

Maladie d'Alzheimer

Bernard Pradines

spécialiste en gériatrie

bpradines@aol.com

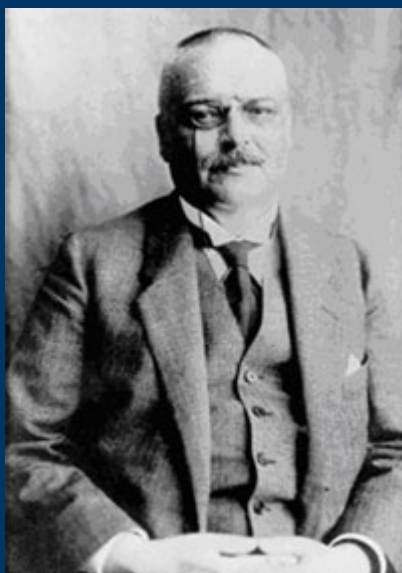
<http://www.geriatrie-albi.fr/>

Pas de conflit d'intérêt

Carrefour domicile et dépendance

19 novembre 2011

Castres (Tarn-France)

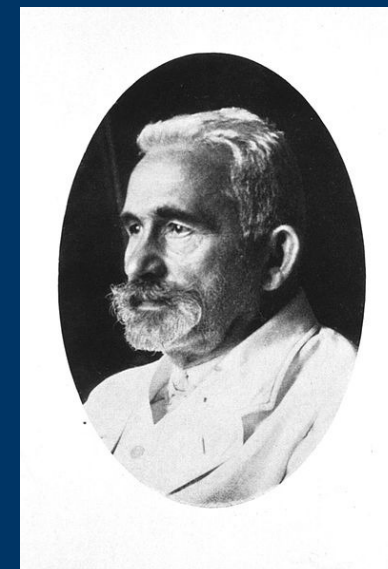


Alois Alzheimer

1864 - 1915

Emil Kraepelin

1856-1926



Alzheimer : des défis nouveaux

➤ **Autrefois et encore** : la maladie infectieuse.

Exemples :

- ❖ tuberculose
- ❖ pneumocoque
- ❖ virus du SIDA



➤ **A présent** : maladies neurodégénératives d'origine mal définie et plurifactorielle,

➤ Progression « artificielle » et massive : démographie, K, maladies CV, accidents.

Santé publique

- **entourage,**
- **tous concernés,**
- **recours aux services,**
- **coût humain inestimable,**
- **coût financier :**

	Reste à charge à domicile	Reste à charge en établissement
<i>Entretiens</i>	570€	2300€

Reste à charge selon le mode d'hébergement.

** Etude socio-économique « Prendre en soin les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : le reste à charge » Principaux résultats 2010. France Alzheimer Metis*

D'après les critères diagnostiques classiques de la maladie d'Alzheimer (MA)

- **mémoire**
- *1 ou > 1* : langage, gestes, reconnaissance, orientation, anticipation, planification, jugement,
- **fonctions sociales et professionnelles,**
- début **progressif, déclin** continu, de vitesse variable et irrégulière,
- non liée à une autre atteinte du SNC, par exemple : Parkinson, DV, DFT, DCL, confusion,
- non liée à un désordre **psychiatrique** (ex : épisode dépressif majeur, schizophrénie) ou **organique**.

Modes de découverte

➤ variables :

- ❖ insidieux,

- ❖ révélation brutale lors d'une mise en contrainte : maladie, chute, fait significatif dans l'environnement (deuil, hospitalisation, déménagement...)

➤ oublis des faits récents : pas simples « oublis bénins » mais retentissement dans la vie courante,

➤ éventuellement retrouvés :

- ❖ **désintérêt** vis-à-vis des tâches demandant un effort intellectuel, voire pour des activités habituellement investies,

- ❖ troubles de **l'humeur** : tableau dépressif, irritabilité, anxiété.

Modes de découverte

➤ éventuellement retrouvés :

- ❖ modifications du **caractère**, du **comportement** avec labilité émotionnelle, conduites incongrues.
- ❖ survenue d'idées fausses, insensées, voire **délirantes** sans antécédent psychotique,
- ❖ **chutes** répétées, **amaigrissement**.

N.B : **anosognosie** et période plus ou moins longue de **déni** du patient et de sa famille. Faits anciens significatifs presque toujours retrouvés lors de l'interrogatoire des proches, longtemps avant le diagnostic : de l'ordre de 1 à 5 ans. Ainsi le « mode de découverte » est souvent une **prise de conscience** d'une réalité redoutée.

Principale source : Clément JP, Darthout N et Nubukpo P. Guide pratique de psychogériatrie. Masson, 2^{ème} édition, pp 69-87, 2009.

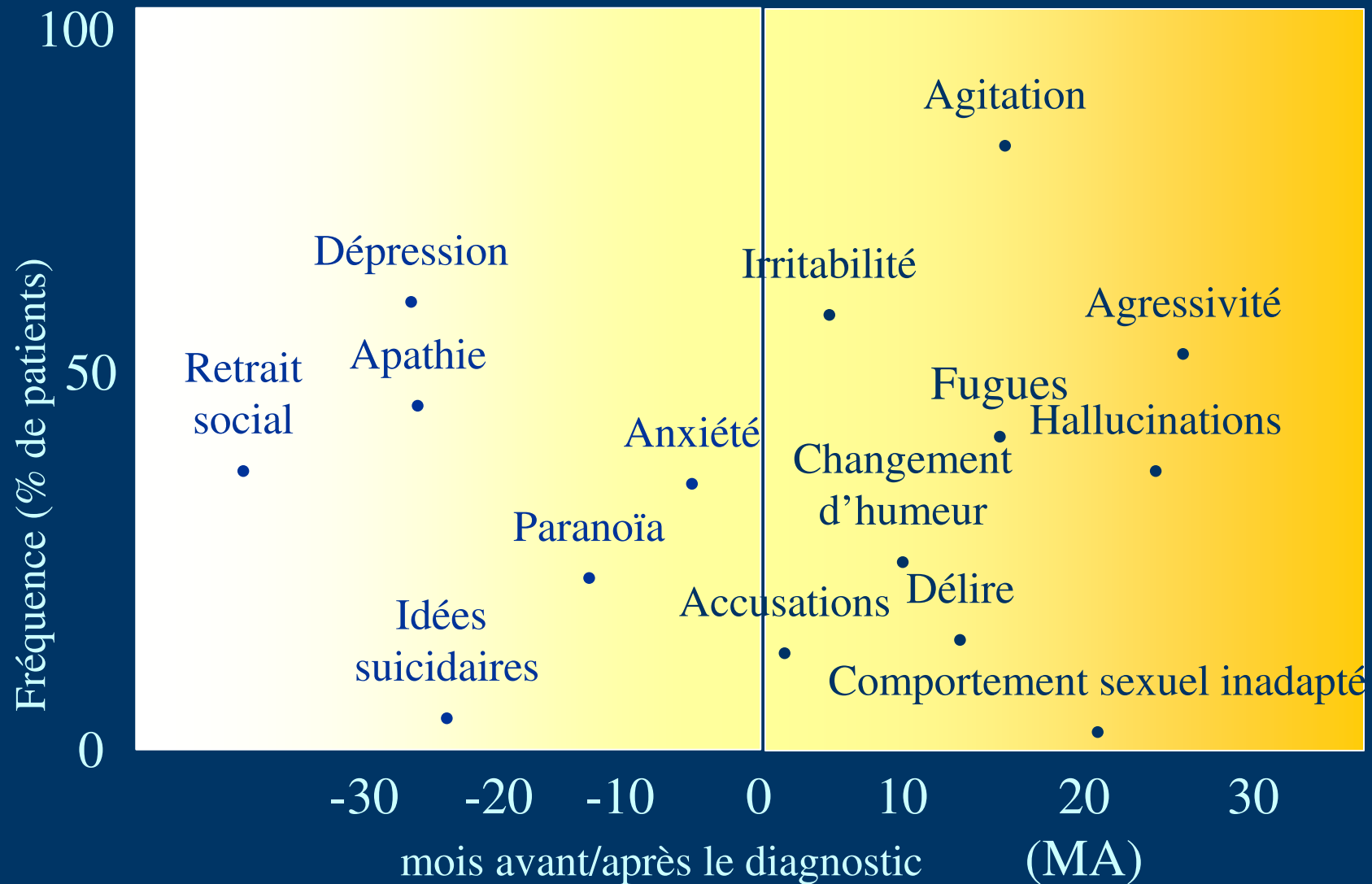
Quatre IADL d'alerte : Instrumental Activities of Daily Living

Une altération des capacités pour des tâches effectuées habituellement (**TTMB**):



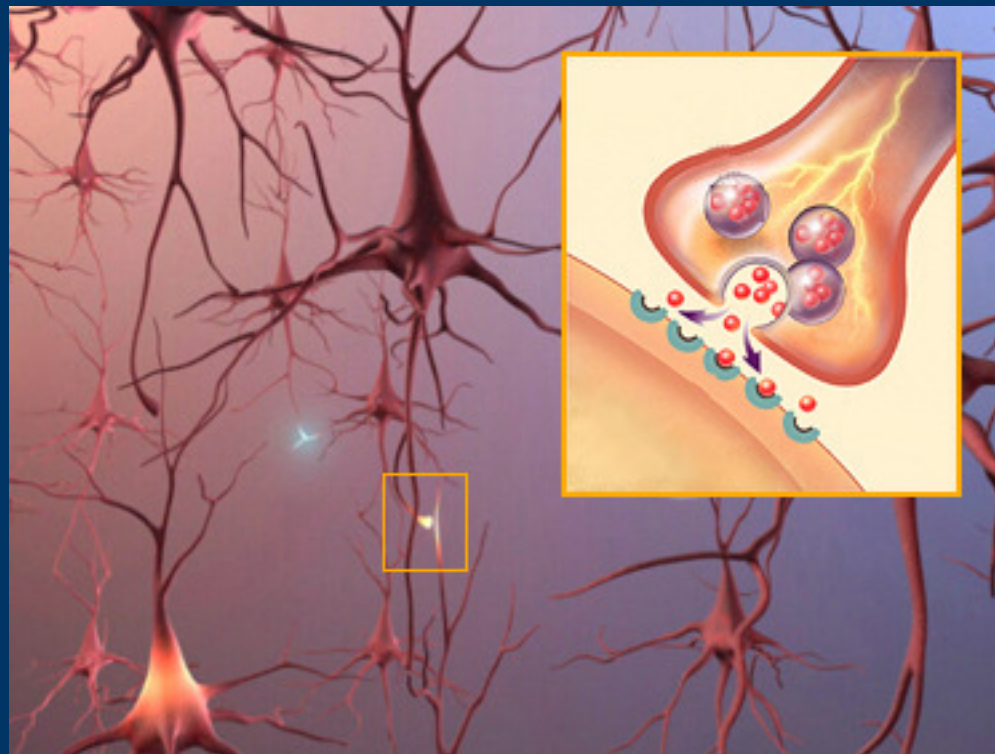
Source : résultats de l'étude française PAQUID

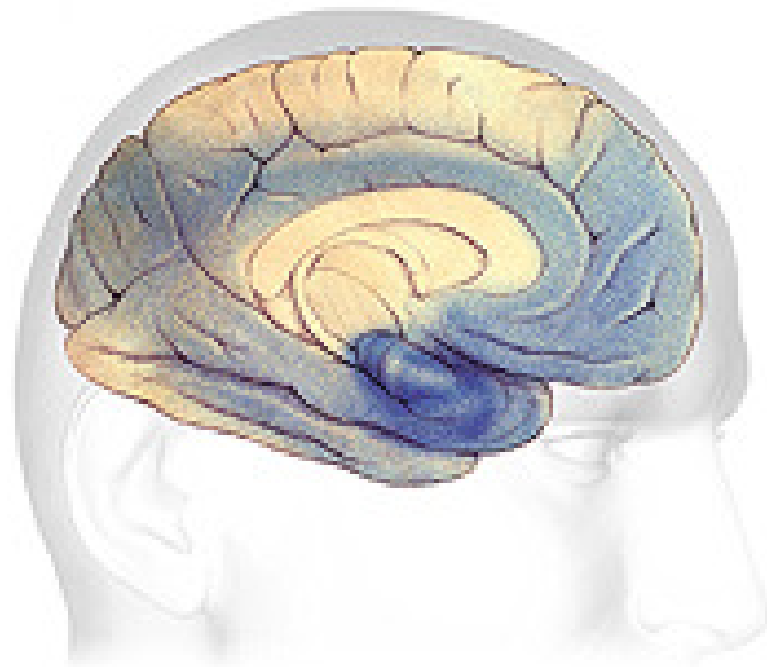
Une évolution hétérogène, émaillée de complications



Source : Jost BC, Grossberg GT. The evolution of psychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a natural history study. *J Am Geriatr Soc.* 1996 Sep;44(9):1078-81.

neurone et neurotransmission





Alzheimer : des défis nouveaux

- lésions retrouvées chez des sujets **normaux**,
- sujets normaux qui **ne devraient pas l'être**,
- association très fréquente avec **d'autres** lésions,
- **hypothèses** remises en question : hormonodépendance, inflammation, aluminium ...
- **incertitudes** physiopathologiques :
 - ❖ toxicité des « plaques séniles »,
 - ❖ prééminence relative des lésions : baptisme et tauisme,
 - ❖ mécanisme intime (cascades).

Alzheimer : des défis nouveaux

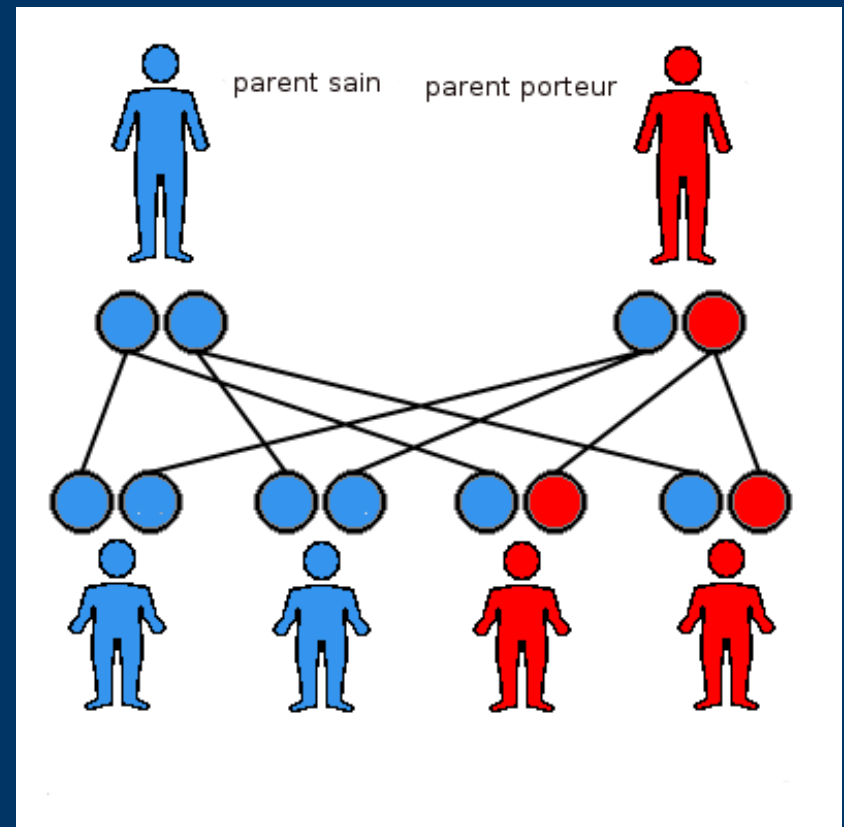
- thérapeutiques **abandonnées** : « vaccination », vasodilatateurs, « oxygénateurs » cérébraux, premier IACE,
- médicaments pour **un** mécanisme particulier : IACE, mémantine,
- médicaments **peu ou pas efficaces** et **effets secondaires**,
- recherche médicale fortement axée sur médicament,
- recherche plus timide sur facteurs de risque **environnementaux** ou déterminants **psychiques** (événements de vie).

Alzheimer : des défis nouveaux

➤ Des facteurs favorisants multiples

❖ **Non modifiables :**

- ✓ âge,
- ✓ sexe,
- ✓ génétique.



Alzheimer : des défis nouveaux

➤ Des facteurs favorisants multiples

❖ **Modifiables :**

- ✓ bas niveau d'éducation,
- ✓ toxiques : alcool, CEM, autres,
- ✓ facteurs de risque vasculaire : HTA, tabac, diabète, dyslipidémies, obésité, sédentarité, alimentation déséquilibrée,
- ✓ facteurs psychiques : stress, dépression, personnalité antérieure, personnalité du conjoint,
- ✓ facteurs sociaux : travail manuel à risque d'erreur,
- ✓ traumatismes,
- ✓ comorbidités.

Les diverses hypothèses étiologiques

- radicaux libres,
- inflammatoire,
- excitotoxicité neuronale,
- infectieuse,
- vasculaire,
- diabète,
- toxique,
- hormonale,
- plurifactorielle,
- vieillissement cérébral ?

"[C]hallenges conventional views of Alzheimer's disease and offers a more complex, more balanced, more promising (and hopeful) view of brain aging. Will be, I predict, widely read and influential."
—ARTHUR KLEINMAN, Professor of Psychiatry, Harvard Medical School,
author of *The Illness Narratives* and *What Really Matters*

THE MYTH OF ALZHEIMER'S

WHAT YOU AREN'T
BEING TOLD ABOUT
TODAY
DREAD

PETER J. WHITEHOUSE
WITH DANIEL GEORGE

Le mythe de la maladie d'Alzheimer

Ce qu'on ne vous dit pas sur
ce diagnostic tant redouté

Peter J. Whitehouse
Daniel George

Traduit et préfacé par
Anne-Claude Juillerat Van der Linden
et Martial Van der Linden

Sodal

Des facteurs de risque qui ouvrent des voies vers la prévention

- ❑ Maintien gratifiant d'une activité **intellectuelle**, culturelle (ex : voyages)
- ❑ Maintien valorisant d'une activité **physique** (ex : marche),
- ❑ Maintien volontaire d'une activité **occupationnelle** (ex : bricolage, jardinage, tricotage),
- ❑ Maintien intentionnel d'une activité **sociale** (ex : associations, activités intergénérationnelles),
- Modification des **facteurs de risque vasculaire** : HTA, tabac, diabète, dyslipidémies, obésité, sédentarité, alimentation déséquilibrée,
- Traitement des épisodes **dépressifs**, des troubles **anxieux**,
- Au-delà : amélioration **générale** de la santé environnementale de la population, au travail ou lors de la retraite. Meilleur niveau d'éducation. Amélioration des revenus, de l'habitat. Modification de l'image de la vieillesse. Recherche médicale.

Le rôle des infirmier(e)s

- Formation **initiale** et **post-universitaire**,
- **Proximité**,
- **Disponibilité**,
- **Accueil**,
- **Confiance** des patients et de leur famille,
- **Suivi** thérapeutique : EI, efficacité, observance, liaison avec le prescripteur,
- Information et orientation vers les **ressources** mobilisables,
- Ecoute **empathique** et accompagnement.

« Pourquoi et à qui faut-il conseiller une consultation spécialisée en accord avec le médecin traitant ? »

➤ **Pourquoi ?**

- diagnostics différentiels parfois curables,
- suivi, représentation et écrits pour consentement éclairé, recherche médicale, ressources, mesures et aides spécifiques,

➤ **Quelles situations ?**

- plainte mnésique du patient, y compris en activité professionnelle,
- plainte de l'entourage et/ou changement progressif de personnalité, d'humeur ou de comportement (ex : dépression, démotivation, apathie),
- état confusionnel lors d'un événement traumatisant : comorbidité aiguë, chute, hospitalisation (y compris anesthésie), deuil, déménagement ...

Traitement non pharmacologique

- **Empathie**, encouragement, réassurance,
- Réhabilitation, stimulation cognitive si MMS > ou = 12,
- **Thérapie** individuelle et/ou de groupe (ex : musicothérapie, art-thérapie...),
- **Activités** physiques et mentales adaptées,
- Information (CLIC, MAIA, APA) et **soutien** de la famille et des soignants “au contact”,
- Séjours de **répit** (aidant !), ADJ, HDJ, UCC, UHR, PASA,
- Modifications **environnementales** (ex : ergothérapeute), sécurité : chutes, accidents ménagers.

Traitement des symptômes (d'abord comprendre les facteurs contributifs) : priorité au traitement non-médicamenteux

- Troubles psychotiques (délire, hallucinations) : vision, audition ?
- Agressivité, agitation, déambulation, “fugues”,
- Dépression, anxiété,
- Syndrome du “coucher de soleil”,
- Troubles du sommeil,
- “Hypersexualité”.

Traitement des symptômes : recours parcimonieux aux traitements médicamenteux

- AD, NL, benzodiazépines, hypnotiques.

IACE :

donépézil (ARICEPT*),
rivastigmine (EXELON*),
galantamine (REMINYL*)



- Ralentissent la dégradation de l'acétylcholine,
- Essais cliniques : retard éventuel et modeste du déclin,
- Formes légères à modérément sévères, score MMS > 10,
- Expression ? EI digestifs fréquents (diarrhée, nausées, vomissements), crampes musculaires, troubles du sommeil (insomnie, cauchemars), bradycardie (surtout avec médicaments bradycardisants),
- Pas de différence d'efficacité entre substances.

mémantine : EBIXA*

- Effet **neuroprotecteur** lié à la réduction de l'excitotoxicité médiée par le glutamate (récepteurs NMDA),
- Bénéfice modeste sur la cognition, les AVQ et le comportement,
- Formes modérément sévères à sévères :
MMS < 15,
- **EI : constipation, vertige, céphalée, agitation.**

Prise en charge de la dépression

- **Dépistage** : trop souvent imputée à l'âge car la tristesse est considérée comme normale dans ce contexte de pertes multiples (rôle social, familial, deuil de proches, problèmes de santé, dépendance, isolement, problèmes financiers, conjoint malade, médicaments dépressogènes, perspective de la fin de la vie)
- **Masques** trompeurs : troubles somatiques (douleurs ...) et cognitifs, éventualité d'un tableau anxieux voire délirant, hostile ou hypocondriaque,
- Diagnostic **différentiel** : surtout démences (comorbidité fréquente). Mais accompagne ou précède éventuellement une démence débutante,
- **Conséquences** : altération de la santé et des relations sociales, hospitalisations, institutionnalisation, suicide ...
- **Traitements** non médicamenteux et médicamenteux.

Prévention des chutes

➤ Dans ce contexte:

❖ **Troubles du jugement** : sous-évaluation des difficultés environnementales et surestimation de ses capacités propres. Ex : ne pas allumer la lumière pour aller aux toilettes et descendre un escalier pendant la nuit...

❖ Troubles **attentionnels** et **visuospatiaux, nutritionnels** (dénutrition et sarcopénie) liés à la maladie, voire inactivité (plus fréquente que la déambulation),

❖ **Maladies** des personnes âgées : comorbidité sensorielle (ex : troubles visuels), altération de l'équilibre, troubles orthopédiques (ex : gonarthrose ou coxarthrose), pathologies intercurrentes, polymédication,

➤ sens, nutrition, marche et équilibre, environnement (ex : tapis, angles vifs, éclairage, chaussage), pathologie intercurrente, introduction récente d'un médicament.

Communication avec le patient

- Techniques de communication,
- Pas d'obligation de dire quelque chose ! Mais on peut **écouter** les difficultés et se renseigner pour mieux aider,
- Information et orientation **médicale**,
- Approche **psychologique** : repérage de la dimension positive souvent cachée par la multitude des plaintes. Renforcement positif par la reformulation simple des informations recueillies,
- Approche **sociale** : dispositifs locaux d'aide tels l'APA, le portage de repas, services d'aide à domicile, accueils de jour, séjours de répit, institutions, associations.

Communication avec les aidants : les comprendre

- Aidant souvent âgé, contraintes affectives, disponibilité 24 heures sur 24, dispersion géographique de la famille, souvent pression financière,
- Crise familiale, épuisement de l'aidant principal, dépression, morbidité, mortalité,
- Crainte de ne pas “tenir le coup”, de devoir placer son parent en institution, divorce blanc pour le conjoint. Parfois agressivité contre les autres membres de la famille réputés peu soucieux du malade, contre la médecine impuissante. Souhaits de mort du parent malade vécus sur le mode de la culpabilité (“que cela finisse pour qu’il ne souffre plus !”)
- Mais aussi plaisir, accomplissement d’une mission valorisante (“Tu honoreras père et mère !”), parfois véritable épanouissement, solidarité familiale voire réconciliation.

Mieux savoir pour accompagner la “maladie d’Alzheimer”

- **Comprendre** un malade davantage qu’une maladie, cas toujours particuliers,
- **Connaître** la maladie, évolution culturelle des représentations et attitudes, ressources « logistiques », médicaments,
- **Écoute** empathique du malade et des aidants,
- **Accompagnement** d’une démarche familiale longue, parfois épuisante, où les aidants souhaitent de l’aide tout en voulant le plus souvent garder l’initiative et les prérogatives.

En somme

- succès spectaculaires de la médecine,
- défi **humain**,
- défi pour la **famille**,
- défi pour la **société**,
- défi pour **l'avenir**,
- occasion **d'écoute**, d'empathie, de solidarité, d'entraide, de **générosité**,
- opportunité pour **l'infirmier(e)** de confirmer sa place indispensable, en réseau, auprès des patients et de leurs proches en souffrance,
- aspect de **l'amour jusqu'au bout de la vie**.