

LES ETATS DEMENTIELS

I/ Définition

Démence = maladie, affection cérébrale.

La démence résulte d'une affection cérébrale qui détériore les fonctions cognitives, compromettant l'adaptation et altérant la personnalité du sujet (Signoret, 1991)

OMS, 1986 :

La démence est une détérioration globale, acquise, des fonctions supérieures incluant :

- la mémoire
- la capacité à résoudre les problèmes de la vie de tous les jours
- la capacité à maintenir les performances sensitivo motrice
- la capacité à utiliser correctement l'environnement social, ne serait ce que sur le plan du langage et de la communication
- la capacité à contrôler ses réactions émotionnelles

Etat progressif, pas nécessairement irréversible

II/ Epidémiologie

- environ 400 000 déments en France
- 70 000 nouveau cas / an
- nombre sous évalué de personnes atteinte de démence

III/ Clinique

La démence = début progressif, insinueux ; difficultés à dater le début de la maladie

1. Les troubles de la mémoire

D'abord pour les faits récents. La capacité d'apprentissage diminue.

Plus tard : les troubles de la mémoire touchent les faits anciens ; les gens répètent souvent les mêmes choses.

La **mémoire procédurale** (= mémoire des gestes) reste intact.

2. Les troubles du langage

Aphasie +/- précoce ; au début : troubles de la dénomination, puis

remplacement d'un mot par un autre ; troubles du calcul.

3. L'apraxie

Troubles de l'utilisation des objets : difficultés d'habillage, ...

4. L'agnosie

Difficultés dans la reconnaissance des objets abstraits (logos, panneaux, ...) ; puis plus tard, dans la reconnaissance des visages.

5. La désorientation

Surtout dans la durée, et dans l'espace.

6. Les troubles de l'humeur

Avec épisode dépressif, anxiété (difficultés à gérer son quotidien), apathie, repli sur soi, quelque fois : jovialité

7. Les troubles du caractère

Irritabilité, indifférence.

8. Les troubles de l'efficacité intellectuelle

Difficultés d'organisation, de rangement

9. L'anosognosie

= ne pas se rendre compte de son état

10. Les troubles du comportement

- dépression, apathie, désintérêt
- troubles d'hyperactivité : déambulation, agitation
- troubles du sommeil : éveils au cours de la nuit, réveil précoce, inversion jour / nuit, cauchemars
- errances / fugues
- idées délirantes, idées de persécution, idées d'abandon, délire de jalousie
- hallucinations, illusions
- troubles du comportement alimentaire : anorexie, grignotage, polyphagie
- troubles du comportement sexuel : diminution de l'activité sexuelle, exhibition

IV/ Diagnostic

1. Interrogatoire

du patient et de l'entourage :

- savoir ce que le patient ressent, ce qu'il peut dire, ...
- l'entourage complète ce qu'a dit le patient
- mesurer les troubles du patient, leur évolution
- aider l'aidant naturel
- évaluer le comportement du patient

2. Examen clinique complet

3. Evaluation neuropsychologique

- entretien + tests qui vont permettre de mesurer les capacités intellectuelles
- permet le diagnostic et un suivi évolutif
- entretien = retentissement des troubles sur l'humeur, dépression surajoutée, ...

4. Paraclinique

- examens biologiques : thyroïde, vitamines B12 – folates, sérologie
- examens morphologiques : TDM, IRM permettent le diagnostic différentiel
- EEG, scintigraphie cérébrale : cas particulier

V/ Diagnostic différentiel

1. Ne sont pas des démences

- la dépression : perte des initiatives, troubles de la mémoire, ralentissement, tristesse, troubles du sommeil ; pas de troubles de l'orientation. Si doute : traitement anti- dépresseur
- la confusion : défaillance aiguë du fonctionnement cérébral ; troubles de la vigilance ; en principe = réversible ; parfois intriqué avec une démence
- troubles de mémoire lié à l'âge : personnes de plus de 50 ans ; plaintes pour troubles de mémoire isolé, anxiété ; entre le normal et les pathologique ; personnes à surveiller

2. Sont des démences curables

- hydrocéphalie à pression normale : difficulté dans la circulation et réabsorption du LCR ; troubles de la marche, incontinence urinaire, puis plus tard : troubles cognitifs
- hématome sous dural : collection de sang entre les méninge ; troubles de la marche, hémiplégie ; faire un TDM
- hypothyroïdie

VI/ Les démences dégénératives

Elles sont dues à une destruction des neurones :

- démences corticales : destruction des neurones du cortex (maladie d'Alzheimer, démences frontales comme la maladie de Pick, démences fronto-temporales)
- démences sous corticales : destruction de s neurones des noyaux gris centraux (maladie de Parkinson, chorée de Huntington qui est une maladie génétique héréditaire, démence à corps de Levy)

VII/ Les démences vasculaires

Elles sont liées à des troubles de la circulation sanguine au niveau du cerveau

VIII/ Les démences mixtes

Ce sont des démences vasculaire et dégénérative

IX/ Les démences infectieuses

- SIDA
- maladie de Creutzfeldt Jacob

X/ Les démences alcooliques et les démences pugilistiques (= traumatismes répétés)

XI/ Description de certaines démences

- la démence de type Alzheimer = la plus fréquente des causes de démence ; représente environ 60% des patients atteints de démence.
Pour faire le diagnostic : anatomopathologie du cerveau. Perte neuronale surtout au niveau du cortex temporal et de l'hypocampe / plaques séniles (= dépôt de protéines en amas) / dégénérescence neurofibrillaires / diminution de neurotransmetteurs comme l'acétylcholine.
Facteurs de risque = l'âge (> à 75 ans), le sexe (touche plus les femmes), antécédents familiaux, HTA, faible niveau d'étude, ...
- la démence fronto- temporale ; ex : la maladie de Pick, assez rare, touche les hommes, vers 50 ans = troubles du comportement, désinhibitor, jovialité, mauvaise hygiène, boulimie, grignotage, hypersexualité, mémoire et orientation conservés plus longtemps ; pas de traitement spécifique
- la démence à corps de Levy ; précocement : troubles de la marche, chutes ; syndrome extra- pyramidal (figé, hypertonie) ; hallucinations (surtout visuelles) ; évolution rapide ; grabatisation ; ne pas donner de neuroleptiques car aggravation de l'état +++
- les démences vasculaires = liés à des troubles de la circulation sanguine ; aggravation par pallier ; très lié à : l'HTA, cholestérol, tabac, ...
Clinique = syndrome pseudo- bulbaire (troubles de la déglutition, fausses routes) ; rires éplorés spasmodique, hyperémotivité
Faire un TDM pour faire la différence avec une démence de type Alzheimer
- la maladie de Creutzfeld Jacob = longtemps asymptomatique ; transmission par un prion (protéine) ; touche les personnes d'environ 50 ans ; rare ; évolution rapide ; dégénérescence des neurones ; non contagieux
Clinique = troubles du sommeil, dépression atypique, troubles de la marche, myoclonie (= secousses musculaires)

X/ Prise en charge

1. principes

- démence = pathologie évolutive et irréversible
- les soignants doivent accompagner le patient et la famille
- modifications des relations patient- entourage
- organiser, aménager le quotidien pour rendre la vie supportable

2. Le début de l'évolution

- poser le diagnostic précocement ; alerter l'entourage ; adresser le patient à une consultation mémoire ; échelle de Lawton = évaluer les possibilités des gens dans la vie quotidienne
- annoncer le diagnostic : à qui? (au patient, à la personne ressource)
- le traitement = des anticholinestérasiques (= Aricept, Exelon, Reminyl) qui empêchent la destruction de l'acétylcholine ; ttt coûteux avec des effets secondaires (troubles digestifs, bradycardie) / des agonistes NMDA (= Ebixa) qui ont une action sur le glutamate ; peut provoquer des crises d'épilepsie ; ttt coûteux / prise en charge non spécifique = ttt de l'HTA ; éviter les médicaments qui diminuent l'acétylcholine ; Ditropan (donné quand fuites urinaires)
- suivi : assuré par le médecin généraliste ; aide, soutien au patient et à l'aidant naturel

3. au cours de l'évolution

- organiser, adapter l'environnement
- stimuler les capacités restantes
- ne pas faire à leur place ce dont ils sont capable de faire
- la majorité des déments vivent à domicile
- environ 1/4 vivent chez leur enfant
- aides à domicile à mettre en place rapidement ; car ensuite : difficultés à introduire un tiers
- aide aux aidants : grande souffrance morale ; inversion du rôle parent / enfant ; informer sur les possibilités d'accueil (accueil de jour, hébergement temporaire, ..) et sur les associations
- gestion des troubles du comportement : rechercher un facteur déclenchant
- institution : accueil de jour ; structures spécifique (ex : unité Alzheimer)