

Difficultés du suivi du dément à domicile



Rev Med Suisse 2015; 11: 674-7

M. Coutaz

Dr Martial Coutaz
Département de gériatrie
du Valais romand
Hôpital du Valais
1920 Martigny
martial.coutaz@hopitalvs.ch

Management of patients with dementia living at home

Caring for a patient with dementia who lives at home, sometimes alone, presents a constant challenge for general practitioners. This article uses a clinical vignette to explore the initiation of medical care and treatment in an elderly patient with dementia. We specifically address how to inform the patient and family of the initial diagnosis and important issues to discuss from the start. We also examine issues such as delirium, medication adjustments, behavioral difficulties, feeding, and treatment of associated pathologies such as hypertension and diabetes.

Prendre en charge à domicile un patient souffrant de démence, et vivant parfois seul, est un défi permanent pour le médecin généraliste. S'appuyant sur une vignette clinique décrivant l'histoire d'une patiente âgée dément, la prise en charge et le traitement sont abordés dans cet article, notamment l'annonce du diagnostic, les éléments majeurs à aborder avec le patient et sa famille, l'état confusionnel, la révision médicamenteuse, les troubles du comportement, l'alimentation, le traitement des pathologies associées comme l'hypertension et le diabète.

INTRODUCTION

Chaque médecin de famille recense dans sa clientèle des patients souffrant de démence et devrait être en mesure de poser le diagnostic de démence, d'offrir un traitement, de fournir une prise en charge et un accompagnement avisé sur un long terme. Ne pouvant s'appuyer que sur un nombre très restreint de spécialistes (gériatres, psychogériatres, neurologues), cette prise en charge, pour être optimale, devra être coordonnée, en exploitant le mieux possible les ressources non formelles (comme les aidants naturels), tout en s'appuyant sur les prestations fournies par les associations (Association Alzheimer, Croix-Rouge, Pro-Senectute...)¹.

VIGNETTE CLINIQUE

A l'aide d'une vignette clinique, nous allons aborder différents aspects de la prise en charge médicale d'un sujet dément vivant à domicile.

M^{me} CD, 77 ans, divorcée, mère de deux filles, connue pour un status post-infarctus, un diabète et une hypertension artérielle traitée, se rend pour son contrôle mensuel à votre cabinet médical. Pendant que vous lui mesurez la pression artérielle, elle dit: «Docteur, ma voisine de palier a été hospitalisée il y a cinq jours..., on l'a retrouvée dans la rue en chemise de nuit! Elle a l'Alzheimer! Moi aussi peut-être? Je suis très inquiète, vous savez, j'oublie les noms de famille. Qu'en pensez-vous?».

Première question à se poser: est-il légitime de craindre une démence à l'âge de 77 ans? Affectant environ 5% des individus dans leur septième décennie, la démence atteint 24% d'entre eux dans leur huitième décennie. La prévalence de la démence augmente ainsi exponentiellement avec l'âge et double tous les cinq ans après 65 ans.^{2,3}

Présenter des difficultés pour se repérer dans un quartier connu, retenir une liste de courses ou de nouvelles informations semblent en lien (et cela d'autant plus si elles se cumulent) avec la probabilité de présenter des troubles cognitifs dans un collectif de 16964 infirmières d'âge moyen de 74 ans.^{4,5} D'autre part, des difficultés dans la réalisation de certaines activités instrumentales, comme utiliser le téléphone, gérer ses finances, prendre ses médicaments ou utiliser les transports en commun sont souvent présentes plusieurs années avant que le diagnostic de

démence ne soit posé, et peuvent être considérées comme des signes d'alarme!⁶

Les différents examens pratiqués confirment la présence d'une démence chez M^{me} CD.

L'annonce du diagnostic est source de difficultés pour bon nombre de médecins, «Pourquoi le faire, je ne sais que proposer après! A quoi bon, il n'y a aucun médicament qui marche! J'ai peur qu'il déprime si on lui annonce le diagnostic». ¹ Selon plusieurs études, la plupart des personnes atteintes de démence souhaitent connaître leur diagnostic. Les réactions négatives attendues (dépression, risque suicidaire) touchent surtout les sujets âgés de moins de 70 ans, plutôt dans les trois mois qui suivent l'annonce du diagnostic; c'est surtout dans cette période qu'un suivi rapproché doit être mis en place!^{7,8}

L'annonce du diagnostic permet d'aborder quelques aspects de grande importance: expliquer à la personne concernée sa maladie, lui permettre de prendre des décisions pour le futur alors qu'elle bénéficie encore de sa pleine capacité de discernement, par exemple pour la conduite automobile (tableau 1), pour désigner un représentant thérapeutique, rédiger ses directives anticipées ou son testament. Pour le médecin, c'est aussi l'opportunité d'initier un traitement médicamenteux procognitif, d'écarter tous les facteurs susceptibles d'aggraver les troubles: révision de la médication, aménagement du domicile par une visite préventive d'un ergothérapeute (tableau 2), instauration d'un soutien pour le patient et ses proches, information sur les diverses associations de soutien (Association Alzheimer).¹⁰

VIGNETTE CLINIQUE (SUITE)

Un an plus tard, téléphone de la fille de M^{me} CD: elle est inquiète devant la progression rapide des troubles de sa maman, qui est de plus en plus confuse, confondant souvent le jour et la nuit! Pendant vos vacances, elle a amené sa maman à la permanence médicale du quartier:

Première visite: en raison d'un gros refroidissement et d'une toux grasse, le médecin a prescrit du sirop contre la toux (Makatussin) et du paracétamol.

Seconde visite de contrôle: très nette amélioration de la toux, mais M^{me} CD se plaignant de démangeaisons dans le dos, le médecin a prescrit une crème grasse (Excipial) et des antiprurigineux (Zyrtec le matin et Atarax le soir).

M^{me} CD présente un état confusionnel en lien avec la prescription de médicaments anticholinergiques. Dans une vaste méta-analyse, Inouye¹¹ relève que la prévalence de

Tableau 1. Facteurs associés à une conduite dangereuse

(Adapté de réf.⁹).

- Collisions récentes
- Amendes répétées
- Rapport de conduite dangereuse par les proches ou la famille
- MMS (Mini mental state) < 24/30 ou test de l'horloge < 5/7
- Personnalité impulsive ou agressive

Tableau 2. Aménagements du domicile: moyens auxiliaires

(Adapté de réf.¹⁰).

- Optimisation de l'éclairage
- Outils d'aide à la mémoire (dictaphone, horloge parlante, agenda parlant)
- Horloge calendrier avec affichage automatique du jour de la semaine
- Portable pour seniors ou téléphone simplifié avec touches pré-programmées
- Etiquetage des portes (d'armoires et de placards), suppression des obstacles pouvant présenter un risque de chute
- Système de sécurité pour les cuisinières et tables de cuisson
- Système d'appel d'urgence, dispositif de localisation avec fonction d'appel d'urgence
- Dépôt d'un double de la clé du logement chez un voisin
- Mise hors de portée des bougies, allumettes, produits d'entretien, etc.

l'état confusionnel chez le dément est de 18%, alors que son incidence est de 56%. Par ailleurs, la survenue d'un état confusionnel chez le dément est associée à une péjoration (de 1,6 à 3 fois) de son status cognitif et augmente de 9 fois son taux d'institutionnalisation et de plus de 5 fois son taux de mortalité! Parmi les facteurs favorisant l'état confusionnel, on retiendra la prise de plusieurs médicaments, de médicaments psychoactifs, l'usage de contention physique ou d'une sonde urinaire...

Pour M^{me} CD, la prescription d'un antitussif (diphénhydramine) et d'antiprurigineux (cétirizine et hydroxyzine) à forte action anticholinergique a précipité le delirium. Cela souligne l'importance d'effectuer une *révision médicamenteuse* afin d'identifier les médicaments à potentiel anticholinergique: antidépresseurs surtout tricycliques, antihistaminiques, neuroleptiques, antiparkinsoniens, stabilisateurs de la vessie, collyres à base d'atropine.¹² Une étude australienne récente, portant sur plus de 36 000 patients, a démontré que la prise de deux anticholinergiques augmentait de 2,5 fois le risque d'hospitalisation pour état confusionnel ou démence, et de pratiquement quatre fois s'il y avait prise de trois médicaments anticholinergiques.¹³ Les révisions médicamenteuses doivent être entreprises périodiquement avec l'avancement de la démence. Dans un collectif de 5406 résidents de home souffrant de démence sévère (*Mini Mental State*, MMS < 5), Tjia et coll. ont démontré qu'environ 54% d'entre eux recevaient au moins un médicament au bénéfice douteux (inhibiteurs de l'acétylcholinestérase, mémantine, hypolipémiants, antiplaquetaires)!¹⁴

Téléphone de l'infirmière à domicile: depuis cinq semaines, le contrôle des chiffres tensionnels révèle à chaque visite des valeurs systoliques élevées entre 155 et 175. Faut-il adapter le traitement antihypertenseur?

L'hypertension est un facteur de risque connu pour les démences de type vasculaire et Alzheimer; l'effet protecteur d'un traitement antihypertenseur a été démontré par l'étude Hyvett-cog.¹⁵ Cependant, certaines études menées chez les grands vieillards, comme celle de Sabayan,¹⁶ démontrent de meilleures capacités et un moindre déclin physique et cognitif chez les patients avec les plus hautes valeurs de pression systolique (plus de 160 mmHg); elles doivent nous rendre prudents quant aux cibles tensionnel-



les, car des valeurs hautes peuvent être le reflet d'une certaine robustesse chez l'octogénaire.¹⁷ Chez le dément âgé, il faut donc intégrer l'évaluation multidimensionnelle, le dépistage des syndromes gériatriques, le recensement des comorbidités et l'espérance de vie dans la décision de traiter ou non l'hypertension (tension artérielle systolique cible d'environ 150 mmHg). En l'absence d'évidence formelle de bénéfice d'un traitement de l'hypertension chez le dément, il conviendrait peut-être d'établir les mêmes précautions chez le dément âgé que chez le patient âgé fragile, dont l'hypertension ne devrait pas être traitée si l'espérance de vie est inférieure à 2-3 ans.¹⁸⁻²⁰

M^{me} CD a désormais 81 ans. Sa fille s'inquiète du changement de son comportement : elle est soit apathique, soit agitée, la confond parfois avec sa sœur, résiste souvent aux soins (toilette) de l'aide-soignante, a été sonnée chez les voisins de palier durant la nuit...

Les symptômes neuropsychiatriques sont fréquents et touchent environ 60 à 80% des déments vivant à domicile.²¹ L'approche des troubles du comportement est résumée dans le **tableau 3**.

La prescription d'un *neuroleptique* peut être indiquée lorsque les bénéfices sur la qualité de vie immédiate surpassent les risques potentiels liés à cette classe médicamenteuse (mortalité cardiaque, chute...). A noter que les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase ont montré une efficacité dans les troubles du comportement des patients avec un MMS compris entre 10 et 26.²² Porsteinsson et coll., dans une étude randomisée contrôlée récente (186 patients, 78 ans d'âge moyen), ont démontré une réduction de l'agitation chez des patients déments sous un traitement de 30 mg/jour de citalopram.²³

M^{me} CD a perdu 4 kg, ses filles s'inquiètent !

Avec la progression de la démence, on observe une diminution de la prise de nourriture en lien avec des troubles praxiques et attentionnels, une perte du désir de manger, ainsi que des troubles dysphagiques pouvant amener des crises de toux et la sensation d'étouffer, avec comme conséquence le refus de toute nourriture. Ces difficultés alimentaires peuvent être considérées comme une étape naturelle dans l'évolution de la maladie, et si elles deviennent persistantes, elles caractérisent le dernier stade de la

Tableau 3. Approche des troubles du comportement en cas de démence avancée
(Adapté de réf.²²).

- Rechercher une affection médicale occulte (infection urinaire, pneumonie) ou une affection entraînant des douleurs, et traiter !
- Simplifier la médication, réduire ou stopper les médicaments confusogènes
- Rechercher des facteurs déclenchants dans l'environnement
- Mise en place de stratégies non pharmacologiques
- Si troubles de l'humeur ou signes d'anxiété, envisager l'essai d'anti-dépresseurs
- Si agitation sévère liée aux hallucinations, essai d'un neuroleptique (après discussion avec l'aidant du risque potentiel augmenté d'AVC et de mortalité)

démence (mortalité approchant les 50% après six mois).²⁴ Dans une prise de position récente, le comité éthique de la Société américaine de gériatrie²⁵ déconseille l'alimentation par sonde chez le sujet présentant une démence avancée. Il rappelle que la mise en place d'une sonde entérale favorise l'agitation, la contention physique ou chimique, le risque de nouveaux ulcères de pression (diminution de la mobilité, augmentation des diarrhées) et n'améliore ni la survie ni la qualité de vie, le status nutritionnel, la cicatrisation ou le risque de pneumonie d'aspiration ! L'assistance individuelle aux repas et le «manger mains» doivent plutôt être recommandés, en favorisant les suppléments à hautes valeurs caloriques, les aliments aux saveurs fortes et les petites portions (**tableau 4**).^{22,25,26}

Téléphone de l'aide familiale, M^{me} CD a été retrouvée par terre dans la salle de bains, après une probable chute durant la nuit en allant aux WC. Elle présente une douleur sévère de la hanche gauche, avec impotence fonctionnelle. Transfert à l'hôpital, mise en évidence d'une fracture de hanche et mise en place d'une prothèse. Le traitement médicamenteux habituel de M^{me} CD se compose de : Seroquel 25 mg/j, Amlodipine 5 mg/j, Aprovel 300 mg/j, Lantus 28 unités/j et Aspirine 100 mg/j.

Parmi les causes possibles à la chute de M^{me} CD, en lien avec son traitement, on peut évoquer une hypotension orthostatique (prise de deux antihypertenseurs), un état confusionnel ou une somnolence secondaire à la prise d'un neuroleptique, et une hypoglycémie (traitement d'insuline).

La démence affecte la capacité d'effectuer des tâches complexes comme le management du diabète ; le risque de survenue d'hypoglycémie est donc plus fréquent chez le dément diabétique. Dans une étude prospective de 783 sujets âgés hospitalisés en raison d'une *hypoglycémie*, suivis pendant douze ans (âge moyen 74 ans), la mise en évidence de la survenue d'une hypoglycémie double le risque de développer une démence ; par ailleurs, les sujets déments ont trois fois plus de risques de faire une hypoglycémie

Tableau 4. Alimentation : approche recommandée
(Adapté de réf.²²).

- Environnement tranquille
- Assistance aux repas et/ou manger-mains
 - Position droite
 - Suppléments à haute valeur calorique
 - Alimentation avec saveurs fortes, en petites quantités
 - Alimentation basée seulement sur les préférences du patient
 - Fréquents rappels d'avaler





amenant à une hospitalisation.²⁷ Un des enjeux de la prise en charge sera d'adapter les objectifs de traitement du diabète en fonction de l'espérance de vie, des comorbidités et de la sévérité des troubles cognitifs. Chez un sujet fragile comme M^{me} CD, l'objectif est premièrement, d'éviter les risques de complications hyperglycémiques (déshydratation, troubles électrolytiques, cicatrisation lente, incontinence urinaire), et deuxièmement, de viser une cible glycémique permettant de réduire l'éventuelle survenue d'une hypoglycémie avec ses conséquences délétères (AVC, infarctus, troubles du rythme, insuffisance cardiaque, troubles visuels, confusion, chute et fracture). Viser une cible d'hémoglobine glyquée (HbA1c) entre 8 et 8,5% pour un sujet démentifié fragile comme M^{me} CD devient un objectif recommandé par les nouvelles guidelines des sociétés savantes.^{28,29}

A la fin de la rééducation, M^{me} CD présente plusieurs handicaps fonctionnels irréversibles, incompatibles avec une vie indépendante à domicile ! Elle doit être institutionnalisée...

La prise en charge d'un patient dément à domicile est un véritable challenge pour son médecin de famille. Outre de solides connaissances des syndromes gériatriques, elle nécessite une collaboration étroite et indispensable entre tous les acteurs, notamment les proches aidants (qui doivent eux-mêmes être pris en charge), les soins à domicile et les

services dispensés par les associations type Association Alzheimer, Croix-Rouge ou Pro-Senectute. ■

L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Implications pratiques

- > Si un patient présente des difficultés à gérer ses finances, à utiliser le téléphone ou à prendre ses médicaments, le médecin de famille doit évoquer l'hypothèse d'une démence
- > L'annonce du diagnostic de démence permet au médecin d'aborder avec son patient différents chapitres d'importance capitale: la conduite automobile, les directives anticipées, la notion de représentant thérapeutique, la rédaction d'un testament
- > Aménager et sécuriser le domicile, ainsi que mettre en lien le patient et sa famille avec les associations de soutien (Association Alzheimer) sont des piliers fondamentaux pour maintenir le patient dément le plus longtemps possible à son domicile
- > Lutter contre l'hypotension orthostatique et l'hypoglycémie, facteurs majeurs de malaises et de chutes, en révisant et en adaptant le traitement médicamenteux ainsi que les cibles de traitement à la baisse, évite un grand nombre d'hospitalisations

Bibliographie

- 1 ** Borson S, Chodosh J. Developing dementia-capable health care systems: A 12-step program. *Clin Geriatr Med* 2014;30:395-420.
- 2 Hugo J, Ganguli M. Dementia and cognitive impairment. Epidemiology, diagnosis, and treatment. *Clin Geriatr Med* 2014;30:421-42.
- 3 Moyer VA. Screening for cognitive impairment in older adults: U.S. Preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2014;160:791-7.
- 4 * Gremaud Brulhart F, Decrey H, Demonet JF, et al. Troubles de la mémoire chez la personne âgée: que faire au cabinet? *Rev Med Suisse* 2013;9:2029-33.
- 5 Amariglio RE, Townsend MK, Grodstein F, et al. Specific subjective memory complaints in older persons may indicate poor cognitive function. *J Am Geriatr Soc* 2011;59:1612-7.
- 6 Pérès K, Helmer C, Amieva H, et al. Natural history of decline in instrumental activities of daily living performance over the 10 years preceding the clinical diagnosis of dementia: A prospective population-based study. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:37-44.
- 7 Holzer FJ, Assal F, Laszlo A, et al. Diagnostiquer et annoncer une démence: quels risques, quels bénéfices? *Rev Med Suisse* 2012;8:1130-4.
- 8 Monsch AU, Büla C, Hemerlinck M, et al. Consensus 2012 sur le diagnostic et le traitement des patients atteints de démence en Suisse. *Rev Med Suisse* 2013;9:838-47.
- 9 Iverson DJ, Gronset GS, Reger MA, et al. Practice parameter update: Evaluation and management of driving risk in dementia: Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2010;74:1316-24.
- 10 Association Alzheimer Suisse. Vivre seul, même avec une maladie d'Alzheimer. Copyright 2014 by Association Alzheimer Suisse, août 2014.
- 11 ** Inouye SK, Westendorp RG, Saczinski JS. Delirium in elderly people. *Lancet* 2014;383:911-22.
- 12 Rudolph JL, Salow MJ, Angelini MC, et al. The anticholinergic risk scale and anticholinergic adverse effects in older persons. *Arch Intern Med* 2008;168:508-13.
- 13 Kalisch Ellett LM, Pratt NL, Ramsay EN, et al. Multiple anticholinergic medication use and risk of hospital admission for confusion or dementia. *J Am Geriatr Soc* 2014;62:1916-22.
- 14 Tjia J, Briesacher BA, Peterson D, et al. Use of medications of questionable benefit in advanced dementia. *JAMA Intern Med* 2014;174:1763-71.
- 15 Peters R, Beckett N, Forette F, et al. Incident dementia and blood pressure lowering in the Hypertension in the Very Elderly Trial cognitive function assessment (HYVET-COG): A double-blind, placebo controlled trial. *Lancet Neurol* 2008;7:683-9.
- 16 Sabayan B, Oleksik AM, Maier AB, et al. High blood pressure and resilience to physical and cognitive decline in the oldest old: The Leiden 85-plus study. *J Am Geriatr Soc* 2012;60:2014-9.
- 17 Odde MC, Peralta CA, Haan MN, et al. Rethinking the association of high blood pressure with mortality in elderly adults: The impact of frailty. *Arch Intern Med* 2012;172:1168-9.
- 18 * James PA, Oparil S, Carter BL, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults. *JAMA* 2014;311:507-20.
- 19 Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* 2013;34:2159-219.
- 20 Van der Wardt V, Logan P, Conroy S, et al. Anti-hypertensive treatment in people with dementia. *J Am Med Dir Assoc* 2014;15:620-9.
- 21 * Gitlin LN, Kales HC, Lyketsos CG. Nonpharmacologic management of behavioral symptoms in dementia. *JAMA* 2012;308:2020-9.
- 22 Merel SE, Demers S, Vig E. Palliative care in advanced dementia. *Clin Geriatr Med* 2014;30:469-92.
- 23 Porsteinsson AP, Drye LT, Pollock BG, et al. Effect of citalopram on agitation in Alzheimer disease: The CitAD randomized clinical trial. *JAMA* 2014;311:682-91.
- 24 Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, et al. The clinical course of advanced dementia. *N Engl J Med* 2009;361:1529-38.
- 25 * American Geriatrics Society feeding tubes in advanced dementia position statement. *J Am Geriatr Soc* 2014;62:1590-3.
- 26 Hanson LC, Ersek M, Gilliam R, et al. Oral feeding options for people with dementia: Systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2011;59:463-72.
- 27 Yaffe K, Falvey CM, Halmiton N, et al. Association between hypoglycemia and dementia in a biracial cohort of older adults with diabetes mellitus. *JAMA Intern Med* 2013;173:1300-6.
- 28 * Kirkman MS, Briscoe VJ, Clark N, et al. Diabetes in older adults. *Diabetes Care* 2012;35:2650-64.
- 29 American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2014. *Diabetes Care* 2014;7:S21-80.

* à lire

** à lire absolument