

# Troubles neurocognitifs : pourquoi diagnostiquer ? Comment anticiper ?

**Dr Thomas TANNOU**

Service de gériatrie

CHU de Besançon

Pas de conflits d'interet.

# Préambule

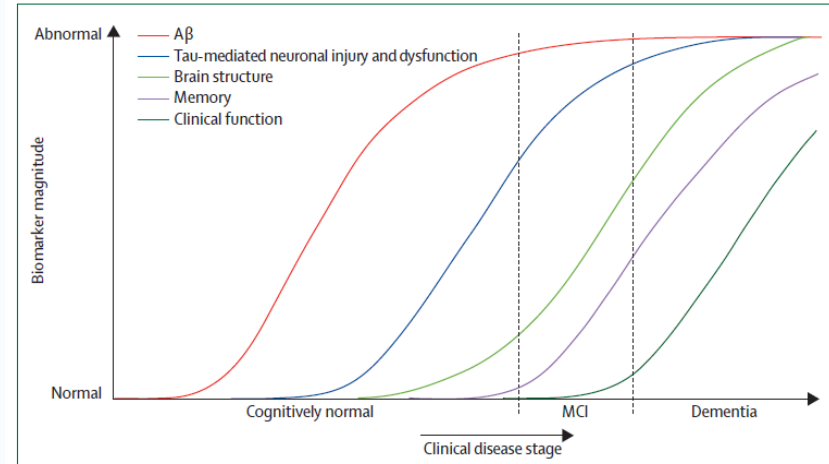
- La maladie d'Alzheimer (MA) et les maladies apparentées sont responsables de troubles neurocognitifs majeurs marqués par une perte d'indépendance fonctionnelle et une perte d'autonomie cognitive
- Ces maladies neurocognitives sont associées à un risque de chutes, de syndromes confusionnels, d'hospitalisation et d'institutionnalisation
- En l'absence d'accompagnement adapté, le risque d'épuisement des aidants est majeur
- Un repérage précoce et une **anticipation** médico-sociale permettent un **accompagnement** des troubles et favorise le maintien à domicile

# Epidémiologie

- En France :
  - la maladie d'Alzheimer touche 900 000 personnes
  - l'incidence est de 225 000 nouveaux cas par an
- Il existe des formes plutôt **précoces** (y compris avant 60 ans), pour partie liées à une susceptibilité familiale et génétique
- En majorité, les maladies neurodégénératives de type Maladie d'Alzheimer et apparentées sont plus **tardives** (> 80 ans) et relèvent surtout de facteurs environnementaux et cardio-vasculaires antérieurs

# Physiopathologie

- La MA est secondaire à 2 types de lésions neurologiques, dont l'accumulation est responsable de l'avancée progressive :
  - d'une part des **lésions intra-neuronales** par **hyper-phosphorylation des protéines tau**
  - d'autre part des **lésions extra-neuronales** que sont les **plaques amyloïdes**
- Le développement de ces lésions suit une séquence chronologique précise qui commence des années avant l'expression clinique de la maladie



# Définitions cliniques

- **Troubles neurocognitifs majeurs** (*anciennement démence*) :
  - Atteinte d'au moins **2 fonctions cognitives** parmi la mémoire, les fonctions gnosiques, langagières, praxiques et exécutives
  - Impact sur les aptitudes à la vie quotidienne
  - Trouble objectivé par une évaluation neurocognitive
  - Evolution lente et insidieuse avec une rupture avec l'état antérieur
- **Troubles neurocognitifs mineurs** (*anciennement Mild Cognitive Impairment – MCI*) :
  - Formes transitoires caractérisées par une atteinte d'**une seule fonction cognitive**
  - Objectivables par des tests neuropsychologiques mais sans retentissement sur les activités de la vie quotidienne

# Etiologies des troubles neurocognitifs

- 2 catégories principales :
  - Les **pathologies neurodégénératives** :
    - Maladie d'Alzheimer
    - Démences fronto-temporales
    - Maladies à corps de Lewy incluant l'atteinte cognitive de la maladie de Parkinson
    - Dégénérescence cortico-basale
    - Paralyse supra-nucléaire progressive...
  - Les **pathologies vasculaires** :
    - altérations secondaires à des accidents vasculaires cérébraux
    - lésions de la substance blanche, responsables de formes évoluant en « marche d'escalier » et pouvant atteindre les fonctions de façon diffuse avec une prédominance pour les formes dysexécutives

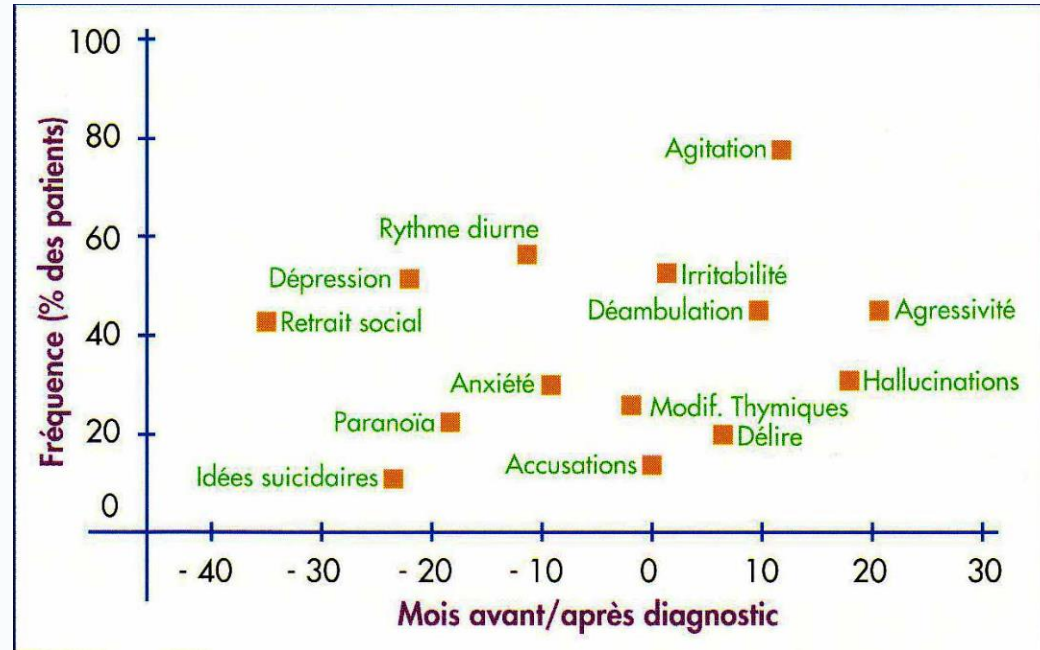
# Etiologies des troubles neurocognitifs

- Il existe des formes lésionnelles secondaires :
  - atteintes neurologiques du VIH
  - neuro-syphilis
  - hydrocéphalies à pression normale
- Elles donnent des tableaux similaires et justifient d'un dépistage systématique car elles présentent une forme de réversibilité après prise en charge étiologique



# Les symptômes associés

- Les symptômes psycho-comportementaux (SPCD) sont associés aux troubles neurocognitifs
- Certains SPCD apparaissent avant le diagnostic et doivent le faire évoquer.
- Un maitre-mot : **ANXIETE**



# Quand suspecter le diagnostic ?

- Toute altération des fonctions cognitives doit amener le praticien à rechercher une maladie neurocognitive
- Il n'existe pas de trouble neurocognitif majeur lié à l'âge, le terme de « ~~démence sénile~~ » ne recoupant aucune réalité doit être proscrit
- Le diagnostic syndromique peut être suspecté en consultation de médecine générale à partir :
  - d'une plainte mnésique du patient ou de son entourage
  - de la survenue de troubles des autres fonctions cognitives conduisant à une intervention, familiale ou professionnelle dans les activités de la vie quotidienne
  - De troubles de la marche... !

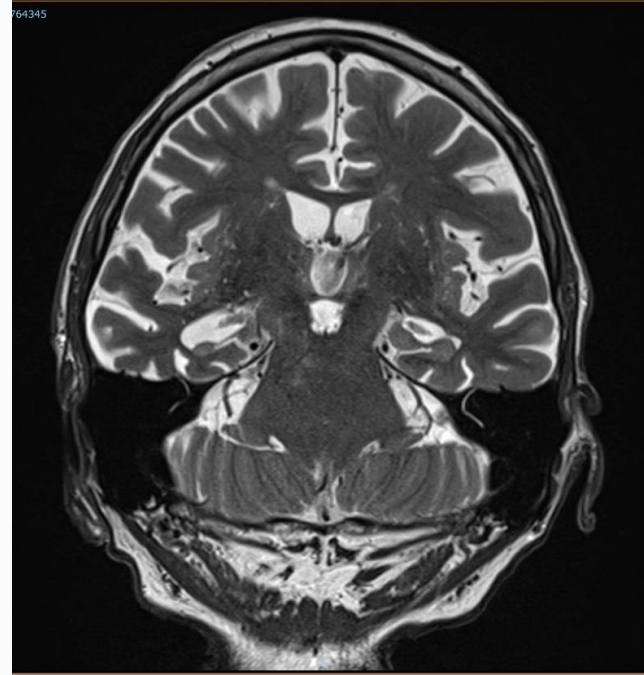
# Quels tests de repérage en médecine générale ?

- Les tests de repérage doivent couvrir les différents champs des fonctions cognitives :
  - (MMSE), +/- associé à une évaluation des fonctions frontales (BREF)
  - A défaut, le Memory Impairment Screening (MIS), validé en français ou son alternative les 5 mots de Dubois, couplés au test de l'Horloge
- Un test de repérage rapide a été développé, le **CODEX** (réalisable en 5')
- La recherche d'un syndrome dépressif doit être menée en parallèle:
  - Utilisation de la Geriatric Depression Scale (GDS) à 4 items (voir à 15 items)

En cas d'anomalie de ces tests de repérages, le patient doit être adressé en consultation spécialisée (neurologie, gériatrie, consultations mémoires)

# Quels examens complémentaires ?

- **Imagerie** : un bilan iconographique, idéalement une IRM cérébrale, permet de faciliter l'orientation étiologique et d'écarter une partie des diagnostics différentiels
- **Biologie** : afin d'écarter un syndrome confusionnel, un bilan relativement large doit être réalisé incluant un dosage
  - de la TSH
  - des vitamines B9 et B12
  - selon les situations, une sérologie syphilitique



Ce bilan permet une évaluation globale de la fragilité gériatrique

# Importance de l'annonce du diagnostic

- L'annonce d'une maladie d'Alzheimer (ou apparentée) :
  - **doit s'inscrire dans une consultation longue et dédiée**
  - **est essentielle pour faciliter d'adhésion aux propositions de prise en charge**
- L'annonce du diagnostic doit être faite au patient en s'adaptant à sa capacité. Elle peut être fragmentée en plusieurs consultations rapprochées
- Le terme **précis** de la maladie doit être énoncé et explicité.
- Il est essentiel de témoigner de l'**empathie** et de **rassurer** le patient et ses proches
- Il faut aborder :
  - les capacités résiduelles du patient
  - la stratégie d'accompagnement médicamenteuse et non médicamenteuse
  - les aides qui peuvent être proposées, l'existence d'associations de malades, les pistes de recherche

# La place de la famille

- **Comment l'annoncer à la famille ?**
  - Le diagnostic peut être annoncé à la **personne de confiance** ou à défaut à un membre de son entourage, après accord du patient.
  - Ce **soutien familial** est essentielle pour faciliter l'adhésion à la prise en charge.
- **Quelle place à la structure familiale ?**
  - Les aidants naturels sont bien souvent à l'origine de l'orientation vers la consultation diagnostique.
  - Une **consultation spécifique** peut leur être dédiée secondairement pour reprendre les éléments du diagnostic.

Les aidants sont les témoins de l'évolution de la maladie. Il est essentiel qu'ils soient régulièrement inclus dans les consultations de suivi, dans une alliance thérapeutique avec le médecin traitant.

# Prendre en charge au mieux nos patients

- La prise en charge des maladies neurocognitives repose sur 3 axes :
  - le support thérapeutique
  - l'anticipation de la perte d'autonomie cognitive
  - l'anticipation de la perte d'indépendance fonctionnelle

# Utiliser le support thérapeutique (1)

- Malgré le déremboursement et leur place discutée, les thérapeutiques spécifiques des maladies neurodégénératives (anticholinestérasiques, mémantine) :
  - gardent une place afin de favoriser le maintien à domicile,
  - retardent l'utilisation de neuroleptiques, notamment dans la Démence à Corps de Lewy où la rivastigmine a un bénéfice prouvé
- La place des Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine (IRS) est centrale, en particulier le citalopram qui peut être proposé en 1<sup>ère</sup> ligne, y compris en cas de trouble anxieux (et permet d'éviter le recours aux benzodiazépines)



## Utiliser le support thérapeutique (2)

- En cas de nécessité d'utilisation d'un neuroleptique, les molécules de nouvelle génération type rispéridone sont à privilégier et ce pour une durée brève (< 12 semaines) sauf en cas de syndrome extrapyramidal

La prise en charge médicamenteuse est limitée et rapidement mise en défaut.  
Elle ne peut donc qu'accompagner les mesures médico-sociales

# Accompagner la perte d'autonomie cognitive (1)

Utiliser la **stimulation cognitive en accueil de jour**

- En plus de ses bénéfices cognitifs, elle permet d'offrir au **patient**:
  - un accompagnement nutritionnel
  - une protection face au risque d'isolement social
  - une première étape pour s'approprier l'EHPAD
- Elle offre aussi un **temps de répit nécessaire** pour les **aidants**

## Accompagner la perte d'autonomie cognitive (2)

- Proposer la réalisation d'un **mandat de protection future** concernant la capacité à la prise de décision patrimoniale
- Encourager le patient, tant que ses capacités cognitives le permettent, à:
  - rédiger ses **directives anticipées**
  - Désigner une **personne de confiance**

# Accompagner la perte d'indépendance fonctionnelle (1)

- Prescrire des **séances de kinésithérapie** au domicile pour favoriser les aptitudes motrices nécessaires aux activités de la vie quotidienne.
- Solliciter les **équipes spécialisés Alzheimer** (ESA), issues des réseaux de soins à domicile (SSIAD) pour intervenir dans les phases légères à modérées. Pluridisciplinaires, elles visent à travailler le maintien des aptitudes à la vie quotidienne en situation à domicile
- Utiliser les **structures d'aides à la coordination** disponibles afin de coordonner la mise en place d'aides à domicile ( PTA, MAIA, CLIC)
  - → **Intérêt des Centres Mémoires**

# Place et rôle de la rééducation



## Alzheimer's & Dementia

Volume 14, Issue 3, March 2018, Pages 263-270



### Featured Article

## Multidomain lifestyle intervention benefits a large elderly population at risk for cognitive decline and dementia regardless of baseline characteristics: The FINGER trial

Anna Rosenberg <sup>a, g, h, i</sup>, Tiia Ngandu <sup>b, c</sup>, Minna Rusanen <sup>b, c, d</sup>, Riitta Antikainen <sup>e, f, g</sup>, Lars Bäckman <sup>h</sup>, Satu Havulinna <sup>i</sup>, Tuomo Hänninen <sup>j</sup>, Tiina Laatikainen <sup>b, k, l</sup>, Jenni Lehtisalo <sup>b, m</sup>, Esko Levälahti <sup>b</sup>, Jaana Lindström <sup>b</sup>, Teemu Paajanen <sup>n</sup>, Markku Peltonen <sup>b</sup>, Hilikka Soininen <sup>a, o</sup>, Anna Stigsdotter-Neely <sup>p, q</sup>, Timo Strandberg <sup>e, f, r</sup>, Jaakko Tuomilehto <sup>b, m, s</sup>, Alina Solomon <sup>a, c, h</sup>, Miia Kivipelto <sup>a, b, c, h, t</sup>

# Accompagner la perte d'indépendance fonctionnelle (2)

Sur le plan des **aides financières** :

- Effectuer très précocement une demande d'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA)
- Réévaluer fréquemment le Groupe Iso-Ressource (GIR) du patient
- Déposer au titre de l'ALD 15 dès le diagnostic de trouble neurocognitif posé

# Accompagner la perte d'indépendance fonctionnelle (3)

- Préparer en amont la question de l'**institutionnalisation** pour le cas où le maintien à domicile ne serait plus possible
- Réaliser les **démarches anticipées** pour obtenir une place en institution.

Compte-tenu des délais d'attente bien souvent de l'ordre de plusieurs mois, voire de plusieurs années, c'est la seule solution pour éviter qu'une telle situation ne soient vécue comme « un placement » ou que le patient reste hospitalisé de longs mois dans un système inadapté à ses besoins

# Messages-clés

L'accompagnement des maladies neurodégénératives doit être discuté dès le diagnostic. Il repose sur :

- Des mesures médicamenteuses symptomatiques avec l'usage des anticholinestérasiques s'ils sont bien tolérés et d'anti-dépresseurs type IRS en 1<sup>ère</sup> intention
- Des mesures d'accompagnement de la perte d'autonomie cognitive : accueil de jour, mandat de protection future, désignation d'une personne de confiance
- Des mesures d'accompagnement de la perte d'indépendance fonctionnelle : aidants à domicile, réseaux de coordination, kinésithérapie.
- Des mesures d'aides financières : APA, ALD
- Une anticipation des demandes d'admission en EHPAD.



# Troubles neurocognitifs : pourquoi diagnostiquer ? Comment anticiper ?

[ttannou@chu-besancon.fr](mailto:ttannou@chu-besancon.fr)

PMBFC – Beaune – Mars 2019