

## 4.5 Caractéristiques et signes cliniques des principales démences (troubles neurocognitifs majeurs)

	ALZHEIMER	VASCULAIRE	CORPS DE LEWY	FRONTO-TEMPORALE variante comportementale
A. PRÉVALENCE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Environ 60 à 70 % des cas diagnostiqués</li> <li>• Davantage les femmes</li> <li>• Entre 40 et 90 ans, souvent 65 ans et +</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Environ 20 %</li> <li>• Davantage les hommes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Environ 5 à 15 %</li> <li>• Davantage les hommes</li> <li>• Vers l'âge de 70 ans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Environ 5 à 7 % (variante comportementale)</li> <li>• Davantage les hommes</li> <li>• Souvent entre 50 et 60 ans</li> </ul>
B. DÉBUT CLINIQUE ET ÉVOLUTION DE LA MALADIE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Début insidieux et évolution progressive</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Début soudain ou insidieux</li> <li>• Évolution progressive par paliers (ou escalier)</li> <li>• Détérioration variable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Début insidieux et rapide</li> <li>• Symptômes parkinsoniens et de démence &lt; 1 an</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Début insidieux et évolution progressive</li> <li>• Atteintes comportementales beaucoup plus importantes que les atteintes cognitives</li> </ul>
C. FONCTIONS ATTEINTES	<p><b>Impact fonctionnel par rapport au niveau antérieur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mémoire épisodique et déclin dans un autre domaine cognitif : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Langage</li> <li>- Fonctions exécutives</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Impact fonctionnel par rapport au niveau antérieur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Variable selon la zone atteinte par un infarctus cérébral</li> <li>• Les troubles des fonctions exécutives et de l'attention semblent dominer</li> </ul>	<p><b>Impact fonctionnel par rapport au niveau antérieur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fonctions exécutives et attention</li> <li>• Fonctions visuoconstructives +++</li> <li>• Mémoire peu altérée au début de la maladie et « indicible », puis déclin par la suite</li> </ul>	<p><b>Impact fonctionnel par rapport au niveau antérieur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Problèmes surtout exécutifs, diminution de : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Attention/concentration</li> <li>- Jugement</li> <li>- Flexibilité mentale</li> </ul> </li> </ul>
D. SYMPTÔMES TYPIQUES INITIAUX	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte graduelle et importante de la mémoire récente du quotidien (ex. : ce qu'ils ont fait la veille ou la semaine dernière)</li> <li>• Désorientation spatio-temporelle</li> <li>• Trouble du langage (anomie ou manque du mot)</li> <li>• Difficulté à exécuter des tâches complexes</li> <li>• Apathie</li> <li>• Retrait social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problèmes exécutifs : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Attention</li> <li>- Organisation</li> <li>- Jugement</li> <li>- Flexibilité mentale</li> </ul> </li> <li>• Difficulté pour la récupération de l'information</li> <li>• Modification de la personnalité et de l'humeur</li> <li>• Anomalie de la démarche inexpliquée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fluctuation importante</b> des fonctions cognitives (surtout de l'attention) se manifestant sur quelques heures ou quelques jours</li> <li>• Hallucinations visuelles détaillées et récurrentes</li> <li>• Idées délirantes</li> <li>• Sommeil agité avec rêves +++</li> <li>• Étourdissements, chutes, syncopes</li> <li>• Parkinsonisme</li> </ul>	<p><b>Troubles de comportement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte précoce du sens des convenances sociales</li> <li>• Modification de la personnalité et désinhibition</li> <li>• Rigidité mentale et inflexibilité</li> <li>• Distractivité et impulsivité</li> <li>• Manque d'autocritique</li> <li>• Apathie ou inertie</li> <li>• Comportement persévérant, ritualisé et compulsif</li> <li>• Perte d'empathie ou de sympathie</li> <li>• Hyperoralité et modification du régime alimentaire</li> <li>• Négligence précoce de l'hygiène</li> </ul>
<p>Tiré de : Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (2015). Boîte à outils: Évaluation, Diagnostic &amp; Prise en charge des troubles cognitifs en première ligne. Sherbrooke: Centre d'expertise en santé de Sherbrooke.</p> <p>La reproduction et l'utilisation, en tout ou en partie, de ce document est autorisée pourvu que la source soit mentionnée. Toute reproduction et utilisation à des fins lucratives sont interdites. Toute modification ou adaptation du document doit faire l'objet d'une entente avec le CIUSSS de l'Estrie - CHUS.</p>				

#### 4.5 Caractéristiques et signes cliniques des principales démences (troubles neurocognitifs majeurs) (suite)

	AIZHEIMER	VASCULAIRE	CORPS DE LEWY	FRONTO-TEMPORALE variante comportementale
<p>E. <i>MMSE</i> – ATTEINTES INITIALES CLASSIQUES</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientation temporelle ↓</li> <li>Rétention des 3 mots ↓ et non amélioré avec indices</li> <li>Pentagones ok</li> </ul>	<p>Peu d'atteintes de la mémoire et de l'orientation</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mémoire →ok et « indicable »</li> <li>Atteinte de l'attention</li> <li>Difficulté avec le mot monde</li> <li>Atteinte importante des fonctions visuoconstructives (pentagones)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Souvent dans les limites de la normale ou encore <i>MMSE</i> &gt; 24</li> <li>Préservation relative de la mémoire, de l'orientation et des praxies</li> </ul>
<p>F. <i>MoCA</i> : ATTEINTES INITIALES CLASSIQUES</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des fonctions visuospatiales et exécutives pour les pentagones et le cube <ul style="list-style-type: none"> <li>Difficulté d'organisation et initiation de la tâche <ul style="list-style-type: none"> <li>Hésitation</li> <li>Persévération</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>Compréhension plus difficile de la consigne</li> <li>Rétention des 5 mots ↓+++</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alternance conceptuelle et cube : <ul style="list-style-type: none"> <li>Désorganisation, persévération</li> </ul> </li> <li>Diminution de la fluidité du langage : <ul style="list-style-type: none"> <li>Lettre F</li> </ul> </li> <li>Mémoire améliorée avec indices <ul style="list-style-type: none"> <li>Pour le rappel des 5 mots</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Très détérioré P/R au <i>MMSE</i></li> <li>Déficits particulièrement proéminents dans les questions évaluant surtout les fonctions exécutives et visuospatiales :</li> <li>Alternance conceptuelle et cube très désorganisés</li> <li>Lettre A et soustraction : laborieux et présence de fatigue mentale</li> <li>Rappel « indicable »</li> </ul>	<p>Peu d'atteintes, mais impulsivité</p>
<p>G. HORLOGE</p>	<p>Progression typique :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Hésitation, mais résultat ok</li> <li>Aiguilles incorrectes (11 h 10)</li> <li>Espace augmenté entre 5-6, 11-12</li> <li>Chiffres entassés à droite</li> </ol> <p><b>(Amélioration à la pratique)</b></p>	<p>Désorganisation, persévération</p> <p><b>(Aucune amélioration à la pratique)</b></p>	<p>Horloge très désorganisée</p>	<p>Peu d'atteintes, mais impulsivité</p>
<p>H. AUTRE</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exclure une situation de <i>delirium</i></li> <li>Exclure toute autre pathologie neurologique</li> <li>Non explicable par une atteinte psychiatrique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Présence d'un tableau vasculaire</li> <li>Tableau moins homogène, varie selon les zones affectées</li> <li>CT-SCAN : présence de leucoaraiose</li> </ul>	<p>Sensibilité sévère aux neuroleptiques</p>	

*Adapté du tableau de Dr Éric Tar dif (2013). Boîte à outils CIUSSS de l'Estrie — CHUS par Claire Léourneau, infirmière clinicienne (2015) clinique de mémoire, CIUSSS de l'Estrie — CHUS (2015)/ Révisé par Dre Hélène Imbeault, Phd en neuropsychologie, Clinique de mémoire, CIUSSS de l'Estrie — CHUS.*

#### SOURCES :

- Bocfi, C. (2014). Démarche diagnostique – démence à corps de Lewy et démence fronto-temporale. Formation RUIS dans le cadre du projet d'implantation ciblée GMF – Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.
- Bouque, M. (2013). Les principales démences : comprendre pour mieux dépister, évaluer et intervenir. Cahier de formation à l'intention des infirmières. Programme de formation continue. OIQ.
- Lacombe, G. (2014). Démarche diagnostique Alzheimer. MCI et démence vasculaire. Formation RUIS dans le cadre du projet d'implantation ciblée GMF – Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.
- Voyer, P. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. 2<sup>e</sup> édition. St-Laurent, Québec. Édition du Renouveau pédagogique.