

Déficit cognitif léger : entité clinique ou simple concept ?

Mots clés :

Alzheimer
démence
prévention
MCI

Devant un trouble de mémoire, la hantise est la maladie d'Alzheimer (MA). L'apparition lentement progressive de la maladie, les études épidémiologiques ont conduit à identifier, entre normalité et démence, une nouvelle entité, le déficit cognitif léger, *mild cognitive impairment* (MCI) selon la dénomination internationale. Ce MCI semble à haut risque d'évolution vers une MA, contrairement aux banals troubles de mémoire liés à l'âge, à « l'oubli bénin ». Si ce concept est largement diffusé, il faut en retenir l'imprécision des données et l'insertion dans le débat sur la possibilité (l'intérêt ?) du diagnostic précoce de la MA. Un groupe de neurogériatres internationaux propose une synthèse des données¹.

Concept hétérogène, données divergentes

Le concept, identifié en 1997 par Petersen, est resté longtemps très hétérogène. Il incluait des troubles mnésiques soit isolés, soit associés à des troubles cognitifs affectant les capacités fonctionnelles. La prévalence chez les personnes âgées de la population générale variait selon les études épidémiologiques de 3% à 19%, avec un risque d'évoluer vers une MA de 11% à 33% sur 2 ans ; surtout 44% des patients étiquetés MCI avaient un examen normal un an plus tard. Dans deux essais contrôlés la progression vers une MA était de 16% par an dans l'une, de 41% après un an et de 64% après 2 ans dans l'autre. Ces différences de prévalence et de devenir s'expliquent par les populations étudiées : population générale d'une part, consultations spécialisées de l'autre¹.

Des critères diagnostiques qui ont évolué

Pour proposer une définition plus opérationnelle, permettant avant tout de repérer les patients à haut risque d'évolution démentielle, une modification des critères initiaux de Petersen a été proposée pour le MCI² :

- le déficit correspond à une plainte cognitive émanant du patient et (ou) de l'entourage.
- le sujet et (ou) l'entourage signalent un déclin des performances cognitives et (ou) fonctionnelles.
- un trouble de la mémoire et/ou d'une autre sphère cognitive sont objectivés par l'évaluation clinique.
- cette altération cognitive n'a pas de retentissement sur la vie quotidienne ; mais le sujet peut signaler des difficultés pour des activités complexes.

En pratique médicale courante, le diagnostic de MCI est avant tout basé sur une évaluation clinique globale, et non sur la seule sphère mnésique. Il repose sur l'analyse de la cognition, du comportement, du fonctionnement

général. Il associe l'entretien avec le patient et l'entourage et l'évaluation neuro-psychologique². Les frontières entre vieillissement normal et MCI, entre MCI et démence débutante sont imprécises. La tâche principale semble être de rechercher des déficits minimes dans les d'activités de la vie quotidienne (hobbies, téléphone, usage des moyens de transport, des moyens financiers, des médicaments). Le manque de conscience de telles difficultés semble être prédictif d'une évolution vers la démence¹.

Que proposer à un patient avec MCI ?

Le contrôle des facteurs de risque vasculaire est une mesure logique de prévention de la MA.

Le traitement de la dépression associée (en évitant les tricycliques) et des autres comorbidités sont à envisager. Si des médicaments à action anticholinergique sont utilisés, leur arrêt progressif est souhaitable.

Aucun médicament spécifique de la MA n'est utile. Un essai contrôlé avec Vitamine E et donépépil n'a montré aucun bénéfice sur une durée de 3 ans, le bénéfice modéré constaté la 1^{ère} année avec le donépépil avait disparu dès la 2^{ème} année.

Les méthodes d'entraînement cognitif ont obtenu des résultats encourageants dans des essais non contrôlés chez les personnes âgées normales plus que chez les patients Alzheimer. Elles devraient faire l'objet d'essais contrôlés pour les patients avec MCI.

Doit-on utiliser le terme de MCI en pratique clinique ?

La plus grande prudence s'impose. Les auteurs écartent l'idée d'un dépistage chez des personnes asymptomatiques. Si au terme d'un examen consécutif à une plainte, le choix est fait d'informer les patients ou l'entourage, cela doit s'accompagner de conseils pour l'avenir, tout en précisant l'incertitude de l'évolution.

Que conclure pour notre pratique ?

La prudence des experts pour l'utilisation du concept. Si le concept de MCI est un outil pour la recherche clinique, les incertitudes persistantes doivent rendre très prudent le clinicien avant de le présenter comme précurseur de la MA^{1,2,3}.

Les repères pour différencier trouble de mémoire lié à l'âge et MCI : l'existence de troubles cognitifs autres que les troubles de mémoire, la perception de l'entourage plus importante que celle du patient, semblent être des guides pour demander un avis spécialisé. Nous reviendrons sur ce problème.

MCI : entité utile au clinicien ou concept pour chercheur ? Les anticholinestérases sont inefficaces, le rapport bénéfice/risque de l'annonce de ce « diagnostic » au patient n'est pas évalué. Cela rejoint, mais très en amont et donc avec encore plus de responsabilité, la discussion sur le diagnostic précoce et l'annonce de la MA.

Références

- 1 - Gauthier S et al. *Mild cognitive impairment.* Lancet. 2006; 367: 1262-70.
- 2 - Portet F, Ousset PJ, Touchon J. *Qu'est-ce que le déficit cognitif léger ?* Rev Prat. 2005; 55: 1891-4.
- 3 - Petersen RC, O'Brien J. *Mild Cognitive Impairment should be considered for DSM-V.* J Geriatr Psychiatry Neurol. 2006; 19: 147-54.