



Formation croisée: Vulnérabilités associées au vieillissement: comment les identifier et obtenir de l'aide

27 novembre 2015

TROUBLES DE DÉMENCE, SANTÉ MENTALE ET TOXICOMANIE:

VOLET DÉMENCE

NADINE LARENTE MD

Définition de démence

Selon DSM-5: Trouble neurocognitif majeur

A) Évidence de déclin cognitif dans un ou plusieurs domaines (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémoire, langage, habilités perceptuelles et motrices, habiletés cognitives sociales)

- 1) Changements notés par le patient, sa famille ou un professionnel de la santé
- 2) Atteinte cognitive objectivée par des tests standardisés

Trouble neurocognitif majeur -suite

- B) Atteinte fonctionnelle (besoin d'assistance au minimum dans les AVDs)
- C) Atteinte cognitive n'est pas secondaire à un delirium
- D) Atteinte cognitive n'est pas secondaire à un problème de santé autre

Prévalence de la démence

Selon les données de l'étude canadienne longitudinale sur le vieillissement:

Approximativement 8% des canadiens âgés de 65 ans et plus sont atteints de démence. La prévalence augmente avec l'âge, de 2% pour les 65 à 74 ans, à 11% pour les 75 à 84 ans et 35% pour les personnes âgées de 85 ans et plus.

La prévalence des troubles cognitifs mineurs atteint 50% chez les plus de 85 ans.

Monsieur A.

Homme de 81 ans, référé suite à une hospitalisation pour évaluation de troubles cognitifs.

Troubles cognitifs (prédominance mnésique) à début insidieux et progressant depuis 3 ans.

Essai Aricept, il y a 2 ou 3 ans, cessé à cause d'intolérance digestive.

Hospitalisé pour pneumonie/influenzae: delirium avec séquelles cognitives.

Monsieur A.: Antécédents médicaux et chirurgicaux

- MPOC
- Apnée obstructive du sommeil (C-PAP- difficulté d'ajustement du masque)
- HTA
- DMII
- FA chronique
- MCAS (PAC 2001) Cardiomyopathie ischémique FEVG 30-35% (2013)
- Dyslipidémie
- Ostéoporose fracturaire (# T6)
- Arthrose
- Diverticulose
- Gastrite 2013
- Nodule pulmonaire (suivi radiologique)

Monsieur A.: Liste de médicaments et investigation

- Tiotropium 18mcg caps. die
- Salmeterol 50mcg 1 inh. Q12h
- Fluticasone 250mcg 1 inh. BID
- Apixaban 2.5mg BID
- Metoprolol 50mg BID
- Rosuvastatin 20mg die
- Telmisartan 80mg die
- AAS 80mg die
- Citalopram 20mg die
- Furosemide 40mg die
- Pantoprazole 40mg die
- Metformine 850mg BID

CT scan cérébral : Leucoaraiose sévère. Anciens ACV lacunaires dans les ganglions de la base.

Monsieur A: Niveau fonctionnel

M. A. est plutôt apathique en général. Il a très peu d'initiative. Il a tendance à dormir beaucoup durant la journée et dort mal la nuit. Il a de la difficulté à ajuster et garder son C-PAP la nuit. Toute la journée, il regarde la télévision ou des photos. Il est cependant incapable de se concentrer et est incapable de se rappeler les émissions qu'il regarde. Il parle peu et participe très peu aux conversations. Il mange seul lorsque les aliments sont préparés pour lui. Il nécessite cependant de la stimulation car il a peu d'appétit. Il est apraxique à l'habillage et nécessite de l'aide pour prendre sa douche. Il refuse souvent de prendre sa douche, se disant trop fatigué. Il est incontinent d'urine et porte des pull-up. Il est parfois incontinent de selles. Son épouse ne peut le laisser seul car il n'a plus le réflexe d'utiliser le téléphone au besoin. Il ne participe à aucune activité domestique.

Monsieur A.: Examen cognitif

Durant l'entrevue, le patient demeure très passif. Il laisse son épouse répondre à sa place. Lorsque questionné, il répond aux questions de façon cohérente mais la mémoire de son histoire personnelle est déficiente, en particulier en ce qui a trait aux dates et aux détails. Le Folstein a été effectué. Le score total était de 23/30. Des déficits ont été notés surtout au niveau de la concentration et du rappel mnésique (0/3). Il présente également des déficits au niveau du langage : diminution de la fluidité, manque du mot, aphasie nominale. Il persévère à l'occasion.

Impression diagnostique

- L'évaluation suggérait un trouble neurocognitif majeur d'étiologie vasculaire (démence vasculaire modérée) et secondaire à l'apnée obstructive du sommeil. Le delirium est résolu mais a laissé des séquelles. L'atteinte des fonctions exécutives est particulièrement marquée et explique l'atteinte fonctionnelle.
- L'examen suggérait également la possibilité d'une hypotension orthostatique compte-tenu de l'accélération marquée du pouls à l'ortho station.

Recommandations

- Référence au CLSC pour aide aux AVQs, évaluation des besoins, suivi psycho-social
- Premier Lien Société Alzheimer
- Monitorer S.V. orthostatiques: diminuer Rx au besoin
- Faire vérifier masque C-PAP
- Diminuer citalopram et cesser si aucun changement (suivi sx anxieux et dépressifs)
- Arrêt conduite automobile



Démence et comorbidités

LIENS ENTRE LES TROUBLES COGNITIFS ET LES MALADIES CHRONIQUES

Maladies chroniques associées à des troubles cognitifs

MPOC

Pathologies du sommeil

Pathologies cardiaques, notamment insuffisance cardiaque

DMII

IRC

Insuffisance hépatique

HTA-HTO

Etc.

Liens entre les troubles cognitifs et les maladies chroniques

Une étude récente montre un lien entre le nombre de maladies chroniques et les troubles cognitifs (TCL et démence). Le risque relatif est de 1.6 pour les patients souffrant de plus de 4 pathologies chroniques.

Vassilaki, JAGS 2015 63: 1783-1790

Liens entre les troubles cognitifs et les maladies chroniques

Les troubles cognitifs compliquent la prise en charge des maladies chroniques.

La plupart des modèles de prise en charge sont conçus pour les patients atteints d'une condition unique.

L'Australie propose des programmes de prise en charge de certaines maladies chroniques pour les patients atteints de troubles cognitifs: HIV, DMII, Maladies cardiaques et cérébro-vasculaires.

Monsieur B.

Homme de 81 ans suivi depuis 1 an en psychiatrie pour un diagnostic de dépression majeure. Les symptômes dépressifs tels tristesse, pleurs, idées noires, regrets et épisodes de découragement sont associées à un manque d'énergie, des symptômes anxieux (surtout de l'anxiété d'anticipation face à tout évènement hors routine), des plaintes somatiques multiples et des troubles cognitifs légers.

Monsieur B.

Depuis plusieurs années, il a noté, de façon insidieuse un déclin cognitif : des difficultés de concentration, des oublis bénins, un manque du mot occasionnel. Il rapporte n'avoir jamais oublié rien d'important mais il doit tout noter de façon obsessive. Il nie tout déclin fonctionnel. Il gère ses placements et fonds de retraite. Il suit sa T.A. et prend ses médicaments sans faire d'oublis. Il conduit sa voiture.

Antécédents médicaux et chirurgicaux

- Dépression majeure sous traitement (ATCDs de dépression à la retraite)
- Anxiété généralisée de longue date
- HTA
- Angine microvasculaire- ? ATCD macrovasculaire
- Douleur chronique omoplate gauche
- Dyslipidémie
- Hypertrophie bénigne de la prostate et vessie hyperactive (S\P RTU-P 1990)
- Cystites à répétition

Antécédents médicaux et chirurgicaux

- Sténose canal lombaire
- Reflux gastro-œsophagien
- Algodystrophie sympathique réflexe pied gauche 2008
- Chirurgie Dupuytren main gauche (1997 et 2000), main droite (2001), pied gauche (2007)
- Chirurgies cataractes bilatérales 2011
- Cholécystectomie par laparoscopie 1991
- Résections polypes colon 2001, 2014
- Lithiases urinaires

Liste des médicaments

- 1) Atorvastatin 40mg die
- 2) Imdur 30mg HS- AM depuis le 9 juin
- 3) Amlodipine 2.5mg die
- 4) Valsartan 80mg die- 40mg die depuis le 9 juin
- 5) Nitro PRN
- 6) Myrbetriq 50mg HS
- 7) Tamsulosin CR 0.4mg BID
- 8) Amitriptyline 10mg HS (pour vessie)
- 9) Citalopram 20mg die
- 10) Trazodone 50mg HS
- 11) Lorazepam 1 mg- sevré complètement à la fin mai
- 12) Pantoprazole 40mg BID

Liste des médicaments

- 13) Misoprostol 200mg BID
- 14) Diovol PRN
- 15) Acétaminophène 1g TID
- 16) Gel Voltaren PRN
- 17) Hydromorphone 1mg TID
- 18) Durela 200mg die (tramadol ER)
- 19) Ultram50mg PRN (tramadol)
- 20) Vitamine B1 100mg die
- 21) Cal-VitD 500mg-400UI 1 co die
- 22) Sennosides 8.6 mEq 2co BID
- 23) Docusate 100mg die PRN

Examen cognitif

- À l'examen, des déficits ont été notés au niveau de la concentration, du langage (paraphasies phonémiques rares), de la mémoire, de l'organisation spatiale et des praxies de construction en 3 dimensions. La mémoire des faits récents importants est préservée.
- Le MOCA a été effectué. Le score total était de 22/30 (2/5 au rappel).

Examen neuro

- PERLA, mouvements extra oculaires complets
- Symétrie faciale
- Pas de tremblement mais légère roue dentée gauche plus que droite au niveau des poignets
- Tonus légèrement augmenté
- Réflexes normaux et symétriques
- Forces normales
- Romberg négatif
- Démarche légèrement précautionneuse- Réflexes protection de l'équilibre légèrement diminués

Signes vitaux

	TA	Pouls
Couchée	133/73	56
Assise	106/65	65
Debout 1min.	71/41 (étourdissements)	70
Debout 2min.	84/55	73
Debout 4min.	90/59	72

Liste des Rx après optimisation

- 1) Atorvastatin 10mg die
- 2) Amlodipine 2.5mg HS
- 3) Nitro PRN
- 4) Myrbetriq 50mg HS
- 5) Citalopram 20mg die
- 6) Pantoprazole 40mg die
- 7) Diovol PRN (prend rarement)
- 8) Acétaminophène 1g TID (prend rarement)
- 9) Gel Voltaren PRN
- 10) Hydromorphone 1mg TID PRN
- 11) Multivitamine 1 co die
- 12) Sennosides 8.6 mEq 2co BID PRN

Mme C.

Madame présente une histoire de troubles anxio-dépressifs de longue date et prend des médicaments depuis plus de 35 ans. Pendant plusieurs années, en plus des médicaments prescrits en grande quantité pour contrôler des douleurs chroniques et son anxiété, elle abusait d'alcool et de médicaments en vente libre. Entre 2008 et 2012, elle a eu plusieurs épisodes de pertes de conscience inexplicables, pour lesquels l'investigation s'est avérée négative. Dans cette même période, elle a fait quelques chutes sans conséquence grave.

Mme C.

En 2013, elle a fait une chute avec trauma à la tête. À partir de ce moment, son époux a réussi à contrôler la prise d'alcool à une bière par jour maximum. Elle prend encore des médicaments en vente libres : analgésiques, *sleep aids* type antihistaminergique, relaxants musculaires. Parfois, son mari lui donne des vitamines au lieu de donner des analgésiques et elle ne s'en rend pas compte.

Mme C.

Depuis 2013, elle s'est détériorée au niveau cognitif de façon graduelle. Elle présente des troubles de concentration important, de la désorientation et sa mémoire des faits récents est très atteinte.

Les troubles cognitifs sont fluctuants, possiblement en relation de la prise de médicaments.

Elle peut devenir très obstinée, devient agressive, accusatrice et refuse de collaborer. Elle présente des troubles paniques à l'occasion. Elle se plaint à l'occasion de douleurs mais cela ne prédomine pas dans son tableau.

Mme C.

Madame nécessite par périodes beaucoup d'encadrement et de stimulation pour l'hygiène et l'alimentation. Elle s'est perdue à quelques reprises dans le voisinage et doit être raccompagnée à la maison, dont à une occasion par la police. Peu de temps avant sa visite, elle a fait une scène à son époux et est devenue agressive dans un restaurant.

Madame nie tout problème cognitif, pense qu'elle pourrait vivre seule et ne pense pas qu'elle prend trop de médicament.

Antécédents médicaux et chirurgicaux

- HTA
- ACVs X2 (hémiparésie gauche) en 2004 et 2008
- Anxiété généralisée de longue date
- Dépression
- Asthme
- Douleurs lombaires chroniques
- Arthrose facettaire et changements dégénératifs de la colonne cervicale multiétagée avec sténose foraminale sévère à C5-C6 et C6-C7
- Chute sur la glace en 2013 : fractures faciales multiples et petite hémorragie intracrânienne au niveau de la substance blanche en frontal supérieur droit

Liste des médicaments

- Buspirone 10mg BID
- Gabapentin 600mg BID
- Clonazepam 2mg BID
- Rhoxal-orphenadrine (norflex) 100mg die
- Citallopram 20mg die
- Plavix 75mg die
- Amlodipine 2.5mg die
- Singulair 10mg die
- Salbutamol
- Plusieurs Rx sans prescription : 222. Sleepaids etc.

Examen cognitif

- À l'examen, des déficits ont été notés au niveau de la concentration et de la mémoire surtout.
- Le Folstein a été effectué. Le score total était de 16/30.
- Elle n'a aucune autocritique face à ses déficits et présente des troubles du jugement important. Elle devient facilement paranoïde et agressive.

Impression diagnostique

- L'évaluation suggère un **trouble neurocognitif majeur (démence)**, d'étiologie probablement mixte (possiblement type Alzheimer, vasculaire, ATCD d'abus d'alcool et secondaire à un abus de substance). L'examen suggère également la possibilité d'une **hypertension artérielle surtraitée**.
- La patiente est présentement **inapte à la personne et aux biens**.

Médicaments associés à des troubles cognitifs

- Sédatifs-hypnotiques
- Antidépresseurs
- Antipsychotiques
- Antihypertenseurs
- Anticonvulsivants
- Analgésiques
- Anticholinergiques
- Etc.

Troubles cognitifs et polypharmacie

Une étude populationnelle montre le lien entre le nb de médicaments et la démence:

Plus de 10 Rx = O.R. 1.56



Madame D.

Dame de 91 ans, vit à domicile avec la famille de son fils.

Diagnostics principaux:

- Trouble neurocognitif majeur (démence), d'étiologie probablement vasculaire, avancé
- Trouble comportementaux et psychologiques associés à la démence : insomnie **sévère**, anxiété et persévération marquée
- Troubles de démarche secondaire à la démence
- Déficit sévère en vitamine B12
- Épuisement des proches aidants

Médication

- Mirtazapine: pas d'effet
- Olanzapine: 10mg HS : efficace pour le sommeil mais peu d'effet durant le jour.

Visite de suivi

Rétention urinaire >800 cc

Olanzapine remplacé par clonazépam
1.5mg HS

Mme E.

Dame de 84 ans qui est veuve depuis le 23 mars 2011. Son époux avait fait un ACV et était sous hémodialyse. Madame s'est occupée de lui pendant plusieurs années.

Elle vit depuis 2012 dans une résidence pour personnes semi-autonomes mais reçoit très peu de services. Elle a été hospitalisée du 7 au 12 août 2015 pour une fibrillation auriculaire rapide.

Mme E.

Il s'agit d'une dame qui est décrite comme ayant toujours été anxieuse. Elle avait toujours tendance à s'inquiéter de tout et de rien. Par ailleurs, elle dit n'avoir jamais eu un bon sommeil. Depuis 2009, plusieurs médicaments ont été tentés pour contrôler d'abord son insomnie, puis une anxiété généralisée de plus en plus marquée. Depuis environ 3 ans, l'anxiété qui était auparavant relativement contrôlée est devenue de plus en plus envahissante, malgré la médication.

Mme E.

La patiente a le sentiment de ne plus avoir de but dans la vie, de ne plus servir à rien. Elle a parfois des souhaits passifs de mort. Elle dit dormir pour un total de 5 heures seulement entre 20-21h et 1-2h et se lever au milieu de la nuit pour déjeuner et trouver le temps long par la suite.

Mme E.

Lors de son hospitalisation, le bilan métabolique était négatif sauf pour une hyponatrémie légère à modérée (128) qui s'est corrigée (135). La fibrillation auriculaire a été rapidement contrôlée avec une augmentation du cardizem. Le CT scan cérébral était sans particularité.

Examen

Son score au MMSE était de 24/30 et au MOCA de 19/30. La mémoire était légèrement atteinte (2/3 et 3/5). Les déficits étaient surtout marqués au niveau de l'organisation visuo-spatiale, des fonctions exécutives et de la concentration). L'examen révélait une dyskinésie oro-buccale légère et une acathisie sévère.

Liste des médicaments ayant été essayés

lyrica (ad 2015), abilify (2012-2013), clomipramine (2014), doxépine (2011-2014), hydroxysine (2011-2012), methoprazine jusqu'à la dose de 50mg (2014-2015), oxazepam (2009, 2011-2012), ativan (2015), citalopram (2006-2008 et 2011-2012, 2014-2015), cymbalta (2012), alprazolam (2011-2015), quetiapine(2011-2012,2014), olanzapine (2013-2014), trazodone(2009-2014), zopiclone(2009-2012, 2015), lorazepam (2012, 2015), mirtazapine (2011-2014), risperidone (2012), lithium (2014), ?desipramine (2015).

Au moment de son admission en août la patient ne prenait que de l'ativan (0.25mg BID et 1.5mg HS).

Impression diagnostique

- Trouble neurocognitif majeur, d'origine mixte probable, avec prédominance d'atteinte frontale ou pseudo-frontale.
- Anxiété généralisée, exacerbée dans le contexte des troubles cognitifs. Élément de persévération probable.
- Acatheisie probablement secondaire à des médicaments. Le **cardizem** pourrait encore contribuer.
- Insomnie de très longue date, moins bien tolérée depuis le décès du conjoint.
- Fibrillation auriculaire avec réponse ventriculaire contrôlée
- Comportement de dépendance médicamenteuse

Suivi

- Ativan 0.25 mg AM et 0.75 mg HS
- Metoprolol 37.5mg BID
- Mirtazapine 7.5mg HS
- Synthroid 0.05mg die
- ECASA 80mg die
- Vitamine D 10 000 UI 1 fois par semaine

Cardizem remplacé par metoprolol

Suivi

- Acatheisie résolue
- Moins anxieuse
- Sx dépressifs légers persistent (négative)
- Manque d'initiative, apathie et absence d'intérêt persistent
- Cognition idem
- Se plaint toujours d'insomnie

Suivi

- Hospitalisée pour ACV avec séquelles légères
- Delirium de courte durée
- Anxiété exacerbée et acathisie en fin d'hospitalisation
- L'ativan n'était pas donné régulièrement et le cardizem avait été repris