

## SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

# Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer

Septembre 2009

Le diagnostic et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer nécessitent des compétences pluridisciplinaires, faisant intervenir de nombreux professionnels du domaine sanitaire et social. Le médecin généraliste traitant est le pivot de l'organisation des soins centrés sur le patient. Il collabore, pour le diagnostic et le suivi, avec un neurologue, un gériatre ou un psychiatre. Il peut être aidé à des moments divers de l'évolution par d'autres professionnels, y compris pour la coordination des soins.

Diagnostic de la maladie d'Alzheimer (MA)		
Critères diagnostiques		DSM-IV-TR ou NINCDS-ADRDA
Évaluation initiale	Entretien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avec le patient et, si possible après son accord, avec un accompagnant identifié</li> <li>• Informations à réunir :               <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ antécédents, traitements antérieurs et actuels, niveau d'éducation, activité professionnelle</li> <li>▶ histoire de la maladie</li> <li>▶ symptômes évoquant une détérioration intellectuelle pour chacune des fonctions cognitives</li> <li>▶ changement de comportement</li> <li>▶ retentissement des troubles sur les activités quotidiennes</li> </ul> </li> </ul>
	Évaluation cognitive globale	<b>Mini Mental Status Examination (MMSE), version GRECO</b> , en prenant en compte l'âge, le niveau socio-culturel, l'activité professionnelle et sociale, l'état affectif et le niveau de vigilance du patient
	Évaluation fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Échelle <i>Instrumental Activities of Daily Living</i> (IADL) pour les activités instrumentales de la vie quotidienne (ou sa forme simplifiée)</li> <li>• Échelle <i>Activities of Daily Living</i> (ADL) pour les activités basiques de la vie quotidienne</li> </ul>
	Évaluation Thymique et comportementale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rechercher une dépression (critères DSM-IV-TR) et des troubles affectifs, comportementaux ou d'expression psychiatrique</li> <li>• Structuration éventuelle de l'entretien par le <i>Neuropsychiatric Inventory</i> (NPI) ou l'échelle de dysfonctionnement frontal (EDF).</li> </ul>
	Examen clinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• État général (<b>poids</b>) et cardio-vasculaire</li> <li>• Degré de vigilance</li> <li>• Déficits sensoriels (visuel ou auditif) et moteurs</li> <li>• Comorbidités</li> </ul>
Conduite à tenir après l'évaluation initiale		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tests normaux : évaluation cognitive comparative 6 à 12 mois plus tard</li> <li>• Doute sur l'intégrité des fonctions cognitives : examen neurologique, neuropsychologique et psychiatrique</li> <li>• Déclin cognitif avéré : prise en charge conjointe médecin généraliste et spécialiste</li> </ul>
Examens para-cliniques	Examens biologiques	Thyréostimuline hypophysaire (TSH), hémogramme, ionogramme sanguin, calcémie, glycémie, albuminémie, fonction rénale (créatinine et sa clairance calculée selon la formule de Cockcroft et Gault)
	Imagerie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IRM avec des temps T1, T2, T2* (T2 étoile) et FLAIR et des coupes coronales permettant de visualiser l'hippocampe</li> <li>• À défaut, tomodesitométrie cérébrale sans injection de produit de contraste</li> </ul>

## Diagnostic précoce et annonce du diagnostic

Le diagnostic précoce n'est recommandé que s'il est accompagné d'un engagement de prise en charge. Le diagnostic ne se conçoit que dans le cadre d'un plan de soins et d'aides, qui sera suivi et réévalué régulièrement.

Il est recommandé d'annoncer le diagnostic au patient. Le médecin spécialiste qui a établi le diagnostic est responsable de son annonce. Avec l'accord du patient, le diagnostic est communiqué à sa famille ou à la personne de son choix.

## Traitements médicamenteux spécifiques

<b>Instauration d'un traitement spécifique</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Quels que soient l'âge et le stade de la maladie au moment du diagnostic (hormis au stade très sévère : MMSE &lt; 2), un traitement spécifique doit être envisagé en prenant en compte le rapport bénéfice-risque pour le patient</li><li>• Prescriptions possibles :<ul style="list-style-type: none"><li>▶ stade léger (MMSE &gt; 20) : inhibiteur de la cholinestérase (donépézil, galantamine ou rivastigmine)</li><li>▶ stade modéré (10 &lt; MMSE &lt; 20) : inhibiteur de la cholinestérase ou antiglutamate (mémantine)</li><li>▶ stade sévère (MMSE &lt; 10) : antiglutamate (mémantine)</li></ul></li><li>• Pas d'argument actuellement pour recommander une bithérapie</li><li>• Électrocardiogramme avant prescription d'un inhibiteur de la cholinestérase chez les patients ayant des antécédents cardiaques, bradycardes ou avec traitement bradycardisant</li></ul>
<b>Déclin cognitif rapide</b>	Déclin cognitif rapide (perte de 3 points et plus de MMSE par an) ou modification comportementale récente : chercher une comorbidité, une cause de douleur, une cause iatrogène, une modification ou une inadaptation de l'environnement (notamment épuisement de l'aidant), un syndrome dépressif.

## Interventions non médicamenteuses

Plusieurs interventions non médicamenteuses sont envisageables, tant en ambulatoire qu'en institution. Cependant, aucune de ces interventions n'a apporté la preuve de son efficacité. Lorsqu'elles sont prescrites, elles doivent être réalisées par un personnel formé et s'inscrire dans le cadre d'un projet de soins.

## Suivi piloté par le médecin traitant

<b>Suivi par un spécialiste</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Délai : 6 mois après l'annonce du diagnostic ou à la fin de la titration du traitement spécifique, puis au minimum tous les ans.</li><li>• Objectifs : réévaluer et éventuellement ajuster le diagnostic, l'efficacité et la tolérance du traitement médicamenteux, la prise en charge globale.</li></ul>
<b>Suivi standardisé tous les 6 mois</b>	<b>Suivi standardisé</b> tous les 6 mois, piloté ou effectué par le médecin traitant, faisant appel à des compétences pluridisciplinaires, en présence d'un proche. Il comprend une évaluation : <ul style="list-style-type: none"><li>▶ médicale du patient (notamment cognitive [MMSE], comportementale et fonctionnelle)</li><li>▶ médicale de l'aidant et des proches</li><li>▶ sociale (besoins de protection juridique et aides nécessaires)</li></ul>
<b>Suivi rapproché tous les 3 mois</b>	<b>Suivi rapproché</b> par le médecin traitant au minimum tous les 3 mois (poids, état nutritionnel, comorbidités, tolérance et observance des divers traitements, etc.)
<b>Indication des hospitalisations</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Critères d'hospitalisation <b>en urgence</b> :<ul style="list-style-type: none"><li>▶ pathologies intercurrentes aiguës graves (pronostic vital ou fonctionnel)</li><li>▶ dangerosité du patient pour lui-même ou son entourage</li></ul></li><li>• Critères d'hospitalisation <b>programmée</b> :<ul style="list-style-type: none"><li>▶ examens complémentaires nécessaires non réalisables en ambulatoire</li><li>▶ environnement jugé temporairement non favorable</li><li>▶ problème médical intercurrent, susceptible d'entraîner des troubles comportementaux ou une confusion, et nécessitant une démarche diagnostique</li></ul></li></ul>