

**Lyon1
Université**

**Faculté
de Médecine
Lyon Est**



Référentiel 2027

Cours



**Capsule
pédagogique**

**UE B1 Sciences biomédicales
Semestre 1
Système Vieillesse
Cours : Troubles neurocognitifs**



Former, accompagner, soigner



Troubles neurocognitifs

- UE / Semestre : Semestre 1
- Compétences visées : Compétence générique
- Résultats d'apprentissage :
 - *Identifier un trouble neurocognitif chez la personne âgée*
 - *Connaitre les bases du raisonnement diagnostique face à un trouble neurocognitif*
 - *Repérer une situation urgente (syndrome confusionnel)*
 - *Adapter son discours et ses soins aux troubles neurocognitifs*
- Prénom(s) NOM(S) auteur(s) : Antoine GARNIER-CRUSSARD

Plan du cours

1. Introduction : définitions
2. Maladie d'Alzheimer
3. Maladie à corps de Lewy
4. Troubles cognitifs vasculaires
5. Quels parcours de soin ?
6. Stratégie de prise en soins
7. Application en soins infirmiers
8. Confusion
9. Test de compréhension
10. Take home message

Troubles neurocognitifs

1. Introduction

- Qu'est ce que la **cognition** ?

La cognition correspond à l'ensemble des fonctions supérieures permettant la création et la manipulation de représentations mentales et favorisant l'interaction adaptée entre l'individu et son environnement

- Mémoire,
- Langage,
- Fonctions visuoperceptives et visuoconstructives,
- Praxies, gnosies
- Fonctions exécutives (planification et organisation, contrôle inhibiteur, flexibilité mentale...), l'attention, et la cognition sociale



1. Introduction

- Les **troubles neurocognitifs (TNC)**: réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs. Ce déclin cognitif est persistant, non expliqué par une dépression ou des troubles psychotiques, souvent associé à un changement de comportement.
 - Mineur : pas de retentissement sur l'indépendance
 - Majeur : retentissement sur l'indépendance (synonyme = *démence*)
 - S'accompagnent souvent de symptômes psycho-comportementaux ou neuropsychiatriques: apathie, tristesse, irritabilité, agitation, troubles du sommeil...
- TNC = **syndrome** qui peut être expliqué par plusieurs maladies (= **étiologies**)
 - **Maladies neurodégénératives** : maladie d'Alzheimer, maladie à corps de Lewy, dégénérescences lobaires fronto-temporales...
 - **Maladies non neurodégénératives**: causes vasculaires, causes rares autoimmunes, métaboliques, infectieuses, tumorales, hydrocéphalie chronique...



1. Introduction

- Les troubles neurocognitifs: des problématiques très **fréquentes**
Plus d'un million de personnes en France ont un TNC majeur
- Des maladies très **lentes**, avec un continuum sur de nombreuses années



- Les symptômes sont souvent **décompensés** à l'occasion d'une pathologie aigue ou d'une confusion



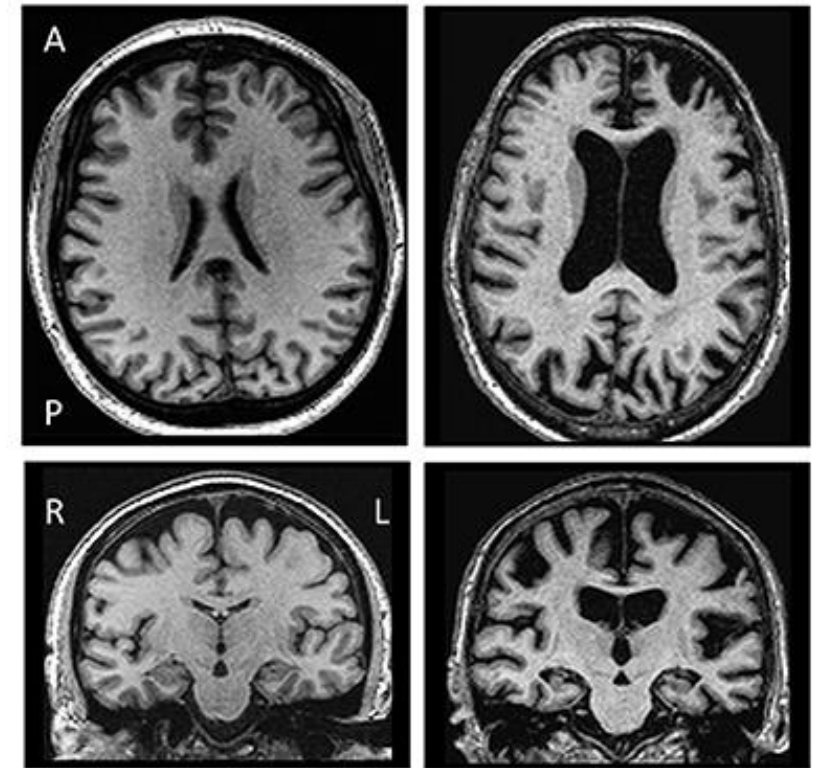
2. Maladie d'Alzheimer (MA)

Maladie **neurodégénérative** la plus fréquente

Lésions cérébrales (amyloïde, tau) qui s'accumulent → **neurodégénérescence** → **troubles cognitifs**

Affectent dans un premier temps la **mémoire** (oubli des faits récents, répétitions), puis souvent le **langage** (manque du mot, erreur de prononciation...), les **capacités à s'organiser, planifier**... pour évoluer vers une **perte d'indépendance**, d'abord pour les activités complexes (lessive, médicament...) puis les activités de bases (toilette, continence...).

Diagnostic: interrogatoire, tests cognitifs (bilan neuropsychologique), IRM cérébrale, biomarqueurs (ponction lombaire ou TEP-Scanner ou sanguin)



Normal

Atrophie suspecte

CC BY 4.0/Ferreira et al., Frontiers in Neuroscience/Cropped

3. Maladie à corps de Lewy (MCL)

Deuxième maladie **neurodégénérative** responsable de troubles cognitifs la plus fréquente

Troubles **neurocognitifs** + symptômes (besoin de $\geq 2/4$):

- **Hallucinations** visuelles récurrentes
- Troubles du **comportement en sommeil paradoxal**
- **Fluctuations**
- Syndrome **parkinsonien** (lenteur, raideur, tremblement...)

On utilise parfois des **biomarqueurs** (imagerie ou ponction lombaire)



Contre-indication aux antipsychotiques (sauf exception)



BREF MA2

4. Troubles cognitifs vasculaires (TNC vasculaires)

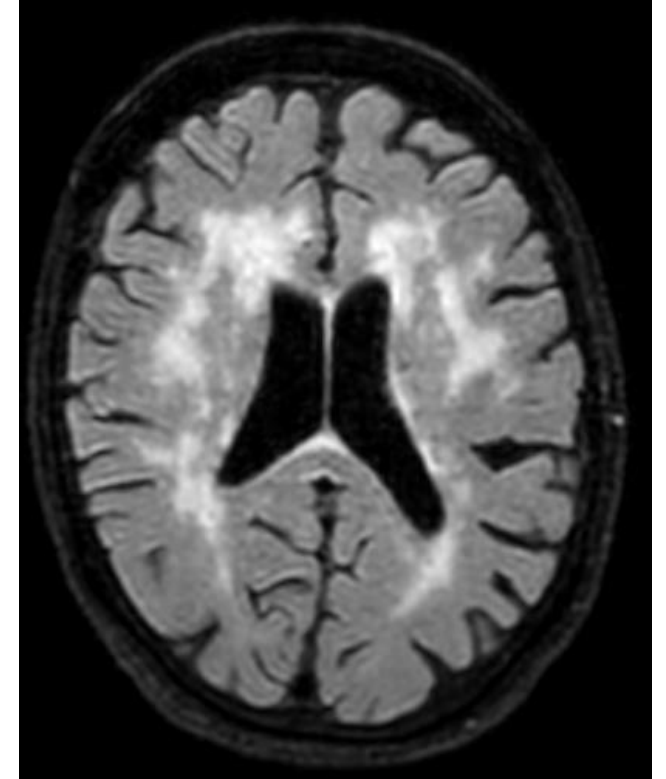
Cause très **fréquente** de TNC, souvent en plus d'une cause neurodégénérative = étiologie **mixte**

Terrain de **risque cardiovasculaire** (âge avancé, hypertension artérielle...)

Parfois après un AVC... mais pas toujours: évolution insidieuse

TNC, et souvent troubles de la marche, de l'humeur, lenteur...

Le profil cognitif (neuropsychologique) et les stigmates de lésions vasculaires visibles à l'IRM aident au diagnostic



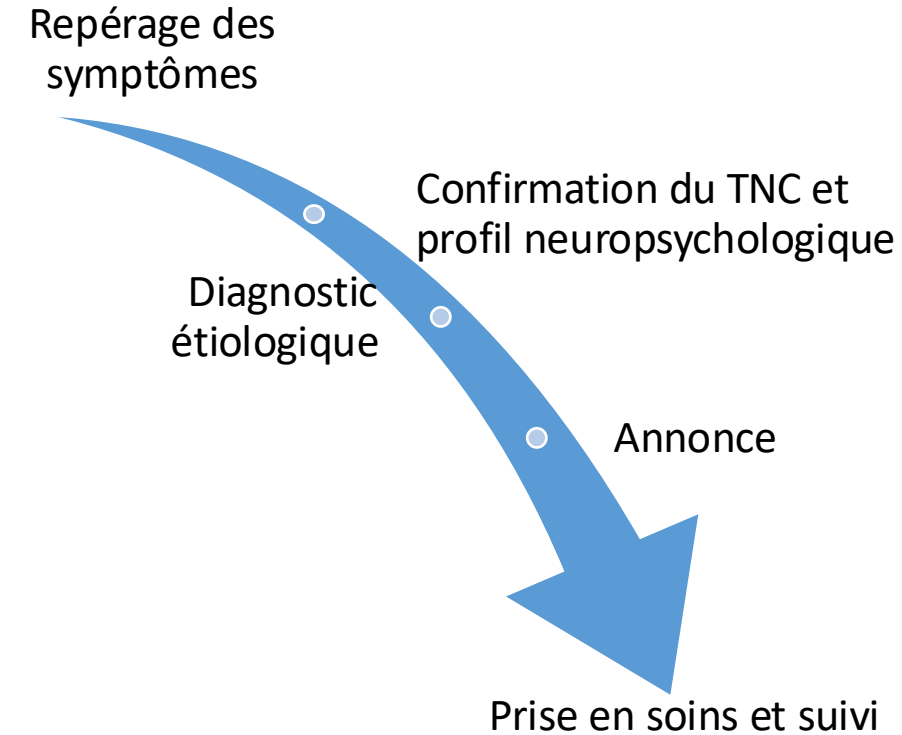
5. Quel parcours de soins ?

La démarche diagnostique commence en **soins primaires** (médecine générale, IDE...)

Le diagnostic peut être confirmé en « **Centre Mémoire** » par des neurologues ou gériatres ou psychiatres

Une **prise de sang** est systématique, pour ne pas méconnaître une cause non neurodégénérative et curable (infection, hypothyroïdie, anémie, insuffisance rénale sévère...)

Une **IRM cérébrale** (ou à défaut un scanner cérébral) est indispensable (pour chercher de l'atrophie, des lésions vasculaires et éliminer un diagnostic différentiel, comme une tumeur)



6. Stratégies de prise en soins

- Maladies chroniques, sans traitement curatif à ce jour
- **Annonce** diagnostique
- Prise en soin **non pharmacologique**
 - Acceptation des symptômes, psychoéducation
 - Stimulation/remédiation cognitive $\pm$ professionnelle (ESA, orthophoniste...)
 - Soutien psychologique, lien social
 - Activité physique
 - Lutte contre la dénutrition
 - Prise en charge des FRCV et des troubles sensoriels
 - Accompagnement de la dépendance: aides humaines, matérielles...
 - Mesure de protection
 - Aide aux aidants
- $\pm$ Prise en soins **pharmacologique**
 - Traitements « symptomatiques » (iAChE par exemple)
 - Symptômes psychocomportementaux (par ex. antidépresseurs)
 - Accès à la recherche

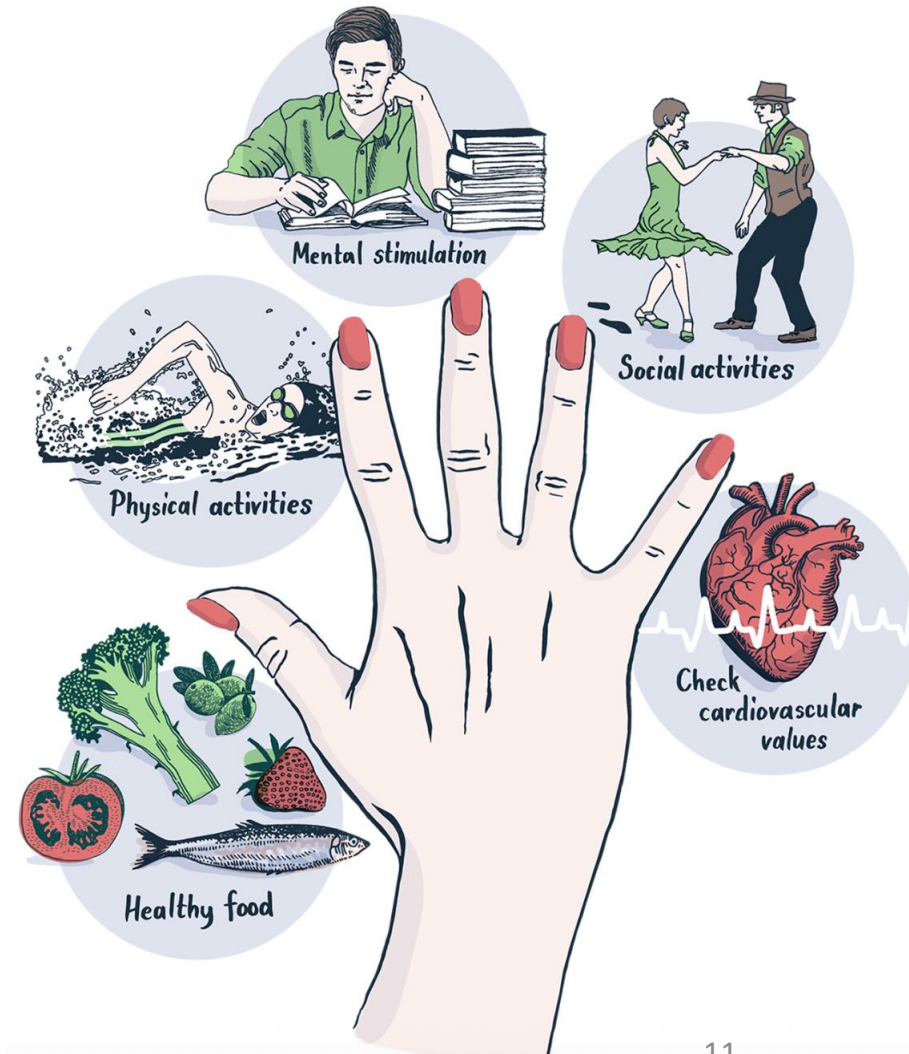
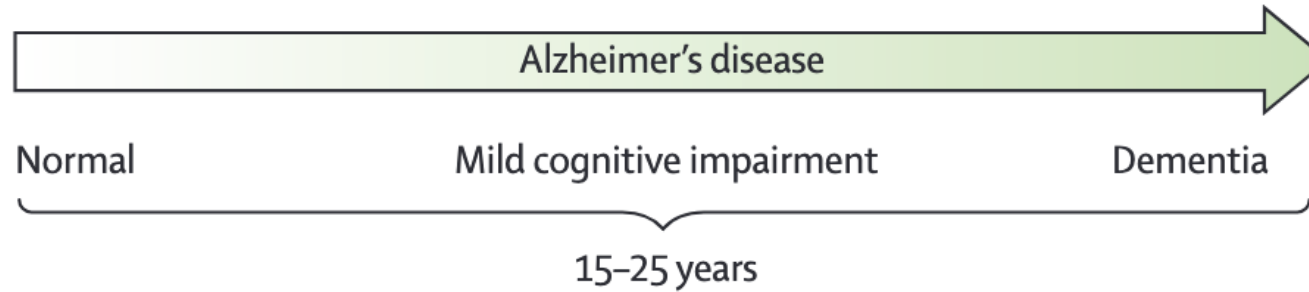


Illustration: Martina Krona from the book "Brain Health" (Miia Kivipelto, Mai-Lis Hellénus)

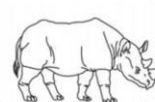
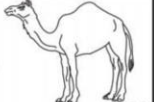
7. Application en soins infirmiers



Prévention
Ex. « ICOPE »



Soutien au domicile
Dépendance, ttt...

DÉNOMINATION		Contour	Chiffres	Alphabets	/5		
							
MÉMOIRE		VISAGE	VELOURS	EGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Pas de point
Lire la liste de mots, le patient doit répéter.		1 ^{er} essai					
Faire 2 essais même si le 1 ^{er} essai est réussi.		2 ^{ème} essai					
Faire un rappel 5 min après.							

Repérage
IPA, Asalée



Gestion à l'hôpital
Urgences
Comportement
Fin de vie...



8. Syndrome confusionnel / confusion

Dégradation **BRUTALE / RAPIDE** du fonctionnement cognitif

- Troubles de l'attention ou de la vigilance
- De début rapide
- Fluctuant
- Avec d'autres perturbations cognitives
- Secondaires à une cause médicale, toxique, sevrage...

Items du RADAR	Consignes	R.A.D.A.R. Repérage Actif du Delirium Adapté à la Routine © Philippe Voyer	
1 Le patient était-il somnolent?	Avait-il tendance à s'endormir? Avait-il de la difficulté à demeurer éveillé?		
2 Le patient avait-il de la difficulté à suivre vos consignes?	A-t-il pris ses médicaments lorsque vous les lui avez donnés? A-t-il tendu la main? A-t-il porté ses médicaments à sa bouche? A-t-il pris le verre d'eau (ou bu l'eau) lorsque vous lui en avez offert? Est-ce que son regard suivait vos déplacements et gestes lorsque vous lui parliez (contact visuel)?		
3 Les mouvements du patient étaient-ils au ralenti?	Bougeait-il lentement? Était-il ralenti dans sa façon de s'asseoir, de marcher, de prendre ses médicaments?		
	S'il vous est arrivé d'observer l'un de ces comportements depuis la distribution de médicaments précédente, cochez « oui » . Dans le doute, cochez « oui » également .		



ENCERCLER

[1] ÉTAT DE CONSCIENCE

Cela inclut les patients qui peuvent être nettement somnolents (par exemple, difficiles à réveiller et/ou visiblement endormis lors de l'évaluation) ou agités/hyperactifs. Observez le patient. S'il est endormi, essayez de le réveiller en lui parlant ou en touchant doucement son épaule. Demandez au patient de dire son nom et son adresse pour aider l'évaluation.

Normal (alerte, mais pas agité, tout au long de l'évaluation)	0
Somnolence légère <10 secondes après le réveil, puis normal	0
Clairement anormal	4

[2] AMT4

Âge, date de naissance, endroit (nom de l'hôpital ou du bâtiment), année courante.

Aucune erreur	0
1 erreur	1
2 erreurs ou plus/ne peut être testé	2

[3] ATTENTION

Demandez au patient : « Pouvez-vous me dire les mois de l'année dans l'ordre inverse, en commençant par décembre. »
Pour aider à la compréhension, il est permis de dire une seule fois : « quel est le mois avant décembre? »

Mois de l'année à l'envers	Réussit à nommer 7 mois ou plus	0
	Commence, mais réussit <7 mois ou refuse de commencer	1
	Ne peut être testé (ne peut pas commencer, car ne se sent pas bien, somnolent ou inattentif)	2

[4] CHANGEMENT AIGU OU ÉVOLUTION FLUCTUANTE

Preuve de changements significatifs ou de fluctuation de l'état de conscience, cognition, autre fonction mentale (ex. paranoïa, hallucinations) apparus au cours des 2 dernières semaines et encore apparents dans les dernières 24 heures.

Non	0
Oui	4

4 ou plus : délirium possible +/- troubles cognitifs
1-3 : troubles cognitifs possibles
0 : délirium ou troubles cognitifs sévères peu probable (mais délirium encore possible si information incomplète à [4])

SCORE DU 4AT

4. Test de compréhension

Madame X, 81 ans, présente une plainte cognitive depuis 3 ans. Les symptômes sont apparus lentement et sont très progressifs depuis 3 ans. Par ailleurs, elle dit voir des enfants qui lui rendent visite la nuit, alors que sa porte est bien fermée. Elle voit également des cochons et des serpents la journée. Ses nuits sont agitées, et vous notez une marche très ralentie. L'IRM est considérée sans particularité en dehors d'une discrète atrophie corticale.

Question. Quel diagnostic évoquez-vous en priorité ?

- A. Syndrome confusionnel aigu
- B. Dépression
- C. Maladie d'Alzheimer
- D. Maladie à corps de Lewy
- E. Trouble cognitif vasculaire

Monsieur H, 77 ans, sans antécédent connu de trouble neurocognitif est adressé aux urgences pour une agitation brutale depuis 24h. Il reconnaît difficilement ses proches, a des difficultés d'attention et est très agité. Son épouse ne le reconnaît plus. Elle ne décrit pas de troubles cognitifs ces derniers mois. Il a 39,1° de température et une toux grasse. Pas d'autre signe neurologique à l'examen.

Question. Quel diagnostic évoquez-vous en priorité ?

- A. Syndrome confusionnel aigu
- B. Dépression
- C. Maladie d'Alzheimer
- D. Maladie à corps de Lewy
- E. Trouble cognitif vasculaire

4. Test de compréhension

Madame X, 81 ans, présente une plainte cognitive depuis 3 ans. Les symptômes sont apparus lentement et sont très progressifs depuis 3 ans. Par ailleurs, elle dit voir des enfants qui lui rendent visite la nuit, alors que sa porte est bien fermée. Elle voit également des cochons et des serpents la journée. Ses nuits sont agitées, et vous notez une marche très ralentie. L'IRM est considérée sans particularité en dehors d'une discrète atrophie corticale.

Question. Quel diagnostic évoquez-vous en priorité ?

- A. Syndrome confusionnel aigu
- B. Dépression
- C. Maladie d'Alzheimer
- D. Maladie à corps de Lewy**
- E. Trouble cognitif vasculaire

Monsieur H, 77 ans, sans antécédent connu de trouble neurocognitif est adressé aux urgences pour une agitation brutale depuis 24h. Il reconnaît difficilement ses proches, a des difficultés d'attention et est très agité. Son épouse ne le reconnaît plus. Elle ne décrit pas de troubles cognitifs ces derniers mois. Il a 39,1° de température et une toux grasse. Pas d'autre signe neurologique à l'examen.

Question. Quel diagnostic évoquez-vous en priorité ?

- A. Syndrome confusionnel aigu**
- B. Dépression
- C. Maladie d'Alzheimer
- D. Maladie à corps de Lewy
- E. Trouble cognitif vasculaire

Plainte cognitive

Déficits cognitifs

Confirmation du TNC

Diagnostic étiologique

Cause neurodégénérative
Alzheimer, Corps de Lewy,
DLFT...

Cause non neurodégénérative
TNC vasculaire, hydrocéphalie,
encéphalites, causes rares...

Annonce

Prise en soins

Suivi

Take home message

- TNC : altération lente des fonctions cognitives
- Étiologies neurodégénératives (MA, MCL, DLFT...) ou non neurodégénératives (TNC vasculaires...)
- Intérêt d'un diagnostic, pour une annonce et guider la prise en soins
- IDE : rôle central à toutes les étapes