

# Maladie(s) à corps de Lewy et autres syndromes parkinsoniens

## *A la frontière de la neurologie et de la psychiatrie*

Benoît SCHORR

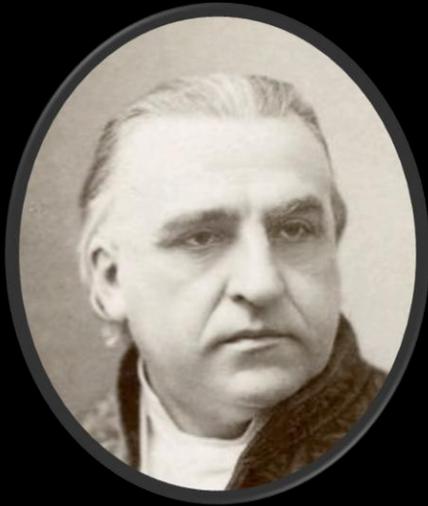
Psychiatre, Praticien Hospitalier  
Service de Gériatrie Mobile Neuro-Psy et Recherche  
[Benoit.schorr@chru-strasbourg.fr](mailto:Benoit.schorr@chru-strasbourg.fr)

Journée inter-régionale du CR3PA  
Mardi 4 mars 2025

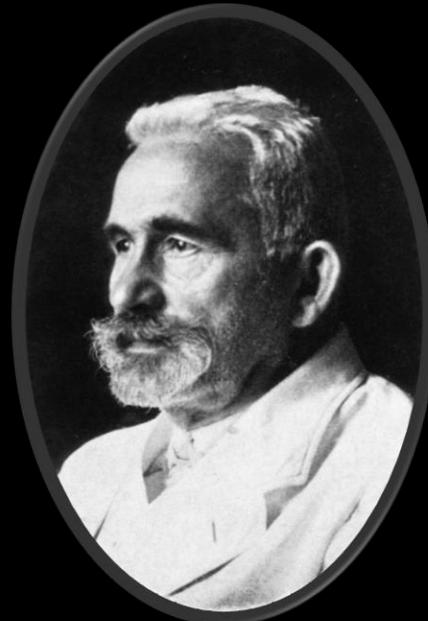


Lien d'intérêt : aucun

## La base

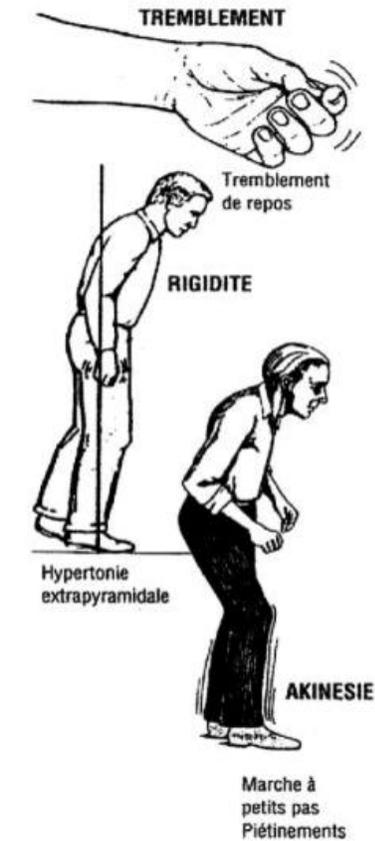
*J-M. Charcot*

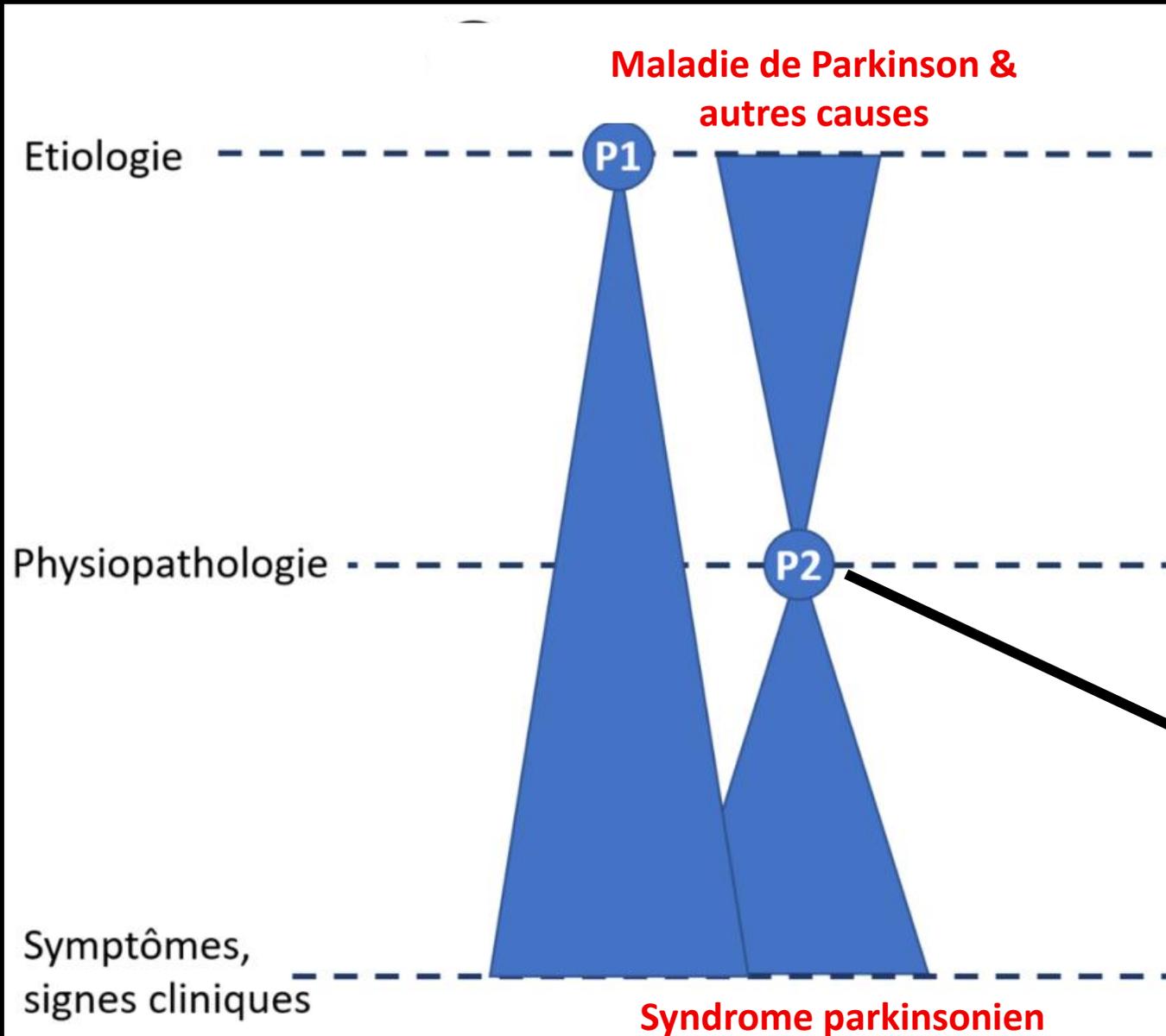
Neurologue

*E. Kraepelin*

Psychiatre

*Figure 1 : La triade de symptômes parkinsoniens*

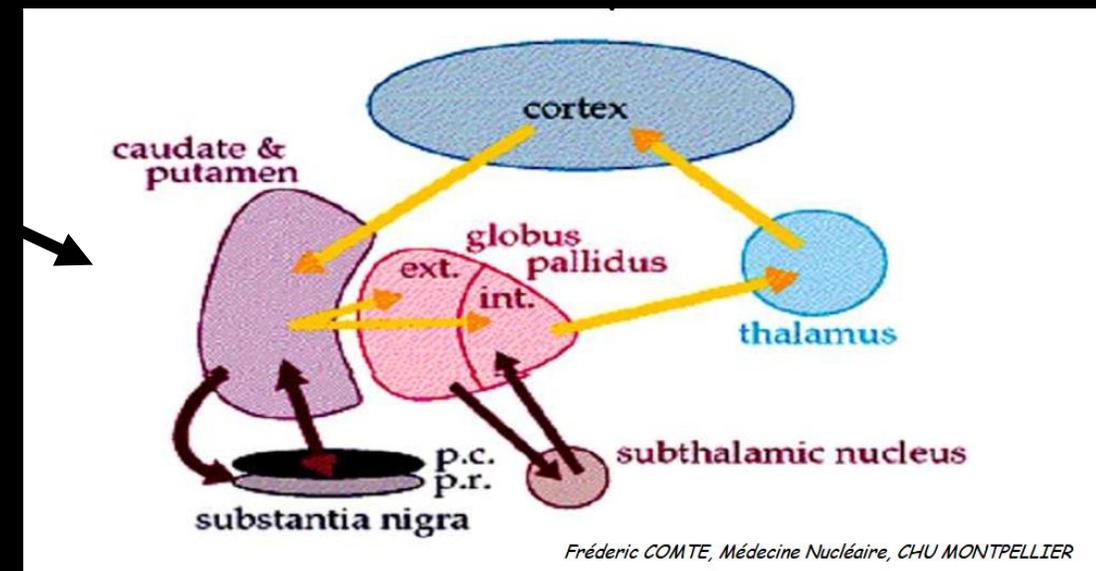




Syndrome

VS

Maladie



## Syndromes parkinsoniens : quelles causes ?

**Maladie de  
Parkinson**

**« Atypiques »**

**Secondaires**

## Syndromes parkinsoniens : quelles causes ?

### Maladie de Parkinson

#### Maladies neuro-évolutives

##### Maladie à corps de Lewy (MCL)

Autres :

Atrophies multi systématisées (AMS)

Paralysies supra-nucléaires

progressives (PSP)

Dégénérescences cortico-basales

(DCB)

#### Secondaires

Médicamenteuses (neuroleptiques, métoclopramide...)

Vasculaires (AVC multiples)

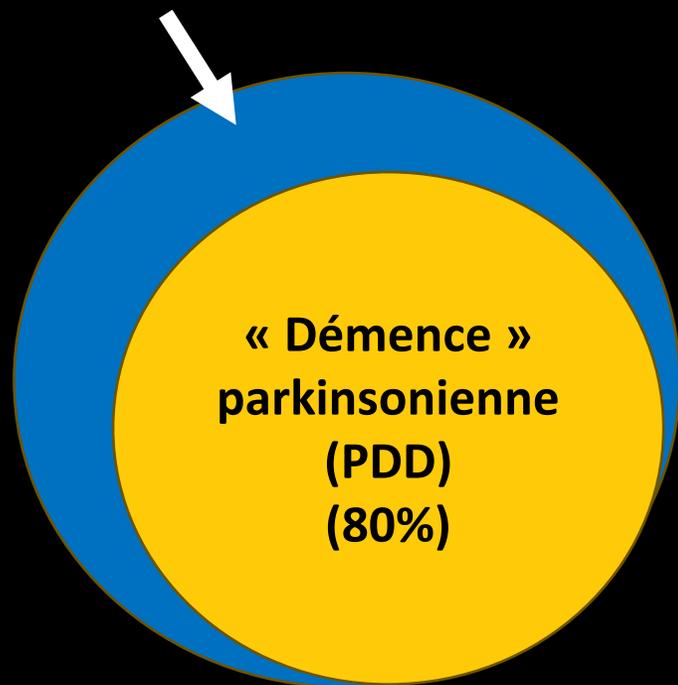
Métaboliques (maladie de Wilson...)

Toxiques (intoxication au CO, manganèse...)

Traumatiques (encéphalopathie pugilistique)

## Syndromes parkinsoniens : quelles causes ?

### Maladie de Parkinson



### Maladies neuro-évolutives

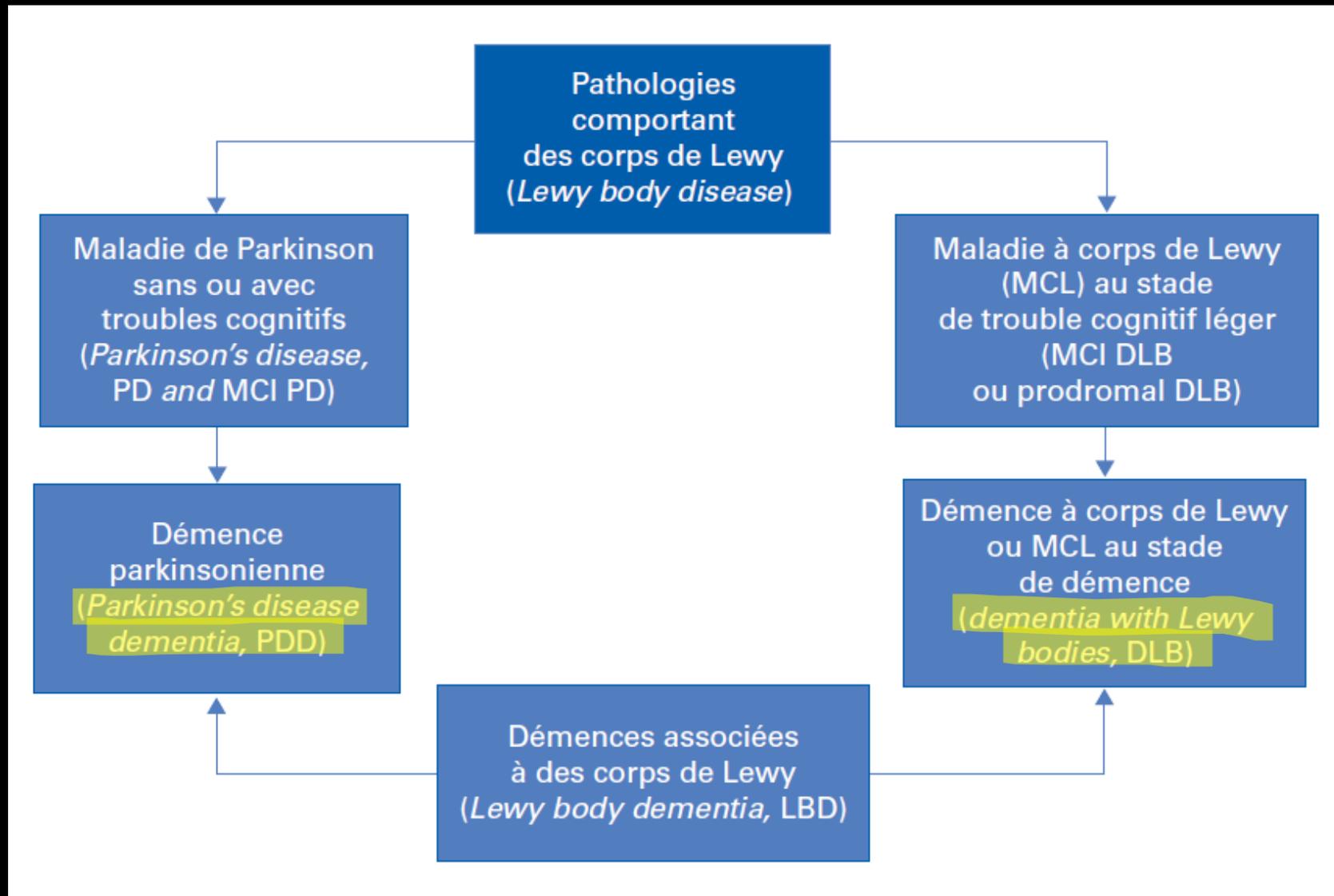
#### Maladie à corps de Lewy (MCL)

Autres :

Atrophies multi systématisées (AMS)  
Paralysies supra-nucléaires  
progressives (PSP)  
Dégénérescences cortico-basales  
(DCB)

### Secondaires

Médicamenteuses (neuroleptiques,  
métoclopramide...)  
Vasculaires (AVC multiples)  
Métaboliques (maladie de Wilson...)  
Toxiques (intoxication au CO,  
manganèse...)  
Traumatiques (encéphalopathie  
pugilistique)





# DLB and PDD boundary issues

## Diagnosis,

Journal of Neural Transmission

<https://doi.org/10.1007/s00702-017-1821-9>

HIGH IMPACT REVIEW IN NEUROSCIENCE, NEUROLOGY OR PSYCHIATRY - REVIEW ARTICLE



C.F. Lippa, MD; J.  
D.J. Br  
J.M. Farme  
K.A. Gwinn-Hardy  
V.M.-Y. Lee, F  
C.W. Olan  
J.Q. Trojka

## Dementia with Lewy bodies and Parkinson's disease-dementia: current concepts and controversies

Kurt A. Jellinger<sup>1</sup>

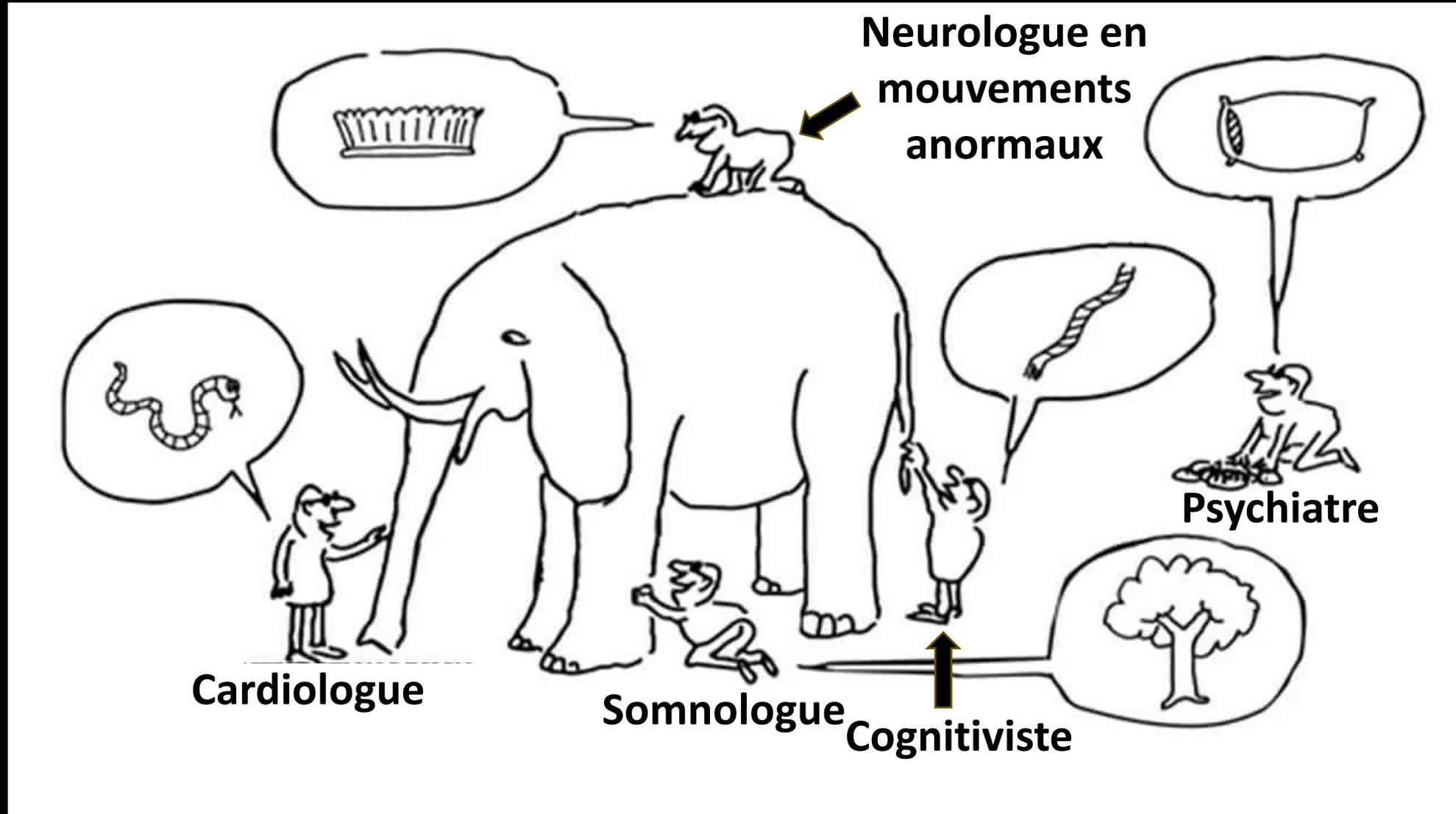
Received: 19 October 2017 / Accepted:  
© Springer-Verlag GmbH Austria, part of

Review Article | [Open access](#) | Published: 10 January 2022

## Lewy body disease or diseases with Lewy bodies?

[Kateřina Menšíková](#), [Radoslav Matěj](#), [Carlo Colosimo](#), [Raymond Rosales](#), [Lucie Tučková](#), [Jiří Ehrmann](#),  
[Dominik Hraboš](#), [Kristýna Kolaříková](#), [Radek Vodička](#), [Radek Vrtěl](#), [Martin Procházka](#), [Martin Nevrlý](#),  
[Michaela Kaiserová](#), [Sandra Kurčová](#), [Pavel Otruba](#) & [Petr Kaňovský](#)

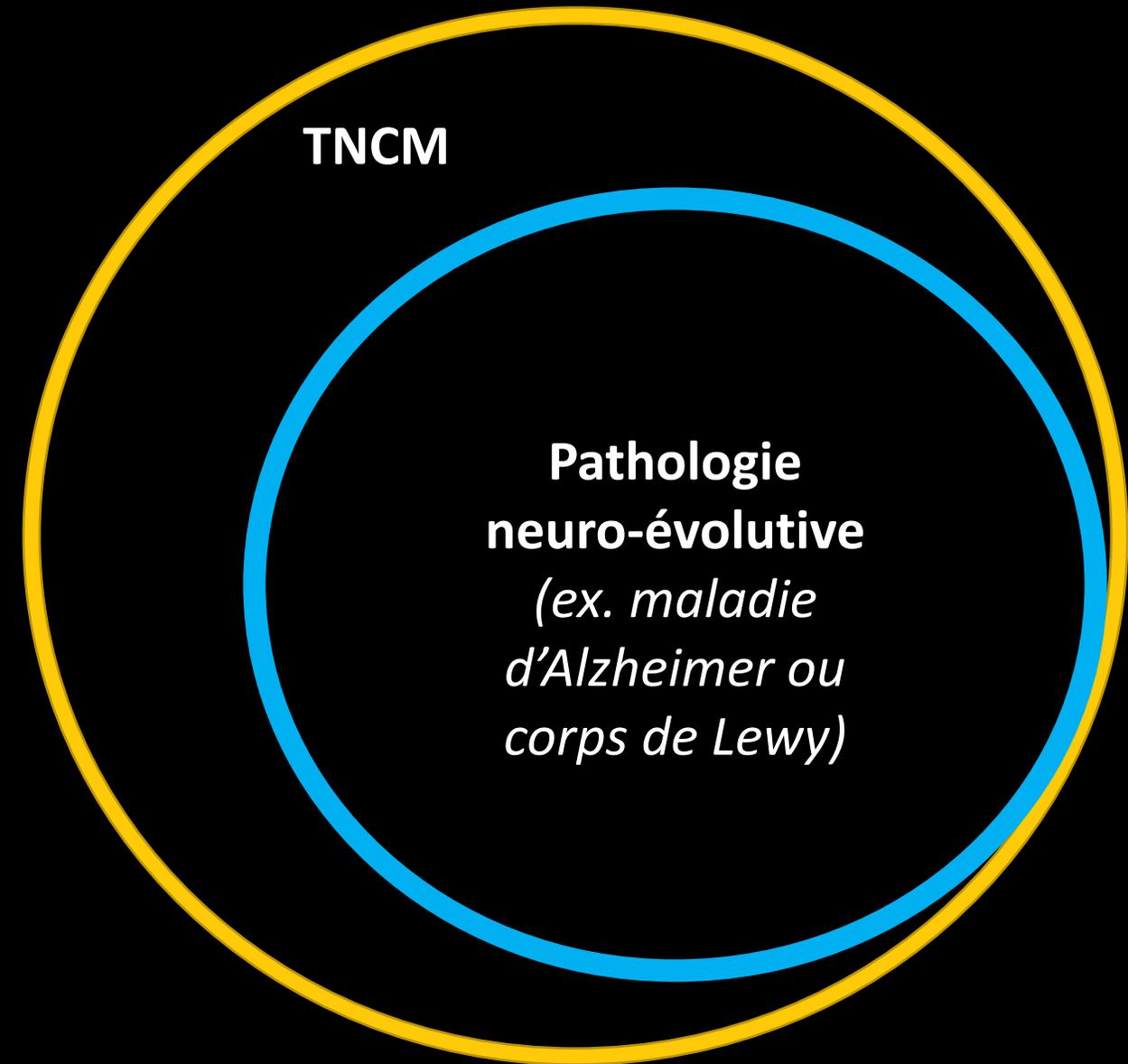
*npj Parkinson's Disease* **8**, Article number: 3 (2022) | [Cite this article](#)



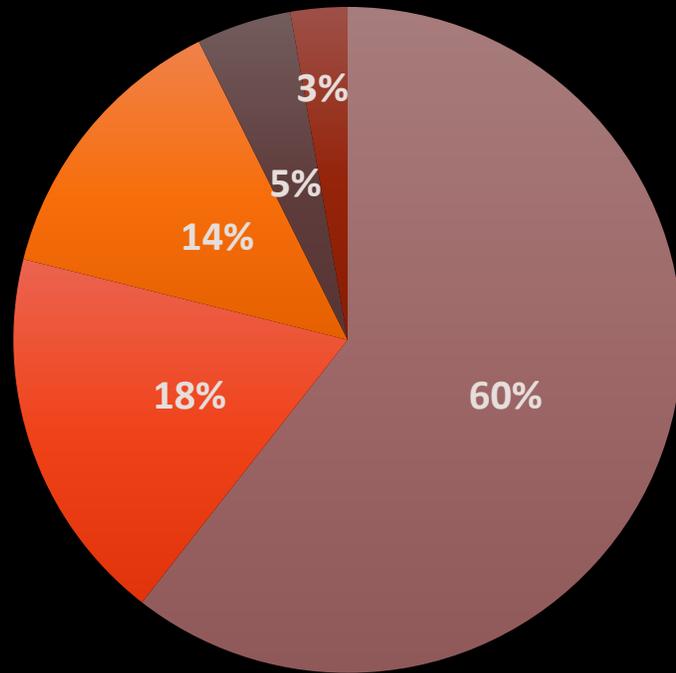
## Trouble neurocognitif majeur (TNCM)

*Anciennement « démence »*

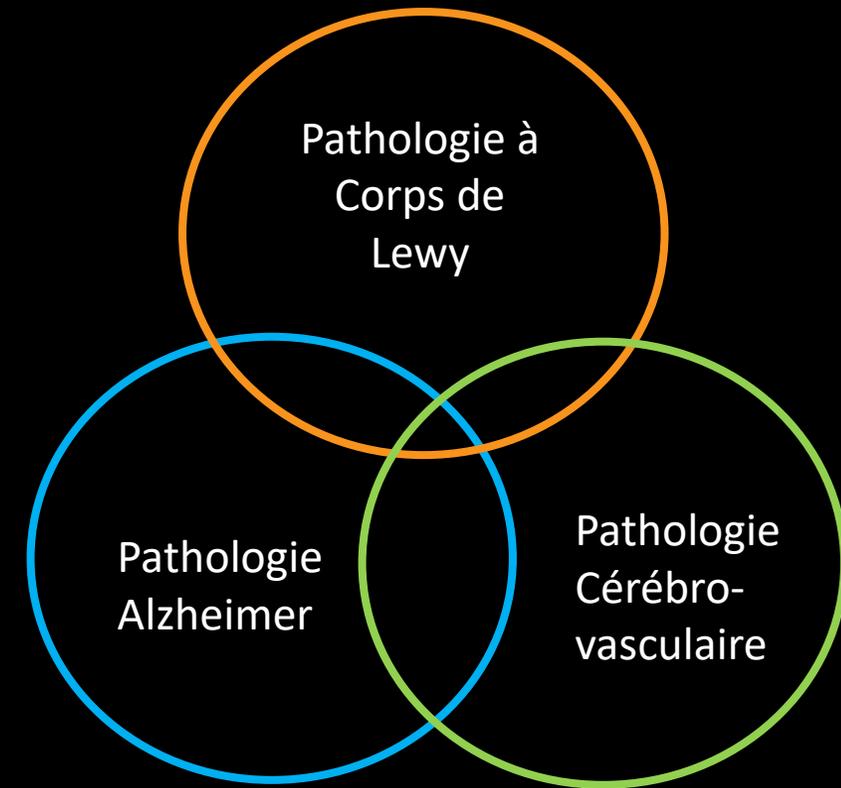
- A. Trouble cognitif
- B. Retentissement fonctionnel
- C. **PAS d'état confusionnel**
- D. Les altérations cognitives ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental (p. ex. un trouble dépressif caractérisé, une schizophrénie).



## Troubles neurocognitifs majeurs en France : 1,2 millions



- Maladie d'Alzheimer (MA)
- Troubles cognitifs vasculaires
- Maladie à corps de Lewy (MCL)
- Dégénérescence fronto-temporale (DLFT)



**La co-pathologie est la règle, pas l'exception !**

## Le sujet d'aujourd'hui :

Maladie à  
corps de  
Lewy

Maladie de  
Parkinson

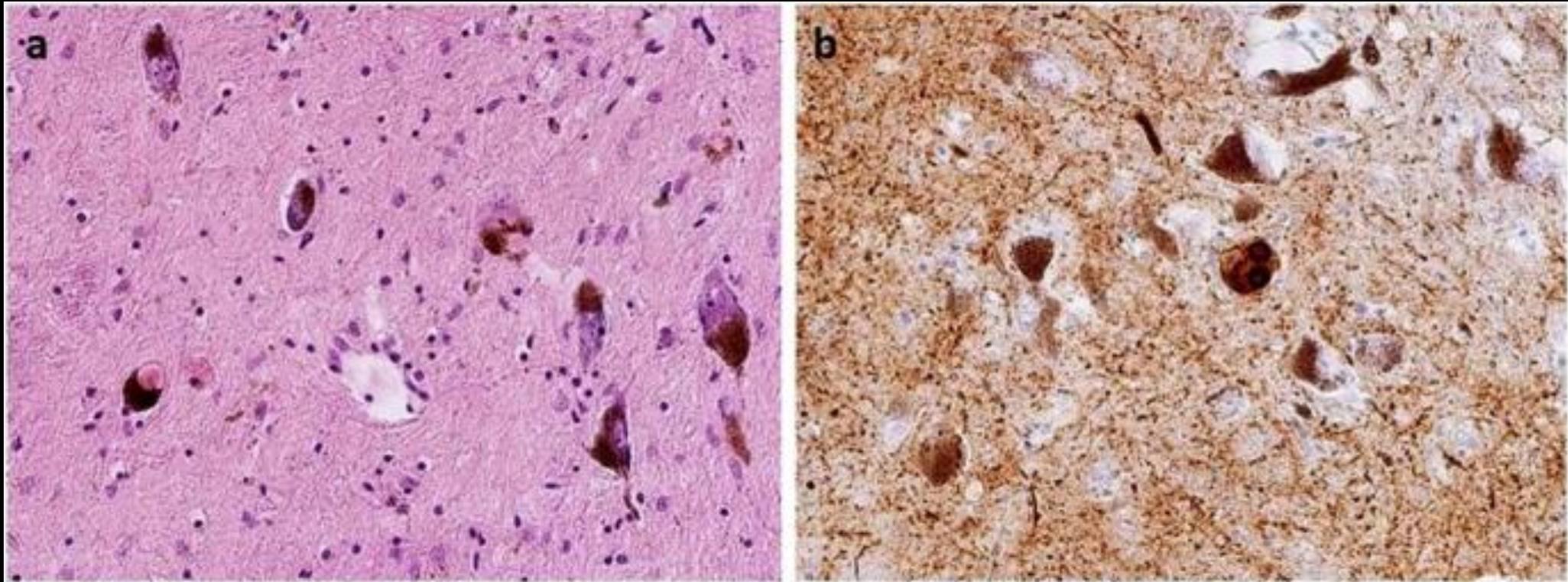
Règle des « 1 an »

## Le sujet d'aujourd'hui :

**Maladies  
avec des  
corps de  
Lewy**

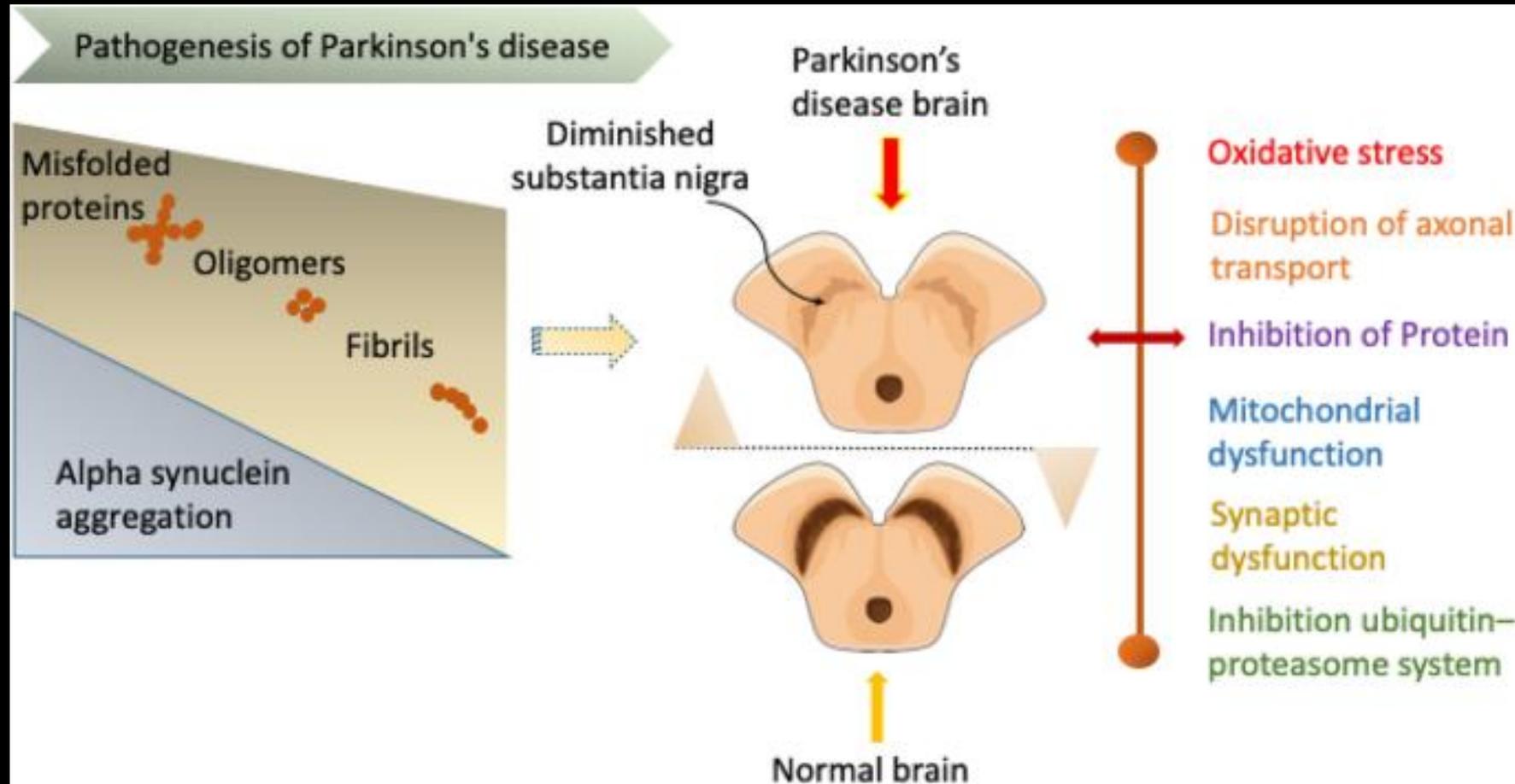
**Un *spectre* ou deux entités différentes ?**

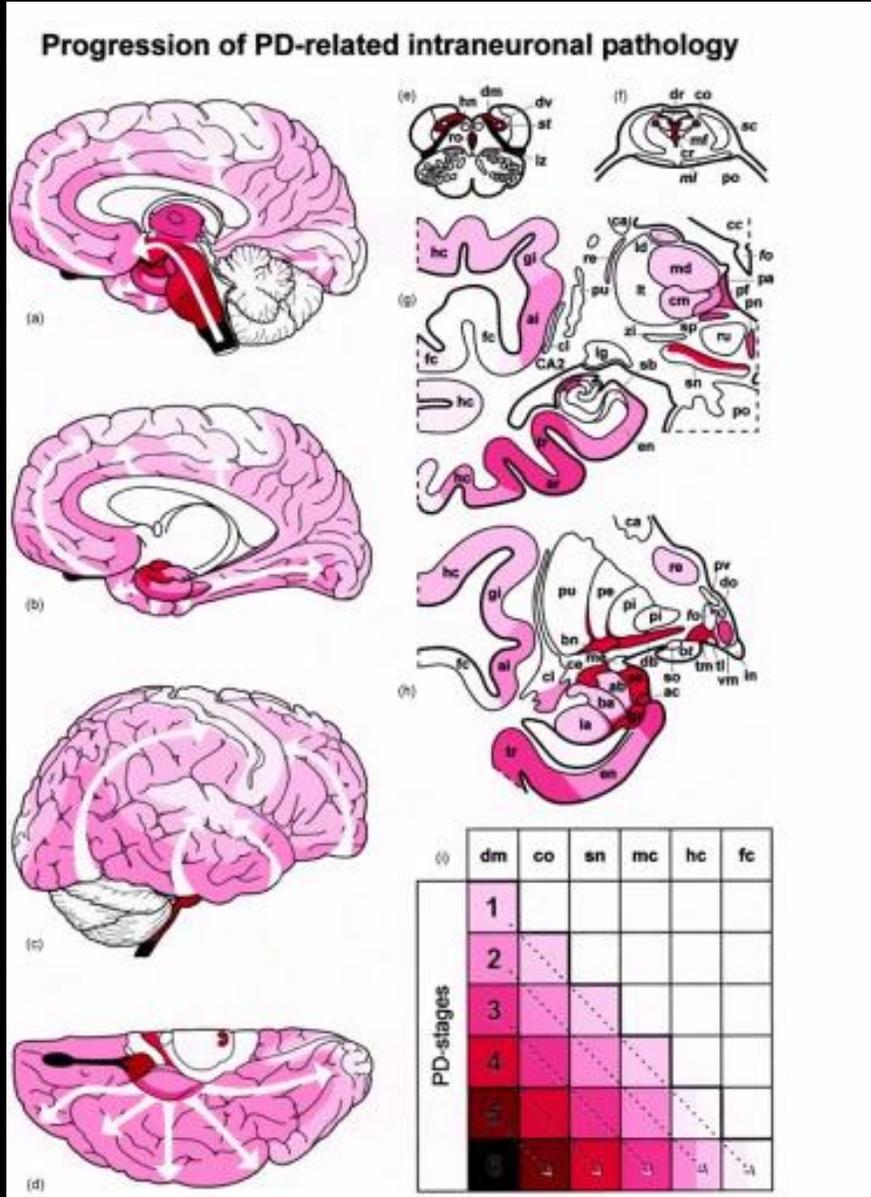
## Lésion commune : le corps de Lewy



*Menšíková & al. 2022*

## Classiquement, dans la maladie de Parkinson





Peau  
Cœur  
Etc.

Stage 6  
Ganglion coélique

Ganglion sympathique paravertébral

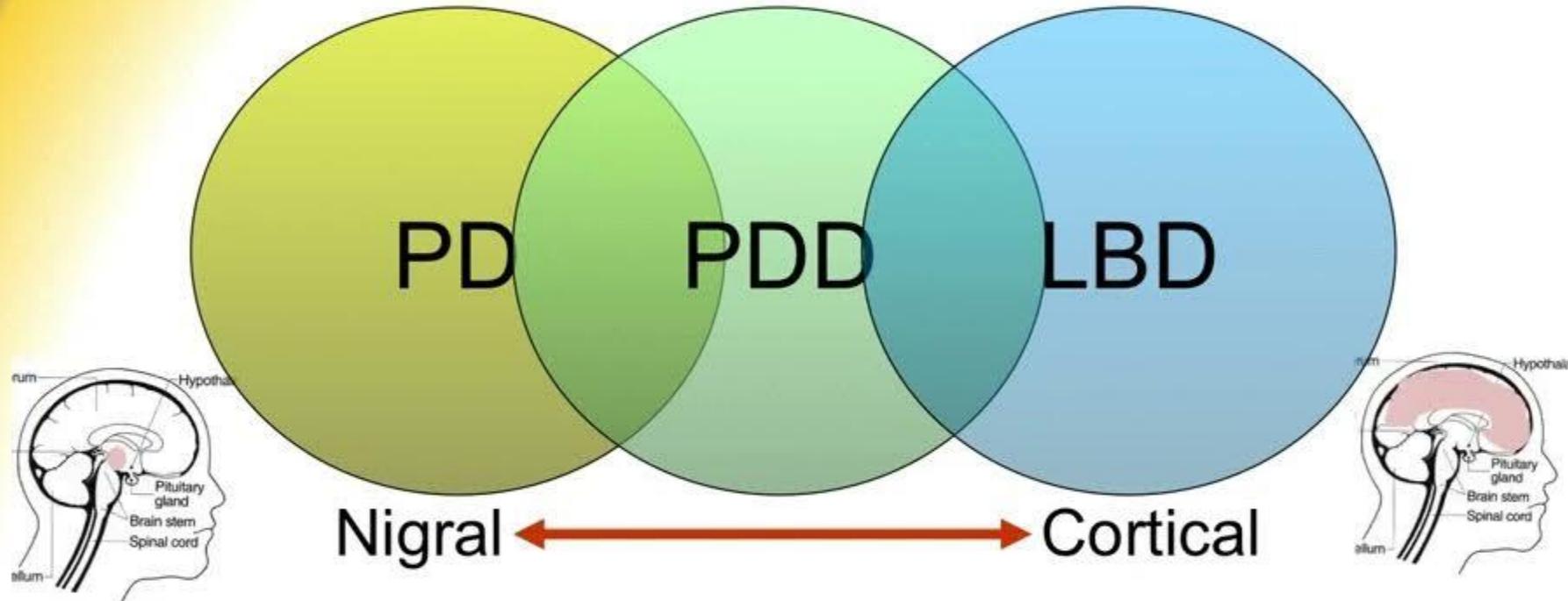
Glande surrénale (medulla)

Braak, Neurology 2008

Mikimura, J Neuropathol Exp Neurobiol 2009

➔ Pas que dans le système nerveux central !

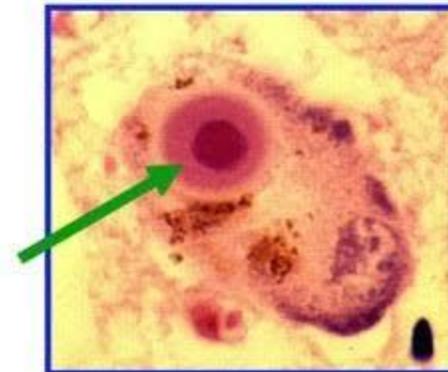
# Lewy Body Disorders: overlapping diseases with shared pathobiology

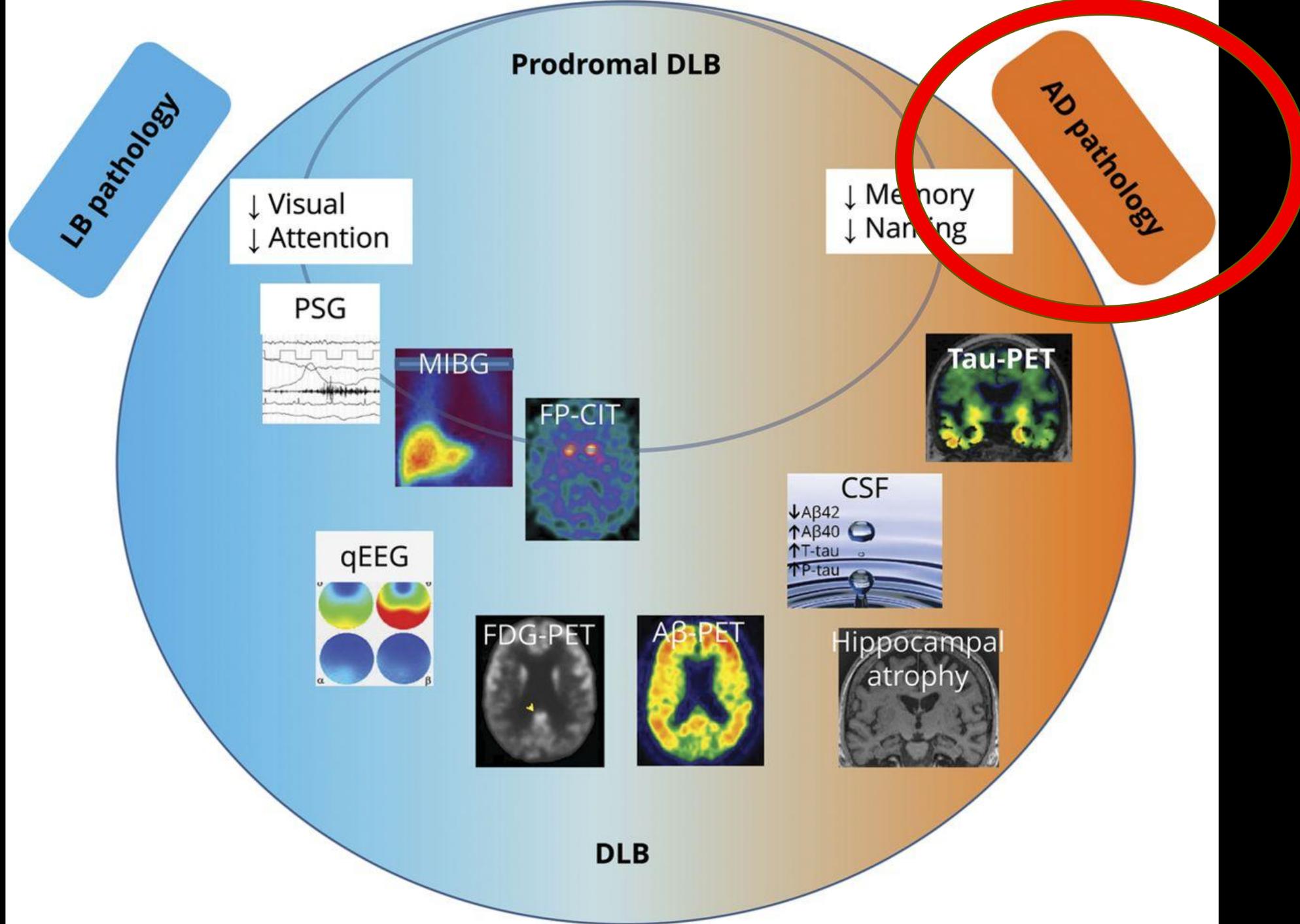


PD: Parkinson Disease  
PDD: Parkinson Disease Dementia  
LBD: Lewy Body Dementia

Henry Paulson course Youtube, 2022

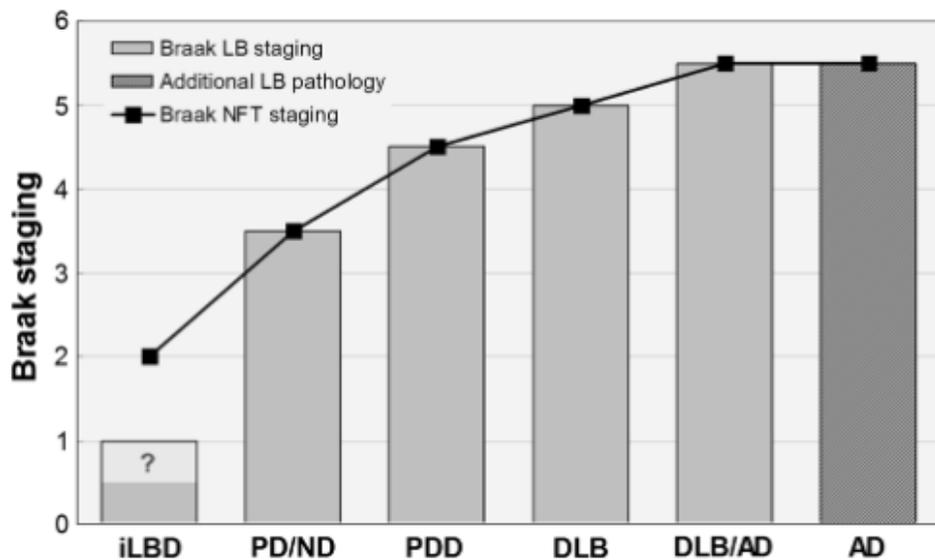
LB: an eosinophilic cytoplasmic inclusion containing synuclein



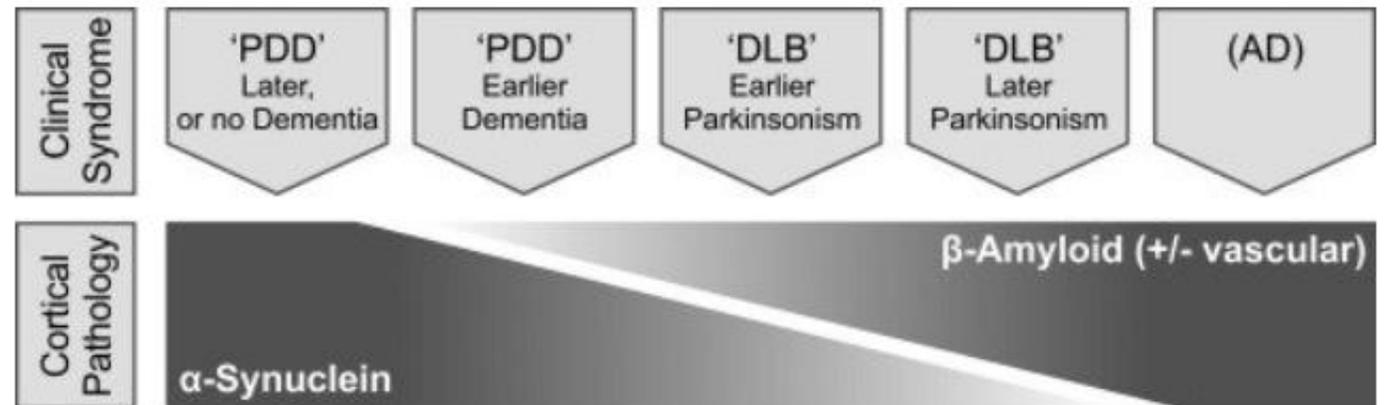


Plus la charge amyloïde est importante

Plus la présentation est « cognitive » et non motrice



Jellinger 2017



Berg & al. 2014

*Predicted findings  
at onset of parkinsonism*

**Imaging markers**

- Dopamine imaging - symmetric loss
- Cardiac sympathetic - pathological
- Structural damage on MRI
  - *potentially symmetric*
  - *potentially greater total grey matter loss*

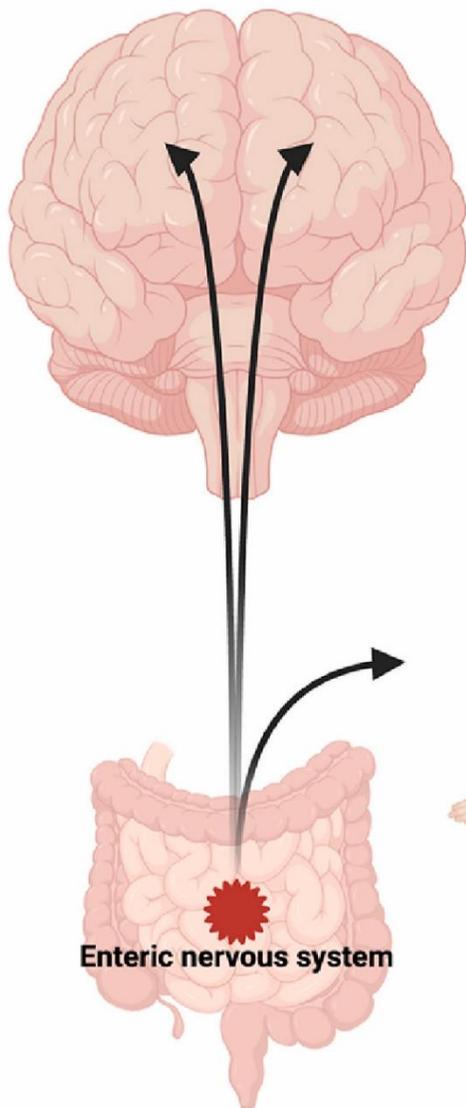
**Clinical markers**

- Motor symptoms
  - *less asymmetric*
  - *more often PIGD*
- RBD-positive
- Often constipation
- Frequent orthostatic hypotension
- Anosmia
- Sometimes neuropsychiatric symptoms
- Often mild cognitive impairment

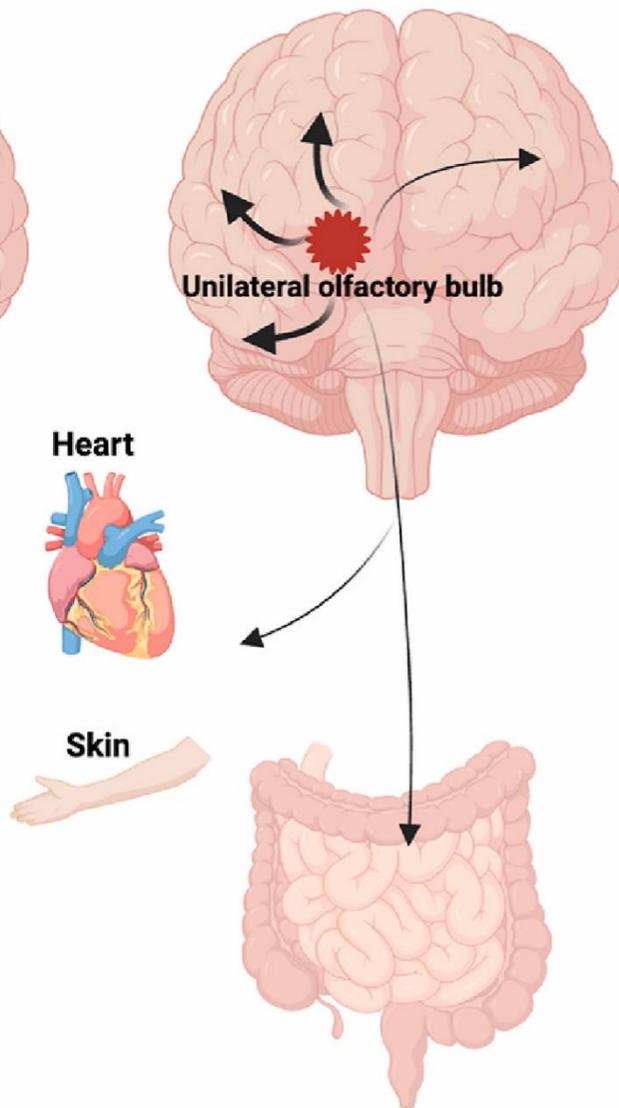
**Detection of  $\alpha$ -synuclein**

- Skin - more often positive
- Olfactory bulb - often positive
- Postmortem - more pathology in the periphery and brainstem (caudo-rostral pattern)

**BODY-FIRST**



**BRAIN-FIRST**



*Predicted findings  
at onset of parkinsonism*

**Imaging markers**

- Dopamine imaging - asymmetric loss
- Cardiac sympathetic - more normal
- Structural damage on MRI
  - *potentially asymmetric*
  - *potentially lower total grey matter loss*

**Clinical markers**

- Motor symptoms
  - *more asymmetric*
  - *more often tremor dominant*
- RBD-negative
- Sometimes constipation
- Rare orthostatic hypotension
- Hyposmia or normal olfaction
- Rare neuropsychiatric symptoms
- Normal cognition

**Detection of  $\alpha$ -synuclein**

- Skin - more often negative
- Olfactory bulb - positive (bilateral sampling needed)
- Postmortem - more pathology in the amygdala and olfactory bulb (amygdala-based pattern)



start of  $\alpha$ -synuclein pathology

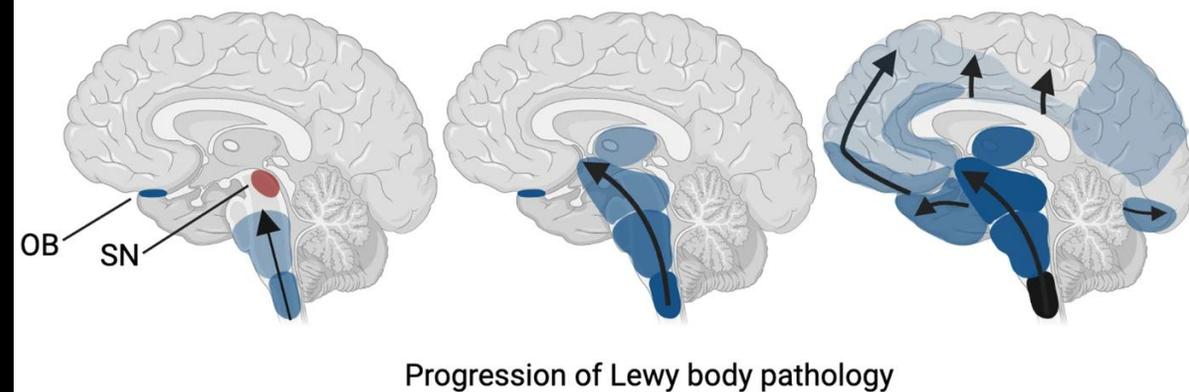
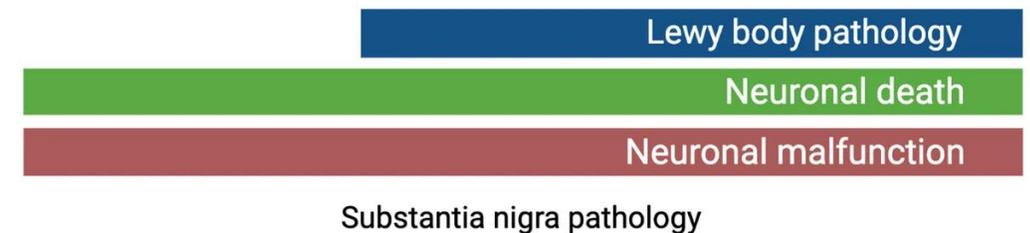
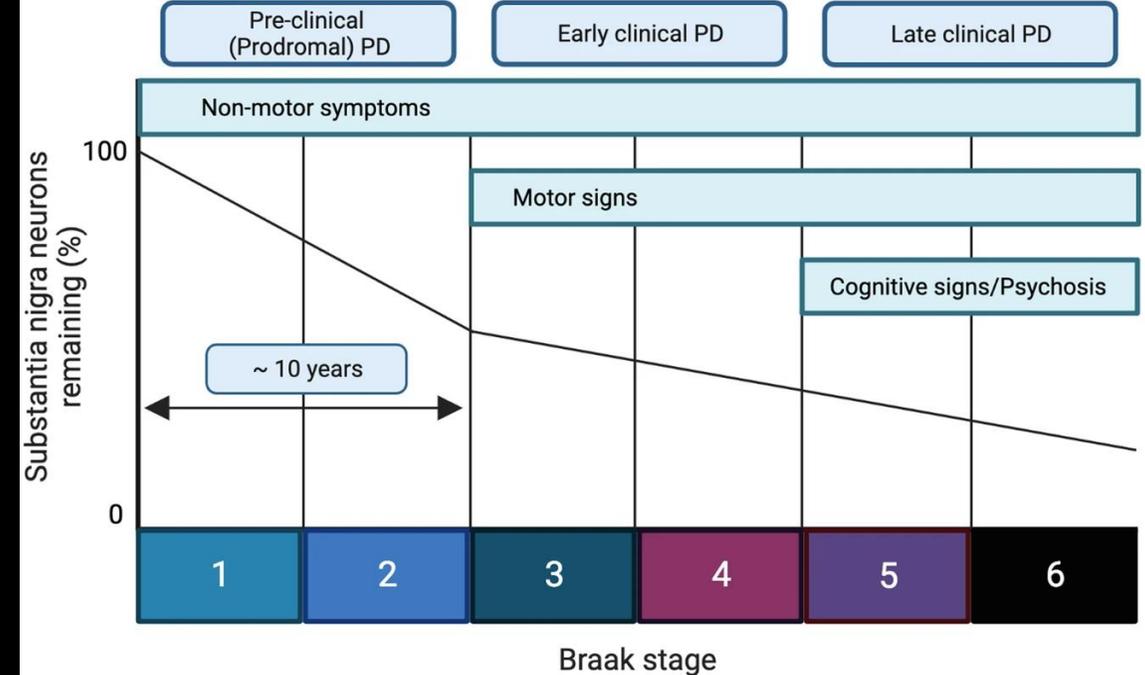


direction of  $\alpha$ -synuclein propagation

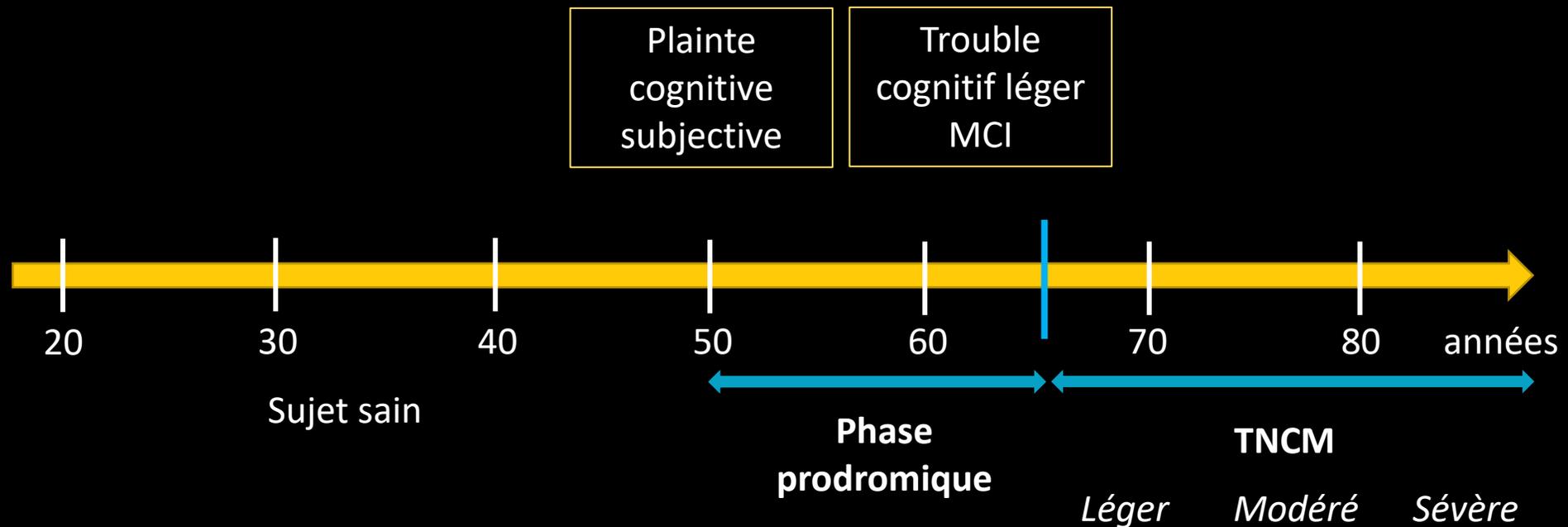


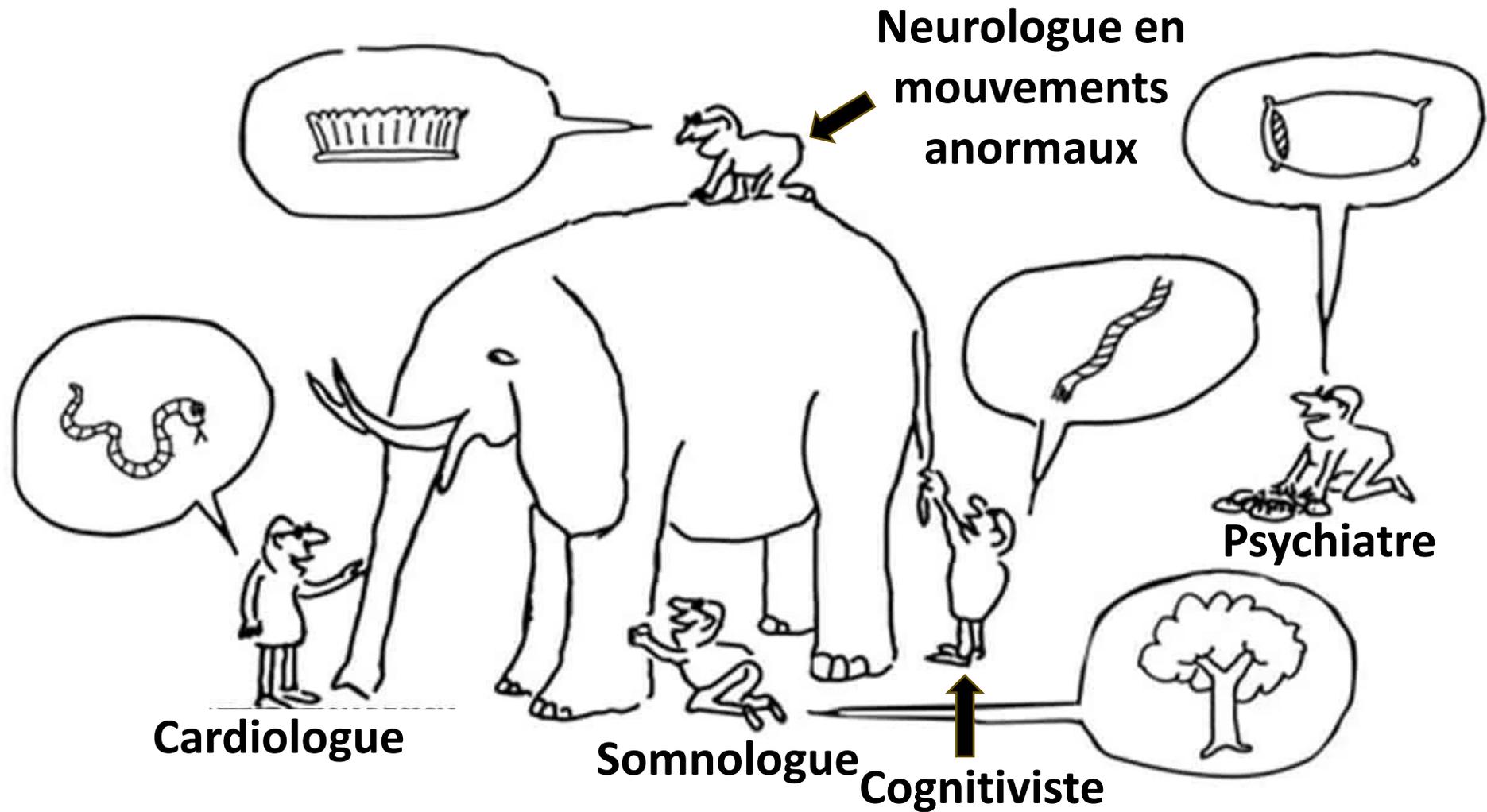
# Evolution de la MP

- Stade prodromal : 10 ans !
- Avec symptômes non moteurs, dont psychiatriques (anxiété, symptômes psychotiques mineurs, dépression...)
- Signes moteurs « purs » pendant environ 10 ans
- 80% d'évolution vers « démence » parkinsonienne à minima

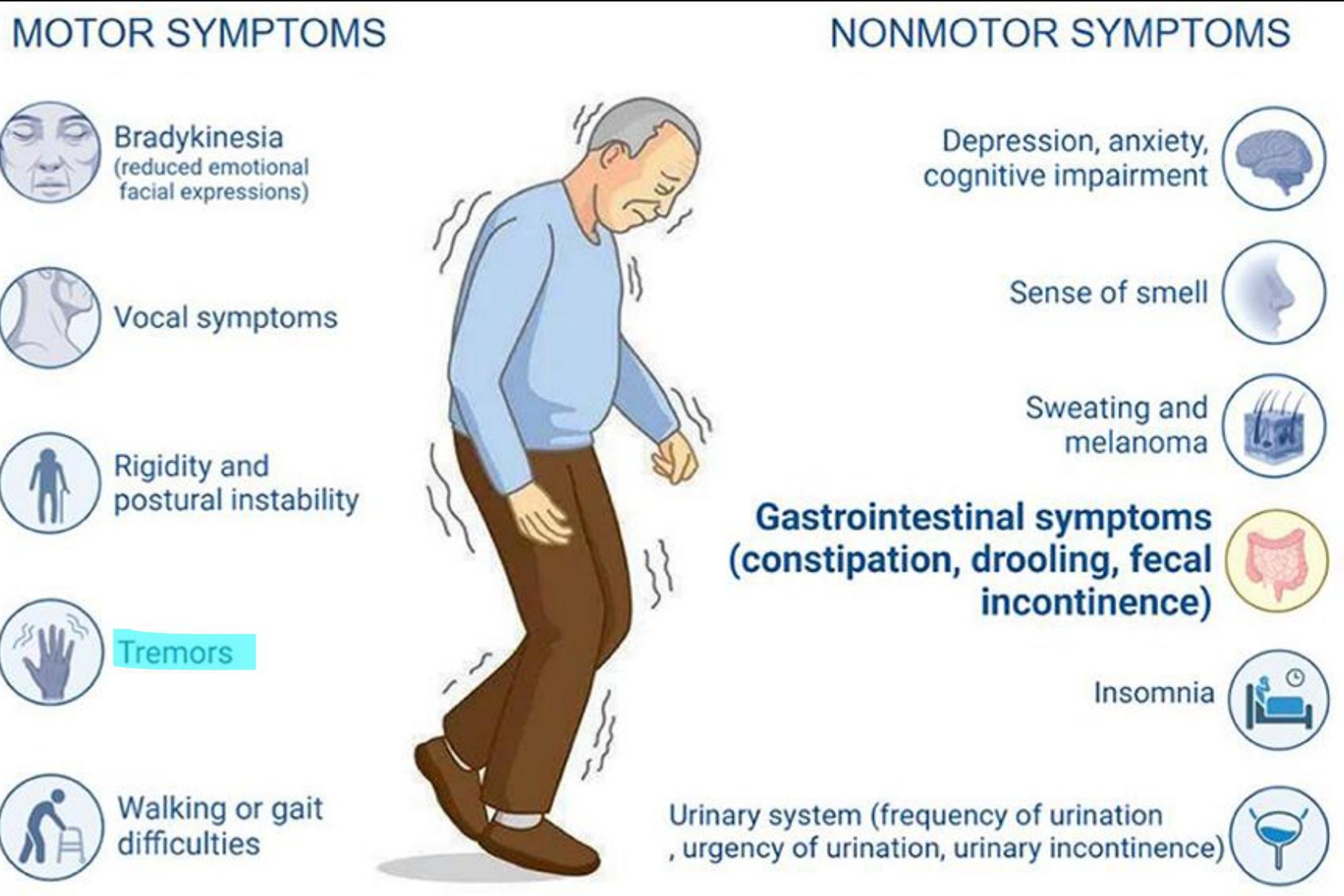


## Evolution de la MCL





## Maladie de Parkinson : clinique



## Quelques chiffres

- 2,5 pour 1000
- H > F (1,5)
- Apparition : 60-70 ans

## Démence parkinsonienne

- **Au moins 80%** des patients avec MP à terme

### Diagnostic antérieur de Maladie de Parkinson

+

**TNCM**

- Symptômes associés : les mêmes que dans la MCL !

## MCL : critères diagnostiques

- **Trouble neurocognitif majeur**
- Principaux :
  - Non-psychiatriques
  - Psychiatriques : **Hallucinations visuelles**
- Accessoires :
  - Dysautonomie
  - Troubles sensoriels
  - Syndrome sec, écoulements
  - **Hypersensibilité aux NLP**
  - **Psychiatriques**

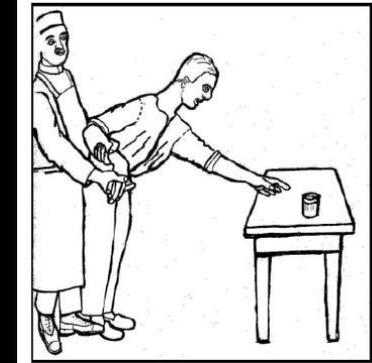
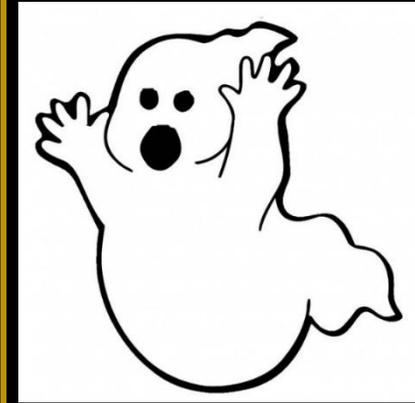
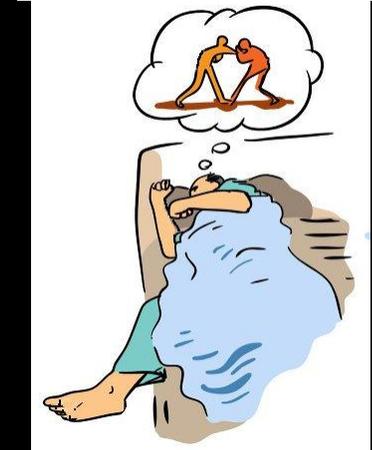
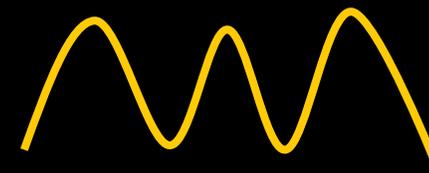


FIG. 2. Drawing from Jules Froment describing "the stiff wrist test in the bent posture and gesture at the bar" ("test du poignet figé dans l'attitude et le geste dit du compoir" in French). This activation or facilitation test was later simplified to having the PD patient "swing his arm like a windmill" ("faire le moulinet du bras" in French) and became known as the "Froment maneuver" (Reproduced from Ref. 19, with permission from Masson Editeur).



Critères principaux de MCL (Mc Keith & al., 2016)

## MCL : critères diagnostiques

### Trouble cognitif retentissant sur le fonctionnement ET

#### MCL probable

≥ 2 critères principaux  
OU 1 critère principal ET 1 biomarqueur  
majeur

#### MCL possible

≥ 1 critère principal  
OU 1 biomarqueur majeur

Plainte mnésique

Trouble cognitif léger

Ne retentissant pas sur le fonctionnement

#### MCL prodromale probable

*La même chose*

#### MCL prodromale possible

*La même chose*

Forme  
cognitive

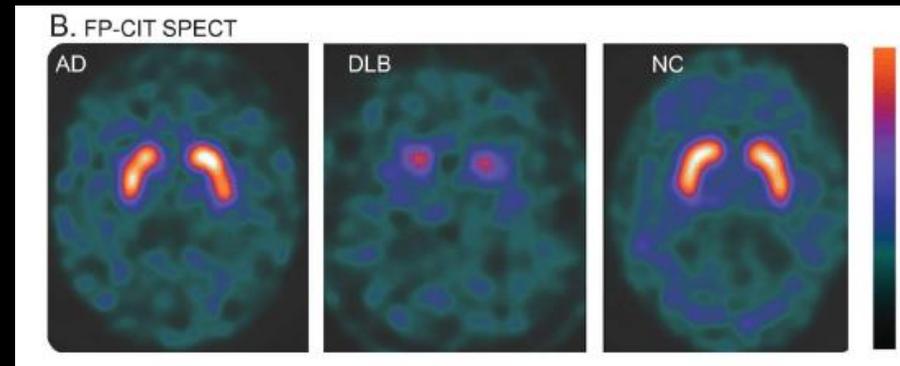
A début  
psychiatrique

A début  
confusionnel

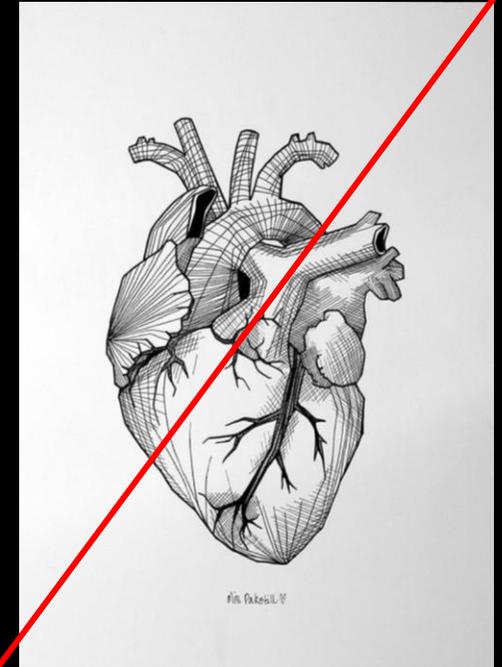
## Biomarqueurs « majeurs »



Polysomnographie

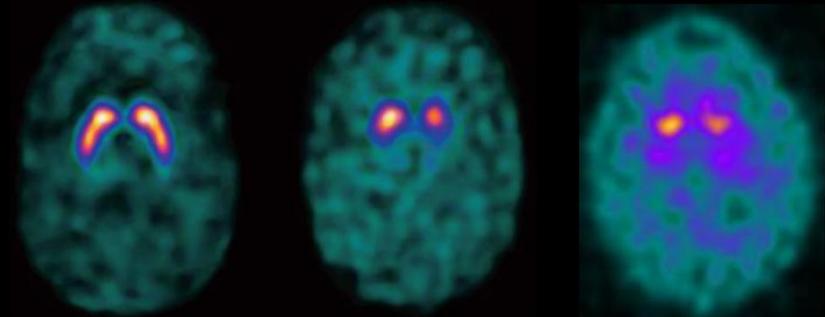
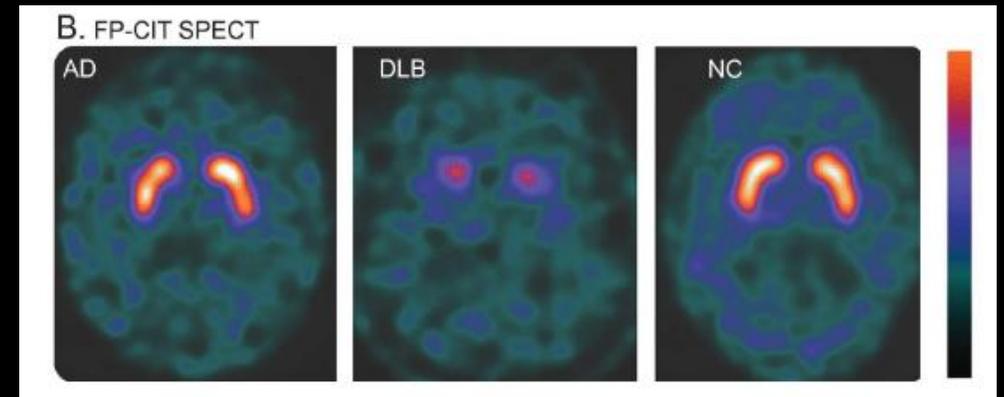


DAT-Scan

~~Scintigraphie myocardique  
au MIBG~~

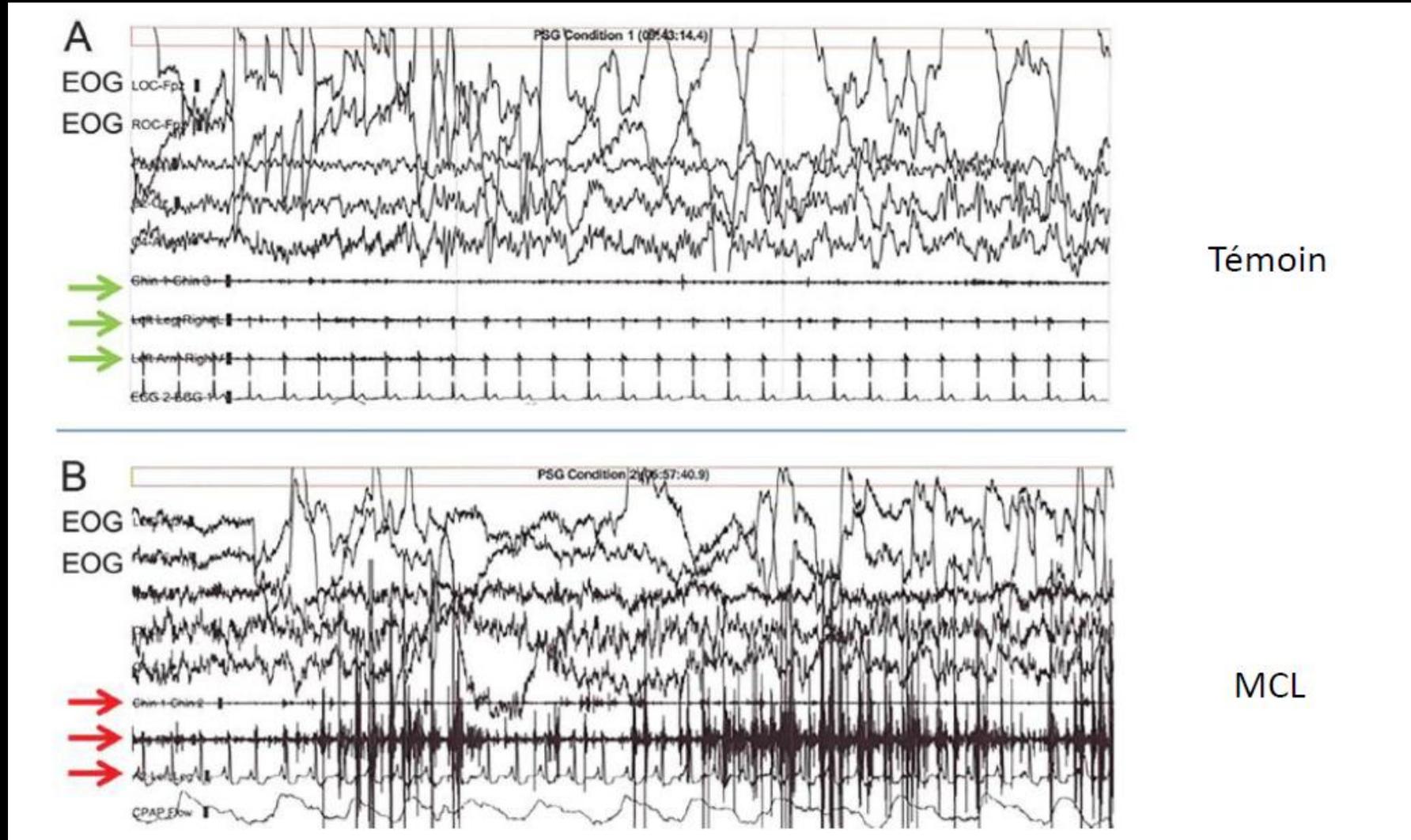
## DAT Scan

- Scintigraphie cérébrale à l'ioflupane (I-123)
- Densité des transporteurs de la dopamine (présynaptique)
- Résultat : rapport striatum/lobe occipital ( $N > 3$ , *norme selon âge*)
- Indications
  - Différencier Sd E-P iatrogène/tremblement essentiel de LBD (**psy +++**)
  - Différencier MA de MCI
- Ne permet **pas** de distinguer pathologies impliquant les noyaux gris : MP/MCL/AMS/DCB/PSP
- Piège : lésion vasculaire → à confronter à l'IRM
- Positif chez **70 %** des patients MCL (donc 30% négatifs)



**Diagnostic de MCL possible même si DAT Scan négatif !**

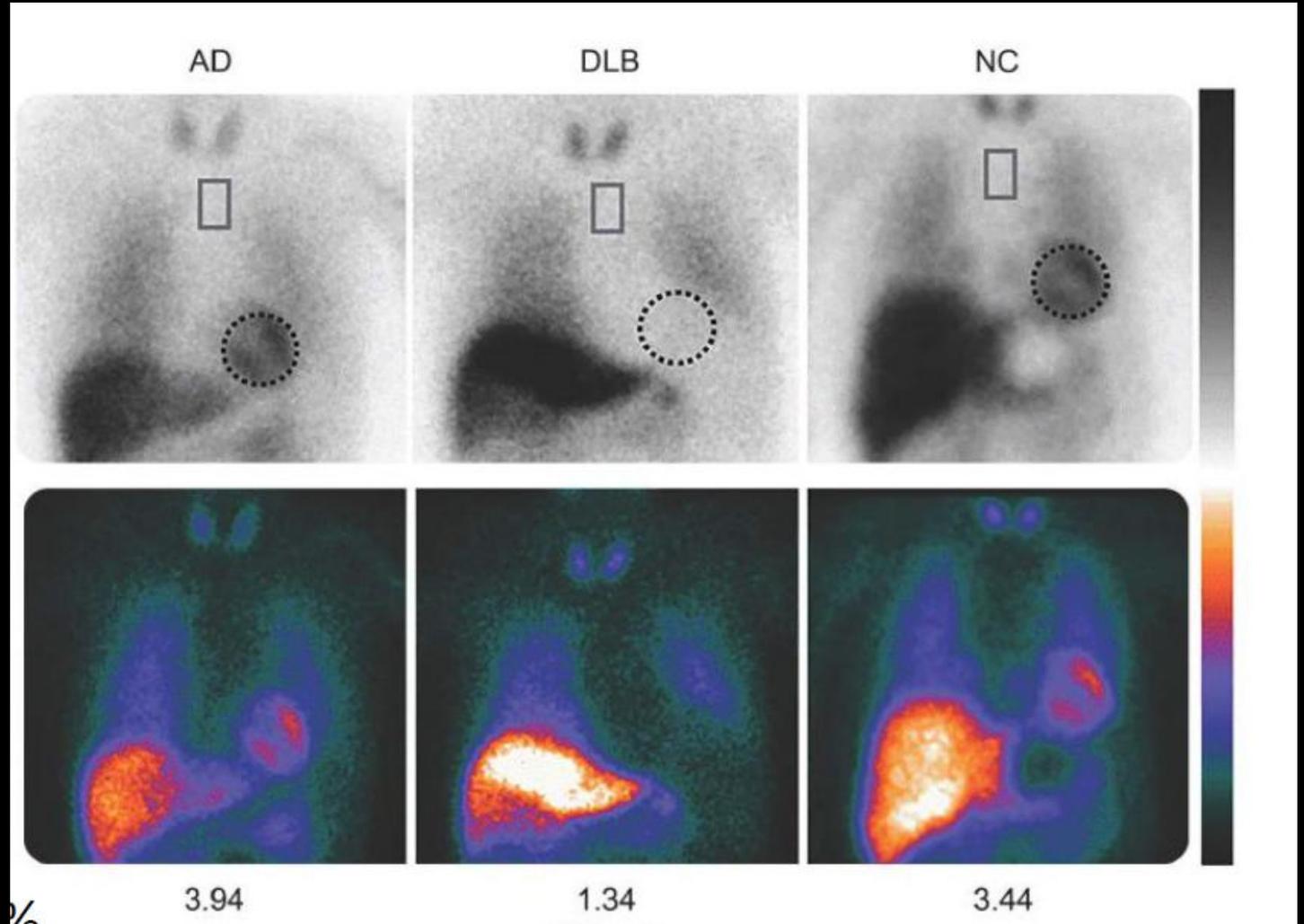
# Polysomnographie



- Recherche de la levée de l'atonie en REM sleep
- Indication : moindre doute de TCSP

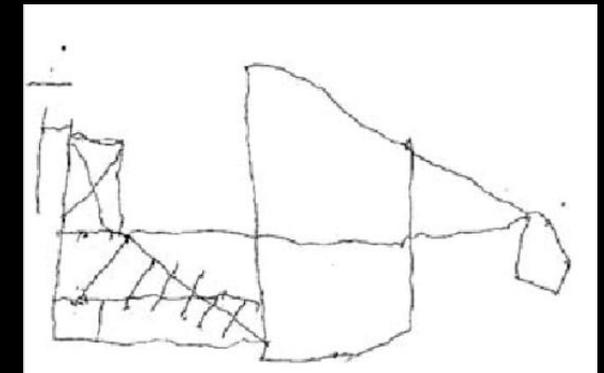
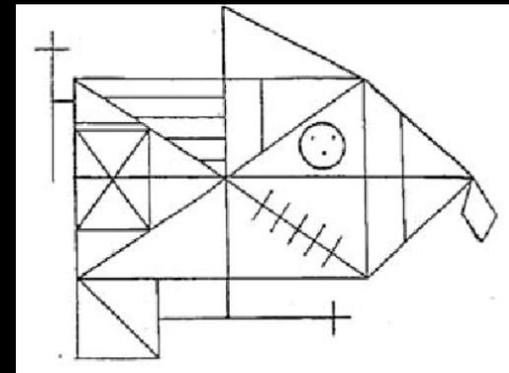
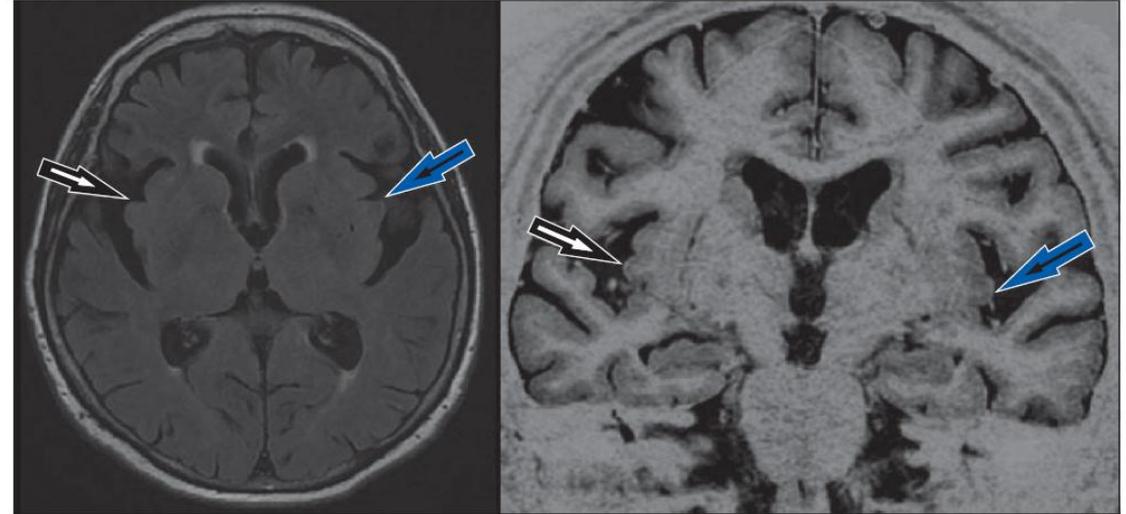
## Scintigraphie myocardique au MIBG

- MIBG = antagoniste noradrénergique
- Peu/pas utilisé en France
- Japon ++
- Reflet de l'innervation sympathique cardiaque
- Dénervation sympathique cardiaque dans MP/DCL (sur ratio cœur/médiastin)
- Sen : 69%, Spé : 89%



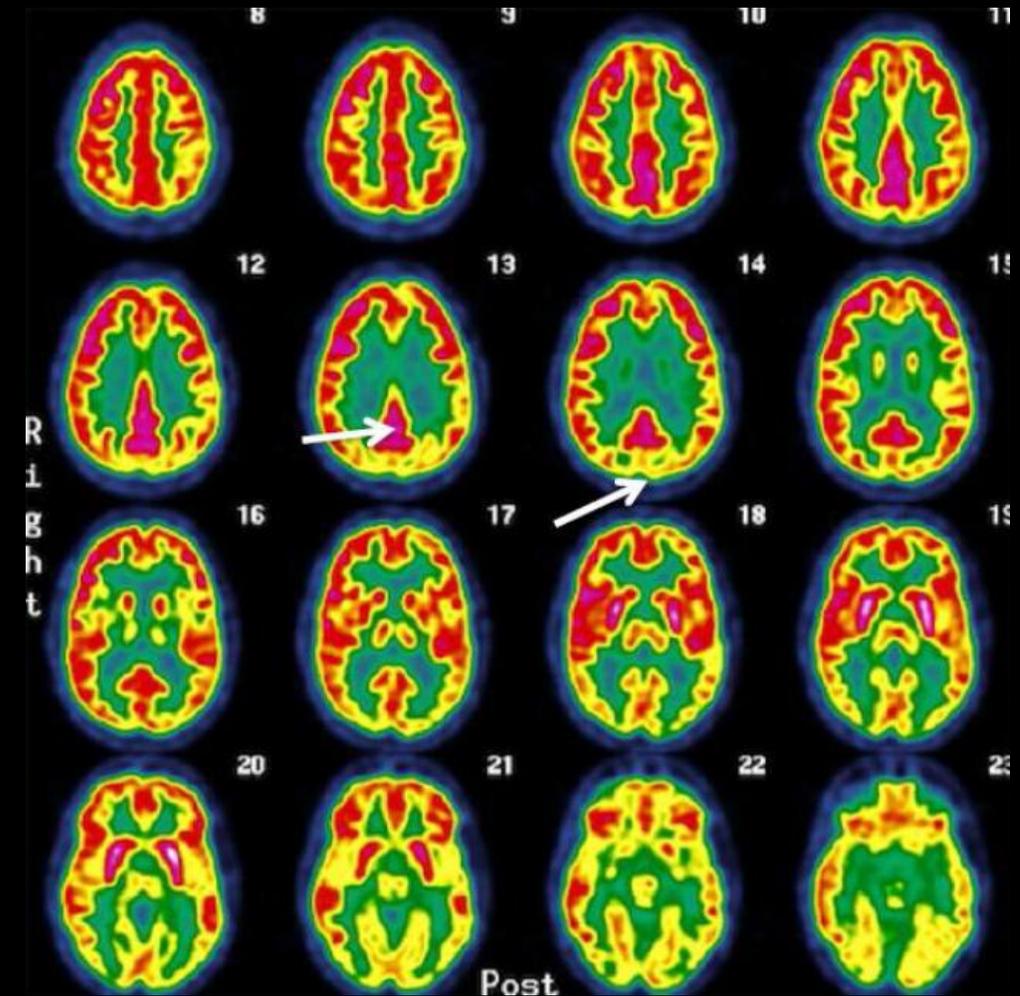
## Biomarqueurs « de soutien » et bilan neuropsychologique

- Biomarqueurs « de soutien »
  - Pas d'utilité (encore) dans les critères, permettent d'orienter le diagnostic
  - EEG : ondes lentes
  - IRMc : atrophie insulaire, préservation temporale int
  - PET-FDG : hypométabolisme occipital, cingulate island
  
- Ponction lombaire et LCS : profil intermédiaire
  
- Bilan neuropsychologique
  - Relative préservation mémoire épisodique
  - Troubles fonctions exécutives
  - Troubles visuo-construction

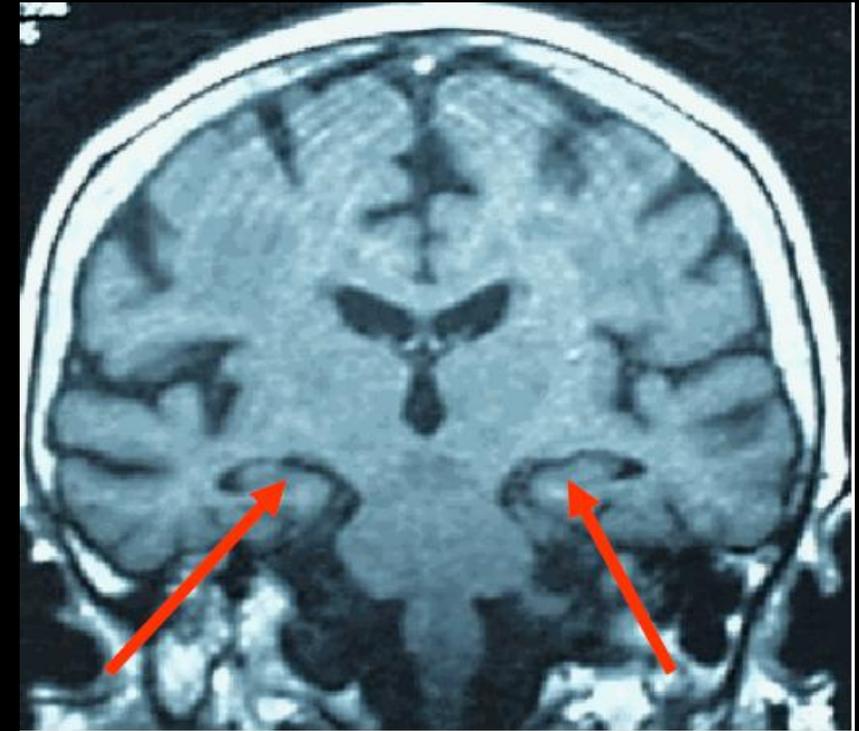
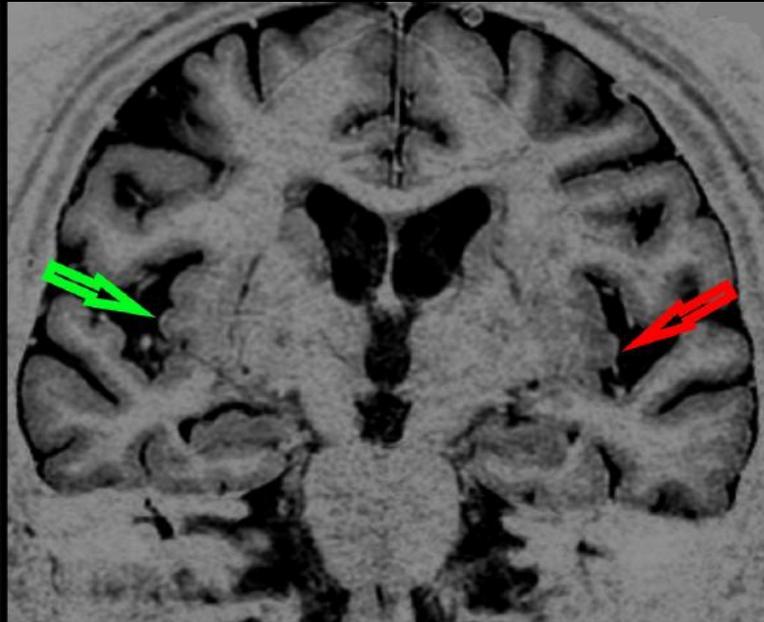
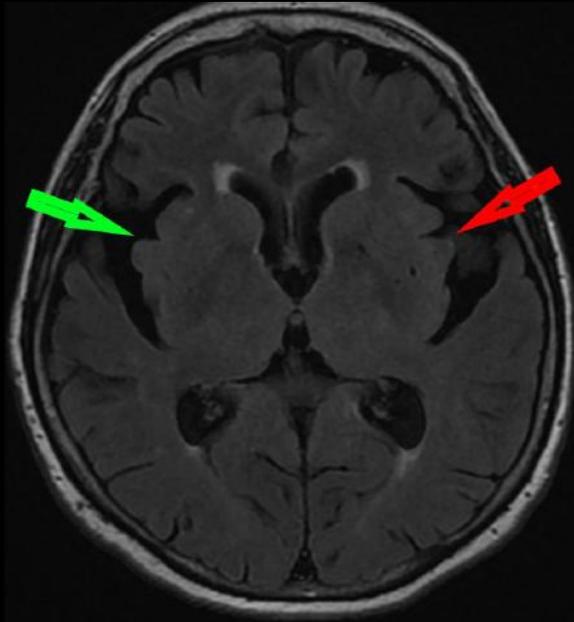


## Biomarqueurs « de soutien » et bilan neuropsychologique

- Biomarqueurs « de soutien »
  - Pas d'utilité (encore) dans les critères, permettent d'orienter le diagnostic
    - EEG : ondes lentes
    - IRMc : atrophie insulaire, préservation temporale int
    - PET-FDG : hypométabolisme occipital, cingulate island
- Ponction lombaire et LCS : profil intermédiaire
- Bilan neuropsychologique
  - Relative préservation mémoire épisodique
  - Troubles fonctions exécutives
  - Troubles visuo-construction

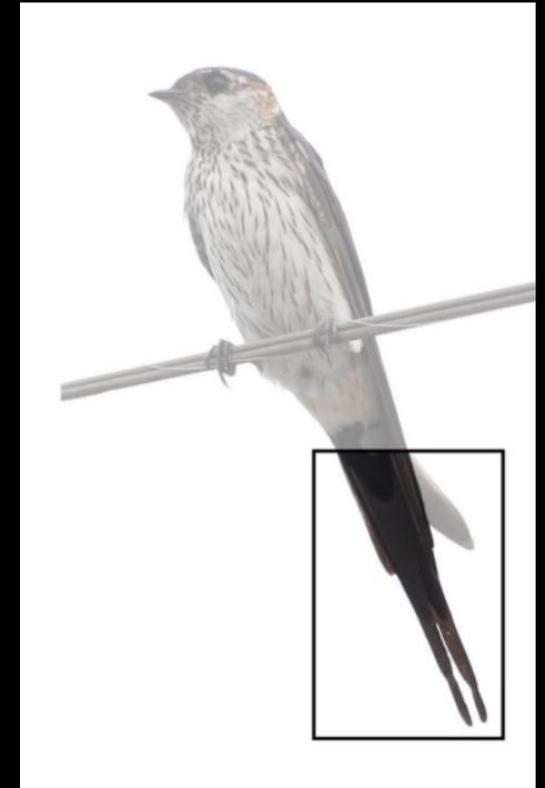
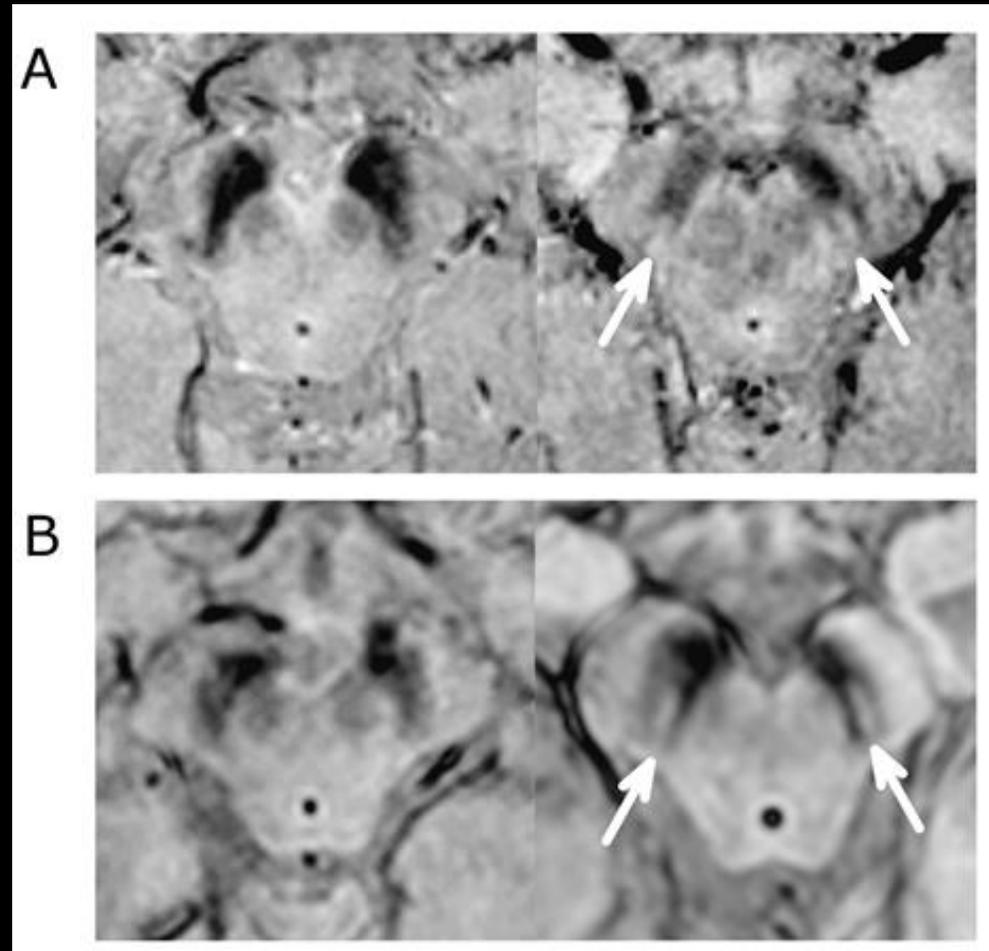


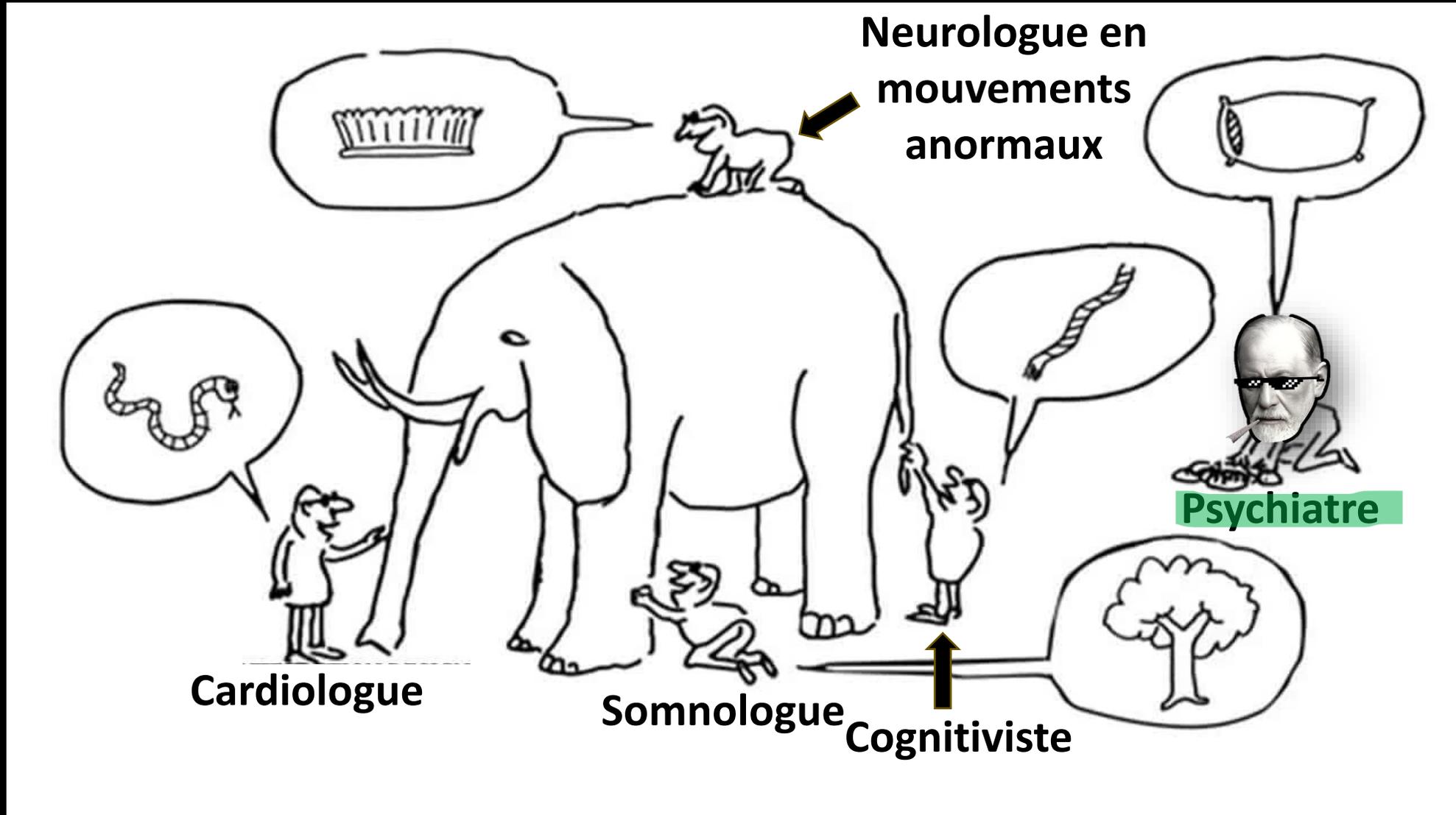
## IRM cérébrale dans la MCL



- Préservation relative des hippocampes (aspecificité +++ des hippocampes)
- Atrophie insulaire possiblement indicative

## Perte de la queue de l'hirondelle dans les maladies du « spectre » parkinsonien





## Pour la suite de la présentation

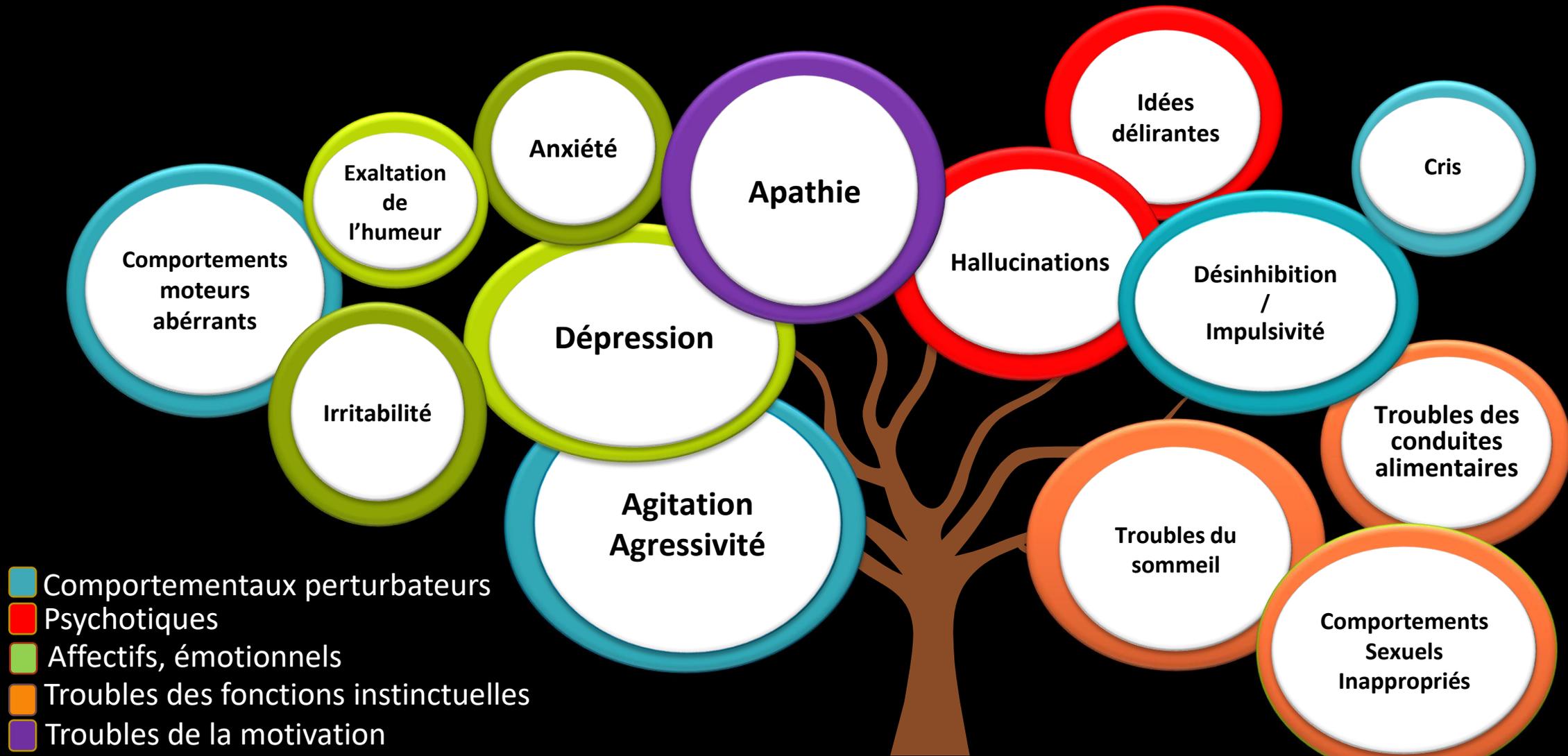
### Maladies avec des corps de Lewy (LBD)

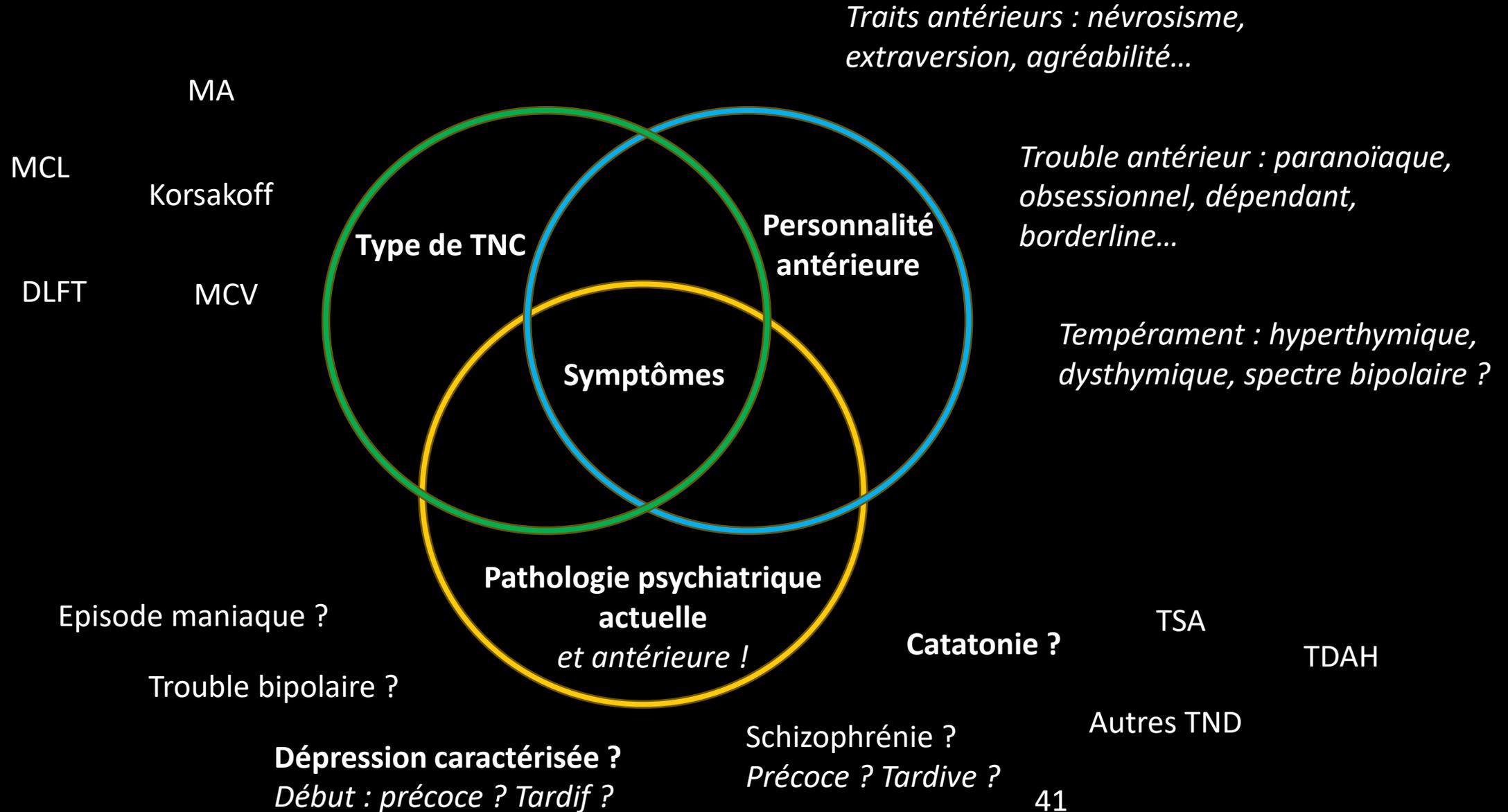
I – Symptômes neuropsychiatriques (SNP)

II – Troubles psychiatriques associés

→ *Différence symptôme VS trouble*

## Les symptômes neuropsychiatriques (SNP)





**Sensorialité**

**Environnement physique**

**Qualité des relations interpersonnelles**

Type de TNC

Personnalité antérieure

**Habitus**

**Symptômes**

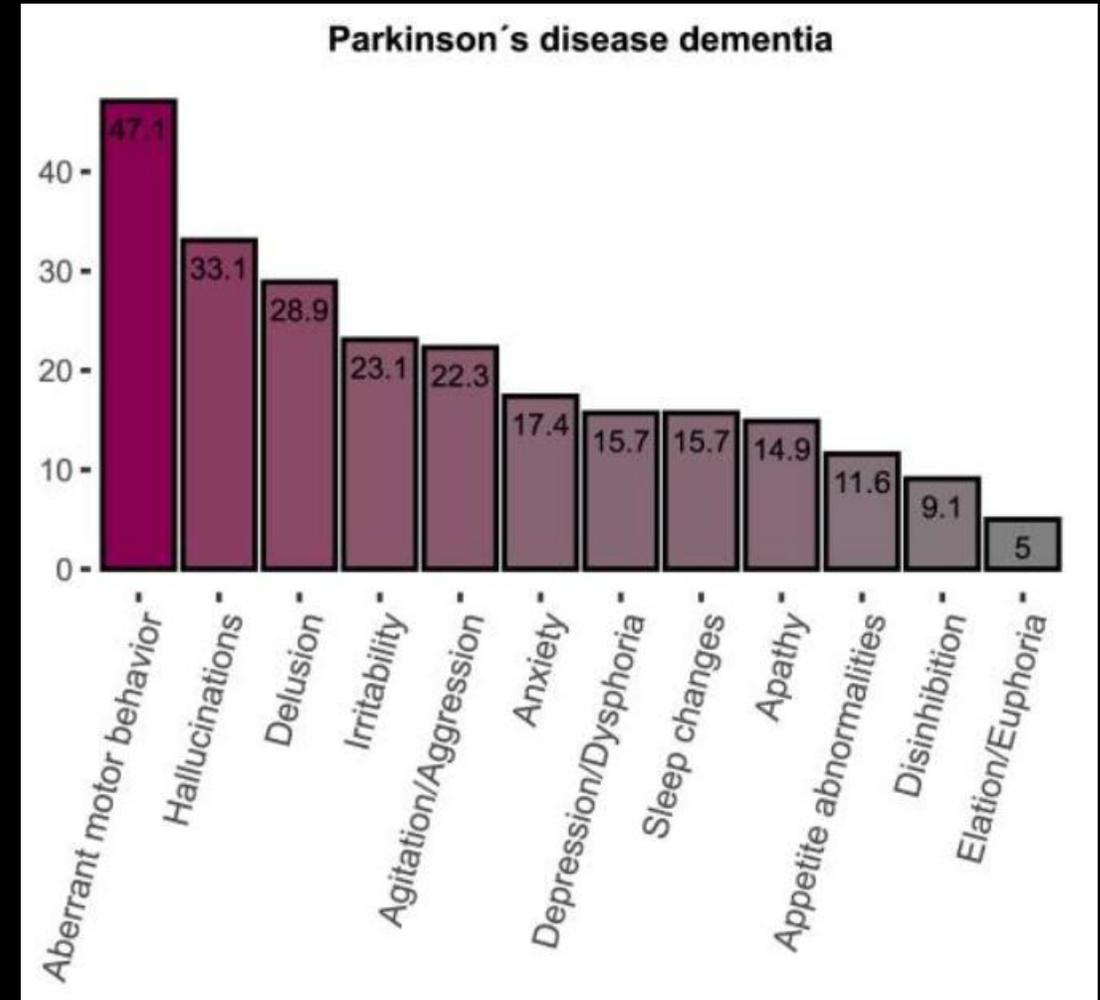
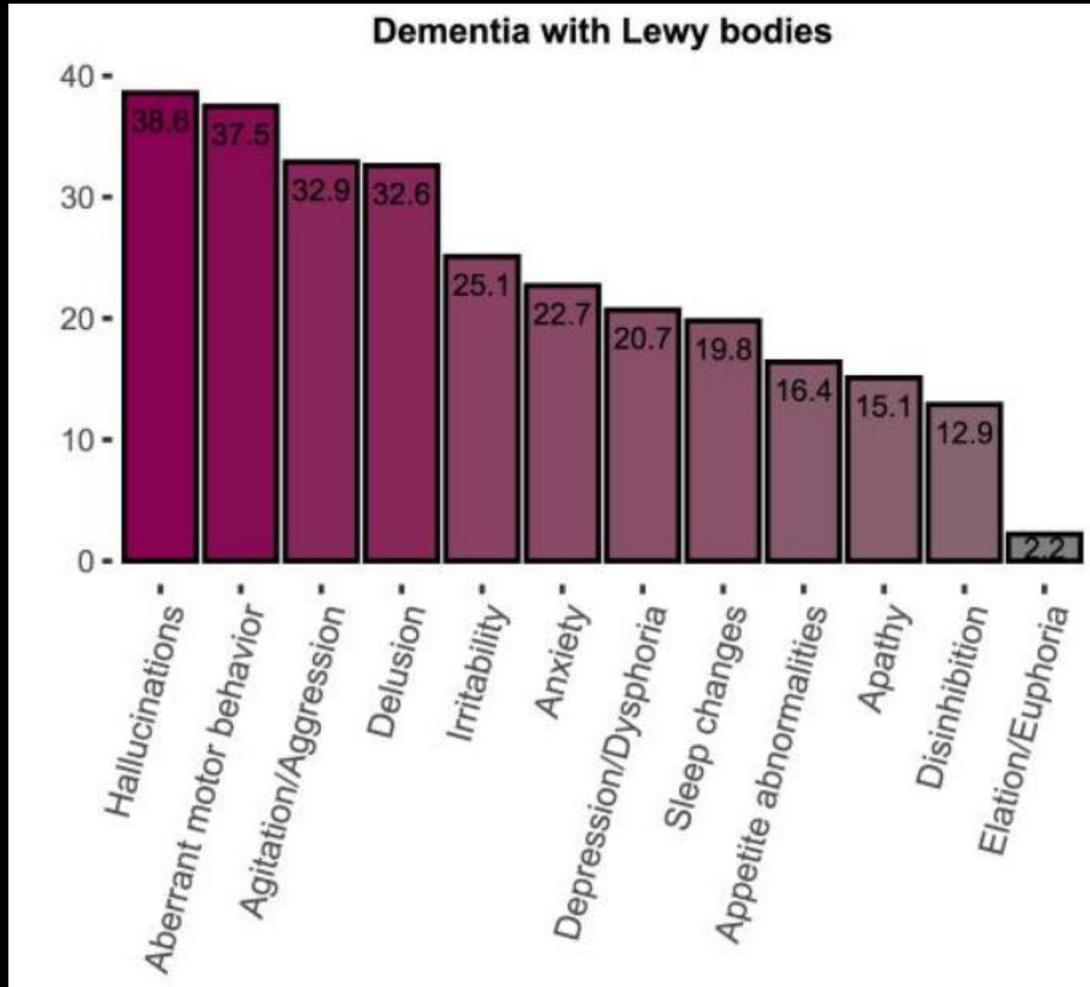
**Histoire de vie**

**Entourage social, familial**

**Pathologie psychiatrique actuelle et antérieure !**

**Besoins primaires**

## SNP dans MCL / PDD



## Symptômes neuropsychiatriques (SNP) de LBD

- Intrication avec symptômes cognitifs

### ➤ **Tout fluctue ensemble : les SNP aussi**

- Généralités des SNP dans la MCL :

- Plus sévères
- Plus précoces dans l'évolution
- Impact qualité de vie de l'aidant
- Hospitalisations plus nombreuses
- Institutionnalisation plus rapide

- Etat des connaissances : réduit, surtout symptômes psychotiques

→ **Projet ESPPAS**

### **2 enjeux**

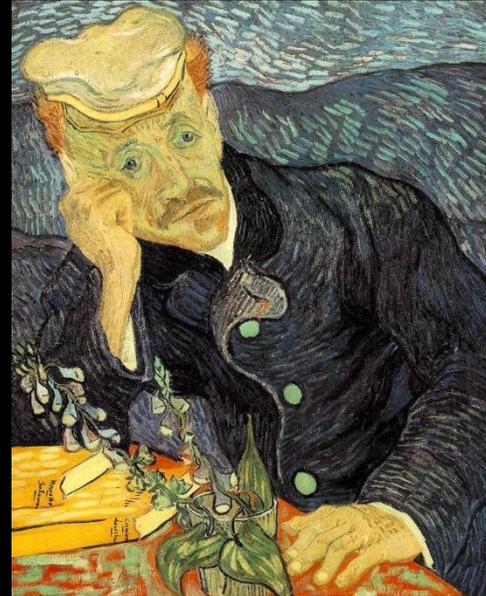
- **Diagnostic** : part importante
- **Thérapeutique** : traitement symptomatique

## SNP dans les LBD : au menu

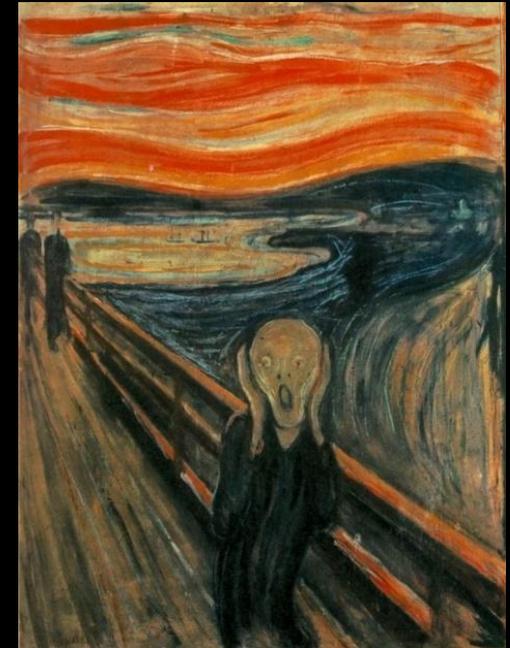


*Symptômes psychotiques mineurs :*  
illusions visuelles, sentiment de  
présence (ange gardien), passage  
d'ombres

Idées délirantes, délire d'identification



Dépression  
Apathie



Anxiété



Hallucinations visuelles  
récurrentes

## Hallucinations



- Favorisées par :
  - Hyposensorialité → à **corriger**
  - **Fluctuations de vigilance**
  - Environnement : **luminosité**
  - Au réveil !
  - Isolement social
- Dans **toutes** les modalités, surtout **visuelle** (jusqu'à 80%)
- En pratique : **recherche pro-active** par questions au patient et à l'accompagnant

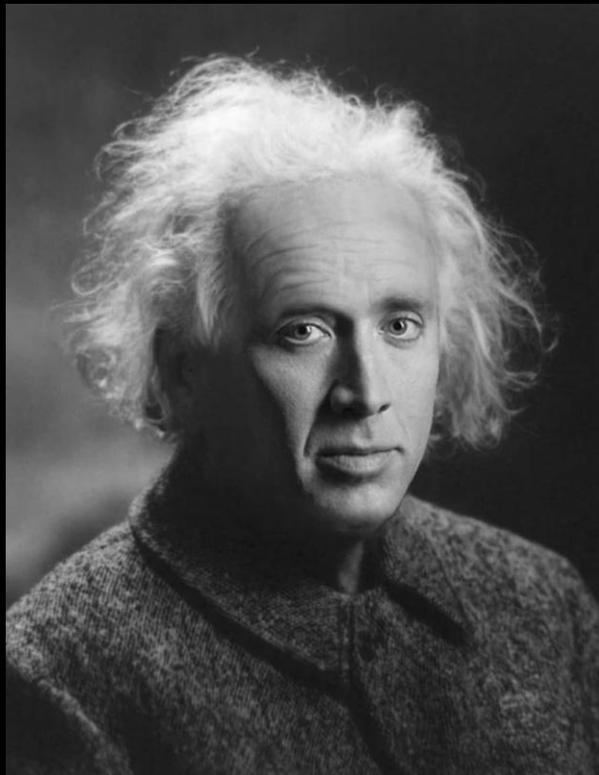


## Idées délirantes

- Environ 50% des patients (*dans MCL/PDD*)
- 2 grands types d'évolution
  - Fluctuantes, secondaires aux hallucinations
  - Enkystées
- Thèmes principaux : infidélité, jalousie, vol, intrusion, persécution
- Forte charge affective, peu de critique initialement, possible à distance
- A considérer si repli social observé, anxiété importante, et à **rechercher**
- Lien avec le trouble délirant persistant ?
  - Délires passionnels de jalousie, d'infidélité chez personnes âgées ?



## Délire d'identification



- **52,4%** des patients MCL si recherche systématique
  - Proportion plus forte dans MCL / autres TNCM
  - Capgras : 10 à 25%
- Classification : 2 grands mécanismes
- A part : signe du miroir (non reconnaissance image spéculaire), de la TV
- **En pratique :**
  - Questionnement actif de l'entourage
  - **Surtout en cas d'hétéro-agressivité avec les proches**
- Pour aller plus loin : questionnaires systématisés (MDQ)

### Hypo-familiarité

Personnes/visages : Capgras ou délire de sosie de personnes  
 Animaux : « cat-gras »  
 Endroits : délire des copies de lieu  
 Corps : somatoparaphrénie

### Hyperfamiliarité

Personnes/visages : Frégoli, fausse reconnaissance, illusion d'intermétamorphose, doubles subjectifs  
 Endroits : Paramnésies reduplicatives

# Dépression

Hospitalisés en psychiatrie pour ce motif : enjeu de **dépistage** chez les patients LOD (Late Onset Depression)

- Clinique spécifique dans les LBD :

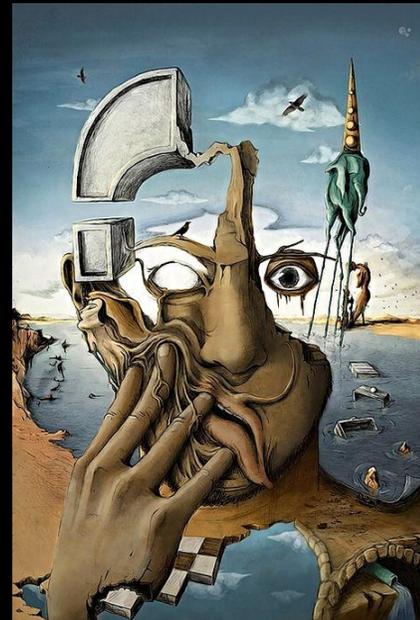
Symptôme – Dimension

73,5% des patients  
Sévérité importante (> MA)

**OU**

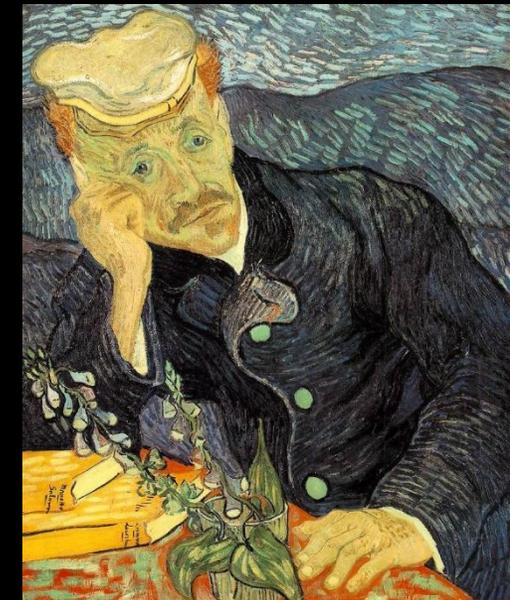
Trouble dépressif caractérisé –  
Catégorie

20% lors du diagnostic  
Plus sévères, fréquents, et durables (vs MA)



*tribute, martin grohs ; 2012*

**Caractéristiques psychotiques**  
Post deuil, HV ++



*Portrait of Dr. Gachet ; Van Gogh; 1890*

**Anhédonie « envahissante »**  
Dépression anergique ?

# Apathie & anxiété

## Apathie

« Diminution de la motivation se manifestant dans les comportements dirigés vers un but »

- 35 à 100% des patients (*selon stade*)
- **Prodrome** comme la dépression caractérisée
- Evolution : progressive, corrélée à la sévérité de la MCL
- Probable **sous-évaluation** ou confusion avec dépression

## Anxiété

Quasi-systématique, **prodromale**

Une clinique particulière :

- Secondaire aux symptômes psychotiques
- **Sans objet**
  - Mal être interne
  - Fluctuante
  - Entraînant **sollicitations répétées** de l'entourage, angoisses d'abandon
- Attaques de panique
- Plaintes somatoformes, corporelles

## Symptômes psychotiques mineurs

- 40% des patients, y compris stade précoce
- Continuum avec le normal → 13% chez les plus de 60 ans sans rien



*« Vous est-il arrivé de voir autre chose à la place d'un objet réel, par exemple de voir une personne ou un animal à la place d'un buisson ou d'un arbre, ou encore un insecte à la place d'une tache sur le sol? »*



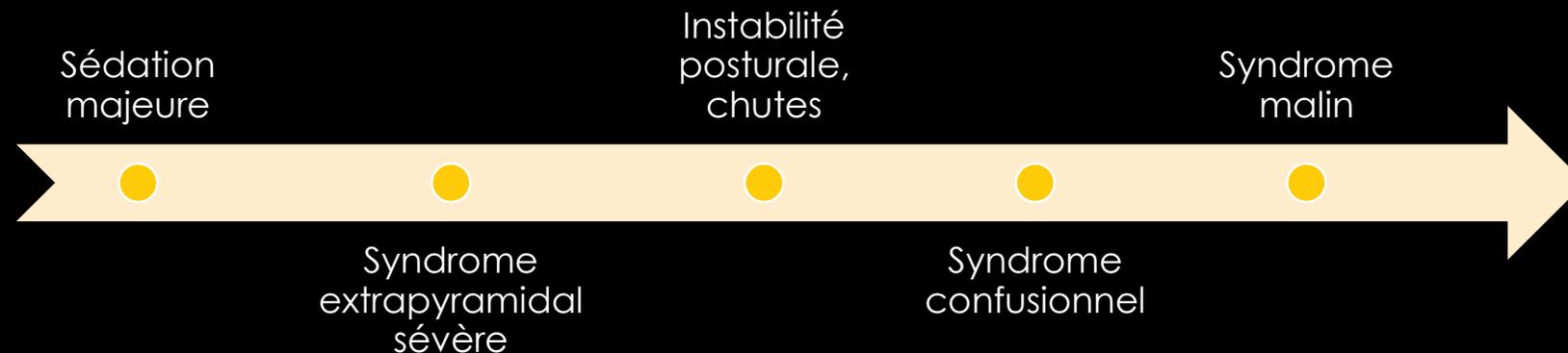
*« Avez-vous eu la sensation forte d'une présence, que quelqu'un était là, alors qu'il n'y avait en réalité personne? »*



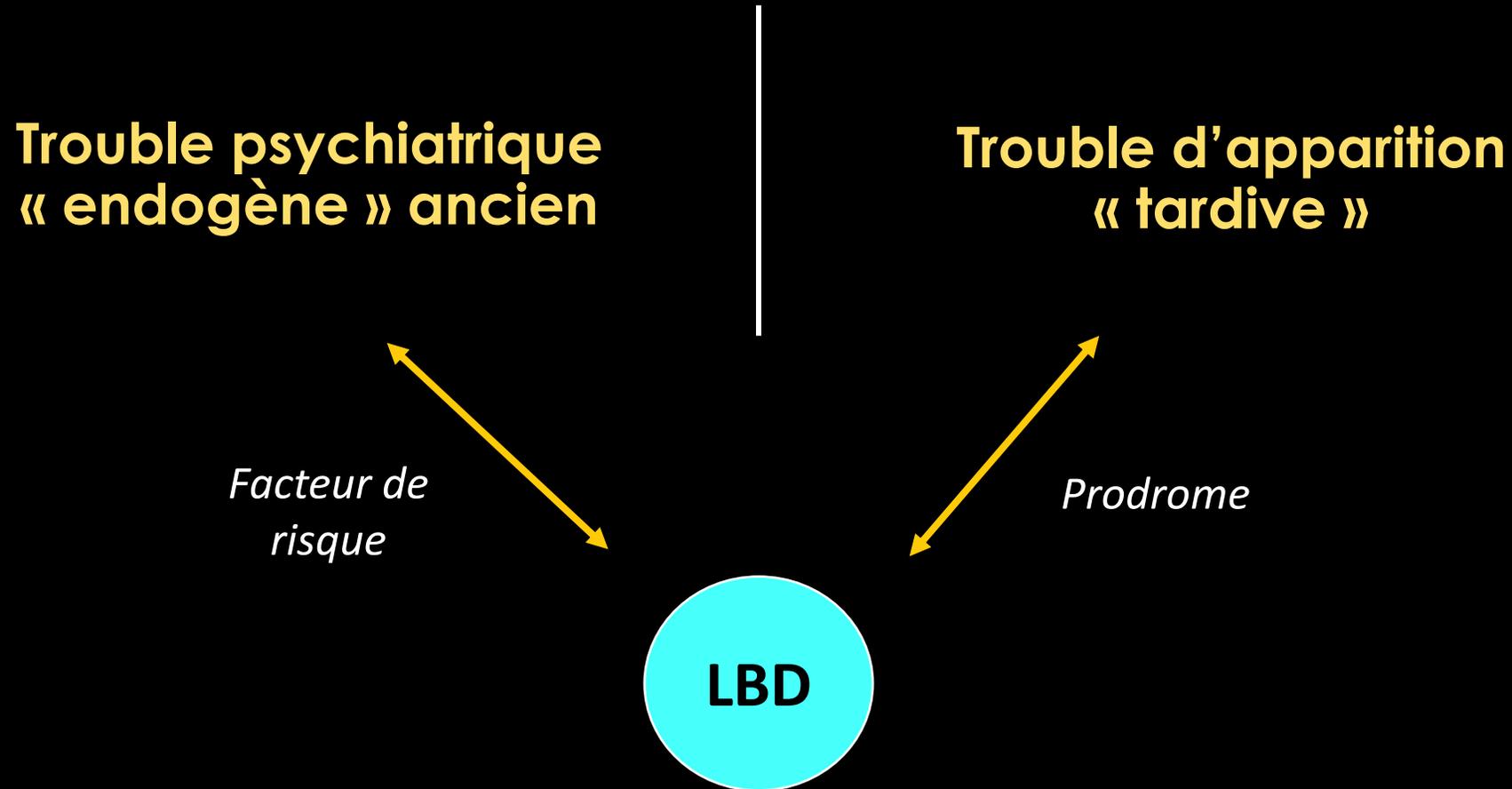
*« Avez-vous eu la sensation de voir un animal ou une personne passer brièvement sur le côté, alors qu'il n'y avait rien? Un peu comme un chat qui serait passé vite ? »*

## Hypersensibilité aux APA

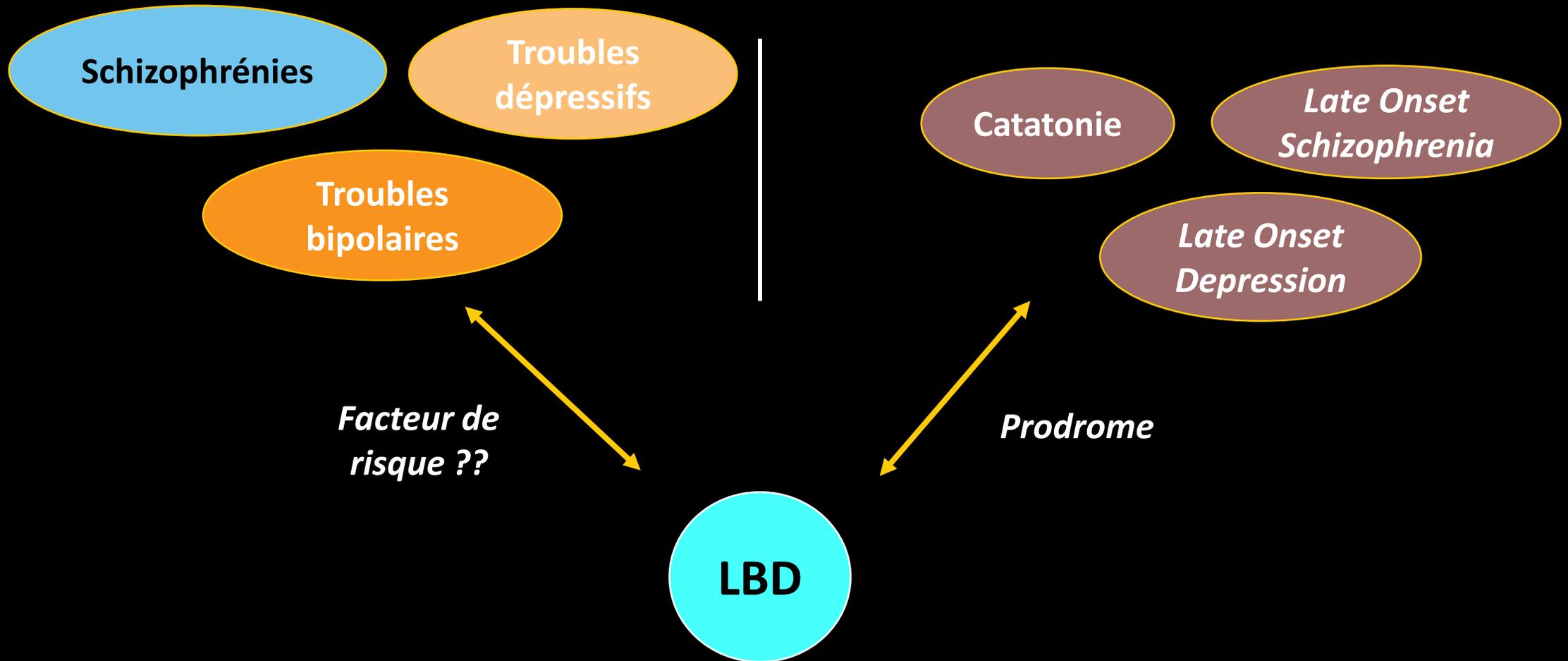
- Dans **50% des cas**
- Etude récente : **43%** de patients ayant 2 critères majeurs ou plus recevaient des NLP CI (EHPAD)
- Recommandations récentes pour prescription des APA chez PA (IPA p.e.) : chercher activement MCL



## Quand une LBD se cache derrière des troubles psychiatriques

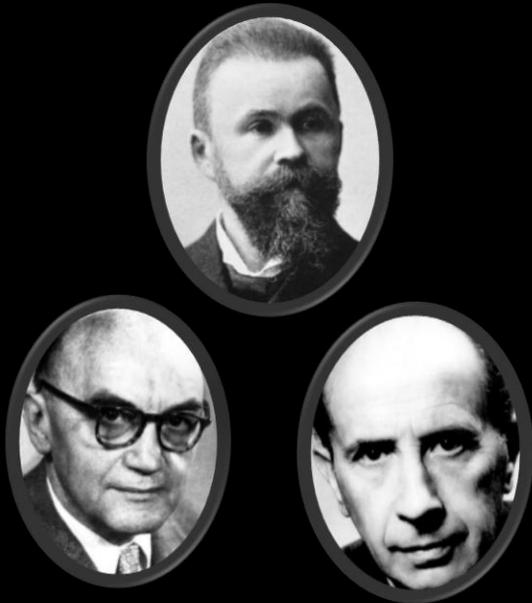


## Quand une LBD se cache derrière des troubles psychiatriques



## Troubles du spectre de la schizophrénie et LBD

### Trouble psychiatrique endogène ancien, « vieilli »



Pas de lien clair

### Trouble psychiatrique d'apparition tardive

#### Seuil d'âge : pas de consensus

- Pour symptômes psychotiques : > 40 ans pour LOS, > 60 ans pour VLOS
- V-LOS : > 50% d'évolution vers des MNE

Prodrome ?

## Schizophrénies tardives

En théorie, la schizophrénie

**Symptômes psychotiques positifs**

**Symptômes psychotiques négatifs**

**Désorganisation**

Caractéristiques cliniques (V-LOS, > 60 ans)

- 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% à 50% des cas selon les études

Se méfier de la **psychose hallucinatoire chronique (PHC)**

## Trouble bipolaire et LBD

- Association avec la MP, fortement suspectée pour la MCL
- Sous-groupes de patients TBP plus suspects
  - Avec aggravation cognitive / évolution
  - Nombre d'épisodes élevé
- Quid de la démence vésanique ?
- En pratique : MCL/MP à rechercher chez patient bipolaire devant
  - **Perte d'autonomie**
  - Troubles cognitifs d'évolution plus rapide
  - Apparition de caractéristiques type MCL non connues chez le patient : hallucinations visuelles, syndrome parkinsonien, fluctuations...

## Catatonie et MCL



### Données des CC

- **Catatonie : fortement secondaire à iatrogénie**
  - 6/7 cas publiés
    - 5 : APA
    - 1 : Donepezil
- **Prodromale** dans un cas

- 1 étude longitudinale chez prodromaux (*Utsumi 2021*)
  - 9/21 patients avec catatonie (méthode discutable)
  - 20/21 avec symptômes psychotiques
- **Association à bipolarité/dépression: médiation de catatonie ?**
  - Phénocopies MCL ?
- **Somatoform Disorders** (*Onofrij, 2011*)
  - 19% des patients MCL (29/162, étude cohorte)
  - Parmi eux, la moitié avec symptômes catatoniques prodromaux
    - *Posturing, négativisme, stéréotypies*



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

21 SEPTEMBRE 2024



## Cognition

- Cibles :
  - **Fluctuations**
  - Troubles mnésiques et FE
- Inhibiteurs de l'acétylcholine estérase (IACHÉ)
  - **RIVASTIGMINE** (patch et PO)
  - **DONEPEZIL** (PO)
  - **GALANTAMINE**
- **ECG avant/après prescription**
- Non-remboursés...

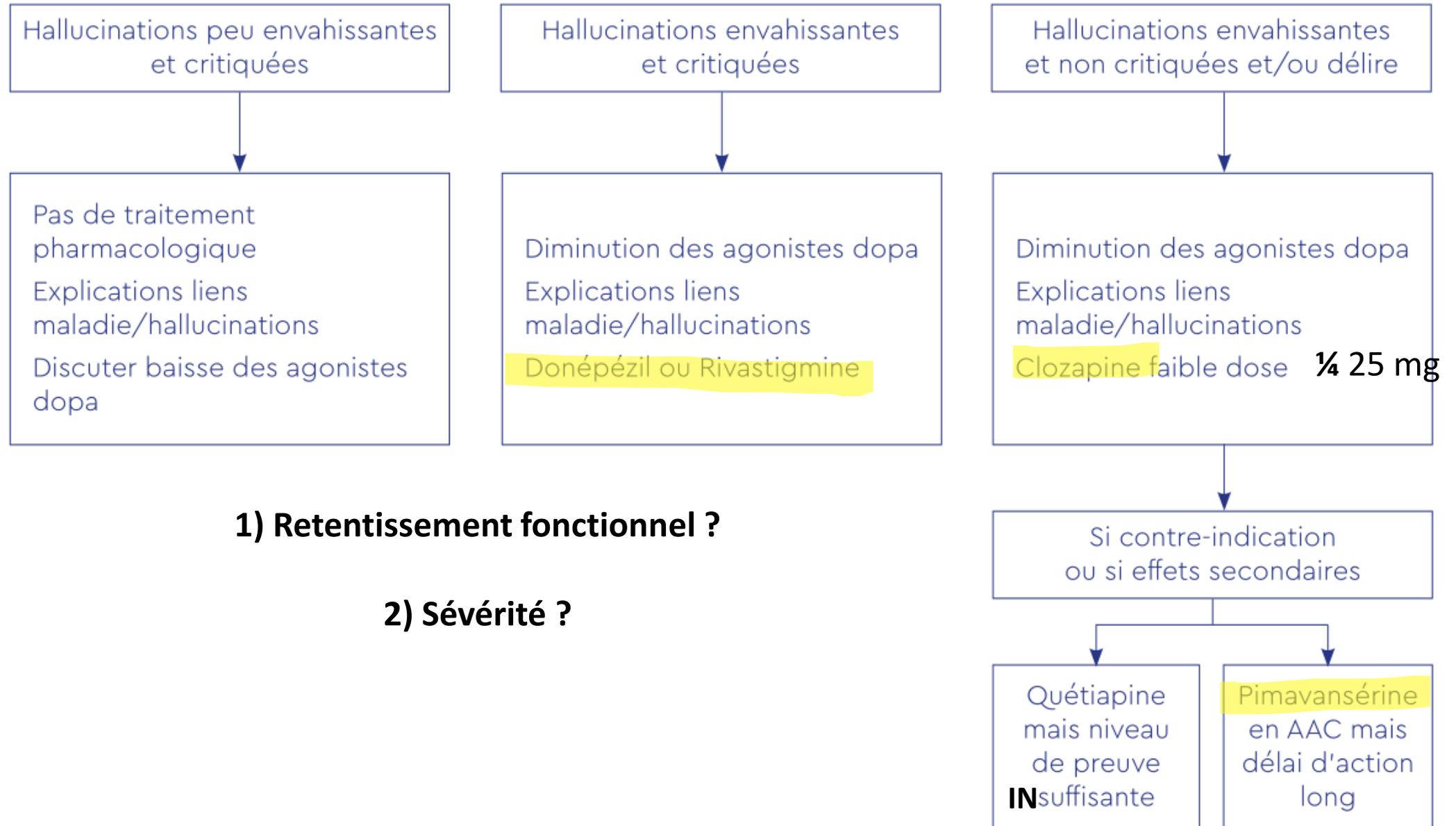
### IACHE dans la MCL : cibles

- **Fluctuations**
- **Cognition**
- **Hallucinations**
- **Idées délirantes**
- **Anxiété**
- **Apathie**

## Généralités

- Noter sur l'ordonnance : « *Contre indication ABSOLUE à tous les antipsychotiques, excepté la QUETIAPINE et la CLOZAPINE* »
- Surtout si les patients sont suivis en psychiatrie...
- Information diagnostique patient/aidant, aide à l'aidant.e, psychoéducation, contact d'associations
- Autres mesures « *hygiéno-diététiques* »

## Maladie à corps de Lewy ou démence parkinsonnienne avec hallucinations



## Dépression

- **En première intention**
  - **SERTRALINE** si dépression avec anhédonie/tristesse prédominante
  - **MIRTAZAPINE** si dépression avec anxiété/insomnie prédominante
- **Personnalisation aux antécédents/profil du patient**
- Deuxième ligne : IRSNA (VENLAFAXINE/DULOXETINE)
- Ajustements traitements dopaminergiques en parallèle (*off non moteurs !*)
- Dépression anergique : IMAO ? (IMAO B Sélégiline, EMSAM)

## Apathie & anxiété

- Dans les deux cas : IACHE !
- **Anxiété**
  - *Attention aux off non-moteurs*
  - Antidépresseurs, raisonnement similaire à la dépression
  - Traitements symptomatiques (BZD) de courte durée, avant traitement de fond
- **Apathie**
  - **IRS peuvent l'aggraver, données contradictoires**
  - Méthylphénidate dans la MA ? Pas transposable à MCL pour le moment

**Prise en charge non pharmacologique**  
pour limiter le risque de complications traumatiques



**Arrêt des traitements pharmacologiques potentiellement aggravants si possible**  
(antidépresseurs notamment tricycliques, bêtabloquants...)



**Prise en charge médicamenteuse en monothérapie : mélatonine à libération immédiate**  
si échec clonazépam (attention au risque de sédation)



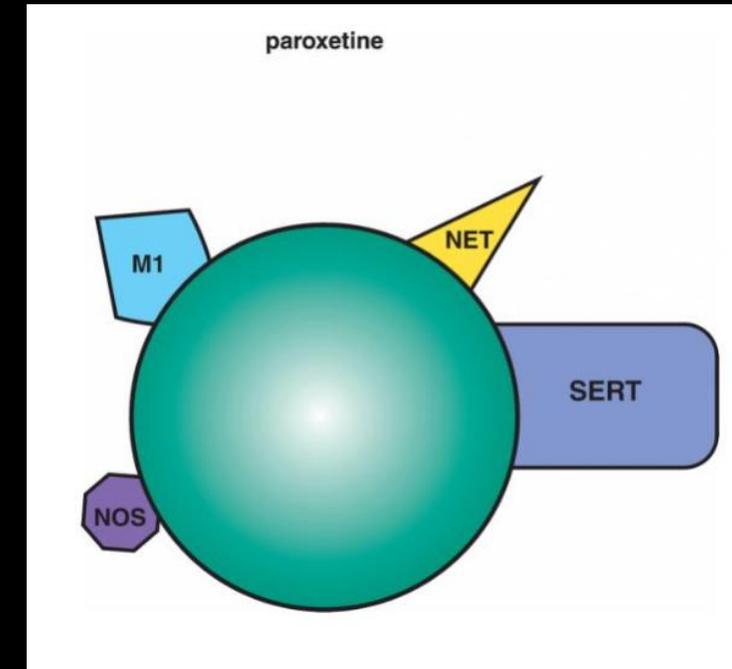
**Prise en charge médicamenteuse en association : échec des monothérapies  
mélatonine et clonazépam**



Prise en charge médicamenteuse en fonction de la balance bénéfices/risques et de la situation clinique (hallucinations, délire, syndrome moteur...) antipsychotique type clozapine, antiépileptique ou anticholinestérasique

## Syndrome dysexécutif comportemental

- Pas de prise en charge spécifique aux LBD
- **SERTRALINE** en première intention
- PAROXETINE également conseillée mais prudence (**anticholinergique !**)
- Deuxième intention : **TRAZODONE**



*Stahl's psychopharmacology*

## Ménage d'ordonnance !

- Interdits
  - **CYAMEMAZINE, HYDROXYZINE**
  - **TROPATEPINE, PARKINANE<sup>©</sup>**
  - Anticholinergiques +++
- Neuroleptiques cachés
  - METOCLOPRAMIDE

Prescriptions SANS RAP  
(MALADI

Strasbourg, le 03/10/2023

CLOPIXOL 1 ampoule  
1 par voie IM tot

HALDOL 2 mg 1 le ma

ARIPIPRAZOLE 10 mg

TERALITHE 250 mg 2

DEPAKOTE 500 mg 1

TIAPRIDAL 5 mg gout

ALPRAZOLAM 0,5 1-

QUETIAPINE 50 mg L

ZOPICLONE 7,5 mg 1



## Traitements des troubles psychiatriques comorbides

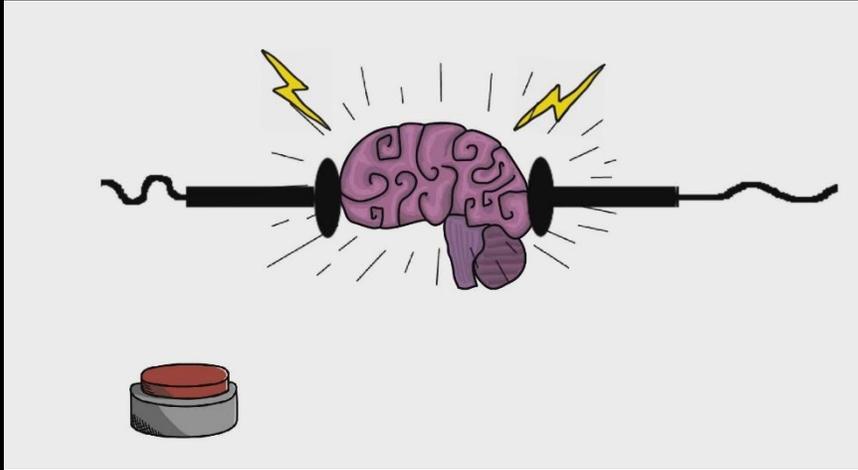
### Trouble bipolaire

- Recommandations « personne âgée »
- Respect des précautions / LBD
- Prudence avec dopa-thérapie
- Traitement des **fluctuations**
- **Lithium = gold standard !**

### Schizophrénies

- Prudence avec dopa-thérapie
- **Clozapine**
- Doses plus élevées que dans LBD simple
- **Attention arrêt brutal d'APA, sevrage !**
- Ménage dans l'ordonnance

## Et pourquoi pas : la neurostimulation dans les LBD ?



**ECT**

- Cible : **dépression résistante**
- Peu de données, **aucune contre indication**
- Attention à la **dysautonomie post-séance**, à la confusion



**rTMS ?**

## Diagnostic

**Catatonie**  
➤ BFCRS  $\geq 2$  ou signes DSM-5  $\geq 3$

**Monitoring**  
➤ Cotation **BFCRS** à chaque étape de traitement  
➤ Surveillance constantes : repérer **catatonie maligne**

Eliminer **iatrogénie**  
➤ Arrêt des APA/NLP  
➤ Sevrage en BZD ?

**Diagnostic différentiel**  
➤ Examen clinique complet et examens complémentaires selon point d'appel (IRMc, EEG, PL, endocrino, infection, auto-immun, anti-neurones)

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

## Traitement

**Traitement étiologique**

Acronymes

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

Tolérance\* : absence de sédation, de fausses routes

**Traitement symptomatique**  
➤ 1<sup>ère</sup> ligne : LORAZEPAM 1,5 mg/jour (0,5 mg X 3)  
➤ A titrer jusqu'à réponse selon la **tolérance\***

Absence de réponse au bout de 5 jours de dose maximale tolérée

⚠ Vérifier la prise  
Si galénique inadaptée, introduction BZD à dose équivalente par voie adaptée

➤ 2<sup>ème</sup> ligne : Electro-convulsivo-thérapie (ECT)  
En première ligne si catatonie maligne ou risque vital immédiat

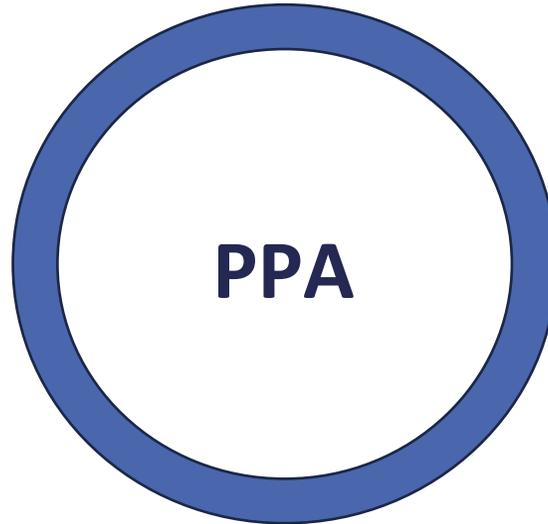
Absence de réponse au bout de 12 séances OU si ECT non disponible

**Appel à un expert**

**Traitement préventif**  
*Si stupeur, station prolongée*  
*Fonction des besoins :*  
➤ Matelas adapté, surveillance cutanée  
➤ Hydratation SC  
➤ Anticoagulation  
➤ Nutrition entérale  
➤ Sonde urinaire  
*Si agitation, impulsivité*  
➤ Environnement sécurisé

# Projet de PPA des HUS

*Vue d'ensemble*



Hôpital de jour  
d'évaluation de  
PPA

Réseau expert  
de PPA

Equipe mobile  
PPA

Projet à court terme en PPA

Télé-  
consultation  
Télé-expertise

Liaison PPA  
Avis de PPA

Consultations  
de PPA

Activités actuelles de PPA

UCC

HDJ neuro-  
gériatrique

HDJ  
comportement  
recherche

Liens avec la neurogériatrie

Neuro  
modulation

Médicaments  
d'exception

ECT

Traitements d'exception

Université

de Strasbourg

# Remerciements



Aux Prs Frédéric Blanc, Jack Foucher, Fabrice Berna & au Dr Michel Le Gal

Aux équipes médicales et soignantes de psychiatrie, du CMRR, & de l'UCC des HUS.

