

Les démences

DR CAROLINE THOMAS
HÔPITAL ST ANTOINE

1/ trouble neurocognitif majeur

Critères diagnostiques selon le DSM V

- A. Évidence d'un déclin cognitif significatif par rapport au niveau de performance antérieur dans **un** domaine cognitif ou plus (attention complexe, raisonnement jugement, calcul, apprentissage et mémoire, orientation, langage, perception-motricité ou cognition sociale) sur la base :
1. d'une préoccupation de l'individu, d'un informateur bien informé, ou du clinicien quant à un déclin significatif de la fonction cognitive ; et
 2. d'un déficit de la performance cognitive, de préférence documenté par des tests neuropsychologiques standardisés ou, en leur absence, une autre évaluation clinique quantifiée.

-
- B.** Les déficits cognitifs interfèrent avec l'indépendance dans les activités quotidiennes (c.-à-d., au minimum, besoin d'aide pour les activités instrumentales complexes de la vie quotidienne telles que le paiement des factures ou la gestion des médicaments).

-
- C. Les déficits cognitifs ne se produisent pas exclusivement dans le cadre d'un délirium.
 - D. Les déficits cognitifs ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (par exemple, le trouble dépressif majeur, la schizophrénie).

2/ trouble neurocognitif léger (ex : MCI) : critères DSM V

Changement progressif du statut cognitif constaté par le patient, l'entourage ou le médecin

Altération d'un ou plusieurs domaines cognitifs persistants dans le temps

Préservation de l'autonomie fonctionnelle (AVQ)

Absence de critères de troubles cognitifs majeurs (démence)

Evolution :

- Sujets normaux : 1 à 2 %/ an => démence
- MCI : 12 à 15% / an=> démence
50 à 90% après 5 ans

Principales étiologies

I – DEMENCES "PRIMAIRES" ou "DEGENERATIVES" : 60 à 70 %

- Maladie d'Alzheimer
- Maladie à corps de Lewy
- Démences fronto-temporales

II – DEMENCES "VASCULAIRES OU MIXTES" : 20 à 30 %

III - DEMENCES SECONDAIRES dites « CURABLES »: 5 %

Etiologie des démences curables

Hydrocéphalie à pression normale (HPN), HSD

cause tumorale : démence par atteinte du système limbique

causes infectieuses :

- abcès cérébral
- méningoencéphalite herpétique, syphilitique, Lyme, VIH...

causes métaboliques et carentielles :

- troubles hydroélectrolytiques (hypoNa, hypoCa, hyper Ca, hypoglycémie prolongée....)
- hypothyroïdie
- carence en folates ou vitamine B12

causes toxiques : essentiellement médicamenteuses (BZD, TC, NL ...),
alcoolisme chronique

La Maladie d'Alzheimer

Quelques chiffres

850 000 personnes de plus de 65 ans en France, ont une Maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer représente 70 % des cas

225 000 nouveaux malades par an

Le vieillissement démographique s'accroît et va conduire à une augmentation de ce nombre

⇒ 2050 : 1 800 000 de cas (toutes démences confondues)

Prévalence de la MA en fonction de l'âge

		Prévalence (%)
x2 tous les 5 ans 	75-79 ans	6,5
	80-84 ans	15,1
	85-89 ans	27,6
	90 ans et plus	47
	TOTAL	17,8

La maladie d'Alzheimer probable est diagnostiquée si une des conditions suivantes est présente

1. Les trois éléments suivants sont présents :
 1. Évidence claire de déclin de la mémoire et de l'apprentissage et d'au moins un autre domaine cognitif (basée sur l'histoire détaillée ou des tests neuropsychologiques).
 2. Déclin progressif régulier de la cognition, sans plateaux prolongés.
 3. Aucune évidence d'étiologie mixte (c'est-à-dire, absence d'autres maladies neurodégénérative ou cérébrovasculaire, ou d'une autre maladie neurologique, mentale ou systémique ou d'une condition susceptible de contribuer au déclin cognitif,
ex : les effets d'une substance ou d'un autre trouble mental, neurologique ou systémique

Diagnostic précoce recommandé par l'HAS

⇒ La mise en place précoce de thérapeutiques, d'une prise en charge médico-sociale et d'un accompagnement

Le diagnostic précoce permet d'informer le patient et la famille sur la maladie, à un moment où il est à un stade pauci symptomatique lui permettant d'être acteur de sa maladie.

Pas de parallélisme entre plainte mnésique et performance réelles

- Plainte mnésique chez 70% des sujets > 70 ans
 - ⇒ 60 % : tests normaux
 - ⇒ 20 % : pathologie psychiatrique
 - ⇒ 20 % : maladie organique



n'y pas d'urgence à faire un diagnostic

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

le diagnostic est essentiellement **clinique**

importance de l'anamnèse :

- rechercher un début progressif des troubles
- ATCD FdR cérébraux vasc, psychiatriques et traumatiques,
- ATCD syndrome confusionnel
- ATCD familiaux
- retentissement sur la vie quotidienne (IADL, ADL)
- interrogatoire de la famille +++
- étude de la fluence verbale
- modification affect et personnalité

examen clinique neurologique

tests Psychométriques

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

Les tests les plus usuels.

MMS

MOCA

5 mots de Dubois

Test de l'horloge

Test de fluence verbale

Le Mini Mental State Examination

- 0 ou 1
1. En quelle année sommes-nous ? ☐
 2. En quelle saison ? ☐
 3. En quel mois ? ☐
 4. Quel jour du mois ? ☐
 5. Quel jour de la semaine ? ☐

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes* ? ☐
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? ☐
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ** ? ☐
9. Dans quelle province est situé ce département ? ☐
10. A quel étage sommes-nous ici ? ☐

Apprentissage

Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

11. Cigare ☐
12. Fleur ☐
13. Porte ☐

Répétez les 3 mots.

Attention et calcul

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

14. 93 ☐
15. 86 ☐
16. 79 ☐
17. 72 ☐
18. 65 ☐

Pour tous les sujets, même ceux qui ont obtenu le maximum de points demander : voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers : EDNOM. Le score correspond au nombre de lettres dans la bonne position. (Ce chiffre ne doit pas figurer dans le score global.)

Rappel

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

19. Cigare ☐
20. Fleur ☐
21. Porte ☐

Langage

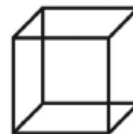
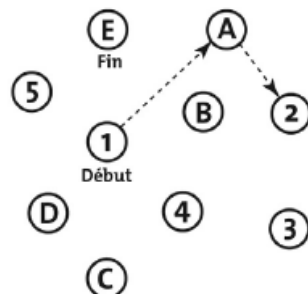
22. **Montrez un crayon.** Quel est le nom de cet objet ? ☐
23. **Montrez votre montre.** Quel est le nom de cet objet ? ☐
24. **Ecoutez bien et répétez après moi :** "Pas de mais, de si, ni de et" ☐
25. **Posez une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant :** Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :
prenez cette feuille de papier avec la main droite, ☐
26. Pliez-la en deux ☐
27. Et jetez-la par terre ☐
28. **Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrite en gros caractères :** "Fermez les yeux" et dire au sujet : Faites ce qui est écrit ☐
29. **Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :**
Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez,
mais une phrase entière. Cette phrase doit être écrite spontanément.
Elle doit contenir un sujet, un verbe et avoir un sens. ☐

Praxies constructives

30. **Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :**
"Voulez-vous recopier ce dessin ?" ☐

Score total (0 à 30)

VISUOSPATIAL / EXÉCUTIF



Copier
le cube

Dessiner HORLOGE (11 h 10 min)
(3 points)

POINTS

[]

[]

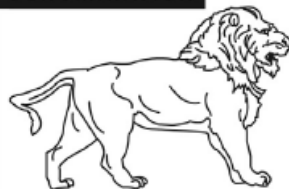
[]
Contour

[]
Chiffres

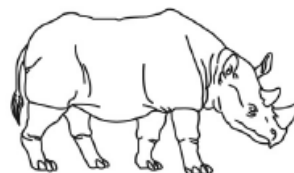
[]
Aiguilles

___/5

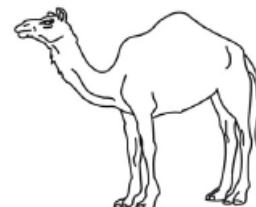
DÉNOMINATION



[]



[]



[]

___/3

MÉMOIRE

Lire la liste de mots,
le patient doit répéter.
Faire 2 essais même si le 1er essai est réussi.
Faire un rappel 5 min après.

	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE
1 ^{er} essai					
2 ^{ème} essai					

Pas
de
point

ATTENTION

Lire la série de chiffres (1 chiffre/ sec.).

Le patient doit la répéter. [] 2 1 8 5 4

Le patient doit la répéter à l'envers. [] 7 4 2

___/2

Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pas de point si 2 erreurs

[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAAAB

___/1

Soustraire série de 7 à partir de 100.

[] 93

[] 86

[] 79

[] 72

[] 65

___/3

4 ou 5 soustractions correctes : 3 pts, 2 ou 3 correctes : 2 pts, 1 correcte : 1 pt, 0 correcte : 0 pt

LANGAGE

Répéter : Le colibri a déposé ses œufs sur le sable. [] L'argument de l'avocat les a convaincus. []

___/2

Fluidité de langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre «F» en 1 min

[] _____ (N ≥ 11 mots)

___/1

ABSTRACTION

Similitude entre ex : banane - orange = fruit [] train - bicyclette [] montre - règle

___/2

RAPPEL

Doit se souvenir des mots
SANS INDICES

	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE
	[]	[]	[]	[]	[]

Points
pour rappel
SANS INDICES
seulement

___/5

Optionnel

Indice de catégorie

	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE

Indice choix multiples

	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE

ORIENTATION

[] Date

[] Mois

[] Année

[] Jour

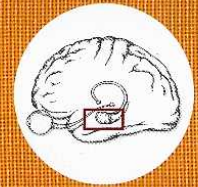
[] Endroit

[] Ville

___/6

LE PROCESSUS PHYSIOLOGIQUE DE MÉMORISATION

L'hippocampe est au centre des processus mnésiques



2 > Stockage

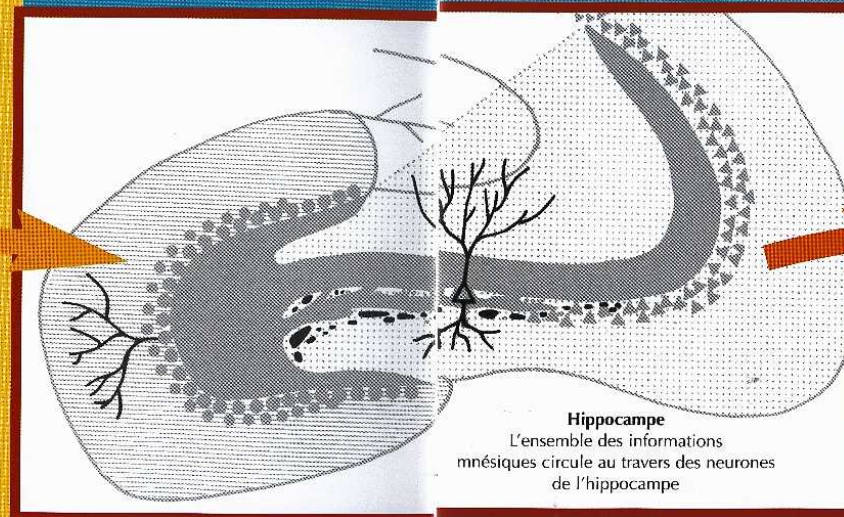
Hippocampe - Cortex
Consolidation au niveau des structures hippocampiques et mise en réserve des informations au niveau du cortex cérébral

1

> Encodage

Cortex associatif (lobe frontal)

Analyse et organisation des informations à partir des perceptions sensorielles



Hippocampe
L'ensemble des informations mnésiques circule au travers des neurones de l'hippocampe

3

> Restitution

Cortex préfrontal
Restitution des informations selon deux mécanismes principaux : l'évocation et la reconnaissance

CONDITIONS PERTURBANTES

- Diminution de l'attention
- > États dépressifs / anxieux
- > Troubles du sommeil
- > États confusionnels
- > Prise de certains médicaments (benzodiazépines,...)

CONDITIONS PERTURBANTES

- > Maladie d'Alzheimer

CONDITIONS PERTURBANTES

- > Vieillesse cérébrale
- > États dépressifs
- > Démences fronto-temporales sous-cortico-frontales...

Test des 5 mots de Dubois

Musée

Limonade

Sauterelle

Passoire

Camion

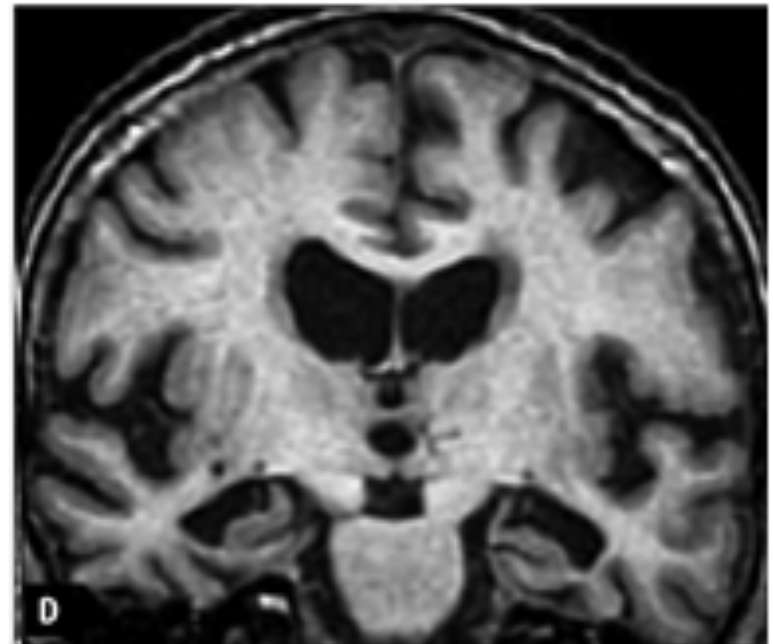
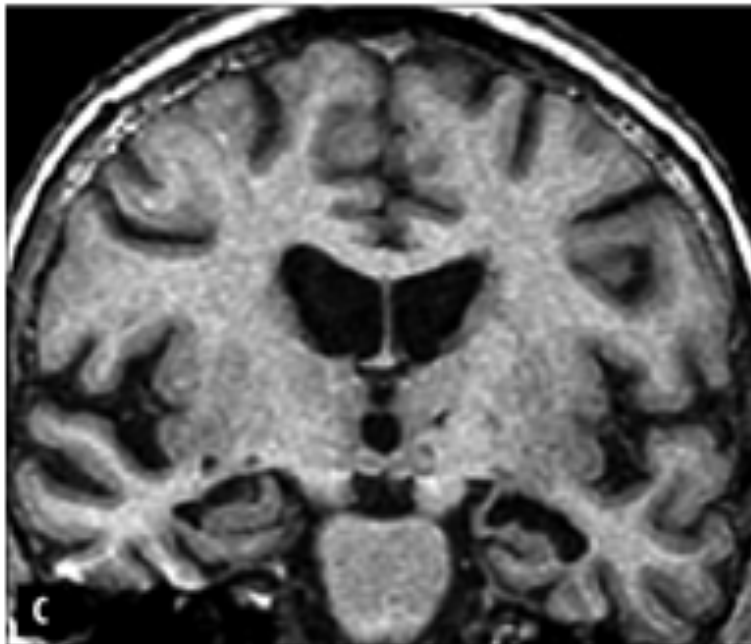
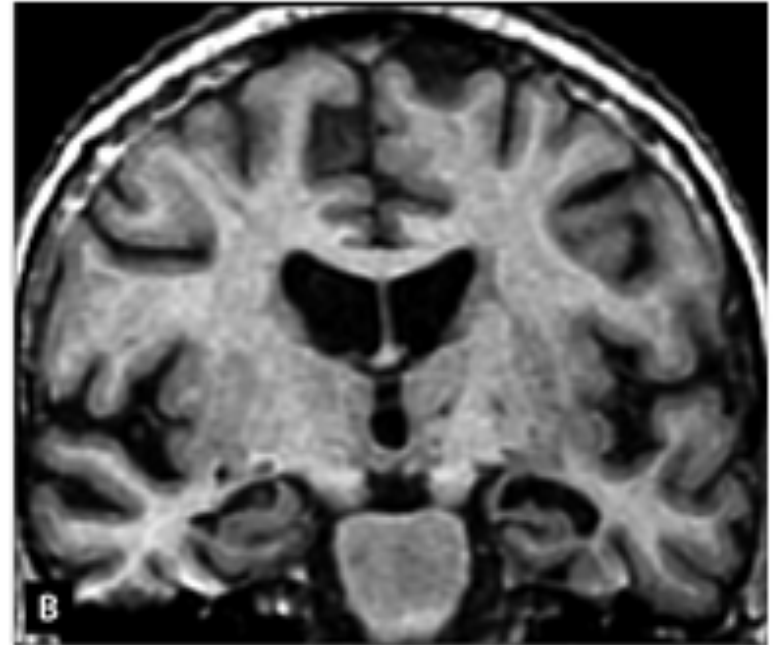
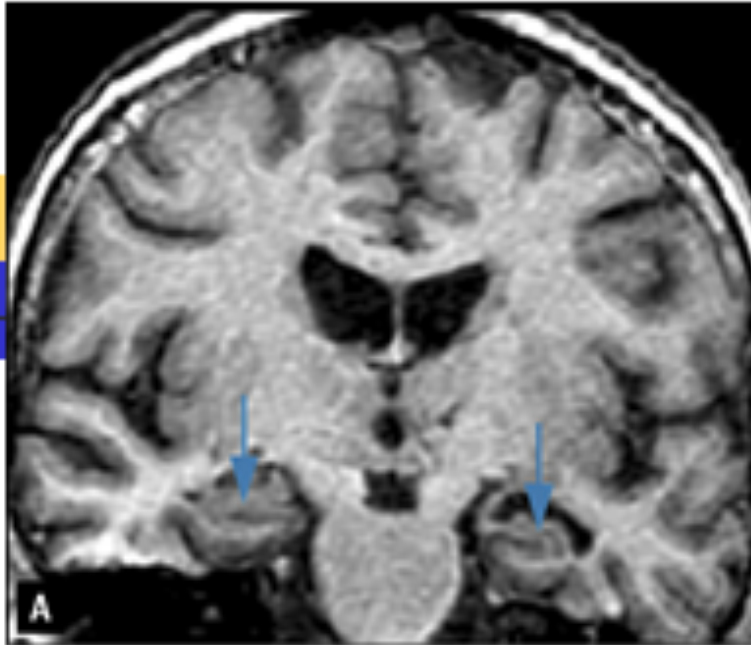
Test de l'horloge

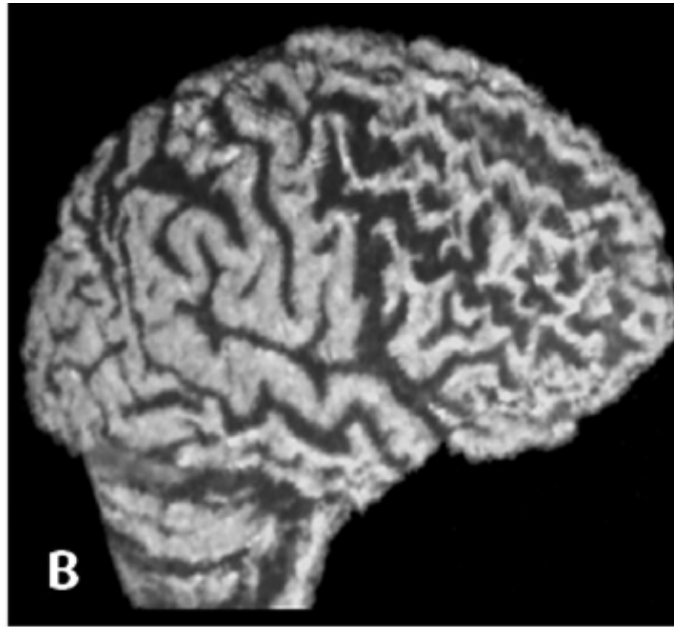
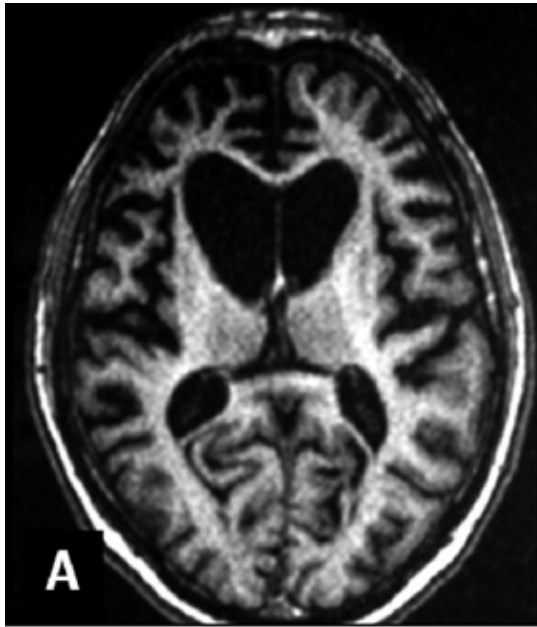


Bilan sanguin : recherche cause curable.

- NFS, CRP
- Ionogramme , Calcémie, TSH
- Vitamine B12, folates
- Sérologies VIH, TPHA-VDRL

IRM Cérébrale



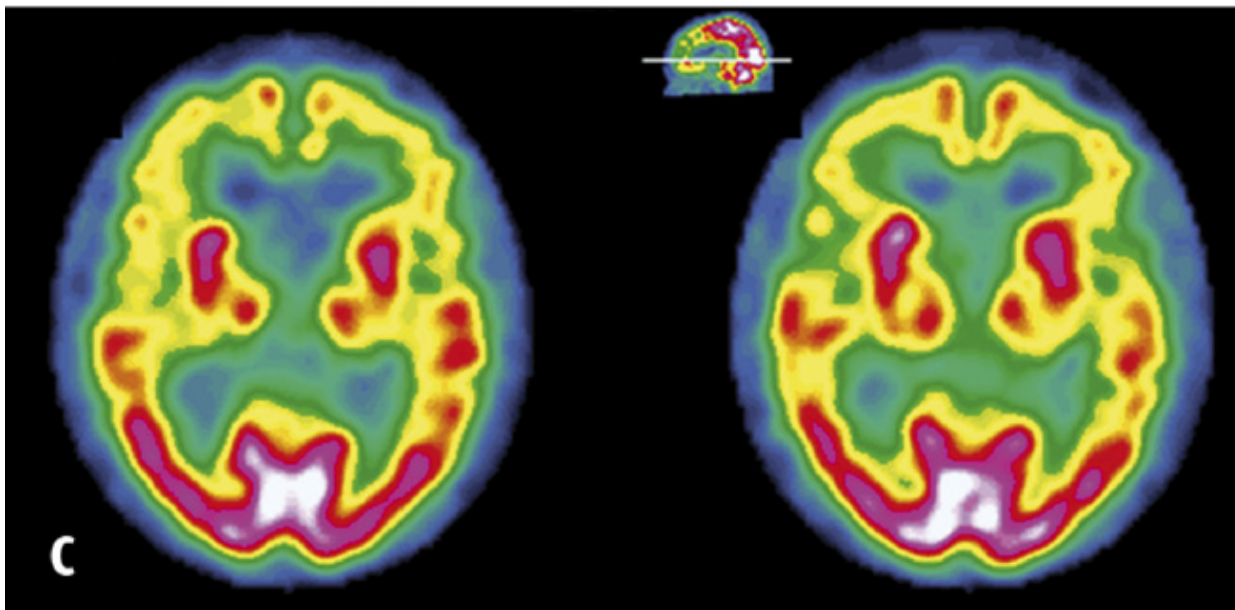


La Scintigraphie cérébrale

permet d'évaluer la perfusion cérébrale grâce à des molécules marquées au technétium-99m qui sont capables de traverser la barrière hémato - encéphalique.

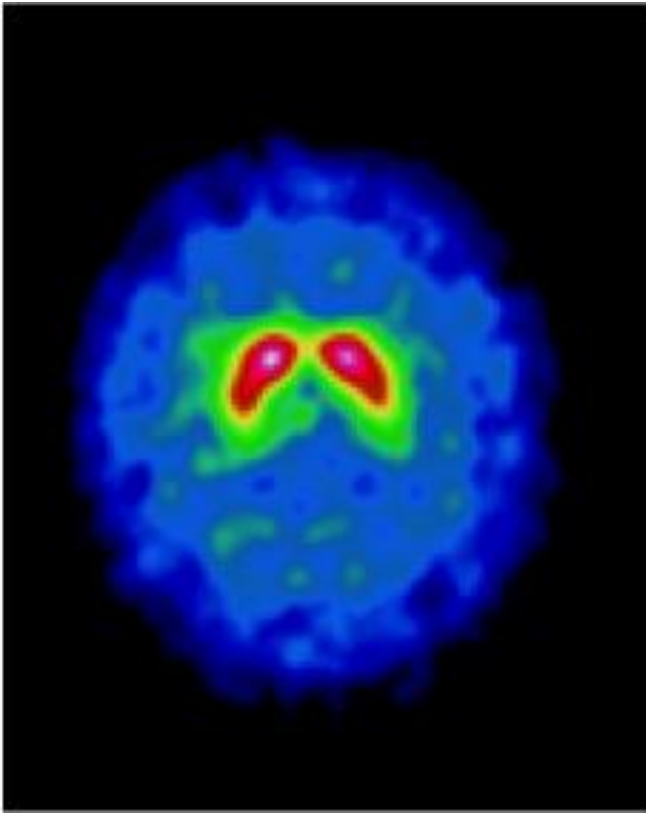
La fixation de ces traceurs est fonction du flux sanguin cérébral.

On constate une diminution de la fixation dans les régions peu fonctionnelles et une augmentation dans les régions cérébrales très actives.

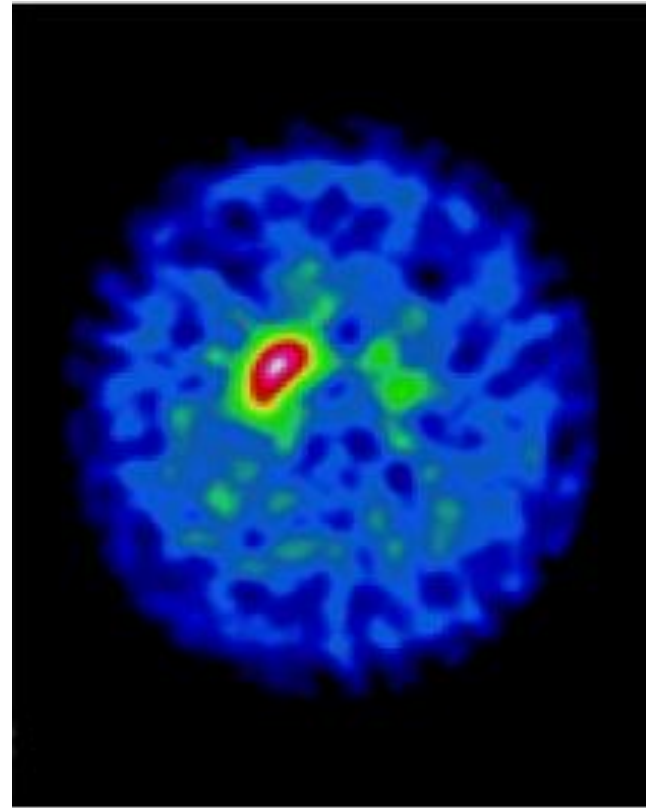


Le DaTSCAN :

utilise un traceur, marqué à l'iode 123, fixant spécifiquement les transporteurs **présynaptiques** de la dopamine (DAT) du striatum. Il étudie la fonction dopaminergique pré-synaptique.



Dat Scan patient sain.
Zone rouge =striatum



Dat Scan patient Parkinsonien

Anomalies neuropathologiques

C'est sur des critères histologiques que la maladie a été définie par Alzheimer et ce sont encore les lésions histologiques qui permettent d'affirmer le diagnostic avec la meilleure sûreté.

Ces anomalies sont :

- ***Les plaques séniles***
- ***Les dégénérescences neurofibrillaires (DNF)***

Anomalies neuropathologiques

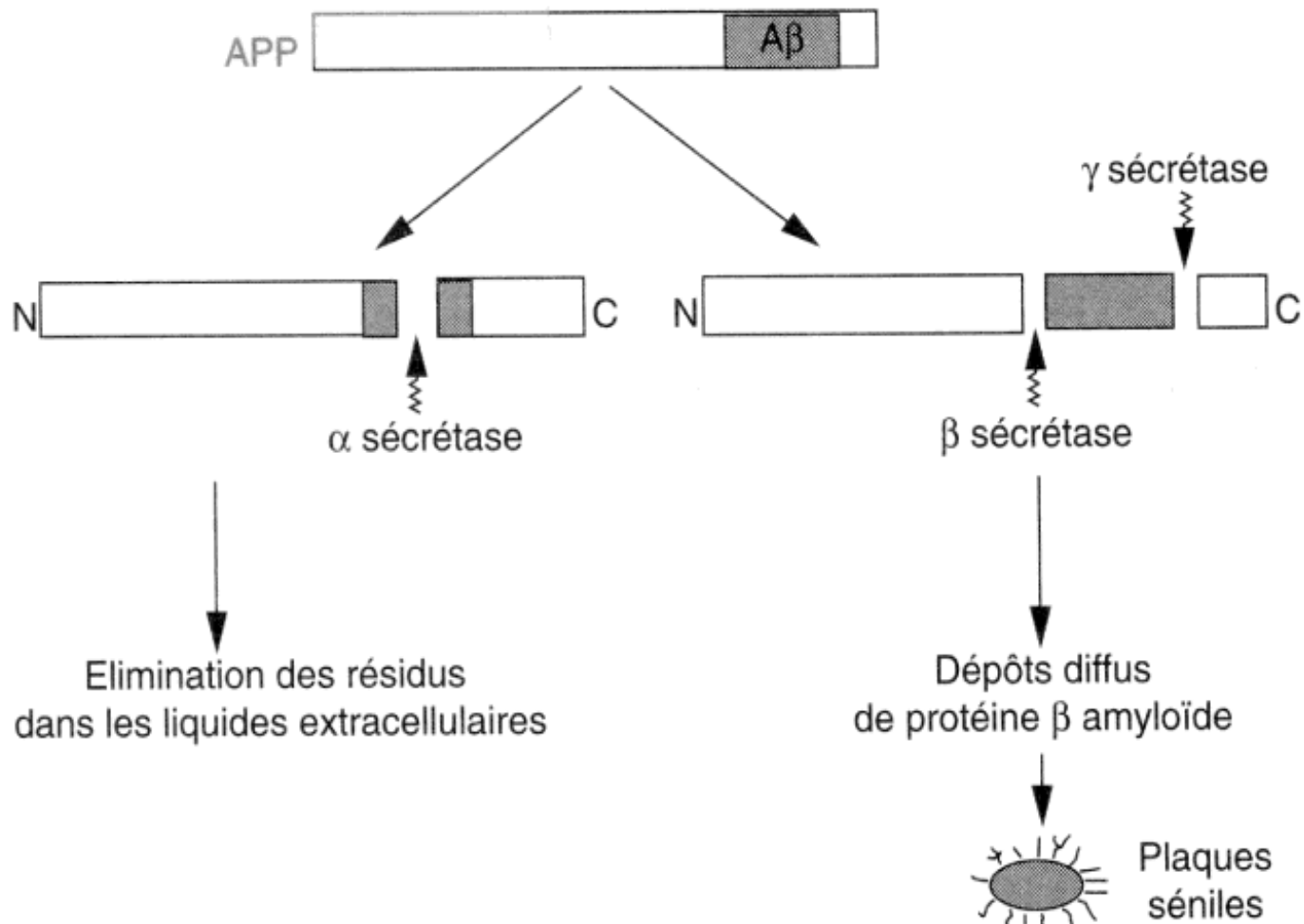
La plaque sénile : lésion extracellulaire constituée d'un noyau protéique, l'amyloïde

- Physiologiquement ce peptide A β est produit en infime quantité. Dans la maladie d'Alzheimer, il est produit en quantité bien plus importante et son insolubilité est à l'origine des **dépôts**.

La dégénérescence neurofibrillaire : lésion intra neuronale constitué de neurofilaments anormaux organisés en paires de filaments en hélice

- le constituant essentiel de ces lésions = **protéine Tau** anormale car hyper phosphorylée
- Il existe une très bonne corrélation entre la densité des DNF et l'importance des troubles cognitifs

Métabolisme de l'APP et du peptide A β



Bio-marqueurs du LCR : Dosage par méthode ELISA

protéine tau :

- T- tau : dosage ensemble des fragments de la Prot tau
- P - tau : dosage phosphorylation de tau

peptide A β 1-42

⇒ Il existe dans le LCR des patients Alzheimer
une $\uparrow$ des concentrations des T-tau et P-tau et
une $\downarrow$ de concentration du peptide A β 1-42
(précède probablement de plusieurs années le déclin cognitif)

⇒ Se : 80-89 %; Sp : 88-90%

⇒ donne informations fiables sur présence lésions pathologies de la MA
⇒ Valeur prédictive de progression vers la MA en cas de MCI

Sur le plan pharmacochimique

Les lésions cérébrales de la maladie d'Alzheimer (MA) s'accompagnent d'une baisse importante des concentrations corticales en **acétylcholine** et en **acétylcholine transférase**.

Or, on sait aussi que l'acétylcholine joue un rôle important dans les processus mnésiques et les processus d'attention sélective.

C'est de ces constatations qu'est née la "**théorie cholinergique**" de la MA, qui a débouché sur la mise au point de médicaments cholinomimétiques dans la MA.

TRAITEMENT DES TROUBLES COGNITIFS DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER

Traitements symptomatiques

➤ Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase : hypothèse Cholinergique

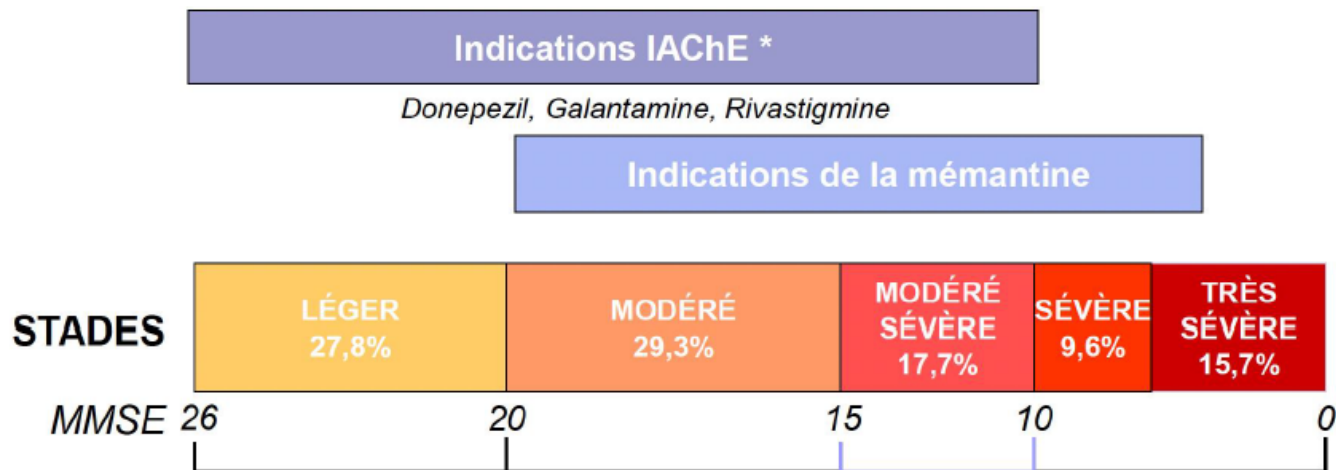
- Donépézil (Aricept®), rivastigmine (Exelon®) et galantamine (Rémínyl®).

➤ Antagonistes des Récepteurs NMDA :

- Mémantine (Ebixa®)

- ils ne possèdent pas de propriétés neuroprotectrices démontrées et en conséquence, n'influencent pas l'histoire naturelle de la maladie

Traitements symptomatiques



Effets secondaires des IACHE

- Gastro intestinaux :

- Nausées/ vomissements +++, diarrhées
 - Dose dépendant et svt transitoire

- Cardio Vasculaire :

- Bradycardie +++, BAV , syncope
 - Dose dépendant

- Neurologique

- Céphalées, vertiges, cauchemars, ↑ Syndrome parkinsonien
- Crampes /myalgies : dose dépendant , transitoire

Ce que dit l'HAS ...

L'HAS a conclu que l'amélioration du service médical rendu par chacun de ces médicaments a été jugée mineure (ASMR IV) dans la prise en charge de la maladie.

En revanche, le service médical rendu par ces médicaments

- ➔ Reste important (2007)
- ➔ Est faible (réévaluation 2011).
- ➔ Est insuffisant (2016) => déremboursement (2018)

rôle structurant du traitement

leur prescription représente une occasion privilégiée pour mettre en place une prise en charge thérapeutique à long terme médico-psychosociale individualisée (dont le médicament n'est qu'un des éléments) et pour favoriser un accompagnement personnalisé des patients avec le soutien des « aidants ».

Pistes de travail ciblant les mécanismes étiologiques

Agents anti amyloïdes

- Immunisation contre l'A β (vaccin)
- Ac dirigés contre le site de clivage de la β -secretase
- Modulation de l'action des secretases :
 - Augmentation de l'action de l' α -secretase
 - Inhibition de l' γ ou la β -secretase

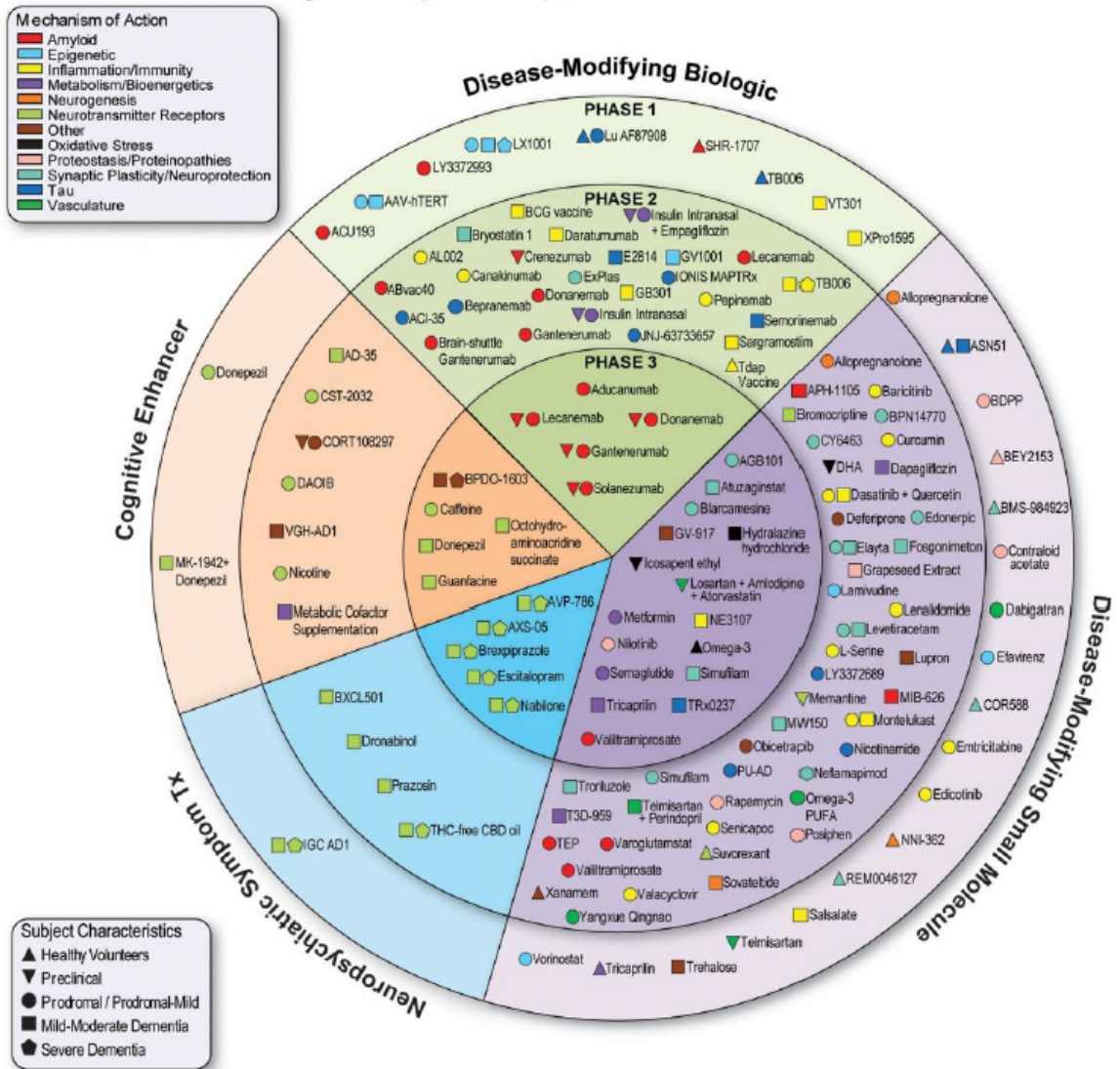
Thérapeutiques ciblant la protéine tau

- Diminuer la phosphorylation anormale

.....

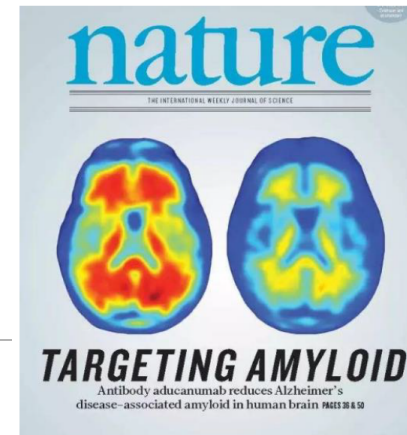
RECHERCHE

2022 Alzheimer's Drug Development Pipeline



Immunothérapie anti amyloïde

Perfusion d'un ac dirigé contre la protéine Beta amyloïde



Approbation FDA en 6/2021

- Aducanumab



Haeberlein et al., J Prev Alz Dis 2022



Approbation FDA en 1/2023. Réponse EMA en juillet 24 = refus

- Lecanemab

van Dyck et al., N Eng J Med 2022



Réponse FDA repoussée Et approuvé par l'agence britannique du médicament en oct 24

- Donanemab *mi-2023*

Sims et al., JAMA 2023

Immunothérapie anti amyloïde

- « nettoie » le cerveau de la protéine mais efficacité clinique pertinente ???
- Testé uniquement à un stade léger (MMS > 22/30)
- Nécessite confirmation présence B Amyloïde dans LCR ou par TEP amyloïde
- EI : œdèmes et micro hémorragies cérébrales (= ARIA), svt bénin mais parfois grave => IRM dans le suivi (x4/ an)
- Pas de traitement AC
- Pas d'Angiopathie amyloïde cérébrale
- Evaluation par experts de la balance B/R : RCP ou CMRR
- Coût ?
- Capacité de l'hôpital public à absorber le parcours de soins imposé ?

Prise en charge non médicamenteuse

= Stimulation cognitive

- Orthophoniste dès le début de la maladie
- ESA : stade débutant à modéré
- Accueil de Jour

LES TROUBLES NON COGNITIFS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

Troubles psycho comportementaux

symptômes différents dans leur nature mais qui ont des caractéristiques communes :

- ils sont fréquents au cours de la maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées ;
- ils signalent le plus souvent une rupture par rapport au fonctionnement antérieur du patient ;
- ils sont souvent **fluctuants** en intensité ou épisodiques, imprevisibles ;
- ils sont interdépendants, souvent associés ;

Troubles Psycho-comportementaux au cours de la maladie d'Alzheimer

Conduites agressives

- Opposition agressive
- Agression physique
- Agression verbale

Agitation psycho-motrice

- Déambulation
- Fugues
- Agitation
- Gestes stéréotypés
- Habillage/déshabillage

Troubles des conduites élémentaires

- Sommeil
- Conduites alimentaires
- Conduites sexuelles
- Urination/défécation

Dépression

- Tristesse, pleurs, désespoir
- Perte de l'estime de soi
- Anxiété
- Culpabilité

Manifestations psychotiques

- Hallucinations
- Idées délirantes: vol, paranoïa, jalousie
- Troubles de l'identification

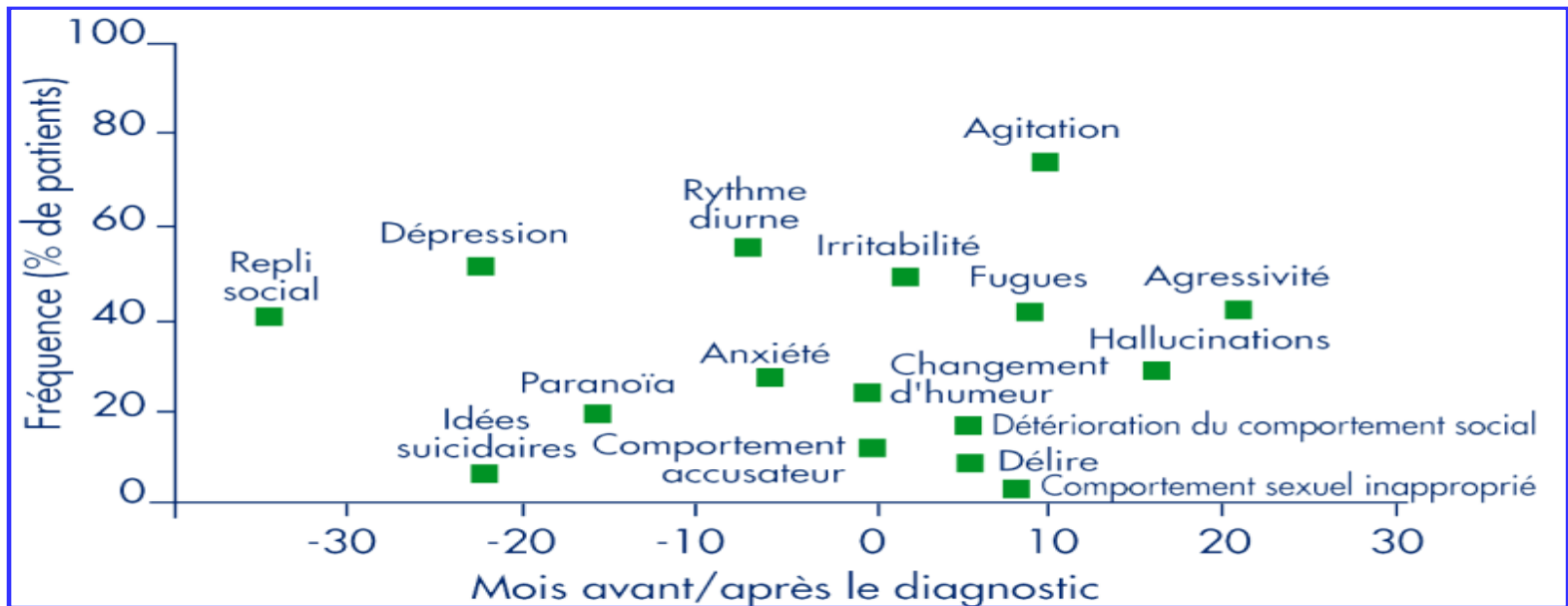
Apathie

- Repli sur soi
- Perte d'intérêt
- Démotivation

troubles du comportement perturbateurs

Opposition	Attitude verbale ou non verbale de refus d'accepter des soins, de s'alimenter, d'assurer son hygiène, de participer à toute activité.
Agitation	Comportement moteur ou verbal excessif et inapproprié.
Agressivité	Comportement physique ou verbal menaçant ou dangereux pour l'entourage ou le patient.
Comportements moteurs aberrants	Activités répétitives et stéréotypées, sans but apparent ou dans un but inapproprié : déambulations, gestes incessants, attitudes d'agrippement, etc.
Désinhibition	Comportement inapproprié par rapport aux normes sociales ou familiales : remarques grossières, attitudes sexuelles incongrues, comportement impudique ou envahissant
Cris	Vocalisations compréhensibles ou non, de forte intensité et répétitives.
Idées délirantes	Perceptions ou jugements erronés de la réalité, non critiqués par le sujet. Les thèmes les plus fréquents sont la persécution (vol, préjudice), la non-identification (délire de la présence d'un imposteur ou de sosies), l'abandon, la jalousie.
Hallucinations	Perceptions sensorielles sans objet réel à percevoir, alors que les illusions sont des déformations ou des interprétations de perceptions réelles. Elles sont le plus souvent visuelles.
Troubles du rythme veille/sommeil	Troubles de la durée, de la qualité du sommeil, mais aussi par une inversion du cycle nyctéméral, dépassant le cadre polyphasique du sommeil physiologique de la personne âgée.

- Ils apparaissent précocement même avant le diagnostic de maladie d'Alzheimer



Troubles psycho comportementaux

Ils peuvent avoir des conséquences importantes en termes de:

- qualité de vie et adaptation des patients à leur environnement ;
- qualité de la prise en charge, exposant au risque de maltraitance ou de négligence ;
- pronostic fonctionnel de la maladie ;
- prescription médicamenteuse inappropriée ;
- risque accru d'hospitalisation et d'entrée en institution ;
- qualité de vie et état de santé physique et psychique des aidants.
- coût économique global de la maladie

Ces troubles du comportement doivent être systématiquement recherchés lors du suivi

Causes des troubles comportementaux

Causes médicales

douleur

- rétention aiguë d'urine
- fécalome
- maladie cardiovasculaire

confusion +++

pathologie infectieuse

déshydratation

Pathologie psychiatrique décompensée

handicap sensoriel

handicap psychomoteur

.....

Causes iatrogènes

HAUT RISQUE :

- analgésiques,
- opioïdes,
- antiparkinsoniens
- anti-dépresseurs,
- benzodiazépines,
- corticostéroïdes,
- lithium

RISQUE MOYEN :

- Antipsychotiques.....

Causes environnementales ou affectives +++

hospitalisation non acceptée, non préparée

inconfort de position ou vestimentaire

entrave

maltraitance

inadaptation au milieu

ennui ou sensation d'abandon, manque de visite

sur-stimulation ou excès de visite

situation conflictuelle (famille, soignant)

frustrations

Approche non pharmacologique

Actions sur l'environnement et les habitudes de vie

Adapter le lieu de vie en maintenant des repères familiers en créant une ambiance apaisante, en favorisant l'orientation et la sécurité, en organisant l'espace. (concept Snoezelen, couloir de déambulation...)

Organiser la vie du patient en aménageant des périodes de stimulation et des périodes de repos tout en maintenant une certaine routine. Eviter la rotation des soignants

Former les aidants à la prise en charge des troubles comportementaux.

Limiter la contention physique et chimique.

Techniques de soins

Solliciter la personne sans la stimuler à l'excès ou la mettre en échec

Ne pas faire à sa place

Maintenir la communication en appliquant certaines règles

Tenir compte de ses choix, respecter son intimité

Valoriser le soin relationnel.

Laisser faire les comportements s'il ne sont pas dangereux

Approche pharmacologique

Quelques règles de prescription

Un traitement pas psychotrope ne doit pas être instauré si les symptômes sont d'origine somatique ou iatrogène => examiner le patient

Démarrer à petites doses, ↑ par paliers jusqu'à dose efficace la mieux tolérée

Durée prescription la + courte possible (sauf AD min 3 mois)

Voie per os privilégiée, choix galénique ++

Réévaluation indication car TCP fluctuants

Ne modifier qu'un seul traitement à la fois

Apprendre aux aidants à repérer les effets + et – du traitement

Les Anxiolytiques

Indiqués pour une situation de crise ou pour une courte durée après correction des causes (somatique, iatrogène, relationnelle, psychologique...)

Privilégier molécules à demi vie courte (<20h) sans métabolites actifs :
ex : alprazolam, oxazepam ($\Rightarrow$ Pas de LYSANXIA +++)

Risques = sédation, agitation paradoxale, majoration troubles mnésiques, chutes, Σ d sevrage en cas d'arrêt brutal

Eviter les antihistaminiques du fait action anticholinergique (ATARAX® ++)

Les troubles dépressifs

Peuvent se traduire par une instabilité émotionnelle, irritabilité, agitation, idées délirantes,

Répondent habituellement bien à un traitement antidépresseur.

Le choix se portera vers des médicaments sans action anticholinergique (éviter les tricycliques ++).

Choisir de préférence les ISRS, les IRSNA, la miansérine (Athymil®),

Dose initiale : 25 à 50 % dose cible

Dose cible (= pleine dose) à J 15 = dose minimale de l'adulte du Vidal

Effet thérapeutique au bout de 45 à 90 jours

Pas de place des thymorégulateurs dans cette indication

L'agitation / L'agressivité

Ne doit pas être traitée par les neuroleptiques (sauf en cas d'urgence avec mise en danger d'autrui ou du patient)

Les benzodiazépines pourront calmer des agitations anxieuses.

Les stéréotypies motrices ou verbales (déambulation, cris...) répondent bien aux ISRS

L'agressivité étant souvent ponctuelle et réactionnelle, il n'est pas licite de laisser ces médicaments au long cours.

Les délires et les hallucinations

Seule indication à l'emploi des neuroleptiques.

Les «doux délires» doivent être respectés => Ttt si angoisse, peur +++

Les NL classiques ne sont pas recommandés car risque ++ d'EI graves : AVC, chutes, Sd Parkinsonien, Sd Malin, Décès

Les nouveaux neuroleptiques dit «atypiques» devront être préférés car ils ont moins d'effets extrapyramidaux et sont habituellement bien supportés. => risperidone (Risperdal®) à petites doses.

Les délires et les hallucinations



Cas des hallucinations dans la maladie à Corps de Lewy
ou la maladie de Parkinson :

Intolérance aux NL ++++++

Traitement de 1^{er} intention : IChE +++

Si échec : CLOZAPINE = unique NL à avoir l'AMM

On débute à toute petite dose Clozapine 25 : $\frac{1}{2}$ voire $\frac{1}{4}$ cp
=> NFS/ 8 jours pdt 18 sem puis 1/mois

L'insomnie

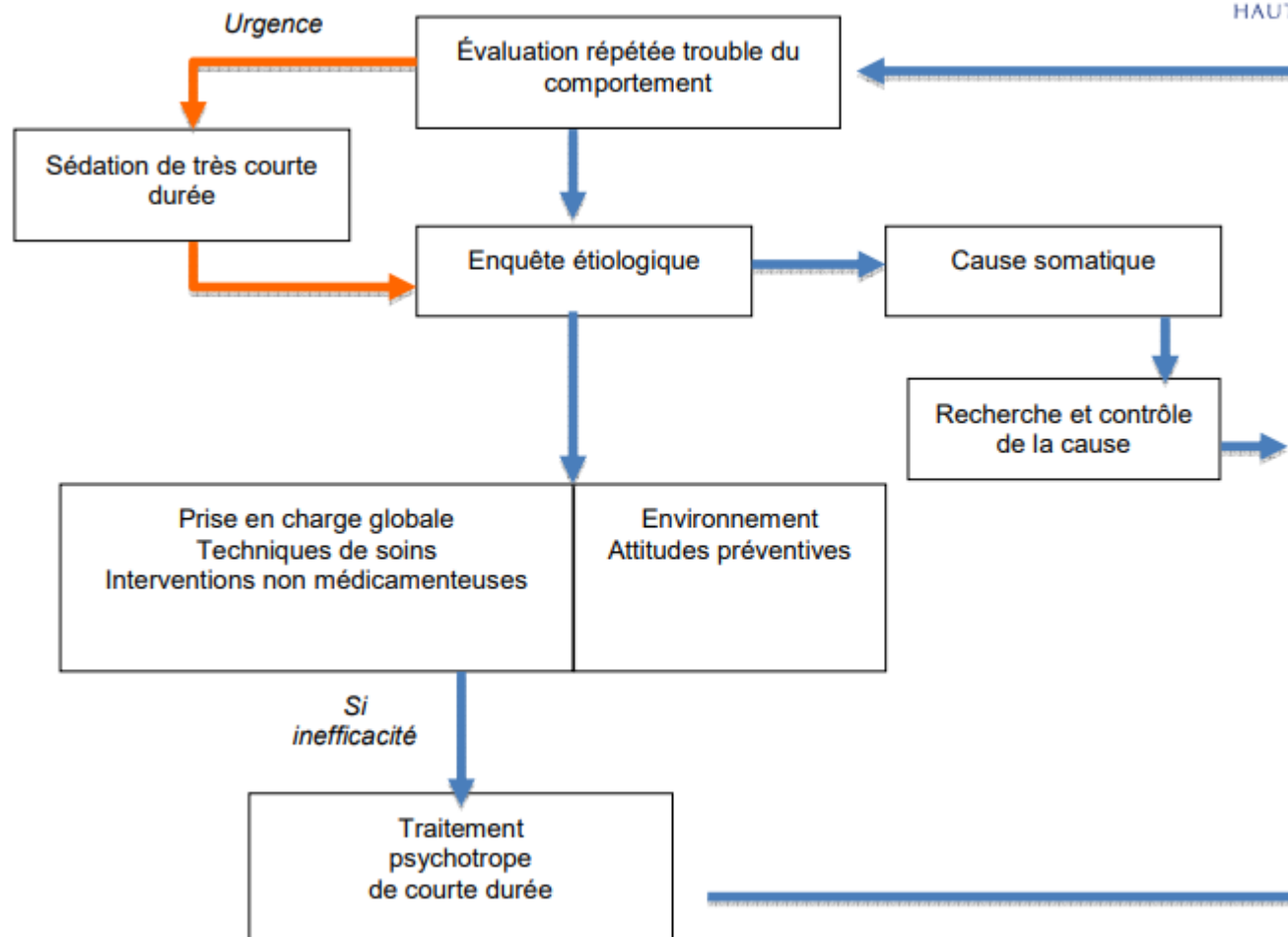
Des petits moyens non médicamenteux sont souvent efficaces (activité physique, promenade, café le midi, suppression de la sieste).

Mélatonine (Circadin® 2mg); Euphytose..

Répond bien aux hypnotiques de nouvelle génération type zopiclone (Imovane®).

Les hypnotiques qui contiennent des NL ne doivent pas être utilisés (Theralene®, Noctran®, Mepronizine®)

Arbre décisionnel du traitement des troubles du comportement perturbateur



Enfin...

Certains troubles comportementaux, directement liés à la maladie d'Alzheimer, se corrigent par l'emploi de médicaments anticholinestérasiques.

LES AUTRES DEMENCES

Démence à corps de Lewy (1)

- 2ème cause de démence dégénérative (15-25%)
- histologie : inclusions intra neuronales cytoplasmiques id à celles décrites dans la maladie de Parkinson
- critères principaux:
 - fluctuation des performances cognitives avec des variation de la vigilance et de l'attention
 - hallucinations visuelles récidivantes typiquement très précises et détaillées
 - syndrome Parkinsonien spontané survenant ou évoluant depuis moins d'un an peu sensible à la L Dopa

Démence à corps de Lewy (2)

- critères 2ndaires : (- fréquents, renforcent le Dc)
 - syncopes et/ou PC transitoire
 - hypersensibilité aux Neuroleptiques
 - délires ou autres types d'hallucinations
- Pronostic et thérapeutique
 - L'évolution est en général plus rapide que celle de la démence d'Alzheimer. Le décès survient en général six ans après le diagnostic.
 - Le traitement fait appel aux anticholinestérasiques.
 - Il est recommandé de ne pas utiliser les neuroleptiques.

Diagnostic différentiel

syndrome confusionnel :

- état aigu, transitoire et réversible
- troubles de l'attention au 1er plan, perplexité anxieuse
- recrudescence nocturne et inversion du rythme nycthéméral

syndrome dépressif :

- troubles mnésiques 2nd à un trouble de l'attention, désintérêt
- pas de troubles du langage
- cependant peut être un mode d'entrée dans la démence

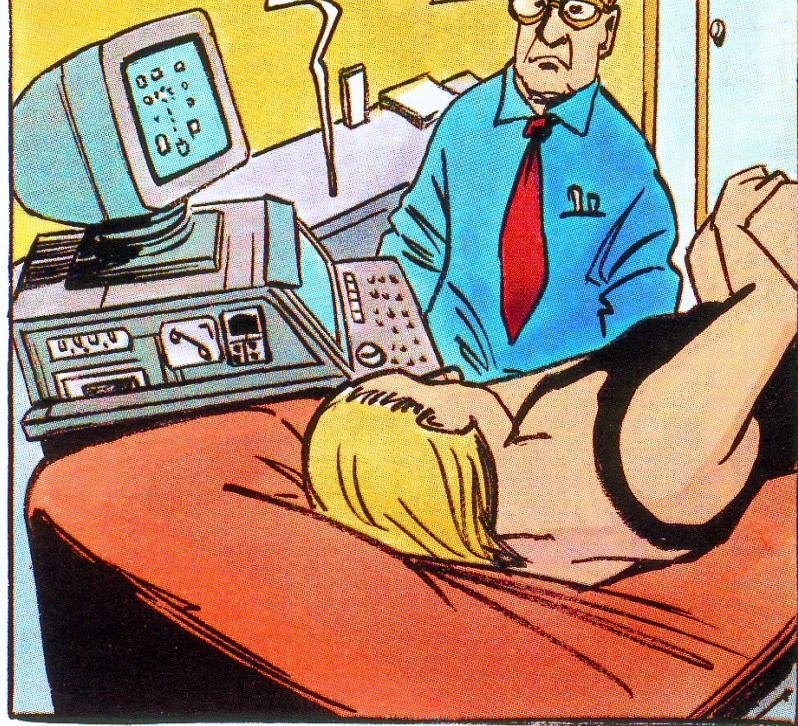
Conclusion

- Maladie fréquente avec l'âge mais pas normale
 - Les médicaments anti-Alzheimer ont **modifié la perception de la maladie**. Ils ont favorisé la reconnaissance des malades par la société, mais aussi par les professionnels de santé, en raison de l'intérêt d'une prise en charge dès les stades peu symptomatiques, bien que l'évolution de la maladie reste actuellement inexorable.
 - Des troubles insidieux souvent ignorés du malade
- ⇒ **Rôle majeur de l'entourage pour alerter les médecins**

PAS LE
CHOIX !

J'AI UNE MAUVAISE NOU-
VELLE ET UNE TRÈS
MAUVAISE NOUVELLE À VOUS
ANNONCER...

HA HEU...
QUELLE EST LA
MAUVAISE ?



EH BIEN, VOUS AVEZ LE CANCER.

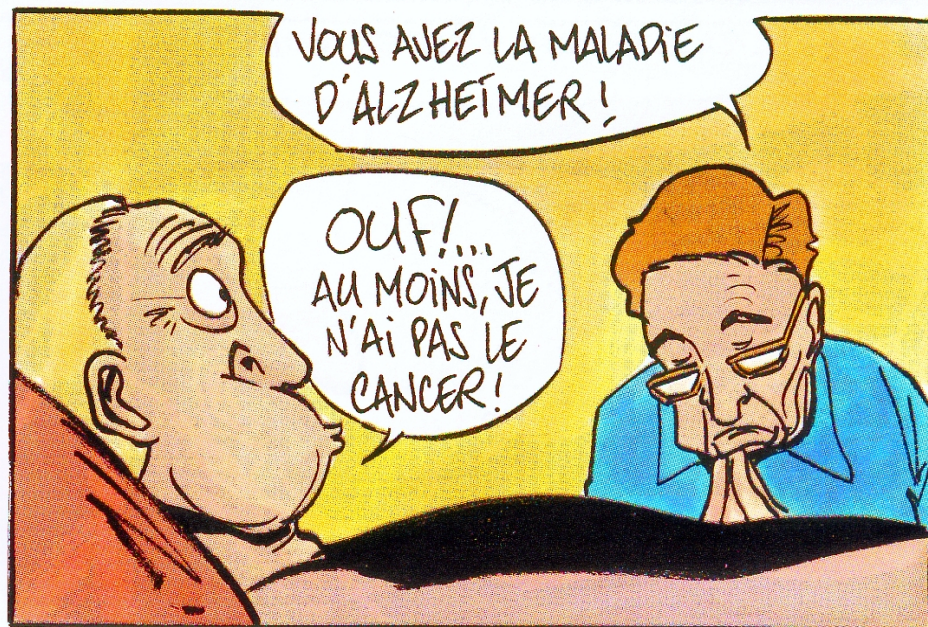
GLUPS, MAIS C'EST TERRIBLE...

MAIS ALORS...
QUELLE EST LA
PLUS MAUVAISE
NOUVELLE ?



VOUS AVEZ LA MALADIE
D'ALZHEIMER !

OUF!...
AU MOINS, JE
N'AI PAS LE
CANCER !



Conseils « Langages »

- **Capter** le regard du sujet
- **Parler** lentement, avec douceur, en articulant
- **Utiliser** des phrases courtes et des termes simples
- **Eviter** de transmettre plusieurs messages à la fois
- **Favoriser** les questions fermées
- **S'appuyer** sur le geste, la mimique, la présence de l'objet, le contact physique, le regard
- **Laisser le temps** au patient pour qu'il puisse s'exprimer