

A12

Le profil épidémiologique, clinique et neuropsychologique des démences frontotemporales



Faten Bouatay

Neurologie, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

Adresse e-mail : mamsarra@hotmail.fr

Introduction Les démences frontotemporales (DFT) comportent des caractéristiques cliniques parfois trompeuses qui en font un diagnostic différentiel fréquent en psychiatrie.

Objectifs Notre étude a pour objectifs de déterminer le profil épidémiologique, clinique et neuropsychologique de la population atteinte d'une DFT dans une population tunisienne.

Patients et méthodes Il s'agit d'une étude prospective menée au service de neurologie au CHU de Monastir recrutant les patients ayant consulté pour une plainte mnésique durant une période de 11 ans.

Résultats Le diagnostic de démence frontotemporale (DFT) était retenu chez 11 patients : une aphasia progressive primaire (APP) chez 3 et de la variante comportementale de la DFT chez 8. Pour vc-DFT, le signe de début était des troubles de comportement et de conduite sociale d'installation insidieuse chez 7 patients. Pour les patients ayant une APP, ils ont commencé par un trouble de l'expression. Le profil neuropsychologique et l'imagerie ont permis de confirmer le diagnostic.

Discussion Les troubles du comportement sont au premier plan par rapport aux troubles cognitifs. Il existe deux formes principales de DFT : la forme apathique ou pseudo-dépressive en rapport avec une atteinte frontale dorsolatérale (3/4) et la forme désinhibée ou pseudo-psychopathique en rapport avec une atteinte orbito-médiale (1/4). L'examen neuropsychologique est capital de même que l'imagerie morphologique et fonctionnelle.

Conclusion L'apparition progressive d'un changement de personnalité doit conduire à un examen et à une imagerie cérébrale pour une prise en charge précoce.

Mots clés Démence frontotemporales ; Profil épidémiologique ; Test neuropsychologique

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur n'a pas précisé ses éventuels liens d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.neurol.2016.01.014>

A13

Diagnostic de la maladie d'Alzheimer : géographie de l'offre de soins actuelle et modélisation/projection des flux en 2030

Bénédicte Defontaines^{1,*}, Séverine Denolle², Lauby Helene³, Nicolas Bonnet³¹ Réseau Mémoire Alois, Paris² Adm, Réseau Mémoire Alois, Paris³ Cabinet, Kea & Partners, Malakoff

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : sdenolle@reseau-memoire-alois.fr (B. Defontaines)

Introduction En 2030, chaque année la maladie d'Alzheimer touchera près de 300 000 nouveaux malades, et il faudra réaliser 170 000 parcours de diagnostic, soit 2/3 de plus qu'aujourd'hui, si l'on améliore à 60 % le taux de diagnostic (environ 50 % aujourd'hui).

Objectifs Cette étude évalue par région les capacités diagnostiques face au flux de patients attendus, et propose une réflexion sur l'adaptation des moyens aux besoins.

Patients et méthodes La capacité maximale de diagnostic de nouveaux malades Alzheimer en CMP-CMRR est estimée à

partir des effectifs de spécialistes, en prenant en hypothèses le nombre de consultations journalières effectuées par un spécialiste hospitalier, le % de patients Alzheimer dans une file active (40 %), et la proportion de nouveaux patients (29 %). La capacité diagnostique potentielle des spécialistes libéraux (neurologues et gériatres) est estimée de façon similaire.

Résultats En 2030 : face au flux annuel de 170 000 nouveaux patients Alzheimer à diagnostiquer, les CMP-CMRR peuvent en traiter 110 000 Ils couvrent les besoins à 100 % dans 2 régions, Midi-Pyrénées et Corse, mais à moins de 50 % dans 8 autres régions, de l'Ouest et du Sud. Les spécialistes libéraux pourraient fournir une capacité diagnostique en ambulatoire complémentaire de 100 000 nouveaux patients, sous réserve qu'ils puissent faire réaliser en ville les examens nécessaires, et notamment les bilans neuropsychologiques.

Discussion L'étude met en évidence l'insuffisance des ressources diagnostiques en centres mémoire hospitaliers dès les prochaines années, avec de fortes disparités régionales. Elle met également en lumière la nécessité d'optimiser les ressources de la ville et d'organiser une réelle complémentarité de l'offre libérale et hospitalière.

Conclusion Une telle organisation permet des économies directes sur les parcours de diagnostic, mais aussi des coûts évités par l'augmentation considérable du nombre de malades diagnostiqués liée à l'amélioration du taux de diagnostic.

Mots clés Alzheimer ; Offre diagnostique ; Ville-hôpital

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.neurol.2016.01.015>

A14

Influence du génotype APOE sur le phénotype de la maladie d'Alzheimer



Mouna Ben Djebara, Leila Sellami, Ines Belhouen, Amina Nasri, Imen Kacem, Youssef Sidhom*, Riadh Gouider

Service de neurologie, UR12SP21, CHU Razi, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : youssef.sidhom@gmail.com (Y. Sidhom)

Introduction La maladie d'Alzheimer (MA) constitue un problème de santé publique en Tunisie et dans le monde. L'étude de ses facteurs déterminants a été peu étudiée dans notre population.

Objectifs Comparer les caractéristiques de la MA en fonction de l'âge de début, déterminer la corrélation entre le génotype APOE et le phénotype clinique.

Patients et méthodes Dans une étude transversale descriptive et rétrospective menée entre 2002 et 2015, nous avons inclus les patients ayant un diagnostic de MA. Nous avons réparti les patients en 2 groupes selon l'âge de début de la maladie (précoce ou tardif). L'étude du profil génotypique de l'APOE a concerné les patients ayant eu un prélèvement d'ADN. Les données ont été comparées entre les sous-groupes classés en fonction du statut APOE.

Résultats Un total de 1692 patients MA ont été inclus. Le sex-ratio était de 0,72. Un début précoce a été retrouvé dans 22,1 % des cas. Deux cent quatre-vingt-dix patients ont eu une étude génotypique APOE. Les fréquences alléliques étaient de 68,27 % pour $\epsilon 3$, 30,17 % pour $\epsilon 4$ et 1,55 % pour $\epsilon 2$. Une fréquence plus élevée du génotype APOE $\epsilon 4/\epsilon 4$ a été retrouvée dans la tranche d'âge de début 60-69 ans ($p = 0,05$). Le délire et les myoclonies étaient significativement plus fréquents chez les patients $\epsilon 4+$.

Discussion La fréquence élevée de l'APOE $\epsilon 4$ dans notre étude, comparativement à la population générale saine, lui confère le statut de facteur de risque majeur de MA dans