

CPMD

Communauté de pratique médicale en dépendance



Les TUS chez les personnes âgées

Dre Catherine Richer et Dre Alexandra Sammartino-Arbour

4^e Symposium sur la prise en charge médicale de la dépendance au Québec

Vendredi 17 mars 2023

Objectifs

- ✓ Revoir brièvement les données concernant les personnes âgées et les TUS;
- ✓ Être en mesure d'évaluer et encadrer la polypharmacie chez les personnes âgées dans une optique de prévention ou gestion du TUS;
- ✓ Chez une personne âgée présentant un TUA, connaître les considérations particulières pour le sevrage d'alcool et pour la médication de maintien de l'abstinence ou de la réduction de la consommation;
- ✓ Investiguer et prendre en charge les troubles cognitifs et les troubles de la marche dans un contexte de suivi auprès des personnes âgées présentant un TUS.

Déclaration de conflits d'intérêts potentiels

Dre Catherine Richer: Aucun conflit d'intérêt

Dre Alexandra Sammartino-Arbour: Aucun conflit d'intérêt

Personnes âgées: Définition

Personnes âgées

- OMS: à 60 ans
 - « Diversité absolue des états de santé et des niveaux fonctionnels »
 - « Ceux-ci reflètent les changements physiologiques subtils qui se produisent au fil du temps, mais ne sont que vaguement associés à l'âge chronologique »

Au Québec:

- INSPQ réfère à 65 ans et +
- Accès aux services gériatriques – 65 ans et +

Littérature addiction chez les PA

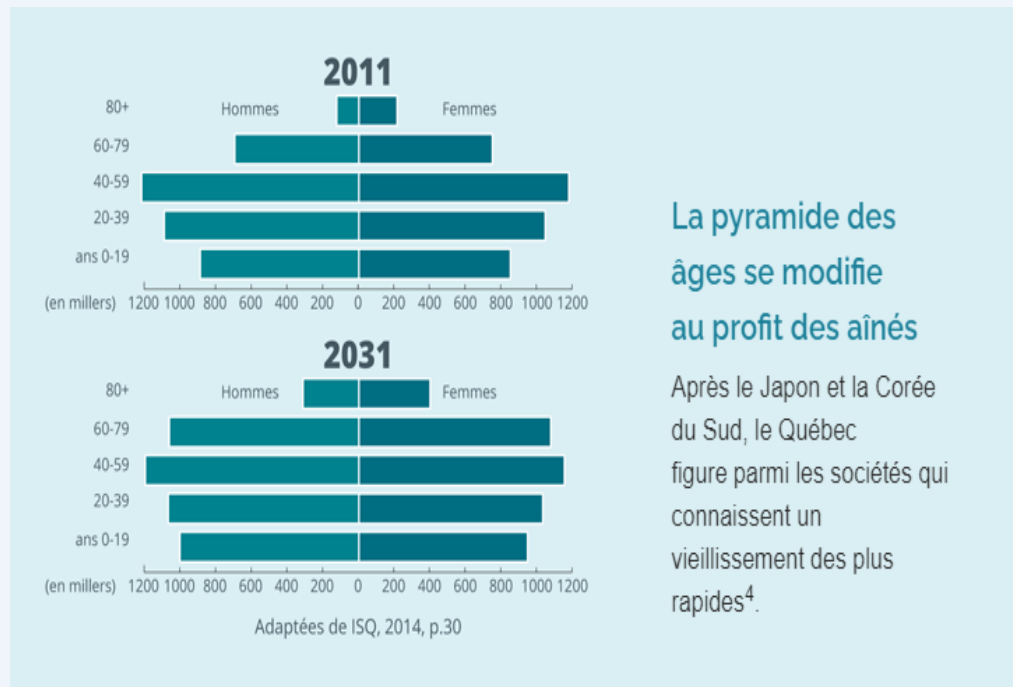
- «*Older adults*» 50-55 ans

NB: dans cette présentation
terme *adulte plus âgé* =
± personne âgée (PA) =
± parfois 50 ans et +

Les PA et les TUS – quelques données

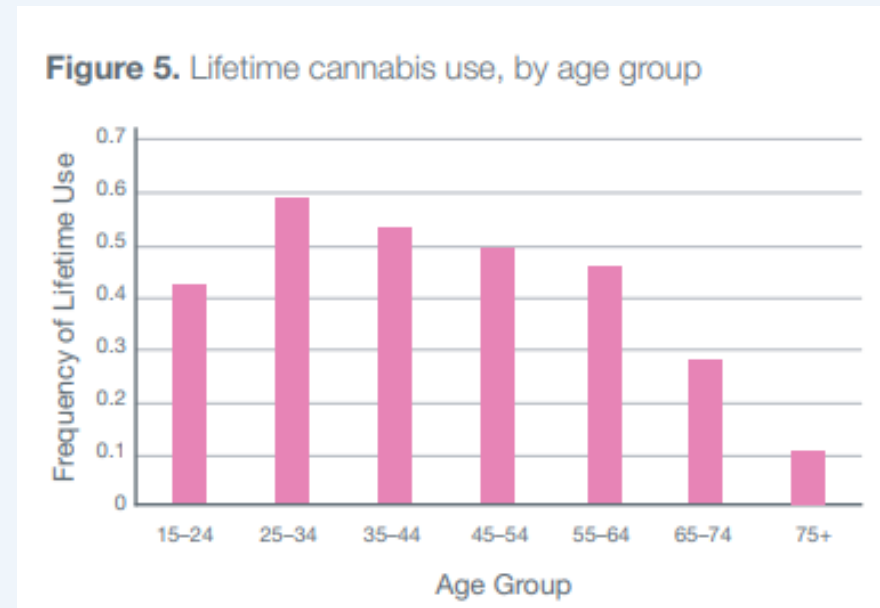
Contexte

- Vieillissement de la population



INSPQ, 2016

- Effet de cohorte – Vieillissement des babyboomers



Substance use and Aging, CCSA, 2018

États-Unis

- Admission pour traitement TUS entre 2009-2019
 - Age moyen des usagers ↑ de 4 ans
 - ↑ du % d'utilisateur de 50-74 ans

Table 1.3b. Admissions aged 12 years and older, by gender and age at admission: Column percent distribution, 2009–2019, and 2019 U.S. population aged 12 years and older

Gender and age at admission	TEDS admissions											U.S. pop. aged 12 years and older
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2019
Gender												
Male	67.8	67.1	66.6	66.5	66.3	66.2	65.4	65.0	64.4	64.1	64.8	49.0
Female	32.2	32.9	33.4	33.5	33.7	33.8	34.6	35.0	35.6	35.9	35.2	51.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Age at admission												
12 years	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	1.5
13 years	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	1.5
14 years	0.8	0.8	0.8	0.8	0.7	0.5	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4	1.5
15 years	1.6	1.5	1.6	1.4	1.3	1.0	0.9	0.8	0.7	0.7	0.7	1.5
16 years	2.3	2.2	2.3	2.0	1.7	1.5	1.3	1.2	1.0	0.9	0.9	1.5
17 years	2.5	2.4	2.4	2.1	1.9	1.5	1.4	1.3	1.1	1.0	0.9	1.5
18 years	1.9	1.8	1.7	1.6	1.4	1.2	1.1	1.0	0.9	0.8	0.7	1.5
19 years	2.3	2.3	2.1	1.9	1.8	1.5	1.4	1.3	1.2	1.0	0.9	1.5
20 years	2.7	2.7	2.6	2.4	2.2	2.0	1.8	1.6	1.5	1.3	1.2	1.5
21 to 24 years	12.2	12.4	12.3	12.4	12.4	11.9	11.1	10.5	9.3	8.4	7.5	6.2
25 to 29 years	15.2	15.6	15.6	16.0	16.6	17.2	17.7	18.2	18.0	17.3	16.4	8.4
30 to 34 years	11.7	12.3	13.0	13.7	14.5	15.1	15.6	16.3	16.6	16.8	17.2	8.0
35 to 39 years	10.9	10.3	9.7	9.8	10.2	10.9	11.5	12.4	13.3	13.9	14.4	7.8
40 to 44 years	11.6	11.0	10.6	10.2	9.7	9.4	9.1	8.8	8.9	9.4	10.1	7.1
45 to 49 years	11.3	11.0	10.7	10.3	9.8	9.5	9.3	8.9	8.9	8.7	8.6	7.3
50 to 54 years	7.3	7.5	7.9	8.1	8.3	8.5	8.6	8.3	8.2	8.2	8.3	7.3
55 to 59 years	3.4	3.7	4.0	4.3	4.6	4.9	5.3	5.4	5.9	6.4	6.7	7.8
60 to 64 years	1.3	1.4	1.5	1.7	1.9	2.1	2.3	2.4	2.7	3.1	3.3	7.4
65 to 69 years	0.4	0.5	0.5	0.5	0.6	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	1.1	6.2
70 to 74 years	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	5.0
75 years and older	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	7.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

NOTES: Based on administrative data reported to TEDS by all reporting states and jurisdictions (excluding Puerto Rico, due to insufficient Census data necessary for Tables 1.3a–b, 1.4a–b, and 1.5a–b). Percentages may not sum to 100 percent due to rounding. Admissions for which values were not collected, unknown, or missing are excluded from the percentage base (denominator).

SOURCES: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Treatment Episode Data Set (TEDS). Data received through 11.03.20. Population: U.S. Census Bureau, Population Estimates Program, NC-EST2019-ALLDATA: "Monthly Population Estimates by Age, Sex, Race, and Hispanic Origin for the United States: April 1, 2010, to July 1, 2019 (with short-term projections to December 2020)," <https://www2.census.gov/programs-surveys/popest/datasets/2010-2019/national/asrh/nc-est2019-alldata-r>

Canada



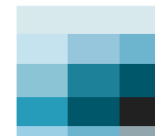
2018
SUBSTANCE USE IN CANADA

Improving
Quality of Life:
**Substance Use
and Aging**

INSPQ

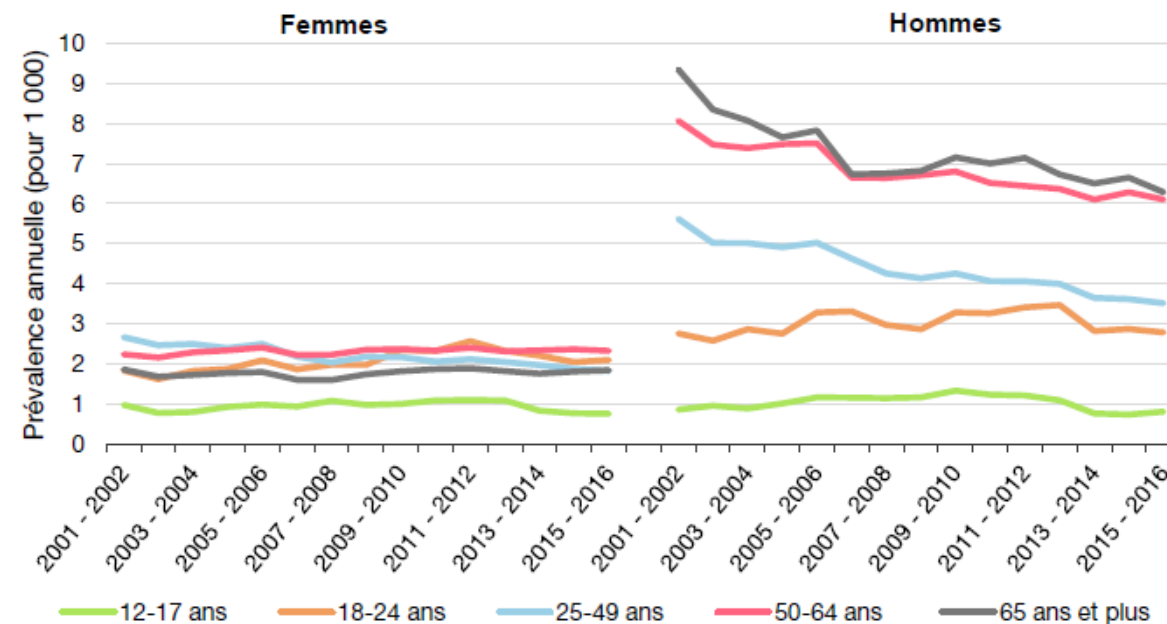
Données
administratives (codes
facturation médicale)

Les troubles liés aux substances
psychoactives – Prévalence des cas
identifiés à partir des banques de données
administratives, 2001-2016



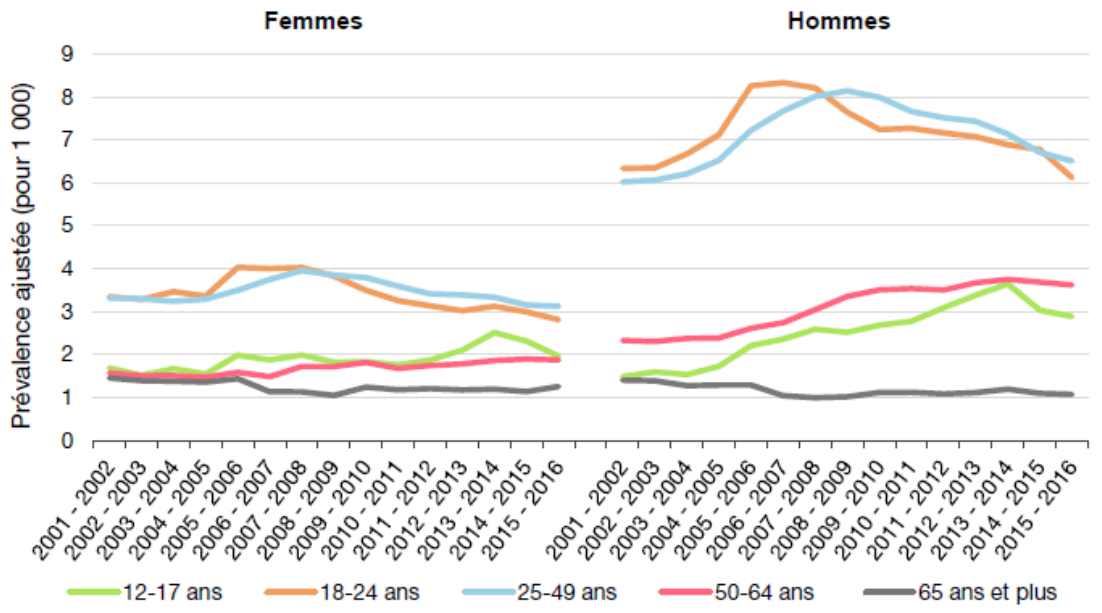
TU ALCOOL

Figure 5 Prévalence annuelle des troubles de l'utilisation d'alcool diagnostiqués chez les individus 12 ans et plus, Québec, 2001-2002 à 2015-2016, selon l'âge et le sexe



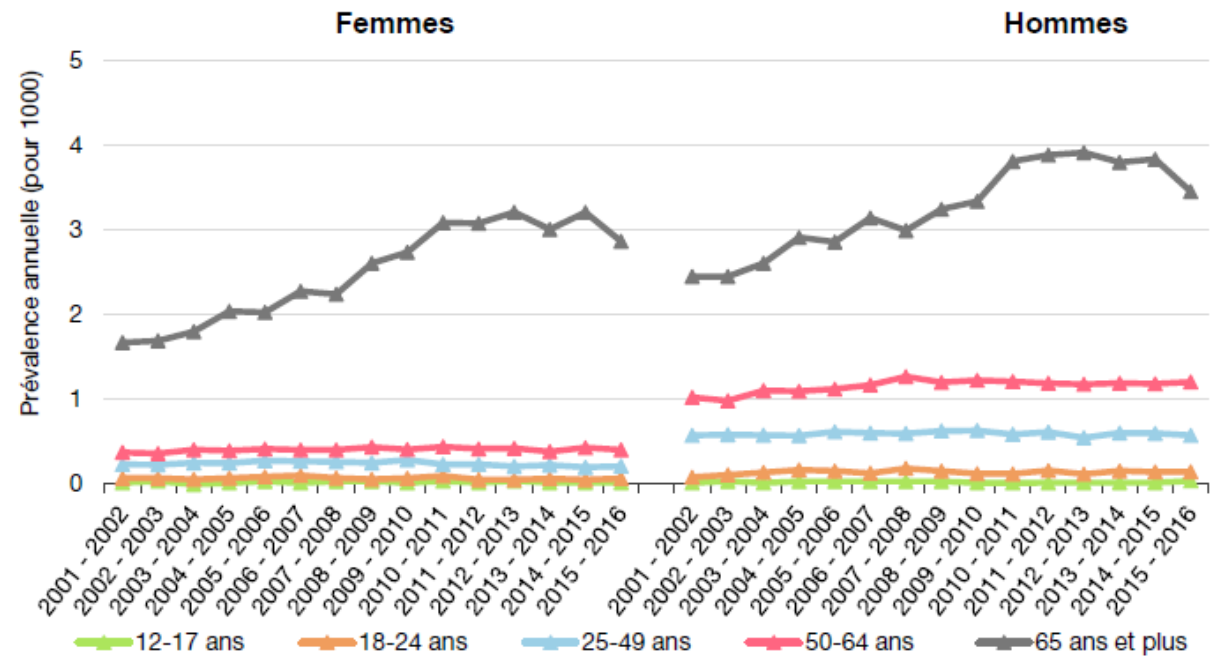
TUS DROGUE

Figure 7 Prévalence annuelle des troubles de l'utilisation d'une drogue diagnostiqués chez les individus de 12 ans et plus, Québec, 2001-2002 à 2015-2016, selon l'âge et le sexe



SEVRAGE ROH

Figure 9 Prévalence annuelle du sevrage d'alcool chez les 12 ans et plus, Québec, 2000-2001 à 2015-2016, selon l'âge et le sexe



Particularités

- Risque de sous-diagnostic
- Impact médical de la conso plus important

Table 1. Use of DSM-5 Criteria for the Diagnosis of Substance-Use Disorder in Older Adults.*

DSM-5 Criterion	Application of Criterion for Older Adult
Substance taken in greater amount than intended	Older adult may be impaired using the same amount taken when younger
There is persistent desire or unsuccessful effort to cut down or control use	Older adult may not realize use is problematic, especially with long-term use
There is excessive time spent to obtain, use, or recover from the substance	Same
There is craving for the substance	Same
Repeated use leads to inability to perform role in the workplace or at school or home	Role impairment is less pertinent; older adult may be retired and may be living alone
Use continues despite negative consequences in social and interpersonal situations	Same
Valued social or work-related roles are stopped because of use	Effect of substance use on social roles is less obvious if older adult is no longer working
Repeated substance use occurs in potentially dangerous situations	Same; older adult may be at increased risk for impaired driving
Substance use not deterred by medical or psychiatric complication	Same; medical consequences can be serious, including confusion, falls with injury, and psychiatric symptoms
Tolerance develops: increasing amount is needed to obtain effects	Symptomatic impairment may occur without an obvious need for increasing the amount
Withdrawal syndrome occurs or patient takes substance to prevent withdrawal	Withdrawal syndrome can occur with more subtle symptoms such as confusion

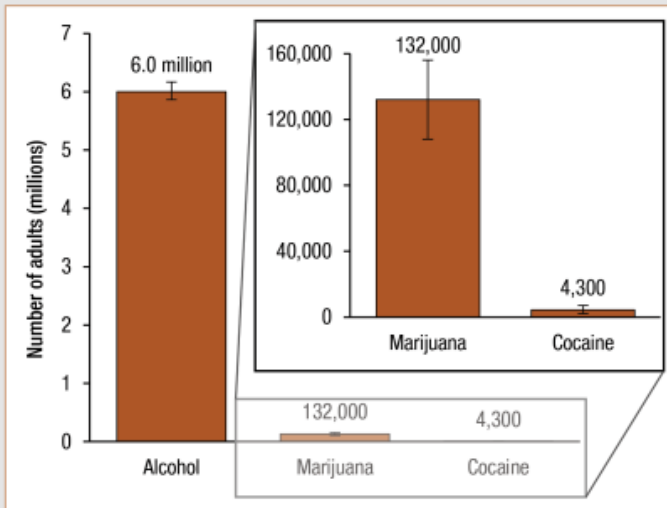
* DSM-5 denotes *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fifth edition.

Quizz

- Quelle substance est la plus fréquente chez les personnes âgées ?
 - a) Alcool
 - b) Mésusage de médicaments prescrits
 - c) Benzodiazépine
 - d) Cannabis (depuis sa légalité)

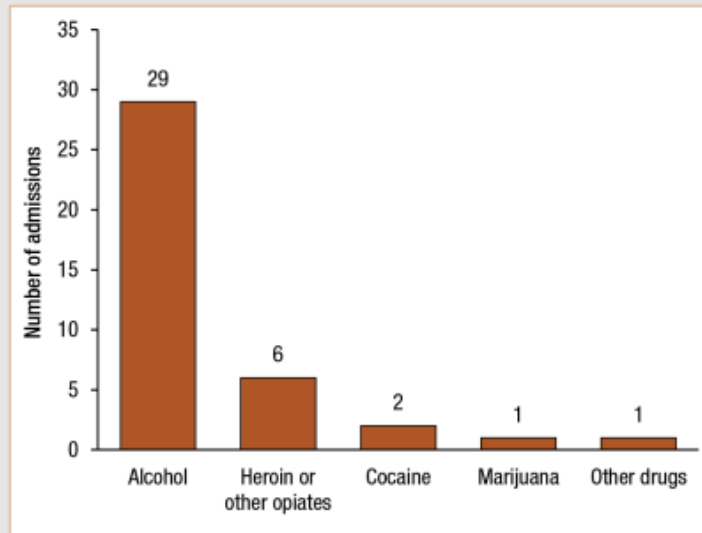
Profil de consommation

Figure 1. Number of adults aged 65 or older who used alcohol, marijuana, or cocaine on an average day: annual averages, 2007 to 2014 NSDUHs



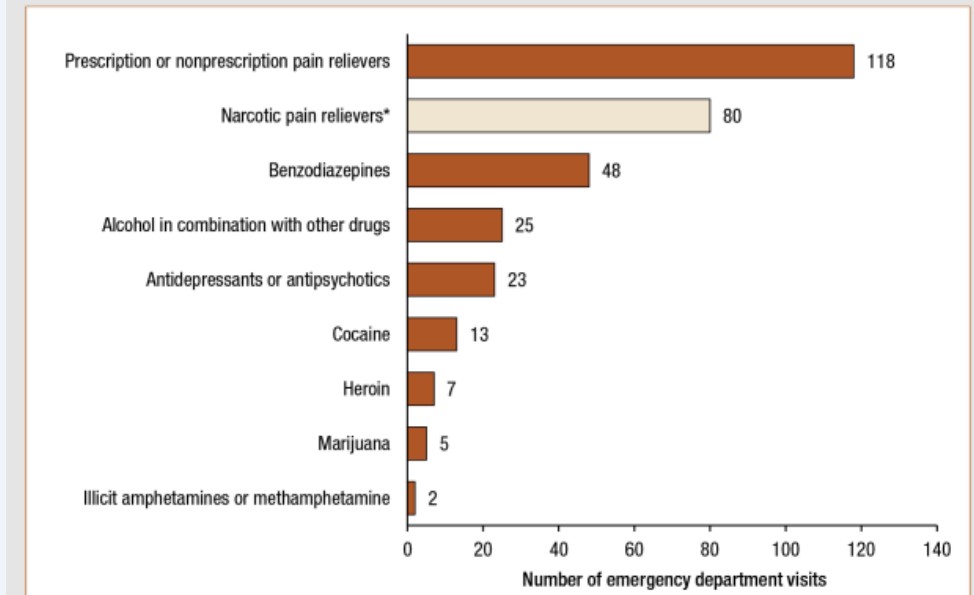
Source: SAMHSA, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, National Surveys on Drug Use and Health (NSDUHs), 2007 to 2014.

Figure 2. Number of admissions aged 65 or older admitted substance abuse treatment, by primary substance of abuse: 2012 TEDS



Source: SAMHSA, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Treatment Episode Data Set (TEDS), 2012.

Figure 4. Number of emergency department visits for drug misuse on an average day for patients aged 65 or older, by selected types of drugs: 2011 DAWN



* Narcotic pain relievers are a subset of prescription or nonprescription pain relievers.

Source: SAMHSA, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Drug Abuse Warning Network (DAWN), 2011.

Profil précoce vs tardif

Précoce (début < 25 ans)

- Impact long terme
- Comorbidités: hépatite, endocardite, cirrhose, etc.
- Polypharmacie
- Mauvaise hygiène dentaire: impact sur l'alimentation.

Tardif (début > 25 ans)

- Meilleure santé
- Meilleur pronostic: plus haut taux d'abstinence après 12 mois (ROH)

*Facteurs de risque

- Isolement social
- Bouleversement soudain du style de vie (ex: retraite)
- Détérioration de la santé physique

Consommation de substances et dépendance

Introduction et méthodologie

Alcool

Benzodiazépines

Cannabis

Opioides

Lignes directrices canadiennes sur les TLU chez la PA
- Particularités chez la PA, ajustements à faire

Gestion de la polypharmacie

Cas clinique

- Pt, 64 ans, STMU
 - RA : Cellulite pied G
 - ATCD:
 - TUO sous méthadone
 - TU cocaïne 1x/sem + cannabis HS
 - Semble stable
 - Trouble anxieux NS
 - Insomnie
 - Vessie hyperactive
 - Hernie discale avec sciatalgie chronique x 2 ans
 - Meilleure gestion de la douleur dans la dernière année avec ajustement pharmaco
 - Inquiétudes de l'équipe psychosociale
 - Un peu plus désorganisé, graduel
 - Oublis quelques rendez-vous – de novo
 - Plus ralenti, moins bavard
- DDX large
 - Augmentation/rechute/nouvelle conso/mésusage?
 - Dépression ou autre tb psy
 - Début trouble cognitif ou autre processus IC (AVC, etc.)
 - *Polypharmacie*

Cas clinique

Médication

Stable depuis plus de 5 ans

- Methadone 110 mg PO DIE 1/7
- Quetiapine XL 100 mg + 25 mg BID PRN si anxiété
- Oxybutynine LA 10 mg DIE
- Citalopram 20 mg DIE
- Diazepam 10 mg HS (Diminuer il y a 10 ans de TID à DIE HS refus catégorique de sevrer davantage)

Dans la dernière année, rajout graduel de:

- Pregabalin 300 mg BID
- Amitriptyline 50 mg HS

Médication potentiellement inappropriée chez PA

Critères de Beers

Outil STOPP-START

Table 2. 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria[®] for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults^a

Organ System, Therapeutic Category, Drug(s)	Rationale	Recommendation	Quality of Evidence	Strength of Recommendation
Central nervous system				
Antidepressants, alone or in combination Amitriptyline Amoxapine Clomipramine Desipramine Doxepin >6 mg/day Imipramine	Highly anticholinergic, sedating, and cause orthostatic hypotension; safety profile of low-dose doxepin (≤6 mg/day) comparable to that of placebo	Avoid	High	Strong
Nortriptyline Paroxetine Protriptyline Trimipramine				
Antipsychotics, first (conventional) and second (atypical) generation	Increased risk of cerebrovascular accident (stroke) and greater rate of cognitive decline and mortality in persons with dementia Avoid antipsychotics for behavioral problems of dementia or delirium unless nonpharmacological options (eg, behavioral interventions) have failed or are not possible <i>and</i> the older adult is threatening substantial harm to self or others	Avoid, except in schizophrenia or bipolar disorder, or for short-term use as antiemetic during chemotherapy	Moderate	Strong
Benzodiazepines <i>Short and intermediate acting:</i> Alprazolam Eszolam Lorazepam Oxazepam Temazepam Triazolam <i>Long acting:</i> Chlordiazepoxide (alone or in combination with amitriptyline or cimetidine) Clonazepam Clorazepate Diazepam Flurazepam Quazepam	Older adults have increased sensitivity to benzodiazepines and decreased metabolism of long-acting agents; in general, all benzodiazepines increase risk of cognitive impairment, delirium, falls, fractures, and motor vehicle crashes in older adults May be appropriate for seizure disorders, rapid eye movement sleep behavior disorder, benzodiazepine withdrawal, ethanol withdrawal, severe generalized anxiety disorder, and preprocedural anesthesia	Avoid	Moderate	Strong

Exemple- Section D: CNS criteria

D4. Selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRI's) with current or recent significant hyponatraemia i.e. serum Na⁺ < 130 mmol/l (risk of exacerbating or precipitating hyponatraemia).

D6. Antipsychotics (i.e. other than quetiapine or clozapine) in those with parkinsonism or Lewy Body Disease (risk of severe extrapyramidal symptoms)

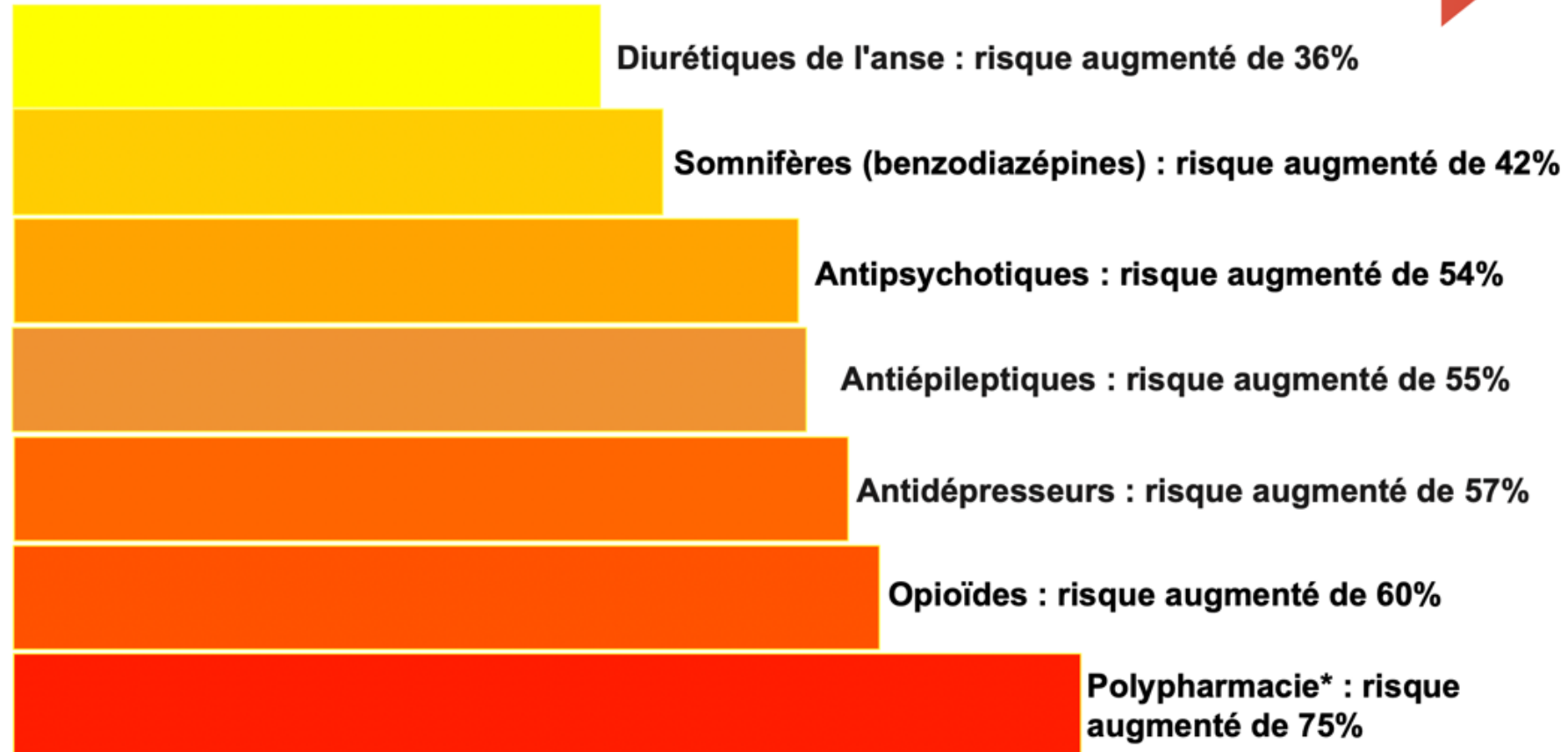
Charge anticholinergique

Effet anticholinergique

- **Sédation**
- **Atteinte cognitive**
- Constipation
- Xérostomie
- Rétention urinaire

Élevé	Modéré	Bas
Amitriptyline/Trimipramine		Aripiprazole / risperidone
Benztropine		Atenolol
<i>Solifenacine</i>		Trazodone
Diphenhydramine		Bupropion/citalopram
Doxepine		Digoxine
	<i>Paroxetine</i> <i>Quetiapine/ Olanzapine</i> <i>Tramadol</i> <i>Furosémide</i> <i>Oxybutinine</i>	

Quels médicaments augmentent le risque de chutes chez les aînés ?



**Dans cette analyse, la polypharmacie était généralement définie comme étant la prise de 4 médicaments ou plus.*

Sources: [de Vries M et al. 2018](#), [Seppala LJ et al. 2018](#), [Seppala LJ et al. 2018](#)

Médicaments pour TUS

Médication	Effets secondaires pertinent CNS Source: Rx vigilance
Naltrexone	Étourdissement 1-10%. Somnolence 1-10%.
Acamprosate	étourdissements 3%, somnolence (pas%) ** attention IRC à calculer
Gabapentin	Ataxie 1-13%, étourdissements 17-28%, Somnolence 19-21%
Topiramate	Ataxie 15-21%, atteinte psychomotrice 17-21%, confusion 10-14%, étourdissements 28-32%, trouble de la mémoire 12-15%, somnolence 28-30%

Médication IDEM	Spécificités
1 ^{er} ligne Buprenorphine- naloxone	** attention à la medication de gestion de sevrage chez PA
2 ^{ième} ligne Méthadone	
3 ^{ième} ligne Morphine SR	**IRC Début avec courte action d'abord GRADE: low/waek

Réduire dose initiale de medication pour TAO (ex: de 25%-50%); augmentation plus lente (ex: de 25%-50%);
GRADE: low/strong

Médication à privilégier chez PA: insomnie & dépression

Insomnie

Tableau 3 : Outil d'aide pour le choix d'un hypnotique chez la personne âgée

MÉDICAMENTS À PRIVILÉGIER

- Produits naturels (mélatonine)
- Antidépresseurs tricycliques (doxépine à très faible dose, 3 et 6 mg/comprimé)
- Antidépresseurs sédatifs (trazodone)
- Benzodiazépines conjuguées (lorazépam, oxazépam, témazépam)
- Hypnotiques non-benzodiazépines (zopiclone, zolpidem, eszopiclone)

MÉDICAMENTS À CONSIDÉRER

- Antagonistes des récepteurs des orexines (lemborexant)[#]
- Antidépresseurs sédatifs (mirtazapine)
- Antipsychotiques atypiques (quétiapine)

MÉDICAMENTS À ÉVITER

- Antihistaminiques (ex. diphenhydramine, dimenhhydrinate, doxylamine)
- Antidépresseurs tricycliques (ex. amitriptyline, nortriptyline, désipramine)
- Benzodiazépines oxydées (ex. diazépam, flurazépam)

Gestion des hypnotiques en UCDG, RUSHGQ, 2021

Dépression

Table 6.

Algorithmic Pharmacological Treatment of Late-Life Depression.

Recommendation	Treatment	Level of Evidence
First line	Duloxetine, mirtazapine, nortriptyline	Level 1
	Bupropion, citalopram/escitalopram, desvenlafaxine, duloxetine, sertraline, venlafaxine, vortioxetine	Level 2
Second line	Switch to	
	Nortriptyline	Level 1
	Moclobemide, phenelzine, quetiapine, trazodone	Level 2
	Bupropion	Level 3
	Combine with	
Aripiprazole, lithium	Level 1	
Methylphenidate	Level 2	
Third line	Switch to	
	Amitriptyline, imipramine	Level 2
	Combine SSRI or SNRI with	
Bupropion, SSRI	Level 3	

[Open in a separate window](#)

SNRI, serotonin and norepinephrine reuptake inhibitor; SSRI, selective serotonin reuptake inhibitor.

CANMAT, Can J Psychiatry, 2016

Retour cas clinique

Médication

- Methadone 10 mg PO DIE 1/7
- Quetiapine XR 100 mg + 25 mg BID PRN si anxiété
- Oxybutynine LA 10 mg DIE
- Citalopram 20 mg DIE
- Diazepam 10 mg HS
- Tylenol 1g TID régulier
- Pregabalin 300 mg BID
- Amitriptyline 50 mg HS

Attention à

- Effets cumulatifs anticholinergiques
- Nouvelle condition de santé changeant la tolérance
- Prise erratique vs régulière
- La Rx a-t-elle vraiment aidé ?

Approche

- Pilulier
- Si déprescription,
 - Préférable un médicament à la fois
 - Sauf urgence (ex: délirium)
 - Si système différent (ex: CNS, uro)
 - Lentement
 - Identifier médication prioritaire + préférence du pt
 - Ex: diminution Amitriptyline, garder Diazepam
 - Faire un suivi

La gestion du TUA chez la PA –
sevrage et maintien de
l'abstinence

TUA chez la PA: quand y penser?



Canadian Coalition
for Seniors' Mental Health

Coalition Canadienne pour
la Santé Mentale des
Personnes Âgées

Physical Symptom Screening Triggers (Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 1998)

- Sleep complaints; observable changes in sleeping patterns; unusual fatigue, malaise, or daytime drowsiness; apparent sedation (e.g., a formerly punctual older adult begins oversleeping and is not ready when the senior centre van arrives for pickup)
- Cognitive impairment, memory or concentration disturbances, disorientation, or confusion (e.g., family members have difficulty following an older adult's conversation, the older adult is no longer able to participate in their weekly bridge game or track the plot on daily soap operas)
- Seizures, malnutrition, muscle wasting
- Liver function abnormalities
- Persistent irritability (without obvious cause) and altered mood, depression, or anxiety
- Unexplained complaints about chronic pain or other somatic conditions
- Incontinence, urinary retention, difficulty urinating
- Poor hygiene and self-neglect
- Unusual restlessness and agitation
- Complaints of blurred vision or dry mouth
- Unexplained nausea and vomiting or gastrointestinal distress
- Changes in eating habits
- Slurred speech
- Tremor, poor motor co-ordination, shuffling gait
- Frequent falls and unexplained bruising

Spécificités du métabolisme ROH chez la PA

- **Pas de changement significatif** dans le métabolisme hépatique de l'alcool avec l'âge
- Métabolisme en général ralenti = **pic de la concentration dans le sang plus élevé** et + de vulnérabilité aux effets
- Effet de premier passage hépatique ↓ = pic de la concentration dans le sang ↑
- **Perméabilité ↑ de la barrière hémato-encéphalique** = ↑ vulnérabilité aux effets

Dépistage chez la PA

SCREENING TOOL	GERIATRIC SPECIFIC	TIME TO ADMINISTER (IN MINUTES)	PROS	CONS
Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	No	5-10	<ul style="list-style-type: none"> Assesses hazardous and harmful alcohol use Provides information about quantity and frequency of use Assesses for negative alcohol-related consequences 	<ul style="list-style-type: none"> Requires intact memory and mental calculation Does not consider age-specific risks or differential presentation Is face-valid, therefore easy to deny
CAGE	No	1-2	<ul style="list-style-type: none"> Brief Easy to administer from memory Easy to score 	<ul style="list-style-type: none"> Originally designed for use with adults and ineffective for older adults Only assesses for AUD Is face-valid and fairly confrontational, therefore easy to deny or elicit defensiveness
Shortened Michigan Alcoholism Test – Geriatric version (SMAST-G)	Yes	2-5	<ul style="list-style-type: none"> First geriatric-specific screening tool Assesses for potential reasons for, and associated problems with, alcohol use 	<ul style="list-style-type: none"> Only assesses for AUD Is face-valid, therefore easy to deny Some questions require insight or self-awareness of a problem
Comorbidity Alcohol Risk Evaluation Tool (CARET)	Yes	2-5	<ul style="list-style-type: none"> Provides information about quantity and frequency of use Incorporates questions about medical conditions, medication use, and functional status 	<ul style="list-style-type: none"> Requires intact memory and mental calculation Not readily available to clinicians; must contact author Computer-scored
Senior Alcohol Misuse Indicator (SAMI)	Yes	2-5	<ul style="list-style-type: none"> Geriatric specific screening tool that is non-confrontational and preserves therapeutic alliance Designed for geriatric outreach clinicians Gentle, non-judgmental language with open-ended questions 	<ul style="list-style-type: none"> Challenging to score Few studies beyond the initial validation studies by the author

Table 1. Screening tools used with the older adult population

Sevrage ROH chez la PA: quand y penser?

Hospitalisation imprévue

Hospitalisation électorive

Chirurgie urgente

Chirurgie électorive

Déménagement en CHSLD ou dans un milieu de vie où la consommation pose problème

Toute nouvelle perte d'autonomie ou de mobilité qui pourrait entraîner une difficulté à se procurer la substance ou à consommer

Spécificités du sevrage chez la PA

- Sevrage retardé = ad **une semaine après** réduction ou cessation
- Peut se manifester comme un **état délirieux non spécifique**
- Un sevrage chez la PA ≥ 75 ans devrait être systématiquement planifiée en **intra-hospitalier**
- Privilégier des **benzodiazépines à courte durée d'action** et ajustement des dosages (i.e. réduction parfois ad 50 % de la dose requise chez un adulte plus jeune)
- Carences nutritionnelles plus fréquentes chez la PA, surtout surveiller **hypomagnésémie sévère**

Outils de gradation des symptômes

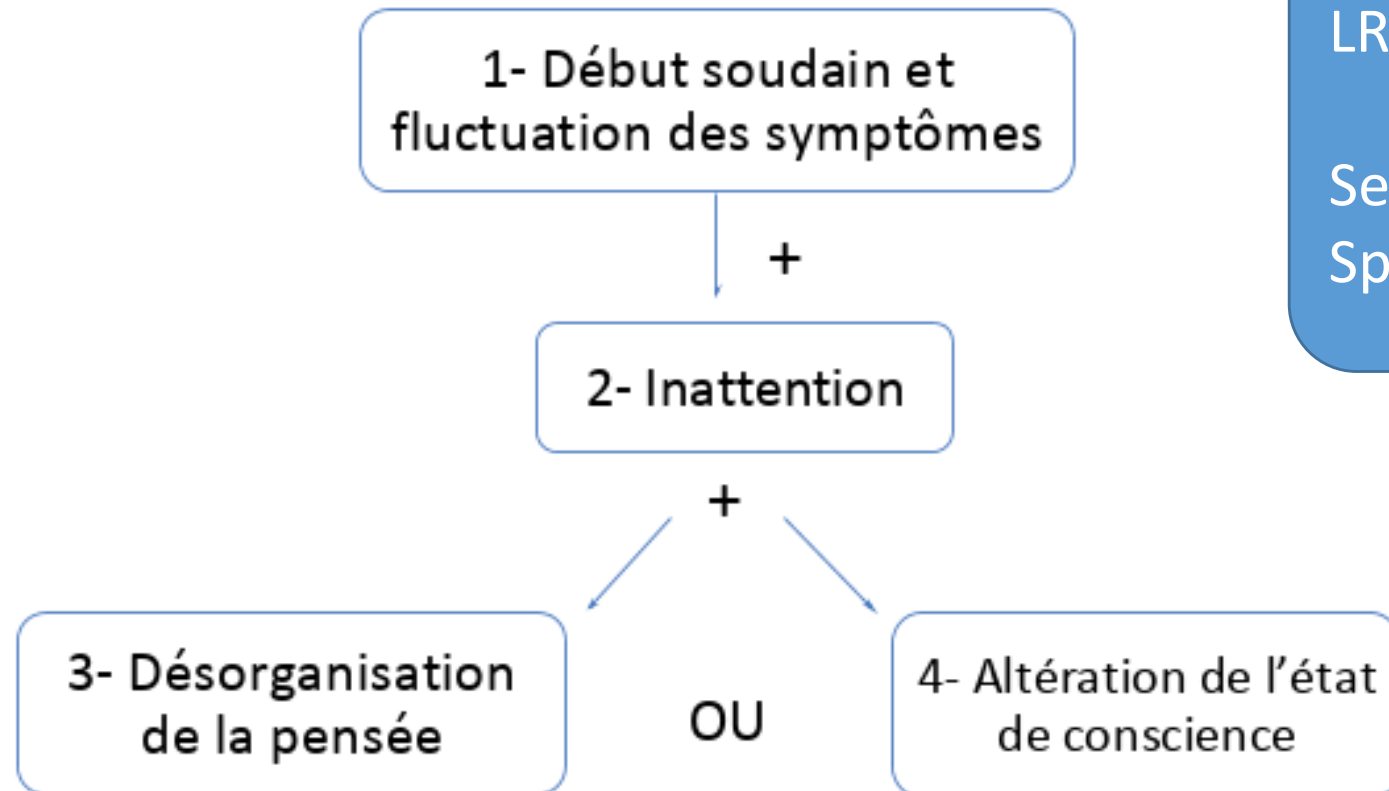
- **CIWA-Ar**
 - Bon outil pour évaluer la sévérité du sevrage
 - Non validé chez la PA
- **CAM**
 - Bon outil pour évaluer le délirium
 - Non validé en contexte de sevrage ROH

CIWA-Ar

Fiche du CIWA-Ar

Année	Mois	Jour	Heure	Pression artérielle	Pulsations	Température
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nausées et vomissements – Demandez : « Avez-vous mal au cœur ou des nausées ? Avez-vous vomi ? » Observez :				Troubles auditifs – Demandez : « Êtes-vous plus sensible aux sons qui vous entourent ? Sont-ils stridents ? Vous font-ils peur ? Entendez-vous un son qui vous agace, vous irrite ? Avez-vous l'impression de percevoir ou d'entendre des sons et des bruits qui n'existent pas ? » Observez :		
<input type="checkbox"/> Pas de nausées ni de vomissements <input type="checkbox"/> Nausées légères sans vomissements <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nausées intermittentes avec haut-le-cœur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nausées constantes, haut-le-cœur fréquents et vomissements				<input type="checkbox"/> Absents <input type="checkbox"/> Très peu stridents ou effrayants <input type="checkbox"/> Peu stridents ou effrayants <input type="checkbox"/> Modérément stridents ou effrayants <input type="checkbox"/> Hallucinations modérées <input type="checkbox"/> Hallucinations importantes <input type="checkbox"/> Hallucinations extrêmement importantes <input type="checkbox"/> Hallucinations continues		
Tremblements – Bras étendus, doigts écartés. Observez :				Troubles visuels – Demandez : « La lumière vous paraît-elle vive ? La couleur est-elle différente ? Vous fait-elle mal aux yeux ? Est-ce que vous voyez quelque chose qui vous perturbe ? Qui vous dérange ? Avez-vous l'impression de voir des choses qui n'existent pas réellement autour de vous ? » Observez.		
<input type="checkbox"/> Pas de tremblements <input type="checkbox"/> Non visibles, mais peuvent être perçus ou sentis du bout des doigts <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Modérés, le patient ayant les bras étendus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Importants, sans les bras étendus				<input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> Très peu sensible <input type="checkbox"/> Peu sensible <input type="checkbox"/> Modérément sensible <input type="checkbox"/> Hallucinations modérées <input type="checkbox"/> Hallucinations importantes <input type="checkbox"/> Hallucinations extrêmement importantes <input type="checkbox"/> Hallucinations continues		
Sueurs – Observez :				Maux de tête, tête lourde – Demandez : « Avez-vous des sensations étranges à la tête ? Avez-vous l'impression que quelque chose vous serre la tête ? Avez-vous l'impression d'avoir la tête dans un étui ou que votre tête va éclater ? Avez-vous l'impression d'avoir un bandeau autour de la tête ? » Ne pas évaluer les étourdissements ni les sensations d'ébriété. Évaluez plutôt l'intensité des autres symptômes.		
<input type="checkbox"/> Pas de sueurs visibles <input type="checkbox"/> Sueurs à peine perceptibles, paumes moites <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Front perlé de sueurs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trampé de sueurs				<input type="checkbox"/> Absentes <input type="checkbox"/> Très légères <input type="checkbox"/> Légères <input type="checkbox"/> Modérées <input type="checkbox"/> Modérément importantes <input type="checkbox"/> Importantes <input type="checkbox"/> Très importantes <input type="checkbox"/> Extrêmement importantes		
Anxiété – Demandez : « Vous sentez-vous nerveux ? » Observez :				Orientaion par rapport au temps, à l'espace et aux personnes – Demandez : « Quel jour sommes-nous ? Quelle est la date ? Où êtes-vous ? Qui suis-je ? »		
<input type="checkbox"/> Calme, détendu <input type="checkbox"/> Légèrement anxieux <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Modérément anxieux ou sur ses gardes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Équivalent à un état de panique aigu ayant un tableau semblable au délirium ou aux réactions schizoéphréniques aiguës				<input type="checkbox"/> Orienté(e) et peut additionner des nombres en série <input type="checkbox"/> Ne peut additionner des nombres en série ou est incertain de la date <input type="checkbox"/> Erreur de date de 2 jours ou moins <input type="checkbox"/> Erreur de date de plus de 2 jours <input type="checkbox"/> Désorienté(e) dans l'espace ou par rapport aux personnes		
Agitation – Observez :				Score CIWA-Ar Total (max. = 67) : <input type="text"/> <input type="text"/> (Ajouter les scores de chaque point)		
<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Normale, mais légèrement accrue <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Patient modérément nerveux et agité, ne tient pas en place, impatient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Marche de long en large pendant la plus grande partie de l'entretien ou agite les pieds et les mains (agitation presque constante)				Nom de l'évaluateur : _____		
Troubles tactiles – Demandez : « Avez-vous des démangeaisons, des sensations de fourmillement, de chaleur, d'engourdissement ou avez-vous l'impression qu'il y a des insectes qui courent sur votre peau ». Observez :				Prénom, nom <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Très peu de démangeaisons, de fourmillements, de sensations de chaleur ou d'engourdissements <input type="checkbox"/> Peu de démangeaisons, de sensations de chaleur ou d'engourdissements <input type="checkbox"/> Démangeaisons, fourmillements, sensations de chaleur ou engourdissements modérés <input type="checkbox"/> Hallucinations modérées <input type="checkbox"/> Hallucinations importantes <input type="checkbox"/> Hallucinations extrêmement importantes <input type="checkbox"/> Hallucinations continues						

CAM



LR+ 9.6
LR – 0.16

Se : 94-100
Sp: 95-100

Types de traitement

Selon symptômes

- En se servant du score CIWA
- ↓ Risques de surdoses
- ↑ Implication du nursing
- Bonne idée chez la PA

Doses fixes

- Intervalle fixe parfois trop rigide
- ↑ Risque de surdose
- ↓ Implication du nursing

Mixte

- Dose de charge + selon CIWA
- Plus de souplesse pour le personnel
- Demande une certaine interprétation
- Avec **diazépam** surtout... pas une bonne idée chez la PA...

Protocole du *Vancouver General Hospital*

- Présenté par l'équipe du Dr P Chan lors du congrès annuel de l'Académie canadienne de gérontopsychiatrie (ACGP) en 2019
- Selon étude maison (Pré protocole n=33, post protocole n=30)
 - ↓ cliniquement significative de la durée d'utilisation des bzd
 - ↓ dose cumulative de bzd nécessaire pour compléter le sevrage
 - ↓ utilisation de médicaments adjuvantes
- Bémols: étude rétrospective, non randomisée, fidélité au protocole imparfaite
 - Néanmoins un bon point de départ...

PRESCRIPTION/PROTOCOLE CHEZ LES ≥ 70 ans

- **Lorazepam** 0.5 à 1 mg PO ou SL ou IM ou SC q 1 h PRN selon CIWA-Ar
- Évaluation du CIWA-Ar q 1h initialement
 - Entre 0-9 : pas de médication; réévaluer q 1h X 3, puis q 6h X 24h puis q 24h X 72h
 - Entre 10-19 : 0.5 mg à 1 mg tel que si haut ad score CIWA-Ar < 10
 - ≥ 20 : réévaluation médicale immédiate; réévaluer CIWA-Ar q30-45 min ad <20
- Évaluation du CAM die
 - si CAM + = réévaluation médicale immédiate
- Évaluation médicale immédiate si:
 - CIWA ≥ 20
 - **Lorazepam** ≥ 10 mg/24h
 - Convulsion
 - Fc ≥ 120
 - TAs ≥ 180 ou Tad ≥ 120
- CESSER LE PROTOCOLE SI PATIENT CONFUS, AGITÉ OU SOMNOLENT

Les vitamines au congé ou en externe

- Thiamine

- Thiamine 100 PO bid x 1 mois pour repleter serait équivalent au 500 IV x 3 initial
- RECOMMANDATION CCSMPA: Thiamine 50 mg PO die chez tout buveur important en prévention du Wernicke/Korsakoff

- Autres vitamines

- Les autres vitamines pourraient contribuer à la polypharmacie, à conserver au congé ou donner en externe selon jugement clinique

Traitement au long cours

- RECOMMANDATION CCSMPA : La **naltrexone** peut être utilisée pour réduire la consommation d'alcool et faciliter l'abstinence; l'**acamprosate** peut être utilisée pour faciliter l'abstinence.

GRADE : Évidence élevée, Force élevée

Les TNC et troubles de la marche
chez les PA avec TU – évaluation
et prise en charge

Troubles cognitifs – chez qui les suspecter?

Patient qui arrive en retard à son rendez-vous

Patient qui oublie motif de consultation

Patient qui oublie plusieurs rendez-vous de suite

Patient vêtu avec vêtements sales ou inappropriés pour la saison

Patient qui semble avoir perdu beaucoup de poids de façon inexplicquée

Patient qui pose des questions répétitives, répète les mêmes choses

Patient qui présente augmentation du tonus anormale, tremblement nouveau

Trouble neuro-cognitif majeur– DSM 5

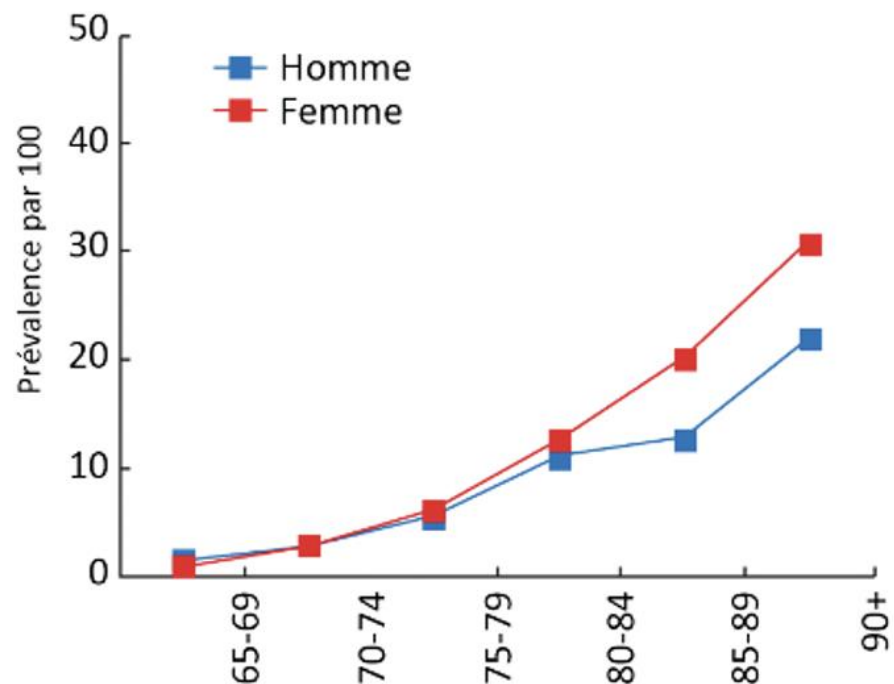
A	Déclin cognitif significatif par rapport au niveau de performance antérieur dans un domaine cognitif ou plus Attention complexe, apprentissage et mémoire, fonctions exécutives, langage, perception-motricité, cognition sociale
B	Les déficits interfèrent avec l'autonomie dans les activités quotidiennes AVD AVQ
C	Pas dans le cadre d'un délirium
D	Pas mieux expliqués par un autre trouble mental

TNC induit par une substance – DSM 5

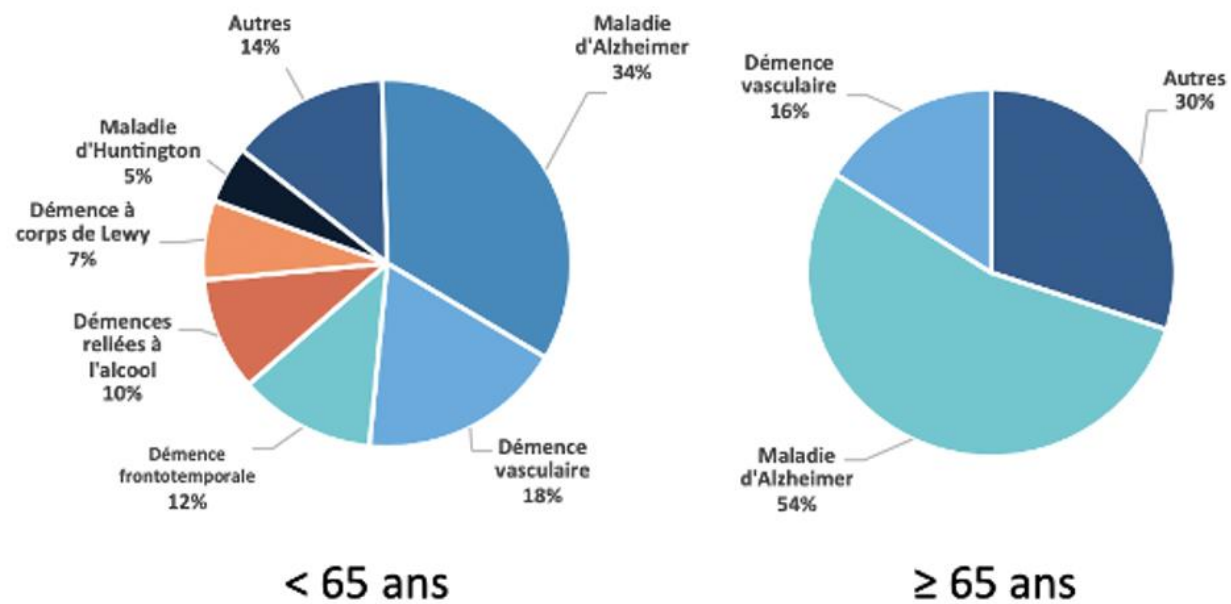
A	Les critères du TNCM ou TNC léger sont remplis
B	Les altérations cognitives ne surviennent pas exclusivement pendant un delirium et persistent au-delà de la durée habituelle de l'intox ou du sevrage aigu.
C	La substance est capable de produire l'altération cognitive. Alcool, substance inhalée, sédatif, hypnotique ou anxiolytique, substance autre...
D	L'évolution temporelle des déficits neurocognitifs concorde avec la période d'usage et d'abstinence de la substance. (ex: les déficits s'améliorent après une période d'abstinence)
E	Pas mieux expliqué par autre trouble mental

Prévalence et étiologies des TNC

Prévalence des démences selon l'âge



Étiologies des démences selon l'âge



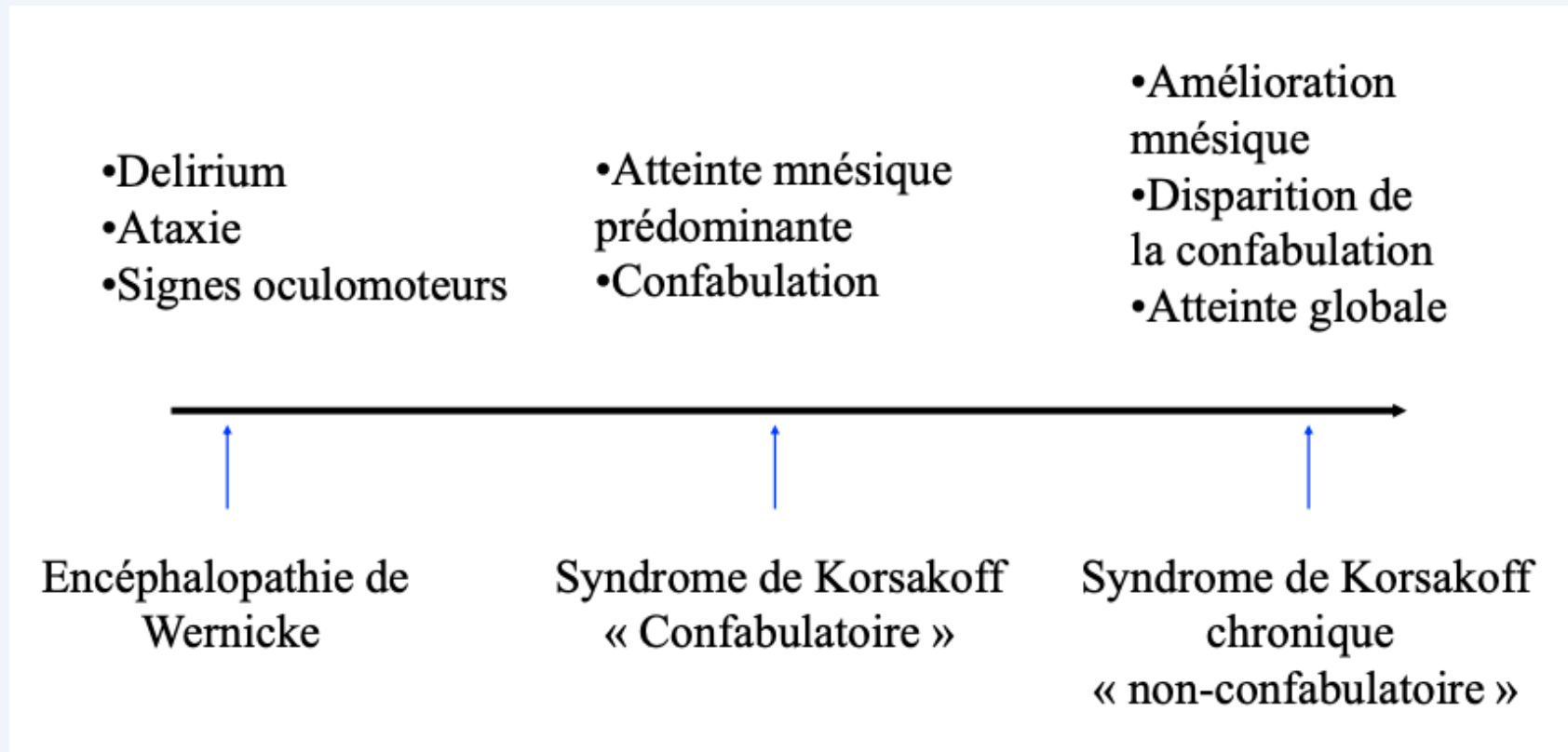
Syndromes cognitifs reliés à l'alcool

- Encéphalopathies sub-aiguës ou chroniques
 - Encéphalopathie post-trauma
 - Hématome sous-dural
 - Encéphalopathie hépatique
 - Myélinolyse centropontine
- Déficits nutritionnels
 - [Syndrome Wernicke-Korsakoff](#)
 - Encéphalopathie associée à la pelagre
- Syndrome Marchiafava-Bignami
- TNCM
 - Facteur de risque pour autres démences (RR 4.6)
 - [Démence éthylique](#)

Victor, Can J Neurol Sc 1994
Saunders, Br J Psych 1991

Démence éthylique

- continuum d'une même maladie?



Massoud 2018

Ridley, Alz Res & Ther 2013

Démence éthylique

- Description

- Syndrome clinique multifactoriel
 - Neurotoxicité de l'alcool
 - AVC
 - Perturbations métaboliques
 - TCC
 - Contribution du déficit en thiamine?
- Profil frontal/sous-cortical
- Persistant plus de 60 jours post arrêt; apparaissant 3 ans après le début de l'intox

Démence éthylique - Critères Dx

Il n'est pas possible aujourd'hui de donner une définition définitive de la démence alcoolique (DA). La classification suivante est proposée à titre expérimental

Diagnostic de DA certaine

Il n'existe pas, actuellement, de critères permettant de porter le diagnostic de DA avec certitude

Diagnostic de DA probable

A. Les critères de DA probables sont:

1. Un diagnostic clinique de démence 60 jours au moins après la dernière prise d'alcool
2. Une intoxication éthylique significative, définie par une consommation moyenne d'au moins 35 verres standards par semaine pour les hommes et de 28 pour les femmes pendant une période supérieure à cinq ans. Cette période d'intoxication doit précéder de trois ans le début des troubles

B. Le diagnostic de DA probable est confirmé par la présence d'un des signes suivants:

1. Perturbations hépatiques, pancréatiques, gastro-intestinales, cardiovasculaires ou rénales liées à l'alcool
2. Ataxie ou polynévrite sensitive (non attribuable à une autre cause)
3. Après 60 jours d'abstinence, le déficit cognitif se stabilise ou s'améliore
4. Après 60 jours d'abstinence, les images d'élargissement des sillons corticaux ou de dilatation ventriculaire diminuent
5. Mise en évidence à l'imagerie d'une atrophie cérébelleuse, spécialement vermienne

C. La présence des symptômes suivants rendent le diagnostic de DA peu vraisemblable:

1. Présence d'un trouble du langage, en particulier aphasia ou anomie
2. Présence de symptômes ou de signes neurologiques focaux (en dehors de l'ataxie et de la polynévrite)
3. Mise en évidence par l'imagerie d'infarctus corticaux ou sous-corticaux, d'hématome sous-dural ou d'une autre pathologie cérébrale focale
4. Score élevé à l'échelle d'Hachinski

D. Les signes cliniques suivants n'apportent ni soutien ni doute pour le diagnostic de DA:

1. Présence d'atrophie à l'imagerie cérébrale
2. Présence de lésions de la substance blanche profonde ou périventriculaire en l'absence d'infarctus focaux
3. Présence de l'allèle e4 de l'apolipoprotéine E

Diagnostic de DA possible peut être fait en présence

1. D'un diagnostic clinique de démence après au moins 60 jours de sevrage
2. Soit d'une intoxication éthylique significative définie par une consommation moyenne d'au moins 35 verres standards par semaine pour les hommes et de 28 pour les femmes pendant une période supérieure à cinq ans. Toutefois la période d'intoxication est survenue plus de trois ans avant le début des troubles, mais doit avoir eu lieu dans les dix ans avant le début ; soit d'une intoxication éthylique possible définie par un minimum de 21 verres standards par semaine pour les hommes (14 pour les femmes), mais demeurant inférieure à 34 verres par semaine pour les hommes (27 pour les femmes) pendant cinq ans. La période d'intoxication doit être survenue dans les trois ans précédant le début des troubles cognitifs

Démence mixte

Le diagnostic de démence mixte est réservé pour les cas de démence qui paraissent relever de plus d'une étiologie. La classification de probable et de possible doit continuer à être utilisée pour établir le degré de certitude de la DA. La classification de démence mixte ne doit pas être utilisée pour traduire une incertitude du diagnostic ou impliquer un diagnostic différentiel

Alcool comme facteur contributif dans le développement d'une démence

Cette expression est utilisée dans les situations dans lesquelles une consommation d'alcool est présente, mais ne remplit pas les critères de sévérité ou de durée requis pour le diagnostic de DA probable ou possible. Ce terme ne doit pas exclure l'utilisation de diagnostic de démence vasculaire ou de maladie d'Alzheimer probables

Démence éthylique

- Manifestations cliniques

- Cognitives
 - Dysfonction exécutive
 - Ralentissement psycho-moteur
 - Mémoire (récupération plus que de la rétention)
 - Langage épargné
 - Fluctue avec abstinence/conso
- Comportementales
 - Apathie
 - Peu d'auto-critique
 - Perte des conventions sociales, désinhibition

Dépistage/évaluation cognitive

- MMSE – ne sera pas décrit ce jour
- MoCA
- BREF
- Atteinte fonctionnelle
- GDS – si indiqué

MoCA

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) Version 7.1 FRANÇAIS

NOM : _____
 Sclolarité : _____
 Sexe : _____
 Date de naissance : _____
 DATE : _____

VISUOSPATIAL / EXÉCUTIF		Copier le cube		Dessiner HORLOGE (11 h 10 min) (3 points)		POINTS								
						___/5								
DÉNOMINATION														
						___/3								
MÉMOIRE		Lire la liste de mots, le patient doit répéter. Faire 2 essais même si le 1er essai est réussi. Faire un rappel 5 min après.		VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Pas de point					
		1 ^{er} essai												
		2 ^{ème} essai												
ATTENTION		Lire la série de chiffres (1 chiffre/ sec.).		Le patient doit la répéter. [] 2 1 8 5 4		Le patient doit la répéter à l'envers. [] 7 4 2		___/2						
		Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pos de point si 2 erreurs		[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB				___/1						
		Soustraire série de 7 à partir de 100.		[] 93	[] 86	[] 79	[] 72	[] 65	___/3					
				4 ou 5 soustractions correctes : 3 pts, 2 ou 3 correctes : 2 pts, 1 correcte : 1 pt, 0 correcte : 0 pt										
LANGAGE		Répéter : Le colibri a déposé ses œufs sur le sable. []		L'argument de l'avocat les a convaincus. []				___/2						
		Fluidité de langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre «F» en 1 min		[] _____ (N ≥ 11 mots)				___/1						
ABSTRACTION		Similitude entre ex : banane - orange = fruit []		train - bicyclette []		montre - règle		___/2						
RAPPEL		Doit se souvenir des mots SANS INDICES		VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Points pour rappel SANS INDICES seulement					
				[]	[]	[]	[]	[]						
Optionnel		Indice de catégorie												
		Indice choix multiples												
ORIENTATION		[]	Date	[]	Mois	[]	Année	[]	Jour	[]	Endroit	[]	Ville	___/6
© Z.Nasreddine MD		www.mocatest.org		Normal ≥ 26 / 30		TOTAL		___/30		Ajouter 1 point si scolarité ≤ 12 ans				
Administré par : _____														

Sens 83.3%
 Spec 72.9%
 avec cut-off 25

BREF – Batterie rapide d'efficacité frontale

Domaine	Instruction	Score
1. Similitudes (conceptualisation)	"De quelle façon sont-ils semblables?" "Une banane et une orange..." (en cas d'échec, dire au patient: "Une banane et une orange sont des...", ne pas comptabiliser, ne pas aider le patient pour les deux autres items) "Une table et une chaise..." "Une tulipe, une rose et une marguerite..."	3 réussies: 3 points 2 réussies: 2 points 1 réussie: 1 point Aucune: 0 point
2. Fluidité lexicale (flexibilité mentale)	"Dites le plus grand nombre de mots commençant par la lettre "S", n'importe quel mot sauf des noms propres ou des prénoms" Si le patient ne dit aucun mot durant les 5 premières secondes, dire "Par exemple, serpent...". S'il arrête durant 10 secondes, le stimuler en disant "n'importe quel mot commençant pas S..." Temps alloué: 60 secondes Correction: les mots répétés ou équivalents (sable et sable-mouvant) ainsi que les prénoms ou les noms propres ne sont pas comptés	10 mots et plus: 3 points 6 à 9 mots: 2 points 3 à 5 mots: 1 point 2 mots ou moins: 0 point
3. Séquences motrices (programmation)	"Regardez attentivement ce que je fais." L'examineur, assis en face du patient, exécute trois fois avec sa main gauche de Luria (poing – tranche – plat de la main). "Maintenant, avec votre main droite, faites la même chose, d'abord avec moi et seul." L'examineur exécute la série trois fois avec le patient et dit ensuite: "Maintenant, faites-le seul.)	
4. Consignes contradictoires (sensibilité à l'interférence)	"Tapez deux coups quand j'en tape un." Pour s'assurer que le patient a compris, une série de trois est exécutée: 1-1-1. "Tapez un coup quand j'en tape deux." Pour s'assurer que le patient a compris, une série de trois est exécutée: 2-2-2. Ensuite l'examineur tape 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.	
5. Go – No Go (contrôle inhibiteur)	"Tapez un coup quand je tape un coup." Pour s'assurer que le patient a compris, une série de trois est exécutée: 1-1-1. "Ne tapez pas quand je tape deux fois." Pour s'assurer que le patient a compris, une série de trois est exécutée: 2-2-2. Ensuite l'examineur tape 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.	Aucune erreur: 3 points Une ou deux erreurs: 2 points Plus de deux erreurs: 1 point 4 erreurs consécutives: 0 point
6. Comportement de préhension (autonomie environnementale)	"Ne prenez pas mes mains" L'examineur est assis en face du patient. Placez les mains du patient sur ses genoux, paume vers le haut. Sans dire un mot et sans regarder le patient, l'examineur place ses mains près de celles du patient et touche les paumes des deux mains pour vérifier s'il les prend spontanément. Si le patient les prend spontanément, l'examineur refait un essai après avoir dit: "Maintenant, ne prenez pas mes mains."	Ne prend pas les mains de l'examineur: 3 points Hésite et demande ce qu'il doit faire: 2 points Prend les mains sans hésitations: 1 point Prend les mains même au deuxième essai: 0 point

Population	n	MMSE	FAB
Contrôles	42	28,9 (2,4)	17,3 (0,8)
Patients	121	25,5 (4,8)	10,3 (4,7)
PD	24	28,0 (1,9)	15,9 (3,8)
MSA	6	25,7 (3,9)	13,5 (4,0)
CBD	21	26,4 (3,8)	11,0 (3,7)
PSP	47	26,2 (3,7)	8,5 (3,4)
FTD	23	20,7 (6,3)	7,7 (4,2)

Évaluation des AVQ-AVD



ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

- Se laver
- S'habiller
- Se nourrir
- Mobilité de base

ACTIVITÉS DE LA VIE DOMESTIQUE

- Ménage/Lavage
- Repas
- Courses
- Prise de médicaments
- Finances



GDS 15 – Geriatric Depression Scale

GDS - 15	Compter 1 point si :
Etes-vous satisfait de votre vie ?	Non
Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?	Oui
Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	Oui
Vous ennuyez-vous souvent ?	Oui
Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	Non
Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ?	Oui
Etes-vous heureux la plupart du temps	Non
Avez-vous le sentiment d'être désormais faible ?	Oui
Préférez-vous rester seul dans votre chambre / chez vous plutôt que de sortir ?	Oui
Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?	Oui
Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?	Non
Vous sentez-vous une personne sans valeur actuellement ?	Oui
Avez-vous beaucoup d'énergie ?	Non
Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée ?	Oui
Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre ?	Oui
Score	/15

Prise en charge

- Dépistage cognitif
- Histoire collatérale et longitudinale
- Examen neurologique complet à la recherche de signes neuro-focaux et parkinsonnisme
- Bilan de base
 - FSC, E+, Créat, Mg, Ca, PO4, bilan hépatique, albumine, B12, TSH, Hb1Ac
 - Sérologie syphilis, VIH
- Imagerie cérébrale (TDM ou IRM)
- Référence en gériatrie ou neurologie-mémoire PRN

Traitement pharmacologique

- Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase dans les conditions mixtes
- Mémantine en démence éthylique (Cheon, Int J Neuropsychopharmacol 2008)
 - Étude ouverte positive – 19 patients
- Mémantine dans le SWK (Rustembegovic, Med Arch 2003)
 - ECT positive – 16 patients
- Traitement troubles de l'humeur ou du sommeil concomitants
- Aide à l'abstinence

Troubles de la marche – chez qui les suspecter?

Le patient qui s'en plaint!

Le patient qui a des ecchymoses sur les membres inférieurs

Le patient qui a des fractures de fragilité ou fractures du poignet

Le patient qui vient vous voir avec une aide technique

Le patient qui doit s'arrêter de marcher quand vous lui parlez

Ne pas oublier de questionner les « quasi » chutes!

Causes pathologiques des troubles de la mobilité

Psychiatrique

- Dépression, peur de tomber, abus de substance

Cardio-vasculaires

- Arythmie, insuffisance cardiaque, MCAS, MVAS

Métabolique

- Diabète, obésité, déficience B12

Infectieux

- VIH

MSK

- Arthrose, sténose spinale, OP

Neurologique

- Démence, Delirium, Parkinson, AVC, Vertige

Anomalies sensibles

- Visuelles, auditives, Polyneuropathie périphérique

Autres

Facteurs de risques de chute

- **Benzodiazépines LR 27**
- **Démence LR 17**
- **Antécédents d'AVC avec atteinte à l'examen neuro LR 15**
- **Maladie de Parkinson LR 5**
- **Ne pas être capable de se lever d'une chaise sans utiliser les appuie-bras LR 4,3**
- **ATCD chute dans la même année LR 2,8**
- **Prise de > 4 Rx LR 1,9**
- **Incapacité des membres inférieurs LR 1,8**
- **Perception de problème de mobilité LR 1,7**
- **Arthrite LR 1,3**

Effet des substances sur la mobilité

- Alcool
 - Atrophie cérébelleuse – Ataxie, chutes
 - Polynévrite sensitive – trouble de la démarche, chutes
 - Amélioration des déficits après 60 jours d'abstinence
- Benzo
 - Chutes

Évaluation/Prise en charge

- Examen neurologique complet à la recherche de signes neuro-focaux, parkinsonisme ou déficits sensoriels
 - Examen cognitif si applicable * *See gait think brain*
- Bilan et imagerie selon signes et symptômes décelés à l'E/P
- Consultation en physiothérapie
- Évaluation du CLSC à domicile pour diminuer le risque de chute
- Aide technique PRN
- Prévention des chutes (cf prochaine diapo)

Prise en charge/Prévention des chutes

Exercice:

- Un programme d'exercice incluant un entraînement d'équilibre, de la démarche et de la force comme le Tai Chi est recommandé comme une intervention efficace pour réduire les chutes.

HTO:

- Pour prévenir les chutes, l'évaluation et le traitement de l'hypotension orthostatique devrait faire partie de l'intervention multifactorielle.

Cardio:

- Un pacemaker devrait être considéré chez les patients avec hypersensibilité du sinus avec des chutes récurrentes inexplicables.

Vision:

- Si problème de vision rapporté, référé pour évaluation complète. Une personne âgée devrait être avisée de ne pas porter des lentilles oculaires multifocales lors de la marche, particulièrement dans les escaliers.

Souliers:

- Les PA devraient être avisées de marcher avec des souliers avec des petits talons et une large surface de contact afin de réduire le risque de chute.

Vitamine D:

- Les PA avec déficit en vitamine D devraient recevoir un supplément d'au moins 800U/jour de vitamine D et une supplémentation devrait être considérée chez les patients avec une suspicion de déficience en vitamine D ou à risque de chute augmenté.

Médication:

- Revoir et minimiser la médication.

Environnement:

- Adapter l'environnement de maison.

Éducation:

- Fournir de l'enseignement et éducation au patient sur les facteurs de risque / prévention.



MERCI!

Période de questions
et d'échanges