

Troubles cognitifs légers : une zone grise à risque de surmédicalisation

Laurent Letrilliart & Denis Pouchain

Un diagnostic “tardif” des démences

- **Prévalence des démences diagnostiquées** (*Dartigues, Rev Prat, 2011*)
 - 420 000 patients traités par médicaments somptomatiques de la maladie d'Alzheimer et/ou en ALD 15
 - Sous-diagnostic surtout chez les personnes âgées
- **Démarche diagnostique** (*Helmer, DGCD, 2008*)
 - 65% des personnes ayant une démence demandent avis à leur généraliste
 - 31% sont alors adressées à un neurologue ou gériatre
- **Délai moyen entre symptômes et diagnostic** (*Bond, IJCP, 2005*)
 - 24 mois en France
 - 10 mois en Allemagne, 32 en Grande-Bretagne

Recommandations de la HAS (2012)

- Diagnostic précoce de la MA et des maladies apparentées, si
 - troubles cognitifs (plainte du patient ou de l'entourage)
 - symptôme potentiellement associé à un déclin cognitif (chute, syndrome confusionnel, AVC)
- Evaluation initiale par le médecin généraliste (MMSE, IALD simplifiée)
 - Si évaluation clinique normale : réévaluation à 6 ou 12 mois
 - Si suspicion de déclin cognitif : avis spécialisé pour diagnostic étiologique

La question du diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer

- x ans	anomalies des marqueurs biologiques et d'imagerie		Précilisque
- 9 ans	Diminution globale des performances cognitives		
- 7 ans	Symptômes psychologiques Plaintes cognitives	(<i>dépression</i>) (<i>MMSE</i>)	TCL
- 5 ans	Limitations fonctionnelles (budget +)	(<i>IADL simplifié</i>)	
	DEMENCE d'Alzheimer		Démence

(Amieva, Ann Neurol, 2008)

TCL : clinique

- Définition (*Albert, Alzheimer Dement, 2011*)
 - Impression de déclin clinique (patient, entourage, médecin)
 - Élément objectif de déficit cognitif, notamment mnésique
 - Préservation des capacités fonctionnelles
 - Absence de démence
- Evolution imprévisible
 - Réversibilité, stabilité, démence (surtout MA)
- 2 formes
 - Amnésique
 - Non amnésique (à domaine multiple ou unique)

TCL : épidémiologie *(Ritchie, Dialogues Clin Neurosci, 2004)*

- Prévalence variable
 - 5 à 29 % en population générale âgée
- Incidence variable
 - 8 à 58 / 1000 personnes âgées par an
- Probabilité de transition vers la MA
 - Environ 15 % par an (vs 1-2% par an hors MCI)
- Facteurs de risque
 - Âge, faible niveau d'éducation, origine africaine, APOE-4
 - Risque cardiovasculaire, dépression

Limites des recommandations de la HAS

- **Lacunes**

- Pas de procédure explicite de diagnostic des troubles cognitifs
 - Combinaison de tests ?
 - Seuils ?
- Critères d'adressage pour bilan spécialisé

- **Risque**

- Nombreux patients atteints de TCL dans la filière spécialisée

Diagnostic des TCL

- **Avantages**

- Élimination des diagnostics différentiels curables
- Recherche (histoire naturelle, prévention des démences)

- **Inconvénients**

- Pas de traitement disponible
- Qualité du diagnostic (faux positifs) [*Hauw, Rev Prat, 2001*]
- Risque suicidaire [*Ferris, ADAD, 1999*]