

CONGRÈS NATIONAL 2018
DES UNITÉS DE SOINS, D'ÉVALUATION
ET DE PRISE EN CHARGE
PARIS www.uspalz.com

Alzheimer

Mercredi 12 et Jeudi
13 décembre 2018

ANOSOGNOSIE ET SES PREDICTEURS DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER LEGERE A MODEREE SUIVANT LA METHODOLOGIE D'EVALUATION USITEE

JACUS J. Pierre ¹, HERADES Yoan ¹, ANTOINE Pascal ².

¹ Consultations mémoire, Centre hospitalier des vallées de l'Ariège, Foix, France.

² UMR CNRS 9193 SCALab, Université de Lille, France.



Introduction

- Anosognosie dans la maladie d'Alzheimer (MA) → risque d'institutionnalisation du patient ← incapacité à éviter les dangers et à accepter les aides et soins proposés (Horning et al., 2014 ; Verhulsdonk et al., 2013).
- Hétérogénéité de l'anosognosie dans la MA (Avondino & Antoine, 2016; Markovà, 2005; Markovà et al., 2014; Trouillet et al., 2003), notamment en raison de méthodologies d'évaluation diverses.

Introduction

Les trois principales méthodes d'évaluation de l'anosognosie dans la MA (Starkstein et al., 2014):

- a) Ecart entre évaluation du patient et celle du proche (**AQ-D** Migliorelli-Starkstein, 1995, 2006; **PCRS** Prigatano et al., 1986).
- b) Ecart entre prédiction du patient à un test et performance obtenue (**MISAware** Antoine et al. 2013).
- c) Evaluation par le clinicien (**Echelle de Cs de soi dans la MA** Gil et al., 2001).

Objectif et méthode

Objectif – Etudier les prédicteurs et corrélats de chacune des méthodes parmi des variables cognitives, comportementales et psycho-affectives.

Sujets – Nous avons comparé:

- 17 sujets contrôles – CT avec scores de cognition globale (*MMSE*), de mémoire épisodique (*RL – RI 16*) et scores exécutifs (*BREF*) normatifs pour l'âge et le niveau d'études.
- 35 patients souffrant de MA probable ([McKhann et al., 2011](#)), légère à modérée ([Hugonot-Diener, 2007](#)).

Objectif et méthode

Outils d'évaluation: Tous ont été évalués avec

Autonomie: **IADL** *Instrumental Activity of Daily Living* (Lawton et al., 1969).

MMSE *Mini Mental State Examination* (Folstein et al., 1975).

Cognition: **RL-RI 16** *Test de Rappel Libre–Indicé à 16 items* (Ergis et al., 1994).

BREF *Batterie Rapide d'Efficienc e Frontale* (Dubois et al., 2000).

Affectif: **GDS** *Geriatric Depression Scale* (Clément et al., 1997).

Comport.: **AES** *Apathie Evaluation Scale* (Marin et al., 1991).

(a) **PCRS** (Prigatano et al., 1986). **AQ-D** (Starkstein et al., 2006).

Anosognosie: (b) **MISAware** *Multidimensional Isomorphic Simple Awareness Assessment* (Antoine et al., 2013).

(c) **Echelle de Cs de soi dans la MA** (Gil et al., 2001) (groupe MA)

Résultats

Comparés au groupe CT, le groupe MA était:

- d'âge > et de niveau d'études < ,
- **cognitivement <** au MMSE, à la RL-RI 16 et à la BREF,
- **plus apathique** aux AES,
- **plus dépressif** à la GDS,
- **plus anosognosique**: à la PCRS et AQ-D (écart patient – proche) et à la Misaware (écart prédictions – performances).

Groupe MA plus pathologique que groupe CT

Résultats

Corrélations entre les échelles d'anosognosie

	PCRS Ecart patient-proche	AQ-D Ecart patient-proche	MISAware Ecart prédic ^o -performances
PCRS Ecart patient-proche			
AQ-D Ecart patient-proche	$r=-0.816, p<0.001$		
MISAware Ecart prédic ^o - performance	$r=-0.46, p<0.001$	$r=0.499, p<0.001$	
Echelle de Cs de soi dans MA Eval. clinicien	Non corrélées $p=0.1$	Non corrélées $p=0.08$	$r=-0.618, p<0.001$

Résultats

Les prédicteurs de l'anosognosie (Cov.: âge et niveau d'études)

Ecart patient – proche

↗Apathie + ↘Dépression + ↘Rappels totaux $_{RL-RI\ 16} = 56,5\% \text{ AQ-D}$

↗Apathie + ↘Dépression + ↘Rappels totaux $_{RL-RI\ 16} = 43,2\% \text{ PCRS}$

Ecart prédictions – performances: ↘MMSE + ↘BREF = **68,2% MISAware**

Eval. par clinicien

↘MMSE + ↘dépression = **43% Echelle Cs de soi dans MA** (sans cov.)

Discussion

Anosognosie liée à \nearrow apathie et à \searrow dépression (Horning et al., 2014; Jacus 2017),
à l'atteinte exécutive (Gil et al., 2001; Hannesdottir et al., 2007; Orfei et al., 2008) **et à**
l'atteinte de la mémoire épisodique (Conway et al., 2009).

+ Liens entre méthodologie d'évaluation et corrélats de l'anosognosie (prédicteurs identiques pour PCRS et AQ-D et varient pour les autres méthodes).

→ Hypothèse du **rôle déterminant du référentiel dans l'évaluation de l'anosognosie**, suivant que ce référentiel soit:

- L'avis d'un proche (méthode écart patient-proche),
- Celui du clinicien sur la base d'un entretien (méthode éval. par clinicien),
- Ou un score à un test (méthode écart prédictions-performances).

Discussion

Référentiel = score à un test (*Mattis pour la MISAware*), score d'anosognosie → corrélé à des tests cognitifs.

Référentiel = avis du clinicien basé sur un entretien spécifique (*Echelle de Cs de soi dans la MA*), score d'anosognosie → corrélé aux questions utilisées (ici le MMSE qui évalue la sévérité du déficit, sachant que les questions de l'échelle de Cs de soi concernent des facettes de la Cs progressivement altérées au cours de la maladie).

Référentiel = avis d'un proche (*AQ-D, PCRS*), score d'anosognosie → corrélé (-) à la dépression et (+) à l'apathie en lien avec la sous-estimation / surestimation des compétences du patient par rapport à l'avis d'un proche.

Conclusion

Méthodologie utilisée et le référentiel sous-jacent induisent aussi les corrélats de l'anosognosie:

- Particulièrement évident pour la méthodologie écart prédictions – performances à un test.
- Probable diversité des corrélats pour la méthodologie d'évaluation par le clinicien, car liée aux questions posées (→ diversité des résultats observés avec cette méthode).
- En revanche, il semblerait que les questions/modalités de réponses importent moins que la méthode, pour la méthodologie écart patient – proche, très liée à l'apathie et la dépression.

CONGRÈS NATIONAL 2018
DES UNITÉS DE SOINS, D'ÉVALUATION
ET DE PRISE EN CHARGE
PARIS www.uspalz.com

Alzheimer

Mercredi 12 et Jeudi
13 décembre 2018

Merci pour votre attention

jeanpierrej@hi-val-ariège.fr

