

TROUBLES COGNITIFS LIÉS A L'ALCOOL EN PRATIQUE GÉRIATRIQUE

Dr Léa Naccache, gériatre, CHRDS

Dr Laurence Petit, psychiatre de la PA, EPSRP, CHRDS

8ème journée Resalcog

17 novembre 2023 HEGP

« ALCOOLIQUE, VIEUX ET DÉMENT »

Expression tirée du livre du Dr Pascal Ménéciér « *soins, alcool et personne âgée* » (2019) titre du chapitre 8

PH en addictologie et gériatrie, docteur en psychologie,
enseignant fac Lyon 2

coordinateur consultation mémoire Mâcon

**DE QUOI ALLONS-NOUS PARLER ?
POURQUOI EN PARLER ?**

**Trouble cognitif lié à l'alcool (TCLA) versus
trouble neurocognitif (TNC) en pratique gériatrique**

**Le quotidien de l'addictologue ?
Le quotidien du gériatre ?**

VIGNETTE 1

- Monsieur M. âgé de 85 ans, hospitalisé en UGA pour la prise en charge d'une confusion aigue, dans un contexte de chute.
- Patient isolé, vit seul, pas d'atcd, pas de traitement au long cours
- Bilan de chute et de confusion réalisé: biologie, TDM cérébral ..
- Pendant son hospitalisation: confusion avec hallucinations, inversion du cycle nyctéméral, DTS, agitation
- Appel de sa gardienne J3 de l'hospitalisation: consommation en alcool: 5 bouteilles vin/semaine, apéritifs. Plusieurs épisodes de chutes., perte d'autonomie progressive.
- **Sevrage en alcool non diagnostiqué**

CONSOMMATION OH DU SUJET ÂGÉ: SOUS DIAGNOSTIQUÉE

- Peu d'étude spécifique chez le sujet âgé, pas d'outils diagnostiques validés, valeurs seuils non adaptées, auto-questionnaire
- Difficultés de l'évaluation de la consommation
- Consommation déclarée en alcool (**CDA**) +/- proche/aidant
- Consommations minimisées, plus modérées
- **Symptômes gériatriques multiples:** troubles cognitifs, dépression, chute
- Comorbidités

QUELQUES CHIFFRES

- Hospitalisations secondaires à l'alcool: 11% des patients > 65 ans
- En EHPAD: **20 à 25 %** des résidents sont alcoolo-dépendants
- 40% des sujets âgés ne consomment jamais d'alcool
- Dans la tranche d'âge 65-75 ans: **2,6 verres/j/hommes et 1,5 verres/j/femmes**
- **2/3 trouble usage de l'alcool ancien**
- **1/3 début tardif:** retraite, isolement social, veuvage, perte autonomie

SPÉCIFICITÉS CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

- Modifications physiologiques > **moins tolérance aux effets de l'alcool** (diminution volume de diffusion, augmentation relargage secondaire)
- A consommation égale et poids égal, **l'alcoolémie d'un sujet âgé est plus importante** que celle d'un sujet plus jeune
- Polypathologie
- Poly médication (35 % des personnes de 75 ans et plus prennent plus de 10 médicaments avec une **médiane à 8,3 médicaments**)

COMPLICATIONS

- **Aigues:** chute, confusion, troubles du rythme ventriculaire
- **Chroniques:**
 - Augmentation du risque de mortalité
 - Dénutrition
 - Cancers ORL, digestifs
 - FRCV: HTA, TdR
 - Troubles cognitifs, notamment vasculaire
 - Troubles du sommeil
 - Syndrome dépressif, risque suicidaire
 - Perte d'autonomie, isolement social

RECOMMANDATIONS

- Après 65 ans, il est recommandé pour :
- les consommateurs quotidiens, de ne pas dépasser un verre par jour et d'essayer d'avoir des jours dans la semaine sans consommation ;
- les consommateurs occasionnels, de ne pas dépasser 2 verres par occasion, d'avoir au moins 2 jours sans consommation dans la semaine et de ne pas dépasser 7 verres par semaine.

Société française de gériatrie et de gérontologie, Société française d'alcoologie, Santé publique France et National institute on alcohol abuse and alcoholism aux États-Unis.

VIGNETTE CLINIQUE 2

- Madame C. âgée de 75 ans suivie en consultation mémoire et HDJ G depuis 2018
- Atcd: BPCO post tabagique, HTA, polypes pharyngés, troubles sommeil
- OH: 3 verres de vin le soir le we et à la campagne, champagne occasionnel
- Tabagisme sevré
- Tt: amlor 5 mg, Ultibroo 85/43 microg, Lexomil si besoin
- Mariée, pas d'enfant
- Activités: club de sport tous les jours, cinéma, sorties
- Plainte cognitive depuis 2015: difficultés de concentration, oublis faits récents

MADAME C. 75 ANS

- CM et HDJ 2018:

Bilan neuropsychologique: MMSE=28/30, BREF=18/18. Profil: trouble cognitif mineur, légère fluctuation attentionnelle

IRM cérébrale: leucopathie vasculaire stade 1 selon Fazekas, atrophie hippocampique bilatérale stade 1 selon Scheltens

Hypothèses: vasculaire? Thymique ? TCLA? SAHOS?

Recommandations:

Recherche SAHOS négative

diminution, arrêt OH,

ateliers mémoire MCI 1 fois par semaine, sevrage bzd

Pas de suivi entre 2018 et 2023

MADAME C. 75 ANS

- **HDJ 2023:** aggravation mémoire et tble du sommeil
- Perte de poids, consommation OH: 3 verres/semaine, 6 verres le we
- **BNP:** MMSE 23/30. Au niveau de la sphère mnésique, les capacités d'encodage, de récupération spontanée et de stockage sont altérées en mémoire épisodique verbale. La mémoire visuelle est déficitaire. Mémoire de travail satisfaisante. BREF 18/18. Au niveau instrumental, les praxies visuo-constructives sont altérées, les gestes pantomimes sont échoués, la dénomination est légèrement altérée.
- **IRM cérébrale:** leucopathie stade 1, atrophie hippocampique stade 2 bilatérale
- Au total: **TNC majeur à un stade léger, syndrome amnésique hippocampique**

MADAME C. 75 ANS

- Ponction lombaire à la recherche de biomarqueurs 2023:
- Peptide amyloïde 1-42 diminué, protéines Tau totales augmentées, et Tau phosphorylées augmentées
- **Profil biochimique compatible avec une maladie d'Alzheimer**
- Annonce diagnostique
- Proposition inclusion protocole d'étude CMRR
- Stimulation cognitive: ateliers mémoire, orthophonie
- Arrêt alcool

ALCOOL ET MALADIE D'ALZHEIMER

- OH : atteintes cérébrales structurales et fonctionnelles
- > 2 verres/j -> révélation plus précoce de la MA de 2 à 10 ans
- Aucun lien entre la consommation excessive d'alcool et la densité des plaques séniles
- OH : facteur d'aggravation
- TCLA et MA peuvent avoir un profil neuropsychologique proche
- MA: nature et sévérité des atteintes de la mémoire épisodique
- **Importance des examens complémentaires:** IRM cérébrale, TEP cérébral, DAT scanner, ponction lombaire à la recherche des biomarqueurs
-

VIGNETTE CLINIQUE 3

- M. Eugène H. 70 ans
- Motif évaluation équipe mobile: troubles du comportement (hétéroagressivité)
- Origine martiniquaise, ancien chef de section à la Poste, veuf, sans enfant, isolé, résidait en province
- MADD sur perte d'autonomie, en EHPAD depuis peu pour rapprochement familial
- Peu d'informations sur le contexte, pas de TNC repérés
- Atcd: DNID, HTA et polynévrite diabétique

VIGNETTE CLINIQUE 3

- Changement de comportement constaté par l'entourage: autoritaire, bourru; devenu jovial, expansif, discours incohérent
- Entretien clinique: frontalité, atteinte mnésique et phasique au 1^{er} plan, patient peu informatif
- Consommation OH: 60 g/24h (aucune trace dans le dossier)
- Vin à table, temporalité des troubles = après les repas
- Consommation ancien exagérée très ancienne (non chiffrée)

VIGNETTE CLINIQUE 3

- Bilan mémoire en HDJ G : BNP incomplet (fatigable, vécu d'échec), IRM c en faveur
- Au total: diagnostic de DFT retenu, stade évolué, participation OH probable
- Consommation d'allure dipsomaniaque, aucune mentalisation, aucun levier thérapeutique, notion de dysrégulation plutôt que d'addiction
- CAT: accès OH limité > disparition du comportement troublé, pas de recours à des sédatifs

ALCOOL ET DFT

- DFT: maladie neurodégénérative
- troubles comportementaux, atteintes fonctions exécutives et modifications affectives
- 30 -41% mésusage alcool chez les patients présentant une DFT
- Importance de l'interrogatoire auprès du patient et de son entourage concernant l'histoire de la consommation en alcool
- Échelle de dysfonctionnement frontal (Lebert et Pasquier 1998)

TCLA

- **Nouvelles nomenclatures DSM V**

- Les critères d'un trouble neurocognitif majeur ou léger sont remplis.
- Les altérations cognitives ne surviennent pas exclusivement pendant une phase d'état confusionnel (delirium) et persistent au-delà de la durée habituelle de l'intoxication ou
- La substance ou le médicament impliqué, ainsi que la durée et l'importance de leur usage, sont capables de produire l'altération neurocognitive.
- L'évolution temporelle des déficits neurocognitifs concorde avec la période d'usage et d'abstinence de la substance ou du médicament (p. ex. les déficits restent stables ou s'améliorent après une période d'abstinence).
- Le trouble neurocognitif n'est pas imputable à une autre affection médicale ou n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental.

NEUROTOXICITÉ : DONNÉES NEUROIMAGERIE

- **Modifications structurales:**
- SG: frontal, corps mamillaires, hippocampe, cervelet
- SB: corps calleux, tronc cérébral
- **Dysfonctionnement des 3 circuits fonctionnels:** fronto-cérébelleux, Papez, réseau cognition sociale
- TEP: hypométabolisme cortex frontal et structures sous-corticales
- **Atteintes en partie réversibles à l'abstinence**
(augmentation volume cérébral)

EVALUATION NEUROPSYCHOLOGIQUE

- **MoCa** (capacités visuo-spatiales, fonctions exécutives, mémoire épisodique et mémoire de travail)
- **BEARNI**
- Bilan neuropsychologique complet: fonctions mnésiques visuelles et verbales, fonctions exécutives, fonctions instrumentales
- Syndrome dyséxécutif à l'avant plan (2/3)
- Atteinte de la mémoire épisodique
- Troubles visuo-spatiaux
- Trouble de l'identification des émotions et trouble de la cognition sociale
- T0, T2 à 1 mois et T3 à 6 mois: évolution? Diagnostic différentiel?

TCLA: COMBINAISON DE PLUSIEURS FACTEURS

- Carences nutritionnelles, vitaminiques
 - Susceptibilité génétique
 - Maladie hépatique, encéphalopathie
 - Lésions vasculaires cérébrales, TC
 - Crise d' épilepsie
 - Age, sexe, NCS, réserve cognitive
- >> Hétérogénéité dans la sévérité et la nature des déficits neuropsychologiques**
- >> en pratique gériatrique, TNC majoritairement mixtes**

QUELLES PRISES EN CHARGE ?

- TNC: facteur pérennisation des conduites d'alcoolisation et de résistance aux changements
- Traitements médicamenteux non évalués chez la personne âgée
- Supplémentation nutritionnelle et vitaminique
- Réhabilitation cognitive et psycho-sociale
- Stimulation cognitive proposées pour les sujets âgés: dans le cadre de TNC: ESA, ateliers mémoire en groupe , accueil de jour, orthophonie
- Pas d'accès aux soins addicto pour les personnes âgées présentant des TNC
- Psychogériatrie ?
- CSAPA? Associations?

DÉMARCHE DE PRÉVENTION GLOBALE

- **Proposer des solutions alternatives:** vin sans alcool, jus de fruit, couper le vin avec de l'eau ..
- Activités physiques
- Liens sociaux, lutte contre l'isolement
- **Sensibiliser entourage de la personne âgée:** aide-ménagère, IDE, famille, portage repas..
- Informer sur les repères de consommation, les risques de complications, les interactions médicamenteuses..
- **A tout âge, la réduction ou l'arrêt de la consommation en alcool est bénéfique**
- Amélioration qualité de vie, maintien autonomie
- Amélioration de l'état de santé physique et psychique

CONCLUSION

- En pratique gériatrique, peu de TCLA pur, majoritairement TNC mixte
- En HDJ: gériatrique : repérage systématique de la CDA
- Sensibilisation soignants en milieu hospitalier, en soins primaires et les intervenants auprès de la personne âgée
- La réduction ou l'arrêt de la consommation en alcool est toujours bénéfique pour la personne âgée
- Peu d'accès aux soins en addictologie pour les personnes âgées
- Nécessité de développer des liens entre les soins de psychogériatrie et les soins en addictologie