

## Faut-il « dépister » la maladie d'Alzheimer chez nos patients âgés ?

Mots clés :  
Diagnostic précoce ;  
Maladie d'Alzheimer  
[Alzheimer disease; Early  
Diagnosis]

La difficulté récurrente de la question repose sur la fragile frontière entre dépistage (chez un patient asymptomatique), que ne préconise personne, et diagnostic précoce (chez un patient déjà symptomatique), que recommandent divers consensus d'experts. Si de nombreux patients âgés souffrent – parfois transitoirement – de troubles cognitifs légers (TCL) ou de troubles de la mémoire, tous ne développeront pas de maladie d'Alzheimer (MA) : faut-il alors attendre que celle-ci soit avérée pour évoquer le diagnostic, et peut-on éviter ou retarder cette évolution ? La revue systématique et le *guideline* de l'*US Preventive Services Task Force*<sup>1,2</sup>, une mise en garde très argumentée d'experts anglosaxons<sup>3</sup>, rappellent utilement les limites et incertitudes sur ce sujet. Peut-être est-ce le concept même de démence qui est à revoir pour sortir de ce qui semble une impasse<sup>5</sup>.

### Un diagnostic précoce est-il bénéfique ?

Les arguments avancés par ses partisans sont que la détection précoce du déclin cognitif permet de mieux comprendre les symptômes, d'optimiser la prise de décision médicale, d'assurer l'autonomie du patient qui peut ainsi mieux planifier son avenir, d'assurer l'accès approprié aux services spécialisés et de réduire les coûts ultérieurs pour la société. Cette « logique » très hypothétique n'a été confirmée par aucune étude en soins primaires<sup>1,2</sup>. Une étude de bonne qualité méthodologique a en revanche montré dans ce contexte que environ la moitié des patients âgés ayant des TCL aux différents tests développeront une MA. La plupart de ces tests ayant une sensibilité et une spécificité cliniquement correctes, cela pose la question de l'interprétation de leurs résultats, voire de l'intérêt même de leur utilisation en soins primaires<sup>1,2</sup>. Les notions de TCL et de pré-démence chez des patients peu symptomatiques du récent DSM-V, augmentent encore le risque de surdiagnostic : la prévalence actuelle, de 10 à 30% chez les personnes âgées de plus de 80 ans, pourrait ainsi passer à 65% dans ce groupe d'âge, avec un faux diagnostic chez plus de 20% d'entre elles, alors que nombre de ces TCL s'améliorent spontanément chez beaucoup<sup>3</sup>.

### Peut-il être néfaste ?

L'*USPSTF* ne peut conclure sur la balance bénéfico-risque<sup>1,2</sup>, faute d'études sur les dommages directs ou indirects dus à des tests diagnostiques inutiles, des faux-positifs ou faux-négatifs, ou à l'effet d'étiquetage

### Que conclure pour notre pratique ?

**Aucun traitement médicamenteux n'a montré d'effet cliniquement significatif sur l'évolution de la maladie, notamment au stade précoce.** Les effets adverses, parfois graves, sont loin d'être rares. Notre système de santé n'a aucun besoin d'expériences non évaluées chez les patients les plus fragiles de la société, ni de dramatisation excessive du risque de démence, conduisant à une mauvaise affectation des ressources nécessaires.

**Prudence et retenue devant ce qui est très approximativement nommé « troubles cognitifs légers »...** Ils peuvent être la conséquence de multiples étiologies : troubles anxieux ou dépressifs, iatrogénie médicamenteuse, troubles vasculaires d'origines diverses, qu'il est logique de rechercher et traiter. Ce n'est pas pour autant l'indication à suspecter une MA débutante, à plus forte raison tenter de confirmer le diagnostic par tous les moyens possibles...

chez ces patients. En revanche, la mise en œuvre de cliniques de la mémoire, l'usage croissant des biomarqueurs, examens de neuro-imagerie et anticholinestésiques ont entraîné une augmentation des coûts et de la morbidité<sup>3</sup>. La politique de diagnostic précoce se fonde essentiellement sur des données d'observation potentiellement biaisées, y compris du fait d'intérêts commerciaux, non sur des preuves issues d'essais cliniques, rares chez les plus âgés, plus atteints par la démence. Elle pousse à des expériences non contrôlées chez les plus fragiles, sans évaluation des avantages et inconvénients pour les individus, les familles, les services d'aide et les professionnels ; elle gaspille des ressources humaines et financières si nécessaires aux personnes atteintes de démence avérée<sup>3</sup>.

### Démence : un concept à revoir ?

Selon Hachinski, neurologue canadien, le concept de démence est obsolète<sup>4</sup>. Il n'existe pas de frontière entre normalité et démence avérée : l'absence de critère réellement discriminant a pu faire varier d'un facteur supérieur à 10 le nombre de diagnostics de démences portés dans une étude, en fonction du critère utilisé... L'élément vasculaire est par exemple sous-estimé par rapport à l'élément Alzheimer par un test comme le MMS. Il faut repenser le déficit cognitif comme un continuum, ne pas considérer que des formes mineures évolueront nécessairement vers la démence, et traiter agressivement ce qui est curable, principalement l'HTA, à la fois pour retarder la survenue de la démence et en diminuer la prévalence.

#### Références

- 1- Lin JS et al. Screening for Cognitive Impairment in Older Adults: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2013;159:601-12.
- 2- Moyer VA, on behalf of the USPSTF. Screening for Cognitive Impairment in Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *www.annals.org* on 25 March 2014.
- 3- Le Couteur D et al. Political drive to screen for pre-dementia: not evidence based and ignores the harms of diagnosis. *BMJ.* 2013;347:f5125.
- 4- Hachinski V. Shifts in thinking about dementia. *JAMA.* 2008;300;18:2172-3.