

LA LETTRE DES UNITÉS DE SOINS ALZHEIMER N°13

Supplément de la Lettre Mensuelle de l'Année Gériatologique
réalisé avec le soutien des laboratoires EISAI/PFIZER

I.S.S.N. 1146-0318

Janvier 2008

VERS UNE AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER DANS LES UNITÉS DE SOINS ALZHEIMER

La maladie d'Alzheimer (MA) fait partie de ces affections qui, par leur poids considérable vont modifier nos filières de soins. Déjà de très nombreuses unités de soins Alzheimer ont vu le jour, qu'il s'agisse d'unité de court séjour Alzheimer, moyen séjour psycho gériatrique, d'hôpitaux de jour, de centres de jour Alzheimer, d'unités Alzheimer dans les EHPAD, et plus récemment des CMP et des CMRR. Un des enjeux actuels est d'apporter des éléments nouveaux qui permettront à ces structures de proposer selon leur spécificité un projet thérapeutique adapté à la prise en charge de la MA et de ses complications. Nous aborderons dans ce numéro spécial les problèmes de la prise en charge de la douleur en EHPAD. On estime que 45 à 80% des résidents ont une douleur significative et que 25% d'entre eux ne reçoivent pas de traitement antalgique. Nous évoquerons également l'impact des comorbidités sur le fonctionnement immunitaire des sujets âgés.

I - IMPACT D'UN TRAITEMENT DE TYPE PARACÉTAMOL SUR LE COMPORTEMENT DE PERSONNES ÂGÉES VIVANT EN EHPAD ET POSANT LE PROBLÈME D'UNE DÉMENCE MODÉRÉE À SÉVÈRE

L'objectif de l'étude de Chibnall et al (1, 2) était d'évaluer les effets d'un traitement antalgique sur le comportement, le bien-être psychique, et l'utilisation d'antipsychotiques chez des personnes âgées vivant en EHPAD et posant le problème d'une démence modérée à sévère. Il s'agit d'une étude randomisée, contrôlée et en double aveugle réalisée dans différentes EHPAD. Les patients inclus étaient âgés de plus de 65 ans, vivaient en EHPAD depuis plus de 3 mois, posaient le problème d'une démence modérée à sévère diagnostiquée depuis au moins 2 mois et étaient dépendants pour la plupart des activités de la vie quotidienne. Les patients ont été randomisés en deux groupes : un groupe recevant du paracétamol (2 fois 500 mg matin, midi et soir) durant 4 semaines, puis du placebo, et un groupe recevant du placebo durant 4 semaines, puis du paracétamol. Plusieurs variables ont été évaluées dont les symptômes psychologiques et comportementaux. Les auteurs ont utilisé une échelle (Dementia Care Mapping) qui comporte 24 différents items dont la participation active ou passive aux activités sociales, aux activités créatives, expressives, intellectuelles, l'exercice physique, l'autonomie, l'alimentation, le sommeil etc... Une deuxième échelle a été utilisée : Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) évaluant l'agitation des patients et comportant 29 items dont l'agitation physique non agressive, l'agitation verbale non agressive, l'agitation et l'agressivité physiques, l'agitation et agressivité verbales. L'utilisation d'antipsychotiques a également permis d'évaluer les effets du traitement antalgique chez les patients inclus dans l'étude.

Au total, 25 personnes âgées ont été incluses dans l'étude (moyenne d'âge : 85.9 ± 7.4 ans ; 3 hommes et 22 femmes), 11 patients ont été randomisés dans le groupe paracétamol-placebo et 14 dans le groupe placebo-paracétamol. 10 patients étaient considérés comme déambulants, 6 marchaient avec aide, et 9 étaient dépendants pour la marche et les transferts. 13 patients avaient un diagnostic de démence dégénérative, 8 avaient un diagnostic de démence de type Alzheimer, et 4 de démence de type vasculaire.

Au total, 10 patients étaient traités par anticholinestérasiques. Les résultats ont montré que les patients traités par paracétamol participaient plus souvent aux activités sociales, activités physiques, intellectuelles et créatives que les patients recevant le Placebo. Les résultats n'ont pas montré de différence en ce qui concerne l'échelle CMAI évaluant l'agitation verbale ou physique. De même l'utilisation de traitements antipsychotiques n'a pas varié dans les deux groupes de patients. Cette étude a permis de montrer que l'utilisation d'un traitement antalgique simple de manière systématique permet d'améliorer la participation à différentes activités physiques, intellectuelles, sociales chez des personnes très âgées posant le problème d'une démence modérée à sévère. En revanche, le traitement antalgique n'a pas permis de réduire l'agitation ou d'améliorer le bien-être psychique des patients traités. Ces résultats impliquent que la douleur représente un facteur très important à prendre en compte chez les personnes âgées démentes car elle induit une inhibition comportementale et la non participation à des activités sociales notamment en EHPAD.

II - ÉVALUATION DES PRATIQUES CONCERNANT LA PRESCRIPTION DES ANTALGIQUES EN EHPAD

La douleur est fréquente, sous-diagnostiquée, sous-évaluée et sous-traitée en EHPAD. On estime que 45% à 80% des résidents ont une douleur significative et que 25% d'entre eux ne reçoivent pas de traitement antalgique. L'évaluation de la douleur est rendue difficile par la prévalence de troubles cognitifs, de troubles sensoriels, et d'incapacités chez ces patients. La médiocre prise en charge de la douleur induit des troubles du sommeil, une dénutrition, des troubles dépressifs, l'anxiété, l'agitation, la réduction d'activité, le retard de cicatrisation et une moindre qualité de vie. Il existe un certain nombre d'indicateurs du caractère approprié ou non de la prise en charge de la douleur chronique, qui se focalisent surtout sur les antécédents et l'examen clinique. Ces indicateurs ciblent essentiellement le fait que le traitement antalgique est donné, que son efficacité est réévaluée dans les 6 mois, que les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont prescrits avec prudence et que les traitements par opioïdes sont associés à une prévention des effets indésirables digestifs. D'autres index quantifient l'utilisation d'antalgiques. Le plus connu est le MPI (Pain Management Index) qui établit un score différentiel entre le rang codé des médicaments en fonction de leur puissance et le rang codé pour la douleur la plus intense. Le score PMAS (Pain Medication Appropriateness Scale), présenté dans le tableau 1, est un condensé des 2 échelles et tient compte : 1/ du caractère approprié du traitement en fonction du type de douleur ; 2/ du mode d'administration approprié ou non du traitement (à heure fixe ou non, avec intervalle correct entre les prises) ; 3/ de la posologie appropriée ou non du traitement à la sévérité de la douleur (et donc à son efficacité) ; 4/ de la prévention appropriée ou non de la constipation en cas de traitement opiacé ; 5/ de l'exclusion ou non des traitements " interdits " chez les sujets âgés. Le score est exprimé sous forme d'un pourcentage de points par rapport au nombre de points possibles en fonction de la situation, l'objectif étant de 100%. L'objectif du travail de Hutt et al (3, 4) était de tester la validité et la reproductibilité du PMSA en utilisant une comparaison pré-post-intervention avec comparaison à un groupe témoin. Au total, 12 EHPAD ont été impliquées (6 EHPAD «intervention» et 6 EHPAD «témoin»). Cette étude a été réalisée auprès du personnel des EHPAD, des médecins, et d'un échantillon randomisé de résidents de chaque EHPAD (20%) (n = 2031). L'intervention comprenait l'éducation des infirmières et des médecins ; l'intervention d'une équipe interne " douleur " effectuant consultations et visites pour mieux prendre en charge la douleur. Une équipe d'experts a évalué la validité intrinsèque du score de traitement approprié de la douleur. Des attachés de recherche clinique ont interrogé des résidents, ont évalué leur douleur en utilisant des instruments standardisés, et ont consigné les informations à partir des dossiers concernant les prescriptions et l'utilisation d'antalgiques et de traitements adjuvants. La validité intrinsèque a été évaluée en comparant le score PMAS des résidents douloureux et non douloureux et en comparant les scores dans les EHPAD dans lesquels l'intervention a été plus ou moins efficace, en utilisant les tests exacts de Fisher et Student. La reproductibilité intra et inter test a été mesurée. Le score moyen du PMAS était de 64% du score optimal. Moins de la moitié des résidents avec une douleur récurrente aux tests avaient reçu un traitement antalgique régulier ; 23% avaient reçu au moins un traitement à haut risque d'effet secondaire. Les scores PMAS ont été trouvés meilleurs pour les résidents indemnes de douleur (68% vs 60%, P = 0,004) et dans les EHPAD où les connaissances des infirmières sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur se sont améliorées ou sont restées stables (69% vs 61%, P = 0,03). Dans cette étude, le score moyen au PSMA suggère que les pratiques de prescription face à la douleur ne sont pas optimales. Le score montre que :

- Si la douleur épisodique est prise en compte, 70% des résidents ont des douleurs persistantes ou récurrentes (neuropathiques en particulier), qui ne sont pas traitées efficacement et que des prescriptions à risque sont trop souvent proposées à ces sujets.

• Indépendamment de ces scores médiocres, la plupart des patients jugent que leurs douleurs sont bien prises en compte, suggérant un certain " stoïcisme " des patients. Cependant, les patients dont les douleurs sont le mieux prises en charge sont ceux qui ont une meilleure qualité de vie

Tableau 1
Score de qualité du traitement de la douleur en EHPAD

Critères	Score	Possible
<i>1/ Caractère approprié du traitement en fonction du type de douleur</i>		
a) Douleur épisodique modérée commune (ex ; céphalée)(sur 3 points possibles chez tous les résidents)		
• 3 points si traitement non opioïde tel que paracétamol, aspirine (≥ 325 mg) ou AINS donné à la demande	-----	-----
b) Douleur neuropathique (3 points possibles si douleur neuropathique, canal lombaire étroit, déficience en vitamine B12, douleur post-zostérienne, syndrome post-AVC ou douleurs diabétiques des membres inférieurs – pas de douleur articulaire)		
• 3 points si traitement adjuvant anti-épileptique, anti-dépresseur, tramadol, patch de lidocaïne, capsaïcine, baclofène, clonidine ou opioïdes à longue durée d'action	-----	-----
Les autres catégories de douleurs, cancéreuses, viscérales et somatiques peuvent être considérées dans la catégorie nociceptive et doivent être traitées selon la sévérité et la persistance, comme suit.		
<i>2/ Inter-dose appropriée</i>		
a) Douleur persistante (3 points possibles si le résident indique une douleur toujours présente)		
• Score de 2 si traitement à horaire fixe		
• Score de 1 si traitement prescrit à intervalles appropriés pour le traitement / galénique		
b) Douleur récurrente prévisible (3 points possibles si le résident a eu une chirurgie ou un traumatisme dans les 21 derniers jours ou un diagnostic d'arthrose)		
• Score de 2 si traitement à horaire fixe		
• Score de 1 si traitement prescrit à intervalles appropriés pour le traitement / galénique		
c) Douleur transfixiante (3 points possibles si le résident a une douleur neuropathique, persistante, et ou prévisiblement récurrente – par exemple)		
• Score de 2 si prescription d'un antalgique au besoin en plus d'un traitement antalgique à horaire fixe		
• Score de 1 si traitement prescrit à intervalles approprié pour le traitement / galénique		
<i>3/ Posologie appropriée à la sévérité de la douleur</i>		
a) Sévérité de la douleur (3 points possibles si score de sévérité de la douleur		
• Calcul du Pain Management Index		
- Déterminer le score pour le médicament le plus puissant prescrit		
* Score 1 si prescription de non opioïdes (AINS, paracétamol)		
* Score 2 si prescription d'opioïdes faibles (oxycodone<10mg, hydrocodone, tramadol, codéine, propoxyphène)		
* Score 3 si opioïdes (morphine, fentanyl, hydromorphone, oxycodone 10 mg)		
Sous-score médicaments :	-----	
• Déterminer le score pour la douleur la plus intense dans les 24 dernières heures		
- Score 0 si pas de douleur		
- Score 1 si douleur légère		
- Score 2 si douleur modérée		
- Score 3 si douleur sévère		
Sous-score douleur :	-----	
Soustraire le sous-score douleur du sous-score médicament pour obtenir le Pain Management Index (PMI)		
• Entregistrement du score:		
- Score 3 si PMI = 0,+1,+2,+3		
- Score 2 si PMI = -1		
- Score 1 si PMI = -2		
- Score 0 si PMI = -3	-----	-----
b) Degré de l'amélioration de la douleur par le médicament (3 points possibles)		
• Score de 1 si le traitement a permis d'améliorer la douleur en partie		
• Score de 2 si le traitement a permis d'améliorer la douleur de manière suffisante		
• Score de 3 si le traitement a éliminé la douleur		
<i>4/ Prévention appropriée de la constipation</i>		
a) Avec les opioïdes à la demande (1 point possible si l'opiacé est prescrit à la demande et administré moins de 3 fois par 72 heures)		
Score de 1 pour des laxatifs ou des fluidifiants des matières fécales donnés au besoin ou b) quotidiennement	-----	-----
Avec les opioïdes donnés à heures régulières (3 points possibles si opiacés pris à heures régulières ou administrés au moins 4 fois par 24 heures)		
Score de 1 si laxatifs prescrits à la demande		
Score de 1 si un fluidifiant des matières fécales est prescrit quotidiennement		
Score de 2 si un laxatif stimulant ou du lactulose est prescrit régulièrement / quotidiennement		

5/ Exclusion appropriée des médicaments à haut risque pour les sujets âgés

Médicaments à éviter chez les résidents âgés Score -1 pour chaque prescription parmi les suivantes si le résident à au moins 65 ans ou est très débilité (grabataire, incapable de transfert)

- -1 pour la prescription d'AINS de routine (sauf inhibiteurs de Cox-2 et aspirine 81 mg par jour pour la cardioprotection)
- -1 pour l'indometacine, phénylbutazone
- -1 pour amitriptyline
- -1 pour doxépine

II - LES COMORBIDITÉS PLUS QUE L'ÂGE SONT ASSOCIÉES AUX DEFICIENCES IMMUNITAIRES DES SUJETS ÂGÉS

La pathologie infectieuse constitue la troisième cause de mortalité primaire chez les sujets âgés. Particulièrement fréquente et souvent favorisée par des états pathologiques associés (dénutrition protéinoénergétique, iatrogénie,...), les pathologies infectieuses sont également associées à une morbi-mortalité élevée. L'immunité à médiation cellulaire, fonction des lymphocytes T, est la fonction immunitaire principalement modifiée au cours du vieillissement. Avec l'âge, on constate notamment une modification des sous-populations de lymphocytes T du sang périphérique. La diminution de la fonction du thymus a pour conséquence une diminution des lymphocytes les plus matures CD3+ remplacés par des lymphocytes CD2+ et CD3- moins matures. Le cumul des pressions antigéniques au cours de l'existence se traduit par une diminution des lymphocytes natifs CD4 RA au profit des lymphocytes mémoires CD4 RO. En situation d'infection, les lymphocytes sont donc moins fonctionnels chez les sujets âgés que chez les sujets jeunes. Leur capacité de multiplication et de synthèse de l'Il-2 est moindre. Avec l'âge, la répétition des contacts antigéniques se traduit par une diminution des lymphocytes auxiliaires de type 1 (TH1). Ceci se traduit par une diminution de la sécrétion des cytokines Il-2, IFN γ et Il-12. La réponse cytotoxique et la défense contre les germes intracellulaires s'en trouvent fortement réduites. Inversement, l'immunité humorale est relativement bien préservée, permettant de vacciner les sujets âgés, même aux âges avancés. Certaines interrogations persistent et notamment la part réelle imputable à l'âge et aux comorbidités sur l'évolution du système immunitaire. L'objectif de l'étude de Castle et al (5, 6), était de comparer les relations entre les comorbidités et le fonctionnement immunitaire de sujets âgés vivant à domicile et de résidents de maisons de retraite. Quinze sujets âgés vivant en maison de retraite ont été inclus. Les participants ne devaient pas présenter de problème médical aigu au cours du mois précédent (aggravation d'une pathologie chronique, infection), ni de confusion, de chute, de perte d'appétit, d'anomalie à la radiographie de thorax, d'infection urinaire, d'élévation des leucocytes, d'aggravation de la fonction rénale ou d'élévation des enzymes hépatiques. Des sujets contrôles, jeunes, ont également été recrutés au sein des équipes soignantes. Les comorbidités étaient évaluées grâce à la CIRS (Cumulative Illness Rating Scale). Cette échelle de mesure des comorbidités, validée chez les sujets institutionnalisés, inclus tous les facteurs pouvant retentir sur l'état de santé, y compris le recours aux services de soins. Le fonctionnement immunitaire était évalué grâce à l'étude de la prolifération lymphocytaire T et le dosage des cytokines produites par les cellules mononucléées du sang circulant en réponse à une stimulation par du PHA (acide phyto-hemagglutique). L'Il-12 (une cytokine pro-inflammatoire qui favorise la réponse des lymphocytes T helpers) et l'Il-10 (une cytokine qui inhibe la réponse des lymphocytes T helpers) étaient dosées selon des méthodes standardisées classiques. L'âge moyen des sujets était de 75,3 ans (\pm 10,5). Le score moyen de la CIRS était de $13,9 \pm 4,7$. La réponse proliférative des lymphocytes T à la stimulation PHA était inversement corrélée au score CIRS. La réponse proliférative n'était pas corrélée à l'âge. Concernant la libération des cytokines sous l'effet du PHA, une diminution significative de la production d'Il-12 et une tendance à l'augmentation de la production d'Il-10 ($p=0,06$) étaient retrouvées avec l'augmentation du score CIRS. Aucune corrélation n'était retrouvée avec l'âge.

Références : (1) Chibnall JT et al. Effect of acetaminophen on behavior, well-being, and psychotropic medication use in nursing home residents with moderate-to-severe dementia. *J Am Geriatr Soc.* 2005 Nov; 53(11):1921-9 ; (2) Salles N. Médecine dans les EHPAD : Recherche et Pratique Clinique 2007 ; p 157 - 159 (A paraître) (Serdid Editions, Paris); (3) Hutt E et al. Assessing the appropriateness of pain medication prescribing practices in nursing homes. *J Am Geriatr Soc.* 2006 Feb;54(2):231-9 ; (4) Blain H. Médecine dans les EHPAD : Recherche et Pratique Clinique 2007 ; p 142-147 (A paraître) (Serdid Editions, Paris); (5) Castle SC et al. Comorbidity is a better predictor of impaired immunity than chronological age in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2005 Sep;53(9):1565-9 ; (6) Rolland Y. Médecine dans les EHPAD : Recherche et Pratique Clinique 2007 ; p 117_119 (A paraître) (Serdid Editions, Paris)

6^e congrès national

sur les Unités de soins Alzheimer

19, 20 décembre 2008

Information : www.uspalz.com ; Europa Organisation : tél. 05 34 45 26 45,
Fax. 05 34 45 26 46