

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

	ALZHEIMER	VASCULAIRE	CORPS DE LEWY	FRONTO-TEMPORALE variante comportementale
A. PRÉVALENCE	• Environ 60 à 70 % des cas diagnostiqués • Davantage les femmes • Entre 40 et 90 ans, souvent 65 ans et +	• Environ 20 % • Davantage les hommes	• Environ 5 à 15 % • Davantage les hommes • Vers l'âge de 70 ans	• Environ 5 à 7 % (variante comportementale) • Davantage les hommes • Souvent entre 50 et 60 ans
B. DÉBUT CLINIQUE ET ÉVOLUTION DE LA MALADIE	Début insidieux et évolution progressive	• Début soudain ou insidieux • Évolution progressive par paliers (ou escalier) • Détérioration variable	• Début insidieux et rapide • Symptômes parkinsoniens et de démence < 1 an	• Début insidieux et évolution progressive • Atteintes comportementales beaucoup plus importantes que les atteintes cognitives
C. FONCTIONS ATTEINTES	Impact fonctionnel par rapport au niveau antérieur • Mémoire épisodique et déclin dans un autre domaine cognitif : - Langage - Fonctions exécutives	Impact fonctionnel par rapport au niveau antérieur • Variable selon la zone atteinte par un infarctus cérébral • Les troubles des fonctions exécutives et de l'attention semblent dominer	Impact fonctionnel par rapport au niveau antérieur • Fonctions exécutives et attention • Fonctions visuoconstructives +++ • Mémoire peu altérée au début de la maladie et « indicible », puis déclin par la suite	Impact fonctionnel par rapport au niveau antérieur • Problèmes surtout exécutifs, diminution de : - Attention/concentration - Jugement - Flexibilité mentale
D. SYMPTÔMES TYPIQUES INITIAUX	• Perte graduelle et importante de la mémoire récente du quotidien (ex. : ce qu'ils ont fait la veille ou la semaine dernière) • Désorientation spatio-temporelle • Trouble du langage (anomie ou manque du mot) • Difficulté à exécuter des tâches complexes • Apathie • Retrait social	• Problèmes exécutifs : - Attention - Organisation - Jugement - Flexibilité mentale • Difficulté pour la récupération de l'information • Modification de la personnalité et de l'humeur • Anomalie de la démarche inexpliquée	Fluctuation importante des fonctions cognitives (surtout de l'attention) se manifestant sur quelques heures ou quelques jours • Hallucinations visuelles détaillées et récurrentes • Idées délirantes • Sommeil agité avec rêves +++ • Étourdissements, chutes, syncopes • Parkinsonisme	Troubles de comportement : • Perte précoce du sens des convenances sociales • Modification de la personnalité et désinhibition • Rigidité mentale et inflexibilité • Distractivité et impulsivité • Manque d'autocritique • Apathie ou inertie • Comportement persévératif, ritualisé et compulsif • Perte d'empathie ou de sympathie • Hyperoralité et modification du régime alimentaire • Négligence précoce de l'hygiène

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 & Prise en charge des troubles cognitifs en première ligne. Sherbrooke: Centre d'expertise en santé de Sherbrooke.

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.

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

	ALZHEIMER	VASCULAIRE	CORPS DE LEWY	FRONTO-TEMPORALE variante comportementale
E. <i>MMSE</i> – ATTEINTES INITIALES CLASSIQUES	- Orientation temporelle ↓ - Rétention des 3 mots ↓ et non amélioré avec indices - Pentagones ok	Peu d'atteintes de la mémoire et de l'orientation	- Mémoire → ok et « indicable » - Atteinte de l'attention - Difficulté avec le mot monde - Atteinte importante des fonctions visuoconstructives (pentagones)	- Souvent dans les limites de la normale ou encore <i>MMSE</i> > 24 - Préservation relative de la mémoire, de l'orientation et des praxies
F. <i>MoCA</i> : ATTEINTES INITIALES CLASSIQUES	- Des fonctions visuospatiales et exécutives pour les pentagones et le cube - Difficulté d'organisation et initiation de la tâche - Hésitation - Persévération - Compréhension plus difficile de la consigne - Rétention des 5 mots ↓+++	- Alternance conceptuelle et cube : - Désorganisation, persévération - Diminution de la fluidité du langage : - Lettre F - Mémoire améliorée avec indices - Pour le rappel des 5 mots	- Très détérioré P/R au <i>MMSE</i> - Déficits particulièrement proéminents dans les questions évaluant surtout les fonctions exécutives et visuospatiales : - Alternance conceptuelle et cube très désorganisés - Lettre A et soustraction : laborieux et présence de fatigue mentale - Rappel « indicable »	Peu d'atteintes, mais impulsivité
G. HORLOGE	Progression typique : - Hésitation, mais résultat ok - Aiguilles incorrectes (11 h 10) - Espace augmenté entre 5-6, 11-12 - Chiffres entassés à droite (Amélioration à la pratique)	Désorganisation, persévération (Aucune amélioration à la pratique)	Horloge très désorganisée	Peu d'atteintes, mais impulsivité
H. AUTRE	- Exclure une situation de <i>delirium</i> - Exclure toute autre pathologie neurologique - Non explicable par une atteinte psychiatrique	- Présence d'un tableau vasculaire - Tableau moins homogène, varie selon les zones affectées - CT-SCAN : présence de leucoaraïose	Sensibilité sévère aux neuroleptiques	

Adapté du tableau de Dr Éric Tar dif (2013). Boîte à outils CIUSSS de l'Estrie — CHUS par Claire Létourneau, infirmière clinicienne (2015) clinique de mémoire, CIUSSS de l'Estrie — CHUS.
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^e édition. St-Laurent, Québec. Édition du Renouveau pédagogique.