



Association des Aidants
et Malades à Corps de Lewy

Colloque A2MCL maladie à corps de Lewy

8 novembre 2024

LE VINATIER

PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE





Module 2

Maladie à corps de Lewy et fragilité

Module présidé par :

Pr Claire ROUBAUD BAUDRON

Gériatre – CHU CMRR Bordeaux

Dr Guillaume ALBARET

Gériatre - CHU CMRR Bordeaux



Module 2

Chutes et MCL

Comment mieux les prévenir et mieux les prendre en charge

Dr Yaohua CHEN

Neuro-gériatre, Lille

Yaohua.chen@univ-lille.fr



M B, 86 ans

Suspicion épilepsie du sujet âgé

- o ATCD : HTA, DNID, FA, dépression, IDM par stent, cataracte opérée, goutte, fracture pied droit
- o Pas d'ATCD familiaux
- o Traitement : FUROSEMIDE, KALEORID, BISOPROLOL, PRADAXA, RILMENIDINE, DIAMICRON, ALLOPURINOL, JANUMET
- o Mode de vie : ancien comptable, marié, vit avec son conjoint dans un appartement, bien entouré par leurs amis et voisins, 3 enfants à proximité. Il gère son traitement seul. Il promène son chien, mais pas seul car a peur de chuter. Son conjoint a repris la gestion des comptes et des repas. Il ne conduit plus
- o Anamnèse : syndrome confusionnel inexpliqué, avec des hallucinations visuelles, depuis 6 mois. Test d'hypotension orthostatique positif avec une décélération cardiaque
- o Autres symptômes à l'interrogatoire, réveils confusiogènes, plainte attentionnelle et phasique, DTS, apathie, aboulie, qlq chutes sans stations prolongée au sol, pas de perte de connaissance lors ds chutes
- o Examen clinique : station unipodale impossible à gauche, 3 sec à droite, pas de syndrome extrapyramidale, demi-tour correct, bonne résistance à la rétropulsion, TUG 12 sec monotâche, 14 sec double tâche

M B, 86 ans

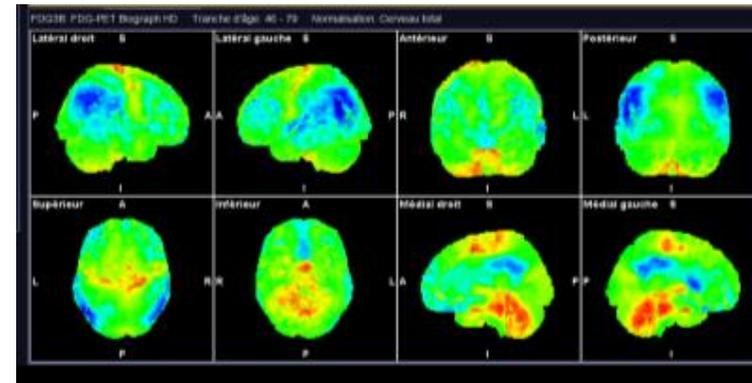
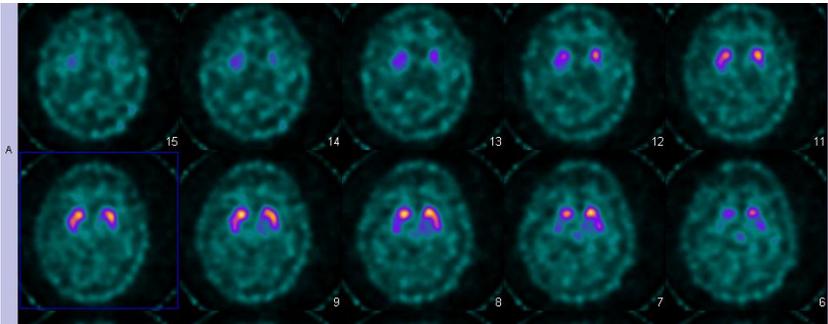
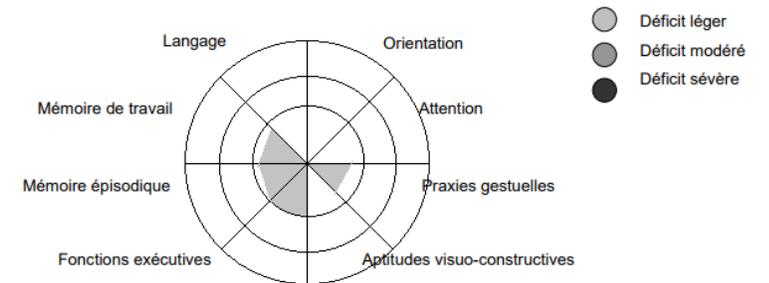
Suspicion épilepsie du sujet âgé

o Evaluation cognitive:

- MMSE à 24/30 (4 au calcul, 1 au rappel et 1 à la répétition)
- MoCA à 21/30
- Mattis à 142/144

o Examens paracliniques

- EEG longue durée : RAS



o Questions

- **Que est son risque de chute ?**
- **Quels sont les facteurs de risque de chute chez lui ?**
- **Quelle est votre stratégie de prévention ?**

Mme D, 91 ans

HDJ chute

- o ATCD : carcinome baso-cellulaire traité, syndrome des jambes sans repos, canal lombaire étroit, cataracte opérée, HTA
- o Traitement : HYTACAND, BISOPROLOL, SIFROL
- o Mode de vie : droitère, femme au foyer, vit avec sa fille depuis 12ans car son époux en EHPAD pour MA sévère, dans une maison aménagée. Sa fille gère tout depuis 10 ans
- o Anamnèse : chute depuis 4 ans, dont deux la semaine dernière. Arrive à se relever seule, jamais de station prolongée au sol, pas de prodromes, pas de perte de connaissance
- o Examen clinique : Ataxie proprioceptive, réflexe palmomentonnier à droite, hypertonie extrapyramidale à droite, tremblements de repos bilatéraux, bradykinésie et hypokinésie bilatérale, demi-tour décomposé, pas de ballant du bras, l'appui unipodal impossible, TUG 27 sec en mono tâche, 28 en double tâche, Short FES-I à 16/28

Mme D, 91 ans

HDJ chute

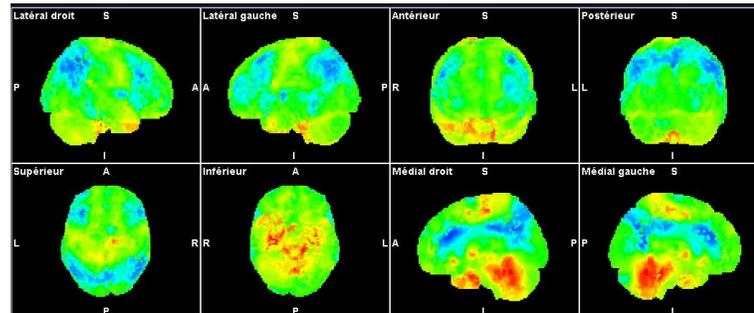
o Evaluation cognitive

- MMSE à 18/30 (5 points au calcul, 5 à l'orientation temporospatiale, 1 à la répétition de la phrase, 1 à la copie du dessin)
- Bilan neuropsychologique

Interprétation de l'examen neuropsychologique : L'évaluation neuropsychologique met en évidence des performances déficitaires d'une part au niveau des fonctions exécutives, et d'autre part au niveau des aptitudes visuo-constructives. Par ailleurs, nous relevons des difficultés plus légères au niveau des gnosies visuelles et de la mémoire épisodique verbale (trouble de la récupération au RL/RI-16 et VAT déficitaire). Nous notons enfin une fragilité de la mémoire de travail.

o Examens paracliniques

L'orientation spatio-temporelle est par contre globalement préservée.



o Questions

- Quels sont les facteurs de risque de chute chez elle ?
- Quelle est votre stratégie de prévention ?

Chutes et maladie à corps de Lewy

Les chutes répétées : un critère mineur de diagnostic

Table 1 Revised^{1,2} criteria for the clinical diagnosis of probable and possible dementia with Lewy bodies (DLB)

Essential for a diagnosis of DLB is dementia, defined as a progressive cognitive decline of sufficient magnitude to interfere with normal social or occupational functions, or with usual daily activities. Prominent or persistent memory impairment may not necessarily occur in the early stages but is usually evident with progression. Deficits on tests of attention, executive function, and visuo-perceptual ability may be especially prominent and occur early.

Core clinical features (The first 3 typically occur early and may persist throughout the course.)

Fluctuating cognition with pronounced variations in attention and alertness.
Recurrent visual hallucinations that are typically well formed and detailed.
REM sleep behavior disorder, which may precede cognitive decline.
One or more spontaneous cardinal features of parkinsonism: these are bradykinesia (defined as slowness of movement and decrement in amplitude or speed), rest tremor, or rigidity.

Supportive clinical features

Severe sensitivity to antipsychotic agents; postural instability; **repeated falls**; syncope or other transient episodes of unresponsiveness; severe autonomic dysfunction, e.g., constipation, orthostatic hypotension, urinary incontinence; hypersomnia; hyposmia; hallucinations in other modalities; systematized delusions; apathy, anxiety, and depression.

McKeith IG, Boeve BF, Dickson DW, Halliday G, Taylor JP, Weintraub D, Aarsland D, Galvin J, Attems J, Ballard CG, Bayston A, Beach TG, Blanc F, Bohnen N, Bonanni L, Bras J, Brundin P, Burn D, Chen-Plotkin A, Duda JE, El-Agnaf O, Feldman H, Ferman TJ, Ffytche D, Fujishiro H, Galasko D, Goldman JG, Gomperts SN, Graff-Radford NR, Honig LS, Iranzo A, Kantarci K, Kaufer D, Kukull W, Lee VMY, Leverenz JB, Lewis S, Lippa C, Lunde A, Masellis M, Masliah E, McLean P, Mollenhauer B, Montine TJ, Moreno E, Mori E, Murray M, O'Brien JT, Orimo S, Postuma RB, Ramaswamy S, Ross OA, Salmon DP, Singleton A, Taylor A, Thomas A, Tiraboschi P, Toledo JB, Trojanowski JQ, Tsuang D, Walker Z, Yamada M, Kosaka K. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology*. 2017 Jul 4;89(1):88-100. doi: 10.1212/WNL.0000000000004058. Epub 2017 Jun 7. PMID: 28592453; PMCID: PMC5496518.

Chutes et maladie à corps de Lewy

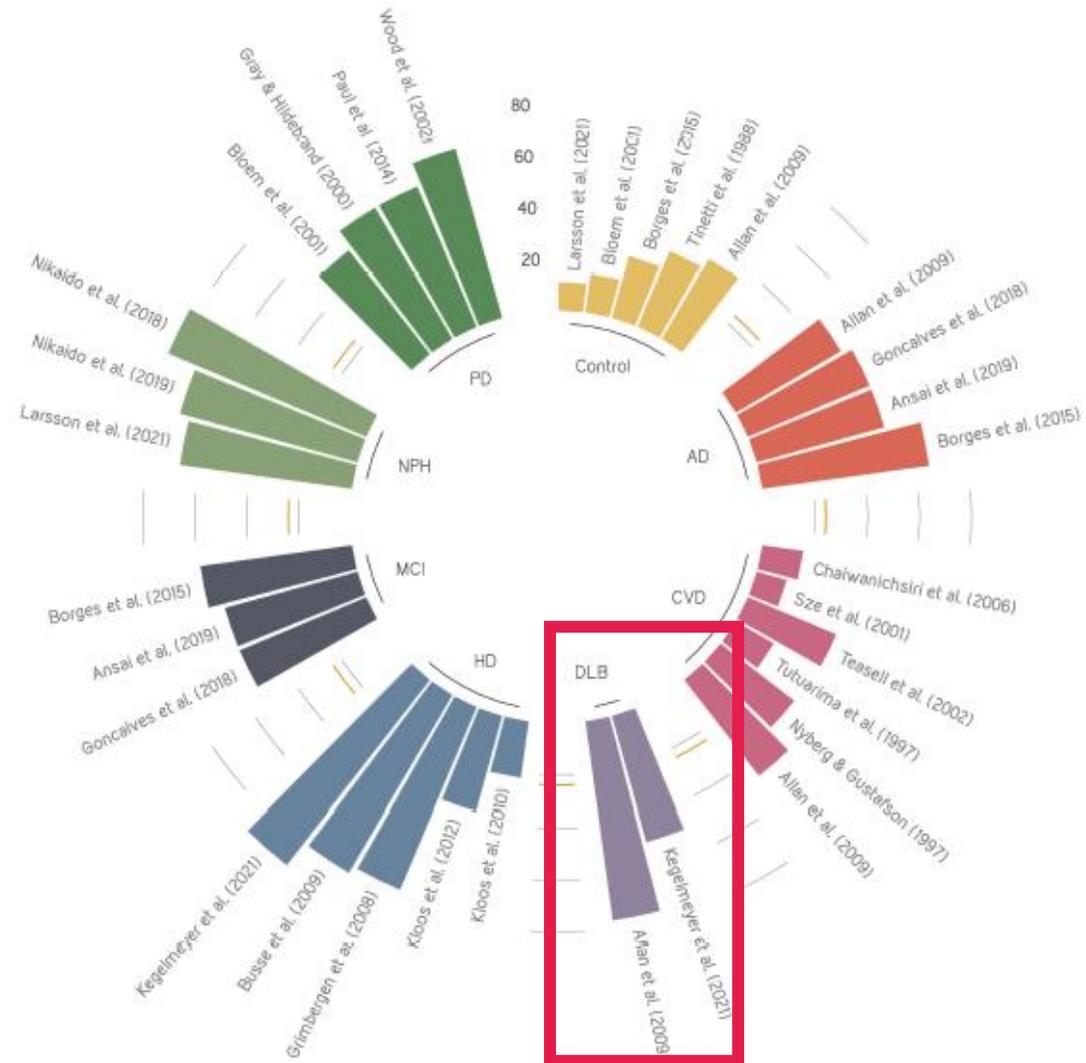
Les chutes sont fréquentes quel que soit le stade

	Control		MCI-AD		MCI-LB		<i>p</i> MCI-AD v. MCI-LB	AD		DLB		<i>p</i> AD v. DLB
	Mean	(SD)	Mean	(SD)	Mean	(SD)		Mean	(SD)	Mean	(SD)	
<i>n</i>	20		21		36			21		36		
Age	75.9	(7.3)	78.5	(6.4)	75.3	(7.6)	0.11	76.3	(6.9)	75.7	(6.3)	0.71
Gender (% female)	20		67		33		0.02	24		14		0.47
MMSE total	29.1	(0.9)	26.5	(2.1)	26.3	(2.3)	0.94	20.5	(4.7)	21.5	(4.6)	0.49
AChI (%)	0		24		42		0.17	100		97		1
Levodopa (%)	0		0		22		0.02	0		36		0.001
Informant present (%)	—		86		94		0.35	100		100		—
Daily contact with informant (%)	—		57		86		0.01	76		92		0.13
Live with informant (%)	—		52		78		0.047	71		83		0.33
<i>Cognitive symptoms</i>												
Memory	15		95		94		1	100		89		0.29
Problem solving	0		14		36		0.08	67		71		0.77
Planning	0		29		44		0.24	76		80		0.75
Fluctuating conc./att.	5		10		39		0.02	10		69		< 0.001
Disorganised speech	0		14		33		0.12	10		37		0.02
Episodes of confusion	0		0		28		0.01	5		54		< 0.001
<i>Symptoms associated with Parkinson's disease</i>												
Rigidity or stiffness	10		0		28		0.01	5		36		0.01
Shuffling walk	5		19		53		0.01	29		86		< 0.001
Tremor	20		48		50		0.86	48		72		0.06
Slowness of movement	0		43		67		0.08	43		83		0.002
Change in handwriting	35		38		75		0.01	38		89		< 0.001
Slack facial expression	0		0		14		0.15	14		54		0.003
Drooling	10		10		53		0.001	19		80		< 0.001
Loss of smell	20		19		44		0.05	29		63		0.01
Balance problems	13		53		63		0.46	40		71		0.02
Frequent falls	0		11		43		0.02	5		31		0.04
Change in posture	20		29		67		0.01	38		82		0.001
Weak voice	7		11		41		0.02	5		53		< 0.001
<i>Neuropsychiatric symptoms</i>												
Seeing things	5		24		50		0.05	5		78		< 0.001
Hearing things	0		5		11		0.64	5		29		0.04
Depression	0		14		31		0.17	19		22		1
Apathy	0		19		47		0.03	48		47		1
Delusions	0		0		0		1	5		17		0.24
Other Hallucinations	5		5		11		0.65	5		28		0.04
Anxiety	5		24		26		0.83	19		23		1

Donaghy PC, Barnett N, Olsen K, Taylor JP, McKeith IG, O'Brien JT, Thomas AJ. Symptoms associated with Lewy body disease in mild cognitive impairment. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2017 Nov;32(11):1163-1171. doi: 10.1002/gps.4742. Epub 2017 May 29. PMID: 28556415.

Chutes et les troubles cognitifs

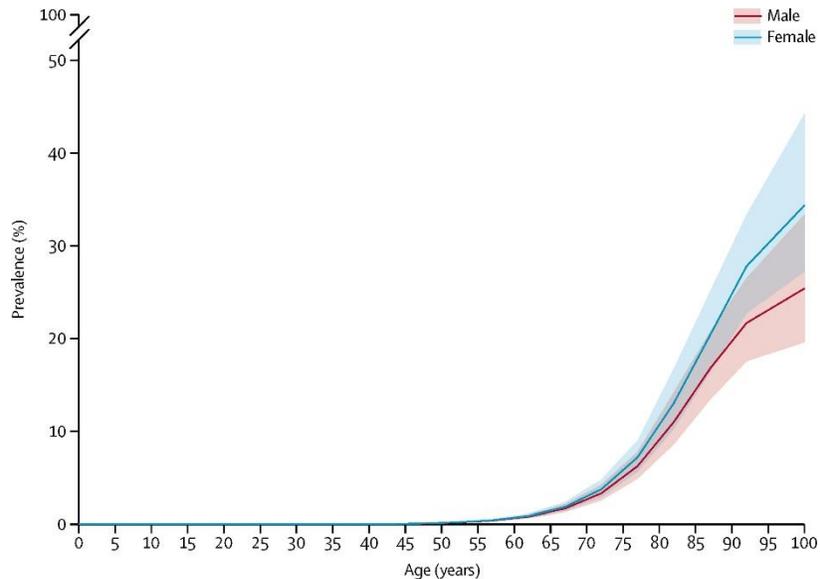
Les chutes sont fréquentes quel que soit l'étiologie



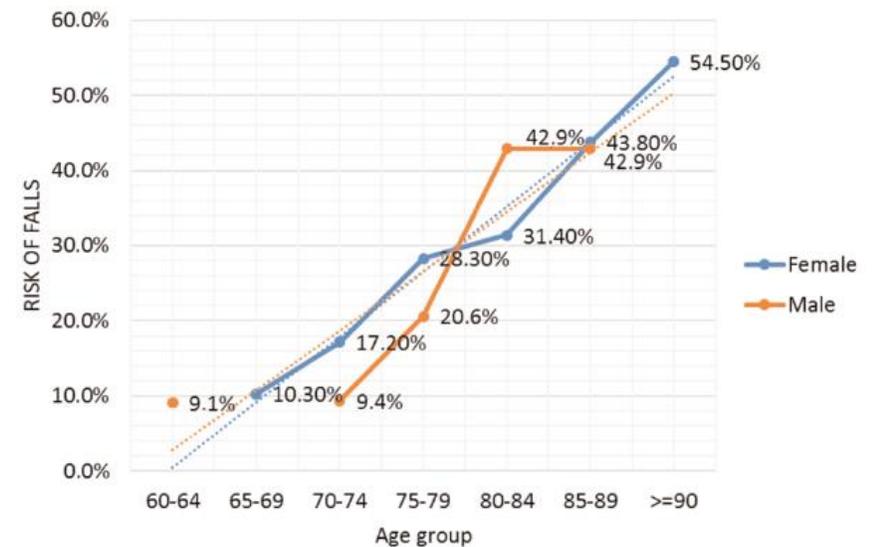
Minta K, Colombo G, Taylor WR, Schinazi VR. Differences in fall-related characteristics across cognitive disorders. *Front Aging Neurosci.* 2023 Jun 9;15:1171306. doi: 10.3389/fnagi.2023.1171306. PMID: 37358956; PMCID: PMC10289027.

Chutes et les troubles cognitifs

- Co-existence avec l'âge
- 2 maladies dont la prévalence et l'incidence augmentent avec l'âge



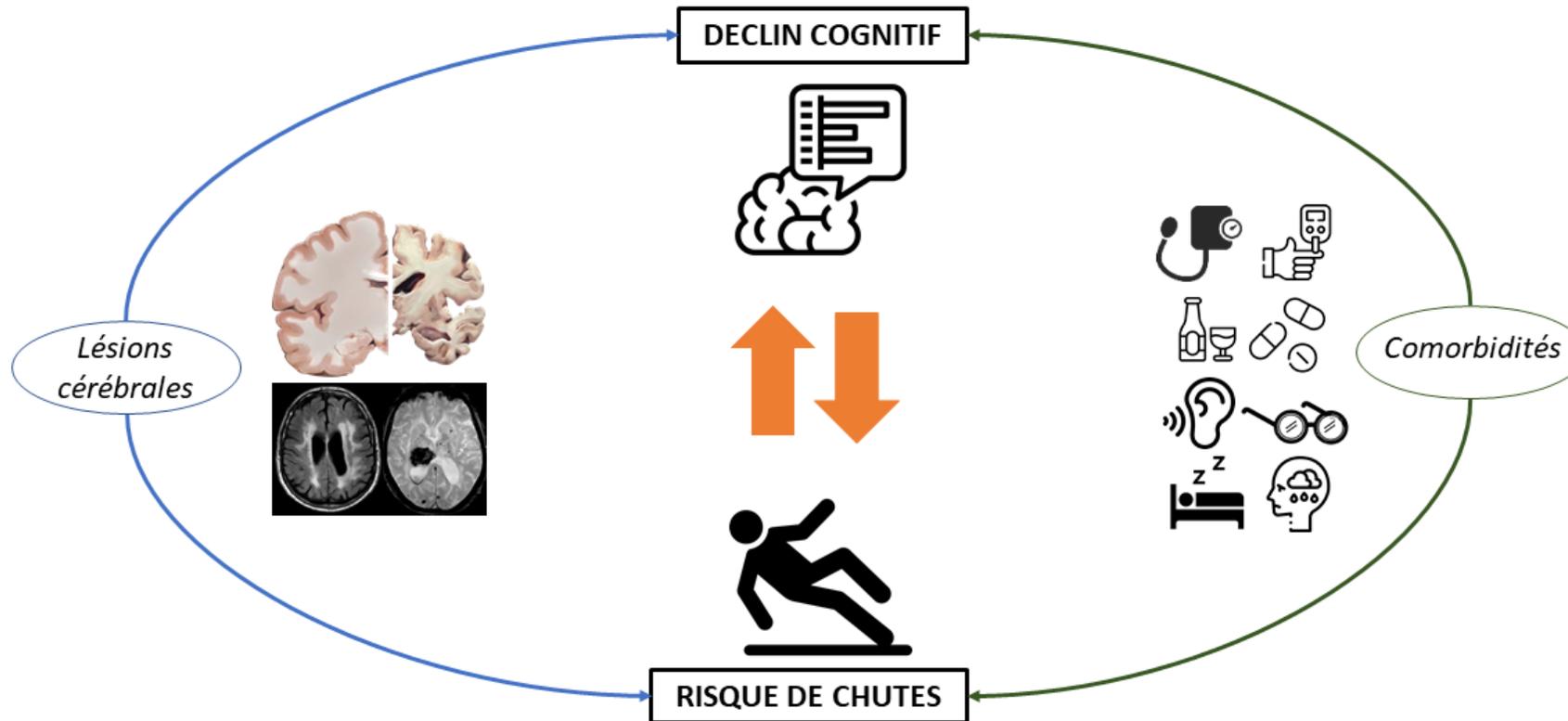
Nichols et al, Lancet Neurology 2019



Talarska et al, European review for medical and pharmacological sciences 2018

Chutes et la maladie à corps de Lewy

Les chutes sont d'origine multifactorielle



Les troubles cognitifs, surtout dysexécutifs

DECLIN COGNITIF



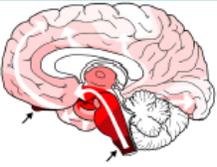
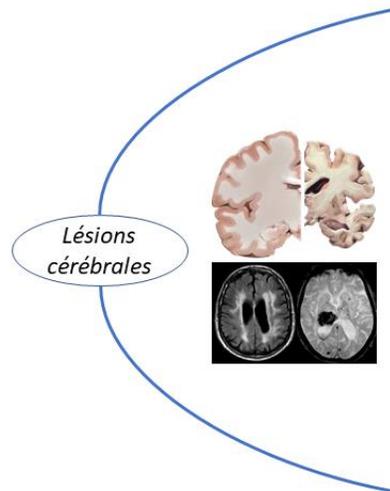
RISQUE DE CHUTES

Déclin cognitif

- Troubles dysexécutifs : difficultés dans les doubles tâches
- Troubles visuo-spatiaux : pour descendre les escaliers
- Troubles psycho-comportementaux : anxiété, dépression, peur de chuter, irritabilité

Chutes et la maladie à corps de Lewy

Les lésions cérébrales de synucléinopathie



Stades de Braak	Région anatomique	Corrélation putative
1	Bulbe olfactif, noyaux olfactifs antérieurs	Hyposmie
	Noyau dorsal du vague Système nerveux entérique	Constipation, gastroparésie
	Neurones sympathiques pré-/post-ganglionnaires	Hypotension orthostatique
	Corne dorsale de la moelle épinière	Paresthésies, douleurs
2	Complexe locus coeruleus / subcœruleus, noyaux réticulaires	Troubles du comportement en sommeil paradoxal Anxiété, dépression
3	SUBSTANCE NOIRE Amygdale (noyau central) Noyau pédiculopontin, aire tegmentale ventrale Noyaux cholinergiques du diencéphale	SYNDROME PARKINSONNIEN Dysautonomie Troubles de la marche

Lésions cérébrales

- Dysautonomie, hypotension orthostatique
- Troubles de comportement en sommeil paradoxal
- Syndrome parkinsonien plutôt axial
- Lésions vasculaires associées : automatisme de la marche, coordination

Les comorbidités en lien avec le profil gériatrique



Comorbidités

- Polymédication :
 - Dopathérapie à risque d'hypotension orthostatique
 - Psychotropes à risque de chute
- Troubles neurosensoriels : troubles visuels et auditifs non corrigés
- Les autres facteurs de risque vasculaire : neuropathie périphérique fréquente
- Les troubles ostéo-articulaires
- Les troubles nutritionnels
- L'isolement social
- L'environnement à risque
- Les troubles du sommeil

Chutes et la maladie à corps de Lewy

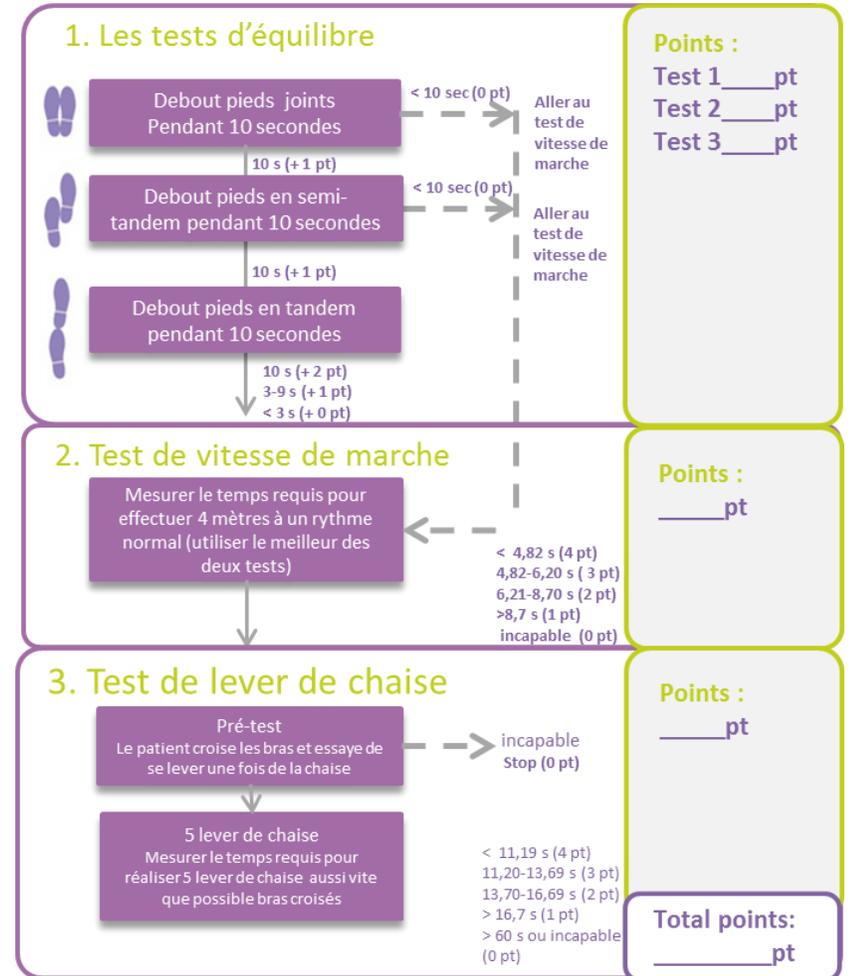
Les chutes sont d'origine multifactorielle



Comment évaluer le risque de chute ?

Mettre les patients debout

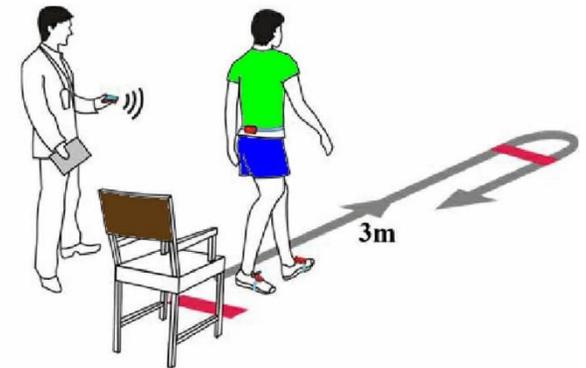
- o Station monopodale > 5 secondes
- o Test de poussée sternale
- o SPPB (Short Physical Performance Battery)
Equilibre + marche + lever
Score <10 : risque de chute



Comment évaluer le risque de chute ?

Mettre les patients à la marche

1. **Stop talking when talking**
2. **Get Up and Go Test et Timed Up and Go Test**
 - Equilibre assis droit sur une chaise à dossier
 - Transfert assis debout
 - Equilibre debout
 - Marche 3 mètres
 - Demi-tour
 - Transfert debout assis



- => analyse qualitative de la stabilité du patient au cours des différentes phases du test.
=> Durée d'exécution > 30 sec associée à un statut de dépendance
=> Le seuil à considérer pour définir les sujets à haut risque de chute est discuté : 14 sec à 20 sec

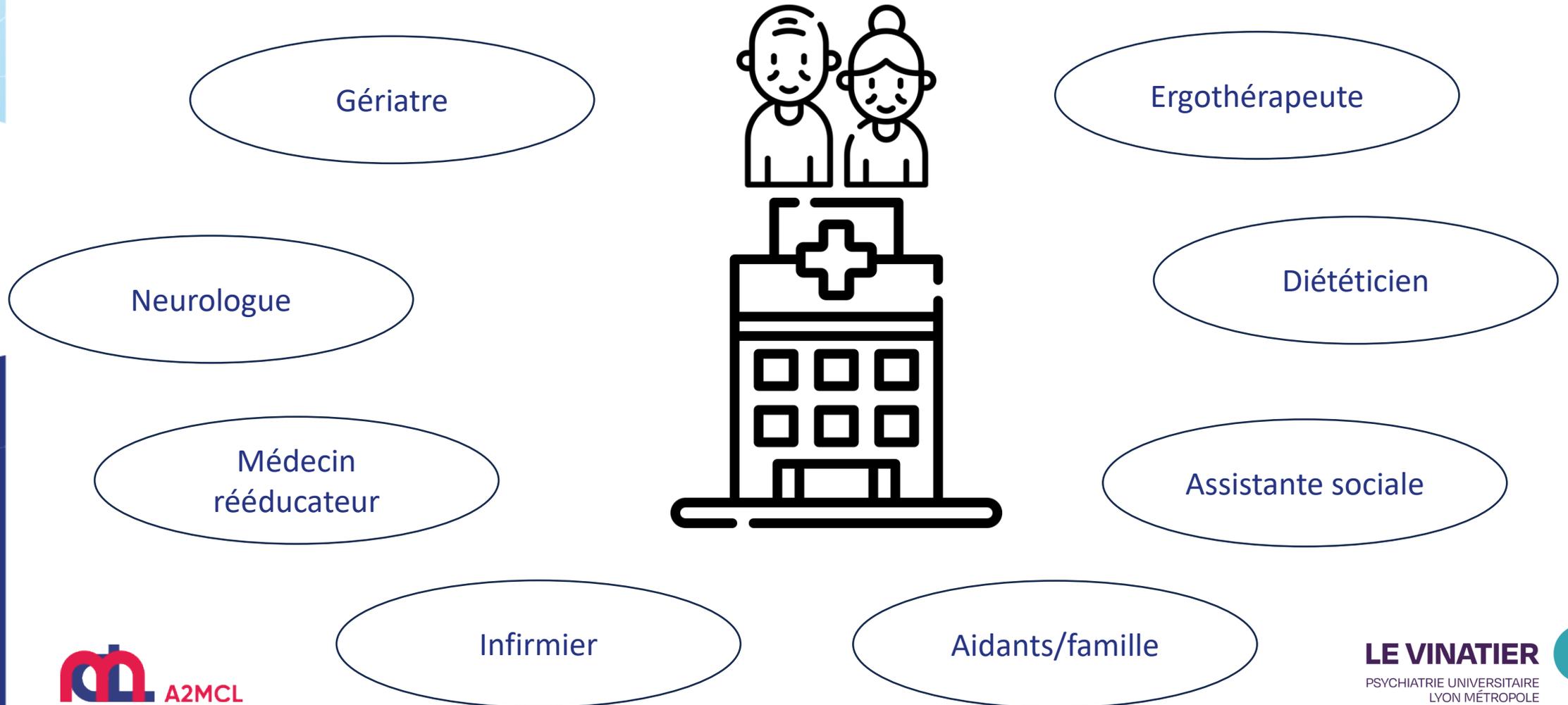
Comment évaluer le risque de chute ?

D'autres tests

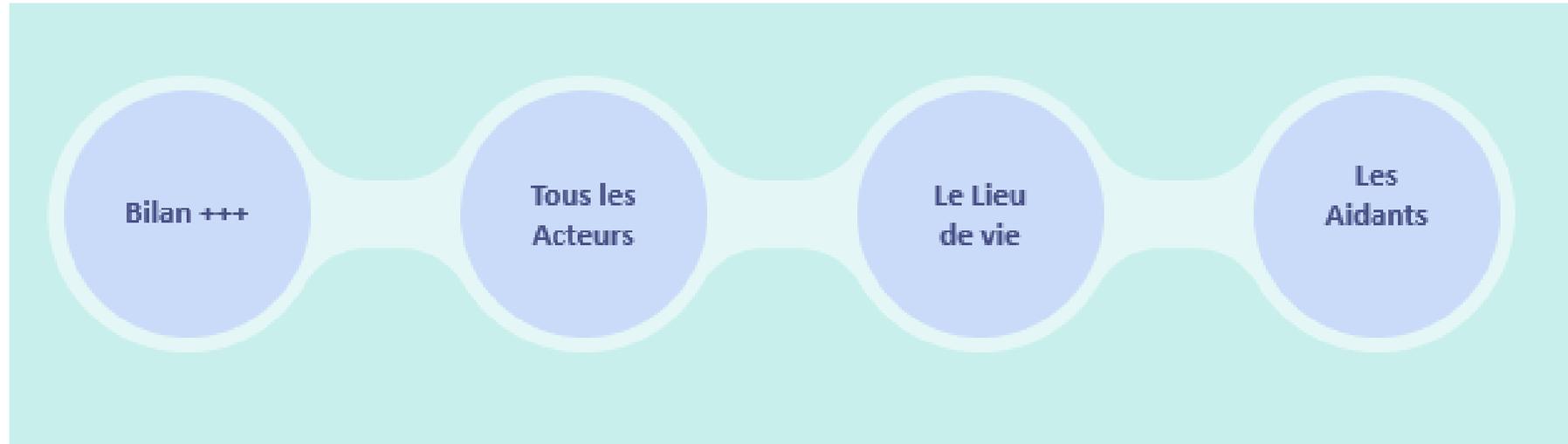
Timed Up and Go Test (TUG)	Test de l'équilibre de Berg (Berg Balance Scale)	Performance-Oriented Mobility Assessment (POMA) ou Test de Tinetti	One-Legged Stance Test (Test de maintien sur un pied)	Minute Walk Test (Test de marche de 6 minutes)
<p>Le test consiste à chronométrer le temps qu'il faut à la personne pour se lever d'une chaise, marcher 3 mètres, faire demi-tour, revenir et s'asseoir.</p>	<p>échelle comporte 14 tâches d'équilibre fonctionnel (se tenir debout, s'asseoir, se tenir sur un pied) notées sur une échelle de 0 à 4, pour un score total sur 56 points.</p>	<p>Ce test évalue à la fois la marche et l'équilibre à travers plusieurs tâches (comme s'asseoir, se lever, marcher, etc.). Le score maximal est de 28 points.</p>	<p>Il mesure la capacité de la personne à rester en équilibre sur une jambe. Le temps passé en équilibre est noté.</p>	<p>Ce test mesure la distance que la personne peut parcourir en marchant pendant 6 minutes. Il permet d'évaluer l'endurance et la stabilité de la marche.</p>
<p>Interprétation Un temps supérieur à 12 secondes indique généralement un risque accru de chute.</p>	<p>Interprétation : Un score inférieur à 45/56 est associé à un risque élevé de chute.</p>	<p>Interprétation : Un score inférieur à 19 est fortement associé à un risque de chute élevé.</p>	<p>Interprétation : Un maintien inférieur à 5 secondes peut être associé à un risque de chute accru.</p>	<p>Interprétation : Une distance réduite peut indiquer un problème de mobilité et un risque de chute</p>

Comment évaluer le risque de chute ?

Chute multifactorielle = Evaluation multidisciplinaire



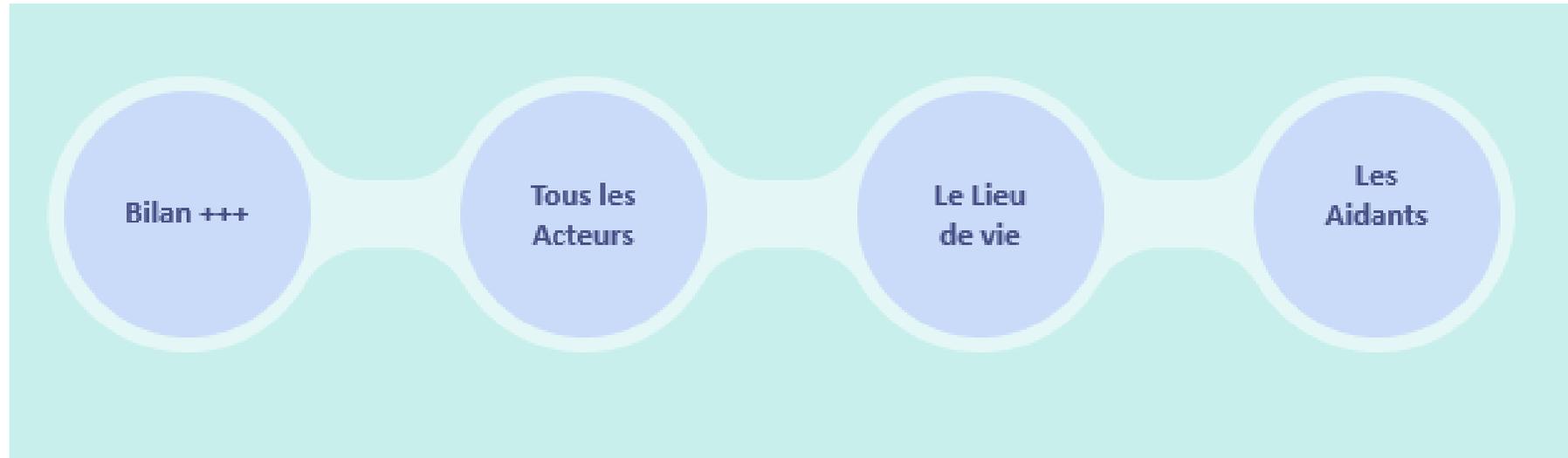
Quelle stratégie de prévention ?



Approche multifactorielle en fonction des stades de la maladie :

- **Intervention précoce sur l'équilibre et la mobilité :** À chaque stade, proposer des exercices adaptés pour maintenir ou ralentir la dégradation des capacités motrices.
- **Prévenir l'aggravation des troubles visuo-spatiaux :** Améliorer l'environnement du patient avec des aides visuelles (couleurs, repères au sol, éclairage suffisant).
- **Traiter tous les facteurs de risque de chute**
- **Une approche personnalisée axée sur les centres d'intérêt**

Quelle stratégie de prévention ?



Réadaptation physique et cognitivo-motrice :

- **Kinésithérapie régulière** : Séances pour travailler la force, la posture et l'équilibre. Intégrer des mouvements doux (tai-chi, danse douce) pour maintenir la mobilité.
- **Ergothérapie** : Adapter les objets de la vie quotidienne pour faciliter les prises, l'habillage, les transferts. Utilisation d'objets ergonomiques et dispositifs sécurisants.
- **Maintien des activités physiques** : Encourager les promenades encadrées, des exercices en groupe pour maintenir les capacités physiques et réduire la sédentarité.

Quelle stratégie de prévention ?

La thérapie par l'exercice physique est la seule testée positive

Citation	Treatment	Characteristics of the treatment	Duration of treatment	Primary outcomes	Secondary outcomes
Tabak et al. [20] 2013	PT	Aerobic exercise training on a stationary bicycle	8 weeks	Effects on executive functions	Effects on disease severity, QoL, walking
Dawley et al. [19] 2015	PT	Intensive exercises (LSVT BIG programme)	12 weeks	Efficacy of a PD treatment with a LBD patient	-
Telenius et al. [18] 2015	PT	Intensive strengthening, balance exercises	12 weeks	Effects on balance	Effects on muscle strength, mobility, ADL, QoL, and neuropsychiatric symptoms
Longhurst et al. [17] 2020	PT	Aerobic activity, strengthening, balance training	4 weeks	Effects on gait and balance	Effects on cognition
Kegelmeyer et al. [21] 2021	PT	20 min of treadmill training	1 day	Feasibility and safety of the treatment	Effects on gait, mobility, and coordination

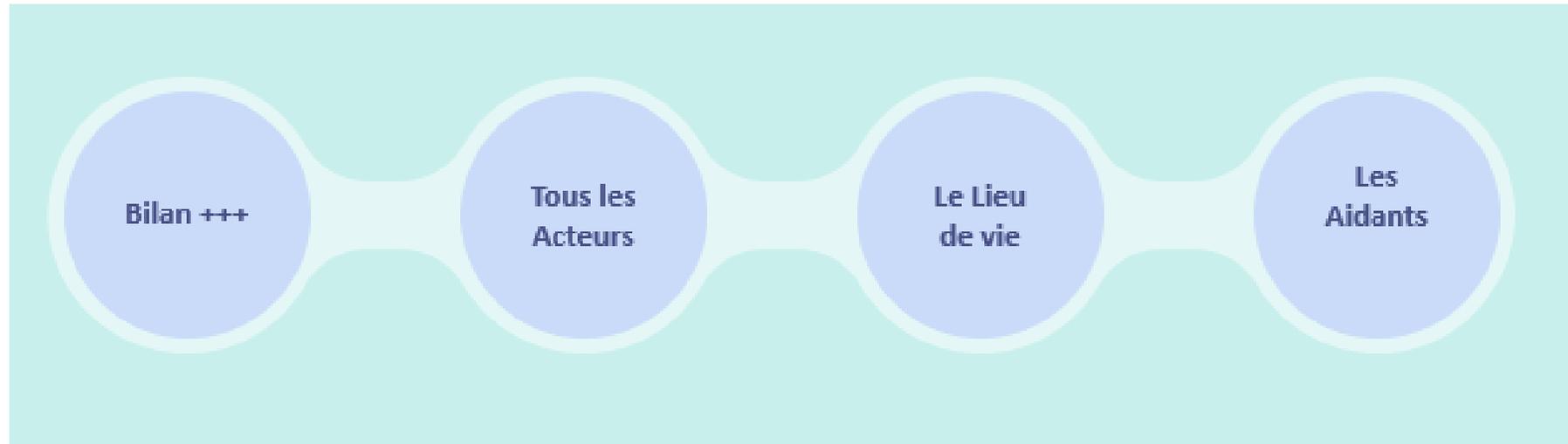
Quelle stratégie de prévention ?



Adaptation et sécurisation de l'environnement à domicile ou en EHPAD :

- **Éclairage adapté et élimination des obstacles** : Mettre en place un éclairage suffisant, surtout la nuit. Retirer les tapis glissants, fixer les meubles au sol, éviter les surfaces inégales.
- **Dispositifs d'aide à la marche** : Canne, déambulateur, ou chaussons anti-dérapants pour limiter les chutes. **La meilleure aide est celle utilisée par la personne**
- **Systèmes d'alarme et surveillance** : Installation de capteurs ou systèmes d'appel d'urgence en cas de chute.
- **Place de la contention** : restreindre les mouvements ?

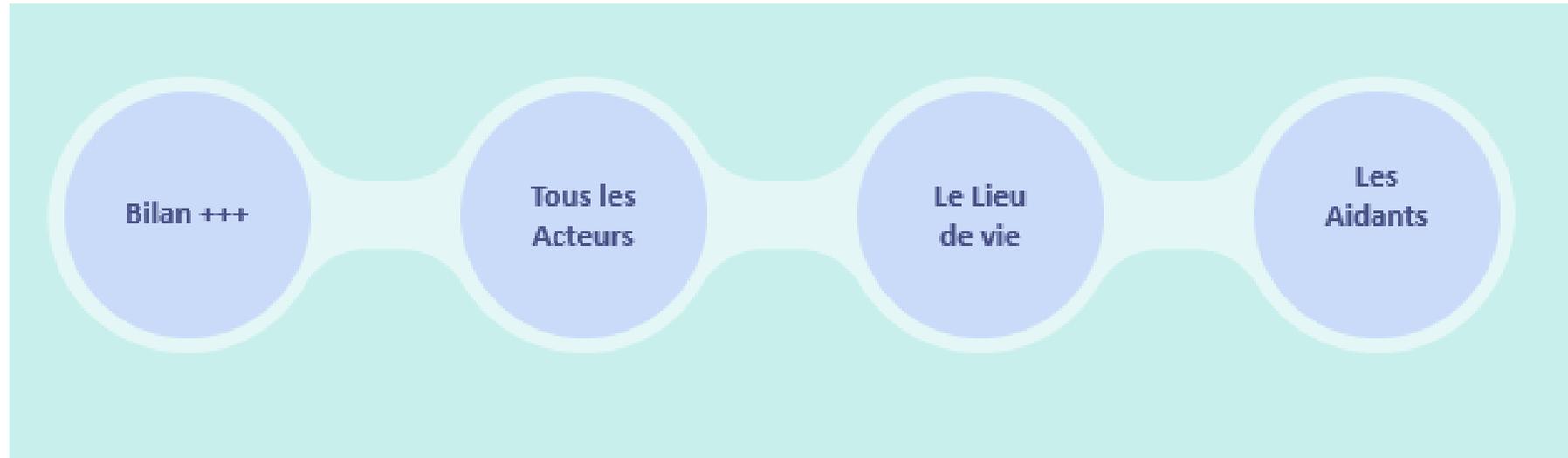
Quelle stratégie de prévention ?



Formation des aidants et soignants : élément clé de la prévention des chutes +++++

- **Les Aidants doivent être sensibilisés aux facteurs de risque et aux stratégies d'intervention**
- **Les soignants: Formation +++** Les soignants formés sont mieux équipés pour créer un environnement sûr et encourager les activités qui renforcent la motricité (Formation aux -Techniques pour aider lors des transferts (lit-chaise, toilette) et prévenir les risques de chute...)
- **Communication adapté:** Aider les patients à suivre des consignes simples pour prévenir les mouvements brusques ou imprévus, particulièrement lors des moments critiques (lever du lit, toilette).

Quelle stratégie de prévention ?



La place des traitements médicamenteux / spécifiques de la maladie à corps de Lewy

Aucune donnée de preuve d'efficacité directe

- La dopathérapie : attention aux hypotensions orthostatiques
- L'inhibiteur de l'AchE : Diminue indirectement le risque de chute
- La mélatonine : Diminue indirectement le risque de chute
- Traiter la dysautonomie
- Stimulation cérébrale profonde ? Non concluante

M B, 86 ans

Evolution

- o HDJ Chute pour une évaluation multidisciplinaire : nutrition correcte, augmentation apport hydrique et de laitages, chaussage inadapté, fauteuils sans accoudoirs, proposition de canne et rollator 4 roues pour les déplacements extérieurs
- o Début de kinésithérapie et d'orthophonie
- o Amélioration des hallucinations sous RIVASTIGMINE
- o Aggravation de l'apathie
- o MoCA à 27 Vs 22
- o Chute sur verglas l'hiver dernier, fracture de l'épaule à gauche

Mme D, 90 ans

HDJ chute

- o Risque de dénutrition
 - o Absence de barre d'appui
 - o Début d'orthophonie et de kinésithérapie
 - o Début de traitement par Donépezil et Dopathérapie
-
- o Aggravation de l'hypotension orthostatique
 - o Hallucinations visuelles, TCSP
 - o Propos persécutifs et idées noires
 - o Institutionnalisation l'année dernière
 - o Chutes fréquentes surtout la nuit

Take home message

1

La prévention du risque de chute chez les personnes avec une maladie à corps de Lewy n'est jamais trop tôt ni jamais trop tard

2

Les chutes sont toujours d'origine multifactorielle et la prise en charge doit également être multidisciplinaire et personnalisée

**MERCI POUR VOTRE
ATTENTION**



Module 2

Chutes et MCL

Comment mieux les prévenir et
mieux les prendre en charge

Dr Yaohua CHEN

Neuro-gériatre, Lille

Yaohua.chen@univ-lille.fr





Association des Aidants
et Malades à Corps de Lewy

Colloque A2MCL maladie à corps de Lewy

8 novembre 2024

LE VINATIER

PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE

