

SYNDROMES DEMENTIELS

Dr A.KHELIFA 05/09/2009

1/ Définition

La démence peut être définie comme un ensemble de déficits cognitifs multiples d'origine acquise, de début insidieux et d'évolution progressive, responsable d'une diminution des capacités intellectuelles aboutissant à une altération significative du fonctionnement social et à terme à la perte d'autonomie.

La durée d'évolution est de 8 à 10 ans à partir de l'apparition des premiers symptômes.

Cette définition distingue la démence des autres troubles des fonctions intellectuelles, telle que la confusion, l'arriération mentale, le delirium et les atteintes cognitives isolées comme l'aphasie progressive. Mais aussi des déclin cognitifs qui accompagnent de nombreuses maladies somatiques.

2/ Epidémiologie

- Les sujets âgés de plus de 60 ans représentaient 20 % des Français en l'an 2000.
- Ils représenteront 28 % de la population française en 2020.
- On estime à près de 600 à 800 000 le nombre de patients atteints de démence en France.
- Sa prévalence augmente avec l'âge, elle passe de 5% chez les plus de 65 ans à 20% Chez ceux de + de 80 ans.
- Près de la moitié des personnes âgées vivant en institution sont atteints d'un syndrome démentiel.

3/ Critères diagnostic

Depuis les années 80, on dispose de critères cliniques issus du Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM) de l'association américaine de psychiatrie, ces critères sont particulièrement adaptés à la démence type Alzheimer. Actuellement on dispose du DSM-IV :

A/ DEFICITS COGNITIFS MULTIPLES AVEC :	
1- <u>Atteinte de la mémoire</u>	
2-Au moins une des perturbations cognitives suivantes : Aphasie, apraxie, agnosie , atteintes des fonctions exécutives comme la programmation, planifications ...etc.	
B/ A1 et A2 sont à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social et représente un déclin significatif par rapport au niveau du fonctionnement antérieur	
Dans la Démence Alzheimer	Dans la Démence vasculaire
C/ Début progressif et déclin continu	C/ Début +/- aigue et évolution par palier (en marche d'escalier)
D/ Les déficits ne sont pas liés à une affection du système nerveux ou à une maladie systémique	D/ Existence de signes neurologiques en foyer :ROT vifs, BABINSKI, Paralyse pseudo-bulbaire, Parésie d'un membre ...etc.
E/ Les troubles ne sont pas dû à un syndrome confusionnel	
F/ Les troubles ne sont pas mieux expliqués par une maladie psychiatrique (Schizophrénie)	

4/ Démarche diagnostic

A/ CONFIRMER L'EXISTENCE DU SYNDROME DEMENTIEL.

A1/ L'anamnèse : Mode de début, type de plaintes

Antécédents personnels : HTA , diabète, Fibrillation atriale et tous les FRCV .

Antécédents familiaux de maladie d'Alzheimer, de pathologie vasculaire, Parkinson...

Recherche de toxiques et analyse de l'ordonnance

Le temps d'entretien avec l'entourage est capital.

Lors de l'installation d'un syndrome démentiel, l'équilibre familial est long à se rompre : pendant très longtemps, les troubles du comportement du sujet atteint vont être minimisés par le patient, et compensés par l'entourage. Un interrogatoire bien conduit peut retrouver des troubles parfois déjà anciens, dont la valeur est grande => Difficultés à gérer les finances, le téléphone, les prises médicamenteuses, problèmes dans les transports collectifs...(I ADL)

Les troubles du comportement ont été repérés par l'entourage mais ne sont pas toujours mentionnés spontanément: désintérêt, émoussement affectif ou desinhibition, conduites stéréotypées (NPI +++)

A2/ Exploration cognitive.

- **Test de dépistage** :

Le MMSE de FOLSEIN : sa reproductibilité et sa brièveté d'exécution en font un bon outil de dépistage et de surveillance, cependant il est peu précis et les différences de cotation inter examinateurs restent importantes.

Le test de l'horloge : Pour évaluer les praxies, connaissances sémantiques, capacités exécutives, troubles visuels et l'orientation dans le temps et dans l'espace. De réalisation rapide, il consiste pour le patient à dessiner une horloge et à placer les aiguilles à 3 heures moins le quart par exemple.

Quatre critères sont étudiés : la position du chiffre 12, le nombre des aiguilles, l'inscription des 12 chiffres et enfin l'exactitude de l'heure demandé.

Le test des I ADL : Pour évaluer l'autonomie par rapport aux activités instrumentales de la vie quotidienne gouvernées par l'état cognitif du patient.

- **Test à visé diagnostic** :

Le test de GROBER et BUSCKE : il permet d'étudier les fonctions de mémorisation « encodage », et de « restitution » de façon immédiate ou différée avec ou sans indice.

Le patient doit se souvenir de 16 mots présentés 4 par 4

L'épreuve des 5 mots du Pr Dubois » c'est la version courte du test précédent , de réalisation plus rapide permettant de vérifier l'encodage, le rappel libre, l'efficacité de l'indice et le rappel différé.

Le test de fluence verbale ou test d'ISAAC : on demande au patient de dénommer en un temps réduit 15 secondes le plus de mots possible d'une catégorie sémantique donnée, animaux, fruits...

L'ALZHEIMER DISEASE SCALE ADAS-COG : évalué la sévérité des troubles cognitifs chez un patient pour lequel le diagnostic de la maladie d'Alzheimer a été posé au préalable. Elle est composée de 11 test , il faut compter au moins une heure pour sa réalisation, souvent dans un centre spécialisé par un examinateur entraîné.

INVENTAIRE NEUROPSYCHOLOGIQUE(NPI) Pour recueillir les symptômes psychologiques et comportementaux liés à la Démence

- **La plainte mnésique**

Dans 75 % des cas, un syndrome démentiel débute par un trouble de la mémoire. Pour autant, tout trouble de la mémoire n'évolue pas nécessairement vers une démence.

Trois étiologies non démentielles sont à rechercher en priorité devant une plainte mnésique

- **L'oubli bénin de la sénescence et MCI**

La plainte est importante, mais le retentissement sur la vie sociale est faible.

Les autres fonctions ne sont pas altérées : pas de perte des repères spatiaux et temporels, pas de manque du mot, pas de trouble gestuel, pas de trouble de la reconnaissance, le jugement est conservé.

Le patient est conscient de ses troubles, souvent très anxieux.

Cependant la frontière entre l'oubli bénin et un stade pré démentiel n'est pas facile à établir :

En 1962 **Kraal** distinguait une forme maligne pouvant évoluer vers une vraie Démence.

En 1986 **Crook** a proposé le cadre sémiologique de l'AAMI = Age Associated Memory Impairment.

Actuellement la MCI=Mild cognitive Impairment proposé par **Peterson en 1992** remplace le AMMI

Le MCI correspond à une plainte mnésique > 2 DS par rapport aux sujets du même âge et du même niveau culturel avec une préservation des activités quotidiennes (I ADL)

- **Un syndrome dépressif**

Une dépression chez le sujet âgé peut se traduire par un trouble de la mémoire, parfois associé à d'autres atteintes cognitives, réalisant un tableau pseudo démentiel.

Au moindre doute sur un état dépressif un traitement anti dépresseur d'épreuve doit être tenté.

- **Un effet secondaire médicamenteux.**

BZD, isoniazide, méthyldopa, bêta bloquants, antiépileptiques, antiparkinsonniens, antidépresseurs, barbituriques...

Un état confusionnel est souvent associé

- **Troubles de la mémoire marquant un syndrome démentiel débutant.**

L'installation est insidieuse, la plainte subjective est souvent moindre que le retentissement sur la vie sociale et professionnelle.

La mémoire immédiate et celle à court terme sont les premières atteintes. La mémoire d'évocation (autobiographique) semble mieux conservée, mais n'est jamais intacte.

Il existe d'autres atteintes cognitives avec : Désorientation temporo-psatiale -Troubles du jugement et de la pensée abstraite -Aphasie discrète, manque du mot , -Apraxies, Agnosies

L'ensemble de ces items est exploré par le Mini Mental Status Examination de Folstein

Un score inférieur à 24 / 30 évoque une démence, mais il est extrêmement difficile d'apprécier les fonctions intellectuelles des sujets âgés non scolarisés, ou dont le français n'est pas la langue maternelle. Il faut aussi tenir compte d'éventuels troubles de la vue ou de l'audition.

4. Rechercher une (rare) étiologie organique curable

Les étiologies curables sont malheureusement rares, et représentent plus souvent un facteur aggravant d'un Alzheimer authentique qu'une cause unique. Les principales étiologies à discuter sont les démences vasculaires, que peuvent faire évoquer :

- un début brutal,
- une évolution par à-coups,
- la présence de signes neurologiques focaux,
- une maladie cérébro vasculaire (HTA, athérosclérose, cardiopathie emboligène).

Le **scanner** est souvent indispensable pour rechercher des infarctus cérébraux multiples.

a). Causes neurologiques :

- infarctus cérébraux multiples
- Maladie de Parkinson
- Tumeurs intra cérébrales (frontales++)
- Hydrocéphalie à pression normale
- Neurosyphilis, Sida
- Hématome sous dural

b) Démences secondaires à une affection systémique :

- Anémie ferriprive
- Carence en Vitamine B12 ou en folates
- Hypothyroïdie
- Hyper ou Hypoparathyroïdies
- Démences post hypoglycémie

Quel bilan pour une cause curable ?

Pour tous les sujets: o Glycémie o ionogramme o Calcémie o NFS o Folates o Vitamine B12 o TSH o Scanner cérébral
à discuter selon le contexte: sérologie du VIH, BW , VDRL TPHA.

4. Evoquer d'autres démences dégénératives

La maladie d'Alzheimer est de loin la plus fréquente des démences dégénératives, mais elle n'est pas la seule. On doit aussi savoir évoquer:

a/. La démence à corps de Lewy

Elle représenterait *15 à 20 % des démences du sujet âgé*. On doit l'évoquer devant :

- Un début où dominent les troubles de l'attention et les désordres Visio spatiaux
- Des fluctuations cliniques marquées
- Des manifestations psychotiques de type délirant ou hallucinatoire (visuelles)

- Des signes extrapyramidaux, des chutes, des absences.
- Hypersensibilité aux neuroleptiques.
- Troubles du sommeil paradoxal.

Ce diagnostic est important car la démence à corps de Lewy:

- Répond bien aux cholinomimétiques
- Contre-indique formellement les neuroleptiques (risque de syndrome malin, de syndrome extrapyramidal majeur)

b/. Une démence fronto temporale

Apanage du sujet plutôt jeune, leur physiopathologie est mal connue. Elles se traduisent par des troubles du comportement social (déshinhibition, parfois apathie). Pas de trouble de la mémoire, évolution vers des modifications majeures du comportement sans trouble des fonctions instrumentales (mémoire, langage). Le diagnostic repose sur le scanner qui montre une atrophie fronto temporale. Pas de traitement..

c/. Les causes rares et incurables

Maladie de Creutzfeld-Jacob, Chorée de Huntington.

Au terme de cette enquête, on conclura le plus souvent (malheureusement) à une MALADIE D'ALZHEIMER

B/ DEMARCHE THERAPEUTIQUE

Traitement pharmacologique: Compte tenu de la constatation d'un déficit majeur en acétylcholine, il était normal de chercher dans cette voie. Quelques médicaments sont commercialisés dans cette indication: la tacrine (COGNEX ®) le donepezil (ARICEPT ®) la rivastigmine (EXELON ®), et la galanthamine (REMINYL®)

B1/ Exemple : Le donepezil ARICEPT®

Trois essais comparatifs versus placebo sont disponibles, ils montrent que les effets du produit sont modestes. A long terme, le donepezil ne fait que décaler de quelques mois la dégradation des fonctions cognitives. Aucun essai publié n'a comparé le donepezil et la tacrine.

Le profil d'effets indésirables est acceptable: nausées (19%), diarrhée (15%) insomnies (14%), crampes (8%), asthénie (8%)

il n'y a pas de toxicité hépatique, différence majeure avec la tacrine.

Posologie: le produit existe en Cp à 5 et 10 mg.

Débuter le traitement à 5 mg, puis monter éventuellement à 10 mg par jour (en une seule prise) au bout d'un mois, en fonction du résultat cognitif et des effets secondaires observés.

"Prescription initiale annuelle réserve aux médecins spécialistes en neurologie, en psychiatrie, aux médecins titulaires du diplôme d'études spécialisé complémentaire de gériatrie, et aux médecins spécialistes ou qualifiés en médecine générale titulaire de la capacité de gériatrie. Entre deux prescriptions annuelles, le renouvellement peut être assuré par tout médecin exerçant en ville ou à l'hôpital. La dispensation peut être effectuée en médecine de ville."

B2/ Les autres principes thérapeutiques

Quelques principes thérapeutiques sont fondamentaux au domicile:

1/ favoriser la motricité au maximum: mobilisation par l'entourage, kinésithérapie, prévention d'escarres

2/ traiter les handicaps sensoriels: cataracte, troubles de l'audition

3/ Traiter les maladies somatiques associées, et surtout savoir les évoquer et les rechercher devant toute aggravation du syndrome démentiel

4/Traiter les troubles du comportement.

Ils sont inévitables dans les démences, mais leur traitement est important pour le malade comme pour son entourage. Trois types de prescription sont envisageables:

les anti dépresseurs:La dépression est une hypothèse qu'il faut souvent évoquer. Mieux vaut avoir l'antidépresseur facile que de passer à côté d'une dépression authentique

Les neuroleptiques: principalement l'HALDOL® ou le MELLERIL®, sont souvent utilisés en cas d'agitation ou de délire. Les doses doivent être faibles et réparties dans la journée. Surveiller+++la survenue de signes extra pyramidaux, savoir arrêter le traitement dès que possible, ne pas utiliser de correcteurs.

Les neuroleptiques atypiques type Risperdal®, Zyprexa (Hors AMM) semble mieux tolérés avec moins d'effets extra pyramidaux leur utilisation est plutôt basée plus sur l'expérience clinique (anglo-saxonne) que sur des études randomisées.

Les benzodiazépines : doivent aussi être utilisées avec circonspection. Elles peuvent être nécessaires pour traiter l'insomnie, sur des durées brèves.

La stimulation cognitive?

Le principe de la stimulation cognitive est de stimuler les fonctions encore préservées. Le travail se fait par petits groupes. Les efforts du patient sont toujours fortement valorisés.

Les résultats, s'ils sont incertains sur l'évolution de la maladie, sont très positifs en terme de maintien de la confiance en soi, et de la réduction de l'angoisse.

De nombreuses institutions spécialisées dans l'accueil des malades proposent des ateliers de jour.

Quelques principes pour la relation au quotidien

Le maintien à domicile d'un patient dément est un choix qu'il faut discuter avec l'entourage. Des évaluations fréquentes s'imposent, il faut savoir faire évoluer la prise en charge en sollicitant les intervenants extérieurs au bon moment : aide ménagère, équipe de soins à domicile, équipe de psychiatrie de secteur, infirmière libérale, kinésithérapeute. Plus on est nombreux autour du patient, moins c'est difficile et astreignant. L'institutionnalisation, souvent refusée par l'entourage au début de la maladie, doit être régulièrement rediscutée.

Ces quelques conseils, issus d'une brochure de France Alzheimer, sont aussi bons pour le médecin que pour l'entourage du patient :

La communication impose de la patience. Placez-vous face au malade, touchez le pour attirer son attention. Ne parlez pas s'il n'est pas prêt à vous écouter. Regardez-le droit dans les yeux, ne le quittez pas des yeux : vous l'aidez à comprendre. Parlez doucement, et clairement, en utilisant des phrases courtes. Posez des questions à réponse simple (oui-non). Répétez les informations importantes, en utilisant les mêmes mots. Montrez-lui les choses dont vous parlez. Montrez-vous apaisé et apaisant, ayez soin de guetter son expression et de l'interpréter.

Morcelez les tâches en étapes simples, dont certaines seront réalisées par l'entourage, et d'autres par le patient lui-même.

Laissez la lumière allumée la nuit. Marquez le moment du sommeil par des rituels familiers: tirer les rideaux, défaire les draps..Faites soigneusement et souvent le tour de l'appartement pour déceler les dangers potentiels.

Adaptez l'appartement : installez des barres d'appui (surtout dans les toilettes et la salle de bain)

Laissez le malade déambuler dans l'appartement, même si cela vous énerve : c'est souvent un besoin pour lui.

Prévenez les commerçants du quartier et les voisins que le malade peut errer. Si cela vous paraît utile, faites lui porter un bracelet d'identité.

Lorsque le malade est inquiet ou agressif (on lui a volé quelque chose...), **ne cherchez pas à expliquer**, cela ne sert à rien : **Rassurez-le**, dites-lui que personne ne lui veut de mal, et faites le penser à autre chose.

Les explosions de colère du malade sont parfois difficiles à supporter, mais rappelez-vous qu'il réagit beaucoup en fonction de votre humeur.

Les problèmes d'incontinence sont source de grandes difficultés pour l'entourage : le médecin doit s'en enquérir fréquemment, et aider l'entourage à régler le problème: couches, adaptation des toilettes (siège surhausseur), aide soignante.

La protection juridique doit être mise en place rapidement et adaptée au fur et à mesure de l'évolution de la maladie: sauvegarde de justice, curatelle, tutelle. Toute personne peut saisir le juge des tutelles, qui diligentera une expertise au domicile.

Résumé des Principales caractéristiques des Démences

Type	Alzheimer	Vasculaire & mixtes	A Corps ce lewy	Fronto-temporale
Fréquence	50-70%	10-41%	15-25%	5-10%
Anapath	Dégénérescence neuro-fibrillaire, Plaques séniles, Protéine Tau, Sub B amyloïde	Etat lacunaire AVC Leucoaraïose, Binswanger	Corps de Lewy	Atrophie frontale
Facteurs de risque	Age avancé, sexe féminin, HTA, génotype E4/E4, Apo E4	HTA, AVC, Collagénose, hypercholestérolémie	?	?
Premiers signes	T* mnésiques, confusion, dépression atypique	T* Mnésiques, Événements icteaux Signes déficitaires	T* de l'attention T* des f(x) visuo-spatiaux	T* du comportement Changement de la personnalité
Evolution	Lente progressive	En marche d'escalier	Lente fluctuante	progressive
Tableau clinique	T* de la mémoire, synd aphaso-apraxo - agnosique T* comportements, fugues	T* de la mémoire, synd aphaso-apraxo - agnosique T* de la marche Dysarthrie	Hallucinations visuelles, T* mnésiques et de l'attention Synd extrapyramidal, Chutes, Syncopes Sensibilité aux Neuroleptiques++	Apathie, désintérêt négligence physique Désinhibition sexuelle Galimentaire Perte du self control troubles des conduites sociales et manque de tact...
Imagerie cérébrale	Atrophie hippocampique	Lacunes, séquelles d'AVC, leucoaraïose	Non spécifiques	Atrophie frontale
Traitement pharmacologique	Donipizil 5,10mg Rivastigmine 3mg Galentamine 8mg Mémentine Psychotropes si besoin	Donipizil 5,10mg Rivastigmine 3mg Galentamine 8mg Mémentine Psychotropes si besoin	Donipizil 5,10mg Rivastigmine 3mg Galentamine 8mg Mémentine Pas de neuroleptiques	Anti-psychotique Thymorégulateurs Anticholinestérasiques
Traitement non pharmacologique	Psychothérapie de soutien. Thérapie médiatisée : stimuler les gestes du quotidien, la parole, l'expression. Réadaptation des handicaps associés : Alimentation, marche, toilettes ... Aménager les lieux de vie : téléalarme, plaque électrique à conduction, rampes, Solliciter toutes les possibilités d'aide au patient et de soutien à la famille Soins d'hygiène et de l'aspect.			

Annexe

SOURCE: WWW.ESCUAPE.COM

Quelle place pour les anti cholinestérases dans la maladie d'Alzheimer ?

Les anticholinestérases (Donezépil - Aricept °, rivastigmine - Exelon °, galantamine - Reminyl °) ont reçu une AMM pour leur prescription dans la maladie d'Alzheimer et sont largement recommandés dans cette maladie par les " sociétés savantes "

Une revue systématique récente remet en cause ces recommandations (B.M.J. 2005, 331, 321-7)

Les auteurs ont revu les 22 essais publiés comparatifs versus placebo concernant ces trois médicaments. Globalement l'amélioration observée reste plus que modeste variant de 1,5 à 3,9 sur une échelle comprenant 70 points (c'est à dire moins que le chiffre 4 exigé par la FDA).

Bien plus, ces études souffrent de défauts méthodologiques majeurs : Calcul en *per protocole* c'est-à-dire en incluant que les malades ayant terminé l'étude (ce qui élimine par exemple les patients perdus de vue pour inefficacité ou les patients ayant subi des effets secondaires responsables d'abandon du médicament), données incomplètes, plans d'études différents, durées de certaines études non fixées au préalable, présentations groupées de plusieurs doses...

Dans tous ces essais, les effets indésirables nombreux (nausées, vomissements diarrhées, pertes de poids) sont largement avérés plus fréquents que sous placebo ce qui a pu influencer le double insu des essais.

Les auteurs concluent que « en raison de ces lacunes méthodologiques et du peu d'efficacité clinique, on doit s'interroger sur les recommandations de prescription des anticholinestérases dans la maladie d'Alzheimer ».

Ces conclusions rejoignent celle de la Revue Prescrire (2003;23, 5354) :

" les effets des anticholinestérases restent modestes. 10% environ des patients en tire un bénéfice clinique qui reste de courte durée". Elle rappelle aussi que les bases pharmacologiques d'utilisation des anticholinestérases restent discutables. En effet, en raison de la distribution ubiquitaire du système parasympathique, on ne disposera jamais de grands médicaments (lytiques ou mimétiques) du système cholinergique car leur bénéfice attendu sera obligatoirement contrecompensé par de multiples effets latéraux fâcheux, résultats de leurs actions sur l'ensemble des récepteurs parasympathiques périphériques et centraux (Prescrire 1996, 16, 336-7)

Selon l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps).

Le Reminyl (galantamine), un médicament autorisé dans la maladie d'Alzheimer en France depuis octobre 2000, n'aurait pas d'effet supérieur à celui d'un placebo pour empêcher l'évolution vers la démence en cas de troubles « cognitifs » modérés, et de surcroît le taux de décès avec ce médicament serait trois fois plus élevé qu'avec un placebo.

Evaluation des anticholinestérasiques dans la maladie d'Alzheimer par Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment

Selon un rapport émanant du Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment, les bénéfices à long terme des anticholinestérasiques (donépézil- Aricept®, galantamine-Reminyl®, rivastigmine-Exelon®) dans la maladie d'Alzheimer restent à démontrer (1).

Ces conclusions s'appuient sur un examen de l'ensemble des données publiées, suivi d'une sélection des essais contrôlés randomisés d'au moins 12 semaines réalisés chez des patients ayant un diagnostic de maladie d'Alzheimer de forme légère à modérément sévère. Tout au plus, peut-on observer un **bénéfice fonctionnel modeste à court terme** et une impression clinique globale de changement évaluée par un clinicien et l'entourage. Il n'y a pas d'avantage clair à choisir un anticholinestérasique plutôt qu'un autre, les études à ce sujet présentant des limites méthodologiques.

Entre 8 et 25% des patients n'ont pas continué leur traitement; comparativement au placebo, **l'interruption du traitement du fait d'effets indésirables** étant plus élevée avec la galantamine ou la rivastigmine. Cependant il n'y a pas eu plus de décès ni d'hospitalisations attribuables aux anticholinestérasiques.

Comparativement à un placebo, **le donépézil n'a pas amélioré la qualité de vie** des patients **ni diminué leur placement en institution**, on ne peut toutefois affirmer qu'il s'agit d'un effet de classe, faute d'éléments. Au total des conclusions peu encourageantes en tous points concordantes avec celles d'une étude publiée dans le BMJ (2).

(1) CCOHTA. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer disease : A systematic review of randomized controlled trials. Technology report, Septembre 2005, N°58

(2) Kaduszkiewicz H. et al. Cholinesterase inhibitors for patients with Alzheimer's disease: systematic review of randomised clinical trials. BMJ, Août 2005, 331: 321 - 327

Résultats à long terme du donépézil en cas d'Alzheimer

AD2000 Collaborative Group. Long-term donepezil treatment in 565 patients with Alzheimer's disease (AD2000): randomised double-blind trial. Lancet 2004;363:2105-15.

Les auteurs concluent qu'un traitement par donépézil n'est pas d'un bon rapport coût/efficacité et n'offre pas de bénéfice clinique pertinent.

Pour le traitement de la maladie d'Alzheimer, des traitements plus efficaces que les inhibiteurs de la cholinestérase sont nécessaires.

Conclusion

Il apparaît donc que la prescription des anti cholinestérasés n'est pas justifiée et que le remboursement de médicaments ayant un service médical rendu (SMR) aussi insuffisant devrait être remis en cause.