

DEPISTAGE DES DEMENCES

Pourquoi? Qui? Comment?

Epidémiologie en France

- # Quelques chiffres : 800 000 déments avec 160 000 nouveaux cas par an soit 3 Millions de personnes concernées (famille)
- # Majoration avec l'âge : 5% > 65 ans, 15% > 75 ans, 25 à 30% > 85 ans
- # 1500 neurologues, 2600 gériatres et quelques psychiatres s'intéressant à ces pathologies
- # Délais dans les centres de mémoire référents (CMRR) ou les consultations mémoire très longs...
- # On ne peut plus compter sur l'exclusivité de diagnostic et de prise en charge par les seuls spécialistes : **les généralistes doivent impérativement participer au dépistage et à la prise en charge de la démence.**

Intérêt du dépistage précoce

- # Efficacité des traitements médicamenteux surtout en début de maladie : permettent de retarder la perte d'autonomie et l'entrée en institution : intérêt humain évident mais aussi économique pour la société
- # Efficacité des prises en charge non médicamenteuses : accompagnement des patients et des familles (AJ, Ateliers mémoires, aides à domiciles pour soulager l'aidant, stimuler les patients, informer les familles sur la maladie, prévention des complications)+++
- # Il n'y a pas de parallélisme entre la perte d'autonomie et la sévérité de la démence.

Le diagnostic des démences en France

- # MG : 3 à 5 nouveaux patients par an et autant non diagnostiqués soit 50% de patients non diagnostiqués
- # 1999 : MMS moyen au moment du diagnostic de MA : 17
- # 2006 : MMS moyen : 19-20
- # Progrès mais un MMS à 17 lors d'une première consultation révèle un retard important du diagnostic (plainte mnésique insuffisamment prise en compte, bilans mémoires insuffisamment demandés, spécialistes insuffisamment disponibles et pas assez nombreux...)

60% des demandes de bilan mémoire émanent des familles et non des MT...

Qui dépister?

Impossible de dépister tous les plus de 65 ans (16% de la pop totale soit 10 Millions)

- # Lorsqu'il y a une plainte subjective du patient ou de son entourage

- # Les sujets à risque :
 - > 80 ans (prévalence 25%)
 - > 65 ans si 1er épisode de délire ou dépression
 - Troubles du comportements suspects et nouveaux
 - FRCV (HTA, AVC, AIT, Coronaropathie, DNID, FA, hypercholestérolémie...)
 - ATCD familiaux de MA ou autre démence

Comment repérer un syndrome démentiel?

Démence selon de DSM IV

A) Apparition d'un déficit cognitif multiple

- Mémoire (faits récents, apprentissages nouveaux)
- Autres (aphasie, apraxie, agnosie, altérations de fonctions exécutives)

B) Répercussion sur les fonctions sociales et/ou professionnelles càd une perte d'autonomie

C) Autres causes symptomatiques éliminées

But de la consultation de dépistage

- # Prouver la perte d'autonomie (*interrogatoire*)
- # Prouver l'altération cognitive (*tests*)

Comment dépister?

I) Recueillir la plainte de mémoire subjective

- ❑ Plainte très précoce (dès 30-40 ans)
- ❑ Plainte très fréquente (70% des > 70 ans)
- ❑ Plainte résulte de 3 comparaisons
 - Mémoriser n'est ni facile ni immédiat ni définitif
 - Ma mémoire est moins bonne qu'autrefois
 - Ma mémoire est moins bonne que celle des autres
- ❑ Plainte est liée à la métamémoire (fait de savoir ce que l'on sait, comment apprendre ou retrouver une info) et très corrélée à l'état psychoaffectif

Comment dépister?

I) Recueillir la plainte (suite)

Plus le patient se plaint, plus c'est rassurant

- ❑ Plainte bénigne : émane du sujet, difficultés à se rappeler des info anciennes ou récentes, porte sur les noms propres, retentissement faible ou nul
- ❑ Plainte suspecte : émane de l'entourage, troubles significatifs de l'enregistrement des info nouvelles (oubli des faits récents, oublis répétés inhabituels → répétitions de questions, difficultés d'apprentissage d'info nouvelles)

Comment dépister?

I) Recueillir la plainte (suite)

apprécier le retentissement sur l'activité quotidienne

IADL

- gestion du budget
- gestion du traitement
- transport (topographie+++)
- Téléphone

Score normal : 0/4

Comment dépister?

II) Interroger l'entourage +++

- ❑ Le patient réellement atteint sous estime ses troubles, les minimise, les dissimule
- ❑ Anosognosie des troubles car moindre métamémoire

Comment dépister?

III) Evaluer le trouble grace à l'objectivité relative des tests

- ❑ Problème de l'imperfection des tests
- ❑ Problème de leur variabilité selon le sexe, l'âge, le niveau socio-éducatif
- ❑ L'interprétation devra tenir compte de tous ces éléments et rester prudente

Comment dépister?

III) 1. La mémoire

1.1. Rappel du fonctionnement de la mémoire

3 étapes de mémorisation

Apprendre

encodage (dépression, états confusionnels, TTT)

Conserver

stockage (MA, encéphalites limbiques herpès...)

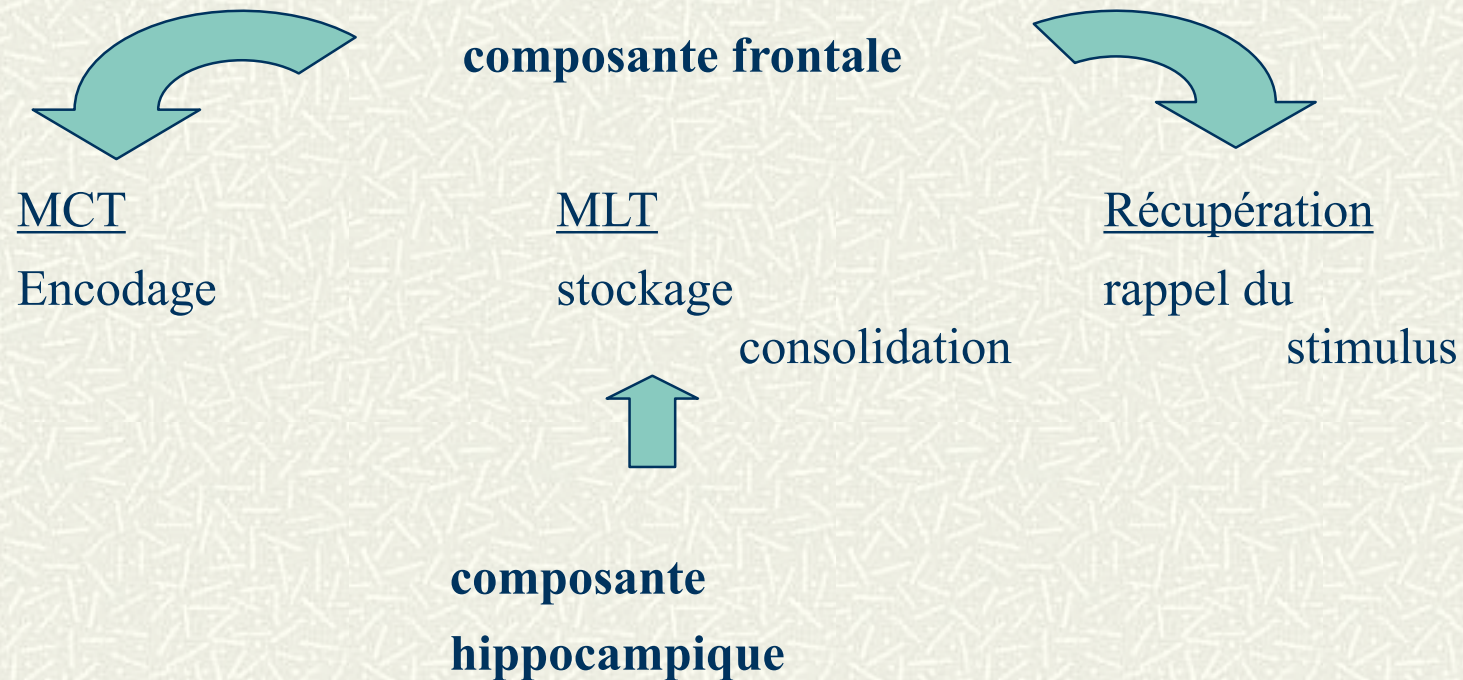
Retrouver

*rappel (démence fronto-temporale ou sous
cortico-frontale, dépression,*

âge...)

Comment dépister?

III) 1.1. Rappel fonctionnement mémoire (suite)



Comment dépister?

III) 1.1. Rappel du fonctionnement de la mémoire (suite)

Informations sensorielles du monde extérieur



Monde intérieur

Mémoire sensorielle

très brève : 1 à 2 sec



visuelle ou auditive

Mémoire à court terme



mémoire de travail

(encodage)

20 à 60 sec, limitée

Mémoire à long terme (MLT)

MTL non déclarative

déclarative

Mémoire

Mémoire

Mémoire procédurale

épisodique

sémantique

Comment dépister?

III) 1.2. Etude de la mémoire rétrograde

Souvenirs et faits anciens et récents

Mémoire autobiographique

- ❑ mémoire sémantique (nom, DN, adresse, prof., études, noms et DN enfants, petits enfants +++ chez femmes)
- ❑ mémoire épisodique (emploi du temps, souvenirs récents, vacances, voyage, repas avec amis...)

Mémoire sémantique

- ❑ histoire, géographie
- ❑ actualité récente (pdt)

Comment dépister?

III) 1.3. Etude de la mémoire antérograde

Apprentissage nouveau contrôlé

- a) MMS (3 mots)
- b) Test des 5 mots de Dubois

Comment dépister?

III) 1.3. a) MMS

Indispensable même si imparfait, évalue l'efficacité cognitive globale

N'est pas un test diagnostique spécifique ni de dépistage

- ❑ Permet d'apprécier le niveau de sévérité de la démence
- ❑ explore à la fois l'orientation temporo-spatiale, l'attention et le calcul mental, l'apprentissage (mémoire antérograde) et les langage oral, écrit ainsi que la compréhension du langage
- ❑ Permet le suivi d'une CS à l'autre pour un même patient
- ❑ Assez comparable d'un intervenant à l'autre

Comment dépister?

III) 1.3.a) MMS (suite)

+++respecter les consignes de passation

Orientation : adapter nom de la rue ou du médecin quand médecin traitant

Apprentissage : 6 essais, changer les 3 mots d'une fois sur l'autre

Calcul : ne pas répéter la consigne

Rappel mémoire : spontané puis indicé (catégorie) rappel différé+++

Langage : pb avec la phrase (aucun sens)

Compréhension orale : poser la feuille sur le bureau

Compréhension écrite : « faites ce qui est écrit »

Dessin : praxie constructive (crayon et gomme pour corriger, 1 mn)

Comment dépister?

III) 1.3. a) MMS (suite)

Interprétation : seuil discriminant **24**

Très variable selon le niveau socio-culturel

- ❑ 0 à 4 ans de scolarité : 19
- ❑ 5 à 8 ans de scolarité : 23 (>CEP)
- ❑ 9 à 12 ans de scolarité : 27 (CEP à BEPC)
- ❑ Baccalauréat : 29

(Normes anglo-saxonnes)

Comment dépister?

III) 1.3. b) Test des 5 mots de Dubois

Véritable test de dépistage pour MA : Sd amnésique hippocampique

- ❑ Troubles de la mémoire épisodique : précoce et sévère dès le stade de début MA

- ❑ Dubois permet une analyse qualitative du déficit mnésique (encodage, consolidation et récupération) et permet de situer le niveau du dysfonctionnement.

- ❑ MA : trouble de la consolidation de l'information secondaire à l'atteinte des formations hippocampiques

Comment dépister?

III) 1.3. b) Test de Dubois (suite)

Limonade passoire camion musée sauterelle

Abricot mimosa éléphant chaussette accordéon

Consignes :

1. Lisez cette liste à voix haute et essayez de la retenir, je vous la redemanderai
2. Pouvez vous me dire tout en regardant quel est le nom du fruit...
3. Retournez la liste et interroger à nouveau » pouvez vous me redonner les mots » **RIL**
4. Pour les mots non rappelés « quel était le nom de la fleur... » **RII**

Compter le nombre de réponse correctes (max 5) : **score d'apprentissage**

5. Si score < 5, remonter sur la liste les mots non rappelés, puis retourner la liste et redemander grace à l'indice les mots non rappelés

Epreuve d'interférence longue 3 à 5 minutes (tache cognitive : fluences verbales)

6. Pouvez vous me redonner les 5 mots **RDL**
7. Puis pour les mots non rappelés « quel était la fleur... » **RDI**

Compter le nombre de bonnes réponses : **score de mémoire**

Comment dépister?

III) 1.3. b) Test de Dubois (suite)

Score global = score apprentissage (RIL + RII) + score mémoire (RDL + RDI)

N = 10 Si encodage bien vérifié, score pathologique dès 9/10

Profil MA : sd amnésique hippocampique

- Effondrement des performances en rappel libre
- Aide insuffisante de l'indication
- Performance affaiblie en rappel total (L + I)
- Intrusions en rappel indicé

Profil vieillissement normal ou tb fonctionnels

- Performances en rappel libre moins effondrées
- Spectaculaire amélioration avec indication qui les normalise

Comment dépister?

III) 1.3. b) Test de Dubois (suite)

Intérêt du score total pondéré :

- ❑ Score total + RIL + RDL sur 20
- ❑ Seuil de 18/20 pour la MA : Se 84% et Spé 85%
- ❑ Score total pondéré > score total pour repérer les MA légers
- ❑ +++ des intrusions : les témoins ne font jamais d'intrusions
- ❑ 76 % des MA légers font au moins une intrusion
- ❑ Les témoins répondent plus souvent dans l'ordre que les patients (meilleure métamémoire)

Comment dépister?

III) 1.3.b) Dubois

Rôle de l'indication : si rappel libre diminué

Indices efficaces

- Vieillesse naturelle
- Médicaments
- Dépression
- Démence fronto-temporale
- Démences sous corticales
- Démences vasculaires

frontal

Indices inefficaces ou peu

MA au début

encéphalite herpétique

anoxie cérébrale

Korsakoff

hippocampique

Comment dépister?

III) 2. Désorientation temporo-spatiale

Etudiée par le MMS

III) 3. Les fonctions instrumentales

3.1. Le langage

Intérêt : différencier une aphasie d'un trouble du langage

Aphasie → origine vasculaire, tumorale, traumatique,
dégénérative (Mésulam, démence sémantique)

Trouble du langage → démences non aphasiques avec plainte
mémoire (MA, DFT, DCLévy, PSP)

Comment dépister?

III) 3.1. Le langage (suite)

Comment l'explorer rapidement?

- ❑ Ecouter le discours spontané

 - fluent (temporo-pariéto-post) non fluent (frontal ant)

 - contenu, grammaire, paraphrasies, écholalie, stéréotypies, persévérations

 - articulation (dysarthrie, anarthrie)

- ❑ Epreuve de dénomination (BARD)

 - 10 images banales : faire une erreur est très rare et hautement pathologique

- ❑ Evocation lexicale

 - catégorielle et alphabétique en 2 mn (interférence Dubois)

Comment dépister?

III) 3.1. Le langage (suite)

Statistiques sur la BARD

10/10 témoins, anxieux, MCI

86% DFT démence fronto-temporale

85% DCL démence à corps de Lévy

82% MA légers (MMS>20)

66% MA modérés (MMS>15)

26% des APP (MMS>20) aphasie progressive primaire

6% des DS (MMS>19) démence sémantique

Ex : 5/10 BARD avec MMS 24/30 = APP ou DS

Comment dépister?

III) 3.1. Le langage (suite)

Qu'évalue l'évocation lexicale?

- ❑ Mémoire à court terme et attention
- ❑ MLT sémantique (langage) et épisodique (ce qui a déjà été dit)
- ❑ Langage
- ❑ Fonctions exécutives : recherche logique et flexibilité mentale

Test très sensible mais peu spécifique

Evocation alphabétique

Processus frontaux

Petits niveaux socio-éducatifs

Rapport A/P >1.4 (2 frontal, 1 temporal)

Evocation catégorielle

Processus temporaux

MA, DS

Comment dépister?

III) 3.2. Les Praxies

3 gestes symboliques :

- Signe de croix
- Pied de nez
- Salut militaire

Imitation de posture

- Double anneaux enchassés
- Losanges avec pouces et index
- Passage de la ligne médiane

Apraxie d'habillage (plus tardive)

Apraxie constructive (MMS)

Comment dépister?

III) 3.3 Troubles de la pensée abstraite

Les capacités d'abstraction sont atteintes de façon précoce mais souvent masquées par - habitudes de conversation (automatismes)

- respect des convenances sociales
- évitement des situations complexes

Recherchées par les épreuves de similitude

Qu'y a-t-il de commun entre une orange et une pomme...une tulipe et une rose...
un avion et une voiture?

Ou épreuves de différence

Quelle différence y-a-t-il entre une rivière et un canal...un mensonge et une erreur?

Comment dépister?

III) 4. Troubles comportementaux : EDF (BREF)

1. Troubles du contrôle de soi

- Hyperphagie
- Conduites alcooliques
- Désinhibition verbale et comportementale
- Irritabilité, colère
- Troubles du contrôle des émotions pleurs ou rires
- Instabilité psychomotrice

2. Négligence physique par rapport aux habitudes antérieures, portant sur

- Hygiène corporelle, vêtements, cheveux

3. Troubles de l'humeur tristesse apparente

- Indifférence affective
- Hyperémotivité
- Exaltation

4 Manifestations d'une baisse d'intérêt

- Assoupissement diurne

Comment dépister?

III) 5. Examen physique

- ❑ Normal dans la MA (et aussi DFT)
- ❑ Rechercher un syndrome extrapyramidal (démences cortico-sous-corticales avec troubles moteurs (DCL, DCB, AMS))
- ❑ Myoclonies (CFJ)
- ❑ Déficit moteur ou sensitif latéralisé (démences vasculaires)

Comment dépister?

IV) Bilan complémentaire

Imagerie : scanner cérébral ou au mieux, IRM

Bilan biologique : normal dans les démences neurodégénératives

- NFP
- Iono sg
- Calcémie
- Protidémie
- Glycémie
- TSH
- Urée créatinine
- Transaminases
- Dosage vit B12 et folates
- Sérologies VRDL,TPHA et HIV

Diagnostic étiologique

1. Démences par dégénérescences lobaires fronto-temporales

- ❑ 80 % MA : syndrome amnésique hippocampique
- ❑ 10 à 20 % démence fronto-temporale (troubles du comportement et syndrome frontal au 1er plan, < 65 ans, ATCD familiaux 50 % des cas, réduction discours spontané et diminution fluence, amnésie au 2d plan et OTS préservée longtemps)
- ❑ Aphasie non fluente progressive (APP) (atrophie fronto-temporale périsylvienne gauche, manque du mot+++ , compréhension bien préservée)
- ❑ Démence sémantique (plus rare, atteinte bilatérale des régions temporales antérieure et inféro-externe, discours fluent mais perte du sens des mots)

Diagnostic étiologique (suite)

2. Démences sous cortico-frontales

Dans pathologies neuro-dégénératives touchant les noyaux gris centraux

Caractérisés par des signes moteurs parkinsoniens ou extrapyramidaux associés au déficit cognitif : bradyphrénie, perte d'initiative, tb fonctions exécutives frontales et pseudo-syndrome amnésique (troubles récupération : rappel libre effondré normalisé par indices sémantiques), baisse fluence verbale sans aphasia, fonctions instrumentales peu atteintes.

- MP avec démence
- Huntington
- Wilson
- Steele-Richardson-Olzewsky (PSP)
- DCB
- Démence à corps de Lévy (fluctuations cognitives, hallucinations, sd parkinsonien)

Diagnostic étiologique (suite)

3. Démences vasculaires

- ❑ 20% des démences, après un AVC, prévalence de 14 à 31 %
- ❑ Évolution en marche d'escaliers ou progressive
- ❑ Une imagerie normale élimine une démence vasculaire
- ❑ Imagerie montrant AVC localisé ou multiples bilatéraux ou leucoaraïose
- ❑ Le plus souvent, formes mixtes vasculaires et dégénératives

Conclusion

En résumé :

- ❑ Ne pas rester sourd à une plainte de mémoire (si besoin, reconvoquer)
- ❑ Attention aux patients vus seuls (faussement rassurants)
- ❑ Au minimum, interrogatoire précis, ciblé
- ❑ Bilan minimum : IADL, MMS +/- Dubois

Si l'on est attentif et que l'on sait ce que l'on cherche et que l'on est convaincu que c'est utile pour les patients, l'interrogatoire et ces quelques tests doivent permettre de dépister la plupart des démences débutantes.