex., exposés de cas), sauf une exception, une série de cas contrôlée (données probantes de niveau II)⁹.

Message principal

L'évaluation des CSI peut avoir des implications complexes d'ordre éthique et médicolégal⁶⁻⁸. Par exemple, certains résidents de centres d'hébergement peuvent accepter d'avoir des activités sexuelles, mais n'ont pas la capacité voulue pour donner un consentement significatif

***Inappropriate Sexual Behaviours in Dementia: Epidemiology and Pathophysiology** est accessible en anglais seulement à www.cfp.ca. Allez au texte intégral de l'article en ligne, puis cliquez sur **CFPlus** dans le coin supérieur droit de la page.

d'y participer; ils sont donc vulnérables à des comportements abusifs de la part de résidents désinhibés. Nous présentons à l'**Encadré 1** une approche pour évaluer la capacité de s'impliquer dans une relation sexuelle¹⁰.

Pour guider une prise en charge optimale des CSI, l'évaluation devrait inclure une anamnèse médicale rigoureuse, un examen physique et des analyses de laboratoire ciblées¹⁰. Les tests de laboratoire ciblés devraient être fonction de l'évaluation clinique. On peut obtenir une anamnèse collatérale précieuse auprès des membres de la famille, des aidants habituels ou d'autres résidents du centre d'hébergement (**Encadré 2**)¹⁰. L'évaluation devrait viser à trouver des manifestations de troubles de l'humeur, de psychose, de consommation abusive (p. ex., alcool), de comportements de quête d'attention ou des traits de personnalité hypersexuelle de longue date, étant donné que chacun de ces problèmes peut nécessiter une approche différente dans

Encadré 1. Évaluation de la compétence à s'engager dans une relation sexuelle

Prise de conscience de la relation par le patient

- Le patient est-il conscient de la personne qui initie le contact sexuel?
- Une idée délirante ou une méprise dans l'identification affecte-t-elle le choix du patient (p. ex., le patient méprend-il l'autre personne pour son partenaire)?

Le patient ou la patiente peut-il ou peut-elle exprimer le degré d'intimité sexuelle avec lequel il ou elle se sentirait confortable?

- Le patient peut-il éviter l'exploitation?
- Le comportement est-il conforme aux convictions et aux valeurs antérieures du patient?
- Le patient a-t-il la capacité de refuser un contact sexuel non invité?
- Le patient est-il conscient des risques potentiels?
- Le patient se rend-il compte que la relation peut être limitée dans le temps (p. ex., si un placement est temporaire)?
- Le patient peut-il décrire sa réaction quand et si la relation prend fin?

Adaptation de Series et Dégano avec l'autorisation du Royal College of Psychiatrists¹⁰

Encadré 2. Évaluation d'un comportement sexuel inapproprié

- Quelle forme le comportement prend-il?
- Dans quel contexte?
- À quelle fréquence?
- Quels sont les facteurs qui contribuent au comportement?
- Est-ce un problème? Pour qui?
- Quels sont les risques en cause? Pour qui?
- Les participants ont-ils la compétence voulue?

Adaptation de Series et Dégano avec l'autorisation du Royal College of Psychiatrists¹⁰

sa prise en charge. L'anamnèse devrait aussi porter sur les éléments spécifiques des comportements manifestés, comme les déclencheurs et les conséquences potentiels. Les facteurs déclencheurs peuvent inclure des éléments environnementaux ou émotionnels, une mauvaise interprétation d'actes non sexuels (p. ex., soins infirmiers habituels) ou des médicaments (p. ex., benzodiazépines, agonistes de la dopamine, suppléments d'androgène).

Quand on cherche à comprendre ce qui motive des manifestations publiques possiblement inappropriées, on peut parfois trouver des causes inattendues et non sexuelles qui peuvent être réglées plus facilement. Par exemple, des patients atteints de démence peuvent ne pas porter des vêtements convenables en public, parce qu'ils ont oublié de s'habiller ou parce qu'ils ont trop chaud. Leur déficience cognitive pourrait entraîner un manque de reconnaissance que ce comportement pourrait être éventuellement provoquant ou offensant pour les autres. Dans un tel cas, il pourrait être utile de donner au patient des vêtements qui s'attachent à l'arrière de manière à ne pas être faciles à enlever⁸.

L'émergence soudaine d'un CSI peut être le prélude d'un délirium et il faut une approche exhaustive pour exclure des problèmes médicaux sous-jacents. Une évaluation neurologique et cognitive rigoureuse ainsi qu'un examen génital peuvent aussi aider à découvrir des facteurs contribuant aux CSI (p. ex., infection des voies urinaires, impaction fécale).

Il faudrait documenter l'évaluation de manière complète pour aider à étoffer la justification des traitements subséquents. L'instrument St Andrew's Sexual Behaviour Assessment (SASBA) a été élaboré de manière à être valide et fiable dans la mesure et la consignation des CSI (données probantes de niveau II)¹¹⁻¹³. L'échelle SASBA permet l'observation directe de 4 catégories de CSI, chacune ayant 4 degrés de gravité. La SASBA pourrait aider les cliniciens à standardiser leur documentation des CSI.

Principes de prise en charge

Malheureusement, les ouvrages spécialisés sur la prise en charge des CSI reliés à la démence se font rares et les quelques études qui existent comportent des limites importantes. La plupart des articles sur ce sujet se fondent sur l'exposé d'un cas unique ou de petites séries de cas. Aucune étude randomisée contrôlée (ERC) n'a été publiée pour établir l'efficacité ou la sécurité des nombreux traitements proposés des CSI et la séquence selon laquelle recourir aux divers traitements lorsque les patients ne réagissent pas aux thérapies initiales. La possibilité de généraliser les ouvrages existants est questionable; par exemple, la plupart des exposés de cas publiés portent sur des hommes et il n'est pas possible de dire avec certitude comment les femmes pourraient répondre à certains traitements proposés.

Cependant, on peut dégager une certaine orientation en extrapolant à partir de ce que l'on sait sur la prise en charge d'autres symptômes comportementaux et psychologiques de la démence¹. Par exemple, les cliniciens devraient utiliser une approche séquentielle qui commence par une stratégie de prise en charge non pharmacologique. La cessation de médicaments qui aggravent la désinhibition (p. ex., benzodiazépines, agonistes de la dopamine) pourrait réduire les CSI. Les pharmacothérapies ne devraient être prescrites que si les symptômes ne répondent pas aux mesures plus conservatrices, car de nombreux médicaments ont d'importantes toxicités qui peuvent neutraliser leurs bienfaits potentiels. Les cliniciens devraient choisir un symptôme cible et un délai raisonnable pour les aider à juger si un nouveau traitement s'est révélé efficace. Tucker¹⁴ et Lothstein et ses collaborateurs¹⁵ ont proposé des algorithmes pour le traitement des CSI (données probantes de niveau III).

Prise en charge non pharmacologique

Dans certains cas, la créativité peut produire de bons résultats sans avoir à recourir aux médicaments. Par exemple, un exposé de cas décrit la démarche de fournir une poupée de chiffon de 3 pieds à un homme atteint de démence qui était sexuellement agressif envers les femmes dans son centre d'hébergement. Ses CSI ont cessé après qu'il eut reçu la poupée, car elle lui fournissait un autre moyen de libérer ses impulsions sexuelles (données probantes de niveau III)¹⁷.

Prise en charge pharmacologique

Les patients ayant des CSI persistants pourraient avoir besoin de suivre aussi une pharmacothérapie. De nombreux médicaments différents ont été proposés comme traitement et les cliniciens doivent rigoureusement jauger les bienfaits par rapport aux préjudices potentiels de chacun (**Tableau 1**). Les traitements pharmacologiques devraient être adaptés en fonction de chaque patient. Les comorbidités pourraient servir à guider les décisions (p. ex., les estrogènes devraient être évités chez les patients ayant des antécédents de thrombo-embolie veineuse). Comme tous les traitements pharmacologiques des CSI représentent des prescriptions à usage non indiqué sur l'étiquette, il est important de maintenir la communication avec les patients et les membres de la famille au sujet des bienfaits et des risques potentiels du traitement et de documenter ces discussions. Les traitements hormonaux pourraient être controversés, car ils sont parfois considérés comme une forme de castration chimique¹⁸.

Médicaments antidépresseurs. Il est connu que de nombreux antidépresseurs provoquent une dysfonction sexuelle et il n'est donc pas surprenant qu'ils aient été

Tableau 1. Pharmacothérapies proposées pour les CSI: Les données probantes à l'appui de ces traitements pharmacologiques sont de niveaux II et III.

CLASSE DE MÉDICAMENTS	MÉDICAMENT À L'ÉTUDE (FORMULATION ET DOSAGE)	EFFETS INDÉSIRABLES POTENTIELS
Antidépresseurs	ISRS (20 mg de paroxétine par voie orale 1 fois par jour, 20 mg de citalopram par voie orale 1 fois par jour) 15-30 mg de mirtazapine au coucher 150 mg de clomipramine par voie orale 1 fois par jour	Nausée, tremblement, hyponatrémie Sédation, gain de poids, myélosuppression Hypotension orthostatique, rétention urinaire, constipation, aggravation de la cognition
Antiangorogènes	100-500 mg IM d'acétate de médorxyprogestérone par semaine 10 mg d'acétate de cyprotérone par voie orale 1 fois par jour	Sédation, hypotension orthostatique, priapisme Fatigue, gain de poids, bouffées de chaleur ou frissons, dépression, glycémie élevée, insomnie Gynécomastie, galactorrhée, moins bon contrôle du diabète, dépression, ostéoporose, insuffisance surrénalienne au sevrage, hépatotoxicité (il faudrait vérifier les enzymes du foie si utilisés)
Estrogènes	5 mg de finastéride par voie orale 1 fois par jour 0,625 mg d'estrogènes conjugués par voie orale 1 fois par jour Timbre transdermique de 0,05 à 0,1 mg/j d'estrogène 1 mg de diéthylstilbestrol par voie orale 1 fois par jour	Gynécomastie, douleurs testiculaires, dépression Gain de poids, dépression, gynécomastie, thrombo-embolie veineuse
Analogues de la GnRH	7,5 mg IM de leuprolide par mois	Gain de poids, douleurs dans les os, ostéoporose, apoplexie pituitaire (rare)
Antipsychotiques	1,5-3 mg d'halopéridol par voie orale 1 fois par jour 25 mg de quétiapine par voie orale 1 fois par jour	Sédation, symptômes extrapyramidaux, chutes, gain de poids, arrhythmies ventriculaires
Anticonvulsifs	100-300 mg de gabapentine par voie orale 3 fois par jour 200 mg de carbamazépine par voie orale 1 fois par jour	Sédation, dépression, ataxie, tremblement Sédation, dépression, ataxie motrice, hyponatrémie, syndrome de Stevens-Johnson, agranulocytose, hépatotoxicité L'utilisation de la carbamazépine exige une surveillance par analyses périodiques en laboratoire
Inhibiteurs de la cholinestérase	1,5-6 mg de rivastigmine 2 fois par jour 5-10 mg de donépézil par voie orale 1 fois par jour	Nausée, incontinence urinaire, syncope Potentiel d'émergence d'une hypersexualité
Bloqueurs du récepteur H ₂	400-1 600 mg/j de cimétidine par voie orale (au coucher ou en doses divisées, par. ex., 400 mg 2 fois par jour)	Détérioration de la cognition, étourdissements, interactions médicamenteuses multiples
-bloqueurs	5-20 mg de pindolol par voie orale 2 fois par jour 40-80 mg de propranolol par voie orale 2 fois par jour	Hypotension, fatigue, bradycardie, bronchospasme
Antifongiques	100-200 mg de kétoconazole 1 fois par jour	Sédation, céphalée, rash, photosensibilité, dérangements gastro-intestinaux, prurit, hépatotoxicité
Diurétiques préservant le potassium	12,5 mg de spironolactone 1 fois par jour	Hyperkaliémie, gynécomastie, changements dans la repousse des cheveux, ulcères dans la partie gastro-intestinale supérieure, agranulocytose

GnRH—gonadolibérine, IM—intramusculaire, CSI—comportement sexuel inapproprié, ISRS—inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine.

proposés pour traiter les CSI. Le traitement antidépresseur a le bienfait additionnel potentiel de traiter d'autres troubles comportementaux reliés à la démence¹. On recommande aussi souvent les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) comme agents de première intention pour le traitement des CSI en raison de leur sécurité présumée¹⁵. Des exposés de cas ont décrit la réussite obtenue avec divers antidépresseurs (données probantes de niveau III). Dans certains exposés de cas, la paroxétine et le citalopram ont eu des bienfaits dès la première semaine du traitement et des effets durables ont été observés quelques mois plus tard¹⁹⁻²¹. Par ailleurs, dans d'autres, on a trouvé que le citalopram avait une efficacité limitée⁹. La mirtazapine a été décrite comme partiellement efficace dans un cas⁹. On a rapporté que l'antidépresseur

tricyclique clomipramine réduisait les comportements sexuellement inappropriés²², quoiqu'on décourage habituellement l'utilisation des antidépresseurs tricycliques chez les patients plus âgés atteints de démence en raison des effets indésirables. L'antidépresseur trazodone a amélioré les CSI chez 4 patients atteints de démence²³.

Traitements hormonaux

Antiangorogènes: L'acétate de médorxyprogestérone est une progestine synthétique utilisée pour diverses indications chez la femme et pour baisser la production de testostérone chez l'homme. Divers exposés de cas (données probantes de niveau III)²⁴⁻²⁷ et une petite série de cas contrôlée (données probantes de niveau II)⁹ ont décrit la réussite obtenue avec l'utilisation de

l'acétate de médroxyprogestérone pour les CSI reliés à la démence.

L'acétate de cyprotérone est une autre progestine et antiandrogène synthétique qui fonctionne en bloquant les récepteurs de l'androgène. Un exposé de cas décrit les bons résultats obtenus avec l'acétate de cyprotérone à faible dose par voie orale (10 mg par jour) chez 2 patients masculins ayant des CSI reliés à la démence qui n'avaient pas répondu au traitement avec des antipsychotiques ou des sédatifs (données probantes de niveau III)²⁸. Les comportements sont réapparus chez les 2 hommes lorsqu'on a tenté de réduire la dose.

Le finastéride est un inhibiteur de la 5- α -réductase qui bloque la conversion de la testostérone en dihydrotestérone. Ce médicament est couramment utilisé pour traiter l'hyperplasie prostatique bénigne et a le potentiel de produire une baisse de la libido et une dysfonction érectile. Une série de cas décrit l'utilisation du finastéride pour traiter les CSI chez 11 hommes plus âgés atteints de démence vasculaire²⁹. Les comportements sexuellement inappropriés sont disparus chez 6 des 11 hommes dans l'intervalle de 8 semaines suivant le début du traitement, tandis que 5 autres patients ont eu besoin d'autres thérapies de rechange (p. ex., propranolol, quétiapine).

Estrogènes: Les estrogènes diminuent la sécrétion de l'hormone lutéinisante et de l'hormone folliculo-stimulante, ce qui fait baisser la production de testostérone et entraîne habituellement une baisse de la libido. Lothstein et ses collègues ont décrit les résultats positifs obtenus avec l'utilisation de l'estrogène pour prendre en charge la désinhibition sexuelle chez 39 patients plus âgés qui n'avaient pas répondu au traitement avec les ISRS (données probantes de niveau III)¹⁵. Aucun effet indésirable n'a été rapporté, mais aucun délai de réponse au traitement n'a été décrit. Lothstein et ses collaborateurs proposent un algorithme de traitement des CSI qui commence avec des ISRS (discutés plus tôt) et passe ensuite aux estrogènes ou à un traitement aux antiandrogènes si le comportement ne répond pas aux ISRS¹⁵. Un autre exposé de cas décrivait l'utilisation de 1 mg d'estrogène synthétique diéthylstilbestrol par jour pour réduire l'agressivité sexuelle manifestée par un homme plus âgé atteint de démence (données probantes de niveau III)³⁰.

Leuprolide: Le leuprolide est un analogue de la gonadolibérine qui régule à la baisse la sécrétion de l'hormone lutéinisante et de l'hormone folliculo-stimulante, entraînant une éventuelle suppression de la stéroïdogénèse ovarienne et testiculaire et une libido diminuée. Un exposé de cas décrit l'ajout du leuprolide au propranolol chez un patient atteint de démence qui avait manifesté divers troubles de comportement (données probantes de niveau III)³¹. On a signalé un appétit accru menant à une prise de poids substantielle. Le leuprolide est cher et coûte typiquement des centaines de dollars par injection.

Médicaments antipsychotiques. Un certain nombre d'ERC ont évalué les médicaments antipsychotiques pour traiter les symptômes comportementaux de la démence, mais aucune de ces études ne portait spécifiquement sur le comportement sexuel. Dans l'ensemble, les bienfaits des antipsychotiques sont modestes et souvent neutralisés par leurs effets indésirables sérieux, y compris la sédation, la mobilité réduite et les chutes et une mortalité accrue globalement³². Néanmoins, des exposés de cas ont décrit le traitement des CSI avec des doses faibles de l'antipsychotique typique halopéridol³³ et l'antipsychotique atypique quétiapine (données probantes de niveau III)^{34,35}.

Médicaments anticonvulsifs. La gabapentine peut causer une réduction de la libido, l'absence d'orgasme et de la dysfonction érectile. Des exposés de cas ont décrit un comportement sexuel atténué chez les patients atteints de démence traités avec la gabapentine (données probantes de niveau III)³⁶⁻³⁸. Par ailleurs, la littérature médicale concernant la gabapentine est complexe et exprime du scepticisme quant à son efficacité pour certaines de ses nombreuses utilisations non indiquées sur l'étiquette³⁹. L'usage de la carbamazépine a été associé à des niveaux de testostérone plus faibles chez les jeunes femmes épileptiques⁴⁰ et des exposés de cas ont décrit son utilisation comme une option pour la désinhibition sexuelle dans les cas de démence^{41,42}. Tous les anticonvulsifs portent des avertissements quant à leur potentiel de déclencher la dépression et des pensées suicidaires. Pour ces raisons, les anticonvulsifs sont habituellement réservés aux CSI qui ne répondent pas à d'autres options thérapeutiques.

Inhibiteurs de la cholinestérase. Les études qui ont évalué les effets des inhibiteurs de la cholinestérase sur les CSI reliés à la démence ont eu des résultats contradictoires. Un exposé de cas a suggéré une réduction des CSI au moyen d'un traitement à la rivastigmine⁴³, alors que divers autres rapports décrivent l'émergence d'une hypersexualité chez des patients prenant du donépézil (données probantes de niveau III)^{44,45}.

Thérapies combinées et traitements divers. Divers autres médicaments, la plupart ayant des effets antiandrogènes, ont été proposés (données probantes de niveau III). Parmi ces agents, on peut mentionner la cimétidine bloquante du récepteur H₂⁴⁶, les α -bloquants (p. ex., propranolol³¹, pindolol⁴⁷), le kétoconazole⁴⁶ et le spironolactone⁴⁶.

Une thérapie combinée a été suggérée pour les problèmes comportementaux persistants. De fait, de nombreux exposés de cas décrivent diverses combinaisons de médicaments pour traiter les CSI (données probantes de niveau III)¹⁸. Les cliniciens devraient être prudents quand ils utilisent des combinaisons, surtout celles qui impliquent de la carbamazépine ou de la cimétidine,

étant donné que ces médicaments sont en cause dans un certain nombre d'interactions cliniquement importantes entre médicaments.

Conclusion

L'évaluation et la prise en charge des CSI présentent de nombreux défis. Même s'il n'existe pas d'algorithme de traitement établi empiriquement pour les CSI reliés à la démence, les ouvrages spécialisés actuels fournissent certaines données probantes assez faibles à l'appui de traitements non pharmacologiques et pharmacologiques. Les grands principes de la prise en charge incluent une évaluation soigneusement documentée, un traitement adapté à chaque patient et l'utilisation initiale d'interventions non pharmacologiques. De nombreux traitements proposés semblent soit avoir une efficacité limitée (p. ex., ISRS) ou ont des effets indésirables potentiellement graves (p. ex., antipsychotiques). Malheureusement, les données probantes actuelles se fondent largement sur des exposés de cas plutôt que sur des ERC. Il faudrait de toute urgence réaliser de la recherche plus approfondie de grande qualité pour guider les médecins de famille qui prennent en charge des patients qui ont des CSI reliés à la démence.

D^r Joller est médecin de famille au sein du programme de formation en soins aux aînés de la Queen's University à Kingston, en Ontario. **M. Gupta** détient une maîtrise en pharmacologie et toxicologie de la Queen's University et est maintenant dans un programme de doctorat. **D^r Seitz** est professeur adjoint et **D^r Frank, Gibson** et **Gill** sont médecins à la Division de la médecine gériatrique à la Queen's University.

Collaborateurs

Tous les auteurs ont contribué à l'examen et à l'interprétation des ouvrages spécialisés et à la préparation du manuscrit aux fins de présentation.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D^r Sudeep S. Gill, Division of Geriatric Medicine, Queen's University, Room 1-152, Chapel Wing, St Mary's of the Lake Hospital, 340 Union St, Kingston, ON K7L 5A2; téléphone 613 544-7222, poste 2180; télécopieur 613 544-4017; courriel gills@providencecare.ca

Références

- McKeith I, Cummings J. Behavioural changes and psychological symptoms in dementia disorders. *Lancet Neurol* 2005;4(11):735-42.
- Kapusta P, Regier L, Bareham J, Jensen B. Behaviour management in dementia. *Can Fam Physician* 2011;57:1420-2.
- Wright LK. Affection and sexuality in the presence of Alzheimer's disease: a longitudinal study. *Sex Disabil* 1998;16(3):167-79.
- Higgins A, Barker P, Begley CM. Hypersexuality and dementia: dealing with inappropriate sexual expression. *Br J Nurs* 2004;13(22):1330-4.
- Kuhn DR, Greiner D, Arseneau L. Addressing hypersexuality in Alzheimer's disease. *J Gerontol Nurs* 1998;24(4):44-50.
- Hajjar RR, Kamel HK. Sex and the nursing home. *Clin Geriatr Med* 2003;19(3):575-86.
- Hajjar RR, Kamel HK. Sexuality in the nursing home, part 1: attitudes and barriers to sexual expression. *J Am Med Dir Assoc* 2004;5(2 Suppl):S42-7.
- Kamel HK, Hajjar RR. Sexuality in the nursing home, part 2: managing abnormal behavior—legal and ethical issues. *J Am Med Dir Assoc* 2004;5(2 Suppl):S48-52.
- Bardell A, Lau T, Fedoroff JP. Inappropriate sexual behavior in a geriatric population. *Int Psychogeriatr* 2011;23(7):1182-8. Cyberpub. du 19 avril 2011.
- Series H, Décano P. Hypersexuality in dementia. *Adv Psychiatr Treat* 2005;11(6):424-31.
- Johnson C, Knight C, Alderman N. Challenges associated with the definition and assessment of inappropriate sexual behaviour amongst individuals with an acquired neurological impairment. *Brain Inj* 2006;20(7):687-93.
- Knight C, Alderman N, Johnson C, Green S, Birkett-Swan L, Yorstan G. The St Andrew's Sexual Behaviour Assessment (SASBA): development of a standardised recording instrument for the measurement and assessment of challenging sexual behaviour in people with progressive and acquired neurological impairment. *Neuropsychol Rehabil* 2008;18(2):129-59.
- St Andrew's Healthcare [site web]. *St Andrew's Sexual Behaviour Assessment*. Northampton, RU: St Andrew's Healthcare; 2008. Accessible à: www.stah.org/services/brain-injury/sasba.aspx. Accédé le 1^{er} juin 2012.

- Lucker I. Management of inappropriate sexual behaviors in dementia: a literature review. *Int Psychogeriatr* 2010;22(5):683-92. Cyberpub. du 15 mars 2010.
- Lothstein LM, Fogg-Waberski J, Reynolds P. Risk management and treatment of sexual disinhibition in geriatric patients. *Conn Med* 1997;61(9):609-18.
- Bird M, Jones RH, Korten A, Smithers H. A controlled trial of a predominantly psychosocial approach to BPSD: treating causality. *Int Psychogeriatr* 2007;19(5):874-91. Cyberpub. du 19 janvier 2007.
- Tune LE, Rosenberg J. Nonpharmacological treatment of inappropriate sexual behavior in dementia: the case of the pink panther. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008;16(7):612-3.
- Guay DR. Inappropriate sexual behaviors in cognitively impaired older individuals. *Am J Geriatr Pharmacother* 2008;6(5):269-88.
- Stewart JT, Shin KJ. Paroxetine treatment of sexual disinhibition in dementia [Lettre]. *Am J Psychiatry* 1997;154(10):1474.
- Raji M, Liu D, Wallace D. Case report: sexual aggressiveness in a patient with dementia: sustained clinical response to citalopram. *Ann Longterm Care* 2000;8:81-3.
- Chen ST. Treatment of a patient with dementia and inappropriate sexual behaviors with citalopram. *Alzheimer Dis Assoc* 2010;24(4):402-3.
- Leo RJ, Kim KY. Clomipramine treatment of paraphilias in elderly demented patients. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1995;8(2):123-4.
- Simpson DM, Foster D. Improvement in organically disturbed behavior with trazodone treatment. *J Clin Psychiatry* 1986;47(4):191-3.
- Cooper AJ. Medroxyprogesterone acetate (MPA) treatment of sexual acting out in men suffering from dementia. *J Clin Psychiatry* 1987;48(9):368-70.
- Weiner MF, Denke M, Williams K, Guzman R. Intramuscular medroxyprogesterone acetate for sexual aggression in elderly men. *Lancet* 1992;339(8801):1121-2.
- Amadeo M. Antiandrogen treatment of aggressivity in men suffering from dementia. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1996;9(3):142-5.
- Light SA, Holroyd S. The use of medroxyprogesterone acetate for the treatment of sexually inappropriate behaviour in patients with dementia. *J Psychiatry Neurosci* 2006;31(2):132-4.
- Haussermann P, Goecker D, Beier K, Schroeder S. Low-dose cyproterone acetate treatment of sexual acting out in men with dementia. *Int Psychogeriatr* 2003;15(2):181-6.
- Na HR, Lee JW, Park SM, Ko SB, Kim S, Cho ST. Inappropriate sexual behaviors in patients with vascular dementia: possible response to finasteride. *J Am Geriatr Soc* 2009;57(11):2161-2.
- Kyomen HH, Nobel KW, Wei JY. The use of estrogen to decrease aggressive physical behavior in elderly men with dementia. *J Am Geriatr Soc* 1991;39(11):1110-2.
- Ott BR. Leuprolide treatment of sexual aggression in a patient with dementia and the Klüver-Bucy syndrome. *Clin Neuropharmacol* 1995;18(5):443-7.
- Schneider LS, Dagerman K, Insel PS. Efficacy and adverse effects of atypical antipsychotics for dementia: meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;14(3):191-210.
- Kobayashi T. Effect of haloperidol on a patient with hypersexuality following frontal lobe injury. *Psychogeriatrics* 2004;4(2):49-52.
- MacKnight C, Rojas-Fernandez C. Quetiapine for sexually inappropriate behavior in dementia. *J Am Geriatr Soc* 2000;48(6):707.
- Prakash R, Pathak A, Munda S, Bagati D. Quetiapine effective in treatment of inappropriate sexual behavior of Lewy body disease with predominant frontal lobe signs. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2009;24(2):136-40. Cyberpub. du 7 janvier 2009.
- Sheldon LJ, Ancill RJ, Holliday SG. Gabapentin in geriatric psychiatry patients. *Can J Psychiatry* 1998;43(4):422-3.
- Alkhalil C, Hahar N, Alkhalil B, Zavros G, Lowenthal DT. Can gabapentin be a safe alternative to hormonal therapy in the treatment of inappropriate sexual behavior in demented patients? *Int Urol Nephrol* 2003;35(2):299-302.
- Alkhalil C, Tanvir F, Alkhalil B, Lowenthal DT. Treatment of sexual disinhibition in dementia: case reports and review of the literature. *Am J Ther* 2004;11(3):231-5.
- Steinman MA, Bero LA, Chren MM, Landefeld CS. Narrative review: the promotion of gabapentin: an analysis of internal industry documents. *Ann Intern Med* 2006;145(4):284-93.
- Löfgren E, Tapanainen JS, Koivunen R, Pakarinen A, Isojärvi JI. Effects of carbamazepine and oxcarbazepine on the reproductive endocrine function in women with epilepsy. *Epilepsia* 2006;47(9):1441-6.
- Freyman N, Michael R, Dodel R, Jessen F. Successful treatment of sexual disinhibition in dementia with carbamazepine—a case report. *Pharmacopsychiatry* 2005;38(3):144-5.
- Poetter CE, Stewart JT. Treatment of indiscriminate, inappropriate sexual behavior in frontotemporal dementia with carbamazepine. *J Clin Psychopharmacol* 2012;32(1):137-8.
- Alagiakrishnan K, Sclater A, Robertson D. Role of cholinesterase inhibitor in the management of sexual aggression in an elderly demented woman. *J Am Geriatr Soc* 2003;51(9):1326.
- Chemali Z. Donepezil and hypersexuality: a report of two cases. *Prim Psychiatry* 2003;10(7):78-9.
- Lo Coco D, Cannizzaro E. Inappropriate sexual behaviors associated with donepezil treatment: a case report. *J Clin Psychopharmacol* 2010;30(2):221-2.
- Wiseman SV, McAuley JW, Freidenberg GR, Freidenberg DL. Hypersexuality in patients with dementia: possible response to cimetidine. *Neurology* 2000;54(10):2024.
- Jensen CF. Hypersexual agitation in Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 1989;37(9):917.