

Bibliodémences

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

Volume 4, Numéro 3 (mars 2007)

Nombre de références retenues pour ce numéro : 11 + 7

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

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 : **Bibliodemences.enl**.

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

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



Note éditoriale

L'imagerie des démences progresse et ne veut plus se contenter d'être utile au diagnostic différentiel, mais participer au diagnostic positif d'un syndrome démentiel. Et mieux que cela encore, contribuer à la prédiction de la survenue d'une maladie d'Alzheimer chez les sujets atteints de MCI.

Dans ce numéro de BiblioDémences, deux articles sont consacrés à l'imagerie de l'hippocampe. Celui de C. DeCarli et al (*Ref 3*) met en avant l'intérêt de la mesure de l'atrophie temporale médiane, mesurée de façon qualitative simple, pour aider à prédire la conversion vers une maladie d'Alzheimer chez 190 patients MCI participant à un essai clinique. Les auteurs concluent prudemment que cette mesure, ajoutée aux données cliniques et neuropsychologiques, contribue à la prédiction. Cependant, la variabilité intercotateur pour la définition même de la zone à étudier n'est pas négligeable, et la sensibilité de la méthode est faible.

Justement, l'article de Lupien et al (*Ref 9*) s'intéresse à l'hétérogénéité du volume hippocampique dans différents groupes d'âge. Les auteurs retrouvent un rythme d'atrophie hippocampique qui s'accroît avec l'âge mais surtout une variance comparable dans les différents groupes, indiquant que la variabilité interindividuelle du volume hippocampique est comparable tout au long de la vie. Cette variabilité est telle que 25 % des jeunes adultes de cette étude ont un volume hippocampique identique à celui des adultes de 60-75 ans ! Voici des données qui interrogent sur la pertinence de la mesure individuelle du volume hippocampique. Des méthodes plus fines et plus fiables du volume hippocampique, déjà bien développées, seront sans doute plus utiles, mais seront-elles assez disponibles pour servir à une majorité de cliniciens "démentologues" ?

Les résultats issus de ces deux études sont respectivement résumés et analysés ci-dessous : DeCarli C et al. Ref 3 ; Lupien SJ et al. Ref 9 .

1. Alfaro Acha A, Al Snih S, Raji MA, Markides KS, Ottenbacher KJ. **Does 8-foot walk time predict cognitive decline in older Mexicans Americans?** Journal of the American Geriatrics Society 2007;55(2):245-251.

Adresse de l'auteur référent: Al Snih, S; Univ Texas; Sealy Ctr Aging; 301 Univ Blvd; Galveston; TX 77555; USA. soalsnih@utmb.edu

Analyse critique: Le ralentissement de la marche est-il un signe prédictif du déclin cognitif chez les Américains d'origine mexicaine âgés ?

Synthèse

Le ralentissement de la marche, un phénomène attendu au cours du vieillissement, pourrait être un signe précoce de plusieurs maladies chroniques et de troubles neurologiques. Cependant, des résultats contradictoires ont été rapportés concernant la relation entre la vitesse de la marche et les fonctions cognitives.

L'objectif principal de cette étude longitudinale a été d'examiner l'association entre le temps à parcourir une distance de 2,4 m et le déclin cognitif, à 7 ans de suivi, chez les participants d'origine Hispanique de l'étude américaine EPESE (*Established Population for the Epidemiological Study of the Elderly*, H-EPESE).

Les 2,070 sujets évalués étaient âgés de 65 ans et plus [âge moyen 7,1 (ÉT 5,7)] et tous avaient un MMSE (mesure de la fonction cognitive) = 21 à l'entrée dans l'étude (score moyen 26,1 [ÉT 2,9]). Le temps nécessaire à parcourir 2,4 m a été chronométré et divisé en quartiles. Des variables sociodémographiques, l'indice de la masse corporelle, les troubles visuels et diverses maladies chroniques ont été considérés lors des analyses (toutes précédemment associées au déclin cognitif dans cette population).

Des analyses de régression linéaire multivariées ont montré que les participants les plus lents à parcourir la distance (quartile inférieur) avaient un déclin cognitif statistiquement significatif à 7 ans en comparaison aux sujets les plus rapides dans l'exécution du test (quartile supérieur) (-0,32 points au MMSE par an) qui ne présentaient pas de déclin. La relation n'a pas été modifiée après l'ajustement sur plusieurs variables de confusion. La variabilité du score du MMSE, expliquée par le modèle, était de 26%.

Cette étude conclut que le temps à parcourir 2,4 m est un prédicteur indépendant du déclin du score au MMSE, lequel pourrait être un marqueur précoce d'un état pré-démence. Ce test pourrait servir à dépister une population susceptible de bénéficier des programmes de prévention.

Commentaires

Cette étude présente un potentiel marqueur précoce du déclin des fonctions cognitives. Une mesure objective (vitesse de la marche) semble permettre d'identifier une population à risque de démence qui pourrait bénéficier d'interventions spécifiques dans un but de prévention. La vitesse de la marche pourrait être un marqueur des lésions cérébrales et du déclin cognitif subséquent.

Néanmoins, il est plausible que des mécanismes qui sous-tendent la vitesse de la marche et les fonctions cognitives soient partagés. Le test de la vitesse de la marche chronométrée semble être plausible en clinique en raison de la courte distance utilisée, sa rapidité, son prix et sa possible validité universelle.

Toutefois, même si ce test semble être utile, le manque d'imagerie et de biomarqueurs pour expliquer les associations et les mécanismes biologiques potentiellement impliqués, est une faiblesse importante de cette recherche. De plus, on peut regretter l'absence d'une évaluation cognitive plus extensive afin de pouvoir véritablement parler d'un état pré-démence ou de démence. Cela étant, la taille de l'échantillon et le long suivi sont les principales qualités de l'étude.

La vitesse de la marche est une fonction susceptible d'être modifiée, il faudra donc d'autres études pour établir le rôle de cette fonction physique, très reliée à la masse musculaire et ses corrélats.

Il faudra aussi déterminer si la perte d'environ 1,47 point du score du MMS à 7 ans, associée au ralentissement de la marche, est cliniquement significative et si cette perte persiste au-delà de ce temps et malgré d'autres changements liés au vieillissement.

Analysé par Juan Alberto Avila-Funes, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ville de Mexico, CMRR Aquitaine

Mots-clés: Cognition, Activité physique, Etats-Unis

2. Bialystok E, Craik FIM, Freedman M. **Bilingualism as a protection against the onset of symptoms of dementia.** *Neuropsychologia* 2007;45(2):459-464.

Adresse de l'auteur référent: Bialystok, E; York Univ; Dept Psychol; 4700 Keele St; N York; ON M3J 1P3; Canada. ellenb@yorku.ca

Analyse critique: Le bilinguisme retarde l'âge de survenue des symptômes de la démence

Synthèse

Certaines pratiques courantes telles que le maintien d'une certaine activité physique, sociale et/ou mentale complexe permettraient de retarder l'âge de survenue de la démence, notamment de la maladie d'Alzheimer (MA). Ainsi, compte tenu des processus de contrôle attentionnel sous-jacents au bilinguisme, pratiquer couramment plusieurs langues protégerait les personnes âgées contre le déclin cognitif au cours du vieillissement.

Méthodes. L'étude comprend 184 patients (dont 132 patients ayant un diagnostic de MA probable) parmi lesquels 91 sont monolingues et 93 bilingues (66 patients MA dans chaque groupe). L'âge de début de la démence est déterminé par le médecin neurologue au cours de l'entretien avec la famille lors de la première visite à la clinique. Les données comprenaient des informations sur la nature des langues parlées, la qualité de la fluence de l'anglais, le lieu et la date de naissance, l'année d'immigration au Canada, le niveau de fonctionnement cognitif global (MMSE), le statut occupationnel et le nombre d'années d'éducation.

Résultats. Globalement, l'âge moyen de début des symptômes est retardé de 4.1 années pour les patients bilingues (âge de début de démence = 75.5 chez les patients bilingues et 71.4 chez les patients monolingues). Dans la MA, les patients bilingues ont en moyenne un âge d'entrée dans la démence retardé de 4.3 années. Les âges d'entrée dans la démence demeurent différents entre les groupes lorsque les moyennes sont ajustées sur le sexe, le nombre d'années d'éducation et le statut occupationnel. Par ailleurs, la date du rendez-vous clinique initial survient 3.2 années plus tard chez les patients bilingues (âge 1ère visite = 78.6 chez les patients bilingues et 75.4 chez les patients monolingues). Ainsi, l'intervalle entre le début des symptômes et la première visite est plus courte pour les patients bilingues. A cette visite, le score de MMSE n'était pas différent entre les deux groupes. Ce score reste comparable entre les deux groupes (sur 25 patients monolingues et 24 patients bilingues) au cours des quatre années suivantes.

Conclusion. Les patients bilingues manifestent des symptômes du déclin cognitif plus tardivement. Ainsi, les pratiques courantes, éléments constitutifs de la " réserve cognitive ", permettraient de retarder la conversion vers la démence en favorisant le fonctionnement adéquat de l'individu dans son environnement.

Commentaires

Cette étude est remarquable car elle illustre les effets bénéfiques de certains modes de vie sur l'entraînement de la cognition. Néanmoins, l'âge de survenue des troubles observables repose sur une estimation approximative subjective de la part de la famille.

Par ailleurs, même si les effets sont vraisemblablement très comparables, les auteurs ne distinguent presque jamais dans leurs analyses les patients MA des autres syndromes démentiels.

Enfin, il serait particulièrement intéressant de confirmer dans une étude prospective l'effet de ces variables protectrices contre le déclin cognitif.

Analysé par Xavier Millet, CMRR Aquitaine

Mots-clés: Cognition, Démence, Bilinguisme

3. DeCarli C, Frisoni GB, Clark CM, Harvey D, Grundman M, Petersen RC, Thal LJ, Jin S, Jack CR, Scheltens P. **Qualitative estimates of medial temporal atrophy as a predictor of progression from mild cognitive impairment to dementia.** Archives of Neurology 2007;64(1):108-115.

Adresse de l'auteur référent: DeCarli, C; Univ Calif Davis; Dept Neurol; 4860 Y St,Suite 3700; Sacramento; CA 95817; USA. cdecarli@ucdavis.edu

Analyse critique: Estimation qualitative de l'atrophie temporale médiane comme signe prédictif de l'évolution du MCI vers la démence

Synthèse

Comme les sujets MCI ont plus de chance que les sujets "contrôles" d'évoluer vers une maladie d'Alzheimer (MA) dans les 5 ans qui suivent leur plainte, les auteurs ont recherché un critère d'imagerie, en plus des critères cliniques et neuropsychologiques, afin d'identifier le plus précocement possible les sujets qui vont convertir. Des études prospectives ont montré que chez les patients MCI, le pourcentage de patients qui convertissent est multiplié par 4 dans les 5 ans quand leur volume hippocampique est à 2.5 SD en dessous des valeurs normales pour les sujets du même âge et même sexe.

Les auteurs ont donc évalué l'intérêt pronostic d'une méthode simple et reproductible de mesure du volume hippocampique, afin de l'appliquer en clinique. Il s'agit d'une étude de 3 groupes de sujets MCI participant à un essai thérapeutique, pour évaluer l'efficacité de la vitamine E et du Donepezil vs placebo. La probabilité d'évoluer vers une démence n'est pas significativement différente entre les 3 groupes de sujets, après 3 années de traitement.

Méthode. Cent quatre vingt dix sujets volontaires sont inclus dans l'étude et bénéficient d'une seule IRM au moment de l'inclusion. L'atrophie temporale médiane (MTA) est appréciée qualitativement sur une échelle en 4 niveaux de 1 (pas d'atrophie) à 4 (atrophie sévère) par 4 neurologues expérimentés. D'après cette échelle qualitative, on admet que un score de 3 est compatible avec une MA.

Résultats. Il y a peu de variations entre les expérimentateurs, et il est très rare que la différence de score de MTA soit supérieure à 1 entre deux expérimentateurs. Au total, 33 % des sujets du groupe sont devenus déments pendant les 3 années. Ces sujets sont plus âgés, ont un MTA significativement plus élevé et un MMSE significativement plus faible que les sujets qui ne convertissent pas. De plus, le score de MTA est significativement corrélé au score de MMSE. Aucun sujet n'a un score supérieur à 3.1, seul 7.9 % des sujets ont un score supérieur à 2 suggérant qu'il n'existe pas de MTA sévère chez les MCI, et une atrophie temporale élevée est associée à un pourcentage de sujets qui évolue vers la démence accru. Chez les sujets qui ont un MTA < 1, seul 29 % convertissent alors que le pourcentage atteint 45% chez ceux qui ont un MTA >1, et 60% chez ceux qui ont un MTA =2, et 75% pour un MTA >2. Ces données sont confirmées par les résultats de sensibilité et spécificité.

Conclusion. Ces résultats suggèrent qu'une mesure qualitative de l'atrophie moyenne constitue un élément supplémentaire, ajouté aux données cliniques et neuropsychologiques, dans la détection précoce des sujets MCI susceptibles d'évoluer vers une MA. Les auteurs soulignent la simplicité et la reproductibilité de la méthode, utilisable en routine clinique. Ils soulignent l'intérêt de cette mesure chez les sujets présentant une atrophie MTA de score 2, pour laquelle le % de conversion est de 75% et la spécificité de la méthode de 98%.

Commentaires

Cette méthode est en effet relativement simple à mettre en place, cependant la variabilité inter expérimentateur pour la définition des HR (qui varient de 2.0 à plus de 5.0) n'est pas négligeable, en particulier dans le groupe MTA>2, ce qui pose évidemment la question de sa validité en clinique.

Cette réserve est renforcée par la faible sensibilité de la méthode.

Analysé par Michèle Allard, CMRR Aquitaine

Mots-clés: MCI, Déficit cognitif, Démence, Atrophie temporale médiane, Pronostiquer

Voir Note éditoriale p 26.

4. Guo XX, Waern M, Sjogren K, Lissner L, Bengtsson C, Bjorkelund C, Ostling S, Gustafson D, Skoog I. **Midlife respiratory function and Incidence of Alzheimer's disease: A 29-year longitudinal study in women.** *Neurobiology of Aging* 2007;28(3):343-350.

Adresse de l'auteur référent: Guo, XX; Sahlgrens Univ Hosp; Dept Psychiat; SE-41345 Gothenburg; Sweden. xinxin.guo@neuro.gu.se

Analyse critique: Fonction respiratoire à la moitié de la vie et risque de démence : étude longitudinale d'une cohorte de femmes suivies sur 29 ans

Synthèse

Les facteurs de risque vasculaires connus de la MA sont à l'origine d'un défaut d'apport en oxygène du cerveau. Alors que ce déficit joue certainement un rôle important dans la pathogénie, les études prospectives évaluant la relation entre fonction respiratoire et risque de démence manquent.

Cette étude a pour objectif d'évaluer sur un suivi de 29 ans le lien entre fonction respiratoire à la moitié de la vie et risque de démence dans un échantillon de 1291 femmes d'une cohorte débutée en 1968.

La fonction respiratoire a été évaluée au suivi à 6 ans par la mesure du PEF (*Peak Expiratory Flow*) sur des patientes âgées entre 44 et 66 ans et au suivi à 12 ans par la mesure du PEF, du FEV (*Forced Expiratory Volume in 1s*) et du FVC (*Forced Vital Capacity*). Les cas incidents de démence sont recueillis aux suivis à 6, 12, 24 et 32 ans, diagnostiqués par la combinaison de plusieurs tests neuropsychologiques (dont MMSE, CDR) et un entretien à la personne aidante (IADL etc.), selon les critères DSM-III-R. La MA est distinguée avec ou sans atteinte cérébrovasculaire (MCV). On différencie également les démences vasculaires, et un groupe "démences avec MCV" qui inclut les démences de cause vasculaire et les MA associées à une MCV. La date de début de démence est estimée par interview de la personne aidante, par consultation des dossiers médicaux, ou les deux. Sinon, la date moyenne entre le premier diagnostic de démence et l'examen antérieur est choisie. L'information sur l'âge, le niveau d'éducation, le tabagisme, l'activité physique, le BMI, les pathologies pulmonaires (asthme, bronchite chronique) et cardiaques (IDM, angine de poitrine, hypertension) est également recueillie à S6 et S12.

Résultats : Un meilleur PEF à S6 et un meilleur FEV et FVC à S12 sont associés à une diminution du risque de démence totale, de MA et de MA sans MCV en bivarié comme après ajustement sur les facteurs confondants. (PEF sur démence totale pour 1sd d'augmentation : HR ajusté = 0.77(0.65-0.91)).

La même association est trouvée entre démence vasculaire et PEF mais pas entre démence vasculaire et FEV ou FVC.

Les démences avec MCV et la MA avec MCV ne se montrent pas liées à une meilleure fonction respiratoire.

Commentaires :

L'intérêt de cette étude tient d'abord dans la longueur du suivi qui permet d'évaluer un potentiel effet délétère d'une hypoperfusion cérébrale au long cours sur l'apparition en fin de vie de troubles cognitifs. Les résultats confortent ceux trouvés par d'autres études (3 études sur les performances aux tests cognitifs et 1 étude transversale sur la prévalence de démence).

La méthodologie semble de qualité : ainsi une source importante de biais induite par la possibilité que les déments réalisent moins bien les tests respiratoires a été investiguée par des études de sensibilité (exclusion des démences survenues avant S24). Par ailleurs plusieurs sous-types de MA ont été différenciés avec des définitions différentes afin d'étudier l'influence de l'atteinte cérébrovasculaire en tentant de contourner la difficulté de leur définition clinique. Enfin un accord inter-juge a été évalué.

Ces arguments sont en faveur d'une bonne crédibilité des résultats. L'explication avancée par les auteurs est qu'une meilleure fonction respiratoire protège le cerveau de l'hypoxie chronique décrite comme un des facteurs étiologiques impliqués dans la MA. Il est probable qu'un défaut d'apport en oxygène au cerveau influence majoritairement la composante "vieillesse cérébrale globale" de la pathologie : en témoignent les résultats sur la démence globale et les sous-types qui vont tous dans le même sens.

L'intérêt de ce résultat en termes de prévention se montre limité car l'ajustement sur le tabagisme et l'activité physique ne modifie pas l'effet protecteur observé tout comme la stratification sur ces 2 facteurs (résultats non présentés). Ainsi, soit la meilleure fonction respiratoire est bien un facteur causal de la démence mais elle s'explique par des causes autres que le tabagisme ou l'activité physique, des causes génétiques par exemple, sur lesquelles il est difficile d'agir en terme de prévention, soit elle n'est qu'un prédicteur de facteurs de risque non pris en compte (facteurs nutritionnels, de mode de vie...).

Analysé par Cécilia Samieri, CMRR Aquitaine

Mots-clés: Démence, Maladie respiratoire, Femme, Étude épidémiologique, Facteur de risque

5. Han L, McCusker J, Abrahamowicz M, Cole M, Capek R. **The temporal relationship between depression symptoms and cognitive functioning in older medical patients - Prospective or concurrent?** Journals of Gerontology Series a Biological Sciences and Medical Sciences 2006;61(12):1319-1323.

Adresse de l'auteur référent: McCusker, J; McGill Univ; St Marys Hosp; 3830 Lacombe Ave; Montreal; PQ H3T 1M5; Canada. jane.mccusker@mcgill.ca

Analyse critique: Relation temporelle entre symptômes dépressifs et fonctionnement cognitif chez des patients âgés en unité de médecine : relation prospective ou concomitance?

Synthèse

Justification : la majorité des études prospectives sur la relation entre dépression et démence ont considéré la dépression comme une variable fixe, mesurée à l'inclusion, et ont évalué l'évolution des fonctions cognitives après des délais assez long, souvent supérieurs à 1 an.

Objectif : l'objectif de cette étude était d'examiner la relation à court terme entre symptômes dépressifs et déclin cognitif.

Méthodes : 281 sujets de 65 ans et plus, présentant peu ou pas d'altération cognitive (évaluée à l'aide du Short Portable Mental Status Questionnaire : 4 erreurs ou moins), ont été recrutés dans les services d'admission de médecine de 2 hôpitaux de Montréal et ont été revus après 3, 6 et 12 mois. A chaque temps de suivi la sévérité de la dépression était évaluée par l'*Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS) et le fonctionnement cognitif par le *Mini Mental State Examination* (MMSE). L'association entre la variation du score au MMSE et le score à l'HDRS était étudiée à l'aide de modèles de régression linéaire à effets mixtes.

Résultats : à l'inclusion le score moyen à l'HDRS était de 14,71 (\pm 7,38) et le score moyen au MMSE était de 25,84 (\pm 3,49). Après ajustement sur l'âge, le niveau d'éducation, les facteurs de risque cardio-vasculaires, l'hôpital de recrutement, le niveau d'incapacité, et les scores aux MMSE et HDRS à l'inclusion, la sévérité de la dépression au temps de suivi t était significativement associée à la diminution du score au MMSE entre l'inclusion et ce temps t (-0,03 à chaque point supplémentaire à l'HDRS ; IC 95 % = -0,07-0,00). Cette association n'était pas retrouvée si l'on considérait le score à l'HDRS au temps t-1. De plus, ajustée sur les mêmes facteurs, la variation du score au MMSE entre deux temps de suivi consécutifs était associée à la variation du score à l'HDRS mesurée aux mêmes temps de suivi mais pas aux temps de suivi précédents. Enfin, le score à l'HDRS initial n'était pas prédictif d'un déclin cognitif à 12 mois (modèle de régression linéaire généralisé).

Conclusion : les symptômes dépressifs ne seraient donc ni prédictifs ni prodromiques du déclin cognitif mais les deux états surviendraient de façon concomitante.

Commentaires

L'originalité de cette étude tient en effet aux mesures répétées et surtout rapprochées de la symptomatologie dépressive et du fonctionnement cognitif. Elle montre une association entre sévérité des symptômes dépressifs et altération cognitive, disparaissant si les deux évaluations sont séparées d'un délai qui pourrait concorder avec la durée d'un épisode dépressif.

Les auteurs proposent trois explications à cette concomitance : existence d'un 3^{ème} facteur à court terme, effet des médicaments antidépresseurs, moindre performance des sujets déprimés aux tests cognitifs. Quoiqu'il en soit, ces résultats confirment la nécessité de prendre en compte l'existence d'une symptomatologie dépressive dans toute étude des performances cognitives.

Cependant il semble difficile à ce stade de l'étude de conclure, comme le font les auteurs, que ces résultats vont à l'encontre de l'hypothèse selon laquelle la dépression serait un facteur de risque ou un prodrome de démence. Il serait pour cela intéressant de poursuivre cette étude au-delà de 12 mois et étudier la survenue d'une démence. Il sera également intéressant de tenir compte de l'utilisation de traitements antidépresseurs, ce que prévoient les auteurs.

Enfin, le lieu de recrutement et la constitution de l'échantillon (dont la description est d'ailleurs un peu obscure) à l'origine d'une importante attrition rendent ces résultats difficilement généralisable à la population générale âgée.

Analysé par Delphine Montagnier, CMRR Aquitaine

Mots-clés: Dépression, Cognition

6. Helmer C, Andrieu S, Peres K, Orgogozo JM, Vellas B, Dartigues JF. **Predictive value of 6-month decline in ADAS-cog for survival without severe Alzheimer's disease.** *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 2007;23(3):168-174.

Adresse de l'auteur référent: Helmer, C; Univ Bordeaux 2; INSERM; 146,Rue Leo Saignat; FR-33076 Bordeaux; France. Catherine.Helmer@isped.u-bordeaux2.fr

Analyse critique: Valeur prédictive à 6 mois du déclin du score de l'ADAS-cog sur la survie et le déclin sévère de la maladie d'Alzheimer

Synthèse

La plupart des essais thérapeutiques évaluent l'efficacité des traitements dans la maladie d'Alzheimer sur un suivi relativement court, la plupart du temps de 6 mois. Le critère principal étant la cognition, la FDA et l'EMA recommandent d'utiliser l'ADAS-cog. Son score est compris entre 0 (aucune difficulté) et 70. Les patients sont identifiés comme répondeurs au traitement lorsqu'on observe un gain d'au moins 4 points à la batterie. Ceci donne lieu à controverse car pour certains, le gain observé dans ce test n'est pas significatif cliniquement. Ainsi en 2005 dans la *Facing Dementia Survey*, seuls 41% des médecins, 30% des accompagnants et 24% des patients jugeaient les traitements efficaces ! Les auteurs proposent d'étudier avec la cohorte française REAL le profil des sujets, en termes de survie et de gravité de la maladie après deux ans de suivi selon l'évolution de leur score d'ADAS-cog sur les 6 premiers mois de suivi. La cohorte comprend 536 patients MA, âgés en moyenne de 77,6 (6,8) ans dont 388 femmes (72,4%) et avec 88% d'entre eux qui reçoivent un anti-cholinestérase. Tous ont un MMS supérieur à 10.

Six classes de résultats à l'ADAS-cog sont distinguées depuis la détérioration la plus sévère (déclin > ou égal 7 points) au gain le plus favorable (amélioration > ou égal à 4). A 6 mois, 9,9% des sujets (n=53) ont un déclin sévère (évalué avec le MMS) et 8,6% (n=46) un gain de plus de 4 points. L'analyse du suivi à 2 ans a pu être réalisée chez 484 patients. Le risque de présenter une démence sévère ou d'être mort à 2 ans est supérieur pour les patients à fort déclin avec un risque relatif RR = 3,8 (p<0,0001), ce risque décroît après ajustement sur le score du MMS mais reste significatif avec un RR =2,3 (p=0,01). Ce risque est également significatif pour les patients perdant au moins 4 points à l'ADAS-cog.

Les auteurs soulignent donc un résultat classique de la littérature : la survie des patients MA est corrélée au déclin cognitif. Ils discutent ensuite deux résultats plus originaux : d'abord il semble bien exister des patients présentant un "déclin rapide" et une forme plus péjorative de la maladie et en conclusion, l'ADAS-cog est un bon marqueur à 6 mois de déclin corrélé à la survie et à l'évolution sévère à 2 ans.

Commentaires

Cette étude permet de souligner que l'ADAS-cog est un outil, malgré bon nombre de réserves, qui peut permettre de repérer les sujets "déclineurs rapides" dès les six premiers mois de suivi (et donc dans la durée habituelle d'un essai thérapeutique).

On peut suggérer dans l'avenir que ces sujets soient l'objet d'une observation particulière compte tenu de leur risque d'évolution défavorable. Cette étude pose au moins deux questions. Qui sont ces sujets "au déclin rapide" ? Il devient urgent de se poser des questions à leur sujet, tels que les antécédents médicaux, l'âge, le phénotype clinique de la maladie et probablement la comorbidité sachant que les essais clinique s'ils sont rigoureux, ne représentent pas "la vraie vie", les sujets "impurs" étant habituellement exclus. Ceci pourrait expliquer une part des discordances que l'on observe entre des résultats dans les essais plutôt encourageants et ceux au quotidien, parfois décevants.

En outre, si l'ADAS-cog apparaît être un bon outil pour le suivi "court" de sujets évoluant rapidement et sévèrement, il demeure le problème de son effet plafond et la difficulté d'avoir un bon outil pour suivre dans les essais les patients ayant une forme légère de la maladie ou une maladie évoluant lentement au point que les essais thérapeutiques risquent de s'orienter vers des bornes de MMS plus serrées du type 10-20 et de donner un éclairage tronquée sur la maladie.

Analysé par Catherine Thomas Anterion, CMRR Rhône Alpes

Mots-clés: ADAS-cog , Test, Cognition, Maladie d'Alzheimer, Pronostiquer

7. Hermans DG, Hla HU, McShane R. **Non-pharmacological interventions for wandering of people with dementia in the domestic setting** - art. no. CD005994. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007;1:NIL_3745-NIL_3757.

Adresse de l'auteur référent: Hermans, DG; Univ Oxford; John Radcliffe Hosp; CDCIG Room 5802; Oxford OX3 9DU; England

Analyse critique: Intervention non médicamenteuse sur la déambulation des sujets atteints de démence à domicile
Synthèse

La déambulation chez les sujets atteints de démence est souvent problématique. Elle entraîne un risque de chutes, peut conduire à la perte de poids et est souvent source d'angoisse et d'énerverment pour les accompagnants. La déambulation peut donc précipiter l'institutionnalisation ou la restriction de l'autonomie des sujets déments.

Dans une introduction complète, les auteurs nous rapportent qu'un nombre important d'études ont été réalisées concernant la déambulation en milieu institutionnel, cependant peu de travaux ont été menés sur celle observée à domicile. La déambulation n'est pas un comportement simple et stable et les raisons pour lesquelles un patient déambule ne sont pas toujours claires. De nombreuses études ont pu montrer la nature imprévisible et variée de ce trouble. Le même comportement de déambulation peut apparaître pour différentes raisons selon les individus. Différentes théories ont montré les interactions complexes entre facteurs environnementaux, de personnalité et la déambulation. Il semble exister un consensus dans la littérature selon lequel, dans la majorité des cas, les traitements non pharmacologiques sont aussi efficaces que les traitements médicamenteux face à la déambulation. Cependant, en l'absence de théorie et de définition claire et partagée de la déambulation, il est difficile de mettre en évidence une stratégie de prise en charge et un mode d'intervention approprié de ce trouble. La revue de la littérature a permis de recenser différents moyens d'intervention non médicamenteux pour la prévention et la réduction de la déambulation : les exercices et thérapie de la marche, les modifications environnementales (barrières subjectives, programme environnemental, sécurité à la maison), les modifications comportementales (intervention de soin sur le comportement, conditionnement comportemental), les thérapies occupationnelles, les thérapies psycho-sociales (aroma-thérapie, réminiscence thérapie, musico-thérapie...), l'utilisation de programme électronique (système de frontière, système de GPS). Cette revue de la littérature a un double objectif : d'une part, évaluer l'efficacité et la fiabilité des prises en charge non pharmacologiques dans la réduction de la déambulation à domicile chez les patients déments ; d'autre part, l'objectif est de mettre en évidence la qualité et la quantité des études dans le domaine et de proposer des perspectives pour les futures recherches. Cette analyse a été réalisée dans une vingtaine de bases de données, notamment dans *The Specialized Register of the Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Groupe* de Mai 2006. Les résultats ne mettent en évidence aucune étude randomisée contrôlée valable en ce domaine et ne permettent pas d'analyse. Aucune information pertinente n'apparaît sur l'efficacité des interventions non pharmacologiques sur la déambulation à domicile. Afin d'expliquer ce manque de résultat, il est possible de noter que la déambulation est rarement étudiée pour elle-même, même en institution, (généralement incluse dans le trouble "agitation" ou "comportement moteur aberrant"). De plus, le fait que la déambulation ne soit pas un comportement simple et stable, et qu'il n'y est pas de consensus sur la définition de ce trouble, rend extrêmement difficile la découverte et la mise en place d'une stratégie de prise en charge appropriée de ce comportement. Enfin, l'approche la plus répandue dans les études est celle de type "essai/erreur" sans prise en compte des interactions complexes des facteurs personnels et environnementaux qui conduisent les sujets déments à déambuler.

Commentaires

Cet article est relativement facile à lire et les objectifs y sont clairement définis et justifiés. La déambulation à domicile chez les sujets déments conduit souvent à l'institutionnalisation, qui a un coût. Il apparaît peu pertinent d'entraver la déambulation, cela augmentant souvent l'agitation du sujet. De plus, la déambulation est perçue pour certains comme un comportement positif et non comme un trouble, la verticalisation et la marche étant bénéfique pour un grand nombre de fonction de l'organisme. Il est donc préférable d'essayer d'organiser la déambulation pour qu'elle soit moins gênante pour l'entourage et qu'elle s'effectue dans des conditions de sécurité satisfaisantes. De ce fait, les implications pour les recherches futures doivent être axées sur des prises en charge spécifiques de ces patients fragiles et de leurs aidants (étude REAL.FR, Rolland et al., 2003), notamment le développement des moyens électroniques et des interventions dans l'environnement. Cependant, aucun résultat significatif n'est mis en évidence dans cette revue de la littérature, aucune preuve ne permet donc de conclure sur l'efficacité de prises en charge non pharmacologiques sur la déambulation à la maison.

Analysé par Elsa Leone, CMRR de Nice

Mots-clés: Déambulation, Activité physique, Démence

8. Lee D, Morgan K, Lindesay J. **Effect of institutional respite care on the sleep of people with dementia and their primary caregivers**. Journal of the American Geriatrics Society 2007;55(2):252-258.

Adresse de l'auteur référent: Morgan, K; Loughborough Univ Technol; Dept Human Sci; Loughborough LE11 3TU; Leics; England. k.morgan@lboro.ac.uk

Analyse critique: Effet d'un séjour en structure de répit sur le sommeil des patients présentant une démence et de leur aidant principal

Synthèse

L'étude a pour objectif d'évaluer le pattern veille-sommeil du binôme aidant-patient dément vivant à domicile, avant, pendant, et après un séjour en hébergement temporaire de deux semaines du patient, tandis que l'aidant reste à la maison. Il s'agit d'une étude prospective sur un seul groupe de 33 binômes aidant/patient, sélectionnés pour la structure de répit de façon large sur le fardeau de l'aidant.

62 % des patients présentaient une démence de type Alzheimer. Le pattern veille-sommeil a été mesuré à partir de l'enregistrement actométrique, capteur de mouvements porté au poignet en continu, pendant deux semaines à l'état de base, puis la période de répit et la période post-répit. Par ailleurs, pour l'aidant, des mesures de qualité de vie, et de qualité du sommeil, ont été effectuées. Le traitement des données actométriques a permis de recueillir plusieurs paramètres (latence du sommeil, temps total cumulé de sommeil de nuit, temps total cumulé d'éveil de nuit, efficacité du sommeil, temps de sommeil cumulé sur la journée, amplitude du rythme de 24h).

Les résultats à l'état de base, ont montré un trouble du sommeil significatif chez l'aidant, à partir du questionnaire de sommeil, corroboré par les données actométriques, avec un temps total d'éveil moyen/nuit élevé par rapport à des données normatives (83.4mn) et une efficacité du sommeil insuffisante (78,5%). Ce pattern était également observé chez le patient.

Chez les aidants, la période "répit" était associée à une amélioration du sommeil : augmentation du temps total de sommeil, du temps passé au lit, et de la qualité subjective du sommeil, avec bénéfice plus marqué chez les aidants-patients/ non partenaires de chambre.

Chez les patients, la période "répit" était associée à une aggravation du pattern : baisse du temps total de sommeil, augmentation de la latence d'endormissement, affaiblissement du rythme circadien d'activité.

La période "post-répit" était associée à un retour à l'état de base des mesures, chez les aidants et les patients.

Les auteurs concluent que les aidants de patients déments présentent une insomnie d'ajustement, partiellement réversible lors d'un séjour en structure de répit du patient. Inversement, la structure aggraverait le trouble du sommeil existant chez les patients. Afin d'optimiser le bénéfice, ils proposent l'idée d'une gestion du sommeil au sein de l'institution.

Commentaires.

Cette étude suggère un bénéfice rapide chez l'aidant du patient dément, sur la qualité et la quantité de son sommeil, lors du soulagement du "fardeau" que représente la prise en charge du patient au domicile. C'est un résultat intéressant mais il montre aussi que ce bénéfice est d'une courte durée, ce qui pose la question de l'utilité de la structure de répit. Il est dommage que l'effet de ce gain sur le sommeil n'ait pas été mesuré sur des dimensions telles que humeur, anxiété ou fatigue dans la période de retour au stress pour l'aidant.

Quant au patient, il ne nous paraît pas surprenant qu'une modification des repères et des synchroniseurs sociaux (ex : heures des repas, heures du lever/coucher) ait un effet négatif sur le pattern veille-sommeil du patient, le séjour étant trop court pour une adaptabilité.

L'étude, en dehors du fait qu'elle n'est pas un essai contrôlé/randomisé, mais ce point est souligné dans l'article, présente des faiblesses au niveau de la sélection des sujets. Aucun critère d'inclusion concernant le problème de sommeil n'est présent. La charge de l'aidant (niveau du fardeau) n'est pas renseignée alors qu'il s'agit d'un critère d'inclusion. Par ailleurs, le niveau de sévérité de la démence ne figure ni comme critère d'entrée ni ne décrit la population de patients.

Analysé par Nadine Raoux, CMRR Aquitaine

Mots-clés: Sommeil, Démence, Aidant

9. Lupien SJ, Evans A, Lord C, Miles J, Pruessner M, Pike B, Pruessner JC. **Hippocampal volume is as variable in young as in older adults: Implications for the notion of hippocampal atrophy in humans.** Neuroimage 2007;34(2):479-485.

Adresse de l'auteur référent: Lupien, SJ; McGill Univ; Douglas Hosp; 6875 Blvd LaSalle; Verdun; PQ H4H 1R3; Canada. sonia.lupien@mcgill.ca

Analyse critique: Variabilité du volume hippocampe chez les jeunes et les adultes âgés : implication de la notion d'atrophie hippocampique.

Synthèse

Question. L'article de Lupian et al s'intéresse à l'hétérogénéité du volume de l'hippocampe chez les jeunes et son implication dans le vieillissement normal et dans certaines pathologies. Leur travail trouve son origine dans les observations d'imagerie morphologique de ces 10 dernières années : une atrophie corticale localisée à l'hippocampe est retrouvée dans le vieillissement normal, dans la maladie d'Alzheimer et dans des pathologies psychiatriques sensibles au stress.

La question que posent les auteurs est : quelle est la variabilité inter-individuelle du volume hippocampique chez les sujets jeunes, en situation physiologique ? En effet, cette donnée est indispensable pour donner du sens à l'atrophie hippocampique physiopathologique.

Méthodes. Pour cela les auteurs ont étudié une population de 177 sujets âgés de 18 à 85 ans et réalisés une imagerie morphologique dans les mêmes conditions par tous les sujets. Ils ont ensuite calculé le pourcentage de différence entre la moyenne et le plus faible quartile pour cinq groupes d'âge croissant et l'ont comparé au pourcentage d'atrophie associée aux différentes pathologies.

Résultats. Les auteurs retrouvent les résultats de la littérature, avec un rythme pour l'atrophie hippocampique qui s'accroît avec l'âge, supérieur chez les hommes par rapport aux femmes. Ils montrent que la variance est comparable dans les différents groupes indiquant que la variabilité interindividuelle du volume hippocampique est comparable tout au long de la vie. Au sein des différents groupes d'âge, le pourcentage de différence entre le volume moyen et la moyenne du plus faible quartile varie de 12 % à 21 %, ce qui est très supérieur aux variations de volume hippocampique retrouvées entre les groupes de patients et les groupes de sujets témoins appariés en âge (4 à 9 %), dans les différentes pathologies.

Discussion. Le résultat majeur de cette étude est de montrer qu'il existe une variabilité interindividuelle importante du volume hippocampique, présente déjà chez les adultes jeunes. Celle-ci est telle que 25 % des jeunes adultes de cette étude ont un volume hippocampique identique à celui des adultes de 60-75 ans. Les auteurs proposent que ce qui est couramment appelé "atrophie hippocampique" soit plutôt la mise en évidence d'un hippocampe de petite taille pour un sujet donné, reflet d'une vulnérabilité au stress qui pourrait le prédisposer aux pathologies démentielles ou psychiatriques.

Pour étayer cette hypothèse, les auteurs font références à deux études : l'une chez le singe, où les sujets qui présentent la réponse au stress post traumatique la plus forte sont ceux qui ont le volume hippocampique le plus faible ; une étude menée chez des jumeaux indique que chez les sujets âgés 40 % de la variance du volume hippocampique revient à une composante génétique et 60 % à des facteurs environnementaux.

Commentaires

Les méthodes employées (imagerie, traitements statiques) semblent adaptées à la question posée. Les résultats soulignent toute la difficulté d'interprétation des résultats d'une analyse morphologique et ses limites dans le cadre d'une étude transversale à l'échelle individuelle.

Analysé par Michèle Allard, CMRR Aquitaine

Analysé par Michèle Allard, CMRR Aquitaine

Mots-clés: Hippocampe, Imagerie

Voir Note éditoriale p 26.

10. Maeck L, Haak S, Knoblauch A, Stoppe G. **Early diagnosis of dementia in primary care: a representative eight-year follow-up study in Lower Saxony, Germany.** International Journal of Geriatric Psychiatry 2007;22(1):23-31.

Adresse de l'auteur référent: Stoppe, G; Univ Basel; Hosp Psychiat; Wilhelm Klein Str 27; CH-4025 Basel; Switzerland. gabriela.stoppe@upkbs.ch

Analyse critique: Diagnostic précoce de démence en soins primaires: suivi à 8 ans d'une étude représentative en Basse Saxe, Allemagne

Synthèse

L'objectif de ce papier est d'investiguer si les compétences pour le diagnostic précoce de démence en soins primaires ont évolués sur une période de 8 ans (entre 1993 et 2001).

En 2001, les auteurs ont présenté deux cas cliniques à 122 médecins généralistes et ont analysé leurs diagnostics. Tous les médecins de deux villes allemandes ont été contactés, 83% ont accepté de participer. Les résultats ont été comparés à une étude similaire réalisée en 1993.

Pour chaque médecin un cas 1 et au hasard un des deux cas 2 (a ou b) ont été présentés.

- Cas 1 : Personne vivant seul(e) - 70 ans - Décès du conjoint 5 ans avant - Symptômes de MCI évoluant depuis 6 mois, avec suspicion de démence débutante - Pas d'autre pathologie.
- Cas 2 : Personne vivant dans son appartement dans la maison de son fils - 70 ans - Décès du conjoint 5 ans avant - Surpoids, hypercholestérolémie, diabète, insuffisance cardiaque, HTA.
 - Cas 2a : antécédents d'AIT probables et tableau clinique évoquant une démence vasculaire à un stade modéré.
 - Cas 2b : tableau clinique évoquant une démence dégénérative à un stade modéré. Les résultats montrent que, par rapport à 1993, le diagnostic de démence est beaucoup plus souvent posé.

Dans le cas 1 (MCI avec suspicion de démence débutante) : Le diagnostic de démence est évoqué dans 43% des cas (mais dans 17% une démence vasculaire est évoquée alors qu'il n'y a ni FDR, ni pathologie vasculaire, ni symptomatologie évoquant un tableau vasculaire) et celui de dépression dans 16%. Environ 20% des médecins estiment qu'il n'y a aucune pathologie ou uniquement des troubles liés à l'âge ; cette proportion est surtout importante pour les médecins les plus âgés, et très faible (3%) en dessous de 50 ans. Dans le cas 2 : il y a certes une amélioration du diagnostic de démence depuis 1993 mais surtout due à l'amélioration du diagnostic de démence vasculaire (80% de diagnostic porté dans le cas 2a). Par contre, peu de médecins (23%) évoquent le diagnostic de démence Alzheimer dans le cas 2b et 53% posent quand même le diagnostic de démence vasculaire en raison des antécédents.

Commentaires

Le diagnostic de démence semble donc plus souvent porté mais le diagnostic étiologique n'est pas toujours adapté (prédominance de l'étiologie vasculaire). Malgré une amélioration, les compétences des médecins pour cette pathologie ne sont donc pas encore parfaites.

Dans cette étude, une démence est diagnostiquée dans près de 80% des cas à un stade modéré (même si l'étiologie n'est pas correcte) alors que les estimations actuelles montrent que 50% des cas seulement sont diagnostiqués. Il faut cependant prendre en compte deux éléments :

- 1) ces résultats ont été obtenus dans le contexte d'une étude spécifique, avec des cas cliniques "classiques", et surestiment probablement un peu les compétences des médecins ;
- 2) les cas présentés aux médecins avaient tous les deux 70 ans. Or on sait que le diagnostic de démence est d'autant mieux posé que le patient est jeune (sauf dans les cas très jeunes probablement) alors que chez des patients plus âgés les symptômes sont plus souvent considérés comme "normaux pour l'âge".

Analysé par Catherine Helmer, CMRR Aquitaine

Mots-clés: Démence, Diagnostiquer

11. Wilson RS, Krueger KR, Arnold SE, Schneider JA, Kelly JF, Barnes LL, Tang YX, Bennett DA. **Loneliness and risk of Alzheimer disease**. Archives of General Psychiatry 2007;64(2):234-240.

Adresse de l'auteur référent: Wilson, RS; Rush Univ; Med Ctr; 600 S Paulina Ave, Suite 1038; Chicago; IL 60612; USA. rwilson@rush.edu

Analyse critique: Solitude et risque de maladie d'Alzheimer

Synthèse

L'isolement social, qui se traduit par le fait d'avoir peu de relations sociales et/ou d'être célibataire et/ou de participer à peu d'activités avec les autres, a été associé à un risque accru de développer une maladie d'Alzheimer (MA) et un déclin cognitif dans plusieurs études prospectives. Par contre, on connaît peu de choses sur la relation entre cette maladie et la solitude. Ce dernier implique l'isolement perçu, le sentiment d'être déconnecté des autres, lié à l'insatisfaction en rapport avec les interactions sociales plutôt que leur absence.

L'objectif de cette étude était donc de tester l'hypothèse selon laquelle la solitude est associée à un risque accru de développer la MA.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude longitudinale clinicopathologique avec un suivi annuel au domicile pendant 4 ans. Le recrutement a été effectué à partir de centres prenant en charge des personnes âgées à Chicago et sa banlieue. La solitude a été mesurée sur une échelle de cinq items, de la version modifiée de la *Jong-Gierveld Loneliness Scale*. Les critères de la *National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke-Alzheimer Disease and Related Disorders Association* (NINCDS-ADRDA) ont servi à mesurer la démence et la MA. De plus, 20 tests cognitifs ont été administrés pour évaluer la cognition. Les personnes décédées ont subi un examen anatomopathologique cérébral post mortem visant à quantifier les lésions de MA dans plusieurs zones du cerveau ainsi que la présence d'infarctus cérébral. Les variables qui sont de potentiels facteurs de confusion ont été également mesurées notamment l'isolement social, la dépression, la participation à des activités de stimulation cognitive, l'activité physique.

Résultats : 823 personnes âgées indemnes de démence ont été incluses. Au cours du suivi, 76 personnes ont développé une MA. Le risque de MA a plus que doublé chez les personnes seules (score = 3,2 sur 5 ; 90ème percentile) comparé à celles qui ne le sont pas (score = 1,4 sur 5 ; 10ème percentile) ; l'ajustement sur les indicateurs d'isolement social n'a pas affecté ces résultats. La solitude a été associée à un faible niveau cognitif à l'inclusion ; de plus, un déclin cognitif plus rapide durant le suivi a été observé. La perception de solitude est restée constante au cours de l'étude et le degré moyen de solitude a été associé de façon forte au déclin cognitif et à la MA. Chez 90 participants décédés et chez qui une autopsie cérébrale a été pratiquée, la solitude n'était pas associée aux lésions de la MA ou de l'infarctus cérébral.

Commentaires

Cette étude fait la part entre l'isolement social qui est un phénomène objectif et l'isolement perçu ou solitude qui est plus subjectif. Les auteurs se sont focalisés sur la solitude et sa relation avec le déclin cognitif et la MA. Les sujets qui se sentent seuls ont plus de risque d'avoir un déclin cognitif et de développer la MA que les autres.

Cependant, on peut se demander la valeur pratique de ces résultats d'autant que la solitude est imbriquée dans d'autres manifestations liées au déclin cognitif et à la MA telles que l'isolement social, la dépression, susceptible d'induire des biais de mesure. Ceci est d'ailleurs noté par les auteurs qui ont retrouvé une forte corrélation entre dépression et solitude.

De plus, il s'agissait d'une étude basée sur le volontariat et on peut suspecter qu'une proportion élevée de sujets inclus ont une tendance à la solitude, ce qui peut biaiser les résultats. Enfin, l'absence de concordance entre solitude et lésions anatomopathologiques cérébraux post mortem de MA n'est pas concluant.

Analysé par Robert Edjeoda, CMRR Aquitaine

Mots-clés: Maladie d'Alzheimer, Solitude, Psychologie

Les analyses critiques de ces sept articles supplémentaires sont présentées dans la base Bibliodémences 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 **Bibliodémences.enl**, taper les mots-clés ou le nom des auteurs.

1. Chui HC, Zarow C, Mack WJ, Ellis WG, Zheng L, Jagust WJ, Mungas D, Reed BR, Kramer JH, DeCarli CC, Weiner MW, Vinters HV. **Cognitive impact of subcortical vascular and Alzheimer's disease pathology**. *Annals of Neurology* 2006 base;60(6):677-687.

Analysé par Gwénaëlle Catheline, CMRR Aquitaine

Mots-clés: Maladie d'Alzheimer, Cognition, Maladie cérébro-vasculaire

2. Fischer P, Jungwirth S, Zehetmayer S, Weissgram S, Hoenigschnabl S, Gelpi E, Krampla W, Tragl KH. **Conversion from subtypes of mild cognitive impairment to Alzheimer dementia**. *Neurology* 2007 base;68(4):288-291.

Analysé par Karine Pérès, CMRR Aquitaine

Mots-clés: MCI, Déficit cognitive, Démence, Conversion

3. Hirtz D, Thurman DJ, Gwinn Hardy K, Mohamed M, Chaudhuri AR, Zalutsky R. **How common are the "common" neurologic disorders?** *Neurology* 2007 base;68(5):326-337.

Analysé par Mélanie Le Goff, CMRR Aquitaine

Mots-clés: Troubles neurologiques, Fréquence, États-unis

4. Low LF, Anstey KJ. **The public's perception of the plausibility of dementia risk factors is not influenced by scientific evidence**. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 2007 base;23(3):202-206.

Analysé par Luc Letenneur, CMRR Aquitaine

Mots-clés: Démence, Connaissance

5. Mitchell SL, Teno JM, Intrator O, Feng ZL, Mor V. **Decisions to forgo hospitalization in advanced dementia: A nationwide study**. *Journal of the American Geriatrics Society* 2007 base;55(3):432-438.

Analysé par Clément Pimouquet, CMRR Aquitaine

Mots-clés: Hospitalisation, Démence

6. Nishimura T, Hashikawa K, Fukuyama H, Kubota T, Kitamura S, Matsuda H, Hanyu H, Nabatame H, Oku N, Tanabe H, Kuwabara Y, Jinnouchi S, Kubo A. **Decreased cerebral blood flow and prognosis of Alzheimer's disease: A multicenter HMPAO-SPECT study**. *Annals of Nuclear Medicine* 2007 base;21(1):15-23.

Analysé par Jean François Dartigues, CMRR Aquitaine

Mots-clés: SPECT, Maladie d'Alzheimer

7. Zhang Y, Schuff N, Jahng GH, Bayne W, Mori S, Schad L, Mueller S, Du AT, Kramer JH, Yaffe K, Chui H, Jagust WJ, Miller BL, Weiner MW. **Diffusion tensor imaging of cingulum fibers in mild cognitive impairment and Alzheimer disease**. *Neurology* 2007 base;68(1):13-19.

Analysé par Gwénaëlle Catheline, CMRR Aquitaine

Mots-clés: Imagerie, MCI, Déficit cognitif, Maladie d'Alzheimer, Faisceau cingulaire