



Association des Aidants
et Malades à Corps de Lewy

Colloque A2MCL maladie à corps de Lewy

Rennes 7 novembre 2025





Module 4

Le stade sévère de la maladie



Module présidé par :

Pr Gabriel ROBERT

Psychiatre – CHU Guillaume Regnier - Rennes

Pr Claire ROUBAUD BAUDRON

Gériatre – CHU Bordeaux

A circular portrait of a man with glasses and a white coat, smiling. He is positioned in the top left corner of the slide. The background features a light blue gradient and abstract molecular or network structures.

Module 4

Nouvelles préconisations de traitements des troubles psycho-comportementaux dans la MCL

Pr Frédéric BLANC

Neuro-gériatre – CHRU Strasbourg



Les nouvelles préconisations des traitements des symptômes psychocomportementaux dans la maladie à corps de Lewy

Frédéric Blanc, Julien Delrieu, Antoine Brangier, Aurélie Mouton, Nathaniel Magnan, Kevin Rabiant, Pauline Auxire, Benoît Schorr, Jean Roche, Maria Soto



Déclaration (FB)

12

- Présentations sur maladie à corps de Lewy et maladie d'Alzheimer: Roche, Biogen, Eisai
- Board Eisai
- Board Novo Nordisk
- Coordonnateur national de plusieurs essais thérapeutiques: Gantenerumab dans la maladie d'Alzheimer (Roche), Delphia/E2027 dans la maladie à corps de Lewy (Eisai), Headway-DLB dans la maladie à corps de Lewy (Axovant)
- Financement recherche : PHRC National, PHRC Inter-régional

La maladie à corps de Lewy

12



Hallucinations



Fluctuations



Troubles du comportement
en sommeil paradoxal

Que disent les recommandations FCM, SFGG,¹² SF3PA?



The image shows the cover of a document titled "Nouvelles recommandations pour la prise en soins des Symptômes Psychologiques et Comportementaux (SPC) dans les maladies neurocognitives". The cover features a blue header with white text, a circular photo of an elderly woman being comforted by another person, and the date "21 SEPTEMBRE 2024" at the bottom. Logos for SF3PA, FCM, and SFGG are at the bottom right.

Nouvelles recommandations
pour la prise en soins
des Symptômes Psychologiques
et Comportementaux (SPC)
dans les maladies neurocognitives

21 SEPTEMBRE 2024

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GÉRIATRIE & GÉRONTOLOGIE

FCM
Fédération des Centres Mémoire

SF3PA
Société Francophone de Psychiatrie et de l'Psychiatrie de la Personne Âgée

Thérapies humaines: psychoéducation, sport, musique

Nom de l'INM (Niveau de preuve)**	Indications thérapeutiques ciblées par l'INM	Stade de la maladie*	Outils d'évaluation conseillés*	Nombre de séances conseillées*	Durée des séances conseillées*	Conseils pratiques et avis des experts*	Intervenant(s) Recommandé(s)
La thérapie assistée par l'animal (TAA) (+)	SPC + Dépression/anxiété QoL Cognition/Langage	1-3	NPI GDS15/HAD/Cornel EQPVA B2C/DO80	5 à 6 semaines Séances Hebdo/bihebdo	30 à 60 minutes	Utiliser une grille observation	Psycho Psychomot Ergoth TAA médiateur
La musicothérapie (+++)	SPC + Dépression/anxiété QoL/BE	1-3	NPI GDS15/HAD/Cornel EQPVA	5 à 6 semaines Séances Hebdo/bihebdo	30 à 60 minutes	Forme active ou passive selon indications	Psycho MusicoTh
La thérapie par la réminiscence (++)	Dépression QoL SPC +/- Cognition	1,2	GDS15 EQPVA NPI B2C	5 à 6 semaines Séances Hebdo/bihebdo	30 à 60 minutes	Anamnèse fouillée Supports adaptés	Psycho
L'art-thérapie (+)	SPC+/-Dépression/ anxiété Apathie QoL Cognition	1,2	NPI/CMAI GDS15/HAD/Cornel IA QoL-AD MMSE	5 à 10 semaines Séances hebdo	20 à 60 minutes	Varier les supports	Psycho ArtTh certifié
Les interventions multi-sensorielles (+/++)	SPC+/- Dépression/anxiété Apathie QoL	1-3	NPI/CMAI GDS/Cornel IA QoL-AD	16 semaines Séances Hebdo/bihebdo	30 à 60 minutes	Avis médical si hallucinations Pas plus de 3 stimulations sensorielles à la fois	Psycho Ergo Psychomot Formation SPC et Snoezelen recommandée
L'activité physique adaptée (APA) (+++)	SPC+/- Autonomie Cognition	1,2	NPI/CMAI ADL MMSE/MOCA	3 à 12 semaines Séances hebdo	45 à 60 minutes	Adapter aux niveaux participants	Moniteur APA
La formation et la psychoéducation (+++)	SPC +/- Dépression QoL QoL soignants	1-3	NPI/CMAI GDS/Cornel QoL-AD MBI	2 semaines à 18 mois 1 séance par semaine	Variable 60 minutes en moyenne	Personnaliser les actions de sensibilisation formation Suivre la méthode DICE	EPD Personnel sensibilisé/formé Prestataire Ext

Nouvelles recommandations pour la prise en soins des SPC dans les maladies neurocognitives, 2024, SFGG, FCM, SP3A



Hallucinations visuelles et délires

Avec Antoine Brangier

Hallucinations: 62%

Délire: 57%

Syndrome de Capgras: 20%

Essais thérapeutiques hallucinations et délire

- Efficacité du **Donepezil** sur les hallucinations à 3, 5 ou 10mg par jour [Watts et al., AMH, 2022].
- Rivastigmine** efficace plus globalement sur le comportement [McKeith et al., Lancet, 2000] : le premier critère de jugement principal = au moins 30% d'amélioration sur l'échelle NPI-4 : hallucinations, délire, dépression et apathie. 47,5% avaient cette amélioration dans le groupe avec rivastigmine, contre 27,9% dans le groupe placebo.
- Efficacité de la **clozapine** à faible dose dans les troubles psychotiques de la maladie de Parkinson –majorité de déments- (Pollak et al., JNNP, 2004 et GT, NEJM, 1999)
- Quetiapine**: 3 essais thérapeutiques MCL (Kyle et Bronstein, PRD, 2020), 1 essai dans MCL, DP et MA (Kurlan et al., Neurology, 2007) et 1 essai dans la MP (Ondo et al., MD, 2005), tous négatifs mais effectifs faibles.
- Pimavansérine**: Un essai dans la maladie de Parkinson (Cummings et al., Lancet, 2014) et un essai avec des patients MCL et MA (Tariot et al., NEJM, 2021) montre une efficacité mais délais d'action longs

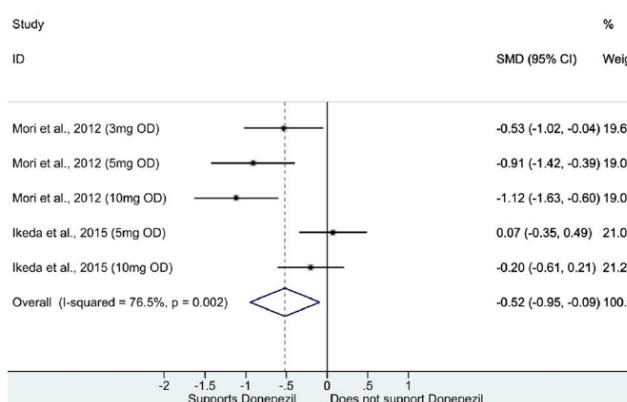


Figure 3: Percentage of patients showing ≥30% improvement from baseline on NPI-4 by week 20

ITT=intent to treat dataset; LOCF=last observation carried forward dataset; OC=observed cases dataset.

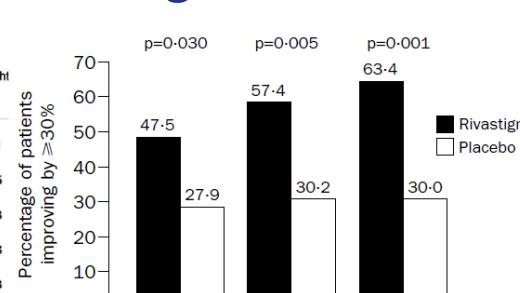
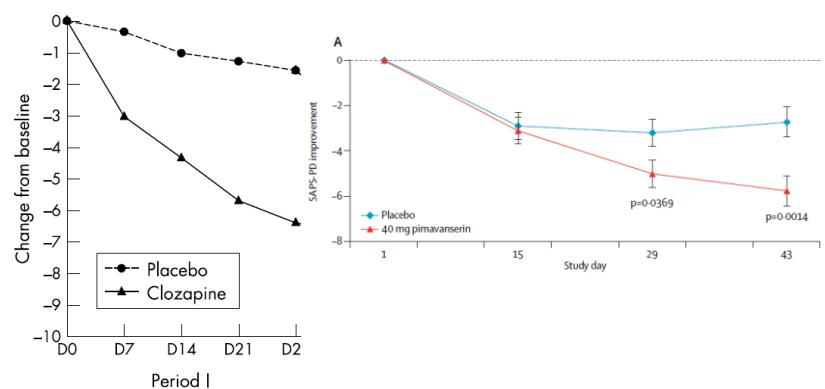


TABLE 4. CHANGES IN PSYCHOSIS SCORES FROM BASE LINE TO FOLLOW-UP, AS MEASURED BY THE CLINICAL GLOBAL IMPRESSION SCALE.*

TREATMENT GROUP	CHANGE IN SCORE					
	-4	-3	-2	-1	0	+1
	no. of patients					
Placebo	0	1	4	4	16	2
Clozapine	3	4	8	5	6	1

*A decrease in the score indicates improvement. P=0.002 by test for trend.



Contre-indication aux neuroleptiques/antipsychotiques en dehors de la clozapine, quétiapine et pimavanserine

- **80% des patients MCL ont une sensibilité aux antipsychotiques, avec des conséquences graves:**
 - Augmentation du syndrome parkinsonien: **akinésie, rigidité**
 - **Chutes**
 - **Augmentation des troubles cognitifs**
 - Sédation brutale
 - **Confusion, ou augmentation de la confusion**
 - Syndrome **malin** des neuroleptiques (fièvre, rigidité généralisée, ↑CPK)
 - **Décès**

Maladie à corps de Lewy (MCL) avec hallucinations

Hallucinations peu envahissantes et critiquées

Hallucinations envahissantes et critiquées

Hallucinations envahissantes et non critiquées et/ou délire

Explications liens maladie/hallucinations
Pas de traitement pharmacologique
Discuter baisse ou arrêt des agonistes dopa

Explications liens maladie/hallucinations
Arrêt (MCL) ou diminution (DP) des agonistes dopa
Donepezil ou Rivastigmine
(si absence contre-indication)

Explications
Arrêt/diminution agonistes dopa
Clozapine faible dose: 1/4 cp 25mg puis augmentation progressive

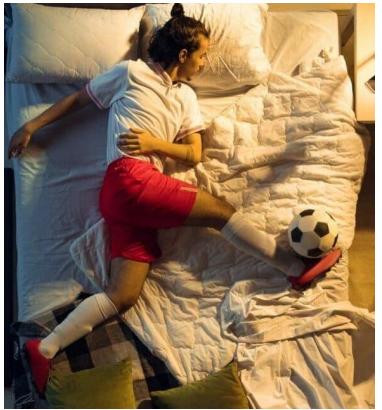
Si contre-indication ou si effets secondaires

Stratégie thérapeutique hallucinations, délire, Capgras

NB: Pimavansérine 34mg = accès compassionnel (ex-ATU)

Quetiapine

Pimavansérine



Troubles du comportement en sommeil paradoxal

Avec Julien Delrieu

TCSP ans la maladie à corps de Lewy : 46,7 à 83%

Les essais cliniques dans les TCSP

Pas d'essai dans le TCSP associé à la MCL/DP

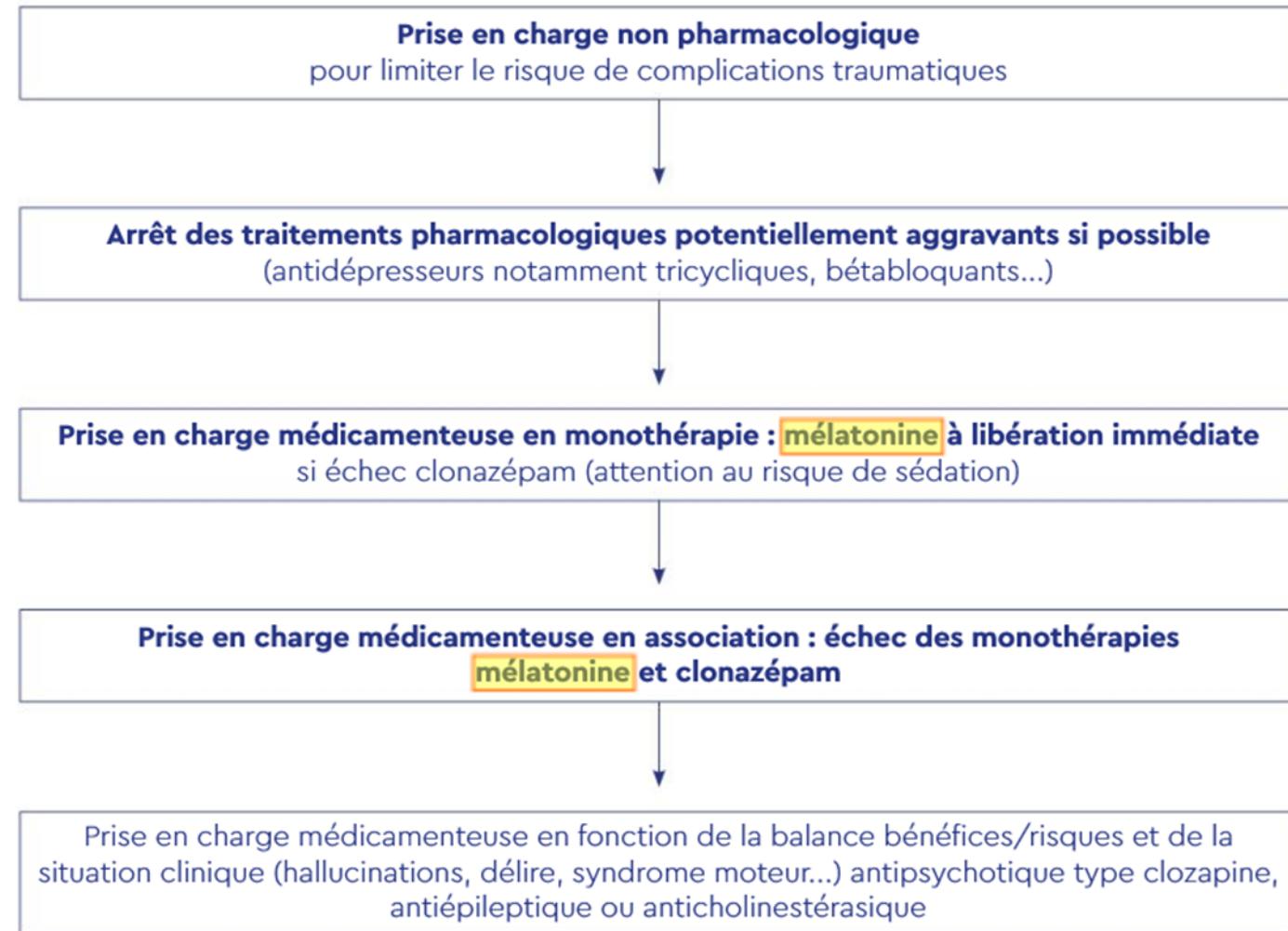
- MELATONINE

- 3 essais randomisés (idiopathique/MP), faibles effectifs
- Etudes ouvertes (n=2)
- Effets indésirables : céphalées et somnolence matinale, profil de tolérance > clonazépam chez la personne âgée et des causes secondaires de TCSP
- 3-12 mg

- CLONAZEPAM

- 1 essai clinique MP, faible effectif
- Etudes ouvertes (n=3, idiopathique/MP/MSA)
- Effets indésirables : confusion, sédation matinale, chutes, déclin cognitif
- 0,5-2 mg

Les recommandations relatives aux TCSP: Mélatonine en libération immédiate au max 25mg



Dépression

Fréquence dépression MCL: 30%

Traitements de la dépression dans la MCL: pas de réponse claire dans la littérature, donc consensus Delphi



12

- Pour le traitement de la dépression dans la maladie à corps de Lewy et la démence parkinsonienne, parmi les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), la **sertraline** peut être utilisée compte tenu de sa bonne tolérance :
- Réponses : OUI (19 experts), Non (2 experts)
- Pour le traitement de la dépression dans la maladie à corps de Lewy et la démence parkinsonienne, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et la noradrénaline (IRSNA), telle que la **venlafaxine**, peuvent être utilisés.
- Réponses : OUI (19 experts), Non (2 experts)
- Pour le traitement de la **dépression avec difficultés d'endormissement et/ou réveils nocturnes** dans la maladie à corps de Lewy et la démence parkinsonienne, la **mirtazapine** peut être utilisée.
- Réponses : OUI (20 experts), Non (1 expert)

Anxiété

Avec Pauline Auxire

40 à 67% des patients MCL

Traitements pharmacologiques de l'anxiété



- **Traitements pharmacologiques de l'anxiété:**

- **Traitements ponctuels:** les benzodiazépines
 - Privilégier les BZD à demi-vie courte et sans métabolites actifs:
 - Alprazolam pendant maximum 4 semaines par an
 - Lorazépam et Oxazépam pendant maximum 12 semaines par an
 - Pas le Clotiazépam, car absence de preuve dans la littérature
- **Traitements de fonds:**
 - Privilégier la sertraline car
 1. galénique simple pour l'augmentation progressive: 25mg, puis 50mg, puis 75 puis 100 si nécessaire
 2. Moins d'allongement du QT que citalopram et escitalopram
 3. Pas anticholinergique comme la paroxétine
 4. Pas durée de vie longue comme la fluoxétine
 5. Mais attention au syndrome sérotoninergique (nausées, anorexie, troubles de l'équilibre)
 - Si sertraline insuffisante, un IRSNA comme la venlafaxine peut être utilisée

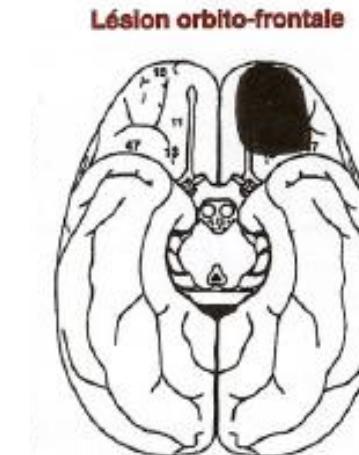
Syndrome frontal

Avec Aurélie Mouton

Fréquence > 55%

Syndrome orbitofrontal: fréquent dans la maladie à corps de Lewy

- Cortex orbito-frontal : Aires 11 et 12 : Comportement contrôlé:
 - Analyse de la pertinence de la réponse
 - **Inhibition comportementale**
 - Intégration de l'information émotionnelle dans la réponse comportementale
- Syndrome orbitofrontal :
 - **Désinhibition comportementale**, impulsivité
 - Labilité émotionnelle
 - Troubles des conduites sociales
 - **Irritabilité, agressivité**
 - **Colères** ou jovialité inappropriée
 - Etat maniaque, déambulation



Fréquences des symptômes frontaux (AM)

12

Symptôme	Maladie à Corps de Lewy
Agitation/agressivité	55,4%
Comportements moteurs aberrants	46,6%
Irritabilité	45%
Apathie	28,9%
Désinhibition	26,3%
Tb appétit et comportement alimentaire	25,9%
Euphorie	8,2%

Pas de littérature claire sur le traitement du syndrome frontal donc consensus Delphi ¹²

- Question DELPHI : nous proposons le traitement du syndrome frontal au sens désinhibition par **Sertraline ou Paroxétine** en 1ère intention et **Trazodone (accès compassionnel –ex-ATU-)** en 2nde intention
- Argumentaire : le syndrome frontal est habituellement traité par Trazodone chez les patients atteints de dégénérescence lobaire frontotemporale (DLFT), du fait d'un essai thérapeutique ayant validé cette approche. Par extension, les autres IRS sont utilisés régulièrement dans cette indication, mais sans essai thérapeutique contre placebo, uniquement à partir de données en ouvert. Nous n'avons pas inclus le citalopram dans cette question Delphi compte tenu des effets secondaires connus de cette molécule dans la MCL.
- Réponse : OUI (21 experts), Non (0 expert)

E-saturne pour obtenir l'autorisation d'accès compassionnel pour pimavansérine ou trazodone

- Délai autorisation: 2 à 7 jours
- Médicament fourni par la pharmacie hospitalière
- Médicament disponible si patient hospitalisé, en EHPAD ou en ville
- Durée prescription: 3 à 6 mois, donc à renouveler



Catatonie

Avec Benoît Schorr

Fréquence : peu d'études: 42,8% dans la MCL

Définition

« Ensemble de signes et symptômes associé à une perturbation de la psychomotricité »

- Nombreux signes (12 à 23+ selon auteurs)
- *Catalepsie, hypertonie, mutisme, stupeur, négativisme...*



Diagnostic

Catatonie

- BFCSI ≥ 2 ou signes DSM-5 ≥ 3

Monitoring

- Cotation BFCRS à chaque étape de traitement
- Surveillance constantes : repérer catatonie maligne

Eliminer iatrogénie

- Arrêt des antipsychotiques
- Sevrage en BZD ?

Traitements

Traitements étiologiques

Acronymes

- Réponse : diminution BFCRS de 50%
- BFCSI : Bush & Francis Catatonia Screening Instrument
- BFCRS : Bush & Francis Catatonia Rating Scale

Traitements symptomatiques

- 1^{ère} ligne : LORAZEPAM 3 mg/jour (1 mg X 3)
- A augmenter jusqu'à réponse si bonne tolérance



3 axes de traitement parallèles, quelle que soit l'étiologie

- 2^{ème} ligne : Electro-convulsivo-thérapie (ECT)
En première ligne si catatonie maligne ou risque vital immédiat



- 3^{ème} ligne : appel à un expert

Traitements préventifs

Si stupeur, station prolongée

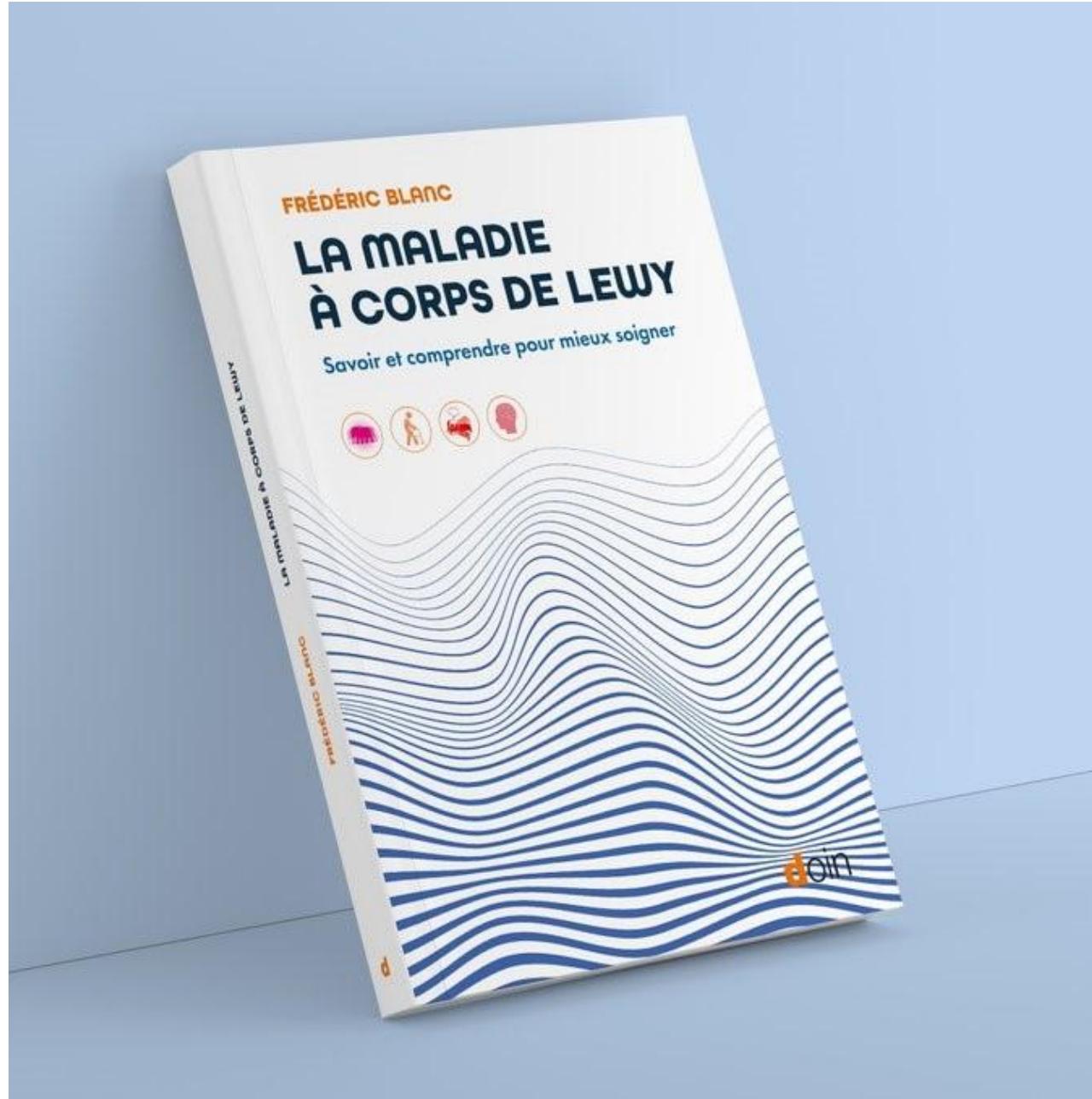
Fonction des besoins :

- Matelas adapté, surveillance cutanée
- Hydratation SC
- Anticoagulation
- Nutrition entérale
- Sonde urinaire

Traitements pharmacologiques dans la maladie à corps de Lewy

12

- **Délire:** privilégier la **clozapine 1/4 cp au coucher avec augmentation si nécessaire** (ou quetiapine, ou pimavansérine en 2^{nde} intention), et pas les autres antipsychotiques
- **TCSP:** **mélatonine à libération immédiate** 3 à 25 mg au couche
- **Dépression:** **sertraline ou venlafaxine ou mirtazapine** (si troubles du sommeil)
- **Syndrome frontal:** **sertraline, paroxétine ou trazodone** (accès compassionnel)
- **Catatonie:** **arrêt des neuroleptiques** et si nécessaire **lorazépam 1mg x3/j**





Association des Aidants
et Malades à Corps de Lewy

www.a2mcl.org

06 62 63 34 97

contact@a2mcl.org

