



Dépistage des troubles cognitifs lors de l'examen médical périodique : doit-on réévaluer cette question?

Par Nathan Herrmann, M.D., FRCPC

En 1991, en lisant le plus récent numéro du Journal de l'Association médicale canadienne, j'ai été profondément déçu à la lecture des recommandations du Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique sur le dépistage des troubles cognitifs chez les personnes âgées.¹ Le groupe de travail concluait : «Malgré les avantages théoriques qu'il y a à repérer les individus souffrant de troubles cognitifs, aucun élément ne permet de conclure que cela présente un avantage net ou un risque certain pour l'individu.» Par conséquent, le Groupe de travail ne pouvait pas recommander d'inclure (ou d'exclure) le dépistage systématique des troubles cognitifs chez les personnes de plus de 65 ans, lors d'un examen médical périodique.

En 1998, le but du dépistage et de l'exploration diagnostique n'est plus simplement d'éliminer la possibilité d'une démence irréversible mais plutôt de rechercher une forme précise de démence dégénérative (p. ex., la maladie d'Alzheimer, la démence vasculaire) avec l'objectif de la traiter.

Si le scientifique que je suis pouvait accepter de discuter de l'interprétation des résultats de recherches disponibles à ce moment, le clinicien était, lui, atterré. Comment les membres du Groupe de travail pouvaient-ils minimiser les bienfaits potentiels d'une détection précoce, même s'il n'existait pas encore de traitement pharmacologique ayant produit des résultats d'une valeur clinique constante? Le Groupe de travail s'attardait beaucoup plus aux résultats touchant des moyens de détection précis, au traitement pharmacologique de la démence, à la possibilité de prévoir un risque accru de délire, aux coûts des examens et aux conséquences néfastes résultant du fait d'étiqueter des personnes comme étant démentes. Puisqu'il y a déjà sept ans que cet ouvrage a été publié, je crois

aujourd'hui opportun d'étudier les plus récents résultats de recherche qui, à mon avis, plaident en faveur du dépistage des troubles cognitifs lors de l'examen médical périodique.

Même en 1991, nous possédions déjà toute une gamme d'outils faciles à utiliser pour le dépistage des troubles cognitifs. Le Groupe de travail concluait alors que le questionnaire court sur l'état mental (Short Portable Mental Status Questionnaire ou SPMSQ) et le mini-examen de l'état mental (Mini-Mental State Examination ou MMSE) satisfaisaient aux critères méthodologiques reconnus et offraient des outils de dépistage commodes en cabinet.^{2,3} Le questionnaire MMSE est celui qui a été le mieux étudié par la suite, et les conclusions de ces recherches ont démontré que c'est un outil fiable et valide.⁴ Plus récemment, des études épidémiologiques de vaste portée ont permis d'établir des normes pour le questionnaire MMSE en fonction de l'âge et du degré de scolarisation.⁵ Bien que les cliniciens ne doivent pas poser un diagnostic de démence en se fondant uniquement sur le score obtenu à ce questionnaire, des résultats d'études montrent que le MMSE offre un degré de sensibilité raisonnable et une excellente spécificité pour évaluer les patients en médecine générale.⁶ Ce qu'on ne peut contester aujourd'hui, c'est l'utilité du questionnaire MMSE pour communiquer de l'information clinique. En effet, la plupart des cliniciens ont entendu parler du MMSE ou l'ont eux-mêmes utilisé, et presque tous les étudiants en médecine du Canada ont appris ce qu'est le MMSE dans leurs cours sur l'évaluation psychiatrique, gériatrique ou neurologique.

Avec raison, le Groupe de travail avait à cette époque souligné que le dépistage des causes «réversibles» de la démence n'était pas d'un rapport coût-efficacité particulièrement favorable, compte tenu de la faible prévalence des démences partiellement ou totalement réversibles. Ce dont ces experts n'avaient pas tenu compte, toutefois, c'était la valeur des tests de dépistage et de laboratoire pour rechercher des affections coexistantes chez des patients atteints d'une démence dégénérative «irréversible», affection qui pouvait contribuer à la détérioration de la fonction cognitive (d'où le terme «morbidité excessive»). Nous devons souligner aussi qu'en 1998, le but du dépistage et de l'exploration diagnostique n'est plus simplement d'éliminer la possibilité d'une démence

irréversible mais plutôt de rechercher une forme précise de démence dégénérative (p. ex., la maladie d'Alzheimer, la démence vasculaire) avec l'objectif de la traiter.

C'est dans le domaine du traitement de la maladie d'Alzheimer et des autres démences dégénératives que les recherches ont marqué les plus grands progrès depuis 1991.⁷ Aujourd'hui, les médecins canadiens peuvent recourir à plusieurs stratégies pharmacologiques dont les effets sont modestes, mais vérifiables : donépézil, un inhibiteur de la cholinestérase, le ginkgo biloba et la vitamine E.^{8,9,10} Maintenant que d'autres inhibiteurs de la cholinestérase sont sur le point d'être commercialisés et que des recherches intensives se poursuivent sur plusieurs nouvelles classes thérapeutiques d'agents capables d'accroître la fonction cognitive, le dépistage devient une stratégie essentielle.

Parmi les autres avantages potentiels du dépistage décrits par le Groupe de travail, on note l'identification des patients à risque de souffrir de délire et des patients chez qui un traitement avec des médicaments ayant des effets anticholinergiques aggraverait le déficit cognitif ou déclencherait le délire. Des résultats de recherche récents ont démontré ces effets favorables.^{11,12} Fait étrange, le Groupe de travail n'a pas beaucoup insisté sur les avantages d'une détection précoce à des fins médico-légales. On sait aujourd'hui que la population porte un intérêt croissant aux directives anticipées (procuration, testaments); ainsi, plus la déficience cognitive sera diagnostiquée tôt, plus le patient et sa famille seront en mesure de planifier l'avenir. La détection précoce pourrait être aussi l'occasion de discuter de la participation du patient à des protocoles de recherche puisque certaines instances ont malheureusement décidé d'exclure des patients souffrant d'incapacité mentale de leurs recherches. Soulignons aussi que le Groupe de travail n'a même pas tenu compte de l'importance de dépister les troubles cognitifs pour rechercher les conducteurs âgés qui risquent davantage de causer des accidents de la circulation. Des études rigoureusement conçues ont en effet démontré que les conducteurs âgés qui souffrent de démence, même très légère, courent un risque plus élevé d'accident que des sujets-témoins du même âge et en bonne santé.¹³

Notons enfin que le Groupe de travail a beaucoup trop écrit sur les conséquences néfastes pouvant résulter du fait d'étiqueter des personnes comme étant démentes. Bien que ces experts aient reconnu que peu de recherches systématiques appuient un tel point de vue, ils ont soulevé des questions potentielles comme les effets négatifs de déclarer une personne atteinte de démence, les obstacles potentiels que créeraient les professionnels de la santé en raison de leurs attitudes négatives envers des patients âgés présentant des troubles cognitifs, des obstacles pratiques (questions économiques, transport), sans parler du risque que les patients évitent de demander de l'aide par crainte des conséquences, par exemple le placement en institution. Même si le rapport de ce Groupe de travail a été publié il y a sept ans, peu de résultats de recherches appuient ces arguments.

Alors, faut-il dépister les troubles cognitifs ou non? Après étude des résultats scientifiques disponibles en 1998, je crois que les arguments plaident en faveur d'inclure le dépistage des défi-

ciences cognitives dans l'examen médical périodique des patients âgés de plus de 65 ans. En fait, ce seront nos patients qui résoudront probablement ce débat. Maintenant que l'on parle beaucoup plus de la maladie d'Alzheimer et des autres troubles de santé mentale dans les médias, et maintenant que la Société Alzheimer du Canada vient de publier les 10 signes précurseurs de la maladie d'Alzheimer (voir article page 12), il est fort possible que nos patients s'attendent à ce que nous procédions régulièrement à ce dépistage, voire l'exigent.



Nathan Herrmann, M.D., FRCPC

Références :

1. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination: Periodic health examination, 1991 update: screening for cognitive impairment in the elderly. *Can Med Assoc J* 1991; 144:424-431.
2. Pfeiffer E: A short portable mental status questionnaire for assessment of organic brain deficits in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1975; 23:433-41.
3. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: "Mini-Mental State"; a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12:189-198.
4. Tombaugh TN, McIntyre NG: The mini-mental state examination: a comprehensive review. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40:922-35.
5. Crum RM, Anthony JC, Bassett SS, Folstein MF: Population-based norms for the mini-mental state examination by age and education level. *JAMA* 1993; 269:2386-91.
6. Wind A, Schellevis FG, Van Staveren G, et coll.: Limitations of the mini-mental state examination in diagnosing dementia in general practice. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997; 12:101-8.
7. van Reekum R, Black SE, Conn D, Clarke D: Cognition-enhancing drugs in dementia: a guide to the near future. *Can J Psychiatry* 1997; 42 (suppl 1):L35-50.
8. Rogers SJ, Friedhoff LT, et al: The efficacy and safety of donepezil in patients with Alzheimer's disease: results of a US multicentre randomized double-blind placebo-controlled trial. *Dementia* 1996; 7:293-303.
9. Le Bars PL, Katz MM, Berman N, et coll.: A placebo controlled, double blind, randomized trial of an extract of Ginkgo Biloba for dementia. *JAMA* 1997; 278:1327-32.
10. Sano M, Ernesto C, Thomas RG, et coll.: A controlled trial of selegiline, alphetocopherol, or both as treatment for Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 1997; 336:1216-22.
11. Dyer C, Ashton CM, Teasdal TA: Post-operative delirium: a review of 80 primary data collection studies. *Arch Intern Med* 1995; 155:461-5.
12. Sunderland T, Tariot PN, Cohen RM, et coll.: Anticholinergic sensitivity in patients with dementia of the Alzheimer type and age-matched controls. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44:418-26.
13. Fitten LF: The demented driver: the doctor's dilemma. *Alzheimer's Disease and Assoc Dis* 1997; 11(suppl. 1):57-61.