

Confusion mentale

- Début soudain en quelques heures ou jours
- Contexte+++
- Trouble attentionnel majeur
- Tableau:
 - Désorientation temporo-spatiale (DTS)
 - fluctuations du niveau de vigilance au cours de la journée
 - inversion du rythme veille/sommeil
 - Illusions /hallucination
 - État confuso-onirique
 - Langage incohérent
 - Perplexité anxieuse
 - Agitation psycho-motrice ou au contraire prostration
 - Troubles neuro-végétatifs possibles

Confusion mentale: principales étiologies

- Toxiques:
 - médicaments: BZD; ach(-); antidépresseurs; antiépileptiques; corticoides; levodopa;
 - alcool: ivresse aiguë, D
 - drogues: cocaïne, opium
 - solvants, toxiques
- Métaboliques
 - Troubles hydro-électrolytiques : hyperN ou hypoN, hyperK ou hypoK, hyperC, hypoglycémie
 - Endocrinopathie: parathyroïde, thyroïde, Addison, Cushing, acido-cétose
 - Troubles carenciels: B1 (G-W), B12, folates, PP
 - Insuffisance rénale
 - Porphyrisme aiguë
 - Sevrage: médicaments, alcool
- Neurologiques:
 - Méningite, encéphalite
 - Hémorragie méningée
 - TC
 - HTIC
 - Encéphalopathie hypertensive
 - Migraine
 - HSD
 - Épilepsie: confusion post-critique, crise partielle complexes
- Autres:
 - Toute fièvre élevée
 - Choc opératoire
 - Troubles psychiatriques: manie, psychose

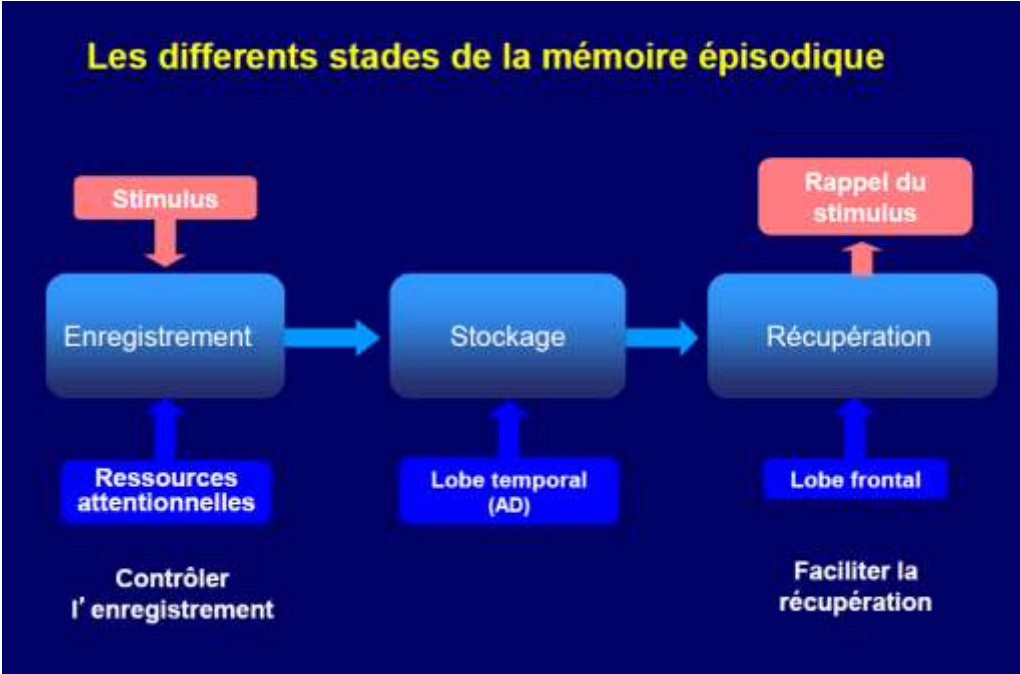
Plainte mnésique

- Symptôme d'une grande fréquence
50% des sujets de plus de 50 ans
66% des sujets de plus de 75 ans
- Non corrélé aux performances réelles
- En rapport le plus souvent avec des troubles attentionnels
- Aucun élément quantitatif ou qualitatif ne peut orienter

Devant une plainte mnésique, rechercher :

- D'abord un trouble attentionnel
 - troubles dysthymiques ou état dépressif
 - trouble anxieux généralisé
 - stress professionnel
 - prise de médicaments : BZD, Ach(-)
 - troubles du sommeil et SAS
 - hypothyroïdie
 - vieillissement normal +++
- Plus rarement, une affection dégénérative
 - plainte alors souvent exprimée par l'**entourage**
 - cependant, la plainte spontanée serait un facteur de risque d'**évolution démentielle (Paquid)**

Les différents stades de la mémoire épisodique



« Les 5 mots »

2 étapes :

phase d'apprentissage = score d'apprentissage (/ 5)

Étude de la mémoire = score de mémoire (/ 5)

**Musée
Limonade
Sauterelle
Passoire
camion**

Intérêt de l'indigage sémantique

- Musée
- Limonade
- Sauterelle
- Passoire
- Camion

Quel est le nom de: boisson...ustensile de cuisine... bâtiment...insecte...véhicule...

Avantages de l'indigage sémantique:

- 1. Après la présentation de la liste**, il permet de contrôler que l'information a bien été enregistrée;
- 2. Après le délai**, il facilite la récupération des informations stockées et permet de séparer troubles de récupération et déficits de stockage

Le concept du MCI

- 1) un trouble *objectif* de la mémoire**
élimine la plainte subjective isolée
- 2) un trouble cognitif *léger***
élimine une démence
- 3) le plus souvent en rapport avec une MA, mais pas toujours**
doit être considéré comme un syndrome

MCI = les critères diagnostiques

- Plainte mnésique
- Efficience intellectuelle normale
- AVQ normales
- Absence de démence
- Diminution objective des performances mnésiques pour l'âge
- CDR = 0.5

(Flicker, 92 ; Petersen, 95)

La limite principale : l'hétérogénéité

L'hétérogénéité des affections responsables de MCI empêche :

- de définir des critères trop précis
- de développer une stratégie thérapeutique spécifique
- de prédire un pronostic pour un patient donné

Le diagnostic de démence

Critères DSM IV

- 1. Troubles de la mémoire épisodique**
- 2. Atteinte d'une autre fonction cognitive**
- 3. Déclin et/ou perturbation des activités socioprofessionnelles**
- 4. Absence de dépression ou de confusion mentale**

évaluation

- 1. Rappel d'une liste de mots et orientation temporo-spatiale**
- 2. Fluence, dénomination, praxies réflexives, dessin de l'horloge**
- 3. Mini Mental Status et Activités de vie quotidienne**
- 4. Evaluation de l'état thymique**

ECHELLE IADL

•Capacité à utiliser le téléphone:

- Utilise le téléphone de sa propre initiative
- Compose un petit nombre de n° bien connus
- Répond mais n'appelle pas
- Incapable d'utiliser le téléphone

•Utilisation des moyens de transport :

- Peut voyager seul
- Peut se déplacer seul en taxi
- Peut prendre les transports en commun si accompagné
- Ne se déplace plus du tout

• Prise des médicaments :

- S'occupe lui-même de la prise
- Peut les prendre s'ils sont préparés
- Incapable de les prendre lui-même

• Capacité à gérer seul son budget:

- totalement autonome
- se débrouille pour les dépenses au jour le jour mais difficultés pour gérer le budget
- incapable de gérer l'argent

Les démences secondaires à un mécanisme

•**vasculaire** : démence par infarctus multiples ou stratégiques; état lacunaire; Binswanger; Cadasil

•**infectieux** : VIH; PG; CJ

•**inflammatoire** : SEP; LEMP

•**métabolique** : encéphalopathie rénale; hypothyroïdie

•**post-radique**

•**carentiel** : B 12 ? Folates ?

•**toxique** : Alcool ?

•**neuro-chirurgical** : tumeurs, hydrocéphalie, traumatismes ...

DEMENCE VASCULAIRE PRESENTATION CLINIQUE

Modalité évolutive :

- progression en marche d'**escalier**
- fluctuation des troubles
- **mais une progression régulière est possible +++ (lacunes, LE)**

Profil neuropsychologique :

- syndrome frontal
- **déficit mnésique de profil sous-cortico frontal**
- **± déficit fn instrumentales**
- anosognosie / anosodiaphorie

Troubles du comportement :

- hyperémotivité, irritabilité
- indifférence affective, apathie
- TOC : noyau caudé, pallidum, thalamus
- dépression

Symptômes neurologiques focaux

Démences Dégénératives (70%)

- Démences corticales

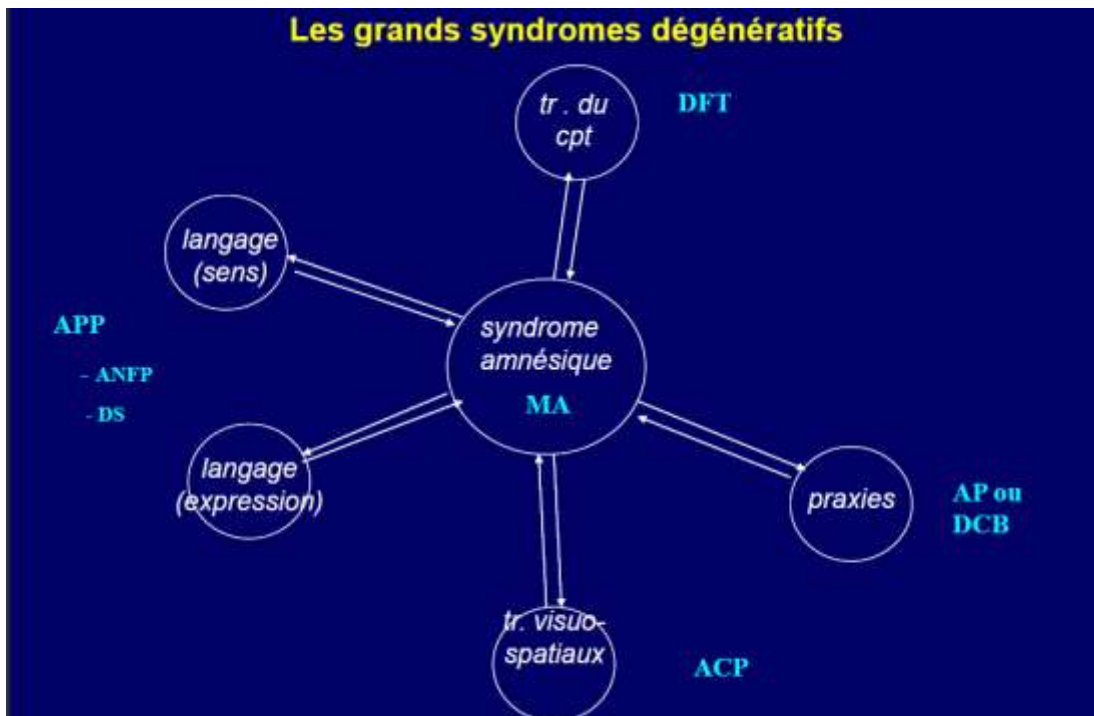
- Maladie d'Alzheimer
- Démence à corps de Lewy
- Démence fronto-temporales
- Atrophies lobaires: aphasies progressives, atrophie corticale postérieure

- Démences souscortico-frontales = démences associées à :

- Maladie de Parkinson
- PSP
- Maladie de Huntington

- Démences souscortico-corticales

- Dégénérescence cortico-basale (DCB)



Maladie d'Alzheimer

La MA est une démence amnésique progressive

Le syndrome amnésique est inaugural,
Lié à l'atteinte précoce des formations hippocampiques

Secondairement associée à :

- un syndrome dysexécutif
- l'atteinte des fonctions instrumentales : troubles du langage, des praxies, de la reconnaissance des visages ou des objets
(En rapport avec la diffusion des lésions vers le neocortex associatif)
- des troubles du comportement et de l'affectivité
- un retentissement sur l'autonomie

Le concept de Dégénérescence lobaire fronto-temporale

- Le concept de DLFT regroupe:
 - La DFT
 - L'ANFP
 - La DS
- Car elles ont en commun:
 - Une atrophie fronto-temporale
 - Des symptômes
 - Des formes de passage

Démence fronto-temporale

- Motifs de consultation:
 - pathologie psychiatrique ou démence atypique
 - médecine du travail ou ANPE
 - **problèmes médico-légaux** (Mendez, 2000)
- Présentation caractéristique
 - altération des conduites personnelles et sociales
 - indifférence aux propos de l'accompagnant
 - pas de conscience des troubles
 - langage spontané diminué
 - **respect des fonctions instrumentales – pas de DS**
 - pas d'amnésie sévère

Fonctions exécutives et DFT (1)

	Au début	Au cours de l'évolution
apathie	57 %	84 %
aspontanéité	52 %	74 %
oubli	42 %	70 %
inattention	40 %	68 %
indifférence	39 %	68 %
distractibilité	30 %	66 %
impulsivité	29 %	51 %
tristesse	28 %	41 %
hyperoralité	26 %	55 %
logopénie	26 %	71 %

D après Verpillat et al., 2002

DFT: examen neuropsychologique

MMS : longtemps normal

- Oubli des mots retrouvés par l'indication
- Erreurs ou non réponse au compte à rebours
- Pas de désorientation spatiale
- Respect des fonctions instrumentales (pas d'apraxie, d'aphasie, agnosie)
- Bonne gestion de l'environnement (pas d'apraxie... ni d'agnosie...)
- Echelle de Démence de MATTIS
- Batterie Rapide d'Efficiency Frontale (FAB)

Aphasie non fluente progressive

- **Discours réduit**
- **apragmatisme**
- **trouble de la programmation phonétique**
- **paraphasie phonétique**
- **apraxie bucco-faciale**
- **agrammatisme**
- **manque du mot**
- **trouble de la répétition**
- **alexie**
- **agraphie**

Démence sémantique

- Discours fluent, peu informatif
- perte du sens du mot
- trouble de compréhension
- trouble de la dénomination
- trouble de la définition des mots
- paraphasies sémantiques
- dyslexie de surface
- dysorthographe de surface
- préservation de la lecture et écriture des mots réguliers
- préservation de la répétition des mots isolés - limitation des intérêts et égocentrisme

Dégénérescence Cortico-Basale

Signes d' atteinte des ganglions de la base	Signes « corticaux »	Autres signes
Akinésie, rigidité Dystonie d' un membre Mouvements choréo-athétosiques Instabilité posturales, chutes	Agraphesthésie, extinction sensitive Phénomène du « membre étranger » Démence Apraxie, dyspraxie Syndrome frontal* Dysphasie, aphasie	Tremblement action ou postural Syndrome pyramidal, signe de Babinski Troubles oculomoteurs Dysarthrie Myoclonies réflexes Dysphagie

Signes cliniques les plus fréquents

* les signes frontaux peuvent également avoir une origine sous-corticale

Atrophies corticales postérieures

- Rares
- Tableau stéréotypé (Benson, 1988)
 - Troubles visuo-spatiaux complexes
 - Simultagnosie, agnosie visuelle, Balint, cécité corticale (Jarry et al, 1999).
- IRM/SPECT: atteinte bilatérale $\pm$ symétrique des aires postérieures (18, 19, 17 $\pm$ 7, 37)
- DD: CJD

Démence à corps de Lewy

- Détérioration cognitive progressive retentissant sur la vie sociale et quotidienne avec prédominance de troubles de l'attention et visuo-spatiaux
- Présence d'au moins deux des signes suivants :
 1. Fluctuation cognitive avec variation de la vigilance et de l'attention
 2. Hallucinations visuelles élaborées et récurrentes
 3. Syndrome parkinsonien (sans NLP)