

# Prise en charge et prévention des pathologies démentielles

Drs OSCAR DAHER<sup>a,c</sup>, SYLVAIN NGUYEN<sup>b,c</sup>, CINDI SMITH<sup>b,c</sup>, Prs CHRISTOPHE BÜLA<sup>b</sup> et JEAN-FRANÇOIS DÉMONET<sup>c</sup>

Rev Med Suisse 2016; 12: 799-802

**Les démences sont un défi majeur pour les acteurs du système de santé. Le dépistage des troubles cognitifs est primordial afin de poser un diagnostic précoce de démence. Il permet de débuter une prise en charge individualisée, qui vise à préserver l'autonomie du patient et le soutien de l'entourage. Cette intervention multimodale comprend l'activité physique, des exercices cognitifs variés, une diète méditerranéenne et la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires (FRCV). Avant d'initier un traitement procognitif, il faut réévaluer les traitements médicamenteux et adapter les objectifs thérapeutiques en fonction de l'état de santé du patient. La diminution du risque de développer une démence s'articule autour des mêmes mesures d'activité physique, cognitive, alimentaire et de contrôle des FRCV.**

## Dementia: management and prevention

*Dementia represents a great challenge for health care providers. Detection of cognitive impairment is critical for early diagnosis of dementia. Early diagnosis allows to initiate individualized management that focuses on maintaining patient's autonomy and supporting their caregivers. Proposed multimodal interventions include physical activity, cognitive training, mediterranean diet, and management of cardiovascular risk factors. Before the initiation of pro-cognitive therapy, medication review is essential to evaluate current treatment and determine specific therapeutic objectives, based on patient's overall health and preferences. Overall risk reduction for dementia revolves around similar measures that target physical activity, cognition, diet and management of cardiovascular risk factors.*

## INTRODUCTION

Les démences, toutes causes confondues, figurent parmi les principales causes de dépendance chez les patients âgés ( $\geq 65$  ans). Malgré un taux d'incidences qui semble actuellement décroître dans les pays occidentaux, le nombre de patients diagnostiqués devrait encore s'accroître ces prochaines années en raison de l'augmentation exponentielle de la prévalence des démences avec l'âge. Les projections estiment que le nombre de ces patients devrait au moins doubler en Suisse d'ici 2050, pour atteindre environ 250 000 personnes, et passer de 35,6 millions en 2010 à 65,7 millions en 2030 au niveau mondial. Les répercussions socio-économiques considérables des démences en font un défi majeur de santé publique.

<sup>a</sup>Centre mémoire Nord Broye, avenue des Sciences 1, 1400 Yverdon-les-Bains,

<sup>b</sup>Service de gériatrie et de réadaptation gériatrique, <sup>c</sup>Centre Leenaards de la mémoire, Service de neurologie, CHUV, 1011 Lausanne  
oscar.daher@rsbj.ch

Le bilan d'un syndrome démentiel, combinant clinique médicale, hétéro-anamnèse, examen neuropsychologique, neuro-imagerie et, suivant la situation, l'analyse des biomarqueurs du LCR, permet d'en améliorer le diagnostic étiologique. Actuellement, il n'existe pas de traitement curatif ou modifiant le cours de ces maladies. Toutefois, une prise en charge adaptée permet d'améliorer le parcours de soins, et la qualité de vie du patient et de son entourage, tout en contribuant à limiter les coûts.<sup>1</sup>

Cet article fait le point sur la prise en charge des démences, tant non médicamenteuse que médicamenteuse et sur la prévention du déclin cognitif.

## POURQUOI ET QUAND PROPOSER UN BILAN DE DÉMENCE?

En l'absence de traitement curatif, le but d'un diagnostic précoce est de permettre une prise en charge plus individualisée et mieux adaptée afin, *in fine*, d'améliorer la qualité de vie du patient et de son entourage. En présence de plaintes spontanées ou de difficultés cognitives rapportées par l'entourage, nous proposons d'effectuer un test de dépistage: miniCog, Montréal Cognitive Assessment (MoCA), ou Mini-Mental State Examination (MMSE). Si son résultat est anormal, un bilan de démence devrait être envisagé (imagerie, bilans neuropsychologique et sanguin), au besoin dans une clinique mémoire.<sup>2</sup> Ce bilan individualisé permet d'identifier et de traiter une éventuelle étiologie réversible aux troubles cognitifs (tableau 1). Il est utile également pour réévaluer le traitement médicamenteux et sert de base à la prise en charge. Il permet d'identifier et de contrôler, dans l'idéal, tous les facteurs aggravants,

TABLEAU 1		Principales causes de troubles cognitifs réversibles chez le sujet âgé
<b>Neurochirurgicales</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hydrocéphalie chronique de l'adulte dite hydrocéphalie à pression normale</li> <li>• Tumeurs bénignes (par exemple, méningiome)</li> <li>• Hématome sous-dural chronique</li> </ul>
<b>Infectieuses</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neurosyphilis</li> <li>• Neuro-Lyme</li> <li>• Neuro-Whipple</li> </ul>
<b>Métaboliques, endocrinianes et carentielles</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hyper/hyponatrémie</li> <li>• Hypercalcémie</li> <li>• Dysthyroïdie</li> <li>• Carence en vitamine B12</li> </ul>
<b>Maladies psychiatriques</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Syndromes anxiolépresseurs atypiques</li> </ul>
<b>Vasculites cérébrales</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie de Behçet</li> <li>• Sarcoïdose</li> </ul>

qui accélèrent le déclin cognitif et favorisent les complications, comme les maladies aiguës concomitantes et les facteurs de risque cardiovasculaires (FRCV). La prise en charge spécifique des démences, médicamenteuse et non médicamenteuse, peut ensuite débuter. Bien qu'elle soit individualisée en fonction de l'étiologie de la démence, du patient, de son entourage, et de leur environnement, les grandes lignes sont similaires.

## QUELLE PRISE EN CHARGE DE LA DÉMENCE?

En l'absence de traitement curatif, la prise en charge vise à améliorer autant que possible la qualité de vie du patient et de son entourage. L'annonce du diagnostic de démence est une première étape essentielle. Elle permet d'en clarifier l'étiologie, la symptomatologie, l'évolution probable et de discuter du pronostic de la maladie avec le patient et son entourage. Encore trop souvent redoutée par les professionnels, cette étape permet au contraire très souvent de diminuer l'anxiété.<sup>3</sup> L'annonce du diagnostic permet d'aborder ensuite les divers aspects, non médicamenteux et médicamenteux, de la prise en charge. Les besoins du patient et de son entourage évoluent en fonction des stades de démence. Le **tableau 2** propose une *checklist* des problèmes à aborder en fonction de ces stades, et des mesures de soutien aux proches afin de faciliter la prise en charge. Ces mesures sont développées ci-après.

### Prise en charge non médicamenteuse

Sur la base des bénéfices observés dans plusieurs études récentes,<sup>4</sup> tous les patients devraient bénéficier d'une intervention multimodale: maintien ou reprise d'une *activité physique* régulière (minimum 3x30 min/semaine), *exercices cognitifs* variés, *dîète méditerranéenne* et prise en charge des FRCV. L'activité physique contribue non seulement au maintien de l'indépendance, en particulier dans les démences à corps de Lewy et parkinsoniennes, mais aussi à réduire le fardeau des proches aidants en cas de symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence.<sup>5</sup>

L'*alimentation* devient progressivement une préoccupation importante avec l'aggravation de la démence. A l'alimentation variée proposée aux stades précoce et modéré, succède le «manger main» (*hand feeding, finger food*).<sup>6</sup> Cette alimentation sous forme d'amuse-bouches, basée sur les préférences du patient, dont la texture et le goût sont adaptés à ses capacités, favorise la prise alimentaire et ralentit la dénutrition protéino-calorique progressive chez ces patients.

Idéalement, il faudrait proposer et implémenter chez chaque patient ces mesures, en particulier physiques et alimentaires. L'éducation thérapeutique, les propositions d'aides par les professionnels des centres mémoire et l'intervention des soins à domicile facilitent la mise en place de ces mesures.

La *prise en charge neuropsychologique* vise à maintenir l'autonomie du patient. Elle consiste à préserver certains domaines cognitifs identifiés lors du bilan de démence et à instaurer des stratégies afin de palier divers déficits cognitifs, tels que langagiers, attentionnels, exécutifs et mnésiques. Elle permet également d'adapter la communication avec le patient et son entourage. L'accent est mis sur le fort contraste entre troubles

TABLEAU 2	Checklist des problèmes à aborder et des mesures d'aide médico-psychosociales
-----------	---

A proposer aux patients et à leur entourage en fonction des différents stades d'évolution de la démence. Après la phase diagnostique initiale, le soutien aux proches devrait en général augmenter au cours du temps.

#### Stade précoce

Problèmes rencontrés par le patient

- Conduite automobile
  - Directives anticipées et représentant thérapeutique
  - Dispositions légales: succession, testament
- Soutien aux patients et aux proches
- Prévention de l'épuisement
    - Contact avec les associations: Alzami, Pro Cap, Pro Senectute, Pro Infirmis, consultation proches aidants
    - Aide pour les activités instrumentales: disponibilité de l'entourage, bénévoles, services sociaux et de soins à domicile (gestion des finances, repas, médicaments, transports, etc.)
    - Selon le patient et l'entourage: séjour de répit, centre d'accueil temporaire (CAT)

#### Stade modéré

Problèmes rencontrés par le patient

- Difficultés dans les activités de base de la vie quotidienne: toilette, habillage
- Troubles du comportement
- Troubles du sommeil
- Accidents (chutes, fugue)
- Maltraitance (psychologique, abus financier, etc.)

Soutien aux patients et aux proches

- Aide à domicile et adaptation de l'environnement (prévention chutes, cuisine)
- Bracelet d'identification
- Équipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé, de gériatrie ambulatoire
- CAT
- Séjour de répit (court séjour, vacances Alzheimer)

#### Stade avancé

Problèmes rencontrés par le patient

- Troubles du comportement
- Incontinence
- Difficultés motrices
- Difficultés d'alimentation, fausses routes
- Maltraitance (psychologique, physique, etc.)

Soutien aux patients et aux proches

- Discuter une institutionnalisation
- Équipe mobile de soins palliatifs

de compréhension des structures formelles du langage (mots, phrases) et la préservation de la compréhension des indices émotionnels. Ces traitements peuvent être poursuivis en ambulatoire ou à domicile, en collaboration avec les logopédistes et les ergothérapeutes.

Le diagnostic précoce de démence offre la possibilité au patient de rédiger des *directives anticipées* et nommer un *représentant thérapeutique*, après réflexion avec ses proches. Le soutien de ces derniers est primordial pour le maintien des patients déments à domicile et peut retarder significativement l'institutionnalisation.<sup>7</sup> A cet effet, la consultation proches aidants offre un espace d'écoute, de soutien et de conseils pour l'entourage du patient. Les infirmières de liaison et les assistantes sociales des centres mémoire jouent un rôle central dans la prise en charge. Elles évaluent et proposent, en coordination avec le médecin de famille et les soins à domicile, une optimisation des aides, permettant de prolonger le maintien à domicile des patients, mais également d'aider les proches à définir les limites de ce maintien.

## Prise en charge médicamenteuse

La première étape consiste à réévaluer le traitement médicamenteux du patient en fonction de son état de santé, et à adapter les objectifs thérapeutiques, en particulier tensionnels et glycémiques.<sup>8,9</sup> A cet effet, les critères STOPP-START offrent un outil logique, simple et rapide d'utilisation, permettant d'aider à l'évaluation des traitements.<sup>10</sup> Ceux comportant des effets anticholinergiques sont particulièrement dangereux en raison du risque d'état confusionnel aigu. De même, les traitements à effet extrapyramidal doivent être proscrits dans les démences à corps de Lewy et parkinsoniennes. En présence des comorbidités et syndromes gériatriques concomitants, une évaluation par une consultation ambulatoire multidisciplinaire de gériatrie et un suivi coordonné en collaboration avec médecin traitant, soins à domicile et entourage, ont démontré des bénéfices pour le patient et son entourage, mais aussi en termes de réduction des coûts.<sup>11</sup>

La seconde question à aborder concerne les traitements spécifiques. Malheureusement, il n'existe à ce jour aucun traitement curatif. Néanmoins, les traitements procognitifs par inhibiteur de l'acétylcholinestérase (donépézil, rivastigmine, galantamine) ou antagoniste non compétitif du récepteur glutamatergique NMDA (mémantine) permettent une amélioration de la symptomatologie. Leurs indications et bénéfices observés dans certaines études sont résumés dans le tableau 3. Concernant l'association donépézil et mémantine, les évidences sont non conclusives. La dernière étude randomisée contrôlée prospective n'a pas montré de bénéfice cognitif ou fonctionnel supplémentaire de cette association par rapport à une monothérapie de donépézil.<sup>12</sup>

## PEUT-ON DIMINUER LE RISQUE DE DÉMENCE?

Le risque de développer une démence résulte de l'interaction entre facteurs génétiques, environnementaux et habitudes de vie. Les études observationnelles ont identifié sept facteurs de risque modifiables pour la maladie d'Alzheimer: faible niveau d'éducation, hypertension artérielle, obésité, diabète, inactivité physique, tabagisme et dépression.<sup>13</sup> Les méta-analyses des études interventionnelles montrent une diminution du risque de démence pour l'hypertension et l'exercice physique individuellement.<sup>14</sup> L'étude FINGER est une étude interventionnelle multifactorielle sur l'alimentation, l'exercice physique, des exercices cognitifs et le contrôle des FRCV.<sup>15</sup> Elle a inclus 1260 personnes âgées de 66 à 77 ans et présentant un risque élevé de développer un déclin cognitif. Après un suivi de deux ans, elle a montré une amélioration cognitive de ces patients par rapport au groupe contrôle ( $0,022$ ; IC 95%:  $0,002$ - $0,042$ ;  $p=0,03$ ).

## CONCLUSION

Les démences sont fréquentes chez les personnes âgées et représentent un défi quotidien pour les patients, l'entourage, le médecin et le système de soins. La prise en charge débute par le dépistage des troubles cognitifs afin de poser un diagnostic précoce. Les centres mémoire, avec leurs équipes multidisciplinaires, permettent d'établir le diagnostic étiologique, éva-

**TABLEAU 3** Médicaments procognitifs

MMSE: Mini-mental state examination; NMDA: acide N-méthyl-D-aspartique.

Médicaments procognitifs	Bénéfices observés dans certaines études
<b>Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase</b>	
<b>Indications: MMSE entre 26 et 15</b>	
<b>Galantamine</b> (Réminyl): traitement symptomatique des patients présentant une démence légère à modérée de type Alzheimer	• Amélioration des performances cognitives et de l'autonomie fonctionnelle
<b>Donépézil</b> (Aricept): traitement symptomatique des patients présentant une démence légère à modérée de type Alzheimer	• Permet l'économie de 1 à 2 heures de soins directs et de surveillance par jour
<b>Rivastigmine</b> (Exelon): traitement symptomatique des patients présentant une démence légère à modérée de type Alzheimer ou associée à une maladie de Parkinson	
<b>Antagoniste non compétitif du récepteur glutamatergique NMDA</b>	
<b>Indications: MMSE entre 19 et 3</b>	
<b>Mémantine</b> (Axura, Ebixa): traitement symptomatique des patients atteints de la maladie d'Alzheimer de forme modérée à sévère	• Economie de 52 heures par mois aux soignants et proches aidants de soins et de surveillance directe • Amélioration de la cognition

luent la situation à domicile et posent des jalons de prise en charge, tant non médicamenteuse que médicamenteuse. En l'absence de traitement curatif, la prise en charge globale vise la préservation de l'autonomie du patient avec le maintien des fonctions cognitives, de la mobilité, le contrôle des symptômes liés à la démence et le soutien de l'entourage. En présence d'autres syndromes gériatriques surajoutés à la démence ou en cas de situation complexe, une intervention coordonnée en collaboration avec le médecin traitant et les soins à domicile amène des bénéfices supplémentaires, notamment en termes de durée du maintien à domicile.

La diminution du risque de développer une démence est également multifactorielle et comprend l'exercice physique, le contrôle des FRCV, une diète méditerranéenne et des exercices cognitifs variés.

**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- Le dépistage des troubles cognitifs au cabinet est primordial afin de poser un diagnostic précoce de démence
- La prise en charge globale vise la préservation de l'autonomie du patient et le soutien de l'entourage
- L'intervention non médicamenteuse multimodale comprend l'activité physique, des exercices cognitifs, une diète méditerranéenne et la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires
- L'intervention médicamenteuse doit réévaluer les traitements et adapter les objectifs thérapeutiques en fonction de l'état de santé du patient
- Les médicaments procognitifs permettent une amélioration de la symptomatologie

- 1 Leifer BP. Early diagnosis of Alzheimer's disease: Clinical and economic benefits. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:S281-8.
- 2 Gremaud Brulhart F, Decrey H, Démoneuf JF, et al. Troubles de la mémoire chez la personne âgée: que faire au cabinet? *Rev Med Suisse* 2013;9:2029-33.
- 3 Carpenter BD, Xiong C, Porensky EK, et al. Reaction to a dementia diagnosis in individuals with Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:405-12.
- 4 Groot C, Hooghiemstra AM, Raijmakers PG, et al. The effect of physical activity on cognitive function in patients with dementia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Ageing Res Rev* 2016;25:13-23.
- 5 Lowery D, Cerga-Pashoja A, Iliffe S, et al. The effect of exercise on behavioural and psychological symptoms of dementia: The EVIDEM-E randomised controlled clinical trial. *Int J Geriatr Psychiatry* 2014; 8:819-27.
- 6 Nguyen S, Smith C, Gold G, et al. Nouveautés en médecine 2014: Gérontologie. *Rev Med Suisse* 2015;11:62-7.
- 7 Mittelmann MS, Haley WE, Clay OJ, et al. Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *Neurology* 2006;67: 1592-9.
- 8 Ogliari G, Westendorf RGJ, Muller M, et al. Blood pressure and 10-year mortality risk in the Milan Geriatrics 75+ Cohort Study: Role of functional and cognitive status. *Age Ageing* 2015;44:932-7.
- 9 Kirkman MS, Jobs Briscoe V, Clark N, et al Diabetes in older adults: A consensus report. *J Am Geriatr Soc* 2012;60: 2342-56.
- 10 \* Lang PO, Boland B, Dalleur O. Prescription médicamenteuse inappropriée: les nouveaux critères STOPP-START. *Rev Med Suisse* 2015;11:2115-23.
- 11 Reilly S, Miranda-Castillo C, Malouf R, et al. Case management approaches to home support for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;1: CD008345.
- 12 Howard R, McShane R, Lindesay J, et al. Donepezil and Memantine for moderate-to-severe Alzheimer's disease, *N Eng J Med* 2012;366:893-903.
- 13 Norton S, Matthews FE, Barnes DE, et al. Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: An analysis of population based data. *Lancet Neurol* 2014;13: 788-94.
- 14 Peters R, Beckett N, Forette F, et al. Incident dementia and blood pressure lowering in the Hypertension in the Very Elderly Trial Cognitive Function Assessment (HYVET-COG): A double-blind, placebo controlled trial. *Lancet Neurol* 2008;7: 683-9.
- 15 \* Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, et al. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training and vascular risk monitoring vs. control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): A randomised controlled trial. *Lancet* 2015;385:2255-63.

\* à lire

\*\* à lire absolument