

# Avant de commencer..

## quelques questions et réponses

par Jean-Pierre Beauchemin

**Complicquée, la démence ? Pas du tout ! Les causes de démence en clinique ne sont pas si nombreuses, et des trucs pratiques sont utiles pour « s'orienter » rapidement ! Voyons les grands repères qui améliorent notre efficacité diagnostique...**

**L**ES CONNAISSANCES NÉCESSAIRES pour bien évaluer un patient âgé présentant des troubles cognitifs évoluent constamment. Le présent article a pour but de rappeler certaines notions et permettra d'aborder les articles suivants avec aisance. Le lecteur qui voudrait revoir les notions de base sur les démences de la personne âgée est invité à consulter les références bibliographiques.

Voici quelques questions que soulèvent souvent les médecins sur les personnes âgées présentant des troubles cognitifs.

### Quels sont les symptômes qui amènent les patients (et surtout leur famille) à consulter au début d'une maladie démentielle ?

Les troubles de la mémoire sont de loin le premier motif de consultation. Suivent, par ordre décroissant de fréquence, la perte progressive d'autonomie fonctionnelle, les troubles du comportement et l'état dépressif.

### Quel est le diagnostic différentiel des troubles cognitifs du vieillard ?

Le *tableau I* regroupe les principales caractéristiques des troubles démentiels, du *delirium*, de la pseudodémence dépressive et des psychoses aiguës.

### Quelle est la relation entre *delirium*, démence et dépression ?

Un commentaire s'impose quant au *delirium* et à la pseudodémence dépressive. Le *delirium* est une atteinte cognitive aiguë survenant lors d'un stress organique ou, plus rarement,

psychologique. Une ou plusieurs causes peuvent se retrouver chez une même personne en *delirium*, et la correction de ces causes amène la disparition du *delirium*. *Delirium* est synonyme d'insuffisance cérébrale aiguë, par opposition à l'insuffisance cérébrale chronique que sous-tend la démence. La survenue d'un *delirium* indique qu'un patient a une réserve cérébrale amoindrie, que ce soit à cause de l'âge ou en raison d'une démence subclinique qu'un problème concomitant aura démasquée. À cet égard, le *delirium* est souvent prémonitoire d'une démence qui deviendra un jour ou l'autre évidente sans qu'un facteur déclenchant soit nécessaire.

Il en va vraisemblablement de même pour la pseudodémence dépressive. L'existence de cette entité clinique est remise en question. Elle se définirait par un trouble dépressif (avec ou sans tristesse) masqué par des atteintes cognitives (*tableau I*). Ces atteintes cognitives régresseraient avec la prise d'un antidépresseur. La dépression agirait plutôt comme un facteur déclenchant pour démasquer une démence subclinique, comme peut le faire un *delirium*. Il convient donc dorénavant de considérer les états dépressifs comme pouvant être prémonitoires d'une éventuelle démence. Par ailleurs, les états dépressifs survenant au cours d'une démence devraient être traités, car ils peuvent exacerber l'atteinte cognitive.

### Quelle est la démarche diagnostique à suivre pour une personne âgée ayant un trouble cognitif ?

Le *tableau II* présente les critères diagnostiques de la démence. Ces critères ne présument pas le type de démence dont est atteint le patient. En effet, une démence sénile de type Alzheimer (DSTA), une démence vasculaire (DV), une hydrocéphalie à pression normale (HPN), une démence

Le Dr Jean-Pierre Beauchemin, gériatre, exerce au CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières et à l'Hôpital Laval, à Québec.

T A B L E A U I

Diagnostic différentiel des syndromes cognitifs de la personne âgée

	Démence	Delirium	Pseudodémence dépressive	Psychose
Troubles mnésiques	Faits récents > anciens	Faits récents = anciens	Faits récents = anciens	Inconstants
Installation	Insidieuse	Abrupte	Abrupte	Subaiguë
Évolution	Progressive (années)	Rapide (heures, jours)	Progressive (mois)	Progressive (mois)
Pronostic	Habituellement irréversible	Complètement réversible	Souvent réversible	Récidives
Antécédents	Sans particularité	Médicaux (+++), polypharmacie	Épisodes dépressifs	Positifs
Désorientation	Tardive	Précoce et fréquente	Rare	Parfois
Se plaint de ses déficits	Non	Non	Oui	Non
Camouflage	Oui	Non	Non	Non
Détresse	Non	Non	Oui	Non
Fluctuations sur 24 heures	Non	Oui	Pire le matin	Non
État de conscience	Normal, sauf en phase terminale	Obnubilation variable	Normal	Normal
Attention	Normale ou diminuée	Diminuée	Normale mais épuisable	Normale
Type de réponses	Presque justes ( <i>near-miss</i> )	Erronées	« Je ne sais pas »	Parfois erronées
Cycle éveil-sommeil	Inversion jour/nuit	Fluctuations d'heure en heure	Insomnie terminale	Perturbé
Comportement	Hyperactivité ou hypoactivité tardive	Hyperactivité et hypoactivité variable	Plutôt hypoactivité stable	Hyperactivité ou hypoactivité stable
Hallucinations	Rares, visuelles et tardives	Fréquentes, visuelles, complexes	Rares, plutôt auditives	Auditives et (ou) visuelles
Discours	Normal, puis paraphasies	Désorganisé, incohérent	Normal	Déirant
Humeur	Anxieuse, puis émoussée	Apeurée et hostile	Rarement triste	Exaltée ou triste
Délire	Absent en général	Mal systématisé, passager	Parfois (incurabilité)	Organisé et constant

32

alcoolique ou parkinsonienne répondront aux mêmes critères. Le grand nombre de diagnostics étiologiques ne doit pas décourager le clinicien. En effet, au Canada, la DSTA, les DV et les démences mixtes (DSTA + DV) comptent pour près de 90 % des démences, soit respectivement 57, 13 et 19 %. Ce qui ne laisse donc que 10 % pour les autres démences. Le clinicien doit se faire une représentation prototypique de la DSTA et être à l'affût des éléments atypiques qui pourraient orienter le diagnostic vers une autre cause que la DSTA pour expliquer un tableau démentiel. La figure 1 présente un arbre décisionnel pouvant servir au diagnostic différentiel. Le tableau III propose l'échelle ischémique de Hachinski, qui s'avère utile pour faire la dif-

férence entre une démence dégénérative (par exemple une DSTA) et une démence vasculaire.

**Comment reconnaître les troubles de mémoire qui annoncent une DSTA ?**

Le principal défi diagnostique qui se pose au clinicien est de faire la différence entre des troubles de mémoire isolés (vieillesse normale, troubles de mémoire liés à l'âge et déficience cognitive légère [*mild cognitive impairment*]) et des troubles de mémoire inauguraux d'un état démentiel. Certains indices relatifs aux troubles de mémoire augmentent la probabilité de démence : quand on peut objectiver ces troubles par un test simple (comme le test de

**T A B L E A U II**

**Critères modifiés du *DSM-IV* évoquant un état démentiel**

**Trouble de la mémoire avec au moins un des quatre éléments suivants :**

- Aphasie (trouble du langage, de compréhension et [ou] d'expression, par exemple le « manque du mot »)
- Apraxie (incapacité à accomplir une tâche en l'absence de déficit sensoriel et [ou] moteur)
- Agnosie (incapacité de reconnaître les objets, les personnes, en l'absence de déficit sensoriel)
- Perturbation d'une ou de plusieurs fonctions instrumentales
  - Planification d'une tâche
  - Organisation séquentielle
  - Discrimination de l'information pertinente
  - Abstraction
  - Jugement

**Le trouble cognitif est suffisamment grave pour perturber le fonctionnement quotidien.**

**On note un déclin par rapport au fonctionnement antérieur.**

**Le trouble cognitif ne survient pas uniquement lors d'un *delirium*.**

**T A B L E A U III**

**Échelle ischémique d'Hachinski**

**Caractéristique clinique**

Début subit .....	2
Détérioration par paliers .....	1
Évolution fluctuante .....	2
Confusion nocturne .....	1
Personnalité préservée .....	1
Dépression .....	1
Symptômes somatiques .....	1
Labilité émotionnelle .....	1
Antécédents d'hypertension artérielle .....	1
Antécédents d'accident vasculaire cérébral .....	2
Autres manifestations d'athérosclérose .....	1
Symptômes neurologiques focaux .....	2
Signes neurologiques focaux .....	2

**Total > 7 :** ..... Démence vasculaire probable

**Total entre 4 et 7 :** ..... Démence mixte

**Total < 4 :** ..... Démence dégénérative probable

Folstein), quand ces troubles ont des répercussions sur le fonctionnement du patient (sur les activités de la vie quotidienne ou domestique) ou que les troubles de mémoire sont évolutifs à six mois d'intervalle. On sait que l'état cognitif d'environ 25 à 40 % de ces personnes évoluera vers une démence, c'est-à-dire que les critères autres que les troubles de mémoire s'ajouteront.

**De quels outils pratiques le médecin dispose-t-il pour étayer un diagnostic de démence ?**

Deux tests d'exécution rapide sont intéressants comme outils de dépistage d'une démence. Il s'agit du MMSE (test de Folstein) et du test de l'horloge. Le diagnostic ne peut

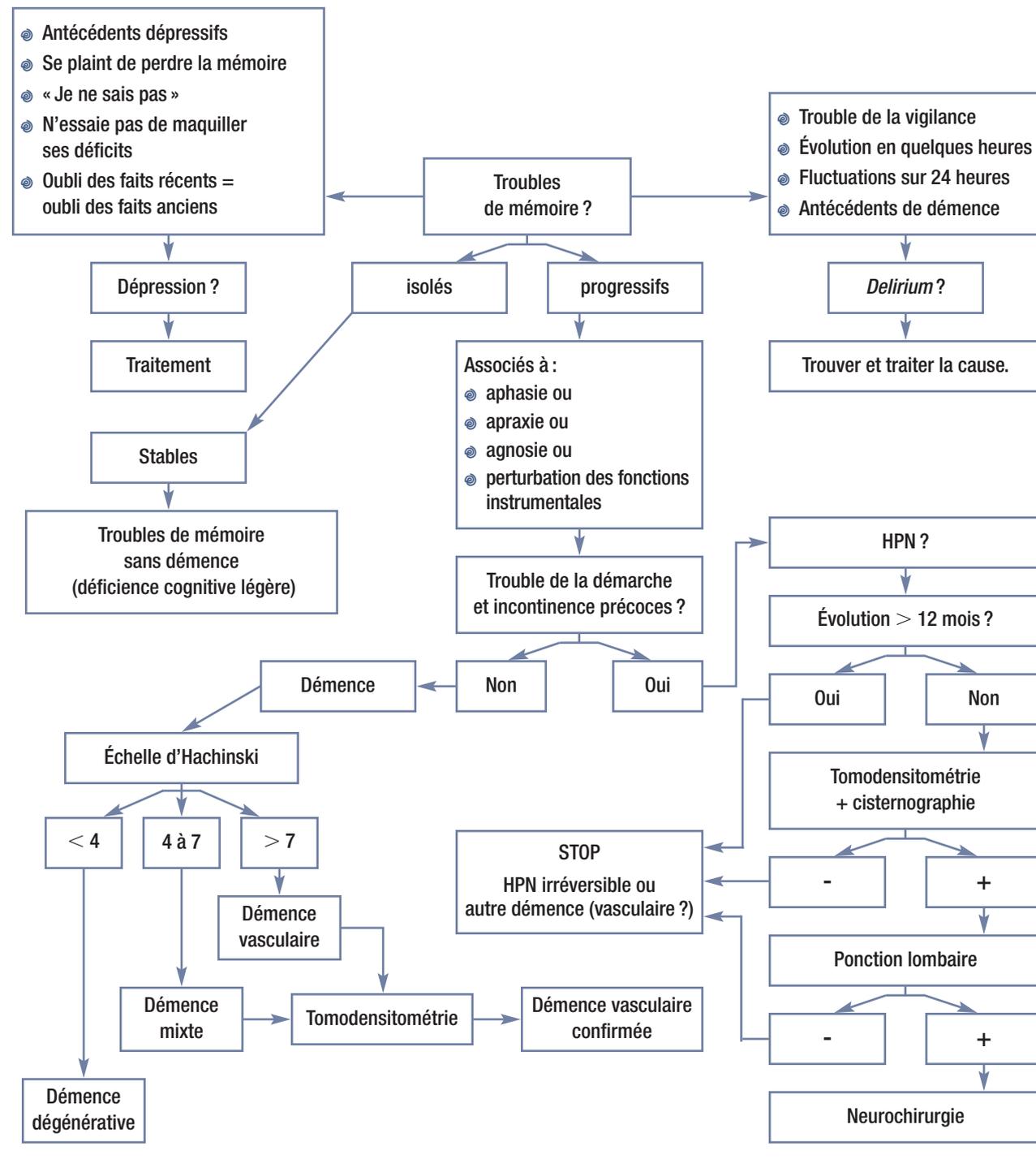
en aucun temps reposer uniquement sur les résultats de ces deux instruments validés. Les critères du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*DSM-IV*) sont prépondérants.

Les résultats du MMSE s'interprètent en fonction de l'âge et du niveau de scolarité de la personne testée. Des tables de valeurs normales existent pour ce faire. Pour les personnes ayant une instruction de niveau primaire, la valeur de démarcation se situe à 21/30, alors que pour celles qui ont un niveau de formation secondaire et au-delà, on retiendra la valeur de 26/30. Un résultat faible est habituellement indicatif d'un état démentiel, mais un résultat élevé n'exclut pas un état démentiel. Des épreuves neuropsychologiques sont

**Deux tests d'exécution rapide sont intéressants comme outils de dépistage d'une démence. Il s'agit du MMSE (test de Folstein) et du test de l'horloge. Le diagnostic ne peut en aucun temps reposer uniquement sur les résultats de ces deux instruments validés. Les critères du *DSM-IV* sont prépondérants.**

FIGURE 1

Approche pratique des troubles cognitifs de la personne âgée



34

souvent nécessaires dans ce cas.

Le score au MMSE n'oriente pas vers la cause d'un état

déméntiel. Ce n'est pas le résultat en soi qui orientera le clinicien vers la cause de la démence (vasculaire ou dégéné-

native), mais la distribution des pertes dans le test. En effet, l'atteinte dégénérative est habituellement globale et toutes les parties du test sont affectées de façon homogène, alors que dans l'atteinte vasculaire, certaines parties du test sont touchées (selon les zones cérébrales atteintes). On parle alors de détérioration non homogène.

Le test de l'horloge est plus fiable que le MMSE, car un résultat normal permet quasiment d'exclure une démence. On trace un cercle d'environ 10 centimètres avec le chiffre « 12 » inscrit à la partie supérieure du cercle, et on demande au patient de compléter l'horloge ainsi esquissée et de dessiner les aiguilles pour indiquer « 11 h 10 ». Les constatations suivantes évoquent une démence : le sens antihoraire, la persévération (le sujet écrit des chiffres dépassant 12 tant qu'il y a de l'espace autour du cercle), l'omission d'un ou de plusieurs chiffres, l'espacement inégal entre les chiffres, une mauvaise disposition des aiguilles et une désorganisation spatiale des chiffres sur l'horloge. Ces résultats sont d'autant plus significatifs que le sujet ne les reconnaît pas quand l'examineur lui demande si tout est en ordre.

D'autres tests plus spécifiques sont utilisés par les ergothérapeutes et les neuropsychologues pour confirmer l'atteinte démentielle (ADAS-Cog, par exemple) ou pour juger des répercussions fonctionnelles d'une démence (Pecpa-2r, CIBIC-Plus, par exemple). L'administration de ces tests demande du temps, ce qui en restreint l'utilisation dans un cabinet de consultation médicale.

On observe parfois le « signe de la tête qui tourne » chez un patient habituellement amené à consulter par un proche. Lorsque l'on questionne le patient, il tourne systématiquement la tête vers la personne qui l'accompagne dans l'espoir qu'elle réponde à sa place : il s'agit quasiment à coup sûr d'une démence.

À l'anamnèse, on recherchera les répercussions fonctionnelles dans les activités de la vie quotidienne des déficits cognitifs mis en évidence. L'examen physique portera sur la recherche de signes neurologiques focaux (signes pyramidaux comme le signe de Babinski) évoquant une cause vasculaire ou tumorale. La valeur sémiologique de la recherche des réflexes archaïques (palmomentonnier, de succion, nasopalpebral, etc.) est contestée, car on peut les retrouver chez des patients âgés qui ne sont pas atteints de démence. Leur présence constitue un argument mineur quand il s'agit de poser un diagnostic de démence.

Le diagnostic de démence est avant tout clinique, et il n'est pas rare qu'il faille plusieurs entrevues dans le temps pour poser un diagnostic de démence probable. On confirme

## T A B L E A U IV

### Analyses de laboratoire recommandées dans un cas de démence

- Hémogramme
- TSH (thyrotrophine)
- Ionogramme (Na, K et Cl)
- Calcémie
- Glycémie

Source : Consensus canadien sur la démence (1998).

## T A B L E A U V

### Situations justifiant une tomodensitométrie cérébrale dans un cas de démence

- Apparition avant l'âge de 60 ans
- Installation rapide du déclin cognitif (un à deux mois)
- Évolution rapide du déclin cognitif (moins de deux ans)
- Traumatisme crânien important
- Symptômes neurologiques inexplicables (ex. : céphalées ou convulsions *de novo*)
- Antécédents de néoplasme (surtout s'il s'agit d'un néoplasme primitif réputé donner des métastases cérébrales)
- Prise d'anticoagulants ou antécédents de troubles de la coagulation
- Triade de l'HPN
- Signes neurologiques focaux (ex. : parésie ou signe de Babinski)
- Tableau atypique (ex. : aphasie progressive)
- Troubles de l'équilibre

Source : Consensus canadien sur la démence (1998).

dans plus de 80 % des cas le diagnostic clinique avec les résultats de l'étude anatomopathologique du cerveau des patients décédés.

### Quelles explorations paracliniques doit-on faire subir à un patient dément ?

Le *tableau IV* présente les tests sanguins à faire subir à

tous les patients atteints de démence. Le *tableau V* résume les indications de la tomographie par émission de positons devant un tableau démentiel.

### Bien qu'ils soient plus rares, quels sont les autres types de démence à reconnaître ?

Le clinicien pourra rencontrer d'autres formes de démence beaucoup plus rares, mais qu'il convient de savoir reconnaître puisqu'une intervention médicale peut avoir une influence certaine sur le tableau clinique.

#### Hydrocéphalie à pression normale (HPN)

L'HPN se caractérise par une triade classique : troubles de la marche avec ou sans chutes, incontinence urinaire et troubles cognitifs. La **concomitance précoce** de ces trois éléments doit évoquer cette hypothèse diagnostique. Ainsi, lorsqu'un patient présentant un syndrome démentiel d'installation récente souffre d'incontinence urinaire et fait des chutes, l'HPN est à exclure. En effet, l'incontinence et les chutes sont des manifestations plutôt tardives dans la DSTA.

Une dérivation depuis les ventricules cérébraux dans les 9 à 12 mois suivant le début de la maladie atténue souvent les troubles de la marche, un peu moins l'incontinence et les troubles cognitifs.

#### Démence à corps de Lewy (DCL)

Considérée par certains comme une variante de la DSTA ou une démence parkinsonienne atypique par d'autres, la DCL se caractérise par un syndrome extrapyramidal (parkinsonisme) précoce et concomitant à l'atteinte cognitive, des hallucinations, surtout visuelles, elles aussi précoces, des troubles du comportement (désinhibition) et une hypersensibilité aux neuroleptiques à faible dose (accentuation spectaculaire du parkinsonisme). Les médicaments anticholinestérasiques sont particulièrement efficaces contre la DCL, mais cette efficacité est toutefois d'une durée limitée. ☞

## S U M M A R Y

**Before we begin... A few questions and answers.** In 2002, dementia is more prevalent in the elderly population than a few years ago. However, drugs are now available that can delay the onset of the symptoms of Alzheimer's disease, with or without vascular components. But to be effective, they require a rapid diagnosis and the management of the patient's problem by the primary care physician.

This paper wants to be practical. The author describes how and why the patient and the family seek medical help. The concept of depressive pseudo-dementia is explained. Diagnostic criteria and most common causes of dementia are reviewed. Clinical pointers are discussed to help differentiate between mild cognitive impairment and memory loss indicative of dementia. User-friendly screening tests with their interpretation are suggested for the clinical investigation of the problem. The natural history of Alzheimer's disease and the differential diagnosis are discussed, using frequency and possibilities of intervention as guidelines.

**Key words:** dementia, Alzheimer's disease, investigation, screening.

**Date de réception :** 15 octobre 2001.

**Date d'acceptation :** 11 mars 2002.

**Mots clés :** démence, maladie d'Alzheimer, investigation, dépistage.

### Lectures suggérées

- Arcand M, Hébert R. *Précis pratique de gériatrie*. 2<sup>e</sup> éd. Saint-Hyacinthe : Edisem Maloine-FMOQ, 1997 ; chap. 10 à 14 : 147-214. [Référence générale en gériatrie, adaptée à notre réalité québécoise, avec de bons chapitres sur la démence.]
- Bélisle C, Rivard B. *La Démence de type Alzheimer et les autres atteintes cognitives*. 2<sup>e</sup> éd. Drummondville : Les Éditions Formed, 1999 : 75 pages. [Petit guide de poche, très bien fait, multiples tableaux.]
- Gauthier S. *Clinical Diagnosis and Management of Alzheimer's Disease*. 2<sup>e</sup> éd. Londres : Martin Dunitz, 2001 : 386 pages.

**La démence à corps de Lewy se caractérise par un syndrome extrapyramidal (parkinsonisme) précoce et concomitant à l'atteinte cognitive, des hallucinations, surtout visuelles, elles aussi précoces, des troubles du comportement (désinhibition) et une hypersensibilité aux neuroleptiques à faible dose (accentuation spectaculaire du parkinsonisme).**