

Andreas U. Monsch, Reto W. Kressig

Diagnostic et traitement de la démence

Cet article se base sur:

Monsch AU, Hermelink M,
Kressig RW, Fisch HP, Grob

D, Hiltbrunner B, Martensson B, Rüegger-Frey B, von Gunten A.
Consensus sur le diagnostic et la prise en charge des patients
atteints de démence en Suisse. Forum Médical Suisse 2008;
8(8):144–9.

www.medicalforum.ch (Archives)

FMS
SMF

Forum Médical Suisse
Swiss Medical Forum
Schweizerisches Medizin-Forum

Epidémiologie

Prévalence de la démence en Suisse (2008): env. 98 000 cas

Incidence annuelle de la démence en Suisse: env. 23 000 cas

Définition de la démence

Selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994):

- Troubles mnésiques
- Plus au moins un des deux troubles suivants: aphasie, apraxie, agnosie, troubles des fonctions exécutives
- Les troubles cognitifs ont des effets négatifs sur la vie courante et représentent une baisse par rapport à avant.

Degré de démence

Appréciation en fonction de l'importance de la prise en charge

Légère: bien que le travail et les activités sociales soient nettement perturbés, il reste la capacité de vivre indépendant avec hygiène personnelle adéquate et capacité de jugement intacte.

Modérée: une vie indépendante est possible mais difficile; une certaine surveillance est indispensable.

Grave: les activités de la vie courante sont perturbées à tel point qu'une surveillance permanente est indispensable.

Mild Cognitive Impairment

Une perte des fonctions cognitives sans perturbation des activités courantes est appelée Mild Cognitive Impairment (MCI). Il peut – mais ne doit pas nécessairement – être un stade prodromique d'une démence. C'est pourquoi un nouvel examen neuropsychologique est indiqué après 6–12 mois en cas de MCI. Jusqu'ici uniquement traitement non pharmacologique (training mnésique, alimentation, intervention psychosociale).

Diagnostic de démence – quand?

Les étiologies réversibles d'une démence doivent être diagnostiquées et traitées le plus rapidement possible. Dans les formes irréversibles, un diagnostic posé tôt permet d'organiser un traitement médicamenteux et psychosocial adéquat de la démence. En fonction des différentes options thérapeutiques, la différenciation des formes de démence est nécessaire et indiquée.

Diagnostic de la démence – symptômes d'alarme

- Les patients et/ou leurs proches signalent des modifications dans les fonctions mentales (par ex. mémoire, intérêt, élan) ou comportementales (par ex. isolement social, irritabilité).
- Le médecin remarque des anomalies (par ex. le patient ne vient pas aux rendez-vous; il a des difficultés à s'exprimer, ses réponses sont floues et interminables). Il faut être attentif aux signes de négligence particulièrement chez les patients vivant seuls.

Marche à suivre

Médecin de famille

En plus de l'anamnèse et de l'examen clinique standards, il faut être attentifs aux points suivants notamment, car ils peuvent témoigner d'une démence non-Alzheimer ou d'un délire:

- évolution des symptômes (par ex. début aigu, progressif, continu, variations);
- symptômes psychiatriques (par ex. dépression, troubles comportementaux);
- symptômes neurologiques (par ex. céphalée nouvelle, symptômes extrapyramidaux, myoclonies);
- abus d'alcool ou d'autres substances;
- anamnèse médicamenteuse: beaucoup de médicaments (par ex. benzodiazépines, neuroleptiques, antidépresseurs, antiparkinsoniens, antibiotiques, médicaments à effet anticholinergique) peuvent être à l'origine de déficits cognitifs ou d'un délire;
- traumatismes, carcinome, collagénose, endocrinopathie, AVC/TIA;
- anticoagulation ou immunosuppression.

Tests de screening spécifiques de la démence

Les instruments suivants peuvent être recommandés et sont à la disposition des médecins et psychologues sur www.memoryclinic.ch:

- cognitifs: Mini Mental Status Examination (MMSE), test de la

montre;

- cognitifs/fonctionnels: questionnaire sur la baisse des performances intellectuelles pour personnes âgées (IQCODE);
- analyses de l'évolution selon l'anamnèse de tierces personnes: Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER).

Screening de laboratoire

Pour reconnaître les démences traitables, les examens de laboratoire de routine suivants sont recommandés:

- vitamine B₁₂ / acide folique / évt homocystéine;
- TSH;
- sérologie luétique (TPPA);
- sérologie VIH.

Démence et aptitude à conduire

L'aptitude à conduire n'est généralement plus assurée dans une démence modérée et grave. Pour une démence légère, elle est la plupart du temps restreinte ou nulle, si l'une des conditions suivantes est remplie:

- anamnèse de conduite peu sûre ou d'accidents donnée par des tiers;
- troubles de l'attention, de l'orientation spatiale;
- somnolence diurne.

Lorsque l'aptitude à conduire est douteuse et que le patient n'abandonne pas spontanément son permis de conduire, il faut le dénoncer au service de la circulation routière cantonal ou au bureau des expertises. Ce dernier le convoquera pour un parcours de contrôle dont le résultat sera sans appel.

Memory Clinic

Les patients suivant surtout peuvent profiter d'un examen en Memory Clinic:

- troubles très discrets pouvant être objectivés par un examen neuropsychologique;
- situations médicales et psychosociales complexes;
- symptomatologie et/ou évolution atypiques;
- discordance entre indications du patient ou des proches et résultats des examens;
- constellations relationnelles problématiques ou situations de stress (patient, proches, médecin).

Examen neuropsychologique

Les aspects cognitifs, émotionnels et fonctionnels doivent être appréciés quantitativement et qualitativement selon des techniques standardisées. L'examen neuropsychologique donne notamment des profils de déficits différenciés et pose l'une des bases du traitement.

Evaluation gériatrique

Les examens basés sur l'évaluation gériatrique peuvent donner des informations importantes, par exemple sur l'autonomie (activités courantes), la mobilité (examen de la marche et de l'équilibre), la fonction des organes sensoriels (vision, audition), l'état de nutrition, l'humeur, le réseau et le soutien sociaux, la situation environnementale.

Imagerie diagnostique

L'IRM ou un scanner (en général sans contraste) sont recommandés chez tous les patients pour le diagnostic ou l'exclusion de formes secondaires de démence. Les techniques fonctionnelles telles que PET et SPECT sont indispensables dans certaines situations très spéciales.

Ponction lombaire

L'examen du liquide céphalo-rachidien peut être utile (protéines du LCR) et est indispensable pour exclure tout processus inflammatoire et/ou infectieux.

EEG

L'EEG peut être utile dans le diagnostic différentiel des étiologies des troubles cognitifs (par ex. intoxication, encéphalopathie métabolique).

Génétique

Les analyses génétiques ciblées dans les formes de démence pré-sénile familiale (par ex. chorée de Huntington, mutations sur les chromosomes 1, 14 ou 21) peuvent être utiles au diagnostic. Mais un conseil génétique adéquat est indispensable avant et après l'analyse.

Annonce du diagnostic

Le patient doit être informé du diagnostic de démence et de ses conséquences. Avec l'accord du patient capable de discernement, la présence d'une tierce personne lors de cette discussion sur le diagnostic est vivement recommandée.

Traitement de la démence

Inhibiteurs de la cholinestérase (ICE)

Dans une démence d'Alzheimer légère à modérée (MMSE ≥ 10), les ICE sont indiqués et admis aux caisses. Cela vaut pour les trois substances admises en Suisse, le donépézil (Aricept®; efficacité à partir de 5 mg/jour), la galantamine (Reminyl®; efficacité à partir de 16 mg/jour) et la rivastigmine (Exelon®; efficacité à partir de 6 mg/jour; existe sous forme de patch: Exelon®-Patch). La titration lente selon le Compendium Suisse des Médicaments se fait en fonction des éventuels effets indésirables. En raison de la relation dose-effet démontrée, il faut viser la dose la plus élevée possible. Le traitement doit dans toute la mesure du possible être mis en route au stade initial de la maladie.

Pour les autres démences – surtout vasculaires, à corps de Lewy, Parkinson – il y a des données sur la rivastigmine surtout, qui montrent que les ICE sont également efficaces.

Mémantine

La mémantine (Axura®, Ebixa®, dose journalière = 20 mg) est indiquée et admise aux caisses pour les patients souffrant d'une démence d'Alzheimer modérée à grave (MMSE = 3–19). La titration

doit se faire selon les indications du Compendium Suisse des Médicaments.

Association ICE et mémantine

Pas admise aux caisses.

Traitement des Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)

D'abord analyse de l'étiologie!

Traitement de première intention: empathie, structuration de l'environnement psychosocial, alimentation adéquate et thérapie comportementale.

Pharmacothérapie (sans effets anticholinergiques) uniquement si ces mesures sont inefficaces. Une prudence particulière est de rigueur dans le traitement par neuroleptiques typiques et atypiques de la démence à corps de Lewy. Avec le risque accru d'accident vasculaire cérébral sous neuroleptiques, peser dans chaque cas le risque contre le bénéfice potentiel. ICE et mémantine sont indiqués pour le traitement de plusieurs BPSD. Ils font ainsi partie du traitement de fond de la démence.

Médicaments de première intention dans les symptômes dépressifs: inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine (ISRS, par ex. sertraline, citalopram).

Médicaments de première intention en cas d'anxiété, d'agitation et de symptômes paranoïdes-hallucinatoires: rispéridone (0,5–1,5 mg/jour).

Contrôle du résultat du traitement

Pas seulement une amélioration (transitoire), mais déjà une stabilisation ou un ralentissement des déficits cognitifs doivent être consi-

dérés comme un bon résultat. L'appréciation – après env. 6 mois – repose sur la preuve d'efficacité à trois niveaux (appréciation clinique globale, cognition, autonomie). C'est le médecin qui la fait, avec l'aide des soignants et du patient. Si l'efficacité est absente ou douteuse, une nouvelle tentative de traitement par un autre ICE est justifiée, en raison des différentes caractéristiques de ces substances.

Mesures psychosociales dans les démences

Les mesures psychosociales sont toujours le pilier porteur du traitement. Leur but est d'optimiser la qualité de vie des patients et de leurs proches/soignants. Les buts spécifiques des mesures psychosociales sont d'une part d'optimiser le bien-être et les fonctions des patients dans la vie courante et de corriger leurs troubles cognitifs, fonctionnels et psychopathologiques. L'empowerment des proches/soignants pour faire face à une telle charge et conserver leur propre santé (psychique aussi) est d'autre part tout aussi important.

Références

Références auprès des auteurs.

Prof. Dr. phil. Andreas U. Monsch
Memory Clinic
Akutgeriatrie
Universitätsspital
Schanzenstrasse 55
4031 Basel
andreas.monsch@unibas.ch