

Carences nutritionnelles à l'entrée en sevrage hospitalier d'alcool : ce n'est pas que la B1 !

¹Département de Psychiatrie et de Médecine Addictologique, Hôpital Fernand Widal, ²Unité de Traitement Ambulatoire des Maladies Addictives, Hôpital Beaujon, Clichy; ³Département de Psychiatrie et d'Addictologie, Hôpital Bichat, Paris

Introduction

La consommation d'alcool à forte dose constitue un problème de santé publique majeur en France, par les dommages physiques qu'elle entraîne, dont la dénutrition. Le plus fréquent des troubles neurologiques associés à la malnutrition semble être la maladie de Wernicke Korsakoff, attribuée en grande partie à une carence en vitamine B1. En 2014 en France, le Groupe de travail du COPAAH* propose de diagnostiquer les troubles cognitifs liés à l'alcool comme étant sévères, en présence d'au moins deux atteintes cognitives parmi les fonctions exécutives, la mémoire épisodique verbale, la mémoire de travail et la visuo-construction, et un critère clinique parmi l'ataxie, les troubles de l'oculomotricité ou la dénutrition.

Mots clefs: Alcool– Addictions– Comorbidités

Matériel et méthode

Objectif principal : Etude de prévalence de la dénutrition et des troubles cognitifs chez des patients hospitalisés pour sevrage en alcool à l'Hôpital Fernand Widal.

Objectifs secondaires : Déterminer s'il existe un lien entre l'état nutritionnel et les troubles cognitifs chez ces patients,

Sujets : Données recueillies auprès des 94 patients hospitalisés de juin à août 2015 pour sevrage en alcool programmé ou en urgence.

Résultats

176 patients admis



94 inclus

- 80 hommes et 14 femmes
- Age moyen de 49,25 ± 12,05 ans (médiane 50,5 ans)
- IMC* moyen : 23,28 ± 3,78 kg/m² (médiane 22,86) (N=91)
- **Vitamine B1 (thiamine diphosphorylée plasmatique) : Aucun patient carencé, selon normes du laboratoire**
- **Vitamine B6 : 58,3% (20/34) présentaient un taux supérieur aux normes**
- **Vitamine B9 : 28,7% des patients carencés (25/87)**
- **Vitamine D : 38,1% (29/76) avec un taux entre 10 et 20 ng/mL, et 17,1% (13/76) <10 ng/mL**
- **MoCA : score moyen 22.75 ± 4.88 points, médiane 24 points (N = 59)**

Un score pathologique au test MoCA n'était influencé :

- Ni par le sexe
- Ni par l'âge

Fig. 1 : Résultats des tests biologiques (dosages plasmatiques) décrivant l'état nutritionnel sur l'ensemble de l'échantillon.

	Normes	Moyenne	Ecart type	Médiane	Effectif
Albumine (g/L)	38,5 - 47,5	39,52	5,559	38,7	80
Préalbumine (g/L)	0,27 - 0,34	0,27	0,092	0,26	75
Calcium (mmol/L)	2,2 - 2,55	2,39	0,141	2,37	43
Phosphore (mmol/L)	0,74 - 1,52	1,02	0,247	1,07	29
Magnésium (mmol/L)	0,65 - 1,05	0,78	0,108	0,79	81
Vitamine B1 (nmol/L)	60 - 200	153,81	62,888	141	52
Vitamine B6 (nmol/L)	35 - 110	189,85	165,182	119	34
Vitamine B9 (µg/L)	4,6 - 18,7	6,35	2,512	5,7	87
Vitamine B12 (ng/L)	197 - 771	451,6	252,33	398	82
Vitamine D (ng/mL)	20 - 80	21,35	10,509	19,6	76

L'IMC moyen était plus faible dans le groupe MoCA bas : 22 ± 3 kg/m² (N = 39) que dans le groupe MoCA normal 25.4 ± 4.6 kg/m² (N = 20), p 0.001

En analyse multivariée, le coefficient Beta de 0.78 [0.65–0.92] associé à l'IMC exprimait que **tout point additionnel à l'IMC diminuait de 32% le risque d'avoir un MoCA pathologique.**

Conclusion

Cette analyse a mis en évidence que près de 9,5% des patients hospitalisés pour sevrage en alcool dans le service présentaient un critère de dénutrition.

De plus, il existait une corrélation entre la valeur de l'IMC et le score au MoCA : une baisse de ce score de 30% peut être prédite pour tout point de moins à l'IMC.

Les données cliniques (comme l'IMC, avec recueil du poids et de la taille) seraient plus pertinentes que les dosages vitaminiques dans le dépistage d'un trouble cognitif lié à l'alcool.

Cette étude confirme également le rôle important de la dénutrition dans le développement de ces troubles cognitifs et l'importance d'une prise en charge nutritionnelle adaptée

D'autre part, l'insuffisance fréquente en acide folique et vitamine D invite à un dépistage régulier.