

## BiblioDémences

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

Volume 6, Numéro 3 (mars 2009)

Nombre de références retenues pour ce numéro : 19

**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.fr>, 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. Attali E, De Anna F, Dubois B, Barba GD. **Confabulation in Alzheimers disease: poor encoding and retrieval of over-learned information.** Brain 2009 132 (Part 1):204-212.

**Adresse de l'auteur référant:** Barba, GD; Hop La Pitie Salpetriere; INSERM Unit 610; Pavillon Claude Bernard, 47 Bd Hop; F-75013 Paris; France. [dallabarba@chups.jussieu.fr](mailto:dallabarba@chups.jussieu.fr)

**Analyse critique:** Confabulation dans la Maladie d'Alzheimer : encodage pauvre et récupération d'informations sur-apprises.

### **Synthèse**

Les confabulations sont des troubles de mémoire, caractérisées par la production de distorsions, classiquement décrites dans le syndrome de Korsakoff mais s'observent dans d'autres pathologies (rupture d'anévrisme, encéphalopathie vasculaire, aphasie, DFT et MA) et même chez des sujets normaux. Les confabulations (provoquées et spontanées) sont des réponses inappropriées et non intentionnelles dont le contenu concerne des habitudes, des faits répétés, sur-appris « anormalement ». La même équipe a récemment rapporté que des patients MA lorsqu'ils devaient rappeler trois histoires : une inconnue, une très connue (Cendrillon) et une dont on modifiait des éléments (le Petit Chaperon Rouge qui n'est plus mangé par le loup !), produisaient plus de confabulations dans cette dernière version, rappelant volontiers les détails de l'histoire originale. Les auteurs ont conclu à l'interférence d'informations sur-apprises sur un rappel spécifique nouveau. Le trouble pourrait être en lien avec un trouble exécutif soutenu par le cortex préfrontal.

Dans ce nouveau travail, les auteurs recherchent à quel niveau se situe le trouble : à l'encodage ou à la récupération. Ils évaluent 20 patients âgés en moyenne de 78,4 ans avec un MMS moyen de 22,7 et 20 témoins. Les sujets doivent rappeler neuf histoires réparties en trois types d'histoire et trois conditions de test. Trois histoires sont inconnues : deux histoires modifiées du QM de Weschler (1987) et une adaptation du lion de Barbizet. Trois histoires sont des contes connus : Blanche Neige, les Trois petits cochons, les Trois ours. Trois histoires sont des contes modifiés (Cendrillon, le Petit Chaperon Rouge, Tom Pouce). Les trois conditions concernent l'ajout éventuel d'une condition d'attention divisée avec une tâche supplémentaire de temps de réaction lors de l'encodage ou du rappel de l'histoire.

Dans toutes les conditions, les MA et les contrôles rappellent mieux les histoires connues. Les temps de réaction sont augmentés pour les patients MA et lorsque la condition d'attention divisée est appliquée lors du rappel de l'histoire. Les patients MA font plus de confabulations que les témoins, avec une prédilection pour les histoires modifiées, et ce particulièrement dans la tâche attentionnelle au moment de l'encodage alors que la tâche attentionnelle appliquée au moment du rappel ne modifie pas le nombre d'items rappelés (bas dans tous les cas) et n'augmente pas les confabulations. Le nombre de confabulations augmente chez les témoins âgés dans cette même condition et influence le rappel total d'items des histoires. Ceci confirme que des distorsions ne sont pas corrélées à la qualité du rappel dans la MA et confirme que l'encodage est le temps clé dans leur production.

Ce travail plaide pour que « certaines » confabulations puissent être en lien avec des souvenirs pauvrement encodés, et donc sans représentation stable dans la mémoire à long terme conduisant à leur remplacement par des représentations plus stables du fait d'être sur-apprises. Les confabulations seraient alors « une défense » contre un apprentissage défectueux.

### **Commentaires**

Travail élégant pour répondre à la question difficile des confabulations. Les auteurs s'entourent de la précaution de distinguer les confabulations qui surviennent dans les tests et sont souvent appelés sans nuance intrusion ou confabulation, l'intrusion ayant un rapport avec les items à rappeler, et les confabulations spontanées de la vie quotidienne. Les deux points principaux sont le rôle des conditions de l'encodage et la représentation d'informations stables et sur-apprises en balance avec des faits épisodiques non ou mal encodés dans la génération de confabulations. Ce travail rappelle aussi l'absence de corrélation entre nombre d'éléments rappelés et confabulations, et modification des conditions de rappel.

**Analysé par Catherine Thomas-Antérion, CMRR St Etienne**

**Mots-clés:** Maladie d'Alzheimer; Confabulation

2. Cohen GD, Firth KM, Biddle S, Lloyd Lewis MJ, Simmens S. **The first therapeutic game specifically designed and evaluated for Alzheimer's disease.** Am J Alzheimers Dis Other Demen 2008;23(6):540-551.

**Adresse de l'auteur référent:** Center on Aging, Health & Humanities, The George Washington University, Kensington, Maryland 20895, USA. [GENCOWDC@aol.com](mailto:GENCOWDC@aol.com)

**Analyse critique:** Validation d'une thérapie basée sur l'utilisation du jeu dans la prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer

### **Synthèse**

Dans une étude pilote, l'utilisation de jeu thérapeutique permettrait de diminuer la dysphorie et augmenter le moral des aidants familiaux. L'objet de cette étude est d'évaluer avec un échantillon plus important de patients atteints de maladie d'Alzheimer (MA) si cette technique permet de diminuer la symptomatologie anxio-dépressive et augmenter la qualité des interactions sociales.

**Méthodes.** Cette étude évalue l'efficacité de cette intervention au sein d'un groupe de 33 patients MA [MMS = 4.2 (0-13), GDS = 5.8 (5.5-7)] en comparant à la condition intervention (avec jeu) deux conditions contrôles (visite de la famille) à partir des scores à différentes échelles : observation des émotions, agitation et intérêt du patient, satisfaction patient et aidant. Le jeu comprend un tableau qui contient des carrés de couleurs différentes correspondant à quatre thématiques distinctives : personne, animaux, événements et objets. Les patients (et les aidants) constituent eux-mêmes des «cartes mémoire» du jeu à partir de leur biographie en fonction de ces quatre thématiques (contours de la carte de la même couleur que les carrés du tableau). Ces cartes contiennent une image (ex : photo de la personne) sur une face et du texte (questions relatives à la personne) sur l'autre face. L'animateur annonce une thématique (carré sur le tableau) et les patients sélectionnent une carte correspondante qui devient un support pour faciliter les échanges entre les participants. Tous les participants font partie de la même équipe et à l'issue du jeu tout le monde est récompensé (promenade, goûter, cadeaux, ...).

**Résultats.** L'intervention diminue la dépression, l'anxiété et l'agressivité. Selon les aidants, la pratique du jeu augmente le niveau d'agitation, le niveau d'intérêt et de satisfaction des patients. Les aidants évaluent comme plus satisfaisantes les visites qui incluent la pratique du jeu.

**Conclusion.** La pratique du jeu augmente la qualité de vie des patients et favorise la communication. L'augmentation du niveau d'agitation perçu par les aidants serait liée soit à l'augmentation de la fatigue chez les patients, soit à un défaut d'évaluation des aidants.

### **Commentaires**

Les auteurs, convaincus de l'efficacité de leur pratique, insistent assez lourdement sur les potentielles vertus thérapeutiques liées à l'utilisation des biographies dans la prise en charge de la MA: augmentation de la qualité de vie des patients MA et de leur famille et du niveau de satisfaction, diminution du niveau d'incapacité des patients en exploitant des domaines résiduels de mémoire.

Toutefois, en l'absence d'une méthodologie rigoureuse et d'un rationnel théorique convaincant, ces conclusions semblent être des postulats n'ayant pas de valeur scientifique.

En effet, cette étude est criblée de limites méthodologiques : absence de groupe contrôle, pas d'indication des caractéristiques socio-démographiques, pas d'évaluation en aveugle, procédure d'évaluation non standardisée, durée et contenu des sessions non spécifiés.

**Analysé par Xavier Millet, CMRR Aquitaine**

**Mots-clés:** Maladie d'Alzheimer;Jeu;Neuropsychologie;

3. Cooper C, Selwood A, Blanchard M, Walker Z, Blizard R, Livingston G. **Abuse of people with dementia by family carers: representative cross sectional survey - art. no. b155**. British Medical Journal 2009 338:NIL\_2-NIL\_4.

**Adresse de l'auteur référent:** Cooper, C; UCL; Dept Mental Hlth Sci; London W1W 7EJ; England. [c.cooper@medsch.ucl.ac.uk](mailto:c.cooper@medsch.ucl.ac.uk)

**Analyse critique:** Mauvais traitements envers des déments par les aidants familiaux : étude transversale représentative.

### **Synthèse**

Objectif : Déterminer la prévalence des comportements de mauvais traitement par les aidants familiaux de personnes démentes

Méthode : 319 aidants familiaux de personnes ayant un diagnostic clinique de démence sont recrutés, dans la région de Londres et de l'Essex, pour des entretiens (généralement à domicile) et pour répondre à une échelle validée de mauvais traitements physiques et psychologiques (mais l'étude n'est pas présentée comme spécifiquement orientée sur la maltraitance des personnes âgées). Une feuille d'information sur l'étude est donnée à chacun. Elle spécifie que la confidentialité sera respectée, mais que le secret ne pourra être gardé si une personne est gravement en danger. Trois psychiatres entraînés mènent les entretiens entre janvier 2007 et avril 2008.

Principaux résultats : 220 des 319 aidants acceptent de participer (69%). Les autres refusent ou ne sont pas joignables (pas de différences entre ceux qui acceptent et ceux qui refusent du point de vue du sexe, du mode d'habitation...). 144 aidants familiaux sont des femmes (66%) d'un âge moyen de 61.7ans, qui vivent avec la personne soignée (54%), laquelle est un parent (56%), un conjoint (33%), un autre parent ou ami (13%). 115 aidants (52%) notent « un certain comportement de mauvais traitements ». 74 (34%) notent des comportements de mauvais traitements « au moins quelquefois » dans les trois derniers mois. Le mauvais traitement psychologique est noté plus souvent que le mauvais traitement physique (33% contre 4%), et 7 aidants (3%) se disent effrayés de sentir qu'ils pourraient frapper ou blesser le soigné.

Conclusions des auteurs : Les aidants familiaux notent communément qu'ils agissent de façon violente avec les personnes démentes, avec un tiers des scores équivalent à des cas de mauvais traitements. Ceci suggère que toute politique de sauvegarde des adultes vulnérables doit s'intéresser en priorité aux familles qui fournissent la plupart des soins aux personnes âgées, plutôt que de se concentrer exclusivement sur les aidants professionnels. Par ailleurs, même si de nombreux aidants étaient volontaires pour noter les actions de maltraitance, certains peuvent ne pas en avoir noté, ou sous-estimé, la gravité, et les chiffres obtenus peuvent ainsi être sous-évalués. Les personnes peuvent avoir été réticentes à noter de graves maltraitements physiques. De plus, les aidants qui maltraitaient peuvent très bien avoir été plus réticents à rencontrer un chercheur que ceux qui ne se considéraient pas comme maltraitants.

Les auteurs suggèrent, enfin, que le fait de considérer la maltraitance des personnes âgées comme un spectre de comportements (un peu à beaucoup), plutôt que comme un phénomène de « tout ou rien », pourrait aider les professionnels à se sentir plus capables de poser des questions, et donc d'offrir une aide appropriée.

### **Commentaires**

Cet article nous laisse un peu sur notre « faim ». Il confirme que les mauvais traitements des personnes démentes par leur entourage familial est un phénomène fréquent, puisqu'un tiers des aidants familiaux, selon cette étude, notent un comportement significatif de maltraitance, tout laissant à penser que les résultats obtenus sont toutefois sensiblement sous-évalués. Au-delà du problème d'une détermination encore sommaire d'une prévalence de la maltraitance des déments dans leur famille, il reste celui de la précision de ses formes et de ses causes. Les auteurs, ici, ne font qu'effleurer le sujet. Ils relèvent que les mauvais traitements psychologiques sont certainement les plus nombreux, mais qu'aussi les aidants familiaux sont souvent dans une inconscience totale d'avoir des gestes, des paroles, des attitudes de maltraitance envers leur parent âgé. Ceux qui s'en rendent compte semblent, pour leur part, tout à fait effrayés par cette prise de conscience. On comprend bien, en fait, que nous sommes là face à un difficile et grand problème d'éducation à la santé, vis-à-vis duquel les professionnels du soin sont eux-mêmes largement démunis (et les auteurs ont parfaitement raison de le souligner). On comprend qu'il y a urgence, aussi, à développer les recherches autour des représentations de la démence et du fonctionnement des familles dans la prise en charge d'un parent malade.

**Analysé par Jean Bouisson, CMRR Aquitaine**

**Mots-clés:** Aidants; Maltraitance

4. Euser SM, Hofman A, Westendorp RGJ, Breteler MMB. **Serum uric acid and cognitive function and dementia.** Brain 2009 132 Part 2:377-382.

**Adresse de l'auteur référant:** Breteler, MMB; Erasmus Univ; Med Ctr; POB 2040; NL-3000 CA Rotterdam; Netherlands. [m.breteler@erasmusmc.nl](mailto:m.breteler@erasmusmc.nl)

**Analyse critique:** Concentration sérique d'acide urique en relation avec la fonction cognitive et la démence.

### **Synthèse**

Contexte. L'acide urique est associé à un risque augmenté d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral et de mortalité probablement due à ses propriétés inflammatoires et son effet délétère sur la fonction endothéliale. Cependant, l'acide urique a également des propriétés antioxydantes importantes et pourrait donc avoir un effet bénéfique sur la survenue de la démence et l'évolution cognitive via une réduction du stress oxydatif et une protection contre l'effet délétère des radicaux libres. Cette analyse a pour objectif d'évaluer l'association entre le niveau d'acide urique et le risque de démence ainsi que le niveau cognitif 10 ans plus tard.

Méthodes. Au sein de la *Rotterdam Study* (n=8000, âge moyen = 71 ans), 4618 sujets disposant du dosage de l'acide urique à l'inclusion dans la cohorte, sans démence ni AVC prévalents ont été inclus dans l'analyse de la survenue de la démence. 1724 sujets disposant de valeurs pour les tests neuropsychologiques au dernier suivi (10 ans après) ont été inclus dans l'analyse de la fonction cognitive. Des z-scores ont été utilisés pour étudier la mémoire et la fonction exécutive. La mémoire a été étudiée à partir du *15-Word Learning Test Immediate and Delayed Recall*, la fonction exécutive à partir de 3 tests : *Letter Digit Substitution Task*, *Word Fluency Test* et *Stroop Test* (sous-test d'interférence) et enfin, la fonction cognitive globale à partir de la moyenne des z-scores de ces 4 tests (pour le *Stroop Test*, les sous-tests de lecture et d'énonciation des couleurs ont été ajoutés).

Résultats. Au cours du suivi, 457 cas de démences ont été validés. Le risque de démence n'était pas associé au niveau d'acide urique lorsque l'âge, le niveau d'études et le sexe étaient pris en compte dans le modèle. En revanche, une fois ajusté sur les facteurs de risque cardiovasculaire (niveau de créatine, pression artérielle, tabac, cholestérol total et HDL, diabète, rapport taille/hanche et maladies cardiovasculaires prévalentes), le risque de démence était significativement diminué pour les sujets ayant des hauts niveaux d'acide urique (Risque associé au 4<sup>ème</sup> quartile : 0.73 (0.55-0.97), p = 0.030). De même, ce n'est qu'après ajustement sur les facteurs de risque cardiovasculaire que l'association entre les hauts niveaux d'acide urique et une meilleure fonction cognitive globale ainsi que la mémoire 10 ans après était significative.

Conclusion. La prise en compte des facteurs de risque cardiovasculaire semble « démasquer » un effet protecteur du niveau d'acide urique vis-à-vis du risque de démence et de déclin cognitif. Ces résultats corroborent l'hypothèse selon laquelle le stress oxydatif serait impliqué dans la pathogenèse de la démence et de l'atteinte cognitive. De plus, ils suggèrent un rôle protecteur possible des antioxydants tels que l'acide urique.

### **Commentaires**

Cet article est facile à lire, l'hypothèse et les méthodes sont claires. Il semble que ce soit la première fois que l'effet de l'acide urique en relation avec la démence et la fonction cognitive ait été étudié en prospectif dans une grande cohorte.

Ces résultats restent toutefois difficiles à interpréter car une association significative n'est obtenue qu'après ajustement sur les facteurs de risque vasculaire. L'interprétation doit donc se faire « toutes choses égales par ailleurs », à savoir pour des niveaux de tension artérielle, cholestérol, diabète et maladie cardiovasculaire égaux, autant de facteurs de risque de décès.

Une mortalité compétitive pourrait expliquer ces résultats, ce qui conduirait à sélectionner des sujets ayant des taux d'acide urique élevés qui ont résisté à la morbidité cardiovasculaire, neurodégénérative et au décès.

Ces résultats sont donc importants mais restent à confirmer dans d'autres populations d'études.

**Analysé par Laure Carcaillon, CMRR Aquitaine**

**Mots-clés:** Démence;Cognition;Acide urique

5. Gaugler JE, Yu F, Krichbaum K, Wyman JF. **Predictors of Nursing Home Admission for Persons with Dementia**. Medical Care 2009 47(2):191-198.

**Adresse de l'auteur référant:**Gaugler, JE; Univ Minnesota; Sch Nursing; 5-140 Weaver Densford Hall,1331,308 Harvard St SE; Minneapolis; MN 55455; USA. [gaug0015@umn.edu](mailto:gaug0015@umn.edu)

**Analyse critique:** Les facteurs prédicteurs de l'institutionnalisation des personnes démentes

### **Synthèse**

Il s'agit d'une revue systématique d'études rapportant l'entrée en institution comme indicateur et qui en identifient les prédicteurs. 80 études sont concernées, leur qualité est évaluée d'après une grille ad hoc à 15 items. Les études de « haute qualité » avaient au moins 7/15. 29 études sur 80 étaient considérées de bonne qualité. Un facteur était considéré comme prédicteur lorsqu'au moins 50% des études le qualifiait comme tel. Parmi les principaux prédicteurs de l'institutionnalisation : la sévérité de la démence, les atteintes aux ADL, la dépression des déments, le désir de l'aidant d'institutionnaliser le malade, le sentiment de « captivité » éprouvé par l'aidant.

Les inhibiteurs de la cholinestérase étaient négativement associés à l'institutionnalisation dans 50% des études concernées.

Les revenus, le niveau d'éducation, le sexe, la durée de la maladie, l'incontinence, les comorbidités, l'atteinte aux IADL de la personne démente, la détresse psychologique et le sexe de l'aidant n'avaient pas d'effets significatifs dans un sens ou dans l'autre.

### **Commentaires**

Les auteurs se sont intéressés à pas moins de 62 variables donnant un aspect de catalogue à cette revue. Si l'idée générale est intéressante, la volonté d'exhaustivité brouille les principaux messages. En effet, pour la plupart des indicateurs, seulement 2 à 4 études sont concernées. Les auteurs soulignent l'importance de la prise en considération de l'état psychologique et des besoins éprouvés par l'aidant si l'on veut maintenir au domicile les personnes démentes le plus longtemps possible.

**Analysé par Clément Pimouquet, CMRR Aquitaine**

**Mots-clés:** Démence;Institutionnalisation;Facteurs prédicteurs

6. Lebert F, Lys H, Haem E, Pasquier F. **Syndrome démentiel dans les suites d'une bipolarité.** Encephale 2008;34(6):606-610.

**Adresse de l'auteur référant:**EA2691, centre de la mémoire de ressources et de recherche, hopital R.-Salengro, CHRU de Lille, Lille, France. [f-lebert@chru-lille.fr](mailto:f-lebert@chru-lille.fr)

**Analyse critique:** Syndrome démentiel dans les suites d'une bipolarité

### **Synthèse**

Le devenir cognitif des patients porteurs d'une maladie bipolaire (MB) n'est pas bien connu. Certains d'entre eux présentent des troubles cognitifs légers hors des phases critiques de leur maladie, et certains développent avec l'âge des états démentiels dont la nature reste incertaine. Pour étudier ce problème, F Lebert et coll ont étudié 13 patients bipolaires depuis l'âge de 50 ans au moins, suivis au moins deux ans en centre mémoire, ayant des critères de démence. A l'inclusion, un bilan neurologique, neuropsychologique, ainsi qu'une imagerie morphologique et fonctionnelle ont été faits. Le bilan neuropsychologique a été répété en fin de suivi.

Il y avait 9 femmes et 4 hommes, de 70.8 ans en moyenne ( $\pm 7.3$ ), Le syndrome démentiel avait débuté environ 30 ans après le début de la MB. Dix patients présentaient un syndrome parkinsonien, dont 7 avaient reçu des neuroleptiques. Le MMS moyen était de 24 ( $\pm 4.3$ ) et le score moyen à l'échelle de Mattis de 125.1 ( $\pm 10.9$ ) lors de l'évaluation initiale. Après un suivi moyen de 6 ans environ, le MMS était de 23.5 ( $\pm 3.2$ ) et le score Mattis de 122.5 ( $\pm 8.9$ ). La perte annuelle de MMS était donc d'environ 0.5 par an. L'imagerie morphologique retrouvait la plupart du temps une atrophie sous corticale ou globale et non focale. L'imagerie fonctionnelle en SPECT chez 10 patients retrouvait une hypofixation frontotemporale bilatérale constante et une hypofixation pariétale bilatérale plus modérée. En fin de suivi, le score moyen à la BREF était autour de 10, plusieurs tests de fonctions exécutives et attentionnelles étaient au-dessous des normes, ainsi que certains scores mnésiques au test de Grober et Buschke. Le score moyen à l'échelle de Dyscomportement Frontal était de 2.4/4, avec l'apathie en signe le plus fréquent. Même après un suivi prolongé, aucun patient n'a développé de critères des démences « habituelles ».

Dans la discussion, les auteurs argumentent que leurs résultats sont en faveur d'une évolution démentielle spécifique chez les patients bipolaires. Quelques études avaient retrouvé des résultats similaires chez des patients bipolaires âgés, ne présentant pas toujours de critère de syndrome démentiel. Dans l'échantillon de F Lebert, l'atteinte visuo-spatiale est plus marquée. Les signes frontaux comportementaux sont présents mais moins marqués que dans les DFT. La physiopathologie de ce syndrome démentiel reste à découvrir, une origine iatrogène ou toxique paraissant peu probable. Elle paraît peu évolutive, et doit être distinguée des DFT avec lesquelles elle partage des points communs mais un pronostic différent.

### **Commentaires**

Le nombre de sujets de l'étude est un peu faible, mais ils sont très bien explorés, et suivis avec un certain recul.

Cette étude est d'un grand intérêt pour les cliniciens qui sont confrontés à des patients de ce type en consultation mémoire. Avoir posé ce cadre, même encore hypothétique, va peut-être enfin permettre de mettre en place les études prospectives qui s'imposent pour répondre aux nombreuses questions qui restent posées sur ces démences, dont la prise en charge thérapeutique.

**Analysé par Sophie Auriacombe, CMRR Aquitaine**

**Mots-clés:** Démence;Bipolarité

7. Purandare N, Voshaar RCO, Rodway C, Bickley H, Burns A, Kapur N. **Suicide in dementia: 9-year national clinical survey in England and Wales**. British Journal of Psychiatry 2009 194(2):175-180.  
**Adresse de l'auteur référent:** Purandare, N; Univ Manchester; Sch Community Based Med; Room 3316, Univ Pl, 3rd Floor E, Oxford Rd; Manchester M13 9PL; Lancs; England

**Analyse critique:** Suicide et démence : étude nationale sur 9 ans en Angleterre et au Pays de Galles.

### **Synthèse**

Nous disposons à l'heure actuelle de peu d'études concernant le risque suicidaire chez les personnes démentes. L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques de patients déments décédés de suicide et de les comparer aux caractéristiques de sujets non déments décédés de suicide. Pour cela les auteurs ont isolé tous les sujets ayant un diagnostic de démence (selon la CIM 10) à partir de l'échantillon constitué par la « *National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness* ». Celui-ci comprend tous les cas de suicide et de décès de cause extérieure indéterminée enregistrés par l'Office National des Statistiques d'Angleterre et du Pays de Galles entre le 1<sup>er</sup> avril 1996 et le 31 décembre 2004, pour lesquels on retrouvait un contact avec un service de santé mentale dans les 12 mois précédents. Les données sociodémographiques, cliniques et sanitaires étaient recueillies auprès des psychiatres traitants. Les 118 sujets déments ainsi sélectionnés ont chacun été appariés sur l'âge et le sexe à 4 sujets décédés de suicide non déments (n=472).

Les caractéristiques sociodémographiques de ces deux populations étaient comparables. Presque un quart des sujets déments avaient moins de 65 ans. Ceux-ci avaient significativement plus d'antécédents de troubles (notamment alcoolisme et psychose) et de soins psychiatriques. Par rapport aux sujets suicidés non déments, les sujets suicidés déments avaient significativement moins d'antécédents d'hospitalisation en psychiatrie, moins d'antécédents de tentative de suicide, moins de symptômes psychiatriques constatés lors de la dernière consultation, et moins de prescriptions d'antidépresseur. Chez les sujets déments, le diagnostic datait plus souvent de 1 à 5 ans. Les moyens suicidaires les plus fréquents dans les deux populations étaient l'empoisonnement (1/3 des sujets), la noyade et la pendaison. L'existence d'idées suicidaires, d'événements de vie, et d'altération de la santé physique étaient comparables dans les deux groupes, déments et non déments.

Les sujets déments qui se suicident se caractérisent donc par une moindre fréquence des indices cliniques habituels de risque suicidaire et par un risque majoré 1 à 5 ans après le diagnostic de la maladie, à un moment où la dépression est fréquente, où le sujet peut avoir encore conscience de son déclin et où ses capacités cognitives autorisent encore la planification et l'exécution d'un geste suicidaire.

### **Commentaires**

Il s'agit d'une étude descriptive dans laquelle la méthode et les résultats sont clairement exposés.

La limite principale de cette étude repose sur la généralisation et l'interprétation des résultats. Le mode de constitution de l'échantillon a certainement sélectionné des sujets déments qui avaient déjà un suivi psychiatrique (les plus jeunes) ou qui présentaient des troubles psycho-comportementaux. Il est donc difficile de généraliser les résultats à l'ensemble des sujets déments.

Par ailleurs, certaines différences observées (concernant les antécédents notamment) étaient plus probablement le reflet des différences entre les groupes (démence vs autre pathologie psychiatrique) plutôt que liées au risque suicidaire.

Enfin, les modalités suicidaires ne pouvaient pas vraiment être étudiées : deux tiers des sujets déments étaient morts de cause externe indéterminée et le moyen de suicide était manquant pour 80 % des sujets non déments.

Malgré ces limites, cette étude d'une part souligne la nécessité de prêter attention au risque suicidaire chez les sujets déments, pouvant avoir une symptomatologie atypique. D'autre part elle tend à confirmer que ce n'est pas l'annonce du diagnostic mais l'évolution de la maladie qui serait un facteur de risque de suicide chez les patients déments.

**Analysé par Delphine Montagnier, CMRR Aquitaine**

**Mots-clés:** Démence; Suicide; Angleterre



8. Rolstad S, Nordlund A, Eckerstrom C, Gustavsson MH, Zetterberg H, Wallin A. **Biomarkers in Relation to Cognitive Reserve in Patients with Mild Cognitive Impairment - Proof of Concept.** Dementia and Geriatric Cognitive Disorders 2009 27 (2):194-200.

**Adresse de l'auteur référant:** Rolstad, S; Univ Gothenburg; Sahlgrenska Acad; Wallinsgatan 6, Plan 4B; SE-43131 Molndal; Sweden. [sindre.rolstad@neuro.gu.se](mailto:sindre.rolstad@neuro.gu.se)

**Analyse critique:** Relation entre des biomarqueurs et la réserve cognitive chez des patients ayant un MCI. Preuve de concept.

### **Synthèse**

Les auteurs ont analysé les taux de protéine tau totale et d'A $\beta$  1-42 dans le LCR d'une cohorte de sujets présentant un MCI dont 57 ont évolué vers la démence (MCI-con) et 91 sont restés stables (MCI-sta).

Les sujets MCI-con sont initialement plus âgés, ont un niveau d'éducation plus faible, un taux de tau plus élevé et un taux d'A $\beta$  1-42 plus bas que les MCI-sta. Les sujets MCI-con de plus haut niveau d'études ont un taux d'A $\beta$  1-42 plus bas que les sujets de bas niveau.

Les auteurs interprètent ce résultat en disant que la charge amyloïde est plus importante chez les sujets de haut niveau d'études avant la conversion à la démence.

Ce résultat est en faveur de capacités de réserve plus importantes chez les sujets de haut niveau d'études impliquant une quantité de lésion plus grande pour rendre ces sujets déments.

### **Commentaires**

Cet article apporte des arguments supplémentaires à la théorie de la capacité de réserve cérébrale. Seuls les taux d'A $\beta$  1-42 sont significativement liés au niveau d'études, mais les taux de tau sont aussi plus hauts chez les sujets de haut niveau d'études. C'est la variabilité plus grande du taux de protéine tau qui empêche la signification statistique.

Ces résultats montrent aussi que l'interprétation pronostique des taux de biomarqueurs devrait prendre en compte les facteurs liés aux capacités de réserve.

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

**Mots-clés:** Réserve cognitive; Cognition; MCI; Biomarqueurs

9. Sommer OH, Aga O, Cvancarova M, Olsen IC, Selbaek G, Engedal K. **Effect of Oxcarbazepine in the Treatment of Agitation and Aggression in Severe Dementia.** *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 2009 27 (2):155-163.

**Adresse de l'auteur référant:** Sommer, OH; Innlandet Hosp Trust; Dept Geriatr Psychiat; NO-2840 Reinsvoll; Norway. [oskarsommer@gmail.com](mailto:oskarsommer@gmail.com)

**Analyse critique:** Effet de l'oxcarbazépine dans le traitement de l'agitation et de l'agressivité dans les démences sévères

### Synthèse

L'objectif de l'étude était d'étudier l'intérêt d'un traitement par Oxcarbazépine (TRILEPTAL™) (900 mg/j pendant 8 semaines) sur l'agitation et l'agressivité, évaluées à l'aide de l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI-NH), chez des patients institutionnalisés (n=103, âge moyen=84) présentant un état démentiel de type Alzheimer, vasculaire ou mixte, à un stade sévère (MMSE moyen=5,5).

L'étude était randomisée, en double aveugle, versus placebo. Les critères d'évaluation étaient les scores FxS agitation et agressivité du NPI, le score retentissement pour l'aidant du NPI, ainsi que le score total de l'échelle d'agitation BARS (*Brief Agitation Rating Scale*).

Aucune différence significative n'était mise en évidence entre les patients ayant bénéficié du traitement et le groupe témoin.

Une différence, proche du seuil de significativité (p=0,07), était observée en faveur d'une efficacité relative de l'Oxcarbazépine, à l'échelle d'agitation BARS, plus spécifique que le NPI, selon les auteurs, pour la détection de l'agressivité incontrôlée associée à une forte impulsivité.

Les effets indésirables les plus fréquemment rapportés étaient l'ataxie et les chutes, ainsi que la sédation.

### Commentaires

L'efficacité des différents thymorégulateurs disponibles (carbamazépine, valproate) sur le traitement de l'agitation et de l'agressivité dans la démence a montré des résultats contrastés dans les études publiées précédemment.

L'intérêt de l'utilisation de l'oxcarbazépine, par rapport à la carbamazépine (de structure moléculaire identique avec un atome d'oxygène en moins) était justifié, par les auteurs, par une métabolisation différente entraînant moins d'interactions médicamenteuses et moins d'effets indésirables.

En plus de l'absence d'effets significatifs de l'oxcarbazépine, cette étude montre une diminution des scores d'agitation et d'agressivité sous placebo, ce qui contribue à l'importance des mesures non pharmacologiques dans la prise en charge de ces troubles.

**Analysé par Renaud David, CMRR Nice**

**Mots-clés:** Démence; Oxcarbazépine ; Prescrire

**Les analyses critiques de ces dix 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.** Akbaraly TN, Singh Manoux A, Marmot MG, Brunner EJ. **Education Attenuates the Association between Dietary Patterns and Cognition.** *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 2009;27 (2):147-154.

Analysé par: Cécilia Samieri, CMRR Aquitaine

Mots-clés: Education;Nutrition;Cognition

**2.** Alpert PT, Miller SK, Wallmann H, Havey R, Cross C, Chevalia T, Gillis CB, Kodandapari K. **The effect of modified jazz dance on balance, cognition, and mood in older adults.** *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2009;21 (2 Sp):108-115.

Analysé par: Nadine Raoux, CMRR Aquitaine

Mots-clés: Activité physique;Neuropsychologie

**3.** Craig AD. **How do you feel--now? The anterior insula and human awareness.** *Nat Rev Neurosci* 2009;10(1):59-70.

Analysé par: Ralitsa Stoykova, CMRR Aquitaine

Mots-clés: Insula;Conscience;Neuropsychologie

**4.** Dickerson BC, Feczko E, Augustinack JC, Pacheco J, Morris JC, Fischl B, Buckner RL. **Differential effects of aging and Alzheimer's disease on medial temporal lobe cortical thickness and surface area.** *Neurobiology of Aging* 2009;30(3):432-440.

Analysé par: Jean François Dartigues, CMRR Aquitaine

Mots-clés: Maladie d'Alzheimer;Cerveau;Epaisseur corticale

**5.** Godefroy O, Roussel M, Leclerc X, Leys D. **Deficit of Episodic Memory: Anatomy and Related Patterns in Stroke Patients.** *European Neurology* 2009;61(4):223-229.

Analysé par: Xavier Millet, CMRR Aquitaine

Mots-clés: Mémoire épisodique; AVC

**6.** Jones EL, Hanney M, Francis PT, Ballard CG. **Amyloid beta concentrations in older people with Down syndrome and dementia.** *Neuroscience Letters* 2009;451(2):162-164.

Analysé par: Luc Letenneur, CMRR Aquitaine

Mots-clés: Démence;Trisomie 21;Beta amyloïde;Amyloïde

**7.** Kellner A, Matschke J, Bernreuther C, Moch H, Ferrer I, Glatzel M. **Autoantibodies against beta-Amyloid Are Common in Alzheimer's Disease and Help Control Plaque Burden.** *Annals of Neurology* 2009;65(1):24-31.

Analysé par: Sophie Auriacombe, CMRR Aquitaine

Mots-clés: Maladie d'Alzheimer;Beta amyloïde;Amyloïde

**8.** Krueger K, Wilson R, Kamenetsky J, Barnes L, Bienias J, Bennett D. **Social Engagement and Cognitive Function in Old Age.** *Experimental Aging Research* 2009 35 (1):45-60.

Analysé par: Fanny Matharan, CMRR Aquitaine

Mots-clés: Sociabilisation;Environnement;Cognition;

**9.** Kudo Y, Imamura T, Sato A, Endo N. **Risk Factors for Falls in Community-Dwelling Patients with Alzheimer's Disease and Dementia with Lewy Bodies: Walking with Visuocognitive Impairment May Cause a Fall.** *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 2009;27 (2):139-146.

Analysé par: Fleur Delva, CMRR Aquitaine

Mots-clés: Maladie d'Alzheimer;Démence à corps de Lewy;Chute;Facteurs de risque;

**10.** Rondeau V, Jacqmin Gadda H, Commenges D, Helmer C, Dartigues JF. **Aluminum and Silica in Drinking Water and the Risk of Alzheimer's Disease or Cognitive Decline: Findings From 15-Year Follow-up of the PAQUID Cohort.** *American Journal of Epidemiology* 2009;169(4):489-496.

Analysé par: Claudine Berr, CMRR Montpellier

Mots-clés: Maladie d'Alzheimer;Aluminium;Silice;