

Troubles cognitifs et olfaction

AVOIR DU NEZ OU PAS !

L'existence de relations entre troubles olfactifs et pathologies neurodégénératives fait l'objet de publications de plus en plus nombreuses ces dernières années... et pour cause. Ces troubles olfactifs sont fréquents et précoces dans ces pathologies ; ils pourraient représenter des marqueurs de diagnostic précoce et/ou différentiel ; enfin, ils ont un impact important sur la qualité de vie.

L'examen des fonctions olfactives permet de préciser les trois composantes de l'olfaction : au niveau périphérique, le seuil de détection olfactive et, au niveau central, la discrimination et l'identification. Les troubles olfactifs peuvent être quantitatifs (anosmies et hyposmies totales ou partielles) ou qualitatifs (parosmie – perception erronée d'une odeur, cacosmie – perception d'une odeur désagréable et fantosmie – hallucination olfactive).

Des causes physiologiques et pathologiques

Dans la recherche d'une étiologie à des troubles olfactifs, il faut d'abord penser à l'âge car il existe un déclin olfactif chez les personnes âgées de plus de 60 ans, très marqué à partir de 80 ans, qui concerne les trois composantes de l'olfaction. Sur le plan pathologique, ce sont les infections des voies aériennes supérieures qui représentent l'étiologie la plus fréquente (40 %), suivie par les traumatismes crâniens (39 %) et les pathologies naso-sinusales (6 %). Les étiologies inconnues représentent 14 % et les pathologies neurodégénératives 1 %. Il s'agit surtout, pour ces dernières, des maladies d'Alzheimer (MA) et de Parkinson (MP).

Les troubles olfactifs dans la maladie de Parkinson

Selon les études, des troubles de l'olfaction sont retrouvés chez 45 à 90 % des malades

atteints de MP et ils apparaissent très précocement dans l'évolution de la maladie, avant les troubles moteurs. Ils sont stables et sans lien avec le traitement médicamenteux antiparkinsonien, le stade ou la durée de la maladie, la sévérité des troubles moteurs, les scores neurologiques ou cognitifs. Le traitement pharmacologique antiparkinsonien n'a

pas d'effet sur la fonction olfactive, mais l'entraînement olfactif permet d'améliorer les trois composantes de l'olfaction.

En conclusion

L'identification des troubles olfactifs, fréquents chez le sujet âgé, pourrait constituer un outil diagnostique précoce des maladies neurodégénératives, en association avec d'autres marqueurs survenant dans la phase prodromique et l'entraînement olfactif semble être un moyen d'améliorer la fonction olfactive et, donc, la qualité de vie des patients.

(D'après la communication de L. Jacquot, Laboratoire de neurosciences intégratives et cliniques, Université de Franche-Comté, Besançon)

Insomnie et maladie psychiatrique

LA MÉLATONINE : POURQUOI ET QUAND ?

La maladie psychiatrique et les troubles du sommeil, notamment l'insomnie, sont très souvent associés. Le rôle fondamental du sommeil, actuellement reconnu sur l'évolution des troubles psychiatriques, souligne l'intérêt d'une prise en charge adéquate des troubles du sommeil chez les patients psychiatriques. Dans ce cadre, quelle est la place de la mélatonine ?

La mélatonine est synthétisée à partir de la sérotonine et sécrétée par l'épiphyse sous contrôle de la lumière, qui a un effet inhibiteur. Il existe des variations interindividuelles de sa sécrétion. Par ailleurs, l'âge et les benzodiazépines (BZD) la diminuent.

La mélatonine exogène est disponible en France, soit sous forme de complément alimentaire (mélatonine à libération immédiate proposée dans le jet-lag, le travail à horaires décalés...), soit sous forme de médicament (mélatonine à libération prolongée), indiquée dans l'insomnie primaire du sujet de plus de 55 ans. Parmi les effets indésirables, les plus fréquents sont les troubles gastro-intestinaux, les céphalées et la sensation d'instabilité. Des interactions sont possibles avec les psychotropes, les antalgiques, les antiépileptiques, les hormones stéroïdes et la warfarine.

En pratique, les effets de la mélatonine

diffèrent selon le moment de la journée où elle est administrée :

- le soir, avant le minimum de la température centrale, elle avance les rythmes et facilite donc l'endormissement ;
- le matin, après le minimum thermique, elle a tendance à retarder le sommeil.

Il est donc important d'avoir des notions du temps circadien des patients (savoir s'ils sont « du matin » ou « du soir ») par des questionnaires ou en utilisant un agenda du sommeil afin de trouver l'heure d'administration de la mélatonine qui soit la plus efficace sur l'insomnie. Par ailleurs, la mélatonine aurait une action protectrice vis-à-vis du cancer et d'autres effets lui sont reconnus sur les troubles du comportement moteur en sommeil paradoxal, chez les sujets âgés ayant un sommeil fractionné, les sujets aveugles et les patients bipolaires.

(D'après la communication de S. Royant-Parola, psychiatre, Paris)

IMPACT DES TROUBLES OLFACTIFS SUR LA QUALITÉ DE VIE

Les troubles olfactifs altèrent la qualité de vie, dans trois principaux champs de la vie quotidienne :

- **la sécurité** : détection de gaz, fumées, vapeurs toxiques, alimentation avariée...
- **l'alimentation** : plaisir de se nourrir, appétence...
- **l'hygiène** : perception des odeurs corporelles, domestiques.