

Les actualités du CMRR Ile de France Sud
Pr. AS Rigaud et Pr. B Dubois
Jeudi 03 juillet 2008

Quoi de neuf sur l'Ile de France ?

Recommandations de l'HAS :

Le diagnostic et la prise en charge des patients souffrant de maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées.

Aspects médicaux. Olivier Hanon.

- Parcours de soins
Prise en charge multidisciplinaire impliquant le MG
Le médecin traitant est le pivot de l'organisation en collaboration avec le neurologue, le gériatre et le psychiatre, du diagnostic au suivi
- Diagnostic de le MA
Recommandation d'un diagnostic précoce, dès les premiers symptômes.
Diagnostic nécessitant une évaluation cognitive approfondie dans le cadre d'une consultation mémoire. (Diagnostic également possible dans les EPHAD)
- Evaluation initiale
Entretien avec le patient et l'accompagnant
Facteurs de risque (antécédents familiaux, Facteurs de risque cérébraux vasculaires)
Mode de vie
- Evaluation cognitive globale
MMSE obligatoire

Puis selon les pratiques
5 mots
Fluence verbale
Horloge
MIS
....
- Evaluation fonctionnelle
- Evaluation thymique et comportementale
Un syndrome dépressif seul ne suffit pas à expliquer un déclin cognitif
L'entretien doit rechercher troubles dépressifs et du comportements (NPI et EDF)
- Examen clinique
Vérification du poids du patient systématique

Etat général et cardio-vasculaire (pression artérielle, trouble du rythme)
Vigilance (confusion mentale)
Déficits sensoriels (visuels et auditifs)

- Examen neurologique
Autre type de démence que Maladie d'Alzheimer ?
Recherche de comorbidités : Dépression, anxiété, maladie cardio-vasculaire, dénutrition, insuffisance rénale, trouble métabolique, complications iatrogènes, apnées du sommeil, prise de toxiques.

Effectuée au début et à chaque aggravation

- Après cette première évaluation :
En faveur d'un déclin cognitif : intervention spécialiste
Doute sur l'intégrité des fonctions cognitives : examen neurophysiologique approfondi
- Evaluation neuropsychologique spécialisée
Choix des tests laissé au bon vouloir du praticien
- Examens biologiques
La nouveauté réside en la recommandation de l'Imagerie Cérébrale par l'HAS :
De manière systématique
L'IRM plutôt que le scanner
A défaut une tomодensitométrie cérébrale
TEP et TEMP ne sont pas recommandées
- Analyse du LCR
Recommandée chez des patients avec présentation clinique atypique inquiétante et/ou rapidement évolutive
- Etude génétique
Pas systématique
ApoE : non recommandé
- Diagnostic précoce
Pas de dépistage de masse recommandé pour la population générale mais en cas de plainte mnésique ou cas de pathologie révélant un déclin cognitif.
Diagnostic recommandé que si engagement de prise en charge complète (thérapeutique et sociale)
- Annonce du Diagnostic
Recommandé d'annoncer le diagnostic au patient (en prenant en compte l'histoire de vie du patient, parfois en plusieurs étapes)
Après accord du patient annonce possible à la famille
Annonce faite en coordination entre spécialiste et MG

- Trouble cognitifs légers
Entité reconnue comme une population à risque avec surveillance particulière
- Traitements médicamenteux spécialisés
Quelque soit l'âge et le stade : traitements médicamenteux
Par neurologue, gériatre et psychiatre

Stade léger : Iache

Modéré : Iache ou mémantine

Sévère : mémantine

ECG recommandé avant Iache chez les patients ayant des antécédents cardiaques

La posologie est augmentée progressivement jusqu'à dose maximale tolérée

Patient revu à un mois

Si intolérance : Substitution par Iache ou mémantine

Pas d'arguments pour une bithérapie

Pas de preuves pour :

Vit E, Sélégiline, Ginko Biloba, Nootropes, Anti-inflammatoires, DHEA, Statines et Omega 3

- Déclin Cognitif Rapide
Déf. : perte de 3 points sur le MMSE en un an
Recherche de comorbidités
Recherche de causes neurologiques (AVC, AIT)
Recherche de causes iatrogènes
Modification environnement
Si causes éliminées, pas de recommandations
- Arrêt du traitement
Non recommandé sur les seuls critères du score de MMSE , d'âge ou d'entrée en institution
Arrêt si stade très sévère ou interaction avec le patient n'est plus évidente
- Démence vasculaire
Traitement des facteurs de risques cardio-vasculaires (hypertension artérielle)
Si démence mixte : prescription Iache
Si démence vasculaire pure : Iache non recommandé
- DCL
Possibilité d'utiliser les IachE
Seule la rivastigmine a démontré son efficacité
Pas de mémantine
- Dégénérescence lobaire fronto-temporale
Pas de médicaments anti-Alzheimer
Possibilité de prescrire des IRS
- Trouble du comportements
Recherche des comorbidités

Cause iatrogène
Modification de l'environnement

- Neuroleptiques
Non recommandés en cas de MA
Si symptôme sévère : clozapine, olanzapine, rispéridone. Prescription de courte durée (15 jours) et réévaluée.
- Antidépresseurs
Antidépresseurs anticholinergiques à éviter
IRS et moclobémide possible
Possibilité d'utiliser des IRS dans les troubles du comportements
- Autres psychotropes
Données insuffisantes pour les recommander
- Suivi
Pluridisciplinaire, piloté par le médecin traitant en collaboration avec le spécialiste
avec une évaluation standardisée tous les 6 mois

Aspects neuropsychologiques et prises en charge non médicamenteuses. Jocelyne de Rotrou.

- Evaluation neuropsychologique
Entretien recommandé : concerne le patient et un accompagnant fiable
Evaluation cognitive : pas de tests particuliers de recommandés à part le MMSE
Evaluation fonctionnelle : pas de nouveautés a part la reconnaissance de la DAD
Pas de consensus national
- Grandes lignes d'une évaluation neuropsychologique spécialisée
Entretien (accueil, mise en confiance)
Evaluation cognitive (mnésiques, attentionnelles, fonctions exécutives, fonctions visuo-constructive, langage)
Etat psycho-thymique (anxiété, dépression, stress)
Etat fonctionnel (autonomie)
Suivi : amélioration, stabilité, déclin (rapide ou lent)
- Interventions non médicamenteuses
« Les INM sont reconnues un élément important de la prise en charge tant en ambulatoire qu'en institution »
Pas de preuves d'efficacité dues à des difficultés méthodologiques
Elles doivent être pratiquées par un personnel formé et s'inscrire dans le cadre d'un projet de soin et/ou d'établissement
- Recommandations :
 - 1- Qualité de vie
 - 2- Prise en charge orthophonique
 - 3- Interventions portant sur la cognition (auprès du patient et de l'aidant)
stimulation cognitive et revalidation cognitive

- 4- Interventions portant sur l'activité motrice
- 5- Interventions portant sur le comportement
- 6- Interventions portant sur le fardeau de vie et PPE / accompagnement des aidants

Mise en perspective avec les guidelines internationaux. Laurence Hugonot.

Le projet a débuté par une recherche documentaire

Quelques différences entre les recommandations de l'HAS et les autres guidelines internationaux :

- Spécialiste organise et initie les traitements ; le rôle du MG n'est pas cité dans les autres guidelines.
- Critères diagnostiques (entretien et certains test de l'évaluation cognitive et des troubles psychologiques diffèrent)
- Biologie : abandon de la V12 et des folates
- Imagerie : France, seule a recommander IRM
- Traitements : équivalence, sauf pour le NICE qui ne les recommande pas

Rapport des commissions

- Commission Ethique (Florence Latour, Fabrice Gzil)
Regroupement des CMRR du sud et du nord de l'IdF et association à l'espace éthique de l'AP-HP pour former la « Commission éthique plan Alzheimer 2008 » pour répondre à 2 objectifs :
 - Création d'un espace referant au sein d'un CMRR
 - Organisation régulière de rencontres autour de la thématique de l'autonomie de la personne souffrant de MA

Réorganisation sous 3 pôles

- Pôle Veille et analyse bibliographique
- Pôle Rencontre
- Pôle Recherche et formation

- Commission Praxie (Florence Mahieux)
Projet de batterie de test est terminé
Etude soumise pour publication
Temps manque pour pouvoir présenter l'ensemble des résultats aujourd'hui
- Commission Formation (Marie-Laure Seux)
Question ouverte à l'auditoire pour savoir s'ils veulent voir des thèmes abordés lors des réunions à venir

A la rentrée : première séance de visioconférence à la Pitié Salpêtrière avec possibilité de les ouvrir à l'ensemble de l'IdF plus tard

- Commission Réseaux (Mathieu De Stampa)

Présentation du projet ERMES

Objectif : mettre en réseau un système d'information commun de 36 réseaux
Pilote par la FREGIF (Créée en 07 et regroupant 8 réseaux gérontologiques)

Attentes de la FREGIF :

- langage commun (évaluation commune, homogénéisation des pratiques)
- amélioration des transmissions
- gestion des réseaux

Etablissement d'un dossier gérontologique comprenant :

- fiche d'éligibilité
- fiche signalétique
- fiche d'évaluation des besoins
- Fiche de suivi, synthèse
- Plan d'aide et de soins

L'éditeur de logiciel retenu sera testé à la rentrée

Objectif d'utilisation commune en mai 2009

- Commission EHPAD (Jean-Pierre Chesson)

Enquête sur les soins palliatifs pour les patients atteints de la maladie Alzheimer dans les EHPAD.

Quel cadre aujourd'hui ?

Un outil de formation a été élaboré au niveau nationale. Mais les moyens ne sont pas à la hauteur des objectifs.

Etats des lieux : disparité du tissu d'hébergement et disparité des pratiques dans les établissements eux-mêmes (projets de soins et projets de vie varient beaucoup).

D'où la nécessité de proposer un projet d'évaluation des capacités et à le mettre en place.

Démarrage de l'étude imminente

- Commission Prise en charge non pharmacologique des maladies d'Alzheimer (Thierry Herguetta)

Reprise des activités en septembre

- Commission Recherche (Marie Sarazin, Olivier Hanon)
- Commission CLIC (Yvelise Abecassis, Jocelyne Extra)
- Commission Equipe mobile de Gériatrie/Alzheimer (Frédéric Bloch, Valéry Antoine)
- Dossier partagé (Martine Galipaud)

Prochaine réunion prévue le jeudi 04 décembre 2008