Dépistage des troubles cognitifs :
Pourquoi et comment ?

DOSSIER DOCUMENTAIRE

Thème régional Pays de la Loire - février 2018

Rédacteur : Dr Y.Lequeux – médecin généraliste - coordonnateur GQ Pays de la Loire

Groupe de lecture :

- Animateurs « Groupe Qualité » Pays de la Loire

PROBLEMATIQUE :

La démence est un syndrome clinique qui se traduit par une détérioration de plusieurs fonctions cognitives suffisamment importantes pour affecter les activités de la vie quotidienne et entraîner une perte d'autonomie (American Psychiatric Association, 1994).
Le diagnostic d'un syndrome démentiel ne préjuge pas de son étiologie ou de son évolutivité.

La maladie d'Alzheimer (MA) est la cause la plus fréquente de la démence. Elle touche 850 000 personnes en France avec, chaque année, environ 150 000 nouveaux cas et une prévision de 1,2 millions de personnes en 2020.
La prévalence (étude PAQUID) est de 17,8% pour les démences et de 14,2% pour la MA.

La démence constitue un problème majeur de santé publique, ayant un impact important sur des millions de personnes affectées et leurs familles.

En 2014, le nouveau Plan des Maladies Neurodégénératives est le prolongement de cette mobilisation institutionnelle. Son premier axe met l'accent sur la l'accompagnement du patient, du repérage au suivi, dans le cadre d'un programme personnalisé de soins

La déclinaison régionale de ce plan par l'ARS des Pays de la Loire a défini plusieurs objectifs opérationnels. Les Groupes Qualité® ont été sollicités pour aborder ce thème sous l'angle du « repérage des troubles cognitifs en consultation généraliste ».

La nécessité de poser un diagnostic précoce de la MA pose la question, comme pour tout autre maladie, de la pertinence de son dépistage. Cette question du dépistage de la MA fait l'objet de débats depuis l'organisation de sa prise en charge dans le cadre des différents plans de santé.

Le repérage de troubles cognitifs (dont la plainte mnésique) par la réalisation de tests spécifique en consultation de médecine générale est rarement réalisé.

Les principaux freins exprimés sont : la complexité des tests, le manque de temps, le manque de formation et de pratique, beaucoup de doutes sur leur utilité, l'inefficacité des traitements médicamenteux, l'essor de la gériatrie hospitalière, une cotation spécifique inadaptée à la médecine générale…

Des recommandations adaptées pour le repérage des troubles cognitifs et une démarche diagnostique, réalisée par le médecin généraliste, en collaboration avec le neurologue et le gériatre, seraient les bienvenues !.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Plan maladies neuro-dégénératives. **2014-2019**. Synthèse du plan d'action régional. ARS. Pays de la Loire. https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-05/Plan%20regional%20maladies%20neuro%20degeneratives%202014-2019.pdf
2. Identification des troubles mnésiques et stratégie d'intervention chez les séniors de 70 ans et plus. HAS.**2014 ;**
3. Évolution temporelle des démences : état des lieux en France et à l'internationnal. BEH 28-29. septembre **2016**. http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=10518
4. Maladie d'Alzheimer: Annonce et accompagnement du diagnostic. Recommandation. HAS. **2009**. http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-11/maladie_dalzheimer_-_annonce_et_accompagnement_du_diagnostic_-_synthese_des_recommandations.pdf
5. Haute Autorité de Santé. Maladie d'Alzheimer. Suivi médical des aidants naturels-synthèse HAS **2010**. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010- 03/maladie_dalzheimer_-_suivi_medical_des_aidants_naturels_-_synthese.pdf
6. F. Gremaud et coll. Troubles de la mémoire chez la personne âgée : que faire au cabinet ? Rev Med Suisse **2013** ; 9 : 2029-33 ; https://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-N-405/Troubles-de-la-memoire-chez-la-personne-agee-que-faire-au-cabinet
7. Di Patrizio P et coll. Quelle utilisation les médecins généralistes font-ils des tests et échelles à visée gériatrique ? Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil **2013**;11(1):21-31 ;
8. Troubles cognitifs liés au vieillissement : évolution récente des concepts et stratégies diagnostiques. Rev Med Suisse **2016** ; 12 : 774-9 https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-515/Troubles-cognitifs-lies-au-vieillissement-evolution-recente-des-concepts-et-strategies-diagnostiques
9. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: diagnostic et prise en charge. Recommandation HAS. **2011** ;
10. Letrilliart L. et coll. Évaluation des procédures diagnostiques de la maladie d'Alzheimer : une revue systématique des méta-analyses. Cah Année Gérontologique. 9 sept **2012**;4(3):330-44.
11. Le médecin généraliste_face_à un trouble_de mémoire. Bibliomed 653. **2014** ;
12. Faut-il dépister la maladie d'Alzheimer. Biblomed 754. **2014** ;
13. Diagnostiquer et annoncer une démence: quels risques, quels bénéfices? Rev Med Suisse **2012**; 8 : 1130-4 file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/RMS_idPAS_D_ISBN_pu2012-20s_sa09_art09.pdf

LES PRINCIPAUX MESSAGES

Le dépistage ou diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer (MA) et des démences apparentées en population générale n'est pas recommandé par la HAS, en accord avec les recommandations internationales.

Seule une démarche diagnostique doit être proposée :

- aux personnes exprimant une plainte mnésique réelle ;
- aux personnes chez lesquelles l'entourage remarque l'apparition ou l'aggravation de troubles mnésiques et/ou un changement psycho-comportemental (apathie, désintérêt, agressivité, dépression, désinvestissement, changement ou trouble du caractère, trouble du comportement, etc.) ;
- aux patients venant consulter ou étant hospitalisés pour une pathologie qui peut être reliée aux troubles cognitifs (chute, accident vasculaire cérébral, perte d'autonomie).

Pourquoi le dépistage de troubles cognitifs et une démarche diagnostique précoce d'un syndrome démentiel peut-elle être bénéfique et quels sont les risques ?

La difficulté récurrente de la question repose sur la fragile frontière entre dépistage (chez un patient asymptomatique), que ne préconise personne et la prise en compte de troubles cognitifs exprimés par un patient ou sa famille. Toute plainte doit être explorée et en fonction de son analyse réalisée par le médecin traitant, cela conduit ou non, à une démarche diagnostique, comme le recommandent divers consensus d'experts.

Le terme « repérage » au lieu de « dépistage » est plus conforme à notre pratique

Si de nombreux patients âgés souffrent, parfois transitoirement, de troubles cognitifs légers (TCL) ou de troubles de la mémoire, tous ne développeront pas une MA. Une étude de bonne qualité méthodologique a montré dans ce contexte qu'environ la moitié des patients âgés ayant des TCL aux différents tests développeront une MA.

Le concept de démence est obsolète. Il n'existe pas de frontière entre normalité et démence avérée. Il faut repenser le déficit cognitif comme un continuum, ne pas considérer que des formes mineures évolueront nécessairement vers la démence, et traiter agressivement ce qui est curable, principalement l'HTA, à la fois pour retarder la survenue de la démence et en diminuer la prévalence.

Dans la nouvelle version du manuel de diagnostic neuropsychiatrique nord-américain, le DSM-V, la nosographie a évoluée, la « démence » et le « MCI » sont remplacés par « trouble neurocognitif majeur et mineur d'origine spécifique ».

Faut-il explorer précocement ces troubles cognitifs « mineurs » (TCM) ou alors attendre que ceux-ci soit avérés pour proposer une démarche diagnostique ?
Il n'existe aucune étude en soins primaires comparant ces deux stratégies.

Il est prouvé qu'environ la moitié des patients âgés ayant des TCM aux différents tests ne développeront pas une MA. Une démarche diagnostique précoce expose donc beaucoup de patients à un risque de surdiagnostic.

Cependant seul le diagnostic précoce d'un syndrome démentiel permet un accompagnement du patient et de sa famille et une prise en charge médico-sociale adaptée

Elle permet :

- de mieux prendre en compte les symptômes, d'optimiser la prise de décision médicale, d'assurer l'autonomie du patient qui peut ainsi mieux planifier son avenir, d'assurer l'accès approprié aux services spécialisés et de réduire les coûts ultérieurs pour la société.
- d'assurer une meilleure qualité de vie aux patients et aux aidants sur un temps plus prolongé,
- de limiter les situations de crise, principalement grâce à une réduction de l'épuisement physique et psychologique des aidants (la famille souffre parfois plus que le malade)
- de retarder l'entrée en institution.

Cette démarche ne peut être réalisée sans une information du patient et/ou de sa famille (et son auto détermination, si celui-ci est nosognosique), sur les objectifs, les examens réalisés, le recours éventuel à un bilan dans un centre spécialisé, l'annonce du diagnostic à lui-même et à sa famille, la désignation d'une personne de confiance et la rédaction de ses directives anticipées.

Chez un patient anosognosique et sans capacité de discernement, certaines mesures de protection ne peuvent être mises en place qu'une fois le diagnostic posé (par exemple : interdiction de conduire, tutelle, curatelle de soins, etc.).

Comment faire en pratique ?

Le problème pour le médecin généraliste est de différencier :
- une plainte mnésique « banale »,
- de troubles cognitifs « suspects » pouvant évoquer un syndrome démentiel et d'en apprécier la sévérité.

La faisabilité de l'évaluation des fonctions cognitives et l'autonomie repose sur des « outils » simples, sensibles, validés, de passation rapide.

La démarche décisionnelle proposée ci-dessous est largement inspirée de l'article:
« Démarche proposée pour le dépistage des troubles cognitifs / diagnostic précoce des syndromes démentiels au cabinet » **[6]** (figure 1)

La 1ère étape : **Analyse sémiologique de la plainte**

Un interrogatoire minutieux du patient (anamnèse) et/ou de sa famille (hétéro-anamnèse) doit permettre d'analyser les caractères sémiologiques de la plainte mnésique :

- Une plainte spontanée du sujet qui consulte seul et qui l'exprime clairement, n'a pas la même signification que des difficultés rapportées par la famille : abandon d'activités habituelles, oubli de rendez-vous, difficultés à trouver ses mots, rabâchage, changement affectif … ;

- L'histoire de la maladie : ancienneté, début insidieux ou non, évolution des troubles ;

- La recherche d'un retentissement sur les activités quotidiennes: le **test IADL** 4 items) explore les plus sensibles: gestion des finances, gestion des médicaments, utilisation du téléphone et des transports publics. Cela nécessite souvent une validation par son entourage. Le risque de démence augmente proportionnellement au nombre d'activités déficitaires.

La 2ème étape : Les autres informations à rechercher (anamnèse et hétéro-anamnèse)

La recherche de tout ce qui peut être à l'origine de ce trouble cognitif ou de son aggravation:

- Des troubles de l'humeur : A tous les stades de la démence, il peut apparaître une dépression. Il s'agit plus souvent de symptômes dépressifs que d'une dépression majeure au sens du DSM-IV.
  Il existe des tests permettant de dépister la dépression du sujet âgé : le **mini GDS** (4 items) permet une approche rapide mais doit être complété, en cas d'anomalie, par une évaluation plus complète pour confirmer un épisode dépressif caractérisé (EDC). On peut également utiliser **l'échelle de Beck**.
- Une consommation excessive d'alcool,
- Une iatrogénie médicamenteuse. Les principaux médicaments pouvant aggraver des troubles cognitifs sont : benzodiazépines, neuroleptiques, antiparkinsoniens, antidépresseurs (surtout tricycliques) et autres anticholinergiques,
- Chez un patient sous anticoagulant, penser à la possibilité d'un hématome sous-dural

Rechercher des antécédents :

- de comorbidités psychiatriques, EDC ;
- de maladies cérébro-vasculaires ;
- de chutes ;
- d'un syndrome confusionnel (souvent au cours d'une hospitalisation). Un syndrome démentiel est diagnostiqué chez 25-50% des patients âgés ayant présenté un état confusionnel si on les réévalue dans les six à douze mois suivants.

3ème étape : Evaluation des déficits cognitifs

Les tests de dépistage cognitif sont utiles car **si notre jugement clinique est spécifique** (le syndrome démentiel identifié se confirme près de neuf fois sur dix), **il n'est pas assez sensible** (nous identifions moins de la moitié des situations anormales).

Ils ne font pas le diagnostic d'une maladie, mais d'un dysfonctionnement cognitif.

Il n'y a pas d'accord professionnel concernant le choix des autres tests de repérage à effectuer dans le cadre d'une évaluation des fonctions cognitives d'un patient suspect d'une maladie d'Alzheimer.

En ce qui concerne la maladie d'Alzheimer, la HAS recommande de réaliser un **MMSE** (Mini-Mental State Examination) comme test de dépistage en spécifiant bien qu'il ne peut être utilisé seul pour le diagnostic d'une maladie d'Alzheimer, du fait de son manque de sensibilité aux atteintes des fonctions exécutives
http://www.gipsa-lab.fr/projet/SOMBRERO/data/protocols/MMSE-Francais.pdf

Un score inférieur à 24 est clairement pathologique, cependant le niveau socioculturel ainsi que l'état affectif (anxiété et dépression) du patient doivent être pris en considération dans l'interprétation de son résultat (un score de 28 chez un patient à très haut niveau socio-éducatif peut signifier une altération des fonctions cognitives alors qu'un score à 24 chez une personne âgée avec faible niveau culturel peut ne pas être pathologique).

Le MMSE est peu utilisé en médecine générale.

Il existe d'autres tests plus simples compatibles avec une consultation de médecine générale :

Certains auteurs recommandent d'associer le **test de l'horloge** au MMSE pour augmenter ses performances. Le test de l'horloge explore différentes fonctions de la mémoire parmi lesquelles les praxies et l'orientation temporo-spatial. Sa normalité est très peu compatible avec une démence débutante.

- le **CODEX** http://www.esculape.com/geriatrie/CODEX-cotation-du-test.pdf
- **Le test des 5 mots de Dubois ;** http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/docpremannee/0308Abtestdes5motsPM.pdf
- **Le Mini-Cog test :**

C'est le plus simple et le plus performant, facilement réalisable en consultation (temps de passation est < à 5 mn.
Il combine :

- un test de mémoire récente : apprentissage et rappel de 3 mots
- et le test de l'horloge simplifié qui permet d'apprécier les capacités visuo-spatiales, exécutives et praxiques.

Ses performances sont supérieures au MMSE : sensibilité (99%) et spécificité (93%). Elles ne sont pas influencées par le niveau d'éducation contrairement au MMSE.

Les consignes de passation et la cotation :

- Donner oralement au patient, 3 mots sans rapport entre eux et lui demander de les apprendre en les répétant (non coté) ;
- Puis on réalise un test de l'horloge (coté 2 points) : grande fiabilité avec une sensibilité de 88,5 % et une spécificité de 94,9 %
    - Mettre les chiffres des heures sur le cercle (1 point) ;
    - Mettre les aiguilles pour 08h10 (1 point)
- Enfin demander au patient de vous rappeler les 3 mots initiaux (3 points : 1 par mot)

Interprétation :

- < 3 points : probable présence de troubles cognitifs ;
- ≥ 3 points : probable absence de troubles cognitifs

A l'issue de ces 3 étapes, 2 situations :

1/ - Il s'agit d'un patient :

- qui consulte seul, décrit facilement et de façon précise le trouble présenté,

- qui n'a pas de retentissement sur son activité quotidienne (**IADL 4 item** normal),

- ni diminution des performances cognitives (**Mini-Cog** normal).

Il s'agit très probablement d'une plainte « banale ». Le médecin peut rassurer ce patient, lui donner des conseils concernant l'entretien de sa mémoire, lui expliquer que sa situation ne nécessite pas d'investigations supplémentaires et lui proposer un suivi à 6 ou 12 mois.

La très grande majorité des études montre que ces patients ne présentent pas un risque plus élevé d'évoluer vers la démence que les sujets qui ne se plaignent pas de leur mémoire.

La neuro-imagerie (scanner ou IRM) n'apporte aucun élément probant : des anomalies liées au vieillissement pouvant être présentes très précocement, en dehors de tout processus démentiel.

Une consultation spécialisée « pour rassurer » risque au contraire d'inquiéter en elle-même et encore plus si les tests utilisés sont limites, voire faussement positifs comme cela est toujours possible.

2/ - Il s'agit d'un patient :

- ou c'est l'entourage qui signale l'existence ou l'aggravation de troubles et/ou difficultés, non verbalisées ou sous-estimées par le patient et/ou ;

- qui a un retentissement sur son activité quotidienne (**IADL4** anormal) et/ou;

- il existe des troubles cognitifs associés (**MiniCog** anormal)

Dans cette situation, la suspicion d'un syndrome démentiel est élevée et des investigations diagnostiques complémentaires sont recommandées.

4ème étape ; le bilan diagnostique

Examen clinique et neurologique :

- signe neurologique focal,
- syndrome extra pyramidal ou autres mouvements anormaux ;

Des **examens biologiques**, en fonction de chaque situation, afin de rechercher une autre cause aux troubles cognitifs observés et de dépister une comorbidité.

- NFS, fonction rénale (MDRD, CKD-EPI),
- Albuminémie,
- Bilan hépatique,
- ionogramme, calcium total et corrigé ;
- vitamine B12, acide folique ;
- TSH

Un examen de neuro-imagerie :

- TDM cérébral sans injection, pour éliminer :
    - un hématome sous-dural,
    - une tumeur maligne,
    - une hydrocéphalie à pression normale
    - et orienter le diagnostic étiologique (atrophie dégénérative focale, encéphalopathie vasculaire).

- L'IRM plus précise est un examen de 2ème intention après avis spécialisé. Elle permet de visualiser les lésions vasculaires de la substance blanche et d'évaluer le degré d'atrophie de la substance grise, notamment dans la région des hippocampes (maladie d'Alzheimer).

A ce stade, 2 situations :

1/- Il s'agit d'un patient dont :

- L'examen clinique est normal, il n'y a pas de signe suggérant une consommation excessive d'alcool, pas de médicaments à risque, pas de signe neurologique focal ni syndrome extra pyramidal ou autres mouvements anormaux ;

- Le bilan biologique est normal ;

- Le TDM a éliminer une cause secondaire ;

- La relation médecin / patient / entourage est solide et le médecin à l'aise pour poser le diagnostic et l'annoncer à son patient.

Un bilan spécialisé (consultation mémoire avec un examen neuropsychologique) n'est pas systématique, en particulier dans les situations avancées.

2/- Il persiste des doutes ou des difficultés, en particulier :

- En cas de résultats des tests de dépistage cognitif peu probants, avec persistance et/ou fluctuation des troubles cognitifs,

- Si le diagnostic différentiel démence-dépression est incertain,

- En cas de troubles cognitifs chez un patient de moins de 65 ans, de troubles du comportement à un stade précoce ou d'une évolution atypique (progression rapide),

- En présence de certains éléments évocateurs d'une autre étiologie :

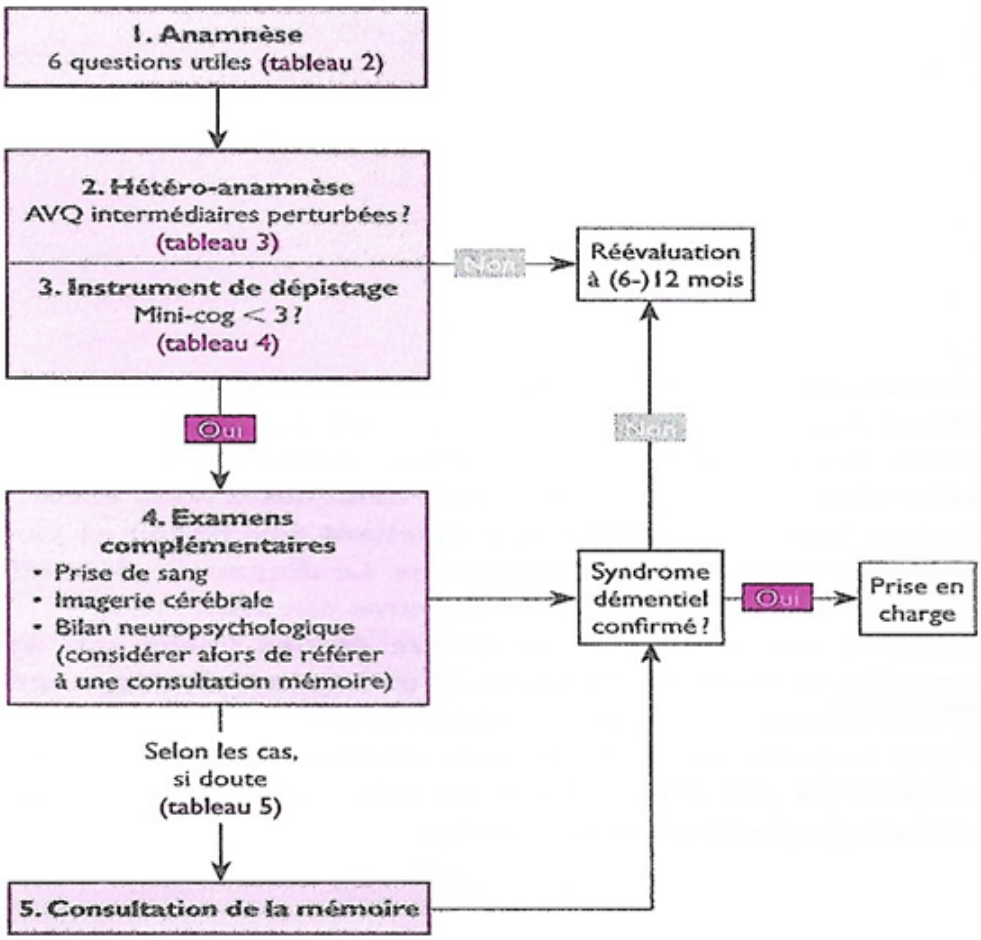
    - syndrome parkinsonien dans la démence à corps de Lewy,
    - symptômes comportementaux perturbateurs précoces dans une démence fronto-temporale,
    - signes neurologiques focaux lors de composante vasculaire.

- En cas de situation relationnelle problématique (conflits conjugaux ou générationnels) ou difficultés à gérer la situation pour l'une ou l'autre des personnes impliquées (patient, proches, médecin),

- En cas de difficulté d'évaluation de l'impact des troubles cognitifs sur les activités quotidiennes (par exemple, conduite automobile)

Dans ce type de situations, une « consultation mémoire » avec examen neuropsychologique, dans un centre spécialise est nécessaire.

Figure 1 : « Démarche proposée pour le dépistage des troubles cognitifs / diagnostic précoce des syndromes démentiels au cabinet » **[6]**



Comment coter cet acte CCAM ?

Le code **ALQP006** (69,12 €) peut être utilisé pour l'évaluation d'un déficit cognitif, mais aucun des tests «CCAM compatibles » n'est adapté à la pratique généraliste.

Il est probable que la validation de ces tests « simples », serait un levier important pour changer les pratiques. Leur performance en termes de sensibilité/spécificité est au moins équivalente aux batteries de tests complexes, inadaptées à la pratique généraliste.

Ce test peut être associé à un test d'évaluation d'une dépression **ALQP003** (69,12 €). L'échelle de Beck « CCAM compatible » est facilement utilisable en consultation.
ALQP006 + ALQP003 / 2 = 103,68 €

Comment tracer cet acte ?
Intégrer au dossier du patient : le(s) test(s) utilisé(s), les résultats, la conclusion