

Prise en charge des démences non Alzheimer en structures de soins et en institutions

Les démences parkinsoniennes

Voisin Thierry
Gerontopole
CHU Toulouse

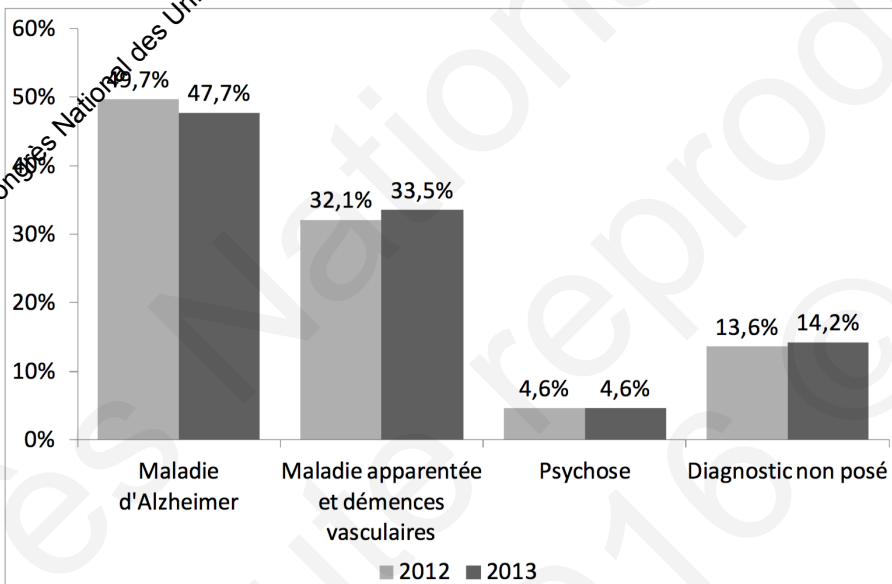
Les difficultés en structures de soins et en institutions

- Pathologie moins fréquente
- Spécificités moins connues des professionnels
- Beaucoup de traitements, organisation, implication des accompagnants dans la maladie, connaissance de la maladie
- Rupture du suivi avec le spécialiste
- Troubles cognitifs différents
- Prises en charge différentes (psychotropes)

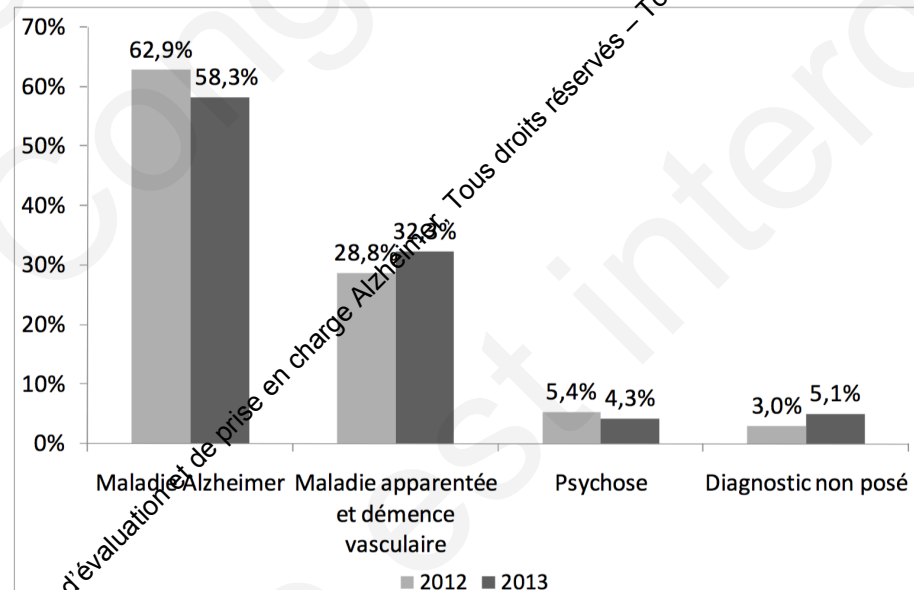
Démence Parkinsonienne en structures de soins

- Pas de données spécifiques actuelles en France en UCC, UHR ou PASA sur démence parkinsonienne

Répartition des résidents en PASA selon le diagnostic posé



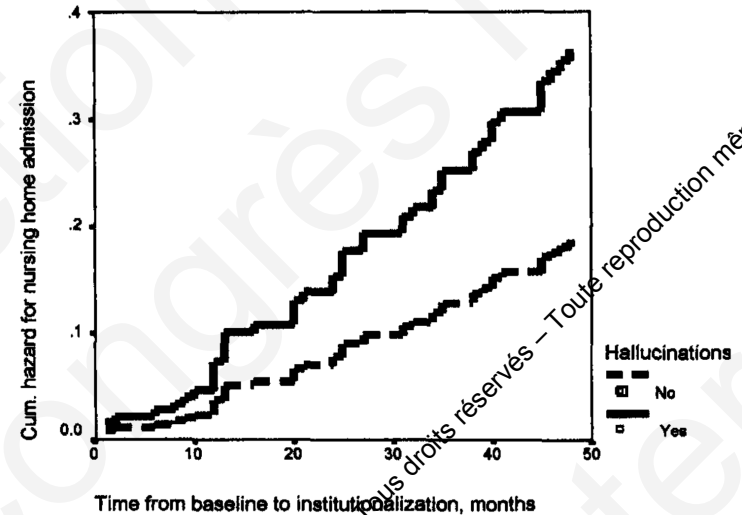
Répartition des résidents en UHR selon le diagnostic posé



Démences et hallucinations: des facteurs de risque d'entrée en structure

- La démence est le facteur de risque le plus important d'entrée en structure (OR 4.06, 95% CI 4.00–4.12)

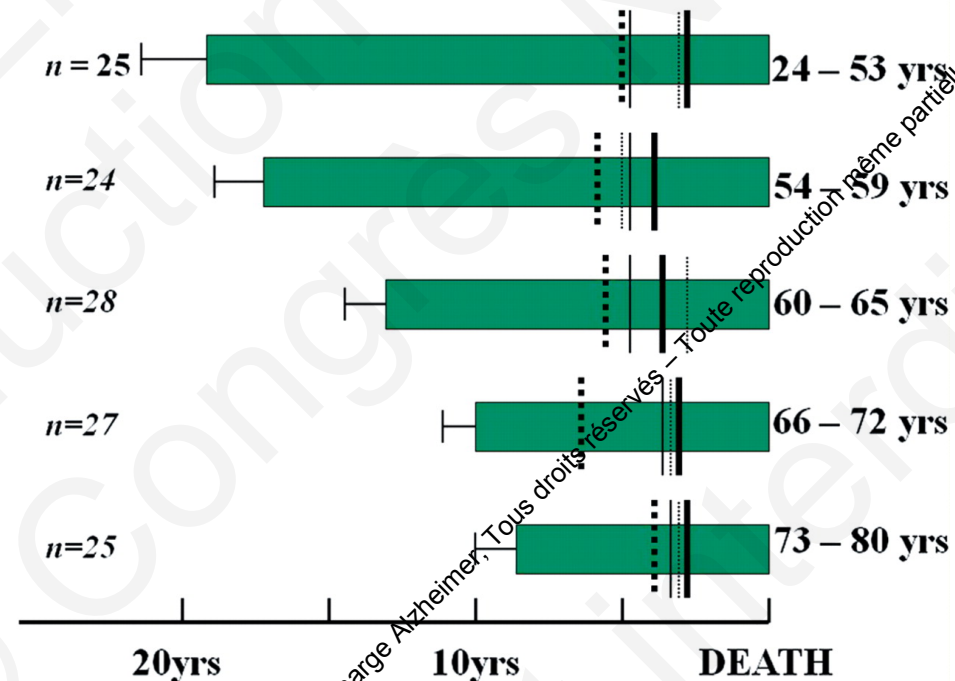
Neurology 2015;85:413–419



JAGS 48:938-942,2000

Démence parkinsonnienne associée aux taux d'institutionnalisations et de décès

- Milestones: hallucinations, chutes, troubles cognitifs et institutionnalisation
- Plus rapide dans la MPi de la personne âgée
- *La Démence Parkinsonnienne grève le pronostic de la MP, puisqu'elle est associée aux taux d'institutionnalisations et de décès.*



Peter A. Kempster et al. Relationships between age and late progression of Parkinson's disease: a clinico-pathological study. Brain 2010.

..... Hallucinations visuelles
 Démence
 — Chutes fréquentes
 — Institutionnalisation

Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement

Jacqueline PERRIN-HAYNES (DREES)

solidarité
santé

n° 22 - 2011

LES PERSONNES ÂGÉES EN INSTITUTION

Proportion des résidents en EHPA atteints d'une pathologie selon l'établissement d'accueil

Groupes de pathologie	Pathologies	EHPAD	Maisons de retraite non-EHPAD	Logement-foyer non-EHPAD	Unité de soins de longue durée non-EHPAD	Ensemble EHPA	
Affections neuropsychiatriques	<i>Malaise, vertige, perte de connaissance chronique</i>	7	8	11	28	7	
	<i>Accident vasculaire cérébral</i>	15	14	7	28	14	
	<i>Épilepsie focale ou généralisée</i>	5	4	0	10	4	
	<i>Syndrome parkinsonien</i>	8	6	5	11	8	
	<i>Syndrome confusionnel aigu</i>	4	3	2	3	4	
	<i>Trouble du comportement</i>	30	23	9	44	26	
	<i>État dépressif</i>	36	31	26	35	34	
	<i>État anxieux</i>	26	26	22	21	27	
	<i>Psychose, délire, hallucinations</i>	16	15	7	23	15	
	<i>Syndrome démentiel</i>	42	31	8	60	36	
	<i>Autres</i>	9	10	8	6	9	
	Ensemble		87	80	62	96	82

Fréquences Parkinson et démence parkinsonienne en EHPAD

- Dans cette étude:
 - prévalence Maladie de Parkinson 7.7% des résidents.
 - prévalence de démence parkinsonienne de 3.7%.

Mais démence non reconnue:

- Presque la moitié (48.65%) des résidents avec maladie de Parkinson ont une démence parkinsonienne non diagnostiquée.

Facteurs de risque et suivi

- Sur 469,055 parkinsoniens bénéficiant du système Medicare en 2002 environ 25% (plus de 100,000) résidaient en maison de retraite.
- La fracture du col du fémur (AOR 2.10, 95% CI 2.04–2.15) et la démence (AOR 4.06, 95% CI 4.00–4.12) étaient les prédicteurs cliniques les plus forts associés à l'entrée en structure.
- Seulement 33% des parkinsoniens en institution avaient un suivi par un spécialiste.

Parkinson à l'entrée en EHPAD

- Sur 79,000 parkinsoniens résidents de maison de retraite aux USA.
- A l'admission:
 - Age moyen 79.7 ans
 - 48.4% étaient des hommes
 - en majorité physiquement dépendants et cognitivement altérés
 - plus d'un tiers avait chuté dans les 30 jours précédents l'admission.
 - la prévalence de la démence et de la dépression était très élevée.

Evolution de la maladie

Temps (années)



DÉBUT

ÉTAT

AVANCÉE

TARDIVE

L'après annonce du diagnostic

- Perception du retentissement de la maladie sur la vie quotidienne
- Adaptation à la maladie
- Adaptation au traitement

Accalmie

- Équilibre avec la bonne réponse au traitement
- Poursuite de l'adaptation à la maladie et à ses conséquences sur la vie quotidienne
- Autoprise en charge

La MP reprend le dessus

- Fluctuations motrices et dyskinésies, signes axiaux
- Signes neuropsychiatriques
- Dysautonomie
- Faire face aux situations de handicap

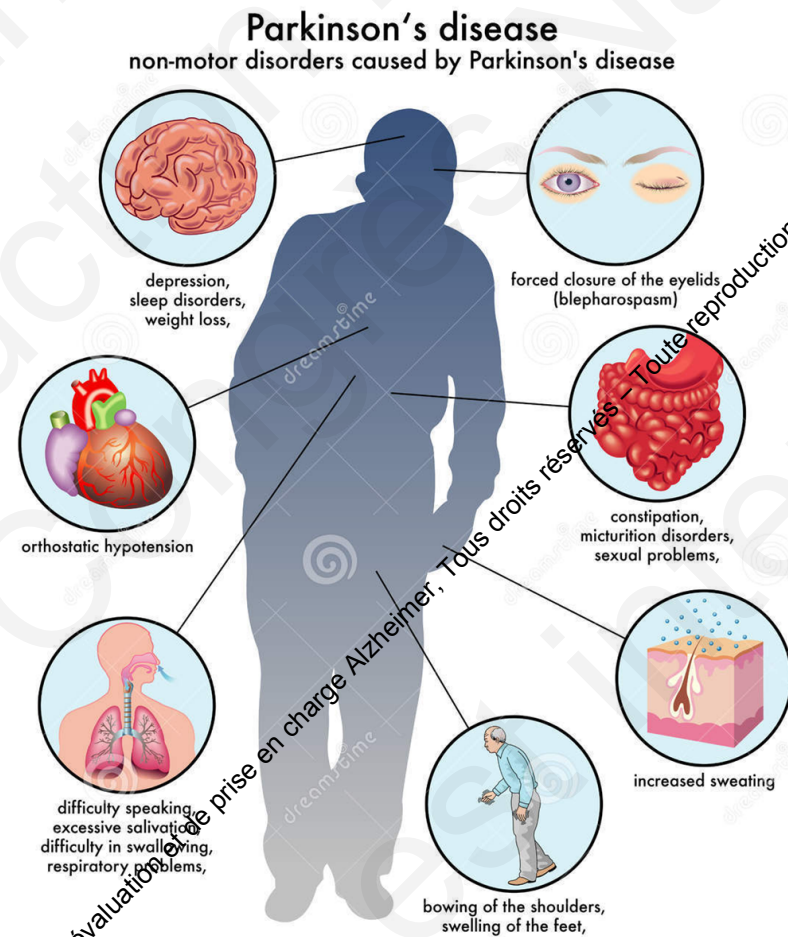
Envahissement

- Déclins moteur (signes axiaux+++) et cognitif
- Faire face aux situations de dépendance

Fréquences de symptômes non moteurs en EHPAD

Table 3. Prevalence of Individual Non-Motor Symptoms Scale Items

Item Number and Symptom	n (%)
4. Fatigue	56 (78.9)
22. Urgency ^a	51 (75.0)
17. Forget things or events	49 (69.0)
10. Seem sad	47 (66.2)
8. Lack motivation	45 (63.4)
19. Saliva	45 (63.4)
3. Daytime sleep	43 (60.6)
7. Lost interest in surroundings	43 (60.6)
23. Frequency ^a	40 (58.8)
24. Nocturia ^a	39 (57.4)
16. Concentration	40 (56.3)
10. Restless legs	38 (53.5)
9. Feel nervous	38 (53.5)
5. Difficulty falling asleep	37 (52.1)
18. Forget to do things	36 (50.7)
1. Light headedness	34 (47.9)
21. Constipation	34 (47.9)
20. Swallowing	30 (42.3)
12. Difficulty experiencing pleasure	27 (38.0)
11. Flat mood	25 (35.2)
15. Double vision	25 (35.2)
13. Hallucinations	17 (23.9)
27. Pains	17 (23.9)
30. Excessive sweating	15 (21.1)
14. Delusions	14 (19.7)
29. Weight change	13 (18.3)
28. Taste or smell	8 (11.3)
25. Interest in sex	4 (5.7)
26. Problems having sex	4 (5.7)
2. Fainting	4 (5.6)



Quelles prises en charge?

- Faire un diagnostic, y penser
- Limiter les traitements anticholinergiques
- Ne pas oublier les autres symptômes non-moteurs
- Le problème des chutes

Critères diagnostiques

1. Diagnostic de maladie de Parkinson (Critères du Queen Square Brain Bank)

2. MP apparue avant le syndrome démentiel

3. MMS < 26

4. Troubles cognitifs retentissant sur la vie quotidienne (Interview, questionnaire de prise médicamenteuse)

5. Perturbation d'au moins 2 subtests suivants:

- Récitation des mois à l'envers ou sous-traction de 7

- Fluence lexicale ou test de l'horloge

- Pentagones du MMS

- Rappel des 3 mots

Signes en faveur
Apathie, hallucinations, somnolence

Signes en défaveur
Dépression
Déjà

Dubois B, Burn D, Goetz C, et al.
Diagnostic procedures for Parkinson's disease dementia: recommendations from the movement disorder society task force. Mov Disord 2007 ; 22 : 2314-24.

Traitements des hallucinations, des éléments psychotiques

- Simplification des traitements (vers un traitement avec L-Dopa seul)
- Diminution des posologies (compromis motricité/comportement)

Antipsychotiques: Clozapine (AMM psychose dopaminergique), Quétiapine (hors AMM, taille des cp, LP), demain pimavanserin (antagoniste des récepteurs sérotoninergiques 5HT-2a)?

- Place des anticholinestérasiques?

Pour conclure

- Sujet Parkinsonien, un résident un peu différent.
- Démence parkinsonienne souvent sous-diagnostiquée.
- Des complications parfois difficiles à gérer, symptômes axiaux.
- Un patient parfois en rupture de suivi avec le spécialiste.
- Des EHPAD spécifiques?
- Des hospitalisations en milieu spécialisé (UCC, ...)
- ...

© Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés — Toute reproduction même partielle est interdite

MERCI DE VOTRE ATTENTION.