



SLA et changements cognitifs

Fiche de renseignements

Jusqu'à récemment, on croyait que la SLA n'affectait ni la pensée, ni le comportement. Toutefois, des travaux de recherche effectués au cours des dernières années ont démontré que la maladie occasionne bel et bien des changements cognitifs et comportementaux chez certaines personnes. Les changements cognitifs (c'est-à-dire des modifications dans la manière dont une personne réfléchit, utilise ses connaissances, perçoit les choses et comprend les concepts) résultent habituellement de la dégénérescence des cellules du lobe frontal du cerveau. Certaines personnes atteintes de la SLA démontrent une dysfonction comportementale sans changements cognitifs. Toutefois, chez beaucoup de patients, la pensée et le comportement ne sont pas atteints. Les renseignements qui suivent vous aideront à mieux comprendre la SLA et les changements qui peuvent survenir sur le plan cérébral. Si vous soupçonnez que la maladie provoque chez vous des changements sur le plan comportemental ou cognitif, parlez-en à votre spécialiste de la SLA pour la prise en charge de ces symptômes.

- o La recherche suggère que certaines protéines (la protéine tau ou l'ubiquitine) peuvent contribuer à une dysfonction cognitive.

- o Les chromosomes 17 ou 19 pourraient être en cause dans les formes familiales de la SLA où l'on observe une dysfonction cognitive.

- o Environ 30 % à 50 % des personnes vivant avec la SLA éprouvent des difficultés sur le plan cognitif.

- o Des problèmes peu marqués, tels que de l'inattention ou un raisonnement plus lent, sont les symptômes les plus communs chez les patients SLA ; mais ces symptômes ne peuvent souvent être détectés que par le biais de tests neurologiques.

- o Environ 20 % à 25 % des personnes atteintes développent une dysfonction sévère, telle que la dégénérescence frontotemporale - une pathologie chronique marquée par la dégénérescence sélective des lobes frontaux et temporaux antérieurs du cerveau.

- o Dans une étude datant de 2003, environ 5 % des participants répondaient à tous les critères de dégénérescence frontotemporale, tandis que 52 % répondaient aux critères indiquant une dégénérescence possible ou probable.

- o La dégénérescence frontotemporale se manifeste par un changement de la personnalité ou du comportement (ou des deux).

- o Parmi les symptômes, on dénote de l'apathie, de l'agitation, des sautes d'humeur, une perte de la capacité de raisonnement ou de résolution de problèmes et des comportements répétitifs.

- o Contrairement à la maladie d'Alzheimer, les symptômes comportementaux sont habituellement les premiers à apparaître plutôt que la perte de mémoire, qui peut être complètement absente.

- o Le sous-type le plus commun de la dégénérescence frontotemporale est la démence frontotemporale (DFI), qui se caractérise par un déclin précoce de la conduite sociale et personnelle, un détachement émotif et la perte de la capacité d'intuition.

[suite](#) →

- o Deux autres sous-types peuvent également se présenter : la démence sémantique (DS) et l'aphasie progressive primaire (APP). La DS se caractérise par une perte de vocabulaire, une mauvaise compréhension des mots, de la difficulté à trouver le mot juste et une perte de l'intuition. L'APP se manifeste quant à elle par une élocution non coulante (dite non fluente) et une grammaire appauvrie, tandis que la compréhension reste bonne.
- o Les personnes de plus de 60 ans, qui ont une manifestation bulbaire de la SLA, qui éprouvent des difficultés respiratoires et qui ont un historique familiale de démence semblent plus sujettes à développer une dysfonction cognitive.
- o On établit le diagnostic par le biais d'évaluations neuropsychologiques et neurocomportementales.
- o Les personnes atteintes de SLA et de déficience cognitive peuvent avoir une espérance de vie plus courte que celles atteintes uniquement de SLA. C'est peut-être parce qu'elles sont moins susceptibles d'opter pour des procédures pouvant allonger la vie étant donné un manque de compréhension par rapport à leurs besoins, qui se modifient sans cesse.
- o Les données des études suggèrent que le processus pathologique diffère d'une certaine façon chez les personnes atteintes des deux pathologies, comparativement à celles qui ne souffrent que de l'une d'entre elles.
- o Les problèmes cognitifs ne peuvent être éradiqués mais on peut les soulager à l'aide de médicaments psychotropes.
- o Pour composer avec la dysfonction cognitive, les membres de la famille, les amis et les soignants peuvent essayer de parler plus lentement et simplement, de modifier l'environnement de la personne et de prendre les décisions touchant les soins de santé et les finances tôt dans la progression de la maladie.
- o Les soignants doivent dans certains cas intervenir dans le processus de prise de décisions lorsque la personne atteinte n'est plus en mesure de décider d'elle-même.
- o Il se peut que les soignants nécessitent plus de soutien lorsqu'ils doivent prendre en charge les symptômes de SLA et de dysfonction cognitive, étant donné que le stress et les responsabilités liés aux soins sont accrus.