

CAS CLINIQUES COMPLEXES GERIATRIE

Luca Royer – Léa Boutitie
Département de gériatrie
Hôpital Pitié Salpêtrière
13/10/2023

M. D. 83 ans

- Antécédents :
 - maladie d'Alzheimer stade léger MMSE 21/30,
 - HTA
- Depuis 1 mois, couple parti dans résidence secondaire à Chartres.
- En 2 à 3 jours, dégradation avec troubles mnésiques + importants et discours incohérent, même si par moments il semble s'améliorer.
- Dégradation comportementale avec agitation et phases d'agressivité qui n'existaient pas.
- Hallucinations visuelles et délire de persécution.

Quel diagnostic évoquez vous ?

SYNDROME CONFUSIONNEL



Et pourquoi pas évolution des TNCM ?

	Syndrome confusionnel	Troubles neurocognitifs majeurs
Mode de début	Aigu	Insidieux, progressif
Durée	Heures à jours	Mois à années
Attention	Troubles attentionnels	Normale sauf en cas de troubles très sévères ou dans certaines étiologies
Conscience/vigilance	Fluctuante	En général normale
Langage	Incohérent, désorganisé	Normal sauf en cas d'aphasie
Autres	Cause médicale aiguë	Cause en lien avec un processus neurologique sous-jacent, signes variant selon les pathologies

Quels outils diagnostiques ?

- Outil de référence = **Confusion Assessment Method** (CAM).
- Mais aussi : Delirium Observation Screening Scale (DOSS), Delirium Rating Scale Revised-98 (DRS-R-98) et Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS).

Confusion Assessment Method

1. Début aigu, fluctuation de l'évolution
 2. Troubles de l'attention
 3. Désorganisation du cours de la pensée et du langage
- Ou
4. Atteinte de la vigilance

Diagnostic positif si association de 1+2 avec 3 ou 4

Quelles causes évoquez vous ?

- Infectieux : pneumonie, IU , méningite, encéphalite.
- Iatrogéniques : effets indésirables médicamenteux, sevrage en psychotrope ou opiacés.
- Cardio-vasculaires : sd coronaire aigu, trouble rythme / conduction, EP, état de choc.
- Neurologique : pathologie.
- Métabolique : dysthyroïdie.
- Psychiatriques : dépression, deuil, stress psychologique.
- Généraux : intervention chirurgicale et AG, douleurs aiguës, RAU, fécalome, fièvre isolée, traumatisme, contention physique, privation sensorielle aiguë et/ou de sommeil.
- Toxiques : intoxication ou sevrage alcoolique, intoxication au monoxyde de carbone.

Souvent multifactoriel !

Quand orientez vers l'hôpital ?

- Situation non gérable au domicile.
 - Mise en danger pour lui même ou pour les autres.
 - Evènement médical aigu.
 - ...
-
- Donc ... très souvent !!
 - Parfois « juste » iatrogénie ou autre et hospit peut être évitée.

Quel bilan étiologique proposez-vous ?

- Anamnèse détaillée + examen clinique complet.
- Examens paracliniques :
 - ionogramme sanguin, urée, protides totaux, calcémie, glycémie capillaire,
 - créatininémie avec calcul de la clairance de la créatinine,
 - Hémogramme,
 - CRP,
 - ECG.



- Signe de localisation.
 - Suspicion hémorragie méningée.
 - Traumatisme crânien.
- >> Aux urgences

TDM cérébrale ?

Pronostic

- **Grave !!**
- Modifie l'expression d'autres pathologies/la prise en charge.
- 25% gardent des séquelles cognitives.
- 25-40% seront institutionnalisés.
- 20-30% seront morts à 6 mois.
- Perte d'autonomie.

Mme H. 84 ans

- ATCD :
 - cardiopathie ischémique sous Kardégic, statine, IEC et BB,
 - coxarthrose droite sévère douloureuse sous pallier I et II,
 - notion de troubles cognitifs non explorés.
- Prend du Noctamide le soir pour difficultés d'endormissement.
- Autonomie préservée sauf pour la gestion administrative et traitements.
- Perte de 5 kg sur la dernière année.
- Chirurgie programmée pour pose d'une PTH.

Evaluation gériatrique pré-opératoire ?

Critères de fragilité

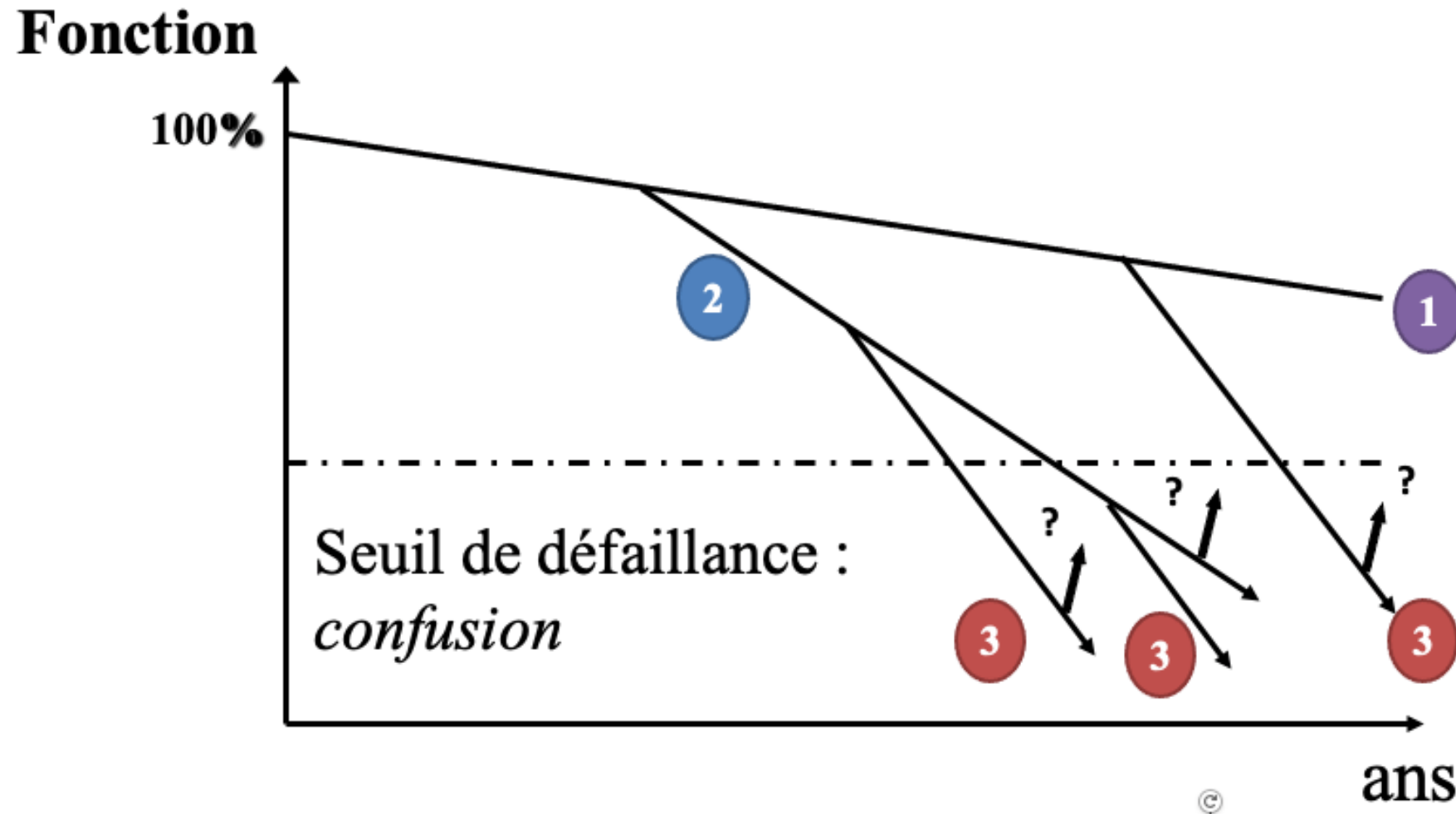
- Nutrition,
- Cognition,
- Autonomie,
- Polypathologie/polymédication.

Evaluation :

- Rapport bénéfice risque de la chirurgie.
- Risque de complications post-opératoires.

Orienter dans une filière si nécessaire/possible.

Modèle de Bouchon 1 + 2 + 3



M. N. 79 ans

- **ATCD** : HTA traitée, diabète de type 2 non-insulinorequérant, FA non valvulaire permanente, syndrome anxiodépressif depuis décès brutal de son épouse, il y a 1 an.
- **TTT** : Vildagliptine 50 mg x2/j, Gliclazide 60 mg x2/j, Warfarine 2 mg/j, Bisoprolol 5 mg/j, Ramipril 10 mg/j, Hydrochlorothiazide 25 mg/j, Fluoxétine 20 mg/j, Prazépam 10 mg si besoin.
- Troubles du sommeil exacerbés par date anniversaire du décès de son épouse.
- Appel de sa fille : inquiète, ne le trouve pas dans son état habituel, incohérent, ne mange plus. Vous diagnostiquez un syndrome confusionnel.

Quelle est votre prise en charge ?

Focus iatrogénie

Iatros = médecin

Génès = qui est engendré

« Qui est provoqué par le médecin ou par un procédé thérapeutique, même en l'absence d'erreur du prescripteur »

Penser « iatrogénie » dans tout bilan étiologique chez le patient âgé ... y compris confusion !

→ causes

→ conséquences

Indispensable !!

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTIION EXONÉRANTE) le 8 Avril 2016

Le traitement précédent jusqu'à renouveler pour 6 mois

- NERIDAT 200 2 à 3 par jour	CURAMINES 1 par jour
- LASILIX 40 1 le matin	ASCOFER 33 1 par jour
- ALPRAZOLAM 0.25 3 par jour	ATEPARINE 1 le matin
- ARTISIA 2 pulv / jour	PHOSPHATE
- DEPAKINE 300 1 matin et soir	VERSATIL 1 patch par jour
- VENTAPAXINE 750 1 matin et soir	CONSTIPRANE 500 2 à 3 par jour
- TERCIALES 1 au 3 sups	PENTASA granules 1 matin
SERAPAR 125 2 au 3 sups	PENTASA supps 1 par jour
- PARIET 20 1 le soir	CALENDRE D3 1 par jour
- ATARAX 25 2 le soir	TRAVATAN collyre 4 fl / jour
- TATOP 10 1 le soir	
- TRITASTAL 50 1 matin et soir	

Prescription SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCOURANTES)

Suite A.D.

- APROVEL 100 1 le matin	- BETAHISTINE 8 1 matin et soir
- NORSET 10 1 le soir	- SIBELIUM 1 au soir
- INOMON 2 gel au 3 sups	Par 1 Nov NOETARIDE 2 au
- METFORMINE 500 3 par jour	Pentasa suspension rectale 1 au
- insuline LANTUS 10, 1 le matin	2 boîtes à renouveler si besoin
- Anguilles uniofre + bords Anguilles 100 1 le matin	1 le matin
- Bouillottes + Lascettes pour Accouchement performeur 100 1 le matin	1 le matin
- Cornu presse gaze 7,5 x 7,5 100 1 le matin	1 le matin

13 Avril 2016 à 14h

M.N. suite

- Prescription d'Hydroxyzine par SOS médecins il y a 4 jours devant des troubles du sommeil.
- Douleurs de coxarthrose ancienne, a pris du Tramadol, qui lui restait dans la pharmacie suite à une prescription il y a plusieurs années.

Interrogatoire iatrogénie

- Récupérer ordonnances des autres médecins
- Automédication +++
- Interrogatoire policier :
 - Nouvelle molécule ?
 - Changement de posologie ?
 - Sevrage d'un traitement ?
 - Événement aigu qui modifie distribution/élimination d'un médicament habituel.



F favorisants iatrogénie chez sujet âgé

- Modifications PK et PD :
 - ↓ vitesse d'absorption/quantité absorbée,
 - ↑ masse grasse et ↓ masse maigre,
 - ↓ métabolisme hépatique et surtout ↓ fonction rénale avec possible accumulation de médicaments.
- **Polymédication.**
- Polypathologie.
- Observance.
- Déclin cognitif.
- Isolement social.
- Troubles sensoriels (visuels).





Molécules en cause = banales

- Antithrombotiques
- Antihypertenseurs
- Hypoglycémiants
- Psychotropes
- Antalgiques

→ Actions focalisées
sur ces molécules



Manifestations cliniques = banales

- Chute
- Confusion
- Saignement
- Dyspnée...

→ Tout est iatrogène
jusqu'à preuve du
contraire !



Évènements intercurrents ≥ 50%

Un médicament pris
depuis longtemps peut
être en cause dans un
accident iatrogène

→ Importance de la
surveillance et
éducation

M. N. suite

- 2 nouvelles molécules confusiogènes.
- Période de canicule, il a fait chaud, déshydratation avec IRA fonctionnelle sur le bilan biologique de débrouillage réalisé : accumulation Prazépam, hypotension orthostatique sur 3 anti-HTA.
- Ne mange plus : hypoglycémie avec Gliclazide.
- ...

Médicaments confusiogènes

- Morphiniques,
- Antalgiques de pallier II,
- Corticoïdes à fortes doses,
- Fluoroquinolones,
- Antiépileptiques,
- Benzodiazépines,
- Antidépresseurs,
- Antiparkinsoniens...

Charge anticholinergique

- Déficit cholinergique impliqué dans la physiopathologie de la confusion.
- Nombreux médicaments avec propriétés anticholinergiques, plusieurs listes disponibles :
 - Anticholinergic Risk Scale,
 - Anticholinergic Cognitive Burden,
 - Anticholinergic Drug Scale.

Table 4. Anticholinergic Risk Scale^a

3 Points	2 Points	1 Point
Amitriptyline hydrochloride	Amantadine hydrochloride	Carbidopa-levodopa
Atropine products	Baclofen	Entacapone
Benztropine mesylate	Cetirizine hydrochloride	Haloperidol
Carisoprodol	Cimetidine	Methocarbamol
Chlorpheniramine maleate	Clozapine	Metoclopramide hydrochloride
Chlorpromazine hydrochloride	Cyclobenzaprine hydrochloride	Mirtazapine
Cyproheptadine hydrochloride	Desipramine hydrochloride	Paroxetine hydrochloride
Dicyclomine hydrochloride	Loperamide hydrochloride	Pramipexole dihydrochloride
Diphenhydramine hydrochloride	Loratadine	Quetiapine fumarate
Fluphenazine hydrochloride	Nortriptyline hydrochloride	Ranitidine hydrochloride
Hydroxyzine hydrochloride and hydroxyzine pamoate	Olanzapine	Risperidone
Hyoscyamine products	Prochlorperazine maleate	Selegiline hydrochloride
Imipramine hydrochloride	Pseudoephedrine hydrochloride-triprolidine hydrochloride	Trazodone hydrochloride
Mecizine hydrochloride	Tolterodine tartrate	Ziprasidone hydrochloride
Oxybutynin chloride		
Perphenazine		
Promethazine hydrochloride		
Thioridazine hydrochloride		
Thiothixene		
Tizanidine hydrochloride		
Trifluoperazine hydrochloride		

Mme A. 86 ans

- Hospitalisée pour une décompensation cardiaque sur passage en fibrillation atriale rapide.
- Evolution biologique favorable avec diminution des signes de surcharge et sevrage en oxygène.
- Toutefois cliniquement elle reste très ralentie, apathique. Sa famille décrit qu'elle n'est pas comme habituellement. Elle réagit peu aux visites, elle qui d'habitude est beaucoup dans l'interaction.

Quel diagnostic syndromique évoquez vous ?

CONFUSION HYPOACTIVE

- Probablement la + fréquente 7 à 68% des cas.
- Souvent méconnue +++ sous-diagnostiquée.
- ↓ activité psychomotrice, déficit attentionnel voire stupeur.
- Associée à un taux de mortalité + élevé.

M. E. 89 ans

- Vous recevez en consultation Mr E accompagné de son épouse.
- Antécédents :
 - FA connue depuis 2012.
 - DMLA, hypoacousie.
 - Fracture du col du fémur il y a 5 mois. Pose de PIH.
 - Troubles neurocognitifs sur maladie d'Alzheimer connu depuis 2015. MMSE 2020 : 10/30.
- L'épouse du patient vous dit, en pleurant, être à bout de force, qu'elle ne dort plus depuis 4 mois (soit le retour à domicile du patient en post-opératoire) :
 - Réveil à 1h du matin. S'habille et fugue en pleine nuit ;
 - A brûlé ses vêtements en les mettant dans le micro-onde ;
 - Est de + en + agressif et impulsif quand on s'oppose à lui.

Que vous évoque cette situation ?

- Trouble du comportement :
 - Déambulation pathologique.
 - Agressivité et impulsivité.
- Trouble du sommeil avec inversion nycthéméral.
- PROGRESSIF donc a priori pas de confusion :
 - Progression du trouble neurocognitif ou accélération par évènement intercurrent il y a qq mois (chirurgie ?).

Que faites vous ?

- Examen neurologique complet :
 - Signe de localisation,
 - Recherche d'un syndrome extrapyramidal.
- Douleur chronique ?
- Insuffisance cardiaque ? Faire ECG (tb du rythme, de conduction, séquelle ischémique ?)
- Dysthymie ?
- Sevrage ou introduction de traitements dont psychotropes ? Sevrage OH ?
- Biologie :
 - NFS ; Iono sang (dont calcémie) ; CRP,
 - Bilan hépatique ; TSH +/- NT-proBNP.
- Imagerie cérébrale : Saignement ? Lacune ? Abscès ?
 - TDMc.

Quelle thérapeutique proposez vous ?

- Pour le comportement, sur la part agressive +/- agitée/anxieuse :
 - Escitalopram 5 puis 10 mg ; Citalopram 10 puis 20 mg.
 - Seresta 5 ou 10 mg (max 3/jour).
 - Eviter les BZD à plus longue demi vie ; pas de neuroleptique si pas d'idée délirante.
- Pour le sommeil
 - Eclairer un maximum les pièces de l'appartement durant la journée.
 - Inciter à faire des sorties accompagnées durant la journée.
 - Eviter la sieste ; éviter la télévision le soir.
 - Traitements médicamenteux :
 - Mélatonine LI 3 mg en préparation pharmaceutique à prendre 1h30 avant le coucher.
 - Eviter si possible les BZD sédatives (Zopiclone ; Zolpidem).
- Pour le couple :
 - Accueil de jour.
 - Aide aux aidants ; groupes de parole.
 - Réévaluer l'APA pour mise en place d'aide à domicile.
 - Alerter la M2A pour passage à domicile.
 - Prescription ESA (Equipe Spécialisée Alzheimer).

M. E. revient 1 semaine après ...

- Biologie :
 - Hb 13 g/dL ; Plq 230 G/L ; Leucocytes 5 G/L ;
 - CRP 5 mg/L ;
 - Na 138 mM ; K 3,6 mM ; urée 5 mM ; creat 62 μ M ;
 - Calcémie 2,3 mM ;
 - TSH 1,5 mUI/L et BHC normal.
- IRMc :
 - Atrophie cortico-sous corticale ;
 - Atrophie hippocampique Scheltens 2, Leucoaraiose ;
 - Pas de micro-saignement.
- Un tout petit mieux sur le plan des impulsions avec Escitalopram 5 mg.
- Se réveille désormais à 4h du matin avec Mélatonine 3 mg mais fugue toujours dans la nuit car maintenant des créatures rampent sur le plafond de sa chambre.
- L'épouse décrit des hallucinations depuis quelques mois mais jusque là peu invalidantes.

Qu'en dites vous et que faites vous ?

- Bilan biologique et imagerie sans particularité.
- ECG : évaluation du QTc.
- Pour l'agressivité : possible majoration de l'Escitalopram à 10 mg.
- Pour les hallucinations :
 - Si vécu non difficile : RAS.
 - Ici, vécu anxiogène avec fugue donc introduction d'un neuroleptique
 - Si Sd park : Clozapine de préférence en phase aigue +/- relais Quétiapine.
 - Si pas de Sd Park : plutôt Risperdal 0,5 mg initialement (majoration à 2 mg max).
- Pour le sommeil : possibilité majoration Mélatonine.
- Ici, la problématique qui émerge semble être un trouble délirant hallucinatoire
 - Donc plutôt introduction d'un neuroleptique avant de majorer les autres traitements.
- Commencer à prendre contact avec une UCC si pas d'amélioration.

6 mois plus tard ...

- Patient calme, dort jusqu'à 7h.
- L'épouse du patient vous remercie infiniment.
- Actuellement sous Escitalopram 5 mg, Risperdal 0,5 mg et Mélatonine 6 mg.
- Vous notez une perte de poids chez ce patient de 8 kg en 6 mois avec perte d'appétit d'après l'épouse.
- Aussi, depuis 2 mois, chutes à répétition avec perte de connaissance sans notion de traumatisme crânien.

Que faites vous ?

- Examen clinique complet pour AEG à la recherche d'un syndrome tumoral.
- Bilan de chute :
 - Facteurs prédisposants : TNC, Hypoacousie, DMLA, FA, PIH, psychotropes.
 - Facteurs précipitants ?
 - Examen neurologique et neuro-sensoriel ;
 - Souffle cardiaque (notamment RA ?) et signe AOMI ; ECG ;
 - Discuter TDMc selon examen neurologique ;
 - Recherche hTO à 1 et 3 min.
 - Iatrogénie : psychotropes (modification récente ?) ; autres ?
 - Glycémie.
 - Facteurs de gravité : Anticoagulant ? Isolement ? Répétition ? Relevé seul ?
- Biologie :
 - NFS-CRP-Iono sang (dont Ca^{2+})-BHC ;
 - EPP-TSH-Bilan martial-B9/B12.

Les troubles psycho-comportementaux

- > 80% des patients avec troubles neurocognitifs majeurs (TNCM).
- Incidence augmentant avec la sévérité du TNCM.
- Principale cause d'institutionnalisation et de souffrance des aidants : risque de maltraitance, négligence, rejet.
- Aggrave le pronostic.
- Augmente le coût économique global.

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité De l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5

Comment raisonner ?

- Anamnèse
- Examen somatique
- Evaluation du comportement
- Entretien avec les demandeurs
- Apprécier l'urgence fonction du retentissement
(déshydratation/chute/situation violente)

PEC non médicamenteuse

- **Cognitif**
 - Stimulation cognitive : individuelle (orthophoniste), groupe, atelier mémoire → ESA, Accueil de jour.
 - Revalidation cognitive : technique compensatoire (rééducation/ neuropsychologue).
- **Comportement**
 - Sens : stimulation multi sensorielle (**zoothérapie**, aromathérapie, luminothérapie, chromothérapie, relaxation).
 - Créativité : art thérapie, **musicothérapie**.
- **Environnement**
 - Aménagement / Ergothérapeute.
- **Corporel**
 - Activités physiques.

L'usage des psychotropes

- **Hors AMM le plus souvent.**
- Uniquement si les symptômes impliquent des conséquences sévères **ET** si échec des PEC non pharmacologiques **OU** si urgence.
- Durée courte, posologie faible, réévaluation fréquente, arrêt dès que possible.
- La sémiologie guide le choix du psychotrope.

Quels traitements pour quels symptômes ?

Antidépresseurs

- Symptômes dépressifs et anxieux
- Agressivité
- Irritabilité
- Impulsivité
- Intolérance à la frustration
- Participation affective au délire

IRS : Escitalopram /
Citalopram

Neuroleptiques

- Urgences
- Symptômes délirants sévères

Risperdal/Olanzapine
Clozapine

Thymorégulateurs

- Symptômes maniaques
- Certains cas d'agressivité résistante

Lithium
Depakine

PARCOURS ville : médecin traitant place centrale

- Rôle de dépistage et de prévention de la fragilité.
 - Rôle de coordination entre les intervenants.
 - Rôle d'orientation en cas d'évènement aigu.
 - Rôle de continuité des soins post-hospitalisation :
 - Consultation / visite à domicile post-hospitalisation.
 - Réadaptation / explication au patient des modifications thérapeutiques.
 - Organisation des examens/consultations de suivi.
- **MAIS** nécessité de transmission des informations +++ : lettre de sortie – CRH.
- **MAIS** chronophage +++ : **intérêt des métiers de la coordination de soins.**

PARCOURS ville : moyens à disposition



Dispositif d'appui
à la **coordination**

DANS CHAQUE TERRITOIRE, LE **DAC** EST
LE REGROUPEMENT DE :

CTA
Coordination territoriale
d'appui (PAERPA)



PTA
Plateformes territoriales d'appui



Dispositif d'appui
à la coordination des
parcours complexes
DAC



MAIA
Méthodes d'action pour
l'intégration des services d'aide
et de soins dans le champ
de l'autonomie



Réseaux de santé



CLIC

Centres locaux
d'information et
de coordination



www.solidarites-sante.gouv.fr/dac

PARCOURS ville : DAC

- **Appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux** faisant face à des situations complexes liées notamment à des personnes cumulant diverses difficultés.
- Ils sont au service de **tous les professionnels du territoire** :
 - des professionnels de santé de ville, libéraux ou salariés.
 - des personnels des établissements de santé publics, privés et HAD.
 - des professionnels de l'ensemble du champ social et médico-social.
- Les DAC peuvent également répondre aux demandes des personnes et de leurs **aidants**.

PARCOURS ville : coucou les gériatres

- Lien ville-hôpital : **ligne téléphonique** d'avis médical direct pour les soignants de ville.
- Alternatives à l'hospitalisation :
 - Gestion ambulatoire avec télé-expertise.
 - Programmation d'une consultation - HDJ rapide (bilan AEG / chute...).
- Admissions directes en hospitalisation : « objectif zéro brancard ».
- Rôle des **équipes mobiles extrahospitalières** dans les EHPAD et/ou à domicile.

M. H. 90 ans

- Patient vivant en résidence sénior avec son épouse.
- Autonomie : ADL 6/6 ; IADL 2/4 (téléphone et médicaments ok).
- ATCD : HBP ; Dépression ; TNCM non explorés, DT2 insulinorequérant, HTA.
- TTT : Xatral 10 mg LP; Escitalopram 10 mg ; Metformine 500 mg x 1 ; Januvia 50 mg x 1 ; Lantus 12 UI x 1/j ; Valsartan 80 mg ; Kardégic 75 mg ; Atorvastatine 10 mg.

M. H. 90 ans

- Vous prenez en charge ce patient à la suite de 30 ans de prise en charge par votre prédécesseur.
- Il vient à votre consultation à visée systématique.
- Examen clinique rassurant.
- TA 134/80 mmHg ; Fc 80/min ; T 36,3 °C ; SpO2 98 % en AA

Chez ce patient, que pensez vous du Kardégic et Statine ?

- Semble être prescrit en prévention primaire.
 - Indication théorique si prévention primaire à l'arrêt de ces traitements.
- MAIS s'assurer de l'absence de lésion athéromateuse significative.
- Rechercher des ATCD de :
 - Cardiopathie ischémique (ECG / ETT / Angioplastie / Pontage),
 - AOMI,
 - Encéphalopathie vasculaire : AVC ischémique (notamment de lésions lacunaires).
- Si absence, se discute l'arrêt du Kardégic en période stable.
- A noter, effet rebond d'évènements cardiovasculaire à l'arrêt des statines donc plutôt à éviter surtout si en phase aigue.

MERCI DE VOTRE ATTENTION