



# La phytothérapie dans le déficit cognitif léger (MCI) : présentation d'un cas emblématique

**Teresa Catarci**

Centre territorial pour le diagnostic et la prise en charge des démences, Établissement S. Caterina della Rosa ASL RMC, dépendant du Centre de gériatrie aiguë de l'Hôpital S. Eugenio, Rome

## Introduction

Le déficit cognitif léger (*Mild Cognitive Impairment* : MCI) est une affection caractérisée par des altérations des performances cognitives, sans que coexiste une baisse des scores pour les activités de la vie quotidienne aussi bien simples qu'instrumentales (ADL et IADL) (DSM-IV). Le domaine cognitif le plus souvent altéré est celui de la mémoire épisodique, bien que des troubles des fonctions exécutives, de l'attention, du langage et des capacités visuo-spatiales puissent également être présents. Les cas de MCI où l'atteinte dominante concerne la mémoire épisodique présentent une probabilité accrue d'évoluer vers une maladie d'Alzheimer (1).

S'agissant du traitement du MCI, il n'existe pas actuellement de Lignes directrices spécifiques, excepté celles qui établissent une contre-indication spécifique à l'utilisation des médicaments symptomatiques pour la maladie d'Alzheimer, bien que ces derniers soient administrés hors indication dans certains cas limites.

## Antécédents médicaux

VP est une veille dame guillerette de 82 ans, atteinte d'un diabète de type II, qui a subi une quadrantectomie mammaire en 1999 et une nouvelle intervention en 2004 suite à une récurrence. Les marqueurs tumoraux, évalués quelques semaines avant la visite, étaient dans la norme. Suivie pour une BPCO depuis 7 ans environ, elle répond bien au traitement. Elle rapporte depuis des années des troubles de la mémoire, bien qu'elle ne soit pas en mesure d'expliquer clairement les répercussions sur sa vie quotidienne.

Le traitement suivi avant la visite était le suivant : antispasmodiques, antidiabétiques oraux, inhibiteurs de la pompe à protons, acide acétylsalicylique, simvastatine.

## Tableau clinique

Le 26 juin 2013, la patiente est vue pour la première fois dans notre service de consultations externes. À l'examen neurologique, le score MMSE était de 19,5/23 (patiente semi analphabète), l'humeur était normale, les activités de la vie quotidienne non compromises, elle ne présentait pas d'aphasie ni d'apraxie, ni d'agnosie, mais un léger déficit de la mémoire récente, la déambulation était dans la normale et aucun signe neurologique focal ni réflexe de libération n'était présent. Le test de l'horloge était en revanche pathologique (Fig. 1), les chiffres des heures étaient correctement positionnés, mais en progression (12-13-14 etc.) et la patiente ne parvenait pas à dessiner les aiguilles sur 11h20.

Les tests de 2<sup>e</sup> niveau effectués ultérieurement (le 3 juillet 2013) ne montraient pas de déficit de la mémoire tel que celui rencontré à l'examen neurologique quelques jours plus tôt, mais mettaient en évidence un déficit de l'attention (test des deux barrages 6/12), au niveau praxique (copie et achèvement de figures 2/16), et du langage (production de mots sur critère sémantique 5/12 et dénomination de noms 18/28) avec une autonomie dans la vie quotidienne dans la norme et une évaluation psychologique clinique dans la norme. Une IRM cérébrale effectuée également au mois de juillet 2013 montrait des zones de gliose dans la substance blanche des centres semi-ovales sur une base vasculaire ischémique,

**Figure 1.**  
Test de l'horloge (initial).





le système ventriculaire sus-tentorial était normodilaté ainsi que les espaces de la voûte et de la base du crâne. Un EEG effectué lui aussi au mois de juillet 2013 montrait un rythme instable, symétrique et réactif, alternant avec des rythmes rapides, globalement dans la norme.

Un diagnostic de MCI non amnésique multi-domaines est donc proposé.

## Traitement

Compte tenu de la présence, bien que subclinique, de rythmes rapides à l'EEG, il a semblé préférable d'administrer des médicaments non activateurs mais ayant toutefois une efficacité démontrée sur les performances cognitives chez les patients âgés normaux et présentant un déficit cognitif léger (2,3). Le complément *illumina*<sup>®</sup> a donc été prescrit, à la posologie d'un comprimé le matin après le petit déjeuner, et une visite de contrôle a été programmée à un mois de distance.

Le 29 juillet 2013, la patiente s'est présentée au service de consultations externes très satisfaite des résultats obtenus. L'examen neurologique montrait une absence de déficit mnésique et le test de l'horloge était considérablement amélioré (Fig.2), la patiente, après un mois seulement de traitement, étant désormais en mesure de dessiner et de positionner correctement les aiguilles, même si les chiffres des heures étaient encore mal positionnés.

La recommandation de prendre *illumina*<sup>®</sup> est donc confirmée et un nouveau contrôle est programmé à 6 mois de distance avec une répétition des tests de 2<sup>e</sup> niveau. À la visite suivante, la patiente ne montrait pas de variations cliniques notables, elle continuait à prendre *illumina*<sup>®</sup>, mais n'avait pas encore effectué les tests de contrôle de 2<sup>e</sup> niveau.

## Discussion

Le diagnostic mais plus encore le traitement du MCI posent des difficultés importantes au clinicien. L'absence de Lignes directrices thérapeutiques standardisées ne permet pas de mettre en place une approche thérapeutique simple, compte tenu en outre de

## Bibliographie

1. Albert MS, DeKosky ST, Dickson D et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia* 2011;7:270-272.

l'existence de différents types de MCI (amnésique, non amnésique, à domaine simple ou multiple). Dans de telles circonstances, la règle universelle « *Primum non nocere* » (avant tout, ne pas nuire) s'applique.

### Figure 2.

Test de l'horloge le mois suivant.



Notre patiente, qui présentait également des pathologies d'ordre métabolique et respiratoire, constituait certainement un cas complexe dans lequel le déficit cognitif pouvait correspondre à une étiologie multiple principalement de type dysmétabolique (diabète de type II, même si ce dernier était compensé au moment de la visite) et vasculaire (gliose diffuse et pathologie obstructive respiratoire, rythmes rapides à l'EEG). L'absence d'atrophie dans les examens d'imagerie neurologiques et le type de déficit cognitif relevé dans les tests de 2<sup>e</sup> niveau excluaient pour l'heure une genèse de type dégénérative.

Le résultat d'un seul mois de prise d'*illumina*<sup>®</sup> a été notable, bien que le test de l'horloge ait été malheureusement effectué selon deux procédures différentes (cercle déjà dessiné dans le second test, Fig. 2). Il convient toutefois de souligner avant tout la différence dans le positionnement des lancettes, qui était inexistant dans le premier test (Fig. 1) et l'amélioration globale rapportée par la patiente. Une étude a déjà été rapportée dans la littérature, portant sur 104 patients atteints de MCI chez lesquels, après deux mois de traitement par le complément alimentaire, une amélioration statistiquement significative au test de l'horloge et au test ADAS-COG était constatée (3).

Ce cas clinique illustre la possibilité de recommander *illumina*<sup>®</sup> chez les patients atteints de MCI, particulièrement lorsque l'utilisation de médicaments ou de compléments « activateurs » est contre-indiquée.

2. Kongkeaw c, Dilokthomsakul P, Thanarangsarit P et al. Meta-analysis of randomized controlled trials on cognitive effects of *Bacopa monnieri* extract. *J. Ethnopharmacol* 2014;151:528-535.

3. Zanotta D, Puricelli S e Bonoldi G. Cognitive effects of a dietary supplement made from extract of *Bacopa monnieri*, astaxanthin, phosphatidylserine, and vitamin E in subjects with mild cognitive impairment: a noncomparative, exploratory clinical study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2014;10:225-230.