

# Prise en charge d'une personne âgée atteinte de troubles cognitifs

2021-2022

Cyril Breuker

Laboratoire pharmacie clinique

## **Objectifs du cours:**

Connaitre les principes de la prise en charge médicale d'un patient atteint de troubles cognitifs

Principe de la prise en charge pharmaceutique d'un patient atteint de troubles cognitifs  
prévention / détection  
prise en charge médicamenteuse

## Troubles cognitifs et troubles neurocognitifs

Un trouble ou déclin cognitif correspond à une altération d'une ou plusieurs fonctions cognitives, quel que soit le mécanisme en cause, son origine ou sa réversibilité.

Un trouble cognitif peut avoir une origine neurologique, psychiatrique, médicamenteuse ...

Les principales maladies neurodégénératives se manifestant par des troubles neurocognitifs :

- la maladie d'Alzheimer ;
- la maladie cérébrovasculaire, la maladie à corps de Lewy, les dégénérescences fronto-temporales.

Le manuel diagnostique et scientifique des troubles mentaux (DSM-5) considère deux grands stades de développement de ces maladies :

- les troubles neurocognitifs légers : sans perte d'autonomie ;
- les troubles neurocognitifs majeurs : avec perte d'autonomie.

Un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou apparentée peut donc être envisagé à un stade non démentiel.

# L'importance du diagnostic

**La démarche diagnostique active d'un trouble neurocognitif est essentielle.**

- Rassurer le patient
- Porter un diagnostic différentiel de maladie neurodégénérative.

**La confirmation de diagnostic d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée va permettre de :**

- respecter le droit de savoir (diagnostic, pronostic) ;
- **repérer et prévenir les comportements à risque (médicaments, ...)** ;
- inscrire la personne et son entourage dans une démarche d'accompagnement et de prévention secondaire ;
- aider l'entourage à comprendre et anticiper les changements liés à la maladie et apaiser les tensions familiales ;
- préserver une qualité de vie ;
- anticiper les stades avancés de la maladie (protection juridique, droits des personnes ...).

**Les troubles neurocognitifs sont sous-diagnostiqués ou diagnostiqués tardivement**

=> environ 60% de taux de diagnostic (Santé Publique France)

## L'importance du diagnostic

**Éliminer un trouble d'origine psychologique ou psychiatrique**

anxiété, dépression principalement  
ou un trouble d'une autre étiologie.

**Orienter le patient avec trouble neurocognitif vers une consultation Mémoire ou un spécialiste**

**Prescrire si la situation l'exige des examens complémentaires** pour confirmer le diagnostic ou éliminer une cause clinique curable (diagnostic différentiel).

## Le diagnostic différentiel

**Les mécanismes susceptibles de provoquer des troubles cognitifs en dehors d'une maladie neurodégénérative sont nombreux:**

- Des troubles métaboliques et/ou hydro-électrolytiques (hyperglycémie, hypercalcémie, hyponatrémie, déficit en vitamine B12...), une dysthyroïdie;
- Une intoxication chronique (alcool, **psychotropes**),
- Un AVC, une hydrocéphalie à pression normale, un hématome sous-dural, une tumeur cérébrale de bas grade, une maladie à prion.

**L'existence de troubles cognitifs ne permet pas de faire la distinction entre confusion et démence:**

- Un début brutal, des troubles de la vigilance ou de l'attention et la fluctuation rapide des symptômes dans le temps orientent vers un diagnostic de confusion.
- La distinction est particulièrement difficile dans certains cas

## **Survenue d'une confusion**

**Souvent multifactorielle:**

- facteurs prédisposants
- facteurs déclenchants.

**Plus les facteurs prédisposants sont importants, moins l'élément déclenchant a besoin d'être sévère pour provoquer une confusion.**

**Le cumul de plusieurs facteurs prédisposants majore le risque de confusion.**

## Principaux facteurs prédisposants:

Démence avérée ou troubles cognitifs chroniques sous-jacents

Immobilisation, aggravée par une contention physique

Déficit sensoriel (visuel ou auditif)

Existence de comorbidités multiples

Dénutrition

### **Polymédication**

Antécédents de confusion, notamment postopératoire

Troubles de l'humeur, en particulier les états dépressif



## Les principaux facteurs déclenchants sont :

**Infectieux:** pneumonie, infection urinaire, méningite, encéphalite, autre infection

**iatrogéniques (iatrogénie médicamenteuse):** effets indésirables médicamenteux, sevrage des benzodiazépines, d'autres psychotropes, d'opiacés

**Cardiovasculaires:** syndrome coronaire aigu; trouble du rythme ou de la conduction, embolie pulmonaire, état de choc

**neurologiques (non infectieuses),** accident vasculaire cérébral, hématome sous-dural, hémorragie méningée, épilepsie, traumatisme crânien, encéphalopathie carencielle

**métaboliques, endocriniens:** hypoglycémie, hyponatrémie, hypernatrémie, déshydratation, hypercalcémie, hypoxie (anémie, insuffisance respiratoire ou cardiaque), insuffisance rénale aiguë

**psychiatriques, psychologiques:** dépression, deuil, stress psychologique

**Généraux:** intervention chirurgicale et anesthésie générale, douleurs aiguës, rétention aiguë d'urine, état subocclusif sur fécalome, fièvre isolée, traumatismes ostéoarticulaires ou des parties molles, facteurs environnementaux dont la contention physique, privation sensorielle aiguë (visuelle ou auditive) et/ou de sommeil

**Toxiques:** intoxication alcoolique, sevrage alcoolique, intoxication au monoxyde de carbone

## Les principaux facteurs déclenchants sont :

**Infectieux:** pneumonie, infection urinaire, méningite, encéphalite, autre infection

**iatrogéniques (iatrogénie médicamenteuse):** effets indésirables médicamenteux, sevrage des benzodiazépines, d'autres psychotropes, d'opiacés

**Cardio** Recherche d'une cause médicamenteuse et médicaments en cause e, état  
de choc  
**neuro** Rechercher systématiquement la prise de médicaments ayant des propriétés anticholinergiques ingée,  
épilep facteurs déclenchants majeurs de confusion chez les sujets âgés qui ont souvent des troubles  
cognitifs préexistants même légers.  
**métab** D'autres médicaments fréquemment prescrits chez la personne âgée sont également des cémie,  
hypoxi facteurs de risque de confusion.  
**psychiatriques, psychologiques:** dépression, deuil, stress psychologique

**Généraux:** intervention chirurgicale et anesthésie générale, douleurs aiguës, rétention aiguë d'urine, état subocclusif sur fécalome, fièvre isolée, traumatismes ostéoarticulaires ou des parties molles, facteurs environnementaux dont la contention physique, privation sensorielle aiguë (visuelle ou auditive) et/ou de sommeil

**Toxiques:** intoxication alcoolique, sevrage alcoolique, intoxication au monoxyde de carbone

## Principaux médicaments pouvant entraîner une confusion par leurs propriétés anticholinergiques (liste non exhaustive)

	Classe thérapeutique	DCI (exemples)	Spécialités
Neurologie	Antiparkinsoniens anticholinergiques	trihexyphénidyle tropatépine bipéridène	Artane® Lepticur® Akineton®
Psychiatrie	Antidépresseurs imipraminiques		
	Neuroleptiques phénothiaziniques		
	Neuroleptique atypique	clozapine	Leponex®
	Hypnotiques (neuroleptique)	acépromazine+acéprométazine méprobamate + acéprométazine	Noctran® Mépronizine®
Gastro-entérologie	Antiémétiques (neuroleptique)	métoclopramide métopimazine	Primpéran® Vogalène®
Urologie	Antispasmodiques dans l'instabilité vésicale	oxybutynine, trospium, toltérodine, solifénacine,	Ditropan® Céris® Détrusitol® Vésicare®
Immuno-allergologie	Antihistaminiques phénothiaziniques	prométhazine alimémazine	Phénergan® Théralène®
	Antihistaminiques H1	hydroxyzine dexchlorphéniramine cyproheptadine	Atarax® Polaramine® Périactine®
Pneumologie	Antitussifs antihistaminiques H1	pimétixène oxomémazine	Calmixène® Toplexil®
	Bronchodilatateurs anticholinergiques	ipratropium tiotropium	Atrovent® Spiriva®
Antimigraineux	Neuroleptique	flunarizine	Sibélium®
Cardiologie	Troubles du rythme	disopyramide	Rythmodan®
Divers	Antispasmodiques anticholinergiques	atropine tiémonium scopolamine	Viscéralgine®

## Principales classes médicamenteuses non anticholinergiques pouvant entraîner une confusion (liste non exhaustive)

	Classe thérapeutique ou DCI
Psychiatrie	benzodiazépines et apparentés
	antidépresseurs (IRSS, IRSNa, etc.)
	antiparkinsoniens dopaminergiques
Neurologie	antiépileptiques
Gastro-entérologie (anti-ulcéreux)	inhibiteurs de la pompe à protons
Infectiologie (antibiotiques)	fluoroquinolones
Cardiologie	digoxine
	bêtabloquant
	amiodarone
Antalgie	morphine, codéine
	dextropropoxyphène tramadol
Divers	corticoïdes à fortes doses collyres mydriatiques

## Enquête à réaliser

Le risque de confusion augmente avec le nombre de médicaments (**polymédication**) et en cas de **surdosage**.

Rechercher une modification de prescription récente ou une erreur d'administration qui peut être la source de la confusion (introduction d'un nouveau médicament, augmentation des doses).

Modification de l'état clinique du patient (IR ...) => traitement inadapté

Arrêt brutal d'un traitement en cours, en particulier pour les benzodiazépines

Interroger systématiquement l'entourage sur l'ensemble des traitements pris par le patient  
ne pas se limiter à ceux mentionnés sur l'ordonnance.  
vérifier que les doses effectivement prises par le patient sont adaptées

Lors du bilan initial d'un patient confus, il est recommandé d'arrêter et de remplacer si besoin tous les médicaments pouvant être responsables d'une confusion ainsi que tous ceux qui ne sont pas indispensables.

## Quel bilan initial doit être réalisé en urgence en cas de confusion aiguë (investigations cliniques et examens complémentaires initiaux indispensables) ?

**Réaliser un MMSE** dès que l'état du patient le permet afin de disposer d'un score de référence au cours de cet épisode.

**Renouveler régulièrement ce test** pour suivre l'évolution cognitive, l'absence d'amélioration devant conduire à suspecter une démence débutante.

**Rechercher tous les facteurs déclenchants** de la confusion et plus spécifiquement chez la personne âgée, globe vésical, fécalome ...

**Le bilan initial destiné à éliminer les causes les plus fréquentes de confusion :**

- Ionogramme sanguin, urée, protides totaux, créatininémie, clairance de la créatinine, calcémie, CRP ;
- Glycémie capillaire ; bilan thyroïdien
- Hémogramme ;
- Bandelette urinaire (leucocytes, nitrites) ;
- Saturation O<sub>2</sub> ;
- ECG.

**Examens:** neurologique, pulmonaire, abdominale, signes vitaux TA, FC, T°C, état d'hydratation et nutritionnel,

**La TDM cérébrale est recommandée** en cas de signes de localisation neurologique, suspicion d'hémorragie méningée, trauma crânien.

Repérage

Evaluation

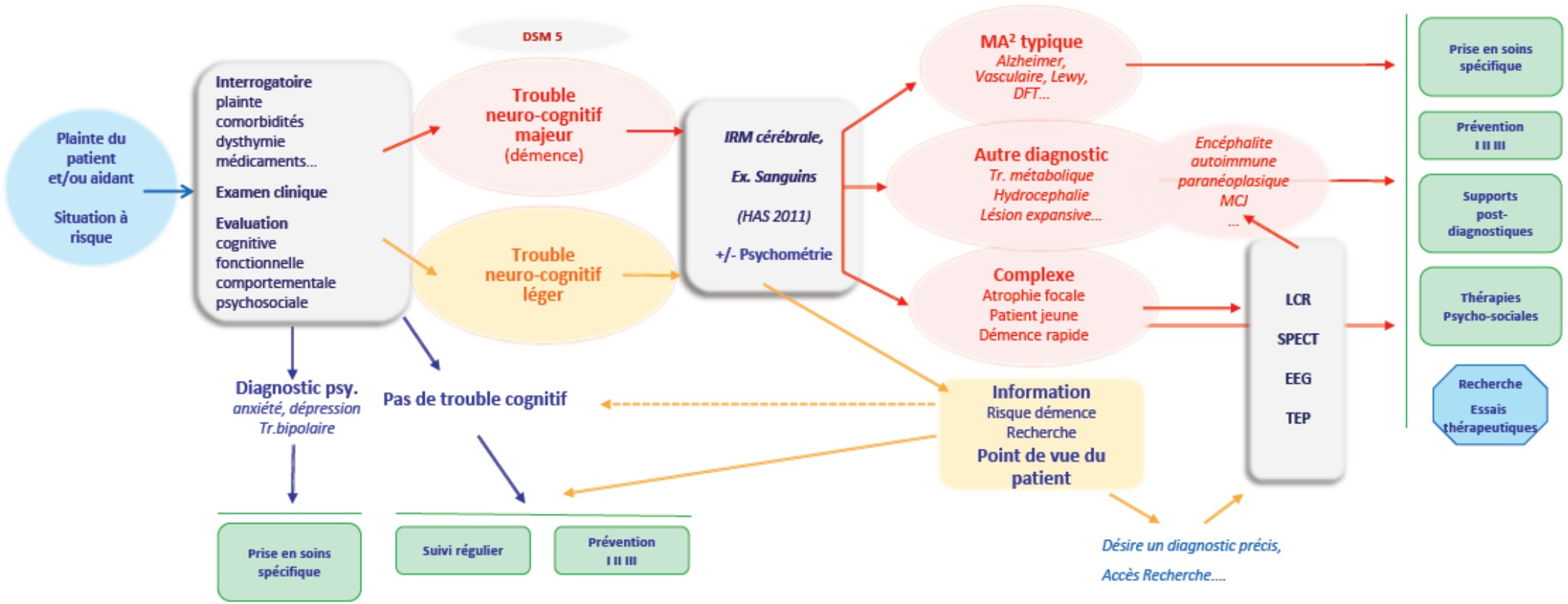
Diagnostic étiologique

Cas complexes et la recherche

Médecin Généraliste

Neurologue, Gériatre, Psychiatre

Médecin Généraliste



# Prendre en charge les troubles chroniques du comportement

## Troubles du sommeil

A l'origine de **prescriptions inappropriées de psychotropes (benzodiazépines)**

Rechercher des troubles associés (angoisse, anxiété, signes anxieux, signes dépressifs, dépression, déambulation, agitation, cris, problème somatique)

## Apathie

les antidépresseurs n'ont aucune indication

## Anxiété crépusculaire, agitation verbale (cris) ou motrice (déambulation)

à l'origine de **prescriptions inappropriées de psychotropes (benzodiazépines)**

rechercher des facteurs déclenchants

traitement ponctuel par antidépresseurs sérotoninergiques (faibles doses et progressivement croissantes)

## Hallucinations / idées délirantes

à l'origine de **prescriptions inappropriées d'antipsychotiques.**

rechercher un possible trouble d'origine sensorielle ou une origine médicamenteuse

1re intention, une prise en charge psychocomportementale

2e intention en sus de la prise en charge psychocomportementale , antidépresseur

3e intention rispéridone (à faibles doses) après avoir exclu une MCL.

# Prendre en charge les troubles chroniques du comportement

## Désinhibition/comportement langagier, sexuel ou alimentaire inapproprié

1<sup>e</sup> intention thérapies psychocomportementales

2<sup>e</sup> intention ATD inhibiteur sélectif de la sérotonine (effet dépresseur sur la libido) ou à un régulateur de l'humeur

## Agressivité verbale ou physique

1<sup>e</sup> intention thérapies psychocomportementales

2<sup>e</sup> intention un régulateur de l'humeur

## Signes dépressifs/dépression ou signes anxieux

Si psychothérapie insuffisante => antidépresseur sérotoninergique en monothérapie.

Si signes anxieux graves, associé à un anxiolytique à faible posologie en traitement de courte durée.



# Prendre en charge les troubles chroniques du comportement

Désinhibition/comportement langagier, sexuel ou alimentaire inapproprié

## Prise en charge médicamenteuse

- Privilégier une monothérapie
- Durée de prescription la plus courte possible
- Dose plus faible que chez l'adulte jeune
- Préférer les formes buvables et orodispersibles (si possible)
- Evaluer l'effet dès les premières prises et avant le renouvellement de la prescription
- Réévaluer l'indication quotidiennement
- Arrêter traitement dès le contrôles des symptômes gênants , Et ...

## La prévention

**La survenue de la maladie et l'aggravation du déclin cognitivo-comportemental peuvent être retardées par une démarche éducative proposant.**

Des comportements de vie saine : une activité physique, une alimentation équilibrée de type méditerranéen, des activités stimulantes intellectuelles et sociales ;

La limitation des toxiques (tabac, alcool, substances psychoactives) ;

La prise en charge des facteurs de risque vasculaire, notamment : dépistage et prise en charge de l'HTA, du diabète ;

Le respect des recommandations de consommation de certains médicaments : psychotropes, tricycliques, antipsychotiques, benzodiazépines notamment, des médicaments anticholinergiques (antihistaminiques par exemple).

## ORIGINAL ARTICLE

**Anticholinergic exposure and cognitive decline in older adults: effect of anticholinergic exposure definitions in a 3-year analysis of the multidomain Alzheimer preventive trial (MAPT) study**



*nutrients*



*Article*

# Body Weight Variation Patterns as Predictors of Cognitive Decline over a 5 Year Follow-Up among Community-Dwelling Elderly (MAPT Study)

Kelly Virecoulon Giudici <sup>1,\*</sup>, Sophie Guyonnet <sup>1,2</sup>, Yves Rolland <sup>1,2</sup>, Bruno Vellas <sup>1,2</sup>,  
Philippe de Souto Barreto <sup>1,2</sup>, Fati Nourhashemi <sup>1,2</sup> and on behalf of the MAPT/DSA Group <sup>†</sup>

Diabetologia (2019) 62:448–458

<https://doi.org/10.1007/s00125-018-4778-9>

ARTICLE



# Type 2 diabetes mellitus, brain atrophy and cognitive decline in older people: a longitudinal study

Michele L. Callisaya<sup>1,2,3</sup> · Richard Beare<sup>2,4</sup> · Chris Moran<sup>2,5,6</sup> · Thanh Phan<sup>3</sup> · Wei Wang<sup>2</sup> · Velandai K. Srikanth<sup>1,2,5</sup>

- Privilégier une monothérapie
- Durée de prescription la plus courte possible
- Dose plus faible que chez l'adulte jeune
- Préférer les formes buvables et orodispersibles (si possible)
- Evaluer l'effet dès les premières prises et avant le renouvellement de la prescription
- Réévaluer l'indication quotidiennement
- Arrêter traitement dès le contrôle des symptômes gênants , Et ...



## Guide de bon usage des médicaments chez les sujets âgés




Ce guide précise aux prescripteurs, en fonction des situations cliniques les plus fréquentes chez le sujet âgé :

- les médicaments contre-indiqués et les médicaments non recommandés,
- les médicaments à manipuler avec précautions (prescriptions spécialisées, surveillance particulière),
- les médicaments théoriquement indiqués.

*Patient avec troubles neurologiques et/ou psychiatriques*

	Neuroleptiques atypiques (olanzapine, risperidone)	Risques partagés avec les neuroleptiques typiques : AVC, mortalité, torsades de pointe si hypoK, chutes
Troubles du comportement	Anticholinergiques dont neuroleptiques typiques	<ul style="list-style-type: none"><li>- Risque d'induire ou d'aggraver la confusion surtout si troubles cognitifs sous-jacents</li><li>- Rechercher un syndrome de sevrage (notamment BZD et morphiniques)</li><li>- Prévenir la confusion en diminuant progressivement la posologie des traitements chroniques (notamment BZD et morphiniques)</li></ul>
Syndrome confusionnel	Tramadol, codéine et opiacés	
	Corticostéroïdes	
	Benzodiazépines	
<i>Recherche de l'étiologie (rétention vésicale d'urine, constipation, fécalome...)</i>	Hypnotiques	
	IMAO B antiparkinsoniens	
<i>Prendre avis gériatrique pour troubles du comportement</i>	Agonistes dopaminergiques	
	Anti histaminiques H1	
	Fluoroquinolones	



	<p>Enquête étiologique face à un trouble du sommeil : avis spécialisé</p>	<p>Devant un trouble du sommeil primaire : préférer une prise en charge étiologique (syndrome des jambes sans repos, apnées du sommeil, dépression, douleur...) voire comportementale</p> <p>Si besoin : un sevrage médicamenteux, voire une utilisation transitoire d'un hypnotique, est envisageable si possible après avis spécialisé</p>
<p>Insomnie</p>	<p>BZD et autres hypnotiques</p>	<p>A utiliser avec précaution en fonction du rapport bénéfice / risque (risques de chutes, troubles cognitifs et/ou dépression respiratoire...)</p> <p>Traitement de courte durée</p>
	<p>Corticoïdes</p> <hr/> <p>Béta-bloquants</p> <hr/> <p>Alpha-bloquants</p> <hr/> <p>Antidépresseurs</p>	<p>Peuvent être responsables de troubles du sommeil</p>

	Psychothérapie	Avis spécialisé
Anxiété	BZD	Sur prescription spécialisée en privilégiant les BZD à demi-vie courte (oxazépam, clotiazépam)
	Hydroxyzine	Effet anticholinergique (crise de glaucome à angle fermé, rétention d'urine, hypotension orthostatique, constipation...) Risque arythmie, chutes, confusion

<p>Syndrome dépressif caractérisé modéré à sévère</p>	<p>ISRS</p>	<p>Surveillance car risque d'hypoNa accru si association avec IEC ou ARA-2 ou diurétiques  Risque de torsade de pointe (si hypoK)  Risque de chutes et fractures  Risque de saignement si association avec anticoagulants oraux, antiagrégants plaquettaires ou antiinflammatoires  Risque de syndrome sétoninergique avec tramadol ou autres sérotoninergiques</p>
<p><i>Traitement mis en place après avis spécialisé</i></p>	<p>Antidépresseurs tricycliques</p>	<p>Effet sédatif (chutes...)  <hr/> Effet anticholinergique (crise de glaucome à angle fermé, rétention d'urine, hypotension orthostatique, constipation...)  <hr/> Troubles de la conduction cardiaque dont torsade de pointe (si hypoK)</p>

## Nocturne

ATD sédatifs:

- \_ Mirtazapine-Norset®
- \_ Miansérine-Athymil®

Hypnotiques à durée d'action courte

- \_ Zolpidem-Stilnox®
- \_ Zopiclone- Imovane®

## Anxiété

BZD à 1/2vie courte

- \_ Oxazépam-seresta®
- \_ Lorazépam-Temesta®
- \_ Alprazolam - Xanax®

ou

Buspirone-Buspar®

## Psychotique

- \_ Risperidone-Risperdal®  
( 0,25 à 1mg/J)
- \_ Olanzapine-Zyprexa

(2,5 à 5mg/J)-hors AMM

## AGITATION

### Crise

#### Anxieuse

- \_ lorazepam- Temesta®
- \_ seresta- Oxazépam®

#### psychotique

- \_ tiapride-tiapridal®  
*si intensité modérée*
- \_ Olanzapine-Zyprexa®
- \_ Halopéridol-Haldol®  
*si intensité forte*

### Irritabilité

- \_ Sertraline-Zoloft® ( 25mg/J)
- \_ Citalopram-Seropram®  
( 10 à 20 mg/J)
- \_ Escitalopram-Seroplex®  
( 10mg/J)
- \_ Mirtazapine-Norset®  
( 15 à 45 mg/J)



**Exemple de prise en charge en condition de vie réelle**

## Cas n°1:

Femme, 89 ans a été hospitalisée dans le service de Médecine Interne et Soins Aigus Gériatriques, pour Chute au domicile avec station au sol prolongée

Vivant seul au domicile avec des troubles neurocognitifs majeurs, sous tutelle depuis octobre 2019 et projet d'institutionnalisation car maintien à domicile impossible (incurie, domicile insalubre, chute à répétition, refus des aides). A 3 enfants de 3 pères différents

Patiente retrouvée au sol par son fils, durée de la station au sol non connue, transfert aux urgences ;

Patiente désorientée

FA rapide, non connue

Lésion cutanée cuisse droite

Biologie : CRP 230 mg/L, GB 11G/L avec 9 G/L PNN

ANTECEDENTS :

DNID, Hypothyroïdie, HTA, Troubles neurocognitifs majeurs, Chutes à répétition

## Examens réalisés:

TA 100/60, FC 126 bpm, T° 36.9°, sat 96%, dextro 1.32g/L

Patiente consciente glasgow 15/15

Agitation psychique avec logorrhée, discours décousu incompréhensible

Désorientation spatio-temporelle, pas de compréhension des ordres simples

Examen neurologique exhaustif impossible, mais pas de gros déficit moteur apparent

Troubles cognitifs+++ (démence vasculaire)

La chute peut être expliquée par un passage en fibrillation auriculaire rapide dans un contexte de sepsis probable, le test d'hypotension orthostatique revient négatif.

Carence en vitamine D => un traitement par vitamine D per os est mis en place et à poursuivre au longs cours.

Ostéodensitométrie => ostéopénie sans indication thérapeutique en l'absence d'antécédents fracturaire.

La prise en charge est marquée par une réhabilitation par une kinésithérapie.

La rééducation est limitée devant les troubles cognitifs de la patiente et son refus de prise en charge.

La patiente présente des troubles de la marche nécessitant une aide avec rollator.

La patiente présente à son entrée un syndrome inflammatoire avec une CRP initiale à 230 => traitement par AUGMENTIN pour une durée totale de 7 jours dans l'hypothèse de la porte d'entrée cutanée



## Examens réalisés:

Sur le plan cardiovasculaire => passage en fibrillation auriculaire rapide à l'admission

Sur le plan endocrinien hypothyroïdie substitué par LEVOTHYROX, DNID traité par METFORMINE avec absence de suivi et hémoglobine glyquée contrôlée à 6,3 à l'entrée.

La patiente présente une anémie macrocytaire à 11 g/dl, bien tolérée, un bilan étiologique est réalisé retrouvant une insuffisance rénale chronique avec clairance à 46 ml/min selon CKD EPI et 29 ml/min selon Cockcroft,

# **Evaluation gériatrique**

## **Sur le plan cognitif et thymique :**

La patiente présente des troubles cognitifs majeurs évalués avec un MMS à 11/30 dans le cadre d'une démence vasculaire sans trouble du comportement. La patiente présente une labilité émotionnelle dans le cadre de sa démence vasculaire, un antidépresseur est débuté (MIANSERINE).

## **Sur le plan nutritionnel :**

La patiente présente une dénutrition majeure avec une hypo albuminémie à 28 g/l et un poids à 50 kg, les apports sont insuffisants, l'introduction de complément alimentaire oraux sont à prévoir.

## **Sur le plan de l'autonomie :**

La patiente est évaluée Gir 2 et nécessite une aide pour toutes les activités de la vie quotidienne.

## **Sur le plan social :**

La patiente nécessite une institutionnalisation devant la dégradation cognitive et la perte d'autonomie, la patiente sera accueillie en l'Ehpad.

CONCILIATION MEDICAMENTEUSE

Comorbidité	Médicament à l'entrée	Médicament à la sortie	Commentaire
HTA		BISOPROLOL ACCORD HEALTHCARE 2,5 mg, comprimé pelliculé sécable 1 cp le matin	<b>Initiation de traitement</b>
	BISOPROLOL HYDROCHLOROTHIAZIDE CRISTERS 2,5 mg/6,25 mg, comprimé pelliculé 1 cp le matin		<b>Arrêt de traitement</b>
	PERINDOPRIL ACTAVIS 2 mg, comprimé 1 cp le matin		<b>Arrêt de traitement</b>
Anticoagulation curative / FA		COUMADINE 2mg comprimé sécable (warfarine) 3 mg le soir	<b>Initiation de traitement</b> FA diagnostiquée dans le service
Diabète type 2	METFORMINE ACTAVIS 850 mg, comprimé 1 cp le matin		<b>Arrêt de traitement</b> HbA1c à 6,3% le 01/11/19, devant un objectif à minima 8 %
Dysthyroïdie	LEVOTHYROX 25 microgrammes, comprimé sécable 1,5cp le matin	LEVOTHYROX 25 microgrammes, comprimé sécable 1,5cp le matin	<b>Suite de traitement</b>
Syndrome dépressif		MIANSERINE 10 milligrammes 1 cp le matin	<b>Initiation de traitement</b> Labilité émotionnelle dans un contexte de démence vasculaire
Douleurs	IBUPROFENE ARROW 5 %, gel 1 application matin midi et soir		<b>Arrêt de traitement</b> Non indiqué
Carences	FERO-GRAD VITAMINE C 500, comprimé enrobé 1 cp le matin		<b>Arrêt de traitement</b> Non indiqué
		ZYMAD 80 000 IU, SOL BUV, AMP 2 ML par VOIE ORALE 1 ampoule Matin (1 jour/14)	<b>Initiation de traitement</b> Vit D = 6ng/ml le 01/11/19
Vomissement	VOGALENE 15 mg, gélule 1 gélule si besoin		<b>Arrêt de traitement</b> Non indiqué

Nutrition		DIET-CRÈME HP HC 187KCAL - 11G PROT - 125G - TROUBLE GLUCIDIQUE (CLINUTREN DESSERT HP/HC SANS LACTOSE) par VOIE ORALE 1 pot à 10 h et 16 h	<b>Initiation de traitement</b>
-----------	--	---	---------------------------------

## Cas n°2:

Homme âgé de 84 ans hospitalisé dans le service de Médecine Interne et Soins Aigus Gériatriques pour bilan d'AEG

### **HISTOIRE DE LA MALADIE :**

Le patient vient pour une AEG, des chutes à répétition avec trouble de la marche, déséquilibre du diabète e trouble de l'alimentation (tendance au grignotage).

Il existe probablement des troubles cognitifs sous jacents rendant son adaptation au domicile difficile avec un vécu difficile de sa famille qui ne comprend pas son manque d'implication dans les tâches quotidiennes.

Un tremblement de repos est d'attitude est présent et ancien.

### **ANTECEDENTS :**

IDM en 1997

Angioplastie de la coronaire droite - FA depuis 2016, HTA traitée équilibrée

Diabète type 2 ADO et insuliné

SAOS ne supporte pas l'appareil

Thrombopénie auto-immune ancienne

HBP suivi avec consultation urologique en 2018

Syndrome dépressif depuis l'âge de 55 ans

Arthrose multiple

## **Cas n°2:**

### **MODE DE VIE :**

Epouse avec démence type Alzheimer

Vit à domicile avec son épouse

2 filles présentes, 1 filles plus de contact depuis 1980, et 1 fille décédée

Ancien expert comptable

### **EXAMEN CLINIQUE D'ENTREE :**

Bruits du coeur irréguliers connus sur FA

OMI avec godet, pouls non perçus

Tremblement prédominant à droite d'attitude et de repos sans syndrome extrapyramidal

ECG : FA lente

## Cas n°2:

### EVOLUTION:

**Sur le plan du diabète** => Hémoglobine glyquée à 9,6 %,

**Sur le plan cutané** => plaie du métatarsien droit et du gros orteil droit => avis clinique du pied

**Sur le plan vasculaire** => Artériopathie chronique oblitérante des membres inférieurs partiellement compensée

**Sur le plan rénal** => protéinurie positive (rapport prot/creat à 50)

**Sur le plan des troubles de la marche** => un risque de chute sur les chaussures non adaptées avec mise en danger à cause de ses troubles cognitifs. L'ostéodensitométrie ne retrouve pas d'ostéoporose

### Sur le plan biologique

Hémoglobine à 16.2 g/dl

créatinine 130  $\mu\text{mol/l}$  soit une clairance de la créatinine selon la formule de Cockcroft à 48,2 ml/min

## Cas n°2:

### EVOLUTION:

#### **Sur le plan cognitif**

Un MMSE à 17/30 fait le 06/09 avec désorientation temporo-spatiale, bonne mémoire immédiate, attention et calcul corrects, mémoire à court terme altérée et quelques troubles du langage ainsi que de la praxie constructive.

=> Démence vasculaire majeure modérée

=> La famille a été informée de ses troubles qui expliquent les troubles du comportement alimentaire du patient et son absence d'investissement dans la gestion du quotidien à domicile.

#### **Sur le plan de l'autonomie**

Evaluation du kinésithérapeute : patient compliant faisant seul ses transferts, marche avec le rollator deux roues refusée par le patient qui préfère marcher avec ses deux cannes, ce qui n'est pas du tout stable avec un risque de chute important, proposition de rollator 4 roues que le patient a accepté pour se déplacer le weekend.

Patient vu par l'ergothérapeute, capable de faire les allers retours lit-fauteuil quand il est chez lui, se verticalise avec les accoudoirs et va seul sur le lit et s'installe sans aide.

Morbidités	Médicaments à l'entrée	Médicaments à la sortie	Commentaires
Diabète	JANUMET (Sitagliptine/Metformine) 50mg/1000mg Comprimé-Voie orale 2 comprimés par jour	JANUMET (Sitagliptine/Metformine) 50mg/1000mg Comprimé-Voie orale 2 comprimés par jour	Traitement poursuivi
	GLIMEPIRIDE 4mg Comprimé-Voie orale 1.5 comprimé par jour	TRAITEMENT ARRÊTE	Risque d'hypoglycémies dans un contexte de troubles du comportement alimentaire
	TOUJEO (Insuline glargine) 300UI/ml Stylo-Solution injectable 26 UI par jour	TOUJEO (Insuline glargine) 300UI/ml Stylo-Solution injectable 26 UI par jour	Traitement poursuivi
	NOVORAPID (Insuline aspartate) 100UI/ml Stylo-Solution injectable Selon glycémie	FIASP (el) 100UI/ml Stylo-Solution injectable Selon glycémie	Modification de l'insuline rapide
FA	ELIQUIS (Apixaban) 2.5mg Comprimé-Voie orale 2 comprimés par jour	ELIQUIS (Apixaban) 2.5mg Comprimé-Voie orale 2 comprimés par jour	Traitement poursuivi
	ASPEGIC (Acétylsalicylate de DL-lysine) 100mg Sachet-Voie orale 1 sachet par jour	TRAITEMENT ARRÊTE	Pas d'indication retrouvée
HTA	RAMIPRIL 1.25mg Comprimé-Voie orale 1 comprimé par jour	RAMIPRIL 1.25mg Comprimé-Voie orale 1 comprimé par jour	Traitement poursuivi
OMI	FUROSEMIDE 20 mg Comprimé-Voie orale 1 comprimé par jour	FUROSEMIDE 20 mg Comprimé-Voie orale 1 comprimé par jour	Traitement poursuivi
Syndrome dépressif	ESCITALOPRAM 5mg Comprimé-Voie orale 1 comprimé par jour	ESCITALOPRAM 5mg Comprimé-Voie orale 1 comprimé par jour	Traitement poursuivi
	ATORVASTATINE 10mg Comprimé-Voie orale 1 comprimé par jour	TRAITEMENT ARRÊTE	Pas d'indication retrouvée
RGO	PANTOPRAZOLE 40mg Comprimé-Voie orale 1 comprimé par jour	LANSOPRAZOLE 15mg Comprimé-Voie orale 1 comprimé le soir	Adaptation au livret thérapeutique
HBP	DUTASTERIDE 0.5mg Capsule-Voie orale 1 capsule par jour	TRAITEMENT ARRÊTE	Pas d'indication formelle Arrêt du traitement bien toléré dans le service
	SOLIFENACINE 10mg Comprimé-Voie orale 1 comprimé par jour		
Algie	PARACETAMOL 1000mg Comprimé-Voie orale 4 boîtes	TRAITEMENT ARRÊTE	Patient non algique
Syndrome œil sec	LACRYVISC 0.3% (Carbomère) Gel-Voie ophtalmique 2 applications par jour	TRAITEMENT ARRÊTE	Pas d'indication formelle
Carences		MAG2 (Carbonate de magnésium) Sachet-Voie orale 1 sachet le matin	Mg = 0.58 mM N = 0.66 à 0.99 mM



## Cas n°3:

**Homme** âgé de 90 ans, hospitalisé dans le service de médecine interne et Soins Aigus Gériatriques pour un syndrome confusionnel secondaire à une décompensation respiratoire.

### **ANTECEDENTS :**

Cardiopathie rythmique FA, hypertensive et ischémique

Angioplastie non datée

FEVG 52%

AIT en 2006

Troubles neurocognitifs d'allure vasculaire modéré non explorés

Chutes à répétitions

OH sevré en 2018 pour éthylisme chronique, notion de trouble du comportement et agressivité sur les consommations d'alcools, avec chute en 2016 et 2018.

Hypothyroïdie substituée

Hypertrophie bénigne prostate

Polype du colon

PTH droite 2004

## Cas n°3:

### MODE DE VIE :

Vit en EHPAD depuis 2019. Il est en GIR 4

Sa femme est décédée en 2016

Ses deux enfants présents sont proches et il a quatre petits enfants

Retraité Agent de jardinage

IDE 2/jour pour les traitements

Kinésithérapie 2 fois par semaine

Intoxication alcoolique avec sevrage récent il y a 6 mois anciennement 1L de vin/jr

Tabac sevré en 1980

Vacciné contre la grippe.

## Cas n°3:

### HISTOIRE DE LA MALADIE:

Le 25/08: Chute nocturne sans témoin avec station au sol prolongé, douleur dorsale par la suite  
Confusion fébrile sur point d'appel pulmonaire avec oxygéo-requérance 2L  
Transféré au MISAG pour suite de la prise en charge.

### EVOLUTION DANS LE SERVICE

- **Syndrome confusionnel :**

Le bilan étiologique de ce syndrome confusionnel retrouve un fécalome évacué par XPREP  
Fécalome est compliqué d'une rétention aiguë d'urine, sondée dès son entrée.  
IRA d'allure fonctionnelle et obstructive = > sondé sur un globe urinaire et hydratation iv

- **Chutes à répétition :**

Facteurs prédisposant : âge, polymédication, éthylisme chronique sévère, cardiopathie ischémique rythmique et hypertensive et des troubles neurocognitifs d'allure vasculaire.

## Cas n°3:

### Evaluation gériatrique standardisée

#### **cognition :**

- le MMS à 15/30 avec une désorientation temporelle complète, perte sur le rappel des mots et sur le calcul.
- Quelques troubles du comportement à son entrée, il est opposant, agité et surtout anxieux.
- Le mini GDS est à 0/4, néanmoins il présente une symptomatologie anxieuse et des douleurs d'allure neuropathique pour laquelle nous instaurons de la DULOXETINE 30mg et du SERESTA en si besoin

#### **Nutrition :**

75 Kg pour une taille à 160 cm, IMC à 26kg/m<sup>2</sup>, albumine à 32g/L => dénutrition modérée.

#### **Marche et kinésithérapie :**

syndrome post chute important avec une verticalisation qui est difficile. La coopération est fluctuante. Une rééducation intensive est à effectuer dans son lieu de vie pour une plus grande participation.

.

Comorbidité	Médicament à l'entrée	Médicament à la sortie	Commentaire
Cardiopathie rythmique		ELIQUIS 5 mg comprimé pellicule [apixaban] 1 comprimé matin, 1 comprimé soir	INR = 7 pas équilibré sous <b>PREVISCAN</b> remplacé par <b>ELIQUIS</b>
	PREVISCAN 20mg comprimé quadrisec [fluindione] 0,25 comprimé	<b>TRAITEMENT ARRETE</b>	
	ATENOLOL 50mg comp pell sec 1 comprimé	ATENOLOL 50mg comp pell sec 1 comprimé	Traitement poursuivi
Anxiété		SERESTA 10mg comprimé [oxazepam] 0,5 comprimé par prise en si besoin	<b>Maximum 1,5 comprimé</b> par jour <b>8h d'intervalle</b> entre les prises
Douleurs neuropathiques		DULOXETINE 30mg gélule [chlorydrate de duloxetine] 1 gélule le matin	<b>Douleur neuropathique sur un terrain anxieux</b>
Hypothyroïdie	LEVOTHYROX 25 mcg comprimé secable [levothyroxine sodique] 1 comprimé	LEVOTHYROX 25 mcg comprimé secable [levothyroxine sodique] 1 comprimé	Traitement poursuivi
HBP	XATRAL LP 10mg comprimé [alfuzosine] 1 comprimé	XATRAL LP 10mg comprimé [alfuzosine] 1 comprimé	Traitement poursuivi
Douleurs		DOLIPRANE 500mg gélule [paracetamol] 2 gélules le matin, 2 gélules le midi, 2 gélules le soir	Patient <b>Hyperalgique</b> Médicament hépatotoxique (Max 3G/j soit 6 gélules – 4h intervalle)
Phymosis		DERMOVAL 0,05 POUR CENT, crème 1 application matin	A faire pendant la toilette et masser pour une bonne imprégnation
Carences		SPECIAFOLDINE 5 mg, comprimé 1 comprimé matin	Vit B9 = 6,09 nmol/L N = 8,83-60,8 nmol/L
		ZYMAD 80 000 UI solution buvable en ampoule 1 ampoule tous les 3 mois	Vit D = 6 ng/mL N > 30 ng/mL
Constipation		MOVICOL adulte pdre sachet [macrogol 3350] 1 sachet le matin	Traitement symptomatique

## Cas n°4:

Homme âgé de 82 ans, hospitalisé dans le service de Médecine Interne et Soins Aigus Gériatriques pour troubles de la marche et troubles du comportement brutaux, entraînant un maintien à domicile difficile.

Ses filles rapportent qu'à domicile, le patient "traîne les pieds", et chute de manière assez fréquente. De plus il présente des troubles du comportement à type de déambulation nocturne, avec hallucinations et insomnies. A noter que dans les suites d'une de ses chutes, il a présenté des douleurs lombaires invalidantes.

Consultation neurologue, pour exploration de ces troubles de la marche avec perte d'autonomie. Présence d'un syndrome extra pyramidal, avec freezing à la marche, tremblement de repos de la main droite

=> syndrome parkinsonien d'apparition brutale, accompagné de troubles cognitifs faisant évoquer une possible maladie à corps de Lewy.

=> Il décide d'introduire un traitement par MODOPAR pour traiter la problématique motrice, ainsi qu'un traitement par ATARAX pour traiter l'insomnie.

## Cas n°4:

### ANTECEDENTS :

- Accident ischémique transitoire (2014)
- Sténose carotides internes (écho doppler mars 2019)
- Hypertension artérielle
- Hypertrophie bénigne de prostate
- BAV avec pose PMK en novembre 2017
- Arthrose diffuse
- Fracture tassement de T5/6 (en 1989)
- Séquelle de tuberculose pulmonaire
- BPCO, dilatation des bronches
- Chirurgie de canal lombaire étroit
- Chirurgie de la cataracte avec vitrectomie compliquée d'endophtalmie

## Cas n°4:

### MODE DE VIE :

Le patient vit seul dans un appartement au 1er étage. Il a 2 filles, très présentes.

Jusqu'à il y a 4 mois, le patient était totalement autonome. Il était capable de sortir en extérieur, de conduire, de faire les courses. Il bénéficiait seulement d'une aide ménagère qui lui préparait aussi les repas.

Depuis son retour de chirurgie ophtalmologique, le patient présente une perte d'autonomie d'aggravation rapide. Il bénéficie depuis d'un passage infirmier 3x par jour, d'un kiné 1x par jour, d'une auxiliaire de vie pour les repas. Ses filles se relayent la nuit pour s'occuper de lui car il déambule et présente des épisodes de désorientation.

### EXAMEN CLINIQUE :

Examen neurologique : Patient désorienté, mais non agité. Pas de syndrome extra pyramidal.

Pas de déficit neurologique focal

Examen cardiologique: Bruits du coeur réguliers. Pas de signe de décompensation cardiaque. Pouls périphériques perçus

Examen pneumologique: Murmures vésiculaires symétriques et bilatéraux. Pas de bruit surajouté. Pas de dyspnée

Examen digestif : Abdomen souple et dépressible. Sensible à la palpation. BHA+. Constipation

ECG : pas de trouble de la repolarisation



## Cas n°4:

### EVOLUTION DANS LE SERVICE :

#### Chutes à répétition

Présente de chutes à répétition, probablement dues aux troubles visuels, aux douleurs lombaires et aux troubles cognitifs sous jacents.

#### Conséquences de la chute :

Douleurs dorsales invalidantes.

Raideur lombaire, ainsi qu'une douleur à la palpation de T12/L1.

Radiographies rachidiennes => lombarthrose sans lésion osseuse traumatique.

Scanner rachidien

=> fracture-tassement corporelle récente => cimentoplastie => efficace sur les douleurs.

=> le jour même, chute sans traumatisme crânien ni perte de Connaissance => régression psychomotrice avec perte d'espoir.

Le traitement par morphiniques a été réintroduit

=> nette amélioration sur le plan des mobilisations, peu verbalisées par le patient

=> rediscuter de l'indication d'un traitement morphinique au long cours chez ce patient ralenti.

La marche est possible avec un rollator 2 roues, bien utilisé. La marche se fait à petit pas rattrapée..

## Cas n°4:

### EVOLUTION DANS LE SERVICE :

#### Recherche d'ostéoporose :

Le bilan phosphocalcique est normal. Il existe un déficit en vitamine D (23 ng/ml), supplémentée.

Ostéodensitométrie => ostéoporose rachidienne et corticale, ainsi qu'une ostéopénie trabéculaire au niveau huméral.

=> introduction d'un traitement par TERIPARATIDE pour une durée de 18 mois.

=> prévoir la réalisation d'un bilan dentaire avec panoramique dentaire dans l'optique d'un traitement par BIPHOSPHONATES par la suite.

#### Troubles neurocognitifs majeurs de stade modéré

L'examen clinique n'objective pas de syndrome extrapyramidal, ni tremblement, mais la marche est rendue difficile par les douleurs dorsales et la quasi-cécité (suspension du MODOPAR)

Hallucinations visuelles, bien critiquées, sans troubles du sommeil paradoxal ni insomnies.

Le score MMSE, difficilement réalisé, est à 7/30, possiblement sous-évalué, avec une perte de points sur l'orientation, l'apprentissage et le langage.

Le scanner cérébral réalisé en externe mettait en évidence une atrophie cortico-souscorticale modérée, un amincissement hippocampique SCHELTENS 2-3 et une hypodensité cortico fronto-pariétale gauche séquellaire.

=> Troubles cognitifs majeurs de stade modéré, d'étiologie vasculaire décompensés par l'opération de la cataracte et ses complications. Syndrome dépressif associé avec apathie. Pas de troubles du comportement invalidant.

Remplacement de la DULOXETINE par de la MIRTAZAPINE du fait d'une hyponatrémie par SIADH.

## Cas n°4:

### EVOLUTION DANS LE SERVICE :

#### **Troubles neurocognitifs majeurs de stade modéré**

L'examen clinique n'objective pas de syndrome extrapyramidal, ni tremblement, mais la marche est rendue difficile par les douleurs dorsales et la quasi-cécité (suspension du MODOPAR)

Hallucinations visuelles, bien critiquées, sans troubles du sommeil paradoxal ni insomnies.

Le score MMSE, difficilement réalisé, est à 7/30, possiblement sous-évalué, avec une perte de points sur l'orientation, l'apprentissage et le langage.

Le scanner cérébral réalisé en externe mettait en évidence une atrophie cortico-souscorticale modérée, un amincissement hippocampique SCHELTENS 2-3 et une hypodensité cortico fronto-pariétale gauche séquellaire.

⇒ Troubles cognitifs majeurs de stade modéré, d'étiologie vasculaire décompensés par l'opération de la cataracte et ses complications.

⇒ Syndrome dépressif associé avec apathie. Pas de troubles du comportement invalidant.

Remplacement de la DULOXETINE par de la MIRTAZAPINE du fait d'une hyponatrémie par SIADH.

Il conviendra de discuter de l'introduction d'un traitement par RIVASTIGMINE en cas d'hallucinations invalidantes.

## Cas n°4:

### EVOLUTION DANS LE SERVICE :

#### Sur le plan ophtalmologique

Chirurgie de la cataracte le 06/12/2018, compliquée d'une endophtalmie de l'oeil droit.

Lors de l'hospitalisation, majoration de l'œdème de paupière avec douleur, rendant l'ouverture impossible => probable exacerbation inflammatoire due à la diminution du traitement corticoïde => réintroduction du TOBRADEX, DACUDOSE, CELLUVISC et STERDEX.

#### Sur le plan nutritionnel

78,4kg, IMC 28,8 kg/m<sup>2</sup>; Albumine 39 g/L

=> pas de dénutrition.

=> surveillance pondérale mensuelle devant la perte d'appétit dues aux douleurs.

=> avis orthophoniste alimentation possible en texture mixée et liquides normaux, sans fausses routes.

Comorbidité	Médicament à l'entrée	Médicament à la sortie	Commentaire
Risque thromboembolique		LOVENOX 40mg seringue 0,4ml injectable [enoxaparine] 4000 UI à 16h	Prévention du risque thromboembolique
Cardiopathie ischémique	KARDEGIC 75mg sachet [acetylsalicylate de lysine] 1 sachet le midi	KARDEGIC 75mg sachet [acetylsalicylate de lysine] 1 sachet le midi	Traitement poursuivi
HTA	APROVEL 300 mg, comprimé 1 comprimé le matin	TRAITEMENT ARRETE	Arrêt dans un contexte d'hypotensions
Ostéoporose		FORSTEO 20 µg/80 µL, solution injectable en stylo prérempli 1 injection de 20 µg par jour	Diagnostic d'ostéoporose rachidienne
Syndrome parkinsonien	MODOPAR 62.5 mg gelule [levodopa+benserazide] 1 gélule le matin 1 gélule le midi 1 gélule le soir	TRAITEMENT ARRETE	Pas de syndrome extrapyramidal A réévaluer
Dépression	CYMBALTA 30 mg, gélule gastro-résistante 1 gélule le matin	TRAITEMENT ARRETE	Hyponatrémie sous CYMBALTA Relai vers MIRTAZAPINE pour ses propriétés orexigènes
		MIRTAZAPINE 15mg comp orodisp [mirtazapine] 2 comprimés le soir	
Anxiété	SERESTA 10mg comprimé [oxazepam] 0,5 comprimé le soir	SERESTA 10mg comprimé [oxazepam] 0,5 comprimé le soir	Traitement poursuivi
	ATARAX 25 mg, comprimé pelliculé sécable 1 ou 2 comprimés le soir	TRAITEMENT ARRETE	Non recommandé chez le sujet âgé par ses propriétés anticholinergiques
BPCO	SPIRIVA pdre inh 18 mcg gelule [tiotropium] 1 dose le matin	TRAITEMENT ARRETE	Pas d'indication formelle Arrêt bien toléré
	SYMBICORT TURBUHALER 400 fl 60 doses [budesonide + formoterol] 1 dose le matin - 1 dose le soir		
Hypertrophie bénigne de la prostate	PERMIXON 160mg gelule [serenoa repens] 1 gélule le soir	TADENAN 50 mg capsule molle [pygeum africanum] 1 capsule le soir	Traitement poursuivi Adaptation selon livret thérapeutique
	AVODART 0,5 mg, capsule molle 1 capsule le soir	FINASTERIDE 5mg comprimé pellicule [finasteride] 1 comprimé le soir	
RGO	PANTOPRAZOLE 40 mg comp gastroresist [pantoprazole] 1 comprimé le soir	TRAITEMENT ARRETE	pas d'indication formelle
Douleurs		OXYCODONE LP 5 mg, gélule 2 gélules le matin, 1 gélule le soir	Prise en charge symptomatique
		OXYNORMORO 5 mg gelule [oxycodone] si douleur, maximum 20 mg par jour	Si palier 1 insuffisant
		DOLIPRANE 500mg gelule [paracetamol] si besoin	Traitement poursuivi

<b>Carences</b>	VITA 3, collyre en solution 1 goutte le matin 1 goutte le soir	TRAITEMENT ARRETE	Pas d'indication formelle
		ZYMAD 80 000 ui amp buv 2 ml [colecalférol] 1 ampoule tous les 3 mois	vit D = 23 ng/ml vit D < 30 ng/ml
<b>Constipation</b>	MOVICOL adulte sachet pdr [macrogol 3350] 1 sachet le matin	MOVICOL adulte sachet pdr [macrogol 3350] 2 sachets le midi	Traitement poursuivi
<b>Endophtalmie</b>		CELLUVISC collyre 4 mg unidose 3379744 [carmellose] 1 goutte à 8h 1 goutte à 12h 1 goutte à 15 h 1 goutte à 18h	syndrome de l'œil sec
	TOBRADEX, collyre en suspension 1 goutte le matin 1 goutte le soir	TOBRADEX, collyre en suspension 1 goutte matin, 1 goutte le midi, 1 goutte le soir	Recrudescence inflammatoire de l'endophtalmie
		STERDEX pommade ophta unidose [dexaméthasone+oxytétracycline] 1 application le soir	
	DACRYOSERUM, solution pour lavage oculaire 1 rinçage le matin 1 rinçage le soir	TRAITEMENT ARRETE	pas d'indication formelle