

**DEPISTAGE PRECOCE  
ET REHABILITATION  
PSYCHOSOCIALE  
DE LA DEMENCE  
DE TYPE ALZHEIMER**

# INTRODUCTION

## LA MALADIE D'ALZHEIMER : problème majeur de santé publique

### 1- Vieillesse démographique :

Sur le plan mondial : 500 millions de personnes âgées de plus de 65 ans en 2006.

1 milliard de personnes âgées en 2030 soit 13 % de la population mondiale.

En France : 12,5 millions de personnes âgées de 60 ans avec une estimation de 22,4 millions soit 35 % de la population en 2050.

A la Réunion : 6 % -- 10 % -- 16 % en 2020.

A l'île Maurice : 10 % de personnes âgées de plus de 60 ans en 2008 -- 11,4 % en 2011 -- 20 % en 2037 et 30% en 2050.

## **2- Retentissement sur l'autonomie des personnes âgées**

- Déclin cognitifs – mémoire, orientation, jugement
- Perte des capacités adaptatives – polypathologie
- Difficultés dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne
- Perte de l'autonomie

### 3- Impact psychosocial sur l'entourage immédiat

- Fort pourcentage de décompensation chez les aidants
- Réaction conflictuelle – agressivité – culpabilité
- Difficulté financière de la prise en charge
- L'isolement social :
  - En France : 25 % de la population de plus de 60 ans
  - A la Réunion : 17,1 % des personnes âgées
  - 70 % des personnes âgées isolées sont des femmes.

# NECESSITE UNE REORGANISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SOINS : URGENCE

***DONNES EPIDEMIOLOGIQUES*** : Maladie d'Alzheimer

- 24 millions de MA dans le monde
- 80 millions en 2040
- En France : 850000 cas, 1,2 millions en 2020.

## **COÛT ELEVE DE PRISE EN CHARGE**

- Coût mensuel de prise en charge s'élève à 1750 € en France au début de la maladie.
- 4000 € dans les phases avancées.

## **LA PREVALENCE AUGMENTE AVEC L'AGE**

- Incidence de 5 % à partir de 65 -70 ans
- 15 % à 80 ans
- 40 % au delà de 90 ans

# RAPPEL HISTORIQUE

- **1907** : Aloïs ALZHEIMER – psychiatre et anapathologiste allemand publie l'étude anatomo-clinique d'une malade âgée de 51 ans.
- **1910** : KRAEPLIN – Maladie Alzheimer - la démence présénile dégénérative
- **1976** : l'école nord américaine – démence de type Alzheimer

# FACTEURS DE RISQUE

## Facteurs de risque confirmés

- L'âge : 40 % à partir de 90 ans
- Antécédents familiaux de démence de type Alzheimer
- Trisomie 21 – présence de plaque sénile
- Facteurs génétiques – Apolipoprotéine E
- Diabète, Pathologie vasculaire, HTA

## Autres facteurs possibles

- Sexe féminin : 106000 hommes pour 328000 femmes
- Bas niveau d'éducation
- Traumatisme crânien

# LA CLINIQUE

## Démence dégénérative primitive

### Trois stades d'évolution progressive

- La phase du début (2 à 4 ans)
- Le syndrome démentiel
- Le stade terminal

# 1) Phase du début (2 à 4 ans)

- **Troubles mnésiques discrets**

  - Les faits récents – difficultés d'apprentissage

  - Les réactions du patient

- **Troubles visio-spatiaux**

- **Troubles du langage**

- **Manifestations psychotiques**

## **2) Phase d'état : le syndrome démentiel**

- Troubles de la mémoire importants**
- Syndrome aphaso-apraxy-agnosique**
- Désorientation temporo-spatiale**
- Trouble du comportement**
- trouble psychiatrique et neurologique**

### **3) Phase terminale – forme sévère**

- **Trouble des fonctions supérieures**
- **Incontinent – grabataire**
- **Dénutrition – cachectique**
- **Complications somatiques**

# EXAMEN COMPLEMENTAIRE

- **Examen Neuro psychologique**
  - MMS Iadl,
  - Test de l'horloge
  - Fluence verbale
  - Test des 5 mots - apprentissage

- **Bilan biologique**
- **Imagerie Cérébrale**
  - Scanner
  - IRM
  - Atrophie hippocampique
- **Les marqueurs biologiques dans le LCR**
  - Amyloïde B 42
  - Protéine Tau
  - Phase préclinique : la présence de substance amyloïde est une des premières manifestations. Elle précède la M.A. de 15 ans avant l'apparition des symptômes. Intérêt d'un diagnostic précoce.

**TRAITEMENT :  
MEDICAMENTEUX  
ET NON  
PHARMACOLOGIQUE**

# I - LE TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

## A- Traitement symptomatique

Dépression

Délire et hallucination

Trouble du sommeil

Agitation et agressivité

Pathologie intercurrente

## B- Traitement sur la fonction cognitive : mémoire

Les anticholinesthérasiques

Le système glutamatergique

Les antioxydants

## Les perspectives thérapeutiques en matière de recherche :

**Le rôle des anti-inflammatoires** réduisant l'amyloïde bêta protéine

- SFN 1176

- AZP 2006, une nouvelle molécule qui réduit l'A bêta 42

- RES 19 réduit la protéine Tau phosphorylée

# Le Vaccin

Principe : injection intra péritonéale d'anticorps dirigés contre la protéine amyloïde chez la souris

Résultat :

absence de développement de plaques chez des jeunes  
régression de 50 % du nombre de plaques chez les vieilles

Chez l'homme : 6 % de méningo encéphalite – interruption du vaccin

- Nouveau Vaccin (anti amyloïde béta immunotherapy)

Évite les réponses des lymphocytes T (T cell independant)

Le vaccin ACI 24 diminue les plaques, la substance amyloïde béta et améliore les tests cognitifs - Avenir prometteur – essai clinique phase 1

- Vaccin anti Tau – ACI 33 en cours d'expérimentation

- Antagoniste du récepteur RAGE

Le récepteur RAGE intervient dans la translocation de l'amyloïde béta de l'extra vers l'intra cellulaire – neurotoxicité

L'antagoniste réduit les plaques amyloïdes et les troubles cognitifs.

- Inducteur de neurotrophique facteur

**Cogane** – une petite molécule PYM 50028

- Augmente les récepteurs muscariniques
- Rôle neuroprotecteur chez le rat
- Réduit la substance amyloïde bêta
- Augmente les névrites
- Améliore l'apprentissage
- Bien toléré

**Tarenflurbil** – Gamma secrétase modulateur

2 réponses négatives en phase 3

- groupe à forme légère – efficacité limitée.
- groupe à forme modérée – détérioré

Différence de réponse entre l'animal et l'homme.

# Les échecs thérapeutiques :

- traitement instauré trop tardivement
- médicaments non efficaces
- on a pas tenu compte des sous-groupes de la M.A

# TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE

## 1 LE MALADE

- La stimulation cognitive
- La psychothérapie
- Thérapie par le corps
- Les ateliers d'expression et de création

## **2 LA FAMILLE**

- Révolte ou surprotection
- Régression, rationalisation
- Épuisement

## **3 LES SOIGNANTS**

- Réactivation des émotions de l'enfance
- Attitude de rejet ou maltraitance
- Nécessité d'une équipe bien formée

## **4 PRISE EN CHARGE SOCIALE ET JURIDIQUE**

# CONCLUSION

Dr Gérard MOUTOU  
Médecin Chef de Pôle  
EPSM Ile de la Réunion  
2013