VISage
Vienne Santé Gérontologie
http://visage.sante-ra.fr

« VISage à découvert »
La lettre mensuelle n° 80– Juillet 2010

A quoi sert le diagnostic de Trouble Cognitif Léger ?

Le **Trouble Cognitif Léger** ou **Mild Cognitive Impairment** (MCI) a été décrit depuis 1995. Ce concept fait suite à des recherches qui avaient initialement admis le fait que le vieillissement physiologique peut s'accompagner de difficultés cognitives mineures. Petit à petit le concept de trouble cognitif léger a glissé du vieillissement normal vers le vieillissement pathologique c'est-à-dire un déclin cognitif anormal dont le principal facteur de risque est l'âge.

Aujourd'hui une des principales questions posées par le diagnostic de trouble cognitif léger est celui de la modalité d'entrée dans la maladie d'Alzheimer. En effet, une partie des sujets présentant un MCI sont à risque de développer une maladie d'Alzheimer dans les années qui suivent. Le chiffre de 30 % de ces sujets qui évoluent vers une maladie Alzheimer après un suivi de 3 ans est actuellement admis. Assez récemment, il a pu être mis en évidence que la plainte de mémoire pouvait être enregistrée 10 ans avant de développer une démence.

D'autre part, ce concept permet de donner une réponse diagnostique à des patients qui se plaignent de leur mémoire, même si l'évolution ne sera pas forcément péjorative dans les années qui suivent.

Les critères diagnostiques du MCI sont l'existence d'une **plainte de mémoire** qui peut émaner du sujet et/ou de son entourage ; l'objectivation d'une **atteinte de la mémoire** dans les tests ; le **respect des autres fonctions cognitives** ; l'**absence de conséquence de cette plainte mnésique sur les activités de la vie quotidienne**. Bien entendu ces critères apparemment simples sont exigeants et nécessitent dans tous les cas un bilan neuropsychologique complet même quand le patient est vu par un neurologue ou un gériatre en consultation. La plainte mémoire en effet peut masquer des déficits cognitifs sur d'autres secteurs que les patients ne parviennent pas à analyser spontanément, par exemple visuo-spatiaux, sémantiques, exécutifs, qui orienteront alors vers un autre diagnostic.

Il était traditionnel de dire que le patient Alzheimer ne se plaint pas de sa mémoire, et que le patient qui se plaint de sa mémoire n'a pas de maladie d'Alzheimer. Dans les faits, les choses sont plus complexes, s'il est vrai que la plainte mémoire du patient Alzheimer est fréquemment en deçà du trouble mnésique réel, les patients qui se plaignent ne sont pas tous des anxieux.

Le cadre du Trouble Cognitif Léger est actuellement démembré en sous-catégories. On parle de MCI amnésique qui est le concept défini plus haut, de MCI multidomaine ou MDI (Multiple Domain Impairment) dans lequel sont observés des déficiences modérées de plusieurs domaines de la cognition, dont le pronostic est moins bon, et de SDI (Single Domain Impairment) où les sujets ont une plainte et un trouble non amnésique.

Dans quelques cas sera évoqué le diagnostic de maladie d'Alzheimer prodromale (ou maladie d'Alzheimer au stade prédémentiel) lorsque des éléments paracliniques sont recueillis, comme une atrophie du lobe temporal sur l'IRM et/ou des marqueurs biologiques positifs dans le LCR (ponction lombaire), et/ou un profil spécifique en neuro-imagerie fonctionnelle (scintigraphie cérébrale) et/ou encore un facteur génétique majeur. Le diagnostic de maladie d'Alzheimer nécessite le constat d'une perte d'autonomie, en particulier pour les fonctions instrumentales de la vie quotidienne (IADL : usage du téléphone, utilisation de moyens de transport, prise médicamenteuse, gestion du budget domestique).

La **prise en charge** des personnes présentant un déclin cognitif léger est la prise en compte de leur plainte et de leur inquiétude, et ce concept de MCI permet de proposer un diagnostic qui n'est pas celui d'une maladie mais d'un trouble. Dans ce cadre il faut :

- rechercher d'éventuelles causes iatrogènes notamment avec des médicaments psychotropes qui peuvent avoir un impact sur les capacités de concentration et de mémorisation.
- prendre en compte les troubles psychologiques de la série anxieuse ou dépressive autour desquels une plainte mnésique et un trouble cognitif léger peuvent se rencontrer.
- faire le point sur les facteurs de risque cardiovasculaires et de leur impact sur le cerveau.
- évoquer enfin, l'impact de pathologies médicales associées hypoxémiantes comme l'insuffisance cardiaque ou pulmonaire, le syndrome d'apnée du sommeil, ou une pathologie thyroïdienne…

Le diagnostic de trouble cognitif léger fera la plupart du temps proposer un **suivi** par exemple annuel, mais en pratique souvent en fonction de la plainte mémoire. Ceci pour repérer une éventuelle conversion vers un syndrome démentiel qui bénéficiera alors d'un traitement médicamenteux spécifique.

Dr Eric KILEDJIAN, gériatre, consultation mémoire Centre Hospitalier de Vienne 38200

Lecture : « Le trouble cognitif léger » Dr Catherine THOMAS-ANTERION, Repères en Gériatrie, avril 2010