

BILAN ET PRISE EN CHARGE DES TROUBLES COGNITIFS DE LA PERSONNE ÂGÉE

Dr Sophie DUJARDIN

Dr Michael WILLERY

Clinique de la Victoire, TOURCOING

Pôle de Gériatrie RAMSAYSANTE



FORMATION MÉDICALE
CONTINUE
TOURCOING 2023-2024

Clinique Saint Roch, 56 rue de Lille à Roncq
Jeudi 18/01/2024 - 20h00 - Cocktail Dînatoire



Bilan et prise en charge des troubles cognitifs de la personne âgée.

MEMORY GAME

FMC Tourcoing
TOURCOING NEUVILLE-EN-FERRAIN MOUVAUX

Bonjour à tous,
Nous avons invités à la prochaine formation
Merci de vous inscrire via le lien ci-dessous ou le flash code ci-contre
<https://forms.gle/48zujHjzm56Lmo648>
Animateur : Dr Nicolas DERVEAUX
Médecin Expert : Dr Sophie DUJARDIN
Dr Michael WILLERY
A très vite, vous pouvez également nous envoyer un mail
Mail = fmc.tnm@gmail.com Site = fmc-tourcoing.org
Dr Elise COURTIN Dr Karima MAALEM
Dr Nicolas DERVEAUX Dr Olivier PAULVAICHE
Dr David FOURNET Dr Franck WAMBRE
Dr Raphaël GIONO
... Rejoignez nous ...

WhatsApp
FMC Tourcoing Neuville-en-Ferrain Mvx

Inscription

PAF : 25 euros pour l'année

EPIDEMIOLOGIE

- **Prévalence** : **6 à 8%** des > 65ans en Europe ⁽¹⁾
- **Incidence** exponentielle avec l'âge ⁽¹⁾
- Incidence chez les femmes > hommes, surtout après 75-80ans ⁽¹⁾
- Peu de données récentes en France (*cohorte PAQUID en 1988-1989 en Gironde et en Dordogne, et cohorte 3C (« 3 Cités »: Bordeaux, Dijon, Montpellier) en 1999-2000*)
- Projection des données à l'ensemble du territoire = **1 000 000** personnes âgées >65 ans en France en 2010 ⁽²⁾
- Projection avec incidence constante = **1 750 000** PA > 65 ans en 2030 ⁽²⁾

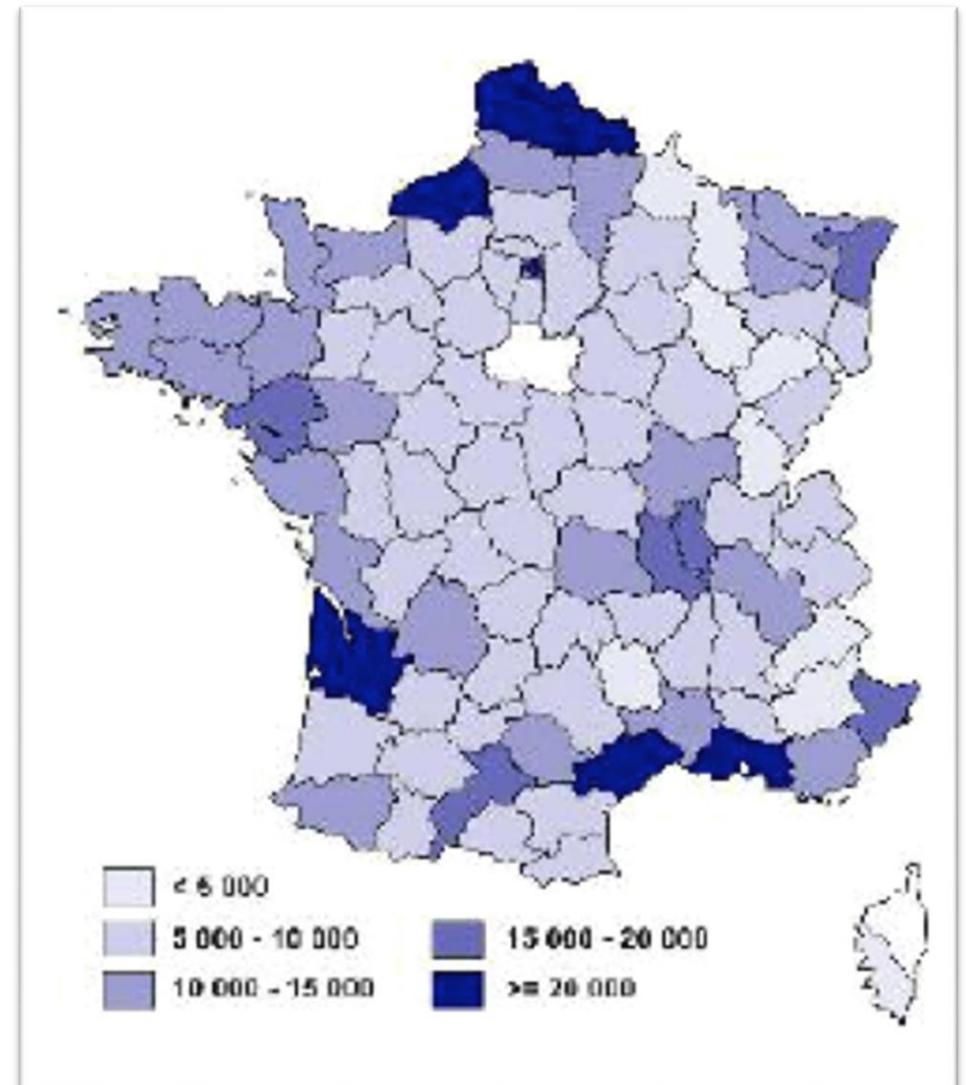
1. Fratiglioni L, Launer LJ, Andersen K, Breteler MMB, Copeland JRM, Dartigues JF, et al. Incidence of dementia and major subtypes in Europe: a collaborative study of population-based cohorts. *Neurology*. 2000;54 (Suppl 5):S10-S15.

2. Helmer C, Grasset L, Pérès K, Dartigues J-F. Évolution temporelle des démences : état des lieux en France et à l'international. *Maladie d'Alzheimer et démences apparentées. BEH 28-29 Santé Publique France*. 2016. p476.

EPIDEMIOLOGIE

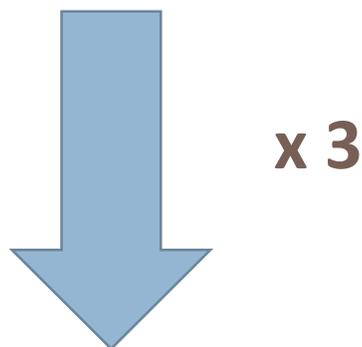
Répartition départementale du nombre de PA >75 ans atteintes de démence

(D'après le nombre de bénéficiaires de l'APA en 2003)



DANS LE MONDE

En 2015: environ **46 millions** de personnes atteintes...



En 2050: **> 131 millions** de personnes atteintes

Soit **1 personne sur 73** dans la population mondiale

TROUBLE NEUROCOGNITIF, C'EST QUOI?



- Réduction **acquise**, **significative** et **évolutive** des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs
- Déclin **persistant**, non expliqué par une dépression ou des troubles psychotiques, souvent associé à un changement de comportement, de personnalité
- S'apparente à un **handicap**
- Phénomène **pathologique**
- Consécutif à des lésions cérébrales pouvant être retrouvées dans de nombreuses pathologies
- **Idée reçue:** « il est normal de perdre la mémoire avec l'avancée en âge »
- ≠ TNC:
 - Confusion (début brutal)
 - Troubles psycho-comportementaux innés (retard mental, trouble du développement)
 - Affections neurologiques à début brusque à leur phase aiguë (AVC, Gayet-Wernicke, méningo-encéphalite, ...)

TROUBLE NEUROCOGNITIF MAJEUR

(ex « démence »)

- Altération **progressive** de la mémoire



- Altération d'**au moins une** autre fonction intellectuelle supérieure
(*vigilance, attention, langage, praxies, gnosies, jugement*)



- Suffisamment importante pour **gêner les activités** de la vie quotidienne



- Apparue depuis **au moins 6 mois**

TROUBLE NEUROCOGNITIF MINEUR/LEGER (MCI)

- Altération acquise, significative et évolutive d'une ou plusieurs fonctions cognitives
- **Sans** altération des capacités fonctionnelles
- **Sans** retentissement significatif sur les **activités de la vie quotidienne**
- Stade **prodromal** d'un TNC majeur

FONCTIONS CEREBRALES



- **L'attention:**
 - Dépend de la **vigilance**
 - Toutes les grandes fonctions intellectuelles sont perturbées si elle est perturbée
 - À évaluer **avant** toute exploration des fonctions cognitives
- **Les fonctions instrumentales:** *(régions corticales postérieures, surtout lobes temporaux et pariétaux)*
 - Fonctions d'identification, de reconnaissance et de compréhension du langage, des gestes, de l'espace, des objets, simples ou complexes sonores ou visuels et du schéma corporel
 - **Aphasie**, et/ou agnosie visuelle (défaut d'identification ou de représentation des objets) si atteinte du lobe **temporal**
 - **Apraxie**, et/ou trouble de la représentation du schéma corporel si atteinte du lobe **pariétal**

FONCTIONS CEREBRALES

- **La mémoire:**

- Mémoire épisodique (« de tous les jours »)

- **Les fonctions exécutives:**

- Opérations mentales permettant de comprendre le contexte d'une action, inhiber des comportements automatiques, et de générer un comportement volontaire dirigé vers un but
- **Syndrome dysexécutif:** trouble du jugement et du raisonnement, comportements répétitifs et stéréotypés, trouble du contrôles des réflexes (urinaire, ...), inhibition de l'action volontaire (apathie)

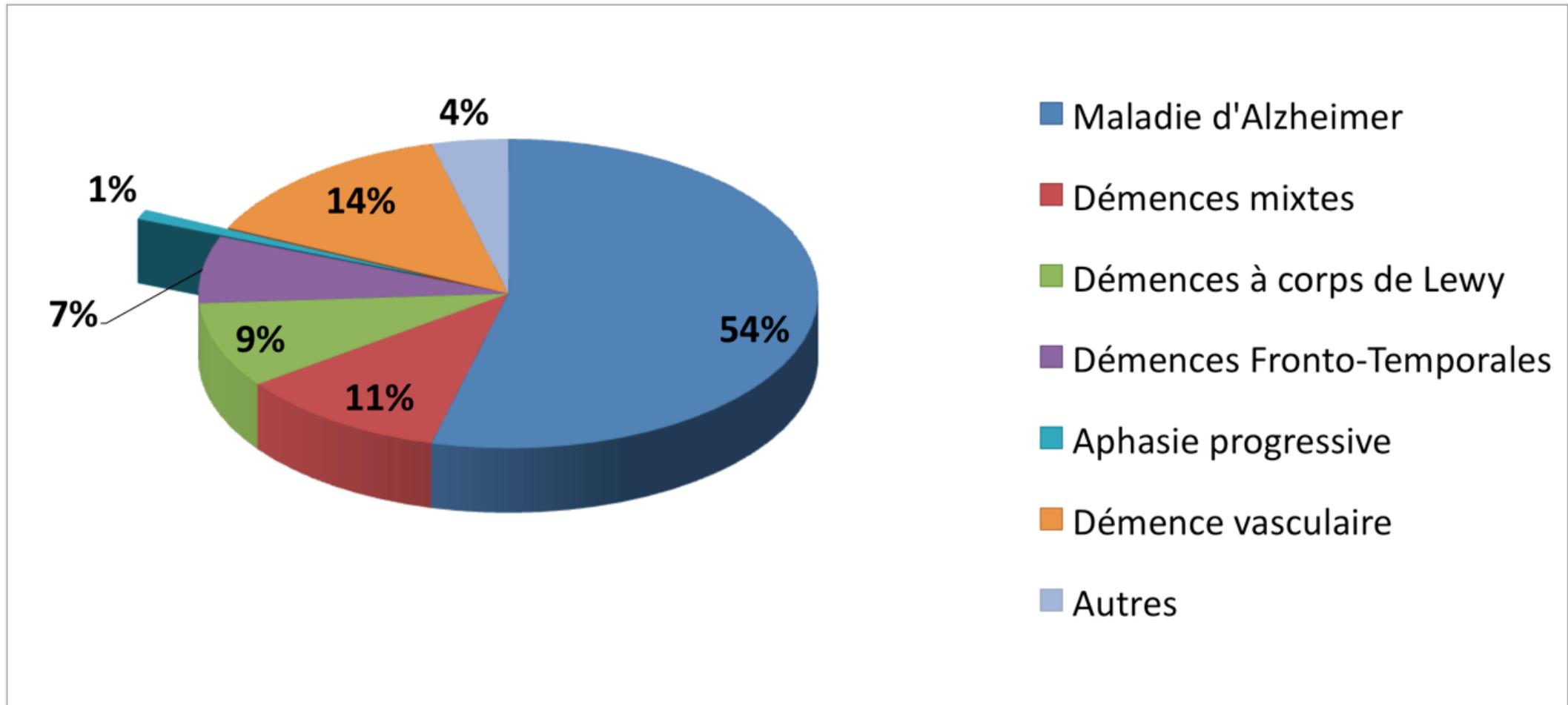


LES SIGNES D'ALERTE



- **Plainte mnésique** inquiétante = isolée mais **persistante** (parfois absente = anosognosie)
- **Oublis** d'événements autobiographiques
- Difficultés à se **concentrer**, à se souvenir (oublis fréquents)
- Difficultés à trouver les **mots**, à **s'exprimer**, à utiliser des **objets**
- **Modification** dans la capacité à **s'orienter** dans le temps et/ou dans l'espace
- Modification dans la capacité à **prendre des décisions**, à s'organiser, à planifier
- Changement de **caractère** ou de **comportement** (agressivité, apathie, euphorie, perte d'initiative et de motivation, indifférence à l'entourage, ...)
- Troubles du **sommeil**, **alimentaires**
- Perte de **convenances** sociales (désinhibition)
- Syndrome **confusionnel** aigu (post-op +++)
- Syndrome persécutif, de préjudice
- Modification de **l'hygiène** corporelle, tenue vestimentaire,...
- **Conduites à risques** (erreur médicamenteuse, conduite automobile, ...)

REPARTITION DIAGNOSTIQUE

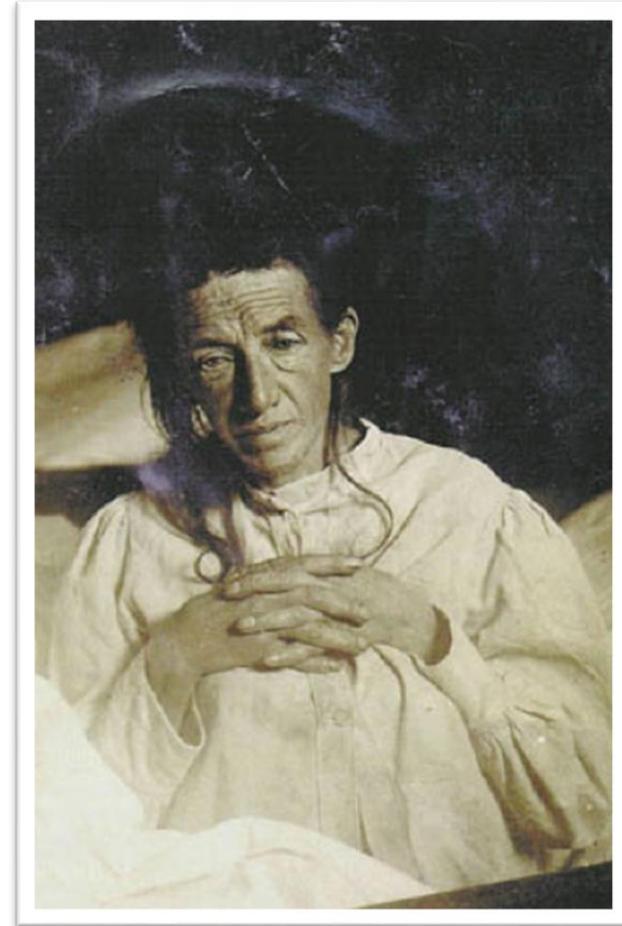


Centre Mémoire Lille-Bailleul (1992-2001) (n=4212)

MALADIE D'ALZHEIMER



- Découverte par un neuropathologiste allemand: Alois Alzheimer
- 1^{ère} description de la maladie en 1907: Mme Auguste D



MALADIE D'ALZHEIMER



- Critères de diagnostic:

- Déficit ≥ 2 **fonctions cognitives**: mémoire + aphasie \pm apraxie \pm agnosie \pm trouble des fonctions exécutives
- Altération **progressive** et continue
- Retentissement social et professionnel
- Pas de trouble de conscience
- Survenue entre 40 et 90 ans, > 65 ans

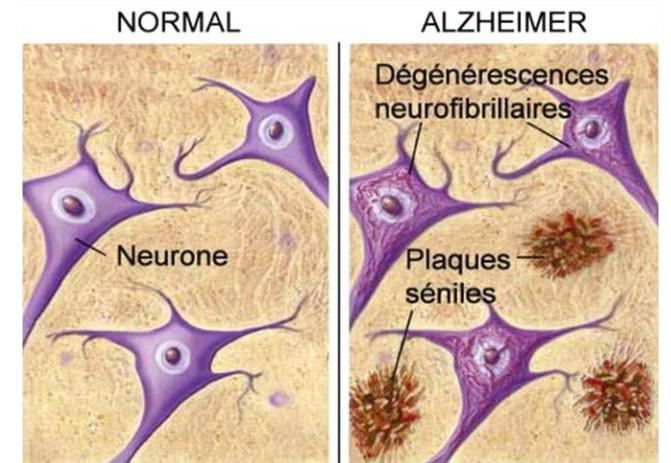
MALADIE D'ALZHEIMER



- DEFINITIONS:
 - APHASIE: perturbation du langage
 - APRAXIE: altération de la capacité à réaliser une action malgré des fonctions motrices intactes
 - AGNOSIE: incapacité à reconnaître des objets malgré des fonctions sensorielles intactes
 - FONCTIONS EXÉCUTIVES: anticipation, planification, résolution de problème, organisation, raisonnement logique, pensée abstraite, ...

MALADIE D'ALZHEIMER

- Lésions cérébrales caractéristiques de la maladie:



- Les **plaques séniles** extra-cellulaires (*protéine β -amyloïde $A\beta$ -42*)
- Les **dégénérescences neuro-fibrillaires** intra-cellulaires (*protéine Tau hyperphosphorylée*): formation de filaments pathologiques qui s'accumulent à l'intérieur du neurone qui finit par être détruit



Déficit en
acétylcholine

MALADIE D'ALZHEIMER



- Topographie des lésions cérébrales:
 - Atteinte des **hippocampes**
 - Atteinte des **aires associatives postérieures**

1 - Régions corticales postérieures (lobes temporaux et pariétaux):

Intégration perceptive

Destruction: atteinte des fonctions instrumentales
(« syndrome aphaso-apraxo-agnosique »)

2 - Régions préfrontales:

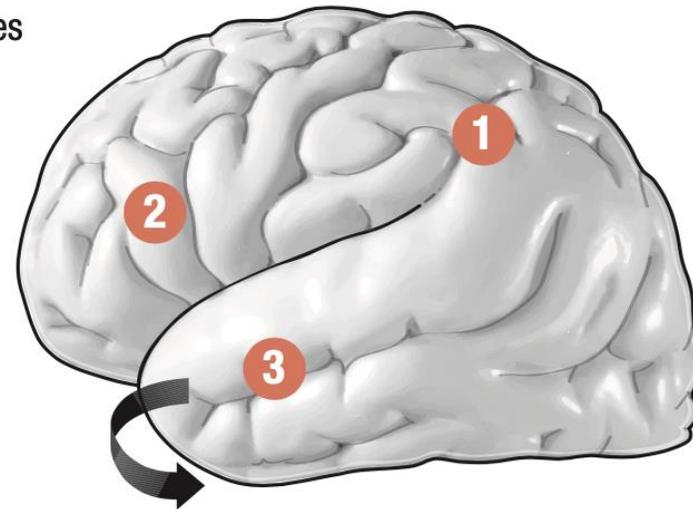
Fonctions exécutives

Destruction: syndrome dysexécutif
(« syndrome frontal »)

3 - Régions temporales internes:

Consolidation en mémoire épisodique

Destruction: amnésie
(« oubli à mesure »)

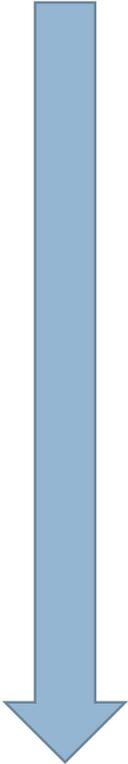


MALADIE D'ALZHEIMER

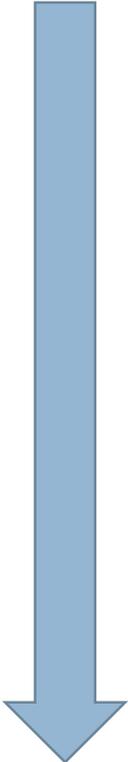


• Troubles de la mémoire:

- Troubles insidieux de la mémoire épisodique (informations situées dans un contexte précis de temps et de lieux):
 - Touche surtout les **faits récents** (égare les clés, les lunettes, oublis de rendez-vous, oublis de la date du jour, répétitions, arrêt en milieu de phrase)
 - Plus importants **en fréquence** et **en qualité** que les oublis banals
- Accentuation des troubles de mémoire:
 - N'enregistre pas les nouveaux souvenirs
 - Difficultés de concentration, pour suivre une conversation
 - Désorientation temporelle et spatiale
- Perte de mémoire **totale**



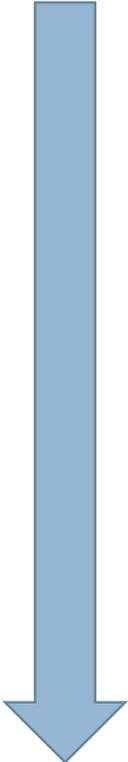
MALADIE D'ALZHEIMER



• Troubles du langage (aphasie):

- Difficultés à produire le mot juste (manque du mot, paraphasie, ...), à se souvenir des noms propres
- Dysorthographe
- Accentuation des troubles du langage:
 - Parle peu, plus lentement, répète mots ou phrases
 - Mauvaise construction des phrases, dit un mot pour un autre, invente des mots
 - Comprend mal les mots
 - Perd la capacité de lire
- Au stade sévère:
 - **Mutisme** quasi total

MALADIE D'ALZHEIMER



- Troubles des praxies (apraxie):

- Difficultés à manipuler des objets nouveaux
- Difficultés à reproduire des dessins géométriques

- Troubles des gnosies (agnosie):

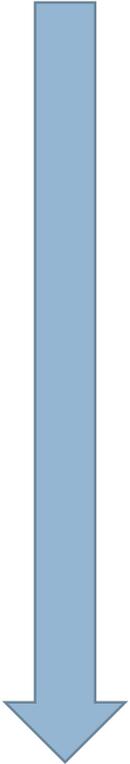
- Difficultés à reconnaître des visages **non familiers**
- Difficultés de reconnaissance des proches, des lieux et des objets
- Retentissement sur l'**autonomie** et la vie quotidienne
 - Nécessité d'une assistance pour choisir les vêtements, s'habiller, se laver
 - Difficultés pour se rendre aux toilettes
 - Incontinence urinaire, fécale

MALADIE D'ALZHEIMER



• Troubles des fonctions exécutives (programmation et contrôle des tâches complexes):

- Difficultés pour faire les comptes, remplir les chèques, rendre la monnaie
- Difficultés pour faire des choix ou prendre une décision
- Difficultés pour calculer
- Perte du sens commun (courses en pyjama)
- Au stade sévère:
 - Fonctions exécutives nulles

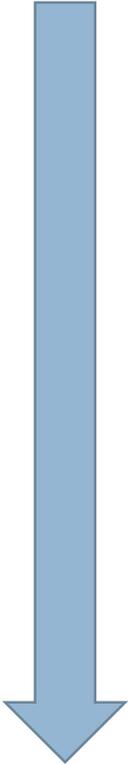


MALADIE D'ALZHEIMER



• Troubles affectifs et comportementaux:

- Sautes d'humeur, anxiété, irritabilité, idées délirantes (jalousie, abandon)
- Parfois dépression
- Perte d'initiative et d'intérêt pour les activités habituelles
- Peut nier ses troubles: « anosognosie »
- Accentuation des troubles:
 - Saute d'humeur, repli sur soi, apathie
 - Méfiance, soupçons, délire, hallucinations
 - Troubles du sommeil, perte d'appétit
 - Agitation, déambulation
- Au stade sévère:
 - Troubles du comportement importants (agitation ou apathie)

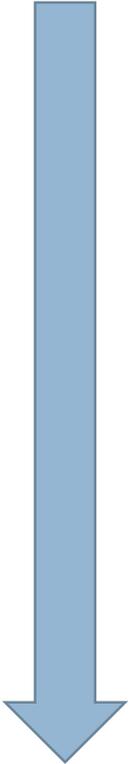


MALADIE D'ALZHEIMER



• Troubles de la coordination motrice:

- Perte de coordination et équilibre
- Instabilité et **risque de chute** important
- Difficultés pour marcher
- Difficultés pour écrire lisiblement
- Au stade sévère:
 - Difficultés pour se lever, marcher, avaler (**troubles de déglutition+++**)



MALADIE D'ALZHEIMER

- **Durée totale: 8 à 12 ans**

- Extrêmes: 2 à 20 ans
- 4 dernières années médicalisées
- Médiane de survie: 8,3 ans à 65 ans; 3,4 ans à 90 ans

- **Principales causes de décès:**

- Broncho-pneumopathies (troubles de déglutition)
- Décompensation d'affection somatique
- Pathologies cardio-vasculaires (embolies pulmonaires; risque de décès par AVC x 3,7)

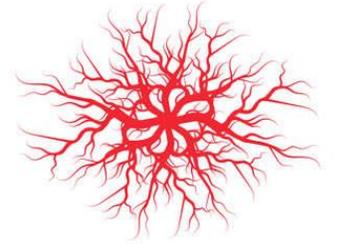


MALADIE D'ALZHEIMER



- Est-ce **héréditaire**?
 - NON
 - Très **rare**s formes familiales (< 1%)
 - Mutation génétique (transmission autosomique dominante)
 - Formes précoces (avant 60 ans, voire avant 40 ans)
 - À évoquer si ATCD de démence du sujet jeune dans > 2 générations successives

TNC MAJEUR D'ETIOLOGIE VASCULAIRE



- 2^{ème} cause de démence (16%)
- 25% des sujets âgés avec **antécédent d'AVC ischémique**
- Traitements « anti-Alzheimer » **non recommandés**
- Évolution **fluctuante**, en « marches d'escalier »
- Symptômes **affectifs et comportementaux** au premier plan:
 - Troubles de l'humeur (hyperémotivité, dépression)
 - Apathie, irritabilité, impulsivité, hallucinations, idées délirantes, urinations
 - TOC
- Troubles de la **marche**, chutes+++



TNC MAJEUR MIXTE

- Association de:
 - Lésions neurodégénératives (maladie d'Alzheimer)
 - Lésions vasculaires (ATCD AVC)
- **Évolution** ≈ démences vasculaires
- Traitements anti-Alzheimer **utiles**

MALADIE A CORPS DE LEWY

- Syndrome **parkinsonien** + **hallucinations** de survenue précoce
- Parfois **similaire** à une maladie d'Alzheimer ou à une maladie de Parkinson **mais**:
 - Hallucinations visuelles/auditives + troubles psychiatriques (état dépressif) souvent **inauguraux** ou **précoces**
 - **Fluctuation** des performances cognitives (confusion mentale chronique a minima)
- **Dysautonomie** sévère et chutes à répétition, malaise syncopaux
- Prise en charge thérapeutiques associant celle des 2 pathologies
- Très mauvaise tolérance aux **neuroleptiques**

DEGENERESCENCE LOBAIRE FRONTO-TEMPORALE (DLFT)

- Démence **par troubles psychocomportementaux** (\neq Alzheimer = démence par troubles cognitifs)
- **Signes:**
 - Perte des **convenances** sociales (familiarité excessive, impudeur, comportements inadaptés en société)
 - Trouble du contrôle des **conduites personnelles** (gloutonnerie, défaut d'hygiène corporelle, négligence vestimentaire)
 - **Perte d'intérêt** pour autrui (baisse d'empathie, indifférence affective)
 - **Anosognosie**
 - **Apathie**
- **Âge moyen** d'apparition 58 ans (= 20 ans de moins / Alzheimer)
- **Hérédité** dans 25 à 30% des cas (autosomique dominant)
- Atrophie cortico sous corticale frontale à **l'IRM**
- Hypométabolisme des régions frontales et temporales en **TEP-scan**
- **Plusieurs formes cliniques** dont aphasie primaire progressive débutant par des troubles du langage
- Pas de traitement spécifique

COMMENT FAIRE LE DIAGNOSTIC?



- Diagnostic du vivant = de **probabilité**
- Démarche diagnostique à la recherche d'arguments négatifs et d'arguments positifs
- Diagnostic de certitude = neuropathologique (post-mortem)
- **Critères** spécifiques pour chaque étiologie principale de TNC majeurs (DSM V)

DIFFICULTES DIAGNOSTIQUES

- Diagnostic souvent posé au stade de **démence avérée** (délai moyen 3 ans)
- « **démence sénile** »
- Plus difficile **aux 2 extrémités** de l'évolution de la maladie:
 - Symptômes de début discrets, masqués, confondus avec difficultés liées au vieillissement
 - Stades ultimes de la dégradation cognitive et comportementale où stigmates de l'affection ont disparu
- Maladie d'Alzheimer **sous-diagnostiquée** (50% des patients identifiés):
 - Médecins non convaincus de l'intérêt d'une médicalisation de la MA ni d'une prise en charge thérapeutique
 - **Déni** de l'entourage

ARGUMENTS POSITIFS CLINIQUES

- **Anamnèse et interrogatoire** +++ (présence du proche aidant en consultation)
- **Antécédents** personnels et familiaux
- Mode de vie et évaluation de **l'autonomie** (échelles ADL, IADL)
- État général (**poids**), examen clinique complet
- Iatrogénie (**ordonnance**)
- **ECG** (troubles conductifs)

NEURO-IMAGERIE

- **IRM cérébrale:**

- Atrophie **temporale interne** (hippocampes) évaluée par l'échelle de **Scheltens** (subjective)
- Lésions vasculaires ischémiques (leucopathie vasculaire périventriculaire ou leucoaraiose évaluée par l'échelle **Fazekas**) et/ou hémorragiques (microbleeds)
- Recherche d'arguments **négatifs**: pas d'autre lésion (POE, HSD chronique, HPN, ...)

- **TDM cérébrale** à défaut (notamment si stade déjà avancé)

- Indication de l'IRM à pondérer avec l'état du patient

ECHELLES D'ÉVALUATION en IMAGERIE

✓ Echelle de Scheltens:

(Graduée de 0 à 4)

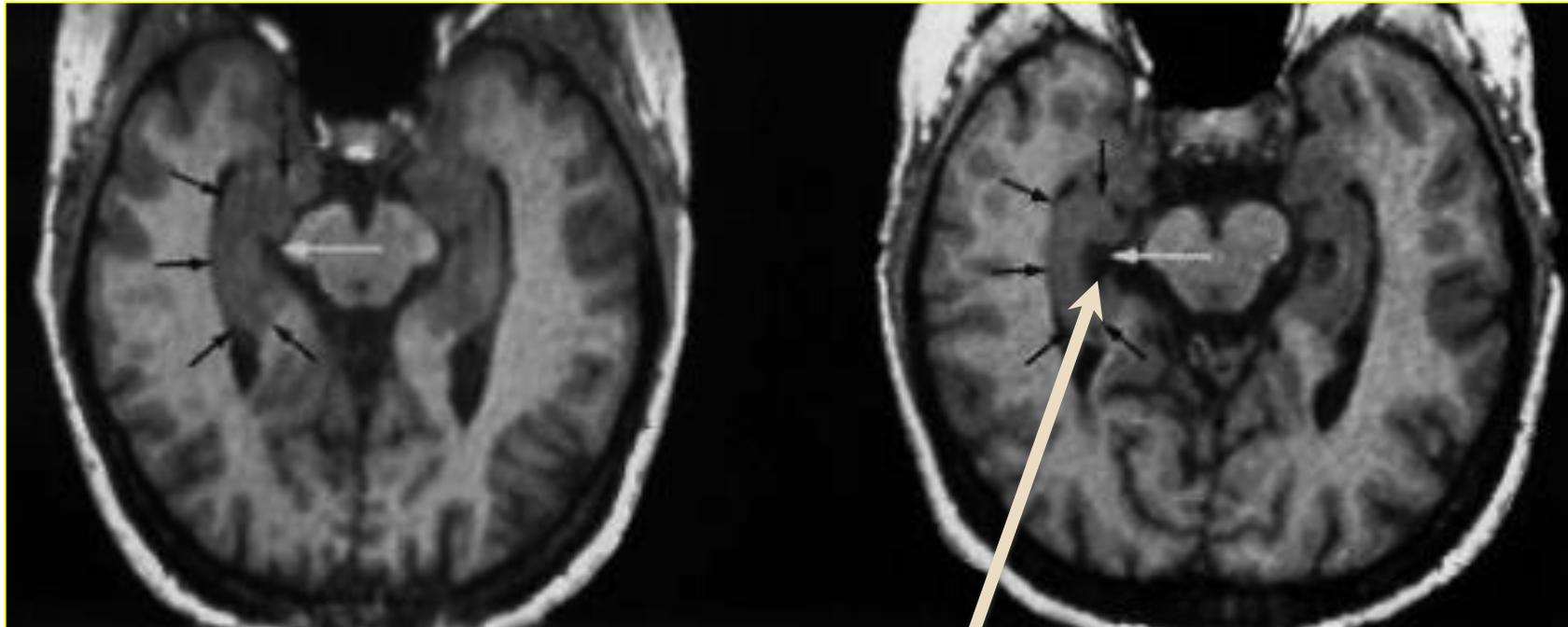
- 0 pas d'atrophie
- 1 atrophie possible
- 2 atrophie discrète
- 3 atrophie modérée
- 4 atrophie sévère

✓ Echelle de Fazekas:

(Graduée de 0 à 3)

- 0 pas de lésion
- 1 lésions punctiformes
- 2 halo
- 3 lésions extensives à la substance blanche

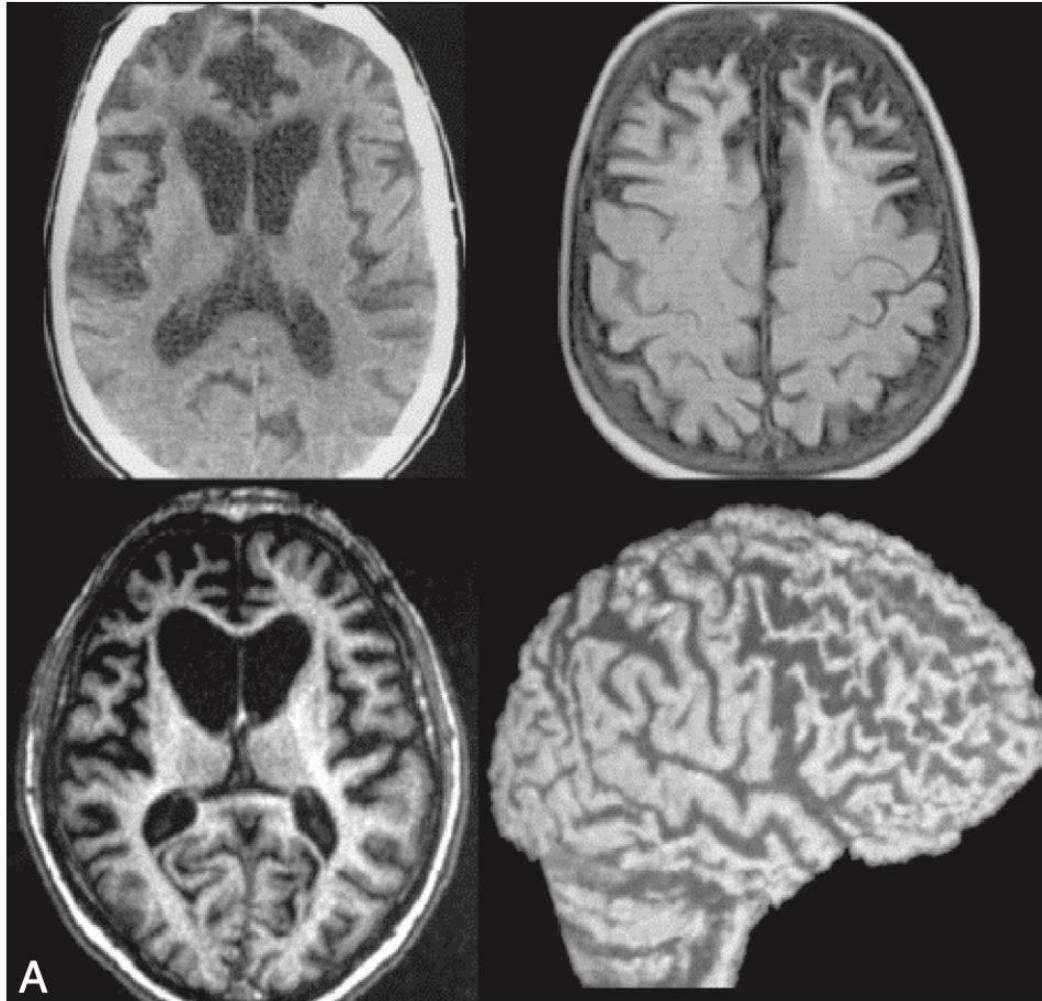
IRM CEREBRALE (MALADIE D'ALZHEIMER)



Aspect normal

Déficit majeur du volume hippocampique

IRM CEREBRALE (DLFT)



- Atrophie cortico-sous-corticale frontale
- Aspect « ballonisé » des cornes frontales des ventricules latéraux

PLACE DE L'IMAGERIE FONCTIONNELLE

- Recherche d'arguments **positifs**
- **Scintigraphie cérébrale (DATscan):**
 - En cas de doute sur une maladie à corps de Lewy
- **TEP-FDG:**
 - Diagnostic **précoce** de maladie d'Alzheimer
 - Présentation **atypique**
 - Doute sur **DLFT**
 - Hypométabolisme des régions corticales associatives et temporales internes (Alzheimer)
- **TEP-DOPA:**
 - Le plus souvent couplée au TEP-FDG
 - En cas de doute entre une maladie d'Alzheimer et du maladie à corps de Lewy

BILAN BIOLOGIQUE

- Recherche d'arguments **négatifs** +++
- Bilan **minimal**: NFS plaquettes, VS, ionogramme, calcémie, albuminémie, créatinine, CRP, TSHus, glycémie
- **Selon contexte**: bilan hépatique, vitamine B12 et folates, sérologies syphilitique, Lyme, et VIH (cas particuliers)

BIOMARQUEURS DU LCS

- Arguments **positifs** de biomarqueurs LCS pour la maladie d'Alzheimer
- Dosage du taux de protéine β -amyloïde et protéine TAU hyperphosphorylée (TAU-p)
- **Profil typique:**
 - **Baisse** d'A β 1-42 absolue ou relative (ratio d'A β 1-42/A β 1-40) = reflet de la séquestration de la protéine dans le cerveau au sein des plaques séniles
 - **Augmentation** de TAU-p = relargage dans le compartiment extra-cellulaire de la protéine lors de la mort neuronale

ECHELLES D'ÉVALUATION

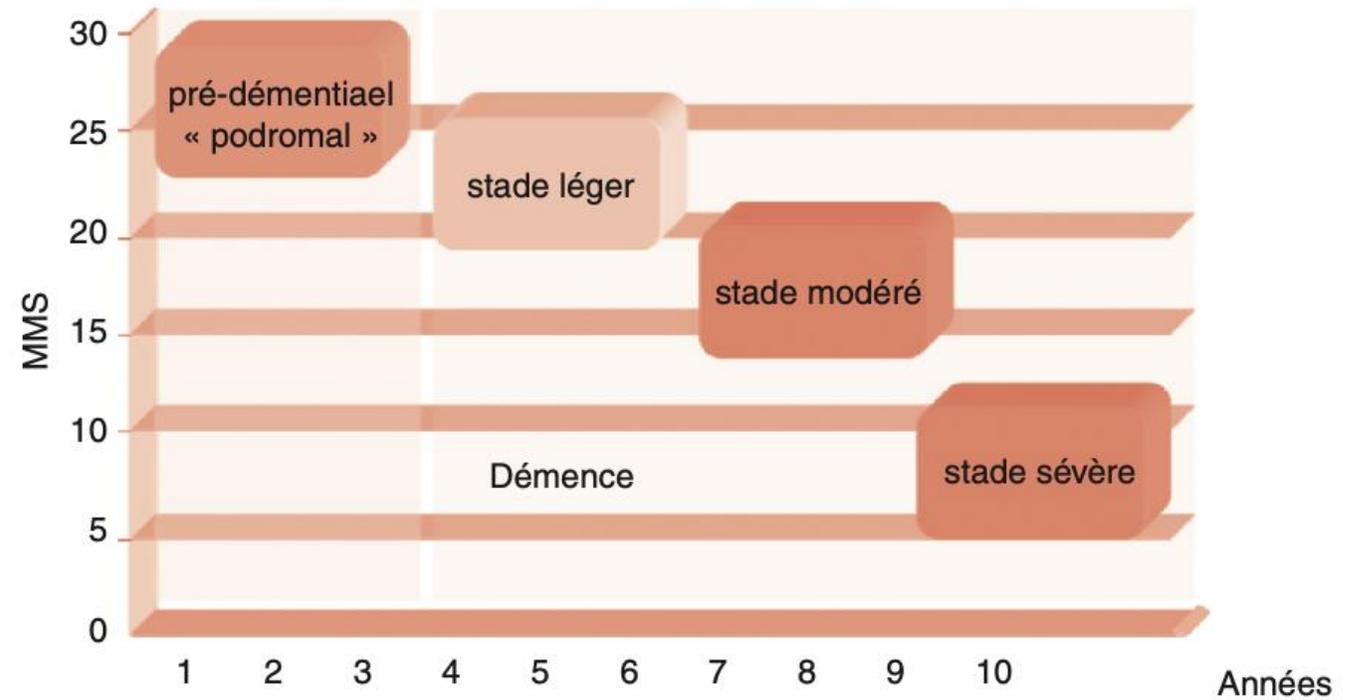
- MMSE
- Test des 5 mots de Dubois
- BREF (Batterie Rapide d'Efficiency Frontale)
- Echelles d'évaluation de l'autonomie (ADL, IADL)
-



Evaluation neuropsychologique +++

MMSE

- **Normal** $\geq 27/30$
- **Sévérité** du TNC:
 - 20 – 26: démence **légère**
 - 10 – 19: démence **modérée**
 - 3 – 9: démence **sévère**
 - < 3 : démence **très sévère**
- **Interprétation** selon:
 - Âge
 - Niveau socio-culturel
 - Catégorie socio-professionnelle
 - État affectif (anxiété, dépression)
 - Niveau de vigilance
 - Attention
- Profils déclineurs lents/rapides



ALORS, EN PRATIQUE?

- **Pour le diagnostic devant une plainte mnésique:**
 - **Anamnèse**
 - Retentissement sur **l'autonomie** et les AVQ
 - **Clinique +++**
 - Bilan **biologique**
 - **Neuro-imagerie:** IRM cérébrale (ou à défaut TDM cérébrale) avec étude des régions temporales internes
 - **Consultation mémoire** + évaluation **neuropsychologique (jamais urgent?)**
 - Place de la **PL** pour étude du LCS et du **TEP scan/scintigraphie de perfusion** = en cas de diagnostic difficile à établir (stade débutant de TNC mineur, profil clinique atypique, TNC à début précoce)

DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

- **Confusion mentale**

- Peut être un mode de découverte de TNC et/ou survenir au cours de l'évolution d'un TNC
- N'élimine par le diagnostic de TNC et doit le faire recherche à distance de l'épisode confusionnel (> 6 mois)

- **Causes de TNC « fonctionnelles »**

- Etat **dépressif** majeur = traitement d'épreuve par antidépresseur à dose pleine, pendant 3 mois min
- Troubles du **sommeil**
- **Anxiété**
- **Iatrogénie** (BZD, antidépresseurs, hypnotiques, ...)

DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

- **Causes organiques:**

- TNC **secondaires** « curables »: hypothyroïdie, carence en vitamine B12/folates, syphilis, évolution VIH, certaines tumeurs cérébrales (méningiomes frontaux)
 - **HPN**: troubles de la marche + troubles cognitifs (surtout de type frontal avec apathie) + troubles du contrôle urinaire
 - **HSD** chronique
 - Maladie des petites artères et angiopathie amyloïde avec évolution vers un TNC vasculaire
- **Encéphalopathies** subaigues (notamment si évolution rapide < 1an): maladie de Creutzfeldt-Jakob, encéphalite inflammatoire ou auto-immune (sd paranéoplasiques)

SYNDROME CONFUSIONNEL

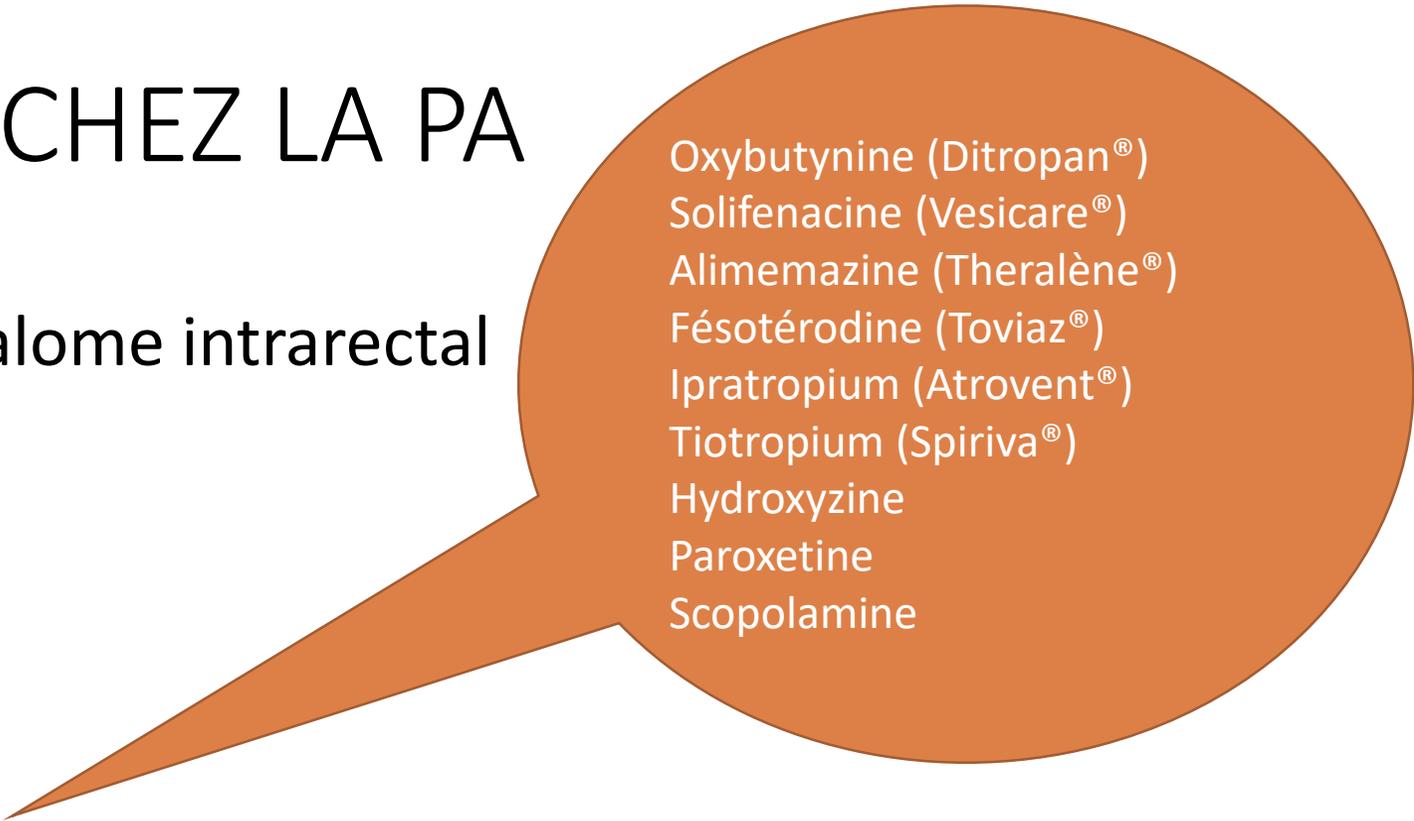
- Altération de la **vigilance** entraînant une désorganisation majeure et globale de la pensée cohérente
- Apparition **brutale** ou rapidement progressive (qq minutes, heures, jours)
- **Association** de:
 - Troubles **attentionnels** : troubles de la mémoire à court terme, discours incohérent, DTS, troubles du raisonnement et du jugement
 - Troubles du **comportement**: perplexité anxieuse, agitation, agressivité, hallucinations (visuelles++)
- **Fluctuation** clinique (// fluctuation de la vigilance), et inversion du rythme veille/sommeil avec aggravation en période vespérale ou obscurité (« Sun downing syndrom »)
- **Formes**:
 - Confuso-onirique: avec agitation +++
 - Stuporeuse: somnolence et ralentissement psychomoteur au 1^{er} plan
 - Mixte

ETIOLOGIES DU SYNDROME CONFUSIONNEL

- **Toxiques:**
 - OH
 - Drogues
 - Médicaments: psychotropes (BZD, antidépresseurs, neuroleptiques, antiépileptiques, opiacés, antiparkinsoniens, **anticholinergiques** +++),
 - CO
 - Sevrage brutal en psychotrope
- **Métaboliques:**
 - Troubles HE: hyper/hyponatrémie, hypok, hypercalcémie, déshydratation
 - Hypoglycémie
 - Endocrinopathies: décompensation de diabète, insuffisance surrénale aiguë, hypothyroïdie, ...
 - Insuffisances rénale, hépatique, et cardiorespiratoire chroniques décompensées ou aiguës
- Carences vitaminiques: B1, PP, B12, folates
- **Infectieuses:** urinaires, pulmonaires, ...
- **Neurologiques:**
 - Hémorragies méningées
 - Méningites et méningo-encéphalites
 - Processus expansifs intracrâniens (tumeurs, abcès, hématomes)
 - Traumatismes crâniens (HSD, HED, ...)
 - AVC ischémiques
 - Epilepsie
- **Autres:**
 - Hypothermie
 - Hypoxie cérébrale
 - Post-opératoire

EPINES IRRITATIVES CHEZ LA PA

- Constipation opiniâtre et fécalome intrarectal
- RAU
- Douleurs
- Infection urinaire
- Pneumopathie
- Iatrogénie (**anticholinergiques**, opiacés, psychotropes, ...)
- Post-opératoire



Oxybutynine (Ditropan®)
Solifenacine (Vesicare®)
Alimemazine (Theralène®)
Fésotérodine (Toviaz®)
Ipratropium (Atrovent®)
Tiotropium (Spiriva®)
Hydroxyzine
Paroxetine
Scopolamine

PRISE EN CHARGE DU SYNDROME CONFUSIONNEL

- **Hospitalisation**
- Traitement de la **cause**
- Psychotropes **sédatifs** avec prudence +++: BZD à demi-vie courte (SERESTA, TEMESTA, MIDAZOLAM), neuroleptiques si besoin
- Maintien de l'état **d'hydratation**
- Environnement calme, chambre individuelle
- Surveillance régulière
- **Allègement** des traitements non indispensables en étant vigilant au sevrage brutal (surtout si ttt ancien)
- Peut **révéler un trouble neurocognitif débutant** (réévaluation cognitive > 6 mois)

PEC THERAPEUTIQUE des TNC

- **Aucun** traitement à ce jour capable d'empêcher le développement des lésions cérébrales spécifiques de la maladie d'Alzheimer: pas de traitement CURATIF
- Les traitements actuels sont des **traitements symptomatiques**:
 - Retardent les manifestations de la maladie
 - Améliorent la qualité de vie
- Les traitements symptomatiques (déremboursés depuis 2018)
 - **Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (IAChE)**:
 - (1997) Donepezil (ARICEPT®): cp
 - (1998) Rivastigmine (EXELON®): gélules, sol buv, patch
 - (2001) Galantamine (REMINYL®): gélules, cp, sol buv
 - **Anti-glutamate**:
 - (2002) Memantine (EBIXA®): cp, sol buv

PEC THERAPEUTIQUE des TNC

- Traitements des troubles psycho-comportementaux:
 - Neuroleptiques (*RISPERDAL[®]*, *TERCIAN[®]*, *TIAPRIDAL[®]*, *ZYPREXA[®]*, ...)
 - Antidépresseurs IRS (*DEROXAT[®]*, *SEROPRAM[®]*, *ATHYMIL[®]*, *NORSET[®]*, *ZOLOFT[®]*, *EFFEXOR[®]*, *PROZAC[®]*, ...)
 - Autre antidépresseur: trazodone (*TRAZOLAN[®]*)
 - Anxiolytiques, sédatifs (*SERESTA[®]*, *TEMESTA[®]*, *EQUANIL[®]*, *BUSPAR[®]*, *XANAX[®]*, *ATARAX[®]*, ...)
 - Hypnotiques (*IMOVANE[®]*, *STILNOX[®]*, ...)
 - Thymorégulateurs (*TEGRETOL[®]*, *DEPAKOTE[®]*, *DEPAMIDE[®]*, ...)

LES TROUBLES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

- Idées délirantes
- Hallucinations
- Agitation/agressivité
- Dépression/dysphorie
- Anxiété
- Euphorie/exaltation de l'humeur
- Apathie/indifférence
- Désinhibition
- Irritabilité/instabilité de l'humeur
- Comportement moteur aberrant (déambulation pathologique, gestes incessants)
- Troubles du sommeil
- Appétit/troubles de l'appétit

PEC des TROUBLES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

- **Etat d'agitation et agressivité**

- D'étiologie **anxieuse**: lorazepam (TEMESTA), oxazepam (SERETA), alprazolam (XANAX)
- De nature **psychotique**: tiapride (TIAPRIDAL) per os ou IM (intensité modérée), olanzapine (ZYPREXA) et haloperidol (HALDOL) per os en gtte

- **Agitation avec signes positifs (psychotiques)**

- Neuroleptiques atypiques à demi vie courte: risperidone (RISPERDAL) 0,25mg à 1 mg/j, olanzapine (ZYPREXA) 2,5 mg à 5 mg/j
- Si TNC avec syndrome parkinsonien: clozapine (LEPONEX) sous surveillance hématologique / risque agranulocytose, initiation par neurologue, psychiatre ou gériatre

PEC des TROUBLES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

- **Agitation avec irritabilité:**

- AD sans effet anticholinergique:

- IRSS: sertraline (ZOLOFT) 25mg/j, citalopram (SEROPRAM) 10 mg à 20 mg/j, escitalopram (SEROPLEX) 10 mg/j
- Mirtazapine (NORSET) 15 mg à 45 mg/j, par paliers /15j, mianserine (ATHYMIL) 10 à 30mg/j

- **Agitation avec anxiété:**

- BZD à demi vie courte: oxazepam (SERESTA) , lorazepam (TEMESTA) avec équivalence lorazepam 1 mg = oxazepam 16 mg

- **Agitation nocturne:**

- AD sédatifs: mirtazapine (NORSET), mianserine (ATHYMIL)
- Hypnotiques à demi vie courte: zolpidem (STILNOX), zopiclone (IMOVANE)

AUTRES ASPECTS DE LA PEC

- Traitement et prévention des **troubles associés**
 - Dénutrition +++
 - Troubles de la marche, de l'équilibre et chutes
 - Crises convulsives
 - Troubles de déglutition
- Traitement et prévention des **comorbidités**:
 - Cardio-vasculaires: HTA, troubles du rythme, insuffisance cardiaque, AVC
 - Infections: pulmonaires, urinaires
 - Diabète
 - Insuffisance rénale
 - Cancers
- **Iatrogénie**

PEC NON MEDICAMENTEUSE

- Techniques de rééducation de l'orientation
- Thérapies par réminiscence (rappels d'éléments de vie)
- Luminothérapie
- Aromathérapie
- Stimulation multi-sensorielle
- Entraînement de l'activité motrice
- Art-thérapie
- Thérapie assistée par l'animal (chien)
- Snoezelen

EN PRATIQUE

- Tenter de **diminuer les bruits** environnants
- Établir un **contact visuel** (face au patient, à sa hauteur); attirer son attention avant de parler
- Dire bonjour, **se présenter**,
- S'adresser au patient en le **vouvoyant**
- Prendre son temps
- S'assurer du port des **lunettes**, des **prothèses auditives et dentaires** de son interlocuteur ainsi que son bon fonctionnement
- Parler **distinctement**, garder un **ton calme et rassurant**, ne pas hausser la voix



EN PRATIQUE

- Utiliser des **mots simples**, des **phrases courtes**, un seul message par phrase, **ne pas infantiliser**, **reformuler** si nécessaire
- **Simplifier** les phrases
- **Éviter** d'interrompre le patient quand il essaie de répondre
- **Aider** le patient s'il ne trouve pas ses mots
- Utiliser les **gestes** comme moyen de communication
- Accepter qu'il y ait des jours « avec » et des jours « sans »

ASPECTS JURIDIQUES : DÉTAIL DES MESURES ET DÉMARCHES

1. **Mesures de protection judiciaire**

- Sauvegarde de Justice
- Tutelle et curatelle

2. **Autres mesures**

- Habilitation familiale et mandat de protection future

SAUVEGARDE DE JUSTICE

- Mesure **la plus rapide** à mettre en place
- Effet **immédiat** de la mise sous protection
- Soit par décision du **Juge des Contentieux de la Protection** (ex Juge des Tutelles)/sauvegarde judiciaire
- Soit par déclaration médicale au **Procureur de la République** /sauvegarde médicale
- **Comment?**
 - Cerfa n°15891 + certificat médical + documents divers administratifs

TUTELLE

- A envisager quand il existe une **altération** des facultés **mentales** et **physiques** qui empêchent d'exprimer sa volonté
- Privation **complète** de la capacité juridique
- **Qui** peut faire la démarche?
 - Patient, son conjoint, famille ou proches, mandataire déjà nommé, Procureur de la République ou un tiers (médecin, assistante sociale...)
- **Comment?**
 - Remplir le Cerfa n°15891*3 + certificat Médecin Agréé (160 euros) + documents administratifs divers
- **Où ?**
 - Au Greffe du Juge des Contentieux de la Protection
- Le Juge a 1 an pour prononcer la mesure

CURATELLE

- Permet la protection de la personne et de ses biens

HABILITATION FAMILIALE

- Permet à un proche de **représenter** une personne ou de l'assister qd altération des fonctions mentales ou corporelles qui empêchent l'expression de sa volonté
- Nécessite l'intervention du **Juge des Contentieux de la Protection**
- **Qui** fait la demande?
 - Ascendant, descendant, frère, sœur, conjoint, ou le patient lui-même
- **Comment ?**
 - Cerfa n° 15891*3 + lettre explicative + certificat d'un médecin agréé + documents administratifs divers
- Le Juge des Contentieux statue ensuite (demande parfois une Mesure de protection de Justice)
- Mesure **valable** 10 ans

MANDAT DE PROTECTION FUTURE

- Permet **d'organiser à l'avance sa propre protection**
- **Choix** de la ou des personnes pouvant intervenir (proches, avocat, notaire)
- Réaliser un **certificat médical** avec médecin agréé
- 2 types de mandats : notarié ou sous seing privé (rédaction sur papier libre contre signé par un avocat ou Cerfa n°13592*04 et paiement à la recette des impôts)

INFORMATION DU PATIENT PORTEUR DE TROUBLES COGNITIFS

- **Obligation** légale et déontologique
- Contenu **clair** et **adapté**
- En **présence** de sa personne de confiance, de sa famille, de son mandataire ... avec l'accord du patient
- Expliquer et **reformuler** les informations/ faire répéter ce qui a été compris
- Document écrit = peu de valeur
- **Consigner** dans le dossier médical
- Attention au **secret médical**

MESURES D'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE: APA

- **Age** >60ans, GIR 1 (1900euros/mois), GIR 2 (1500euros/mois), GIR3 (1100 euros/mois), GIR4(750euros/mois)
- Pas de récupération sur la succession
- Participation du patient **en fonction de ses revenus** (si faibles < 860euros /mois = pas de participation, si > 3180euros/mois participation du patient à hauteur de 90%)
- Aides à la **personne**
- Mise en place de **matériel** : téléassistance, barres d'appui...
- **Fournitures** d'aide à l'hygiène (couches, alèses ...)
- Portage des **repas**
- Réalisation de **travaux** d'aménagement
- Aide à **l'accueil temporaire**

L'APA d'urgence est mise en place pour 2 mois maximum

MESURES D'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE

- **ESAD** = Equipe Spécialisée Alzheimer à Domicile (équipe pluridisciplinaire), rattachée au SSIAD
 - Aide une personne malade et ses proches
 - Mise en place dans **la phase de début** de la maladie
 - **But** : maintien de l'autonomie en stimulant les capacités du patient, prévention des troubles du comportement,
 - Aide à **améliorer la relation** patient/aidant
 - Intervient sur **prescription médicale** (Médecin traitant ou cs Mémoire), 12 à 15 séances /3mois 1x/an
 - Cout assuré par Assurance Maladie
- Appareil de **géolocalisation** portatif/**téléalarme** (financement possible avec APA)
- Aide à la **stimulation cognitive** (puzzle, memory, sudoku, mots croisés, lecture, applications sur tablette, quizz)
- Si besoin **DAC du Ferrain** = équipe dédiée médicosociale 03/20/89/22/74

EN CONSULTATION MÉMOIRE

Ce n'est jamais une urgence !

- Etablir un **courrier** expliquant les troubles présentés par le patient, leur ancienneté, l'impact sur le quotidien
- Donner des **précisions** sur les **antécédents** médicaux (cardio++++), chirurgicaux, psychiatriques
- Donner avec précision le **traitement** en cours et les modifications récentes
- Transmettre les **examens** déjà réalisés (scanner, bio...)
- Renseigner sur les **conditions de vie**
- Faire **accompagner** le patient ++++++++ d'autant que la famille est souvent dans le déni des troubles

POUR ALLER PLUS LOIN

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/parcours_de_soins_alzheimer.pdf

Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée

POUR ALLER PLUS LOIN

Quels dispositifs financiers et de protection des droits pour mon patient ?

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées sont cotées en ALD 15.

PRISE EN CHARGE À 100 % PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

LA CARTE MOBILITÉ INCLUSION VA PROGRESSIVEMENT REMPLACER LES CARTES D'INVALIDITÉ, DE PRIORITÉ ET DE STATIONNEMENT. Les avantages et conditions d'attribution restent les mêmes. En revanche, la procédure de demande change.

Votre certificat médical doit indiquer précisément la maladie dont est affecté le patient (pas seulement "troubles cognitifs").

DEMANDE À EFFECTUER AUPRÈS DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL POUR LES BÉNÉFICIAIRES DE L'APA, AUPRÈS DE LA MDPH POUR LES AUTRES PERSONNES MALADES.

L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA), attribuée aux personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie, permet de financer une partie des aides humaines, éventuellement celle apportée par l'aidant (hors conjoint).

Votre certificat médical doit être bien détaillé et pointer les difficultés dans les actes de la vie quotidienne.

LE PATIENT DOIT FAIRE LA DEMANDE D'APA AUPRÈS DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL.

LA PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP (PCH), attribuée aux personnes de moins de 60 ans, permet la prise en charge de dépenses liées au handicap.

Votre certificat médical est nécessaire pour instruire la demande de PCH.

LE PATIENT DOIT FAIRE LA DEMANDE AUPRÈS DE LA MDPH.

PERMIS DE CONDUIRE
Si vous n'êtes pas habilité à retirer le permis de conduire, vous avez cependant une double responsabilité : morale, vis-à-vis de la personne malade, et légale, concernant la mise en danger d'autrui.
Vous êtes tenu :
→ de communiquer au patient votre recommandation de cesser la conduite automobile,
→ de le notifier dans son dossier médical.

LA MÉDECINE DU TRAVAIL peut être sollicitée pour le suivi des personnes malades en activité professionnelle (maintien ou sortie de l'emploi). Pensez-y !

LA PERSONNE DE CONFIANCE est habilitée à être informée et consultée lorsque le patient se trouvera hors d'état d'exprimer sa volonté et à l'accompagner durant son séjour hospitalier ou son séjour en établissement d'hébergement.

Vous devez proposer à votre patient de choisir sa personne de confiance.

LES DIRECTIVES ANTI-CIPÉES garantissent au patient, dans le cas où il serait hors d'état d'exprimer sa volonté, que ses souhaits relatifs à sa fin de vie soient pris en compte.

LE MANDAT DE PROTECTION FUTURE est un contrat qui permet à toute personne malade d'organiser sa protection à l'avance en choisissant celui, celle ou ceux qui seront chargés de s'occuper de ses affaires ou de sa personne le jour où elle ne pourra plus le faire elle-même, en raison de son état de santé.

L'HABILITATION FAMILIALE ne constitue pas une mesure de protection juridique. Elle permet à un proche (descendant, ascendant, frère ou soeur, concubin, partenaire de Pacs) de solliciter l'autorisation du juge pour représenter une personne qui ne peut pas manifester sa volonté.

LA SAUVEGARDE DE JUSTICE, LA TUTELLE ET LA CURATELLE sont des mesures de protection juridique, de différents degrés, destinées à protéger la personne malade lorsque celle-ci n'a plus toutes ses facultés.

Vos certificats médicaux sont nécessaires à la constitution du dossier pour ces trois dispositifs.

Accompagner, soutenir, orienter

ACTIVITÉS PROPOSÉES PAR FRANCE ALZHEIMER ET MALADIES APPARENTÉES



De nombreuses activités sont proposées dans un cadre institutionnel (hôpitaux et accueils de jour notamment) et associatif. Pour mieux accompagner les familles et répondre à leurs besoins spécifiques, France Alzheimer et maladies apparentées a aussi développé toute une série d'actions à destination des aidants, des personnes malades et des couples « aidant-aidé ».

	POUR LES PERSONNES MALADES	POUR LES PERSONNES MALADES ET LES AIDANTS	POUR LES AIDANTS
Atelier à médiation artistique	●		
Atelier de mobilisation cognitive	●		
Entretien individuel		●	
Action de convivialité		●	
Café mémoire		●	
Halte Relais		●	
Séjour Vacances		●	
Suivi malades jeunes		●	
Formation des aidants			●
Groupe de pairs / de parole			●
Réunion d'information			●
Atelier de relaxation			●

Votre Fiche Repère

POUR LA PRISE EN CHARGE DE VOS PATIENTS ATTEINTS D'UN TROUBLE COGNITIF, DE LA MALADIE D'ALZHEIMER OU D'UNE MALADIE APPARENTÉE.



Toute plainte cognitive exprimée par un patient ou l'un de ses proches mérite d'être prise en compte. Elle ne doit pas être banalisée et doit faire l'objet d'une analyse clinique fine et d'une investigation graduée et personnalisée afin d'en déterminer la cause. De nombreux patients peuvent être rassurés mais pour certains d'entre eux, cette investigation conduira vers le diagnostic de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée (maladie à corps de Lewy, trouble cognitif vasculaire, dégénérescences fronto-temporales) ou vers un diagnostic différentiel. Des progrès ont été réalisés ces dernières années concernant la prise en soin de ces personnes malades et il est désormais possible de proposer des dispositifs répondant aux divers besoins des patients et des aidants en améliorant leur qualité de vie, à chaque étape de la maladie. Un accès à la recherche est également possible. Ce suivi post-diagnostic est assuré tout autant par le médecin spécialiste ou la consultation mémoire que le médecin traitant.

AVEC LE SOUTIEN DE :



EN COLLABORATION AVEC :



RETROUVEZ TOUTES LES INFORMATIONS SUR :



SUIVEZ-NOUS SUR :



www.francealzheimer.org
UN MALADE, C'EST TOUTE UNE FAMILLE QUI A BESOIN D'AIDE

SITES INTERNET

- <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr>
- Association France Alzheimer / Association Médéric Alzheimer
- Fondation Alzheimer



FORMATION MÉDICALE CONTINUE TOURCOING



MERCI

Hotline gériatrie: 03.20.11.51.41

Secrétariat: 03.20.11.50.07