

Mosaïque gériatrique



Jean-Pierre Beauchemin md
Gériatre et professeur titulaire
IUCPQ et CIUSSS de la Capitale-Nationale
Le 11 mai 2018
Manoir Rouville-Campbell

 ma Faculté pour la vie



UNIVERSITÉ
LAVAL

Faculté de médecine

Déclaration d'intérêts

- Professeur titulaire à l' Université Laval
- Clinicien et présentateur d' une soixantaine de formations continues par année sur des sujets variés en gériatrie clinique:
 - Maladies cardio-vasculaires et facteurs de risque
 - Diabète
 - Chutes
 - Perte d' autonomie
 - Ostéoporose
 - Arthrose

Déclaration d' intérêts (suite)

- Démences
 - Maladies infectieuses (grippe et pneumonie)
 - Éthique clinique (ex. DNR, consentement)
 - Incontinence urinaire
 - Maladie de Parkinson
- Aucune dépendance, intérêt financier ni revenu liés aux ventes ou rendement financier des compagnies impliquées, produits ou programmes présentés

Plan

- Atteintes oculaires du diabète et dernière recommandations ACD 2018 quant au traitement du diabète en gériatrie
- L'insomnie en gériatrie
- Illusions vs hallucinations visuelles
- Gammopathies monoclonales
- Usage des psychostimulants

Atteintes oculaires et diabète

- Le diabète est un facteur de risque de plusieurs problèmes oculaires
 - Rétinopathie (85% à divers degrés, parfois 7 ans avant Dx)
 - Cataractes
 - Réponses pupillaires diminuées (au-delà de la neuropathie diabétique)
 - Paralysie du nerf crânien III (Diplopie aiguë = infarctus vasa nervorum = douleur!) R/O anévrisme communiquant postérieur: 0 réflexe pupillaire
 - Iridocyclite (DM I)
 - Neuropathie nerf optique (infarctus) (DM I)

Rétinopathie diabétique Définition

- Œdème maculaire (localisé ou diffus)
- Néo vaisseaux sur la macula + rétine (rétinopathie proliférative) amélioré par laser
- Changements microvasculaires progressifs
 - Micro anévrismes
 - Hémorragies rétinienne
 - Tortuosités et malformations vasculaires rétine (rétinopathie non proliférative)
- Non perfusion capillaires de la rétine (angiographie rétinienne) cause principale de cécité (améliorée par ranibizumab)

Dépistage rétinopathie diabétique ACD 2018

Table 1
Screening for retinopathy

When to initiate screening

- Type 1 diabetes: 5 years after diagnosis in all individuals ≥ 15 years
- Type 2 diabetes: children, adolescents and adults **at diagnosis**

Screening methods

- 7-standard field, stereoscopic-color **fundus photography** with interpretation by a trained reader (gold standard)
- Direct ophthalmoscopy or indirect slit-lamp fundoscopy through dilated pupil
- Digital fundus photography

If retinopathy is present

- Diagnose retinopathy severity and establish appropriate monitoring intervals **(1 year or less)**
- Treat sight-threatening retinopathy with laser, pharmacological or surgical therapy
- Review glycemic, BP and lipid control, and adjust therapy to reach targets as per guidelines*
- Screen for other diabetes complications

If retinopathy is not present

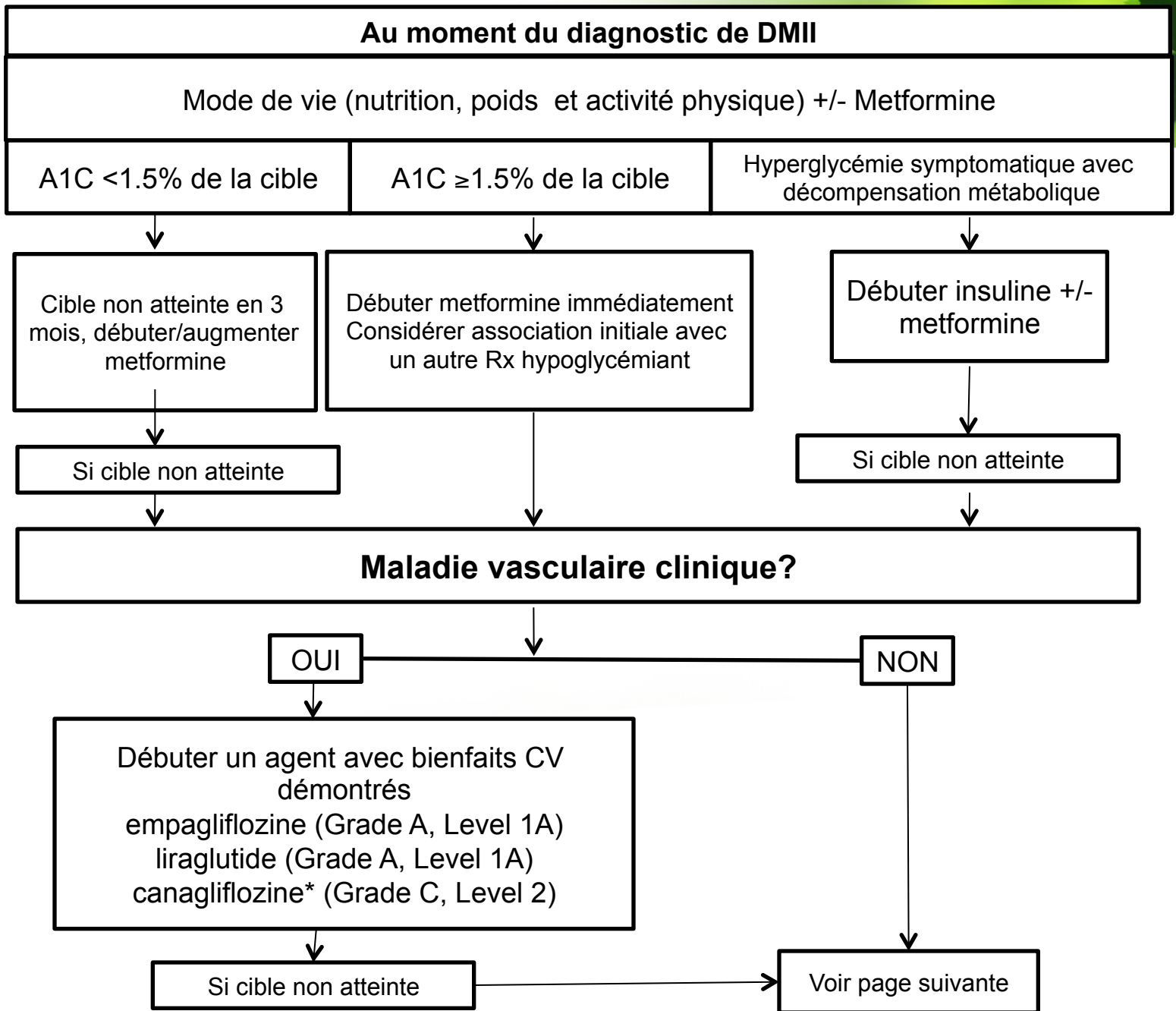
- Type 1 diabetes: rescreen annually
 - Type 2 diabetes: rescreen **every 1 to 2 years**
 - Review glycemic, BP and lipid control, and adjust therapy to reach targets as per guidelines*
 - Screen for other diabetes complications
-

BP, blood pressure.

* See Targets for Glycemic Control chapter, p. S42; Hypertension chapter, p. S186; Dyslipidemia chapter, p. S178

Cristallins et diabète

- Les cataractes séniles sont plus fréquentes et précoces chez DM II
 - Opacités sous capsulaires postérieures
 - Opacités corticales
- Fluctuations de la réfraction selon niveau de glycémie (jusqu'à 3-4 dioptries!) d'où vision trouble intermittente



* À éviter chez les patients avec amputations antérieures

Maladie vasculaire clinique?

NON

Ajouter un agent en tenant compte des caractéristiques suivantes

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

Éviter l'hypoglycémie et/ou le gain de poids avec une efficacité démontrée sur le contrôle glycémique

Autres considérations:
GFR diminué et/ou albuminurie
MCV ou risque de MCV
Niveau d'hyperglycémie
Autres comorbidités (IC, maladies hépatiques)
Désir de grossesse
Coûts/couverture d'assurance
Préférence du patient

AGENTS DE CHOIX

iDPP-4, analogues GLP-1 ou iSGLT2

Voir tableau d'ajustements des doses selon la fonction rénale

Add additional antihyperglycemic agent best suited to the individual by prioritizing patient characteristics (agents listed in alphabetical order by CV outcome data):						
Class	Effect on CVD Outcomes	Hypo-glycemia	Weight	Relative A1C Lowering when added to metformin	Other therapeutic considerations	Cost
GLP-1R agonists	lira: Superiority in T2DM with clinical CVD exenatide LAR & lixi: Neutral	Rare	↓↓	↓↓ to ↓↓↓	GI side-effects, Gallstone disease Contraindicated with personal / family history of medullary thyroid cancer or MEN 2 Requires subcutaneous injection	\$\$\$\$
SGLT2 inhibitors	Cana & empa: Superiority in T2DM patients with clinical CVD	Rare	↓↓	↓↓ to ↓↓↓	Genital infections, UTI, hypotension, dose-related changes in LDL-C. Caution with renal dysfunction, loop diuretics, in the elderly. Dapagliflozin not to be used if bladder cancer. Rare diabetic ketoacidosis (may occur with no hyperglycemia). Increased risk of fractures and amputations with canagliflozin. Reduced progression of nephropathy & CHF hospitalizations with empagliflozin and canagliflozin in those with clinical CVD	\$\$\$
DPP-4 Inhibitors	alo, saxa, sita: Neutral	Rare	Neutral	↓↓	Caution with saxagliptin in heart failure Rare joint pain	\$\$\$
Insulin	glar: Neutral degludec: noninferior to glar	Yes	↑↑	↓↓↓↓	No dose ceiling, flexible regimens Requires subcutaneous injection	\$- \$\$\$\$
Thiazolidinediones	Neutral	Rare	↑↑	↓↓	CHF, edema, fractures, rare bladder cancer (pioglitazone), cardiovascular controversy (rosiglitazone), 6-12 weeks for maximal effect	\$\$
α-glucosidase inhibitor (acarbose)		Rare	Neutral	↓	GI side-effects common Requires 3 times daily dosing	\$\$
Insulin secretagogue: Meglitinide		Yes	↑	↓↓	More rapid BG-lowering response Reduced postprandial glycemia with meglitinides but usually requires 3 to 4 times daily dosing.	\$\$
Sulfonylurea		Yes	↑	↓↓	Gliclazide and glimepiride associated with less hypoglycemia than glyburide. Poor durability	\$
Weight loss agent (orlistat)		None	↓	↓	GI side effects Requires 3 times daily dosing	\$\$\$

↓


Si cible non atteinte

↓

- Ajouter Rx autre classe / ajouter ou augmenter l'insuline
- **La cible d'A1C doit être atteinte en 3-6 mois**



Cibles d'A1C

≤6.5	Adultes avec DM II pour réduire le risque de néphropathie et de rétinopathie si à faible risque d'hypoglycémie
≤7.0	La plupart des patients avec DM I et DM II
7.1  8.5	7.1-8.0%: Perte d'autonomie* 7.1-8.5%: <ul style="list-style-type: none"> Hypoglycémies sévères ou atypiques Courte espérance de vie Vieillard fragile avec ou sans démence**
Éviter les A1C trop élevées pour éviter hyperglycémies symptomatiques	
Fin de vie	A1C non recommandée. éviter hyperglycémies symptomatiques et toutes hypoglycémies

* Based on class of antihyperglycemic medication(s) utilized and person's characteristics

** see Diabetes in Older People chapter

Cibles pour les patients âgés diabétiques



	Autonome	Perte d'autonomie	Fragile avec ou sans démence	Fin de vie
Clinical Frailty Index*	1-3	4-5	6-8	9
Cible A1C <i>Faible risque d'hypoglycémie (ie. Sans insuline ou SU)</i>	≤7.0%	<8.0%	<8.5%	Ne plus mesurer A1C. Éviter hyperglycémie symptomatique ou toutes hypoglycémies
Cible A1C <i>Haut risque d'hypoglycémie (ie. Avec insuline ou SU)</i>		7.1-8.0%	7.1-8.5%	
Glucomètre AC: PC:	4-7 mmol/L 5-10 mmol/L	5-8 mmol/L <12 mmol/L	6-9 mmol/L <14 mmol/L	À individualiser

* Voir plus loin

Clinical Frailty Scale



1 Very Fit – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.



2 Well – People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally, e.g. seasonally.



3 Managing Well – People whose medical problems are well controlled, but are not regularly active beyond routine walking.



4 Vulnerable – While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities. A common complaint is being “slowed up”, and/or being tired during the day.



5 Mildly Frail – These people often have more evident slowing, and need help in high order IADLs (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.



6 Moderately Frail – People need help with all outside activities and with keeping house. Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.



7 Severely Frail – Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).



8 Very Severely Frail – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.



9 Terminally Ill – Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy <6 months, who are not otherwise evidently frail.

Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

Antihyperglycémiantes et fonction rénale

		Stade de l'IRC				
		5	4	3	2	1
		<15	15 à 29	30 à 59	60 à 89	≥ 90
DFGe (mL/min/1,73 m ²) :		<15	15 à 29	30 à 59	60 à 89	≥ 90
Inhibiteurs alpha-glucosidases	Acarbose (Glucobay)	Contre-indiqué(e)	25			100 mg 3 fois/jour
Biguanides	Metformine (Glucophage)	Contre-indiqué(e)	30	500 mg 2 fois/jour	45	850 mg 3 fois/jour
	Alogliptine (Nesina)	6,25 mg	30	12,5 mg	50	25 mg/jour
Inhibiteurs de la DPP-4	Linagliptine (Trajenta)	Expérience limitée	15			5 mg/jour
	Saxagliptine (Onglyza)	Contre-indiqué(e)	15	2,5 mg	50	5 mg/jour
	Sitagliptine (Januvia)	25 mg	30	50 mg	50	100 mg/jour
	Dulaglutide (Trulicity)				50	1,5 mg/semaine
Agonistes des récepteurs du GLP-1	Exénatide (Byetta)		30	5 µg 2 fois/jour	50	10 µg 2 fois/jour
	Exénatide QW (Bydureon)		30		50	2 mg/semaine
	Liraglutide (Victoza)	Contre-indiqué(e)	15	1,8 mg/jour	50	1,8 mg/jour
	Lixisénatide (Adlyxine)			30	50	20 µg/jour
	Sémaglutide (Ozempic)		15		50	1 mg/semaine
Sécrétagogues de l'insuline	Gliclazide (Diamicon)		15 hypoglycémies	30		MR 120 mg/jour ou 160 mg 2 fois/jour
	Glimépiride (Amaryl)		15 hypoglycémies	30		4 mg 2 fois/jour
	Glyburide (Diabeta)			30 hypoglycémies	50	10 mg 2 fois/jour
	Répaglinide (GlucNorm)					4 mg 3 fois/jour
Inhibiteurs du SGLT2	Canagliflozine (Invokana)			4-100 mg	30*	300 mg/jour
	Dapagliflozine (Forxiga)				60	10 mg/jour
	Empagliflozine (Jardiance)			45	25 mg	60*
Thiazolidinediones	Pioglitazone (Actos)	insuffisance cardiaque	30			45 mg/jour
	Rosiglitazone (Avandia)	insuffisance cardiaque	30			8 mg/jour
	Insulines					

■ Contre-indiqué(e) ■ Non recommandé(e) □ Ajustement de la dose nécessaire

■ Prudence (raison indiquée) ■ Surveillance étroite de la fonction rénale ■ Sûr(e)

ma Faculté pour la vie

* = Le traitement ne doit pas être amorcé si le DFGe est inférieur à 60 mL/min; D'après la monographie de chaque produit.

DFGe : débit de filtration glomérulaire estimé; DPP-4 : dipeptidyl peptidase-4; GLP-1 ; glucagon-like peptide-1; IRC : insuffisance rénale chronique;

SGLT-2 : sodium-glucose co-transporter 2.

Yale JF, version de février 2018. www.dryale.ca

La dose indiquée est la dose maximale permise pour ce DFGe.

Inhibiteurs SGLT2

- Inhibent réabsorption du glucose d'où glycosurie
 - Pas d'hypoglycémie
 - Fait perdre du poids
 - Diminue la TA (surtout si contraction du volume vasculaire)
 - Effets secondaires: infections urinaires, vaginites
 - Stimule la sécrétion du glucagon donc devra être en association avec GLP1 ou inhibiteurs DPP-4?
 - Pas de risque accru de fracture ostéoporotique
 - Risque d'acido-cétose si maladies graves intercurrentes
 - Efficacité moindre chez IR ($Cl_{Cr} > 45$ ou 60 cc/hr?)

Rôle des iSGLT2 dans la néphropathie DM II

Chez les adultes avec DM II avec néphropathie chez qui les cibles d'A1C ne sont pas atteintes malgré plusieurs Rx antihyperglycémifiants et qui ont un eGFR >30 mL/min/1.73 m², un iSGLT2 avec bénéfices rénaux démontrés pourrait être considéré pour réduire la progression de la néphropathie [Grade B, Niveau 2 pour empagliflozine; Grade C, Niveau 3 pour canagliflozine]

Gestion MÉDICAMENTEUSE DU DIABÈTE EN UCDG

ANNEXE 9 DU DOCUMENT «gestion médicamenteuse en UCDG»

RUSHGQ

**Regroupement des Unités de Courte Durée Gériatriques
et des services hospitaliers de gériatrie du Québec**

Auteurs :

José A. Morais, M.D., gériatre, Centre universitaire de santé McGill

Liliane Raduly, pharmacienne, CISSS Montérégie-centre, Hôpital Charles-Lemoyne

Jean-Pierre Beauchemin, M.D., gériatre, Institut universitaire de cardiologie et pneumologie de Québec

rushgq.org

INSOMNIE EN GÉRIATRIE



Sommeil: Physiologie du vieillissement



- ↑ temps d'endormissement (> 20 minutes)
- Temps de sommeil par 24 heures stable
 - Siestes (66%) => morcellement
 - Réveils multiples la nuit (2 à 15 secondes), non perçus => sommeil polyphasique
- ↓ des stades III et IV au profit des stades I et II
- ↓ REM et perte d'allongement progressif
- Déphasage (coucher et lever tôt)

Étiologies de l'insomnie

- Douleur, inconfort
 - Plénitude vésicale
 - Distension rectale
 - RGO
 - Crampes nocturnes
 - Bouffées de chaleur
- Myoclonies nocturnes (MCN) (avec ou sans *RLS*)
- Prurit
- Obésité

Étiologies de l'insomnie (suite)

- Cardiovasculaires
 - DPN, palpitations, angor pectoris, résorption des oedèmes
- Respiratoires
 - Apnée du sommeil, bronchite, asthme, toux
- Gastro-intestinales
 - Ulcus, diarrhées, coliques
- Démence sénile
- Hypoglycémies
- Psychogènes

Causes iatrogènes et extrinsèques d'insomnie

- Caféine
- Théophylline
- Éphédrine
- Diurétiques
- B-bloquants
- Sevrage d'hypnotiques (dont BDZ)
- Prise et sevrage d'alcool
- Lumière
- Bruit
- Température et humidité
- Literie
- Changement de milieu
- Produits excitants: menthe, nicotine, chocolat, alcool

Approches non pharmacologiques

- Expliquer la physiologie vieillissante du sommeil
- Conseils quant à l'hygiène du sommeil
 - Heures de coucher et lever stables
 - Pas de sieste!
 - Exercices physiques dans la journée (pas en soirée!)
 - Éviter les excitants
 - Environnement favorisant
- Conseils quant à l'hygiène du sommeil
 - La règle des 20 minutes
- Tisanes, lait chaud, collation légère
- Techniques de relaxation
- Ces approches sont efficaces pour diminuer la prescription d'hypnotiques!

Approches pharmacologiques

- Les approches non pharmacologiques sont concomitantes aux pilules!
- Les grandes classes de médicaments hypnotiques
 - Premier choix: Désyrel vs benzodiazépines
 - À proscrire: Antihistaminiques, barbituriques, (hydrate de chloral)
 - Les autres: zopiclone, ISRS, neuroleptiques...

Désyrel (trazodone)

- Mauvais antidépresseur!
- Dose minimale efficace, grande flexibilité posologique (50, 100, 150...)
- Attention: État d'équilibre plus tardif que chez les adultes jeunes (le deuxième matin...)
- Sevrage plus facile que BDZ
- Charge anticholinergique faible mais cumulative
- Priapisme: très très rare aux doses recommandées!

Les benzodiazépines

- Toutes des métabolites du diazépam (Valium) donc:
 - Anxiolytiques (et sédatives...)
 - Myorelaxants (chutes...)
 - Effets délétères sur la mémoire (encodage)
- Potentiel de dépendance (puissance et ultra courte durée)
- Potentiel d'accumulation
- Métabolisme hépatique (Cytochrome P₄₅₀) ralenti avec l'âge sauf pour 3 BDZ:
 - Oxazépam (Sérox) (7,5 mg à 15 mg)
 - Témazépam (Restoril) (15 mg)
 - Lorazépam (Ativan) (0,5 mg)
- Sérox et Restoril ont période d'induction de 2 heures
- Dépendance ↑ avec Ativan

Autres sédatifs

- Zopiclone (Imovane^R)
 - Moins puissant que les BDZ
 - Décevant pour les patients qui ont connu l'effet des BDZ!
 - Goût métallique (surtout dose 7,5 mg)
 - Moins de dépendance
- ISRS et neuroleptiques
- On réservera ces choix quand une comorbidité psychiatrique s'accompagne d'insomnie
 - ISRS
 - Paxil (paroxétine) (10 – 20 mg)
 - Remeron (mirtazapine) sédatif à faible dose (7,5 mg – 15 mg)
 - Séroquel (quétiapine) (25 – 75 mg)

ILLUSIONS OU HALLUCINATIONS?



Hallucinose?

- Hallucinations ou illusions avec critique quant à la réalité de la perception expérimentée, exemples:
 - Syndrome de Charles Bonnet
 - Hallucinose visuelle complexe
 - Crises d'épilepsie temporale

Désafférentation visuelle

- Causes
 - AVC (déficit visuel bilatéral et homonyme)
 - Décollement de la rétine
 - Neuropathies optiques ischémiques
 - Vasculopathies rétiniennes
 - Cataractes
 - Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)
 - Glaucome
 - Rétinopathie diabétique

Syndrome de Charles-Bonnet (SCB)

- Décrit en 1760 par Charles Bonnet, naturaliste genevois
- À propos de son grand-père de 87 ans:
 - Il voyait des personnages, des animaux, des décors exotiques et voyait les objets plus petits qu'ils ne l'étaient (micropsie (hallucinations lilliputiennes))
 - Il était sain d'esprit
 - Il considérait ses visions comme non réelles et s'en amusait!
 - Il avait 2 cataractes denses et était quasi

aveugle

SCB: caractéristiques cliniques

- Chez les sujets avec ophtalmopathies,
 - DMLA (10%-15% auront SCB)
 - Cataractes
 - Rétinopathie (dont glaucome et décollement)
- Mais aussi atteinte nerf optique, radiations optiques et cortex visuel (plus rares)
- Donc âge moyen de 72 ans
- Femmes > Hommes
- Durée moyenne 12 à 18 mois
- Personnalité introvertie?
- Isolement social?

SCB: Caractéristiques cliniques

- Pas d'atteinte cognitive
- Autocritique! Jamais de délire secondaire!
- Pire au crépuscule (ne pas confondre avec syndrome crépusculaire du dément)
- Hallucination/illusion
 - Statique = dynamique
 - Nette, précise, plus claire que le reste de la vision
- SCB «auditif» décrit par Régis en 1881, contesté car pouvait être des acouphènes mal interprétés. De plus, toujours corrigés par appareillage améliorant l'acuité auditive

SCB: Une pléiade de descriptions

- Gens inconnus, animaux (insectes), objets
- Formes abstraites se combinant (*tessalopsie*)
- Objets se répétant à l'infini (entre 2 miroirs...) (*polypsie*)
- Embranchements multiples (arborescence, carte routière) (*dendropsie*)
- Couleurs extrêmement vives (*hyperchromatopsie*)
- Dernier objet regardé se substitue aux nouveaux objets regardés (*persévérance*)
- Le motif d'un objet se répète sur un autre (*étalage*)
- Visages laids ou déformés (*prosopometamorphopsie*)

SCB: Physiopathologie alléguée

- La diminution d'input visuel amène d'autres zones du cerveau à stimuler le cortex visuel (CV) pour protéger la fonction neuronale (homéostasie) du CV, d'où la notion d'impressions visuelles se comparant au phénomène du membre fantôme chez les amputés.

SCB: Un exemple

What It's Like



This is how a street scene looks with normal vision.



Example of a typical phantom image.

SCB: Traitement?

- Rassurer le patient!
 - 77% des patients n'osent en parler au médecin! («Folie!»)
 - 94% sont soulagés quand on leur confirme la nature bénigne du SCB
- Les psychotropes sont contre-indiqués!
 - Juste des effets secondaires pas d'impact sur les hallucinations/illusions
- Conseils parfois utiles
 - Fermer les yeux
 - Éloigner le regard de l'hallucination/illusion
 - Allumer/éteindre la lumière
 - Corriger déficits visuels si possible (évaluation et suivi ophtalmo)

Hallucinations: organique ou psychiatrique?

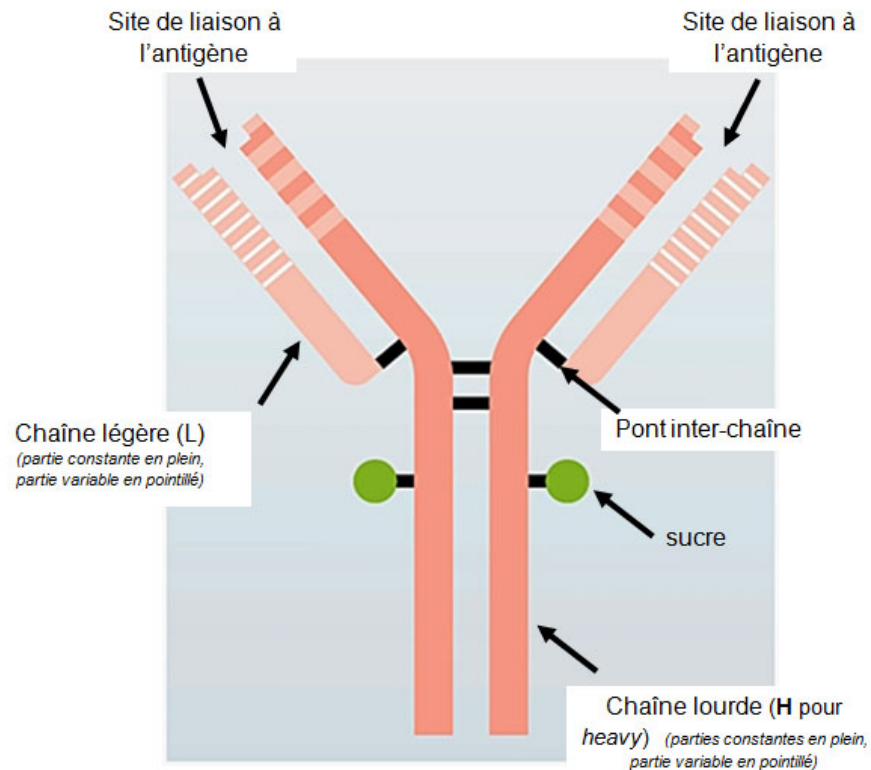
- Visuelles = très souvent de cause organique
 - Delirium (drogues, sevrage R-OH ou BDZ, rx anti-Cho, infections, ischémie cérébrale, troubles métaboliques...)
- Auditives = très souvent psychiatriques (schizophrénie et autres psychoses)



GAMMAPATHIES MONOCLONALES

Gammapathies: Quelques définitions

Lymphocytes B --- Plasmocytes ---- IgG, IgA, IgM, IgD, IgE



Les différentes gammopathies

- Polyclonales (infections aiguës)
- Monoclonales (6% > 70 ans, 9% > 90 ans)
 - 2/3 IgG, 15-20% IgM et IgA
 - Malignes ex MM, Waldenström
 - «Bénignes» ex MGUS (**monoclonal gammopathy of undetermined significance**) taux de conversion maligne: 1% par année => follow-up
 - Infectieuses (rares)
 - Ostéomyélite
 - Endocardite
 - Parasites

Diagnostic

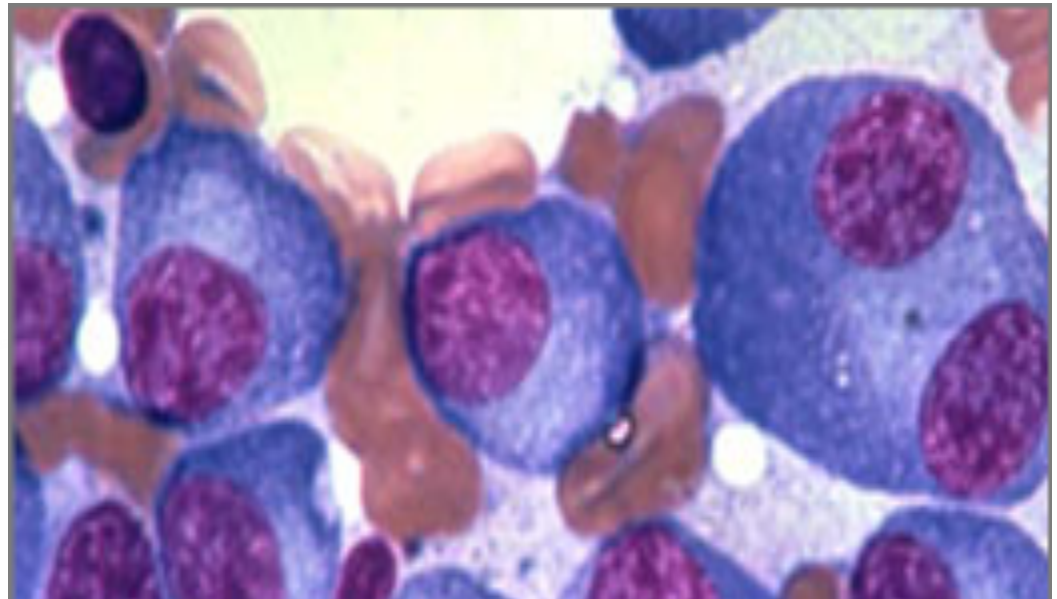
- Y PENSER si:
 - VS élevée, anémie NN (95-100), hypercalcémie
 - Douleurs osseuses
 - Atteinte fonction rénale
 - Syndrome d'hyperviscosité
- 2 étapes
 - Biologique Électrophorèse protéines sériques, Immuno-électrophorèse protéines sériques, dosage Ig
 - Si IgM = Waldenström, rechercher ganglions, ponction de moelle
 - Si IgA ou IgG, plutôt MM. Série osseuse, ponction de moelle (envahissement médullaire des plasmocytes)

Diagnostic (suite)

Myélogramme, si $>10\%$ plasmocytes anormaux = MM

Si $< 10\%$ de plasmocytes anormaux, myélome indolent (asymptomatique)

Si myélogramme normal, MGUS



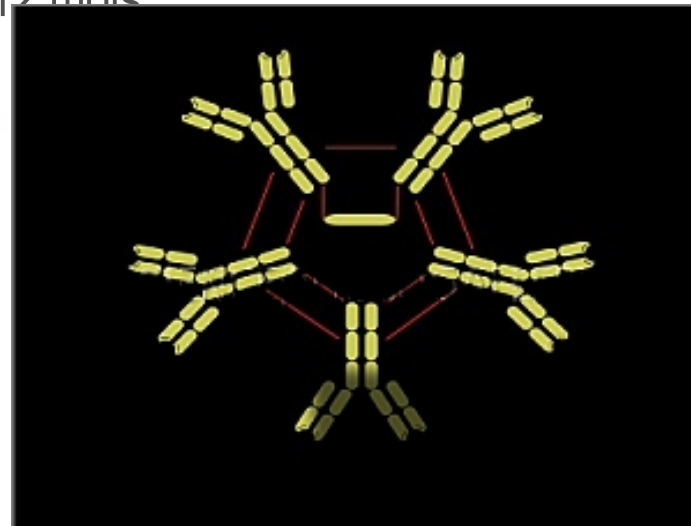
Diagnostic (suite)

«Lésions à l'emporte-pièce»



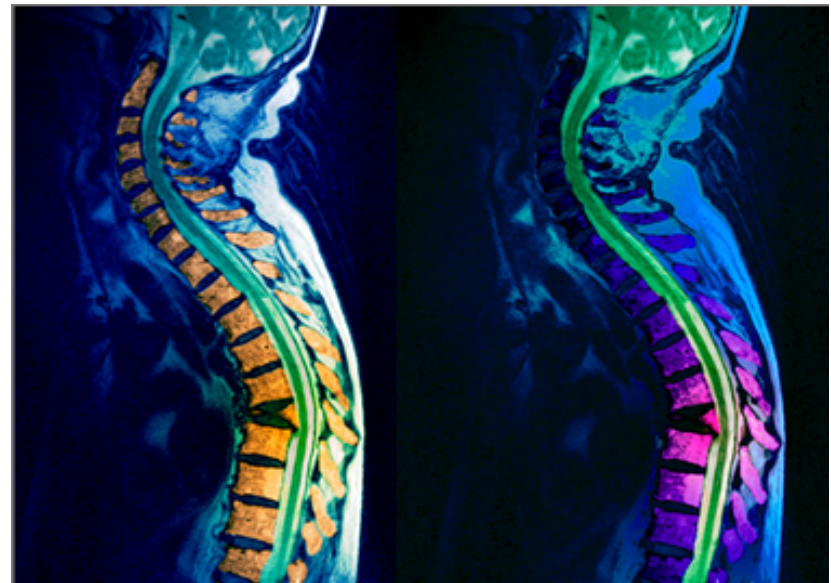
Maladie de Waldenström

- IgM monoclonale + envahissement lymphocytaire et plasmocytaire de la moelle + histologie perturbée d'ou **biopsie de moelle et ponction**
- Dx D LLC et LNH
- Écho/scanner abdo (ggl, splénomégalie), RX pulmonaire (ggl), FSC peut montrer lymphocytose
- Si symptomatique, bi-pancytopénie, hyperviscosité, tr. Hémostase. Fausse anémie (dilutionnelle) => Tx
- Si asymptomatique, surveillance 6-12 mois



Autres complications plus rares des gammopathies

- Compression médullaire (MM)
 - Grosse lésion osseuse MM douloureuse => RXT
 - Syndrome cérébral organique (hyperviscosité)
 - Amyloïdose rénale
 - Précipitations de cryoglobulines, agglutinines froides
- Neuropathies (anti-myéline)



DE L'USAGE DES PSYCHOSTIMULANTS



De l'usage des psychostimulants en gériatrie

- Peu d'étude clinique quant à l'usage des psychostimulants dans cette population
- Dextroamphétamine et méthylphénidate (Ritalin^R)
- Indications
 - **Apathie** interférant avec les soins (réadaptation surtout)
 - Plutôt décevant dans la dépression majeure mais peut être un prédicteur de la réponse à un AD stimulant en cas de dépression majeure (!)
 - Soins palliatifs quand on ne peut se payer le luxe d'une réponse en 4-6 semaines d'un AD

De l'usage des psychostimulants en gériatrie (suite)

- Bien tolérés, réponse rapide
 - Insomnie?
 - Anorexie?
- Pas de tolérance
- Pas de sevrage
- Limitations: Nombreuse interactions Rx (voir prochaine)
- Titration recommandée
 - Méthylphénidate 5 mg p.o. matin et midi pour 1-2 jours puis 10 mg BID
 - Dextroamphétamine 10 – 20 mg p.o. en 2 doses

De l'usage des psychostimulants en gériatrie (suite)

- Interactions Rx (méthylphénidate)
 - ADT et IMAO
 - Antipsychotiques (Halopéridol, quétiapine, rispéridone, aripiprazole)
 - B₂ stimulants (courte et longue action)
 - Carbamazépine
 - Rx anti parkinsoniens
 - Phénitoïne
 - Coumadin

