

La plainte cognitive

DU Oncogériatrie

Inge CANTEGREIL-KALLEN

Docteur en psychologie clinique et psychopathologie
Neuropsychologue

Cochin, 25 novembre 2010

Facteurs participant à la plainte mnésique chez des personnes atteintes d'un cancer

- Lésions cérébrales pré-existantes
 - Altération de la mémoire: MCI + pathologies démentielles
- Répercussions fonctionnelles
 - Tumeur cérébral / métastases
 - Chimiothérapie: *Chemo Brain*
 - Hormonothérapie (?)
- Impact de la maladie (facteurs confondants)
 - Douleur: attirance attentionnelle vers stimulus algique
 - Fatigue + épuisement: troubles de la concentration
 - Anxiété
 - Dépression
 - Troubles du sommeil
 - Vulnérabilité accrue au stress
 - Manque de stimulation/isolement
- Autres facteurs
 - Personnalité (incapacité d'adaptation, schémas mentaux négatifs)

Littérature

- Etudes: problèmes méthodologiques (Hurria *et al.*, 2007)
 - peu d'études longitudinales
 - études non contrôlés
 - échantillons réduits
 - peu d'études de patients âgés > 65 ans : majorité des études concernent K du sein chez femmes plus jeunes (âge moyen = 49 ans) tandis que 50% des K du sein surviennent chez les ≥ 65 ans
 - Critères d'évaluations hétérogènes
 - concentration-attention
 - flexibilité mentale
 - fluence verbale
 - mémoire épisodique
 - vitesse traitement de l'information

Littérature

- Méta-analyses sur impact chimio K du sein sur fonctionnement cognitif
 - Anderson-Hanley *et al.*, *J Int Neuropsychol Soc*, 2003
 - Jansen *et al.*, *Cancer*, 2005
 - Stewart *et al.*, *Clin Neuropsychol*, 2006
 - Falletti *et al.*, *Brain Cogn*, 2005

Impact des traitements

- Troubles ressentis par 80-90% des patients après chimiothérapie
- Association entre chimiothérapie et déclin cognitif objectivé par les tests
- Déficit cognitif dose-dépendant (en intensité et durée)
 - 20%-30% des patients ont troubles cognitifs objectivés par tests deux ans après fin chimio. Résultats non corrélés à la dépression
- Fonctions atteintes:
 - attention-concentration
 - fonctions exécutives +++
 - mémoire épisodique: trouble de rappel
 - vitesse de traitement +++
 - vitesse par laquelle on trouve ses mots: fluence verbale
- Chimiothérapie ne constitue pas un facteur de risque pour la MA!

Impact de la douleur

- Faire différence entre processus contrôlés et processus automatiques
 - Processus contrôlés = opérations mentales mises en œuvre intentionnellement par le sujet pour récupérer des informations
 - mobilisent ressources attentionnelles
 - impliquent volonté
 - ⇒ Tâches qui demandent un effort cognitif soutenu (tests mémoire basés sur rappel différé)
 - Processus automatiques = routines: opérations mentales sans intervention des ressources attentionnelles
- ⇒ Douleur captant ressources attentionnelles parasite les processus contrôlés
- 110 Patients DC : déficit modéré de la mémoire, de façon proportionnelle à l'intensité douloureuse (Livengood, 1995)
- ⇔ Douleur n'affecte pas les processus automatiques (Grisart & Van der Linden, 2001)

Évaluation neuropsychologique: objectifs (1)

- Objectifs

- Répondre à la question: éventuelle plainte cognitive (spontanée, rapportée ou recherchée) en rapport avec
 - vieillissement physiologique
 - pathologie neurodégénérative / vasculaire
 - troubles cognitifs légers (MCI) à risque d'évolution vers une démence
 - autre?

⇒ En cas de détérioration cognitive pathologique: faire diagnostic différentiel + évaluer sévérité

⇒ En cas de fonctionnement physiologique: rassurer + prise en charge adéquate

⇒ En cas de troubles cognitifs légers: suivi

Évaluation neuropsychologique: objectifs (2)

- (1) En cas de pathologie démentielle
 - Identifier les capacités cognitives préservées pour définir la prise en charge:
 - Rééducation:
 - individuelle: réadaptation
 - collective: stimulation cognitive (+ programme aux aidants)
 - Soutien émotionnel:
 - entretiens de soutien après l'annonce du diagnostic
 - thérapie familiale

Évaluation neuropsychologique: objectifs (3)

- (2) En cas de fonctionnement physiologique (plainte bénigne)
 - Analyser la plainte pour définir la prise en charge:
 - Rassurer/donner des explications sur le vieillissement normal
 - Psychothérapie de soutien
 - Ateliers de mémoire

Évaluation neuropsychologique: objectifs (3)

- (3) En cas de troubles cognitifs légers (plainte suspecte/sujets à risque)
 - Si dépression: antidépresseurs et/ou psychothérapie
 - HAS: suivi tous les 6 à 12 mois (tests neuropsychologiques)

3 types de vieillissement cognitif

- Vieillessement normal: performances dans les normes
 - par rapport aux sujets du même âge et ayant le même niveau socio-éducatif
- Vieillessement à risque:
 - *MCI (Mild Cognitive Impairment)*: sujets intermédiaires dont troubles sont, souvent mais pas systématiquement, liés à des affections pathologiques et qui risquent d'évoluer vers une démence
- Vieillessement pathologique:
 - démences neurodégénératives / vasculaires

Vieillessement physiologique

- Dans une même tranche d'âge, les individus sont très hétérogènes quant à leurs capacités cognitives
- Raisons
 - facteurs éducationnels
 - expertise
 - style de vie
 - pathologies associées
- On parle de 3 types de vieillissement non pathologique
 - Vieillessement optimal: sujets dont les performances sont identiques (supérieures) à celles de sujets jeunes \Rightarrow absence de plainte
 - Vieillessement réussi: sujets dont les performances sont dans la norme (âge / NC) s'adaptant bien aux modifications liées à l'âge \Rightarrow plainte mineure ou absence de plainte
 - Vieillessement normal: vieillissement physiologique \Rightarrow fréquemment plainte subjective de nature bénigne

Vieillesse normale: la plainte mnésique

- La plainte mnésique est très fréquente : 48% des + de 65 ans (Ritchie, 2000)
- Dans la majorité des cas, la plainte n'est pas objectivée aux tests

⇒ La fréquence de la plainte n'est pas en rapport avec la fréquence de la survenue d'une démence

- Plainte souvent en rapport avec
 - état psycho-affectif : anxiété ⇒ cercle vicieux: le fait de faire attention aux troubles de mémoire va les amplifier
 - syndrome dépressif
 - deuil, isolement, sentiment de solitude, baisse de l'estime de soi, manque de confiance en soi
 - stress
 - besoin reconnaissance
 - troubles sensoriels (auditifs +++)
 - état de santé général (hypertension non traitée)

Caractéristiques cognitives du vieillissement normal (1)

1. Réduction de la vitesse de traitement de l'information:

- on a besoin de plus de temps pour accomplir une tâche

2. Troubles liés à une diminution des capacités attentionnelles

⇒ aspects contrôlés:

- l'attention divisée: nécessaire à l'accomplissement de tâches concurrentes ⇒ devient difficile: on ne peut plus faire plusieurs choses à la fois (une chose après l'autre)
- attention sélective: capacité à sélectionner l'information pertinente et inhiber les informations non pertinentes ⇒ sensibilité à l'interférence augmente: on devient vite distrait(e)

3. Baisse de la mémoire de travail

4. Troubles de rappel des informations: inefficacité de stratégies

Caractéristiques cognitives du vieillissement normal (2)

5. Fonctions exécutives sont touchées par le vieillissement

- L'habilité à s'ajuster à une situation nouvelle ou peu familière diminue car cette habilité demande
 - efforts d'attention
 - inhibition des automatismes
 - implication de la mémoire de travail
 - certaine vitesse de traitement

Caractéristiques cognitives du vieillissement normal (3)

- FE: opérations comprenant
 - anticipation
 - définition d'un objectif
 - planification
 - sélection de l'information utile
 - inhibition réponses automatiques ou sur-apprises
 - application stratégie de résolution problème
 - organisation procédures
 - contrôle du déroulement des schémas retenus
 - évaluation de l'adéquation du résultat
 - ajustement
- Permettent la gestion des situations non routinières, conflictuelles ou complexes

Caractéristiques psychologiques du vieillissement normal ayant un impact sur le fonctionnement cognitif

- Les facteurs émotionnels et psycho-affectifs accentuent la baisse des performances attentionnelles ⇒ amplification de la plainte

motivation ⇒ attention ⇒ encodage ⇒ stockage ⇒ rappel

- Facteurs influençant la motivation

- estime de soi
- confiance en soi
- sentiment de solitude

- Facteurs influençant l'attention

- anxiété
- dépression
- troubles du sommeil
- douleur
- stress

En résumé

- ⇒ La plainte mnésique bénigne est davantage liée à la baisse des performances attentionnelles, à une moindre capacité d'inhibition d'informations non pertinentes, à l'inefficacité des stratégies mnésiques, à un certain ralentissement et à des facteurs psychologiques qu'à un véritable déficit mnésique.
- ⇒ La plainte bénigne n'est jamais associée à un déficit de l'encodage (MA)

Par conséquent...

- Les difficultés les plus souvent rapportées
 - perte d'objets/de documents
⇒ trouble de attentionnel
 - oubli des noms de personnes, de titres de livres, de filmes
⇒ problème de stratégie mnésique (encodage en profondeur)
 - oubli de ce qu'on vient chercher dans une pièce
⇒ trouble de l'attention divisée

- Caractéristiques de l'oubli bénin (Derouesné)
 - Les détails d'évènements oubliés reviennent spontanément
 - L'oubli n'englobe pas des évènements entiers (sauf névroses)
 - La plainte porte sur le passé ancien et sur les évènements récents
 - Les sujets sont très conscients de leurs troubles
 - La plainte est illustrée (détaillée)
 - Absence de désorientation temporelle
 - Absence de retentissement sur les activités (complexes) de la VQ +++

Au plan pratique

- Evaluer les performances cognitives
 - ressources attentionnels
 - capacités d'inhibition
 - rappel
- Evaluer l'autonomie dans la vie quotidienne
- Analyser la sémiologie de la plainte: facteurs psycho-affectifs (anxiété +++)
- ⇒ Il faut toujours apporter une solution au patient

Le vieillissement à risque

- Mild Cognitive Impairment (MCI) ou troubles cognitifs légers
 - Syndrome clinique non spécifique permettant d'identifier des sujets qui présentent un déficit cognitif plus sévère que celui des sujets normaux mais insuffisamment sévère pour répondre aux critères de démence
- Caractéristiques
 - cognitives
 - psycho-comportementales

Mild Cognitive Impairment

- 12%-15% des patients MCI deviennent déments en un an (seulement 2% dans la population générale)
- 80% des sujets deviennent déments dans les six ans suivant le diagnostic
- Il existe une divergence théorique:
 - MCI est un concept qui dit rien sur l'étiologie et ne permet pas de prédire une évolution spécifique. Les troubles peuvent rester stables ou même devenir réversibles
 - MCI(-amnésique) = stade pré-déméntiel de la MA (entité évolutive)

Mild Cognitive Impairment

- Afin de rendre les critères MCI plus opérationnels ⇒ Révision de la définition (Petersen, 2001; Winblad *et al.*, 2004)
 - Amnestic MCI
 - Déficit isolé ou non de la mémorisation = stade prédémentiel de la MA (lésions au niveau du cortex entorhinal et la région hippocampique se traduisant par un déficit d'encodage)
 - Multiple domains MCI
 - Déficit cognitif multiple dont la sévérité et le retentissement sur la VQ ne sont pas suffisamment sévères pour répondre aux critères de démence (lésions vasculaires cérébrales, épisode dépressif majeur ou vieillesse normale +++)
 - Single non memory domain MCI
 - Déficit isolé d'une fonction supérieure en dehors de la mémoire (aphasie, apraxie progressive, déficit isolé des fonctions visuospatiales)

MCI-amnésique

- MCI amnésique: (Petersen *et al.*, 1996, 1999; 2001; Portet *et al.*, 2006):
 - présence d'une plainte mnésique ou altération cognitive observée par l'entourage (ou par le médecin)
 - performances mnésiques, insuffisantes pour l'âge et le niveau socioculturel (< 1,5 écart-types)
 - fonctionnement cognitif global normal
 - performances cognitives en baisse par rapport au fonctionnement habituel antérieur du sujet
 - pas de retentissement sur les activités de la vie quotidienne ⇒ absence de démence. Cependant, les activités complexes de la VQ sont souvent altérées!

Caractéristiques neuropsychologiques du MCI-amnésique à risque

- Performances aux tests neuropsychologiques des personnes à risque (par rapport aux sujets stables) caractérisées par
 - une diminution au rappel libre différé
 - un bénéfice partiel de l'indigage

Par ailleurs,

- diminution au rappel d'un paragraphe (mémoire logique)
- diminution de la mémoire associative
- augmentation du nombre d'intrusions

L'évaluation neuropsychologique de la mémoire

- Mémorisation = processus: encoder \Rightarrow stocker \Rightarrow récupérer
- Questions qu'on pose
 - A quelle(s) étape(s) se situe le déficit mnésique?
 - Encodage/stockage \Rightarrow MA
 - Rappel \Rightarrow vieillissement normal ou autre pathologie neuro-dégénérative
 - Quelle est l'ampleur du déficit?

\Rightarrow Évaluer les modalités de rappel

- 3 Rappels
 - Rappel libre
 - immédiat
 - différé (après une tâche interférente)
 - Rappel indicé (en donnant des catégories sémantiques)
 - Rappel en reconnaissance (identification des items perçus)

 - Les deux derniers rappels sont des procédures de facilitation des mécanismes de rappel et permettent donc d'évaluer l'encodage (perturbé dans la MA)

Examen très rapide pour faire la différence entre
oubli bénin et oubli malin

- Faire un MMS
 - Analyser le rappel différé des 3 mots
- Faire le *Memory Impairment Screening-tests* (MIS)
 - Analyser les capacités d'encodage
- Évaluer les activités complexes de la VQ (IADL)
 - + Évaluer
 - Dépression
 - Apathie ou autres troubles du comportement

Memory Impairment Screening-test
évalue le RD et le RI

POIREAU

PLATANE

MERLAN

DAHLIA

MIS (*Memory Impairment Screen*)
(Buschke, 1999; de Rotrou, 2006)

1. Apprentissage avec indiçage de la catégorie
2. Vérification de l'encodage par rappel immédiat
3. Tâche interférente
4. Rappel libre différé
5. Rappel indicé

Interprétation scores

Cotation:

- Rappel différé sans erreur: 2 points par mot
- Rappel différé nécessitant indiçage: 1 point par mot
- Rappel indicé échoué: 0 points

Norme:

- RD \geq 6/8
- RI : aucune erreur

IADL

Voir avec l'entourage si le patient est capable

- de prendre seul et de façon correcte (dose et horaire) ses médicaments ;
 - de se déplacer de façon totalement indépendante par les transports en commun ou les taxis ou sa propre voiture ;
 - voir avec l'entourage s'il assure seul la gestion administrative et financière (en comparaison par rapport aux activités antérieures) ;
 - s'il peut utiliser seul le téléphone en composant les numéros lui-même après les avoir cherchés dans un carnet d'adresses ou un agenda.
-
- Consigne: cochez la réponse de l'accompagnant: *oui* (0 point)
ou *non* (1 points)

Discrimination Normaux - MCI

- Critères sujets normaux
 - MMS (*Mini Mental State Examination*)
 - ⇒ MMS $\geq 26/30$
 - + rappel différé des 3 mots ≥ 2
 - MIS (*Memory Impairment Screen*) (Buschke, 1999; de Rotrou, 2006)
 - ⇒ MIS (RD) $\geq 6/8$ (sensibilité 81%, sensibilité 91%)
 - ⇒ MIS (RI) : aucune erreur
 - Fonctionnement de l'autonomie fonctionnelle par IADL (*Instrumental Activities of Daily Life*)
 - ⇒ IADL = 0

Mild Cognitive Impairment: caractéristiques psycho-comportementale

- Emotional vulnerability syndrome (Verhey *et al.*, 2000):
 - nombre de visites au MG en augmentation
 - présence d'une dysthymie
 - dépendance affective envers l'entourage
 - vulnérabilité au stress
- Résultats étayés par Hwang *et al.*, 2004: présence de
 - dysphorie
 - apathie
 - irritabilité
 - anxiété

Prévention: Stimulation Cognitive

- 2 Objectifs:
 - objectif cognitif
 - stimulation des fonctions cognitives

 - objectifs psychosociaux
 - dédramatiser la plainte mnésique
 - augmenter la motivation + confiance en soi
 - gérer le stress + l'anxiété

Mémoire associative

