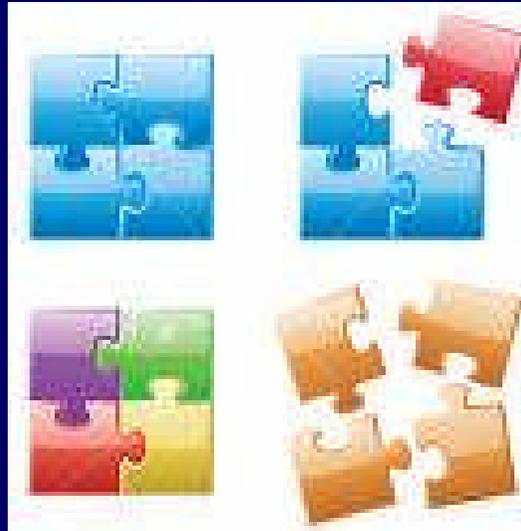


Les co-morbidités et les traitements médicaux chez le patient Alzheimer

Dr Catherine Martin-Hunyadi
Hôpital de Jour d'Evaluation
Gériatrique Saint-François
CMRR - Strasbourg

- Situation des différents éléments du problème
 - éthique
 - co-morbidités
 - traitements
 - le patient dément
 - la personne de confiance
- Exemples de traitements de co-morbidités

Situation des différents éléments du problème



Ethique

- « science morale »
- « discipline pratique et normative qui se donne pour but de dire comment les êtres doivent se comporter »
- juger si une action est bonne ou mauvaise
- juger la valeur des pratiques
- part objective et part subjective
- « Que faire pour bien faire ? »

Co-morbidités

- Définition: une ou plusieurs maladies associées à la maladie primaire
- (ici: M. Alzheimer et autres démences)
- Peu d'études
- Démence = facteur de risque de décès
- Causes de décès (autopsies) sont les mêmes si démence ou non

Dorenlot P; NPG; 2007:14-17

Blanchard F; Psychol NeuroPsy Vieill. 2005

1^{ère} étape: diagnostic + +

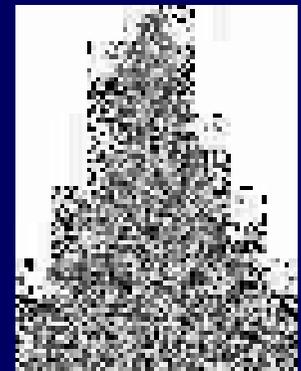
Co-morbidités

souvent sous-diagnostiquées car

- difficultés d'expression du patient
- difficultés d'examen
- « fatalisme » et abandon du médecin et de la famille

2^{ème} étape: évaluer:

- le nombre de co-morbidités
- leur gravité
- leur évolutivité et pronostic
- les possibilités thérapeutiques
- « hiérarchiser » les maladies associées et donc les traitements



Nombre de co-morbidités associées à la MA

- à l'inclusion dans la cohorte REAL.FR :
 - 579 patients / 72% femmes /
 - âge 77,4 +/- 7 ans
 - MMS 20,1 +/- 4,5
- m. cardio-vasculaires = 34%
- handicaps sensoriels = 23%
- pathologies neurologiques hors D. = 18%
- Nombre de co-morbidités = 0 à 8
- **Co-morbidités influenceront-elles l'évolution naturelle de la MA ?**

Traitements

- Médicaments
- Chirurgie et actes techniques
- Chimiothérapie
- Autres

→ bénéfiques / risques

Risque d'abandon
ou d'« acharnement » inadapté



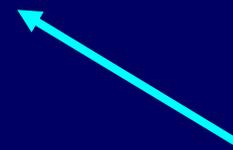
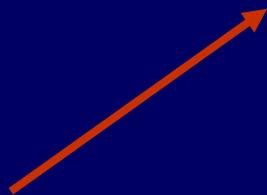
co-morbidités

possibilités
thérapeutiques
progrès
technologiques

Le patient*
⊕
Alzheimer

entourage
mode de vie
qualité de vie + +

coût
socio-économique

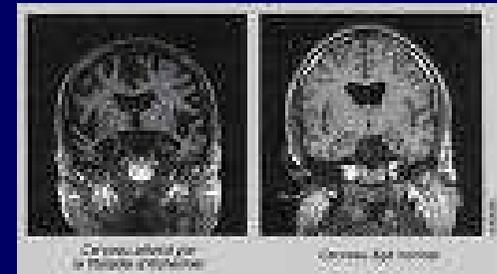


Le patient dément * / importance de:

- **espérance de vie** liée à la démence
 - M. Alzheimer \cong 10 ans
 - + courte si MMS bas
 - + courte si démence vasculaire
- comparer avec l'espérance de vie liée aux co-morbidités
- stade de la démence
- possibilités de compréhension et coopération
- troubles du comportement

Différences selon le type de démence

- Maladie d'Alzheimer
- Démence vasculaire
- Démence à corps de Lewy
- Démence fronto-temporale
- Démence parkinsonnienne



La personne de confiance

- pb dans les études thérapeutiques
- aide à connaître le passé du patient
- aide à la compréhension du plan de traitement par le patient et à obtenir son accord
- n'est pas toujours bien désignée
- n'est pas toujours désignée !!



décision finale

= responsabilité médicale + +

Exemples de co-morbidités et leurs traitements

Associations médicamenteuses

Associations médicamenteuses (1)

- après 70 ans: PA prend 4-5 médic. en moyenne
- 2/3 accidents de iatrogénie sont évitables
- 2 X plus d'effet indésirables chez le SA que chez le SJ!
- 10-20% des effets iatrogènes nécessitent une hospitalisation
- Iatrogénie et Alzheimer ?

Associations médicamenteuses (2)

1) éviter les anticholinergiques:

- ATD tricycliques (Anafranil)
- anti Parkinsoniens
- Ditropan; préférer Cériss
- sirops antitussifs



2) éviter les neuroleptiques (associés IChE)

- mais Tiapridal, Risperdal +
- hallucinations + Haldol ou Loxapac = danger si démence à Corps de Lewy !!

Associations médicamenteuses (3)

- 3) **antidépresseurs IRS: oui**
mais peuvent induire des Sd extra-pyramidaux,
tremblements, troubles posturaux
- 4) **benzodiazépines: à éviter**
mais possible si durée de vie courte
(ex: Séresta, Xanax)
- 5) **diurétiques: hypokaliémie**
- 6) **fluoroquinolones et délire**

Associations médicamenteuses (4)

- hiérarchiser
- et **prioriser les traitements**
- vérifier si la galénique est adaptée (formes buvables, lyoc, ...)
- s'assurer de l'observance (aide, IDE)
- guetter le Sd confusionnel

encore plus que chez le SA non dément

Plan Alzheimer: enquête effets Ilaires des médicaments

Pathologies d'urgence

Pathologies d'urgence (1)

- L'urgence vitale (arrêt cardiaque, détresse respiratoire, état de mal ...):
 - en l'absence de renseignements, l'urgentiste fera le maximum
 - intérêt d'avoir un accompagnant qui connaît le diagnostic et l'état (y penser avant ?)
 - plus difficile si la démence n'est pas connue (dg rétrospectif)



Observation:

- **Mr R., 82 ans**, admis pour baisse d'état général depuis 8 à 10j.
- ATCD: HTA traitée et tabagisme non chiffré
- vit seul; famille le décrit comme autonome pour tout
- **détresse respiratoire fébrile** → Réa
- **a posteriori**: déclin cognitif depuis 6 mois, atteinte des IADL, bronchite chronique, amaigrissement !!

Pathologies d'urgence (2)

- Hospitalisation aux urgences pour état confusionnel:
 - toujours chercher cause(s) organique(s):
 - infection, déshydratation
 - globe, fécalome
 - douleur
 - changement médicamenteux récent ...
 - traiter la cause + +
 - éviter les neuroleptique + +
 - Plan Alzheimer: 150 000 « cartes de soins et d'urgence »

<http://www.sante.gouv.fr>

Chirurgie et Alzheimer

Règles générales (1)

- Évaluer les bénéfices:
 - nombre d'années de survie (selon l'ESV du patient)
 - diminuer ses incapacités
 - diminuer ses douleurs
 - donc objectif **confort**



Chirurgie et Alzheimer (2)

- Évaluer les autres pathologies (EGS):
 - cœur, poumon, rein, nutrition...
 - les « ressources » de l'entourage
- Préparer le patient + +:
 - avoir son adhésion ou « non opposition »
 - explications (longues et répétées)
 - explications simplifiées
 - être soi-même convaincu + +

- Eviter confusion post-opératoire ++
- Conseils péri-opératoires + +
 - progrès anesthésiques (↘ drogues)
 - prévenir si IAChE (bradycardie, effet myorelaxant avec curarisants, bronchospasme...)
 - prévenir l'équipe soignante (comportement, hydratation, nutrition ...)
 - présence de la famille + +
 - hospitalisation courte ++
 - transfert rapide dans un service « compétent » ou RAD



Cataracte

- peu de contre-indication (toux)
- chirurgie ambulatoire
- prévenir des troubles de **vision stéréoscopique** en post-op + +
- chir. controlatérale rapprochée
- bénéfice pour lecture, broderie
- à discuter si la vision de près est moins utilisée
- mais gain pour **éviter les chutes** +



Observation de cataracte

- 1) Mme B., 83 ans, DTA depuis 6 ans suivie d'un AIT lors d'un passage en TACFA; OAP il y a 8 mois
 - MMS à 6/30; compliante
 - très bien entourée par époux et filles
 - cherche les appuis à la marche car vision floue

→ opérer + +

Observation de cataracte

2) Melle N., 79 ans, DTA depuis 5 ans, se perd dans son village

- ne lit plus par malvoyance
- MMS 17/30
- vit seule, refuse les aides sauf ses neveux
- va entrer en unité protégée
- opérer + + mais choisir le bon moment, quand elle sera intégrée dans l'institution

Chirurgie ostéo-articulaire

- **Fracture du col du fémur:**
 - chirurgie toujours; technique la plus simple pour lever immédiat
 - RAD rapide si déambulant ou en institution
- **Coxarthrose et gonarthrose:**
 - ne pas tarder car handicap et douleur
 - critère principal: pourra-t-il participer à la rééducation ?
 - surtout pour PTG



Observation PTG

- **Mme S**, 78 ans, DTA depuis 4 ans:
 - MMS 19/30
 - PTG depuis 8 ans devenue instable + douleur
 - marche laborieuse avec 2 cannes anglaises
 - 2 chutes
 - vit seule + aides (IDE, AM, portage repas)
 - comprend et est consentante
 - **remplacement de PTG**
 - confusion 3 jours et transfert rapide en SSRG
 - 1 mois plus tard: a oublié, remarche avec 1 canne

Observation de PTH

- Mr G. 84 ans, adressé pour **dépression** car coxarthrose et ↘ périmètre de marche
 - Diagnostic de M Alzheimer débutante
 - MMS 24/30
 - vit avec épouse malade
 - pose d'une PTH
 - une semaine de confusion y compris en SSRG
 - introduction d'Aricept mal toléré puis Réminyl
 - bonne récupération fonctionnelle et cognitive

Observation 2 opérations successives

- **Mr M., 79 ans, démence mixte**, consulte pour douleurs de MIG:
 - intrication de coxarthrose et sciatalgie sur canal lombaire étroit; 2 cannes
 - MMS à 17/30
 - fille très motivée pour l'opérer
 - PTH
 - 2 mois plus tard: op du CLE (8 j d'hosp.)
 - pas de confusion post-op
 - récupération d'une marche avec 1 canne anglaise; disparition des douleurs

Observation de non intervention

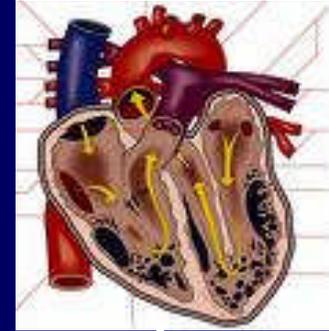
- Mme N.; 80 ans; DTA depuis 7 ans
 - pas de co-morbidités sauf gonarthrose D
 - MMS 7/30
 - entre en unité Alzheimer et ... prend 10 kg
 - devient passive; marche moins; aggravation du genu varum
 - discussion de chir. avec sa fille
 - mais fille peut disponible car va accoucher
 - gériatre pas tout à fait convaincu !!

Pose de pace-maker

- Oui +++ si patho cardiaque symptomatique
- Hosp. courte; sous anesthésie locale
- Pb pour poser ou changer une pile si patient très altéré:
 - question de la qualité de fin de vie
- Poser un pace-maker pour introduire un IACHE ?? trouver le bon cardiologue !



Chirurgie cardio-vasculaire



- assez peu de problème pour la chirurgie vasculaire, angioplasties
- risques de séquelles pour la chirurgie cardiaque avec CEC
 - 107 patients sup 60 ans non déments mais plainte mnésique
 - op valvulaire +/- pontage
 - 23,4% confus post-op (MMS les plus faibles)

Aging Clin Exp Res, 2007

Observation RAo

- Mme R.; 82 ans, DTA avec MMS à 20/30
 - souffle aortique
 - découverte d'un rétrécissement aortique serré mais asymptomatique (fait peu d'effort)
 - chirurgie refusée

Observation chirurgie vasculaire

- Mme S. 91 ans, D. mixte depuis 5 ans
 - MMS 16/30
 - vit chez sa fille + gendre
 - découverte d'un souffle carotidien et sténose serrée après un AIT
 - le chirurgien expose bénéfices-risques
 - famille ayant beaucoup réfléchi à la fin de vie
 - endartériectomie
 - SSRG au 3^{ème} j. / pas de confusion / a tout oublié !

Dénutrition



Dénutrition (1)

- M. alzheimer est un **facteur de risque** de perte de poids et dénutrition
- cohorte REAL.FR: ↘ significative MNA en 2 ans
- donc dépistage et prise en charge + + +
- à un stade sévère: **complications** type infection, chutes, fractures, dépendance

Cortes F; en cours

Villars H; Psy Sci Hum Neuro; 2008

Dénutrition (2)

- Abstention de nutrition = abandon !
- Pose d'une SNG ou de gastrostomie = acharnement !
- revue littérature: **nutrition entérale** =
 - complications plus fréquentes
 - rapport bénéfice/risque faible chez déments sévères
- Pb différent dans une DFT qui évolue en SLA

Thomas E; JAMA; 1999

Cancers et démence = onco-gériatrie



Onco-gériatrie (1)

- une discipline jeune = aide à la prise en charge spécifique des patients âgés cancéreux
- 25% des nouveaux cancers sont chez les plus de 75 ans
- une évaluation multidimensionnelle
- dont les fonctions supérieures + +
- Chez les plus de 70 ans, la survie diminue de moitié si MMS anormal

Quelques principes

- soit démence connue, soit la dépister avant traitement
- Le dément peut-il **adhérer** au traitement?
- Pb du consentement « éclairé »
- **gestion de la toxicité des chimio** :
 - diarrhée, fièvre et décompensation de la démence
- mesures préventives de soutien (aides à domicile)

Onco-gériatrie (3)

- impliquer la famille dans le choix et le soutien
- ↘ inconfort et la douleur améliore l'état cognitif
- osciller entre curatif et palliatif
- beaucoup d'études à faire (ex: toxicité cérébrale des chimio)

Conclusion

Ethique et Traitement des Co-morbidités chez le Dément:

- règles claires pour certaines pathologies
- approche multi-dimensionnelle le plus souvent

- guérison
- ↗ espérance de vie
- confort
- ↗ qualité de vie

- connaissances
- expérience
- écoute / bon sens
- humanité

Patient
dément

- acceptabilité
- risques
- effets secondaires
- coût

Résultat

