



Une publication du Réseau de la démence de la région Champlain

Dans ce numéro...

- La démence à corps de Lewy
- MOCA ou MMSE? : voilà la question

Ont contribué...

**Andrew Frank, M.D.
B.Sc.H., FRCP(C)**
Neurologue, troubles cognitifs et comportementaux
Directeur médical, Clinique des troubles de la mémoire, Hôpital Élizabeth-Bruyère, Ottawa, Ontario

**Frank Molnar, M.D.
FRCP(C)**
Division de la médecine gériatrique, Université d'Ottawa

Also available in English

Printing and French Translation courtesy of / Impression et Traduction en français gracieuseté de:



Pour plus d'information...

Elsina Agyemang
Société Alzheimer d'Ottawa et du comté de Renfrew
1750, chemin Russell, bureau 1742, Ottawa (Ontario) K1G 5Z6
Téléphone : 613-523-4004, poste 131
Courriel : eagyemang@asorc.org

La démence à corps de Lewy

Andrew Frank M.D., B.Sc.H., FRCP(C), Neurologue, troubles cognitifs et comportementaux, Directeur médical, Clinique des troubles de la mémoire, Hôpital Élizabeth-Bruyère, Ottawa, Ontario

Points clés

- Le tableau clinique et les caractéristiques neuropathologiques de la démence à corps de Lewy diffèrent de ceux de la démence de type Alzheimer.
- Le traitement par un inhibiteur de la cholinestérase est efficace dans les cas de démence à corps de Lewy, alors que l'association lévodopa-carbidopa convient davantage en présence de syndrome parkinsonien important.

En présence de déclin cognitif et de démence, il convient d'envisager les causes sous-jacentes suivantes : 1) maladie d'Alzheimer; 2) maladie à corps de Lewy (responsable de la démence à corps de Lewy); 3) dégénérescence frontotemporale (responsable de la démence frontotemporale); 4) maladie vasculaire cérébrale (responsable de la démence vasculaire). Certaines de ces maladies sont souvent présentes en association; on considère alors que le patient est atteint de démence mixte.

La maladie à corps de Lewy correspond à l'accumulation anormale de corps de Lewy, constitués d'alpha-synucléine, à l'intérieur des neurones. L'alpha-synucléine est une protéine qui participe au fonctionnement normal des neurones, mais lorsqu'il y a accumulation, surtout chez les personnes âgées, elle peut perturber le fonctionnement neuronal. L'accumulation d'alpha-synucléine dans le locus niger du tronc cérébral cause la maladie de Parkinson, qui se caractérise par des troubles du mouvement tels que la rigidité et la lenteur, des troubles de la marche, ainsi que le tremblement de repos. Lorsque les corps de Lewy, riches en alpha-synucléine, s'accumulent dans le cortex cérébral, on observe une détérioration de la fonction cognitive, et la démence s'installe.

Le déficit cognitif attribuable à la maladie à corps de Lewy peut s'apparenter à la démence de type Alzheimer, car il se manifeste notamment par une importante détérioration de la mémoire à court terme. Cependant, la démence à corps de Lewy s'accompagne généralement de l'altération graduelle de la fonction visuospatiale (p. ex. désorientation et difficulté à reconnaître des endroits familiers) et de la fonction exécutive (p. ex. difficulté à structurer l'information et à résoudre des problèmes). Lorsque les déficits entraînent la perte d'autonomie fonctionnelle, il est possible de poser le diagnostic de démence à corps de Lewy.

(suite à la page 2)

La démence à corps de Lewy

Pour les raisons exposées précédemment, la démence à corps de Lewy et le syndrome parkinsonien sont susceptibles de coexister. La maladie à corps de Lewy est aussi couramment associée à des hallucinations visuelles, où la personne voit des objets qui n'existent pas. Le fait de voir des personnes ou des petits animaux imaginaires est caractéristique de la démence à corps de Lewy, mais les hallucinations peuvent prendre d'autres formes. L'absence de syndrome parkinsonien et d'hallucinations ne permet pas d'exclure la démence à corps de Lewy, mais peut laisser présager une démence mixte.

On a également établi un lien entre la démence à corps de Lewy et le trouble du comportement en sommeil paradoxal (TCSP). Pendant la phase du sommeil paradoxal, tous les muscles sont normalement paralysés, sauf ceux qui permettent le mouvement des yeux et la respiration, ce qui évite de reproduire physiquement les gestes posés dans les rêves. Chez la personne présentant un TCSP, l'absence de paralysie musculaire donne lieu à de brusques mouvements des bras et des jambes pendant les rêves, ce qui comporte un risque de blessure pour la personne atteinte et celle qui partage son lit.

La démence à corps de Lewy est liée à des fluctuations de l'état cognitif : le déficit cognitif peut sembler s'aggraver, puis s'atténuer de façon remarquable en quelques heures ou en quelques jours. On croit que ces fluctuations sont dues à la dégénérescence des circuits neuronaux de l'éveil et du sommeil. Cette dégénérescence pourrait aussi être responsable du TCSP et des hallucinations visuelles¹.

La démence à corps de Lewy est associée à une sensibilité aux neuroleptiques. Le recours à un antipsychotique atypique (p. ex. Seroquel [quétiapine], Risperdal [rispéridone] ou Zyprexa [olanzapine]) peut s'avérer nécessaire si l'on craint que la personne atteinte se blesse ou blesse ses proches par ses comportements violents. En raison du risque d'effets indésirables découlant de la sensibilité aux neuroleptiques chez les patients atteints de démence à corps de Lewy, on devrait prescrire la dose la plus faible de l'antipsychotique choisi pour le traitement le plus bref possible. Les patients et leurs proches devraient savoir que les neuroleptiques/antipsychotiques comportent un risque accru de manifestations cardiovasculaires et de mortalité chez les personnes atteintes de démence.

Le traitement de la démence à corps de Lewy est le même que celui de la maladie d'Alzheimer, c'est-à-dire que les inhibiteurs de la cholinestérase sont efficaces. Exelon (rivastigmine) est le médicament le mieux étudié dans le traitement de la démence à corps de Lewy². Il est maintenant offert sous forme de timbre transdermique (cette forme n'est cependant pas remboursée par le Programme de médicaments de l'Ontario). D'autres inhibiteurs de la cholinestérase, dont Aricept (donépézil) et Reminyl (galantamine) peuvent s'avérer utiles pour atténuer les symptômes de démence à corps de Lewy liés à la fonction cognitive, au fonctionnement et au comportement.

Chez certains patients, il peut être nécessaire d'administrer un traitement du syndrome parkinsonien par Sinemet (lévodopa et carbidopa) pour améliorer la mobilité et la marche. Le traitement du TCSP par le clonazépam peut aussi s'avérer approprié, mais on doit être particulièrement prudent lorsqu'on prescrit des benzodiazépines à des patients atteints de démence.

En présence de démence, il est toujours indiqué de passer en revue les facteurs de risque vasculaire. Dans les cas de démence modérée ou grave entraînant une perte d'autonomie pour les tâches quotidiennes de base (p. ex. s'habiller ou assurer son hygiène), on peut envisager un traitement par Ebixa (mémantine). Il est essentiel d'aborder la question de l'aptitude à conduire. Le recours à des soins de santé à domicile ou à des services sociaux peut s'avérer fort utile. Enfin, on dirigera le patient vers une clinique spécialisée dans le traitement des troubles de la mémoire si le diagnostic ou le traitement s'avèrent trop difficiles.

L'accumulation d'alpha-synucléine distingue la démence à corps de Lewy de la maladie d'Alzheimer, où l'on observe plutôt l'accumulation de substance amyloïde et de protéine tau. Bien qu'on dispose déjà de traitements utiles dans la démence à corps de Lewy, on ne peut que souhaiter la mise au point de médicaments ciblant la cause fondamentale de la maladie, c'est-à-dire l'accumulation d'alpha-synucléine.

Références

1. Iranzo A et al. Sleep Med Rev. 2009 Dec;13(6):385-401.
2. McKeith I, et al. Lancet. 2000 Dec 16;356(9247):2031-6.

MoCA ou MMSE? : voilà la question

Choisir le bon test pour évaluer le déficit cognitif

Frank Molnar, M.D., FRCP(C),

Division de la médecine gériatrique, Université d'Ottawa

Points clés

- Le MMSE n'est pas assez sensible pour déceler les cas légers; on devrait le réserver aux patients présentant un déficit cognitif et fonctionnel important.
- Le test MoCA, plus sensible, permet de déceler les cas de trouble cognitif léger et de démence légère.

On me demande souvent quel est le meilleur test cognitif entre le MMSE et le test MoCA. À cette question, je réponds qu'il faut utiliser l'outil qui convient à la tâche qu'on doit accomplir. Je serais étonné que le plombier utilise une masse pour réparer un robinet qui fuit, et je le suis tout autant lorsque les résidents que je forme utilisent le mauvais test cognitif pour évaluer un cas donné.

Folstein a mis au point le mini-examen de l'état mental (MMSE) il y a plusieurs décennies. Cet instrument ne tient donc pas compte des critères de démence du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM). Le MMSE met l'accent sur l'amnésie (mémoire à court terme), mais effleure à peine certains critères de démence du DSM tels que l'aphasie (altération du langage perçue par des épreuves telles que nommer des objets ou répéter des énoncés), l'apraxie (trouble visuospatial décelé par l'épreuve consistant à dessiner des pentagones) et l'agnosie (trouble de la reconnaissance discerné par l'épreuve consistant à nommer des objets). Le test ne permet pas de déceler les premiers changements relatifs à ces aspects de la démence ni d'évaluer la fonction exécutive. De plus, le MMSE est protégé par le droit d'auteur, ce qui signifie qu'on devrait en principe payer pour l'utiliser.

Malgré ses lacunes, le MMSE a fait l'objet de nombreuses études et d'une vaste utilisation pratique. Les cliniciens savent mieux ce que signifie un score de 20 au MMSE qu'au test MoCA (Montreal Cognitive Assessment), un inconvénient qui s'atténuera à mesure que les médecins se familiariseront avec le test MoCA et l'intégreront à leur pratique courante. L'utilisation du test MoCA ne comporte aucuns frais, celui-ci n'étant pas protégé par le droit d'auteur pour l'instant.

Outre sa gratuité, pour quelles raisons devrait-on privilégier le test MoCA au MMSE? Ou, selon le principe énoncé en début d'article, comment détermine-t-on quel est l'outil approprié à la tâche qu'on doit accomplir? Je crois que l'auteur du test MoCA, le Dr Ziad Nasreddine, un neurologue montréalais, a formulé des recommandations justes dans un article paru en 2005¹ :

1. Si le patient se plaint d'un déficit cognitif et fonctionnel, il est probablement atteint de démence. Il est alors indiqué de procéder en premier lieu au MMSE, puis au MoCA si le score au MMSE est de 26 ou plus. [Certains médecins administrent le MoCA avec un score de 24 ou plus au MMSE, d'après leur expérience clinique.]

2. Si le patient se plaint de symptômes cognitifs, mais pas de troubles fonctionnels, on est probablement en présence d'une fonction cognitive normale, de trouble cognitif léger ou de démence très légère. Il est alors indiqué de faire passer d'abord le test MoCA, car le MMSE ne serait pas assez sensible pour déceler un trouble cognitif.

Le test MoCA offre d'autres avantages, tels qu'une meilleure mesure de l'apraxie, de l'orientation visuospatiale et de la fonction exécutive, ce qui en fait un outil plus efficace pour déceler les cas de démences associées à ces caractéristiques (p. ex. démence vasculaire, démence à corps de Lewy, démence associée à la maladie de Parkinson et démence frontotemporale).

Souignons également que la correction du résultat en fonction de la scolarité est relativement complexe avec le MMSE, si bien que les cliniciens ne le font généralement pas. Le test MoCA est beaucoup plus simple à cet égard, car il suffit d'ajouter 1 point au résultat si le nombre d'années d'études est de 12 ou moins.

(suite à la page 4)

MoCA ou MMSE? : voilà la question

Je recommande aux cliniciens de visiter le site Web du test MoCA (www.mocatest.org), de le télécharger et de l'utiliser en le comparant au MMSE. Ils pourront ainsi se familiariser avec l'outil et en apprécier les forces et les faiblesses relativement au MMSE. Le site Web comporte le test MoCA et les instructions nécessaires à son utilisation, en plusieurs langues, ainsi qu'une liste à jour des études en validant l'efficacité.

Si le sujet vous intéresse, je vous invite à prendre une heure de votre temps pour passer en revue une présentation comparant les caractéristiques psychométriques du test MoCA et du MMSE, à l'adresse suivante :

www.rgpeo.com/en/Education/cwr_archives.php

N'oubliez pas : on doit utiliser l'outil qui convient à la tâche qu'on doit accomplir.

Référence

1. Nasreddine et al. The Montreal Cognitive Assessment, MOCA: A brief Screening Tool for Mild Cognitive Impairment. Journal of the American Geriatrics Society 2005; 53: 695-699

Premier lien^{MD}

Votre partenaire dans le soutien aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres types de démence.

Le programme Premier lien^{MD}, à l'origine un projet pilote de la Société Alzheimer d'Ottawa et du comté de Renfrew (2002), est aujourd'hui offert dans 25 sections de la Société Alzheimer en Ontario. Les Lignes directrices de la Conférence canadienne de consensus sur le diagnostic et le traitement de la démence (Hogan et al., 2007), rédigées par 45 experts du domaine médical, recommandent que les professionnels de la santé de première ligne se servent du programme Premier lien^{MD} pour fournir du soutien aux personnes atteintes de démence et à leur famille.

Inscrire un patient au programme Premier lien^{MD} est conforme aux meilleures pratiques, et vous fera économiser du temps et de l'énergie.

C'est tout simple : envoyez le formulaire d'adhésion par télécopieur, au 613-523-8522, ou appelez le 613-523-4004, ou encore inscrivez vos patients en ligne à l'adresse

www.alzheimer-ottawa-rc.org

Vos patients recevront alors :

- un appel téléphonique leur offrant de l'information et du soutien;
- une trousse d'information sur la maladie d'Alzheimer et les autres types de démence;
- la possibilité de s'inscrire à une série progressive de séances d'éducation;
- de l'information sur les différents services offerts dans leur communauté;
- un suivi continu tout au long de leur maladie.

Pour obtenir plus d'information, consultez le site Internet www.alzheimer-ottawa-rc.org.

Saviez-vous que...

Vous pouvez télécharger tous les numéros antérieurs du Bulletin sur la démence destiné aux médecins sur le site Internet du Réseau de la démence de la région Champlain à www.champlainedementianetwork.org

DONNEZ-NOUS VOTRE AVIS

- Énumérez les sujets que vous aimeriez retrouver dans les prochains numéros du Bulletin sur la démence destiné aux médecins.

- _____
- _____
- _____
- _____

- Faites-nous part de tout commentaire concernant le bulletin.

- _____
- _____
- _____
- _____

Veillez retourner votre réponse à info@asorc.org ou par télécopieur, au 613-523-8522.

Épargnez du temps et des arbres
en vous abonnant au
bulletin électronique!

Mon adresse courriel est la suivante :

MERCI!

Le Réseau de la démence de la région Champlain tient à remercier Janssen-Ortho, Novartis et Pfizer de leur soutien dans la publication de ce numéro du Bulletin sur la démence destiné aux médecins.





RÉSEAU DE LA DÉMENCE DE LA RÉGION DE CHAMPLAIN PROGRAMME D'ÉDUCATION SUR LA DÉMENCE destiné aux MÉDECINS DE FAMILLE

Ce programme répond aux critères d'agrément du Collège des médecins de famille du Canada et a été agréé pour les crédits Mainpro-M1 et jusqu'à 1,0 crédit Mainpro-C.

Planification des séances : Les séances, adaptées aux besoins des participants, sont individuelles ou collectives; elles durent de 40 à 60 minutes. Un formateur peut s'adresser sur votre lieu de travail à un groupe de 4 à 6 participants dans le cadre d'un déjeuner-causerie ou d'un dîner-causerie.

Médecins formateurs :

D^{re} Anna Byszewski, D^r Bill Dalziel, D^{re} Barbara Power, D^{re} Inge Loy-English, D^r Andrew Frank et D^{re} Louise Carrier

Veillez indiquer (en classant de 1 à 4) les domaines d'intérêt pour votre séance.

1. _____ Dépistage précoce du déficit cognitif
2. _____ Distinction entre déficit cognitif léger, vieillissement normal et démence
3. _____ Méthode pratique d'évaluation de la démence en cabinet, en 3 à 5 consultations (trousse d'information sur la démence)
4. _____ Diagnostic des démences plus rares : démence à corps de Lewy, démence frontotemporale
5. _____ Démarche de prise en charge de la démence vasculaire, de la démence mixte (de type Alzheimer et de type vasculaire en concomitance) et des « facteurs de risque »
6. _____ Notions de base pour l'instauration d'un traitement par un inhibiteur de la cholinestérase
7. _____ Surveillance de la réponse aux inhibiteurs de la cholinestérase
8. _____ Stratégies de substitution : pour les patients qui ne tolèrent pas le premier inhibiteur de la cholinestérase ou qui n'y répondent pas
9. _____ Évaluation de l'aptitude à conduire (trousse d'information sur la conduite automobile et la démence)
10. _____ Comportements et symptômes psychologiques propres à la démence
11. _____ Annonce du diagnostic
12. _____ Démence grave
13. _____ Autre

PLANIFICATION ET PRISE DE CONTACT

Planification des séances :

Entretien individuel

Petit groupe

Heure privilégiée pour le début de l'activité (veuillez indiquer 2 ou 3 jours de la semaine ou dates, y compris l'heure)

Nom:

Adresse:

Code postal :

Téléphone:

Télécopieur:

Courriel:

Veillez envoyer ce formulaire par télécopieur à la Société Alzheimer d'Ottawa et du comté de Renfrew, au 613-523-8522.

Nous sommes très reconnaissants de la subvention à l'éducation accordée sans restriction par Novartis, Pfizer et Janssen-Ortho.