

L'évaluation neuropsychologique en addictologie

Pratique au CHRU de Caen

Evaluation neuropsychologique: pourquoi?

▪ Objectifs:

- Mesurer les atteintes/capacités cognitives pour adapter la prise en charge (addictologique ou médico-sociale)
- Diagnostics différentiels

▪ Précautions méthodologiques:

- Proposer le bilan chez un patient **abstinent** (éthylotest, questionner la dernière consommation d'alcool), **sevré** (arrêt des benzodiazépines comme valium... sauf traitement au long cours, score de Cushman inférieur à 2)
- Evaluation des fonctions cognitives sensibles: mémoire épisodique, mémoire de travail, attention, fonctions exécutives, visuo-construction
- Systématisation des évaluations ou sélection (outil d'évaluation rapide + suspicion clinique: *nombre et/ou rapidité de la rechute, le stade motivationnel du patient ou encore l'anosognosie des conséquences négatives de la consommation*)

Evaluation neuropsychologique: déroulement

Identification des facteurs aggravants : examen fin du dossier médical

- Carences nutritionnelles, troubles hépatiques, co-morbidités psychiatriques...

Anamnèse avec le patient:

- Retour sur l'histoire addictologique
- Perception de difficultés cognitives?
- Motivations?
- Organisation du discours (langage, mémoire...)
- Contexte socio-professionnel et projets

L'évaluation psychométrique: évaluation des capacités cognitives sensibles aux effets de l'alcool

- La mémoire épisodique
- La visuo-construction
- Les capacités attentionnelles/ La mémoire de travail
- Les fonctions exécutives

Autres domaines

- Mémoire sémantique/ langage
- Praxies
- ...

Pas de façon systématisée, seulement dans un contexte de diagnostic différentiel

La réévaluation (1)

■ Intérêts:

- S'assurer de la réversibilité des troubles (diagnostic différentiel)
- Justifier la poursuite de la prise en charge en milieu protégé ou ouvert
- Anticiper la mise en place des mesures médico-sociales



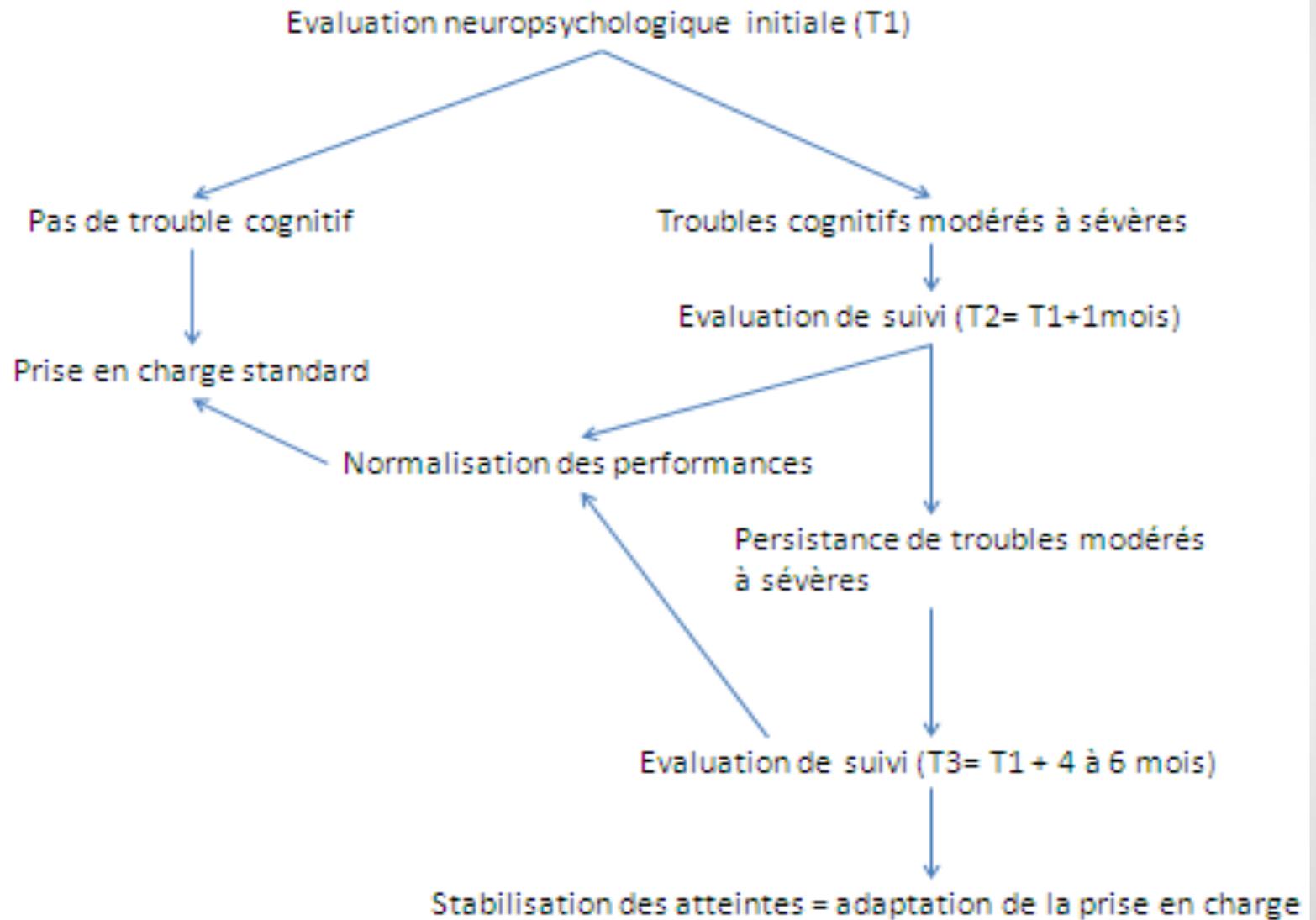
■ Méthodes et limites:

- Domaines similaires
- Version parallèles ++ mais effet re-test - -

La réévaluation (2)

Fonction cognitive	T1	T2	T3
Fonctions exécutives :			
Mémoire à court terme/Mémoire de travail	Empans verbaux et visuospatiaux, Séquences lettres/chiffres	Idem*	Idem**
Flexibilité mentale	TMT	TMT*	TMT*
Inhibition	Test de Stroop	Stroop *+ Hayling	Stroop* + Hayling*
Déduction de règles		MCST	MCST + Brixton
Planification	Tour de Londres	Tour de Londres* + test du Zoo	Test des commissions
Vitesse de traitement	TMT partie A, Codes ou Symboles (WAIS)	Symboles (WAIS III) *+ D2	D2*
Epreuves écologiques et multidéterminées			BADS
Mémoires :			
Mémoire épisodique verbale	RL-RI/16 items (version 1)	RL-RI/16 items (version 2)	RL-RI/16 items (version 1) CVLT
Mémoire prospective	Evaluation qualitative	Evaluation qualitative	Evaluation qualitative
Habiletés visuo-spatiales :			
Organisation visuo-spatiale	Dessin de l'horloge, Planification Figure de Rey	Figure de Taylor	Figure de Rey*
Capacités visuo-constructives	Copie de figure géométrique, Figure de Rey	Figure de Taylor	Figure de Rey*

Le suivi neuropsychologique



CHUCaen



UNICAEN
université de Caen
Basse-Normandie

Outils de dépistage rapide des troubles cognitifs

Intérêt du dépistage rapide dans la population AD

- Peu de neuropsychologues dans les structures de soins accueillant des patients AD
 - ✓ cibler les patients à orienter vers une évaluation neuropsychologique complète
- Outils de dépistage permettent une évaluation rapide, reproductible dans le temps
 - ✓ permettent d'appréhender la récupération des troubles
- Selon la nature des outils, permettent de statuer sur des « profils » de patient: atteinte mnésique, exécutive...

BEARNI

BEARNI

Brief Evaluation of Alcohol Related Neuropsychological Impairment

NOM : Prénom :
 Date de naissance (âge) : Années de scolarité :
 Date de l'examen :

I. Mémoire verbale

	Liste de mots	Rappel libre 1	Rappel libre 2
1.	Plage		
2.	Tenaille		
3.	Blouson		
4.	Fleuve		
5.	Pioche		
6.	Jupe		
7.	Râteau		
8.	Montagne		
9.	Chapeau		
10.	Bêche		
11.	Jungle		
12.	Ceinture		
Pas de points			

II. Ataxie en équilibre

<i>Yeux ouverts</i>	
Jambe droite au sol	Jambe gauche au sol
Essai 1	Essai 1
Essai 2	Essai 2
<i>Yeux fermés</i>	
Jambe droite au sol	Jambe gauche au sol
Essai 1	Essai 1
Essai 2	Essai 2
Score total (score max 8) :	

III. Fluences alternées

Maximum de mots en alternant catégories des « couleurs » et « noms de ville » en 2 minutes

Score total (score max 6):

IV. Ordination alphabétique

Items/essai (<i>Bonnes réponses</i>)	Note
1/ Essai 1 : V-K (<i>K-V</i>) Essai 2 : U-T (<i>T-U</i>)	
2/ Essai 1 : R-H-L (<i>H-L-R</i>) Essai 2 : I-F-B (<i>B-F-I</i>)	
3/ Essai 1 : A-X-T-H (<i>A-H-T-X</i>) Essai 2 : L-G-R-U (<i>G-L-R-U</i>)	
4/ Essai 1 : P-N-I-G-V (<i>G-I-N-P-V</i>) Essai 2 : Q-O-J-D-E (<i>D-E-J-O-Q</i>)	
5/ Essai 1 : C-T-H-E-V-S (<i>C-E-H-S-T-V</i>) Essai 2 : L-T-A-D-R-I (<i>A-D-I-L-R-T</i>)	
Score total (score max 5):	

V. Capacités visuo-spatiales

Score total (score max 5):

VI. Mémoire verbale différée

	Liste de mots	Rappel différé
1.	Plage	
2.	Tenaille	
3.	Blouson	
4.	Fleuve	
5.	Pioche	
6.	Jupe	
7.	Râteau	
8.	Montagne	
9.	Chapeau	
10.	Bêche	
11.	Jungle	
12.	Ceinture	
Score total (score max 6):		

BEARNI

Très bonne sensibilité mais faible spécificité sur les troubles légers qui nécessitent d'orienter vers une évaluation neuropsychologique:

- les patients avec troubles modérés
- les patients avec troubles légers
 - en fonction de la nature troubles (fluences alternées et capacités visuo-spatiales +++, ordination alphabétique et mémoire différée ++, ataxie-)
 - si au moins deux sub-tests déficitaires
 - en fonction de la présence de facteurs cliniques associés (antécédents de sevrage multiples, faible évolution motivationnelle, carences nutritionnelles, co-morbidités hépatiques, neurologiques, psychiatriques)

		Education (years of schooling)	
BEARNI total score	Criteria	≤12	>12
Total score /30 (cognitive functions and ataxia)	Mild impairment	≤ 19	≤ 21
	Moderate to severe impairment	≤ 15	≤ 16
Total cognitive score /22 (excluding the ataxia subtest)	Mild impairment	≤ 16	≤ 17
	Moderate to severe impairment	≤ 11.5	≤ 12.5

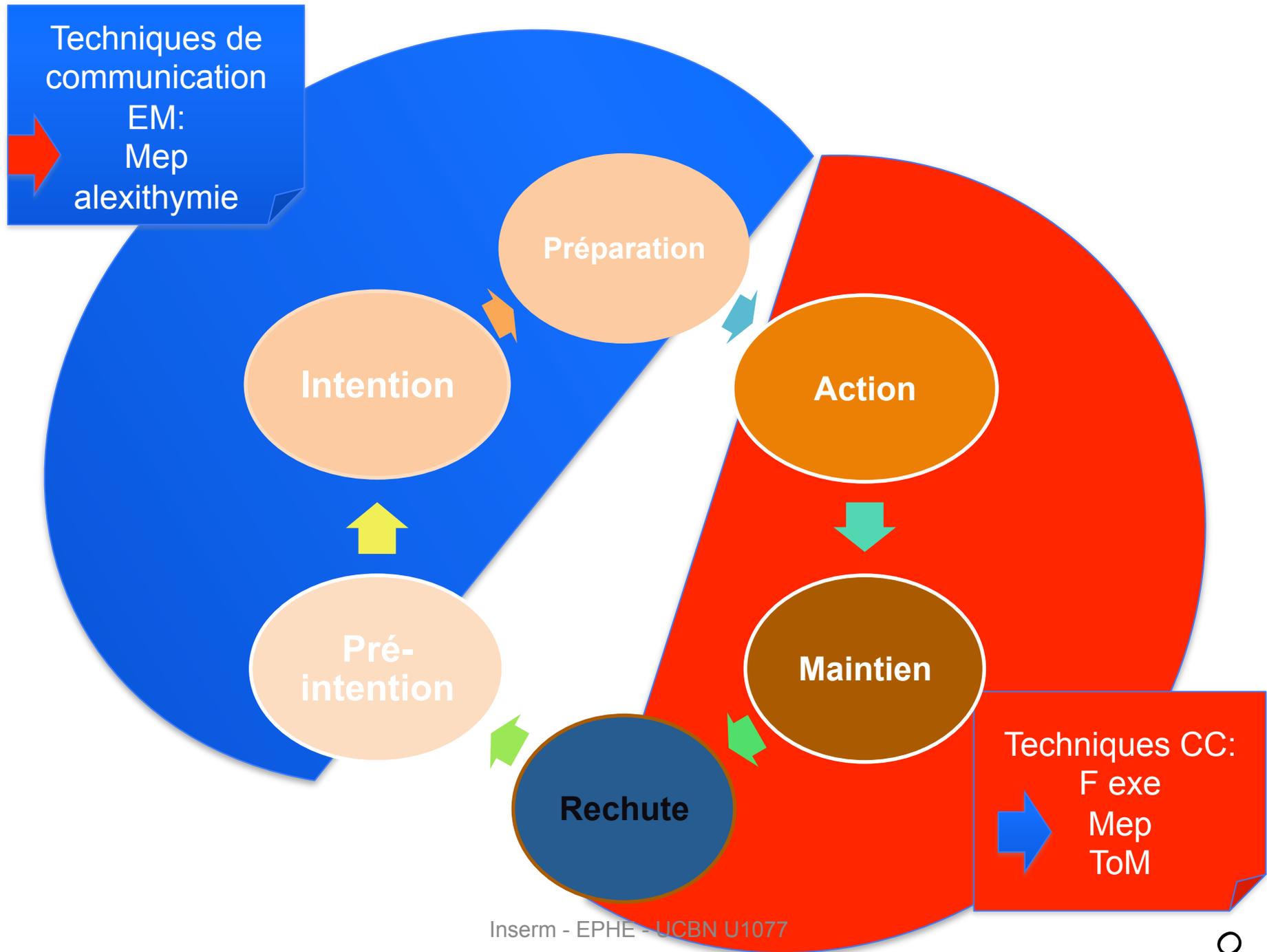
Evaluation et prise en charge des troubles neuropsychologiques dans le parcours de soin



A. Implication des processus cognitifs dans le soin en addictologie

1. L'entretien motivationnel

2. Les Thérapies cognitivo-comportementales



1. L'entretien motivationnel (EM)

- Le changement est un processus qui demande du temps dont le moteur est interne au patient.
- L'EM est une méthode clinique de « discussion » autour du changement qui incite à résoudre l'ambivalence, et à exprimer et renforcer la motivation au changement.
- Dans l'EM l'échange est directif dans le sens où on décide de renforcer certains éléments du discours changement et pas d'autres, mais se base sur les dires du patient
- L'EM a pour but de développer la confiance du patient dans son changement de comportement dans l'objectif d'en préparer la survenue.

Obstacles cognitifs à l'EM

- Problèmes d'encodage des souvenirs en Mémoire lors des alcoolisations
- Difficulté de rappel des informations
- Perturbation en métacognition

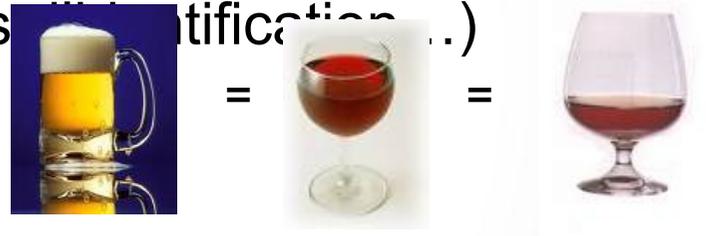
+

- Alexithymie
- Niveau élevé de stress
- Dévalorisation.

2. Les TCC: La psycho-éducation

- **But: Renforcer la motivation du patient**, évoluer des stades de pré contemplation/contemplation vers les stades de préparation/action

- **Comment?** En augmentant le niveau de connaissance du patient sur la maladie (processus de justification...)



- **Contenu:**

- définition de la dépendance,
- complications personnelles, professionnelles, judiciaires (CEA) et somatiques (foie, cerveau...) occasionnées par l'alcool,



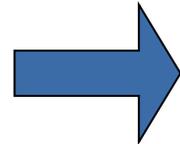
absorption/élimination de l'alcool
Peu être perturbé par la présence de troubles cognitifs

2. Les TCC: La prévention de la rechute

- Destinés aux personnes ayant atteints niveau de préparation/action
- Centrent leurs interventions sur les émotions, cognitions, comportements (*Tison, 2002*).
- Ateliers autour :
 - Des situations à risque (SAR):
 - se rappeler des habitudes de conso , revivre la façon dont les précédentes rechutes se sont déroulées **Mémoire épisodique**
 - Préparer les futures SAR (stratégies...) **FE (planification...)**
 - Identifier pensées/émotions ressenties aux moments des consos
 -  **Alexithymie**
Désapprendre un comportement inadapté pour le remplacer par un comportement plus adapté = freiné par la présence de troubles cognitifs

Impact des déficits cognitifs

↓ Mémoire
épisodique



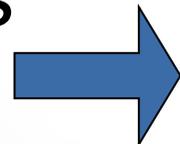
Evoquer les conséquences négatives des consommations

Se rappeler des situations à risque

**Anticiper les futures situations à risque:
Imaginer le contexte spatial (bar, maison...) et temporel (seul, avec amis, le soir...)**

Identifier les envies: se rappeler de la sensation de craving

↓ Fonctions
exécutives



Se représenter une situation à risque

Résistance à une envie, à la tentation

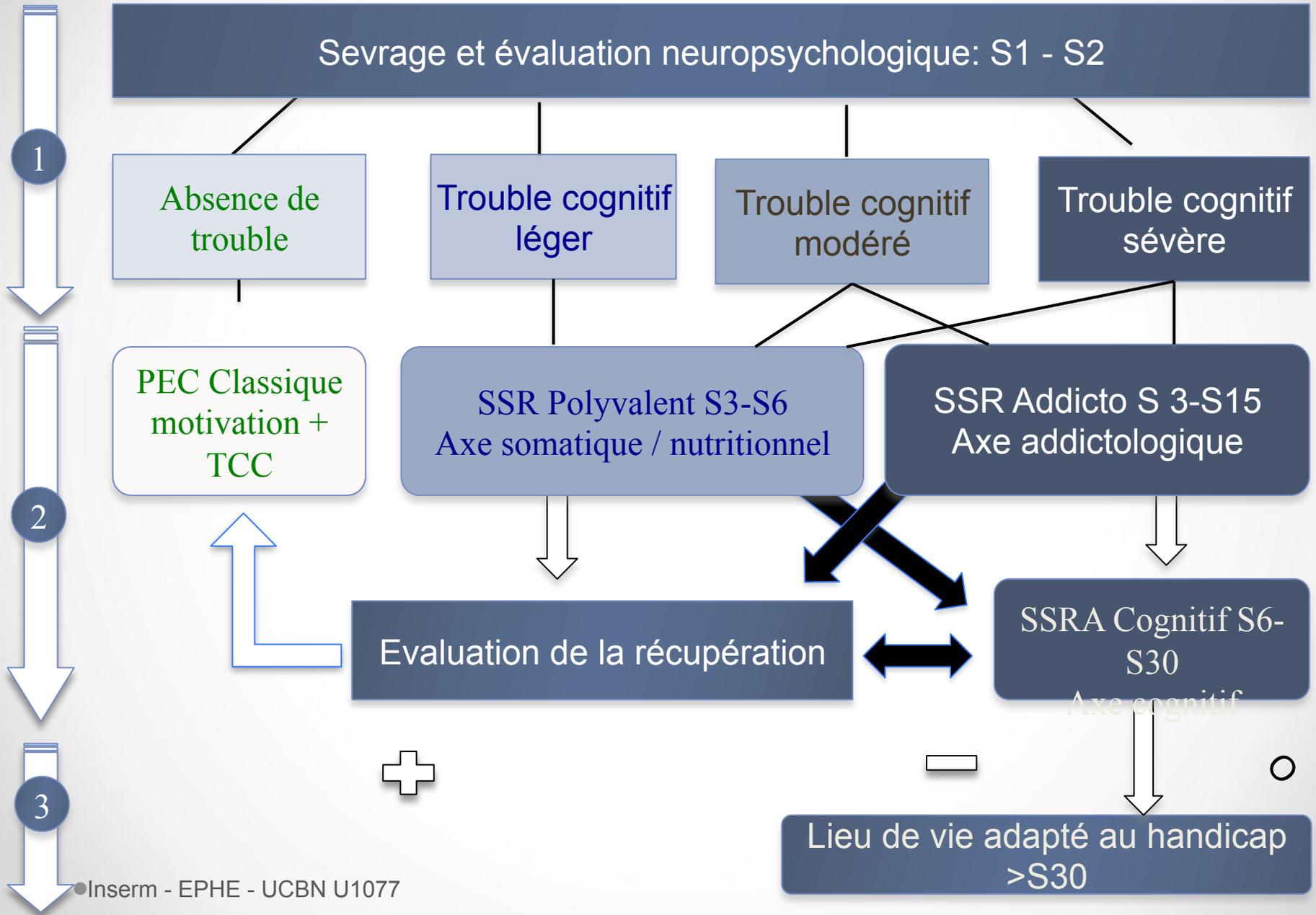
Planification de stratégies d'évitement

Alternative pour faire face à l'envie

Prise de décision face à des situations à risque

Difficultés à générer des stratégies d'abstinence efficaces

Sevrage et évaluation neuropsychologique: S1 - S2



B. La place de la réhabilitation cognitive

Remédiation cognitive chez les AD: restauration/ renforcement

■ Indications:

- Présence de troubles cognitifs légers à modérés documentés potentiellement consécutifs aux consommations d'alcool et réversibles avec l'abstinence
- Stabilisation sur le plan addictologique
- Conséquences des déficits neuropsychologiques dans la vie quotidienne
- Intégration au sein d'un autre suivi
- Absence de troubles comportementaux (psychiatriques...) susceptibles d'interférer sur le fonctionnement du groupe

■ Méthodologie:

- Avant tout: Bilan neuropsychologique par un neuropsychologue formé à l'addictologie
 - Orienté la prise en charge
 - Ligne de base
- Dès le premier bilan neuropsychologique? (lors de la convalescence)
- Individuelle ou en groupe
- Fréquence et régularité des séances proposées: pendant 3 mois (durée: 1H?)
- Généralisation des tâches

■ Limites:

- Le cerveau n'est pas un muscle!
- Nécessite motivation et +/- conscience des troubles

Ateliers de remédiation cognitive (1)

- **Objectifs:**

- Amélioration des capacités cognitives et des conditions de vie
- Augmenter sentiment d'efficacité personnelle
- Améliorer l'insertion sociale
- Favoriser l'étayage addictologique

- **Méthodologie:**

- Deux fois par semaine/ deux heures
- À la sortie du service d'addictologie
- Groupe de 5/6 personnes
- Période de trois mois renouvelable avec ligne de base neuropsychologique

Ateliers de remédiation cognitive (2)

- **Contenu:**

- Méthodes inspirées des techniques utilisées chez les traumatisés crâniens
- **4 modules:** mémoire épisodique, mémoire de travail, fonctions exécutives (inhibition/flexibilité, planification, prise de décision), théorie de l'esprit
- Psycho-éducation des fonctions cognitives

- **Limites:**

- Arrêt des ateliers difficiles pour certains patients: préparation nécessaire
- Hétérogénéité des difficultés
- N'intègre pas les proches

Module mémoire épisodique

1. Familiarisation :

Si vous pouvez remémorer des détails concernant les lieux, les décors, l'ambiance, la luminosité, les odeurs, les personnes rencontrées, la musique, les bruits alors ces souvenirs font partie de votre mémoire épisodique

= album de souvenirs personnels « Je me souviens de ... »

Exemple :

Vous souvenez-vous de ce que vous avez fait le 11 septembre 2001 ?

2. Stimulation de la mémoire épisodique et acquisition de techniques de facilitation

Apprentissage de nouvelles connaissances « les noms du personnel »

Module mémoire épisodique

Apprentissage de nouvelles connaissances



Apprentissage sans erreur

Fran-----

Indices pour faciliter la récupération



François Vabret



Module mémoire épisodique

1. Familiarisation :

Si vous pouvez remémorer des détails concernant les lieux, les décors, l'ambiance, la luminosité, les odeurs, les personnes rencontrées, la musique, les bruits alors ces souvenirs font partie de votre mémoire épisodique

= album de souvenirs personnels « Je me souviens de ... »

Exemple :

Vous souvenez-vous de ce que vous avez fait le 11 septembre 2001 ?

2. Stimulation de la mémoire épisodique et acquisition de techniques de facilitation

Apprentissage de nouvelles connaissances « les noms du personnel »

3. Intervention de la mémoire épisodique dans la vie quotidienne et le maintien de l'abstinence

- a. Méthode des localisations
- b. Évocation de souvenirs lors des périodes d'alcoolisations

Module mémoire épisodique:

Méthode des localisations



*« **La dépendance** : c'est quand on ne peut s'empêcher de boire de l'alcool, on manque de contrôle »*



La dépendance à l'alcool, c'est :

- quand on boit de l'alcool tous les jours
- quand on peut boire une bouteille de whisky en une journée
- quand on ne peut pas s'empêcher de boire de l'alcool**
- quand on conduit avec un taux d'alcool supérieur à la loi



Evocation de souvenirs:

« je me souviens (sais) du mariage de ma sœur, il y a environ deux ans, de l'endroit, mais je ne me souviens plus quelles étaient les personnes présentes, les personnes placées à ma table, le déroulement de la soirée, le temps qu'il faisait, les émotions que j'ai ressenties... »



Module mémoire de travail:



1. Familiarisation :

- **lecture** : les éléments importants du paragraphe reste à l'esprit pendant la suite de la lecture.
- **retenir un n° de téléphone** le temps de le réaliser sur le combiné.
- **faire deux choses à la fois**: cuisiner tout en discutant et en évitant les fausses notes ...
- **prendre des notes** : écouter le professeur, cibler les éléments pertinents, les noter tout en continuant à suivre ses propos, etc.

2. Stimulation de la mémoire de travail (prise de conscience)

Jeu de la valise : « je pars en vacances et je mets dans ma valise »

4. Intervention de la mémoire de travail dans la vie quotidienne

- a. Le serveur de restaurant
- b. Les discussions / théâtre



Module mémoire de travail: le serveur du restaurant



Possibilités de varier les niveaux de difficultés en fonction des séances:

1. chaque participant (nombre pouvant augmenter) passe sa commande : sur un menu à deux possibilités
2. chaque participant passe sa commande : sur un menu à plusieurs possibilités ou au choix
3. chaque participant passe sa commande mais peut changer d'avis
4. chaque participant passe sa commande mais change d'avis et de

Module Fonctions exécutives (inhibition et flexibilité):

1. Familiarisation :

•**Inhibition:** C'est le contrôle de soi, la capacité à s'empêcher de faire quelque chose (action...) d'automatique

« Antoine a changé l'emplacement de son frigo dans sa cuisine. Depuis, il doit s'empêcher d'aller chercher les aliments dans le frigo à l'ancien endroit »

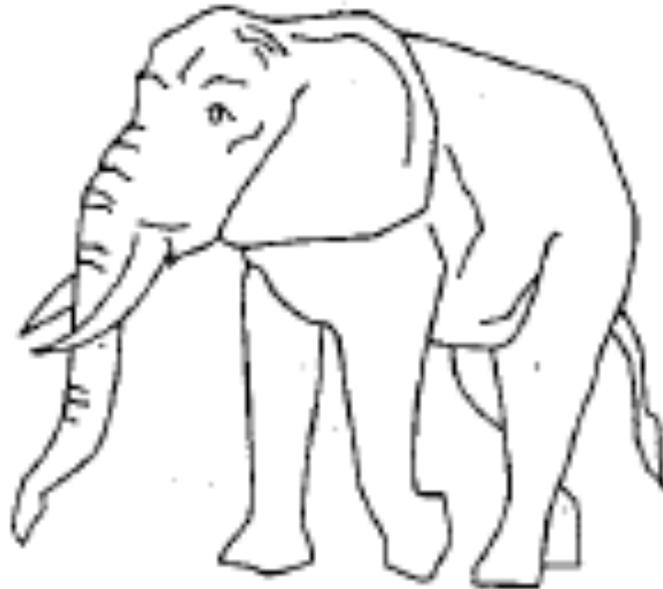
•**Flexibilité:** passer d'un comportement à l'autre, déplacer son attention d'une tâche à l'autre, envisager différentes possibilités, s'adapter à un changement

« En rentrant du travail, je prends toujours le tram. Exceptionnellement, aujourd'hui les trams sont en grève, il faut donc que j'envisage d'autres possibilités afin de pouvoir regagner mon domicile (taxi, bus...) »

2. Stimulation des fonctions exécutives (inhibition) : tâche de dénomination absurde

Module Fonctions exécutives (inhibition et flexibilité):

Tâche de dénomination absurde



Un crayon

Module Fonctions exécutives (inhibition et flexibilité):



1. Familiarisation :

•**Inhibition:** C'est le contrôle de soi, la capacité à s'empêcher de faire quelque chose (action...) d'automatique

« Antoine a changé l'emplacement de son frigo dans sa cuisine. Depuis, il doit s'empêcher d'aller chercher les aliments dans le frigo à l'ancien endroit »

•**Flexibilité:** passer d'un comportement à l'autre, déplacer son attention d'une tâche à l'autre, envisager différentes possibilités, s'adapter à un changement

« En rentrant du travail, je prends toujours le tram. Exceptionnellement, aujourd'hui les trams sont en grève, il faut donc que j'envisage d'autres possibilités afin de pouvoir regagner mon domicile (taxi, bus...) »

2. Stimulation des fonctions exécutives (inhibition)

3. Intervention de l'inhibition et flexibilité dans la vie quotidienne dans la vie quotidienne et le maintien de l'abstinence

2. Les inférences situationnelles

3. Jeu de rôle (en se basant sur les habitudes de consommation)

Module Fonctions exécutives (inhibition et flexibilité):

Inférences situationnelles:

Que peut-on dégager de positif dans la situation ?

Quelles actions mettre en place pour ne pas qu'elle aboutisse à une réalcoolisation ?

- On m'a volé ma voiture
- Mon réveil n'a pas sonné ce matin
- Je ne supporte pas mon nouveau chef
- Mon ou ma meilleure ami(e) part à l'étranger
- Ma banque me refuse un prêt
- Je suis fatigué
- On m'a cambriolé

Module théorie de l'esprit

1. Reconnaissance des émotions (basiques et complexes)

Catherine a été désagréable avec Marie. Marie est triste.

A quoi devait-elle ressembler ?



confus

blagueur



triste

sérieux

2. Attribution causale : « je rentre dans une pièce et tout le monde s'arrête de parler »

- Moi
- Les autres
- La situation

3. Se mettre à la place de l'autre (ToM)



●Inserm - EPHE - UCBN U1077

4. Evocation de situations personnelles

La réhabilitation cognitive: aménagement de l'environnement, les aides externes



- **Méthode:** supports personnalisés visant à pallier l'existence de troubles (mnésiques et/ou exécutifs) durables

- Statiques: carnet mémoire, agenda, fléchage du logement, repères visuels, check list
- Dynamiques: minuterie, montre avec alarme, smartphone...

💣💣 Automatisation longue, nécessite préparation en aval (outil personnalisé, implication de l'entourage soignants et proches, apprentissage couteux +++ « où je note et comment »)



Efficacité auprès des patients cérébro-lésés amnésiques avec profils similaires aux patients Korsakoff

Attention : la remédiation cognitive ne se suffit pas à elle-même!

- (pratique sportive, réseau social, groupe anciens buveurs...)

Remédiation cognitive: synthèse

	Facilitation Restauration	Utilisation des capacités préservées Réadaptation	Aménagement de l'environnement	Objectif	Chronologie
Patients AD avec troubles légers à modérés	Oui	Non	Non	Favoriser la récupération spontanée	Juste après le sevrage
Patients AD avec troubles sévères ou patients SK	Non	Oui	Oui	Favoriser l'autonomie, Réduire le handicap	A distance du sevrage

Evaluation et prise en charge des troubles neuropsychologiques dans le parcours de soin: cas cliniques

- **ML EC CLASSIQUE**
- **MR B troubles cognitifs et récupération**
- **Mr M adaptation médico-sociale**
- **Mr D syndrome de Korsakoff**
- **Mme D SAF et adaptation médico sociale**
- **Diagnostic différentiel Korsakoff vs Alzheimer**
- **Diagnostic différentiel DFT vs Alcool**

Etude de cas: M. L, une prise en charge adaptée

DONNES CLINIQUES

- 41 ans, au chômage depuis un an,
- CAP charcutier ensuite différents travaux: BTP, serveur, agent d'entretien...
- 5^{ème} démarche hospitalière: patient « résistant »

HISTOIRE ALCOOLOGIQUE

- Mésusage ancien, présent depuis 24 ans
- Consommations actuelles: un litre de pastis par jour
- Tabac mais pas d'autres SPA
- Dépendance physique ++ (SC à 8)
- Stade motivationnel: contemplation

MOTIF DE LA CONSULTATION

- *Arrêt dans l'alcool avec plusieurs motivations: antécédents familiaux OH, permettre le retour à domicile de sa compagne, peur pour sa santé.*

COMORBIDITES

- Pas de perturbation hépatique
- Pas d'anomalies nutritionnelles
- Absence de troubles thymiques



Bilan neuropsychologique:

		05/10/2012
G&B	Rim	16
	RL1/RT1	12/15
	RL2/RT2	15/16
	RL3/RT3	14/15
	RLD/RTD	14/15
	Rec	16
Figure de Rey	Type copie	IV
	Score copie	35/36
	Score rappel	17/36
Empans	Verbaux endroit	5
	Verbaux envers	3*(NS=6)
D2	GZ	Q1E
	KL	Q1E
	%F	Q4
Trail Making Test	A tps/erreurs	44/0
	B tps/erreurs	195*/0
Stroop	Déno tps/erreurs	84"/0
	Lecture tps/erreurs	55"/1ENC
	Inter tps/erreurs	164"/3EC, 2ENC*
Modified Card Sorting Test	Catégories	5
	Nombre de cartes	
	Nombre d'erreurs « non »	16
	Nombre de persévérations	8

Mr L.: prise en charge

- **T1:**
 - Atteinte de la sphère exécutive: inhibition, flexibilité, planification mental
 - Fragilité du fonctionnement de la mémoire de travail/ralentissement psycho-moteur
 - Préservation de la mémoire épisodique
- → Orientation vers la semaine de psycho éducation (mémoire épisodique +)
- → **convalescence** avec objectif de réévaluation au retour de cette période et intégration de la semaine de TCC (Prévention de la rechute)



Retour de convalescence

- Bonne adaptation au sein du séjour
- Discours critique/ses consommations d'alcool
- Bonne évolution

	15/11/2012
Brown Peterson	BP 3'' ET BP 9'' */ BP 0'', 6'', 18''
Double tâche de Baddeley	Z= -0,16
Hayling Test	8 pénalités
Brixton	13 erreurs

T2: amélioration de la sphère exécutive; capacités attentionnelles en cours d'amélioration, fragilité persistante de la mémoire de travail

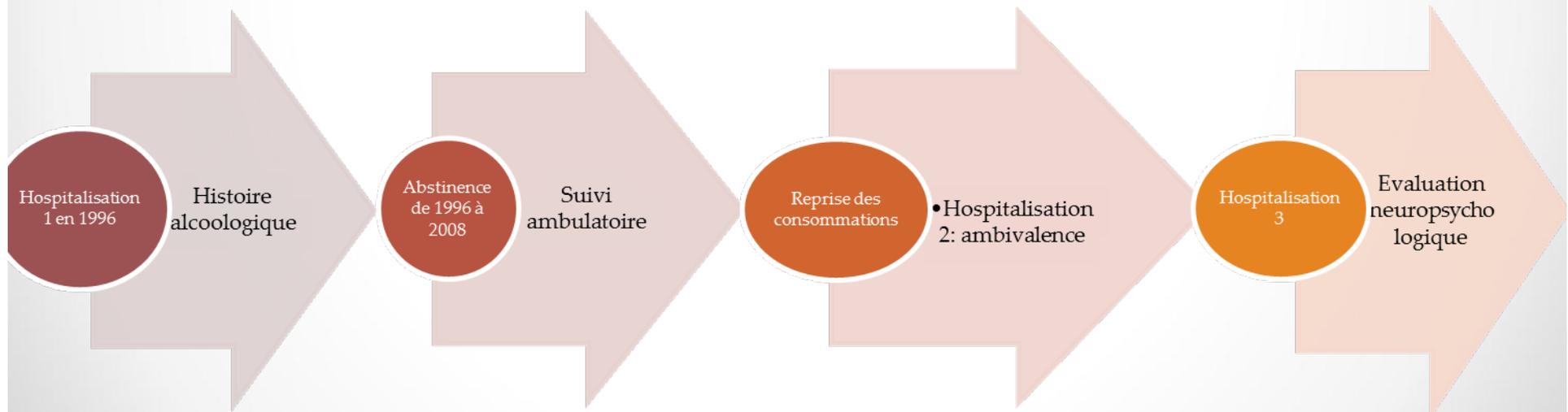
→orientation vers les **TCC**

→**Projet:** Formation sur l'éco-construction/ passage du permis de conduire

→**Suivi:** médical et infirmier

Mr B.: l'allongement des soins

- Patient de 58 ans, niveau BAC + BTS agriculteur
- Suivi alcoologique débuté en 1995: isolement , altération physique et CEA
- 1996: 1^{ère} hospitalisation
 - Amélioration de sa qualité de vie
 - Séparation conjugale
 - Se retire progressivement de sa vie professionnelle
- 2008
 - N'explique pas la rechute



→ Patient qui depuis 4 ans ne parvient plus à reprendre une période d'abstinence alors qu'il a connu une stabilisation alcoologique pendant plus de 10 ans antérieurement

Mr B.

- Hospitalisation en janvier 2013:
 - → évaluation neuropsychologique: **syndrome dysexécutif** cognitif sévère et comportemental (réponses à côté, rires inappropriés, fluctuation apathie/opposition, anosognosie)
 - → IRM cérébrale: **atrophie cortico-sous-corticale diffuse** + anomalie de développement veineuse frontale gauche
 - → retour à domicile inadapté (**vulnérabilité/alcool** et prise de décision globale)

- **Étiologie des troubles? Récupération avec l'abstinence?**



- **Convalescence dans le service**
 - nouvelle évaluation neuropsychologique à 1 mois



Mr B.

- Syndrome dysexécutif cognitif en cours de régression
 - étiologie plus en rapport avec les consommations d'alcool
- Amélioration sur le plan comportemental: moins d'opposition, comprend la nécessité de la poursuite des soins

SSR polyvalent pour poursuite de la protection hors alcool et de la récupération des troubles avec l'abstinence

Nouvelle évaluation neuropsychologique au retour du SSR: poursuite de l'amélioration

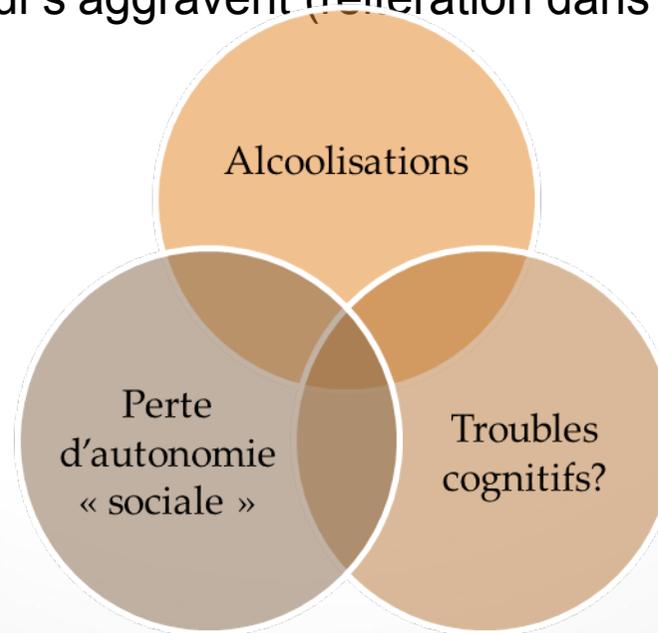
- **Sortie:** étayage (ateliers de réhabilitation cognitive + suivi médical)



La mise en place d'un temps d'abstinence suffisamment long a permis d'écarter l'hypothèse neurodégénérative et de mettre en lien la réversibilité des troubles avec l'arrêt des consommations

Mr M.: adaptation médico-sociale

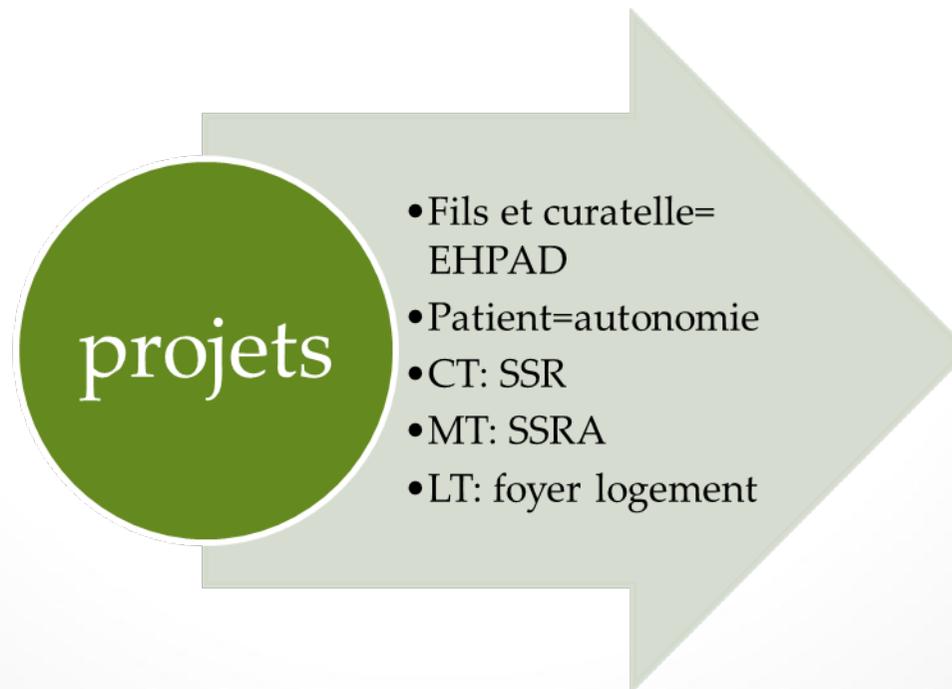
- Mutation du service de dermatologie, hospitalisé dans un contexte de confusion sur syndrome de sevrage (DT?) + incurie au domicile
- Histoire de la maladie/histoire de vie:
 - Mésusage d'alcool ancien (environ 35 ans), 12 à 18 unités dernièrement, 1^{ère} hospitalisation OH en 1993
 - Licenciement en 1986 + divorce 1989(alcool)
 - Curatelle depuis 1996
 - Fils: troubles mnésiques qui s'aggravent (réitération dans le discours)



	Epreuves	20/11/2013
Mémoire épisodique	RL-RI 16 Rimm RL1/RT1 RL2/RT2 RL3/RT3 RLd/RTd Reconnaissance	12* 7/13 6*/15 4*/14 5*/14 15*
	Figure de Rey Copie Rappel	16*, IV NF
Mémoire de travail	Empans verbaux end. et env.	4/0 (NS=1*)
Mémoire sémantique/langage	DO	39/40
	Token test	142*/163
Fonctions exécutives	Fluences verbales	P: 6* Animaux: 11*
	TMT A B	254''*/7 erreurs* arrêtée
	Stroop dénomination lecture interférence	64''/1ENC 61''/0 180/1 ENC
	MCST	Arrêt 2 catégories* 12* erreurs dont 7* persévératives
Fonctions attentionnelles	Symboles (WAIS III)	NS=5*, 3 erreurs
Praxies	Praxies idéo-motrices Praxies d'imitation Praxies bucco-faciales	+ + -

Mr M.: T1

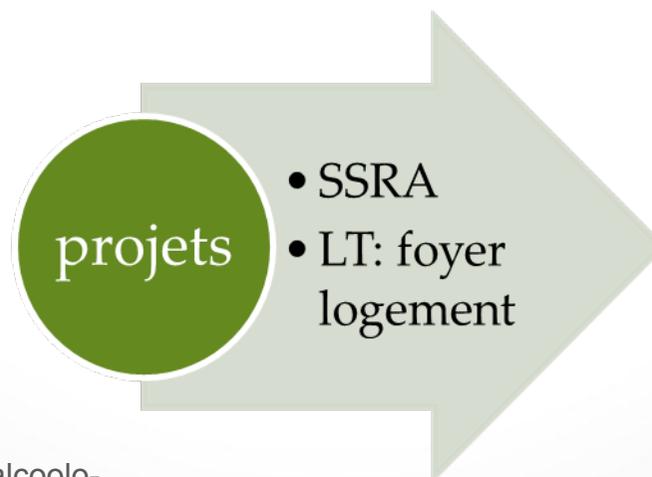
- Syndrome dysexécutif + troubles compréhension ou MDT?
 - Diagnostic?
 - Nécessité d'une réévaluation + IRM
- Rencontre avec le fils + curatelle: gestion du quotidien portée par ce duo, inquiétude +++ face à l'avenir (tentatives de sevrage récente ont échouées)



	Epreuves	20/11/203	17/12/2013
Mémoire épisodique	RL-RI 16 Rimm RL1/RT1 RL2/RT2 RL3/RT3 RLd/RTd Reconnaissance	12* 7/13 6*/15 4*/14 5*/14 15*	13 8/15 6/15 8/14 8/14 16
	Figure de Rey /Taylor Copie Rappel	16*, IV NF	20,5*, IV 1*
Mémoire de travail	Empans verbaux end. et env.	4/0 (NS=1*)	4/2 (NS=2*)
Mémoire sémantique/ langage	DO	39/40	
	Token test	142*/163	
Fonctions exécutives	Fluences verbales	P: 6* Animaux: 11*	Fruits: 8*
	TMT A B		82''*/0 erreur Arrêt à 215''*/ 3 erreurs*
	Stroop dénomination lecture interférence	64''/1ENC 61''/0 180/1 ENC	
	MCST	Arrêt 2 catégories* 12* erreurs dont 7* persévératives	BREF 12*
Fonctions attentionnelles	Symboles (WAIS III)	NS=5*, 3 erreurs	NS=4*, 1 erreur
Praxies	Praxies idéo-motrices Praxies d'imitation	+ +	

Mr M.: T2

- Régression des troubles de compréhension qui semblaient davantage en lien avec les troubles de MDT et des FE
- Amélioration exécutive mais les troubles restent présents et importants
- Diagnostic?
- **IRM:** Atrophie cortico sous corticale diffuse modérée avec leucopathie périventriculaire, sans argument pour une encéphalopathie aigue
- (patient alcoolo-tabagique avec atcdt HTA)



Mr M.: T3

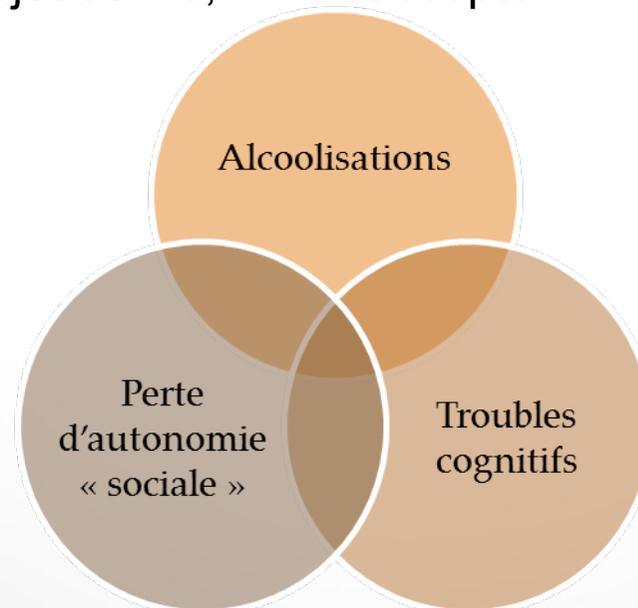
- Refus de poursuivre la prise en charge au sein du SSRA (expression des troubles de flexibilité?)
- Retour et réévaluation dans le service

	Epreuves	20/11/2013	17/12/2013	11/02/2014
Mémoire épisodique	RL-RI 16 Rimm	12*	13	13
	RL1/RT1	7/13	8/15	5/13
	RL2/RT2	6*/15	6/15	7/15
	RL3/RT3	4*/14	8/14	4*/15
	RLd/RTd	5*/14	8/14	9/16
	Reconnaissance	15*	16	14* 2FR
	Figure de Rey /Taylor Copie Rappel	16*, IV NF	20,5*, IV 1*	24*, IV 4*
Mémoire de travail	Empans verbaux end. et env.	4/0 (NS=1*)	4/2 (NS=2*)	4/2 (NS=2*)
Mémoire sémantique/ langage	DO	39/40		
	Token test	142*/163		
Fonctions exécutives	Fluences verbales	P: 6* Animaux: 11*	Fruits: 8*	P: 4* Animaux: 14*
	TMT A B		82''*/0 erreur Arrêt à 215''*/ 3 erreurs*	
	Stroop dénomination lecture interférence	64''/1ENC 61''/0 180/1 ENC		
	MCST	Arrêt 2 catégories* 12* erreurs dont 7* persévératives		Arrêt 2 catégories* 7 erreurs * dont 4 persévératives* HA 0/14
			BREF 12* HA 2*/10	
Fonctions attentionnelles	Symboles (WAIS III)	NS=5*, 3 erreurs	NS=4*, 1 erreur	NS=3*, 6 erreurs
Praxies	Praxies idéo-motrices	+		

Mr M.: T3

- Refus de poursuivre la prise en charge au sein du SSRA (expression des troubles de flexibilité?)
 - Retour et réévaluation dans le service
- Persistance voire légère altération du syndrome dysexécutif: diagnostic?
- Le projet de vie reste adapté
 - Réalcoolisation + fugue du patient lors d'une permission
 - Réinterrogation du projet de vie, Mr M. accepte l'EHPAD

Les questions subsistent



Le seul élément par le biais duquel on peut espérer améliorer les conditions de vie du patient, c'est l'abstinence

Etude de cas: M. D, une prise en charge médico-sociale

DONNES CLINIQUES

- 56 ans, carrossier, en arrêt de travail, vit seul, veuf depuis un an

HISTOIRE ALCOOLOGIQUE

- 500 grammes par semaine depuis une quinzaine d'années? (difficile à évaluer!)
- Tabac mais pas d'autres SPA
- Dépendance physique probable
- Stéatose

COMORBIDITES

- Stéatose
- Dénutrition sévère
- Absence de troubles thymiques
- Hospitalisation précédente en aout 2011 pour AEG (bilan neuropsych; syndrome amnés

MOTIF DE LA CONSULTATION

- Consultation de liaison (fin septembre): Patient hospitalisé pour AEG avec dénutrition ++ (-15 kgs en 3 mois), troubles mnésiques ++. Avis addicto : renutrition et période sans alcool pendant 8 semaines avec bilan neuropsychologique.

neuropsychologique

Bilan neuropsychologique

		15/11/2011	28/12/2011
G&B	Rim	12*	10*
	RL1/RT1	02*/04*	3*/8*
	RL2/RT2	0*/4*	0*/7*
	RL3/RT3	05*/06*	
	RLD/RTD	01*/03*	0*/8*
	Rec	15/16 et 4 FR *	12/16*
Mémoire logique	Immédiat		NS=7
	Différé		NS=1*
Reconnaissance des visages	Immédiat	NS=6*	
	Différé	NS=5*	
Scènes de famille	Immédiat		NS=1*
Figure de Rey	Type copie	I	
	Score copie	36/36	
	Score rappel	07/36*	
Empans	Verbaux endroit	7	
	Verbaux envers	5	
Symboles	NS=6		
Fluences verbales	Sémantiques	18	
	phonologiques	15	
Stroop	Déno tps/erreurs	75"/0	
	Lecture tps/erreurs	53"/0	

M.D: Prise en charge

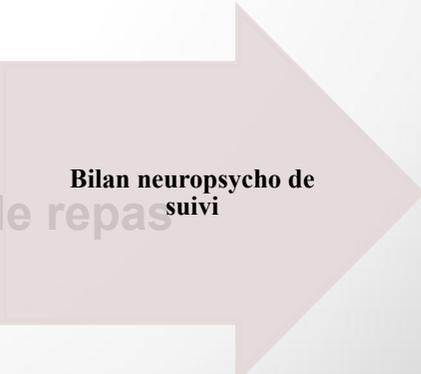
T1: (15 novembre 2011)

- Syndrome amnésique
- Préservation de travail et des fonctions exécutives
 - **convalescence dans le service avec objectif de réévaluation**
 - **Prise de contact avec les filles du patient:**
 - informations sur les troubles
 - informations possibilités de types de prises en charge médico-sociales

(cheminement)

T2: (28 décembre 2011)

- Persistance de l'amnésie antérograde même si amélioration de légère amplitude
 - Préservation de la mémoire de travail et des fonctions exécutives
-
- 2^{ème} rdv avec les filles: annonce du diagnostic
 - Mise en place d'une mesure de **protection juridique** (tutelle)
 - Demande d'**ALD** (affection de longue durée)
 - Orientation auprès de la **MDPH**
 - Avis professionnel
 - Avis hébergement
 - Retour à domicile avec **aides à domicile, portage de repas**
 - **Suivi addictologique:** médecin + infirmiers



Bilan neuropsychologique de suivi

		15/11/2011	30/05/2012	31/01/2013
G&B	Rim	12*	14*	13*
	RL1/RT1	02*/04*	03*/09*	01*/05*
	RL2/RT2	0*/4*	03*/08*	01*/08*
	RL3/RT3	05*/06*	01*/07*	02*/10*
	RLD/RTD	01*/03*	0*/08*	0*/06*
	Rec	15/16 et 4 FR *	13* et 5 FR	13* et 7 FR
Figure de Rey	Type copie	I		IV
	Score copie	36/36		35
	Score rappel	07/36*		8
Scènes de famille	Immédiat		NS=1*	
Reconnaissance des visages	Immédiat	NS=6* et NS =5*	NS=9	
Empans	Verbaux endroit	7		7
	Verbaux envers	5		5
Fluences verbales	Phonologiques	18		16
	Sémantiques	15		13
Stroop	Déno tps/erreurs	75''/0	66''/0	74''/0
	Lecture tps/erreurs	53''/0	51''/0	58''/0
	Inter tps/erreurs	124''/1EC, 1ENC	132''/0	127''/0
Modified Card Sorting Test	Catégories	6	5	6
	Nombre de cartes			40
	Nombre d'erreurs « non »	2	7	5
	Nombre de persévérations	0	1	1

Mme D; Appréhension des capacités neuropsychologiques chez une patiente dont la mère a consommé de l'alcool durant la grossesse

DONNES CLINIQUES

- Femme, 24 ans, un enfant, vit en foyer (projet orientation maison relais)
- Scolarité jusqu'à la 4^{ème} SEGPA, sans profession
- Mesure de protection juridique: curatelle

HISTOIRE ALCOOLOGIQUE

- Sevrage d'alcool et de cannabis / consommation de tabac
- Mésusage d'alcool depuis l'adolescence
- De 4 bières par jour (le soir) jusqu'à 25 UA et quelques joints de temps en temps
- Absence de dépendance physique

MOTIF DE LA CONSULTATION/HOSPITALISATION

- Motif de la consultation: arrêt des produits, hospitalisation en couple, point social

COMORBIDITES

- Symptomatologie psychologique: syndrome dépressif, comportement à type d'auto-agressivité, impulsivité

		18/04/2012
QI (54)	QI VERBAL	53
	QI performance	60
G&B	Rim	14*
	RL1/RT1	04*/07*
	RL2/RT2	07*/12*
	RL3/RT3	07*/13*
	RLD/RTD	9*/13*
	Rec	15*
Scènes de famille	NS Rappel immédiat	7
	NS Rappel différé	7
Figure de Rey	Type copie	4
	Score copie	32*
Empans	Verbaux endroit	4*
	Verbaux envers	3*
Stroop	Déno tps/erreurs	Ras
	Lecture tps/erreurs	Ras
	Inter tps/erreurs	Ras (2EC)

Mme D: prise en charge

Evaluation neuropsychologique:

- atteinte de la **mémoire épisodique verbale**, troubles **attentionnels**, mobilisation efficace capacités exécutives (inhibition)

- efficacité intellectuelle très faible (QI 54) homogénéité quelque soit le domaine évalué (verbal ou performance): pauvreté **lexicale**, peu de capacités **d'élaboration et d'abstraction**

→ Pas d'orientation dans la prise en charge classique (/ hospitalisation précédente)

→ Synthèse avec l'équipe médico sociale

- Informations sur la gravité des troubles: difficultés élaboration
- Discussion / difficultés maintenir modération ou abstinence
- Projet de l'équipe médico-sociale; autonomiser la patiente (maison relai et diminution de la prise en charge quotidienne)
- Projet revu en équipe pour renforcer l'étayage
 - Hébergement
 - Renforcer mesure protection juridique
- ▪ Caractère plus incitatif prise en charge (addicto, médicale: contraception?) ●

Quand les consommations d'alcool masquent une pathologie cérébrale, la question du diagnostic différentiel

Maladie d'Alzheimer/Syndrome de Korsakoff

MA	SK
Profil neuropsychologique	
Amnésie antérograde avec évolution progressive	Amnésie antérograde avec apparition brutale
Troubles exécutifs souvent associés	Troubles exécutifs souvent associés
Troubles des fonctions instrumentales souvent associés avec l'évolution	Préservation des fonctions instrumentales
Imagerie cérébrale	
Atteinte de la région hippocampique Mais en pratique atrophie cortico-sous-corticale	Atteinte diencephalique Mais en pratique atrophie cortico-sous-corticale

Mme
B.

86 ans, veuve depuis 1 an et demi

Fille à l'origine de la consultation

Symptomatologie dépressive et ↗ des consommations d'alcool depuis le décès de son mari
Comportements inadaptés

Mr D.

67 ans, ancien employé de banque

Consultation à la demande de sa femme: épuisement conjugal

Mésusage d'alcool ancien (ancienneté ? Quantités?)

MA en 04/11 (amnésie antérograde, dysfonctionnement exécutif, anosognosie)

SK en 06/12 (mésusage d'alcool)

→ hospitalisation programmée pour réaliser l'évaluation neuropsychologique

Epreuves		Mme B	Mr D	
Global	MMSE	18*/30 (DTS, amnésie, acalculie)	23*/30 (désorientation temporelle, rappel, praxies)	
Mépi	RL-RI 16 Rimm	4* 1*/2* 0*/3*	7* 2*/3* 2*/5*	
	RL1/RT1	Non proposé 0*/2*	3*/6* 0*/3*	
	RL2/RT2	3 intrusions 9* + 1 FR	35 intrusions/22 persévérations 12* + 6 FR	
	RL3/RT3			
	RLd/RTd			
	Reconnaissance			
	Figure de Rey	34/36, type III 2,5*/36	34/36, type IV 3*/36	
MDT	Empans	6/4 (NS=12)	5/4 (NS=7)	
FE	BREF	7*/18 (élaboration conceptuelle, séquences motrices et inhibition)	WCST modifié	6 catégories 9 erreurs 4 * EP
	histoires absurdes	1 histoire sur 6 critiquée	Stroop déno lecture interférence	121''*/1 EC 60''*/0 340''*/9EC, 3*ENC
			Diff. d'élaboration conceptuelle (MOCA et DRS)	
Mém S.	BDAE	Manque du mot (cède avec l'ébauche orale): 44*/60	DO80	80/80

Maladie d'Alzheimer/Syndrome de Korsakoff

Mme B. = MA

- Usage excessif d'alcool trop récent
- Amnésie antérograde + altération FE et MS
- Évolution de la maladie masquée par la présence du mari

Mr D. = SK

- Concordant avec un usage excessif ancien
- AA prédominante au regard des autres déficits
- Pas d'évolution en un an

Interpréter les atteintes neuropsychologiques au regard de l'histoire alcoologique (ancienneté des consommations)

Si ce n'est pas possible (manque d'informations), nécessité d'une réévaluation à distance

Dans tous les cas, suivi à 3 mois indispensable (hypothèse d'une MA indépendante des effets d'alcool)

Démence lobaire fronto-temporale (variante frontale)/Alcool

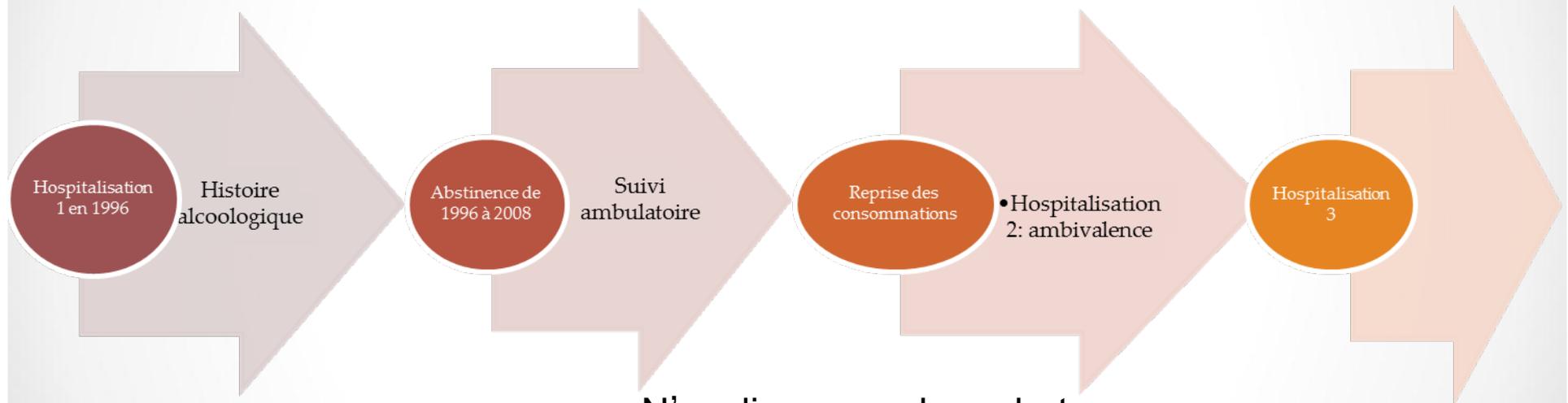
DLFT (vf)	Alcool
Profil comportemental et neuropsychologique	
<p>Troubles comportementaux (peut se traduire chez 30 à 41 % des patients par des consommations excessives d'alcool=> changement avec comportement antérieur):</p> <p>Agressivité/apathie Prise de risque Absence de prise en compte des émotions de l'entourage ...</p>	<p>Troubles comportementaux (induits par les consommations d'alcool):</p> <p>Agressivité Prise de risque Absence de prise en compte des émotions de l'entourage ...</p>
<p>Troubles exécutifs (intensité modérée à sévère)</p>	<p>Troubles exécutifs (intensité faible à modérée)</p>
<p>L'altération cognitive et comportementale subsiste malgré l'abstinence</p>	<p>Régression des troubles avec l'abstinence</p>
Imagerie cérébrale	
<p>Atrophie cortico-sous-corticale à prédominance frontale</p>	<p>Atrophie cortico-sous-corticale (dans certains cas à prédominance frontale)</p>

DLFT (vf)/Alcool

- Faire corréler l'évolution du patient avec son parcours alcoologique et/ou imposer un temps d'abstinence suffisamment long pour pouvoir observer une évolution ou une régression des troubles avec l'abstinence (hospitalisation?)
- troubles consécutifs à la consommation d'alcool:
 - en fin de sevrage (~ 7 jours sans alcool): amélioration des troubles comportementaux
 - régression des troubles exécutifs entre 3 à 12 mois (hétérogénéité +++ selon l'âge et l'intensité initiale des troubles)

Mr B.

- Patient de 58 ans, niveau BAC + BTS agriculteur
- Suivi alcoologique débuté en 1995



Début de l'OH à 35 ans

↗ progressive: isolement, altération physique et CEA
Amélioration de sa qualité de vie
Séparation conjugale
Se retire progressivement de sa vie professionnelle

N'explique pas la rechute

Reprises rapides des consommations/ altération physique
Restauration physique
Evaluation neuropsychologique

→ Patient qui depuis 4 ans ne parvient plus à reprendre une période d'abstinence alors qu'il a connu une stabilisation alcoologique pendant plus de 10 ans antérieurement

Mr B.

- Hospitalisation en janvier 2013:
 - → évaluation neuropsychologique: **syndrome dysexécutif** cognitif sévère et comportemental (réponses à côté, rires inappropriés, fluctuation apathie/opposition, anosognosie)
 - → IRM cérébrale: **atrophie cortico-sous-corticale diffuse** + anomalie de développement veineuse frontale gauche
 - → retour à domicile inadapté (**vulnérabilité**/alcool et prise de décision globale)

- **Étiologie des troubles? Récupération avec l'abstinence?**


 - **Convalescence dans le service**
 - nouvelle évaluation neuropsychologique à 1 mois

Mr B.

- Syndrome dysexécutif cognitif en cours de régression → étiologie plus en rapport avec les consommations d'alcool
- Amélioration sur le plan comportemental: moins d'opposition, comprend la nécessité de la poursuite des soins



- **SSR polyvalent** pour poursuite de la protection hors alcool et de la récupération des troubles avec l'abstinence
- Nouvelle évaluation neuropsychologique au retour du SSR: poursuite de l'amélioration



La mise en place d'un temps d'abstinence suffisamment long a permis d'écarter l'hypothèse neurodégénérative et de mettre en lien la réversibilité des troubles avec l'arrêt des consommations

Mr BM

- 64 ans, adressé dans le service par un médecin addictologue d'une structure ambulatoire: « *alcoolisation depuis l'âge de 25 ans, pose problème depuis deux ans avec mise en retraite anticipée en septembre de l'année précédente. DTS, mémoire antérograde altérée* »
- Professeur d'anglais
- Antécédents Alzheimer chez sa mère, aurait débuté jeune (55 ans) + grand-mère maternelle et tante
- Pas de conséquences somatiques des alcoolisations: pas de sevrage, pas de troubles biologiques, pas de neuropathie
- Suivi neurologique depuis 02/2014
- Bilan neuropsychologique: troubles de la mémoire épisodique et des FE

07/02/14

- Trouble anxieux avec soubassement dépressif
- Antécédents familiaux: évaluation neuropsychologique

24/04/14:
évaluation
1

- Pas de trouble cognitif caractérisé
- Réévaluation prévue

16/10/14:
évaluation
2

Légère
altération en
Mep verbale

Examens
cérébraux

IRM avec acssc
pt fronto-
temporal



Mr BM

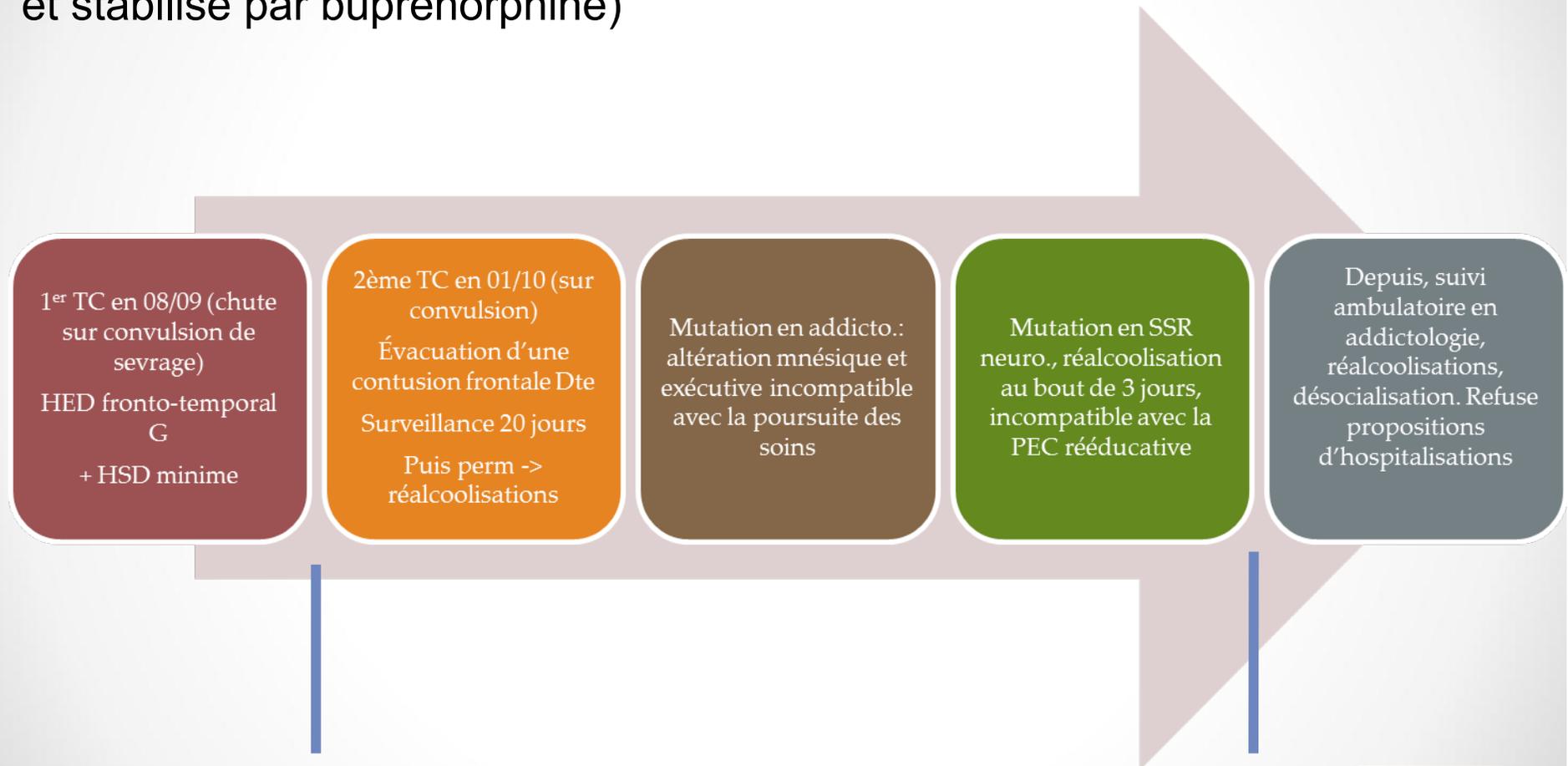
- **Pendant l'anamnèse:**
 - DT
 - Peu de souvenirs personnels
 - Actualité récente OK
 - Labilité émotionnelle/émotions inadaptées au contexte
- **Dans le service:**
 - Déambule sans but, comportement inadapté
- **Appel à sa femme:**
 - Premier signes d'altération cognitive et comportemental en 09/13 (ralentissement et perte d'objets): mise en retraite
 - Altération sur perte d'intérêt, grande fatigabilité, propos incohérents, DS même en endroit connus, absence de prise de décision
 - Altération semble s'accélérer (fille note une différence importante en un mois) alors même que modération des consommations d'alcool
 - Consultation neurologique d'urgence: le diagnostic de DFT est évoqué au patient et à sa famille.

Traumatisme crânien et Alcool

- Entre 1/4 et 1/3 des TC surviennent au cours d'alcoolisations aiguës
- Potentialisation des séquelles neuropsychologiques du TC du fait des consommations d'alcool?
 - APT + longue
 - Lésions cérébrales + importantes
 - Déficits exécutifs et mnésiques + sévères
 - Récupération cognitive et retour socio-professionnel + difficile (risque de rechute++)
- Questionnement autour de la prise en charge des patients qui associent alcoolo-dépendance et TC

Mr Ba (1)

- 38 ans, ↗ progressive des consommations d'alcool vers 25 ans, dépendance physique vers 33 ans + usage d'opiacés fin 90's (substitué et stabilisé par buprénorphine)



Entre temps multiples passages aux urgences pour convulsions

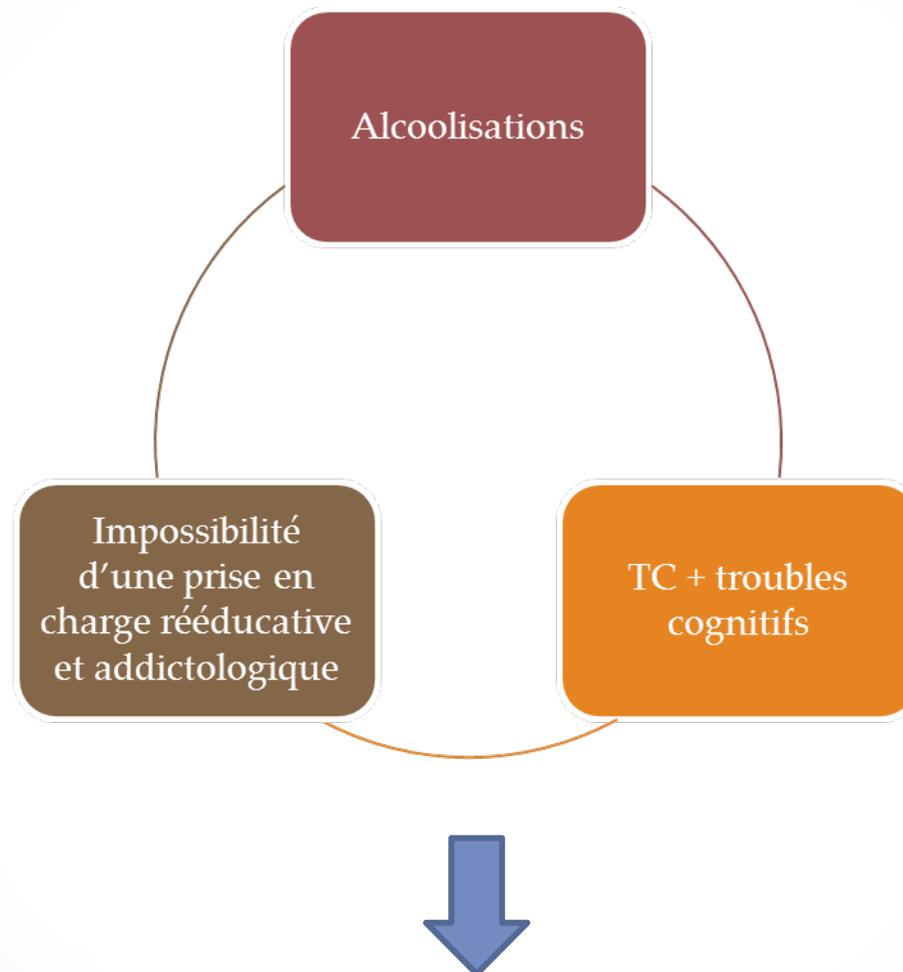


Mr Ba



Epreuves		Résultats du 02/04/2010	
RL/RI 16	Rim	15	
	RL1/RI1	8/13	
	RL2/RI2	5*/12*	
	RL3/RI3	8*/15	
	RLD/RID	6*/15	+ intrusions et persévérations
	Rec	16	
Figure de Taylor	Copie	33* (type IV)	
	Rappel	14,5	
Empans verbaux		6 et 4	
Stroop	Dénomination	73'', 0 erreur	
	Lecture	49'', 0 erreur	
	Interférence	94'', 0 erreur	
WCST	catégories	5	
	erreurs	53	
	persévérations	35*	
Tour de Londres		5 neutres: 11,33*	
Troubles neuropsychologiques et alcoolodépendance		Impulsivité ++	5/28/15

Mr Ba (2)



Questionnement autour d'une hospitalisation à la demande d'un tiers qui va à l'encontre des objectifs de l'addictologie

Mr P.

DONNES CLINIQUES

- Veuf depuis 1993. En couple depuis 1994.
- Traitement anti-dépresseur prescrit en 2010 (sans suivi de prescription).
- Atcdts médicaux: un traumatisme crânien en 1994 ayant entraîné de nombreuses hospitalisations (changements comportementaux depuis cette date).

HISTOIRE ALCOOLOGIQUE

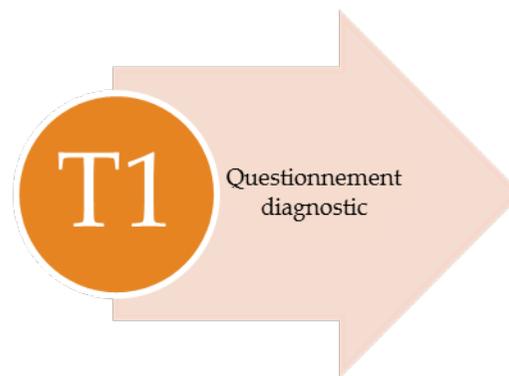
- Suivi alcoologique depuis septembre 2008. Mésusage d'alcool depuis l'âge de 21 ans accentué en 1993 (décès de son fils puis de sa femme). 2009: un an d'abstinence. Actuellement, consommations d'alcool massives mais ponctuelles (contexte de frustration, impossibilité d'inhiber l'envie). Bonne perception des conséquences – (conflits conjugaux)
- → questionnement autour d'une origine cognitive possible des alcoolisations

Mr P.: évaluation neuropsychologique 1

		20/08/2012
Mémoire épisodique	RL-RI 16 Rimm	11*
	RL1/RT1	4/9*
	RL2/RT2	6/11*
	RL3/RT3	6*/10*
	RLd/RTd	5*/10*
	Reconnaissance	15*
	Figure de Rey Copie	36, III
	Rappel	8*
Mémoire de travail	Empans verbaux end. et env.	4/5 (NS=6)
Fonctions exécutives	Fluences verbales	P: 13
		Animaux: 31
	TMT A	73''/0 erreur
	B	220''/4 erreurs (arrêtée)
	Stroop déno	70''/0 e
	lecture	40''/0 e
	interférence	128''/0 e
Fonctions attentionnelles	Symboles (WAIS III)	NS=4*, 10 oublis

Mr P.: T1

- Altération globale du fonctionnement de la mémoire épisodique + difficultés d'attention sélective + atteinte de flexibilité
- Etiologie? Humeur dépressive, antécédents de TC, maladie neurodégénérative, alcool...
- → Prescription d'un traitement anti-dépresseur, d'une imagerie cérébrale et réévaluation à 3 mois

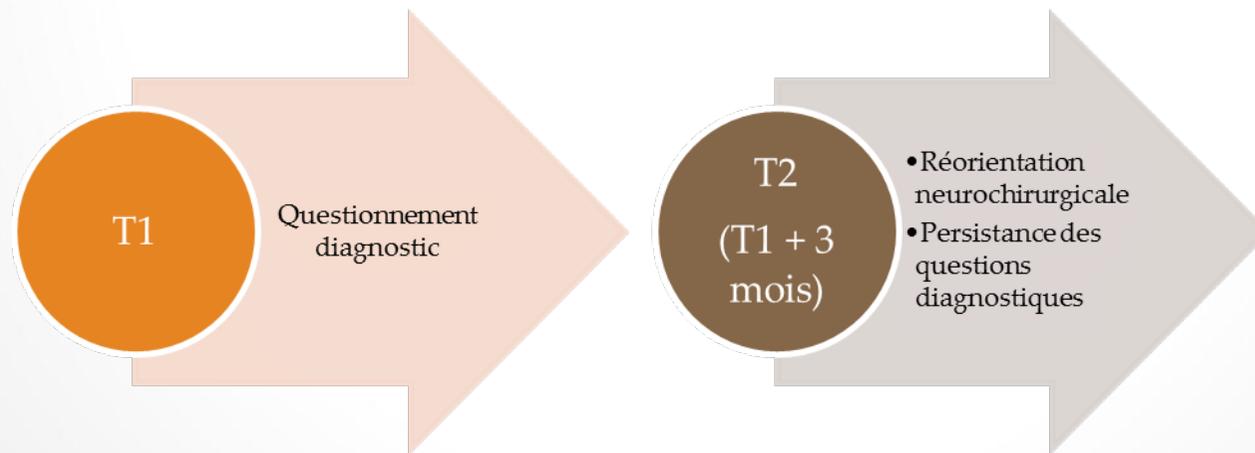


Mr P.: évaluation neuropsychologique 2

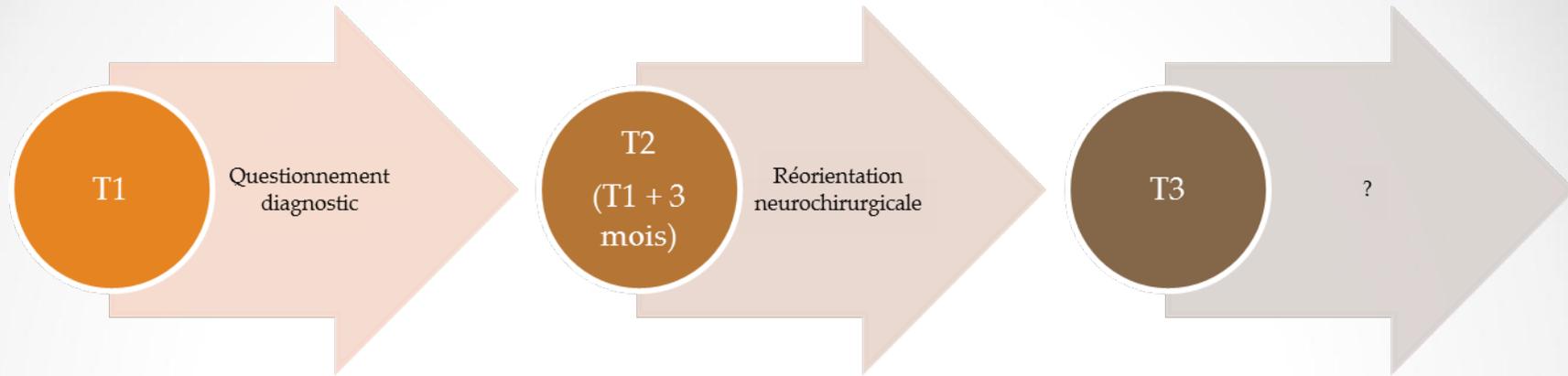
		02/02/2012	22/05/2012
Mémoire épisodique	RL-RI 16 Rimm	11*	10*
	RL1/RT1	4/9*	4/8*
	RL2/RT2	6/11*	6/10*
	RL3/RT3	6*/10*	4*/10*
	RLd/RTd	5*/10*	3*/7*
	Reconnaissance	15*	15*
	Figure Copie	36, III	31*, IV
	Rappel	8*	5*
Mémoire de travail	Empans verbaux end. et env.	4/5 (NS=6)	5/3 (NS=6)
Fonctions exécutives	Fluences verbales	P: 13 Animaux: 31	MCST 5 catégories * 16 erreurs* 13 persévératives*
	TMT A	71''/0 erreur	73''/0 e
	B	206''/4 erreurs (arrêtée)	220''/3 e (arrêtée)
	Stroop déno	69''/0 e	70''/0 e
	lecture	41''/0 e	40''/0 e
	interférence	133''/0 e	128''/0 e
Fonctions attentionnelles	Symboles (WAIS III)	NS=4*, 10 oublis	NS=8

Mr P.: T2

- Absence d'amélioration (voire légère altération de la mémoire épisodique), toujours trouble de flexibilité, amélioration de l'attention (ttt anti-dépresseur?)
- Réalcoolisations de plus en plus fréquentes
- IRM cérébrale: méningiome frontal gauche + lésions ischémiques frontales et temporales droites



Mr P.: T3



Projet: Réévaluation alcoologique et neuropsychologique après intervention neurochirurgicale

Amélioration du fonctionnement exécutif d'un point de vue cognitif et comportemental (contrôle des alcoolisations)

Alcoolisations secondaires à la pathologie cérébrale?

- Troubles neuropsychologiques et alcoolodépendance

Pas d'amélioration cognitive ni comportementale

Pathologie neurodégénérative?

Prise en charge alcoologique étayée

Mr B

	Epreuves	11/02/2013
Fonctionnement cognitif global	Dementia Rating Scale (DRS)	114*/144 Concepts 35*/39 Mémoire 19*/25
Mémoire épisodique	RL-RI 16 Rimm RL1/RT1 RL2/RT2 RL3/RT3 RLd/RTd Reconnaissance	16 7/14 6*/13 8*/16 8*/13 15*
	Scènes de famille (MEM III)	NS=5*
	Figure de Rey Copie Rappel	27*, IV 11*
Mémoire de travail	Empans verbaux end. et env.	5/2 (NS=5*)
Mémoire sémantique/langage	BDAE- aspect sémantique	56/60
	Token test	155/163
Fonctions exécutives	Fluences verbales	P: 14, 1 persévération Animaux: 30
	TMT A B	254''*/7 erreurs* arrêtée
	Stroop dénomination lecture interférence	90''*/0 e 211''*/0 e Arrêtée, inhibition impossible
	Histoires absurdes	5 histoires non critiquées/11
Fonctions attentionnelles	Symboles (WAIS III)	NS=1*, 4 erreurs



Mr B	Epreuves	11/02/2013	08/03/2013
Fonctionnement cognitif global	Dementia Rating Scale (DRS)	114*/144 Concepts 25*/39 Mémoire 19*/25	Concepts 37/39
Mémoire épisodique	RL-RI 16 Rimm RL1/RT1 RL2/RT2 RL3/RT3 RLd/RTd Reconnaissance	16 7/14 6*/13 8*/16 8*/13 15*	15 9/16 8/13 8*/15 12/15 15*
	Scènes de famille (MEM III)	NS=5*	Test de la Ruche: perception impossible (difficultés d'organisation visuo-spatiale)
	Figure de Rey Copie Rappel	27*, IV 11*	Fig. de Taylor 34, I 12, I
Mémoire de travail	Empans verbaux end. et env.	5/2 (NS=5*)	6/4 (NS=8)
Mémoire sémantique/langage	BDAE- aspect sémantique	56/60	
	Token test	155/163	
Fonctions exécutives	Fluences verbales	P: 14, 1 persévération Animaux: 30	R: 18, 7 persévérations Fruits: 9*, 4 persévérations
	TMT A B	254***/7 erreurs* arrêtée	98***/1 e 536***/6 e*
	Stroop dénomination lecture interférence	90***/0 e 211***/0 e Arrêtée, inhibition impossible	110***/ 2 ec 82***/0 e 283***/ 11 ec, 2 enc*
	Histoires absurdes	5 histoires non critiquées/11	
	Scènes de famille (MEM III)	NS=1* 4 erreurs	NS=1* 4 erreurs



Mr B	Epreuves	11/02/2013	08/03/2013	29/04/2013	
Fonctionnement cognitif global	Dementia Rating Scale (DRS)	114*/144 Concepts 25*/39 Mémoire 19*/25	Concepts 37/39		
Mémoire épisodique	RL-RI 16 Rimm RL1/RT1 RL2/RT2 RL3/RT3 RLd/RTd Reconnaissance	16 7/14 6*/13 8*/16 8*/13 15*	15 9/16 8/13 8*/15 12/15 15*		
	Scènes de famille (MEM III)	NS=5*	Test de la Ruche: impossible	RL: 4/4/4/7/9 Rec: 10/10, Rdiff.: 9/10	
	Figure de Rey Copie Rappel	27*, IV 11*	Fig. de Taylor 34, I 12, I		
Mémoire de travail	Empans verbaux end. et env.	5/2 (NS=5*)	6/4 (NS=8)		
Mémoire sémantique/ langage	BDAE- aspect sémantique	56/60			
	Token test	155/163			
Fonctions exécutives	Fluences verbales	P: 14, 1 persévération Animaux: 30	R: 18, 7 persévérations Fruits: 9*, 4 persévérations	V: 20, 1 persévération Meubles: 14, 3 persévérations	
	TMT A B	254"/7 erreurs* arrêtée	98"/1 e 536"/6 e*	51"/0 e 232"/0 e persévératives	MCST cat. 4* erreurs 14* erreurs 6*
	Stroop dénomination lecture interférence	90"/0 e 211"/0 e Arrêtée, impossible	110"/2 ec 82"/0 e 283"/11 ec, 2 enc*	95"/0 e 68"/0 e 232"/2 ec, 1 enc	
	Histoires absurdes	5 histoires non critiquées/11		3 histoires non critiquées/14	



Conclusion sur le diagnostic différentiel

- Importance de questionner les consommations d'alcool ([AUDIT, SMAST, CAGE-DETA](#))
- Importance de réévaluer à distance (entre 1 et 3 mois **d'abstinence**)
- Importance du travail en réseau entre structures neurologiques et addictologiques

Merci de votre attention

Hélène Beaunieux: helene.beaunieux@unicaen.fr
Coralie Lannuzel: coralie.lannuzel@unicaen.fr