

# DIAGNOSTIC PRÉCOCE

# EN BELGIQUE



**Dr Christian Gilles**  
**Centre Hospitalier de l'Ardenne**  
**Libramont**



# POUR UN BON DIAGNOSTIC PRÉCOCE

⇒ Équipe pluridisciplinaire dédiée

⇒ Critères permettant un diagnostic

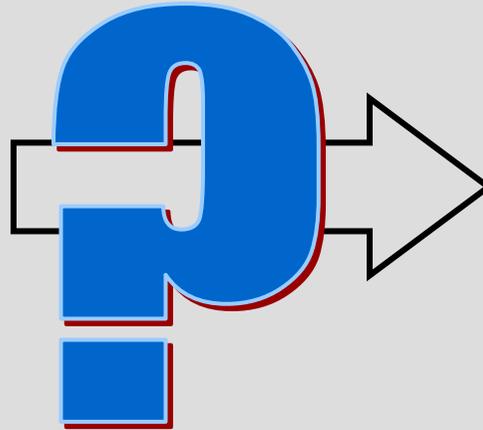
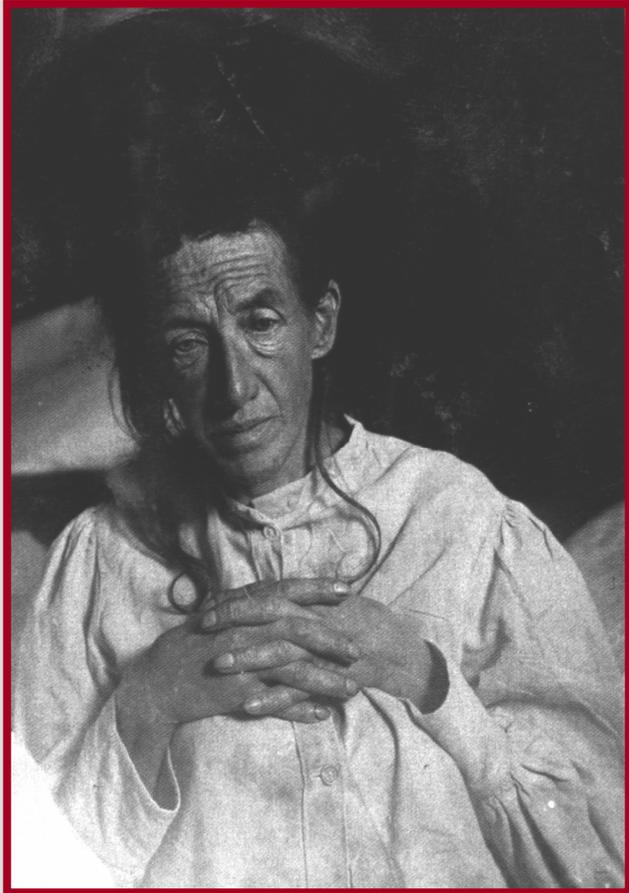
précoce

spécifique

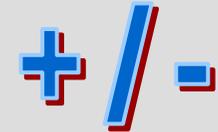
⇒ Outils paracliniques accessibles

⇒ Contact précoce avec les patients

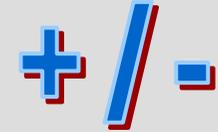
# UNE ÉQUIPE DÉDIÉE



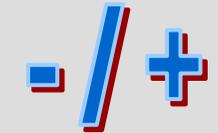
Gériatrie



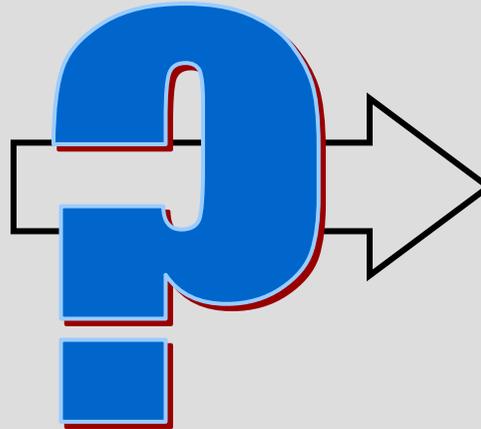
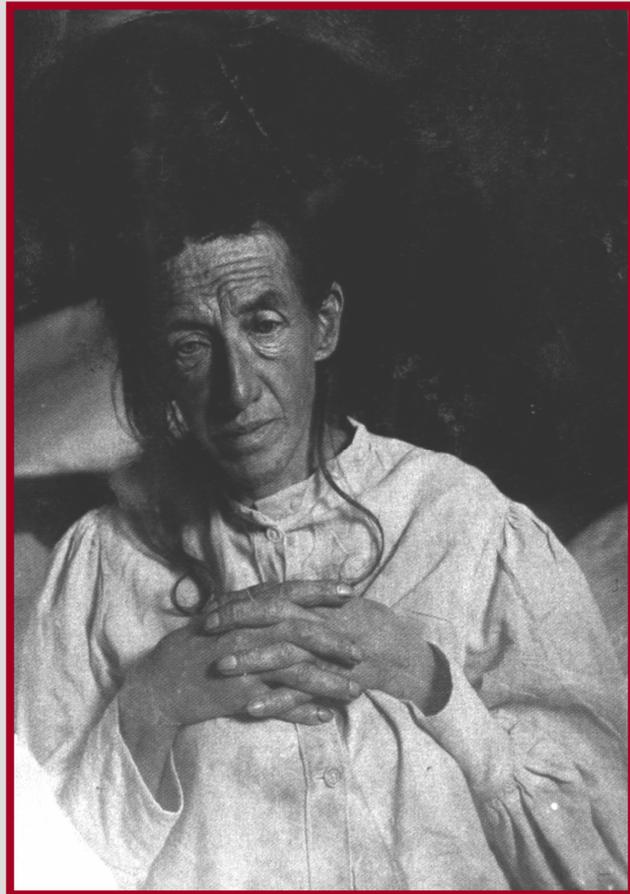
Neurologie



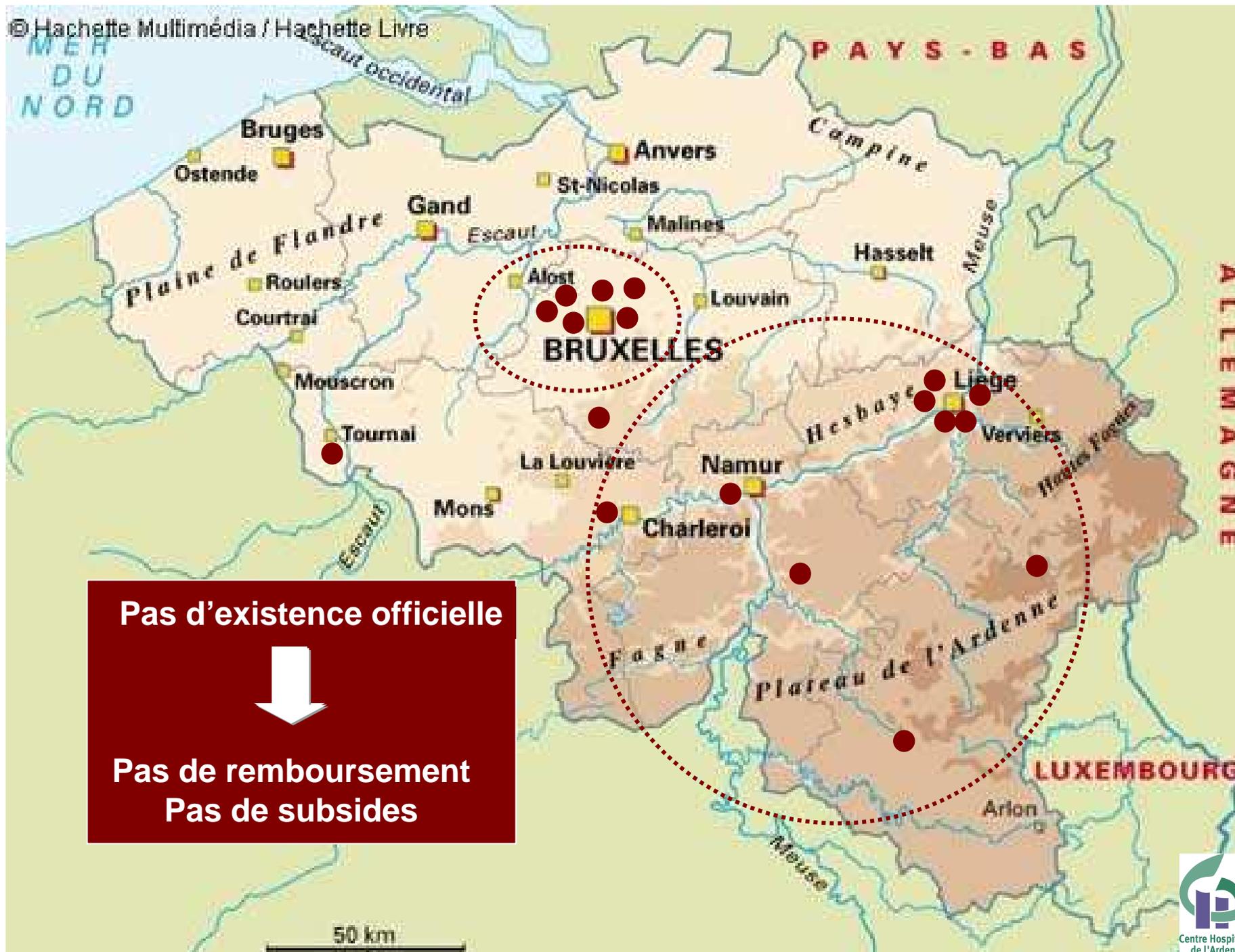
Psychiatrie



# UNE ÉQUIPE DÉDIÉE



**CLINIQUE  
DE  
LA MÉMOIRE**



**Pas d'existence officielle**

↓

**Pas de remboursement**  
**Pas de subsides**

# UN PARCOURS-TYPE

	Honoraires (€)	A charge (€)	
		min	max
1° consultation	32.31 – 60.96	5.35	15.24
Bilan neuropsychologique	60 - 90	60	90
Bilan AVJ	0	0	0
Bilan orthophonique	90.97	9.09	90.97
Bilan social	0	0	0
Biologie	70.93	3.72	15.67
Imagerie anatomique	84.01	0	2.48
Imagerie fonctionnelle PET <sup>18</sup> FDG	342.57	8.68	8.68
Imagerie fonctionnelle DATScan	749.11	7.2	10.8
EEG	62.98	0	8.68
Ponction lombaire	11.3	0	1.69
Analyse LCR A $\beta$ + Tau	50	50	50
2° consultation	32.31 - 37.16	5.35	14.86
<b>Total</b>		<b>149.39</b>	<b>309.07</b>

**DES CRITÈRES ADÉQUATS  
POUR UN DIAGNOSTIC SPÉCIFIQUE**

# PROCÉDURE DIAGNOSTIQUE ACTUELLE

(DSM + McKhann et al., 1984)

## Étape 1: syndrome démentiel

**A** Développement progressif de déficits cognitifs multiples

Troubles de mémoire **+** ( $\geq 1$ )

Examen  
neuropsychologique

Aphasie

Apraxie

Agnosie

Tr. de la pensée abstraite

Altération du jugement

**B** **→** Altération du fonctionnement social ou occupationnel  
**=** Déclin significatif par rapport au fonctionnement antérieur

## Étape 2: étiologie par exclusion

Histoire  
Examen clinique  
Biologie  
Scanner cérébral  
Radiologie

...

Absence de maladie systémique  
ou cérébrale explicative

# NOUVEAUX CRITERES PROPOSÉS

(Dubois et al., 2007)

**A**

## Trouble de la mémoire épisodique

- Changement graduel et progressif depuis plus de 6 mois rapporté par le patient ou son entourage
- Preuve objective au testing
- Isolé ou associé à d'autres troubles cognitifs

**+ ≥ 1**

**B**

Atrophie du lobe temporal interne (hippocampe, Cx entorhinal, amygdale)

**C**

↓ Aβ 1-42



Total Tau / Phospho Tau

**D**

Pattern spécifique en PET scan  
Métabolisme du glucose  
PIB / FDDNP

**E**

Preuve d'une mutation autosomique dominante  
chez 1 parent au 1° degré

# DES OUTILS PARACLINIQUES

# IMAGERIE ANATOMIQUE (IRM)

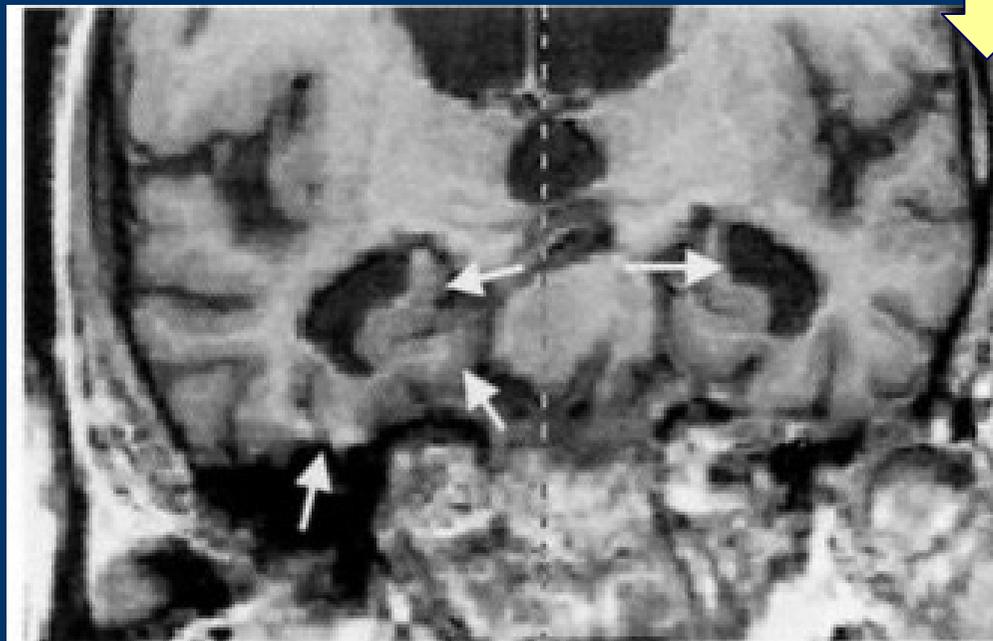
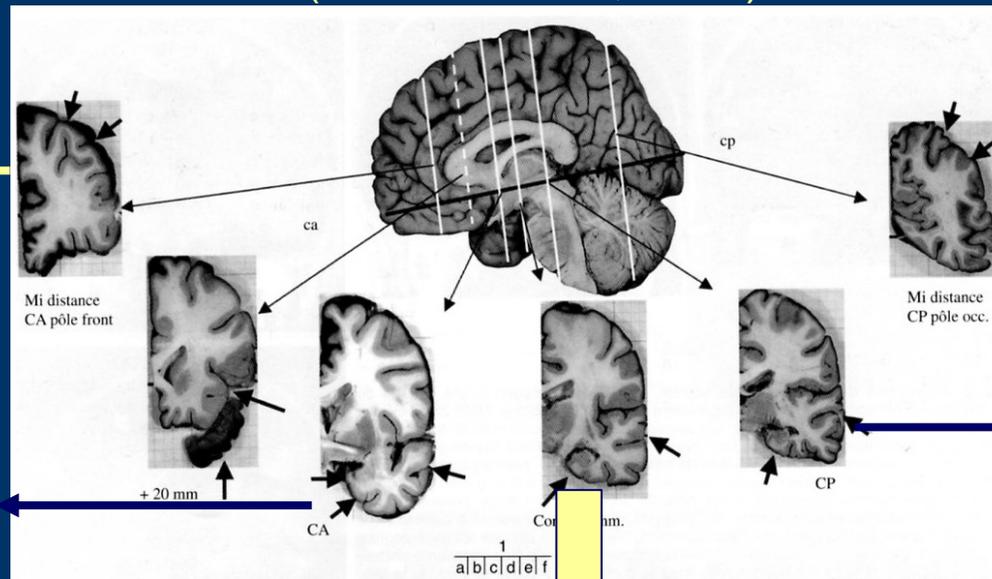
(Salamon et al, 2004)

Cx dorso-Fr  
Cx orbito-Fr

Cx parieto-occipital

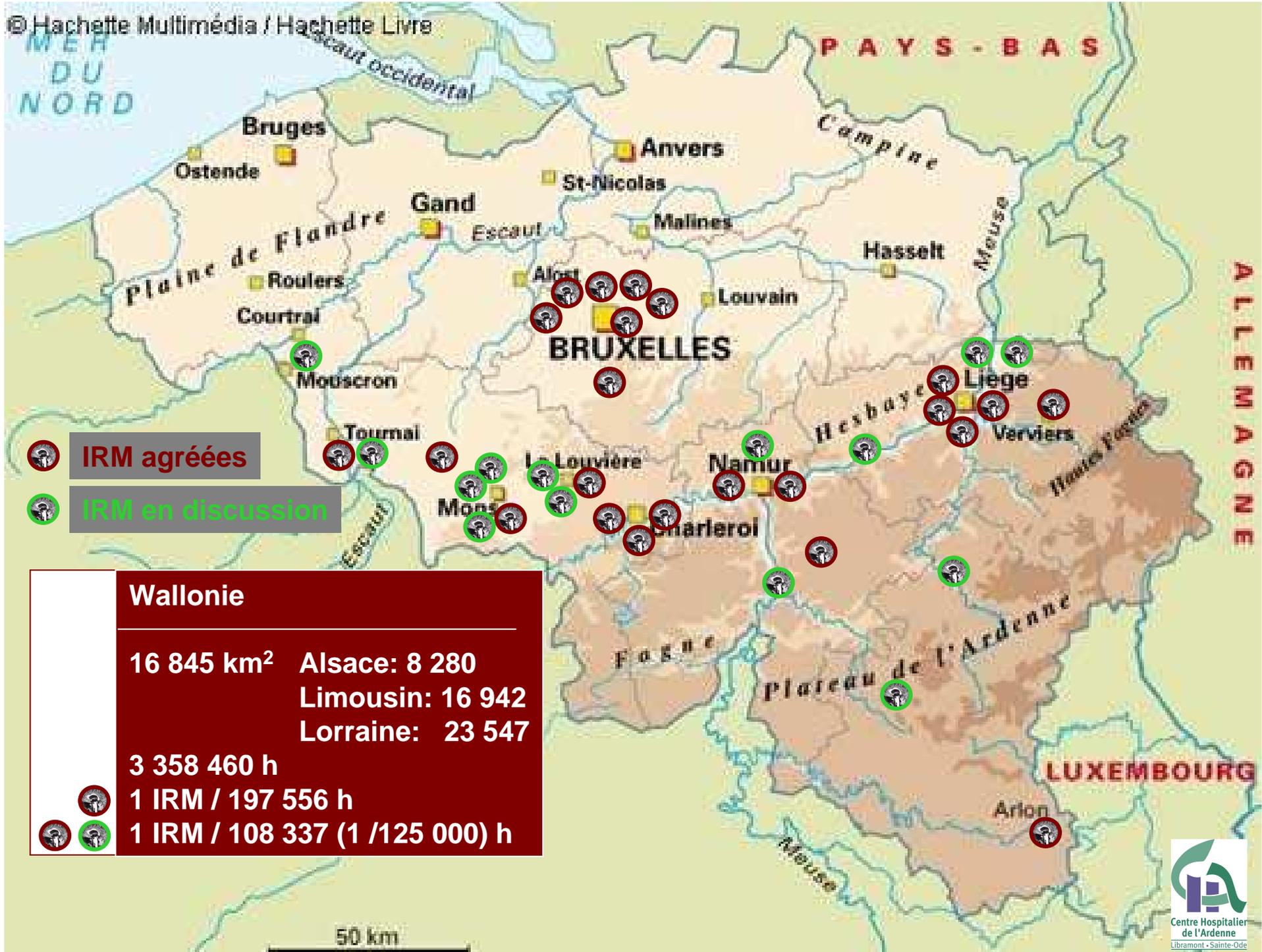
Esp perforé ant / NBM  
Noyau amygdalien  
Pôle temporal  
Aires pré-motrices

Hippocampe post



	Sens	Spe
MA / NL	> 85 %	>85 %
MA / autres	> 85 %	> 85 %
TCL => MA		
seul	51-70 %	68-69 %
+ memoire	50 %	90 %

Wahlund et al., 2000; Visser et al., 2002

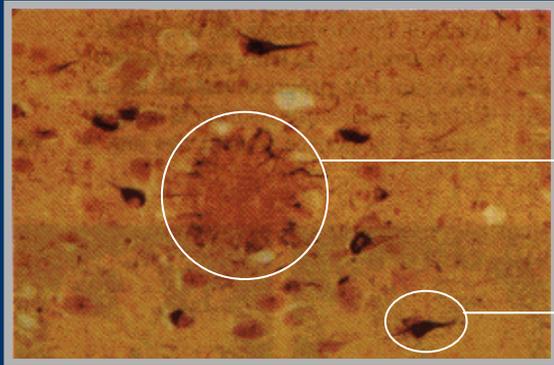


 **IRM agréées**

 **IRM en discussion**

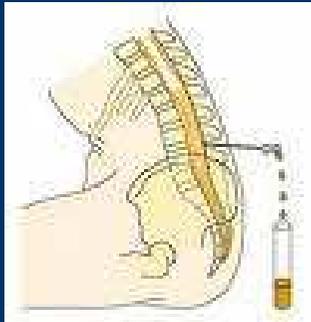
<b>Wallonie</b>	
16 845 km <sup>2</sup>	Alsace: 8 280
	Limousin: 16 942
	Lorraine: 23 547
3 358 460 h	
	1 IRM / 197 556 h
 	1 IRM / 108 337 (1 /125 000) h

50 km



Protéine  $\beta$ -amyloïde 1-42

Protéine Tau



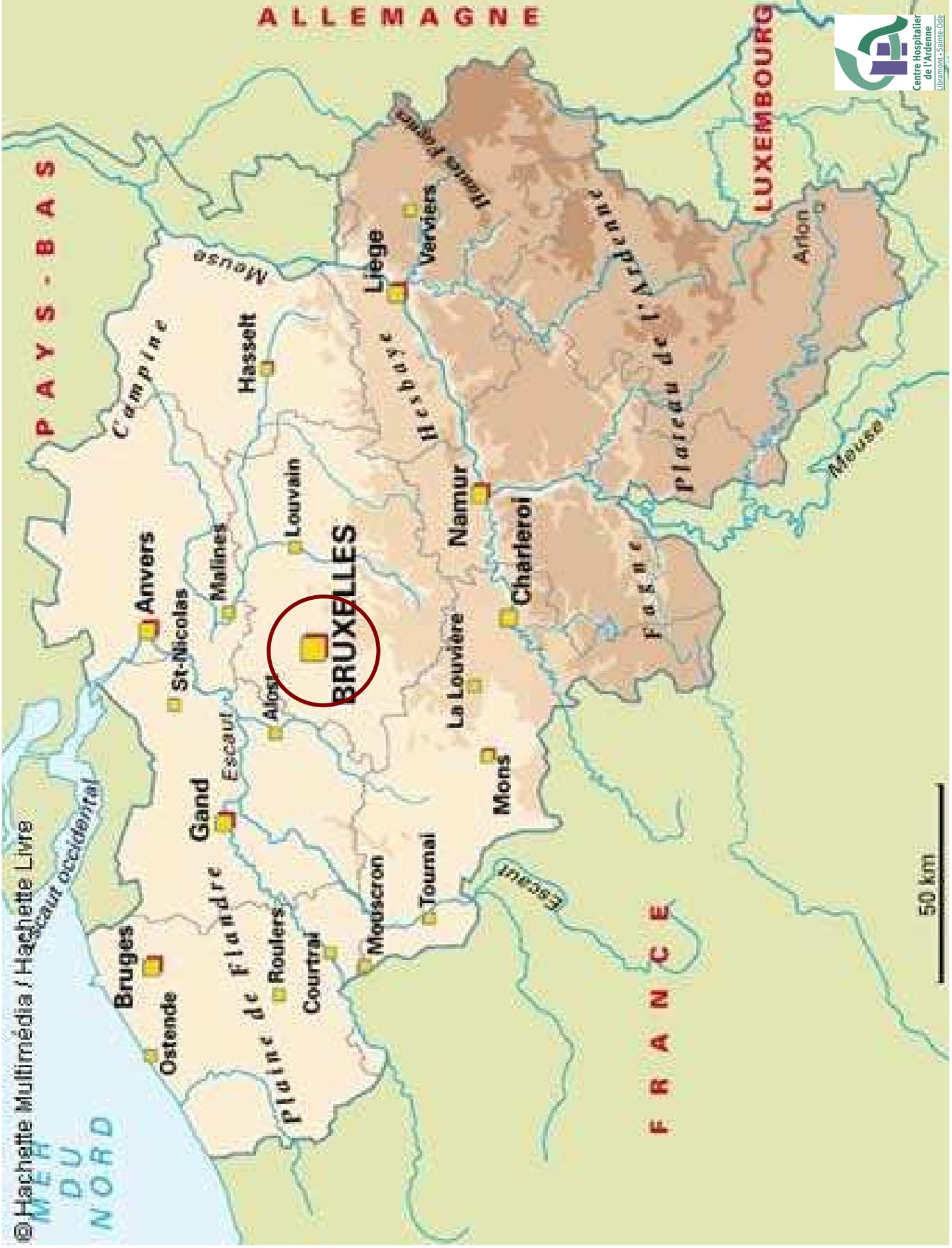
MA		NL	DEM Non - MA
$\beta$ A42	↓	(< 500 pg/ml)	P < 0.001
Ph Tau	↑	(> 50 pg/ml)	P < 0.001
PhTau / $\beta$ A42	↑	(> 6)	P < 0.001

Maddalena et al. 2003

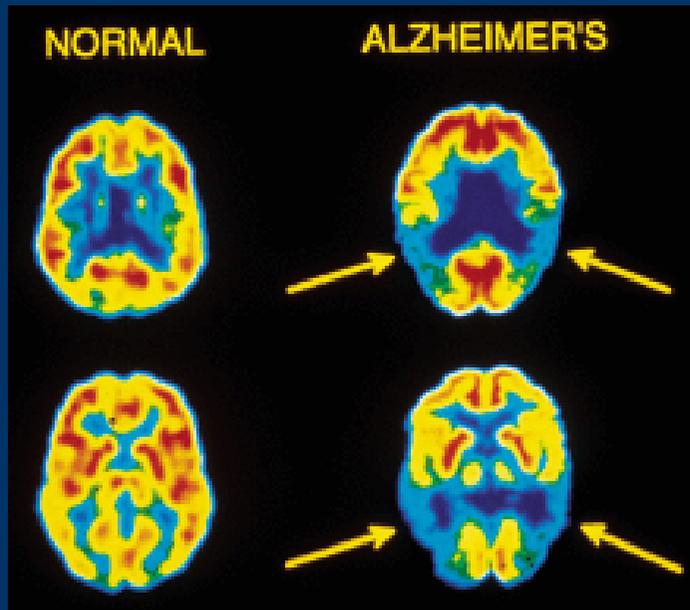
### Détection de MA au stade TCL

**T-Tau +  $\beta$ A1-42: Sensibilité 95%**  
**Spécificité 85 %**

(Hansson et al., 2006)



# IMAGERIE FONCTIONNELLE (PET- <sup>18</sup>FDG)



vs	Sens (%)	Spe (%)
N (histologie)	88 - 95	62 - 74
DCL	86 - 92	80 - 81
DFT	78	71

Review: Dubois et al, 2007

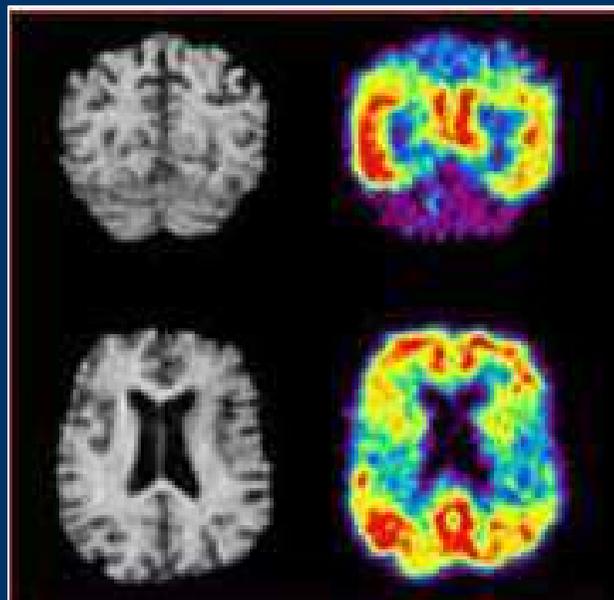
**Valeur prédictive dans le TCL: 16 patients suivis sur 20 mois**  
Fellgiebel et al., 2007

	Groupe total	Evolution vers MA	
		Oui	Non
<b>PET-FDG typique*</b>	<b>7/16</b>	<b>4/4</b>	<b>3/12</b>
<b>P-Tau181 &gt; 50 pg/ml</b>	<b>12/16</b>	<b>4/4</b>	<b>8/12</b>

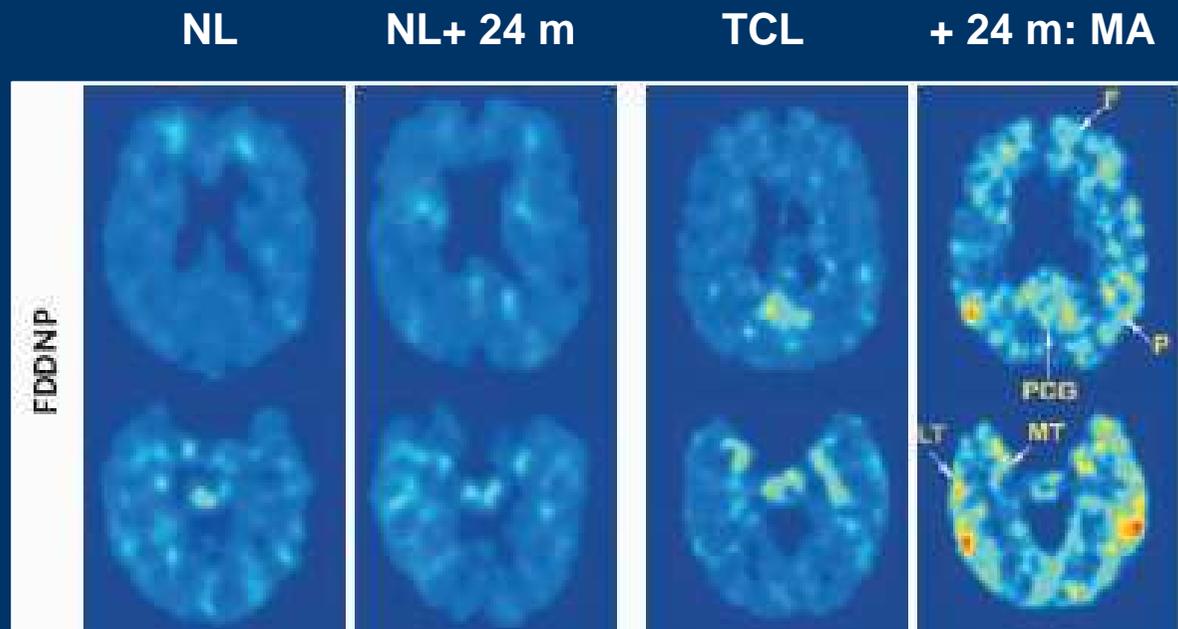
\*Z-score > 2 dans 50 pixels en C pariétal, CC post, C temp

# IMAGERIE FONCTIONNELLE PET + MARQUEURS

$\beta$ -AMYLOIDE (PIB)  
(Klunk et al 2004)



$\beta$ -AMYLOIDE + TAU (FDDNP)  
Small et al., 2006







## **Neuropsychologie:**

### **Définition des examens de base**

#### **Services:**

- interprétation des résultats
- guide dans la poursuite des examens
- télé-examen

## **Imagerie morphologique (IRM)**

### **Définition des conditions d'acquisition**

#### **Services:**

- Interprétation des images
- Constitution d'une banque de données normatives

## **Imagerie fonctionnelle (PET)**

- Centres experts
- Définition des indications (ou décision expert)

## **Analyse du liquide céphalo-rachidien:**

- Un laboratoire de référence
- Délais compatibles avec la pratique clinique

## **Discussion des cas difficiles**

# **UN CONTACT PRÉCOCE**

**Quel rôle pour le médecin généraliste ?**

# A LA RECHERCHE DE DIRECTIVES

**Société Scientifique de Médecine Générale: rien**

**Centres Universitaires de Médecine Générale**

√ Pas de réponse

√ « *Je vais me renseigner* »

√ « *Si je dois vous confier mon avis, je pense que la détection précoce est surtout poussée par l'industrie pharmaceutique qui a un intérêt évident à ce que la détection précoce devienne la règle alors que le bénéfice de la médicalisation des patients qui débutent un Alzheimer en termes de morbi-mortalité n'est pas vraiment démontré* »

# CONNAISSANCE, CONFIANCE ET ATTITUDE DES MG DANS LE DIAGNOSTIC ET LA PRISE EN CHARGE DES DÉMENCES

(Turner et al., 2004)

	Accord (%)		SO (%)	Désaccord (%)	
	++	+		+	++
Amélioration importante possible de la qualité de vie des proches	23	61	11	3	1
L'annonce précoce du diagnostic à la famille est préférable	23	60	14	3	1
Amélioration importante possible de la qualité de vie du patient	7	72	17	2	2
Donner le diagnostic est plus bénéfique que nuisible	16	49	24	10	2
Diagnostic mieux fait par spécialistes	3	30	31	33	3
Patients peuvent coûter cher sans beaucoup d'effets positifs	2	12	22	53	10
Il vaut mieux parler au patient en termes euphémiques	0	9	19	51	21
La prise en charge est plus frustrante que valorisante	2	36	28	30	6
Pas d'intérêt d'adresser les familles aux services, car les refusent	0	3	11	55	31
La MG a un rôle très limité dans les soins aux personnes démentes	0	5	6	44	45

# CONNAISSANCE, CONFIANCE ET ATTITUDE DES MG DANS LE DIAGNOSTIC ET LA PRISE EN CHARGE DES DÉMENCES

(Turner et al., 2004)

	Accord (%)		SO (%)	Désaccord (%)	
	++	+		+	++
Amélioration importante possible de la qualité de vie des proches	23	61	11	3	1
L'annonce précoce du diagnostic à la famille est préférable	23	60	14	3	1
Amélioration importante possible de la qualité de vie du patient	7	72	17	2	2
Donner le diagnostic est plus bénéfique que nuisible	16	49	24	10	2
Diagnostic mieux fait par spécialistes	3	30	31	33	3
Patients peuvent coûter cher sans beaucoup d'effets positifs	2	12	22	53	10
Il vaut mieux parler au patient en termes euphémiques	0	9	19	51	21
La prise en charge est plus frustrante que valorisante	2	36	28	30	6
Pas d'intérêt d'adresser les familles aux services, car les refusent	0	3	11	55	31
La MG a un rôle très limité dans les soins aux personnes démentes	0	5	6	44	45

# Déterminants de l'attitude négative

**Moins probable chez les femmes (  $p = 0.002$  )**

**Plus probable chez les praticiens expérimentés (  $p = 0.03$  )**

**Corrélation négative avec les scores de connaissance (  $p = 0.002$  )**

**Corrélation négative avec la perception de compétence (  $p = 0.004$  )**

# Effacité d'actions de formation dans l'amélioration de la détection et de la prise en charge des démences en médecine générale.

(Downs et al., 2006)

**Approchés: 124**

**Randomisés: 36**

**8 CD-Rom Didacticiel (CD-D)**

**8 Logiciel d'aide à la décision écrit dans le dossier électronique usuel (LAD)**

**10 Ateliers d'analyse de cas en petits groupes (AA)**

**10 Contrôles (C)**

**Patients  $\geq 75$  ans diagnostiqués déments  
9 mois après la mise en place de la formation**

	<b>n</b>	<b>p vs C</b>
<b>CD-D</b>	11	0.18
<b>LAD</b>	32	0.01
<b>AA</b>	21	0.02
<b>C</b>	6	

## **L'Homme n'est pas une machine comme les autres**

**Cloisonnement**

**Ego**

**Particularismes**

**Dialogue**

**Formation permanente**

**Standardisation**

**L'introduction d'une nouvelle compétence et de ses outils  
doit être (et être vécue comme):**

- **un atout personnel**
- **une aide**

**Et pas comme une contrainte supplémentaire**