

Maladie d'Alzheimer en Guadeloupe, où en est-on ?

Le vieillissement de la population qui fera de la Guadeloupe, à l'horizon 2030, **une des plus vieilles régions de France** sur le plan démographique, fait émerger une nouvelle problématique de santé publique rendant nécessaire l'amélioration de l'offre de soins sur notre territoire. L'âge moyen **serait de 48 ans** alors qu'il était de 36 ans en 2007 et la région serait **la troisième la plus âgée** de France après la Corse et la Martinique. Dans ce contexte, notre département est confronté à l'émergence des pathologies **neurodégénératives** et plus particulièrement des maladies d'Alzheimer et apparentées. En France la maladie d'Alzheimer concerne, selon les projections de l'étude **PAQUID**, 850 000 personnes en 2008 et 225 000 nouveaux cas par an. Sont concernées 5 % de la population âgée de 65 ans et plus, et 15 % des plus de 85 ans.

En Guadeloupe, nous ne disposons pas d'études épidémiologiques de terrain permettant une réelle connaissance des taux de prévalence et d'incidence concernant ces pathologies. Selon des données obtenues après projections statistiques de l'étude PAQUID, on peut estimer en Guadeloupe 4 541 cas de démences, dont 3 542 Alzheimer. Il y aurait 1 041 démences dont 750 Alzheimer chez les 60-75 ans et 3 500 démences dont 2 792 Alzheimer chez les 75 ans et plus.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), **la démence** (on dit actuellement **Trouble Neuro Cognitif modéré ou sévère**) est un **syndrome, généralement chronique ou évolutif**, dans lequel on observe **une altération des fonctions cognitives** (capacité d'effectuer des opérations de pensée), plus importante que celle que l'on pourrait attendre du vieillissement normal. Elle affecte **la mémoire**, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement. La conscience n'est pas touchée. Une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation accompagne souvent, et parfois précède, les troubles des fonctions cognitives.

La maladie d'Alzheimer **est la plus fréquente des démences**. Cette maladie est **fréquente chez les personnes âgées mais elle touche également les personnes jeunes**. Par ailleurs, il existe de nombreux autres types de démences : démences vasculaires, dégénératives (maladie de Parkinson, Maladie de Huntington, démence à corps de Lewy), infectieuses (maladie de Creutzfeldt-Jakob, démence liée au VIH), toxiques (démence alcoolique), etc...

La maladie d'Alzheimer n'est pas une conséquence du processus normal du vieillissement. Elle est due à **une accumulation de protéines anormales** dans le cerveau. On ne connaît pas exactement toutes les causes de cette maladie. La durée de la maladie d'Alzheimer **varie beaucoup** d'une personne à une autre, pouvant aller de 5 à 20 ans.

La maladie d'Alzheimer **débute par des troubles de la mémoire** : la personne malade a de plus en plus de mal à se souvenir des faits **récents** (contrairement aux souvenirs anciens qui sont davantage conservés). Puis se développent d'autres troubles au fur et à mesure que la maladie progresse dans le cerveau, comme **une aphasie** (=difficulté à trouver les mots justes et perte progressive de la parole), **des troubles du comportement** (une agressivité, une apathie =état d'indifférence à l'émotion, la motivation...). Aux stades avancés de la maladie, les personnes développent **une apraxie** (=troubles de la réalisation de certains gestes quotidiens) **et une agnosie** (=perte de la reconnaissance d'objets et de personnes) et deviennent totalement **dépendantes**.

C'est en **1907** que la maladie éponyme a été identifiée par le psychiatre et neuropathologiste allemand **Aloïs Alzheimer** (1864-1915). **Avant les années 2000**, le diagnostic clinique de la maladie d'Alzheimer était un diagnostic d'exclusion : il était posé après élimination des autres maladies neurologiques ou autres affections provoquant des démences. **Depuis 2007, il existe des tests neuropsychologiques capables de détecter de façon précoce les premiers troubles de la mémoire de la maladie d'Alzheimer.** Des examens biologiques sont également associés et une imagerie cérébrale est recommandée.

L'imagerie cérébrale telle que l'IRM permet de mesurer l'atrophie du lobe temporal (qui est un marqueur du développement de la maladie d'Alzheimer), et l'atrophie de plus petites structures comme l'hippocampe (région essentielle à la mémoire) et l'amygdale (région essentielle pour ressentir et percevoir certaines émotions). Une **analyse du Liquide Céphalo-Rachidien (LCR)** peut être proposée chez les personnes dont le diagnostic est encore hésitant ou atypique, en particulier chez les **patients jeunes**. Ce fluide biologique transparent est prélevé par ponction lombaire, dans le bas du dos. C'est dans ce liquide que baignent le cerveau et la moelle épinière. Il permet de mesurer les **biomarqueurs** de la maladie d'Alzheimer : **la protéine A β 42** (principal constituant de la lésion cérébrale appelée plaque sénile), **la protéine tau hyperphosphorylée** (principal constituant de la lésion cérébrale appelée **dégénérescence neurofibrillaire**). **L'imagerie fonctionnelle** peut être utilisée dans les Centre Mémoire Ressource et Recherche (CMRR) pour les cas douteux.

Le diagnostic formel de la maladie d'Alzheimer ne peut être obtenu **que par autopsie du cerveau post-mortem**, en observant les lésions cérébrales dans des régions cérébrales particulières. Le recours à une biopsie cérébrale sur personne vivante pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer est contraire à l'éthique médicale : l'examen n'est pas sans risque et il s'avère peu utile car la biopsie peut passer à côté des lésions cérébrales.

Un diagnostic précoce est important pour appliquer au plus tôt les traitements médicamenteux actuels, mais également tous les conseils préconisés en matière de prévention, stimuler au mieux les facultés cognitives et de mémorisation. **Il permet aussi au malade d'anticiper, de prendre des dispositions pour l'avenir tant qu'il possède encore toutes ses facultés de discernement et de prise de décision.**

Il n'existe actuellement aucun médicament capable de guérir la maladie d'Alzheimer, ni même permettant d'arrêter totalement son évolution, c'est pour cela que la recherche doit progresser en ce domaine. Quatre médicaments sont actuellement sur le marché. Ils ont pour but de **traiter certains symptômes** du malade mais ils n'empêchent pas la progression de la maladie. Les médicaments sont le **Donépézil** (Aricept), la **Rivastigmine** (Exelon), la **Galantamine** (Reminyl) et la **Mémantine** (Exiba).

Il est important de ne pas se limiter à une prescription uniquement médicamenteuse. Il existe des prises en charge non pharmacologiques destinées à traiter certains troubles ponctuels mais qui s'avèrent souvent précieuses dans l'amélioration des conditions de vie : orthophonie, kinésithérapie, ostéopathie, psychologue, ergothérapie, psychomotricité, soins infirmiers etc. **Ces prises en charge peuvent aider à stimuler les capacités cognitives et motrices du malade, et également à atténuer l'anxiété, le stress, les changements d'humeur.** Pour finir, l'attitude de **l'entourage** (aidants familiaux, professionnels) joue un rôle important dans le quotidien du malade par des techniques de communications adaptées, l'adaptation de l'environnement, la stimulation de manière proportionnée des capacités restantes, cognitives, sensorielles, motrices du malade. Des associations d'aide aux aidants comme **France Alzheimer Guadeloupe**, la **Plateforme Alois** forment et informent les aidants.

Depuis 20 ans, de nombreux progrès dans le domaine de la recherche ont été réalisés. On connaît de mieux en mieux les lésions de la maladie d'Alzheimer et leur progression dans le cerveau.

Une des conséquences principales de cette maladie est la perte d'autonomie constituant la principale cause d'entrée en institution (on estime que 80% des résidents en institution en France sont déments dont la moitié pour la seule maladie d'Alzheimer). **En Guadeloupe, les centres diagnostiques que sont les consultations mémoires ne sont qu'au nombre de deux à l'heure actuelle : la consultation mémoire du CHU et la consultation mémoire du Centre Médico-Social de Basse-Terre.** Enfin, l'absence de services d'hospitalisation de gériatrie pouvant accueillir les sujets âgés souffrant de pathologies démentielles avec troubles psycho comportementaux à risque, contribue à un climat d'insécurité majeure pour les patients et leur famille mais aussi pour les personnels médicaux et paramédicaux actuels, doublés d'une impossibilité à rendre un service sanitaire approprié. Plus encore, ces manques conduisent les familles et les aidants à de véritables drames humains, à **risque de maltraitance** et de mise en danger des patients comme des membres de l'entourage. Le projet d'une **filière gériatrique** est à pied d'œuvre pour une meilleure prise en charge de ces patients.

Dr Leila RINALDO, Gériatre CHU PAP/Abymes, 2016

Bibliographie :

- Le PAQUID (ou Paquid) cohorte est un groupe de 3.777 personnes âgées de 65 ans ou plus qui ont été étudiés à partir de 1988 jusqu'à présent. Les études ont été menées par l'Université Victor- Segalen, Bordeaux 2 (UB2) à Bordeaux, France.

-Dr BASILEU Tatiana / Dr RINALDO Leila EMG Consultation mémoire CHU/PAP/ABYMES -- Dr Isabelle TIBOUT CHIMON Consultation mémoire CMS Basse Terre Maladie d'Alzheimer et Filière Gériatrique en Guadeloupe, où en est-on ? La Gazette du Jeune Gériatre **Numéro 8 novembre 2014**

-Ramaroson H, Helmer C, Barberger-Gateau P, Letenneur L, Dartigues JF. [Prevalence of dementia and Alzheimer's disease among subjects aged 75 years or over: updated results of the PAQUID cohort]. Rev Neurol (Paris) 2003 ;159(4):405-11.

-ORSaG *La maladie d'Alzheimer en Guadeloupe Mars 2013*

-LECMA-Vaincre Alzheimer <https://www.maladiealzheimer.fr/>