



# BULLETIN SUR LA DÉMENCE DESTINÉ AUX MÉDECINS

Vol. 6, n° 4

OTTAWA ET COMTE DE RENFREW

Hiver 2008

*Une publication du Réseau de la démence de la région Champlain*

## Dans ce numéro...

- Déficience cognitive légère
- Surveiller la réponse des patients aux stimulateurs cognitifs
- Services d'évaluation diagnostique et de traitement au Canada

## Ont contribué...

D<sup>r</sup> Andrew Frank  
Directeur médical, FRCP (C)  
Neurologue, troubles cognitifs et comportementaux  
Clinique des troubles de la mémoire  
Hôpital Elizabeth Bruyère  
Ottawa, Ontario

D<sup>r</sup> Bill Dalziel  
Chef, Programme régional d'évaluation gériatrique de l'Est de l'Ontario  
Professeur agrégé, médecine gériatrique  
Université d'Ottawa

## Pour plus d'information...

Marg Eisner  
Société Alzheimer d'Ottawa et du comté de Renfrew  
1750, chemin Russell, bureau 1742, Ottawa, ON  
K1G 5Z6  
Telephone: 613-523-4004  
E-mail:  
meisner@alzheimerott.org

## Déficience cognitive légère

*D<sup>r</sup> Andrew R. Frank, M.D., B.Sc.H., FRCP (C), neurologue, troubles cognitifs et comportementaux, clinique des troubles de la mémoire, hôpital Elizabeth Bruyère, Ottawa, Ontario*

Au cours des dix dernières années, il y a eu une grande évolution dans la caractérisation clinique des patients ayant des troubles cognitifs légers se situant dans la « zone grise » entre la normalité cognitive et la démence.

Tandis que la démence représente une détérioration cognitive causant une perte d'autonomie fonctionnelle durant le jour, le diagnostic de « déficience cognitive légère » (DCL) peut être prononcé plus tôt, lorsqu'il y a une détérioration cognitive (confirmée par une évaluation cognitive objective) sans perte évidente de l'autonomie fonctionnelle diurne<sup>1,2</sup>.

**Exemple de cas :** *Un homme de 67 ans, qui vit avec sa femme, a depuis un an de plus en plus de pertes de mémoire pour des détails liés à des conversations récentes. Par exemple, il y a 2 ou 3 mois, on lui avait clairement demandé de passer chercher sa femme au magasin, ce qu'il n'a jamais fait, ayant oublié qu'on le lui avait demandé. Le patient est totalement autonome pour toutes les fonctions de jour, comme prendre ses médicaments et faire les courses, et il conduit prudemment sans avoir eu d'accident. Il prend du ramipril pour son hypertension. Ses antécédents familiaux ne comprennent aucun cas de maladie neurologique. Son examen physique et ses examens hématologiques n'ont rien révélé d'anormal, de même que la tomographie de son cerveau. Son résultat au Mini-Mental State Examination (MMSE; mini-examen de l'état mental) est de 28 sur 30, mais son score au Montreal Cognitive Assessment (MoCA) est de 24/30, dont 0/5 pour le rappel différé des mots. L'évaluation neuropsychologique a révélé des scores de la mémoire différée sous le 8<sup>e</sup> percentile pour son âge et son sexe. Comme le patient a des symptômes cognitifs confirmés par des évaluations cognitives formalisées, mais qu'il peut fonctionner adéquatement le jour, on a posé un diagnostic de déficience cognitive légère.*

Un diagnostic de DCL est un « signal d'avertissement » de risque accru de détérioration éventuelle vers la démence (le taux d'évolution vers une démence des patients atteints de DCL est d'environ 10 à 15 % par année, tandis que celui de la population normale est d'environ 1 à 2 %<sup>1,3</sup>). Les patients atteints de DCL et leurs proches devraient être informés de ce risque, et on devrait augmenter les suivis cliniques. En outre, les patients atteints

(suite à la page 2...)

## Déficience cognitive légère (...suite de la page 1)

de DCL représentent une population cible idéale pour l'étude de nouveaux agents «modificateurs de la maladie» visant à ralentir le processus de neurodégénérescence associé aux troubles comme la maladie d'Alzheimer.

En effet, dans la forme la plus courante de DCL, c'est la mémoire qui est principalement touchée (DCL amnésique), et le risque d'évolution vers la maladie d'Alzheimer est plus élevé. Toutefois, si la DCL touche d'autres domaines cognitifs comme le langage, les aptitudes visuospatiales, l'attention ou les fonctions exécutives (DCL non amnésique), elle peut quand même évoluer vers la démence à cause d'autres troubles, comme la maladie vasculaire, la démence à corps de Lewy ou une dégénérescence des lobes frontotemporaux<sup>4,5</sup>.

Pour poser un diagnostic de DCL, il faut un bon jugement clinique quant à la nature et à la gravité des symptômes cognitifs, axé sur la présence ou l'absence d'une déficience fonctionnelle diurne bien marquée. Les évaluations de routine, comme les examens hématologiques, la fonction thyroïdienne et les taux de vitamines B12, de même qu'une tomodensitométrie ou un examen d'IRM du cerveau, sont automatiquement indiqués.

Les tests neuropsychologiques sont très utiles pour détecter objectivement la détérioration cognitive nécessaire pour poser un diagnostic de DCL. Toutefois, le test *MoCA* peut aussi prouver la présence d'une déficience cognitive, quand le score obtenu est inférieur à 26/30<sup>6</sup>. On peut confier le patient à un centre spécialisé en cognition pour obtenir une évaluation cognitive en profondeur.

Aucun agent pharmaceutique n'a encore été approuvé pour le traitement de la DCL, puisque les essais cliniques sur les inhibiteurs de la cholinestérase (donépézil, rivastigmine et galantamine) se sont avérés négatifs<sup>7,8,9</sup>. Toutefois, lors d'un essai, le donépézil a retardé de 6 à 12 mois l'évolution de la DCL vers la maladie d'Alzheimer<sup>7</sup>, même si le retard de conversion ne s'est pas maintenu à la fin de l'essai, après 3 ans. Par conséquent, le traitement de la DCL par le donépézil ou un autre inhibiteur de la cholinestérase n'est habituellement pas recommandé, sauf si les patients sont très motivés à commencer le traitement ou que l'évolution vers le stade de démence semble imminente, puisqu'à ce stade le traitement par un inhibiteur de la cholinestérase est indiqué. La prise en charge des facteurs de risque vasculaire pourrait contribuer à prévenir le déclin chez les patients atteints de DCL, et à maintenir les activités mentales, physiques et sociales<sup>10</sup>.

La DCL représente une structure de diagnostic clinique dans laquelle les patients ayant des symptômes cognitifs légers peuvent être caractérisés. Elle est associée à un risque accru d'aggravation éventuelle des symptômes et touche une population cible idéale chez laquelle les agents modificateurs de la maladie pourraient être des plus bénéfiques.

### Références:

- <sup>1</sup> Petersen RC, Smith GE, Waring SC, *et al.* Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol* 1999;56:303–8.
- <sup>2</sup> Winblad B, Palmer K, Kivipelto M, *et al.* Mild cognitive impairment—beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *J Intern Med* 2004;256:240–6.
- <sup>3</sup> Bennett DA, Wilson RS, Schneider JA, *et al.* Natural history of mild cognitive impairment in older persons. *Neurology* 2002;59:198–205.
- <sup>4</sup> Rasquin SM, Lodder J, Visser PJ, *et al.* Predictive accuracy of MCI subtypes for Alzheimer's disease and vascular dementia in subjects with mild cognitive impairment: a 2-year follow-up study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2005; 19:113–9.
- <sup>5</sup> Meyer J, Xu G, Thornby J, *et al.* Longitudinal analysis of abnormal domains comprising mild cognitive impairment (MCI) during aging. *J Neurol Sci* 2002;201:19–25.
- <sup>6</sup> Nasreddine ZS, Phillips NA, Bedirian V, *et al.* The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:695 [www.mocatest.org]
- <sup>7</sup> Petersen RC, Thomas RG, Grundman M, *et al.* Vitamin E and donepezil for the treatment of mild cognitive impairment. *N Engl J Med* 2005;352:2379–88.
- <sup>8</sup> Ferris S, Feldman H, Sfikas N, *et al.* Time to clinical diagnosis of dementia in MCI subjects receiving rivastigmine: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *International Psychogeriatrics* 2005;17 (Suppl 2):S242–3.
- <sup>9</sup> Mayor S. Regulatory authorities review use of galantamine in mild cognitive impairment. *BMJ* 2005;330:276.
- <sup>10</sup> Gauthier S, Reisberg B, Zaudig M, *et al.* Mild Cognitive Impairment. *Lancet* 2006;367(9518):1262–70.

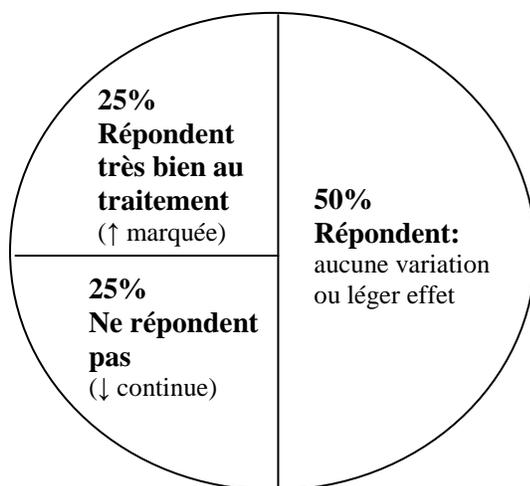
# Surveillance de la réponse des patients aux stimulants cognitifs (inhibiteurs de la cholinestérase et mémantine)



*D<sup>r</sup> Bill Dalziel, chef, Programme régional d'évaluation gériatrique de l'Est de l'Ontario; professeur agrégé en médecine gériatrique, Université d'Ottawa*

1. Actuellement au Canada, seulement 25% des personnes atteintes de démence peuvent faire l'essai d'un inhibiteur de la cholinestérase (Aricept, Reminyl ER, Exelon) ou de la mémantine. Tous les patients devraient recevoir un traitement d'essai de trois mois par un de ces médicaments et, quand celui-ci n'agit pas ou est mal toléré, essayer un deuxième agent. Bien sûr, il faut tenir compte des effets secondaires et de l'observance thérapeutique. À partir du stade modéré de la démence, le traitement optimum devrait inclure un essai avec un IC et un autre avec de la mémantine, seule ou en association.
2. Il faut évaluer les avantages après trois mois. Les études ont montré qu'il s'agit habituellement du délai nécessaire pour obtenir une réponse optimale. (Si vous n'êtes pas certain, attendez trois mois de plus.)
3. L'aidant et le patient sont mieux en mesure d'évaluer la réponse au traitement que le test MMSE. Dans le cas d'une maladie d'Alzheimer non traitée, le score MMSE diminuera seulement de 1 à 2 points durant la première année, ce qui représente une variation de 1/2 point au maximum après trois mois. Cependant, la variabilité test/reprise du test pour le MMSE est de deux points. Par conséquent, à moins que le changement soit important (patient qui répond très bien : 25 %) avec une amélioration > 2 points au MMSE, ces scores ne sont pas très utiles.
4. Les commentaires du patient et de l'aidant dépendent essentiellement (1) des attentes, (2) de l'impression globale et (3) d'une démarche basée sur une liste de vérification des symptômes cibles.
  - i) Attentes. Une absence de changement chez la personne après trois mois correspond à une réponse POSITIVE au traitement parce qu'une démence non traitée s'aggrave progressivement avec le temps. La réponse moyenne des patients au traitement par un IC correspond à AUCUNE détérioration après un an de traitement. (Pour bien comprendre la « signification clinique » de ce résultat, comparez la démence au cancer: «Grâce à ce traitement, votre cancer (démence) ne s'aggraverá pas pendant un an en moyenne.»

## Réponse prévue après trois mois:



Un non-répondeur devrait passer à un autre IC ou à la mémantine pour un deuxième essai de trois mois.

## Surveillance de la réponse des patients aux stimulants cognitifs (... suite de la page 4)

Il est très important à l'amorce du traitement d'expliquer ces attentes pour que le patient et l'aidant comprennent bien qu'une absence de changement correspond à une réponse positive au traitement et démontre une stabilisation de l'état.

ii) L'impression globale du patient et de l'aidant est seulement « intuitive » : aucun changement, amélioration ou aggravation. On tient compte de cinq domaines dans l'impression globale.

	Aucune changement	Amélioration	Aggravation
Impression globale			
1. Cognition			
2. Activités quotidiennes(fonction)			
3. Comportement			
4. Stress/fardeau pour l'aidant			
5. Interactivité			

iii) La démarche basée sur une liste de vérification des symptômes cibles porte sur des symptômes particuliers de la démence qui sont « problématiques » et qui ont changé au cours des 6 à 12 derniers mois (et par conséquent, sont plus susceptibles d'être touchés par le traitement médicamenteux). La même démarche est employée pour d'autres maladies, comme la dépression et l'arthrite. À mon avis, les domaines les plus importants sont l'interactivité, le stress/fardeau pour l'aidant, l'impression globale et le comportement. À l'aide de la liste de vérification suivante, demandez avant le traitement au patient et à sa famille de déterminer quatre ou cinq symptômes pertinents chez ce patient. Ils devront ensuite suivre l'évolution de ces symptômes pendant trois mois et vous informer du résultat.

<u>Cognition</u>	<u>Activités quotidiennes (fonction)</u>	<u>Comportement</u>	<u>Aidant</u>	<u>Interactivité</u>
Oubli	Se servir du téléphone	Apathie	Stress	Manque de concentration
Répétitivité	Mettre ou desservir la table	Anxiété	Fardeau	↓ interaction
Difficulté à s'orienter	Hygiène	Irritabilité	Dépassé par les événements	« connecté vs déconnecté »
Chercher ses mots	Se laver	Agitation	Frustration	↓ participation
Se perdre	S'habiller	Nervosité	Impact sur le travail	↓ intérêt
Placer des objets au mauvais endroit	Utiliser des électroménagers	Excès	Fatigue	↓ initiative
Problèmes de planification	Finances	Dépression	Dépression	Être plus « comme lui/elle-même »

**MERCI**

Le Réseau de la démence de la région Champlain tient à remercier Janssen-Ortho, Lundbeck, Novartis et Pfizer d'avoir parrainé le présent numéro du Bulletin sur la démence destiné aux médecins.



JANSSEN-ORTHO Inc.



## RÉSEAU DE LA DÉMENCE DE CHAMPLAIN SERVICES D'ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE ET DE TRAITEMENT

### 1. CLINIQUE DES TROUBLES DE MÉMOIRE (CTM)

**Centre de santé Élisabeth-Bruyère**  
75, rue Bruyère  
Pièce 298-22  
Ottawa ON K1N 5C7

Téléphone:  
613-562-6322  
  
Télécopieur:  
613-562-6013

**\*\*\* Le patient doit être recommandé par un médecin \*\*\***

- Le but principal est le diagnostic de la démence précoce (légère à modérée) et le diagnostic difficile des patients atypiques atteints de démence à tous les âges et stades.
- En général, les patients fonctionnent à un haut niveau et ne présentent pas d'autres troubles psychiatriques importants, ni de problèmes médicaux complexes ou d'antécédents de blessure à la tête ou de déficience mentale.
- Neurologie, neuropsychologie et soins infirmiers.
- L'aiguillage vers la CTM convient aux patients qui doivent passer la série complète d'examens de dépistage de la démence.

### 2. PROGRAMME RÉGIONAL D'ÉVALUATION GÉRIATRIQUE ÉQUIPES MOBILES ET HÔPITAUX DE JOUR/SERVICES DE CLINIQUE

#### 2A- Équipe mobile d'évaluation gériatrique de l'est

**Centre de santé Élisabeth-Bruyère**  
75, rue Bruyère  
Pièce 420-Y  
Ottawa ON K1N 5C7

Téléphone:  
613-562-6362  
  
Télécopieur:  
613-562-6373

**\*\*\* Pour les patients à l'EST de l'avenue Bronson et de la rivière d'Ottawa \*\*\***

#### 2B- Équipe mobile d'évaluation gériatrique de l'ouest

**Hôpital Queensway-Carleton**  
3045, chemin Baseline  
Ottawa ON K2H 8P4

Téléphone:  
613-721-0041  
  
Télécopieur:  
613-820-6659

**\*\*\* Pour les patients à l'OUEST de l'avenue Bronson et de la rivière d'Ottawa \*\*\***

- Le but principal est l'évaluation diagnostique de la démence (légère, modérée ou grave) et des problèmes médicaux concomitants des patients de plus de 65 ans. On se concentre sur l'évaluation multidisciplinaire et la gestion des problèmes associés comme la dépendance fonctionnelle, la sécurité, le stress des soignants, les besoins d'éducation, les services communautaires et la planification future.
- Les équipes mobiles d'évaluation gériatrique offrent un dépistage complet à domicile et font le triage vers les hôpitaux gériatriques de jour (3) pour l'évaluation gériatrique par un médecin et une évaluation complétée par une équipe multidisciplinaire ou vers les cliniques de services externes (3) en vue d'une évaluation gériatrique par un médecin.
- Les patients atteints de problèmes gériatriques communs mais non atteints de démence sont aussi évalués et traités.



**RÉSEAU DE LA DÉMENCE DE CHAMPLAIN**  
**SERVICES D'ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE ET DE TRAITEMENT**  
(...suite de la page 5)

**3. SERVICES COMMUNAUTAIRES DE GÉRONTO-PSYCHIATRIE D'OTTAWA (SCGPO)**

**Centre de santé Élisabeth-Bruyère**  
75, rue Bruyère  
Pièce 298-22  
Ottawa ON K1N 5C7

Téléphone:  
613-562-9777

Télécopieur:  
613-562-0259

- Le but principal de SCGPO est de servir les personnes qui ont reçu un diagnostic de démence modérée à grave.
- Des conseillers en démence travaillent avec le patient et la famille ou le soignant dans leur foyer et offrent des services d'évaluation fonctionnelle, d'enseignement, de counseling, de gestion des comportements ainsi que des conseils sur les services communautaires et la planification future. De plus, des évaluations de la capacité personnelle ou de la gestion des biens sont disponibles moyennant des frais.
- Les consultations en psychiatrie gériatrique sont disponibles sur demande pour la dépression concomitante, les problèmes de comportement ou d'autres problèmes psychiatriques. Cela peut comprendre une visite à domicile, s'il y a lieu.

**3. PROGRAMME DE PSYCHIATRIE GÉRIATRIQUE DE L'HÔPITAL ROYAL OTTAWA**

1145, avenue Carling  
Ottawa, ON K1Z 7K4

Téléphone:  
613-722-6521 x 6507

**\*\*Le patient doit être recommandé par un médecin \*\*\***

Télécopieur:  
613-798-2999

- Le programme comprend une gamme de services visant à répondre aux besoins de santé mentale des personnes de 65 ans et plus. Une équipe multidisciplinaire bilingue évalue et traite des patients atteints de démence et de troubles concomitants tels une dépression, une psychose ou des problèmes de comportement. Le programme englobe les éléments suivants :
- La **clinique externe** est un service de consultation où les médecins de première ligne peuvent obtenir des conseils professionnels et de l'information spécialisée en psychiatrie. La clinique effectue l'évaluation initiale de tous les patients acheminés au programme.
- Le **service mobile** offre des services de consultation et d'éducation à la plupart des établissements de soins de longue durée à Ottawa. Un psychiatre et une infirmière assurent un soutien au personnel et aux patients de ces établissements.
- L'**hôpital de jour** offre un traitement de jour de durée limitée aux personnes qui ont besoin d'un traitement urgent et intensif, mais qui peuvent demeurer, sans danger, dans la communauté. Le service en milieu hospitalier traite les patients atteints de troubles psychiatriques complexes qui nécessitent des soins hospitaliers spécialisés. Ces deux services sont offerts en fonction des résultats de la consultation initiale à la clinique externe ou au service mobile.