

# Module 5 : 063

## CONFUSION, DÉPRESSION, DÉMENCES CHEZ LE SUJET ÂGÉ

*Validé par le Dr Le Guen et le Pr Vérin*

### Syndrome confusionnel

#### Définition

Selon le DSM-IV : Trouble de la conscience **aigu** avec ↘ des capacité à fixer, soutenir ou déplacer l'attention, **variant durant la journée et évoluant sur une courte durée**

#### Clinique

Critères :

- Début aigu
- Évolution fluctuante
- Troubles de l'attention
- Niveau de conscience altéré
- Désorganisation de la pensée
- Au moins 2 des signes suivants :
  - Altération de la vigilance
  - Trouble de la perception
  - Perturbation du cycle veille/sommeil
  - Activité psychomotrice ↗ ou ↘
  - DTS
  - Trouble de la mémoire
- Enquête étiologique ⊕ ou absence de démence chronique

#### Examens complémentaires

- Iono sg, créat, urée, Ca<sup>2+</sup>, glycémie
- ECG
- Scanner cérébral
- **PL**
- ± Bilan infectieux : NFS, CRP, Hémoc, BU, RP

### Étiologies

Toute modification de santé d'un sujet âgé et absence de cause évidente, rechercher :

- Douleur peu ou pas exprimée
- **Fécalome + rétention d'urine ou fécalome + infection**
- **Médicament** (EI ou sevrage) : opiacé, BZD, corticoïde, antiparkinsonien...
- **Causes neuro** : AVC, HSD, état post-critique, méningo-encéphalite herpétique
- Trouble métabolique : hypoxie, hypercapnie, T°, anémie, hypoglycémie, dysNa, dysCa, dysthyroïdie, DSH
- Infection à bas bruit : 25 % des infections sont apyrétiques chez le sujet âgé
- Modification de l'environnement : deuil, maltraitance, hospitalisation...
- Encéphalopathie hépatique ou rénale
- Neuropaludisme (voyage?, ATCD de paludisme?), fièvre typhoïde

### Diagnostics différentiels

- Démence
- Dépression

### Traitement

- Attitude apaisante et rassurante, au calme sans contention
- Hospitalisation, traiter la ou les causes avant tout !
- Sondage urinaire au moindre doute
- Traitement antalgique et/ou antipyrétiques si nécessaire
- Suppression des traitements non adaptés
- Traitement ponctuel des symptômes
- Favoriser les anxiolytiques de courte demi-vie : alprazolam
- Antipsychotiques atypiques à faible doses si délire : rispéridone

### Pronostic et surveillance

- Après traitement adapté, régression sans complication
- **Consultation de suivi** à 1 mois pour **dépister** une éventuelle **démence**

## Démence

### Définition (DSM-IV)

Tb de mémoire et de l'idéation retentissant sur la vie quotidienne associé à un autre trouble cognitif (langage, praxies, gnosies) au moins > à 6 mois

### Formes de démence

#### ❶ Démences dégénératives :

- Maladie d'Alzheimer : 1<sup>re</sup> cause : atteinte corticale
- Démences fronto-temporales
- Démence sous-corticale et cortico-sous-corticale (corps de Lewy, Parkinson, paralysie supra-nucléaire progressive) : syndrome extra-pyramidal, hallucination visuelle, trouble de la marche

#### ❷ Autres démences

- Démence vasculaire : FDRCV +++ Clinique variable selon la zone touchée, souvent associé à une maladie d'Alzheimer (= démence mixte)
- Hydrocéphalie à pression normale : triade : trouble cognitif + trouble de la marche + troubles sphinctériens
- Causes carencielles : folates, B12
- Causes métaboliques : trouble hydroélectrolytique, hypothyroïdie
- Causes toxiques, infectieuses (Creutzfeld-Jacob), tumorales, traumatiques...

### Examens complémentaires

- Bio : NFS, iono, Ca<sup>2+</sup>, glycémie, créatinine, TSH ± folates, B12, BH, TPHA-VDRL, VIH, albuminémie, pré-albumine, CRP
- IRM cérébrale ou à défaut TDM cérébrale non-injectée
- Test d'évaluation cognitive :
  - MMSE
  - Test des 5 mots coupés par le Test de l'horloge
  - IADL = échelle de Lawtson
  - ADL = échelle de Katz

### Traitement

- Préventif : uniquement pour les démences vasculaires : FDRCV
- Curatif : uniquement pour les démences curables : thyroïde, Ca, HSD
- Symptomatique : Inh. de l'acétylcholinestérase / antiglutamate
  - Traitement des troubles du comportement et de la dénutrition
- Prise en charge globale et multidisciplinaire : 100 %, aide personnalisée à l'autonomie (APA), aménagement du cadre de vie, soutien de l'aidant, protection juridique, inscription de précaution en structure adaptée
- Suivi +++ : surveiller l'évolution, adapter les doses et les aides, soutien de l'aidant (orienter vers France Alzheimer), prévenir la dénutrition

## Dépression

### Clinique

#### ① Dépression primaire :

- Forme typique : douleur morale intense, idées noires avec risque de TS, autodépréciation, ralentissement psychomoteur avec anhédonie, **plaintes somatiques** touchant le sommeil, l'appétit, sensation de fatigue intense
- Forme somatique
- Forme hypochondriaque
- Forme anxieuse
- Forme délirante ; à type de préjudice, persécution ou jalousie
- Forme hostile
- Forme confusionnelle
- Forme avec repli
- Forme démentielle

#### ② Dépression secondaire

- Sur une pathologie organique grave, souvent chronique : diabète, néoplasie...
- Dépression vasculaire chez les patients ayant fait un AVC ou avec des FDRCV

#### ③ Risque de suicide

- Fréquent chez le sujet âgé
- Risque de réusite élevé
- Facteurs de risque : ATCD de TS, handicap et comorbidités associées, isolement affectif

### Diagnostic positif

- Doit rechercher une pathologie sous-jacente (pour faire le diagnostic de dépression primaire ou secondaire)
- **Évaluer le risque suicidaire**
- Bilan bio orienté : TSH, NFS, iono, glc, ca, créat, alb, pré-alb
- Scanner cérébral si troubles cognitifs
- **Gériatric Depression Scale (GDS)** : évalue la sévérité de l'état dépressif
- Recherche systématique de trouble cognitif associé : MMSE, NPI (inventaire neuropsychiatrique)

### Facteurs de risque

- Sexe féminin
- Bas niveau socio-culturel
- Deuil, isolement, solitude
- Perte d'autonomie, handicap
- Proche souffrant d'une pathologie chronique (Alzheimer)
- ATCD personnels de dépression
- Maladie chronique
- Pathologie vasculaire : 50 % des AVC
- Dysthyroïdie
- Dénutrition
- Déficit sensoriel
- Traitement médical :  $\beta\ominus$ , L-dopa, inh. calciques
- Entrée en institution



### Traitement

- Hospitalisation si risque suicidaire
- Traitement médical : **pas de tricyclique** car effets secondaires cardio et cholinergiques (RAU)  
Utiliser les **ISRS** ; effet secondaire : hypoNa
- Si anxiété et trouble du sommeil : miansérine
- Poursuite du traitement jusqu'à 1 an après disparition des symptômes, 3 ans si récurrence, plus :
  - Thymorégulateur si maladie bipolaire sous-jacente
  - Anxiolytiques en association avec les antidépresseurs si anxiété invalidante : préférer les BZD à action courte : zopiclone ou zolpidem
  - Hypnotiques pour le sommeil (ne pas associer aux BZD)
- Psychothérapie : améliore la guérison et évite les récurrences
- Sismothérapie : si mélancolie délirante, résistance au traitement ou risque de TS
- Évaluation sociale : aides à domicile, aides financières, rompre l'isolement



# Module 7 : 096

## MÉNINGITES INFECTIEUSES ET MÉNINGO-ENCÉPHALITES

*Validé par le Dr Revest*

### Introduction

- Pathologie pédiatrique notamment : 70 %  
Parfois gravissime (purpura fulminans) justifiant traitement ATB probabiliste urgent IV à forte dose (selon suspicion germe : terrain +++)

### Clinique

- **Syndrome méningé** :
  - **Céphalée**
  - **Photophobie**
  - **Vomissements** en jet
  - **Raideur méningée** : chien de fusil (Kernig : résistance à l'extension de la jambe si cuisse fléchie. Brudzinski : flexion involontaire des membres inférieurs quand la nuque est fléchie)
- **Fièvre 39-40°C** parfois **hypothermie**

### Signes de gravité : « 4C »

- **Choc** septique : hémodynamique
- **Coma** : troubles conscience
- **CIVD**
- **Cutané** → **PURPURA FULMINANS**  
**C3G IV** dès le domicile +++




## Examens complémentaires



### PL + analyse du LCR en URGENCE

- CI si trouble de l'hémostase
- Macroscopie du LCR (clair, trouble)
- Cytologie : cellularité (**nbr él. / mm<sup>3</sup>**, **formule** & morphologie cellulaire)
- Bactériologie :
  - Ex direct (Gram + Ziehl-Nielsen ± encre de chine : cryptocoque )
  - **Culture** (standard + Lowenstein ± Sabouraud) + ATBiogramme
- Biochimie : **glycorachie, chlorurorachie, protéinorachie**
- Garder tubes :
  - **Ag solubles** : liq. clair + PNN = méningite décapitée
  - **Sérologie** (Lyme, HSV, VDRL), **PCR** (BK,HSV, entérovirus), **INFa**
- **Toujours faire une glycémie sanguine au moment de la PL pour pouvoir analyser la glycorachie +++**



LCR NORMAL	LIQUIDE PURULENT = BACTÉRIENNE → ATB		
Clair « eau de roche »	<b>Trouble / Purulent / HYPERTENDU</b> > 200 éléments ( <b>80 % PN</b> altérés)  Hyperprotéinorachie > 1-5g + Hypoglycorachie		
< 5 éléments / mm <sup>3</sup>			
Prot. 0,2 à 0,4 g/L Glu > 50 % glycémie Cl = 120 mmol/L			
Direct ⊖, stérile	<b>CG –</b>	<b>CG +</b>	<b>BGN</b>
Bactériologie	 <b>Méningocoque</b>	 <b>Pneumocoque</b>	 <b>Haemophilus Influenza</b>