

Troubles neurocognitifs majeurs/légers (démence)

(février 2017)

Explication

Les troubles neurocognitifs (démence) se définissent par une diminution des fonctions cognitives dans le contexte d'un état de conscience stable. Ils constituent un problème majeur pour les membres de la famille et le personnel soignant, et leur prévalence augmente avec le vieillissement de la population. La maladie d'Alzheimer est de loin le trouble cognitif le plus répandu chez les personnes âgées. Le dépistage préventif visant à déterminer les facteurs de risque ainsi que les troubles réversibles chez les personnes âgées doit être effectué régulièrement.

Voir aussi l'objectif 31-1, , et l'objectif 74, .

Étiologie

(liste non exhaustive)

- Maladie d'Alzheimer
- Démence vasculaire (p. ex. infarctus multiples, infarctus lacunaires)
- Traumatisme cérébral (p. ex. commotion, anoxie)
- Drogues (p. ex. alcool, abus de substances)
- Toxines (p. ex. métaux lourds, toxines organiques)
- Troubles dégénératifs du système nerveux (p. ex. maladie de Parkinson, démence à corps de Lewy, chorée de Huntington)
- Hydrocéphalie à pression normale
- Masses intracrâniennes (p. ex. tumeurs, masses sous-durales, abcès cérébraux)
- Infections (p. ex. virus de l'immunodéficience humaine, neurosyphilis)
- Troubles endocriniens, métaboliques et nutritionnels (p. ex. hypothyroïdie, carence en vitamine B12)

Objectifs principaux

Dans le cas d'un patient atteint d'un trouble cognitif (démence), le candidat devra en diagnostiquer les causes, la gravité et les complications, et mettre en place un plan de prise en charge approprié. En particulier, il devra pouvoir déceler une détérioration des fonctions cognitives et en rechercher les facteurs de risque réversibles. Le candidat devra distinguer un début de maladie d'Alzheimer d'autres causes possibles.

Objectifs spécifiques

Dans le cas d'un patient atteint d'un trouble cognitif (démence), le candidat devra :

- énumérer et interpréter les constatations cliniques cruciales, notamment celles fondées sur :
 - a. une anamnèse auprès du patient et des proches afin de déterminer s'il y a un déclin des fonctions cognitives, son évolution dans le temps et les facteurs de risque possibles (p. ex. drogues, toxines);
 - b. une différenciation entre un véritable trouble neurocognitif et d'autres troubles psychiatriques (p. ex. dépression);
 - c. l'évaluation de l'état mental du patient et les résultats au mini-examen de l'état mental;
- énumérer et interpréter les examens essentiels (p. ex. dosage de la thyroïdostimuline (TSH) et de la vitamine B12, analyses de laboratoire pour la recherche de maladies vénériennes);
- élaborer un plan efficace de prise en charge initiale, notamment :
 - a. traiter les affections sous-jacentes réversibles;
 - b. instaurer une pharmacothérapie appropriée (p. ex. inhibiteurs de la cholinestérase);
 - c. conseiller le patient et sa famille (p. ex. pronostic, désignation d'un mandataire, services de soutien);
 - d. déterminer si le patient doit être dirigé vers des services spécialisés (p. ex. ergothérapie, traitement de dépendances).