



BULLETIN SUR LA DÉMENCE DESTINÉ AUX MÉDECINS

Vol. 4, n° 1

OTTAWA

printemps 2004

Une publication du Réseau de la démence d'Ottawa

Dans ce numéro

La démence : Évaluation et gestion des facteurs de risque

Compréhension des problèmes de comportement associés à la démence

Ont contribué

D^{re} Barbara Power et
D^r Bill Dalziel,
Programme régional
d'évaluation gériatrique d'Ottawa

D^{re} Cathy Shea et
D^{re} Marie-France Rivard,
Programme de psychiatrie
gériatrique, Hôpital Royal Ottawa

Available in English

Translation courtesy of:
Traduction gracieuseté de



JANSSEN-ORTHO Inc.

Makers of / fabricants de



Pour plus d'information

Marg Eisner
Société Alzheimer d'Ottawa
1750 Russell Road, Suite 1742
Ottawa, ON K1G 5Z6
Téléphone: (613) 523-4004
Courriel: meisner@alzheimerott.org

La démence : Évaluation et gestion des facteurs de risque

*D^{re} Barbara Power et D^r Bill Dalziel,
Programme régional d'évaluation gériatrique d'Ottawa*

Saviez-vous que les facteurs de risque communs associés aux coronaropathies et aux accidents vasculaires cérébraux (hypertension, fibrillation auriculaire, diabète, hyperlipidémie, tabagisme, etc.) sont également considérés comme des contributeurs à la démence, non seulement la démence vasculaire (DV) mais aussi la maladie d'Alzheimer (MA) ou une combinaison d'Alzheimer et de démence vasculaire (MA/DV)?

Saviez-vous que, même s'il n'y a aucune preuve de niveau 1 des essais contrôlés randomisés (ECR), il est maintenant généralement recommandé de traiter les facteurs de risque vasculaires non seulement pour la prévention des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux, mais également pour la prévention de la démence?

Saviez-vous qu'un ECR a démontré que le traitement de l'hypertension systolique a été associé à une réduction de 55 % de la démence après un suivi de 3,9 ans?

En terme de diagnostic de la démence, il est maintenant considéré que la MA (40 – 50 %), la DV (5 – 10 %) et la combinaison MA/DV représentent approximativement 80 % de toutes les démences. Il est aussi de plus en plus reconnu que la maladie cérébrovasculaire joue un rôle non seulement dans la DV, mais également dans la combinaison MA/DV et la MA pure. La célèbre étude des bonnes soeurs (NUN) de Snowdon (JAMA 1997;277:813–17) a démontré qu'à l'autopsie les individus qui présentent des lésions vasculaires, en plus de plaques et d'enchevêtrements d'Alzheimer, étaient 20 fois plus exposés aux caractéristiques cliniques de la démence alors qu'ils étaient toujours en vie comparativement à ceux qui n'avaient que des plaques et des enchevêtrements. Cette étude a également démontré qu'un nombre inférieur de lésions neuropathologiques de la MA était requis pour dresser un tableau clinique de la démence chez ceux avec des lésions vasculaires que chez ceux sans lésions vasculaires.

Cette synergie entre les lésions MA et les lésions vasculaires a donné lieu à une approche de la MA, de la DV et de la combinaison MA/DV dans laquelle les facteurs de risque vasculaires sont traités plus agressivement. D'après trois ECR récents, on peut recommander le traitement par inhibiteur de l'acétylcholinestérase (IACHÉ) pour le traitement de la DV et de la combinaison

...Suite à la page 2

MA/DV (2 dans la DV pure en utilisant Aricept : Black – *Stroke*; Octobre 2003;2323–32 et Wilkinson – *Neurology* 2003;61:479–86 et 1 avec Reminyl dans la combinaison MA/DV : Erkinjuntti – *Lancet* 2002;57:613–620).

Les 5 principales mesures de prévention des accidents vasculaires cérébraux peuvent probablement être extrapolées à la prévention de la démence :

- Maintien de l'hypertension systolique chez les personnes âgées à moins de 140/90
- Maintien de l'hypertension chez les diabétiques à moins de 130/80
- L'anti-coagulation avec Coumadin au taux international normalisé (TIN) de 2,0 – 3,0 pour la fibrillation auriculaire
- Optimisation du bilan lipidique pour la prévention secondaire et les patients à haut risque pour la prévention primaire
- Conseils et prise en charge en vue de cesser l'usage du tabac

À partir de multiples études de cohorte longitudinales à grande échelle, il existe des preuves solides et constantes que l'hypertension pendant et après la mi-vie représente un facteur de risque de déclin cognitif. L'étude Syst-EUR a démontré une réduction du risque de 55 % (ce qui est significatif sur le plan statistique), comparativement au placebo pour le groupe traité avec l'inhibiteur calcique après un suivi de 3,9 années pour 2 418 patients de plus de 60 ans aux prises avec l'hypertension systolique (Forette – *Lancet* 1998;352:1347–51).

Chez les diabétiques, le risque relatif de maladie du système cardiovasculaire est jusqu'à 4 fois plus grand et celui d'accidents vasculaires cérébraux jusqu'à 2 fois plus grand. L'association avec la DV est beaucoup plus forte qu'avec la MA. L'étude UKPDS a démontré une réduction de 44 % du risque relatif d'accidents vasculaires

cérébraux avec un contrôle serré de la pression sanguine, mais aucune réduction des accidents vasculaires cérébraux avec un contrôle amélioré de la glycémie. D'après les lignes directrices actuelles, l'objectif recommandé pour l'hypertension chez les diabétiques est de $\leq 130 / 80$.

La fibrillation auriculaire (FA) est une arythmie très commune chez les personnes âgées et représente certainement, chez les plus de 80 ans, le plus important facteur de risque modifiable pour les accidents vasculaires cérébraux. La FA paroxystique comporte le même risque. De tous les facteurs de risque modifiables pour les accidents vasculaires cérébraux, la FA représente la réduction la plus élevée du risque relatif (68 % avec l'utilisation de Warfarin). Toutefois, dans les études de pratiques cliniques, seulement 25 à 30 % (environ) des personnes âgées aux prises avec la FA ont reçu un traitement approprié par anticoagulants avec Warfarin, même si la réduction du risque relatif est grandement diminuée (25 %) avec l'acide acétylsalicylique (AAS). Souvent, la crainte des chutes est la principale raison donnée pour ne pas traiter par anticoagulants mais une étude théorique (Man – Son – Hing *Arch Int. Med.* 1999;159:677–685) a démontré que le risque de ne pas traiter par anticoagulants serait égal au risque de 295 chutes par an.

La littérature sur les statines croît de jour en jour. Il y a des avantages certains chez les personnes âgées dans la prévention secondaire et des avantages dans la prévention primaire pour ceux qui représentent un risque élevé (un risque de plus de 20 % sur 10 ans pour les coronaropathies ischémiques). Les

patients inclus dans catégorie de risque sont ceux aux prises avec l'athérosclérose non coronarienne, la maladie vasculaire périphérique, un anévrisme de l'aorte abdominale, le diabète de type 2; par exemple, en utilisant les tableaux de risque de Framingham, un homme de 70 ans avec une pression sanguine de 140 à 160. Toutefois, il n'existe aucune preuve de niveau 1 des ECR quant à l'utilisation des statines pour la prévention de la démence. Quelques essais ont été effectués mais la méthodologie s'est avérée relativement pauvre quant à l'évaluation et au diagnostic de la démence. Il existe plusieurs études de cohorte à grande échelle où des groupes de patients traités par des statines avaient beaucoup moins de chances de développer la démence que ceux n'ayant pas suivi le traitement. Toutefois, ce type d'étude ne peut clairement prouver une relation de cause à effet pour le traitement. Comme pour d'autres facteurs de risque vasculaires modifiables, le traitement de l'hyperlipidémie par des statines chez les personnes âgées pour la prévention secondaire a démontré de façon claire une réduction significative des accidents vasculaires cérébraux.

En fin de compte, on recommande maintenant le traitement par IACHÉ, que le diagnostic soit la MA, la DV ou la combinaison MA/DV, et de traiter les facteurs de risque vasculaires non seulement pour les maladies du cœur et les accidents vasculaires cérébraux mais peut-être aussi pour la démence. Pour plus d'informations, veuillez consulter cet excellent site web : www.cvtoolbox.com.

Médecins, une formation innovatrice à votre intention!

Nous nous rendrons dans votre cabinet pour une séance en tête-à-tête avec vous (20-30 minutes) ou un petit déjeuner ou un déjeuner de 4-6 personnes et une séance d'apprentissage (40-60 minutes). Nous nous occuperons des repas!

L'équipe de formation comprendra : Anna Byszewski, Bill Dalziel, Tony Guzmán, Barbara Power, Tilak Mendis, Inge Loy-English et Louise Carrier.

Pour plus d'information, veuillez appeler le : 523-4004

Comprendre les problèmes de comportement associés à la démence

*D^{re} Cathy Shea et
D^{re} Marie-France Rivard,
Programme de psychiatrie
gériatrique,
Hôpital Royal Ottawa*

Depuis 1998, le guide P.I.E.C.E.S. est enseigné au personnel infirmier enregistré dans les établissements de soins de longue durée de l'Ontario, dans le cadre de la Stratégie ontarienne visant la maladie d'Alzheimer et les démences connexes. Ce guide d'évaluation, élaboré par le D^r Ken LeClair, encourage le personnel clinique à explorer tous les facteurs qui pourraient jouer un rôle dans un comportement anormal pour que des solutions non pharmacologiques soient tentées pour traiter ces facteurs et réduire la fréquence ou la sévérité du problème. Ce guide est également utile pour l'évaluation des gens vivant dans la communauté qui sont aux prises avec la démence. Il est à espérer que la vieille méthode, à savoir la sédation des résidents par médicaments ou l'utilisation de dispositifs de retenue, sera évitée. L'acronyme P.I.E.C.E.S. est expliqué ci-dessous.

P = Problèmes **P**hysiques
(délirium, maladie, drogues, inconfort)
I = Défaillance **I**ntellectuelle
(démence, déficits spécifiques tels amnésie, apraxie, agnosie, etc.)
E = Problèmes **E**motionnels
(dépression, ajustements, délire ou hallucinations)
C = **C**apacités et forces
(ressources face à la demande)
E = **E**nvironnement (ambiance, bruit, re-localisation)
S = **S**ocial (passé du patient, relations personnelles, réseau)

L'exemple suivant illustre comment P.I.E.C.E.S. peut être utilisé pour comprendre et traiter des cas de comportements difficiles, comme l'agressivité et le refus de coopérer.

Madame Tremblay est une femme de 95 ans qui a reçu un diagnostic de démence et habite dans un établissement de soins de longue durée depuis un an. Elle présente une déficience cognitive et une aphasie motrice. Au cours des quatre dernières semaines, elle est devenue physiquement et verbalement agressive durant les soins personnels. Elle crie « foutez-moi la paix » ou bien « foutez le camp », ou se met à frapper les membres du personnel quand ils la sortent du lit le matin, l'habillent ou l'amènent prendre son petit-déjeuner. Ses soins nécessitent maintenant 2 à 3 membres du personnel. Elle refuse de marcher. Une fois dans son fauteuil roulant, elle se calme et se lave ou se nourrit elle-même. Elle est de nouveau agressive lorsqu'on l'amène à la salle de bains. Le personnel interprète son comportement agressif comme intentionnel et s'inquiète du fait que cela lui attire beaucoup d'attention. Un essai au lorazépam (Ativan), puis à la rispéridone (Risperdal), avant d'apporter les soins, n'a rien changé. En fait, elle semble plus confuse que d'habitude.

En passant en revue le comportement agressif de M^{me} Tremblay avec le guide P.I.E.C.E.S., certains membres du personnel se demandent si elle éprouve peut-être une douleur physique (**P**). En effet, une radiographie révèle une fracture de l'os de sa hanche. Un inconfort **P**hysique (dans ce cas-ci, de sévères douleurs lors des déplacements) est à la source du problème, le tout combiné avec le fait que la patiente éprouve de la difficulté à exprimer sa douleur. **E**motionnellement, elle est troublée alors qu'elle est sujette à l'expérience douloureuse de déplacements répétitifs et apeurée par le nombre croissant de membres du personnel s'approchant d'elle.

L'attitude du personnel change quand ils comprennent que le comportement négatif (le refus de marcher) est relié aux demandes qui excédaient ses **C**apacités et que son comportement agressif n'est pas dirigé contre eux dans l'espoir d'obtenir de l'attention. En retour, les membres du personnel adoptent une approche non verbale plus compatissante et un **E**nvironnement moins menaçant. Une chirurgie et des médicaments contre la douleur ont éventuellement amoindri la douleur de M^{me} Tremblay et les problèmes de comportement se sont dissipés. Les neuroleptiques et les benzodiazépines n'ont rien fait qui vaille pour la calmer et ont probablement aggravé son état de confusion.

Pour plus d'informations sur les troubles psychologiques et comportementaux de la démence, les médecins peuvent visiter le nouveau site Web sur la démence, à l'adresse suivante : www.dementiaeducation.ca Ce site Web a été conçu grâce à « L'initiative de formation des médecins dans le cadre de la stratégie ontarienne visant la maladie d'Alzheimer et les démences connexes ». Nous encourageons les médecins à visiter le site pour trouver plus d'informations sur les « Symptômes psychologiques et comportementaux de la démence ».





Les trois principales raisons pour diriger vos patients vers « Premier lien »

1. Soutien aux aidants
2. Formation sur la démence
3. Informations sur les services communautaires

Les médecins de la région ont dirigé plus de 200 patients vers Premier lien, une initiative de formation et de soutien pour les individus et les familles aux prises avec la démence. Premier lien est un programme de la Société Alzheimer d'Ottawa créé en collaboration avec le Réseau de la démence d'Ottawa. Lorsque vous réfèrez un patient à Premier lien, ils ont droit à : un appel téléphonique personnel de la Société Alzheimer, une trousse d'informations sur la maladie d'Alzheimer et la démence, de l'information et des conseils sur les ressources communautaires et sur les questions de soins. Un médecin de famille d'Ottawa déclare : « Les patients qui se sont rendus à Premier lien en savent généralement plus sur la maladie et sur l'aide disponible. Ils se sentent plus en sécurité en sachant qui appeler lorsqu'ils en ont besoin. »

Pour plus d'informations :

www.alzheimerottawa.org/first_link ou composez le numéro 523-4004 pour obtenir votre trousse de référence « Premier lien ».

Jetez un coup d'œil sur : www.dementiaeducation.ca!

Ce site a été conçu dans le cadre de « L'initiative de formation des médecins de la stratégie ontarienne visant la maladie d'Alzheimer et les démences connexes ». Ce programme d'éducation à facettes multiples sert à informer et à promouvoir des changements dans les pratiques en ce qui concerne la maladie d'Alzheimer et les autres démences. Les utilisateurs enregistrés au site auront accès aux outils cliniques, au matériel éducatif et aux ressources d'enseignement. Le site Web contient des modules d'apprentissage interactifs, des directives de pratique clinique, des ressources éducatives variées et de l'information sur les ressources communautaires.



Jetez-y un coup d'œil...soyez informés!

A Practical Guide to Capacity and Consent Law of Ontario for Health Practitioners Working with People with Alzheimer Disease



Guide pratique à l'intention des praticiens de la santé qui soignent les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : la législation ontarienne régissant le consentement et la capacité

Ce nouveau guide offre une vue d'ensemble générale de la loi et des suggestions de pratique pour les médecins de soins primaires et autres praticiens de la santé pour faire face aux problèmes d'incapacité à consentir au traitement, d'admission dans un établissement de soins de longue durée ou de gestion des biens. Conçu par les membres du Réseau de la démence d'Ottawa, le Programme de psychiatrie gériatrique de l'hôpital Royal d'Ottawa et des Services communautaires de la psychiatrie gériatrique d'Ottawa, cette précieuse ressource est disponible sur le site de la Société Alzheimer d'Ottawa sous l'icône du Réseau de la démence d'Ottawa : www.alzheimerott.org

MERCI

Le Réseau de démence d'Ottawa voudrait remercier Novartis, Janssen-Ortho et Pfizer d'avoir parrainé cette publication du Bulletin sur la démence destiné aux médecins.

