

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées

Symptômes / évolution / diagnostic / traitements

France Alzheimer, un réseau d'associations partout en France au service des personnes malades et de leur famille.

Pour nous soutenir ou contacter l'association la plus proche de chez vous, composez le :



(coût d'un appel local)

SOUTIEN·INFOS·CONSEIL·ECOUTE



© Fotolia - DR.

Union nationale
des associations France Alzheimer
et maladies apparentées

21, boulevard Montmartre - 75002 Paris
www.francealzheimer.org

 **ASSOCIATION
FRANCE ALZHEIMER**
www.francealzheimer.org

Un malade, c'est toute une famille qui a besoin d'aide

 **ASSOCIATION
FRANCE ALZHEIMER**
www.francealzheimer.org

Un malade, c'est toute une famille qui a besoin d'aide

La maladie d'Alzheimer est une affection du cerveau dite « neurodégénérative », du fait qu'elle entraîne une disparition progressive des neurones.

Elle provoque une altération des facultés cognitives : mémoire, langage, raisonnement, etc. L'extension des lésions cérébrales entraîne d'autres troubles qui réduisent progressivement l'autonomie de la personne.

Elle apparaît plus souvent chez les personnes âgées, mais elle n'est pas une conséquence normale du vieillissement.

Sommaire

P5	Les symptômes
P10	Les origines et l'évolution
P14	Les maladies apparentées
P17	Le diagnostic
P20	Les traitements

Les symptômes

Quels sont les premiers signes de la maladie ?

La maladie se manifeste le plus souvent au début par des troubles de la mémoire.

Mais il faut distinguer les oublis bénins des oublis anormaux. Oublier un rendez-vous, un numéro de code, l'endroit où l'on a rangé ses clés, cela peut arriver à tout un chacun et peut être dû à un manque d'attention. Il est également banal d'avoir par moments des difficultés à se remémorer des noms de personnes connues.

Dans la maladie d'Alzheimer, les troubles de la mémoire prennent un tour particulier, amenant par exemple la personne à oublier des événements familiaux qui la touchent de près.

Mais ce glissement est progressif et peut ne pas être perçu par l'entourage, surtout quand la personne « compense » ses difficultés.

Les troubles de la mémoire ne sont pas les seuls signes de la maladie. Des changements surprenants



dans les habitudes (en particulier dans la gestion de l'argent, les déplacements, l'usage du téléphone, les médicaments), l'incapacité à trouver ses mots, la confusion dans les lieux et le temps, les difficultés à suivre une conversation, une modification du comportement, sont autant d'indices qui peuvent alerter l'entourage.

Est-il juste de parler de « maladie de la mémoire » ?

“ En un sens, oui, car la première zone du cerveau affectée par la maladie est l'hippocampe, structures essentielles pour la mémoire des faits. ”

Au début, la personne malade a de plus en plus de mal à enregistrer de nouvelles informations. Elle ne se souvient plus de ce qu'elle vient de faire ou repose les mêmes questions à quelques minutes d'intervalle. La capacité à créer de nouveaux souvenirs est altérée. En revanche, les souvenirs lointains, comme par exemple l'école ou le premier emploi, sont préservés.

Puis, au fil des mois et des années, à mesure que les lésions cérébrales s'étendent, elle a également de la peine à restituer les événements plus anciens. L'incapacité à récupérer des souvenirs « remonte » en fait l'histoire de la personne, des événements les plus proches aux plus éloignés.

Qu'appelle-t-on aphasie ?

Ce sont les troubles du langage. La personne a du mal à parler et/ou à comprendre ce qu'on lui dit.

Au début, les difficultés ne concernent que quelques mots, les plus compliqués en général. Puis même les mots simples posent problème. La personne malade emploie des mots inappropriés, en invente, ou répète le même terme. Ces troubles peuvent évoluer jusqu'au mutisme.

Les troubles du langage apparaissent dans la grande majorité des cas. Toutefois, chez beaucoup de personnes, ils ne sont pas trop prononcés.

A terme, le dysfonctionnement de la mémoire entraîne une autre perception de la réalité. Si elle a « oublié » 20 ans de souvenirs, la personne croit à certains moments vivre dans le quotidien qui était le sien il y a 20 ans.

On ne peut toutefois résumer la maladie d'Alzheimer aux troubles de la mémoire. Toutes les facultés cognitives - autrefois appelées fonctions intellectuelles - sont touchées.

On parle de « maladie des 4A » : amnésie, apraxie, agnosie, aphasie. Auxquelles il faut rajouter les troubles de l'orientation et des fonctions exécutives.

Qu'appelle-t-on apraxie ?

Ce sont les troubles des gestes.

Au début de la maladie, on les détecte dans la moindre qualité de l'écriture et du dessin. Puis les difficultés surviennent pour des activités requérant un peu d'habileté, comme le tricot, le bricolage, la cuisine.

A un stade avancé, même les tâches les plus simples posent problème : boutonner sa veste, couper sa viande, utiliser un ouvre-boîte, s'habiller, se laver, etc.

Les troubles des gestes entraînent une grande perte d'autonomie, rendant nécessaire l'intervention d'une tierce personne.

Pour les tâches touchant à l'intimité, il est préférable que ce soit un professionnel qui s'en occupe, afin de ne pas perturber la relation entre la personne malade et l'aidant familial.



Qu'appelle-t-on agnosie ?

Ce sont les troubles de la reconnaissance. La perception sensorielle est intacte, mais la personne malade n'arrive plus à identifier les objets et/ou les personnes. Le trouble peut être visuel, auditif, tactile ou olfactif.

Dans la plupart des cas, il y a au moins une agnosie visuelle, plus ou moins marquée.

En revanche, la reconnaissance tactile peut être longtemps préservée. Il arrive ainsi que les personnes malades « explorent » par le toucher des objets ou des personnes qu'elles n'ont pas réussi à identifier par la vue. Lorsque l'agnosie est complète, la personne ne peut plus « compenser » par aucun sens.

A noter que dans la maladie d'Alzheimer, on retrouve deux types d'agnosies bien particulières :

- **La non-reconnaissance des visages, qu'on impute souvent par erreur à un trouble de la mémoire. Beaucoup de personnes malades compensent par la voix.**
- **La non-reconnaissance de la maladie. Les troubles ne sont pas perçus par la personne. Elle ne s'estime pas malade. Cette agnosie est parfois confondue avec le déni, qui est un mécanisme de défense psychologique.**

Que recouvrent les troubles de l'orientation ?

Ils sont de deux sortes :

- **La désorientation temporelle.** C'est l'incapacité à se situer dans le temps. Le trouble évolue selon une logique « décroissante » : au début, la personne malade ne saura plus dire quelle est l'année. Puis, elle ne reconnaîtra plus la saison, la journée, l'heure, etc.
- **La désorientation spatiale.** C'est l'incapacité à se situer dans l'espace. Les difficultés se feront d'abord sentir dans des lieux inconnus. Puis la personne n'arrivera plus à se situer dans son quartier, sa maison, sa chambre, etc.



Que recouvrent les troubles des fonctions exécutives ?

Il s'agit de l'altération des capacités requises pour exécuter une action :

- **L'attention**, autrement dit la capacité à se focaliser sur une tâche.
- **Le raisonnement**, qui recouvre la capacité à comprendre la logique d'un mécanisme et à conceptualiser.
- **La planification.** C'est la capacité de concevoir et d'enchaîner selon un ordre logique les étapes qui composent une action.

Par exemple

Se servir un verre d'eau implique la planification de plusieurs étapes : prendre la bouteille, la déboucher, verser l'eau dans le verre, le porter à la bouche.

Pourquoi des troubles du comportement ?

Dans la maladie d'Alzheimer, les troubles du comportement ne sont pas toujours des symptômes en tant que tels, mais une conséquence des troubles cognitifs.

Ces troubles peuvent aussi être la conséquence d'une gêne physique, d'une modification de l'environnement, voire d'une attitude inadéquate de l'entourage.

Ils expriment souvent un besoin. L'aidant doit essayer de l'identifier pour y apporter une réponse appropriée.

Par exemple

La personne malade déambule parce qu'elle est désorientée ou agresse la personne qui va s'occuper d'elle parce qu'elle ne la reconnaît plus.

La dépression est-elle un signe de la maladie ?

“

Le sentiment de perdre son autonomie et ses capacités entraîne logiquement une baisse du moral, pouvant aller jusqu'à la dépression. Il s'agit dans ce cas d'une conséquence de la maladie, fréquente avant le diagnostic, récurrente par la suite.

Les médecins se demandent également si la dépression n'est pas un « facteur de risque », un élément pouvant favoriser l'apparition de la maladie. Mais il ne s'agit là que d'une hypothèse.

Reste que la plupart des dépressions chez les personnes âgées n'ont rien à voir avec la maladie d'Alzheimer. Elles doivent être traitées comme telles. ”

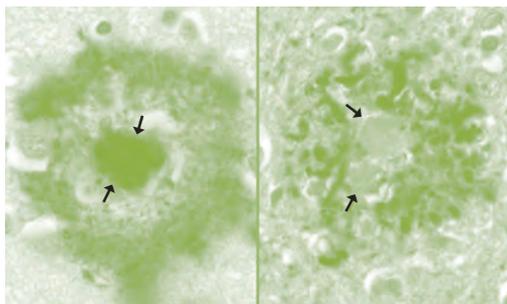


Les origines et l'évolution

Quelles sont les lésions caractéristiques de la maladie ?

La maladie d'Alzheimer est la conséquence du développement de deux types de lésions au niveau du système nerveux central :

- **Les dégénérescences neurofibrillaires** : il s'agit de l'apparition, au sein des neurones, d'anomalies de la protéine Tau.
- **Les plaques amyloïdes ou « plaques séniles »** : il s'agit du dépôt, en dehors des neurones, de la protéine Béta amyloïde.



Ces lésions envahissent progressivement les différentes zones du cortex cérébral. Elles sont longtemps silencieuses et entraînent des manifestations visibles au fur et à mesure qu'elles touchent des zones importantes pour le fonctionnement cérébral.

La maladie d'Alzheimer est-elle une « maladie de la personne âgée » ?

Jusqu'aux années 1960-1970, le déclin intellectuel a été considéré comme une conséquence du vieillissement. Il était normal de de-

venir « gâteux » ou de « retomber en enfance ». Une idée reçue qui, malheureusement, imprègne encore certains raisonnements aujourd'hui.

Même si le risque d'être atteint augmente avec l'âge, les processus propres à la maladie d'Alzheimer et ceux du vieillissement classique sont très différents.

Chez la personne âgée non malade, les tâches sont accomplies de la même façon que chez le sujet jeune, avec plus de temps et d'efforts.

La personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, elle, n'est plus en mesure d'accomplir certaines tâches.

Connaît-on les causes de la maladie ?

Si les chercheurs ont bien mis en lumière les mécanismes de production des lésions, ils n'ont pas encore identifié les causes de leur apparition. Mais ils ont mis en évidence des circonstances favorisant le développement de la maladie, ce qu'on appelle « facteurs de risque ».

Parmi ces « facteurs de risque » on trouve :

- **L'âge.** Les personnes âgées sont les plus touchées.
- **Le sexe.** Le risque d'apparition de la maladie est plus important chez les femmes après 80 ans.
- **Les facteurs de risques vasculaires.** Le diabète, les troubles lipidiques, l'hypertension artérielle, ainsi que le tabac, paraissent favoriser le développement des pathologies de type Alzheimer.
- **Les antécédents familiaux.** Le risque est légèrement accru s'il y a plus d'un ascendant ou d'un collatéral atteint (voir aussi « La maladie d'Alzheimer est-elle héréditaire ? »)

A quel âge apparaît la maladie d'Alzheimer ?

La maladie frappe principalement des personnes âgées de plus de 65 ans.

Mais, selon des estimations, il y aurait environ 32 000 Français de moins de 65 ans atteints. De rares cas sont décelés avant 40 ans.

Combien de personnes sont touchées ?

En 2008, selon l'Assurance maladie, 400 000 personnes de plus de 60 ans étaient déclarées en « affection de longue durée » ou traitées pour une maladie d'Alzheimer ou apparentée.

Mais les études épidémiologiques montrent que près de la moitié des personnes malades ne sont pas diagnostiquées. Le nombre de Français touchés par la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées dépasse ainsi le million.

La maladie d'Alzheimer est-elle héréditaire ?

Il existe des formes dites « familiales » de maladies d'Alzheimer, liées à des mutations au niveau de certains gènes. Très peu nombreuses, elles ne concernent qu'environ 1% de l'ensemble des malades.

Dans ces formes, les descendants porteurs de la mutation déclenchent la maladie, souvent de façon précoce, parfois avant 40 ans. Dans les familles concernées, un grand nombre de personnes sont atteintes par la maladie.

Dans les autres cas - 99% - la maladie est dite « sporadique ». Son apparition est d'origine multifactorielle, résultant de l'interaction d'un « terrain » plus ou moins prédisposant et de « facteurs de risque ».

La part de « terrain » prédisposant, plus ou moins importante selon les cas, semble liée à des constitutions génétiques particulières. On a ainsi

mis en évidence l'implication de l'apolipoprotéine E qui, selon les individus, existe sous trois formes, les porteurs de la forme 4 étant plus exposés à développer la maladie, alors que la forme 2 aurait un rôle protecteur.

Ce « terrain » prédisposant peut expliquer que l'existence de plusieurs cas au sein d'une famille augmente le risque de maladie, sans que cela soit inéluctable. Une action visant à corriger les autres facteurs de risque (hypertension artérielle, diabète...) prend alors toute sa valeur.

On attache également beaucoup d'intérêt à d'autres éléments de prévention, en particulier à l'alimentation (riche en légumes et fruits et restreinte en graisses animales) et à l'activité intellectuelle et physique.

Quelles sont les étapes de la maladie ?

Toutes les personnes ne sont pas affectées au même rythme et de la même manière.

On peut néanmoins dégager schématiquement plusieurs étapes :

- **La phase préclinique.** Les lésions de la maladie sont présentes, mais ne « s'expriment » pas.

- **La phase de début.** La mémoire à court terme se détériore. On se souvient très bien des souvenirs d'enfance, alors qu'on ne se rappelle plus ce qu'on vient de dire au téléphone. Souvent, on considère à tort ces changements comme des manifestations normales du vieillissement. Peuvent survenir également des difficultés à s'exprimer, un manque d'entrain ou de l'agressivité.

- **La phase modérée.** La sévérité des symptômes retentit sur le quotidien de la personne, l'oblige à quitter son emploi si elle était en-

core en activité. Les problèmes de mémoire s'aggravent. L'autonomie baisse. L'habillage et la toilette deviennent difficiles. La vie au domicile n'est possible qu'avec l'aide de l'entourage. Certaines personnes ont de plus en plus de difficultés à s'exprimer verbalement, d'autres à s'orienter dans le temps et l'espace.

- **La phase avancée.** La personne malade n'est plus capable de manger, de marcher ou d'aller aux toilettes seule. Elle ne reconnaît plus les membres de sa famille. Elle a perdu l'usage du langage. Une surveillance constante s'impose. Des soins dans un centre spécialisé s'avèrent souvent nécessaires. Toutefois, l'échange avec la personne malade peut perdurer en s'appuyant sur la communication non-verbale.

La maladie d'Alzheimer empêche-t-elle de mener une vie active ?

“

Non.

Nombre de personnes malades mènent une vie active et intéressante de longues années après l'annonce du diagnostic. Elles ont des projets, leur vie a toujours un sens.

Dans l'image que s'en fait l'opinion, la maladie est souvent associée à sa phase avancée ou terminale, ce qui est très réducteur.

La poursuite des activités, dans un cadre approprié, et le maintien d'une vie sociale favorisent un meilleur état de santé de la personne.

”

Meurt-on de la maladie d'Alzheimer ?

L'espérance de vie des personnes malades est inférieure à celle des personnes indemnes de cette affection. Une personne malade diagnostiquée à 65 ans vivra ainsi en moyenne 8 ans. Mais la durée est très variable selon les individus, pouvant aller de 3 à 20 ans.

Les causes du décès sont diverses. Les personnes meurent soit d'une autre pathologie (cancer, accident

vasculaire cérébral, pneumonie), soit à la suite de complications entraînées par la maladie.

La perte d'autonomie, avec pour corollaire la dénutrition, la perte de mobilité, les troubles de la déglutition, favorise des pathologies qui peuvent être fatales. La survenue d'une affection est plus difficile à diagnostiquer et à soigner chez un malade Alzheimer.

Les maladies apparentées

Que sont les maladies apparentées à la maladie d'Alzheimer ?

Ce sont toutes les maladies qui vont présenter les mêmes types de symptômes que la maladie d'Alzheimer et qui ont un caractère irréversible. Les dégénérescences fronto-temporales, la démence à corps de Lewy, la démence vasculaire sont les plus fréquentes.

Que sont les dégénérescences fronto-temporales ?

Dans ces pathologies, ce sont les parties frontales et parfois temporales du cerveau qui présentent des lésions. Il existe plusieurs sortes de dégénérescences fronto-temporales :

- **La maladie de Pick et la démence frontale atypique.** Les symptômes sont identiques. Dans la maladie de Pick, on constate la présence de cellules particulières à l'examen post-mortem du cerveau : les corps de Pick (du nom d'un neurologue tchèque du siècle dernier). Ces cellules n'apparaissent pas dans la démence frontale atypique.

Elles se différencient soit par le type de lésion observée, soit par la zone touchée, soit par la cause de la destruction neuronale. Chacune de ces maladies requiert un accompagnement spécifique.

Que penser du terme de démence ?

Dans le langage courant, le terme de démence est associé à la folie. Il est donc recommandé de ne pas l'utiliser afin de ne pas stigmatiser les personnes malades.

Dans le langage strictement médical, le syndrome démentiel caractérise un stade évolutif de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, signifiant que l'altération des fonctions cognitives entraîne une perte de l'autonomie dans la vie quotidienne et sociale.

A noter qu'aujourd'hui, on n'utilise que rarement le terme de « maladie de Pick », on parle plutôt de « démence frontale ».

- **La démence sémantique.** Initialement, elle se caractérise par la perte du sens des mots (objets, visages, etc.) et des concepts. La personne se plaint de perdre son vocabulaire et ne comprend plus certains termes. La parole est fluide, mais n'a plus de sens. Plus tard, la personne présente des troubles du caractère : égocentrisme et psycho-rigidité en particulier. A plus long terme, d'importants troubles du comportement apparaissent.

- **L'aphasie primaire progressive.** Pendant plusieurs années, les troubles du langage constituent l'essentiel des difficultés de la personne, qui conserve une autonomie physique et intellectuelle presque totale. Au début, la personne ne trouve plus ses mots et des troubles de la compréhension apparaissent. Puis le débit verbal diminue. La difficulté à se faire comprendre peut toutefois générer de l'agressivité.

Toutes ces maladies se caractérisent, à des stades différents, par des troubles du comportement (perte des convenances, vulgarité, négligence physique, impulsivité, appétence pour l'alcool, etc.), des troubles de l'humeur (dépression, anxiété, apathie, indifférence, crise de colère) et des troubles du langage.

En revanche, les troubles de la mémoire sont beaucoup moins importants que dans la maladie d'Alzheimer. Les capacités d'orientation dans le temps et dans l'espace sont longtemps préservées, tout comme certaines capacités cognitives.

Les troubles frontaux peuvent s'exprimer par de la désinhibition - la personne est dans le « trop » en activité, en parole, en comportement - ou par de l'inhibition - la personne est alors de plus en plus repliée sur elle-même, mutique, parfois jusqu'à l'apathie.

Qu'est-ce que la démence à corps de Lewy ?

On retrouve certains symptômes de la maladie d'Alzheimer avec des particularités, notamment une

grande variabilité des troubles dans une même journée, ainsi que des troubles de la marche (chutes

Qu'entend-on par maladie neurodégénérative ?

C'est une maladie qui se caractérise par l'altération de structures neuronales essentielles, en particulier les cellules nerveuses (appelées aussi neurones), du fait des lésions dégénératives. Ce processus est lent et progressif.

70% des démences sont neurodégénératives. Les autres sont des démences non dégénératives ou mixtes.

en arrière à répétition) et des hallucinations. Ce sont souvent des hallucinations visuelles, mais elles peuvent être aussi auditives ou olfactives.

On retrouve également un syndrome parkinsonien ainsi que des troubles du sommeil avec des cauchemars.

Il est important de faire un diagnostic précis afin de ne pas prescrire des neuroleptiques qui provoquent une aggravation sensible des troubles et peuvent être mortels.

A noter que le diagnostic de cette démence est souvent réalisé en deux temps, car au départ, elle prend l'allure d'une maladie d'Alzheimer ou de Parkinson.

Qu'est-ce qu'une démence vasculaire ?

Contrairement à la maladie d'Alzheimer, aux dégénérescences fronto-temporales et à la démence à corps de Lewy, elle est non dégénérative.

Les troubles sont provoqués par des accidents vasculaires cérébraux (AVC), par hémorragie ou embolie des vaisseaux du cerveau.

Tous les AVC ne conduisent pas à des troubles cognitifs. On parle de démence vasculaire si à la suite d'un AVC une personne présente

les troubles caractérisant la démence. Cela est fonction de la zone du cerveau touchée et des possibilités pour les neurones restants de récupérer les fonctions perdues.

On peut être victime d'un seul AVC important qui aura des conséquences dramatiques. Dans ce cas les troubles s'installent brutalement.

Mais parfois, des micro-AVC répétés vont, à terme, endommager le cerveau. Dans ce cas, les symptômes s'installent progressivement.

Maladie de Parkinson et syndrome démentiel

La maladie de Parkinson est neurodégénérative.

Elle entraîne des tremblements et raideurs, un ralentissement et des troubles de la marche qui vont retentir sur toutes les activités motrices de la personne.

Après une évolution sur de nombreuses années, seules 20 à 30% des personnes auront des troubles démentiels.

Le diagnostic

Quand et où se fait le diagnostic ?

La première étape est la consultation chez le médecin généraliste.

Celui-ci, après une évaluation globale, décide ou pas d'orienter la personne vers une consultation spécialisée (consultation mémoire ou centre de consultation mémoire et de recherche) ou vers un spécialiste libéral (neurologue ou psychiatre).

Le diagnostic est pluridisciplinaire. Idéalement, il comprend une évaluation neuropsychologique, un examen d'imagerie cérébrale, un examen neurologique, un bilan médical global, et un examen psychiatrique si nécessaire.

Pour la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, le diagnos-

tic est long à établir, en particulier à cause du caractère progressif des symptômes. La frontière entre ce qui est bénin et ce qui est pathologique n'est pas toujours claire au stade précoce de la maladie.

Le délai moyen entre l'apparition des premiers troubles et l'annonce du diagnostic est de 24 mois en France : ce retard au diagnostic devrait être raccourci grâce à la vigilance de tous.

La liste des consultations mémoire par région est disponible sur le site du 3^e Plan Alzheimer :

www.plan-alzheimer.gouv.fr

La Haute Autorité de Santé a publié des recommandations diagnostiques à l'intention des médecins.

En quoi consiste le bilan neuropsychologique ?

Il s'agit d'une série de tests sous forme de questions ou de tâches simples à accomplir. On évalue ainsi les troubles cognitifs du patient : mémorisation, langage, compréhension, raisonnement, planification, etc.

C'est la méthode qui permet de détecter les symptômes le plus tôt. Les tests sont adaptés au patient, en fonction de son niveau socio-culturel notamment et du stade de l'évolution de la maladie.

Plus tôt est réalisé l'examen, plus il doit être précis pour mettre en évidence des troubles qui pourraient passer inaperçus.

A un stade évolué de la maladie, il est impossible de faire passer des tests, la personne malade n'étant plus capable de répondre aux consignes.

Qu'est-ce que le « Mini Mental State Examination » (MMSE) ?

Le « Mini Mental State Examination » (MMSE) est un test simple composé de 30 items qui permet d'évaluer rapidement plusieurs fonctions cognitives globales.

Il est souvent utilisé par les médecins :

- **Soit en première intention pour éventuellement orienter la personne vers une consultation mémoire.**
- **Soit dans l'objectif d'évaluer la progression de la maladie rapidement, notamment en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.**

En quoi consiste l'examen neurologique ?

Il a pour objectif de détecter chez la personne d'éventuels troubles neurologiques : troubles oculomoteurs, troubles de la marche, troubles de l'équilibre, syndrome parkinsonien, etc.

En début de maladie, l'examen neurologique est souvent normal car les troubles n'apparaissent pas encore et ne permettent pas de détecter la maladie.

Seul, il est donc insuffisant pour définir qu'il n'y a pas de maladie neuro-dégénérative.



Quel est l'intérêt du bilan médical global ?

Il est indispensable pour s'assurer qu'il n'existe pas de maladie organique, d'infection (urinaire, pulmonaire), de dénutrition, de maladie cardiaque, de déficits sensoriels (vue, audition).

Toutes les perturbations de l'état de santé, non liées directement à la maladie d'Alzheimer, peuvent favoriser la confusion mentale, la désorientation.

Les examens de laboratoire (analyses de sang et d'urine) permettent de dépister des pathologies pouvant entraîner des troubles cognitifs : carences en vitamines, en hormones, déshydratation, infection, intoxication... Ces troubles sont réversibles si l'on met rapidement en place un traitement adapté.

Qu'est-ce que l'imagerie cérébrale ?

Les techniques d'imagerie cérébrale - scanner et IRM - permettent d'observer l'aspect des structures cérébrales, mais pas encore les cellules pathologiques, qui ne sont visibles qu'à l'autopsie post-mortem*.

Ces techniques étaient jusqu'ici utilisées pour mettre en évidence des atrophies de certaines zones du cerveau (frontale en particulier), mais surtout pour s'assurer qu'il n'existait pas d'autres pathologies (accident vasculaire cérébral, tumeurs).

De nouvelles techniques sont maintenant utilisées pour visualiser une atrophie spécifique de certaines structures (en particulier de l'hippocampe) ou des anomalies de perfusion de zones du cerveau.

** L'autopsie n'est pas systématique. Elle peut être réalisée pour vérifier un diagnostic, mais aussi dans le cadre de la recherche.*

Les traitements

Peut-on empêcher ou retarder l'apparition de la maladie ?

Il n'existe pas de solution préventive « miracle », mais les médecins ont établi une liste de recommandations qui réduiraient le risque de développer la maladie :

- La prévention des risques cardio-vasculaires (hypertension artérielle, obésité, diabète, cholestérol élevé, tabac)
- Une nutrition équilibrée
- La pratique d'activités physiques
- Toute activité impliquant une stimulation intellectuelle
- Les activités sociales et les loisirs



Existe-t-il des médicaments contre la maladie ?

Il n'existe pas actuellement de traitement permettant de guérir de la maladie ou de stopper son évolution.

Il existe cependant des médicaments - au nombre de quatre en 2009 - qui peuvent ralentir l'évolution des troubles de la mémoire,

du langage et du raisonnement, et redonner de l'initiative aux personnes malades.

Ils sont d'autant plus efficaces qu'ils sont prescrits tôt.

Ils doivent être prescrits en première instance par un spécialiste (neurologue - gériatre - psychiatre) qui en vérifie périodiquement les effets.

Le médecin généraliste peut renouveler l'ordonnance. Certains médicaments sont prescrits à un stade léger et modéré de la maladie, d'autres à un stade plus évolué.

Ils peuvent toutefois entraîner des effets secondaires, en particulier des troubles digestifs, et semblent plus ou moins efficaces selon les personnes.

Ils existent sous forme orale (prise par la bouche) ou transdermique (patch). Cette nouvelle forme semble induire moins de troubles intestinaux et permet de contourner la difficulté de la prise orale.

Y a-t-il d'autres traitements ?

Oui. Les thérapies non-médicamenteuses - relevant d'une approche « psychosociale » - ont fait l'objet d'un grand nombre d'articles.

Même si elles n'ont pas bénéficié d'une évaluation scientifique rigoureuse, leur utilité fait l'objet d'un large consensus. Il est important qu'elles soient considérées comme des sujets de recherche à part entière.

Voici les principales disciplines concernées :

- L'orthophoniste aide la personne malade à trouver des « stratégies de compensation » pour maintenir la communication.
- Le neuropsychologue organise des ateliers pour mobiliser les facultés cognitives.
- Le psychomotricien propose un travail sur la conscience du corps et sur la stimulation sensorielle.
- Le psychologue clinicien intervient pour soutenir la personne et la famille afin d'éviter la dépression.

Il existe encore d'autres approches, telles l'art-thérapie (musique, peinture, danse) ou l'ergothérapie.

Dans l'idéal, tous ces professionnels travaillent en collaboration avec le personnel qui accompagne les personnes malades au quotidien.

Issues de l'expérience du terrain, ces thérapies sont souvent utilisées dans les structures spécialisées où l'architecture et le fonctionnement du service sont adaptés à la spécificité de la maladie.

Plus généralement, toutes les activités qui visent à socialiser la personne et lui permettre de s'exprimer, verbalement ou non, peuvent être considérées comme faisant partie du traitement.

Livret édité par
l'Association France Alzheimer
Union nationale des associations France Alzheimer
21 boulevard Montmartre
75002 Paris

Rédaction
Association France Alzheimer

Crédit photos
© Carl Cordonnier Dailylife / Jean-Louis Courtinat

Conception graphique
Service communication

Impression
Groupe des imprimeries Morault, 2009