



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 4, Numéro 1 (janvier 2007)

Nombre de références retenues pour ce numéro : 8 + 2

**La veille bibliographique** est réalisée chaque semaine à partir des revues de sommaires des trois éditions des **Current Contents**, éditées par Thomson/ISI : 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](mailto: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>, liste déroulante Search : **Bibliodémences.enl**.

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

**Mots-clés.** Chaque référence a été indexée, en particulier, 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, Neuropsychologie, 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 texte intégral](#) (si disponible)

**Mots-clés**



1. Aguero Torres H, Kivipelto M, von Strauss E. **Rethinking the dementia diagnoses in a population-based study: What is Alzheimer's disease and what is vascular dementia? A study from the Kungsholmen project.** Dementia and Geriatric Cognitive Disorders 2006;22 (3):244-249.

**Adresse de l'auteur référent:** von Strauss, E; Karolinska Inst; Aging Res Ctr; Gavlegatan 16; SE-11330 Stockholm; Sweden. [eva.von.strauss@ki.se](mailto:eva.von.strauss@ki.se)

**Analyse critique:** Diagnostic de démence révisité dans une étude en population : qu'est ce que la maladie d'Alzheimer et qu'est-ce que la démence vasculaire ?

### Synthèse

Cet article pose le problème de la classification étiologique des démences, entre démence de type Alzheimer et vasculaire. A partir de l'étude de cohorte en population du Kungsholmen Project chez des 75 ans et plus (en Suède), tous les cas incidents de démence survenus au cours des 6 années de suivi (2 visites de suivi à 3 ans d'intervalle) ont été reclassés, soit 308 cas.

Pour cela des données rétrospectives ont été recherchées : d'une part une revue systématique des données hospitalières pour rechercher toutes les pathologies vasculaires ; d'autre part une recherche d'information auprès des familles pour documenter le type de début et de progression de la maladie.

Les cas de démence ont été reclassés en 1) Alzheimer pur (début progressif et absence de pathologie vasculaire) ; 2) vasculaire pur (AVC avant le début de la démence et début brutal) et 3) mixte incluant : des Alzheimer avec une composante vasculaire (au moins une pathologie vasculaire et un début progressif de démence) et des démences vasculaires de type Alzheimer (AVC avant le début de la démence et début progressif).

Alors que la classification initiale des cas mettait en évidence une majorité d'Alzheimer (77%), le reclassement montrait : 36% avec un Alzheimer pur, 3% avec une démence vasculaire pure et 55% avec une démence mixte.

En outre, chez les Alzheimer pur détectés au suivi à 3 ans, ¼ développait une pathologie vasculaire dans les 3 années suivantes.

### Commentaires

Cet article met bien en évidence la contribution à la fois des mécanismes neurodégénératifs et vasculaires dans la démence des personnes âgées, avec très peu de cas qualifiés de "purs". Il permet de bien prendre conscience de la réalité de la démence en population. Même si des cas typiques d'Alzheimer ou de démences vasculaires existent, la démence des personnes âgées correspond le plus souvent à un continuum.

Les auteurs évoquent les différents types de contribution possible des facteurs vasculaires dans le développement ou l'expression d'une démence : induction de la pathologie neurodégénérative, artérosclérose entraînant une diminution du flux sanguin et du métabolisme et par là des lésions neuronales, ou lésions cérébrovasculaires plus ou moins étendues. Les lésions neurodégénératives et vasculaires se recoupent donc et probablement interagissent et se stimulent entre elles.

Ces résultats posent des questions pour les recherches futures : doit-on s'intéresser aux sous-types de démences ou au syndrome démentiel dans son ensemble. Les deux semblent pertinents car d'un côté les mesures préventives ou les thérapeutiques touchent ces deux pathologies et d'un autre côté il semble essentiel de mieux comprendre les processus physiopathologiques conduisant à la démence.

Au-delà de ces deux composantes principales de la pathologie démentielle, on peut juste regretter que les auteurs n'aient pas évoqué la part de lésions non spécifiques liées au vieillissement dans le processus démentiel.

**Analysé par:** Catherine Helmer, CMRR Aquitaine

**Mots-clés:** Démence vasculaire, Maladie d'Alzheimer, Diagnostiquer

2. Belleville S, Gilbert B, Fontaine F, Gagnon L, Menard E, Gauthier S. **Improvement of episodic memory in persons with mild cognitive impairment and healthy older adults: Evidence from a cognitive intervention program.** *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 2006;22 (5-6):486-499.

**Adresse de l'auteur référent:** Belleville, S; Inst Univ Geriatrie Montreal; Res Ctr; 4565 Queen Mary; Montreal; PQ H3W 1W5; Canada. [sylvie.belleville@umontreal.ca](mailto:sylvie.belleville@umontreal.ca)

**Analyse critique:** Amélioration de la mémoire épisodique chez des patients présentant un Mild Cognitive Impairment et des personnes âgées normales : résultats d'une étude d'intervention cognitive.

### **Synthèse**

Cette étude a pour objectif d'évaluer l'efficacité d'un programme d'entraînement mnésique destiné à optimiser les stratégies de mémorisation auprès de sujets âgés présentant des performances cognitives normales et des sujets présentant un Mild Cognitive Impairment (MCI).

En pratique, le programme se déroulait sous forme de séances hebdomadaires de deux heures en petit groupe (4 à 5 participants), animées par un neuropsychologue. Au cours de ces séances, le neuropsychologue délivrait des informations concernant le fonctionnement général de la mémoire, les participants apprenaient différents types de stratégies de mémorisation (ex. technique d'imagerie mentale, technique dite "PQRST" ...), des techniques permettant de minimiser les effets du stress sur les performances aux tests et comment appliquer ces stratégies dans diverses situations de la vie quotidienne.

En plus du travail réalisé au cours de ces séances, les sujets étaient régulièrement invités à réaliser à domicile une série d'exercices pour mettre en application ce qui leur avait été enseigné. Vingt-neuf sujets (20 MCI et 9 sujets âgés normaux) ont bénéficié de ce programme pendant 8 semaines tandis que 16 sujets (8 MCI et 8 sujets âgés normaux) constituaient le groupe contrôle c'est-à-dire sans intervention cognitive. L'efficacité de l'intervention était évaluée en comparant les performances pré-intervention et post-intervention sur 3 épreuves mnésiques : une tâche d'association nom-visage, une tâche d'apprentissage de listes de mots (avec rappel immédiat et différé) et une tâche d'apprentissage de récits.

Les résultats ont montré qu'à la suite du programme d'intervention, deux scores présentaient une amélioration : score à la tâche d'association nom-visage et score au rappel différé d'une liste de mots aussi bien chez les sujets normaux que chez les sujets présentant un MCI. Aucune amélioration significative n'était observée dans le groupe contrôle.

Les auteurs concluent à la possibilité d'améliorer grâce à ce type de programme les capacités de mémoire épisodique de patients souffrant de MCI c'est à dire des sujets caractérisés comme présentant précisément un début d'altération de la mémoire épisodique.

### **Commentaires**

Cette étude montre l'intérêt des programmes d'entraînement mnésique basés non pas sur la répétition d'exercices de mémoire mais sur le fonctionnement de la méta-mémoire et l'optimisation des stratégies de mémorisation. Les résultats positifs rapportés sont encourageants et originaux dans la mesure où il existe peu d'études d'intervention cognitive auprès de patients MCI.

Il faut toutefois noter que les résultats obtenus dans cette étude chez les sujets normaux sont quelque peu en désaccord avec des études antérieures suggérant que ces techniques d'apprentissage de stratégies de mémorisation sont peu efficaces dans le vieillissement normal.

Concernant la méthodologie, on peut regretter, comme pour la plupart des études portant sur ce sujet, la faiblesse des échantillons testés. En outre, aucune information n'est donnée concernant la manière dont les sujets recrutés ont été affectés soit au groupe expérimental soit au groupe contrôle.

**Analysé par:** Hélène Amieva, CMRR d'Aquitaine

**Mots-clés:** MCI, Déficit cognitif léger, Mémoire

3. Hunderfund AL, Roberts RO, Slusser TC, Leibson CL, Geda YE, Ivnik RJ, Tangalos EG, Petersen RC. **Mortality in amnesic mild cognitive impairment - A prospective community study.** *Neurology* 2006;67(10):1764-1768.

**Adresse de l'auteur référent:** Petersen, RC; Mayo Clin; Dept Neurol; 200 1st St SW; Rochester; MN 55905; USA. [peter8@mayo.edu](mailto:peter8@mayo.edu)

**Analyse critique:** Mortalité dans le Mild Cognitive Impairment amnésique.

### Synthèse

Dans l'évolution de la définition du Mild Cognitive Impairment (MCI), les différents auteurs ont distingué le MCI amnésique (aMCI) du MCI non amnésique, ainsi que le MCI qui touche un seul (sMCI = single domain) ou plusieurs domaines (mMCI = multiple domain) de la cognition. L'objectif de ce travail est d'analyser la mortalité de sujets aMCI par rapport à des sujets non MCI, et d'analyser les différences de mortalité parmi les aMCI selon qu'un ou plusieurs domaines de la cognition sont touchés.

**Méthodes :** Une étude cas-témoins a été menée en incluant les cas aMCI identifiés dans le registre de la Mayo Clinic, appariés à des témoins venus consultés au centre de médecine de soins primaire du conté. Au total 243 cas de aMCI et 243 témoins appariés sur l'âge, le sexe et l'année d'inclusion ont été analysés. La présence de comorbidités a été relevée sur les 5 années précédant l'inclusion.

**Résultats :** Les sujets aMCI étaient plus souvent porteurs de l'allèle E4 de l'Apolipoprotéine E mais il n'y avait pas de différence sur le niveau d'études ou les comorbidités. Chez les aMCI, 80% étaient sMCI. Le pourcentage de sujets ayant plus de 12 ans d'études était plus grand chez les sMCI que chez les mMCI. Les comorbidités les plus fréquentes chez les témoins étaient la BPCO et le cancer ; chez les sMCI, on trouvait les maladies cérébrovasculaires, le cancer et la BPCO, et chez les mMCI, on trouvait les maladies cérébrovasculaires, la BPCO, un ulcère et l'infarctus.

Après un suivi médian de 5.7 ans, on dénombrait 134 décès chez les aMCI contre 89 chez les témoins. La cause de décès (selon le certificat de décès) la plus fréquente chez les aMCI était la démence (30% contre 6.8%,  $p=0.0002$ ) et l'accident vasculaire cérébral (13% contre 5.4%,  $p=0.11$ ).

La survie était plus faible chez les aMCI que chez les témoins (7.55 ans contre 10.22 ans) avec un risque de mortalité multiplié par 1.69. Ce risque était de 2.92 chez les mMCI et de 1.52 chez les sMCI. Par rapport au sMCI, le risque de décès était multiplié par 2 pour les mMCI. Une interaction était observée avec l'ApoE4.

Le risque de décès chez les mMCI par rapport aux sMCI n'était pas plus élevé chez les ApoE4+ (RR=1.2) mais il était plus élevé (RR=4.6) chez les ApoE4-.

### Commentaires

Ce travail confirme d'autres études qui montraient un excès de risque de décès chez les sujets MCI. Les auteurs observent une mortalité plus forte chez les mMCI, aussi bien par rapport aux témoins qu'aux sMCI, bien que l'effectif des mMCI soit le plus réduit.

On note un spectre de comorbidités plus important chez les mMCI, et on peut imaginer que ce sont des sujets déjà plus fragiles. Le fait de ne pas avoir de réels cas incidents de MCI ne permet pas de déterminer si les mMCI inclus avaient une évolution de leur état plus importante que les sMCI, ce qui expliquerait la surmortalité observée.

Cette surmortalité des sujets MCI reste un problème important dans les études épidémiologiques longitudinales, car en raison des intervalles de temps relativement longs entre les visites, le devenir de ces sujets en termes de démence ou de l'évolution de l'incapacité est souvent inconnu.

**Analysé par:** Luc Letenneur, CMRR Aquitaine

**Mots-clés:** MCI, Déficit cognitif léger, Mortalité

4. Kang JH, Cook N, Manson J, Buring JE, Grodstein F. **A randomized trial of vitamin E supplementation and cognitive function in women.** Archives of Internal Medicine 2006;166(22):2462-2468.

**Adresse de l'auteur référent:** Kang, JH; Brigham & Womens Hosp; Channing Lab; 181 Longwood Ave; Boston; MA 02115; USA. [njhk@channing.harvard.edu](mailto:njhk@channing.harvard.edu)

**Analyse critique:** Un essai randomisé de l'impact de la supplémentation en vitamine E sur les fonctions cognitives chez les femmes

### Synthèse

Il s'agit d'une étude ancillaire de la *Women's Health Study*, étude randomisée en double aveugle contre placebo de supplémentation par 600 UI de vitamine E un jour sur deux et/ou 100 mg d'aspirine l'autre jour pour la prévention des maladies cardiovasculaires et des cancers.

Un sous-projet cognitif a été initié 5 ans après la randomisation chez 6377 femmes âgées de 65 ans et plus. Le fonctionnement cognitif a été évalué par le *Telephone Interview of Cognitive Status* (TICS), adaptation téléphonique du MMSE, complété par le *East Boston Memory Test* (rappel immédiat et différé), un test de mémoire différée des 10 mots du TICS, et un test de fluence verbale. Le critère de jugement principal était un Z-score global composite de ces cinq tests. Le critère de jugement secondaire était un score composite de mémoire verbale basé sur la moyenne des 4 épreuves explorant ce domaine.

Après un suivi moyen de 4 ans, aucune différence n'était observée entre les groupes vitamine E versus placebo pour aucun des critères de jugement. De même, aucune différence n'a été observée pour la vitesse de déclin cognitif ni pour le risque de "déclin cognitif substantiel" défini comme les 10% les plus mauvais de la distribution du changement entre l'évaluation initiale et finale sauf pour le score de mémoire verbale où la vitamine E avait un effet protecteur à la limite de la signification (RR=0.85, intervalle de confiance 0.71 à 1.02).

Les résultats n'étaient pas modifiés par la prise éventuelle concomitante d'aspirine également évaluée dans cet essai. Des analyses secondaires effectuées dans des sous-groupes de facteurs de risque de déclin cognitif ont mis en évidence un effet protecteur de la vitamine E chez les femmes ayant un apport alimentaire de cette vitamine inférieur à la médiane de l'échantillon (6,1 mg/j), peu d'activité physique (moins d'une fois par semaine) et n'ayant pas de diabète.

Après exclusion des participants (24%) qui ont pris moins des 2/3 de leur traitement on observe une différence significative en faveur de la vitamine E pour le déclin au score global et au score de mémoire verbale.

### Commentaires

Cette étude est un essai négatif de plus concernant les effets de la vitamine E sur le déclin cognitif ou le risque de démence malgré des doses plus faibles que dans les essais précédents (jusqu'à 2000 UI/j) mais encore très supérieures aux apports nutritionnels conseillés chez les personnes âgées (entre 20 et 50 mg/j soit 30 à 75 UI, pas de consensus actuel).

A forte dose la vitamine E peut avoir des effets pro-oxydants au lieu des effets anti-oxydants attendus ici. Ceci peut expliquer la relative efficacité de la supplémentation dans le sous-groupe avec des apports nutritionnels insuffisants. Il faut toutefois se méfier des analyses post-hoc non planifiées avant la randomisation car elles peuvent porter sur des sous-groupes non comparables.

Par ailleurs il s'agit d'une étude ancillaire avec un plan factoriel avec 4 bras, non décrits dans l'article. Aucune étude de puissance n'est rapportée pour cette étude ancillaire.

De plus, il est difficile d'apprécier l'impact clinique de la supplémentation dans le sous-groupe déficitaire en apports nutritionnels.

Ces résultats inciteraient néanmoins à recommander un apport nutritionnel adéquat en vitamine E, apportée essentiellement par les huiles végétales, en privilégiant les plus riches en acides gras omega 3 (huiles de colza, noix, huiles mélangées, margarines).

**Analysé par:** Pascale Barberger-Gateau, CMRR Aquitaine

**Mots-clés:** Nutrition, Vitamine E, Femme, Cognition

5. Le Ber I, Guedj E, Gabelle A, Verpillat P, Volteau M, Thomas Anterion C, Decousus M, Hannequin D, Vera P, Lacomblez L, Camuzat A, Didic M, Puel M, Lotterie JA, Golfier V, Bernard AM, Vercelletto M, Magne C, Sellal F, Namer I, Michel BF, Pasquier J, Salachas F, Bochet J, Brice A, Habert MO, Dubois B. **Demographic, neurological and behavioural characteristics and brain perfusion SPECT in frontal variant of frontotemporal dementia.** Brain 2006;129(Part 11):3051-3065.

**Adresse de l'auteur référent:** Dubois, B; Hop La Pitie Salpetriere; Federat Neurol; 47 Blvd Hop; F-75651 Paris; France. [bruno.dubois@psl.ap-hop-paris.fr](mailto:bruno.dubois@psl.ap-hop-paris.fr)

**Analyse critique:** Caractéristiques démographiques, neurologiques et comportementales et perfusion cérébrale par SPECT dans le type frontal de la démence fronto-temporale.

### Synthèse

Objectifs et méthodes. Cette étude multicentrique a pour objet de préciser les caractéristiques cliniques transversales et prospectives d'une cohorte de patients présentant une démence fronto-temporale (DFT) dans sa forme frontale pure (critères de Lund et Manchester).

Cette forme est la plus fréquente en clinique, et il y a eu à ce jour très peu d'études ayant étudié distinctement les différents sous-types de la maladie. Sachant que les études anatomopathologiques ont apporté des éléments permettant de distinguer les formes frontales des formes sémantiques, il est apparu utile aux auteurs de rechercher in vivo des paramètres cliniques et fonctionnels par SPECT de la forme frontale des DFT.

Résultats. Un groupe de 68 patients avec un diagnostic clinique de DFT ont été inclus, la totalité ayant eu une mesure de leur perfusion cérébrale régionale par SPECT au Technétium, et 61 d'entre eux ayant eu parallèlement une évaluation de leurs antécédents, de leurs paramètres cliniques, neuropsychologiques et comportementaux, de la durée de leur maladie. 28 sujets contrôles appariés pour l'âge ont eu un examen par SPECT. 18% des patients avaient des antécédents familiaux de DFT. Trois groupes comportementaux ont été identifiés : "inertes" (25%), désinhibés (18%), mixtes (57%). La quasi-totalité des sujets présentaient plusieurs troubles du comportement évocateurs qui ont progressé durant le suivi.

En plus de la prévisible hypoperfusion fronto-temporale antérieure, les patients ayant un début tardif de la maladie avaient un déficit mésiotemporal plus marqué. Enfin, une durée plus longue de la maladie avant le décès était associée à des déficits de perfusion plus postérieurs par rapport aux sujets ayant une maladie rapidement évolutive.

### Commentaires

Les auteurs confirment les données d'imagerie cérébrale fonctionnelle déjà observés dans les DFT, mais le principal apport de cette étude est la démonstration que des sous-types comportementaux s'accompagnent de déficits sensiblement différents au niveau préfrontal. Ces données sont en adéquation avec la neuroanatomie fonctionnelle, et sont à mettre en relation avec ce qu'on observe dans la maladie d'Alzheimer.

On sait par exemple que des symptômes négatifs au cours des démences, comme l'apathie, sont reliés à des déficits mésiofrontaux et cingulaires similaires. Si les patterns de perfusion classiques de la DFT sont relativement invariants, certains comportements pourraient avoir des corrélats fonctionnels spécifiques et transnosographiques. Ceci nous enseigne que l'interprétation de l'imagerie fonctionnelle ne peut se faire au détriment d'une bonne connaissance des sous-types cliniques, qui dans la cadre de la DFT, sont peut-être plus nombreux que les deux types décrits dans cette étude.

La relative diffusion des déficits au niveau temporo-pariétal postérieur chez les sujets ayant une évolution plus longue de la maladie fait poser la question de formes frontalières avec la maladie d'Alzheimer, sachant que les critères cliniques dont nous disposons actuellement ne permettent toujours de différencier avec sûreté les deux types de démences.

Il serait intéressant d'établir des corrélations entre les déficits métaboliques observés et les résultats des tests neuropsychologiques, ce qui n'a pas été abordé dans cette étude déjà très riche de résultats.

**Analysé par:** Michel Benoit, CMRR Nice

**Mots-clés:** Démence fronto-temporale, France, SPECT, Imagerie

6. Okonkwo OC, Wadley VG, Griffith HR, Ball K, Marson DC. **Cognitive correlates of financial abilities in mild cognitive impairment.** Journal of the American Geriatrics Society 2006;54(11):1745-1750.

**Adresse de l'auteur référent:** konkwo, OC; Univ Alabama; Dept Psychol; CH 415,1530 3rd Ave S; Birmingham; AL 35294; USA. [ozed1404@uab.edu](mailto:ozed1404@uab.edu)

**Analyse critique:** Corrélations entre performances cognitives et activités "financières" de la vie quotidienne chez des sujets MCI

### Synthèse

Objectif. Étudier les relations entre différents domaines cognitifs et certaines activités financières de la vie quotidienne chez des sujets MCI.

Méthodes. Étude cas-témoins (N 43/43), appariée sur l'âge et le niveau d'études, avec recrutement des sujets en population générale et en consultation mémoire. Étaient évalués : 5 domaines cognitifs (fonctions exécutives, attention, langage, mémoire et capacités visuo-spatiales) et 4 types d'activités relatives aux finances à l'aide d'une partie du *Financial Capacity Instrument* (FCI) (connaissances conceptuelles financières, paiement en espèces, gestion des comptes bancaires et paiement de factures).

Résultats. Les MCI avaient de moins bonnes performances cognitives (fonctions exécutives, la mémoire et le langage, mais pas pour les capacités visuo-spatiales) et davantage de difficultés pour certaines activités financières (connaissances conceptuelles financières, gestion des relevés de compte et paiement des factures, mais pas pour payer en espèces).

Les MCI étaient également plus lents pour la procédure de paiement des factures et commettaient plus d'erreurs dans la préparation des enveloppes. Les domaines cognitifs corrélés aux activités étaient l'attention pour les connaissances conceptuelles financières et la gestion des comptes, et les fonctions exécutives pour le paiement des factures, mais sans implication de la mémoire.

### Commentaires

Plusieurs études avaient montré que la gestion du budget et d'autres activités "financières" de la vie quotidienne étaient tout particulièrement atteintes chez les patients alzheimer. Mais qu'en est-il à un stade plus précoce du processus démentiel, comme au stade du MCI ? Cet article tente de répondre à cette question en utilisant le FCI (outil créé par les auteurs), intéressant outil d'évaluation objective de plusieurs activités précises et concrètes de la vie quotidienne relative aux finances, utilisé ici dans sa version abrégée (5 items sur 9 n'étant pas associés au MCI dans un précédent travail). L'attention et les fonctions exécutives apparaissent comme les deux domaines cognitifs corrélés aux activités financières.

Cependant, même si le FCI est décomposé en plusieurs domaines, il est toujours délicat de conclure de manière tranchée quel domaine est spécifiquement impliqué. De manière assez surprenante, les auteurs n'observent pas de corrélations avec la mémoire, pourtant plus atteinte chez les MCI (surtout qu'ils sont pour la plupart de type amnestique !). Ces résultats mettent également en évidence que les activités cognitivement plus complexes comme la conceptualisation sont plus fortement atteintes que des activités purement procédurales comme payer. Ces domaines sont-ils préservés plus longtemps dans le processus démentiel ou bien les mécanismes de compensation sont-ils plus efficaces pour ces domaines ?

Malgré le faible échantillon, le manque de puissance statistique notamment lié au manque de témoins par cas, et à la sur-représentation des MCI-amnestiques, résultats intéressants notamment pour une meilleure identification des trajectoires de détériorations cognitives et fonctionnelles dans le processus démentiel. L'utilisation de cet outil de mesure objective des capacités est tout à fait intéressante et apparaît essentielle pour contourner notamment les problèmes de déni et d'anosognosie dans le processus démentiel.

**Analysé par:** Karine Pérès, CMRR Aquitaine

**Mots-clés:** MCI, Déficit cognitif léger

7. Svonsdottir HB, Snaedal J. **Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a case-control study.** International Psychogeriatrics 2006;18(4):613-621.

**Adresse de l'auteur référent:** Snaedal, J; Landspítali Univ Hosp; Dept Geriatr; IS-101 Reykjavik; Iceland. [jsnaedal@landspitali.is](mailto:jsnaedal@landspitali.is)

**Analyse critique:** Thérapie par la musique dans la démence modérée et sévère de type Alzheimer : une étude cas-témoins.

### **Synthèse**

Justification : La thérapie par la musique est un traitement non médicamenteux possible pour les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (BPSD), mais bien que certaines études l'aient trouvée utile, la plupart sont de petite taille et non contrôlées. Objectif : La thérapie par la musique utilise des mélodies et des sons pour tenter d'agir sur les BPSD. Les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer (MA) sont, dans la plupart des cas, capables de participer à la thérapie musicale et des études ont suggéré que leur bien-être augmentait. La thérapie musicale semble aussi accroître l'interaction entre les individus malades et pourrait donc diminuer leur sentiment d'isolement. La présente étude cas-témoins se donne pour objectif de démontrer l'effet de la thérapie par la musique sur les BPSD des patients atteints d'une MA modérée et sévère. Méthodes : 38 malades MA (71 à 87 ans) de 2 maisons de retraite et 2 services de gériatrie islandais sont sélectionnés. Ils sont répartis dans un groupe de thérapie musicale (n=20) et dans un groupe contrôle (n=18). Tous les malades souffrant de BPSD sont évalués avec l'Echelle de Cotation de la Pathologie du Comportement dans la Maladie d'Alzheimer (BEHAVE-AD) par deux infirmières entraînées qui ne connaissent pas la thérapie utilisée et font partie d'autres services. Les patients du groupe de thérapie musicale suivent 18 séances de 30 minutes chacune, 3 fois par semaine durant 6 semaines (le matériel des séances est constitué de chansons familières écoutées ou chantées). Les 20 malades du groupe sont évalués une seconde fois avec la BEHAVE-AD par les deux mêmes infirmières après les 6 semaines de l'étude, puis une troisième fois, dans la 10ème semaine (alors que le groupe n'a pas eu de thérapie musicale pendant 4 semaines). Le même thérapeute qualifié dirige les séances de thérapie. Principaux résultats : Après 6 semaines, on observe une diminution significative des troubles de l'activité dans le groupe de thérapie (et non dans le groupe contrôle), mais cet effet diminue durant les semaines qui suivent et devient non significatif. Lorsque 3 des 7 catégories du BEHAVE-AD (troubles de l'activité, agressivité et anxiété) sont mises ensemble, on observe une réduction significative des symptômes dans le groupe de thérapie ( $p < .01$ ), mais pas dans le groupe contrôle ( $p > 0.05$ ). Là encore, cependant, on observe que les bénéfices de la thérapie musicale ont disparu 4 semaines après la dernière session. Les autres troubles évalués par la BEHAVE-AD, quant à eux, restent inchangés, avec ou sans thérapie. Conclusions : L'intérêt de l'étude est qu'elle est faite en aveugle et contrôlée par un groupe témoin. Elle ne concerne que des malades souffrant de la MA, à l'exclusion d'autres démences. Bien que la petite taille de l'échantillon limite la portée des résultats, ceux-ci confirment, à la suite des nombreuses autres recherches et études de cas faites sur ce thème, que les troubles de l'activité et de l'anxiété peuvent être modifiés par la participation active des patients MA à la thérapie musicale.

### **Commentaires**

Les points forts de son article résident dans le choix d'une procédure en aveugle et la constitution d'un groupe témoin. Ceci dit, il est tout à fait nécessaire de rester extrêmement prudent face aux résultats obtenus, pour 3 raisons, au moins : 1. Ce type d'article, avec un minimum de mise en forme méthodologique, reste exceptionnel dans ce domaine. La plupart des articles sur la thérapie musicale chez les déments ne concernent qu'un seul cas ou portent sur de tous petits échantillons. 2. Il existe diverses formes de thérapies musicales, certaines (comme celle de Svonsdottir et Snaedal) faisant participer les patients, d'autres les mettant en position passive, d'autres encore associant la thérapie à des techniques de relaxation..., ce qui rend encore plus difficile la comparaison des résultats et leur généralisation. 3. L'exploitation statistique reste sommaire (un test de Wilcoxon). Comme il s'agit de petits groupes, on aurait aimé en savoir un peu plus, en particulier, sur la dispersion des résultats et sur le rôle éventuellement "déviant" de certains sujets, voire sur le rôle d'événements liés aux modifications du contexte dans le lieu de soin. Il est quand même curieux de constater, en effet, que le groupe témoin (même si les résultats ne sont pas significatifs) présente entre la 1ère et la 6ème semaine, comme le groupe de thérapie, une diminution des troubles de l'activité, de même qu'une diminution des troubles de l'activité associés à l'agressivité et l'anxiété. L'intérêt de l'article est donc beaucoup moins, pour nous, dans les résultats obtenus que dans la mise en forme d'une méthodologie pour ce style de recherche sur les thérapies non médicamenteuses, laquelle reste encore à affiner sensiblement.

**Analysé par:** Jean Bouisson, CMRR Aquitaine

**Mots-clés:** Maladie d'Alzheimer, Musique, Psychologie, Suivre et prendre en charge le patient



8. Vickrey BG, Mittman BS, Connor KI, Pearson ML, Della Penna RD, Ganiats TG, DeMonte RW, Chodosh J, Cui XP, Vassar S, Duan NH, Lee M. **The effect of a disease management intervention on quality and outcomes of dementia care - A randomized, controlled trial.** Annals of Internal Medicine 2006;145(10):713-726.

**Adresse de l'auteur référent:** Vickrey, BG; Univ Calif Los Angeles; Dept Neurol; C-109 RNRC, Box 951769; Los Angeles; CA 90095; USA. [bvickrey@ucla.edu](mailto:bvickrey@ucla.edu)

**Analyse critique:** L'impact d'un programme de disease management sur la qualité et l'efficacité de la prise en charge des démences. Un essai contrôlé randomisé

### Synthèse

La prise en charge des patients déments soulève de nombreuses questions sur les bonnes pratiques professionnelles et sur l'adhésion des professionnels de santé aux recommandations faites sur le sujet. En effet, ces pratiques se réfèrent peu aux recommandations faites sur la prise en charge des personnes démentes ce qui a notamment pour conséquence l'utilisation inappropriée des psychotropes pour traiter les premières manifestations d'agitation, la sous-détection des mauvais traitements faits aux personnes âgées, de la dépression...

Cette étude s'intéresse à l'application d'un programme de disease management basé sur des recommandations concernant la prise en charge des patients déments et de leurs aidants. L'échantillon total (n= 408 couples patients-aidants) étudié est randomisé en 2 groupes : intervention (n= 238) vs soins usuels (n=170). Le suivi des groupes a duré 18 mois. Les couples du premier groupe ont bénéficié de l'intervention de care managers (évaluation des besoins à domicile, suivi continu et régulier par des contacts téléphoniques et des visites à domicile semestrielles, coordination des soins en fonction d'un plan d'intervention élaboré avec les soignants concernés ...).

Ces interventions étaient toutes basées sur les recommandations spécifiques de prise en charge des démences. A partir de ces groupes, les auteurs se sont intéressés à différents indicateurs relatifs à l'adhésion à différentes recommandations (élaboration d'un plan d'intervention, évaluation des problèmes comportementaux, évaluation de l'autonomie, clarté du discours des soignants ...) ainsi qu'à la consommation de ressources (inclusion dans un programme de soutien par des associations Alzheimer, taux de participation des aidants à des groupes de soutien, taux d'utilisation d'inhibiteur de la cholinestérase..).

Le taux d'adhésion aux différentes recommandations est de 63.9% dans le groupe "intervention" et de 32.9% dans le groupe contrôle. Par exemple, la différence est significative au niveau de l'élaboration d'un plan d'intervention : 53.9% des cas dans le groupe "intervention" contre 26% dans le groupe contrôle (p-value<0.001). Une plus grande proportion de participants au groupe " intervention " a reçu le soutien de services ou de professionnels (aides à domicile, soins à domicile, groupes de soutien...) par rapport à ceux du groupe contrôle tout au long du suivi. La prise d'inhibiteur de la cholinestérase était plus fréquente dans le groupe "intervention" que dans le groupe contrôle après 12 et 18 mois de suivi (67.5% vs 58.8%, p-value = 0.032).

L'intervention des *care managers* a également significativement amélioré la qualité de vie liée à la santé des patients (utilisation de la HUI3 ; 0.10 vs 0.03 ; p-value = 0.034) et le soutien social des aidants (70 vs 64.7 ; p-value = 0.029) mais n'a pas eu d'effet sur la connaissance des aidants relative aux démences et sur leur qualité de vie liée à la santé.

### Commentaires

Les intérêts de cet article sont multiples. Tout d'abord les auteurs s'intéressent à ce type d'intervention, alliant à la fois le suivi et la prévention, sur le long terme (18 mois) contrairement à la majorité des études concernant les expérimentations de *disease management* toutes pathologies confondues (généralement de 1 à 6 mois). Ensuite, l'étude ne se focalise pas uniquement sur la consommation de ressources (médicaments, recours aux soins...) mais aborde un large panel des problématiques rencontrées par le couple patients-aidants.

Enfin, les résultats semblent démontrer que le disease management est une piste de réflexion plus que pertinente pour soulager les patients, leurs aidants et les professionnels concernés.

Une des limites soulignée par les auteurs concerne la situation initiale des patients inclus dans l'expérimentation (patients blancs, bon niveau d'éducation, peu de morbidités) ; ce type d'étude devrait nécessairement concerner un échantillon plus large et plus représentatif de la population.

**Analysé par:** Clément Pimouget, CMRR Aquitaine

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

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

La base est interrogeable à cette adresse :

URL: <http://www.isped.u-bordeaux2.fr/RIS/RISWEB.ISA>, choisir dans la liste déroulante *All Databases* la base **Bibliodemens.enl**, taper les mots-clés ou le nom des auteurs.

1. Artero S, Petersen R, Touchon J, Ritchie K. **Revised criteria for mild cognitive impairment: Validation within a longitudinal population study.** *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 2006;22(5-6):465-470.

**Analysé par Jean François Dartigues, CMRR Aquitaine**

**Mots-clés:** MCI, Déficit cognitif léger, Diagnostiquer

2. Belle SH, Burgio L, Burns R, Coon D, Czaja SJ, Gallagher Thompson D, Gitlin LN, Klinger J, Koepke KM, Lee CC, Martindale Adam J, Nichols L, Schulz R, Stahl S, Stevens A, Winter L, Zhang S. **Enhancing the quality of life of dementia caregivers from different ethnic or racial groups - A randomized, controlled trial.** *Annals of Internal Medicine* 2006;145(10):727-738.

**Analysé par Valérie Bergua, CMRR Aquitaine**

**Mots-clés:** Qualité de vie, Aidant