



Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement
INSERM U593
Université Victor Segalen Bordeaux 2, France

F – C.M.R.R. -SF

Fédération des
Centres Mémoire de Ressources et de Recherche du
Sud de la France

Biblionet

Bulletin bibliographique critique sur la maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés

Volume 1, Numéro 9 (septembre 2004)

Nombre de références lues pour ce numéro : 651

Nombre de références retenues pour ce numéro : 15

La veille bibliographique est réalisée chaque semaine à partir des revues de sommaires des trois éditions des **Current Contents**, éditées par l'Institute for Scientific Information (Philadelphia, USA) : Clinical Medicine ([1188 périodiques](#)), Life Sciences ([1416 périodiques](#)) et Social & Behavioral Sciences ([1688 périodiques](#)) qui répertorient la littérature scientifique internationale. L'équation de recherche utilisée est : **Alzheimer or dementia or mild cognitive impairment**.

Accès aux documents (réservé aux CMRR et à leurs réseaux de CMP et de spécialistes) : tous les textes des articles présentés sont disponibles en format pdf sur demande à : Evelyne.Mouillet@isped.u-bordeaux2.fr

Une base de données est enrichie chaque mois des informations présentées dans les bulletins, **base et bulletins sont disponibles sur Internet à l'adresse suivante** : <http://www.isped.u-bordeaux2.fr>, **rubrique Biblionet** (Services en ligne).

Mots-clés, chaque référence a été indexée avec ces descripteurs spécifiques : Autre démence, Comprendre la maladie, Diagnostiquer, Evaluer l'impact de la maladie en Santé Publique, Imagerie, Informer le patient et son entourage, Maladie d'Alzheimer, MCI, Prévenir, Prescrire, Pronostiquer, Suivre et prendre en charge le patient.

Format de la référence (par ordre alphabétique d'auteur)

Auteur(s). **Titre**. Source.

Adresse de l'auteur référent (si disponible)

Analyse critique (titre traduit, synthèse, commentaires)

Analysé par (lecteur de l'article)

[Accès au résumé anglais](#) (lien sur le résumé de l'auteur)

Mots-clés



1. Argimon JM, Limon E, Vila J and Cabezas C. **Health-related quality of life in carers of patients with dementia.** Family Practice 2004;21 (4): 454-457.

Adresse de l'auteur référent: Servei Catala de la Salut, Spain. jargimon@catsalut.net

Analyse critique: La qualité de vie liée à la santé chez les aidants de déments.

Synthèse

Justification. Les aidants de déments vivent des niveaux élevés de stress qui peuvent, en retour, affecter leur santé mentale. Objectif. Evaluer la qualité de vie, liée à la santé, des aidants de déments (conjoints, parents adultes autres que des professionnels de la santé) comparés à un échantillon de la population générale identique quant à l'âge et au sexe. Méthode. Etude transversale réalisée dans 37 centres de santé espagnols (Catalogne). Les aidants (n = 181 ; 78% de femmes, moyenne d'âge : 63 ans) des patients déments sont comparés à un échantillon de 543 individus pris au hasard dans la population générale, appariés quant à l'âge et au sexe. Tous sont évalués avec le questionnaire SF-36, qui est une mesure générique de l'état de santé. Principaux résultats. S'il n'existe pas de différence pour la catégorie " activités physiques ", les soignantes ont des scores plus bas que les femmes de la population témoin sur 7 des 8 échelles du SF-36. Les différences les plus significatives sont observées dans la résistance émotionnelle pour accomplir les tâches quotidiennes, la santé mentale générale et la douleur physique. Les aidants, quant à eux, ont des scores plus élevés dans la catégorie " activités physiques " ; mais ils ne présentent pas de différences pour les autres échelles. Conclusion. Comparées aux femmes de la population générale, les soignantes des patients déments vivent une diminution importante de leur niveau de qualité de vie.

Commentaires

Le SF-36 (36-item short-form) est un questionnaire de qualité de vie généraliste qui permet d'évaluer la santé physique et mentale d'un individu à l'aide de 36 questions relatives à huit aspects de la santé : activités physiques, activités sociales, résistance (morale) physique et émotionnelle pour les tâches quotidiennes, douleur physique, santé mentale générale, vitalité, perception de l'état de santé en général. Il est bien validé, largement utilisé au niveau international, facile d'utilisation, souvent proposé en complément de bilans plus spécifiques. L'employer pour évaluer le bien-être des aidants des déments était donc justifié ; mais on manque, par contre, d'éléments de comparaison puisque le SF-36 semble être utilisé pour la première fois sur ce type de population. Les résultats confirment des données déjà connues sur la plus grande vulnérabilité des aidantes, par rapport aux aidants (p.ex. : Croog et al, 2001). C'est le principal résultat à retenir dans cette recherche, qui s'en tient, au niveau statistique, à des moyennes, des écart-types, des U de Mann et Whitney. Le sexe est le seul facteur considéré, alors qu'il est également question de données " sociodémographiques " obtenues lors " d'un questionnaire structuré ". On aurait bien aimé connaître le " poids " d'autres facteurs (celui du niveau d'études, p.ex.). A défaut d'être fait avec les hommes (population trop petite), ceci aurait pu être fait avec les femmes.

Analysé par: Jean Bouisson, CMRR Aquitaine

[Accès au résumé anglais](#)

Mots-clés: Démence, Suivre et prendre en charge le patient

2. Blass DM, Hatanpaa KJ, Brandt J, Rao V, Steinberg M, Troncoso JC and Rabins PV. **Dementia in hippocampal sclerosis resembles frontotemporal dementia more than Alzheimer disease.** *Neurology* 2004;63 (3): 492-497.

Adresse de l'auteur référent: Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, The Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, MD, USA. dmblass@jhmi.edu

[Accès au résumé anglais](#)

Mots-clés: Maladie d'Alzheimer, Comprendre la maladie

2bis. Hatanpaa KJ, Blass DM, Pletnikova O, Crain BJ, Bigio EH, Hedreen JC, White CL and Troncoso JC. **Most cases of dementia with hippocampal sclerosis may represent frontotemporal dementia.** *Neurology* 2004;63 (3): 538-542.

Adresse de l'auteur référent: Department of Pathology, University of Texas Southwestern Medical School, Dallas 75390-9073, USA. Kimmo.Hatanpaa@UTSouthwestern.edu

[Accès au résumé anglais](#)

Mots-clés: Démence, Démence frontotemporale, Sclérose hippocampique, Comprendre la maladie

2ter. Lippa CF and Dickson DW. **Hippocampal sclerosis dementia - Expanding the phenotypes of frontotemporal dementias?** *Neurology* 2004;63 (3): 414-415.

Adresse de l'auteur référent: Department of Neurology, Drexel University College of Medicine, 3300 Henry Avenue, Philadelphia, PA 19129; e-mail: carol.lippa@drexel.edu

Mots-clés: Sclérose hippocampique, Démence frontotemporale, Comprendre la maladie

Analyse critique des deux articles(2, 2bis) et de leur éditorial (2ter) publiés dans le même numéro de Neurology : **1.** La démence avec sclérose hippocampique ressemble plus à la démence frontotemporale qu'à la maladie d'Alzheimer. **2.** La plupart des cas de démence avec sclérose hippocampique seraient des démences frontotemporales. **3.** La démence avec sclérose hippocampique Une expansion des phénotypes des démences frontotemporales ?

Synthèse

1. La démence avec sclérose hippocampique

Introduction. Une sclérose hippocampique est fréquemment retrouvée chez les sujets âgés déments, quelle qu'en soit la cause. La démence avec sclérose hippocampique (DSH) pure caractérise une démence avec SH sans aucune autre neuropathologie expliquant la démence. La prévalence de la DSH est de 0.3 à 2% selon les séries autopsiques de patients déments. Certains auteurs auraient suggéré une parenté avec la démence sans histologie spécifique (*dementia lacking distinctive histology*) dont le phénotype est une démence frontotemporale (DFT). L'étiologie de la DSH est inconnue. La clinique des démences associées à une SH est variable, mais le plus souvent atypique pour une maladie d'Alzheimer (MA). Méthode. Etude rétrospective cas-témoins de tous les cas de DSH d'une banque de donnée autopsiques de 1985 à 2002 (John Hopkins), avec les questions suivantes : les données cliniques sont-elles en faveur d'une DFT ou d'une MA ? Dans l'article accompagnant les auteurs ont voulu réexaminer les cas sur le plan purement neuropathologique pour savoir si la DSH confirmerait son lien avec la DFT. Dix-neuf cas de DSH pure ont été retrouvés. Les deux groupes de comparaison étaient 24 patients atteints de diverses formes neuropathologiques de DFT, et 19 cas de MA, appariés sur age, sexe, éducation et age de début de la démence aux cas de DSH. Deux des investigateurs, en aveugle du diagnostic final, ont relevé les signes comportementaux et psychiatriques appartenant à la MA et/ou aux DFT systématiquement dans les dossiers. Les tests neuropsychologiques étant le plus souvent absents, seul le MMS a été relevé. Les symptômes ont été divisés en 4 groupes : comportementaux, cognitifs, psychiatriques, et présence ou non d'un mutisme. Résultats Les 3 groupes de patients étaient comparables pour les principales variables démographiques. En comparant les pourcentages de patients présentant un symptôme donné à un moment quelconque de la maladie, on constate que les patients DSH et DFT ont un profil proche, et différent de celui des patients MA. Ceci est vrai aussi bien pour les symptômes cognitifs que comportementaux et psychiatriques. En appliquant les critères de McKhan pour les DFT, 57, 2% des DSH étaient compatibles avec des DFT, dont la moitié de DFT seule et la moitié DFT et MA possible.

Conclusion : le spectre des DFT, dans lequel le phénotype clinique ne prédit pas une neuropathologie spécifique, s'étend peut-être aussi aux DSH. Le mécanisme par lequel une SH s'accompagnerait de troubles psychocomportementaux pourrait être une déconnection (région CA1 de l'hippocampe projetant sur le cortex orbitofrontal).

2. Les démences avec sclérose hippocampique seraient des démences frontotemporales

Méthode. Les auteurs reprennent 18 cas autopsiés de DSH, décrits dans l'article précédent. Aucun patient n'a eu de signes d'atteinte de la corne antérieure. Les groupes de comparaison sont cette fois 6 patients MA et 13 sujets non déments, sans anomalies neuropathologiques. Résultats. Tous les patients DSH ont une atrophie macroscopique et une perte neuronale des régions CA1 et du subiculum (par définition) . Cette perte neuronale s'étend parfois au pôle temporal, aux régions temporales mésiales, rarement à la région orbitofrontale. Aucun cas n'a de critères de MA, de lésions vasculaires, de corps de Lewy. Chez 11 des 18 patients, des inclusions ubiquitine +, tau - dans le gyrus denté de l'hippocampe, signe " distinctif " de démence frontotemporale avec atteinte du motoneurone. De fait, en reprenant 22 cas de DFT avec atteinte du motoneurone, une SH est présente dans 7 cas. Conclusion. Beaucoup de cas de DSH seraient des DFT avec atteinte du motoneurone.

3. L'éditorial souligne que la force de l'étude repose sur le fait qu'il s'agit de cas purs de SH, la plupart des autres études incluant des patients ayant des atteintes neuropathologiques associées. La clinique est plutôt proche de celle de certaines DFT, et inversement on a retrouvé des SH chez les patients DFT sans histologie spécifique, ce qui concorde bien avec l'hypothèse des auteurs. Le fait de retrouver des inclusions ubiquitine + chez des patients non différents cliniquement de ceux qui n'ont pas d'inclusion supporte le fait que c'est la localisation des lésions qui fait le tableau clinique et non leur nature. Les points faibles de l'étude sont la pauvreté d'examen neuropsychologiques, et surtout le caractère rétrospectif de l'examen des données. En résumé, la DSH reste un syndrome d'étiologies potentiellement diverses.

A noter que l'éditorial s'ouvre sur la phrase suivante : "Rarement considéré dans le diagnostic différentiel des démences, même par des spécialistes de neurologie cognitive, la sclérose hippocampique pourrait être la première cause de démence quand elle survient dans la population âgée".

Commentaires

Cette étude a pour point de départ des constatations neuropathologiques, et se propose ensuite d'appliquer des critères cliniques à des patients autopsiés. La méthode n'est pas sans risque, d'autant que la neuropsychologie joue un rôle important dans le diagnostic différentiel des démences ; ici, seul le MMS est considéré, ce qui est notoirement insuffisant. Les données comportementales et psychiatriques sont plus étoffées, bien qu'aucun instrument standardisé ne soit utilisé. Les conclusions sont peut-être un peu tranchées par rapport aux données : sur 14 sujets DSH qui ont pu être classés : 4 ont un profil clinique de DFT seule, 4 de DFT et Alzheimer possible, 5 un profil Alzheimer probable ou possible et 1 d'autre démence. C'est peu pour affirmer que la DSH ressemble plus à la DFT qu'à la MA, et sur un nombre si limité de patients. Dans le deuxième article on apprend que la DSH est même spécifique d'une forme particulière de DFT associée à une atteinte du motoneurone, cependant l'absence de signes neurologiques font que les régions concernées n'ont pas été examinées neuropathologiquement. Cette étude laisse le clinicien perplexe. Et surtout elle ne permet pas de voir comment évoquer plus souvent cliniquement la présence d'une DSH neuropathologique. Elle souligne encore la complexité des relations clinique/neuropathologie et l'hétérogénéité des DFT. La première phrase de l'éditorial reste mystérieuse. La nécessité d'études prospectives, qui seules pourraient clarifier les choses, est évidente.

Analysé par: Sophie Auriacombe, CMRR Aquitaine

3. Calero MD and Navarro E. **Relationship between plasticity, mild cognitive impairment and cognitive decline.** Archives of Clinical Neuropsychology 2004;19 (5): 653-660.

Adresse de l'auteur référent: Department of Personality, Psychological Assessment and Treatment, School of Psychology, Facultad de Psicología, Universidad de Granada, Campus La Cartuja, University of Granada, 18071 Granada, Spain. mcalero@ugr.es

Analyse critique: Lien entre plasticité, MCI et déclin cognitif.

Synthèse

Introduction. La plasticité cognitive est définie comme la capacité à apprendre reflétée par l'amélioration des performances après entraînement. Dans le vieillissement normal, l'existence d'un tel phénomène a été démontrée. Selon les travaux de Baltes, cette capacité serait réduite chez des personnes présentant une démence ou à risque de démence mais des études ont montré que dans certaines conditions, des sujets MCI mais aussi déments sont capables d'apprendre. Les auteurs font l'hypothèse qu'une plasticité cognitive préservée pourrait être un indicateur de l'évolution du déclin cognitif chez des sujets présentant un MCI.

Méthodes. La capacité d'apprentissage a été mesurée au moyen du *Auditory Verbal Learning Test of Learning Potential* (AVLT-PT), version des mots de Rey adaptée pour mesurer la capacité d'apprentissage. Cette épreuve consiste à apprendre une liste de 15 mots en 6 essais ; les 2 premiers essais constituent la phase de présentation, les 2 essais suivants correspondent à la phase d'entraînement et de renforcement (avec répétition des mots manquants...) et les 2 derniers constituent les essais post-entraînement où l'on mesure l'apprentissage. On estime qu'il y a apprentissage lorsque l'amélioration du score (différence post - pré entraînement) est supérieure à 1,5 ET du score obtenu à la phase de pré-entraînement.

203 sujets âgés considérés MCI ont été recrutés dans des centres de consultation externe et des unités de long séjour de la région de Grenade. En plus du AVLT-PT, les sujets ont été évalués au moyen du MEC, version espagnole du MMS. L'échantillon a été divisé en 2 groupes (sujets MCI et non-MCI) en fonction de leur score au MEC (seuil établi par des études normatives antérieures). 55 sujets ont été revus à 1 an et 23 à 2 ans.

Résultats. Il existe une amélioration du score post-entraînement dans les groupes MCI et non-MCI. Les proportions de sujets ayant présenté un apprentissage sont équivalentes dans les deux groupes (environ 50 %). Dans le sous-échantillon de sujets revus 1 an plus tard, il n'y a pas de déclin au MEC alors qu'à 2 ans, il existe une baisse significative. Une analyse en sous-groupes montre que ceux qui ont présenté une amélioration à la AVLT-PL lors de l'évaluation initiale ne baissent pas au cours des 2 ans de suivi alors que ceux qui n'ont pas présenté d'amélioration connaissent une baisse significative de 9 points au MEC.

Conclusion. Globalement, les sujets MCI ont donc tiré bénéfice de l'entraînement en améliorant leurs performances à une tâche de mémoire, témoin d'une plasticité cognitive encore possible chez ces sujets. Les auteurs concluent que l'absence de plasticité ne peut être considérée comme un critère diagnostique du MCI. En revanche, elle pourrait être un indicateur du devenir d'un patient MCI.

Commentaires

L'hypothèse de départ est intéressante et les résultats obtenus vont dans ce sens mais on regrette que si peu de sujets aient pu être suivis 2 ans après. La sélection des sujets MCI ainsi que la procédure scindant le groupe en deux sous-groupes MCI et non MCI (sur le score MMS) sont contestables et constituent des faiblesses importantes de ce papier. De même, la procédure déterminant si un sujet présente un apprentissage ou non n'est pas claire.

Ces résultats suggèrent néanmoins que les sujets MCI conservent une certaine plasticité cognitive, capacité sur laquelle les programmes de "stimulation cognitive" peuvent s'appuyer ; chez un sujet encore capable de plasticité, on peut postuler que plus il est stimulé, plus il apprend, et plus il apprend, moins il est proche de la démence... Cette hypothèse reste à être clairement démontrée.

Analysé par: Hélène Amieva, CMRR Aquitaine

[Accès au résumé anglais](#)

Mots-clés: MCI, Neuropsychologie, Comprendre la maladie

4. Cantegreil Kallen I, Lieberherr D, Garcia A, Cadilhac M, Rigaud AS and Flahault A. **Detection of Alzheimer's disease in general medicine: preliminary results of a Sentinelles general practitioner's network survey.** Revue de Médecine Interne 2004;25 (8): 548-555.

Adresse de l'auteur référent: Service de gerontologie clinique, hopital Broca, AP-HP, 54-56, rue Pascal, 75013 Paris, France. icantegreil@wanadoo.fr

Analyse critique: La détection de la maladie d'Alzheimer par le médecin généraliste : résultats d'une enquête préliminaire auprès des médecins du réseau sentinelles.

Synthèse

Les auteurs ont analysé en 2002 les pratiques diagnostiques de la maladie d'Alzheimer (MA) par un questionnaire postal auprès de 1176 médecins généralistes (MG) participant à un réseau sentinelle national français géré par l'U444 de l'INSERM. 43% des médecins ont répondu à ce questionnaire. L'étude est essentiellement descriptive mais fournit des données originales en France sur l'attitude des médecins face à la maladie d'Alzheimer. Le médecin a rapporté avoir vu 1,5 nouveaux cas de MA dans l'année écoulée (alors que les estimations pour 2002 en population générale donne 2,2 à 2,3 nouveaux cas par médecin) ce qui équivaut à une non médicalisation initiale d'un tiers des cas seulement. Par contre il ne suit régulièrement que 4 cas, alors que les estimations donnent 12 cas par médecin, ce qui équivaut à une sous-médicalisation au cours du suivi de deux tiers des cas. 76% des médecins utilisent le MMS et 32% une échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL). 91% des MG ont adressé leur patient en consultation spécialisée le plus souvent chez un neurologue et dans 23% des cas dans une Consultation Mémoire de Proximité (CMP). Une imagerie cérébrale est prescrite dans 72% des cas. L'annonce du diagnostic est faite par le MG dans plus de la moitié des cas mais le terme Maladie d'Alzheimer n'est prononcé que dans 12% des cas.

Commentaires

Ces données sont très utiles pour la constitution de dossier de réseau ou le renforcement des CMP. Elles montrent que si les procédures diagnostiques initiales se sont nettement améliorées depuis 10 ans (l'utilisation du MMS est par exemple passée de 19% des MG à 76%), le suivi des patients est encore très nettement déficient. La limite principale de cette enquête, soulignée par les auteurs est le défaut de représentativité de l'échantillon répondant (médecins sentinelles motivés, taux de réponse bas). Cependant, la comparaison avec des enquêtes antérieures ou futures de même type reste valide.

Analysé par: Jean François Dartigues, CMRR Aquitaine

[Accès au résumé anglais](#)

Mots-clés: Maladie d'Alzheimer, Diagnostiquer

5. Coon DW, Rubert M, Solano N, Mausbach B, Kraemer H, Arguelles T, Haley WE, Thompson LW and Gallagher Thompson D. **Well-being, appraisal, and coping in Latina and Caucasian female dementia caregivers: findings from the REACH study.** *Aging and Mental Health* 2004;8 (4): 330-345.

Adresse de l'auteur référent: D.W. Coon, PhD, Institute on Aging, 3330 Geary Blvd., 2 East, San Francisco, CA 94118, USA. dcoon@ioaging.org.

Analyse critique: Bien-être, évaluation, et adaptation chez des aidants familiaux de personnes âgées démentes, de type féminin et d'origine hispanique et caucasienne : données de l'étude REACH.

Synthèse

Introduction. Les études actuelles sur les aidants familiaux de personnes âgées démentes se centrent principalement sur l'impact psychologique et physique de la prise en charge. Peu de recherches prennent en compte l'origine ethnique. Les études futures doivent donc évaluer dans quelle mesure l'impact de l'accompagnement d'une personne âgée démente peut varier chez des aidants familiaux d'origine ethnique différente. Cette étude porte sur deux populations, culturellement différentes : la population caucasienne et hispanique. Le but de cette recherche est d'évaluer l'influence des facteurs socio-culturels sur le bien-être, l'évaluation et les processus d'adaptation des aidants familiaux face à l'aide apportée. Méthodes. Cette étude inclue des aidants familiaux de sexe féminin, d'origine hispanique et caucasienne, provenant de deux sites distincts du projet REACH (*Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health*). Différentes données ont été considérées : a. Caractéristiques démographiques : âge, statut marital, origine et groupe ethnique, niveau d'éducation, profession, lieu de résidence, lien de parenté avec la personne aidée ; b. Facteurs de stress liés à l'aide : niveau d'incapacités fonctionnelles de la personne aidée (IADL, ADL), niveau cognitif (MMSE), troubles du comportement (RMBPC) et répercussions sur l'aidant ; c. Santé mentale de l'aidant : dépression (CES-D), anxiété (STAI), médication (psychotropes) ; d. Santé physique de l'aidant : évaluation subjective de la santé, évaluation de comportements " non sains " (alimentation, consommation d'alcool, manque d'exercice, prise de poids, et consommation de tabac) ; e. Jugements : évaluation de l'impact des troubles comportementaux, évaluation des bénéfices de l'aide apportée ; f. Pratique religieuse et épanouissement culturel

Des analyses de régression multiples, linéaires et logistiques, ont été effectuées, en considérant l'origine ethnique, le site géographique, et le niveau culturel.

Résultats et discussion. Les différences trouvées dans les caractéristiques démographiques entre les deux groupes ethniques étaient comparables à celles rapportées dans la revue de littérature. Par exemple, les aidants d'origine hispanique ont un niveau d'éducation plus bas que les aidants d'origine caucasienne. De plus, ils estiment le niveau d'incapacités et des troubles comportementaux du patient, plus élevé que celui estimé par les aidants d'origine caucasienne. Contrairement aux recherches précédentes, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes ethniques dans l'évaluation des symptômes de dépression et d'anxiété. Cependant, les aidants d'origine hispanique prennent moins d'antidépresseurs que les aidants d'origine caucasienne. De même, il n'y a pas de différence entre les deux groupes ethniques par rapport à la santé physique. Cependant, là encore, ce résultat est à relativiser. En effet, l'accès aux soins et l'utilisation des services de soins serait différente selon le groupe ethnique et le niveau culturel. D'autre part, en dépit du fait que les aidants d'origine hispanique consacrent plus d'heures aux soins, rapportent davantage de troubles comportementaux chez leur proche, ont un plus bas niveau d'éducation, une facilité d'accès aux soins moins importante, ..., ils décrivent moins de répercussions négatives de ces troubles, et plus de bénéfices perçus par rapport à l'aide apportée. Ce résultat souligne des différences culturelles importantes, dans le concept de la famille, de la solidarité... Enfin, chez les aidants d'origine hispanique, la pratique religieuse est plus prégnante que chez les aidants d'origine caucasienne. La religion et les activités spirituelles pourraient alors s'avérer importantes dans le groupe d'origine hispanique, notamment comme stratégie d'adaptation aux situations de stress liées à l'accompagnement d'une personne démente.

Commentaires

L'intérêt de cet article repose sur les implications cliniques, soulevées dans la discussion. En effet, les résultats soulignent l'hétérogénéité des caractéristiques et de l'adaptation des aidants familiaux, notamment par rapport aux facteurs socio-culturels. Cette étude portant exclusivement sur des aidants de sexe féminin et volontaires, les résultats ne peuvent pas être généralisables. Cependant, l'influence des facteurs socio-culturels et ethniques semblent très importants à considérer, pour mieux comprendre les processus sous-jacents à l'accompagnement de personnes âgées démentes et par conséquent, dans le cadre d'interventions d'aide aux aidants.

Analysé par: Valérie Berga, CMRR Aquitaine

[Accès au résumé anglais](#)

Mots-clés: Démence, Suivre et prendre en charge le patient

6. DeCarli C, Mungas D, Harvey D, Reed B, Weiner M, Chui H and Jagust W. **Memory impairment, but not cerebrovascular disease, predicts progression of MCI to dementia.** *Neurology* 2004;63 (2): 220-227.

Adresse de l'auteur référent: Department of Neurology, University of California at San Francisco, USA. cdecarli@ucdavis.edu

Analyse critique: L'atteinte de la mémoire prédit la progression du MCI vers la démence, mais pas la maladie cérébro-vasculaire.

Synthèse

Justification. Les patients qualifiés de MCI (*Mild Cognitive Impairment*) forment un groupe hétérogène cliniquement et étiologiquement. La présence ou l'absence de maladie cérébro-vasculaire contribue à cette hétérogénéité. Objectif. La question posée est de savoir si la présence d'une maladie cérébro-vasculaire influence l'évolution vers la démence dans un groupe de patients MCI. Méthode. 52 patients MCI consécutifs ont été recrutés dans trois centres mémoires et suivis en moyenne pendant trois ans. La définition du MCI utilisée est large (patient présentant un CDR à 0,5). La conversion à la démence est basée sur le passage à un CDR 1. Un score de risque vasculaire, un score de mémoire, un score de fonctions exécutives ainsi que différents scores dérivés d'une imagerie IRM (hypersignaux de la substance blanche, volume de matière grise corticale, volume hippocampique, nombre de lacunes) ont été utilisés pour analyser leur association avec la conversion à la démence. Principaux résultats. Dans les analyses qui ne prennent pas en compte les variables cognitives la seule mesure d'imagerie qui est associée à la conversion est le volume de l'hippocampe. Dans les analyses multivariées (modèle de Cox) prenant en compte à la fois les données d'imagerie et les performances cognitives, seuls le score de mémoire et le score de fonctions exécutives sont significativement associés au risque de conversion à la démence dans les trois ans. Conclusions. Malgré la présence de patients présentant des maladies cérébro-vasculaires dans cet échantillon de MCI, la présence de déficits mnésiques et exécutifs prédisent mieux le risque de progression vers la démence que les variables associées à la maladie vasculaire et que les données d'imagerie (hyper signaux, lacunes ou volume de l'hippocampe). Les auteurs concluent que la présence d'une quantité modérée d'hypersignaux de la substance blanche, d'infarctus sous-cortical ou de lacunes n'influencent pas le cours de l'évolution vers la démence.

Commentaires

Ce papier est très intéressant. La méthode et le traitement des résultats sont bien conçus et rigoureux. La discussion est bien menée et nuancée. Les résultats sont en contradiction avec quelques papiers de la littérature qui montrent un risque accru d'évolution vers la démence de sujets MCI qui, en plus des troubles de mémoire, présentent des lésions vasculaires. Les auteurs concluent eux-mêmes que ce type d'analyse devrait être répliquée sur une cohorte avec plus de sujets MCI et des critères de sélection différents. Le faible nombre de patients est une limite de cette étude. De plus le CDR qui a été utilisé pour l'inclusion donne un poids important aux déficits mnésiques; la majorité des patients avaient donc un déficit mnésique important ce qui n'a pas permis d'analyser le risque d'évolution vers la démence lié à des lésions vasculaires en l'absence de déficit mnésique.

Doit-on conclure de ce papier que la présence de facteurs de risque vasculaire et/ou de lésions vasculaires n'a pas d'impact sur le devenir des patients MCI ?. La réponse n'est peut-être pas aussi évidente. Les auteurs soulignent eux-mêmes que même si les hypersignaux de la substance blanche ne sont pas associés directement à la progression vers la démence, les tests de fonctions exécutives (qui sont corrélés eux-mêmes aux lésions vasculaires) reflètent sans doute plus finement la répercussion de ce type de lésions. Un résultat intéressant de cette étude est que les performances neuropsychologiques en mémoire et en fonctions exécutives sont de meilleurs marqueurs que les données d'imagerie vasculaire ou volumétrique pour prédire le devenir des sujets.

Analysé par: Colette Fabrigoule, CMRR Aquitaine

[Accès au résumé anglais](#)

Mots-clés : MCI, Démence, Comprendre la maladie

7. Holmes C, Wilkinson D, Dean C, Vethanayagam S, Olivieri S, Langley A, Pandita Gunawardena ND, Hogg F, Clare C and Damms J. **The efficacy of donepezil in the treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer disease.** *Neurology* 2004;63 (2): 214-219.

Adresse de l'auteur référent: Memory Assessment and Research Centre, University of Southampton, Clinical Neurosciences Research Division, Moorgreen Hospital, Botley Rd., Southampton, UK. c.holmes@soton.ac.uk

Analyse critique: Efficacité du donepezil sur les symptômes neuropsychiatriques de la maladie d'Alzheimer.

Synthèse

Introduction. Les symptômes neuropsychiatriques concernent la quasi-totalité des patients atteints de maladie d'Alzheimer, et le déficit de transmission cholinergique joue un rôle important dans la survenue de ces symptômes. Les analyses a posteriori de plusieurs essais cliniques avec des inhibiteurs de l'acétylcholine estérase (IACHÉ) ont montré leur action thérapeutique et/ou préventive des manifestations neuropsychiatriques. Toutefois, il y a à ce jour peu d'études développées spécifiquement pour démontrer cette action.

Méthode. Les auteurs ont inclus 134 patients atteints de probable maladie d'Alzheimer légère à modérée (critères NINCDS-ADRDA) et présentant des symptômes neuropsychiatriques. A l'issue d'un traitement en ouvert de 12 semaines par donepezil, les patients ont été randomisés en deux groupes traités par donepezil (10 mg) ou placebo. L'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) et l'inconfort pour l'aidant étaient les principaux critères mesurés.

Résultats. 28% des patients n'ont pas atteint la période randomisée, le plus souvent en raison d'effets secondaires. Une réduction du score au NPI a été observée pour 80% des patients entre le début et la fin de la phase ouverte. Les patients du groupe donepezil ont vu leur score total au NPI diminué en fin de phase randomisée (-1,1) par rapport au groupe placebo (+5,1). Cette amélioration concernait l'ensemble des domaines du NPI hormis l'euphorie. Les variations de l'échelle d'inconfort pour l'aidant favorisaient également le donepezil.

Discussion. Sur cette étude de retrait du donepezil après un traitement en ouvert, les auteurs concluent sur l'efficacité de ce produit sur les symptômes neuropsychiatriques dans la maladie d'Alzheimer.

Commentaires

Cette étude confirme les résultats de plusieurs analyses d'essais cliniques qui démontrent l'efficacité des IACHÉ sur les symptômes neuropsychiatriques de la maladie d'Alzheimer, indépendamment de l'action sur les performances cognitives globales. Une des forces de l'étude est d'avoir inclus uniquement des patients symptomatiques (NPI>11) à des niveaux variables (dans d'autres études, les scores de NPI en baseline étaient d'emblée très élevés). La méthode de retrait du donepezil au bout de 12 semaines démontre un changement d'évolution rapide de ces symptômes lorsque le traitement actif est interrompu. Les points faibles à retenir sont l'échantillon relativement faible, le taux important de sortie en cours d'étude. Ainsi, certains résultats positifs en LOCF (last observation carried forward) ne sont pas confirmés en ITT (intention de traiter). La durée courte de traitement ne permet pas de prévoir l'évolution à moyen terme, sachant la variabilité dans le temps des symptômes neuropsychiatriques. Sur le plan éthique, il était difficilement concevable de poursuivre le traitement par placebo sur une plus longue durée. Des symptômes dits " de retrait " de traitement ont pu survenir, qu'ils soient ou non liés à l'aggravation cognitive ou à la disparition d'effets adverses du traitement. Hormis ces réserves, cette étude originale a le mérite de redémontrer de façon plus ciblée l'intérêt primordial du traitement précoce par IACHÉ des manifestations neuropsychiatriques qui font partie intégrante de la maladie d'Alzheimer, et le risque lié à l'interruption de ce traitement.

Analysé par: Michel Benoit, CMRR PACA

[Accès au résumé anglais](#)

Mots-clés: Maladie d'Alzheimer, Prescrire, Donepezil

8. Lee PE, Gill SS, Freedman M, Bronskill SE, Hillmer MP and Rochon PA. **Atypical antipsychotic drugs in the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia: systematic review.** British Medical Journal 2004;329 (7457): 75-78A.

Adresse de l'auteur référent: Rotman Research Institute, Baycrest Centre for Geriatric Care, 3560 Bathurst Street, Toronto, ON, Canada M6A 2E1. pelee@providencehealth.bc.ca

Analyse critique: Revue des essais thérapeutiques publiés sur l'emploi des antipsychotiques atypiques dans la démence.

Synthèse

Justification. Chez l'adulte jeune non dément, les antipsychotiques atypiques constituent un progrès par rapport aux neuroleptiques classiques (par exemple : haloperidol), essentiellement en terme de complications motrices. Par extrapolation, les antipsychotiques atypiques sont assez largement utilisés dans les manifestations psycho-comportementales des démences, alors que l'emploi des neuroleptiques classiques dans ce contexte est déjà difficile à légitimer. Les auteurs proposent une revue systématique des essais publiés concernant l'usage des antipsychotiques dans la démence, vs placebo ou vs halopéridol. Méthodes. Sources documentaires : Medline, Embase, Cochrane Library. Critère de sélection : essais contrôlés, randomisés, en double aveugle, évaluant l'effet, dans les troubles psycho-comportementaux des démences, des quatre antipsychotiques suivants: risperidone, olanzapine, quetiapine, clozapine. Validité des études estimée séparément par deux experts. Résultats. Sur les 77 travaux analysés, seuls cinq ont été retenus (1570 patients). Dans ces cinq études (Katz, 1999 : risperidone vs placebo; De Deyn, 1999 : risperidone vs haloperidol vs placebo; Chan, 2001 : risperidone vs haloperidol ; Brodaty, 2003 : risperidone vs placebo ; Street, 2000 : olanzapine vs placebo), l'âge moyen des patients est de 82,3 ans , plus de 96% d'entre eux sont en institution, 76,3% ont une maladie d'Alzheimer. Le MMS moyen est inférieur à 7/30. Seule l'étude de Chan ne comporte pratiquement pas de sortie d'essai. En terme d'efficacité, la risperidone est jugée équivalente à l'halopéridol (De Deyn, Chan). L'antipsychotique atypique est plus efficace que le placebo dans trois études (Katz, Brodaty, Street) alors que De Deyn trouve une efficacité globale comparable à celle du placebo (toutefois, dans cette étude, la Risperidone est plus efficace que l'Halopéridol sur l'agressivité). En terme de tolérance, l'étude de Katz trouve plus de manifestations extrapyramidales sous risperidone que sous placebo (dose dépendant), alors que Street ne retrouve pas de différence entre olanzapine et placebo. La risperidone et l'olanzapine entraînent plus de phénomènes de somnolence que le placebo (De Deyn, Street) . L'étude de Brodaty montre 17% d'effets indésirables graves, dont six cas d'AVC, dans le groupe risperidone, contre 9% dans le groupe placebo. Discussion. Les auteurs insistent sur le faible niveau de preuve actuel en faveur de l'emploi des antipsychotiques dans la démence : a. Faible représentativité des populations étudiées (très âgés, milieu institutionnel) ; b. Brièveté des essais disponibles (période d'observation de moins d'un trimestre alors que ces produits sont généralement prescrits plus longtemps) ; c. Variabilité des critères d'efficacité employés ; d. Ampleur de l'effet placebo (nécessité de formaliser également une approche non pharmacologique de ces troubles).

Commentaires

Les conclusions des auteurs concordent avec l'impression globale d'inefficacité et de mauvaise tolérance des antipsychotiques employés au long cours dans la démence, particulièrement chez le sujet âgé, en dehors de la sédation parfois obtenue (camisole chimique). La production délirante d'un sujet dément au stade sévère est beaucoup plus difficile à caractériser que celle d'un psychotique jeune (part des troubles de la vigilance, des troubles du jugement, problèmes de communication verbale, personnel peu formé à la pathologie mentale, profils comportementaux, type de démence et personnalité prémorbide souvent mal définis, etc.) ce qui explique peut-être la faiblesse des connaissances dans ce domaine.

Analysé par: Sandrine Richard Harston, CMRR Aquitaine

Note éditoriale

L'utilisation des antipsychotiques chez le sujet âgé et tout particulièrement chez les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer et de pathologies apparentées fait depuis quelques mois l'objet de nombreuses controverses.

Comme l'AFSAPS, plusieurs agences du médicament, de par le monde, ont diffusé des bulletins d'information sur le risque cérébro-vasculaire lié à l'utilisation de l'olanzapine et de la risperidone chez les patients souffrant de maladie d'Alzheimer. Parallèlement, les articles portant sur l'efficacité ou la tolérance des antipsychotiques chez les sujets âgés sont toujours aussi nombreux alternant les arguments pour et contre.

Déjà l'un d'entre eux avait fait l'objet d'un résumé dans *Biblionet* (De Deyn, *Biblionet* vol 1, numéro 4). C'est de nouveau le cas ce mois-ci avec l'analyse critique de l'article de Lee et al. Il s'agit d'une revue des essais thérapeutiques publiés sur les antipsychotiques atypiques dans la démence. Comme cela a été le cas récemment,

pour l'étude AD2000 sur l'efficacité d'un médicament cholinergique (Biblionet vol 1, numéro 7-8) les articles destinés à faire le point sur l'efficacité d'un traitement sont conduits avec une grande rigueur mais restent critiquables sur certains points comme les critères de sélection des études.

Dans le cas des antipsychotiques, le problème est compliqué par le fait qu'initialement ces médicaments sont destinés à lutter contre les troubles psychotiques comme la schizophrénie c'est-à-dire chez des patients appartenant à des tranches d'âge différentes de ceux souffrant de maladie d'Alzheimer. Il est en effet délicat de plaquer des modèles d'efficacité et de tolérance sur des symptômes qui ne sont qu'apparemment similaires, mais qui diffèrent grandement quant à leur origine, leur profil évolutif et leur modalité de prescription. C'est en particulier le cas pour les recommandations sur la courte durée de prescription des antipsychotiques chez le sujet âgé, recommandations qui ne sont jamais prises en compte dans le schéma des essais thérapeutiques.

Dans une démarche pratique des cliniciens et des associations de professionnels comme le Groupe des troubles du comportement de *l'European Alzheimer Disease Consortium* soulignent qu'en Europe ces traitements continuent d'être prescrits avec les précautions nécessaires parce qu'ils sont parfois le dernier moyen pour réguler des troubles du comportement et qu'il est fondamental dans tous les cas de juger, par delà les données statistiques, le bénéfice risque pour un patient donné.

Bonne lecture donc et que ce nouveau numéro de Biblionet soit une pierre de plus à inclure dans le jugement de chacun d'entre nous.

[Accès au texte intégral](#)

Mots-clés: Démence, Prescrire

9. Modrego PJ and Ferrandez J. **Depression in patients with mild cognitive impairment increases the risk of developing dementia of Alzheimer type - A prospective cohort study.** Archives of Neurology 2004;61 (8): 1290-1293.

Adresse de l'auteur référent: Neurology Unit, Hospital de Alcaniz, Alcaniz, Spain. med009626@saludalia.com

[Accès au résumé anglais](#)

Mots-clés: MCI, Démence, Comprendre la maladie, Neuropsychologie, Dépression

9 bis. Powlishta KK, Storandt M, Mandernach TA, Hogan E, Grant EA and Morris JC. **Absence of effect of depression on cognitive performance in early-stage Alzheimer disease.** Archives of Neurology 2004;61 (8): 1265-1268.

Adresse de l'auteur référent: Department of Psychology, St Louis University, St Louis, Mo., USA.

[Accès au résumé anglais](#)

Mots-clés: Démence, Comprendre la maladie, Neuropsychologie

Analyse critique des deux articles: 1. La dépression chez les patients présentant un MCI augmente le risque de développer une démence de type Alzheimer. 2. Pas d'effet de la dépression sur les performances cognitives au stade précoce de la maladie d'Alzheimer

Synthèse

Dépression et symptômes dépressifs sont fréquemment retrouvés chez les patients présentant une maladie d'Alzheimer. Il existe par contre moins d'études dans les troubles cognitifs légers (MCI).

1. Dépression chez les patients présentant un MCI

Méthode. La population était composée de 114 patients consécutifs remplissant les critères de MCI amnésique proposés par Petersen. La dépression était initialement évaluée par le moyen de la GDS. Tous les patients ayant un score de 10 ou plus étaient considérés comme déprimés et systématiquement évalués par un psychiatre. La mémoire était explorée par les sous-tests de la batterie 144 de Signoret. Chaque patient était suivi et réévalué chaque 6 mois pendant une période de 3 ans.

Résultats. Selon les critères du DSM IV, 36 % des sujets présentaient un état dépressif (n = 41) ; 31 étaient légèrement déprimés et 10 avaient une dépression majeure. Le groupe de sujets déprimés présentaient des performances significativement inférieures au groupe de sujets non déprimés dans 2 épreuves (rappel visuel immédiat et problème de mémoire logique immédiate). Après 3 ans d'évaluation, 51,7 % des patients (n = 59) présentaient une démence probable selon les critères du NINCDS-ADRDA. Chez les patients non déprimés, 32 % (n = 24) présentaient une démence et 67 % (n = 49) pas. Chez les patients déprimés, 85 % (n = 35) présentaient une démence et 15 % (n = 6) pas. De plus, il a été observé une mauvaise réponse aux antidépresseurs chez 23 des 35 patients avec démence qui avaient été diagnostiqués comme ayant une dépression en ligne de base. Ceci n'a pas été observé chez les 6 patients déprimés qui ne se sont pas convertis à la démence.

2. Effet de la dépression sur les performances cognitives dans la maladie d'Alzheimer.

Dans cette étude, la population était constituée de 167 sujets présentant une maladie d'Alzheimer à un stade très léger (CDR = 0,5 ; âge moyen = 76 ans) et 155 sujets à un stade léger (CDR = 1 ; âge moyen = 78 ans). Chacun de ces sujets a été évalué par une batterie complète de tests neuropsychologiques. En ce qui concerne les symptômes dépressifs, il était demandé au sujet, à l'accompagnant et au clinicien d'indiquer leur présence à partir d'une liste. Le score de dépression correspondait à la somme des symptômes retenus. Les résultats indiquent une très faible corrélation entre les performances cognitives et l'évaluation des symptômes dépressifs dans les 2 groupes de sujets.

Commentaires

De ces deux études, la plus importante me semble être la première. Elle indique que les patients présentant un MCI et une dépression ont un risque plus important de développer une démence, tout particulièrement ceux qui ne répondent pas au traitement antidépresseur. Elle place donc les symptômes dépressifs comme des signes prédicteurs d'une évolution démentielle et remet au goût du jour la notion de réponse thérapeutique. La seule critique est que nous n'avons pas d'information précise sur le type de symptôme dépressif. Les résultats de la seconde étude sont par contre beaucoup plus critiquables compte tenu de la méthodologie. L'évaluation des symptômes dépressifs utilisés dans cette étude est en effet peu fiable et limite grandement les conclusions qui peuvent en être tirés.

Analysé par: Philippe Robert, CMRR PACA

10. Peila R, Rodriguez BL, White LR and Launer LJ. **Fasting insulin and incident dementia in an elderly population of Japanese-American men.** *Neurology* 2004;63 (2): 228-233.

Adresse de l'auteur référent: Laboratory of Epidemiology, Demography and Biometry, National Institute on Aging, National Institutes of Health, Room 3C-309 Gateway Building, 7201 Wisconsin Avenue, Bethesda, MD 20892, USA. peilar@mail.nih.gov

Analyse critique: Insuline à jeun et démence incidente dans une population âgée d'américains d'origine japonaise.

Synthèse

A priori les niveaux élevés d'insuline sont bénéfiques pour la cognition via les propriétés neurotrophiques de l'insuline. Pour la démence, les résultats des publications sont contradictoires et l'hypothèse d'une relation non linéaire entre niveau d'insuline et démence pourrait expliquer ces discordances. Cette étude porte sur les hommes inclus en 1965 dans la *Honolulu Heart Study* japonais vivants aux EU et nés entre 1900 et 1919. L'étude de la cognition a débuté dans cette cohorte lors du 4ème examen en 1991-93 et elle a utilisé le CASI comme outil de dépistage des démences. 2568 sujets ont eu au moins une évaluation cognitive et le dosage d'insuline a été réalisé en début de suivi (91-93). Lors des 5 ans de suivi, 244 cas de démence incidente ont été diagnostiqués. Le niveau basal d'insuline n'est pas différent entre les déments et les sujets indemnes de démence quand on analyse la valeur moyenne dans les deux groupes mais l'analyse graphique de la distribution des cas de démence selon le niveau de l'insuline incite à examiner dans les extrêmes de la distribution le risque de démence. L'analyse a montrée une augmentation du risque de démence qui suit une courbe en U : le risque est plus élevé chez les sujets ayant un bas niveau d'insuline (<15ème percentile soit 7.2 mmol/l) RRajusté= 1.48[1.06-2.06] et chez les sujets ayant un haut niveau d'insuline (>85ème percentile soit 23 mmol/l), RRajusté=1.50 [1.02-2.23]. L'augmentation n'est pas significative pour la MA, mais elle l'est pour la démence vasculaire si le niveau d'insuline est bas (RR=2.43 [1.12-5.28].

Commentaires

L'une des qualités majeures de ce travail est de pouvoir intégrer dans l'analyse des données sur les facteurs de risque présents en *middle age*, et ici plus spécifiquement des facteurs comme la perte de poids, le niveau de cholestérol total moyen, le tabagisme, la consommation d'alcool, la tension artérielle ; l'analyse est très complète et utilise différentes approches méthodologiques. Mais surtout ce papier donne de nouveaux éléments dans notre compréhension des relations entre insuline, diabète et cognition. 57% des sujets qui ont un niveau élevé d'insuline sont diabétiques , 25% chez les bas niveaux et 32% dans le groupe intermédiaire qui est la référence pour le calcul des risques. La relation observée avec les niveaux extrêmes d'insuline prend en compte le statut de diabétique et la glycémie et est donc indépendante de ce statut glycémique. L'hypothèse de non linéarité sur laquelle repose l'analyse est corroborée par des données cliniques et expérimentales, la normalité du niveau d'insuline est la situation la plus favorable pour la neuroprotection. Une morale de l'histoire, méfions nous des conclusions sur une simple comparaison de moyennes, nous le savions déjà mais cette exemple est bien pédagogique.

Analysé par: Claudine Berr, CMRR Languedoc Roussillon

[Accès au résumé anglais](#)

Mots-clés: Démence, Comprendre la maladie

11. van der Burg M, Bouwen A, Stessens J, Ylief M, Fontaine O, de Lepeleire J and Buntinx F. **Scoring clock tests for dementia screening: a comparison of two scoring methods**. International Journal of Geriatric Psychiatry 2004;19 (7): 685-689.

Adresse de l'auteur référent: Qualidem, Department of General Practice, Catholic University of Leuven, Leuven, Belgium. marjoke.vandenburg@med.kuleuven.ac.be

Analyse critique: Systèmes de cotation du test de l'horloge pour dépister une démence : comparaison entre deux systèmes.

Synthèse

Introduction. Le test de l'horloge présente différents systèmes de cotations plus ou moins complexes qui peuvent entraîner une variation dans le temps de passation . Il est donc intéressant de rechercher une cotation facile d'utilisation et présentant de bonnes qualités diagnostiques. Une cotation " complexe " (6 items de Shulman) dont les qualités ont été prouvées sur un plan diagnostique est ici comparée à une cotation plus courte en 4 items (utilisée dans la CAMDEX). L'évaluation des deux systèmes de cotation a été réalisée par l'étude de la fiabilité inter examinateurs et inter systèmes et le calcul des valeurs prédictives utilisant la CAMDEX comme mesure étalon.

Méthodologie. Cette étude a été réalisée sur les données de 4431 sujets belges, dépendants de soins, âgés de 65 ans et plus (Qualidem, 2003). 1171 sujets ont été retenus sur la base d'un score modéré à bas, à au moins l'une des évaluations portant sur 3 mesures : celle de Katz, de Frail et les IADL. Parmi 41 sujets ayant un score élevé, 28 ont été tirés au hasard pour constituer un groupe contrôle. Ces 1199 sujets ont passé le test de l'horloge ainsi que le MMSE. Trois examinateurs sont intervenus pour tester la fiabilité inter examinateurs et ont codé 103 horloges tirées au hasard.

Trois cent quatre-vingt-sept sujets ayant un score bas au MMSE (<23) ont été inclus dans l'étape suivante, auxquels s'ajoutaient 58 sujets témoins à nouveau sélectionnés au hasard parmi les 457 sujets ayant un score au MMSE supérieur à 23. Le diagnostic de démence a été alors établi selon le CAMDEX-RN. Deux scores au test de l'horloge ont été considérés : premièrement celui respectant la cotation originale (0 à 5 points pour la cotation en 6 items et 0 à 3 points pour la cotation à 4 items) ; deuxièmement, un score dichotomique considérant un échec si le score est inférieur à 4 pour la cotation en 6 items, et inférieur à 3 pour la cotation en 4 items.

Discussion. il existe une bonne fiabilité entre les deux systèmes de cotations et entre les trois examinateurs ; les 2 systèmes de cotation corrèlent bien avec le diagnostic de démence. Ce test de l'horloge semble très spécifique selon les 2 cotations revêtant ainsi les qualités d'un bon instrument d'exploration cognitive. Cependant, sa faible valeur prédictive positive implique peu d'intérêt de ce test pour confirmer le diagnostic de démence, tout au moins dans cette population. Les cliniciens doivent pousser plus avant les explorations face à un patient qui échoue au test de l'horloge. Bien qu'il existe un avantage à faire passer le test avec sa cotation sur quatre items, le test de l'horloge ne pouvant être administré qu'au sein d'une batterie plus complète, cet avantage reste négligeable.

Commentaires

Le test de l'horloge est un test d'utilisation très répandue chez les cliniciens. La valeur prédictive de ce test est cependant à interpréter en fonction de la population sur laquelle l'analyse a été conduite, comme le soulignent ici les auteurs dans la discussion (population constituée de personnes dépendantes de soins, présence de nombreux troubles autres que démence).

Ces deux systèmes de cotation s'ajoutent aux nombreux systèmes de cotation existant par ailleurs : il n'existe pas de réel consensus sur la cotation à utiliser ... De nombreux auteurs proposent des cotations quantitatives (Freedman et al., 1994 ; Shulman et al., 1993 ; Sunderland et al., 1989 ; Tuokko et al., 1992 ; Wolf-Klein et al., 1989...). Rouleau et al. (1992) proposent un système de cotation qualitative intéressant permettant quant à lui de rester proche de l'intérêt de dissociation des profils neuropsychologiques des patients en fonction des erreurs commises et de leurs pathologies.

Analysé par: Yann Gaestel, CMRR Aquitaine

[Accès au résumé anglais](#)

Mots-clés: Démence, Comprendre la maladie, Neuropsychologie

12. Waelde LC, Thompson L and Gallagher Thompson D. **A pilot study of a yoga and meditation intervention for dementia caregiver stress.** Journal of Clinical Psychology 2004;60 (6): 677-687.

Adresse de l'auteur référent: Pacific Graduate School of Psychology, Palo Alto, CA 94303, USA. lwaelde@pgsp.edu

Analyse critique: Une étude pilote sur l'effet du yoga et de la méditation contre le stress de l'accompagnant du patient dément.

Synthèse

Les techniques psycho-corporelles comme le yoga et la méditation permettent d'apprendre à se détacher des pensées négatives, comme les idées de désespoir et d'impuissance. Des études ont montré que ces techniques pourraient avoir un effet bénéfique sur le stress en réduisant le risque de rechute des dépressions majeures. Des études ont montré un effet bénéfique des programmes de méditation sur les performances cognitives, la flexibilité cognitive et comportementale, et la tension artérielle ainsi que sur la plainte de mémoire chez les sujets âgés. Le but de cette étude pilote est d'explorer si les accompagnants de patients déments exposés à un stress chronique sévère seraient sensibles à ce type d'intervention et plus spécifiquement au *Inner Resources*, un programme psychothérapeutique de yoga et méditation. Méthodes. Un groupe de 12 femmes âgées de 39 à 69 ans de type hispanique ou caucasien, a été sélectionné en tant qu'aidants. Les patients présentaient un score MMS = 23 et un diagnostic de démence avait été porté. Le programme *Inner Resources* est constitué de techniques de yoga physique, de respiration, d'étirement corporel doux, de visualisation mentale, de méditation (de type concentration sur un point, sur le cours de la respiration, sur une image). Les sujets ont été entraînés à ces techniques puis encouragés à les appliquer dans la vie quotidienne. Les évaluations ont été effectuées une semaine avant l'intervention et un mois après arrêt des séances. Les variables dépendantes étaient des mesures de dépression (CES-D), d'anxiété (STAI), de sentiment de compétence (self-efficacy) sous Echelle Contrôle des pensées gênantes (extraite de la SEC, *self-efficacy for caregiving*), du fardeau objectif et subjectif (RMBPC), d'adhérence au traitement en terme de durée de pratique (*Weekly Practice Log*), du changement post-intervention évaluée sur 11 domaines (questionnaire), de l'utilité des différentes composantes du programme et des supports (cassettes audio, manuels, entraînements etc.). La procédure d'intervention a consisté d'une part, en un apprentissage des techniques sur 6 semaines, dont 5 sessions de 90 mn et 1 session de 3h et d'autre part, en une application des pratiques apprises au moins 30 mn /j et 6 jours/semaine.

Résultats. L'état initial du groupe de sujets avant intervention était : modérément déprimés (CES-D : 23.5), niveau d'anxiété léger, sentiment de compétence face aux idées négatives à 50% du temps. La comparaison avant/après a montré un effet significatif de l'intervention sur la dépression (effet le plus fort), sur l'anxiété (effet moyen), sur le sentiment de compétence (effet moyen). 70 % des sujets rapportent une amélioration subjective "un peu mieux" ou "beaucoup mieux" en termes d'activité/douleur physique/problèmes de sommeil/dépression/frustration/bien-être général/fatigue. La durée de la pratique à la maison était en moyenne de 91mn/semaine. Cette variable était significativement corrélée à l'amélioration de la dépression et avec une tendance significative à l'amélioration du sentiment de compétence. Conclusion. Cette étude pilote suggère que les techniques psycho-corporelles de type yoga et méditation réduisent significativement les symptômes cliniques de dépression et d'anxiété et augmentent le sentiment de compétence, chez les aidants femmes des patients déments. L'augmentation du temps de pratique à la maison par les aidants tout au long de l'étude est un indicateur de la bonne acceptabilité et faisabilité de ces techniques. Bien que ces résultats soient encourageants, les auteurs précisent qu'ils doivent être regardés avec précaution.

Commentaires

Il s'agit d'une étude pilote en ouvert pour tester un programme construit de techniques psycho-corporelles. Il est évident que le groupe est très petit. Sur certaines mesures, la moyenne n'est réalisée qu'avec 10 sujets. Pas de groupe contrôle pour expliquer les effets observés : effet prise en charge non spécifique ou effet spécifique yoga/méditation ? Les auteurs sont conscients des limites de cette étude et ils nous précisent qu'ils ont mis en route une nouvelle étude, randomisée, contre groupe contrôle. Il est dommage cependant que nous n'ayons pas une évaluation de l'effet à plus long terme, à 3 ou 6 mois après arrêt de l'intervention.

Cette étude nous est apparue intéressante car elle montre des effets significatifs sur les deux variables, dépression et anxiété, indicateurs du bien-être de l'aidant qui semblent émerger de la littérature actuelle. La corrélation mise en évidence entre la durée de la pratique personnelle et l'amélioration dépressive, suggère que des supports tels que cassettes audio et ouvrages seraient des composants non négligeables dans l'effet bénéfique d'une intervention chez l'aidant du patient dément.

Analysé par: Nadine Raoux, CMRR Aquitaine

[Accès au résumé anglais](#)

Mots-clés: Suivre et prendre en charge le patient, Neuropsychologie