

Utilité de l'anamnèse et d'un examen neurologique simple pour le diagnostic de démence chez les patients de sexe masculin ?

Référence

Creavin S, Fish M, Gallacher J, et al. Clinical history for diagnosis of dementia in men: Caerphilly Prospective Study. *Br J Gen Pract* 2015;65:e489-99.

Analyse de

Rudi Bruyninckx, Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde, KU Leuven

Question clinique

Quelles sont les données anamnestiques et cliniques utiles pour poser le diagnostic de démence chez les patients de sexe masculin en pratique de première ligne de soins ?

Contexte

Au Royaume-Uni, le diagnostic de démence est de plus en plus souvent considéré comme relevant de la médecine générale (1). L'OMS recommande également que le diagnostic de démence soit posé tant que possible en dehors des milieux spécialisés (2). Il existe peu d'études portant sur l'approche diagnostique de la démence par le médecin généraliste. La précision diagnostique de divers instruments a déjà été commentée dans Minerva (3-5). Les médecins généralistes estiment souvent que le test de Folstein (MMSE, *Mini-Mental State Examination*) prend trop de temps (7 à 18 minutes) (6). Il serait donc utile de disposer d'outils diagnostiques plus simples pour diagnostiquer une démence.

Résumé

Population étudiée

- 1225 hommes, âge médian de 73 ans (écart interquartile de 65 à 84 ans) (7) ; recrutés en 1979 par le biais des listes électorales et des fichiers patients chez les médecins généralistes à Caerphilly et dans les environs (Sud du Pays de Galles) pour participer à une étude de cohorte portant sur les maladies cardiovasculaires ; chez qui un dépistage de démence a été effectué entre 2002 et 2004 au moyen de l'échelle de **CAMCOG** (*Cambridge Cognitive Examination*) avec résultat positif (n = 300) ou négatif (n = 925) ; le score à l'échelle de CAMCOG était considéré comme positif s'il était < 83 ou s'il y avait une diminution d'au moins 10 points entre deux mesures réalisées entre 1989 et 2002.

Protocole de l'étude

Étude diagnostique transversale

- test de référence : diagnostic de démence selon les critères DSM IV, posé par consensus par deux médecins ayant une formation spécifique concernant les troubles de la mémoire et qui se sont basés sur les données médicales des dossiers et sur l'examen clinique du patient
- tests étudiés : données séparées obtenues au cours de l'examen clinique par une (hétéro)anamnèse structurée et un examen neurologique en ayant recours au questionnaire CAMDEX, à la batterie rapide d'efficacité frontale (en anglais FAB, pour *Frontal Assessment Battery*) et au questionnaire IQCODE (*Informant Questionnaire for Cognitive*

Disorders in the Elderly, rapport d'un informateur pour mesurer le déclin cognitif chez la personne âgée).

Mesure des résultats

- sensibilité et spécificité, rapport de vraisemblance positif et négatif (LR+, LR-) de chaque test étudié
- utilisation d'une analyse de régression logistique pour rechercher des modèles permettant de prédire au mieux la démence chez au moins 20 participants à l'aide de tests étudiés statistiquement significatifs.

Résultats

- un examen plus approfondi a été effectué chez 205 (68%) des 300 personnes ayant un score CAMCOG positif (16 hommes étaient décédés et 79 n'ont pas participé) ; parmi les 925 personnes chez qui le résultat du dépistage était négatif, 45 ont été invitées pour un examen plus approfondi (2 personnes sélectionnées n'ont pas participé)
- parmi les 250 personnes qui ont passé un examen plus approfondi, 59 présentaient une démence (24% avec IC à 95% de 19% à 29%) et 191 ne présentaient pas de démence (76% avec IC à 95% de 71% à 81%) ; l'âge médian était respectivement de 77,8 ans (écart interquartile de 74,9 à 80,0 ans) et de 75,7 ans (écart interquartile de 71,8 à 79,3 ans) ; le score MMSE médian était respectivement de 20 (avec IC à 95% de 16 à 23) et de 25 (avec IC à 95% de 22 à 29)
- les difficultés de mémoire signalées par le patient avaient une sensibilité de 91,1% (avec IC à 95% de 80,4% à 97,0%), mais une spécificité de seulement 19,8% (avec IC à 95% de 14,3% à 26,2%)
- les problèmes de raisonnement, d'hygiène et de désinhibition du comportement signalés par l'entourage avaient une spécificité respectivement de 95,1% (avec IC à 95% de 90,6% à 97,9%), de 95,3% (avec IC à 95% de 90,9% à 98,0%) et de 94,7% (avec IC à 95% de 89,9% à 97,7%)
- les problèmes pour utiliser un nouvel objet avaient un LR- de 0,22 (avec IC à 95% de 0,11 à 0,43), les problèmes de raisonnement avaient un LR+ de 10,4 (avec IC à 95% de 5,06 à 21,5), et les difficultés pour gérer ses finances avaient un LR+ de 10,0 (avec IC à 95% de 5,14 à 19,5)
- le modèle qui combinait les difficultés pour gérer ses finances et les problèmes pour planifier et calculer avaient un LR+ de 38,3 (avec IC à 95% de 5,34 à 274) et un LR- de 0,44 (avec IC à 95% de 0,30 à 0,66).

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent qu'une combinaison de trois questions simples est utile pour poser le diagnostic de démence chez les hommes après dépistage préalable. Une fois ces résultats confirmés, il serait possible d'utiliser ces questions comme moyen simple de poser le diagnostic de démence quand elle est suspectée lors de l'évaluation clinique.

Financement de l'étude

Medical Research Council Epidemiology Unit (Cardiff) et la Alzheimer Society.

Conflits d'intérêts des auteurs

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts.

Discussion

Considérations sur la méthodologie

Les auteurs de cette étude diagnostique décrivent correctement le mode de sélection des participants. 347 hommes présentant un haut risque a priori de régression des fonctions cognitives

ont été sélectionnés à partir d'une étude de cohorte existante menée initialement chez 2512 hommes. Il s'agissait de 300 hommes présentant un score positif à un test de dépistage validé pour la démence et de 47 participants provenant du groupe de 925 hommes chez qui le résultat du dépistage était négatif, mais qui, étant donné leur âge, présentaient un risque accru de démence. Les résultats ne peuvent donc pas être extrapolés à la population générale. Les critères diagnostiques de la démence DSM IV ont été utilisés comme test de référence. Les deux médecins qui ont posé le diagnostic de démence par consensus n'avaient aucun lien avec les patients. Les tests étudiés étaient issus d'instruments validés. Le questionnaire destiné aux membres de la famille a été rempli après l'évaluation clinique. Quand la grille d'analyse de la validité des études diagnostiques QUADAS-2 (*Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies*) (8) est appliquée, on remarque que les 4 domaines que sont la description, les questions en suspens, les risques de biais et l'applicabilité ont été parfaitement respectés. Toutefois, les données de l'examen clinique ont été utilisées tant pour le test de référence que pour le test étudié. Un **biais d'incorporation** est donc possible, ce qui peut avoir influencé les résultats. Les résultats peuvent aussi avoir été influencés par le pourcentage de sorties d'étude (33%) (parmi les 300 patients positifs au dépistage, seulement 205 ont subi un examen plus approfondi). Il n'y a pas eu d'analyse de sensibilité.

Mise en perspective des résultats

Contrairement aux autres études, cette étude-ci entendait examiner la valeur diagnostique d'un grand nombre de données cliniques. La prudence est de mise pour l'interprétation des résultats. En effet, la prévalence de la démence dans la population sélectionnée était de 24%, tandis que la prévalence en Belgique est globalement de 1,97% (9). En outre, cette étude ne comptait que des hommes.

Les données cliniques étaient fort variables en termes de sensibilité et de spécificité. Les deux items ayant la sensibilité la plus élevée (> 90%), à savoir « problèmes de mémoire » et « ne plus savoir où on a laissé quelque chose », avaient une faible spécificité (< 30%). Or pour le diagnostic de démence, la spécificité a plus d'importance que la sensibilité (10). Les constatations relevées lors de l'examen clinique, comme les troubles de la marche et les bouderies, avaient une spécificité élevée (> 90%). Certains items du questionnaire pour les membres de la famille, comme « se souvenir de son adresse », « gérer son argent » avaient également une spécificité élevée, de même que les activités quotidiennes, comme la capacité de s'habiller, de faire sa toilette et l'hygiène. Aucun item individuel et pas un seul modèle diagnostique n'étaient pourtant suffisants pour exclure le diagnostic de démence (LR- < 0,1). On ne peut pas non plus utiliser des items individuels pour faire la preuve du diagnostic de démence. Le « raisonnement » et les « finances personnelles » avaient une force probante d'environ 10. Le modèle combinant « difficultés pour gérer ses finances » avec « planification » et « calcul dans la vie quotidienne » avait la force probante la plus élevée avec un LR+ à 38,3. Ce résultat concorde avec celui d'une autre étude cas-témoins menée en deuxième ligne de soins (11). La définition donnée à « gérer ses finances » est claire, à savoir la « capacité à effectuer ses opérations bancaires et à gérer sa pension ». Des items tels que « planification » et « raisonnement » sont plus difficiles à définir et dépendent sans doute plus de l'interprétation personnelle. Les résultats observés sont meilleurs que ceux obtenus avec le test de Folstein (MMSE, *Mini-Mental State Examination* et pour lequel un seuil ≥ 24 définit la normalité) pourtant fort utilisé, et qui a, dans cette population, un LR+ de 2,14, un LR- de 0,28 et une AUC (Area under the curve, alias ASC ou aire sous la courbe) de 0,72. La force probante est donc plus faible que dans d'autres études (4, 5, 6). Cela s'explique probablement par le fait qu'il s'agit ici d'une population fortement sélectionnée (12).

Conclusion de Minerva

Cette étude diagnostique, basée sur des données provenant d'une étude de cohorte existante, montre que la combinaison de trois données anamnestiques (problèmes de gestion des finances, de planification et de calcul) peut aider à poser le diagnostic de démence chez des hommes qui, sur la

base d'un test de dépistage validé, présentent un risque élevé de démence. Les résultats ne peuvent pas être extrapolés à la population générale. Il manque aussi une définition claire des termes « raisonnement » et « planification ».

Pour la pratique

Les recommandations du NHG-Standaard pour la démence (13) préconisent de proposer un diagnostic plus approfondi en cas de signes de démence (troubles de la mémoire et un ou plusieurs autres troubles cognitifs tels que aphasie, apraxie, agnosie ou troubles des fonctions d'exécution, et ayant une influence clairement négative sur les activités de la vie quotidienne) avec un MMSE normal. Le guide de pratique clinique d'EBMPracticeNet pour la démence (14) mentionne certains items faisant présumer qu'il existe un trouble de la mémoire, comme l'inquiétude exprimée par un membre de la famille à propos de la mémoire ou de l'attention du patient, des difficultés à trouver ses mots ou des problèmes d'orientation (quand le patient présente des troubles spatio-temporels), la diminution des capacités de raisonnement et de solution des problèmes, la diminution de la pensée conceptuelle, des difficultés à s'occuper de ses finances, des changements de la personnalité, un caractère soupçonneux ou de l'anxiété, la diminution de la prise d'initiatives, le retrait des contacts sociaux. La présente étude montre que, chez des hommes qui, sur la base d'un test de dépistage validé, présentent un risque élevé de démence, le diagnostic de démence s'obtient le mieux par la combinaison de trois questions anamnestiques portant sur la « planification », le « raisonnement » et la « gestion des finances ».

Références

1. National Institute for Health and Care Excellence. Support for commissioning dementia care. NICE commissioning guides [CMG48]. 5.1 Improving early identification, assessment and diagnosis. London: NICE, 2013. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cmg48/chapter/51-improving-early-identification-assessment-and-diagnosis>.
2. Dua T, Barbui C, Clark N, et al. Evidence-based guidelines for mental, neurological, and substance use disorders in low- and middle-income countries: summary of WHO recommendations. *PLoS Med* 2011;8:e1001122.
3. Michiels B. Un nouveau test cognitif bref (Sweet 16). *Minerva* 28/03/2012.
4. Chevalier P. Déficit cognitif léger : MMSE prédictif de démence ? *MinervaF* 2015;14(9):109-10.
5. Chevalier P. Dépistage de la démence : MMSE versus autres tests cognitifs. *Minerva* 18/11/2015.
6. McDowell I, Kristjansson B, Hill GB, et al. Community screening for dementia: the Mini Mental State Exam (MMSE) and modified Mini-Mental State Exam (3MS) compared. *J Clin Epidemiol* 1997;50:377-83.
7. Fish M, Bayer AJ, Gallacher JE, et al. Prevalence and pattern of cognitive impairment in a community cohort of men in South Wales: methodology and findings from the Caerphilly prospective study. *Neuroepidemiology* 2008;30:25-33.
8. QUADAS-2. Cochrane Bias Methods Group 2011.
9. Qualidem report I (1999-2002). Chapitre 3. Epidémiologie de la démence en Belgique. URL: <http://gbiomed.kuleuven.be/english/research/50000687/50000695/qualidem/doc/qi-03-fr.pdf>
10. Michiels B. Traitement médicamenteux de la démence. *MinervaF* 2008;7(10):146-7.
11. Perroco TR, Bustamante SE, Moreno Mdel P, et al. Performance of Brazilian long and short IQCODE on the screening of dementia in elderly people with low education. *Int Psychogeriatr* 2009;21:531-8.
12. Chevalier P. Précision d'un test diagnostique et prévalence. *MinervaF* 2011;10(4):51.
13. NHG-standaard dementia. M21. Actueel - 2012.
14. Troubles de la mémoire, troubles cognitifs légers et démence. Duodecim Medical Publications. Dernière mise à jour : 29/11/2010.