

Journée SSMG

par le Dr Thomas Orban, médecin généraliste, 1180 Uccle

Comment prendre en charge mon patient âgé ?

Dampremy, Charleroi Espace Meeting le 08 octobre 2011

Efficaces, les anticholinergiques ?

C'est une question qui taraude régulièrement l'esprit des médecins et des décideurs, sans compter celui des patients et de leur famille.

La réflexion peut (doit) se situer à plusieurs niveaux.

Sur le plan strictement scientifique de l'evidence based medicine, il faut considérer que ces molécules sont efficaces. Ce sont des sources solides qui l'affirment : NICE, KCE, American Academy of Neurology, etc. Ces médicaments montrent une amélioration significative au niveau cognitif et au niveau global, la preuve de l'efficacité est de niveau 1, classe A.

Sur la plan pratique : le NNT (number needed to treat) est de 12 pour les réponders globaux, de 10 pour les réponders cognitifs. La Revue Prescrire place le NNT à 9. À titre de comparaison, dans l'étude 4S sur la simvastatine, le NNT est de 25. On peut donc conclure dès à présent que ces anticholinergiques sont efficaces, mais de manière modérée, et qu'ils présentent fréquemment des effets secondaires (NNT de 12).

Qu'en est-il **sur le terrain** ? Il est intéressant de constater que les patients soumis à un traitement de ce type, au long cours (> 24 mois, en moyenne 3 ans), sont institutionnalisés en moyenne deux ans plus tard. Mais est-ce là un bon objectif, sachant que l'entrée en MRS est bien davantage liée à des problèmes physiques ou à l'aidant (la maladie est un fardeau très lourd pour lui) plus qu'à la dégradation de la démence elle-même.

On ne peut faire l'économie à ce stade d'une réflexion... **économique**. Si l'on compare les coûts globaux liés à la maladie d'Alzheimer, on apprend que lorsque le patient reste à domicile, c'est la famille qui supporte la majorité des coûts indirects. Une étude du NICE conclut que si l'on traite le patient avec un médicament, on gagne 2000 à 3000 dollars par an, ce qui fait dire à notre orateur que le traitement s'autofinance (il représente 1200 € par an et par patient).

C'est là que la réflexion s'oriente alors vers des alternatives non médicamenteuses, dont le coût est parfois moindre (une clinique de la mémoire coûte 2580 € par patient et par an...).

Selon le KCE, 4 interventions fonctionnent (évidence de grade B) :

- interventions de type psychosociale/ psychoéducation (impact sur les soignants et l'institutionnalisation);
- formation du personnel soignant en institution;
- programmes d'activité physique;
- stimulation/entraînement cognitif du patient.

En conclusion : les anticholinergiques sont efficaces (EBM), de manière mitigée (la réalité du terrain, les NNT) et leur rentabilité continue à faire l'objet de débats. N'oublions pas les alternatives non médicamenteuses.

D'après l'exposé oral du Dr Christophe DUMONT, Médecin gériatre au Grand Hôpital de Charleroi (Site Ste-Thérèse).

L'hôpital de jour gériatrique : une aide

C'est dans le courant des années '90 qu'est né, en Belgique, l'hôpital de jour gériatrique (HDJG). Inspiré du modèle anglo-saxon, ce concept s'est répandu depuis, s'est officialisé ensuite et est actuellement subsidié. Le rôle et l'objectif de l'HDJG a évolué également. Si historiquement, il s'agissait avant tout d'y réaliser de la revalidation, la palette des activités qui y sont proposées s'est bien élargie.

Actuellement, l'activité principale d'un HDJG comme celui de Mont-Godinne est une activité diagnostique.

En effet, quelles sont les questions que se posent fréquemment les médecins de famille ?

- Je suis devant une situation médicale complexe et je souhaite un avis externe, comment rendre cela possible aisément ?
- Mon patient décline, quelle en est la raison ?

- Je désire un avis mais le patient refuse une hospitalisation.
- etc.

Un contact préalable avec le gériatre de l'HDJG et tout cela peut trouver (plus) rapidement une solution ! Cela nécessitera bien sûr une bonne transmission de l'information (de part et d'autre) et une prescription médicale de la part du médecin traitant.

Quelles sont donc tous les apports de l'HDJG ?

- activité diagnostique dont : prise en charge de syndrome gériatrique (mémoire, chute, dépression...);
- réadaptation;
- traitements : transfusions, perfusions, soins de plaies (pratique quand on ne s'en sort pas à domicile ou en MRS).

Les points forts de l'HDJG sont la disponibilité du personnel et la présence d'une équipe multidisciplinaire ainsi que la qualité de l'information et de la consultation.

Les points faibles sont l'accessibilité et le délai d'attente avant la consultation.

Il s'agit donc d'un outil intéressant dans la prise en charge de nos patients âgés dont le nombre, comme chacun sait, explose !

D'après l'exposé oral du Dr Didier SCHOEVAERTS, Médecin Gériatre au CHU Mont-Godinne à Yvoir.

Prise en charge de la déshydratation

La déshydratation guette chacun de nos patients âgés. Rien n'y fait, au contraire : tout se ligue contre eux pour les déshydrater : polymorbidité, troubles de la déglutition, perte de la sensation de soif, médicaments divers et variés.

Voici quelques repères cliniques indispensables pour la suspecter :

- altération soudaine de l'état général;
- hypotension;
- perte de poids;
- bouche et langue sèches;
- Urée/créatinine > 30.

Comment calculer le déficit théorique en eau du patient :

Volume = $[50\% \text{ du poids} \times (\text{taux de Na}^+ - 140)]/140$.

Pour les aficionados d'Apple®, l'application Medicalc Pro® vous donne la réponse en un quart de seconde (N.D.L.R.).

Comment réhydrater le patient ? la sonde naso gastrique a des avantages mais également bien des inconvénients dont le moindre n'est pas l'arrachage par le patient confus. Si elle est utilisée, il faut retenir qu'on ne remplit pas l'estomac d'un patient âgé par une sonde naso-gastrique lorsque le patient est couché ! C'est un risque majeur de pneumonie d'inhalation et c'est donc aussi, une faute professionnelle.

La perfusion sous-cutanée reste très accessible à domicile, voici quelques règles et «trucs».

- ne pas dépasser 1500 ml/24h et par voie d'entrée ;
- on peut utiliser plusieurs voies d'entrées ;
- on peut utiliser du Physio ou du G5 ;
- si le patient arrache la perfusion, on peut la placer dans le dos, entre les deux omoplates ;
- ne pas réhydrater trop vite !!! Si le gradient est de $> 10 \text{ mEq Na}^+$ par 24h, le risque d'œdème cérébral avec épilepsie est non négligeable. Il y a également un risque de démyélinisation osmotique qui

se traduit cliniquement par une dégradation de l'état du patient et une paralysie flasque.

Réhydrater un patient âgé pose parfois (et même souvent) des questions éthiques :

- Quel est le projet thérapeutique ?
- Prolonge-t-on inutilement sa vie ?
- Prolonge-t-on ses souffrances (l'urémie de la déshydratation et de la dénutrition procure une mort douce...).

En conclusion : il n'y a pas de petit guide de «recettes» à suivre mais, un raisonnement intellectuel et une réflexion éthique qui doivent s'appliquer à chaque patient déshydraté.

D'après l'exposé oral du Pr Bernard KENNES. Médecin Gériatre à Charleroi.