



Association des Aidants  
et Malades à Corps de Lewy

# Maladie à corps de Lewy vs troubles psychiatriques

Diagnostic différentiel précoce  
et impact sur les prises en soin

**Mercredi 11 septembre 2024**



**Dr Emmanuel COGNAT**

Neurologue  
CHU Lariboisière Fernand Widal



**Dr Benoit SCHORR**

Psychiatre  
Hôpitaux Universitaires de  
Strasbourg



# Sommaire

- 01 **Généralités sur la MCL**
- 02 **Un peu de nosographie**
- 03 **Troubles dépressifs**
- 04 **Troubles bipolaires**
- 05 **Troubles du spectre de la schizophrénie**
- 06 **Troubles anxieux**



# Dr Emmanuel COGNAT

Neurologue - Paris





# Dr Benoit SCHORR

Psychiatre - Strasbourg



The background features a light blue gradient at the top, a white middle section, and a dark blue gradient at the bottom. A network of white molecular structures is scattered across the top and bottom. A large, semi-transparent light blue circle is positioned in the lower-left quadrant. A solid yellow circle is located in the upper-left quadrant.

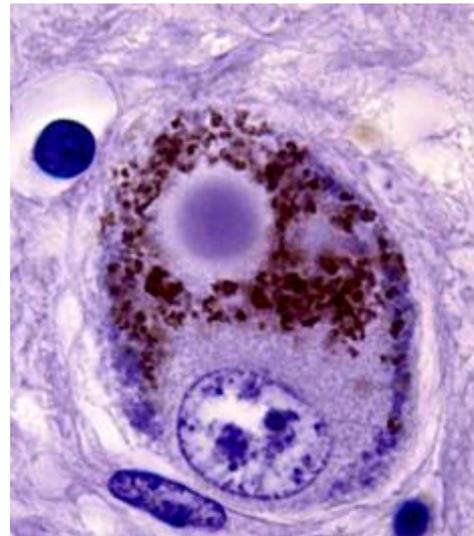
Partie 1

# Généralités

# Généralités sur la MCL

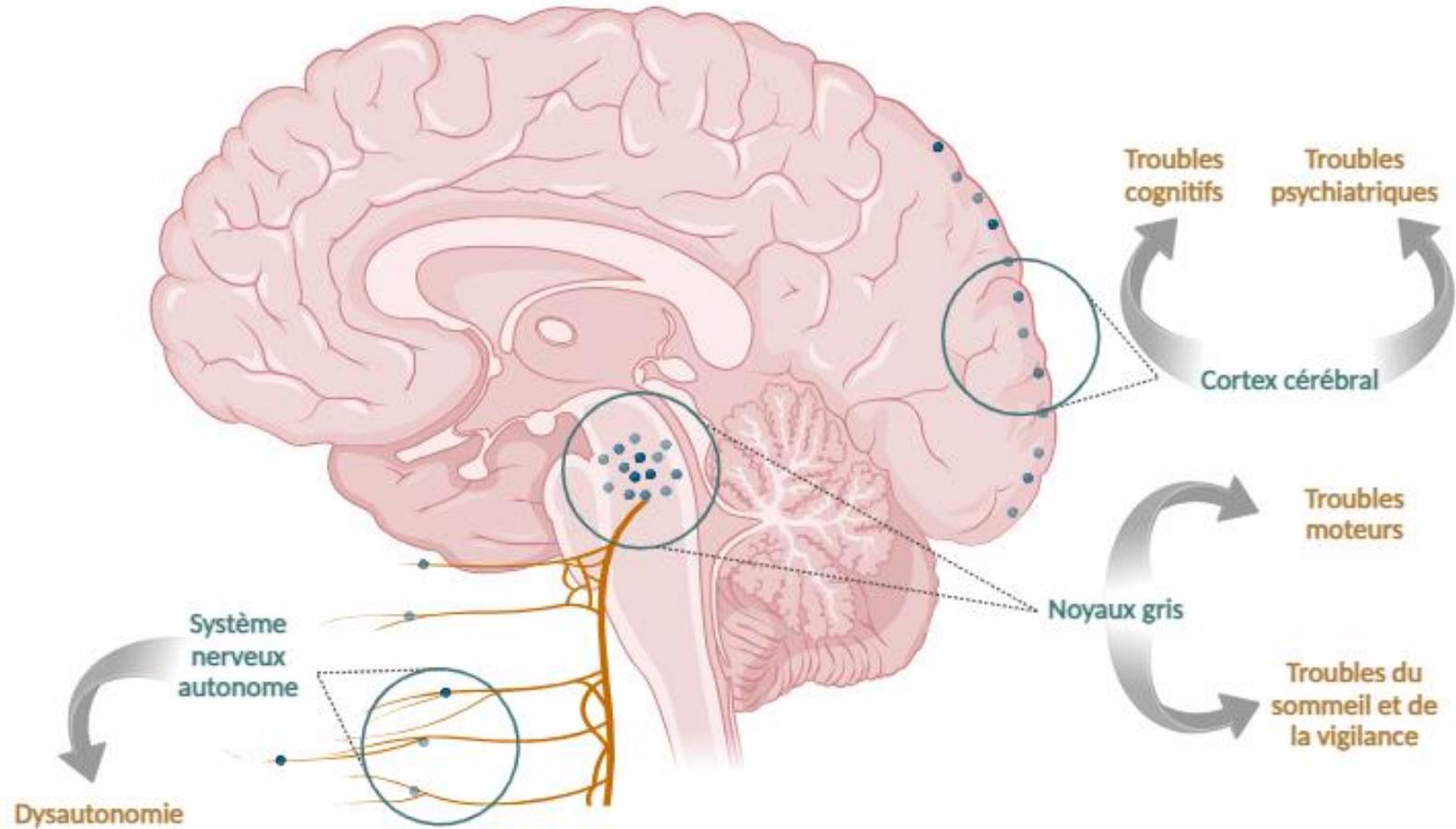
## Maladie à corps de Lewy (MCL)

- o Deuxième cause de trouble neurocognitif majeur d'origine dégénérative
- o 125 à 150 000 patients en France
- o Accumulation d'alpha-synucléine pathologique (corps de Lewy) dans les neurones cérébraux



# Généralités sur la MCL

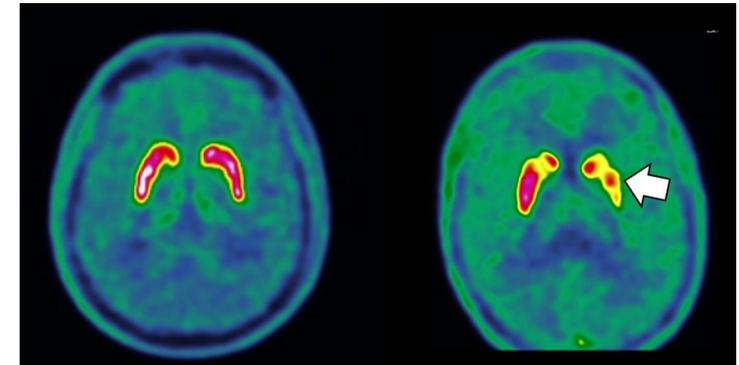
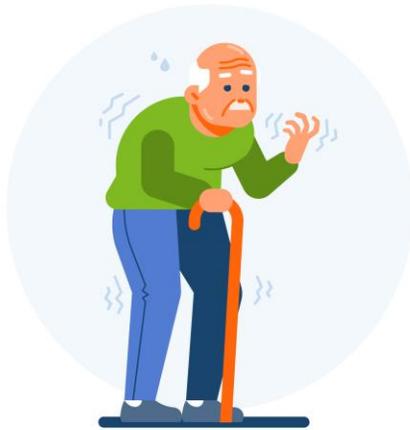
## Distribution des lésions et symptômes



# Généralités sur la MCL

## Diagnostic de la MCL

- o Repose sur l'identification de symptômes ou d'anomalies caractéristiques sur des examens complémentaires



Diagnostic indirect

# Généralités sur la MCL

## Critères diagnostiques (McKeith et al. 2017)

- **Signes cliniques « cardinaux » :**
  - Fluctuations de la vigilance et de la cognition
  - Hallucinations visuelles récurrentes
  - Syndrome parkinsonien spontané
  - Troubles du comportement en sommeil paradoxal
- **Signes paracliniques évocateurs :**
  - Dénervation dopaminergique striatale au DAT-Scan
  - Sommeil paradoxal REM sans atonie musculaire à la polysomnographie

- **Diagnostic :**
  - **MCL possible** si 1 signe cardinal ou 1 signe paraclinique
  - **MCL probable** si au moins deux signes cardinaux ou 1 signe cardinal +1 signe paraclinique

# Généralités sur la MCL

## Présentation initiale

- o Présentation de la maladie très hétérogène
- o Trois principales « formes » selon les symptômes prédominant initialement :
  - Cognitive (~60 %)
  - Motrice (~25 %)
  - Psychiatrique (~15 %)





Partie 2

# Un peu de nosographie

# Un peu de nosographie

UNIVERSITE DE STRASBOURG  
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2020

N° : 138

THESE  
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE  
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat  
Mention D.E.S de Psychiatrie

PAR

Benoît SCHORR  
Né le 05/11/1992 à Thann (68)

\_\_\_\_\_  
**Analyse exploratoire des caractéristiques cliniques et neuropsychologiques  
de sous-types de troubles schizophréniques selon la classification de  
Wernicke-Kleist-Leonhard**  
\_\_\_\_\_

Président de thèse : Monsieur le Professeur Frédéric BLANC  
Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Fabrice BERNA



- Classification alternative des troubles schizophréniques, médicale
- Epistémologie : indispensable en neuropsychiatrie



# Un peu de nosographie

## Quelques définitions (1)

- **Symptôme** : Signe, manifestation d'une maladie, d'une affection, d'un état
- **Syndrome** : ensemble de symptômes
- **Etiologie** : Cause précise du symptôme/syndrome à l'origine du dysfonctionnement physiologique
- **Maladie** : Altération de l'état de santé en lien avec un processus pathologique identifié, des symptômes, une évolution → **cause identifiée**

# Un peu de nosographie

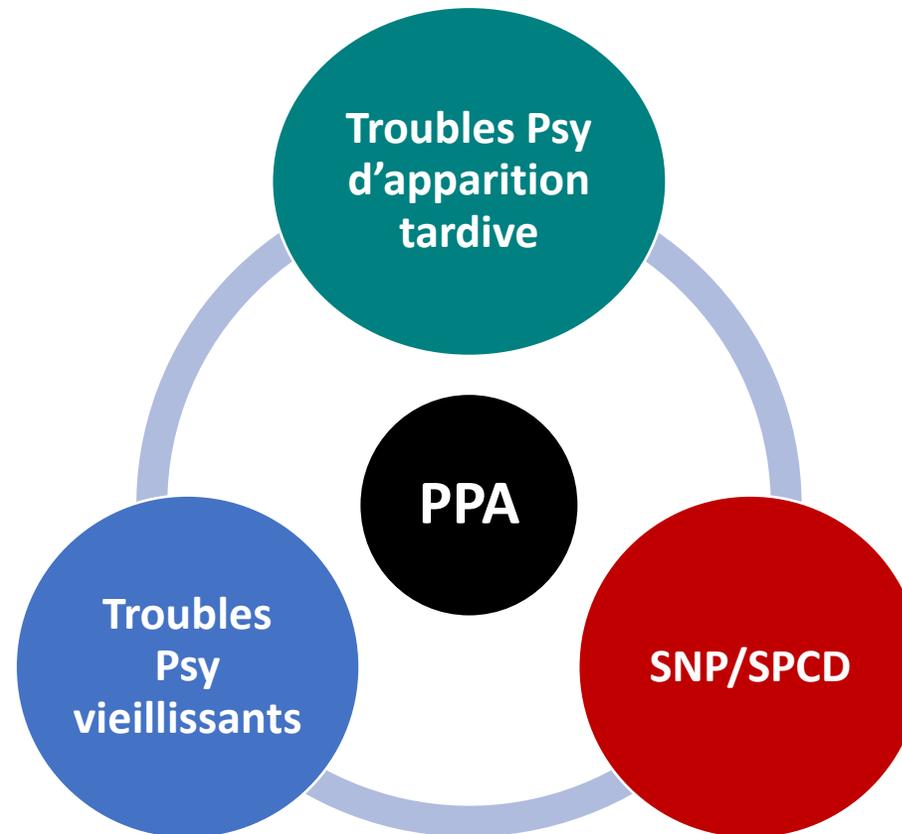
## Quelques définitions (2)



- **Trouble** : ensemble de symptômes entraînants
  - un retentissement sur le fonctionnement de l'individu
  - définis par consensus
  - sans considération de sa physiopathologie ou son étiologie
  - Avec un critère d'exclusion : pas valable si diagnostic médical clair
- **Prodrome** : signes avant coureurs d'une maladie (*avant son diagnostic*), déjà en rapport avec le processus pathologique

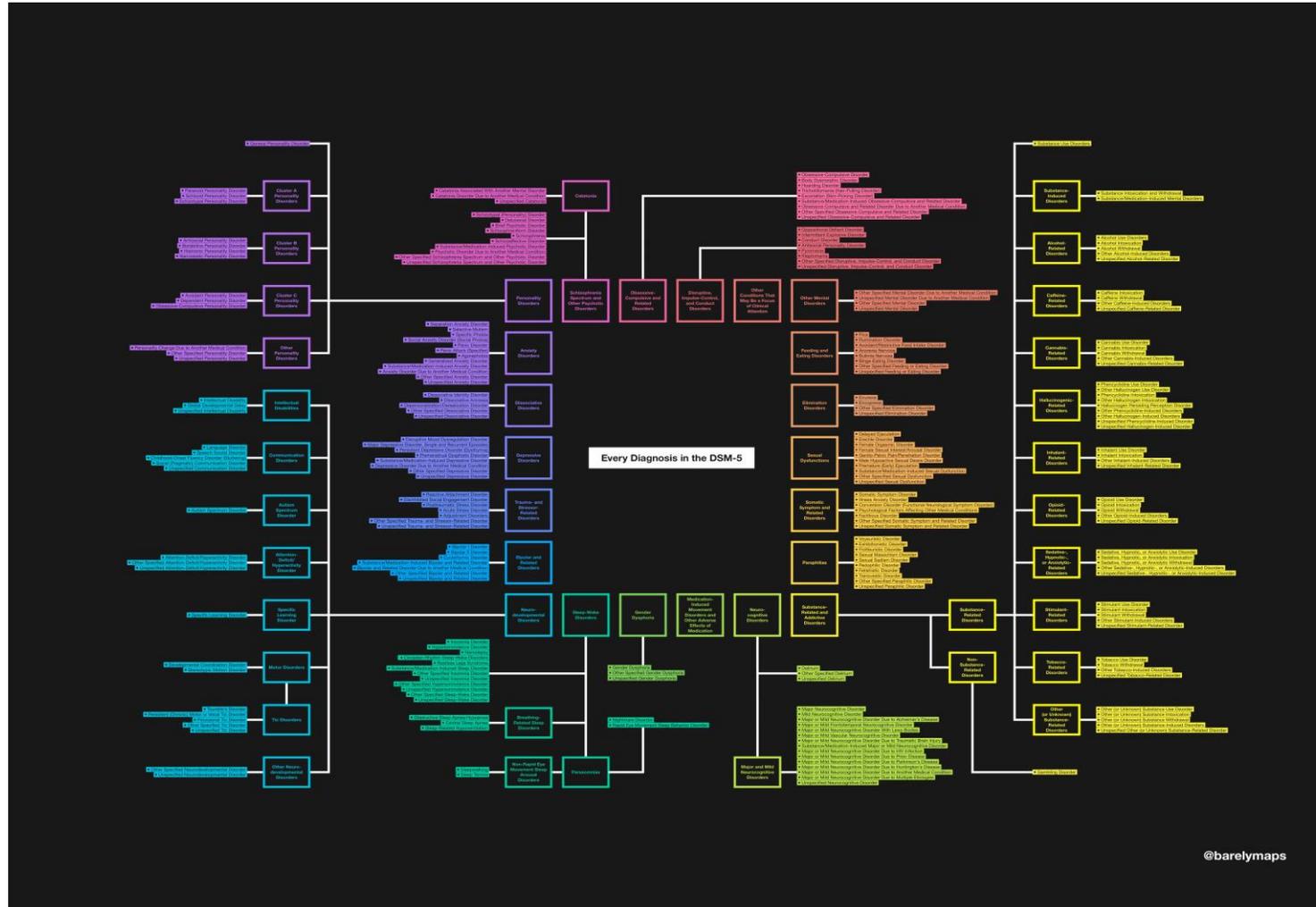
# Un peu de nosographie

## Grandes distinctions en PPA



# Un peu de nosographie

## Visualisation des grands troubles psys (DSM)



@barelymaps



➔ Ca fait beaucoup !

# Un peu de nosographie



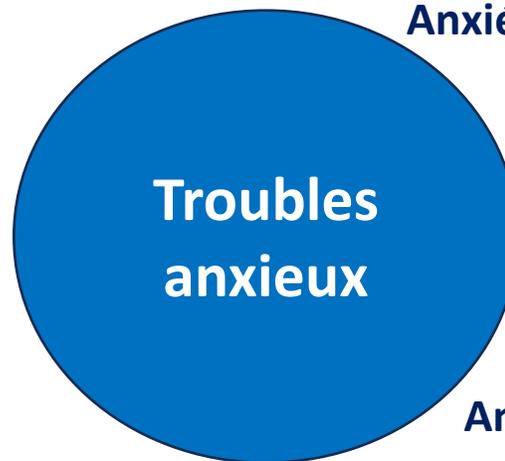
## Troubles bipolaires

- *Type I*
- *Type II*
- *Etc...*

## Troubles dépressifs

- *Caractérisé*
- *Persistent*
- *Etc...*

Trouble X lié à une affection médicale



## Anxiété sociale

Trouble panique

Agoraphobie

Anxiété généralisée

*Etc...*

## Schizophrénie

Trouble schizo-affectif

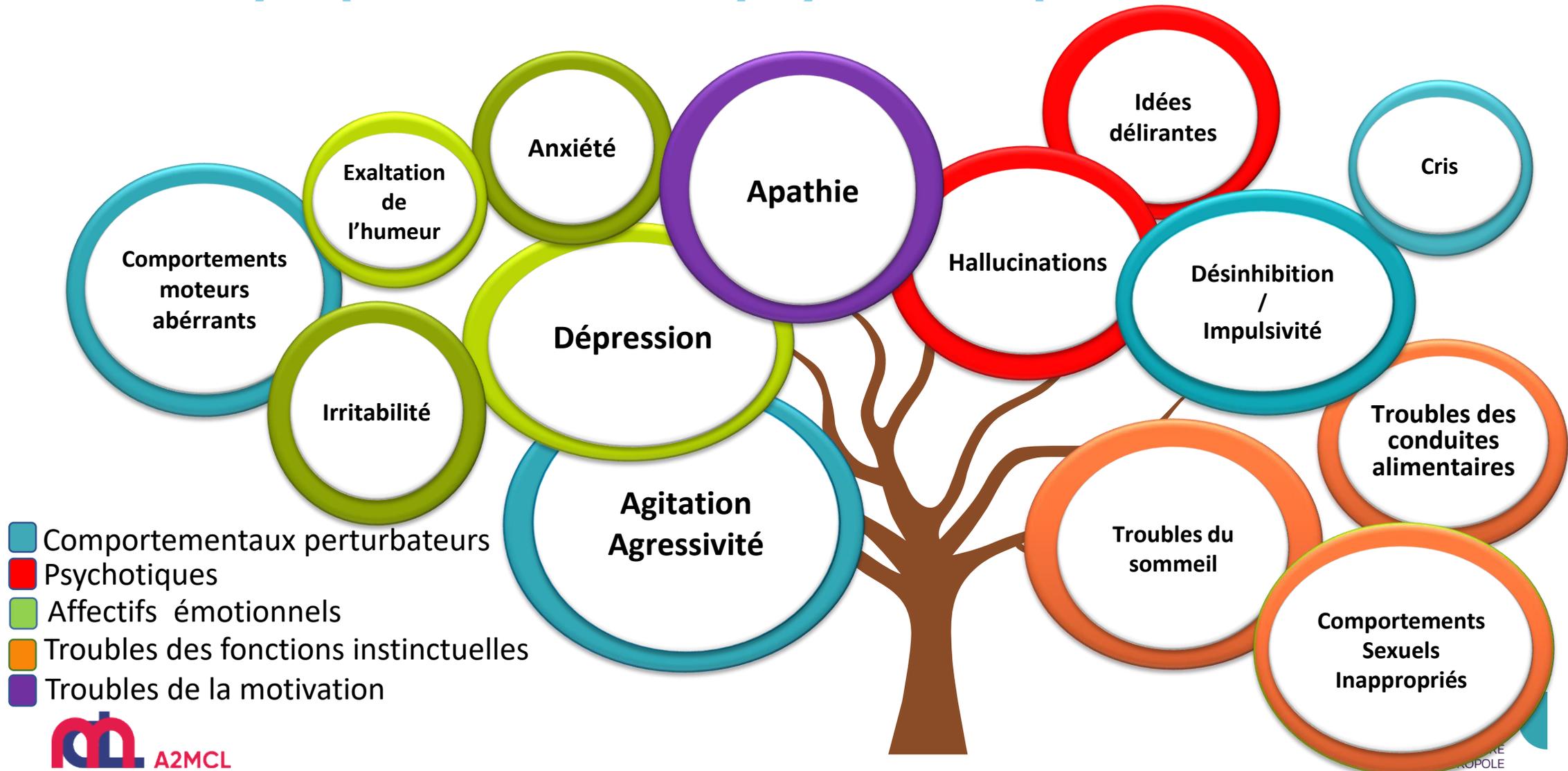
Trouble délirant *persistant*

*Etc...*



# Un peu de nosographie

## Les symptômes neuropsychiatriques de TNCM

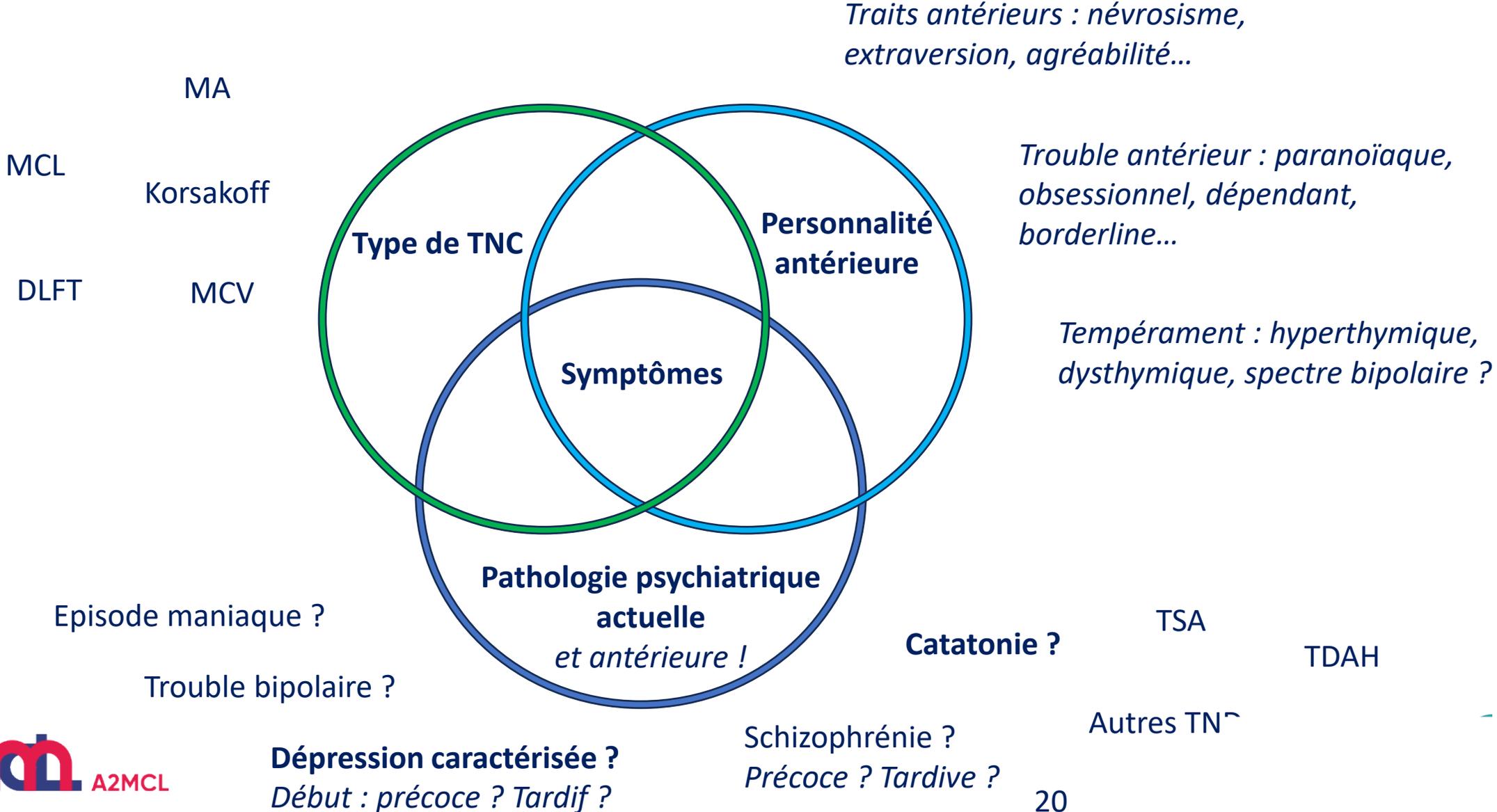


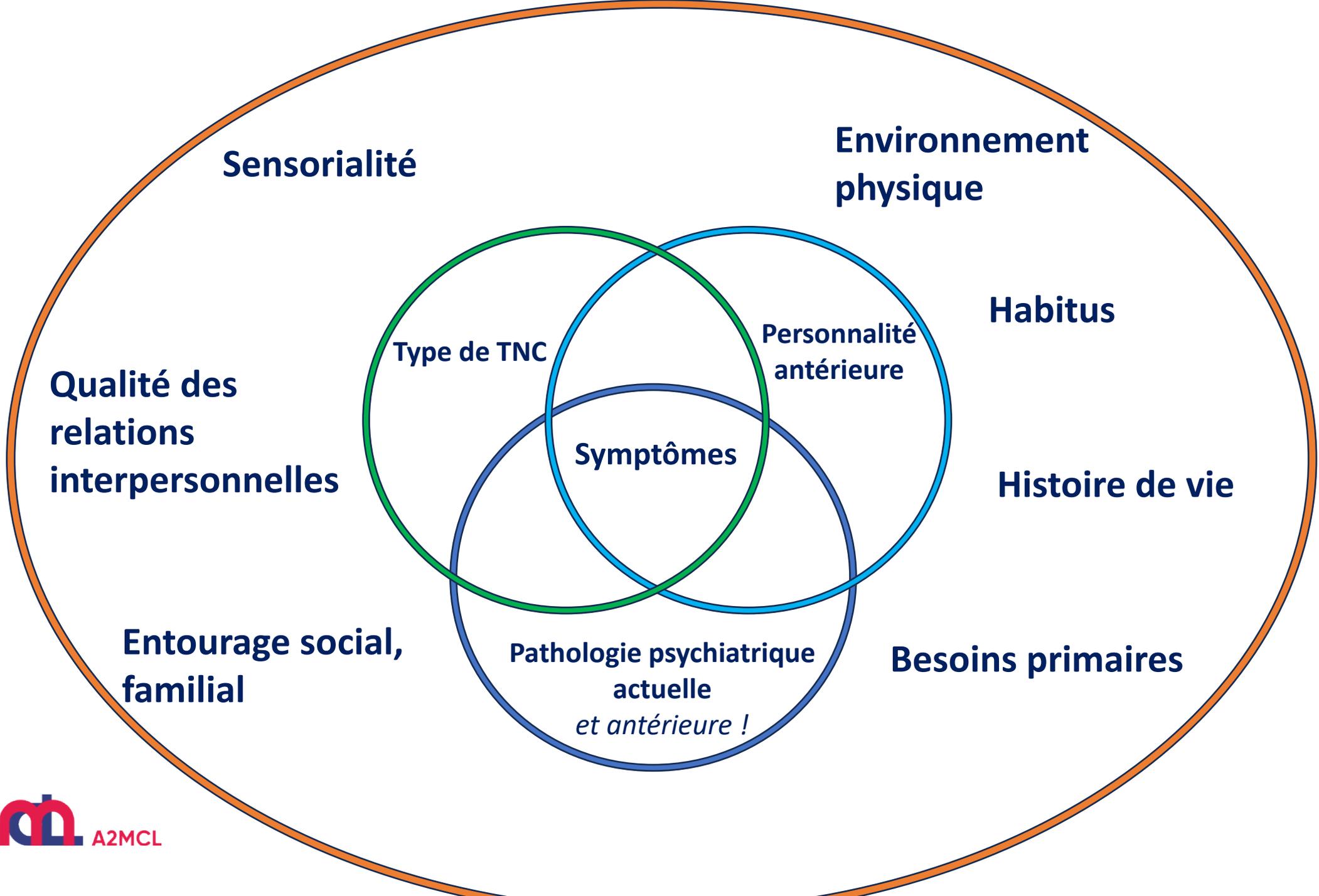
# Un peu de nosographie

## Application à la MCL et aux troubles psychiatriques

- o Intrication majeure de la MCL avec grands troubles psychiatriques
- o « *Troubles X dus à une affection médicale* » (la MCL)
  - Sauf : au stade prodromal, notamment MCL prodromale psychiatrique avec dépression comorbide
- o Parfois : trouble psychiatrique antérieur « décompensé » par la MCL (trouble anxieux, dysthymie...) ; **d'où distinction précoce/tardif**
- o Dans tous les cas : **multiplicité des facteurs étiologiques**
- o Troubles différents de : symptômes neuropsychiatriques (SNP) en lien avec MCL

# Un peu de nosographie







Partie 3

# Troubles dépressifs

# Troubles dépressifs

## Episode dépressif caractérisé (EDC)

- o Tristesse anormale de l'humeur
  - o Baisse d'énergie
  - o Persistantes dans le temps
  - o Cortège de perturbations émotionnelles, psychologiques, cognitives et physiques
- 
- o 11% des hommes et 22% femmes vie entière
  - o 1 à 4% des sujets âgés

# Troubles dépressifs

## Symptômes de l'EDC

Tristesse
Perte de plaisir (anhédonie)
Perte de motivation (aboulie)
Idées noires
Troubles de la pensée : ralentissement, ruminations...
Altérations du fonctionnement cognitif
Troubles moteurs : ralentissement, perte d'expressivité
Troubles du sommeil, fatigue
Modifications de l'appétit
Symptômes végétatifs (urinaires, digestifs...)

# Troubles dépressifs

## Diagnostic différentiel EDC vs MCL

Episode dépressif caractérisé	Maladie à Corps de Lewy
Tristesse	
Perte de plaisir (anhédonie)	Apathie
Perte de motivation (aboulie)	Apathie
Idées noires	
Troubles de la pensée : ralentissement, ruminations...	Ralentissement psychique
Altérations du fonctionnement cognitif	Troubles cognitifs
Troubles moteurs : ralentissement, perte d'expressivité	Syndrome parkinsonien
Troubles du sommeil, fatigue	Troubles du sommeil, fluctuations de vigilance et cognitives
Modifications de l'appétit	
Symptômes végétatifs (urinaires, digestifs...)	Dysautonomie

# Troubles dépressifs

## Diagnostic différentiel EDC vs MCL

- Aide au diagnostic différentiel
  - Examen clinique (syndrome parkinsonien, troubles du comportement en sommeil paradoxal...)
  - Examens complémentaires
    - DAT-Scan
    - TEP-TDM cérébrale au 18FDG
    - Scintigraphie cardiaque MIBG
    - Polysomnographie
- Examens complémentaires plus difficiles d'interprétation dans les situations atypiques
- **Aucun examen ne permet un diagnostic de certitude à lui seul**

# Troubles dépressifs

## EDC prodromal d'une MCL

- o Mode d'entrée psychiatrique fréquent dans la maladie (2 patients sur 5)
- o Parfois EDC récurrents
- o Délai entre premier EDC et MCL : 8,6 ans (Utsumi et al. 2021)
  
- o Présentation parfois atypique avec fréquence élevée :
  - Troubles anxieux
  - Troubles psychotiques
  
- o Association entre premier EDC tardif (> 60-65 ans) et neuropathologie MCL (Nunes et al. 2022)

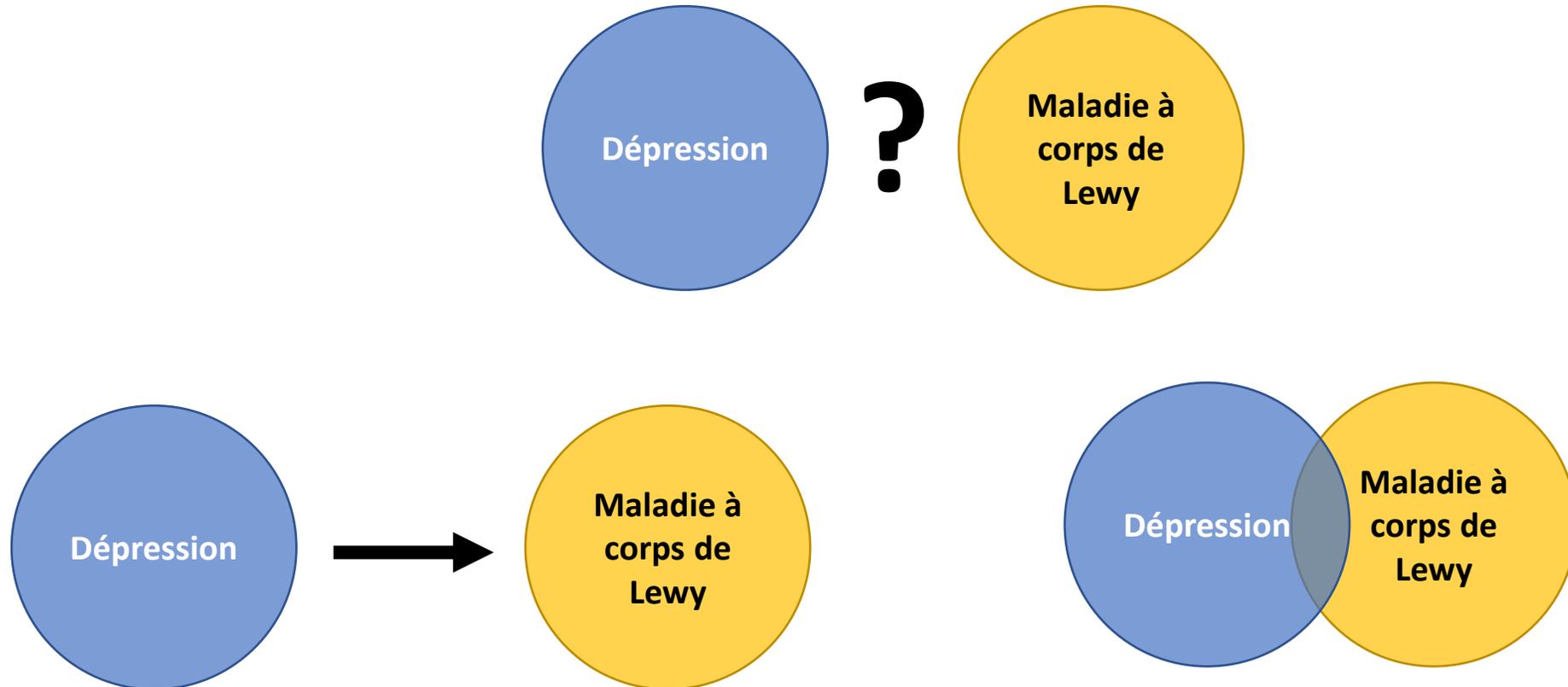
# Troubles dépressifs

## Dépression associée à la MCL

- Symptômes dépressifs chez environ 1/3 patients au diagnostic (Utsumi et al. 2020)
- Dépression fréquente dans la MCL : environ 1/5 patient par année (Auning et al 2011)
- EDC sévère chez 10 à 15% des patients
- Troubles anxieux et/ou psychotiques fréquemment associés

# Troubles dépressifs

## En résumé



# Troubles dépressifs

## Traitement de la dépression dans le MCL - Principes

- Pas de données spécifiques
- Similaire à celui de la dépression chez le sujet âgé
- Utilisation très prudente des traitements psychotropes à risque élevé d'effets indésirables :
  - Syndrome confusionnel
  - Hallucinations
  - Syndrome parkinsonien
  - Augmentation des troubles du comportement en sommeil paradoxal

# Troubles dépressifs

## Traitement de la dépression dans le MCL - Psychotropes

- ▲ Antidépresseurs à faible doses agissant sur les voies de la sérotonine et/ou de la noradrénaline :
  - ▲ Citalopram – Seropram®, sertraline – Zoloft®, paroxétine – Deroxat®...
  - ▲ Venlafaxine – Effexor®, mirtazapine – Norset ®...
  
- ▼ Pas d'antidépresseurs de première génération (tricycliques : amitriptyline - Laroxyl®...)
- ▼ Pas d'antipsychotiques en première intention et sans avis spécialisé
- ▼ Éviter les anxiolytiques benzodiazépines (bromazepam - Lexomil®, prazepam - Lysanxia®...) hormis certaines molécules à demi-vie courte en prises limitées (oxazepam - Seresta®)

# Troubles dépressifs

## Traitement de la dépression dans le MCL – Autres traitements

- D'autres traitements prescrits dans la MCL peuvent avoir un effet bénéfique sur la dépression :
  - Traitements du syndrome parkinsonien : L-Dopa...
  - Traitement anticholinestérasique : Rivastigmine
- Dans les cas sévères et résistants au traitement médicamenteux, l'électroconvulsivothérapie peut être envisagée



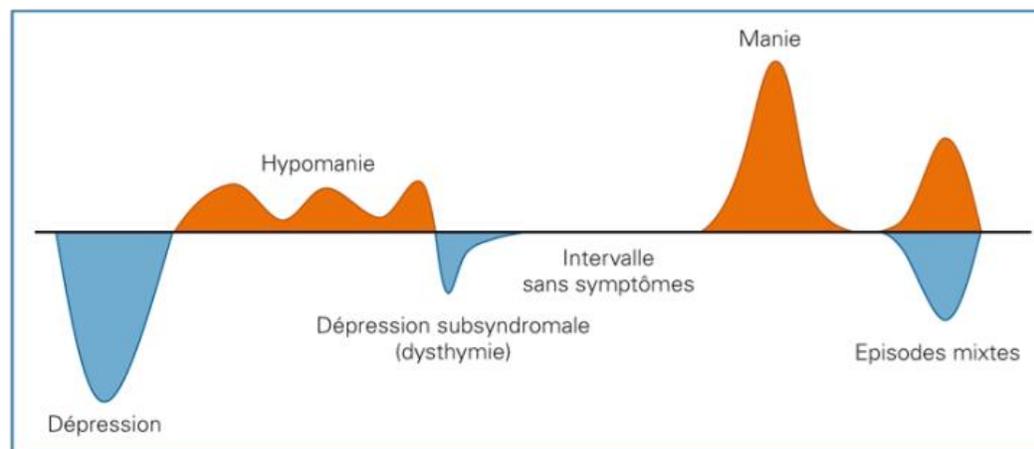
Partie 4

# Troubles bipolaires

# Trouble bipolaire

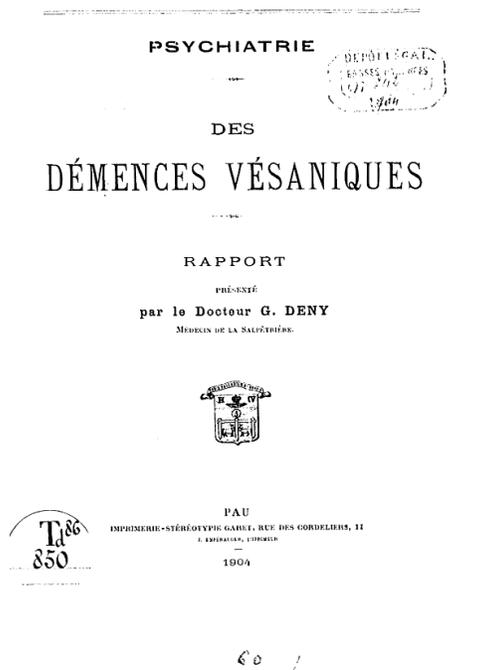
## Définition

- **Maladie psychiatrique chronique caractérisée par des fluctuations pathologiques de l'humeur**
  - Anciennement dénommé « Psychose maniaco-dépressive »
  - Diminution de l'humeur : dépression
  - Augmentation de l'humeur : manie



# Trouble bipolaire

## Troubles cognitifs dans la maladie bipolaire



- **Déficits neuropsychologiques comparativement à la population générale, tout au long de leur vie**
  - Persistent même en dehors des épisodes thymiques
  - Touchent les capacités attentionnelles, les fonctions exécutives et la mémoire épisodique verbale (*Martinez-Aran et al., 2004 ; Bourne et al., 2013 ; Bortolato et al., 2015*)
- **Risque augmenté de trouble neurocognitif majeur (démence) lors du vieillissement**
  - Odd-ratio entre 2,36 et 7,52 comparativement à la population générale (*Wu et al., 2013 ; Diniz et al., 2017 ; Velosa et al. 2020 ; Lin et al. 2020*)

# Trouble bipolaire

## Trouble bipolaire et maladie de Parkinson

- **Risque accru de diagnostic de maladie de Parkinson idiopathique**
  - Etudes en population générale à partir de registres OR 2,08 à 6,78 (Huang et al. 2019 ; Harrison et Luciano 2020)
  - Méta-analyse (7 études) : OR 3,21 (*Faustino et al 2020*)
- **Dénervation dopaminergique sur TEP chez 20% des patients (Erro et al. 2021)**
- **La présence d'un trouble bipolaire pré-existant modulerait le phénotype de la maladie de Parkinson (Onofrj et al. 2021)**

# Trouble bipolaire

## Trouble bipolaire et symptômes MCL



Article

### Characteristics of Bipolar Patients with Cognitive Impairment of Suspected Neurodegenerative Origin: A Multicenter Cohort

Esteban Munoz Musat<sup>1</sup>, Emeline Marlinge<sup>2</sup>, Mélanie Leroy<sup>3,4,5,6</sup>, Emilie Olié<sup>7,8</sup>, Eloi Magnin<sup>9,10</sup>, Florence Lebert<sup>11</sup>, Audrey Gabelle<sup>12</sup>, Djamila Bennabi<sup>10,13</sup>, Frédéric Blanc<sup>14,15</sup>, Claire Paquet<sup>1,16</sup> and Emmanuel Cognat<sup>1,16,\*</sup>

#### Critères d'inclusion

Antécédent de trouble bipolaire, consultation en centre mémoire pour plainte cognitive, âge > 50 ans, dosage des biomarqueurs de la maladie d'Alzheimer dans le LCS disponible

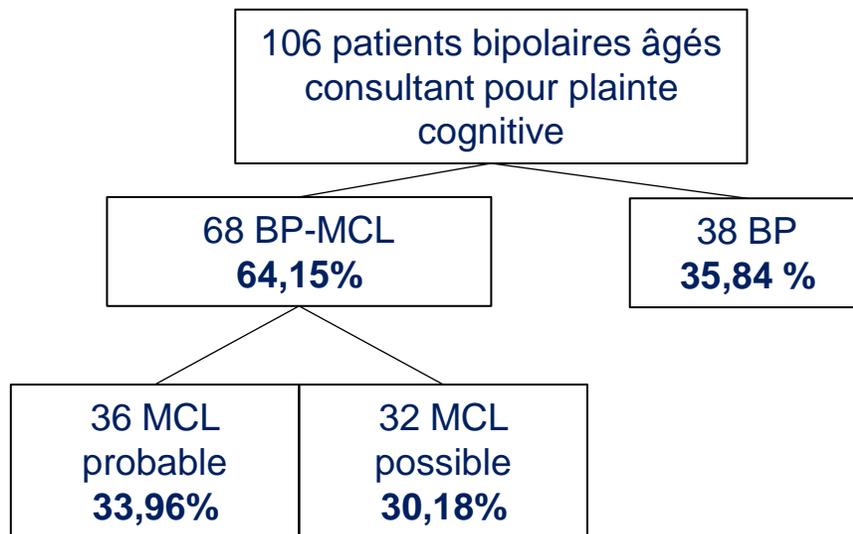
#### Résultats

- 78 patients, 5 centres
- 48,6 % fluctuations cognitives
- 56,3 % syndrome parkinsonien
  - Dont 12,7 % sans aucun neuroleptique
- 10,3 % profil biochimique Alzheimer (A+T+)

**69,2% des patients MCL possible ou probable**  
**37,2% possible**  
**32% probable**

# Trouble bipolaire

## Trouble bipolaire – Facteur de risque de MCL



- **Critères MCL validés mais :**

- Hallucinations peu fréquentes (15%)
- Troubles du comportement en sommeil paradoxal peu fréquentes (20%)
- DAT-Scan normal chez 1/2 patients

# Trouble bipolaire

## MCL ou pas ?



### Hypothèse 1

TB

MCL

Superposition  
phénotypique large  
des 2 pathologies  
suggérant une origine  
étiologique  
commune

### Hypothèse 2

TB

MCL

Mécanismes  
physiopathologiques  
différents  
aboutissant à des  
dysfonctionnements  
communs



- **Projet alpha-BP en cours (financement A2MCL)**
- Recherche de signes d'alphasynucléinopathie chez les patients bipolaires avec TNM
- Dans l'attente des résultats : phénocopie MCL

# Trouble bipolaire

## Traitement du trouble bipolaire

- **Traitements régulateurs de l'humeur : thymorégulateurs**
  - Lithium
  - Antipsychotiques
  - Antiépileptiques
- **En cas d'épisode sévère : electroconvulsivothérapie**
  - Traitement le plus efficace
  - Indications en cas d'épisode sévère, intolérance des psychotropes, grossesse...



Actualité Santé > Santé publique

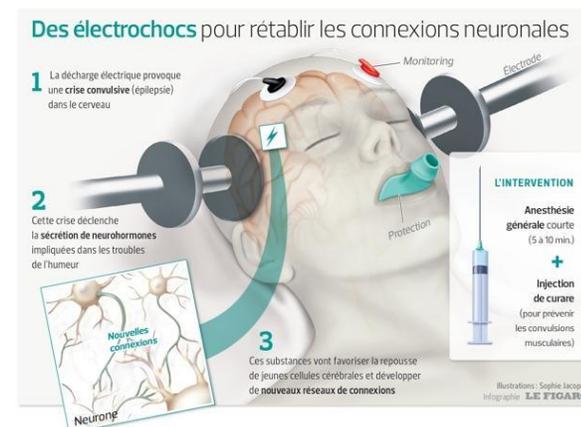
### La sismothérapie fait des étincelles contre la dépression sévère

Par Nathalie Szapiro-Menoukian | Publié le 27/11/2015 à 17:00

6 commentaires



**INFOGRAPHIE** - Encore appelée électroconvulsivothérapie (ECT), cette technique de soins consiste à envoyer un courant électrique très léger dans le cerveau.



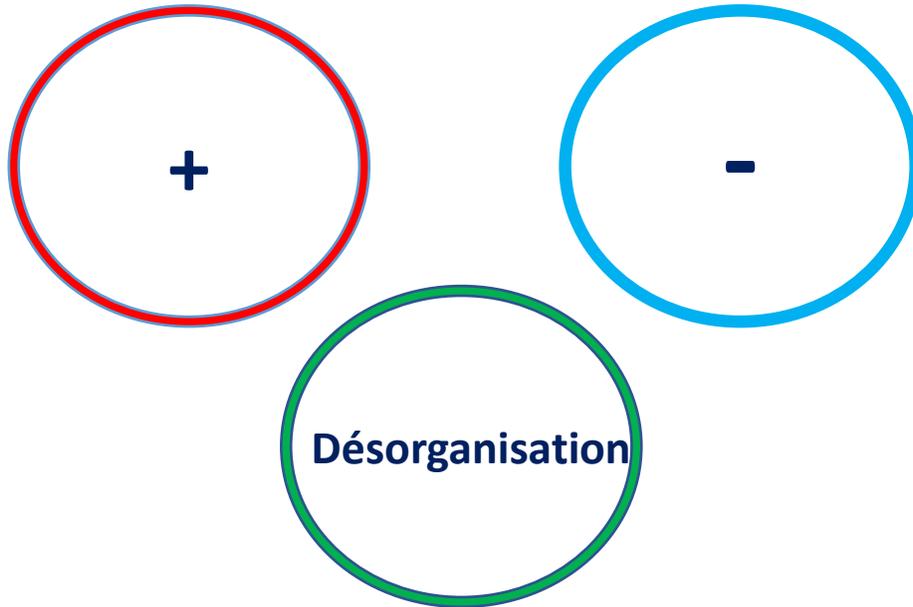


Partie 5

# Troubles du spectre de la schizophrénie

# Les schizophrénies

## Symptômes :



*Emil Kraepelin*



*Eugen Bleuler*

- 0,4 – 1,4% de la population générale
- H > F (x 1,4)
- Pic principal de survenue : 15 – 30 ans
- Phase prodromique
- Mortalité toutes cause x 2,6 (espérance de vie -20%)
- **Forte hétérogénéité** (*clinique, évolution*)

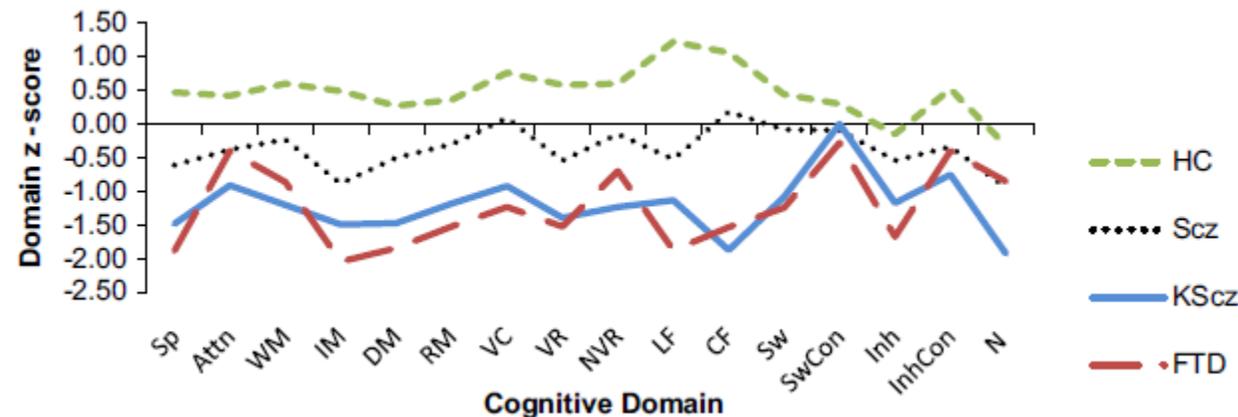
## Hypothèse neurodéveloppementale

# Le mythe de « la » schizophrénie

## Hétérogénéité clinique

- Hétérogénéité reconnue anciennement
- Absence de biomarqueur fiable
- Cas d'école : trouble schizo-affectif.
  - Fiabilité inter-cotateur : 0,22
  - Stabilité à 6 mois : 36%

## Hétérogénéité cognitive



Chan & al., 2015

Symptômes psychotiques

Symptômes affectifs



SZ

SZ-AF

TBP

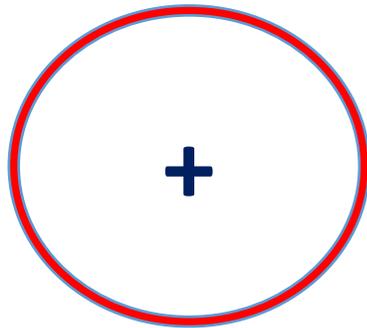
Spectre schizo-affectif



- Evolution, sévérité, parfois domaines
- Exemple : Kraepelinian Schizophrenia
- Tentatives de clustering

## Les troubles délirants et autres

### Symptômes :



Idées délirantes

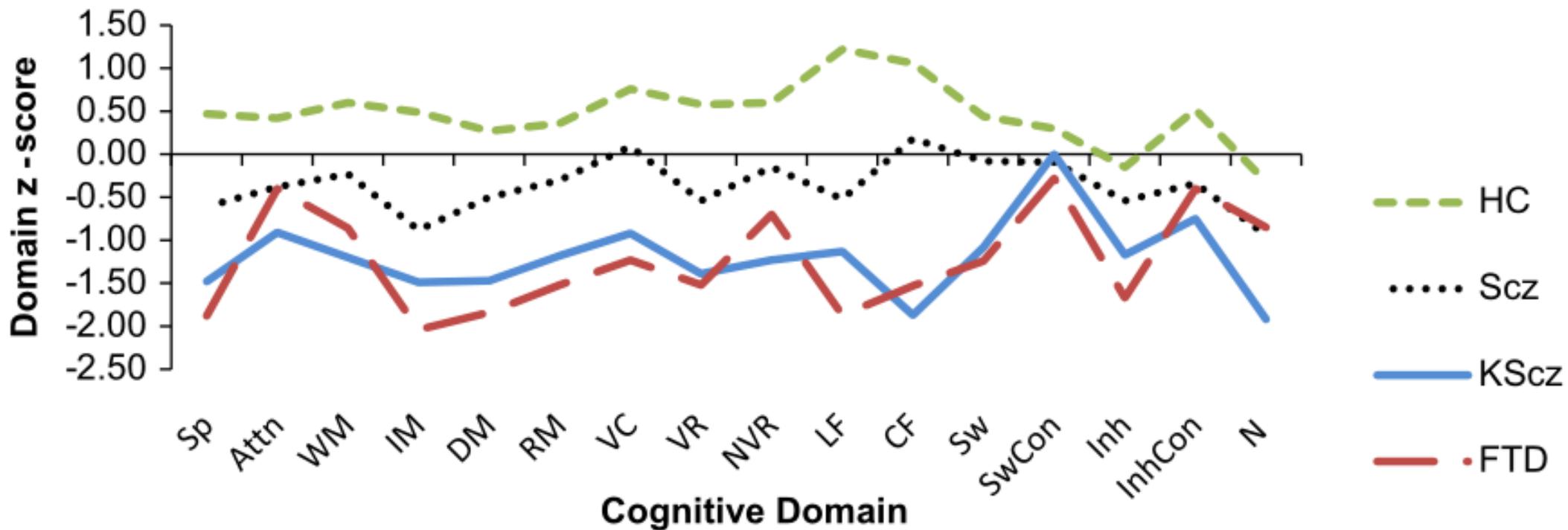
- *Jalousie*
- *Érotonomanie*
- *Persécution*
- *Mégalomaniaques...*

Hallucinations : au second plan

- Anciennement « *délires passionnels* » français
- **Disparus**
  - Psychose hallucinatoire chronique
  - Paraphrénies

## Evolution cognitive de la SZ

Troubles cognitifs majeurs évolutifs : 15% des patients, concept ancien de *démence vésanique*



## Distinction importante

**Schizophrénie vieillie**

**VS**

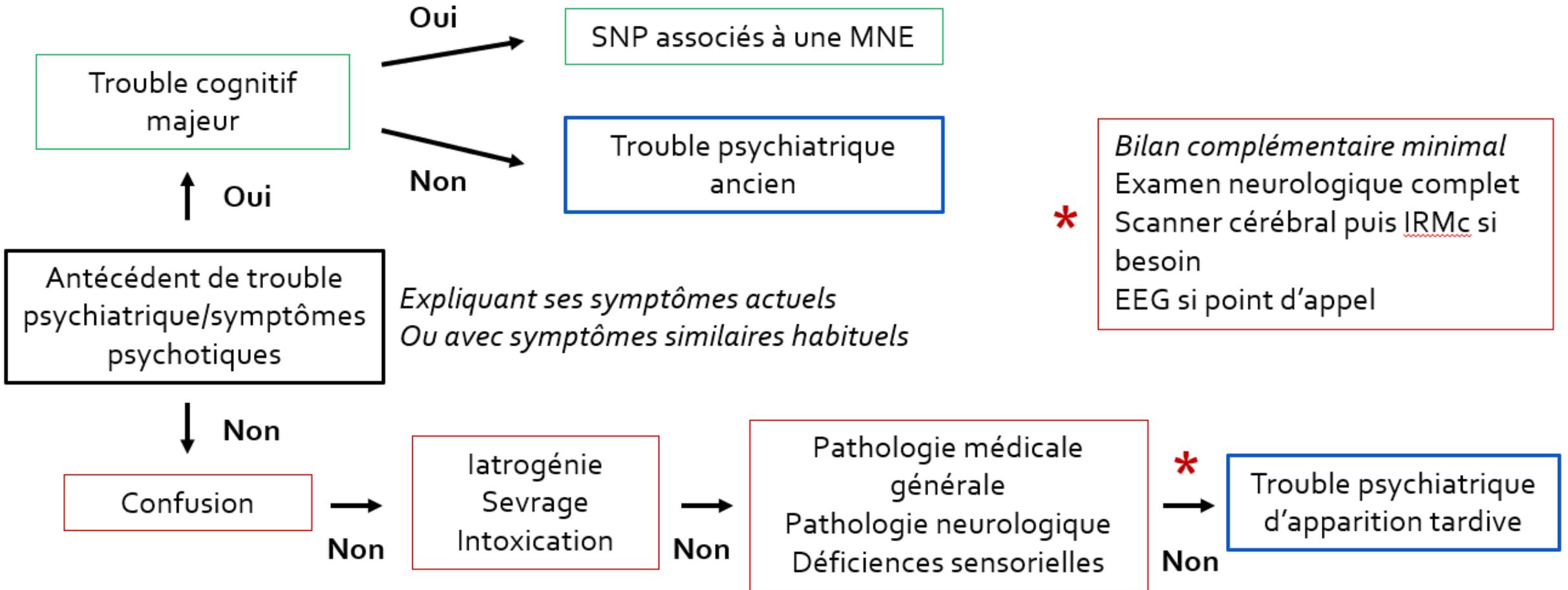
**Schizophrénie d'apparition tardive**

Late Onset Schizophrenia LOS (> 40 ans)

Very Late Onset Schizophrenia V-LOS (> 60 ans)

# Troubles du spectre de la schizophrénie

## Tous les symptômes psychotiques ne sont pas une MCL ou une SZ



## Very Late Onset Schizophrenia (V-LOS)

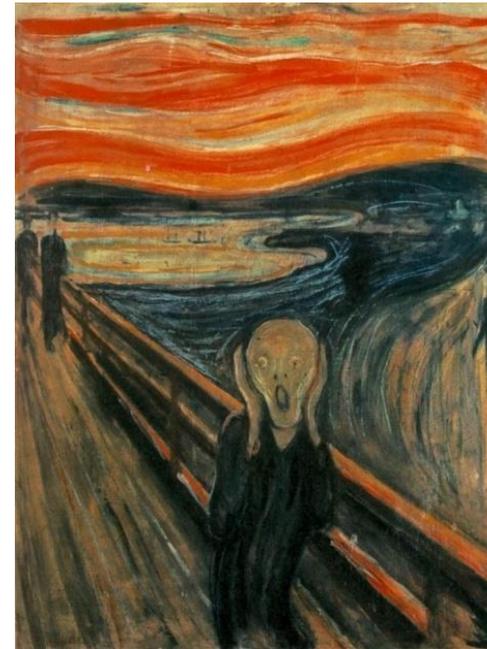
- Apparition des symptômes > 60 ans
- Prévalence générale : 0,05%, environ 5% des SZ
- Caractéristiques cliniques :
  - Sexe féminin (70% environ)
  - Isolement social
  - Désafférentation sensorielle
  - Hallucinations visuelles au premier plan, multimodales, fréquence des idées de persécution
  - Peu/pas retrouvé : désorganisation, émoussement affectif, syndrome dissociatif
- Liens privilégiés avec pathologie neurodégénérative : prodrome dans 20% des cas
- Pas de profil type à l'imagerie cérébrale
- Moindre réponse aux APA

Troubles du spectre de la schizophrénie

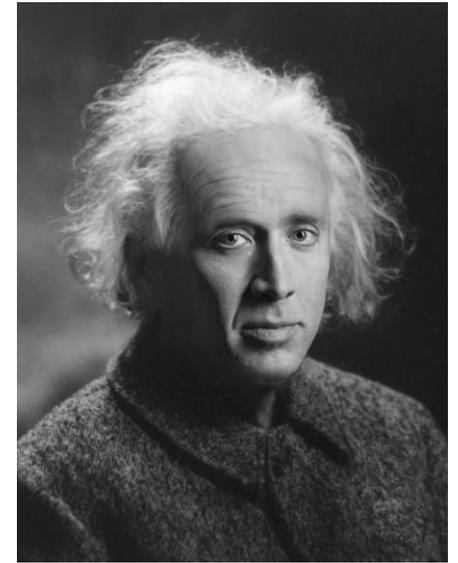
## Symptômes psychotiques : MCL



*Symptômes psychotiques mineurs :*  
illusions visuelles, sentiment de  
présence (ange gardien), passage  
d'ombres



Idées délirantes  
Hallucinations dans d'autres  
modalités sensorielles



Délires d'identification



Hallucinations  
Visuelles  
récurrentes

## Et si c'était une MCL ? Éléments cliniques

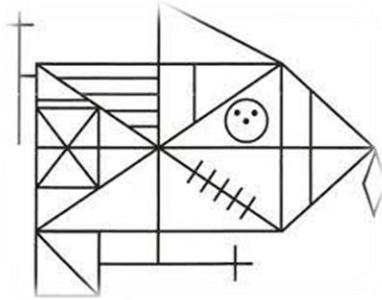
### Arguments pour une MNE générale

- **Perte d'autonomie**
- Rupture avec le comportement antérieur, **ne s'intégrant pas dans le trouble psy connu**

### Arguments pour une MCL

- **Troubles cognitifs** spécifiques
- **Hallucinations visuelles et autres symptômes psychotiques positifs** spécifiques
- Syndrome extra-pyramidal **non-iatrogène**
- Troubles du comportement en sommeil paradoxal **non iatrogènes**
- Fluctuations **non-iatrogènes**
- Autres symptômes mineurs plus spécifiques

## Et si c'était une MCL ? Éléments cliniques (2)



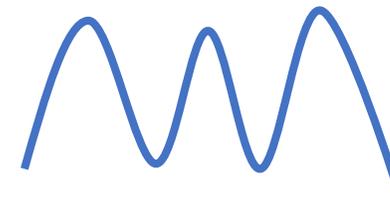
- Troubles visuospatiaux
- Troubles du stockage en MV



- Modification hallucinations habituelles : *visuelles*
- Autres caractéristiques



- **Asymétrie**
- Mauvaise tolérance sans changement de traitement

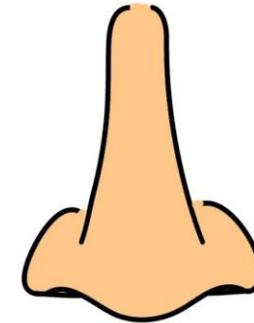


- Echelle de fluctuations semble spécifique (*Fennelon*)
- Mais quand sédation iatrogène... probablement pas

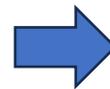
## Et si c'était une MCL ? Éléments cliniques (3)



- Plus spécifiques
- Attention aux antidépresseurs IRS !



Symptômes plus spécifiques  
sans overlap avec la SZ

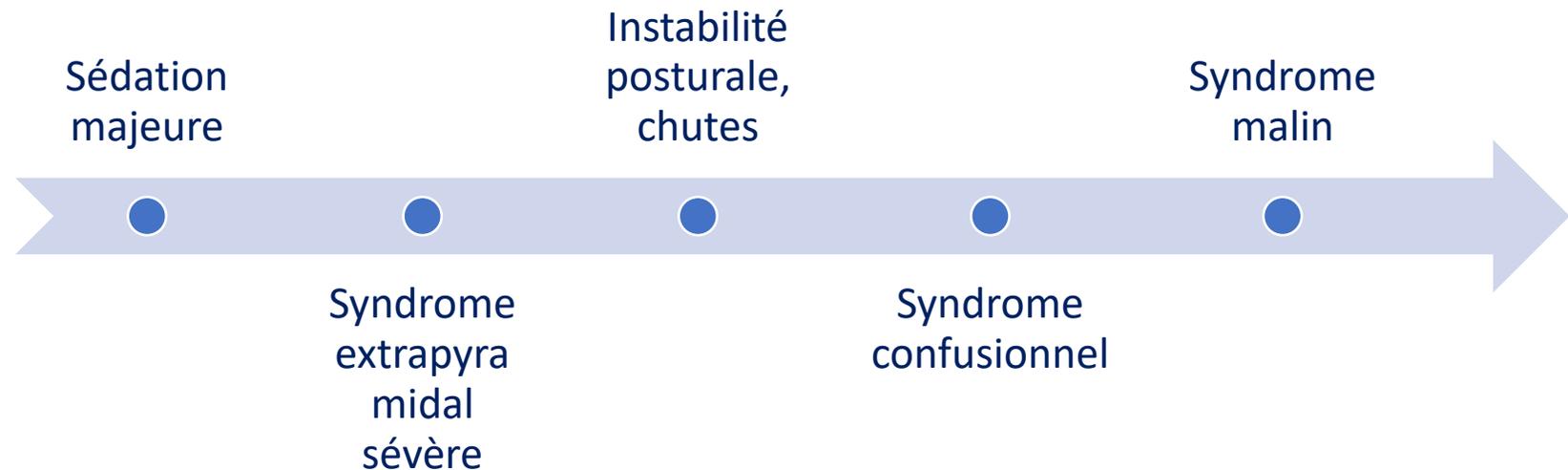


## Et si c'était une MCL ? Eléments paracliniques

- **IRM cérébrale** : différentiel difficile, atrophie limitée dans l'un comme dans l'autre, anomalies mineures possibles dans les deux mais différentes
- **PET FDG** : différent, pas de cingular island sign dans SZ et apparentés, possible hypométabolisme frontal
- **DAT-Scan** : différent aussi, N dans SZ (mais attention parfois normal dans MCL !)
- **Neurofilaments** : pas validés pour le différentiel entre ces deux entités, en principe complètement négatifs dans SZ mais pas assez hauts dans MCL
- **LCR** : biomarqueurs normaux SZ, vs possiblement altérés MCL... mais pas toujours !
- **Le futur** : RT-QUIC synucléine dans le LCR ?

## Prise en soins et risque iatrogène

### Prescription inadaptée et hypersensibilité aux antipsychotiques/neuroleptiques



## Prise en soins et risque iatrogène (2)

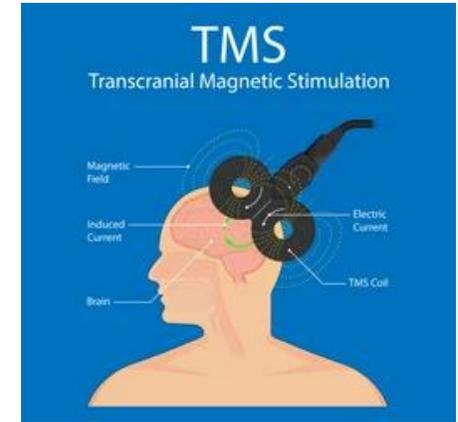


**Dépistage** systématique dans toutes les situations non-urgentes avant prescription



**Traitement adapté si nécessaire**  
A doses adaptées (0,25 comprimé à l'initiation)  
Task Force Clozapine

## Prise en soins et risque iatrogène (3)



### Traitements spécifiques (médicamenteux ou non)

- IChE
- Mélatonine
- Kiné
- Ortho
- Remédiation cognitive, INM...

### Dans le futur

- Spécifiquement pour les symptômes psychotiques positifs : Pimavanserine ?
- Pour les fluctuations : rTMS ?
- Pour le diagnostic différentiel :
  - RT-QUIC
  - Démantèlement des « schizophrénies tardives



Partie 6

# Troubles anxieux

# Troubles anxieux

## L'anxiété et les troubles anxieux

### Anxiété symptôme

- 99% de la population sur vie entière
- Réactionnelle à un stress, une situation
- Ou secondaire à un autre trouble psychiatrique, non spécifique

### Trouble anxieux

- Troubles psychiatriques avec anxiété au centre
- Modèle psychopathologique identifié (trouble panique, phobie p.e.)
- Chroniques, retentissement fonctionnel

# Troubles anxieux

## Les types de troubles anxieux

1. Trouble panique, agoraphobie
2. Trouble anxieux généralisé
3. Trouble phobique, phobie sociale

4. Etat de stress post-traumatique
5. Trouble de l'adaptation

6. Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)



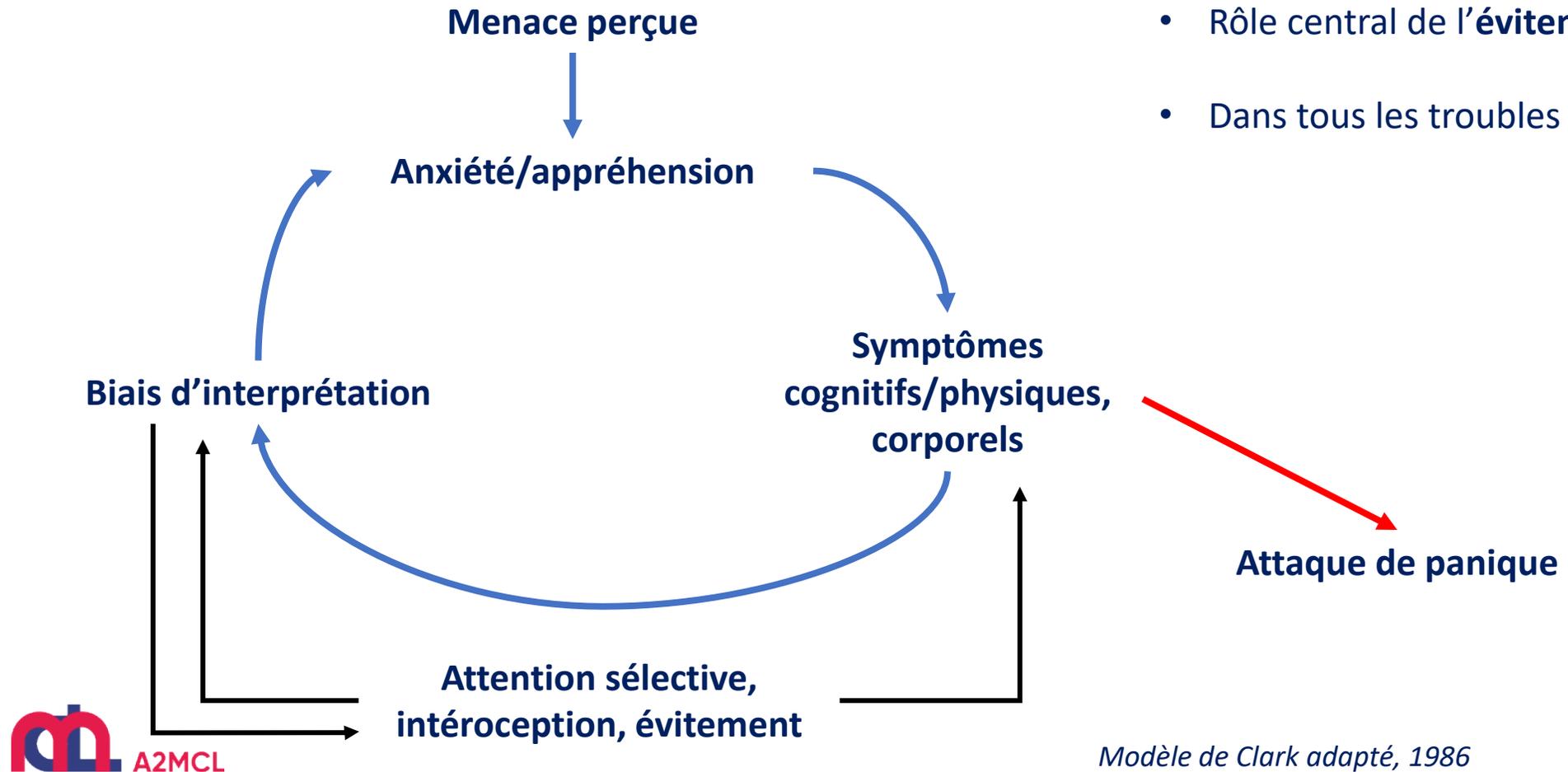
**Troubles anxieux**

Troubles liés à des facteurs de stress ou traumatismes

TOC et autres

# Troubles anxieux

## Exemple : le trouble panique



# Troubles anxieux

## Les types de troubles anxieux (2)

1. Trouble panique, **agoraphobie**
2. **Trouble anxieux généralisé**
3. **Trouble phobique, phobie sociale**

4. Etat de stress post-traumatique
5. Trouble de l'adaptation

6. Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)



**Troubles anxieux**

Troubles liés à des facteurs de stress ou traumatismes

TOC et autres

# Troubles anxieux

## Les troubles anxieux en général

- Fréquents en population générale
- Très **comorbides** : dépression caractérisée, addictions, suicide
- Apparaissent avec l'âge :
  - 20-30 ans trouble panique
  - 35-45 ans trouble anxieux généralisé (TAG)
- Traitement de fond : **psychothérapie** (TCC, ACT, thérapies brèves...)
  - *Le traitement médicamenteux ne devrait jamais se substituer à la psychothérapie dans un trouble anxieux*
  - *Si traitement : **antidépresseurs IRS**, benzodiazépines pour une durée courte et non systématiques*

Décompensation tardive d'un trouble anxieux antérieur

Apparition tardive d'un trouble anxieux



**Attention à la MNE !**

# Troubles anxieux

## Dans la MCL : anxiété et troubles anxieux

### o Anxiété - épidémiologie

- Au stade de TNCM : 40,3 à 67% des patients
- Au stade prodromal : 45% des patients
- Symptôme **le plus fréquent** avec la dépression
- Fortement corrélé à : **détresse de l'aidant**, dépression du patient, hospitalisation et mauvais fonctionnement à domicile

### o Trouble anxieux – épidémiologie

- 1/3 des patients (*avec TNCM sur maladie de Parkinson*)
- TAG > phobie sociale > trouble panique

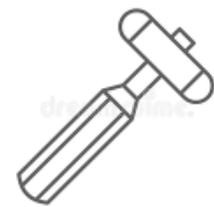
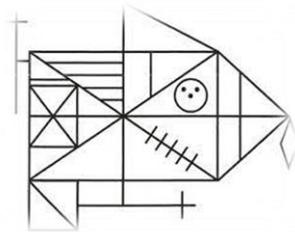
### o Caractéristiques spécifiques dans la MCL

- Anxiété associée à des **sollicitations répétées, une attention médicale**
- **Sensations internes anormales, manifestations somatoformes**
- Menant à des attaques de panique à répétition

# Troubles anxieux

## Et si c'était une MCL ? Éléments cliniques

o Plus simple → les troubles anxieux ne donnent pas :



*Mais attention aux causes évidentes différentielles (APA, IRS, troubles perception)*

o **Caractéristiques spécifiques citées**

- *Proposées comme critère spécifique par certains auteurs*

o Méfiance si : apparition tardive ou décompensation tardive non expliquée

o Cas particulier du trouble de stress post traumatique non traité ici

# Troubles anxieux

## Et si c'était une MCL ? Éléments paracliniques

- Variations structurelles mineures en IRM cérébrale (TSPT)
- Bilan neuropsychologique : troubles de l'attention, troubles des FE
  - *Profils différents selon le trouble anxieux*
  - Troubles de la mémoire possiblement associés, avec biais d'évaluation émotionnel (motivation, fatigue)
- PET, LCR, DAT-Scan → non influencés

# Troubles anxieux

## Prise en soins et risque iatrogène



*Hypersensibilité NLP/APA  
Prescriptions **totalem**ent inadaptées*

### Médicaments adaptés :

- Antidépresseurs : IRS/IRSNA type SERTRALINE
- Benzodiazépines : sur une durée courte, en monitorant les EI, **n'est pas un traitement de fond**
- *Prégabaline ?*
- *Thymorégulateurs ? Lamotrigine ?*
- Autres traitements plus spécifiques
- ***Et tout le reste : le non-médicamenteux***

# Troubles anxieux

## Prise en soins spécifique : dans la MCL

### Médicamenteuse

- IChE : Rivastigmine, Donepezil
- Dopaminergiques/agonistes dopaminergiques : traitement des *off non moteurs* (MP surtout)
- Traitement des symptômes comorbides
  - *Anxiété secondaire à hallus ?*

### Non médicamenteuse

- Activité physique, hygiène de sommeil, éducation thérapeutique, aide à l'aidant
- **Psychothérapies**
  - Peu évaluées
  - TCC individuelle/en groupe dans MP
    - *Pleine conscience ? Thérapies brèves ?*
- **Intervention non-médicamenteuses (INM)**
  - *Musique, activité physique*
  - *Anxiété-symptôme, TNC plus évolué*



Association des Aidants  
et Malades à Corps de Lewy

[www.a2mcl.org](http://www.a2mcl.org)

06 62 63 34 97

[contact@a2mcl.org](mailto:contact@a2mcl.org)

