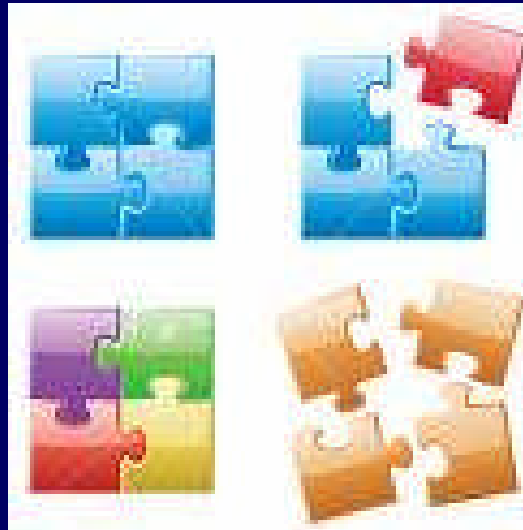


# Les co-morbidités et les traitements médicaux chez le patient Alzheimer

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<sup>ère</sup> 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<sup>ème</sup> 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



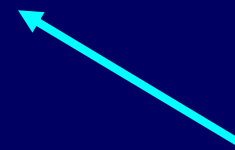
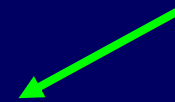
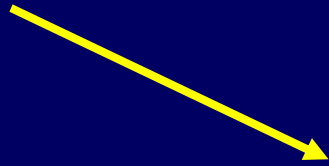
co-morbidités

possibilités  
thérapeutiques  
progrès  
technologiques

Le patient\*  
⊕  
Alzheimer

entourage  
mode de vie  
qualité de vie + +

coût  
socio-économique

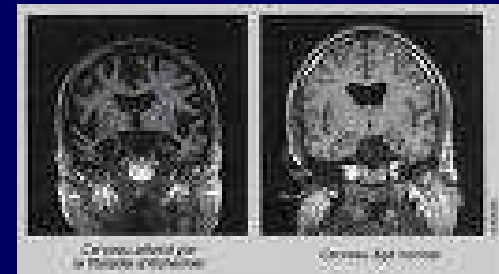


## Le patient dément \* / importance de:

- **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

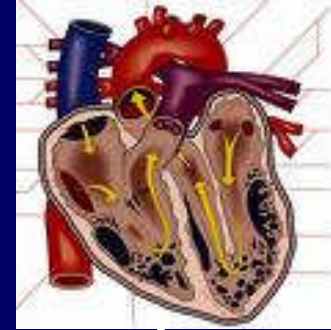
- Mme N.; 80 ans; DTA depuis 7 ans
  - pas de co-morbidités sauf gonarthrose D
  - MMS 7/30
  - entre en unité Alzheimer et ... prend 10 kg
  - devient passive; marche moins; aggravation du genu varum
  - discussion de chir. avec sa fille
    - mais fille peut disponible car va accoucher
    - gériatre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

