



[https://fr.123rf.com/photo\\_7140107](https://fr.123rf.com/photo_7140107)

# Cas clinique gériatrique RAM

## 23 septembre 2022

**Docteure Marie-Pierre Fortin**

Service de gériatrie

CIUSSSCN

Clinique *interdisciplinaire*  
*de la*  
**mémoire**

*Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de la Capitale-Nationale*

**Québec** 

Je n'ai aucun conflit d'intérêt en  
lien avec cette présentation.

# Objectifs

- **Distinguer les rôles des GMF et ceux des spécialités dans le diagnostic et le suivi.**
- Différencier les principaux types de TNCM : Alzheimer, vasculaire, corps de Lewy et fronto-temporale.



[https://fr.123rf.com/photo\\_7140107](https://fr.123rf.com/photo_7140107)

# Demande de consultation Clinique gériatrique de Québec Madame Roy

- ♂ 88 ans
  - Référée par md famille à la CGQ
  - Troubles cognitifs rapidement évolutifs avec fugue du domicile une nuit et conjoint épuisé.
- Demande:
    - Opinion diagnostique
    - Avis thérapeutique
    - Avis aptitude
    - Avis sur sécurité du domicile
    - Support du conjoint

# Antécédents, Habitus et médicaments

HTA

MCAS avec PAC x 4

FA avec AC

Syncope étiologie imprécise il y a 2 ans  
(EEG, Holter, TA c-d négatifs)

MPOC

Lombalgie sur arthrose facettaire  
limitante

Dépression majeure à 75 ans

Incontinence urinaire par vessie  
hyperactive

Délirium post cholécystectomie en 2021

Fx risque vasculaire

Attention  
Inhibiteur  
cholinestérase !

Analgésie ?

Stabilité affective ?  
Prodromale MA ?

Anticholinergique ?

À risque de TNC ++

- ROH –
- Tabac –
- Drogues –
- Médication:
  - ASA 80 mg pois die
  - Eliquis 2,5 BID
  - Irbesartan 75
  - HCTZ 12,5 BID
  - Zoloft 200 mg die
  - Vésicare 5 die
  - Tyléno PRN



[https://fr.123rf.com/photo\\_7140107](https://fr.123rf.com/photo_7140107)

# Hx psychosociale et autonomie:

- Vit avec conjoint. 2 enfants.
- Droitière. Scolarité = 12 ans.
- AVQ:
  - Aide rotation vêtements + stimulation hygiène.
  - I.U. occ. capable gérer protections.
- Mobile  accessoire.  chute dernière année.
- Rx: supervision conjoint requise.
- AVD:
  - Conjoint.
  - Mme fait chèques à fils qui a des problèmes financiers.
- conduite auto.
- Doc légaux : Testament  Procuration  , Mandat
- connue du CLSC.

# Histoire de la maladie actuelle

- **↓ X 4-5 ans façon insidieuse:**
  - Mémoire court terme
  - Orientation temporo-spatiale
  - Jugement
- **X 1 mois ↓ ↓ subite fonctions cognitives avec:**
  - Fausse reconnaissance du conjoint: imposteur
  - Errance d'égarement (fugue) la nuit
  - Irritable - Agressive verbalement
  - ↓ 20 lbs X 6 mois
  - Lombalgies limitantes
- **Conjoint épuisé**





## Évaluation faite GMF avant référence

- **Révision** et optimisation **médication pharmacien**
- **PV**: FSC, IONS, U, **C 120**, Ca ionisé, TSH, **B12 115**
- **TDM cérébral**: ACSC, Leucopathie importante (Fazekas 3), Lacunes anciennes, Scheltens 3 bilatéralement
- **MMSE**: 22/30
- **MOCA**: 16/30
- **Diagnostic retenu**: TNC majeur mixte modéré (alzheimer et vasculaire) avec détérioration rapide de cause imprécise





## Prise en charge faite GMF avant référence

- Implication Travailleur social
- Référence SAD:
  - Aide hygiène
  - Aide AVD pour conjoint (répit, popotte)
  - Évaluation ergothérapie pour sécuriser domicile
- Risperdal 0,25 mg pos HS et ↑ à 0,25 mg BID (efficacité modeste)
- Arrêt du Vésicare



## Questions qui demeurent

- **Opinion diagnostique:** Pourquoi se détériore-t-elle si rapidement ?
- **Avis thérapeutique:** Pharmacologique et Non pharmacologique
- **Avis aptitude:** N'a pas de mandat et fils pourrait abuser financièrement d'elle, que faire ?
- **Avis sur sécurité du domicile:** Services supplémentaires ? Moment de la relocaliser ?
- **Support** du conjoint



Visite à la CGQ  
Clinique  
gériatrique  
de  
Québec

# CLINIQUE GÉRIATRIQUE DE QUÉBEC

**Volet  
prioritaire**

**Volets  
spécialisés**

**Volet général**

**Mémoire**

**Fragilité**

**Mobilité et  
chutes**

**Oncogériatrie**

**Cardiogériatrie**

**Néphrogériatrie**

**Préopératoire**



# Évaluation CGQ



Évaluation infirmière  
clinicienne



Évaluation gériatre



Bilan  
paraclinique

Évaluations  
professionnelles  
PRN

# Complément Questionnaire

→ Mode d'apparition et évolution

→ **Sphères cognitives**

- Mémoire
- Attention/Concentration
- Orientation temporo-spatiale
- Langage
- Fonctions exécutives
- Praxies
- Gnosies

→ Symptômes **physiques/neuro**

→ Symptômes **comportementaux**

→ Symptômes **affectifs**

→ Symptômes **psychotiques**

→ Évaluation de **l'aptitude**

# Examen physique

- TA C/D: HTO limite
- Examen état mental
- Examen neurologique
  - Réflexes archaïques +
  - MOE N , ~~⊗~~ asymétrie faciale,  
~~⊗~~ dysarthrie, manque du mot...
  - ~~⊗~~ signes neuro focaux
  - ~~⊗~~ parkinsonisme: tonus, mouvements anormaux, bradykinésie
  - Démarche





# Évaluation cognitive complémentaire

- Praxies
  - Imitation
  - Idéomotrice
- Gnosies
- Fonctions exécutives
  - Luria
  - Fluence verbale
  - Go no Go
  - Consignes conflictuelles



# Praxies



Consentement reçu de la patiente et aidant

# Gnosies et fonctions exécutives

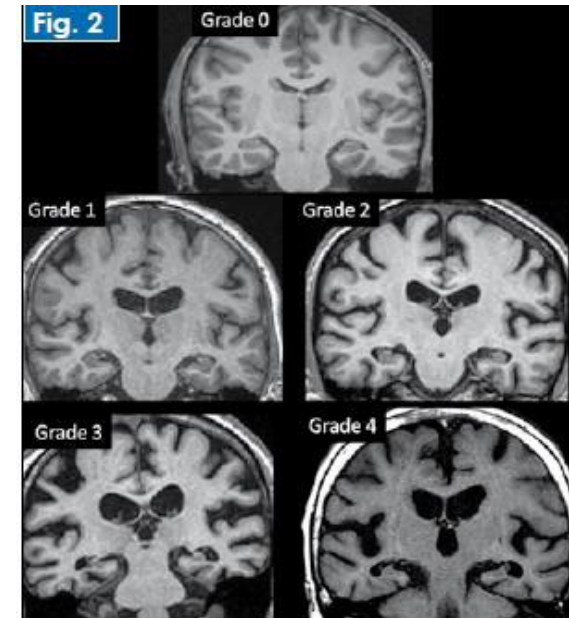
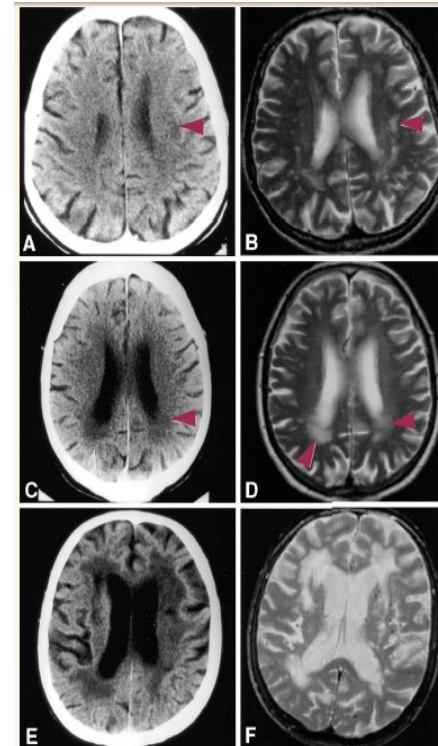


Consentement reçu  
de la patiente et  
aidant

# Révision imagerie cérébrale

## Protocole démence

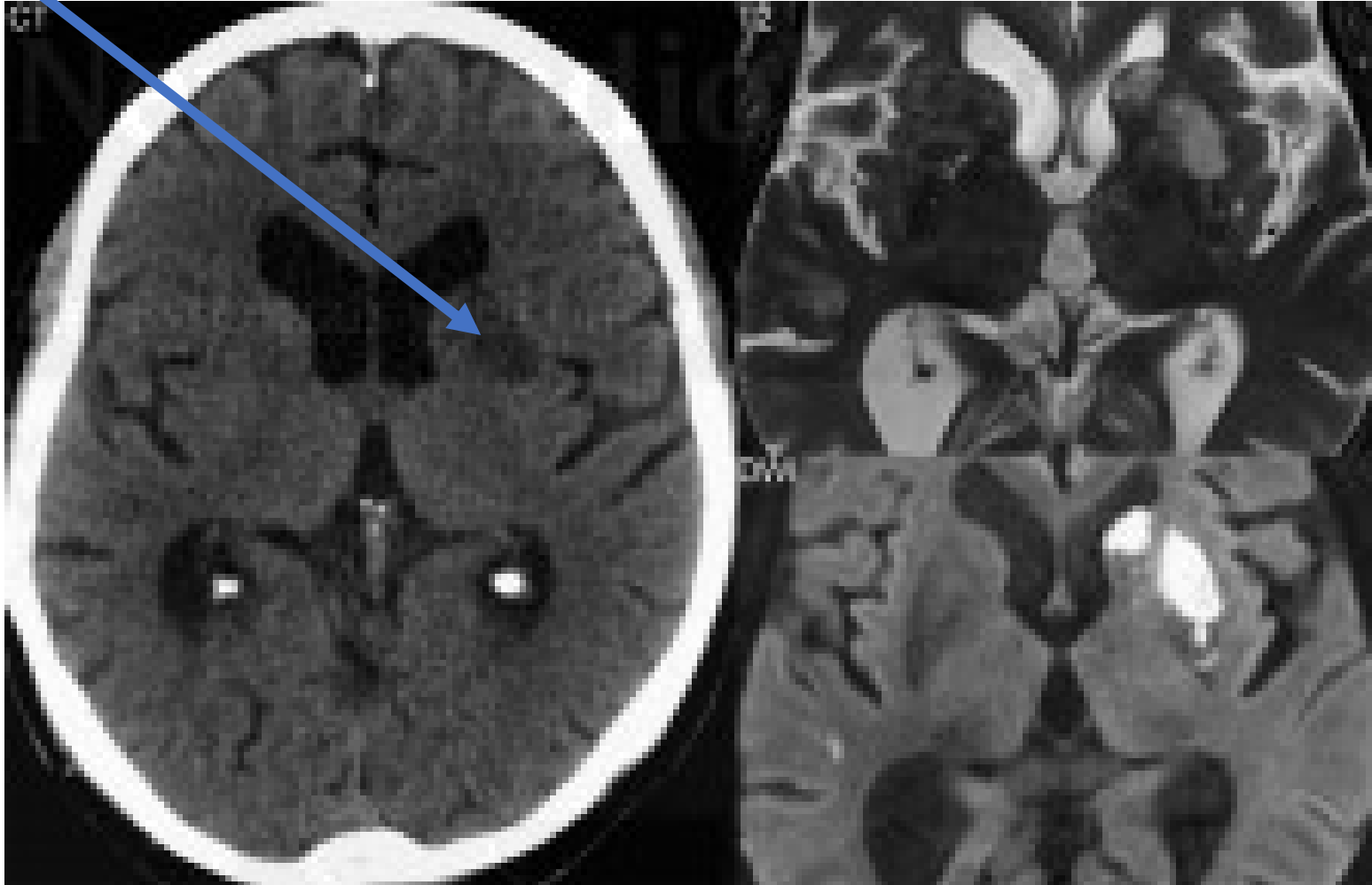
- Identification de lésions
- Taille des hippocampes
  - Échelle de **Scheltens (4)**
- Charge vasculaire
  - Échelle de **Fazekas (3)**



**Fig. 2** - Reconstitutions coronales T1 illustrant les différents grades de l'échelle de Scheltens estimés au niveau du corps de l'hippocampe. Le grade peut être asymétrique entre les hippocampes droit et gauche.



# Complément IRM cérébrale



<http://clinical-mri.com/acute-infarction-of-the-caudate-head-and-lentiform-nucleus/>

# Diagnostic

- 1) Trouble neurocognitif
- 2) Type
- 3) Majeur ou Mineur
- 4) Intensité



**TNCM mixte (alzheimer et  
vasculaire) modéré avec  
détérioration secondaire à  
lacune stratégique**



- SCPD sous forme de:
- Syndrome de Capgras
    - Fugue
    - Irritabilité





**Inapte à assurer la protection de sa personne et à gérer ses biens**

# Prise en charge non pharmacologique

- ✓ Référence TS
- ✓ Aide à l'hygiène et AVD pour conjoint
- ✓ Référence en gestion SCPD du CLSC
- **Implication des enfants si couple d'accord**
- **Bracelet sécuretour, Bracelet de géolocalisation, Sonnette sur portes, Fiche à la police, Aviser voisins**
- **Société Alzheimer, Association proches aidants-organisme APPUI pour répit, Dispill conseillé, Cédule urinaire**
- **Enseignement à l'aidant poursuivi sur SCPD**





# Prise en charge non pharmacologique

- Discussion du besoin **d'un régime de protection** en l'absence de mandat rédigé
- Discussion de **niveau de soins**
- **Importance d'avoir un PLAN B** si situation à domicile se détériore



# Prise en charge pharmacologique

- ✓ **Risperdal** introduit
- ✓ **Vésicare** suspendu
- ↓ **Zoloft** ad 150-175 mg
- Neuroleptique (**risperdal** ↑ par palliers de 0,125 à 0,25 q 7 jours MAX 1 mg par jour)
- Rationalisation **Éliquis** et **ASA**: **Garder ASA 1-3 mois post événement lacunaire et la cesser ensuite**
- **Traitement de la lombalgie** (tylénol régulier, deep cold, blocs facettaires)
- **B12** 1200 mcg die
- **Inhibiteur de la cholinestérase non recommandé** (syncope, perte de poids)
- **Mémantine** à envisager 2<sup>e</sup> temps

# Approche pharmacologique gériatrique

- Peser **bénéfices** vs **risques**
- Principe **START LOW, GO SLOW**, mais optimiser la dose et la durée du traitement
- Ne faire **qu'un essai** pharmacologique **à la fois**
- **Viser une dose d'entretien stable** afin **d'éviter les PRN**
- Tenter de sevrer les psychotropes aux 3 mois
- Obtenir consentement éclairé: Associé à augmentation du risque d'AVC (Risperdal x3; olanzapine x2) et de mortalité (OR 1.54)

# Attention patients âgés !!!

## • Inhibiteur cholinestérase:

- Appétit-Poids
- Sécurité de la prise
- Risque rythme cardiaque:
  - Bloc bifasciculaire
  - Maladie du sinus
  - Bloc AV de haut degré (2ième - 3ième degré)
  - Bloc AV de premier degré avec PR de plus de 250 ms sans ou avec un bloc de branche
  - Bradycardie sinusale inférieur à 55/minute spontanée
- Risque épilepsie

## • Mémantine

- Fonction rénale (30 cc/min)
- Peu d'effets secondaires:
  - Constipation
  - Étourdissement
  - Somnolence
  - Céphalée

# Évolution de la patiente

- **Stabilisation** de la situation
- **Implication:** Infirmière SCPD, TS du CLSC, Ergothérapeute
- **Aide supplémentaire:** Répit à domicile, Popotte, Aide au ménage
- **Changements pharmacologiques** faits:
  - ↓ Zoloft 150
  - ↑ Risperdal 0,125 AM et 0,5 Souper
  - STOP ASA 1-3 mois post événement lacunaire
  - STOP Vésicare
  - Tylenol 650 QID, Deepcold, blocs facettaires
  - Mémantine 5 mg pos BID

**\*SUIVI CONFIE AU MD DE FAMILLE ET À TOUTE L'ÉQUIPE DU GMF AVEC REDISCUSSION AU BESOIN\***



# Messages clé gériatriques à retenir

- Importance de l'**annonce diagnostique** au patient et famille
- **Révision** de la liste de la **médication** AVANT ajouter un Rx mémoire
- **Bénéfices vs risque et pronostic à considérer avant commencer inhibiteur cholinestérase**
- Évaluation **sécurité à domicile et conduite auto**
- Dépistage **symptômes dépressifs et chgts comportementaux**
- **Dépistage et soulagement de la douleur**
- Discussion **niveau de soins**
- **L'importance du plan B** si situation se détériore
- **Éducation et soutien aux aidants**