

# Clinique de la neuropsychologie

Myriam NOEL

Neuropsychologue au CH de ROUBAIX

Laboratoire de Neurosciences Fonctionnelles et Pathologie



# Définition de la neuropsychologie clinique

Discipline scientifique et clinique qui étudie les fonctions mentales supérieures en rapports avec les structures cérébrales.



⇒ une discipline clinique

Rôle: Évaluer la nature et l'importance des troubles neuropsychologiques suite à un dysfonctionnement cérébral

- Au cours du développement : *épilepsie, dyslexie*
- Suite à une lésion cérébrale: *traumatisme crânien, tumeur, AVC*
- Dans le cadre des pathologie dégénérative: *Alzheimer, Parkinson, SEP, DCL*

But: Aide à l'élaboration du **diagnostic**

**Suivi** : rééducation, stimulation cognitive, psychopatho

# Historique de la neuropsychologie

En -3000 av JC mise en corrélation un déficit de compréhension de langage avec un coup reçu à la tête par un individu.

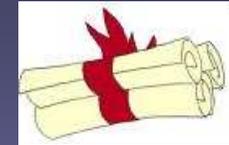
XVIIIème siècle: précurseurs comme Gall et Broca  
Terme proposé par Luria dans les années 50

Née avec les patients souffrant de **pathologies cérébrales**

- Décrire et de rapprocher des symptômes avec les lésions du cerveau et de faire des inférences sur le rôle de régions cérébrales.
- Dans les années 60, elle acquiert sa réalité institutionnelle par la création de sociétés savantes, de revues...

# Être « neuropsychy », soyons concret...

**Diplôme:** M2 neuropsychologie, possibilité de DU



**Lieu d'exercice :** Hôpital (neurologie, gériatrie, pédiatrie), Centre de rééducation, MASS, EPHAD, libéral

**Environnement:** Bureau, « lit » du patient, domicile

**Travail:** en équipe+++ , même en libéral

**Matériel:** Test papier crayon, ordinateur,

mise en «situation »

**Salaire:** 2 conventions différentes, 51 (FPH) et 66 (privé, handicap)

**Concours:** Si exercice dans la FPH



Durée FPE-PJJ	Brut mensuel
3 mois	1615,87
9 mois	1740,88
1 an	1828,85
2 ans ½	1926,08
3 ans	2032,57
3 ans	2162,21
3 ans	2291,85
4 ans	2458,53
4 ans	2625,21
4 ans ½	2833,56

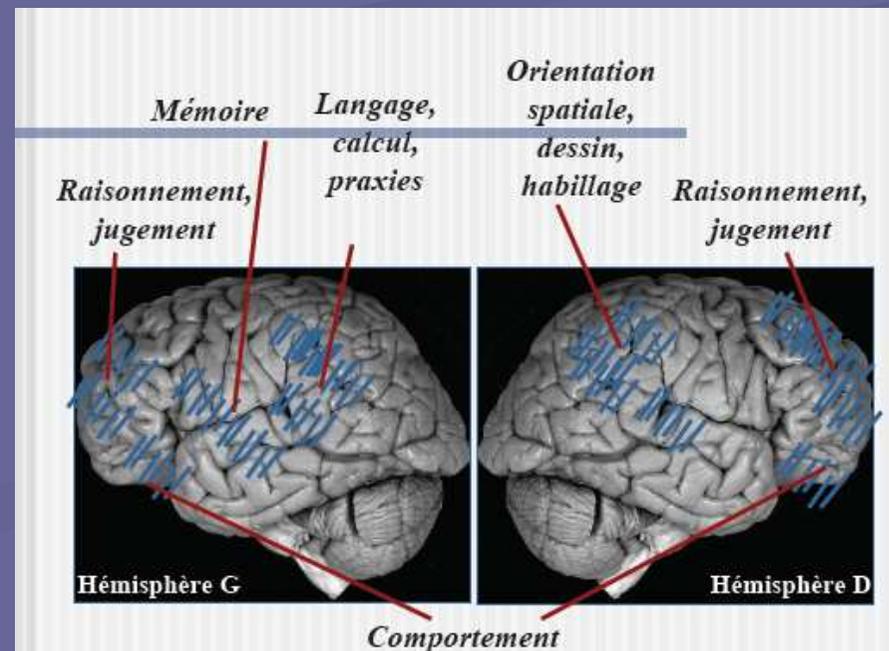
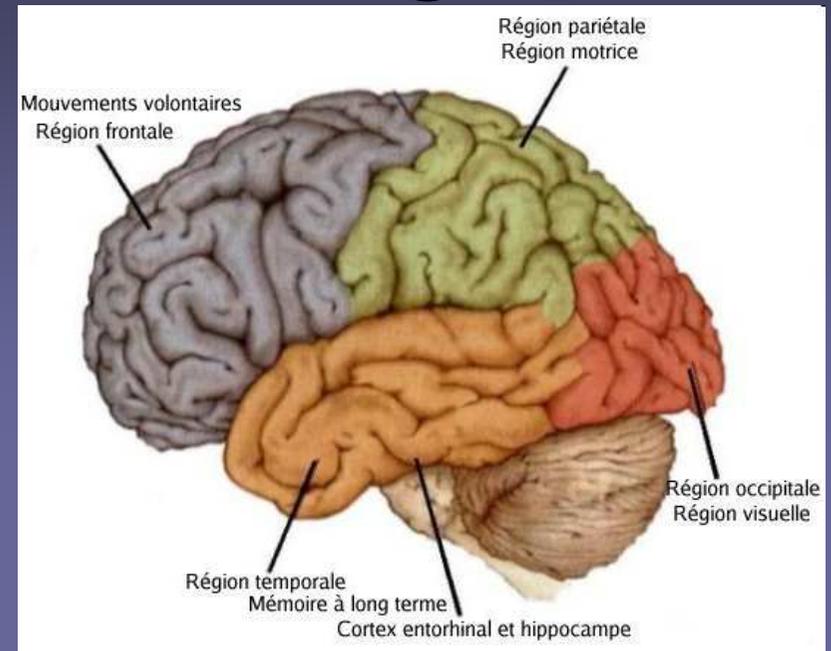


# Évaluer le fonctionnement cognitif

- Le fonctionnement global
- La mémoire
- Les fonctions instrumentales
- Les fonctions exécutives
- L'attention
- La visuoperception

Mais aussi...

L'humeur, le comportement,  
les troubles neuropsychiatriques :  
hallucinations, délires...



# Avant tout, les données d'anamnèse

⇒ C'est déjà de l'évaluation!

**Informations autobiographiques:** nom, date de naissance, situation familiale, profession antérieure, niveau d'étude, nom des enfants, petits-enfants (coter le rappel autobiographique), latéralité, langue maternelle...

**Nosognosie:** Mémoire, moral, chutes, hallucinations, tremblements, consommation d'alcool... (vérifier dans le dossier)

**Information médicale:** motif d'hospi/de consult, antécédents, données d'imagerie, traitement, autonomie...

**Avis des proches:** existence et évolutivité des troubles

## Avant tout, les données d'anamnèse 2

Dès l'anamnèse et durant toute l'évaluation,  
coter !



- Le langage: fluence, informativité
- La fatigabilité
- La coopération
- L'état sensoriel
- Le comportement: irritabilité, jovialité...

# Le fonctionnement global

# Le fonctionnement global

Concept vague: orientation, compréhension, « intelligence », adaptation et un peu du fonctionnement exécutifs, instrumental, attentionnel et mnésique

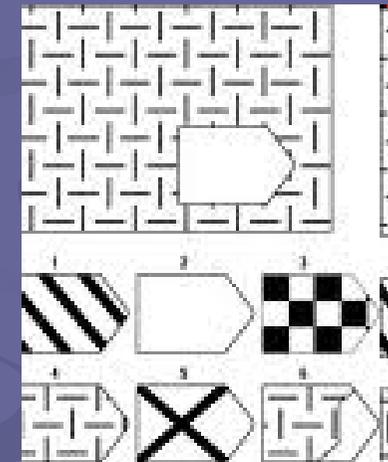
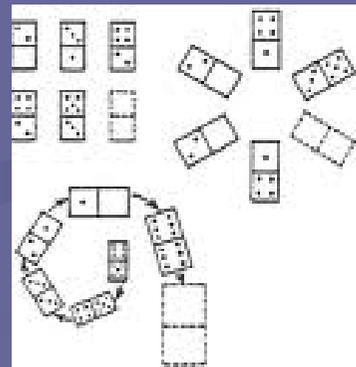
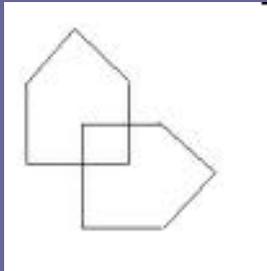
Pourquoi l'étudier ? se faire une idée générale, d'un niveau de détérioration ou à l'inverse d'un fonctionnement adéquat, avoir une idée de l'autonomie global

Test utilisé:

Echelle de Wechler (WAIS, WISC)

K – ABC, D48, D70, Matrices de Raven, Nepsy

Mattis, MMS, MOCA...



# Les fonctions instrumentales

# Les fonctions instrumentales

Regroupe les connaissances anciennes, scolaires, acquises lors du développement

- Langage
- Lecture
- Ecriture
- Calcul
- Visuoconstruction
- Praxies
- Gnosies



# Les fonctions instrumentales 2

Pourquoi les regrouper, pourquoi les étudier?

Très « ancrés »

Touchées sélectivement dans les lésions focales

Touchées globalement dans les atteintes très sévères

Peu touchées dans les troubles dépressifs

Permettent un fonctionnement à minima

Tests utilisés:

Déno 36, DO 80, test de calcul de la barcelona, visuoconstruction de la BEC, frises de Luria, figure de Rey, sous-épreuve de la mattis, du MMS, des échelles de wechler, tests orthophoniques, PEGV...

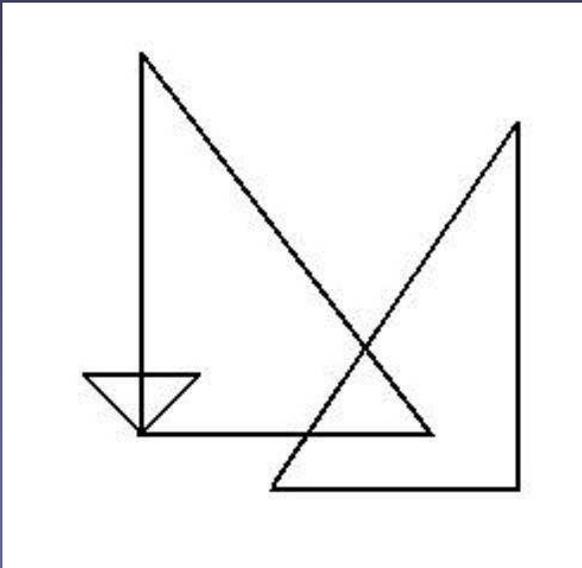


Figure de la BEC

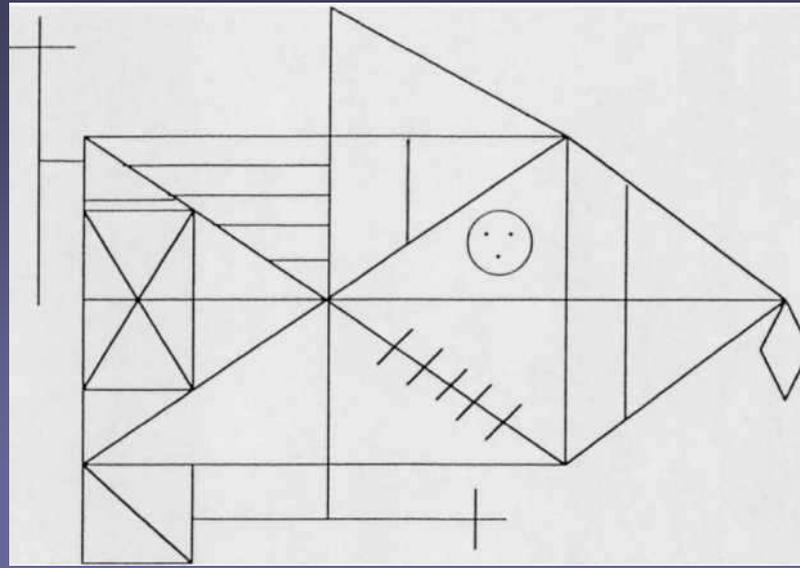
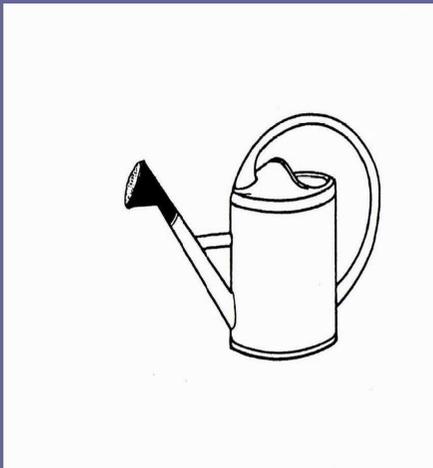
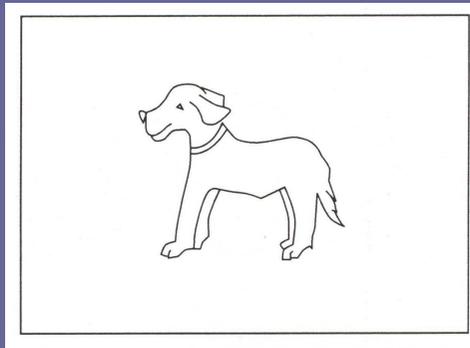


Figure de Rey



Item de la déno 36



Item de la DO80



Item de la mattis

# Vidéo fonctions instrumentales

*(11 à 17)*

# Les fonctions exécutives

# Les fonctions exécutives

Ensemble assez hétérogène de processus cognitifs de haut niveau permettant un comportement flexible et adapté au contexte

- Raisonement
- Planification
- Abstraction
- **Attention**
- Inhibition
- Contrôle
- Initiation
- Flexibilité mentale ...



# Les fonctions exécutives 2

Pourquoi les regrouper, pourquoi les étudier ?

Très « sensibles », rapidement déficitaires

Associées au fonctionnement des lobes frontaux et des structures sous corticales

Très sensibles aux pathologies psychiatriques

Tests utilisés:

TMT, WCST, Stroop, Go No go, Fluences verbales, similitudes, histoires absurdes, D2, Brixton, ordres contraires, Pasat, la TEA, arrangement d'image de al WAIS, test des commissions...

vert bleu jaune rouge  
 bleu rouge jaune vert  
 rouge jaune vert bleu  
 jaune vert bleu rouge  
 vert bleu jaune rouge  
 bleu rouge jaune vert  
 rouge jaune vert bleu  
 jaune vert bleu rouge

*Le test de Stroop évalue la capacité de la personne à inhiber une réponse automatique.*

Test de Stroop

TMT Partie B

WCST

Test du D2

Test du Brixton

# Vidéo Syndrome dysexécutif

*7'30 - 13*

# Les capacités mnésiques

# Les capacités mnésiques

Regroupe les différents types de mémoire

- Mémoire à court terme (visuelle et verbale)
- Mémoire de travail (visuelle et verbale)
- Mémoire à LT (visuelle et verbale) ⇒ épisodique
- Mémoire sémantique
- Mémoire procédurale
- Mémoire autobiographique
- Mémoire événementielle, sociale



# Les capacités mnésiques 2

Pourquoi les regrouper, pourquoi les étudier ?

Touchées de façon très différentes selon les pathologies

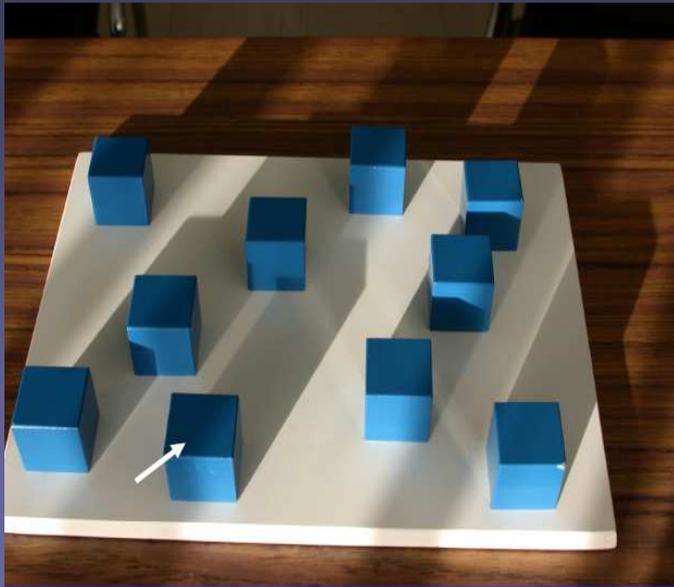
Mémoire épisodique, 1ère altération de l'Alzheimer, TC

Mémoire procédurale, souvent préservée

Pas QUE de la mémoire dans la mémoire! Exécutif (encodage, récupération, MDT, MCT) et instrumental (Mémoire sémantique, procédurale)

Tests utilisés:

Grober et Buscke 16 items / 48 items, test des portes, VAT, SRT, DMS 48, Wechler memory; Empan auditif, bloc de corsi; Fluence autobiographique; Eve 10; BDAE



Blocs de Corsi



Tests des portes

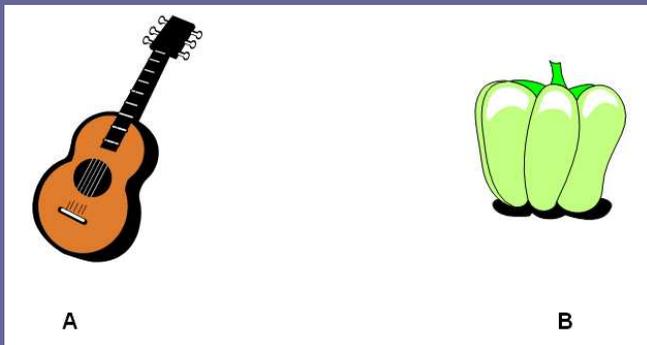
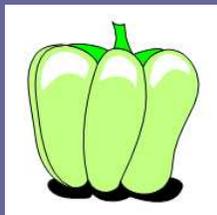


I. Dindon

- \_\_\_\_\_ (F+) Le mange-t-on ? (O)
- \_\_\_\_\_ (C-) Est-ce un animal de la jungle ? (N)
- \_\_\_\_\_ (Ph-) A-t-il des défenses ? (N)
- \_\_\_\_\_ (F-) L'utilise-t-on pour labourer les champs ? (N)
- \_\_\_\_\_ (Ph+) Est-ce que ça possède des ailes ? (O)
- \_\_\_\_\_ (C+) Est-ce de la volaille de basse-cour ? (O)

Dénomination : \_\_\_\_\_

BDAE



DMS 48

*valse*

*tabouret*

*géographie rougeole*

Grober et Buscke 16 items

# Vidéo Evaluation de la mémoire

2' -12'

# Les capacités attentionnelles

# Les capacités attentionnelles

Participe à l'ensemble complexe du traitement de l'information. L'attention est aussi une fonction exécutive puisqu'elle participe à l'exécution d'une tâche.

- Attention focalisée
- Attention sélective
- Attention soutenue
- Attention divisée
- La vigilance
- L'alerte



# Les capacités attentionnelles 2

Pourquoi les regrouper, pourquoi les étudier ?

Touchées de façon précoce dans la majorité des pathologies

Critère diagnostique principal du TDA/H

Prédominant dans la reprise du travail

Nécessaire à minima à tout bilan!

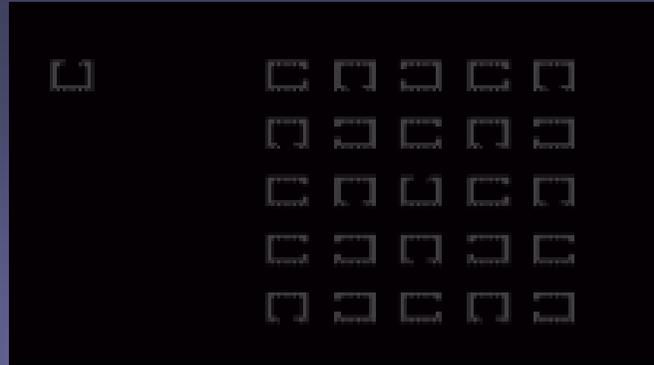
Tests utilisés:

Les matrices de chiffres, la TEA, D2, test des 2 barrages de Zazzo (T2B), test de Corkum (enfant)

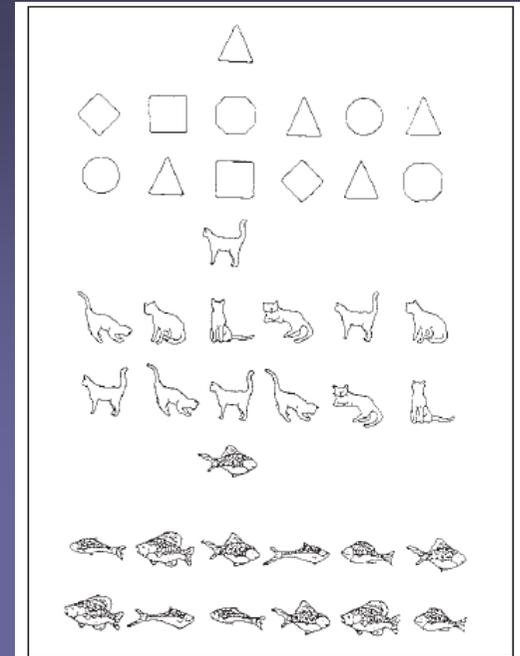
5

Total matrice 1:

2	6	5	9	4	5	2	5	2	6
4	1	2	5	1	3	0	4	9	1
0	6	7	6	8	9	8	0	8	0
9	0	4	3	0	1	9	3	7	6
7	9	5	3	7	8	8	9	7	6
7	3	7	6	8	5	8	5	3	2
5	2	3	1	2	3	1	7	2	8
4	1	7	4	7	6	9	1	8	3
2	7	4	2	6	2	9	4	5	0
4	3	4	0	4	3	0	2	8	2
6	1	5	6	1	5	8	3	6	9
4	5	2	8	1	3	9	1	5	1
7	9	7	5	0	7	3	4	0	8

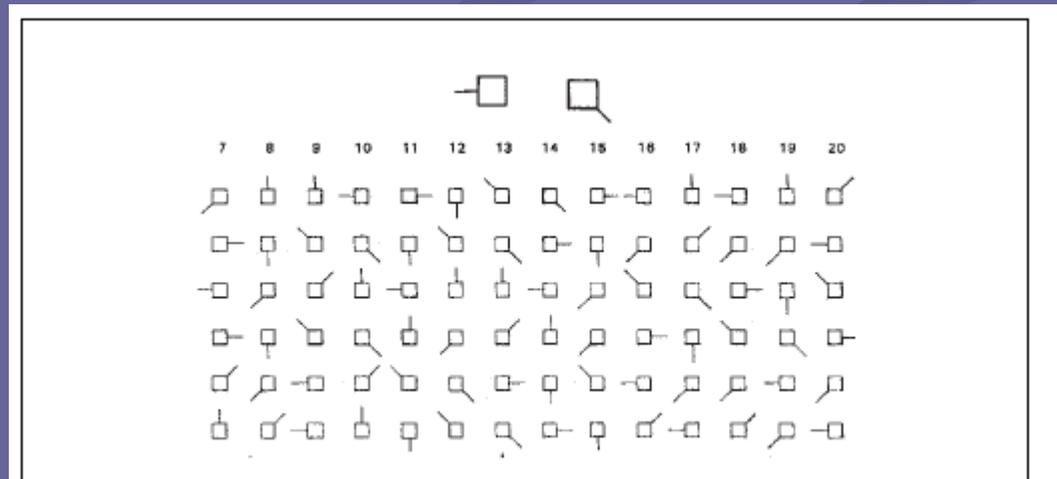


## TEA (TAP) de Zimmerman



Extrait du test de Corkum et al. (1995)

## Test des 3 matrices



Extrait du test des deux barrages (Zazzo, 1972)

# La visuoperception

# La visuoperception

La perception visuelle est avant tout la perception des objets (ou des êtres vivants) et leur localisation dans un espace. Percevoir c'est identifier, reconnaître les caractéristiques spécifiques, pouvoir le nommer.

## Pourquoi l'étudier ?

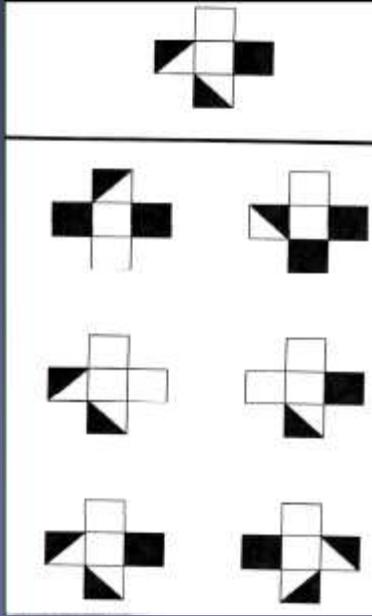
Touchée dans la démence à corps de Lewy, dans certaines atteintes vasculaires, intéressant dans l'héminégligence

Peut être en rapport avec l'existence d'hallucination visuelle

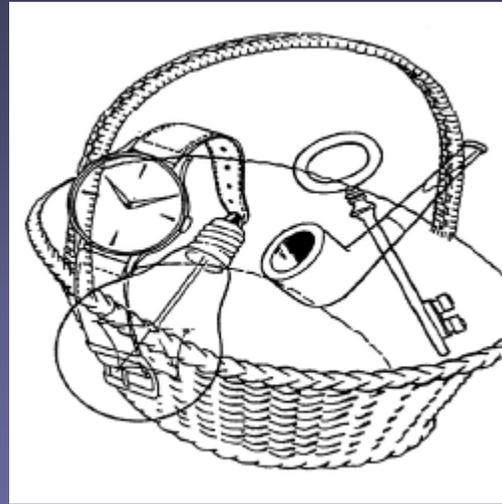
Nécessaire à l'interprétation d'autres tests (phasies, visuoconstruction)

Parfois touchée chez l'enfant dans les troubles des apprentissages

Tests utilisés: VOSP, BORB, sous test de la K-ABC, PEGV, figure enchevêtrées de Gainotti



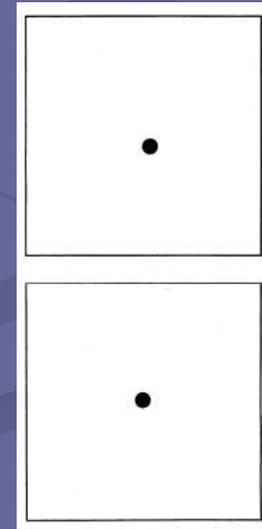
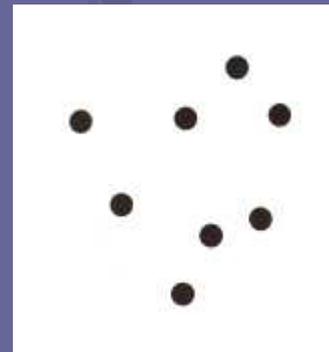
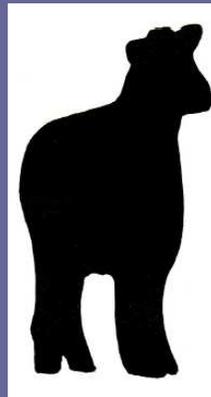
PEGV



Figures  
enchevêtrées



Batterie K-ABC



VOSP

Exemple concret du travail de  
neuropsychologue :

la « consult mémoire »

⇒ Etude de la démence (cf L2)

# Historiographie de la démence

- Description princeps de la maladie d'Alzheimer: 1907
- Apparition des premiers tests dès les années 30: Stroop 1935; figure de Rey-Osterrieth 1959; Wisconsin Card Sorting Test 1948
- Tournant des années 70-80: Mini-Mental Status de Folstein (1975); Grober et Buschke (1987)
- Notion de démence corticale et sous-corticale (Albert 1974)
- Découpage en nombreuses entités nosologiques
- Données de l'imagerie (IRM, TEP, TEMP)
- Biomarqueurs du LCR
- Concepts de MCI (Mild Cognitive Impairment), de VCI (Vascular Cognitive Impairment)

# Démence: définition

La démence est une réduction acquise des capacités cognitives suffisamment importante pour retentir sur la vie de la personne.

Le terme de démence en médecine est un terme technique qui ne doit pas être confondu avec la signification commune de ce terme dans le langage courant (folie furieuse). Elle est classiquement définie comme un affaiblissement psychique profond, global et progressif qui altère les fonctions intellectuelles et désintègre les conduites sociales.

## Critères diagnostiques de démence du DSM-IV (F02.8, 294.1) (Critères de démence due à d'autres affections médicales générales)

- A** Apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoignent à la fois :
- 1 Une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement).
  - 2 Une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes :
    - a) aphasie (perturbation du langage),
    - b) apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes),
    - c) agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes),
    - d) perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite).
- B** Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 sont tous les deux à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.
- C** Mise en évidence, d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires que la perturbation est la conséquence physiologique directe de l'une des affections médicales générales figurant sur la liste ci-dessous.
- D** Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'une confusion mentale (delirium) :
- F02.4 (294.9) : due à la maladie liée au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
  - F02.8 (294.1) : due à un traumatisme crânien
  - F02.3 (294.1) : due à la maladie de Parkinson
  - F02.2 (294.1) : due à la maladie de Huntington
  - F02.0 (290.10) : due à la maladie de Pick
  - F02.1 (290.10) : due à la maladie de Creutzfeldt-Jakob
  - F02.8 (294.1) : due à d'autres affections médicales générales
  - F03 (294.8) : due à une cause non spécifiée.



# La GROBER et BUSCKE 16

- Catégorisation sémantique (4 par 4)
  - Rappel immédiat (4 par 4)
  - Décompte (20 sec)
  - Rappel libre (2 min)
  - Rappel indicé
- X 3
- Rappel libre à 20 min
  - Rappel indicé
  - Reconnaissance

## RAPPEL LIBRE ET RAPPEL INDICÉ : liste de base

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Catégorie	Item	R Imm	Rappel 1		Rappel 2		Rappel 3		Rappel différé	
			RL	RI	RL	RI	RL	RI	RL	RI
poisson	hareng									
vêtement	gilet									
jeu	domino									
fleur	jonquille									
profession	dentiste									
fruit	groseille									
métal	cuivre									
instr.musique	harpe									
oiseau	mésange									
arbre	tilleul									
sport	judo									
légume	céleri									
danse	valse									
maladie	rougeole									
meuble	tabouret									
sciences	géographie									
rép. correctes										
faux										
doubles										

**Gilet                      Jonquille**

**Domino                  Hareng**

# La Maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative du tissu cérébral qui entraîne la perte progressive et irréversible des fonctions mentales et notamment de la mémoire

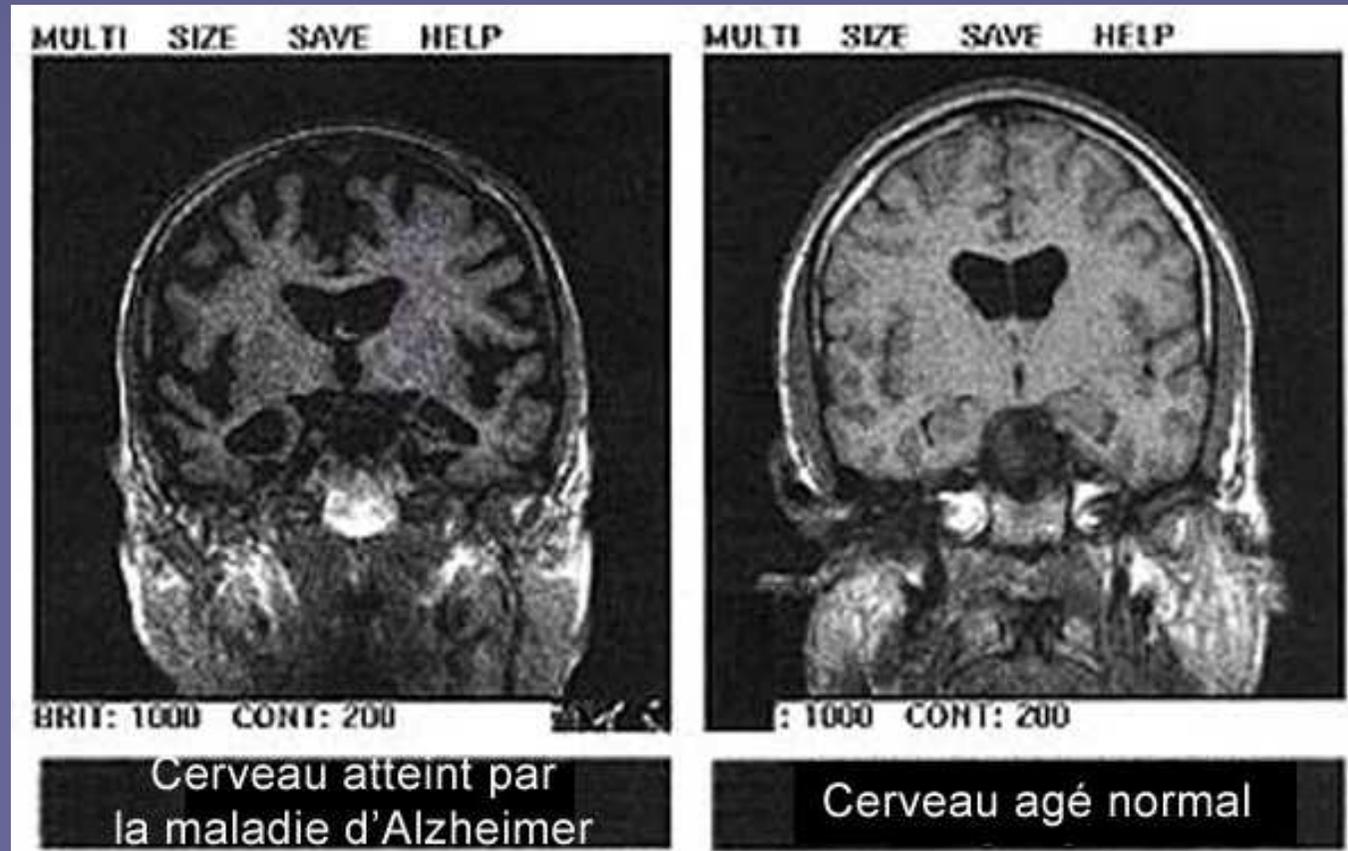
Le diagnostic de la maladie repose essentiellement sur des tests neuropsychologiques et sur la mise en évidence d'une atrophie corticale, notamment l'hippocampe

Le cerveau du patient est victime d'un double processus de dégénérescence et d'inflammation, caractérisé par deux types de lésions : les plaques séniles et la dégénérescence neurofibrillaire

- Trouble du stockage en mémoire épisodique (à long terme)
- Trouble instrumentaux et exécutifs associés (notamment phasiques)

# Au niveau imagerie

IRM+++ , Scanner+ , débimétrie (+rare)



# La démence vasculaire

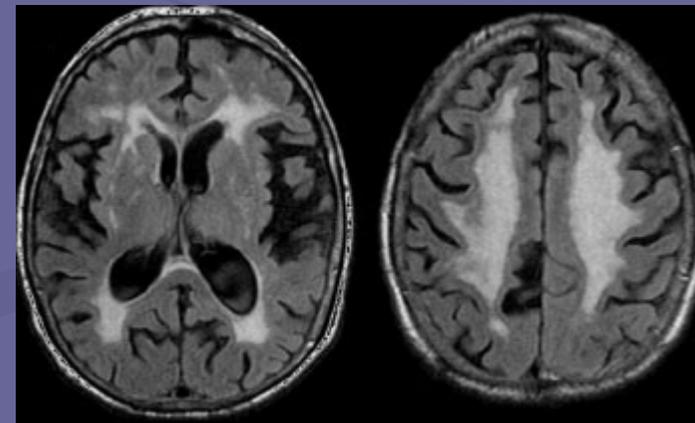
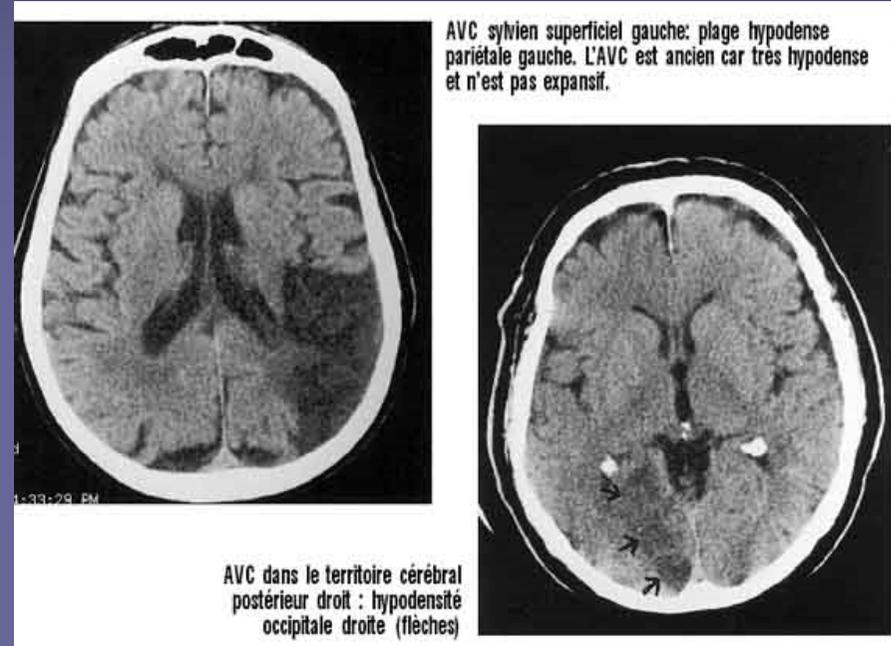
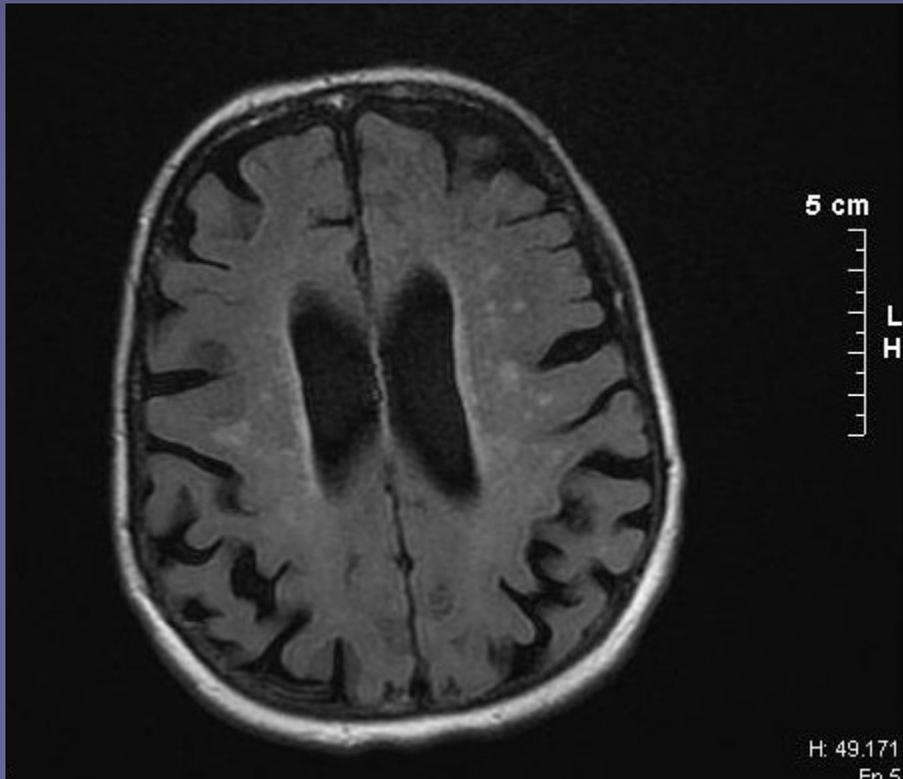
Syndrome démentiel qui résulte d'accidents cérébro-vasculaires répétés et qui se caractérise par une installation soudaine, une évolution fluctuante et par paliers, des signes neurologiques focaux, une labilité émotionnelle et des déficits neuropsychologiques correspondant au(x) territoire(s) vasculaire(s) atteint(s).

Facteurs prédisposants: HTA, Diabète, Hypercholestérolémie, IRC, Trouble du rythme, cardiopathie...

- Trouble de l'encodage et de la récupération en mémoire épisodique (à long terme)
- Trouble exécutifs associés +++
- Trouble du comportement (apathie, ralentissement vs agressivité, opposition)

# Au niveau imagerie

IRM+++ , Scanner+ , EEG (plus rare)



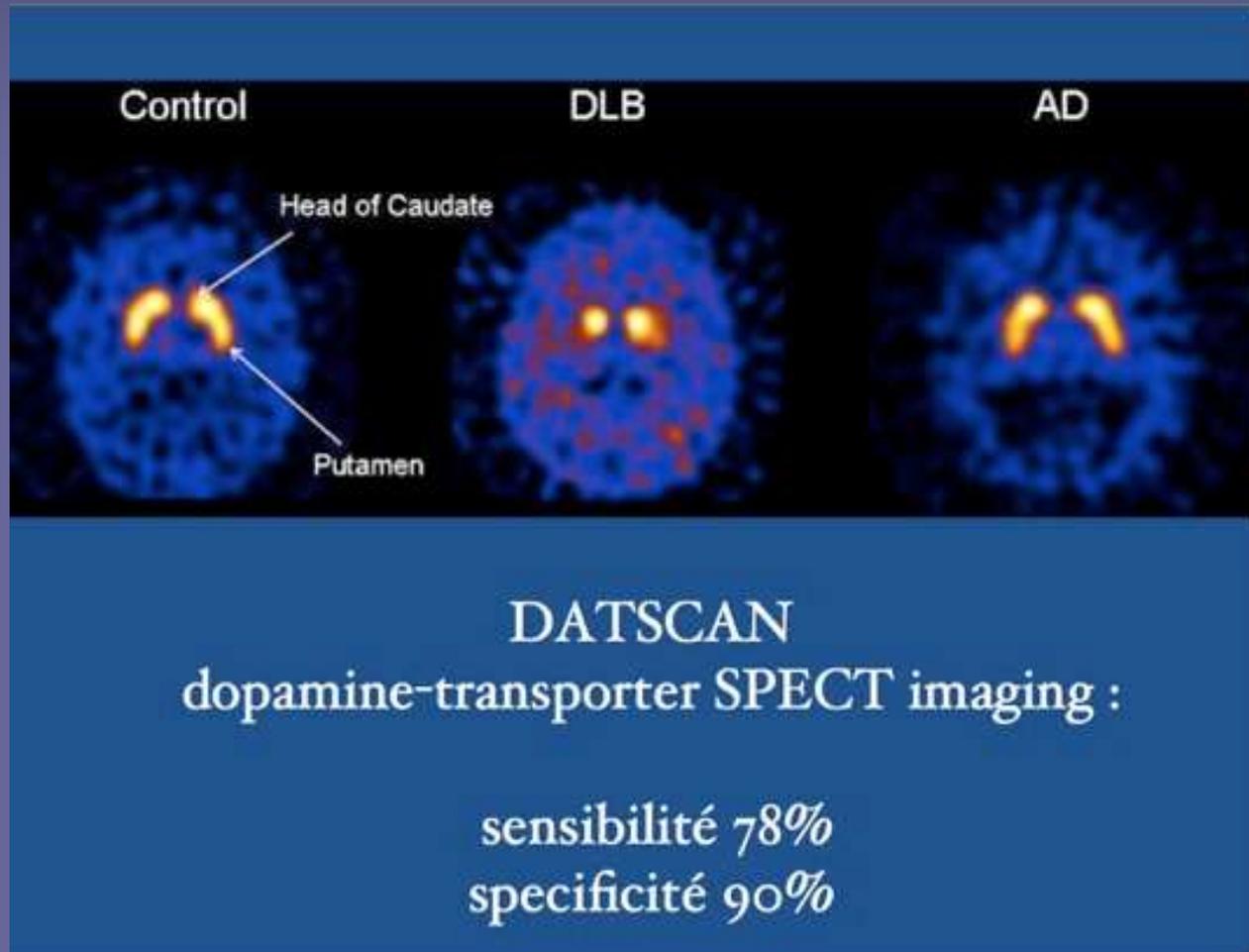
# La démence à corps de Lewy

La démence à corps de Lewy est une forme de maladie neurodégénérative caractérisée par des dépôts anormaux d'une protéine appelée alpha-synucléine. Ces dépôts sont appelés « corps de Lewy ». Le processus qui mène à la formation des corps de Lewy est inconnu. La démence à corps de Lewy peut se développer seule ou de concert avec la maladie d'Alzheimer ou la maladie de Parkinson. Elle représente entre 5 et 15 % de tous les cas de maladies neurodégénératives. (mais souvent 2 à 3% des diagnostics)

- Présence d'hallucinations, souvent visuelle, détaillées et critiquées
- Syndrome parkinsonien
- Altération cognitive notamment visuoperceptive, visuoconstructive
- Autres symptômes: chutes, fluctuation cognitive, confusion

# Au niveau imagerie

Le dat scan, quand c'est possible...



# La démence alcoolique

La démence alcoolique est liée à une consommation chronique d'alcool. Elle est fréquemment confondue avec le syndrome de Korsakoff. Or, ce n'est pas la même chose. (syndrome de Korsakoff → fabulation)

Atteinte sévère de la mémoire (encodage et stockage)

Troubles des fonctions exécutives, attentionnelles

Troubles de l'humeur : agressivité, idées délirantes

moins

systematique

## Au niveau imagerie

Rien... Quelques fois élargissement des sillons corticaux frontaux, quelques fois légère atrophie hippocampique → cf limite de l'imagerie

# Etude de cas 1: Madame C



## *Anamnèse*

Dame âgée de 74 ans, scolarisée jusqu'à l'âge de 14 ans, n'a pas obtenu le CEP puis a exercé la profession de piqurière.

Me C est reçue en consultation externe en raison d'une plainte mnésique émanant de son époux et de sa fille

Coopérante, pas de chute, pas d'hallucination, pas fatigable, d'humeur agréable

ATCD: HTA

Langage fluent et informatif, Affects adaptés.

Informations autobiographiques sont correctement rappelées.

# Etude de cas: Madame C

## *Bilan neuropsychy*

Fonctionnement global: MMS est coté à 23/30 (perte de 4 points en OST et de 3 points en mémoire). Le MMS était coté à 28/30 en mars 2011

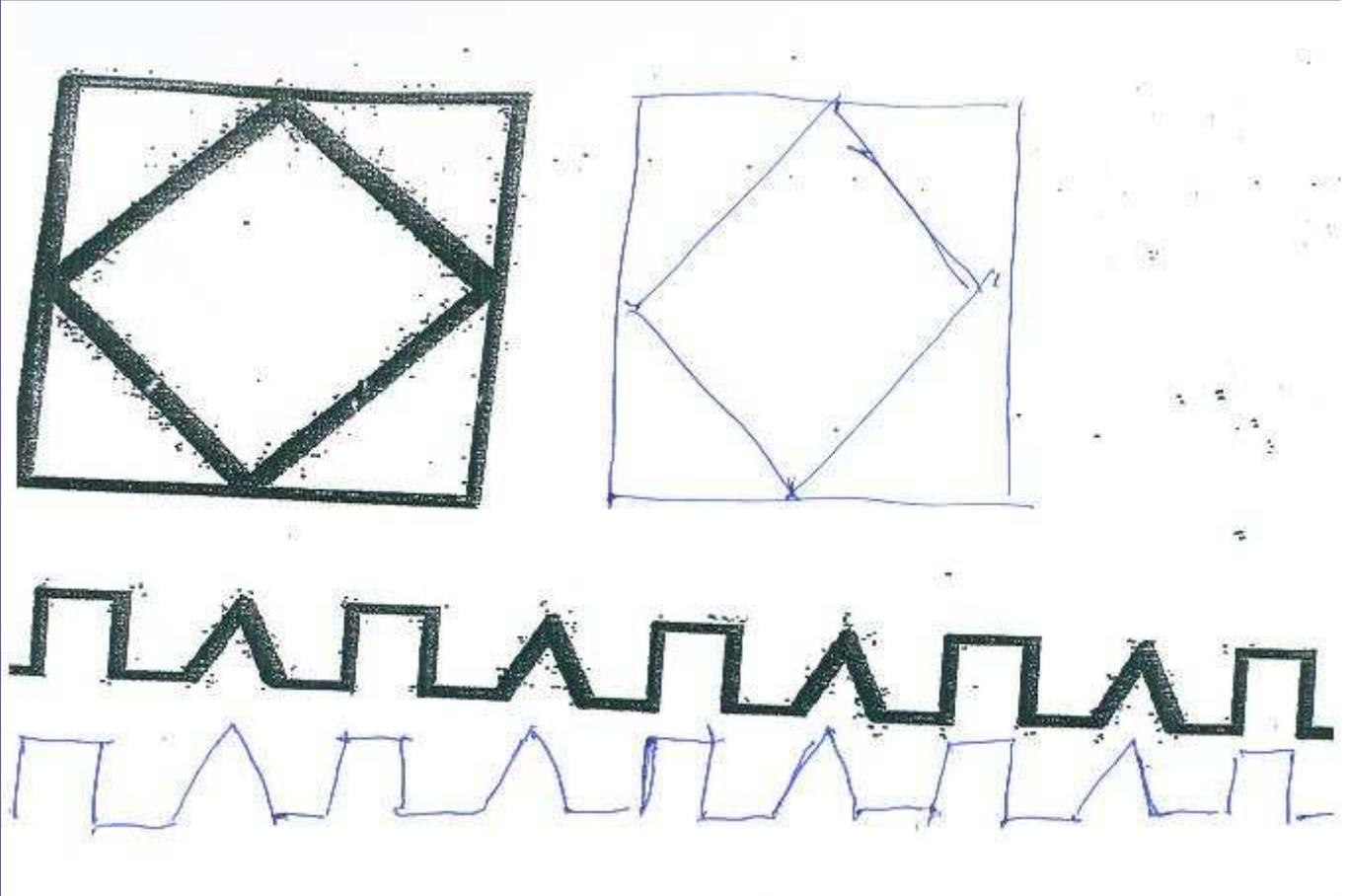
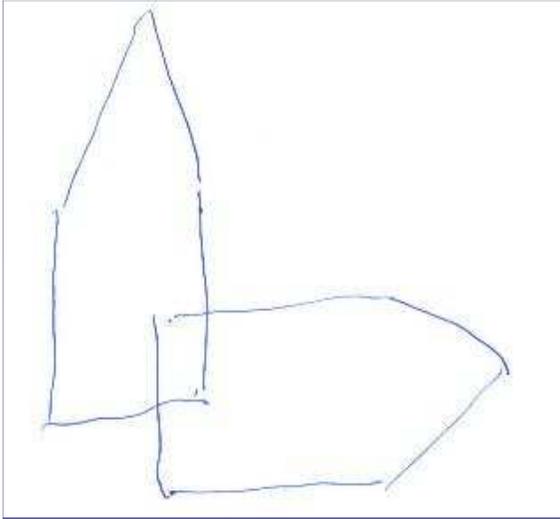
Mémoire: MLT verbale apparaît fragile dans sa composante encodage et massivement altérée dans sa composante stockage. MCT et MDT correctes (empan endroit =5; envers=3).

### Fonctions instrumentales:

Phasies altérées (la Déno 90 :80/90 dont 9 MM).

Praxiques préservées (p. réflexives= 5/5 ; p. idéomotrices = 6/6)

Visuoconstruction ok, Calcul ok, Visuoperception ok



# Etude de cas: Madame C

## Fonctions exécutives:

Jugement logique fragile (Résolution de 3 histoires absurdes /5)

Initiation verbale préservée (phonémique = 12 m/1m;  
sémantique = 13 m/1 m)

Capacités d'abstraction préservées (Similitudes de la mattis = 7/8).

En résumé: Madame C présente une détérioration cognitive globale moyenne caractérisée par des troubles mnésiques massifs (stockage) et des troubles phasiques. Dégradation depuis 2010.

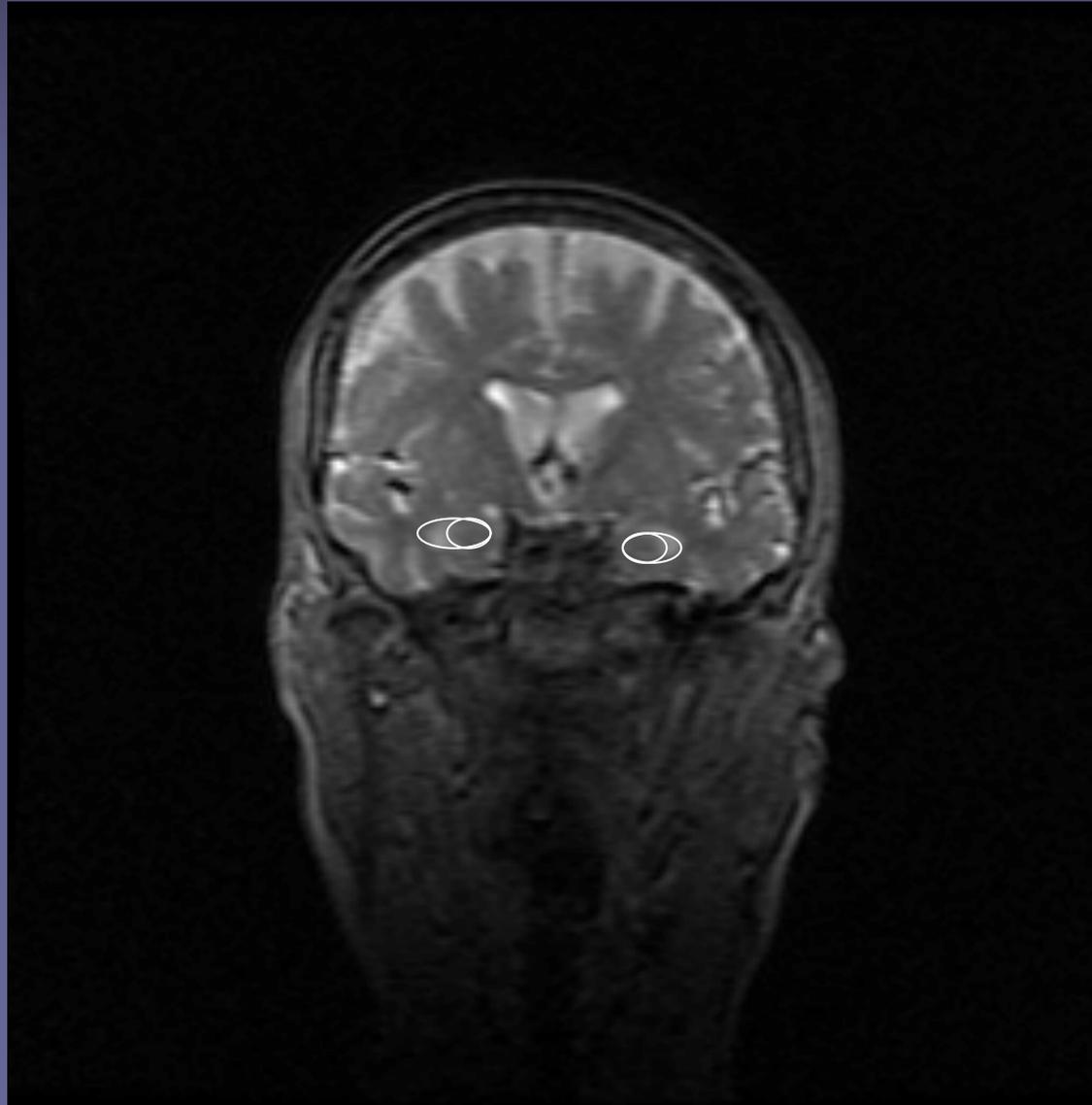
Imagerie : IRM Non contributive, « normale pour l'âge »

Hypothèse diagnostique: \_\_\_\_\_

# IRM encéphalique de Me C, coupe sagittale



IRM encéphalique de Me C, coupe frontale



## Etude de cas 2: Madame D



### *Anamnèse*

Dame âgée de 81 ans, scolarisée jusqu'à l'âge de 14 ans, a obtenu le CEP puis a exercé la profession de corsetière.

Me D est reçue en HDJ en raison d'une plainte mnésique émanant de sa fille

Coopérante, pas de chute, pas d'hallucination, pas fatigable

ATCD: Arythmie (pace maker)

Langage fluent et informatif, Affects adaptés.

Informations autobiographiques sont correctement rappelées.

# Etude de cas: Madame D

## *Bilan neuropsychy*

Fonctionnement global: MMS est coté à 23/30 (perte de 3 points en OST, de 1 point en visuoconstruction et de 3 points en mémoire)

Mémoire: MLT verbale apparaît massivement altérée dès sa composante encodage. MCT et MDT correctes (empan endroit =5; envers=3).

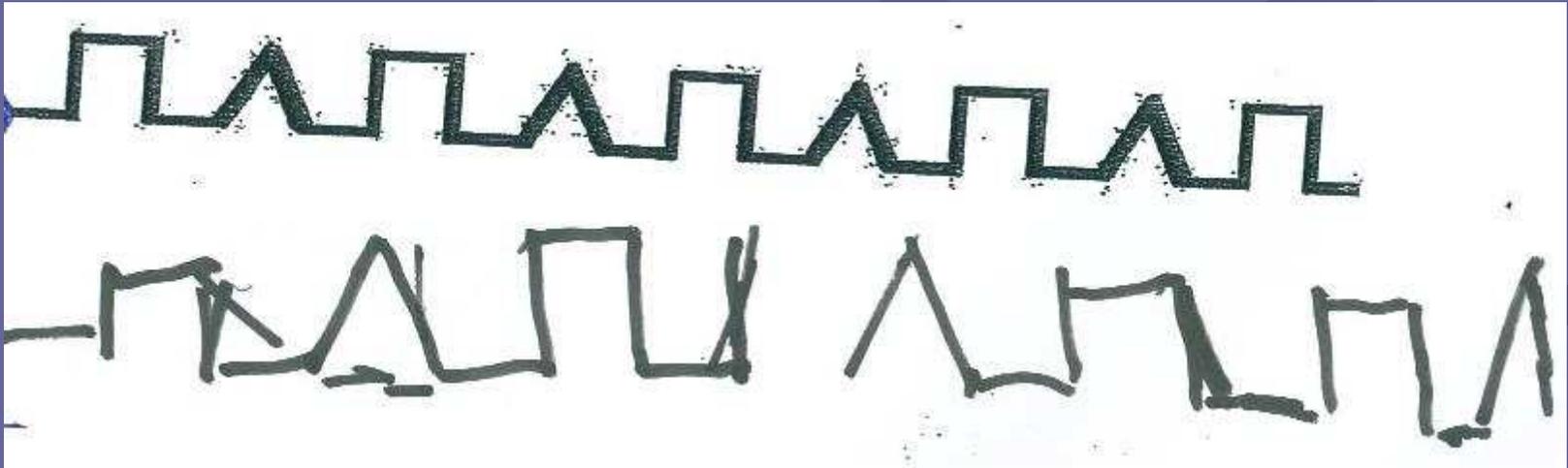
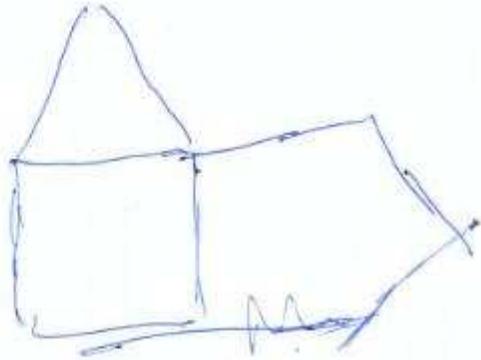
### Fonctions instrumentales:

Phasies correctes (la Déno 36 : 34/36).

Praxiques altérées (p. réflexives= 2/5 ; p. idéomotrices = 5/6)

Visuoconstruction altérée, Calcul est correct, Visuoperception altérée

it's four side steel



# Etude de cas: Madame D

## Fonctions exécutives:

Jugement logique altéré (Résolution de 2 histoires absurdes /5)

Initiation verbale altérée (phonémique = 3 m/1m; sémantique = 6 m/1 m)

Capacités d'abstraction fragiles (Similitudes de la mattis= 6/8).

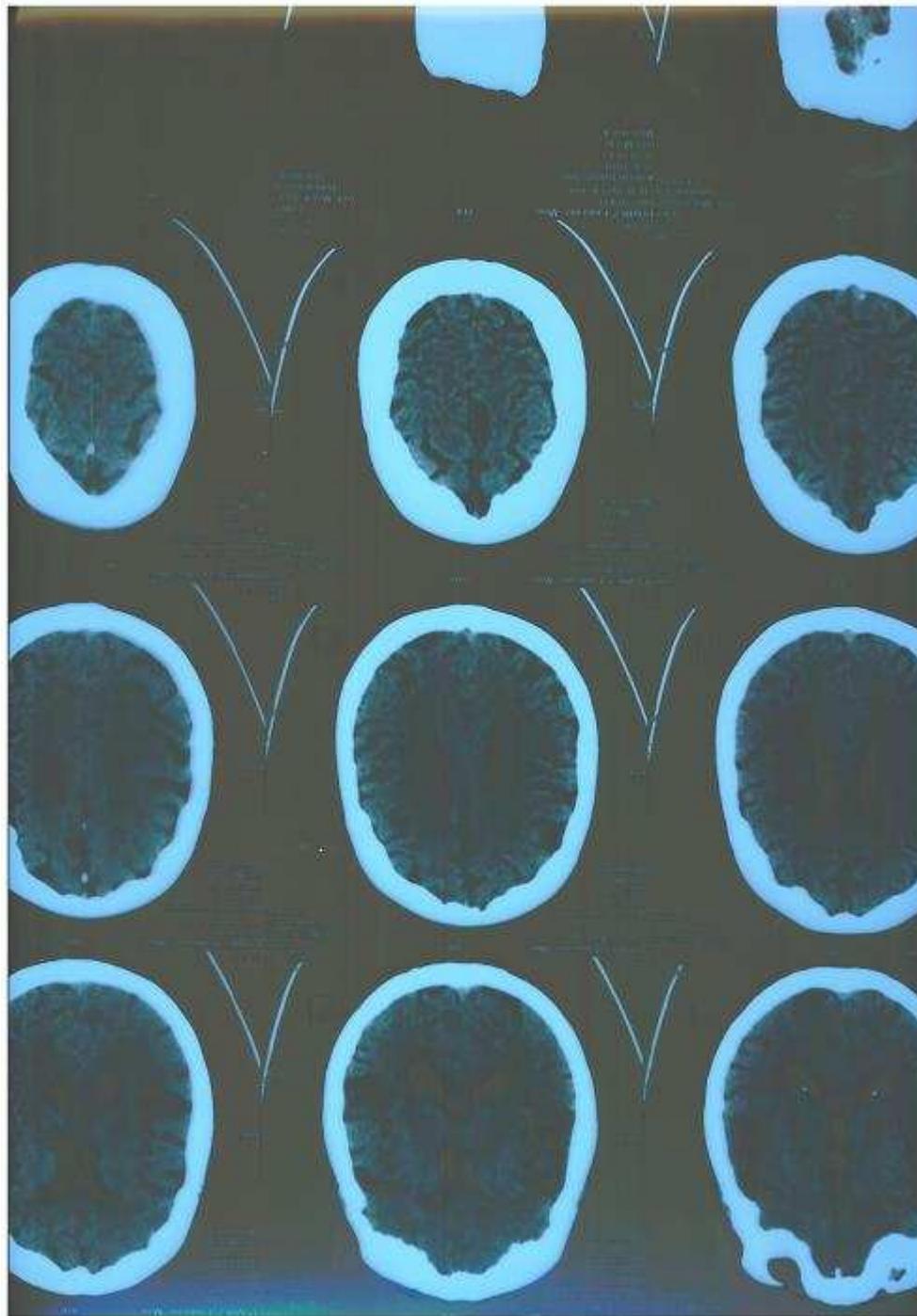
En résumé: Madame D présente une détérioration cognitive globale moyenne caractérisée par des troubles mnésiques massifs dès l'encodage et des troubles praxiques, visuoconstructif, visuoperceptifs et exécutifs.

Imagerie: IRM impossible (pace maker), scanner : leucoaraïose

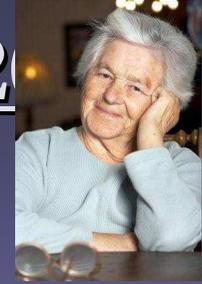
Hypothèse diagnostique: \_\_\_\_\_

## Scanner encéphalique de Me D

### Coupe sagittale



## Etude de cas 3: Madame L (Février 2011)



### *Anamnèse*

Mme L, âgée de 79 ans, a été scolarisée jusqu'à l'âge de 15 ans, a obtenu le CEP puis a exercé la profession de contrôleur des impôts

Mme D est hospitalisée en raison d'une altération de l'état général

Epoux: les troubles sont existants depuis quelques mois et l'évolution est très rapide depuis peu de temps

1<sup>er</sup> bilan mémoire en octobre 2011 (MMS à 26/30, pseudo-démence)

IRM fait → Rien (enfin..)

Coopérante, nombreuses chutes, pas d'hallucination

ATCD: AOMI et HTA, cancer du sein et du poumon (rémission ?)

Troubles visuels (aggravés depuis peu, selon son époux)

Langage moyennement fluent, affects adaptés

Informations autobiographiques sont difficilement rappelées.

# Etude de cas: Madame L

## *Bilan neuropsychy*

Fonctionnement global: MMS est coté à 12/30 (perte de 8 points en OST, de 3 points en mémoire, de 1 point en langage, de 1 point en visuoconstruction et de 5 points en calcul)

MMS était coté à 26/30 en octobre 2011 puis à 15/30 en Décembre 2011.

Mémoire: MCT, MDT altérées (empan endroit = 3; envers irréalisable)

MLT verbale apparaît très altérée: encodage difficile, stockage et récupération apparaissent massivement altérées

L'indiçage apporte peu d'aide. L'épreuve met en évidence un trouble attentionnel et des persévérations.

Fonctions instrumentales: Capacités phasiques sont altérées (la Déno 36 met en évidence 8 manques du mot et de nombreuses persévérations)

Capacités praxiques altérées (praxies idéomotrices = 5/7)

Visuoconstruction est échouée en situation simple. Calcul est altéré (Score de 3/10 à la Barcelona)

Fonctions exécutives: Capacités d'abstraction préservées (similitudes de la mattis = 8/8)

Jugement logique est aboli (Résolution de 0 histoire absurde /4)

L'initiation verbale est très altérée (fluence sémantique = 3 mots en 1 min)

Séquences automatiques de Luria sont échouées (Score de 0/3)

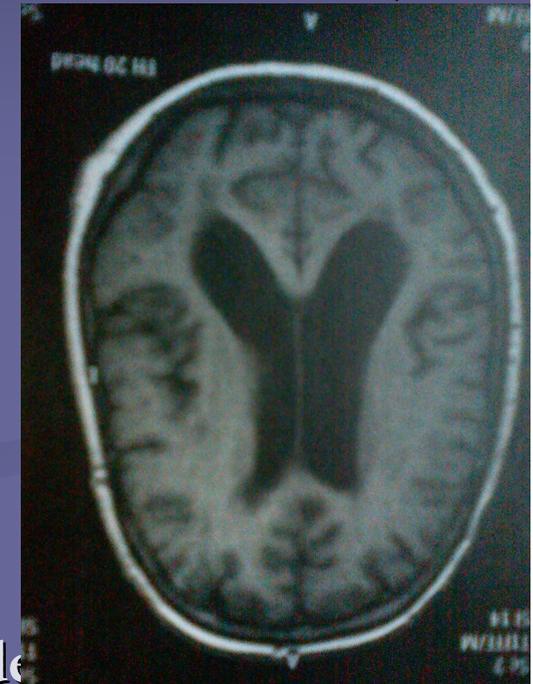
Imagerie: Date d'octobre 2011, premier bilan mémoire

IRM: Dit rien de pathologique pour l'âge

En résumé: Mme L présente une détérioration cognitive globale massive. Le profil cognitif est caractérisé par un trouble attentionnel massif et de

La rapidité de l'altération cognitive semble incompatible avec l'existence d'une pathologie neurodégénérative. Il semble nécessaire de réaliser une nouvelle IRM cérébrale afin de la comparer à celle d'octobre 2011

Pb: 1/2 refus du médecin car : déjà faite en octobre, 2 mois de délai



## Négociation +++ (3 jours)

Dialogue avec les collègues devant la rapidité d'évolution

Moi: Hydrocéphalie à pression normale

*Pq*: Le meilleur pronostique de tous, bilan neuropsychologique intéressant dans la pathologie car avant/après, 1<sup>er</sup> IRM...

Géiatre CSG (en charge): Non, car elle marche, NSP

Urgentiste: métastases cérébrales

*Pq*: antécédents de cancer, personnes vues au urgences, jamais en gériatrie

Géiatre long séjour: Maladie de Creutzfeld Jacob

*Pq*: a « l'habitude » d'en voir, patient orienté vers des LSG

Géiatre angiologue: Avc, trouble vasculaire (bas débit cérébral...)

*Pq*: antécédent (AOMI, HTA), a conscience du % d'Avc chez les pers présentant des antécédents vasculaires

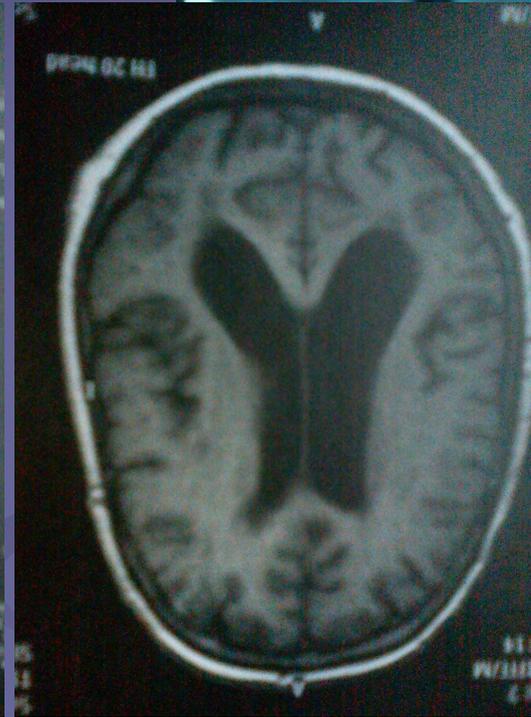
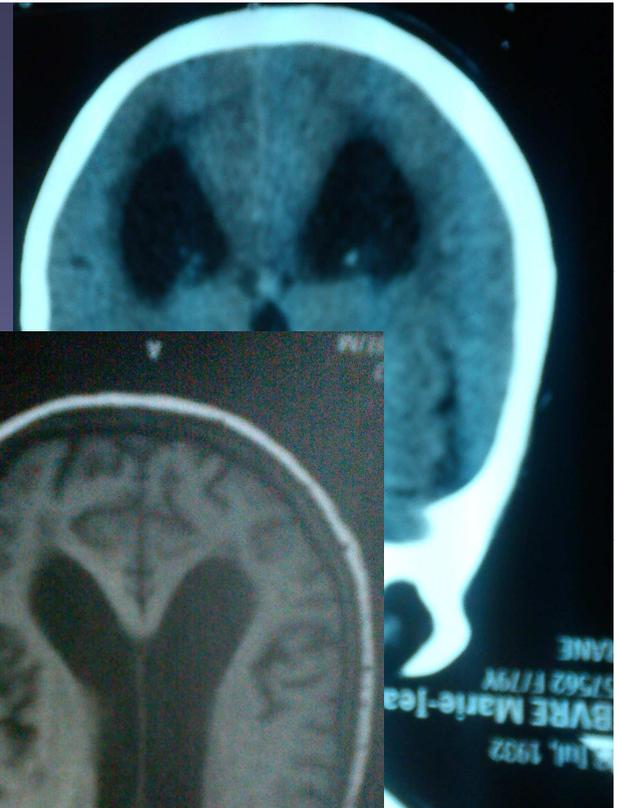
Bilan neuropsychy OK avec chacune des hypothèses, impossibilité de faire le tri dans des pathologies neurologiques « rares »

Passage 3 jours après, rencontre la kiné, dit qu'elle ne marche plus!

Consensus: On demande un scanner : rapide, pas cher mais peu précis

Scanner: Hydrocéphalie, cause non identifiée

IRM: Délai passe de 2 mois à ... 1 jour...



Problème : origine de l'hydrocéphalie? Urgentiste et angiologue pense qu'elle est d'origine carcinomateuse

Ponction puis analyse (1 mois) → non

Départ pour Lille, pose de dérivation. Actuellement en MSG (convalescence)

Remarque, trouble cognitif moindre mais présent (MMS 18/30)

# Etude de cas: Madame B



## *Anamnèse*

Madame B, 75 ans, scolarisée jusqu'à l'âge de 16 ans, a obtenu le CEP et le brevet puis a exercé la profession de vendeuse

Hospitalisée pour maintien à domicile impossible et surdosage médicamenteux

Coopérante, non fatigable. une chute pas d'hallucination

Antécédents: HTA, DNID, syndrome dépressif et méningiome

Vit dans un domicile dont la salubrité est précaire

Langage moyennement fluent, relativement informatif. (manques du mot , digressions )

Affects peu adaptés, tristesse → nombreuses douleurs

Informations autobiographiques correctement rappelées

# Etude de cas: Madame B

## *Bilan neuropsychy*

### Fonctionnement global

MMS à 26/30 (perte de 1 point en OST, perte de 2 points en mémoire, et de 1 point en calcul)

### Mémoire:

MCT, MDT correcte (empan endroit = 5; envers = 4)

MLT légèrement altérée: Fragilité encodage, stockage correct

### Fonctions instrumentales:

Capacités praxiques altérées (*réflexives* = 3/5 ; *idéomotrices* = 7/7).

Visuoconstruction altérée en situation simple

Calcul est correct (Score de 8/10 à la Barcelona)

### Fonctions exécutives:

Capacités d'abstraction préservées (*similitudes de la mattis* = 8/8)

Jugement logique fragile (*Résolution de 3 histoires absurdes* /5)

Initiation verbale correcte (*fluence sémantique* = 9 mots en 1 min)

*Le bilan psychométrique non terminé: sortie de Madame B*

Madame B présente une détérioration cognitive globale légère caractérisée par un trouble de l'encodage en mémoire, des capacités praxiques et du jugement logique.

→ compatible avec les antécédents de Madame B (Antécédents vasculaires, méningiome et syndrome dépressif)

→ Demande d'imagerie, mais...



Syndrome de Diogène (Clark en 1975)  
pour caractériser un trouble du  
comportement de la personne âgée  
conduisant à des conditions de vie  
négligées, voire insalubres.

*Ce syndrome associe :*

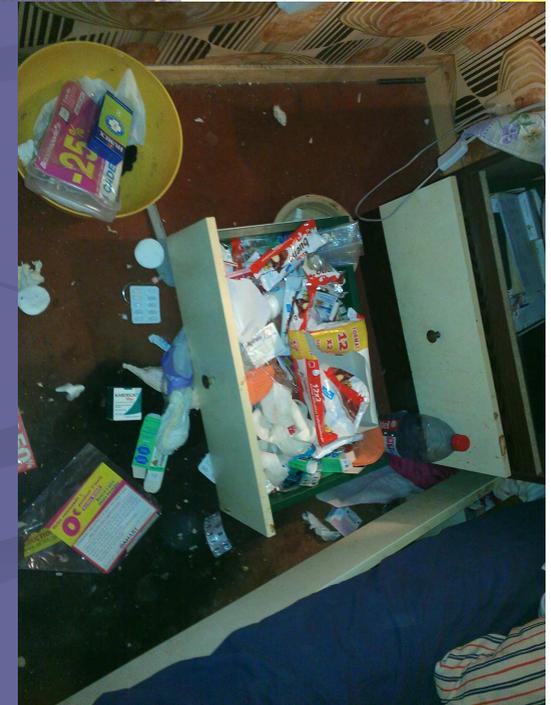
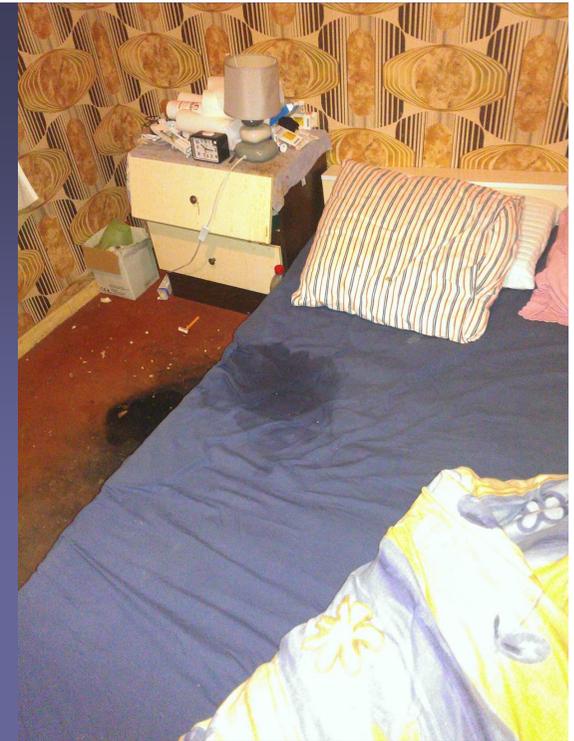
négligence extrême de l'hygiène corporelle  
et domestique

accumulation d'objets hétéroclites

déni de son état, absence de toute honte

isolement social

refus d'aide, vécue comme intrusive



# La place des traitements

# La place des traitements

## Les anticholinestérasiques

donépézil chlorhydrate: ARICEPT, comprimé



Galantamine bromhydrate: REMINYL comprimé, sol. buvable



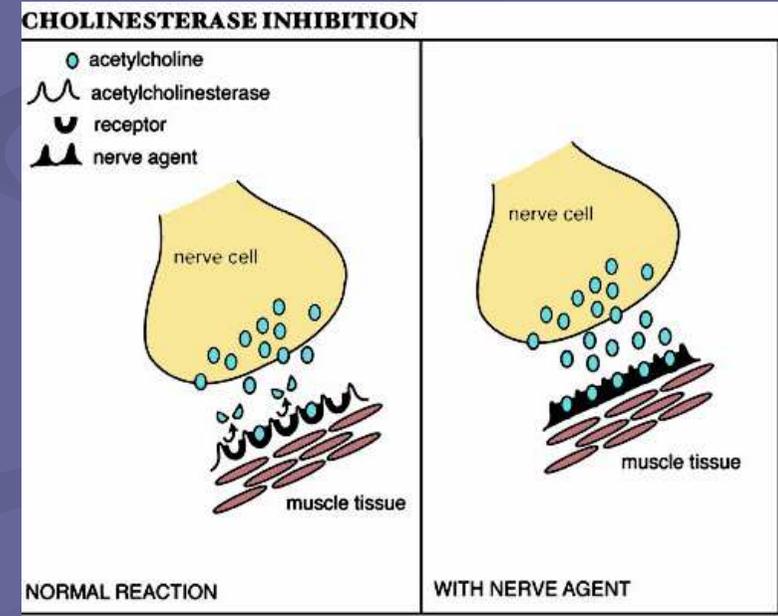
Rivastigmine hydrogénotartrate: EXELON, gélules, patch



→ inhibiteurs de la cholinestérase, responsable de la dégradation de l'acétylcholine

La mémantine: EBIXA, sol. Buvable

→ empêche le récepteur NMDA d'être trop stimulé par l'excès de glutamate



# Aricept (exemple)

## Répondeurs si gain de 4 points sur Adas Cog, sur 6 mois

En conséquence, le donépézil ne peut être considéré comme ayant un effet sur la progression de la maladie. L'efficacité du traitement par donépézil a été étudiée lors de 4 essais cliniques contrôlés contre placebo, 2 essais d'une durée de 1 an. Une analyse a été conduite au terme de 6 mois d'essai clinique de traitement par le donépézil sur une combinaison de trois critères d'efficacité : ADAS-Cog (échelle de mesure de la performance cognitive), l'impression clinique globale de changement évalué par un clinicien et l'entourage (CIBIC - échelle de mesure de la fonction globale) et la sous-échelle des activités de vie quotidienne de la CDR (échelle de mesure des activités du patient liées à la vie en société, aux activités domestiques, à ses passe-temps et son hygiène personnelle). Les patients qui ont satisfait aux critères suivants ont été considérés comme répondeurs au traitement : Répondeurs = Amélioration d'au moins 4 points sur l'échelle ADAS-Cog, pas de détérioration sur l'échelle CIBIC, pas de détérioration sur la sous-échelle d'activités de la vie quotidienne de la CDR.

	Pourcentage de répondeurs	
	Population en "Intention de Traiter" n = 365	Population évaluable n = 352
Placebo	10%	10%
ARICEPT® 5 mg	18%*	18%*
ARICEPT® 10 mg	21%* <b>x</b>	22%**

\* p < 0,05

\*\* p < 0,01

# Effets indésirables

machines complexes des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Les effets indésirables le plus souvent observés ont été : diarrhées, crampes musculaires, fatigue, nausées, vomissements et insomnie. Les effets indésirables qui ont été rapportés plus d'une fois sont classés ci-dessous par système-organe et par fréquence comme définies ci-après: très fréquents ( $\geq 1/10$ ), fréquents ( $> 1/100, < 1/10$ ), peu fréquents ( $\geq 1/1000, < 1/100$ ), très rares ( $\geq 1/10\ 000, < 1/1000$ ) et fréquences inconnue (impossible d'estimer avec les données disponibles).

Système-organe	Très fréquents	Fréquents	Peu fréquents	Rares
Infections		Rhume		
Métabolisme et nutrition		Anorexie		
Psychiatrie		Hallucinations** Agitation** - Agressivité**		
Système nerveux		Syncopé* - Vertiges Insomnie	Convulsions*	Symptômes extra-pyramidaux
Cardiaque			Bradycardie	Bloc sino-auriculaire Bloc auriculo-Ventriculaire
Gastro-intestinal	Diarrhée Nausée	Vomissements Troubles abdominaux	Hémorragies gastro intestinales Ulcère gastrique et duodéal	
Hépatobiliaire				Atteinte hépatique incluant hépatites***
Peau et phanères		Rash - Prurit		
Musculo-squelettique		Crampes musculaires		
Urogénital		Incontinence urinaire		
Généraux	Céphalée	Fatigue - Douleurs		
Examen biologique			Légère augmentation des concentrations sériques en créatinine kinase musculaire	
Traumatisme et empoisonnement		Accident		