

SYNDROMES DEMENTIELS : IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE

Dr V. LAGRANGE-CRESSOT
Pôle de Gériatrie Clinique
CHU de Bordeaux

DES MPR BORDEAUX

30/04/18

LES DEMENCES : généralités

- Démences ≠ vieillissement normal
- Altération globale, durable des facultés cognitives entraînant une perte d'autonomie : 1ère cause de perte d'autonomie
- Retentissement physique, psychique, social et économique
- Affecte : mémoire, jugement orientation, compréhension, langage, comportement, émotion
- Implications : adaptation des modalités de prise en charge sur tous les plans

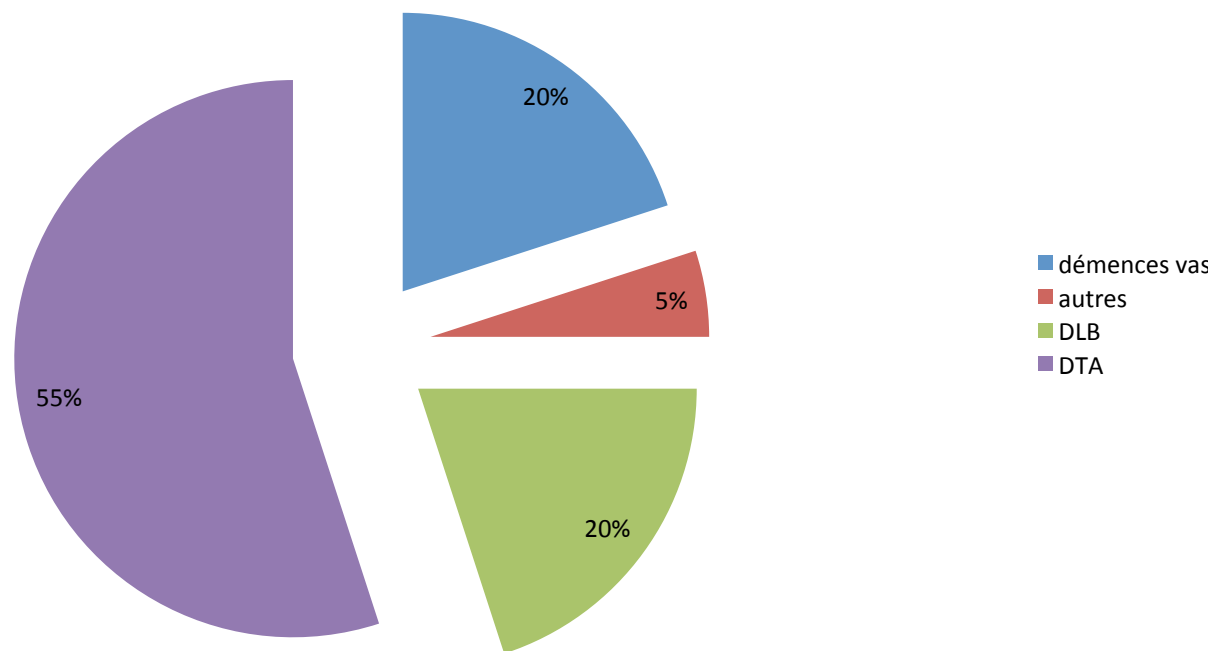
LES DEMENCES : épidémiologie

- Prévalence de la démence (2004) : 870 000 cas en France

Données de la littérature

	Hommes	Femmes	
65 et plus	106 393	328 182	434 575
75 et plus	82 467	285 513	367 980

REPARTITION PAR ETIOLOGIES



Critères DSM V : Trouble neurocognitif majeur

- présence d'un déclin cognitif significatif, à partir d'un niveau antérieur de performance dans un ou plusieurs domaines de la cognition basé sur :
 - la perception par le patient, un informant fiable ou le praticien, d'un déclin cognitif significatif
 - l'existence d'une diminution importante des performances cognitives

Critères DSM V : Trouble neurocognitif majeur

- Le déclin cognitif retentit sur l'autonomie dans les AVQ
- les déficits cognitifs ne surviennent pas uniquement dans le contexte de sd confusionnel
- les déficits cognitifs ne sont pas mieux expliqués par une affection mentale

Critères DSM V : Trouble neurocognitif mineur

- Présence d'un déclin cognitif modéré à partir d'un niveau antérieur de performance dans un ou plusieurs domaines de cognition basé sur :
 - la perception d'un léger déclin cognitif par le patient, un informant fiable ou le praticien
 - l'existence d'une diminution modérée de performances cognitives

Critères DSM V : Trouble neurocognitif mineur

- Le déclin cognitif n'interfère pas avec l'autonomie dans les AVQ
- les déficits cognitifs ne surviennent pas uniquement dans un contexte de sd confusionnel
- les déficits cognitifs ne sont pas mieux expliqués par une affection mentale

Maladie d'Alzheimer : clinique

- Trouble de la mémoire : Pas de parallélisme entre la plainte mnésique et les performances réelles

mode de début le plus fréquent, retentissement précoce, faits les plus récents, perte des repères chronologiques → indiçage inopérant (encodage)

renforce les difficultés d'apprentissage

évaluer la plainte, le retentissement

Maladie d'Alzheimer : clinique

➤ Troubles de l'orientation :
temporelle (année, mois, date, ancienneté
et chronologie des événements),
l'orientation dans l'espace reste préservée
plus longtemps (restriction concentrique)

majore le risque de mise en danger

- **Troubles des fonctions exécutives et attentionnelles**

Sous-tend l'autonomie et la capacités à prendre des décisions

Apprentissage compromis, gestion des doubles tâches difficile, prise de risque accrue...

- **Troubles du langage :**

Présents dans 40% des formes débutantes

Manque du mot, périphrases, troubles de compréhension plus tardifs

Dysorthographe évolutive, lecture préservée plus longtemps

Troubles sémantiques

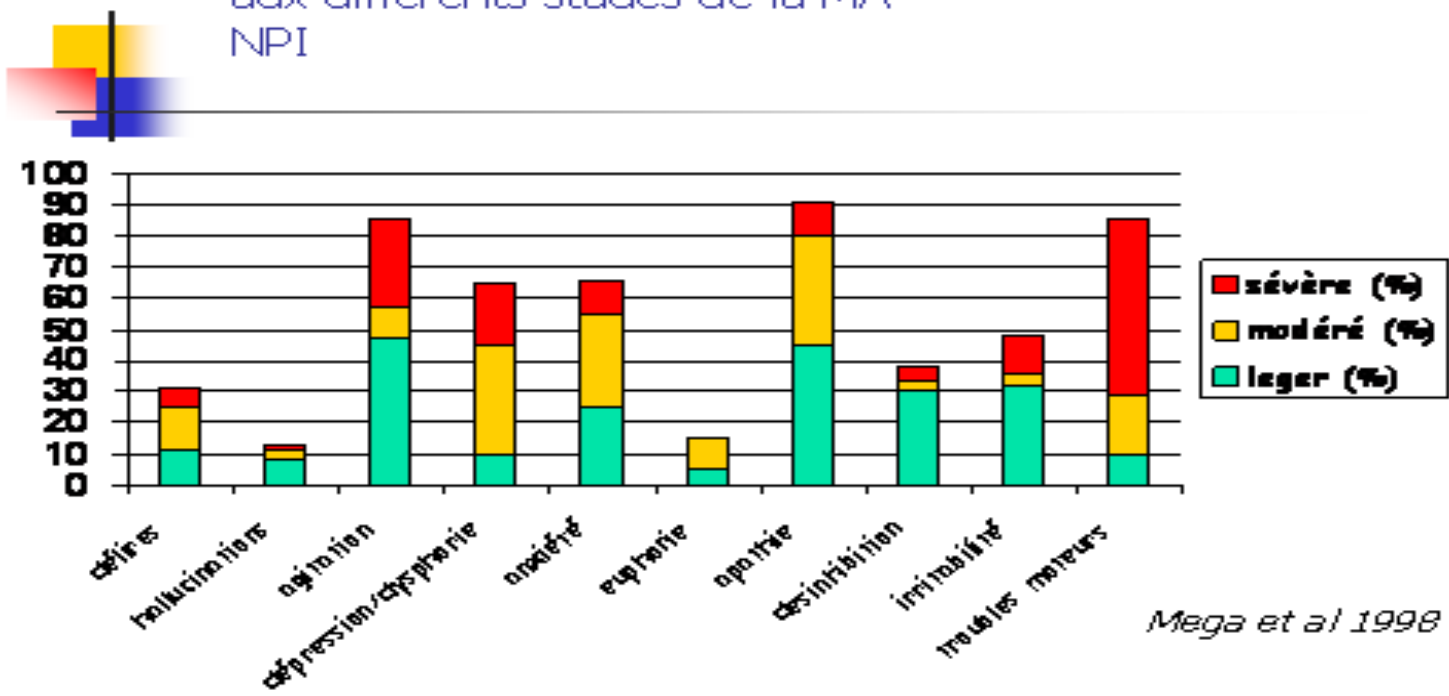
compréhension des consignes, adapter les supports et modalités de communication

- **Troubles gnosiques :**
adhésion aux projets et troubles du comportement

- **Troubles praxiques :**
conditionnent l'autonomie, et la sécurité

TROUBLES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

Prévalence des troubles psychocomportementaux
aux différents stades de la MA
NPI



Mega et al 1998

LES DEMENCES : Evolution

- Dégradation des fonctions cognitives
- Perte des capacités d'apprentissage
- Dégradation des compétences motrices (marche, chutes +++)
- Mémoire procédurale
- Rééducation ? Maintien des compétences ?
Ajustement des objectifs ?

REEDUCATION GERIATRIQUE

- Rencontre du Gériatre et du rééducateur (approches similaires)
- Connaître le vieillissement physiologique
- Tenir compte de la polypathologie, de la fragilité, de la polymédication, de l'environnement socio-familial
- Tenir compte de toutes les déficiences, de leurs intrications

DEMENCE ET REEDUCATION

- Manque d'intérêt ?
- Peur de la frustration ?
- Une littérature pauvre
- Enjeux : QOL, MAD, aide aux aidants, autonomie ...

REEDUCATION ET DEMENCE

- Pathologies surajoutées : AVC, chutes, désadaptation posturale, orthopédie, TC, lésion médullaire...
- Symptômes liés à la démence (troubles de la marche, chutes, stimulation cognitive, orthophonie...)
- Prise en charge globale adaptée aux capacités cognitives du patient à un moment, et à leur évolution

REEDUCATION ET DEMENCE

- Centrée sur la préservation de l'autonomie dans les AVQ
- Actions importantes sur l'environnement physique et social
- Connaître l'état initial du patient, suivre l'évolution
- facteurs limitants : coopération, compréhension, comportement
- S'adapter +++

REEDUCATION ET DEMENCE

- Consignes simples, une par une
- Tenir compte des troubles attentionnels (lieu, bruit...)
- Accompagner, surveiller, corriger, stimuler, encourager, rassurer.....répéter encore
- Se servir de la mémoire procédurale
- Stimuler le « souvenir fonctionnel »
- Restaurer le plaisir
- Mise en situation +++, imitation

CONCLUSION

- Rééducation possible et efficace (Yu, Evans, Sullivan -marx, 2005)
- Diversifiée (cognitive, motrice...)
- Influence de l'environnement sur l'évolution de certains troubles = approche pluridisciplinaire
- Pas d'objectif de guérison mais action sur la perte d'autonomie possible (facilitations et environnement « orthétique ») (Lindsey 1964)