



# La phytothérapie comme traitement associé dans un cas de maladie d'Alzheimer avec déficit cognitif grave

**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 traitement de la maladie d'Alzheimer dans ses phases finales se déroule en majeure partie au domicile des patients, la prise en charge étant souvent effectuée par un soignant fortement stressé et à bout de forces. Ces patients sont très difficiles à soigner en raison de la présence de troubles du comportement et de nombreuses pathologies concomitantes relevant de la médecine interne, de troubles métaboliques ou de cardiopathies. En outre, le contexte familial est souvent très restreint voire absent, la situation que nous rencontrons le plus souvent étant celle d'un conjoint âgé qui cherche à aider le ou la malade par lui-même et qui finit, à regret, par se résoudre à demander son internement dans une structure telle qu'une maison de soins.

## Antécédents médicaux

RC est une dame de 61 ans chez qui la maladie a connu un début assez précoce : à 55 ans. Elle est aidée par son mari plus âgé et elle a une fille qui étudie à l'université. Le déficit cognitif initial était plutôt important du fait de la concomitance d'un trouble de l'élocution marqué et de la présence d'une hypothyroïdie, toutefois assez bien contrôlée, au moment de la visite. Le score initial au test MMSE (Mini-Mental State Examination) effectué en 2008 était de 11/30. Deux ans plus tard il passait à 8/30, et à la troisième année de la maladie il était de 6/30. À l'époque de la dernière visite en ambulatoire effectuée en novembre 2012, il n'était plus possible de faire passer au patient le test MMSE. La patiente avait pris des inhibiteurs des acétylcholinestérases, passant de la rivastigmine au donépézil puis à la galantamine, en raison de la présence d'une agitation psychomotrice. En 2011, des traitements adjuvants ont été instaurés avec de la mémantine en solution orale à 20 mg et de l'homotaurine, cette dernière ayant ensuite été

suspendue du fait de l'augmentation de l'agitation de la patiente. Au cours de la dernière visite en ambulatoire, la galantamine a également été suspendue en raison de l'observance médiocre par la patiente de ce traitement sous forme de comprimés. Le traitement selon les besoins pour les crises d'agitation prévoyait du clonazépam, à raison de 5 gouttes par voie orale.

## Tableau clinique

Au cours du mois de janvier 2013, le médecin traitant de la patiente demande une visite à domicile pour des troubles comportementaux et un état d'agitation psychomotrice continue. Parallèlement, le mari nous fait savoir qu'il a entamé, à contrecœur, les démarches de placement dans une maison de soins.

Lors de la visite, l'état de la patiente semble s'être considérablement dégradé et présente un éréthisme psychique avec une acathésie et des déambulations permanentes, de l'anxiété, et l'incapacité à entretenir même les plus minimes contacts avec les proches. L'état général est diminué en raison d'un amaigrissement ultérieur. Des signes et symptômes extra-pyramidaux sont en outre apparus. On apprend que l'aggravation a été consécutive à une chute avec traumatisme crânien et par conséquent une tomodensitométrie du crâne est demandée en raison d'une suspicion d'hématome sous-dural, bien que l'arrêt du traitement symptomatique puisse avoir provoqué une aggravation du tableau cognitif et donc de l'agitation.

## Traitement

Compte tenu de la présence d'un parkinsonisme, nous conseillons un traitement par lévodopa + bensérazide à la posologie de 100 + 25 mg (¼ de comprimé) 3 fois par jour, ensuite augmentée à 1/2 comprimé par jour.



Pour chercher à améliorer le déficit cognitif, vu l'incapacité de la patiente à déglutir le comprimé de galantamine, nous préférons ajouter un complément n'exerçant pas d'action activante et instaurons par conséquent un traitement par *illumina*<sup>®</sup> à la posologie d'un comprimé par jour.

Après deux semaines, un contact téléphonique avec le mari nous apprend que la tomodensitométrie a permis d'exclure une hémorragie sous-durale, que la patiente était beaucoup plus présente et calme, et que de ce fait le placement en maison de soins n'était plus nécessaire. Lors des visites à domicile suivantes, effectuées par des collègues gériatriques au cours des mois suivants, la patiente présente une aggravation continue de son état général avec une dysphagie importante et un amaigrissement causés par la progression de la maladie, de sorte qu'au mois d'août son placement en maison de soins est demandé. En dépit de ces aggravations, la patiente n'avait plus présenté d'agitation psychomotrice et avait poursuivi le traitement par *illumina*<sup>®</sup> jusqu'au mois de mars.

## Discussion

La prise en charge de la maladie d'Alzheimer au cours des phases terminales représente un défi clinique, particulièrement en raison de la faible réponse aux traitements symptomatiques et de la difficile gestion du rapport risque/bénéfice des médicaments prescrits pour les troubles du comportement. En outre, les lignes directrices thérapeutiques internationales ne spécifient pas à quel moment il convient d'arrêter les traitements symptomatiques, mais laissent toute discrétion au clinicien pour gérer les traitements, en accord avec la famille (1). En Italie, le texte appelé « Nota 85 » permet le remboursement des médicaments symptomatiques pour la maladie d'Alzheimer uniquement chez les patients dont le score MMSE est supérieur à 10 (2). Enfin, le traitement des symptômes comportementaux prévoit les interventions médicamenteuses « en dernier recours », privilégiant dans un premier temps des stratégies comportementales et une thérapie cognitive (1), par ailleurs difficiles à mettre en œuvre en Italie.

Ce cas clinique montre qu'un traitement adjuvant par un complément alimentaire qui ne possède pas de propriétés activantes, même dans les cas extrêmement avancés de maladie d'Alzheimer, peut produire des changements importants aux fins de la gestion des patients et améliorer, du moins temporairement, la qualité de vie du soignant.

## Bibliographie

1. Dementia: Supporting people with dementia and their carers in health and social care. NICE guidelines [CG42] Published date: November 2006 <https://www.nice.org.uk/guidance/cg42>
2. « Nota 85 », <http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/nota-85>