

BiblioDémences

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

Volume 7, Numéro 1 (janvier 2010)

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 Connect**, éditées par Thomson Scientific : 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

La base de données BiblioDémences enrichie chaque mois des informations présentées dans les bulletins est disponible sur Internet à l'adresse suivante : <http://www.citeulike.org/group/12884/library>

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

Mots-clés. Chaque référence a été indexée, les termes retenus (sans accent) permettent d'interroger la base de données cumulative BiblioDem.

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. Bishara D, Taylor D, Howard RJ, Abdel-Tawab R. **Expert opinion on the management of behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD) and investigation into prescribing practices in the UK.** Int J Geriatr Psychiatry 2009 24(9):944-54.

Adresse de l'auteur référent Pharmacy Department, Maudsley Hospital, London, UK. delia.bishara@slam.nhs.uk

Analyse critique Enquête auprès d'experts dans la gestion des troubles psychologiques et du comportement des démences et enquête de pratiques de prescriptions au Royaume Uni.

Synthèse

Objectif : recueillir les opinions des professionnels dans la gestion des troubles psychologiques et comportementaux dans les démences et analyser les habitudes de prescriptions dans les centres experts au Royaume Uni. L'article présente les résultats de deux études : la première présente les résultats des réponses à un questionnaire envoyé dans 49 centres de psychiatrie. Cinquante-neuf praticiens ont répondu (taux de réponse de 35%) répartis sur 26 centres, déclarant en moyenne 9 ans (1-27) d'expérience gériopsychiatrique. Ce questionnaire comporte trois cas cliniques dans le cadre de démences. Les praticiens doivent évaluer en les notant sur une échelle de 1 (très inapproprié) à 9 (très approprié) différents traitements pharmacologiques proposés dans une liste. Les médicaments les plus cités pour le premier cas clinique (troubles psychotiques) sont respectivement le quiétapine, les anticholinestérasiques et l'amisulpride ; pour le deuxième cas (agitation-agressivité) la quiétapine, les benzodiazépines et l'amisulpride ; pour le troisième cas (cris, déambulation et désinhibition) la quiétapine, la trazodone et les benzodiazépines. Dans leurs commentaires libres, les praticiens questionnés insistent sur l'importance de l'élimination préalable de pathologie somatique, le recours aux méthodes non pharmacologiques et aux IRS (non proposés dans la liste).

La seconde étude est l'analyse par 2 pharmaciens des prescriptions pharmacologiques de 8 centres de psychiatrie sur les 22 sollicités entre janvier et avril 2008, concernant 248 patients (33 % MA, 33% démence vasculaire, 11% démence mixte, 6 % démence à corps de Léwy, 17% autres démences), d'âge moyen 79.3 ans (52-96), de sex ratio 0.9. Quarante trois pour cent des patients reçoivent une molécule psychotrope, 36% deux molécules, 21% trois molécules ou plus. Les produits les plus prescrits sont les benzodiazépines (31,7%), la quiétapine (18,2%), les anticholinestérasiques (8,2%). L'usage de la mémantine est anecdotique (2,2%). La répartition hétérogène du nombre de patients par centre et le faible effectif de certains ne permet pas de comparaison statistique, même si les résultats paraissent hétérogènes d'un centre à l'autre.

Commentaires

Ces deux études reflètent les habitudes de prescription d'un nombre restreint de centres psychiatriques et sont censées refléter celles de praticiens.

Pour la première étude, il existe des biais méthodologiques inhérents à l'enquête par mail (sans compter la distribution de l'enquête en réseau). Les résultats semblent comparables à ceux d'autres études similaires. La faiblesse méthodologique ne doit pas occulter l'hétérogénéité des habitudes de prescription. L'usage des neuroleptiques avec toutes les réserves que l'on connaît reste largement répandu. Peu citées dans les réponses aux cas cliniques (première étude), l'usage des benzodiazépines paraît pourtant largement répandu dans l'étude des prescriptions « réelles » (deuxième étude), malgré les nombreux effets secondaires notamment cognitifs.

L'analyse de ces prescriptions porte sur tout type de démences. Les traitements spécifiques de la MA sont très peu utilisés dans le contexte des recommandations (et des réserves importantes) du *National Institute for Clinical Excellence* au Royaume Uni. L'utilisation de la quiétapine (18,2%) (antipsychotiques de deuxième génération non disponible en France) semble importante, proche de l'usage des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer en France (16,1% en 2008, HAS) bien que deux études aient confirmé un effet délétère sur la cognition. N'expose-t-il pas aux mêmes risques cérébro-vasculaires que les autres (olanzapine, rispéridone) ?

Ce travail montre à nouveau la nécessité d'études randomisées des traitements pharmacologiques dans les troubles du comportement pour évaluer le rapport bénéfice-risque-coût, à court et long terme et permettre d'améliorer les recommandations existantes (recommandations HAS de bonne pratique pour la prise en charge des troubles du comportement perturbateur publié en mai 2009). C'est l'un des objectifs de la mesure 15 du plan Alzheimer 2008-12 pour améliorer le bon usage du médicament dans la maladie d'Alzheimer.

Analysé par Denis Federico, CMRR St Etienne

Mots-clés Troubles du comportement; Troubles psychologiques; Demence; Royaume Uni;

2. Chenoweth L, Jeon YH, Merlyn T, Brodaty H. **A systematic review of what factors attract and retain nurses in aged and dementia care.** Journal of Clinical Nursing 2010 19(1-2):156-167.

Adresse de l'auteur référant CHENOWETH, L, UNIV TECHNOL SYDNEY, FAC NURSING MIDWIFERY & HLTH, POB 222, LINDFIELD, NSW 2070, AUSTRALIA. Lynnette.Chenoweth@uts.edu.au

Analyse critique Revue systématique des facteurs qui attirent et retiennent les infirmiers dans les soins aux personnes âgées et aux déments

Synthèse

Justification : La crise internationale du manque d'infirmiers est plus intense dans le secteur des soins aux personnes âgées et aux déments. Les solutions pour remédier à cette crise reposent sur une littérature qualitative, anecdotique et non corroborée. Objectif : Dans une recherche fondée sur la preuve scientifique (*evidence-based*), repérer les facteurs qui participent au recrutement et au maintien d'infirmiers diplômés dans les soins aux personnes âgées et aux personnes démentes. Méthodes : 226 articles « importants », couvrant une période allant de 1990 à 2008 et contenant, entre autres, les termes « infirmier », « soins infirmiers », « supervision clinique », « personnel », « recrutement », « maintien », « soins aux personnes âgées », « gérontologie », « soins aux déments », « soins à domicile »... sont retenus, après avoir essayé toutes les combinaisons possibles de ces termes au niveau des grandes bases de données (Medline, ERIC, Cochrane, PsychInfo...). 105 articles sélectionnés sont alors examinés par deux experts, qui jugent leur niveau de rigueur scientifique (Meta-analyse de niveau élevé, bien documentée...) et retiennent, finalement, 25 articles concernant précisément les stratégies et les facteurs qui sont associés (1) avec le recrutement, et (2) avec le maintien, des infirmiers travaillant avec les personnes démentes et âgées. Résultats : Parmi les facteurs qui « facilitent » le recrutement, on peut citer, en priorité, la qualité perçue du travail dans le lieu d'accueil : l'encadrement par des « managers », qui soutiennent de façon très proche les étudiants infirmiers, avec un accompagnement quasi personnalisé, des temps de « débriefing », une supervision clinique « positive » et bien en phase avec les théories, mais aussi des aménagements concernant les conditions familiales, les changements flexibles, les opportunités de formation continue et d'évolution de carrière, une véritable politique salariale... On retrouve globalement les mêmes facteurs et stratégies pour le point (2) concernant le maintien des infirmiers dans les services. Par contre, certaines stratégies de recrutement des infirmiers novices peuvent s'avérer contreproductives pour assurer aussi le maintien des infirmiers expérimentés, surtout en périodes de croissance de travail et d'opportunités d'augmentation de salaire, où la majorité des infirmiers est moins disposée à rester plus de 2 à 4 ans dans le même emploi.

Conclusions. Les infirmiers sont, finalement, plus disposés à rester lorsqu'il y a un leadership et un environnement efficaces pour susciter un changement et toute une culture du système des soins qui respecte à la fois les malades et le personnel. Les études qui notent les meilleures réussites insistent sur la combinaison de ces facteurs et de ces stratégies, plutôt que sur un seul facteur ou une seule stratégie.

Commentaires

On peut adresser de multiples critiques aux auteurs de cet article, qui sont d'ailleurs conscients des limites de leurs travaux : aucune étude concernant les soins à domicile, tailles des échantillons trop petites pour la plupart, méthodologies très différentes, pas de groupe contrôle dans aucune des 25 recherches retenues. On pourrait ajouter la prise en compte de réalités professionnelles et de formations très différentes... Il n'empêche qu'il fallait un certain courage pour aborder ce sujet et pour tenter de repérer des points communs dans une vaste diversité de pratiques.

Les résultats, même s'il faut les prendre avec prudence, n'ont rien de bien surprenant si on les considère au regard des théories de la psychologie du travail. Dans un environnement stimulant, pensé pour l'homme, réfléchi dans une vision globale qui cherche à intégrer authentiquement la qualité de vie des patients, des soignants et des dirigeants, où les soignants sont personnellement accompagnés et valorisés chaque fois que possible dans leur fonction soignante, où l'opportunité est offerte de véritables évolutions de carrière, chaque professionnel peut trouver des conditions d'épanouissement de soi en accord avec ses projets de vie.

Il reste à trouver, toutefois, ces institutions, qui restent des « perles rares », du moins celles qui parviennent à combiner toutes ces dimensions, sans compter que les hommes sont ainsi faits qu'il est rare de les voir tous entrer dans les mêmes « utopies », ou rester constants dans leurs choix de vie ! « L'homme, comme toute chose vivante, change avec l'air qui le nourrit » aimait dire Hippolyte Taine.

Analysé par Jean Bouisson, CMRR Aquitaine

Mots-clés. Personnel soignant; Demence; Revue de la littérature;

3. Harris DP, Chodosh J, Vassar SD, Vickrey BG, Shapiro MF. **Primary Care Providers' Views of Challenges and Rewards of Dementia Care Relative to Other Conditions.** Journal of the American Geriatrics Society 2009 57(12):2209-2216.

Adresse de l'auteur référent HARRIS, DP, UNIV CALIF LOS ANGELES, DAVID GEFEN SCH MED, DEPT NEUROL, 710 WESTWOOD PLAZA, RNRC C-239, LOS ANGELES, CA 90095 USA.
dpharris@ucla.edu

Analyse critique La perception par les fournisseurs de soins primaires des challenges liés aux soins de la démence par rapport à d'autres maladies chroniques

Synthèse

Objectif. Comparer la perception des fournisseurs de soins primaires sur la démence et les soins qui lui sont associés avec la perception d'autres maladies chroniques (diabète et maladies cardiaques) et explorer les facteurs à l'origine des différences.

Méthodes : Essai contrôlé randomisé par cluster (18 cliniques de la région de San Diego) portant sur 164 fournisseurs de soins. La perception des praticiens sur chaque pathologie est analysée à partir de trois critères : les attitudes par rapport aux pathologies (3 items : perception des difficultés dans la gestion des malades, perception dans la capacité à améliorer significativement la qualité de vie des malades et la capacité à réaliser des examens de routine), la perception de l'implication de l'organisation de soins dans la maladie (2 items : ressources disponibles pour la gestion des maladies et perception de la coordination des soins) et la capacité à évaluer et à gérer six problèmes (hypertension, dépression, démence, chutes, délire et incontinence). Des données sont également recueillies sur leurs connaissances de la démence et sur leurs caractéristiques personnelles (nombre d'années passées dans leur clinique,...).

Résultats : Les personnes démentes seraient plus difficiles à gérer que les autres patients. Il serait plus facile d'améliorer la qualité de vie et de fournir des examens de routine aux patients souffrant de diabète ou de maladies cardiaques qu'aux patients déments. Les organisations de soins seraient plus efficaces (existence de référentiels et coordination des soins) pour les malades du diabète et cardiaques que pour les déments.

Conclusion : la perception des fournisseurs de soins est un élément essentiel dans l'amélioration de la prise en charge des patients déments, en particulier au niveau des ressources disponibles au sein de leur organisation de soins (expertise et référentiels de soins, difficultés dans l'accès aux soins...).

Commentaires

Cet article permet de mettre en évidence les difficultés que rencontrent les soignants dans la prise en charge de la démence. Ces difficultés semblent en particulier provenir d'une moins bonne connaissance de la maladie mais aussi de l'absence réelle d'efficacité des prises en charge disponibles (aussi bien du point de vue médical que du point de vue social). Les auteurs soulignent que la mise en place de structures de type de care management pourrait constituer une solution. Cependant, il n'est pas certain que le changement de la perception de la démence chez les soignants améliore leur gestion de la maladie.

Analysé par Thomas Lavaud, CMRR Aquitaine

Mots-clés Disease Management; Soins primaires; Demence;

4. Lai CKY, Yeung JHM, Mok V, Chi I. **Special care units for dementia individuals with behavioural problems - art. no. CD006470.** Cochrane Database of Systematic Reviews 2009(4):6470-6470.

Adresse de l'auteur référent: LAI, CKY, HONG KONG POLYTECH UNIV, SCH NURSING, HONG KONG, HONG KONG, PEOPLES R CHINA. hsclai@inet.polyu.edu.hk

Analyse critique: Unités de soins spécialisées pour la prise en charge de patients déments avec des troubles du comportement

Synthèse

Cet article est une revue de la littérature traitant de la pertinence du placement en unité de soins spécialisés des patients déments présentant des troubles du comportement et de l'évaluation du bénéfice de ce type de prise en charge. Depuis les années 80, les unités de soins spécialisés se sont développées sans preuve évidente du bénéfice de ce type de prise en charge par rapport à celle offerte en unité de soins traditionnels. De plus il n'existe pas de définition standard de ce type d'unité.

La revue de la littérature sur l'effet d'un placement en unité de soins spécialisés sur les troubles du comportement de patients déments par rapport à un placement en unité de soins traditionnels effectuée par les auteurs n'a pu extraire qu'un seul essai randomisé et contrôlé. Les auteurs ont donc pris en compte les essais non contrôlés. Cependant, les problèmes de randomisation, la non-équivalence des groupes en ligne de base, l'hétérogénéité des unités de soins spécialisés et la pauvreté de leur description, la diversité des contextes (pays différents) et le nombre limité d'études dont les données étaient potentiellement utilisables n'ont pas permis aux auteurs d'émettre des conclusions définitives sur lequel des deux types d'établissement, spécialisé ou traditionnel, est le mieux adapté à la prise en charge de patients déments et plus particulièrement à la prise en charge des troubles du comportement. Les recherches sur les unités de soins spécialisés et leur impact éventuel sur les troubles du comportement des patients déments requièrent l'examen d'un large spectre d'établissements, une évaluation standardisée et une sélection des critères associés à la qualité de la prise en charge. Une étude stricte devrait présenter une classification claire des caractéristiques de l'unité, fournir des informations sur les patients inclus (type de démences) et exiger des évaluateurs indépendants.

Les auteurs soulignent l'importance de mieux contrôler le biais de sélection, l'équivalence des patients entre les groupes mais également de prendre en compte d'autres critères comme le moment de l'admission dans l'établissement ou le choix des instruments de mesure. Les auteurs critiquent par ailleurs les éditeurs qui devraient selon eux être plus stricts quant à la qualité de l'écriture des essais cliniques avant leur publication et exiger la présence d'informations clefs nécessaires à la réalisation de méta-analyses.

Commentaires

Ce travail est intéressant dans la mesure où il propose une revue de la littérature sur la pertinence de l'existence des unités de soins spécialisés et du placement dans ce type d'établissement des patients déments présentant des troubles du comportement. Les auteurs soulignent la nécessité de clarifier la définition et les caractéristiques de ces unités. La construction de la revue en rend la lecture difficile. En effet, les auteurs ont construit leur analyse par thèmes et non pas abordé les études sélectionnées pour la revue les unes après les autres.

L'analyse critique des auteurs est très élaborée et riche, incluant même une dimension économique et éthique. Elle ouvre de nombreuses pistes de recherche futures sur ce thème en soulignant la nécessité de rigueur méthodologique.

Analysé par Audrey Deudon, CMRR Nice

Mots-clés: Troubles du comportement; Demence; Prise en charge;

5. Noble JM, Borrell LN, Papapanou PN, Elkind MSV, Scarmeas N, Wright CB. **Periodontitis is associated with cognitive impairment among older adults: analysis of NHANES-III.** Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry 2009 80(11):1206-1211.

Adresse de l'auteur référant NOBLE, JM, COLUMBIA UNIV COLL PHYS & SURG, HARLEM HOSP CTR, DEPT NEUROL, 506 LENOX AVE, NEW YORK, NY 10037 USA. jn2054@columbia.edu

Analyse critique: La maladie parodontale est associée à une altération de la fonction cognitive chez les personnes âgées : analyse de NHANES-III.

Synthèse

Contexte : La parodontite est présente chez quasiment toutes les personnes âgées et associée à la présence de marqueurs sérologiques d'exposition à des bactéries parodontales, d'inflammation systémique et de maladie vasculaire. La démence est un problème majeur de santé publique, probablement due à une interaction complexe entre génétique et maladies associées à une inflammation systémique telle que le diabète, la consommation de tabac et l'accident vasculaire cérébral.

Méthodes : Pour étudier la relation entre l'exposition systémique à des agents pathogènes parodontaux et les résultats de tests cognitifs, les données de la 3ème enquête nationale de santé et de nutrition ont été utilisées. Il s'agit d'une étude transversale observationnelle représentative de la population américaine chez les personnes âgées parmi lesquelles 2355 participants de 60 ans et plus avaient des résultats de tests cognitifs et de dosage d'anticorps IgG *Porphyromonas gingivalis* disponibles. Une régression logistique a été réalisée pour examiner l'association entre IgG et les performances au test de cognition.

Résultats : Une mémoire verbale immédiate altérée (<5/9 points) était présente chez 5.7% des patients et 6.5% avaient une moins bonne mémoire différée (<4/9) ; 22.1% avaient des difficultés avec les soustractions en série (<5/5 essais correct). Les individus avec un taux d'IgG plus élevé (>119 Elisa unités (EU)) avaient plus de risque d'avoir une moins bonne mémoire différée (Odds Ratio (OR) : 2.89 ; Intervalle de confiance (IC) à 95% : 1,14-7,29) et une capacité de soustraction altérée (OR :1.95 ; IC95% 1,22-3,11) que ceux avec taux plus bas (≤57 EU) avec une relation dose-réponse pour les deux tests (p de tendance : 0,045 pour la mémoire; 0,04 pour les soustractions). Après avoir ajusté sur les variables socio-économiques et vasculaires, ces relations se maintiennent pour le groupe présentant le plus d'IgG (OR pour la mémoire verbale différée : 3,01 ; CI95% : 1,06-8,53) ; OR pour les soustractions : 2,00 ; CI95% : 1,19-3,36). Au contraire, la mémoire verbale immédiate n'était pas associée aux taux d'IgG.

Conclusion : Un marqueur sérologique de la parodontite était associé avec une mémoire retardée altérée et calculs. D'autres explorations de la relation entre santé bucco-dentaire et cognition est nécessaire.

Commentaires

Cette étude part de l'hypothèse que la maladie parodontale est un facteur de risque de l'altération de la fonction cognitive. Cette hypothèse est tout à fait pertinente comme le souligne l'éditorial associé de Stewart. En effet, la maladie parodontale, comme source d'inflammation chronique systémique et d'altération de la fonction endothéliale vasculaire, pourrait intervenir dans la survenue de démence. Cependant, et les auteurs le discutent très bien, les méthodes choisies sont insuffisantes pour arriver à une telle conclusion. En effet, le schéma d'étude transversal ne permet pas d'établir une relation de cause à effet entre deux paramètres mesurés simultanément et la présence de parodontite peut être une conséquence de la diminution de la fonction cognitive.

Par ailleurs, les critères d'inclusion et effectifs décrits ne permettent pas de savoir si la représentativité initiale est conservée dans le sous-échantillon dans lequel est réalisée cette étude. Enfin, les tests utilisés (East Boston Memory Test et la série de soustraction) sont relativement restreints pour évaluer la fonction cognitive, mais l'utilisation d'un marqueur sérologique de la maladie parodontale est intéressante dans la mesure où son évaluation clinique reste relativement évaluateur-dépendant et ne prend pas en compte la réponse immunologique qui présente des variations individuelles.

Néanmoins, cette étude renforce le « faisceau d'arguments » concernant la relation entre maladie parodontale et altération de la fonction cognitive.

Analysé par Élise Arrivé, CMRR Aquitaine

Mots-clés: Parodontite; MCI; NHANES;

6. Pentzek M, Fuchs A, Wiese B, Cvetanovska-Pllashniku G, Haller F, Maier W, Riedel-Heller SG, Angermeyer MC, Bickel H, Mosch E, Weyerer S, Werle J, van den Bussche H, Eisele M, Kaduszkiewicz H, AgeCoDe Study G. **General Practitioners' Judgment of their Elderly Patients' Cognitive Status.** Journal of General Internal Medicine 2009 24(12):1314-1317.

Adresse de l'auteur référent: PENTZEK, M, UNIV MED CTR DUSSELDORF, DEPT GEN PRACTICE, MOORENSTR 5, D-40225 DUSSELDORF, GERMANY. pentzek@med.uni-duesseldorf.de

Analyse critique: Jugement du statut cognitif de leurs patients âgés par les médecins généralistes

Synthèse

Étude transversale réalisée en Allemagne auprès de 138 médecins généralistes et leurs 3181 patients, âgés de 75 ans et plus.

L'objectif est de déterminer les facteurs associés à la façon dont les médecins généralistes jugent l'état cognitif de leurs patients.

Seuls les patients non déments ont été analysés. D'un côté, l'état cognitif des patients tel que l'évaluent les médecins est recueilli sur la *Global Deterioration Scale*. Cette échelle est dichotomisée en "non déficient cognitif" pour les scores 1 et 2 et "déficient cognitif" pour les scores ≥ 3 . De façon indépendante, le statut cognitif objectif est évalué par des enquêteurs sur le score à la SISCO.

Indépendamment du statut cognitif objectif, quatre facteurs étaient associés au fait que le médecin juge son patient "déficient cognitif" : le fait que le médecin soit moins familier du patient, la présence de comorbidités, de problèmes de mobilité, et de problèmes d'audition. Ni l'âge, ni le sexe, ni le niveau d'éducation ne sont associés au jugement du médecin.

Commentaires

Cet article est intéressant et les facteurs trouvés comme associés au jugement de "déficient cognitif" sont parfois surprenants, on aurait pu attendre un effet plutôt inverse de certains facteurs.

La discussion des auteurs sur l'interprétation est intéressante. Aucune association avec les facteurs socio-démographiques n'est retrouvée ce qui est rassurant même si c'est à l'encontre de ce que l'on observe dans d'autres études sur le diagnostic de démence, notamment pour l'âge.

Le schéma d'étude ne permet malheureusement pas de dire si les médecins utilisent les différents facteurs retrouvés pour former leur "diagnostic" ou si ces facteurs biaisent le diagnostic. Même si l'analyse est ajustée sur l'état cognitif objectif, on aurait aimé une présentation de la concordance entre le diagnostic des médecins et l'état cognitif objectif, ce qui n'est pas fait ici ; les auteurs l'annoncent dans un prochain papier.

Enfin, il est dommage que les déments aient été exclus de l'analyse ; le diagnostic est loin d'être parfait chez les déments et même si la connaissance de l'état cognitif chez les non déments est intéressante, il faudrait commencer par se préoccuper du diagnostic des déments.

Analysé par Catherine Helmer, CMRR Aquitaine

Mots-clés: Médecine générale; Diagnostiquer; Allemagne; État cognitif;

7. Snitz BE, O'Meara ES, Carlson MC, Arnold AM, Ives DG, Rapp SR, Saxton J, Lopez OL, Dunn LO, Sink KM, DeKosky ST, Investigators GEMS. **Ginkgo biloba for Preventing Cognitive Decline in Older Adults A Randomized Trial**. *Jama-Journal of the American Medical Association* 2009 302(24):2663-2670.

Adresse de l'auteur referent: DEKOSKY, ST, UNIV VIRGINIA, SCH MED, POB 800793, CHARLOTTESVILLE, VA 22908 USA. dekosky@virginia.edu

Analyse critique: Un essai randomisé du Ginkgo biloba pour la prévention du déclin cognitif chez les sujets âgés

Synthèse

Cette étude est une analyse secondaire de l'essai GEM (*Ginkgo Evaluation of Memory*), le plus grand essai contrôlé randomisé en double aveugle de cette molécule contre placebo terminé à cette date, qui n'a montré aucune efficacité pour diminuer l'incidence de la démence toutes causes ou de la maladie d'Alzheimer.

Cet essai a inclus 3069 participants âgés de 72 à 96 ans, non déments à l'origine, mais pouvant avoir des troubles cognitifs légers (MCI), avec un suivi médian de 6,1 ans. Le groupe traité par Ginkgo biloba (2 doses de 120 mg par jour) et le groupe placebo ne différaient pas pour la vitesse de déclin cognitif global ni pour aucun des domaines cognitifs évalués (mémoire, attention, capacités visuo-spatiales, langage, fonctions exécutives) ni à l'ADAS-Cog.

Aucune interaction significative, en particulier avec l'apoE ou l'existence d'un MCI à l'inclusion, n'a été mise en évidence. Les différentes analyses de sensibilité conduites confirment cette absence d'effet.

Commentaires

Le résultat négatif de ce vaste essai ne peut pas être imputé à un manque de puissance, puisque le nombre de sujets nécessaires calculé a priori a été atteint. Cependant afin d'éviter une perte de sujets trop importante les auteurs ont imputé les valeurs manquantes des tests cognitifs des sujets décédés, sortis d'essai ou diagnostiqués comme déments qui n'avaient pas eu de bilan neuropsychologique pour la dernière année avant cet événement. On peut se demander dans quelle mesure l'imprécision liée à ces imputations a pu éventuellement diminuer la force des associations et biaiser l'estimation.

L'absence d'interaction avec le statut MCI montre que Ginkgo biloba n'a pas pu ralentir le déclin cognitif des sujets déjà symptomatiques, pas plus qu'il ne prévient le déclin cognitif chez des sujets âgés normaux. Cependant le déclin observé chez les participants restait extrêmement faible dans les deux groupes et sans signification clinique (perte de 0,32 points d'ADAS-Cog par an en moyenne chez les participants MCI). Il s'agissait donc au départ d'une population âgée en bonne santé.

Ces résultats sont en accord avec ceux d'autres essais de plus petite taille qui n'apportent aucune preuve de l'efficacité de Ginkgo biloba dans la prévention primaire ou secondaire du déclin cognitif du sujet âgé.

Analysé par Pascale Barberger-Gateau, CMRR Aquitaine

Mots-clés: Ginkgo biloba; Declin cognitif;

8. Trompet S, van Vliet P, de Craen AJM, Jolles J, Buckley BM, Murphy MB, Ford I, Macfarlane PW, Sattar N, Packard CJ, Stott DJ, Shepherd J, Bollen E, Blauw GJ, Jukema JW, Westendorp RGJ. **Pravastatin and cognitive function in the elderly. Results of the PROSPER study.** Journal of Neurology 2010 257(1):85-90.

Adresse de l'auteur referent: TROMPET, S, LEIDEN UNIV, MED CTR, DEPT GERONTOL & GERIATR, C-2-R,POB 9600, NL-2300 RC LEIDEN, NETHERLANDS. s.trompet@lumc.nl

Analyse critique: Pravastatine et fonctions cognitives chez le sujet âgé, résultat de l'étude PROSPER

Synthèse

PROSPER (*PROspective Study of Pravastatine in the Elderly at Risk*) est une étude dont la méthodologie a été publiée par Sheperd et al en 2002 dans le Lancet. Le but est de savoir si la pravastatine diminue le risque vasculaire chez des sujets âgés, ayant des facteurs de risque vasculaire (diabète, hypertension artérielle, tabagisme).

Méthodes Un suivi neuropsychologique prospectif est réalisé dans l'étude PROSPER, permettant de comparer les fonctions cognitives chez ces sujets à risque vasculaire entre décembre 1997 et mai 1999. Les fonctions cognitives ont été évaluées avec le MMSE (devant être supérieur à 24 à l'inclusion), des tests de fonctions exécutives (test de Stroop, test des codes), un test de mémoire épisodique (15 images) avec rappel différé. Les tests ont été réalisés au bout de 9, 18, 30 et 45 mois. La durée de suivi était de 42 mois en moyenne (36-48)

Résultats. 5804 patients ont été suivis (2913 sous placebo et 2891 sous pravastatine). Les caractéristiques à baseline sont identiques (moyenne d'âge 75 ans, moyenne de MMSE 28) dans les deux groupes en dehors des résultats au test de Stroop. A la fin de l'étude aucune différence entre les patients sous pravastatine et les patients sous placebo n'est constatée. L'examen en sous-groupes, type homme/femme, porteurs ou non du génotype de l'APOE 4, avec/sans antécédents d'accident vasculaire cérébral, ne montre pas de différence entre les deux groupes.

Commentaires

Cette importante étude randomisée, en double aveugle contre placebo ne montre pas de d'effet de la pravastatine sur les fonctions cognitives au bout de 3, 5 ans de suivi alors que de nombreuses études observationnelles ont montré un possible effet des statines dans la prévention du déclin cognitif et des démences. Une élévation du cholestérol sanguin peut être corrélée à une diminution du taux de la protéine β amyloïde dans le liquide cérébro spinal.

D'autres études montrent que la simvastatine ne joue pas d'effet positif sur la cognition. Cependant le choix de la statine peut se discuter pour une étude des fonctions cognitives (la pravastatine ne passe pas la barrière hématoencéphalique contrairement à la simvastatine et la lovastatine).

Deux études sont en cours pour savoir si la prise de statine retarde l'apparition de la démence (étude CLAPS et étude LEADe. La prescription de statine chez des patients âgés avec facteurs de risque vasculaire ne modifie pas les fonctions cognitives, alors qu'une élévation du cholestérol à l'âge moyen de la vie semble associée à un déclin des fonctions cognitives au cours du vieillissement plus marqué que chez les sujets normaux. D'autres études avec des statines administrées à un âge plus précoce pourraient être nécessaires

Analysé par Martine Vercelletto, CMRR de Nantes

Mots-clés: Pravastatine; PROSPER;

9. Tuppin P, Kusnik-Joinville O, Weill A, Ricordeau P, Allemand H. **Primary health care use and reasons for hospital admissions in dementia patients in france: database study for 2007**. Dement Geriatr Cogn Disord 2009;28(3):225-32.

Adresse de l'auteur référent: Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, Paris, France. philippe.tuppin@cnamts.fr

Analyse critique: Recours aux soins primaires et causes des hospitalisations chez des patients déments en France

Synthèse

Les auteurs se sont basés sur le système d'information du régime général (SNIIRAM) pour étudier le recours aux soins primaires et les causes des hospitalisations au cours de l'année 2007 chez l'ensemble des personnes démentes de plus de 60 ans (inscrites en ALD 15 et/ou ayant été remboursées pour des anti-démence à au moins 2 reprises en 2007) et les 88 296 personnes de plus de 60 ans sélectionnées via l'échantillon général des bénéficiaires de l'assurance maladie (échantillon représentatif au 1/97 du SNIIRAM) qui constituent le groupe contrôle.

À la fin 2007, 258 809 personnes étaient suivies pour démence (âge moyen : 82.6 ans) et 70.2% de cette population était traitée mais seulement 58.4% des personnes en ALD 15 étaient traitées. 93% des déments ont consulté un généraliste au moins une fois en 2007, même proportion pour le groupe contrôle. 21.7% des déments ont consulté un neurologue ou psychiatre libéral au moins une fois dans l'année, soit 6 fois plus que pour le groupe contrôle mais le nombre moyen de consultations était inférieur (RR=0.87). De plus, la proportion de déments ayant consulté d'autres spécialistes libéraux (RR=0.82) ainsi que le nombre moyen de ces consultations (RR=0.80) sont inférieurs en comparaison avec le groupe contrôle. Les soins infirmiers sont les seuls soins dont la proportion augmente avec l'âge chez les déments. Après ajustement sur le sexe et l'âge, une proportion plus élevée de déments était hospitalisée au moins une fois dans l'année (RR=1.41) mais le nombre moyen d'hospitalisation n'était pas différent hormis pour les 60-69 ans (RR=1.1). Les séjours de moins de 2 nuits classés en psychiatrie (RR=21.3), autres diagnostics (RR=2.5), ou cardiologie (RR=1.2) étaient plus fréquents chez les déments.

Par ailleurs, les hospitalisations pour investigations, examens, chimiothérapie, traitement de la cataracte étaient moins fréquentes pour les déments. Enfin, le risque de mourir à l'hôpital était plus élevé chez les déments (RR=1.8).

Commentaires

Cette étude descriptive transversale basée sur données administratives n'inclut pas les formes légères (non encore diagnostiquées) et tardives de la maladie (institutionnalisées, non diagnostiquées). Néanmoins, elle met en relief, au travers d'un très large échantillon de bénéficiaires, les écarts de prise en charge en médecine de ville (détection et traitement des comorbidités notamment) et examens d'investigation entre déments et contrôles ; écarts pouvant expliquer certainement un recours aux soins hospitaliers majoré chez les déments.

L'exploitation de ces bases de données dans le cadre d'une cohorte populationnelle enrichirait certainement la connaissance sur la trajectoire des déments dans le système de santé au cours du temps ainsi que sur les déterminants du recours aux soins (la dénutrition, les infections, la non compliance médicamenteuse sont souvent évoquées comme causes d'hospitalisation d'urgence chez les personnes âgées fragiles).

Analysé par Clément Pimouguet, CMRR Aquitaine

Mots-clés: Soins primaires; Hospitalisation; Demence; France;

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

La base est interrogeable à cette adresse : <http://www.citeulike.org/group/10455/library>.

1. Buell JS, Dawson-Hughes B, Scott TM, Weiner DE, Dallal GE, Qui WQ, Bergethon P, Rosenberg IH, Folstein MF, Patz S, Bhadelia RA, Tucker KL. **25-Hydroxyvitamin D, dementia, and cerebrovascular pathology in elders receiving home services.** *Neurology* 2010 Base;74(1):18-26.

Analysé par Cécilia Samieri, CMRR Aquitaine

Mots-clés: 25-Hydroxyvitamin D; Demence; Soins a domicile;

2. Burack MA, Hartlein J, Flores HP, Taylor-Reinwald L, Perlmutter JS, Cairns NJ. **In vivo amyloid imaging in autopsy-confirmed Parkinson disease with dementia.** *Neurology* 2010 Base;74(1):77-84.

Analysé par Claire Paquet CMRR Paris Lariboisière

Mots-clés: Parkinson;Imagerie;Synucleinopathies;PIB;

3. Cairns NJ, Ikonovic MD, Benzinger T, Storandt M, Fagan AM, Shah AR, Reinwald LT, Carter D, Felton A, Holtzman DM, Mintun MA, Klunk WE, Morris JC. **Absence of Pittsburgh Compound B Detection of Cerebral Amyloid beta in a Patient With Clinical, Cognitive, and Cerebrospinal Fluid Markers of Alzheimer Disease.** *Archives of Neurology* 2009 Base;66(12):1557-1562.

Analysé par Audrey Gabelle, CMRR Montpellier

Mots-clés: Imagerie; PIB; MA;

4. Clifford DB, Fagan AM, Holtzman DM, Morris JC, Teshome M, Shah AR, Kauwe JSK. **CSF biomarkers of Alzheimer disease in HIV-associated neurologic disease.** *Neurology* 2009 Base;73(23):1982-1987.

Analysé par Hélène Amieva, CMRR Aquitaine

Mots-clés: Biomarqueurs; LCR; MA; VIH; HAND;

5. Collerton J, Davies K, Jagger C, Kingston A, Bond J, Eccles MP, Robinson LA, Martin-Ruiz C, von Zglinicki T, James OFW, Kirkwood TBL. **Health and disease in 85 year olds: baseline findings from the Newcastle 85+ cohort study - art. no. b4904.** *British Medical Journal* 2009 Base;339:B4904-B4904.

Analysé par Karine Pérès, CMRR Aquitaine

Mots-clés: Vieillissement; Royaume Uni; Etat de sante; Analyse transversale;

6. Cooper C, Bebbington P, Meltzer H, Jenkins R, Brugha T, Lindesay JEB, Livingston G. **Alcohol in moderation, premorbid intelligence and cognition in older adults: results from the Psychiatric Morbidity Survey.** *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry* 2009 Base;80(11):1236-1239.

Analysé par Luc Letenneur, CMRR Aquitaine

Mots-clés: Alcool; Troubles cognitifs; Intelligence premorbide; Royaume Uni; Psychiatric Morbidity Survey;

7. Knopman DS, Roberts RO, Geda YE, Pankratz VS, Christianson TJH, Petersen RC, Rocca WA. **Validation of the Telephone Interview for Cognitive Status-modified in Subjects with Normal Cognition, Mild Cognitive Impairment, or Dementia.** *Neuroepidemiology* 2010 Base;34(1):34-42.

Analysé par Philippe Lebrun-Grandié, Périgueux

Mots-clés: MCI; Entretien telephonique; Demence;

8. Saxton J, Snitz BE, Lopez OL, Ives DG, Dunn LO, Fitzpatrick A, Carlson MC, Dekosky ST. **Functional and cognitive criteria produce different rates of mild cognitive impairment and conversion to dementia.** *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2009 Base;80(7):737-43.

Analysé par Laure Carcaillon, CMRR Aquitaine

Mots-clés: MCI; Evaluation;

9. Seitz DP, Gruneir A, Conn DK, Rochon PA. **Cholinesterase Inhibitor Use in US Nursing Homes: Results from the National Nursing Home Survey.** Journal of the American Geriatrics Society 2009 Base;57(12):2269-2274.

Analysé par Nadir Kadri, CMMR Haute-Normandie

Mots-clés: IAChE; EHPAD; Etats-Unis;

10. Wostyn P, Audenaert K, De Deyn PP. **Alzheimer's disease and glaucoma: Is there a causal relationship?** British Journal of Ophthalmology 2009 Base;93(12):1557-1559.

Analysé par Cécile Delcourt, CMRR Aquitaine

Mots-clés: MA; Glaucome;