

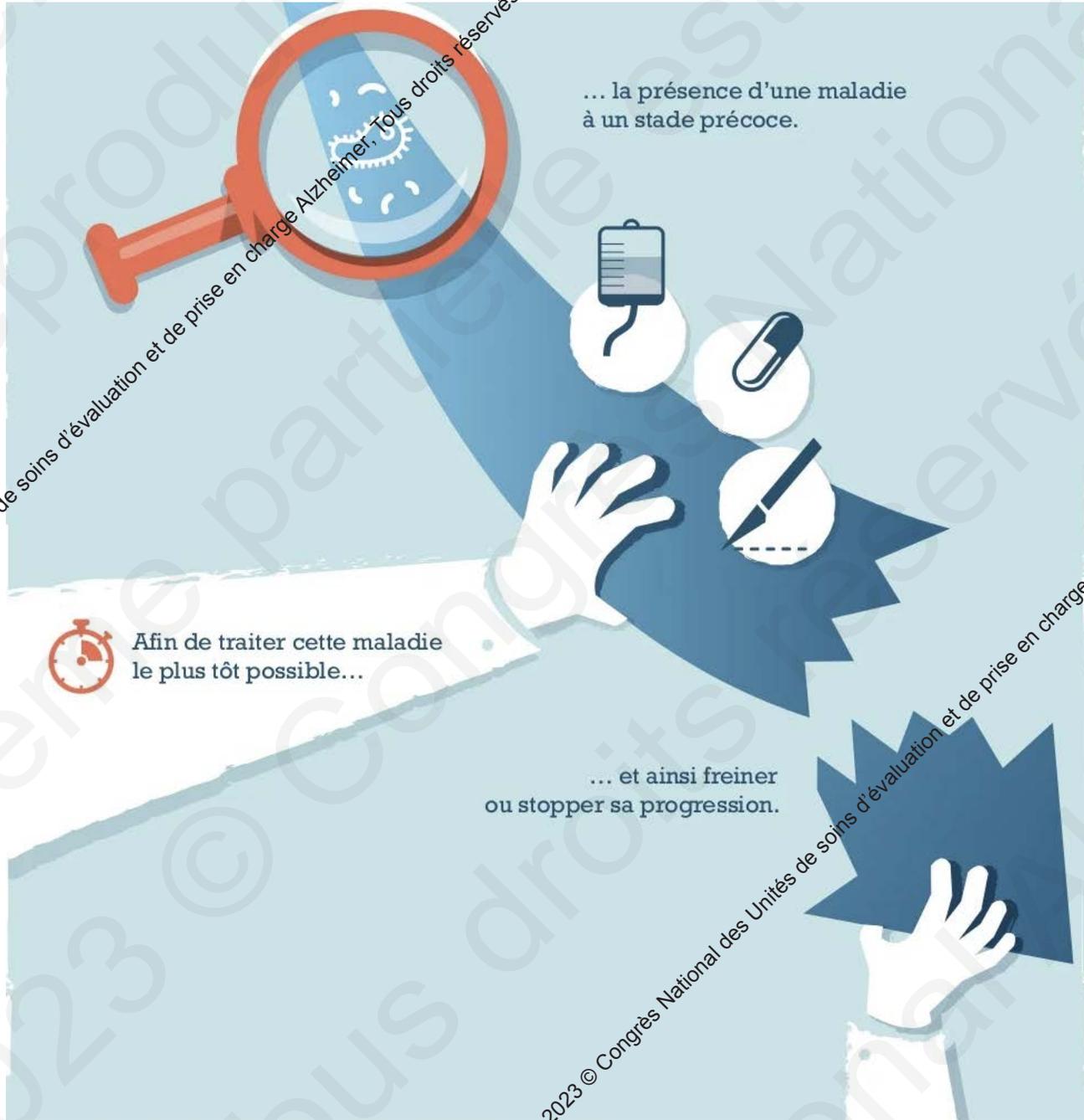
L'accès au dépistage : son optimisation

Pr Marc VERNY

Département de gériatrie, CMRR Paris sud
Hôpital Pitié-Salpêtrière



Intérêts financiers dans une entreprise	Néant
Propriétaire, dirigeant, employé, participation à un organe décisionnel d'une entreprise	Néant
Autres activités régulières dans une entreprise	Néant
Essais cliniques : en qualité de co-investigateur, expérimentateur non principal, collaborateur à l'étude	PHRC ConfuRiv (Ttt et placebo fournis par Novartis) Investigateur Etude REFLEX Novartis
Interventions ponctuelles : rapports d'expertise	Néant
Interventions ponctuelles : activités de conseil	Board démence Novartis, Board démence Eisai Réalisation d'un diaporama femmes et MA (MSD) Board Aguetan Fin de vie du Parkinson
Conférences : invitations en qualité d'intervenant	NDEG Novartis janv 2010, janv 2012, oct 2013 EUGMS Formation « jeunes pousses » Janssen, AMGEN 2012, 23 ^{ème} Atelier Français de Transplantation Sanofi mai 2016 ; Diagnostic HPN B Braun 2 sympo 2012; EISAI Sympo Diagnostic précoce MA; Formation Nestlé TNCm et Maj
Conférences : invitations en qualité d'auditeur (frais de déplacement et d'hébergement pris en charge par une entreprise)	CFGG Nice oct 2010 (Novartis), JASFGG nov 2014 (Sanofi)
Versements substantiels au budget d'une institution dont vous êtes responsable	Néant
Proches parents salariés dans les entreprises visées ci-dessous	Néant
Autres (à préciser)	Remboursement de frais de déplacement EPU Besançon Laboratoire LUNDBECK



... la présence d'une maladie à un stade précoce.

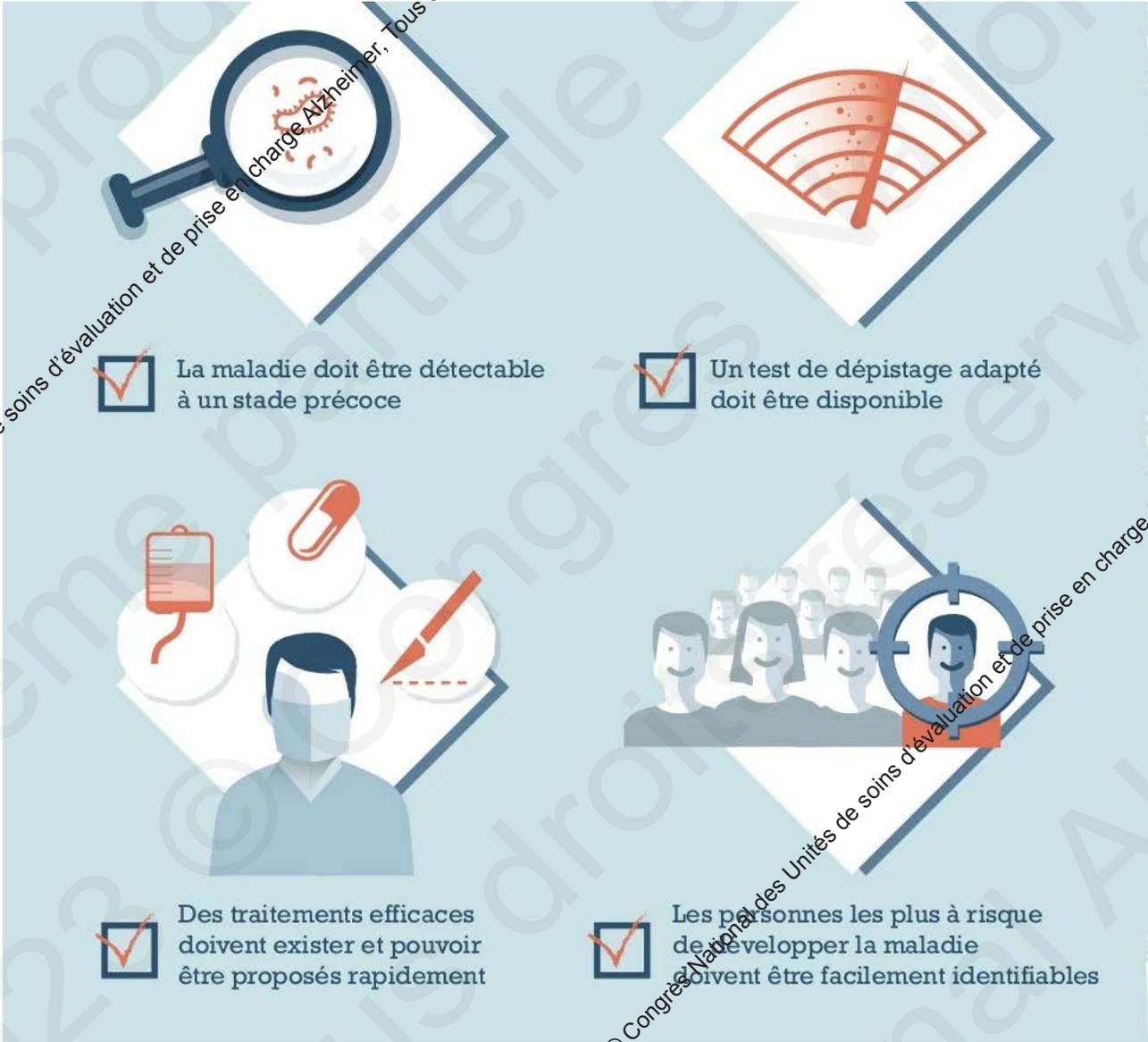
 Afin de traiter cette maladie le plus tôt possible...

... et ainsi freiner ou stopper sa progression.

2023 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - To

2023 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute repr

2023 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction est formellement interdite.



2023 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction est formellement interdite.

Plus que du dépistage, du repérage !

Que peut-on repérer de manière précoce ?

plaintes cognitives, la perte/modification des IADL/ADL, les modifications comportementales (MBI), les « abus de faiblesse » et accidents/incidents domestiques, voire marqueurs de fragilité...

Qui peut faire du repérage ?

entourage, aidants familiaux/professionnels, SSIAD, IPA, médecins (tous!)...

En pratique, insuffisance de signalement par les acteurs !

Comment améliorer cela ?

Convaincre du bénéfice du repérage : droit du patient, mise en œuvre des prises en soins non médicamenteuse et médicamenteuse, pertinence identification étiologies (ex de la DCL ou DLFT...)...

Passer par l'information et « éducation » +++ en population, des aidants, des professionnels de santé...

Quels marqueurs de la maladie en gériatre ?

Ensemble anamnèse, ex cliniq et éval neurpsycho
incontournable mais insuffisant et nb ses difficultés...

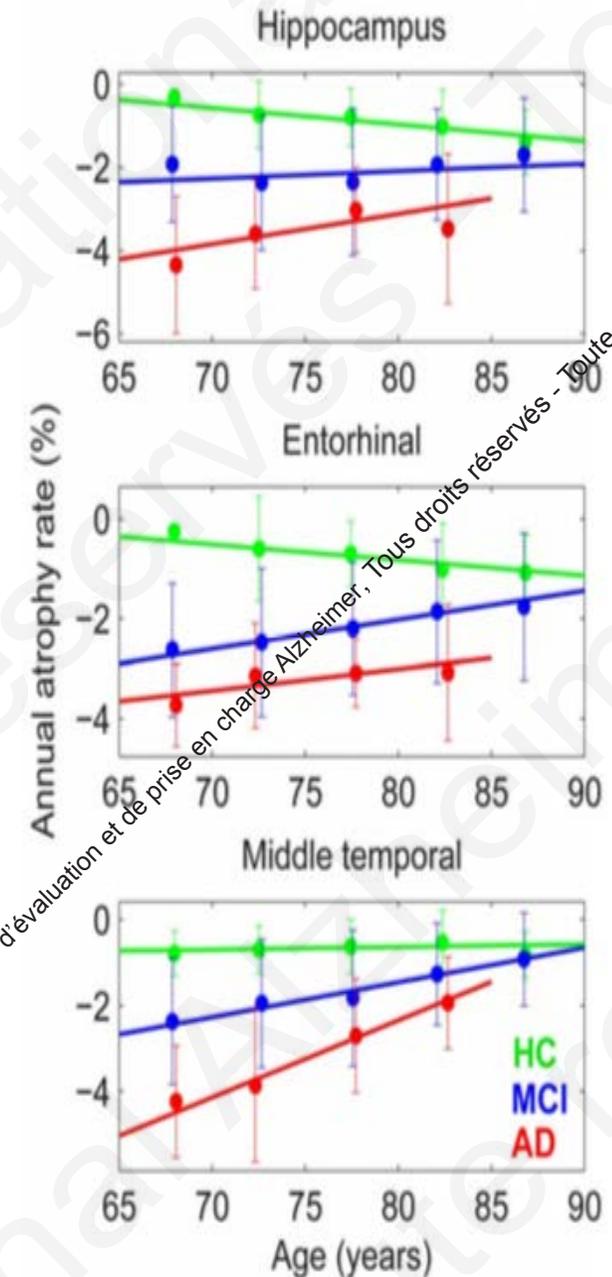
NPO place des associations (« démences mixtes »)
dans plus de 60% chez les 75 ans et +

Quid des bioM : IRMc, TEP FDG, TEP amyloïde et bioM
LCR ?

IRM

- Nbx patients pour lesquels CI...
- Très peu de données ds la littérature sur très vieux
- **Atrophie du lobe temporal non spécifique de la pathologie Alzheimer**
- **Lésions SB plus importantes** chez les sujets **TNCM** / sans TNC sans relation obligatoire avec vasculaire

Holland et al. Plos One 2012 (ADNI); Yang et al. Neurobio Aging 2016; Barkhof et al. Neurology 2007



TEP FDG

Peu de données spécifiques chez oldest old
Etude longitudinale : env 300 octogénaires
cognitivement normaux (78 ans; 74-83 ans)

**Risque de déclin cognitif augmenté à 1an si
profil MA à la TEP FDG + PIB**

Knopman et al. Neurology 2012.
Paolacci et al. JAD 2017

TEP Amyloïde

1) 13 sujets non déments de l'étude 90+ : lien charge amyloïde et plus mauvaise performance cog et déclin plus rapide

2) 175 non déments , 86 ans (82-95 ans), suivi sur 12 ans

Présence A β (PIB) +/- atrophie hippocampique (IRM) >75%.

24.0% A β -/ND-

18.3% A β + /ND- : déclin + rapide sur mémoire verbale/visuelle, fonction exécutive et langage

20.0% A β -/ND+ : déclin mémoire

37.7% A β + /ND+ : déclin cognitif le plus rapide

Biomarqueurs LCS

Pas d'étude spécifique chez oldest old donc extrapolation des données
 Malgré la baisse de spécificité avec l'âge, **combinaison des marqueurs Abeta 42 et pTau** reste assez spécifique avec une **VPN satisfaisante**

Biomarker and age group (y)	Cross-sectional cohort (AD dementia and controls)			Longitudinal cohort (MCI)		
	Specificity (controls)	LR+	LR-	Specificity (SMCI/MCI-other)	LR+	LR-
Combinaison						
≤64	95	18	0.14	86	5.5	0.27
65-74	83	5.1	0.16	65	2.4	0.21
≥75	80	4.3	0.16	61	2.1	0.29

Age group	Cut-off	PPV	NPV
≤ 64 years	-0.14	67%	91%
65-74 years	0.27	57%	90%
≥ 75 years	0.016	67%	79%

Mattsson et al. Neurology 2012
 Paolacci et al. JAD 2017

Conclusions

S'appuyer et surfer sur la vague de la possible autorisation des immunothérapies anti amyloïdes

Augmenter formation et sensibilisation toutes populations

Place de nouveaux professionnels (IPA), un renfort fondamental

Le travail de repérage permet des prises en soins des facteurs aggravant (médicamenteux, toxiques, pathologies déséquilibrées...) et de la prévention (par ex confusion...)



En attendant « le test » de dépistage!...

