

RSCA N°8 : Début de démence, stage SASPAS

Récit de situation clinique :

Je vois en consultation M. D, 87 ans. Je suis un peu frappée par sa démarche, il essaye de me demander dans le couloir si son bilan biologique est normal tout en rigolant. Je l'invite dans la salle d'examen. Je prends connaissance du dossier, c'est un patient peu suivi, il ne connaît pas son médecin traitant, il ne prend aucun médicament, il avait été vu il y a quelques mois pour une surdité où on lui avait prescrit un bilan sanguin "complet" et écrit une lettre pour consulter un ORL en vue d'un appareillage. Sur la note du médecin qui l'avait reçu il est écrit: "patient a signé la déclaration de médecin traitant mais ne semble pas comprendre ce qu'il en est". Le patient voulait les résultats de la prise de sang. Celle-ci est quasi normale mise à part un PSA à 17. Il n'a pas de syndrome inflammatoire. Il ne présente aucune autre anomalie. Je suis frappée lors de la consultation sa désorganisation, son rire répétitif, sa désinhibition. Je lui demande s'il se plaint de troubles de la mémoire il me dit que parfois ça lui arrive. Il me rappelle son âge en rigolant. Je lui demande s'il urine souvent, une gêne éventuelle. Il me répond qu'il urine 6 fois la nuit mais que c'est comme ça, ça ne le dérange pas. Je lui propose de le revoir la semaine d'après pour faire des tests sur sa mémoire. Je lui donne alors un rdv de consultation.

Je retrouve le patient la semaine suivante, à l'heure : Alors comment ça va docteur ? On commence par la BREF, il a un résultat à 8/15, le MMSE est à 20/30. Le GDS est négatif. J'essaie d'évaluer son environnement. C'est un patient qui conduit. Il vit avec son épouse au domicile. Il me décrit sa femme comme quelqu'un ayant très mal au genou et de ce fait est dépendante de son mari pour réaliser les courses. Ils vivent isoler en campagne dans une maison de plein pied. Ils ont 4 enfants qui vivent dans le même secteur à environ 15min à 30 min en voiture.

Je consulte mon maître de stage pour lui expliquer la situation. On décide de faire réaliser une IRM en urgence. Je reviens vers le patient qui se braque. Je lui suggère de revenir d'ici 15 jours avec son épouse pour en discuter. Je lui explique les tests et leurs résultats et que l'on cherche quelque chose qui puisse expliquer des troubles de la mémoire. Par ailleurs mon maître de stage me dit que par rapport à ce PSA, il faut l'oublier.

15 jours plus tard le couple vient au rdv proposé. Le mari est incapable d'expliquer pourquoi il est là. L'épouse pense que c'est pour un problème de prostate. Je commence à lui expliquer. Elle m'écoute mais elle dit ne pas trop comprendre. Elle trouve qu'à la maison ça va pour l'instant. C'est vrai qu'il oublie des choses parfois, après au niveau de l'attitude du comportement elle le trouve inchangé. Il a toujours été comme ça. J'ai 5 enfants dont lui. C'est un gamin ! Ca a toujours été comme ça. Je lui fait part de mes inquiétudes pour la conduite automobile." Oh je ne pense pas qu'il faille s'inquiéter ! Tous les dimanche soirs il est au thé dansant !" Enfin je lui montre les résultats du test. Elle les regarde : "Ah oui c'est détaillé!" Je lui explique ce que signifient les tests. Je lui propose la réalisation d'une IRM, pour essayer de voir s'il y a quelque chose de curable et pouvoir évaluer monsieur au mieux afin d'anticiper avec eux des aides nécessaires au quotidien. Je lui explique que ça devra se faire au CH (l'hôpital situé à 30 min de chez eux). Cela semble être un frein supplémentaire. Je lui propose d'en parler avec ces enfants. Elle accepte. Je lui propose de la rappeler dans 15 jours pour savoir ce qu'ils en ont pensé sur la prise en charge. Elle accepte. A la fin de l'entretien, elle me demande, "vous savez comment on soigne la fibromyalgie ?" Je lui

Commenté [md1]: Numérotation et titre aident le lecteur à situer le RSCA dans le parcours de l'interne, et aident à préparer le Dossier de soutenance de DES

Commenté [md2]: Le récit est exhaustif, il permet de suivre le déroulement des consultations, et les difficultés de l'interne, ses discussions avec son maître de stage

demande de s'expliquer : "Ca fait 40 ans que je souffre et aucun médecin n'a pu me soulager". Je réponds quelque chose comme, oui c'est complexe, on n'a pas de remède miracle pour cette maladie malheureusement". "Vous savez les médecins....!" Elle repart ainsi avec son mari

Se posent plusieurs problématiques dans ce récit :

- 1)- Faut-il faire des explorations supplémentaires suite au dosage d'un PSA avec un résultat à 17 chez un patient âgé de 87 ans ?
- 2)- Quel bilan standard peut-on initier en ambulatoire quand on suspecte une démence ? Quel bilan plus centré sur le syndrome frontal réalise-t-on ?
- 3)- Quelles sont les possibilités de recours/interdictions dans le cadre d'un patient à risque de conduite automobile ?
- 4)- Comment suivre ce type de patient qui refuse un examen diagnostique dont on suspecte une démence ?
- 5)- Une visite à domicile est-elle obligatoire dans le cadre de la prise en charge d'un patient dont on suspecte une démence ?

-1) Que faire en cas de PSA à 17 chez un patient de 87 ans en bon état général ?

Quand j'ai vu le patient une première fois je me suis posée la question d'une exploration de la prostate à la recherche d'un cancer de la prostate. En effet le PSA est très élevé de ce dont je me souvenais de mes cours. J'en ai parlé avec praticiens me disant, mais non c'est normal à cet âge, il ne faut pas faire d'explorations! Par ailleurs, quand j'ai demandé à une de mes praticiennes pourquoi elle avait fait le PSA, elle avait répondu qu'elle le faisait facilement à un certain âge "pour savoir".

J'ai donc fait des recherches sur le dépistage du cancer de la prostate chez le sujet âgé. Dans ce cadre j'ai lu les recommandations de l'HAS parues en mai 2013. Sur le plan des symptômes, "Après 60 ans, un lever nocturne pour aller uriner n'est pas pathologique et dans la journée un intervalle mictionnel de 4 heures entre deux mictions est considéré comme normal".

Ici le patient évoquait des symptômes urinaires environ 4 à 6 levers nocturnes la nuit mais qu'il considérait comme normal pour son âge et dont il ne se plaignait pas.

Je n'étais pas bien avancé maintenant avec ce chiffre de PSA à 17. La HAS définit des seuils concernant le PSA total en fonction de l'âge: "Une augmentation progressive est observée avec l'âge : le PSA sérique total étant < 2,5 ng/ml avant 50 ans, < 3,5 ng/ml entre 50 et 60 ans, < 4,5 ng/ml entre 60 et 70 ans, et < 6,5 ng/ml entre 70 et 80 ans.". Le patient avait ainsi toujours un PSA total augmenté, supérieur à 10 ng/ml. Le toucher rectal n'avait pas été réalisé chez ce patient. Je me suis posée la question de le faire. Ce qui m'a peut-être influencé dans la décision c'est d'avoir parallèlement une suspicion de démence. En effet, si le patient présente une démence comment lui faire comprendre le diagnostic les soins éventuels sans que ça ne le perturbe.

Si le patient n'avait pas présenté de signes autres de démence à première vue, j'aurais je pense poursuivi dans les investigations avec son accord avec un toucher rectal et je l'aurais probablement envoyé voir l'urologue pour la réalisation d'une biopsie de prostate, notamment car le patient était en bon état général et n'avait pas de grosse comorbidité. J'aurais pu aussi contrôler le chiffre de PSA qui daté déjà de 2-3 mois.

En effet la HAS dit par rapport au dépistage du cancer de la prostate (1) :

"Une série de biopsies prostatiques avec examen anatomopathologique des tissus biopsiés sera proposée à tout homme chez qui une suspicion diagnostique de cancer de la prostate aura été évoquée sur la base de signes fonctionnels urinaires selon le schéma suivant :

Commenté [md3]: Plusieurs questions se posent, touchant les champs éthique, biomédical, réglementaire, organisationnel de soins, relationnel médecin-patient

Commenté [md4]: Chaque question est abordée après une recherche documentaire qui est référencée et appelée dans le texte

- si le toucher rectal est anormal, une série de biopsies prostatiques sera effectuée, que la valeur du PSA sérique total soit normale ou > 4 ng/ml ;
- si le toucher rectal est normal et la valeur du PSA sérique total est > 4 ng/ml, la réalisation de biopsies prostatiques n'est pas systématique mais est conditionnée par une cinétique d'évolution du PSA qui s'élève régulièrement lors de plusieurs contrôles successifs (les dosages de contrôle devant être faits dans le même laboratoire de biologie médicale et par la même technique)."

La HAS précise aussi par rapport à l'espérance de vie la conduite à tenir:

"Une procédure diagnostique qui pourrait aboutir à un diagnostic positif de cancer de la prostate chez un homme symptomatique ne doit pas être proposée si son espérance de vie estimée apparaît inférieure à 10 ans (sujet ayant de multiples comorbidités)"

Dans ce cas c'est surtout l'âge et son état cognitif qui nous ferait arrêter les investigations à visée diagnostic. Peut-être dans ce cas si il n'y avait pas le problème de troubles cognitifs au premier plan, j'aurais pu en parler avec des pairs soit en GEP soit dans un groupe de pairs car l'âge semble élevé.

Commenté [md5]: L'interne recontextualise le résultat de ses recherches documentaires par rapport à la situation clinique de son récit

2) Quel bilan standard peut-on initier en ambulatoire quand on suspecte démence ? Quel bilan plus centré sur le syndrome frontal réalise-t-on ?

Quand j'ai eu le patient pour la première fois en consultation, j'avais déjà identifié qu'il existait un syndrome frontal. En effet, il y avait une désinhibition, des rires non justifiés, etc... J'avais réalisé une batterie de tests de mémoire standard que mon maître de stage m'avait suggéré: MMSE, Dubois, Horloge, GDS et la BREF au vu de la clinique. La prise de sang standard réalisée récemment (NFS plaquettes ionogramme urée créatinine clairance bilan hépatique TSH CRP) était normale. Devant le syndrome frontal apparaissant sur la BREF, on s'est vite posé la question d'une imagerie rapide IRM de préférence. Je me suis posée la question du moment où on pouvait adresser son patient chez le gériatre et est-ce qu'il me manquait certains éléments que j'aurais pu faire en ambulatoire.

J'ai donc consulté les recommandations HAS sur le dépistage d'un démence (2-4). L'HAS avait publié des recommandations sur la démence en 2011. Elle préconise de voir le patient en entretien si possible avec un accompagnement. Cet entretien permet d'évaluer des choses générales: les antécédents médicaux personnels familiaux, dont certains peuvent avoir un impact sur le risque de démence (une hérédité Alzheimer, un TC pouvant entraîner un sous dural chronique, une hypertension non contrôlée dans le cadre de démence vasculaire, etc..). Elle résume les éléments à rechercher lors de cet entretien comme suit:

"-les antécédents et les facteurs de risque cérébro-vasculaire ;

- les antécédents psychiatriques
- les antécédents traumatiques;
- les antécédents familiaux de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées ;
- la prise de médicaments, d'alcool ou de toxique pouvant induire ou aggraver des troubles cognitifs ;
- un syndrome confusionnel antérieur.

L'entretien recherche d'éventuels changements de comportement et un retentissement des troubles sur les activités quotidiennes. Il précise aussi le mode et le lieu de vie (statut marital, environnement social et familial, type d'habitat, aides à domicile, etc.) qui conditionnent la prise en charge. "

"L'examen clinique doit apprécier :

- l'état général (poids) et cardio-vasculaire (hypertension artérielle, troubles du rythme cardiaque, etc.) ;
- le degré de vigilance (recherche d'une confusion mentale) ;
- les déficits sensoriels (visuel, auditif) et moteurs pouvant interférer avec la passation des tests neuropsychologiques.

L'examen neurologique reste longtemps normal dans la maladie d'Alzheimer. L'existence de signes neurologiques (signe de Babinski, syndrome pseudo-bulbaire, réflexes archaïques, signes parkinsoniens, myoclonies, mouvements involontaires, troubles de l'oculo-motricité, troubles sphinctériens, troubles de la posture et de la marche, dysautonomie, etc.) doit faire évoquer un autre diagnostic que celui de maladie d'Alzheimer ou l'existence d'une comorbidité.

J'avais évalué en partie le mode de vie mais je n'avais pas réalisé l'échelle IADL.

L'évaluation cognitive globale proposée par la HAS comprend de façon consensuelle le MMSE. Par contre il n'y a pas de consensus sur laquelle repose la réalisation d'autres tests. On peut maintenir le test des 5 mots, test de l'horloge et test de la fluence verbale par exemple.

Dans le cadre de troubles cognitifs avec syndrome frontal on peut réaliser le BREF (Batterie rapide d'efficacité frontale)

Sur le plan des examens biologiques, selon la HAS " Il est recommandé de prescrire un dosage de la thyroïdostimuline hypophysaire (TSH), un hémogramme, une CRP, une natrémie, une calcémie, une glycémie, une albuminémie et un bilan rénal (créatinine et sa clairance). "Si ces examens biologiques ont été pratiqués récemment pour une raison quelconque, il est inutile de les prescrire de nouveau. Un dosage de vitamine B12, un dosage de folates, un bilan hépatique (transaminases, gamma GT), une sérologie syphilitique, VIH ou de la maladie de Lyme sont prescrits en fonction du contexte clinique. " dans ce cadre je n'avais pas de dosage de la calcémie, ni d'albuminémie. J'aurais peut-être rajouté les sérologies VIH et syphilitiques au vu du caractère atypique de la présentation du patient. Etant donné l'absence d'anémie, je ne voyais pas ici l'intérêt de prescrire les vitamines B9 ou B12.

Concernant l'imagerie recommandée, il s'agit bien de l'IRM qui est discutée en première intention dans le dépistage de la maladie d'Alzheimer. Dans ce contexte peut-être qu'on pouvait se contenter d'un TDM cérébral de débrouillage car on n'est pas dans la présentation d'une maladie d'Alzheimer, mais plutôt dans une démence à caractère frontal pour ne pas méconnaître un sous dural chronique ou autre hydrocéphalie à pression normale (même si ici on n'avait pas de troubles de la marche). Ce TDM aurait pu être ordonné si les délais de l'IRM étaient trop longs. Cependant un TDM cérébral n'est pas recommandé dans le bilan de n'importe quelle démence... Devant le caractère frontal et donc atypique des troubles cognitifs du patient, suite à l'imagerie, il aurait fallu prendre rdv chez un spécialiste neurologue ou gériatre.

3) Quelles sont les possibilités de recours/interdictions dans le cadre d'un patient à risque de conduite automobile ?

Cette question est revenue maintes fois en GEP. Peux-t-on empêcher quelqu'un ayant des troubles cognitifs la conduite automobile sans briser le secret médical. La réponse faisant consensus disait que seul un médecin agréé pour les permis de conduire peut retirer le permis de conduire de quelqu'un (5-8). Le médecin généraliste peut tracer dans son dossier le fait qu'il est informé le patient que la conduite automobile doit être interrompue du fait de son état de santé. Eventuellement le médecin peut faire part de cette information à quelqu'un de la famille avec son accord (le mieux en présence de la personne de confiance). Il peut informer le patient et ses aidants si le patient est d'accord de saisir la commission des permis de conduire où des médecins agréés pour la délivrance ou le maintien du permis de conduire peuvent statuer. Le médecin agréé ne peut pas être le médecin traitant du patient. J'ai retrouvé ces informations sur le site de service-public.fr. Le patient est responsable de faits en cas d'accident de la route s'il a été informé du risque de la conduite automobile dû à son état de santé et qu'il n'a pas saisis la

commission de permis de conduire. Le médecin traitant se doit ainsi de justifier dans son dossier médical qu'il a informé le patient des risques encourus.

4) Comment suivre ce type de patient qui refuse un examen diagnostic et dont on suspecte une démence ?

Après avoir réalisé une consultation avec son épouse en expliquant les résultats des tests, et devant le rejet de toute démarche diagnostique de la part du patient et de son épouse, je me suis posée la question suivant: comment fait-on pour organiser des aides éventuelles, une ALD si besoin si nécessité de soins...?

En médecine on sait que l'on a une obligation de moyens. Peux-t-on accepter une décision de refus de soins de la part de quelqu'un ayant des troubles cognitifs ? Je n'ai pas retrouvé de réponse à cette problématique. Je pense que le fait d'avoir fait venir l'épouse permet de valider la prise en charge et l'abstention d'examen à visée diagnostique, décision souhaitée par le patient.

J'en ai parlé à mes maîtres de stage, ceux-ci disaient que l'on ne peut pas forcer les gens à se faire soigner. Ils m'ont conseillée de tracer les éléments de la consultation dans le dossier. L'important pour eux étant de laisser la porte ouverte à ces personnes de revenir si besoin est.

5) Une visite à domicile est elle obligatoire dans le cadre de la prise en charge d'un patient dont on suspecte une démence ?

Même si ici l'organisation de la visite semblait difficile du fait du refus du corps médical de la part de l'épouse, il aurait été intéressant de faire un état des lieux du lieux de vie. Ici dans ce cas ça aurait été pour appuyer éventuellement certains éléments dysfonctionnant dans la présentation du mari, à l'épouse. Cependant ceci n'aurait peut-être pas été très efficace comme méthode du fait du déni déjà existant lors de la consultation.

Je pense que cette visite pourrait être réalisée à la suite de l'annonce diagnostique (donc après évaluations, cognitives, biologie, imagerie +/- avis spécialisé). En effet dans le cadre de la prise en charge d'un malade présentant d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée l'HAS propose d'organiser des visites à domicile soit de façon coordonné par le médecin traitant ou quelqu'un d'autre type coordinateur (IDE coordonnatrice, intervenant MAIA).

Conclusion :

Ce récit m'a permis de prendre du recul sur ma pratique et de m'appuyer sur des recommandations pour justifier ma prise en charge validée en partie par mes maîtres de stage. La problématique du dépistage du cancer de la prostate chez la personne âgée et du dosage du PSA est une problématique récurrente dans la pratique de tous les jours bonne et il m'a paru bon de reprendre ces recommandations de bonne pratique. Par ailleurs, ce cas m'a permis de me familiariser avec les tests mémoire, leur faisabilité avec le temps nécessaire à leur réalisation dans la pratique libérale (créneau dédié par exemple). Enfin c'est un cas qui m'a paru difficile pour des raisons éthiques. En effet ce patient refusait une prise en charge alors qu'il présentait des troubles cognitifs. Les recommandations recherchées et les discussions répétées avec mes maîtres de stage ou avec des pairs m'ont permis de valider cette prise en charge, chose qu'il m'aurait été difficile de faire seule.

Références bibliographiques :

Dépistage du cancer de la prostate :

Commenté [md6] : Les références sont numérotées et appelées dans le texte.
Seule la rédaction des références selon les Normes de Vancouver manque

1. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/referentieleps_format2clic_kc_prostate_vfinale.pdf

Recommandations démences :

2. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/lap_alzheimer_finale_web_juin2009.pdf
3. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prsie_en_charge.pdf
4. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/gm_alzheimer_finale_web_juin2009.pdf

Conduite automobile :

5. <http://www.rgpeo.com/media/48395/d%20%20d%20toolkit%20pt%20crgvr%20fre%20with%20hyperlinks.pdf>
6. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2686>
7. <http://www.revmed.ch/rms/2011/RMS-316/Conduite-automobile-et-troubles-cognitifs-comment-anticiper>
8. http://gerontoprevention.free.fr/articles/Conduite_automobile_demence.pdf