

# Mon patient est dément... Ciel! que dire? que faire?

# 4

*Maurice Thibault et Yardley Laurore*

**Le plus grand facteur de risque de la démence d'Alzheimer est l'âge et surtout le grand âge. En 1901, l'espérance de vie atteignait à peine 50 ans. Par conséquent, cette maladie était sans doute plus rare que de nos jours où l'espérance de vie dépasse 80 ans. On comprend tout le mérite d'Aloysius Alzheimer d'avoir découvert à son époque une nouvelle maladie chez sa patiente Auguste Deter âgée de 51 ans! Étant donné l'incidence accrue de cette maladie aujourd'hui, sauriez-vous, à votre tour, la dépister chez vos patients?**

### **Des critères révisés!**

Après 27 ans de loyaux services, les critères diagnostiques de la démence ont été révisés. Un groupe de travail a tracé les nouvelles lignes de conduite publiées dans *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*<sup>1,2</sup>. Les critères révisés sont suffisamment flexibles pour être utilisés par des généralistes qui n'ont pas accès aux examens neuropsychologiques spécialisés, aux examens d'imagerie sophistiqués, aux mesures du liquide céphalorachidien ni à des chercheurs qui possèdent tous ces outils. Le groupe présente des critères pour toutes les démences, dont celle d'Alzheimer. Il retient les termes de démence d'Alzheimer probable et possible. Les biomarqueurs demeurent l'apanage des chercheurs.

Quelles sont les nouvelles lignes de conduite (*tableaux I et II*)<sup>2</sup>? L'atteinte mnésique n'est plus un élément essentiel du diagnostic, même si elle demeure l'atteinte primaire la plus habituelle. De même que le cancer *in situ* peut conduire au cancer métastatique, la maladie d'Alzheimer se prépare des années avant

de se déclarer. Dans la cascade des anomalies du peptide  $\beta$ -amyloïde<sup>3</sup>, il y aurait une phase préclinique asymptomatique suivie d'une phase clinique où fleurissent les symptômes. On peut presque reconnaître l'atteinte cognitive légère<sup>4</sup> comme un possible passage entre l'individu normal et celui à risque de devenir dément. L'intérêt de reconnaître le processus pathologique avant ses manifestations cliniques est de tenter de le combattre avant qu'il n'ait commis ses méfaits sur les neurones.

### **Que dire au patient après le diagnostic de démence?**

#### *Informer le patient et son aidant des différents aspects de la maladie*

Après une anamnèse du patient en présence de son répondant et un examen complet, notamment des fonctions mentales supérieures grâce aux observations et à l'utilisation d'un test de dépistage (test de Folstein, MoCA<sup>4</sup>, test de l'horloge), vous aurez déjà une impression diagnostique de démence probable et possible. Les examens de laboratoire et de radiologie ne vous aideront qu'à éliminer d'autres maladies, dont certaines sont réversibles. Que dire alors au patient?

*Le D<sup>r</sup> Maurice Thibault, omnipraticien, exerce à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, à Montréal. La D<sup>re</sup> Yardley Laurore, omnipraticienne, exerce au CSSS de la Baie-des-Chaleurs.*

**L'atteinte mnésique n'est plus un élément essentiel du diagnostic de démence.**

**Repère**

## Tableau I

### Critères diagnostiques de toute démence<sup>1</sup>

- ☉ Il y a démence lorsque les symptômes cognitifs et comportementaux :
  - ☞ interfèrent avec la capacité de fonctionner au travail ou avec les activités habituelles ;
  - ☞ représentent un déclin par rapport aux niveaux antérieurs de fonctionnement ou de performance ;
  - ☞ ne sont pas expliqués par le delirium ni par des troubles psychiatriques majeurs.
- ☉ Il y a démence lorsque l'atteinte cognitive est décelée au cours :
  - ☞ d'une association d'éléments obtenus pendant l'anamnèse du patient avec des éléments provenant d'un tiers significatif ;
  - ☞ d'une évaluation objective par l'examen des fonctions mentales supérieures (examen court ou élaboré). Les tests neuropsychologiques ne sont nécessaires que si le résultat de l'anamnèse et des tests simples sont douteux.
- ☉ Il y a démence lorsque l'atteinte cognitive ou comportementale touche au moins à deux des domaines suivants :
  - ☞ incapacité d'acquérir ou de retenir une nouvelle information : questions ou conversations répétitives, mauvais rangements d'effets personnels, événements ou rendez-vous oubliés, tendance à se perdre dans un endroit familier ;
  - ☞ raisonnement perturbé et mauvaise prise en charge de travaux complexes, pauvreté de jugement : mauvaise compréhension des risques de sécurité, incapacité de régler ses affaires financières, piètre capacité à prendre des décisions, incapacité à planifier et à séquencer des activités ;
  - ☞ capacités visuospatiales perturbées : incapacité à reconnaître les visages ou les objets communs ou à les retrouver même s'ils sont en face et que la vision est correcte, incapacité à adapter les vêtements au corps ;
  - ☞ langage dysfonctionnel (parler, lire, écrire) : manque de mots simples, hésitations, erreurs de formulation, d'épellation ou d'écriture ;
  - ☞ changements de personnalité, de conduite, de comportement : fluctuation de l'humeur (agitation, motivation perturbée, apathie, manque d'initiative, isolement social, désintérêt pour les activités préférées, perte d'empathie, comportements obsessionnels compulsifs, conduites sociales inacceptables).

Traduit de : McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H et coll. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2011 ; 7 (3) : 263-9. Reproduction autorisée.

Faut-il partager sa première impression diagnostique avec le patient ? Certains médecins craignent des réactions catastrophiques lorsqu'ils confirment un diagnostic de démence d'Alzheimer et évitent donc d'utiliser

## Tableau II

### Critères diagnostiques d'une démence d'Alzheimer probable<sup>1</sup>

Présence des critères diagnostiques de toute démence (tableau I) auxquels s'ajoutent les caractéristiques suivantes :

- ☉ début insidieux en termes de mois et d'années, et non d'heures et de jours ;
- ☉ nette détérioration cognitive à l'anamnèse ou à l'observation ;
- ☉ déficits cognitifs initiaux et dominants clairs à l'anamnèse et à l'examen dans l'une des catégories suivantes :
  - ☞ tableau amnésique : c'est le plus fréquent pour la maladie d'Alzheimer. Devrait comprendre un déficit dans l'apprentissage et le rappel d'information apprise ;
  - ☞ tableaux non amnésiques : langage, atteinte visuospatiale, fonction d'exécution.

Le diagnostic de démence d'Alzheimer probable ne devrait pas être retenu s'il y a évidence d'AVC, de maladie à corps de Lewy, de troubles frontotemporaux, d'aphasie progressive primaire, de maladie neurologique ou autre, mais avec répercussions cognitives possibles, prise de médicaments.

Traduit de : McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H et coll. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2011 ; 7 (3) : 263-9. Reproduction autorisée.

les termes « démence » et « Alzheimer »<sup>5</sup>. Que faut-il dire au patient (*encadré 1*) ? Il est possible d'être très transparent à l'annonce d'un cancer ou d'une maladie d'Alzheimer, les deux affections actuellement les plus redoutées par la population et qui ont chacune une charge métaphorique – de mort rapide pour l'une et de mort lente pour l'autre. Le cancéreux et le dément souffrent de deux choses : de leur maladie et du nom de leur maladie. Pour la démence d'Alzheimer, le médecin peut parler de maladie dégénérative, car le mot « démence » n'a pas le même poids de référence chez le médecin et chez le patient. En effet, ce mot emprunté à la psychiatrie d'autrefois ne traduit pas la nature organique de la maladie d'Alzheimer. Seul le pathologiste peut poser un diagnostic certain en identifiant les enchevêtrements neurofibrillaires et les plaques amyloïdes

dans le cerveau. Le clinicien n'émet qu'un diagnostic probable et possible. Il doit le dire au patient qui garde alors espoir. Attention, par ailleurs, à ne pas inscrire maladie d'Alzheimer dans le dossier avant qu'elle ne le soit dans le cerveau du patient ! La transparence constitue un gage de relation de confiance entre le patient et le médecin. Ainsi, si le patient demande directement s'il est atteint de la maladie d'Alzheimer, il est sage de lui expliquer qu'il ne s'agit que de premières impressions diagnostiques. Le diagnostic de la maladie demeure hautement clinique. Un temps d'observation avec les tiers est parfois nécessaire. Il faut s'assurer qu'il y a eu un déclin cognitif et un dysfonctionnement sans que ces anomalies ne soient expliquées par d'autres maladies. Une fois le diagnostic de démence retenu, il faut tenter d'en préciser le type : dégénérative, vasculaire, à corps de Lewy, frontotemporale, hydrocéphalique, etc.

Prendre le temps d'expliquer les domaines de la cognition au patient et au répondant (mémoire, raisonnement, langage, capacités visuospatiales) et donner des exemples de possibles atteintes de ces domaines (traumatisme, tumeur, infection, hémorragie, thrombose qui peuvent toucher le cerveau, comme la dégénérescence) les aident à mieux comprendre la nature de la maladie. Si des symptômes associés sont déjà présents (anxiété, méfiance, paranoïa, agressivité, désinhibition, hallucinations), il faut préciser qu'en plus d'une atteinte cognitive, une possible atteinte neuropsychologique ou franchement neuropsychiatrique peut accompagner cette maladie. Demander au patient et à son répondant s'ils ont des questions (conduite automobile, mandat et testament, affaires financières) et y répondre le cas échéant. Aborder les problèmes de sécurité de la vie quotidienne s'ils sont soupçonnés.

**Qu'est-ce qu'on recherche à chaque visite ?**

*Gérer l'évolution de la maladie*

À la deuxième rencontre avec le patient et sa famille, on donne les résultats des examens complémentaires et on confirme l'hypothèse diagnostique. À ce moment, le patient et sa famille auront alors probablement plusieurs questions pour le médecin. C'est le moment idéal

**Encadré 1**

**Les mots de leurs maux**

	Mots à éviter	Mots à utiliser
Patient qui ne pose pas de question	Démence, maladie d'Alzheimer	Maladie neurologique dégénérative
Patient qui demande s'il a la maladie d'Alzheimer	Non !	C'est une hypothèse, mais je ne puis en être certain.

**Encadré 2**

**Coordonnées des sociétés d'Alzheimer**

**Société Alzheimer du Canada**

[www.alzheimer.ca](http://www.alzheimer.ca)  
 20, av. Eglinton Ouest, bureau 1600  
 Toronto (Ontario) M4R 1K8  
 Téléphone : 416 488-8772  
 Sans frais : 1 800 616-8816  
 Télécopieur : 416 322-6656  
 Courriel : [info@alzheimer.ca](mailto:info@alzheimer.ca)

**Fédération québécoise des sociétés Alzheimer**

[www.alzheimerquebec.ca](http://www.alzheimerquebec.ca)  
 5165, rue Sherbrooke Ouest, bureau 211  
 Montréal (Québec) H4A 1T6  
 Téléphone : 514 369-7891  
 Sans frais : 1 888 MÉMOIRE  
 Télécopieur : 514 369-7900  
 Courriel : [info@alzheimerquebec.ca](mailto:info@alzheimerquebec.ca)

pour les diriger vers des ressources comme la Société d'Alzheimer du Canada (*encadré 2*) qui compte des divisions dans différentes régions du Québec. La Société Alzheimer vient en aide non seulement aux patients atteints de la maladie, mais aussi à tous ceux qui présentent un trouble cognitif quelconque (ainsi qu'à leur famille). Vous trouverez sur le site Internet de la Société une foule d'informations sur la maladie et les ressources existantes.

La deuxième rencontre constitue aussi le moment approprié pour parler du traitement médicamenteux existant, pour en vérifier l'indication chez ce patient, pour en préciser l'efficacité et les effets indésirables et pour mentionner les précautions qui s'imposent. On remplit le formulaire de médicament d'exception. Le

**Le cancéreux et le dément souffrent de deux choses : de leur maladie et du nom de leur maladie.**

**Repère**

### Tableau III

#### Conseils non pharmacologiques en cas de démence

- Utiliser un pilulier Dispill
- Établir des routines
- Utiliser des aide-mémoire (notes, calendrier, minuterie)
- Faire affaire avec la popote roulante
- Porter un bracelet antifugues
- Faire évaluer le domicile par un ergothérapeute
- Contacter la Société Alzheimer Canada

### Encadré 3

#### Conditions de remboursement du traitement par la RAMQ

##### Demande initiale

- Le patient doit avoir un score au test de Folstein de 10 à 26.
- Le médecin doit mentionner le degré d'atteinte dans les domaines du fonctionnement intellectuel, de l'humeur, du comportement, des AVQ et des AVD et de l'interaction sociale.

La durée initiale de la demande d'autorisation est de six mois. Le patient doit être réévalué annuellement après cette période pour la poursuite du traitement.

##### Demandes subséquentes

Le médecin doit prouver l'effet bénéfique du traitement :

- diminution du score de moins de 3 points ;
- stabilisation ou atténuation des symptômes dans les mêmes domaines que ceux qui sont mentionnés plus haut.

fonctionnement lié aux activités de la vie quotidienne et domestique (AVQ et AVD) est revu avec le patient et le répondant. On en profite pour prodiguer quelques conseils non pharmacologiques (tableau III).

À la troisième visite, de trois à six mois plus tard, on révisé encore les effets indésirables des médicaments. On évalue s'il y a des changements sur le plan des AVQ et des AVD. On questionne aussi le patient sur les chutes, car les inhibiteurs de la cholinestérase sont associés à un risque de chute et, par conséquent, à un potentiel traumatique. On refait le test de Folstein, exigé par la RAMQ pour prescrire le médicament d'exception. La RAMQ le remboursera si le score diminue de trois points ou moins sur une période de six mois et s'il demeure de dix ou plus (encadré 3). Une détérioration de plus de trois points signifie que le médicament n'est pas efficace et devrait donc être cessé. Par contre, en cas de détérioration encore plus marquée

après l'arrêt, il peut être justifié de le prescrire. Il peut alors y avoir une amélioration modeste du score, habituellement de moins de deux points. Un score stable est aussi considéré comme un succès du traitement pharmacologique. Une amélioration de plus de trois points devrait amener le médecin à remettre le diagnostic en question. Il faudra alors chercher d'autres causes réversibles de l'altération des fonctions cognitives. La durée maximale de l'autorisation de la prescription est de douze mois. On interroge le patient et sa famille pour savoir s'ils ont noté une amélioration subjective sur le plan de l'apathie, du comportement, des AVQ, etc. C'est le moment d'élaborer sur l'évolution de la maladie et ses possibles répercussions sur la vie du malade et de son entourage.

À la quatrième visite, environ six mois plus tard, en plus d'évaluer les effets indésirables des médicaments, les AVQ et les AVD, on peut commencer à interroger le patient sur les troubles de comportement (méfiance, agressivité, errance, anxiété, confusion). On doit alors expliquer le risque de delirium, ses causes et les mesures préventives possibles. On peut aussi réévaluer le risque pour la conduite automobile : accidents récents, contravention, égarement. Une bonne question qu'on pourrait poser à la famille est : « Monteriez-vous en voiture avec le patient ? ».

Au fil des visites, on vérifie d'autres aspects liés à la sécurité : risque d'incendie, désorientation, prise erratique des médicaments. On aborde certaines questions légales : procuration, mandat, testament. On anticipe l'incapacité future et on invite le patient à prendre ses décisions pendant qu'il est encore temps. On peut aussi parler du niveau de soins voulu. Il ne faut pas oublier d'interroger l'aidant sur ses difficultés et de lui apporter tout l'appui nécessaire. Il faut lui parler du soutien disponible et des ressources d'aide au fil de la perte d'autonomie du patient, que ce soit pour le bain, la nourriture, les services de répit, le gardiennage. La *boîte à outils* résume le suivi à faire chez le patient dément.

#### Que faire devant une nouvelle plainte du patient ou de son aidant ?

##### Traiter la maladie et ses complications

Démographie de lièvre, mais traitements de tortue contre la démence ! En effet, les fonds de recherche sont sollicités par des compétiteurs plus « séduisants » et contrairement à la tortue de la fable, la nôtre risque



d'être dépassée au fil d'arrivée. Le médecin de famille est un spectateur actif de cette course. Que doit-il faire pour traiter ses malades déments ?

Les inhibiteurs de la cholinestérase représentent encore la première ligne de traitement : le donépézil (Ari-cept), la rivastigmine (Exelon) et la galantamine (Reminyl). Leur efficacité sur la cognition et le niveau fonctionnel est modeste, mais ces agents ralentissent tout de même l'aggravation de la maladie. La durée de cet effet n'est pas claire. Ces médicaments sont généralement bien tolérés et sont relativement utiles contre les troubles de comportement. Les effets indésirables les plus fréquents sont surtout de nature gastro-intestinale (nausées, vomissements, diarrhée). Seulement quatre études ont comparé l'efficacité des inhibiteurs de la cholinestérase. Les limitations méthodologiques de trois de ces études ne permettent pas de conclure qu'un est supérieur à un autre. On devrait donc se fier au profil d'effets indésirables dans notre choix<sup>6</sup>. Le donépézil semble mieux toléré. Une forme transdermique de rivastigmine, semblable à la forme orale, comporte cependant moins d'effets gastro-intestinaux<sup>6</sup>. Il faut appliquer le timbre à un endroit différent chaque jour pour éviter l'apparition d'une dermatite de contact et il faut surtout vaporiser une dose de fluticasone (Flovent) sur la peau au préalable. Il ne faut pas le coller sur une peau rouge, irritée ou ulcérée. Si un médicament n'est pas bien toléré ou s'il est moins efficace, on peut en essayer un autre<sup>7</sup>. En général, les effets indésirables sont transitoires. Il faut donc se donner une période d'essai d'environ six semaines. Chez les patients atteints d'une maladie cardiovasculaire ou ayant des facteurs de risque, un ECG de base devrait être effectué. On y recherche des troubles de la conduction, la bradycardie étant une contre-indication relative à l'utilisation de ces médicaments.

La mémantine (Ebixa) est un antagoniste des récepteurs N-méthyl-D-aspartate. Elle est indiquée dans la démence d'Alzheimer modérée ou grave. Une méta-analyse Cochrane a montré qu'elle ralentit de façon considérable la détérioration cognitive et fonctionnelle<sup>6</sup>. Elle diminue aussi les symptômes d'agitation. Elle est bien tolérée en général.

Pour ce qui est du Ginkgo biloba, des antioxydants comme la vitamine E, des anti-inflammatoires non stéroïdiens et des statines, il n'existe pas de preuves de leur efficacité pour l'instant. On devrait donc prescrire

## Boîte à outils

### Suivi du patient atteint de démence

#### 1<sup>re</sup> visite

- ☉ Effectuer une anamnèse et un examen complet notamment sur les fonctions mentales supérieures (test de Folstein, MoCA, test de l'horloge)
- ☉ Faire part de notre première impression diagnostique au patient et à sa famille
- ☉ Répondre aux questions



#### 2<sup>e</sup> visite

- ☉ Donner les résultats des examens complémentaires
- ☉ Confirmer son impression diagnostique
- ☉ Prescrire un traitement médicamenteux
- ☉ Orienter le patient vers les ressources existantes
- ☉ Répondre aux questions

#### 3<sup>e</sup> visite

- ☉ Évaluer les effets indésirables des médicaments
- ☉ Interroger le patient sur les AVQ et les AVD
- ☉ Demander s'il a fait des chutes
- ☉ Refaire le test de Folstein
- ☉ Demander au patient et à sa famille s'ils ont noté une amélioration subjective
- ☉ Informer le patient et ses proches de l'évolution de la maladie

#### 4<sup>e</sup> visite

- ☉ Évaluer les effets indésirables des médicaments
- ☉ Interroger le patient sur les AVQ et les AVD
- ☉ Interroger le patient sur les troubles de comportement
- ☉ Expliquer le risque de delirium et les mesures préventives pour l'éviter
- ☉ Évaluer le risque de la conduite automobile

#### Au fil des autres visites

- ☉ Interroger le patient sur les autres aspects de la sécurité (incendie, désorientation, prise erratique de médicaments)
- ☉ Aborder les questions légales : procuration, mandat, testament
- ☉ Parler de degré de soins
- ☉ Apporter son soutien à l'aidant naturel

un inhibiteur de la cholinestérase au moment du diagnostic de démence dégénérative de type Alzheimer, en tenant compte des risques et des bienfaits. Chez les

patients atteints d'une démence modérée ou grave, on doit penser à commencer la mémantine seule ou en association avec un inhibiteur de la cholinestérase. L'arrêt du traitement dépend du jugement clinique par rapport aux risques et aux bienfaits.

Avec le temps, les troubles comportementaux et psychologiques font leur apparition. Le patient peut devenir agressif, résister aux soins, faire de l'errance, développer de la paranoïa. Devant un nouveau changement de comportement, on commence par une approche non pharmacologique. Il faut se demander s'il s'agit de l'expression non verbale d'un besoin ou d'un inconfort. Il faut chercher une cause médicale sous-jacente : douleur, constipation, fécalome, rétention urinaire, infection, effet indésirable du traitement médicamenteux. Souvent, l'anamnèse est alors non contributive. On s'aide avec l'examen physique et les tests appropriés. Il faut favoriser une prise en charge non pharmacologique : éduquer les aidants à propos de ces symptômes, utiliser des moyens comme la musique et les activités récréatives et mettre des objets familiers dans l'environnement, comme des photos de famille.

Les antipsychotiques demeurent les médicaments les plus prescrits dans le traitement des troubles de comportement liés à la démence. Les antipsychotiques atypiques particulièrement constituent le premier choix, car ils entraînent moins d'effets indésirables que ceux de première génération. Leur innocuité est par contre remise en question depuis quelques années, car ils augmenteraient les risques d'accidents vasculaires cérébraux et de décès<sup>7,8</sup>. Le profil d'effets indésirables des trois antipsychotiques les plus utilisés se ressemble, quoique l'olanzapine (Zyprexa) semble causer plus de somnolence tandis que les signes extrapyramidaux et le gain de poids semblent plus fréquents avec la rispéridone (Risperdal) et l'olanzapine (Zyprexa). De plus, les données sur leur réelle efficacité varient grandement<sup>8</sup>. On devrait donc y avoir recours avec grande prudence<sup>7,8</sup> et uniquement chez les patients qui présentent des symptômes neuropsychiatriques importants et débilissants<sup>9,10</sup>. Il faut s'en tenir aux plus petites

doses possibles et en cesser l'utilisation en l'absence d'effets bénéfiques ou si les effets indésirables sont trop sérieux. Les inhibiteurs du recaptage de la sérotonine peuvent avoir une efficacité mitigée, surtout sur la labilité émotionnelle, les comportements impulsifs, la paranoïa<sup>7,10</sup>. Leurs effets indésirables sont moins prononcés. Les inhibiteurs de la cholinestérase peuvent avoir une certaine efficacité, quoiqu'il existe peu de preuves en ce sens, surtout sur des symptômes comme l'apathie et les hallucinations<sup>7</sup>.

Les benzodiazépines peuvent accroître la désinhibition, la confusion et les chutes et sont donc à éviter en premier lieu, même si elles peuvent parfois être utiles dans des situations particulières de non-coopération, par exemple en ce qui a trait aux soins d'hygiène.

Les analgésiques sont largement employés selon la présomption que la douleur peut être à la base des troubles de comportement. Ils n'ont cependant fait l'objet d'aucune étude formelle. Il faut donc user de prudence, surtout avec les opioïdes qui peuvent avoir des effets fâcheux sur la cognition.

**S** I ALOYSIUS ALZHEIMER a eu le mérite de découvrir une nouvelle maladie, le médecin québécois actuel en a aussi à la diagnostiquer du fait qu'il n'existe pas encore de biomarqueurs facilement accessibles et définitifs ni d'examen d'imagerie médicale sophistiqués pour arriver au bon diagnostic avant le pathologiste. Diagnostic difficile, traitement insatisfaisant, forte dépense de temps pour le médecin, ce dernier réalise l'ampleur du défi face à la montée démographique des démences et à celle des personnes âgées. Heureusement, il est de moins en moins seul et peut demander l'aide d'autres professionnels dans le traitement global de cette maladie. N'est-ce pas là une chance pour le médecin de pouvoir ainsi développer de nouvelles compétences ? 📞

Date de réception : le 6 janvier 2012

Date d'acceptation : le 1<sup>er</sup> mars 2012

Le Dr Maurice Thibault et la Dr<sup>re</sup> Yardley Laurere n'ont signalé aucun intérêt conflictuel.

**Les inhibiteurs de la cholinestérase représentent encore la première ligne de traitement de la démence. Par ailleurs, on devrait avoir recours aux antipsychotiques avec grande prudence et uniquement chez les patients qui présentent des symptômes neuropsychiatriques importants et débilissants.**

**Repère**

## Summary

**My patient has dementia. What should I say and do?** For the first time in 27 years, clinical diagnostic criteria for dementia have been revised. The diagnosis, which can be possible or probable according to the clinician, is only confirmed under the pathologist's microscope. Prudence dictates that the family physician be extremely cautious when revealing his diagnostic impression to the patient and his guardians. The authors review the patient's evolution during his visits to the doctor as the illness progresses. Treatment options are discussed and complications are anticipated, such as neuropsychological or neuropsychiatric behavioural changes. Help available for the patient's guardians is also discussed.

## Bibliographie

1. McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H et coll. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2011; 7 (3) : 263-9.
2. Albert MS, DeKosky ST, Dickson D et coll. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2011; 7 (3) : 270-9.
3. Massoud F. La maladie d'Alzheimer, mise à jour 2009. *Le Médecin du Québec* 2009; 44 (4) : 83-8.
4. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V et coll. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53 (4) : 695-9.
5. Poirier J, Gauthier S. *La maladie d'Alzheimer, le guide*. Montréal: Les Éditions Trécaré; 2011. p. 46-50.
6. Massoud F, Gauthier S. Update on the Pharmacological Treatment of Alzheimer's Disease. *Current Neuropharmacol* 2010; 8 (1) : 69-80.
7. Waldemar G, Dubois B, Emre M et coll. Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline. *Eur J Neurol* 2007; 14 (1) : e1-e26.
8. Schneider LS, Tariot PN, Dagerman KS et coll. Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 2006; 355 (15) : 1525-38.
9. Dugas M. Le patient âgé en delirium : regard pratique. *Le Médecin du Québec* 2009; 44 (1) : 59-64.
10. Press D, Alexander M. Treatment of behavioral symptoms related to dementia. *UpToDate* Version 20.6. Mai 2012.

# Le Médecin du Québec

## Thèmes de formation continue *des prochains numéros*

- **Août 2012**  
**Les troubles du mouvement**
- **Septembre 2012**  
**La santé mentale**
- **Octobre 2012**  
**L'oncologie 101**
- **Novembre 2012**  
**La rhumatologie :  
de l'évaluation au traitement**
- **Décembre 2012**  
**Les arythmies**
- **Janvier 2013**  
**Les affections du cou**
- **Février 2013**  
**Les affections de la bouche**
- **Mars 2013**  
**Les affections de la main  
et du poignet**

