



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

# MCL et perte de poids

Mieux comprendre la cause  
pour mieux la prendre en  
charge

**Pr Claire ROUBAUD BAUDRON**

*Gériatre, Bordeaux*

université  
de **BORDEAUX**



**LE VINATIER**  
PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE  
LYON MÉTROPOLE

# Maladie à corps de Lewy et perte de poids

## Mieux comprendre la cause pour mieux la prendre en charge

- 01 **Maladie à corps de Lewy et perte de poids**
- 02 **Pourquoi cette perte de poids ?**
- 03 **Et maintenant, que fait-on ?**

# Maladie à corps de Lewy et perte de poids

## Mieux comprendre la cause pour mieux la prendre en charge

01

**Maladie à corps de Lewy et perte de poids**

02

Pourquoi cette perte de poids ?

03

Et maintenant, que fait-on ?

# La perte de poids est un facteur de mauvais pronostic



Perte de poids



**Hospitalisation non programmée**

**Déclin fonctionnel**

**Chute, fonte musculaire**

**Infections**

**Escarres, retard de cicatrisation**

**Déclin cognitif**

**Mortalité**

# Consultation de suivi

1. Événements médicaux récents
2. Traitement actuel
3. Changements cognitifs ? Comportement (NPI)
4. Thymie
5. Indépendance fonctionnelle (ADL, IADL)
6. **POIDS++**
7. Aides en place / APA / ALD15
8. Comment va l'aidant

# Déséquilibre entre apports et dépenses

↗ **Dépenses**



↘ **Apports**



# Définition de la dénutrition

## Diagnostic de la dénutrition de l'adulte (70 ans et plus)

Une dénutrition est-elle présente ?

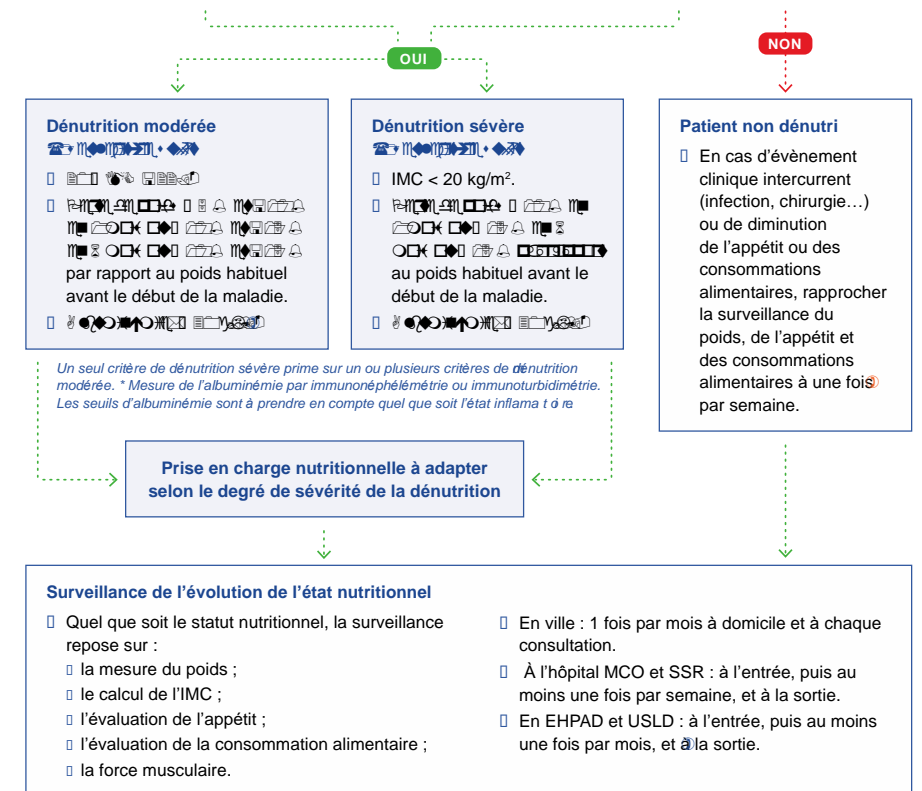
Critères pour le diagnostic de dénutrition : présence d'au moins 1 critère phénotypique et 1 critère étiologique

### Critères phénotypiques

- Rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- IMC < 22 kg/m<sup>2</sup>.
- la masse musculaire (cf texte de la recommandation).

### Critères étiologiques

- plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport à la consommation alimentaire habituelle ou aux besoins protéino-énergétiques.
- Absorption réduite (malabsorption/maldigestion).
- Situation d'agression (avec ou sans syndrome chronique évolutive ou pathologie maligne évolutive).



# Définition de la dénutrition

## Critères phénotypiques ①



- ☐ Rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- ☐ IMC < 22 kg/m<sup>2</sup>.
- ☐ la masse musculaire (cf texte de la recommandation).

## Critères étiologiques



- ☐ plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport à la consommation alimentaire habituelle ou aux besoins protéino-énergétiques.
- ☐ Absorption réduite (malabsorption/maldigestion).
- ☐ Situation d'agression (avec ou sans syndrome chronique évolutive ou pathologie maligne évolutive).

## Surveillance de l'évolution de l'état nutritionnel

- ☐ Quel que soit le statut nutritionnel, la surveillance repose sur :
  - ☐ la mesure du poids ;
  - ☐ le calcul de l'IMC ;
  - ☐ l'évaluation de l'appétit ;
  - ☐ l'évaluation de la consommation alimentaire ;
  - ☐ la force musculaire.
- ☐ En ville : 1 fois par mois à domicile et à chaque consultation.
- ☐ À l'hôpital MCO et SSR : à l'entrée, puis au moins une fois par semaine, et à la sortie.
- ☐ En EHPAD et USLD : à l'entrée, puis au moins une fois par mois, et à la sortie.

## Diagnostic de la dénutrition de l'adulte (70 ans et plus)

Une dénutrition est-elle présente ?

Critères pour le diagnostic de dénutrition : présence d'au moins 1 critère phénotypique et 1 critère étiologique

### Critères phénotypiques ②

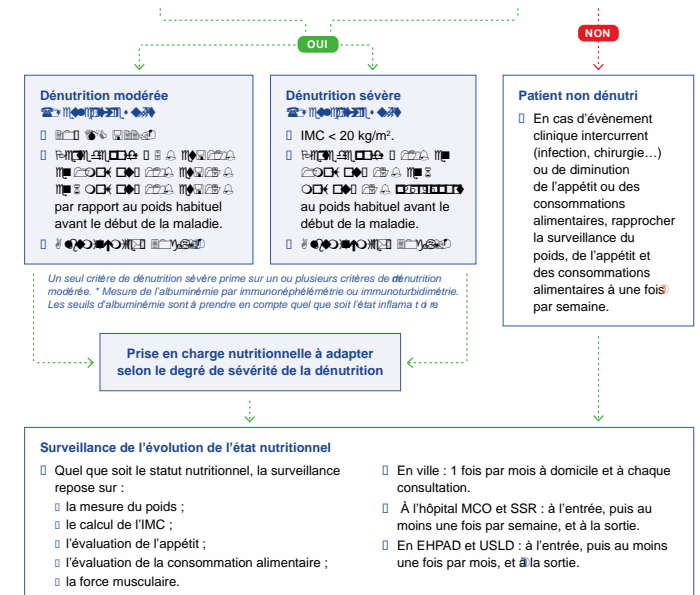


- ☐ rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- ☐ IMC < 22 kg/m<sup>2</sup>.
- ☐ la masse musculaire (cf texte de la recommandation).

### Critères étiologiques



- ☐ plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport à la consommation alimentaire habituelle ou aux besoins protéino-énergétiques.
- ☐ Absorption réduite (malabsorption/maldigestion).
- ☐ Situation d'agression (avec ou sans syndrome chronique évolutive ou pathologie maligne évolutive).



Toutes nos publications sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)



Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

# La perte de poids est un signal



**Perte de poids**

# La perte de poids est un signal



Quelle est la cause de perte de poids ?

**Perte de poids**

SoySal *et al.* Geriatr Psychiatr 2021 – Borda *et al.* Health Sci Report 2021

# Maladie à corps de Lewy et perte de poids

## Mieux comprendre la cause pour mieux la prendre en charge

01

Maladie à corps de Lewy et perte de poids

02

**Pourquoi cette perte de poids ?**

03

Et maintenant, que fait-on ?

# Les causes fréquentes de perte de poids

Maladie à corps  
de Lewy



Perte de  
poids

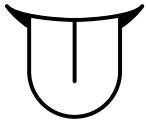
\* cancers, insuffisances d'organe, endocrinopathie, infections chroniques...

# Maladie à corps de Lewy et causes de perte de poids

Constipation



Anomalie du goût  
et de l'odorat



Dépression



Temps  
Évolution de la maladie



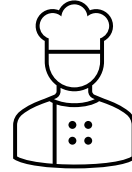
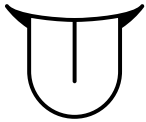
Perte de  
poids

# Maladie à corps de Lewy et causes de perte de poids

Constipation



Anomalie du goût  
et de l'odorat



Troubles attentionnels

Dépression



Troubles dysexécutifs



Temps  
Évolution de la maladie



Perte de  
poids

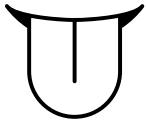


# Maladie à corps de Lewy et causes de perte de poids

Constipation



Anomalie du goût  
et de l'odorat



Dépression



Troubles attentionnels  
Troubles dysexécutifs



Agnosie  
Apraxie

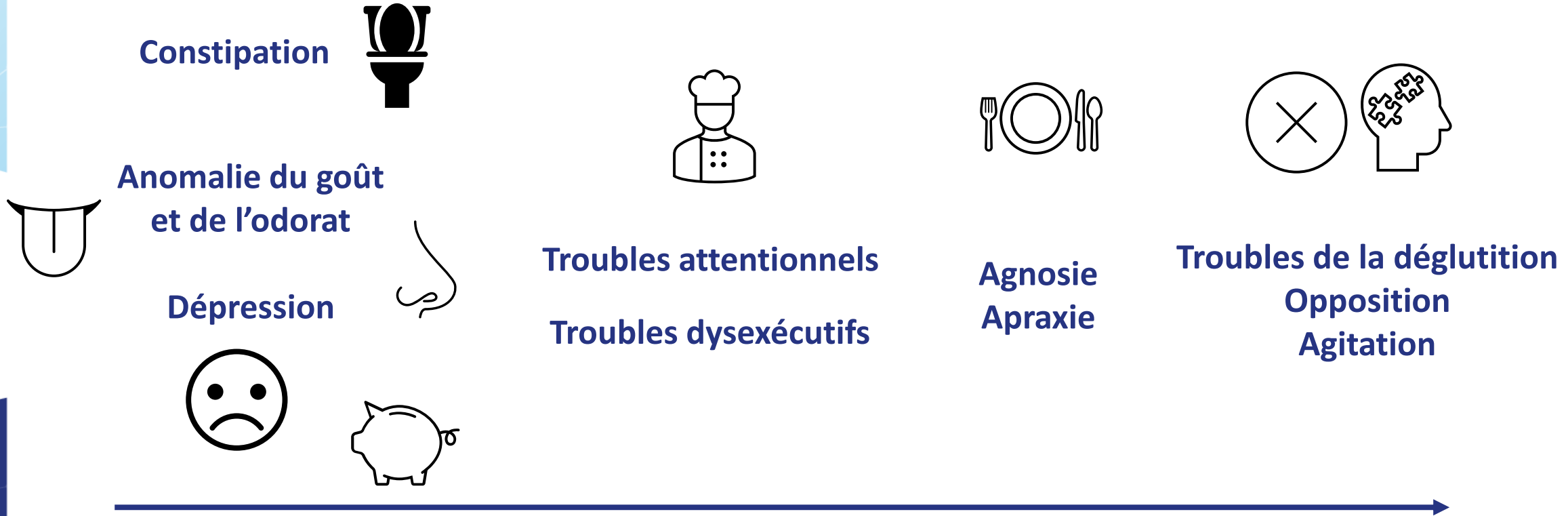


Temps  
Évolution de la maladie



Perte de  
poids

# Maladie à corps de Lewy et causes de perte de poids



**Perte de poids**

**Temps**  
**Évolution de la maladie**

# Les causes fréquentes de perte de poids

Maladies chroniques\*  
Maladies aiguës



Iatrogénie

Maladie à corps  
de Lewy



Perte de  
poids

Dépression

Problèmes dentaires

Précarité économique

Isolement social

# Comment expliquer la perte de poids

## ↗ Dépenses

### Stress aigus

- Infection
- Fracture
- Infarctus du myocarde...

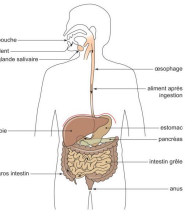
### Pathologies chroniques

- Insuffisance d'organe
- Cancer
- Infections chroniques
- Endocrinopathies
- ...



Anosmie  
Agnosie  
Apraxie  
Tb attentionnels  
Oubli  
Déglutition

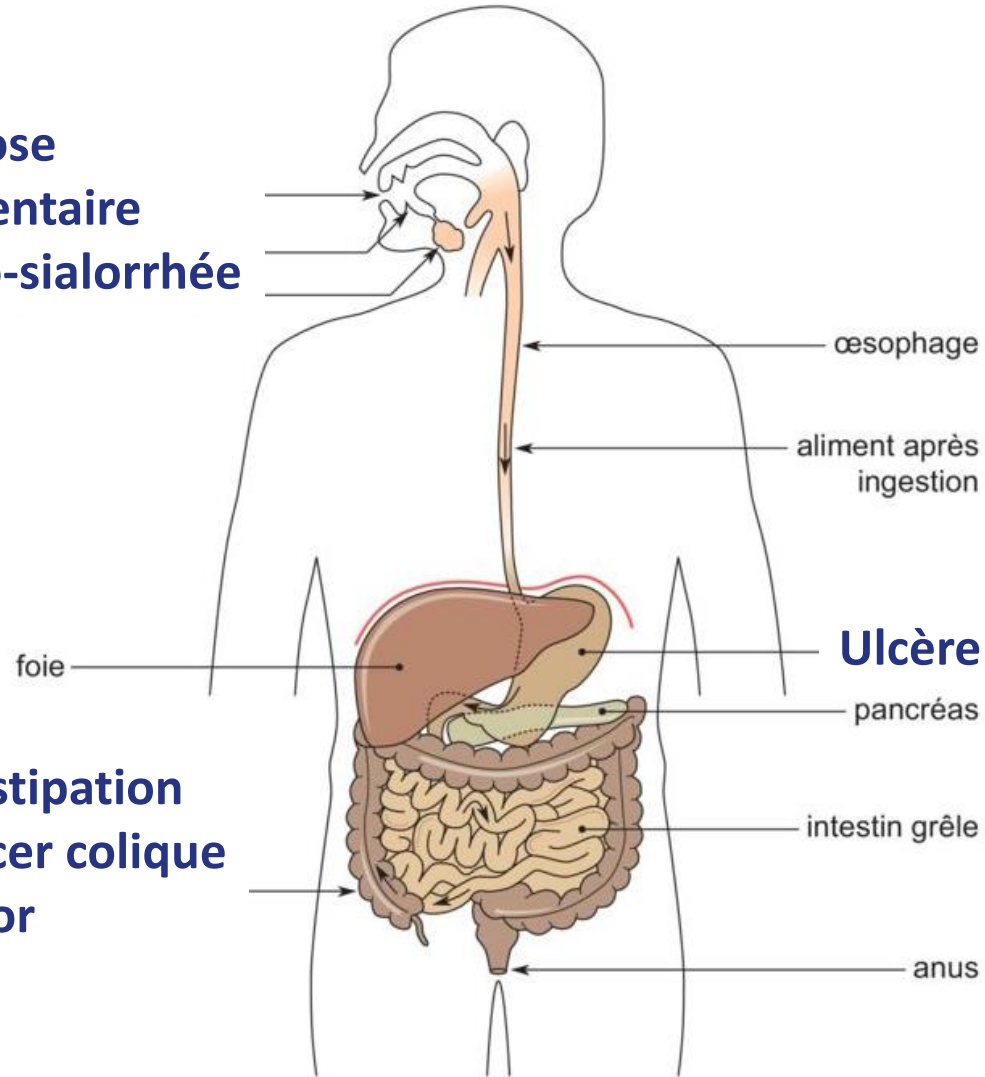
Troubles digestifs



## ↘ Apports

# Fréquentes causes digestives

**Mycose**  
**Pb dentaire**  
**Hypo-sialorrhée**



**Constipation**  
**Cancer colique**  
**Angor**

**Ulcère gastroduodéal**

**Perte d'appétit**  
Antidépresseur (Paroétine  
fluoxétine...)  
L-dopa (début)  
Rivastigmine  
Neuroleptiques

**Et si c'était le médicament ?**

# MCL et difficultés pour manger

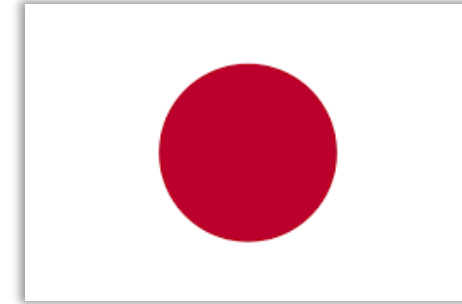
N=272 patients MCL + aidants

MMSE Moy 20±5

Questionnaire patient/famille/médecin

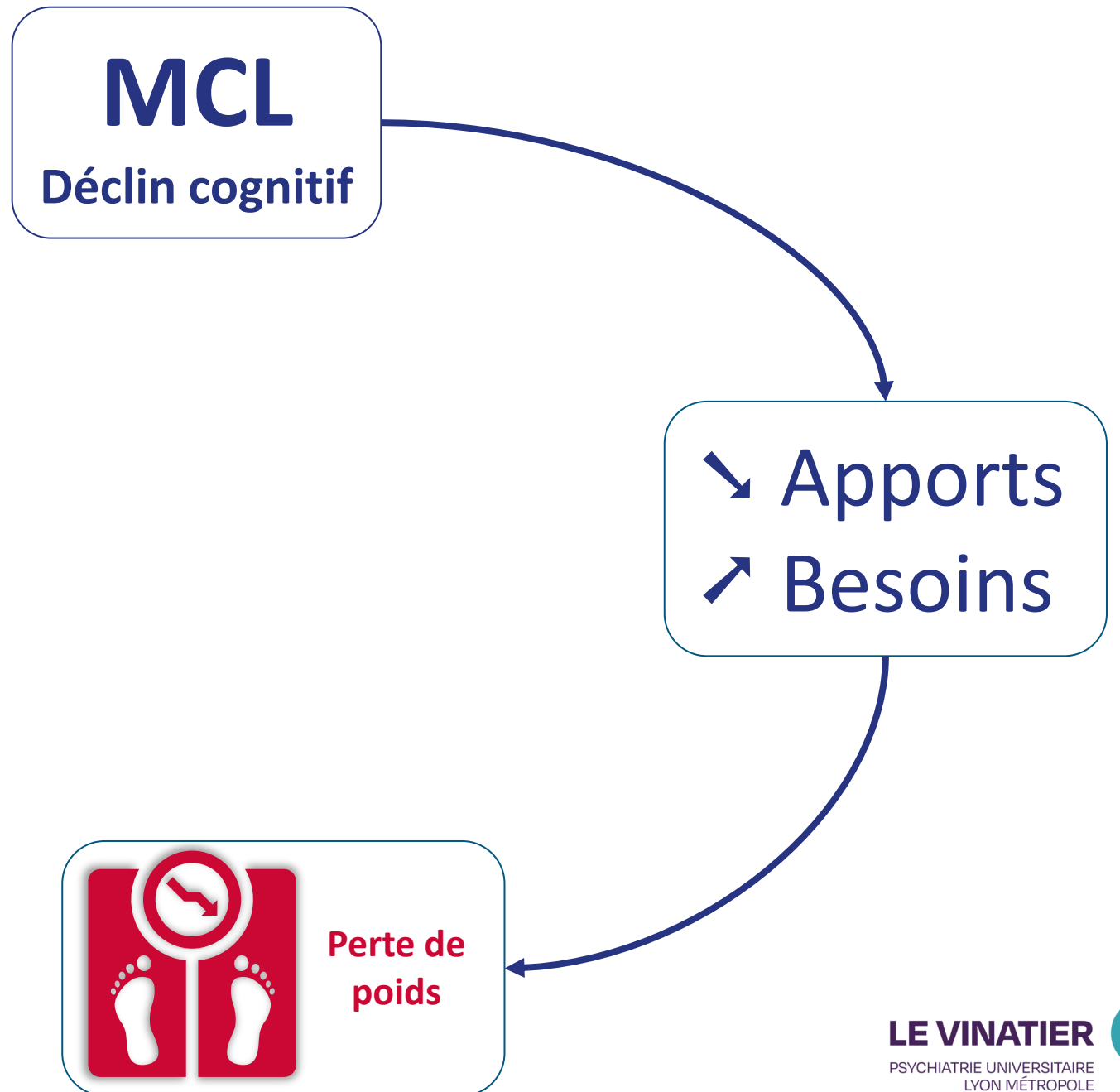
**27%** avec des problèmes pour manger

**Discordance entre le symptôme  
du patient et la connaissance du  
médecin**

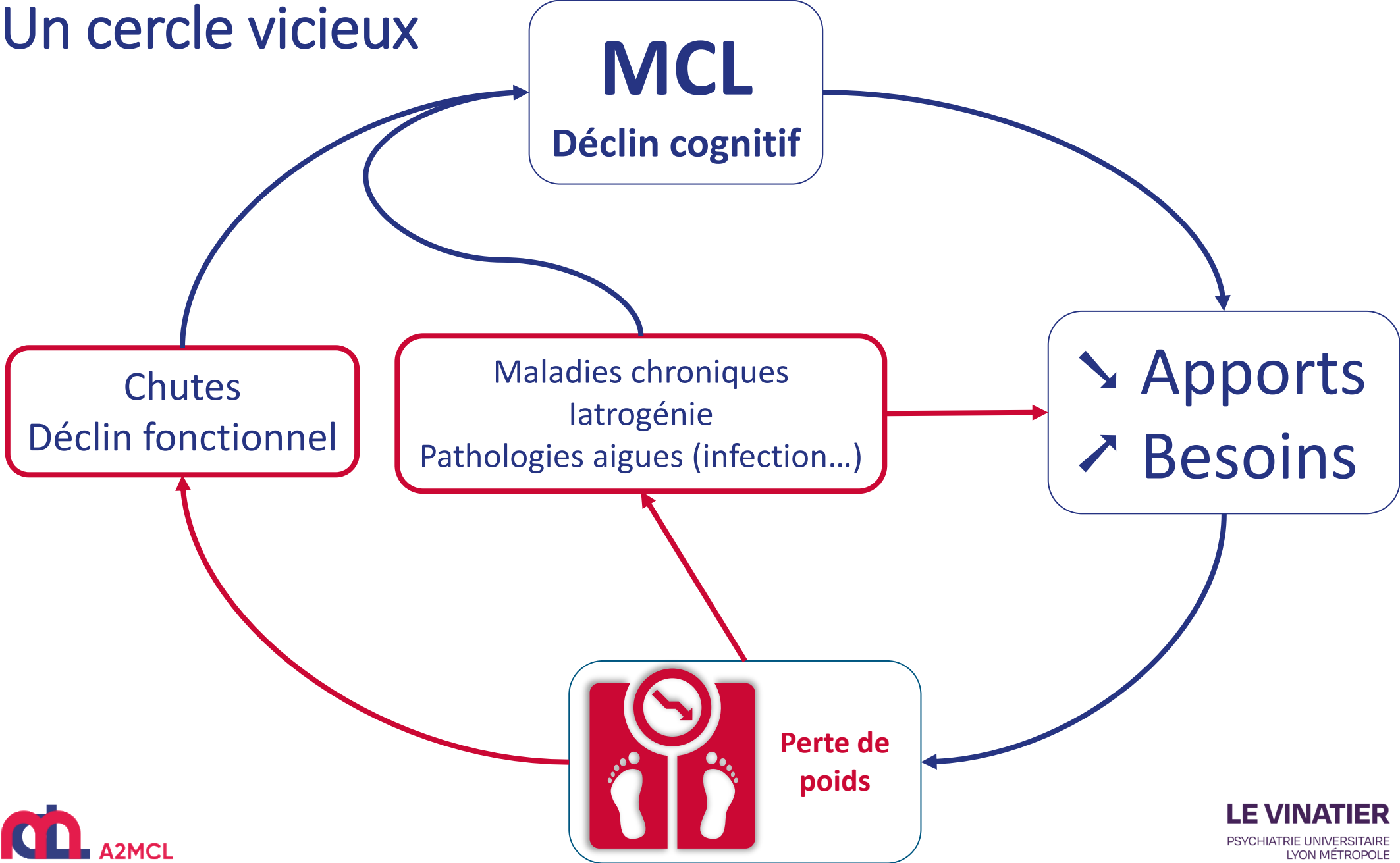


**Japon**

# Un cercle vicieux

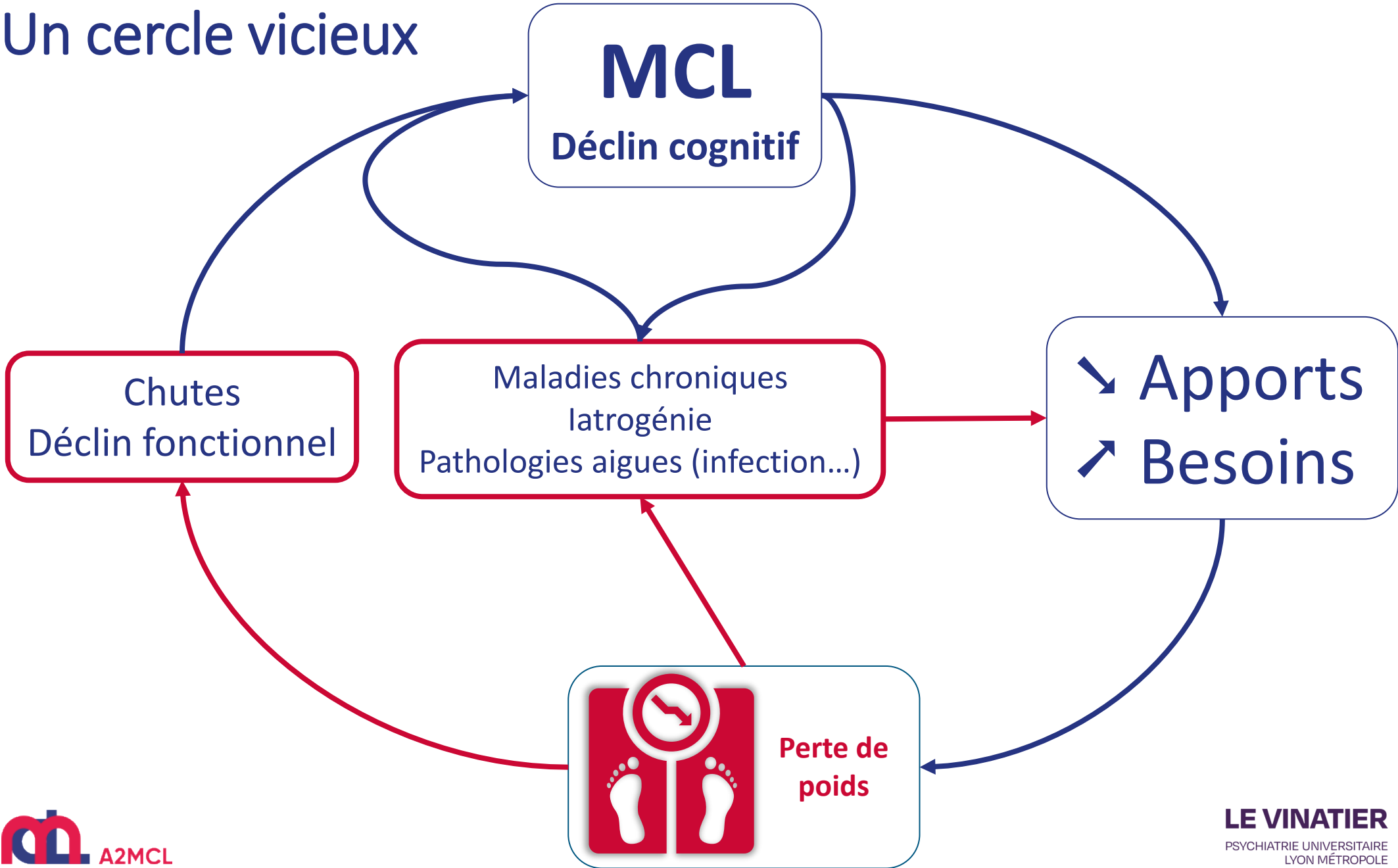


# Un cercle vicieux

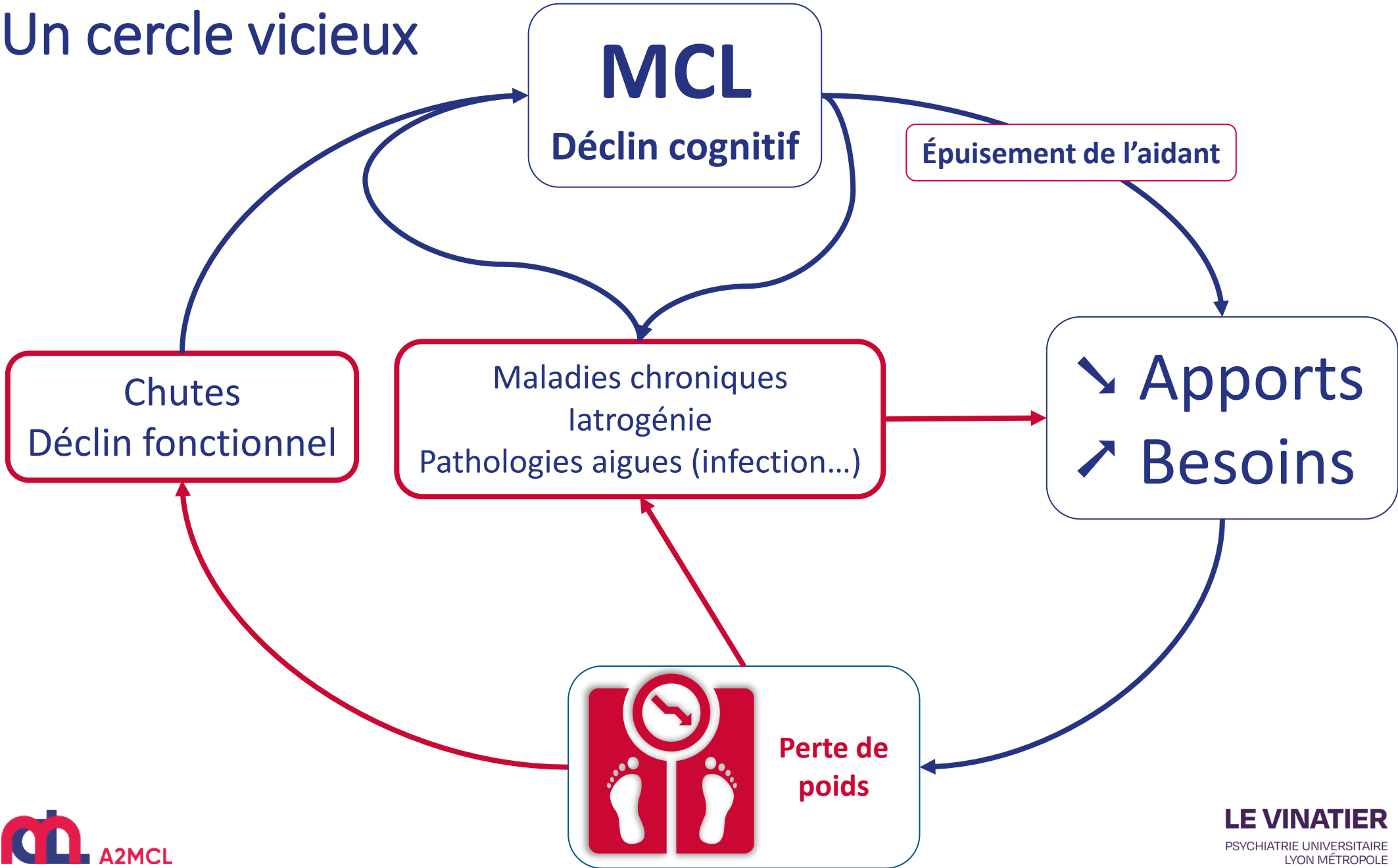




# Un cercle vicieux



# Un cercle vicieux



# Maladie à corps de Lewy et perte de poids

## Mieux comprendre la cause pour mieux la prendre en charge

01

Maladie à corps de Lewy et perte de poids

02

Pourquoi cette perte de poids ?

03

**Et maintenant, que fait-on ?**

# Du « sur mesure »



Traitement de la cause

Optimiser les apports

Alimentation = plaisir



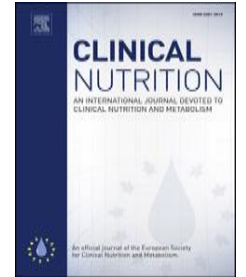


ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

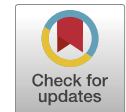
## Clinical Nutrition

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/clnu>



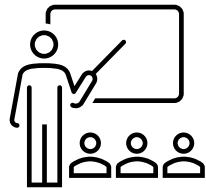
ESPEN Guideline

## ESPEN guideline on nutrition and hydration in dementia – Update 2024



Dorothee Volkert <sup>a,\*</sup>, Anne Marie Beck <sup>b</sup>, Gerd Faxén-Irving <sup>c</sup>, Thomas Frühwald <sup>d</sup>,  
Lee Hooper <sup>e</sup>, Heather Keller <sup>f,g</sup>, Judi Porter <sup>h</sup>, Elisabet Rothenberg <sup>i</sup>, Merja Suominen <sup>j</sup>,  
Rainer Wirth <sup>k</sup>, Michael Chourdakis <sup>l</sup>

# Recommandations européennes

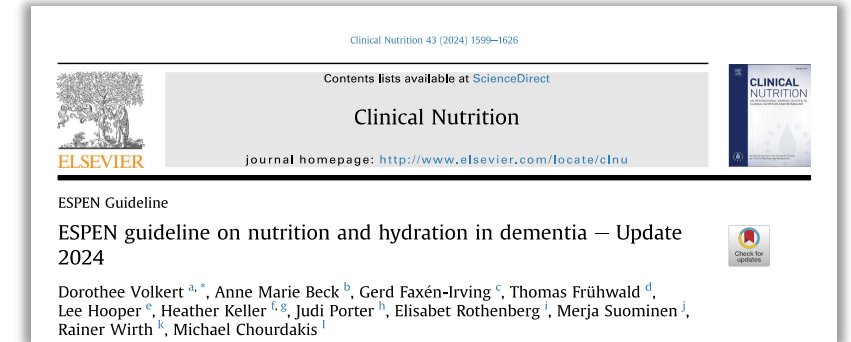


**Patient  
Soignant  
Aidant**

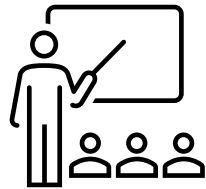


**Surveillance  
régulière**

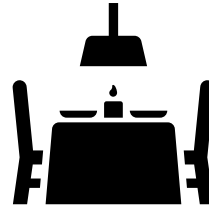
*Li et al. J Adv Nurs 2020 - Charras et al. J Gerontol Soc Work 2010*



# Recommandations européennes



**Patient  
Soignant  
Aidant**

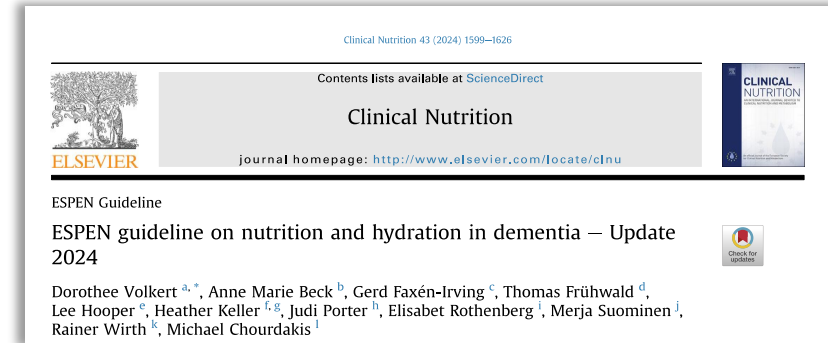


**Ambiance**

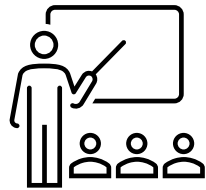
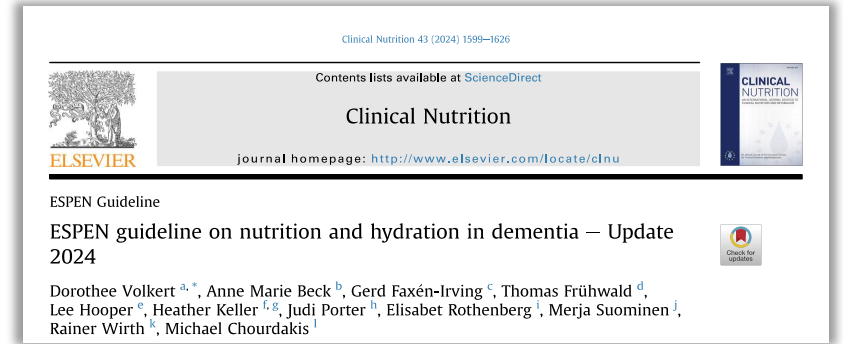


**Surveillance  
régulière**

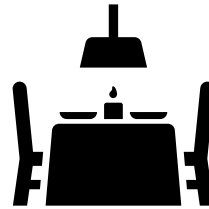
Li et al. J Adv Nurs 2020 - Charras et al. J Gerontol Soc Work 2010



# Recommandations européennes



**Patient  
Soignant  
Aidant**



**Ambiance**



**Perte de poids**

**Facteurs  
modifiables?**



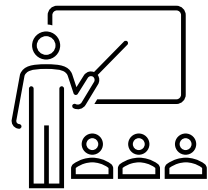
**Surveillance  
régulière**

*Li et al. J Adv Nurs 2020 - Charras et al. J Gerontol Soc Work 2010*

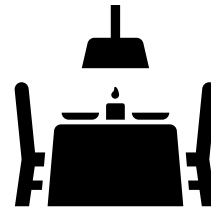




# Recommandations européennes



Patient  
Soignant  
Aidant



Ambiance

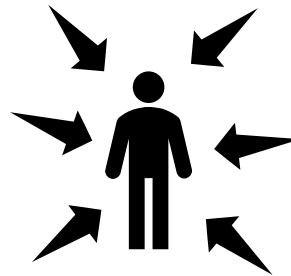


Perte de poids

Facteurs  
modifiables?

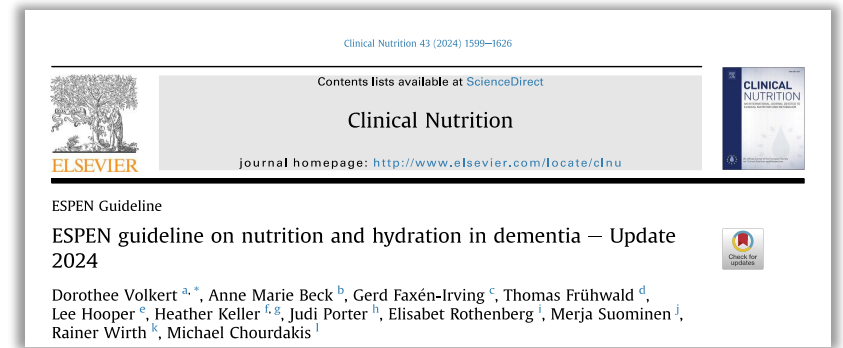


Surveillance  
régulière

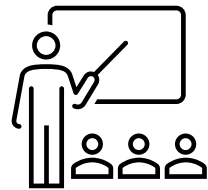
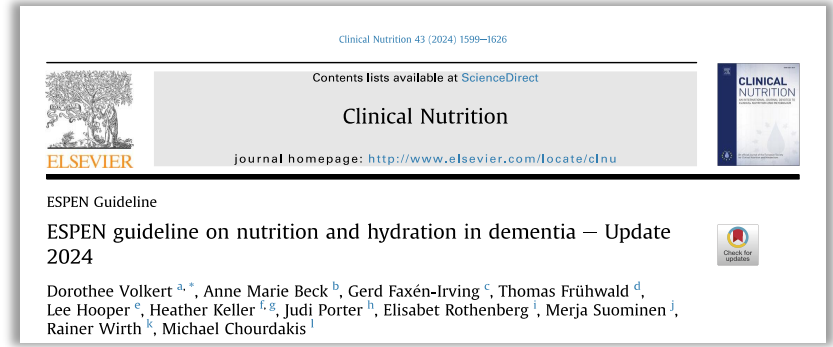


Préférences

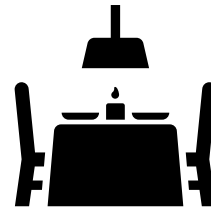
Li *et al.* J Adv Nurs 2020 - Charras *et al.* J Gerontol Soc Work 2010



# Recommandations européennes



**Patient  
Soignant  
Aidant**



**Ambiance**

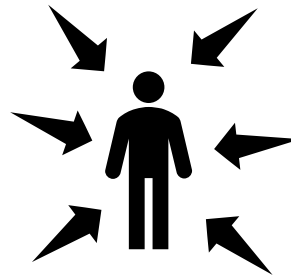


Perte de poids

**Facteurs  
modifiables?**



**Surveillance  
régulière**



**Préférences**



**Que le repas reste un plaisir**



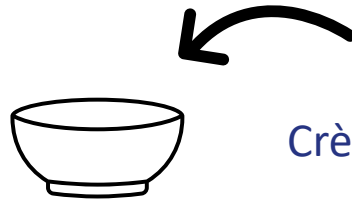
Li et al. J Adv Nurs 2020 - Charras et al. J Gerontol Soc Work 2010



# Recommandations européennes

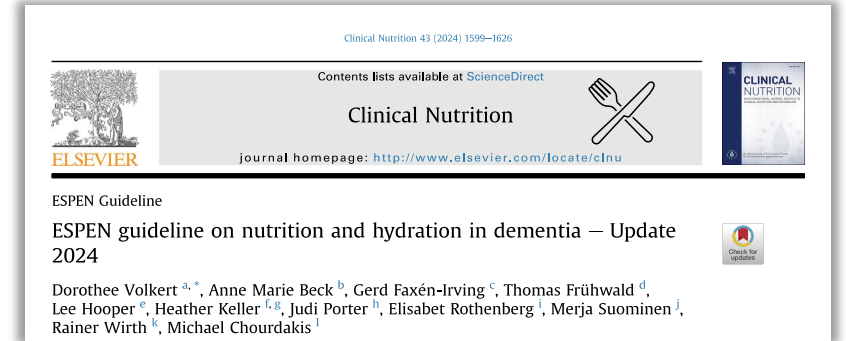


1. Adapter la texture
2. Enrichir les plats : même quantité mais plus de calories



Crème, œuf, fromage, huile...

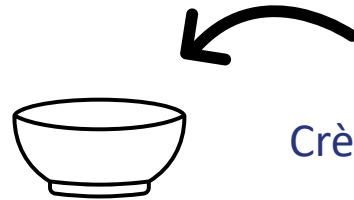
3. Compléments nutritionnels oraux (si apports insuffisants malgré 1+2)



# Recommandations européennes

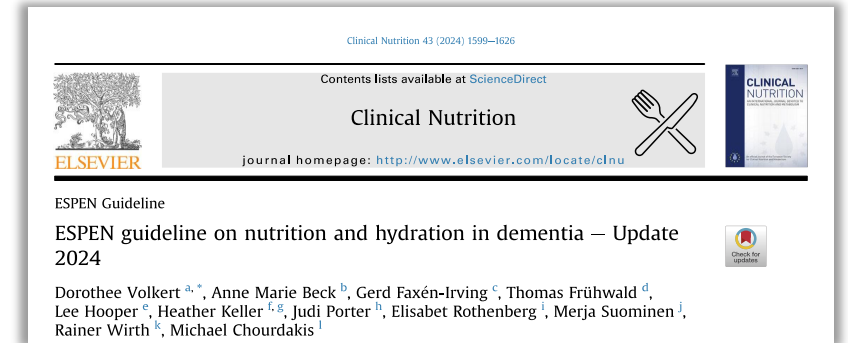


1. Adapter la texture
2. Enrichir les plats : même quantité mais plus de calories

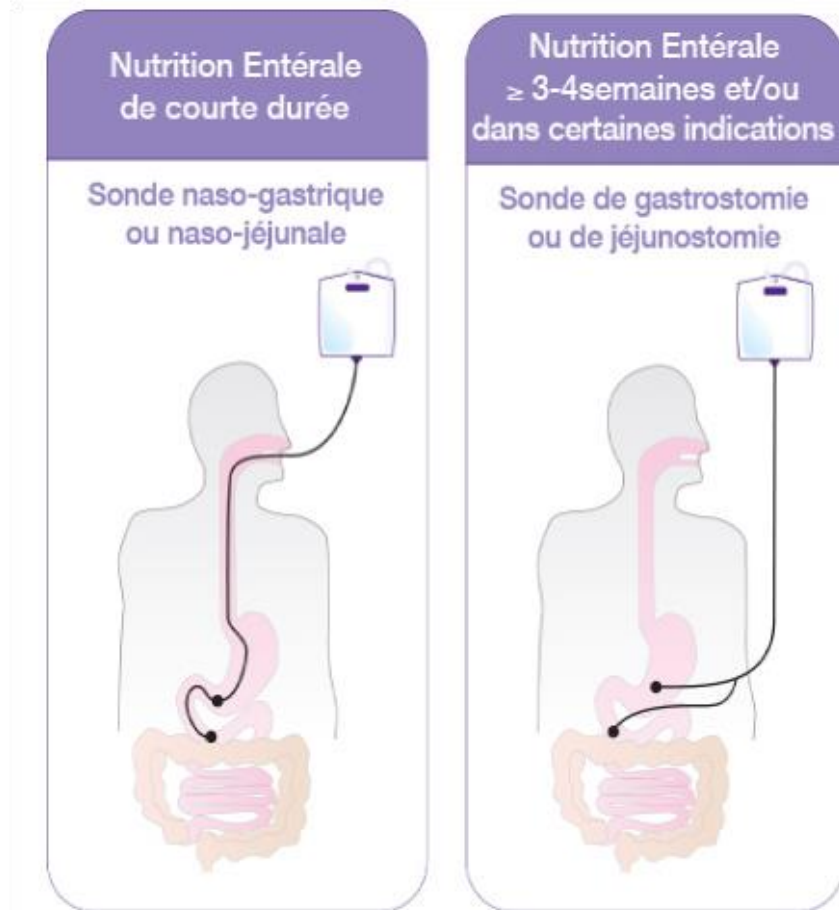


Crème, œuf, fromage, huile...

3. Compléments nutritionnels oraux (si apports insuffisants malgré 1+2)
4. Et si ce n'est pas suffisant ?



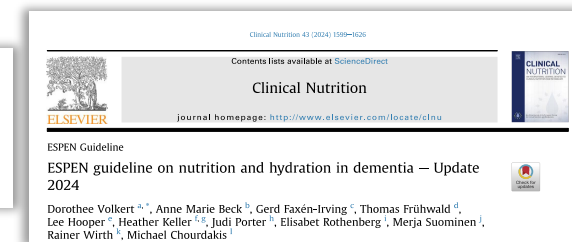
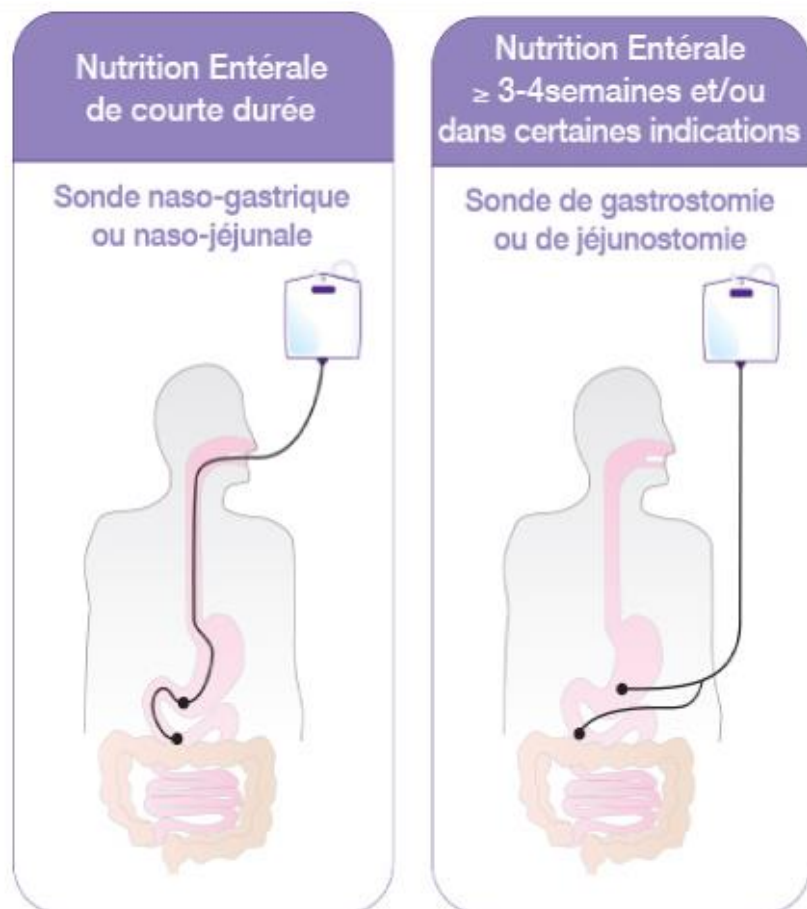
# Alimentation par sonde ?



- Permet un apport de calories
- Mais n'est pas dénuée de risques et d'inconfort

**Davies et al.** Cochrane Syst Review 2021

# Alimentation par sonde ?

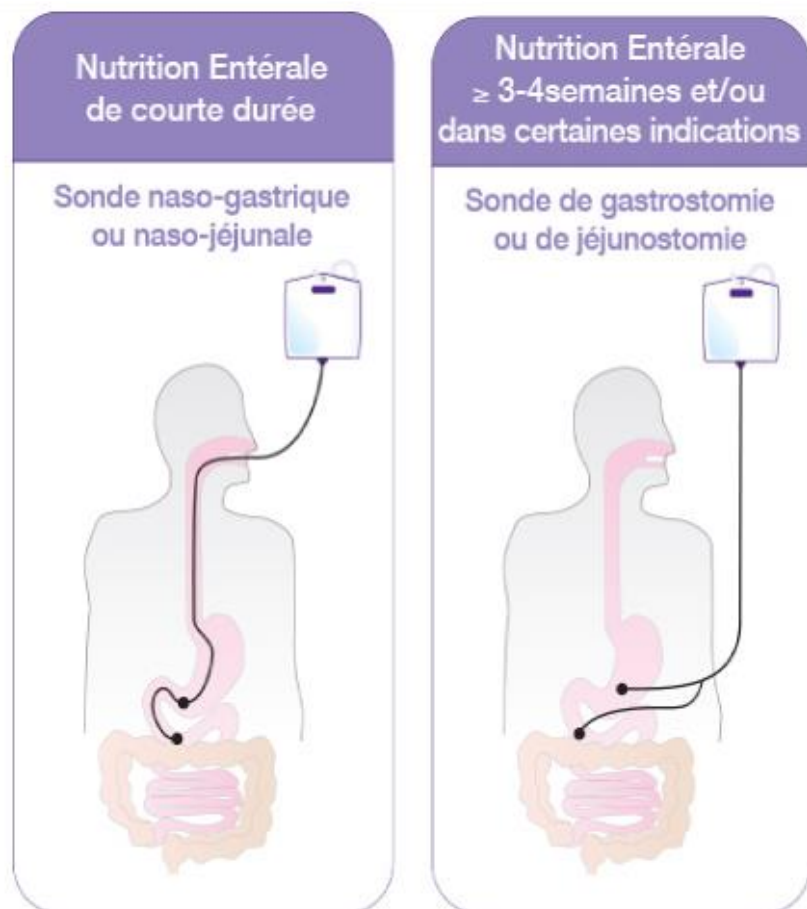
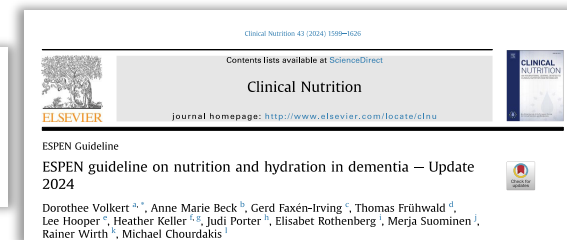


1. Respect de l'**autonomie** du sujet (capacité du sujet à décider, consentement)
2. **Bienfaisance** (obtention de conséquences favorables)
3. **Non-malfaisance**
4. **Equité**

POUR

CONTRE

# Alimentation par sonde ?



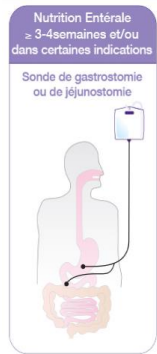
1. Respect de l'**autonomie** du sujet (capacité du sujet à décider, consentement)
2. **Bienfaisance** (obtention de conséquences favorables)
3. **Non-malfaisance**
4. **Equité**

POUR

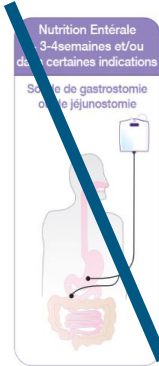
CONTRE

- Stade de la ou les maladies ?
- Objectif ?
- Cap aigu à passer ?
- Risques associés à l'alimentation entérale ou parentérale
  - Pneumonie, diarrhées, escarres, inconfort, contention
- Que dit (a dit) le patient ? Langage non verbal ?

# Alimentation par sonde et survie



Ou



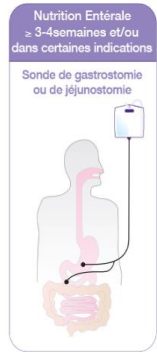
N= 1956

## USA

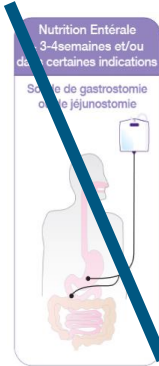
- Nursing homes
- Étude de cohorte prospective
- 36 492 résidents (âge moyen 85 ans)
  - TNC majeurs stade sévère (↘ ADL – aidés pour l'alimentation)
  - Apparition de difficultés à manger



# Alimentation par sonde et survie



Ou



N= 1956

## USA

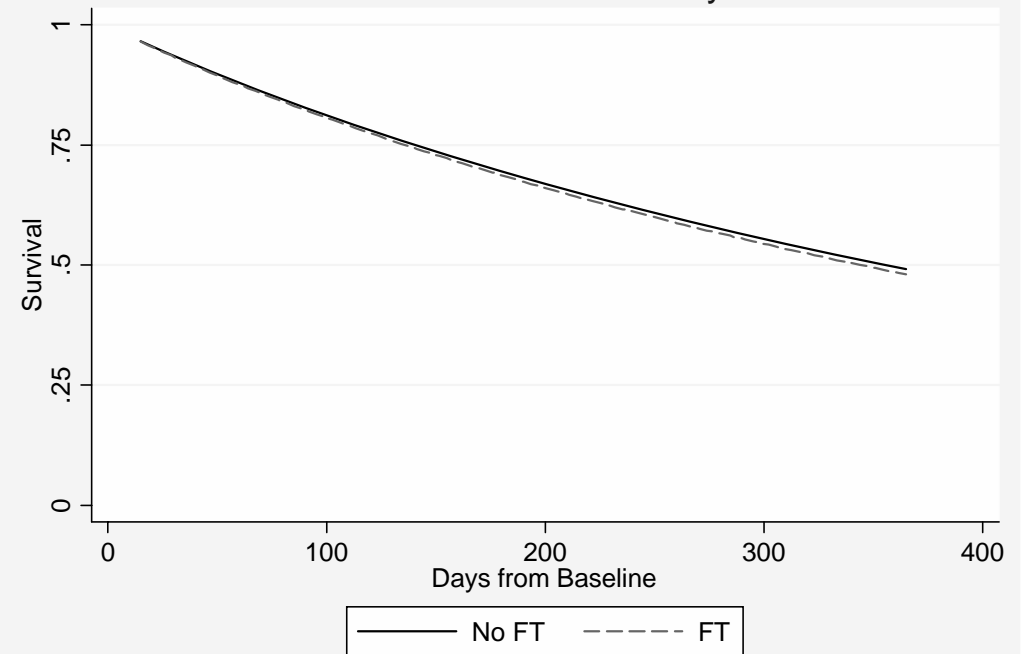
- Nursing homes
- Étude de cohorte prospective
- 36 492 résidents (âge moyen 85 ans)
  - TNC majeurs stade sévère (↘ ADL – aidés pour l'alimentation)
  - Apparition de difficultés à manger

Après ajustement (conditions socioéconomiques, directives anticipées et caractéristiques cliniques)

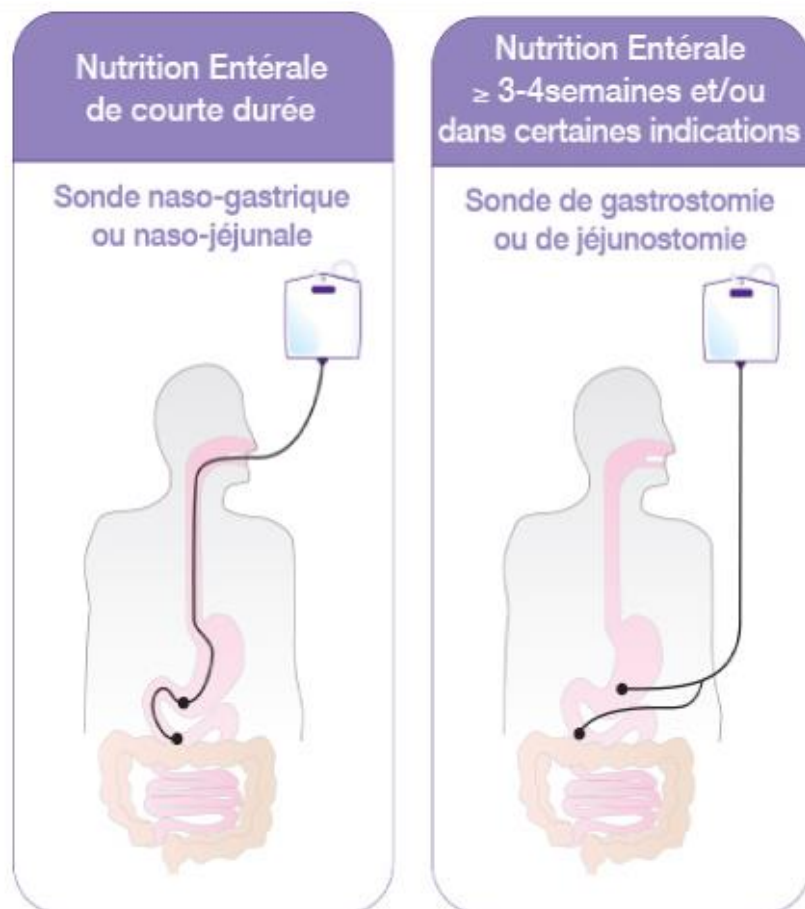
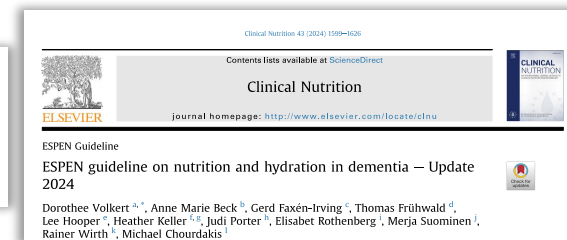
**L'alimentation par sonde n'est pas associée à une augmentation de la survie**

**aHR = 1,03 (IC 95% 0.94–1.13)**

1-Year Survival from Baseline by FT Status



# Alimentation par sonde ?



## Indications théoriques

- Apports < 50% des besoins
- Situations aiguës : infection, AVC, néoplasie ORL...  
= **CAP aigu – cause réversible?**
- **Réévaluation hebdomadaire puis mensuelle**

Sinon l'alimentation plaisir est privilégiée



# Madame O, 86 ans

MCL – MMSE 22/30  
IADL : 1/8 (téléphone)  
ADL 6/6  
Domicile, mari  
4 enfants

L-Dopa, rivastigmine

# Madame O, 86 ans

MCL – MMSE 22/30  
IADL : 1/8 (téléphone)  
ADL 6/6  
Domicile, mari  
4 enfants

L-Dopa, Rivastigmine

**AVC**

Troubles de la déglutition  
Fluctuations ++++

En faveur d'une SNG puis GPE

- Pathologie intercurrente
- ADL antérieures
- Prise de médicaments

Discussion avec la famille  
Pas de directives anticipées  
Volonté de confort  
Nécessité de réévaluation

# Madame O, 86 ans

MCL – MMSE 22/30  
IADL : 1/8 (téléphone)  
ADL 6/6  
Domicile, mari  
4 enfants  
  
L-Dopa, rivastigmine

**AVC**

Troubles de la déglutition  
Fluctuations ++++

**AVC<sub>2</sub>**

Aggravation vigilance

Néo pulmonaire

En faveur d'une SNG puis GPE

- Pathologie intercurrente
- ADL antérieures
- Prise de médicaments

Discussion avec la famille  
Pas de directives anticipées  
Volonté de confort  
Nécessité de réévaluation

# Madame O, 86 ans

MCL – MMSE 22/30  
IADL : 1/8 (téléphone)  
ADL 6/6  
Domicile, mari  
4 enfants  
  
L-Dopa, rivastigmine

**AVC**

Troubles de la déglutition  
Fluctuations ++++

**AVC<sub>2</sub>**

Aggravation vigilance

Néo pulmonaire

En faveur d'une SNG puis GPE

- Pathologie intercurrente
- ADL antérieures
- Prise de médicaments

Pas d'inconfort lié à la GPE

Discussion avec la famille  
Pas de directives anticipées  
Volonté de confort  
Nécessité de réévaluation

Maintien tant que confort ok

# Madame O, 86 ans

MCL – MMSE 22/30  
IADL : 1/8 (téléphone)  
ADL 6/6  
Domicile, mari  
4 enfants  
  
L-Dopa, rivastigmine

**AVC**

Troubles de la déglutition  
Fluctuations ++++

**AVC<sub>2</sub>**

Aggravation vigilance

Néo pulmonaire

**Pneumonie**

En faveur d'une SNG puis GPE

- Pathologie intercurrente
- ADL antérieures
- Prise de médicaments

Pas d'inconfort lié à la GPE

STOP GPE

Hydratation SC  
Puis arrêt

Discussion avec la famille  
Pas de directives anticipées  
Volonté de confort  
Nécessité de réévaluation

Maintien tant que confort ok

# Madame O, 86 ans

MCL – MMSE 22/30  
IADL : 1/8 (téléphone)  
ADL 6/6  
Domicile, mari  
4 enfants  
  
L-Dopa, Rivastigmine

**AVC**

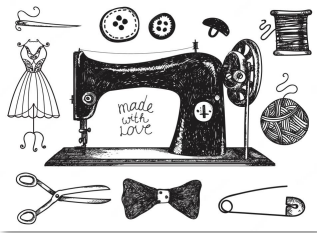
Troubles de la déglutition  
Fluctuations ++++

**AVC<sub>2</sub>**

Aggravation vigilance

Néo pulmonaire

**Pneumonie**



En faveur d'une SNG puis GPE

- Pathologie intercurrente
- ADL antérieures
- Prise de médicaments

Discussion avec la famille  
Pas de directives anticipées  
Volonté de confort  
Nécessité de réévaluation

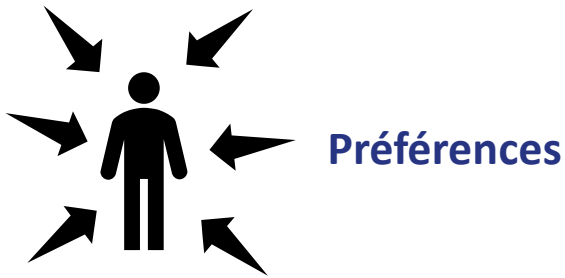
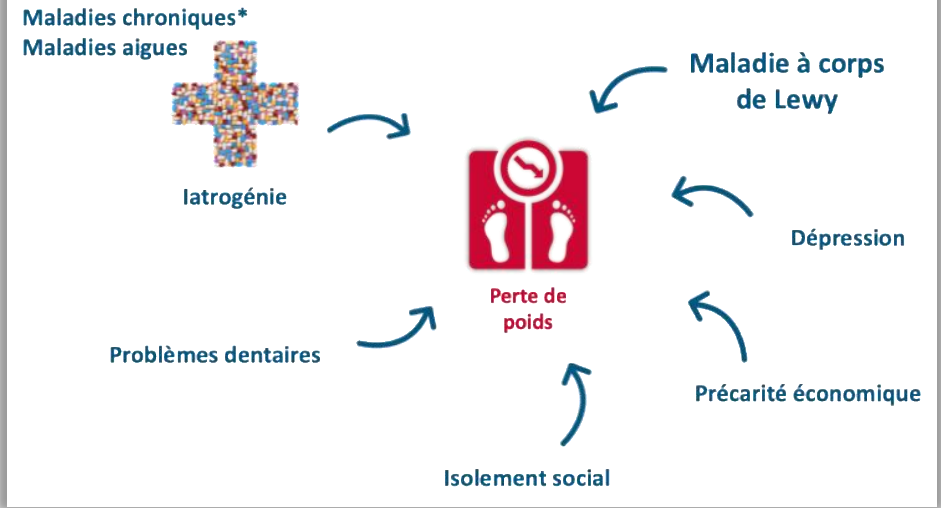
Pas d'inconfort lié à la GPE

Maintien tant que confort ok

STOP GPE

Hydratation SC  
Puis arrêt





# MERCI POUR VOTRE ● ATTENTION



## Module 2

### MCL et perte de poids

Mieux comprendre la cause  
pour mieux la prendre en  
charge

**Pr Claire ROUBAUD BAUDRON**

*Gériatre, Bordeaux*





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)



**LE VINATIER**

PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE  
LYON MÉTROPOLE

