LA MALADIE D’ALZHEIMER

# ÉPIDÉMIOLOGIE

* L’âge est un facteur de risque important.
* Touche 1/5 après 80 ans.
* 4ème cause de mortalité.
* En moyenne 10 ans entre diagnostic et décès.
* Problème de santé publique :
* 10 à 20% des entrées en institutions
* 60% vivent à domicile
* Cout annuel estimé entre 4 et 5 milliards d’euros

# histopathologie

Avec l’âge, l’homme subit une **atrophie cérébrale** qui correspond à la perte de poids et à la réduction de taille du cerveau.

Il existe 2 mécanismes dans la maladie d’Alzheimer :

* La formation des plaques séniles : ce sont des dépôts extra neuronaux (en dehors des neurones) composés d’une protéine « peptide β amyloïde » qui vont asphyxier progressivement les neurones jusqu’à leur mort. Elles se localisent en grande parties dans une structure qui est déterminante dans le processus de mémorisation : les Hippocampes(= permet de pouvoir encoder et stocker les informations).
* La dégénérescence neurofibrilaire :à l’intérieur des neurones vont se former des filaments de protéines « protéine Tau ». Celle-ci va subir une transformation chimique (phosphorylation) et s’agréger ce qui va provoquer l’altération du flux neuronal et donc provoquer la mort du neurone et réduire un neurotransmetteur majeur « l’acétylcholine ». La maladie d’Alzheimer est une Tauopathie**.** Ce qui caractérise la maladie d’Alzheimer est son côté progressif sur 1 ou 2 ans.

# facteurs de risques

* L’âge + 70 ans (facteur principal) ; 1 personne sur 5 après 80 ans.
* Sexe féminin (2x plus fréquent que chez l’homme).
* Dépression : la perte d’un proche
* Facteurs génétiques :
* Il existe des formes familiales héréditaires exceptionnelles dues à des mutations génétiques. C’est une forme sporadique (de manière imprévue) qui associe un terrain génétique et l’environnement. Ce sont les antécédents familiaux qui sont important à relever.
* Génotype de l’Apo E4. L’Apolipoprotéine E : c’est une protéine qui transporte le cholestérol dans le sang et les tissus. Le gène qui code pour Apolipoprotéine E, présente des mutations fréquentes (ApoE2, ApoE3, ApoE4 → le plus courant). *La moitié des patients malades de la maladie d’Alzheimer sont porteur de l’ApoE4 de façon élevée.*
* La trisomie 21 après l’âge de 40 ans. 1/2 développe une maladie d’Alzheimer. On appelle cela le syndrome de down.
* Facteurs environnementaux (pas de preuve) :
* HTA non traitée (plus on contrôlera la pression artérielle et mieux on se protègera des risques d’avoir Alzheimer),
* DNID,
* Les antécédents de traumatisme crânien,
* La Maladie de Parkinson,
* Les bas niveaux sociaux culturel.

# facteurs protecteurs

Niveau d’étude : permet de retarder l’entrer dans la maladie. Plus le niveau est élevé plus le diagnostic est dure.

Alimentation (rôle bénéfique des antioxydants) : légumes, vin rouge, poisson trois fois par semaines (acides gras polyinsaturés), Vit B9 et B12 (contenus dans les produits laitiers et les céréales).

# diagnostic

## signes annonciateurs

* Perte de mémoire (ex : prénom des petits enfants).
* Problème de langage : le manque du mot (exemple tu me passes le truc là-bas), change les mots.
* La désorientation dans le temps et l’espace. (Retrouve plus sa maison)
* Difficulté dans le résonnement d’abstrait (devant quelque chose d’absurde la personne y croit).
* Confusion dans les billets de banque
* Perte d’objet → syndrome de persécution
* Perturbation des tâches quotidiennes
* Perte de jugement
* Difficulté aux tâches quotidiennes
* Changement d’humeur et de comportement, irritabilité inhabituelle
* Perte d’initiative = apathie
* Anosognosie : la personne ne reconnait pas sa maladie, elle ne se sent pas malade.

## critÈRES DIAGNOSTICS

* Baisse des performances de la mémoire associée à une atteinte des fonctions cognitives.
* Absence de troubles de la vigilance (toujours dans le présent).
* Il y a un retentissement dans la vie sociale.

## DÉROULEMENT D’UNE CONSULTATION MÉDICALE

Plusieurs phases :

* Dépistage avec entretien avec patient et l’accompagnant
* Un examen clinique
* Une IRM cérébrale en précisant que l’on veut voir les hippocampes.
* Test MMS Mini Mental Status (test en 30 questions très généralistes avec orientation dans le temps et dans l’espace, score sur 30 points). Il permet de suivre l’évolution dans les années à venir mais il ne suffit pas pour faire un diagnostic. Le MMS est considéré comme pathologique en dessous de 24. De 20 à 24 maladie légère de 10 à 19 maladie modérée, en dessous de 10 maladie sévère.
* Test de l’horloge : le patient doit indiquer les chiffres qu’on voit autour d’une horloge et doit indiquer des heures demandées.
* Test de Dubois (test des 5 mots) : le patient les lis à voix haute et on l’aide à les stocker et à les indicer. On va mesurer le rappel libre.
* Le DMS48(48 images on lui demande le nombre de couleur sur chaque image, ensuite on referme et on demande les points communs entre exemple banane et orange ce sont des fruits)
* Sait-il utiliser le téléphone ?
* Sait-il gérer ses médicaments ?
* Sait-il gérer son argent, ses comptes ?
* La conduite automobile
* Bilan neuropsychologique approfondit avec une neuropsychologue qui va explorer la mémoire verbale (test de 16 mots ou 48 mots) → Test Grober et Buschke.
* Test de la mémoire neuroculturelle(élément de l’actualité)
* Test des similitudes**:** orange et poire = fruit
* Gonogo**:** test de résistance de l’interférence
* Un bilan biologique pour éliminer les fausses démences : dosage TS,

# ÉVOLUTION

## 1ÈRE ÉTAPE : DÉBUT INSIDIEUX

Difficile à situer. Les premiers signes sont souvent inaperçus.

Un syndrome dépressif précède ou accompagne ce stade initial.

## 2ÈME ÉTAPE : L’ÉVOLUTION DE 2 À 4 ANS

* Difficultés à apprendre de nouvelles choses.
* Aphasie, agnosie, apraxie.
* Le raisonnement est altéré.
* Désorientation dans le temps et dans l’espace.
* Troubles psychiques : délires de persécution ou des hallucinations.
* Des modifications de l’humeur et du comportement, troubles du sommeil.
* Une perte progressive de l’autonomie fonctionnelle due au fait de ne plus savoir se laver, s’habiller…

## 3ÈME ÉTAPE : AU BOUT D’UNE DIZAINE D’ANNÉE

* Perte du mécanisme de la marche, perte des fonctions motrice
* Survenue d’une incontinence urinaire stade de l’incontinence
* Stade de l’entrée en institution
* Trouble de la déglutition

**🡺 Grabatisation**

# traitement

## troubles cognitifs

Traitement symptomatique, au long court et qui est prescrit à posologie progressive.

Traitements qui vont retarder l’évolution, ils sont prescrits au long court. La réponse à ce traitement est individuelle est non prévisible. Il faut s’assurer qu’il y ait quelqu’un pour l’administrer si la personne ne peut pas le faire seule.

Il existe deux types de traitement :

* Les anticholinestérasiques : ils détruisent l’enzyme qui empêche la sécrétion de l’acétylcholine.
* Traitement de 1ère intention. Effet indésirable : troubles digestifs (diarrhées, perte d’appétit, amaigrissement). *(EXELON®, ARICEPT®, REMINYL®)*
* Les antagonistes des récepteurs à la NMDA : ils bloquent l’entrée du calcium dans les neurones car celui-ci est néfaste pour les neurones.
* Traitement qui agit également sur l’agressivité, les troubles du comportement et les fugues ce qui permet d’éviter la prescription de neuroleptiques. *(EBIXA®)*

## Troubles du comportement

Traitement de la dépression par des antidépresseurs. Doit être traité à tous les stades.

L’anxiété est souvent liée au coucher du soleil aussi et traités par des anxiolytiques.

L’agitation va être traitée par des neuroleptiques.

Les hallucinations et les délires peuvent également être traitées par des antipsychotiques.

## non mÉDICAMENTEUX

La stimulation cognitive (l’entrainement de la mémoire en faisant appel à la mémoire procédurale).

ESAD équipe spécialise Alzheimer à domicile. Ergo et assistante en gérontologie.

La thérapie par les animaux.

La luminothérapie : Réaliser des chambres avec des stimulations visuelles, sonores, … Cela permet de réduire l’anxiété.

Le patient Alzheimer est très ancré dans le présent il faut agir de manière calme et non invasive.