

Les maladies liées à l'âge

Chez une personne vieillissante, l'isolement, la perte d'activité, les deuils, les chocs opératoires, le manque d'intérêt pour les choses de la vie engendrent une perte de 20 à 40 % de la mémoire. La diminution de cette fonction est amplifiée par des maladies comme celles de Parkinson ou d'Alzheimer.

“ Pour aider les personnes âgées à lutter contre ces maladies, le rôle de l'entourage est, comme souvent, toujours important car l'encadrement, l'attention et le soutien permettent à la personne âgée de mieux combattre la maladie.

Maladie d'Alzheimer

Décrite pour la première fois il y a à peine plus de 100 ans, la maladie d'Alzheimer se caractérise par la perte progressive de la mémoire, des fonctions cognitives et s'accompagne de troubles du comportement.

S'il n'existe pas encore de traitement curatif, la prise en charge de cette maladie fait l'objet de progrès réguliers.

Elle est due à la présence de plaques séniles et de dégénérescences au niveau du cortex cérébral. Même si l'origine de cette dégénérescence est encore mal connue, celle-ci constitue bien la cause identifiée de la maladie. Cette dégénérescence progressive provoque l'apparition de nombreux symptômes.

Les troubles liés à la maladie évoluent et s'aggravent progressivement au cours du temps. Dans les premières phases, la perte de mémoire, les facultés de jugement et de raisonnement se détériorent. La mémoire immédiate et le fonctionnement mental sont d'abord affectés, puis surviennent une altération du langage, une difficulté à effectuer des gestes élaborés, des troubles de l'orientation dans le temps et l'espace, une impossibilité à reconnaître des personnes proches (conjoint, famille, ami...).

Par ailleurs, l'humeur, le comportement, ainsi que la faculté à se concentrer se dégradent. Même si l'évolution diffère d'un patient à l'autre, la maladie finit par avoir un impact très important sur l'état général. Les troubles alimentaires et les problèmes de déglutition engendrent un amaigrissement conséquent. Progressivement, le patient devient totalement dépendant en raison de la perte de la capacité de s'habiller, de se laver et d'aller aux toilettes.

La maladie crée un état de faiblesse immunitaire et des complications infectieuses sont d'ailleurs souvent à l'origine de son décès.

Les médicaments disponibles aujourd'hui ont uniquement pour objectif de freiner l'évolution de la maladie et de diminuer ses effets. Ils permettent notamment de lutter contre l'agitation, la dépression, les hallucinations ou encore l'insomnie.



À DÉCOUVRIR / À TÉLÉCHARGER
sur www.plan-retraite.fr



“ La maladie d'Alzheimer
et les maladies apparentées ”



“ ... comment vivre en ayant
la maladie d'Alzheimer ? ”

France Alzheimer et Troubles Apparentés - 21 Bd Montmartre - 75002 PARIS
Tél : 01.42.97.52.41 / www.francealzheimer.org

Les consultations mémoire

Compte tenu du caractère évolutif de la maladie, une prise en charge précoce permet d'améliorer les conditions de vie des patients et de leur entourage. D'où l'intérêt du diagnostic précoce.

Les consultations mémoire sont ouvertes à toute personne présentant des troubles de la mémoire et/ou des troubles cognitifs (troubles du raisonnement, du jugement, de la compréhension...).

Ces consultations proposent une évaluation de ces troubles grâce à un bilan complet : bilan clinique, évaluation psychologique, examens biologiques et examens d'imagerie médicale.

A la suite de ce bilan, ces consultations permettent :

- soit de rassurer les personnes exprimant une plainte mnésique mais n'ayant pas de syndrome démentiel,
- soit de diagnostiquer avec fiabilité un syndrome démentiel et le type de maladie.

Ces consultations participent au suivi des personnes malades et de leurs aidants en partenariat avec le médecin traitant. Elles sont réalisées soit au sein d'un hôpital disposant d'une « consultation mémoire » ou auprès de neurologues libéraux (*Voir le site de l'association des neurologues libéraux de langue française*).

Les consultations mémoires constituent un premier niveau du dispositif de diagnostic et de prise en charge de la maladie d'Alzheimer. A un deuxième niveau, les Centres Mémoire de Ressources et de Recherche (CM2R) reçoivent les patients dont les troubles nécessitent une expertise plus approfondie. Ils ont un rôle d'expertise en cas de diagnostic complexe.

<http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/-des-acteurs-pres-de-chez-vous-.html>

Améliorer l'accueil en EHPAD

Pour faire face à l'insuffisante capacité d'adaptation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à des prises en charge différenciées et évolutives en fonction de la gravité de l'état des malades, il apparaît nécessaire d'adapter les modalités d'organisation des EHPAD aux besoins spécifiques des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, seul moyen d'éviter les hospitalisations répétées.

Ainsi, le plan Alzheimer prévoit de créer, pour les patients souffrant de troubles du comportement et en fonction du niveau de ces troubles, deux types d'unités spécifiques :

- **des pôles d'activités et de soins adaptés PASA** proposant, pendant la journée, aux résidents ayant des troubles du comportement modérés, des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé et bénéficiant d'un environnement rassurant et permettant la déambulation.
- **des unités d'hébergement renforcées UHR** pour les résidents ayant des troubles sévères du comportement, sous forme de petites unités accueillant nuit et jour, qui soient à la fois lieu d'hébergement et lieu d'activités.

Ces unités seront animées par des professionnels spécifiquement formés : des assistants de soins en gérontologie, nouvelle fonction qui va être créée, un psycho-motricien ou un ergothérapeute.

Le "Plan Alzheimer 2008-2012"

doit favoriser : la recherche médicale, le dépistage plus précoce de la maladie, l'amélioration de la prise en charge du malade, et la mise en place de mesures ciblées pour les malades jeunes.

À DÉCOUVRIR / À TÉLÉCHARGER
sur www.plan-retraite.fr



“ **L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement** ”

L'objectif principal est de permettre une vie de qualité pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentée, en termes de bien-être et d'état de santé, jusqu'en fin de vie.

En effet, les personnes pourront encore nouer des liens affectifs et sociaux susceptibles de leur procurer du réconfort et du plaisir.

Dans cette perspective, l'accompagnement en établissement médico-social a pour but :

- de préserver, maintenir et/ou restaurer l'autonomie de la personne, dans les choix et actes de la vie quotidienne comme dans les décisions importantes à prendre ;
- de mettre en place des mesures préventives et thérapeutiques des troubles psychologiques et comportementaux ;
- d'assurer à chaque personne un accès à des soins de qualité, sans discrimination liée à l'âge ou aux troubles cognitifs ;
- de soutenir les proches en fonction de leurs attentes, les aider à maintenir du lien avec le malade et de leur proposer une participation active au projet personnalisé.

Information sur les troubles psychologiques et comportementaux

Les troubles psychologiques et comportementaux sont une complication fréquente de la maladie d'Alzheimer ou apparentée et un facteur important contribuant à la perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne et accentuant le risque de dépendance.

Ils sont classés en troubles productifs et non productifs (cf. ci-dessous).

- Les troubles productifs sont considérés comme les plus difficiles à gérer par les proches et les équipes car envahissants et difficilement supportables pour les autres (proches, aidants, autres personnes accueillies).

agitation / agressivité / irritabilité / désinhibition / comportements d'opposition / déambulation / cris / comportements moteurs aberrants / troubles psychotiques (hallucinations, délires) / troubles du sommeil.

- A l'inverse, les troubles non productifs sont trop souvent négligés car peu dérangeants.

dépression / apathie / repli sur soi. Ils doivent pourtant faire l'objet de la même attention que les troubles dits productifs.

Les conséquences des troubles psychologiques et comportementaux sur la personne mais aussi sur les aidants (détresse, épuisement, risque de maltraitance, etc.) et sur les équipes font de leur prévention et de leur prise en charge un enjeu majeur.

Dans tous les cas, les troubles psychologiques et comportementaux, qu'ils soient dits « productifs » ou « non productifs », doivent faire l'objet de mesures spécifiques à la fois préventives et thérapeutiques.

La prévention et la prise en charge des troubles psychologiques et comportementaux s'articulent autour de trois axes : des mesures préventives environnementales ; une évaluation et des mesures thérapeutiques si des troubles apparaissent ; des mesures visant les aidants.

Syndrome démentiel

Il se définit comme une détérioration globale des fonctions cognitives (attention, mémoire, langage, vision et imagerie mentale visuelle, raisonnement) pouvant entraîner une perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne. La survenue et l'évolution sont progressives. Les causes des syndromes démentiels sont dominées par les maladies neurologiques dégénératives dont la principale est la maladie d'Alzheimer. L'apparition de traitements actifs dans cette affection justifie que l'on préconise un diagnostic précoce.

Démence sénile

Ce terme définit une détérioration intellectuelle survenant après 65 ans et qui peut avoir comme origine une maladie d'Alzheimer (démence dégénérative), une démence vasculaire (démence non-dégénérative) ou d'autres affections.

Les MAIA ou Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer

Les MAIA ont pour objectif d'assurer une prise en charge, sanitaire et médico-sociale et un accompagnement coordonnés et personnalisés pour la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer et sa famille. C'est l'une des mesures phares du Plan de lutte contre la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées.

Les MAIA font l'objet de la mesure 4 du plan Alzheimer intitulée labellisation sur tout le territoire de portes d'entrée unique les « Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer ».

L'objectif de cette mesure est de créer, sur la base de l'existant sans superposition de nouvelle structure, un lieu de coordination associant le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

Porte d'entrée unique pour les utilisateurs, il devra mettre fin au désarroi des familles qui ne savent à qui s'adresser et qui sont perdues dans de nombreux dispositifs mal articulés et cloisonnés.

Les MAIA seront en premier lieu dédiées aux personnes malades Alzheimer, mais pourront s'élargir à toute personne âgée très dépendante, voire à toute personne en perte d'autonomie.



Pour trouver un établissement adapté à la pathologie Alzheimer ou aux troubles apparentés de votre proche, contactez nous.



Une Affection de Longue Durée (ALD)

La maladie d'Alzheimer fait partie de la liste des affections de longue durée (ALD), c'est-à-dire nécessitant des soins prolongés. Ce classement parmi les maladies graves ou chroniques caractérisées par des traitements coûteux a une incidence directe sur la prise en charge des traitements. Dans le cas d'une ALD, le coût des soins et des traitements est pris en charge à 100% du tarif de la sécurité sociale par l'assurance maladie.

 **À DÉCOUVRIR / À TÉLÉCHARGER**
sur www.plan-retraite.fr

Maladie d'Alzheimer et autres démences



“ **GUIDE MÉDECIN**
AFFECTION DE LONGUE DURÉE ”



“ **SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS**
PROFESSIONNELLES ”

Assistant de soins en gérontologie

Arrêté du 23 juin 2010 relatif à la formation préparant à la fonction d'assistant de soins en gérontologie publié au JORF le 16 juillet 2010. Il précise les modalités de formation (140 heures) qui est ouverte aux aides-soignantes et aux aides médico-psychologiques. Cette formation est liée au plan Alzheimer et pathologies apparentées. Il est précisé que ces assistants devront "mettre en place des activités de stimulation sociale et cognitive en lien notamment avec les psychomotriciens, ergothérapeutes ou psychologues."

Inventaire neuropsychiatrique : le dvd

Un DVD qui présente les grands lignes de l'inventaire neuropsychiatrique (NPI- ES) est mis à disposition des équipes des équipes soignantes des unités d'hébergement renforcées (UHR) dans les USLD et les EHPAD et des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA).

Le but de l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence de troubles psychologiques chez des patients souffrant de pathologies cérébrales. Le NPI a été mis au point pour être utilisé chez des patients présentant une maladie d'Alzheimer ou un autre type de démence, mais il peut se révéler utile dans l'évaluation des modifications du comportement survenant dans d'autres pathologies.

Douze domaines comportementaux sont pris en compte dans le NPI : Idées délirantes / Apathie / Hallucinations / Désinhibition / Agitation / Irritabilité / Dépression / Comportement moteur aberrant / Anxiété / Comportement durant la nuit / Euphorie / Modification de l'appétit et des comportements alimentaires.

En savoir + sur www.plan-retraite.fr ou sur www.cmrr-nice.fr

Le Mini Mental State MMS ou Test de FOLSTEIN

C'est un test d'évaluation des fonctions cognitives. Il est utilisé dans le cadre d'une suspicion de démence. Ce n'est pas un test de DIAGNOSTIC mais un test de REPÉRAGE.

Concrètement, le M.M.S. s'articule autour de 30 items (questions) qui cherche à évaluer :

- Les capacités d'orientation dans le temps
- Les capacités dans l'espace
- Les capacités d'attention et de calcul
- Les capacités de rappel des informations
- Les capacités de langage et d'identification
- Les praxies constructives

Maladie de Parkinson

Définition / Causes

La maladie de Parkinson correspond au déficit en dopamine (un des médiateurs de l'influx nerveux) au niveau des jonctions entre les cellules nerveuses (synapses), il s'ensuit des troubles de la commande motrice pour l'essentiel mais aussi des aspects psychologiques particuliers du fait de ce déficit. Le plus souvent, il n'existe pas de cause retrouvée, sauf peut-être les traumatismes crâniens répétés chez les boxeurs. La zone anatomique du cerveau qui devient déficitaire en dopamine se nomme le "locus niger".

Signes en faveur de ce diagnostic:

- Le tremblement est très classique, observé sur le sujet au repos et qui s'arrête à l'initiation d'un mouvement.
- La lenteur des mouvements et le caractère figé de la mimique.
- La rigidité des membres et les difficultés à la marche.
- Les troubles de l'écriture.

Diagnostic

Il est essentiellement clinique (observation du patient) et prend souvent quelques semaines à quelques mois pour confirmer l'installation de troubles discrets au début puis de plus en plus nets. On va rechercher quelques signes assez typiques concernant le système nerveux en observant le type de tremblement, l'écriture, la marche et l'évolution sous traitement.

Examens fréquemment réalisés dans cette pathologie :

Ils ne sont pas nombreux et vont seulement vérifier l'intégrité anatomique du cerveau par un scanner ou une IRM au début de la pathologie.

Principes du traitement :

L'idée est de redonner au système de transmission des données la dopamine qui lui manque. Tout d'abord par ce que l'on appelle : Les agonistes (action positive) dopaminergiques qui vont stimuler les voies de fabrication de la dopamine . Une autre voie consiste à amener de la lévodopa qui se transforme en dopamine, d'une part dans le sang et les muscles et d'autre part dans le système nerveux et le liquide céphalorachidien. On adjoint donc à la lévodopa un produit qui bloque la décarboxylation périphérique (le benserazide) pour que l'essentiel de la forme active (la dopamine) soit libéré au niveau des centres cérébraux. En effet, le benserazide ne traverse pas les méninges et reste en périphérie où il exerce son action inhibitrice. Les anticholinergiques ensuite, peuvent avoir un effet sur le tremblement et la

raideur mais peu sur la pauvreté du mouvement. Tous ces traitements ne sont pas dénués d'effets secondaires et doivent être surveillés par le médecin traitant qui, pour cela, s'appuiera sur les faits apportés par le patient. Cette collaboration est très importante pour ne donner que le strict nécessaire au meilleur équilibre possible. Il faut bien sur rajouter à la prise en charge tout le versant ergothérapeutique et kinésithérapeutique puisqu'il est essentiel de garder le plus possible aux muscles et articulations leur souplesse d'origine malgré les troubles de commande dont ils souffrent. Enfin, il faut citer les progrès spectaculaires de la neurochirurgie stéréotaxique qui, par l'implantation d'électrodes intracérébrales, stimule le centre qui normalement bloque le tremblement et n'en est plus capable faute de dopamine ; cette technique remarquable d'efficacité dans certains cas reste d'application encore difficile par son prix de revient.

France Parkinson

37 bis rue de la Fontaine - 75016 Paris
Tél : 01.45.20.22.20



Vous cherchez
une maison de retraite ?
**Quels que soient le degré d'autonomie
de votre proche et l'urgence
de votre demande, contactez nous.**



PLAN RETRAITE

N°Vert 0800 575 584

Appel et service gratuits

Les AVC ou accidents vasculaires cérébraux

Définition / Causes :

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) correspondent à des phénomènes lésionnels au niveau du cerveau, d'origine vasculaire. Ils peuvent être en rapport, dans 75 % des cas, avec une occlusion d'un vaisseau entraînant une non-alimentation d'un territoire du cerveau (ischémie) ou une hémorragie (dans 25 % des cas). Ils sont responsables de plus de 100 000 morts par an en France. Dans les AVC ischémiques, on distingue aussi, les AVC ischémiques transitoires (AIT : déficit neurologique d'installation brutale et entièrement régressif en moins de 24 heures), des AVC ischémiques constitués (présents pendant plus de 24 heures).

Parmi les causes d'AVC ischémiques, on retient :

- l'athérosclérose (70 % des cas),
- les maladies qui favorisent la survenue de caillots (cardiopathies emboligènes) comme l'infarctus du myocarde, les maladies des valves cardiaques et la fibrillation auriculaire, la prise d'oestrogénostatifs,
- les lésions des artères cervicales (dissection entre autre),
- les inflammations siégeant au niveau de la paroi des artères (artérites inflammatoires ou infectieuses),
- mais aussi : maladies hématologiques avec hyper viscosité du sang, la présence d'anticoagulants circulants, la prise de drogues, des migraines compliquées, spasme artériel après rupture d'anévrisme...

Parmi les causes d'AVC hémorragiques, on retient :

- l'hypertension artérielle,
- les malformations vasculaires : anévrismes,
- les tumeurs cérébrales qui saignent,
- les troubles de la coagulation,
- l'abus de drogues.

Signes en faveur de ce diagnostic :

● Accident ischémique :

Le tableau clinique de l'AIT, cécité monoculaire transitoire : perte transitoire de la vision d'un seul œil (possible simple baisse de la vision), une aphasie : impossibilité de parler, un déficit moteur : d'une baisse de la mobilité à une hémiparésie (paralysie complète de la moitié, gauche ou droite du corps) complète, troubles sensitifs d'un hémicorps : picotements, engourdissement, voire anesthésie d'un hémicorps, drop-attacks : chute sans trouble de la conscience par perte du tonus des membres inférieurs.

● Au tableau de l'AVC constitué :

suivant le siège de la lésion, peuvent s'associer : une paralysie d'un côté du corps (hémiparésie), des troubles sensitifs, des troubles de la mémoire (aphasie), une confusion, un coma, une cécité (perte de la vision), des vertiges, des troubles d'équilibre, des troubles de la déglutition, des vomissements, des céphalées, des paralysies du nerf facial (voir sujet), des strabismes...

● Pour les AVC hémorragiques :

le tableau clinique typique associe : déficit brutal et céphalées et vomissements, on peut donc retrouver:

- un déficit moteur : hémiparésie avec déviation conjuguée de la tête et des yeux.
- un déficit sensitif : anesthésie d'une moitié du corps (hémianesthésie).
- une hypertonie (augmentation du tonus du corps, jusqu'à la contracture).
- des crises convulsives, une obnubilation, une confusion, des vertiges, des céphalées, des vomissements.

Diagnostic :

Le diagnostic est d'abord clinique.

L'examen des capacités motrices et de la sensibilité de tout le corps oriente vers le siège des lésions.

La confirmation des lésions et leur siège sera obtenue grâce à la réalisation d'examen complémentaires.

Examens fréquemment réalisés :

● Bilan biologique :

- numération formule sanguine, bilan lipidique (cholestérol, triglycéride), bilan de coagulation (TP, TCA), ionogramme sanguin,
- chez un sujet jeune : recherche d'anomalie de la coagulation.

● Imagerie :

- scanner cérébral sans injection : recherche la lésion et évalue son étendue,
- écho-doppler des vaisseaux du cou : recherche des plaques d'athérome,
- échographie trans-thoracique ou trans-oesophagienne : recherche des caillots dans les cavités cardiaques, qui pourraient emboliser,
- pourront se discuter aussi : IRM cérébrale, artériographie.

Principes du traitement préventif :

Arrêt des facteurs de risques :

- arrêt de la consommation de tabac et prise de la pilule,
- correction d'une anomalie lipidique associée,
- prise en charge d'un AVC transitoire et correction de l'anomalie en cause (par ex : anticoagulant si fibrillation auriculaire).

Principes du traitement curatif...

Il peut associer :

- traitement anti-coagulant ou arrêt suivant les cas (AVC ischémiques ou hémorragiques),
- correction chirurgicale d'un anévrisme cérébral,
- embolisation d'un anévrisme (consiste à boucher l'anévrisme en montant une sonde dans le cerveau),
- endartériectomie : correction d'une sténose des carotides,
- kinésithérapie.

Evolution et pronostic :

- **Pour l'AIT** : elle est favorable à court terme (c'est la définition), mais la survenue d'un AIT doit être un signal d'alarme qu'il convient de prendre en considération afin d'éviter un AVC constitué (dont la gravité est certaine) ou d'autres complications ischémiques (la première cause de mortalité de ces patients est l'infarctus du myocarde).
- **Pour l'AVC ischémique constitué** : le décès survient dans 20 à 30 % des cas dans les 15 premiers jours et dans 50 % des cas dans les 5 ans qui suivent (par un nouvel AVC ou un infarctus du myocarde). Le pronostic à long terme est surtout lié aux séquelles qui subsistent après l'accident.
- **Pour l'AVC hémorragique** : à court terme le pronostic vital est engagé (risque de décès) à cause de l'œdème cérébral, du risque d'engagement (compression des structures du cerveau commandant l'automatisme de la respiration, de la contraction cardiaque, de l'état de veille ...au niveau du trou occipital : orifice par lequel le cerveau est en communication avec la moelle épinière), à long terme, ce sont les séquelles fonctionnelles qui dominent le tableau.

**À DÉCOUVRIR / À TÉLÉCHARGER
sur www.plan-retraite.fr**



**“ Livret d'informations et ”
programme d'autorééducation
dans les suites d'un AVC**

L'arthrose

Définition / Causes :

C'est une maladie dégénérative des articulations qui voient leur surfaces cartilagineuses se détruire et perdre de leur efficacité de glissement. On observe ainsi un enraidissement progressif des articulations concernées. L'arthrose atteint l'adulte après 60 ans le plus souvent et la femme plus que l'homme mais peut être plus précoce sur des articulations maltraitées par un travail intensif ou un surpoids.

Signes en faveur de ce diagnostic :

La raideur douloureuse du réveil avec une période de dérouillage nécessaire est assez évocatrice.

Diagnostic :

Douleur à la mobilisation qui cède au repos, enraidissement et douleur sourde à la première mobilisation et signes radiologiques d'amincissement du cartilage (plus ou moins présence d'excroissances appelées ostéophytes) sont les signes suffisants pour poser le diagnostic d'arthrose. On parle de coxarthrose pour la hanche, de gonarthrose pour le genou, d'omarthrose pour l'épaule de cervicarthrose pour le rachis cervical, de dorsarthrose pour le rachis dorsal, et de lombarthrose pour le rachis lombaire.

Examens fréquemment réalisés dans cette pathologie :

Radiographies de l'articulation concernée. Exceptionnellement, on est amené à ponctionner une articulation qui présente un épanchement inflammatoire conséquent et le liquide sera alors analysé.

Principes du traitement préventif :

La prévention passe par une chasse aux kilos superflus pour ne pas solliciter outre mesure les articulations qui supportent les effets de la pesanteur. Par ailleurs il faut éviter les activités qui répètent le même traumatisme un grand nombre de fois.

Principes du traitement médical :

Il s'efforce de diminuer la douleur lors des poussées et fait appel aux anti-inflammatoires non stéroïdiens le plus souvent, leur efficacité est régulièrement vérifiée mais ils ne sont pas dénués d'effets secondaires en particulier chez la personne âgée, à qui ils sont surtout destinés. Une classe de médicaments se veut complémentaire en inhibant l'interleukine qui est un des médiateurs de la destruction du cartilage. Leur effet s'ajoute à celui des anti-inflammatoires après 4 à 6 semaines de traitement.

Traitement chirurgical :

Le blocage mécanique de l'articulation (arthrodèse) est devenu exceptionnel on lui préfère en général le remplacement de l'articulation par une prothèse.

Evolution et pronostic :

La destruction totale de l'articulation amène à la chirurgie prothétique dans certains cas. Il faut savoir choisir le bon moment pour cela et préserver ainsi l'autonomie de la personne âgée. La chirurgie des prothèses articulaires hanche, genou et épaule est maintenant bien rodée et apporte un confort de vie que les patients arthrosiques avaient oublié.

L'ostéoporose

Définition / Causes :

Maladie qui se caractérise par la diminution de la densité osseuse et la fragilisation des os à la suite d'une fixation du calcium altérée par différents mécanismes. Le premier par ordre de fréquence est l'arrêt des sécrétions oestrogéniques à la ménopause. Ensuite, il va exister des causes maladiques et des causes médicamenteuses (la plus fréquente étant le traitement par la cortisone au long cours sans précaution).

Signes en faveur de ce diagnostic :

Ils sont peu nombreux au début mais consistent en des douleurs vertébrales (début du tassement) et/ou des fractures trop "faciles", c'est à dire pour un traumatisme minime et qui témoignent donc de la fragilisation extrême de l'os.

Diagnostic :

Il va se faire sur un faisceau d'arguments cliniques (circonstances en faveur d'une ostéoporose, description de douleurs à la mise en charge du rachis) et sur l'examen radiologique voire ostéodensitométrique. A un stade avancé de la maladie, il faudra simplement reconnaître une ostéoporose chez une personne âgée qui présente une colonne vertébrale déformée (gibbosité) dont la radio montre des fractures-tassement étagées de plusieurs vertèbres.

Examens fréquemment réalisés dans cette pathologie :

La biologie théoriquement devrait montrer une fuite urinaire du calcium et un calcium sanguin bas, or il faut en général une maladie très évoluée pour en arriver là. La radiographie va montrer des vertèbres dont la corticale est amincie et à un stade ultérieur, le cadre vertébral est déformé par le tassement, ses bords ne sont plus parallèles. Enfin, l'ostéodensitométrie permet de mesurer la densité de l'os et présente un intérêt depuis que l'on a pu établir une table comparative qui permet de situer l'individu qui passe l'examen en question dans une échelle de risque et donc de proposer un traitement préventif ou curatif à bon escient.



Société Française de Rhumatologie www.rhumatologie.asso.fr

Pour en savoir plus sur les grandes maladies :

ARTHROSE, OSTÉOPOROSE, POLYARTHRITE RHUMATOÏDE,...



À DÉCOUVRIR / À TÉLÉCHARGER
sur www.plan-retraite.fr



“ Prévention, diagnostic et traitement de l'ostéoporose ”

“ Comment prévenir les fractures dues à l'ostéoporose ”

Info ...

Depuis le 1er juillet 2006, l'ostéodensitométrie, l'examen de dépistage de l'ostéoporose, est prise en charge par l'Assurance Maladie sur prescription médicale et pour les patients à risques. Elle est remboursée à 70 % sur la base d'un tarif fixé à 39,96 €.

Principes du traitement préventif :

Il va consister à repérer les situations à risque et appliquer des règles simples de substitution. L'exercice physique et l'apport vitamino-calcique sont bénéfiques dans tous les cas mais quand la ménopause est en cause, l'intérêt du traitement hormonal (en l'absence de contre-indication) est flagrant.

Quand la prise de corticoïdes est vitale pour le contrôle d'une autre maladie, il faut savoir contrôler avec calcium et vitamine D au début, puis d'autres médicaments ensuite (certains diphosphonates) l'ostéoporose cortisonique.

Principes du traitement curatif :

Sur la partie douloureuse de l'évolution du tassement vertébral, la calcitonine injectable est souvent efficace. Par ailleurs le traitement classique des tassements ostéoporotiques fait appel aux diphosphonates (plusieurs produits possibles) en association au calcium dans les cas les plus sévères. Il ne faut toutefois pas espérer mieux qu'un^{2e} stabilisation des lésions et une interruption du rythme des fractures vertébrales.

Evolution et pronostic :

Elle dépend en grande partie du soin apporté à la prévention mais peut dans certains cas s'avérer catastrophique avec une gibbosité très invalidante et des douleurs quasi permanentes après plusieurs années d'évolution...

La fracture du col du fémur

L'ostéoporose se caractérise par une augmentation de la fragilité osseuse qui peut être à l'origine de fractures. Elle concerne tout particulièrement les femmes à partir de la ménopause. A partir de 75 ans, le risque de fracture du col du fémur augmente considérablement. Le plus souvent, c'est une chute qui provoque la fracture. L'inverse se produit plus rarement : lorsque la fracture du col du fémur est à l'origine de la chute, on parle de fracture spontanée.

Malgré les progrès de la chirurgie, la fracture du col du fémur reste grave. En effet, celle-ci nécessite une intervention en urgence et entraîne parfois une immobilisation prolongée et des complications importantes chez les personnes les plus fragiles : l'autonomie du malade peut être considérablement réduite.

Des séances de rééducation sont très fortement conseillées même si la récupération paraît difficile.

Les techniques actuelles visent à permettre aux personnes opérées de la hanche de retrouver aussi rapidement que possible leur mobilité et leur indépendance.

La fracture du col du fémur est redoutée car elle touche les personnes âgées et oblige à la chirurgie.

Elle peut laisser douleurs et handicap fonctionnel, voire perte complète d'autonomie, et entraîne parfois des décès (15 à 20 % chez les personnes très âgées).

Indication ... Le Guide Plan Retraite est un ouvrage d'informations médico-sociales.

Les informations médicales qui y sont proposées ne constituent ni directement ni indirectement une consultation médicale et ne peuvent en aucun cas se substituer à une consultation, une visite ou à un diagnostic formulé par votre médecin.