



Institut de Santé Publique, d'Épidémiologie 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

Bibliodémences

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

Volume 2, Numéro 1 (janvier 2005)

Nombre de références lues pour ce numéro : 726

Nombre de références retenues pour ce numéro : 8 + 14

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's 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 enrichie chaque mois des informations présentées dans les bulletins est disponible sur Internet à l'adresse suivante : <http://www.isped.u-bordeaux2.fr/RIS/RISWEB.ISA>, base Bibliodémences.enl

Les bulletins sont archivés sur internet : <http://www.isped.u-bordeaux2.f>, rubrique bibliodémences

Mots-clés. Chaque référence a été indexée avec ces descripteurs spécifiques : Démence, Comprendre la maladie, Diagnostiquer, Évaluer 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 des références (liste présentée 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. Boerner K, Schulz R, Horowitz A. **Positive aspects of caregiving and adaptation to bereavement.** Psychol Aging 2004;19(4):668-75.

Adresse de l'auteur référant: Arlene R. Gordon Research Institute, Lighthouse International, New York, NY 10022, USA. kboerner@lighthouse.org

Analyse critique: Aspects positifs de l'accompagnement et adaptation au cours du deuil.

Synthèse

Introduction. Peu d'études se sont intéressées aux aspects positifs de la prise en charge d'un proche atteint de démence et aucune ne semble avoir exploré l'impact de ces bénéfices ressentis dans le contexte d'un deuil. Pourtant, la perte d'un proche, dans ce contexte, marque non seulement une fin à la prise en charge, souvent devenue trop lourde (avec un fardeau ressenti important) mais aussi la fin d'un rôle d'aidant avec tous les aspects positifs qu'il comporte (satisfaction, sentiment d'utilité, signification de l'aide, gains personnels ou bénéfice, etc.). Cette étude porte sur l'impact des aspects positifs liés à la prise en charge d'un proche atteint de démence sur le vécu du deuil, en termes à la fois de dépression et de souffrance. Méthodes. Cette recherche porte sur 217 aidants, inclus initialement dans l'étude REACH (étude multi-sites testant la faisabilité et l'efficacité d'interventions psychosociales auprès d'aidants de patients Alzheimer). Différentes données ont été recueillies avant et après le décès du patient dément : 1) caractéristiques des aidants (âge, sexe, lien de parenté, santé subjective) ; 2) facteurs contextuels (antidépresseurs, symptômes dépressifs : CES-D, souffrance mesurée par *The Texas Revised Inventory Grief* ; 3) bénéfices perçus liés à l'aide (questionnaire de 11 items) ; 4) fardeau (*ADL Burden* et *Revised Memory and Behavior Problem Checklist Burden*). Des régressions hiérarchiques ont permis d'étudier les relations entre les aspects positifs liés à l'aide, rapportés par les aidants et les conséquences psychologiques de la perte de leur proche (niveau de dépression et de souffrance), en contrôlant sur différents facteurs (caractéristiques démographiques de l'aidant, facteurs contextuels, fardeau). Résultats et discussion : Les aidants étaient âgés en moyenne de 64 ans, conjoints dans la moitié des cas, et pour une majorité, de sexe féminin. Leurs proches étaient âgés en moyenne de 81 ans (54% hommes), avec un MMSE de 10.9 (+/- 7.2). Les résultats montrent un effet particulièrement important pour la relation entre les bénéfices de l'aide et la souffrance ressentie. L'importance des aspects positifs du rôle d'aidant est liée à de plus hauts niveaux de dépression et de souffrance au cours de la période de deuil. Cependant, la dépression serait un indicateur général de santé mentale négative, liés à différents facteurs associés à l'aide, tandis que la souffrance serait plus spécifique des sentiments relatifs à la perte de l'être aimé ainsi qu'à la perte du rôle d'aidant. Le fardeau et les bénéfices perçus sont deux aspects distincts de l'expérience d'aidant. Ces résultats soulignent l'importance d'étudier à la fois les aspects positifs et négatifs de l'aide et leurs relations avec les conséquences de la perte de leur proche.

Commentaires

Cet article est clair et facile à lire. Il fait une bonne synthèse des connaissances actuelles mais aussi des lacunes existantes concernant le vécu des aidants et les implications de l'accompagnement d'un parent malade (aspects négatifs et positifs). Dans le cadre des interventions effectuées auprès des aidants, la prise en compte de tous ces facteurs s'avère essentielle, notamment dans un contexte de prévention. La santé mentale des aidants est en effet tout autant menacée durant la prise en charge qu'après le décès de leur proche. Les auteurs discutent différentes pistes de recherches futures. En effet, d'autres facteurs seraient à considérer pour étudier les relations entre les bénéfices de l'aide et la souffrance ressentie au cours du deuil (par exemple, la qualité de la relation aidant-aidé, la dépendance aidant-aidé, etc.). D'autres recherches devront prendre en compte à la fois les aspects négatifs et positifs de l'aide.

[Accès au résumé anglais](#)

Analysé par: Valérie Bergua, CMRR Aquitaine

Mots-clés: Neuropsychologie, Aidant, Deuil

2. Carnahan RM, Lund BC, Perry PJ, Chrischilles EA. **The concurrent use of anticholinergics and cholinesterase inhibitors: Rare event or common practice?** Journal of the American Geriatrics Society 2004;52(12):2082-2087.

Adresse de l'auteur référent: Carnahan, RM; Univ Oklahoma; Coll Pharm; 2419 Schusterman Ctr; Tulsa, OK 74135; USA. ryan-carnahan@okhse.edu

Analyse critique: L'usage concomitant d'anticholinergiques et d'inhibiteurs de la cholinestérase : événement rare ou pratique courante ?

Synthèse

Le traitement des troubles cognitifs de la MA repose sur les inhibiteurs de la cholinestérase (IAC). Une étude récente a cependant estimé à 33% la proportion de patients recevant concomitamment des médicaments anticholinergiques (AC). Les objectifs de cette étude étaient de vérifier ce résultat dans une autre population et de mesurer la propension des prescripteurs à diminuer l'usage des AC après initiation d'un traitement par IAC. Une étude transversale a été menée à partir de la base de données *Medicaid* de l'Iowa afin de déterminer, pour les patients ayant au moins une demande de remboursement pour un IAC en janvier et février 2000, quels étaient les autres traitements reçus durant les 90 jours précédant ou suivant la première demande de remboursement pour IAC. Ces médicaments ont ensuite été classés en quatre catégories en fonction de leur activité AC (absente, démontrée in vitro, traduction clinique à doses élevées, activité clinique marquée). La prévalence de coprescription et le nombre d'AC coprescrits ont été déterminés, de même que la prévalence de coprescription d'AC d'usage inapproprié chez la personne âgée (PA). La propension des prescripteurs à diminuer l'usage d'AC après initiation d'un traitement par IAC a été évaluée suivant la même méthode, mais sur un échantillon rassemblant l'ensemble des patients ayant débuté un traitement par IAC entre janvier 1997 et janvier 2000, suivis au moins 6 mois avant et après l'initiation de ce traitement, et l'ayant poursuivi au moins 3 mois. Les comparaisons avant et après initiation du traitement par IAC ont été réalisées à l'aide de tests pour séries appariées. Le premier échantillon rassemblait 557 patients âgés en moyenne de 82 ans, dont 84% de femmes. La prévalence de coprescription d'AC était de 35%. Selon la classification de Beers, 74,5% des AC en cause étaient d'usage potentiellement inapproprié chez la PA et 22,2% d'usage toujours inapproprié. Le deuxième échantillon rassemblait 474 patients, âgés de 81 ans en moyenne à l'instauration de l'IAC, dont 83% de femmes. On retrouvait une augmentation significative de la coprescription après instauration d'IAC. Neuf augmentations sur 10 étaient liées à l'introduction d'AC correcteurs des EI des IAC. Ces résultats sont en faveur d'un manque de connaissance des prescripteurs sur les propriétés AC des médicaments et leurs conséquences sur la PA (dont les limites de l'efficacité des IAC). En outre, en cas d'effets indésirables, la diminution des posologies d'IAC devrait toujours être considérée avant d'envisager la prescription d'AC à visée correctrice, et la prescription de correcteurs dépourvus d'activité AC recherchée. À la prescription d'un IAC, la recherche et l'arrêt des AC en cours devraient être entrepris.

Commentaires

La justification de cet article est claire, les méthodes simples et la traduction des résultats pour les cliniciens évidente. Les résultats appuient la nécessité de rechercher la prescription d'AC à l'initiation d'un traitement par IAC et de préciser l'attitude à adopter en cas de survenue d'effets indésirables. Ils posent même une question supplémentaire : combien de patients sont placés sous IAC pour le traitement de troubles cognitifs induits par des AC dont la prescription est poursuivie ? La prévalence de cette coprescription devrait être estimée en France et en Europe et des recommandations pour la prise en charge des effets indésirables des IAC élaborées. La liste des médicaments AC devant être évités chez la PA est disponible dans l'article. Les plus fréquemment impliqués sont les ADT, les antiH1, les antiH2, le DITROPAN, plus rarement l'atropine et le TEGRETOL.

Accès au résumé anglais

Analysé par: Antoine Pariente, CMRR Aquitaine

Mots-clés: Maladie d'Alzheimer, Prescrire, Inhibiteurs de la cholinestérase

3. Huang WY, Qiu CX, von Strauss E, Winblad B, Fratiglioni L. **APOE genotype, family history of dementia, and Alzheimer disease risk - A 6-year follow-up study**. Archives of Neurology 2004;61(12):1930-1934.

Adresse de l'auteur référent: Qiu, CX; Stockholm Gerontol Res Ctr; Olivecronas Vag 4, Box 6401; S-11382 Stockholm; Sweden. chengxuan.qiu@neurotec.ki.se

Analyse critique: Génotype de l'ApoE, antécédents familiaux de démence et risque de maladie d'Alzheimer.

Synthèse

Le rôle des antécédents familiaux de démence et de l'ApoE a été largement étudié. L'ApoE pourrait expliquer l'association familiale observée, mais les résultats de plusieurs études ne sont pas concordants. Cependant, la plupart des études sont basées sur des recrutements hospitaliers, ce qui peut engendrer de nombreux biais de sélection. L'objectif de cet article est d'analyser sur un échantillon de sujets vivant en population générale si la relation entre les antécédents familiaux de démence et le risque de maladie d'Alzheimer peut être expliquée par la présence de l'allèle E4 de l'ApoE. Sujets. 907 sujets de l'étude Kungsholmen à Stockholm ont fait l'objet de l'analyse. Cette étude avait inclus initialement 1810 sujets âgés de plus de 75 ans. Un questionnaire standardisé a permis d'évaluer la présence d'une démence chez les parents et la fratrie des sujets. La démence était reconnue si l'apparenté avait des troubles de la mémoire, des problèmes comportementaux ou une désorientation dans le temps ou dans l'espace. Résultats : Sur les 907 sujets inclus, 31,1% avaient une histoire familiale de démence. 265 cas incidents ont été identifiés en 6 ans de suivi. Il n'y avait pas de différence sur plusieurs caractéristiques des sujets selon le nombre d'apparentés atteints. Le pourcentage de porteurs de l'allèle E4 était plus élevé chez les sujets ayant des antécédents familiaux de démence. Le risque de démence étant similaire chez les sujets ayant 0 ou 1 apparenté, les 2 groupes ont été réunis dans les analyses. Le risque de maladie d'Alzheimer était plus fort chez les sujets ayant au moins 2 apparentés atteints. Lorsque l'analyse était stratifiée selon la présence d'un allèle E4, l'association entre le risque de développer une maladie d'Alzheimer et les antécédents familiaux n'était significative que chez les sujets porteurs d'un allèle E4. Discussion. Ce résultat montre que globalement, les antécédents familiaux restent associés au risque de démence, même chez les sujets âgés de plus de 75 ans. Cependant, cet effet n'est observé que chez les sujets porteurs d'un allèle E4, alors que d'autres études avaient montré que cette association était indépendante du statut ApoE. Il n'est pas possible de généraliser cette relation à des tranches d'âge plus jeunes, mais ce résultat indique que d'autres facteurs génétiques que l'ApoE peuvent expliquer l'association familiale.

Commentaires

Cette étude rappelle que les antécédents familiaux restent un facteur de risque de démence, même chez les sujets très âgés. Cependant, si ce facteur était considéré comme un fait acquis, les études prospectives n'ont pas toutes confirmées cette association et son intérêt a clairement faibli. La relation trouvée ici repose sur des groupes de sujets peu importants, car peu de sujets ont 2 apparentés ou plus atteints de démence. Sauf dans de rares cas, la recherche d'antécédents familiaux de démence n'apporte pas d'éléments déterminants pour identifier les sujets à risque de développer une maladie d'Alzheimer.

[Accès au résumé anglais](#)

Analysé par: Luc Letenneur, CMRR Aquitaine

Mots-clés: Maladie d'Alzheimer, ApoE, Génétique

4. Langa KM, Foster NL, Larson EB. **Mixed dementia - Emerging concepts and therapeutic implications.** JAMA 2004;292(23):2901-2908.

Adresse de l'auteur référent:Langa, KM; Univ Michigan Hlth Syst; Div Gen Med; 300 N Ingalls Bldg,Room 7E01,Box 0429; Ann Arbor; MI 48109; USA. klanga@umich.edu

Analyse critique: Démences mixtes : un concept émergent et ses implications thérapeutiques.

Synthèse

Le concept de démence mixte correspond à un déclin cognitif suffisant pour entraîner une perte d'autonomie et lié à l'association de lésions histologiques de maladie d'Alzheimer et de lésions cérébrovasculaires définies cliniquement ou radiologiquement. Différentes hypothèses physiopathologiques expliqueraient cette entité : potentialisation des deux types de lésions dans la survenue du déclin cognitif, rôle de l'athérosclérose et de l'apolipoprotéine E4, lésions dégénératives favorisées par les lésions ischémiques préalables, lésions vasculaires en particulier hémorragiques liées aux dépôts amyloïdes. Une revue systématique de la base de données Cochrane a sélectionné les essais thérapeutiques incluant des patients atteints de démence mixte ou d'Alzheimer avec lésions cérébrovasculaires. Pour les anticholinestérasiques le bénéfice sur les fonctions cognitives est superposable à celui observé dans les maladies d'Alzheimer pures avec les mêmes interrogations sur la pertinence clinique de l'effet sur l'ADAS-Cog. Concernant le traitement de facteurs de risque cardiovasculaires, seul un essai, Syst-Eur, a démontré la réduction du risque de démence aussi bien vasculaire qu'Alzheimer chez des hypertendus traités principalement par nitrendipine. Pour les hypolipémiants les deux essais thérapeutiques publiés ne confirment pas l'effet préventif des statines sur le risque de déclin cognitif suggéré initialement par les études épidémiologiques.

En conclusion, le concept de démence mixte correspondant à une entité clinique fréquente, il est souhaitable de pratiquer des essais thérapeutiques spécifiquement dédiés à cette pathologie. La prise en charge de patients atteints de démence mixte inclut le travail d'information et de discussion avec l'entourage sur les objectifs du traitement.

Commentaires

Cet article souligne bien les difficultés que l'on rencontre pour traiter les patients atteints de démence mixte, par manque de preuve concernant l'effet des traitements agissant soit sur le volet vasculaire, en particulier la prévention de facteurs de risque, soit sur le versant dégénératif avec les traitements symptomatiques. Actuellement il est impossible de déterminer les meilleures stratégies en termes de choix de molécules et de valeur cible du facteur de risque (pression artérielle, cholestérol mais aussi glycémie) tout comme il est impossible de connaître l'impact réel des traitements symptomatiques dans les démences mixtes qui ne sont pas l'objet d'essais spécifiques. Par ailleurs, l'étude *Progress* n'a pas été évoquée par les auteurs : elle montre la réduction du risque de survenue de démence chez des patients récidivant leur accident vasculaire traités par antihypertenseurs, ce qui correspond certes davantage au concept de démence vasculaire. Dans *Scope* un autre essai chez les hypertendus, une analyse a posteriori a montré la réduction du risque de démence par le traitement antihypertenseur chez les patients ayant déjà un déclin cognitif léger. Pour nos patients atteints de déclin cognitif il est donc impératif de rechercher les facteurs de risque vasculaire pour les traiter ne serait-ce qu'en prévention de la survenue d'accident vasculaire cérébral dont le risque est doublé chez les sujets atteints de maladie d'Alzheimer. A l'inverse chez les patients suivis pour de facteurs de risque vasculaire ou des patients ayant présenté un premier accident vasculaire cérébral transitoire ou constitué, il est tout aussi important de dépister une atteinte cognitive.

[Accès au résumé anglais](#)

Analysé par: Marie Laure Seux, CMRR Île de France

Mots-clés: Démence mixte, Prescrire

5. Mahapatra RK, Edwards MJ, Schott JM, Bhatia KP. **Corticobasal degeneration**. Lancet Neurology 2004;3(12):736-743.

Adresse de l'auteur référent: Bhatia, KP; Inst Neurol; Sobell Dept Motor Neurosci & Movement Disorders; Queen Sq; London WC1N 3BG; England. k.bhatia@ion.ucl.ac.uk

Analyse critique: Dégénérescence corticobasale

Synthèse

Cette mise au point concerne les différents aspects de la dégénérescence corticobasale. Le diagnostic de certitude n'est apporté que par l'étude neuropathologique, mettant en évidence une distribution évocatrice des inclusions tau + neuronales et gliales. La partie dévolue au diagnostic clinique et paraclinique, est la plus développée. Les auteurs rappellent que le mode de début classique associant un syndrome extrapyramidal asymétrique et une atteinte cognitive a été surévalué. En fait, les études neuropathologiques démontrent que des troubles cognitifs ou comportementaux isolés peuvent être inauguraux. Une réduction du langage, un déficit des fonctions exécutives, des fonctions visuo-spatiales et du calcul sont très fréquemment observés. La diversité des modes de présentation et les problèmes de diagnostic différentiel sont illustrés par deux vignettes cliniques. La sémiologie des troubles moteurs (rigidité, myoclonies, dystonie) et des différents signes corticaux est détaillée, avec une mention toute particulière à l'apraxie idéomotrice et au signe de la "main étrangère". Le diagnostic différentiel avec cette autre tauopathie qu'est la paralysie supranucléaire (PSP) semble parfois franchement difficile car nombre d'observations de PSP et de DCB peuvent être atypiques. A titre d'exemple, l'atteinte préférentielle de la latence des saccades horizontales avec une préservation des saccades verticales devrait aider au diagnostic différentiel avec la PSP, mais les exceptions existent. De même, quand des patients associent une réduction du langage, des troubles comportementaux et un syndrome extrapyramidal asymétrique, le diagnostic clinique différentiel entre DCB et démence fronto-temporale (DFT) risque d'être spéculatif.

Commentaires

L'hétérogénéité des différents symptômes initiaux possibles de la DCB, leur observation dans d'autres pathologies dégénératives (ex. PSP, DFT) rend nécessaire la définition de critères diagnostiques sensibles et spécifiques. Les auteurs présentent une adaptation des critères de Boeve et al. (Ann Neurol, 2003) qui associent obligatoirement 1) un dysfonctionnement cortical, 2) une atteinte extrapyramidale focale ou asymétrique d'un membre en accordant une contribution importante aux explorations complémentaires : une évaluation neuropsychologique attestant d'une atteinte cognitive isolée ou latéralisée, avec préservation relative de l'apprentissage et de la mémoire ; une atrophie focale ou asymétrique au scanner ou IRM ; une hypoperfusion focale ou asymétrique au SPECT ou PET, typiquement au niveau du cortex pariéto-frontal, associée ou non à une hypoperfusion des ganglions de la base. Ces critères restent à évaluer. Il n'est pas fait référence aux concepts de MCI *single domain* ou *multiple domain* qui semblent pourtant bien concerner les phases initiales de la DCB. Ainsi, il serait fort utile aux spécialistes de la démence ou des mouvements anormaux de disposer d'épreuves de référence, avec leurs valeurs seuils dans des domaines tels que l'apraxie gestuelle. Cet article synthétique peut surtout être lu avec profit par les cliniciens. On peut regretter qu'après une évocation rapide des traitements symptomatiques aucune mention ne soit faite de la kinésithérapie ou de l'ergothérapie ni de la nécessité d'anticiper l'aménagement de l'environnement pour pallier les conséquences de la bilatéralisation de l'apraxie et aux troubles d'adaptation posturale.

[Accès au résumé anglais](#)

Analysé par: Didier Hannequinn CMRR Haute Normandie

Mots-clés: Démence, Diagnostiquer

6. Mosimann UP, Mather G, Wesnes KA, JT OB, Burn DJ, McKeith IG. **Visual perception in Parkinson disease dementia and dementia with Lewy bodies.** *Neurology* 2004;63(11):2091-2096.

Adresse de l'auteur référent: Mosimann, UP; Newcastle Gen Hosp; Wolfson Res Ctr; Newcastle Upon Tyne NE4 6BE; Tyne & Wear; England. u.p.mosimann@ncl.ac.uk

Analyse critique: Perception visuelle au cours des démences parkinsoniennes et des démences à corps de Lewy.

Synthèse

L'objectif de cette étude est de préciser et de quantifier l'atteinte visuo-perceptive au cours des démences parkinsoniennes (DP) et des démences à corps de Lewy (DCL). Les patients (MMS>10) sont issus d'une cohorte prospective (*New Castle MRC prospective outpatient cohort*). Les diagnostics de DP, DCL et Démence de Type Alzheimer (DTA) sont posés respectivement selon les critères suivants : *UK PD Society brain Bank Clinical Diagnostic criteria, DLB consensus guidelines for DLB, NINCDS-ADRDA*. La levodopa est le seul antiparkinsonien admis et les doses d'anticholinestérasiques sont stables depuis plus de trois mois. Les patients sont soumis à une batterie de tests cognitifs globaux et à une série de tests d'évaluation visuo-perceptive standardisés, sur écran d'ordinateur, non chronométrés et ne nécessitant qu'une réponse verbale de la part du sujet. Ces tests sont classés en 3 groupes : a) Discrimination visuelle (perception de taille et longueur, discrimination d'angles) ; b) Perception de formes et d'objets (figures enchevêtrées, perception de formes) ; c) Perception spatiale et du mouvement (position de points dans l'espace, perception de vitesse de déplacement de points, tâche de décompte visuel). La durée des tests est de 30 à 45 minutes. L'atteinte des voies visuelles ventrales, occipito-temporales, est assimilée aux erreurs sur les tests de figures enchevêtrées et de perception des formes (score de perception objet-forme). L'atteinte des voies visuelles dorsales, occipito-pariétales, est assimilée aux erreurs dans les tâches de perception spatiale et de mouvement (score de perception mouvement-espace). Les scores d'erreur des patients DP, DCL sont comparés aux patients DTA, parkinsoniens non déments et sujets contrôles non déments. Les cinq groupes de patients (contrôles, parkinson, PD, DCL DTA) ne diffèrent pas sur les variables âge, sexe, niveau d'éducation, acuité visuelle. Les 3 groupes de patients déments ne diffèrent pas sur le niveau de détérioration. L'atteinte visuo-perceptive est altérée de façon comparable pour les sujets DCL et DP. Les troubles prédominent sur les tâches de discrimination visuelle et de perception objet-forme avec des scores significativement plus altérées chez les DCL et DP que chez les patients DTA. Les scores de perception mouvement-espace sont altérés de façon plus importante pour les patients DCL et DP versus DTA mais de façon non significative ($p=0,074$). Les scores des patients avec hallucinations sont plus altérés que ceux des patients sans hallucinations dans toutes les tâches (sous réserve d'un faible nombre de patient indemne d'hallucination). Les traitements anticholinestérasiques et la levodopa n'ont pas d'incidence sur les performances visuelles.

Commentaires

Les auteurs évoquent les mécanismes susceptibles de concourir à l'atteinte des voies visuelles au cours des DCL et DP et de la prédominance d'une atteinte voies visuelles ventrales occipito-temporales: important déficit cholinergique cortical et forte densité de corps de Lewy dans les aires visuelles avec une hypoperfusion occipito-pariétale en imagerie fonctionnelle. Les tests d'évaluation visuo-perceptive utilisés dans cette étude ont l'intérêt de s'affranchir des troubles moteurs des patients présentant un syndrome parkinsonien et des troubles cognitifs. Cependant, la batterie de test utilisée est inspirée de tests déjà existants mais n'a pas été validée. Par ailleurs, l'accessibilité et le mode de diffusion de ces logiciel-tests restent à envisager. Les effectifs de l'étude sont limités (20 à 25 patients par groupe) ce qui explique sans doute le manque de significativité de certains résultats (notamment sur la perception spatiale et des mouvements).

[Accès au résumé anglais](#)

Analysé par: Matthieu Debray, CMRR Rhône Alpes

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

7. Philpot M. **The clock-drawing test: a critique.** Int Psychogeriatr 2004;16(3):251-6.

Adresse de l'auteur référent: Michael Philpot, South London and Maudsley NHS Trust, Mental Health for Older Adults, Maudsley Hospital, Denmark Hill London SE5 8AZ UK. mike.philpot@slam-tr.nhs.uk

Analyse critique: Le test de l'horloge : une critique.

Synthèse

L'auteur présente ici sa vision très critique face à tous les efforts de recherche déployés actuellement autour du test du dessin de l'horloge (*Clock drawing task, CDT*). Il souligne comme la plupart des auteurs l'absence de consensus autour de l'utilisation d'une seule méthode de cotation. Son argumentation principale contre la poursuite de recherches sur le CDT, tient en deux points. Premièrement, peu de recherches permettent d'établir la valeur de ce test en termes d'aide à la détection précoce de démence. L'auteur rappelle qu'un test utile est un test qui au-delà de son acceptabilité par les patients et sa facilité d'administration doit être une aide au diagnostic et ce le plus précocement possible. Critiquant les méthodes d'analyses des études menées qui souvent ne permettent pas de préciser ce point, l'auteur pense qu'il n'est pas possible de conclure à une haute spécificité ni à une bonne valeur prédictive positive du CDT. Deuxièmement, certaines études soulignent l'intérêt d'intégrer ce test à une batterie d'exploration cognitive plus large pour y trouver un pouvoir discriminant entre maladie d'Alzheimer et autres types de démence, ce qui revient en quelque sorte à l'administration initiale de ce test au sein d'une batterie en 1983 (*Boston Aphasia Battery*, Goodglass et Kaplan, 1983). Ainsi, malgré l'engouement des chercheurs autour de ce test, il n'existe pas de découverte majeure en termes de "valeur ajoutée" par les études des 15 dernières années. L'intérêt de la méthode de cotation rigoureuse de Royall permettant d'explorer spécifiquement les fonctions exécutives au travers du CLOX (Royall et al., 1998) est aussi critiquée puisque remise en question par les résultats divergents des études en imagerie cérébrale.

Commentaires

Ces critiques sont bien entendu tout à fait acceptables et bien souvent soulignées par les auteurs dans leurs études portant sur le dessin de l'horloge. Il est certain que ce test perd de son utilité quand aucun consensus n'est établi sur la cotation à utiliser, ceci limitant les possibilités d'interprétations neuropsychologiques qui pourraient en découler. Cependant, parmi la masse de travaux cherchant à justifier l'utilisation d'un score quantitatif plus qu'un autre, il existe quelques études qui s'attardent sur l'aspect qualitatif de ce test de l'horloge (par exemple, Rouleau et al., 1992). Suivant cet exemple, et plutôt que d'abandonner le test de l'horloge qui est largement employé en clinique et qui est très bien accepté par les patients et leur entourage, nous devons travailler sur les fondements neuropsychologiques de ce test. Seul un éclaircissement des fonctions cognitives explorées par le dessin de l'horloge (comme entrepris par Royall), permettra de justifier l'emploi de l'outil neuropsychologique qu'il est. Ainsi, davantage d'études qualitatives devraient permettre d'établir une cotation rigoureuse et "sensée", ayant pour objectif la description de profils d'atteinte cognitif, qui eux, pourraient aider à la prise de décision diagnostique.

[Accès au résumé anglais](#)

Analysé par: Yann Gaestel, CMRR Aquitaine

Mots-clés: Neuropsychologie, Test

8. Wang L, van Belle G, Crane PK, Kukull WA, Bowen JD, McCormick WC, Larson EB. **Subjective memory deterioration and future dementia in people aged 65 and older**. Journal of the American Geriatrics Society 2004;52(12):2045-2051.

Adresse de l'auteur référent: van Belle, G; Univ Washington; Dept Med; Box 357232; Seattle; WA 98195; USA. vanbelle@u.washington.edu

Analyse critique: Détérioration subjective de la mémoire et prédiction de démence chez des sujets de 65 ans et plus.

Synthèse

Constatant que plusieurs études de la littérature ont rapporté que la plainte de mémoire ou le changement subjectif de fonctionnement cognitif étaient des facteurs prédictifs de démence, en dehors de troubles objectivés dans les tests, en particulier dans le suivi de la cohorte d'Amsterdam avec une corrélation entre le simple fait de se plaindre de sa mémoire et la survenue d'une démence, cette équipe de Seattle a étudié une cohorte de 1883 sujets de 1994 à 2002 pour évaluer un score de détérioration subjective de la mémoire et la survenue d'une démence à 5 ans. Les sujets avaient 65 ans ou plus à l'inclusion et obtenaient un score de 91 au moins au CASI (score maximum de 100 et *cut off* à 86), qui outre un entretien standardisé et un recueil de données démographiques est une échelle composite (attention, concentration, mémoire à court et long terme, orientation, langage, fluence, construction visuelle, abstraction, jugement). Les auteurs réalisaient le SMRS, score de mémoire subjective où les sujets devaient attribuer une note de 1 à 5 à cinq questions évaluant un changement dans le domaine des noms propres, des visages, des noms des amis, de la gestion des rendez-vous et de l'évaluation du temps (en termes de durée). Un score de 20 ou plus était jugé pathologique. A cinq ans d'évolution, 326 sujets sont décédés, 143 sont perdus de vue et 126 ont développé une démence (83 une maladie d'Alzheimer). Cette conversion n'est pas corrélée au score initial du CASI ni aux antécédents familiaux. Elle est par contre corrélée au score initial de mémoire subjective, score qui n'est pas lui-même corrélé au CASI mais par contre à l'âge. Le fait de se plaindre prédirait la survenue d'une démence (15% à 5 ans pour les plaintifs contre 6% pour les non plaintifs) et ce d'autant plus que les sujets sont plus jeunes (odds ratio à 6 à 70 ans, 3,2 à 75 ans, 1,6 à 80 ans).

Commentaires

Cette étude de cohorte confirme le fait que la plainte subjective de mémoire peut prédire en dehors de toute atteinte dans des tests la survenue d'une démence dans les 5 ans. La survenue de démence dans cette cohorte n'est pas corrélée aux données des tests. Toutefois, il faut souligner que les tests cognitifs utilisés sont une batterie composite (CASI) dont l'effet plafond est important (et ce d'autant plus que les auteurs soulignent dans leur discussion que leur cohorte était déséquilibrée en faveur de sujets de haut niveau culturel) et ce résultat ne présume pas de résultats éventuels avec des tests plus ciblés (scores mémoire libre et/ou différée ; fonctions exécutives). En outre le score de modification subjective est calculé à partir de cinq items dont aucun ne concerne directement la mémoire et qui pour certains sont dans la littérature jugés comme aspécifiques (noms de personnes, rendez-vous). Ceci pourrait rejoindre les résultats de l'étude de la cohorte d'Amsterdam citée par les auteurs : toute plainte cognitive récente doit alarmer mais demande à être nuancée car ce résultat manque de spécificité pour repérer de façon réaliste les sujets à risque de démence.

[Accès au résumé anglais](#)

Analysé par: Catherine Thomas-Anterion, CMRR Rhône Alpes

Mots-clés: Neuropsychologie, Démence, Pronostiquer

Les analyses critiques de ces 14 articles supplémentaires sont présentées dans la base Bibliodemences et non dans le bulletin en raison de leur intérêt trop spécialisé.

URL: <http://www.isped.u-bordeaux2.fr/RIS/RISWEB.ISA>, base Bibliodemences

1. Aarsland, D., et al., *The rate of cognitive decline in Parkinson disease*. Archives of Neurology, 2004 **61**(12): p. 1906-1911.
2. Atchison, T.B., M. Bradshaw, and P.J. Massman, *Investigation of profile difference between Alzheimer's disease patients declining at different rates: examination of baseline neuropsychological data*. Archives of Clinical Neuropsychology, 2004 **19**(8): p. 1007-1015.
3. Boyer, F., et al., *Agreement between dementia patient report and proxy reports using the Nottingham Health Profile*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 2004 **19**(11): p. 1026-1034.
4. Chiu, N.T., et al., *Educational level influences regional cerebral blood flow in patients with Alzheimer's disease*. J Nucl Med, 2004 **45**(11): p. 1860-3.
5. Farlow, M.R., et al., *Impact of APOE in mild cognitive impairment*. Neurology, 2004. **63**(10): p. 1898-1901.
6. Gustafson, D., et al., *A 24-year follow-up of body mass index and cerebral atrophy*. Neurology, 2004 **63**(10): p. 1876-1881.
7. Johnson, N., et al., *The activities of daily living questionnaire - A validation study in patients with dementia*. Alzheimer Disease and Associated Disorders, 2004 **18**(4): p. 223-230.
8. Jorm, A.F., et al., *Memory complaints in nondemented men predict future pathologic diagnosis of Alzheimer disease*. Neurology, 2004 **63**(10): p. 1960-1961.
9. Politis, A.M., et al., *A randomized, controlled, clinical trial of activity therapy for apathy in patients with dementia residing in long-term care*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 2004 **19**(11): p. 1087-1094.
10. Schnaider Beerl, M., et al., *Diabetes mellitus in midlife and the risk of dementia three decades later*. Neurology, 2004 **63**(10): p. 1902-7.
11. Seidler, A., et al., *Psychosocial work factors and dementia*. Occupational and Environmental Medicine, 2004 **61**(12): p. 962-971.
12. Small, B.J., et al., *Apolipoprotein E and cognitive performance: a meta-analysis*. Psychol Aging, **19**(4): p. 592-600.
13. Perriol, M.P., et al., *Disturbance of sensory filtering in dementia with Lewy bodies: comparison with Parkinson's disease dementia and Alzheimer's disease*. Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry, 2005 **76**(1): p. 106-108.
14. Royall, D.R., et al., *Executive control mediates memory's association with change in instrumental activities of daily living: The freedom house study*. Journal of the American Geriatrics Society, 2005 **53**(1): p. 11-17.