

Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 7 octobre 2024

Par Clémentine PITAULT

Etat des lieux des syndromes gériatriques dans une population de patients souffrant de maladie à corps de Lewy et suivi en consultation mémoire

Thèse co-dirigée par Professeur Achille TCHALLA et Docteur Leslie CARTZ-PIVER

Examineurs :

Pr Achille TCHALLA, CHU de Limoges
Pr Philippe COURATIER, CHU de Limoges
Pr Jean-Yves SALLE, CHU de Limoges
Dr Leslie CARTZ-PIVER, CHU de Limoges

Président
Juge
Juge
Directrice de thèse





Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 7 octobre 2024

Par Clémentine PITAULT

Etat des lieux des syndromes gériatriques dans une population de patients souffrant de maladie à corps de Lewy et suivi en consultation mémoire

Thèse co-dirigée par Professeur Achille TCHALLA et Docteur Leslie CARTZ-PIVER

Examineurs :

Pr Achille TCHALLA, CHU de Limoges
Pr Philippe COURATIER, CHU de Limoges
Pr Jean-Yves SALLE, CHU de Limoges
Dr Leslie CARTZ-PIVER, CHU de Limoges

Président
Juge
Juge
Directrice de thèse



Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Assesseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Laurent FOURCADE**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE

DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HOUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
JOUAN Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
LABROUSSE François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MAGNE Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARCHEIX Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
------------------	---

KARAM Henri-Hani MEDECINE D'URGENCE

MOREAU Stéphane EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

COMPAGNAT Maxence MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION

COUVE-DEACON Elodie BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

DELUCHE Elise CANCEROLOGIE

DUCHESNE Mathilde ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

ESCLAIRE Françoise BIOLOGIE CELLULAIRE

FAYE Pierre-Antoine BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

FREDON Fabien ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

LALOZE Jérôme CHIRURGIE PLASTIQUE

LE GUYADER Alexandre CHIRURGIE THORACIQUE ET
CARDIOVASCULAIRE

LIA Anne-Sophie BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

PASCAL Virginie IMMUNOLOGIE

RIZZO David HEMATOLOGIE

SALLE Henri NEUROCHIRURGIE

SALLE Laurence ENDOCRINOLOGIE

TERRO Faraj BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

YERA Hélène PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE (mission
temporaire)

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie ANGLAIS

Maitre de Conférences des Universités associé à mi-temps

BELONI Pascale SCIENCES INFIRMIERES

Professeur des Universités de Médecine Générale

DUMOITIER Nathalie (Responsable du département de Médecine Générale)

Professeur associé des Universités à mi-temps de Médecine Générale

HOUDARD Gaëtan (du 01-09-2019 au 31-08-2025)

Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale

BUREAU-YNIESTA Coralie (du 01-09-2022 au 31-08-2025)

LAUCHET Nadège (du 01-09-2020 au 31-08-2023)

SEVE Léa (du 01-09-2021 au 31-08-2024)

Professeurs Emérites

ADENIS Jean-Paul du 01-09-2017 au 31-08-2021

ALDIGIER Jean-Claude du 01-09-2018 au 31-08-2022

BESSEDE Jean-Pierre du 01-09-2018 au 31-08-2022

BUCHON Daniel du 01-09-2019 au 31-08-2022

DARDE Marie-Laure du 01-09-2021 au 31-08-2023

DESSPORT Jean-Claude du 01-09-2020 au 31-08-2022

MABIT Christian du 01-09-2022 au 31-08-2024

MERLE Louis du 01-09-2017 au 31-08-2022

MOREAU Jean-Jacques du 01-09-2019 au 31-08-2023

NATHAN-DENIZOT Nathalie du 01-09-2022 au 31-08-2024

TREVES Richard du 01-09-2021 au 31-08-2023

TUBIANA-MATHIEU Nicole du 01-09-2018 au 31-08-2021

VALLAT Jean-Michel du 01-09-2019 au 31.08.2023

VIROT Patrice du 01-09-2021 au 31-08-2023

Assistants Hospitaliers Universitaires

ABDALLAH Sahar	ANESTHESIE REANIMATION
APPOURCHAUX Evan	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
BUSQUET Clémence	HEMATOLOGIE
CHAZELAS Pauline	BIOCHIMIE
LABRIFFE Marc	PHARMACOLOGIE
LADES Guillaume	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
LOPEZ Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
MARTIN ép. DE VAULX Laury	ANESTHESIE REANIMATION
MEYER Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
MONTMAGNON Noëlie	ANESTHESIE REANIMATION
PLATEKER Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
ROUX-DAVID Alexia	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
SERVASIER Lisa	CHIRURGIE OPTHOPEDIQUE

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

ABDELKAFI Ezedin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
AGUADO Benoît	PNEUMOLOGIE
ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ASLANBEKOVA Natella	MEDECINE INTERNE
BAUDOUIN Maxime	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
BEAUJOUAN Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
BLANCHET Aloïse	MEDECINE D'URGENCE
BLANQUART Anne-Laure	PEDIATRIE (REA)
BOGEY Clément	RADIOLOGIE

BONILLA Anthony	PSYCHIATRIE
BOSCHER Julien	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
BURGUIERE Loïc	SOINS PALLIATIFS
CHASTAINGT Lucie	MEDECINE VASCULAIRE
CHAUBARD Sammara	HEMATOLOGIE
CHROSCIANY Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
COLLIN Rémi	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
COUMES-SALOMON Camille	PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE
CURUMTHAULEE Faiz	OPHTALMOLOGIE
DARBAS Tiffany	ONCOLOGIE MEDICALE
DU FAYET DE LA TOUR Anaïs	MEDECINE LEGALE
DUPIRE Nicolas	CARDIOLOGIE
FESTOU Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
FORESTIER Géraud	RADIOLOGIE
FRACHET Simon	NEUROLOGIE
GIOVARA Robin	CHIRURGIE INFANTILE
LADRAT Céline	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
LAGOUEYTE Benoit	ORL
LAPLACE Benjamin	PSYCHIATRIE
LEMACON Camille	RHUMATOLOGIE
MEYNARD Alexandre	NEUROCHIRURGIE
MOI BERTOLO Emilie	DERMATOLOGIE
MOHAND O'AMAR ép. DARI Nadia	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
NASSER Yara	ENDOCRINOLOGIE
PAGES Esther	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE

RATTI Nina	MEDECINE INTERNE
ROCHER Maxime	OPHTALMOLOGIE
SALLEE Camille	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
SEGUY ép. REBIERE Marion	MEDECINE GERIATRIQUE
THEVENOT Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
TORDJMAN Alix	GYNECOLOGIE MEDICALE
TRAN Gia Van	NEUROCHIRURGIE
VERNAT-TABARLY Odile	OPHTALMOLOGIE

Chefs de Clinique – Médecine Générale

BOURGAIN Clément
HERAULT Kévin
RUDELLE Karen

Praticiens Hospitaliers Universitaires

HARDY Jérémie	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE D'URGENCE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE

« La mémoire est la sentinelle de l'esprit », William Shakespeare

Je dédie ce travail à mon amour et à Tintin,

Remerciements

Au **Professeur Achille TCHALLA**, je vous remercie d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse pour ce sujet qui me tient à cœur, ainsi que le président de jury. Je vous remercie également pour m'avoir accompagné durant mon cursus d'interne et pour votre soutien pour mon projet futur.

Au **Professeur Philippe COURATIER**, je vous remercie pour votre accueil dans le service de neurologie, dans lequel j'ai eu grand plaisir à travailler et apprendre. Je vous remercie également pour avoir accepté d'être dans mon jury de thèse.

Au **Professeur Jean-Yves SALLE**, je vous remercie pour les 6 mois passés en service de MPR, de votre chaleureux accueil, de votre enseignement enrichissant et de votre patience à mon égard. De plus, je vous remercie pour avoir accepté d'être dans mon jury de thèse.

Au **Docteur Leslie CARTZ-PIVER**, je vous remercie de m'avoir accueillie et intégrée dans le service de CMRR, où j'ai eu plaisir à apprendre auprès de vous ce qui me tient à cœur, le cognitif. Je vous remercie d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse, et de m'avoir guidée tout au long de cette aventure.

A **mes co-internes**, avec qui j'ai eu plaisir de travailler dans la joie et la bonne humeur durant les stages et les séminaires, ainsi que pour les nombreuses soirées en votre compagnie.

A **Mumu**, sans qui le stage de SSRG n'aurait pas été pareil, avec ton entrain naturelle, ta bienveillance et ta franchise. Merci pour ton soutien, pour nos nombreuses sorties du soir, et pour ton aide dans l'extermination de bambous (affaire à suivre).

Aux **services de gériatrie, de neurologie et de MPR**, qui m'ont accueillis chaleureusement durant ces années d'internat, et avec qui j'ai eu grand plaisir à travailler.

Au **service de Saint Yrieix**, qui m'a accueilli chaleureusement et m'a rapidement intégré dans leur équipe. A **Méry et Anelise** pour les nombreux covoiturages fort en rebondissement et en vitesse, dans la joie et la bonne humeur.

A **Marie et Fanfan**, mes super co-internes avec qui j'ai fait mes débuts d'internat, vous resterez pour toujours dans mon cœur, même si nos routes doivent se séparer.

Aux **Normal's**, mes ami(e)s de lycée, groupe d'irréductibles, avec toujours beaucoup de papillons dans la tête, merci à vous d'être dans ma vie, de continuer à me supporter au moins

une fois par an et à me faire rire. De plus, merci pour votre soutien dans les périodes difficiles. Et une de plus de thésée !

Je remercie en particulier **Océ**, pour tous ces moments passés ensemble, pour nos diverses excursions, festivals médiévaux et ateliers couture/cuir. Je te remercie d'avance pour toutes les aventures qui restent à venir.

A ma famille :

- A **mes parents**, qui m'ont toujours soutenu dans la vie et ont été toujours présents pour moi, particulièrement durant ses longues et interminables études de médecine. Merci de m'avoir encouragée et accompagnée, ainsi que de votre patience pendant les longues heures passées à me donner des cours particuliers.

- A **Tintin**, à toi que je considère comme un jumeau, à toutes ces années passées ensemble, on est presque comme un vieux couple. Merci à toi d'avoir été là, pour tous ces moments de rires et de complicités, et pour m'avoir supporté toutes ces années. Merci pour tous nos moments partagés (concerts, festivals, ...etc) à venir.

- A **Titi**, dernier en âge, mais haut perché. On se sera bien amusé toutes ces années, les deux derniers à rester sur Saint Genis. Je me souviens encore de quand j'allais te chercher à l'école, le temps passe vite. Maintenant te voilà parti à l'aventure, vers d'autres horizons, mais je compte bien que tu reviennes me voir, dans ma petite diagonale du vide.

- A **Colin** : à mon frangin aîné, au mérite qu'il a eu d'avoir passé du temps avec les parents à me donner des cours particuliers le week-end, et pour tous ces moments à me taquiner. On n'oubliera pas les parties en lan, ni les heures de jeux de société.

- A **mes grands-parents**, et surtout **mon grand-père Michel**, qui au moment des choix de première année m'a incité à prendre le plus beau des chemins et la plus belle des décisions. Tu restes dans mon cœur.

A **mon amour**, qui illumine chaque jour ma vie. A toi qui m'a supporté ces derniers mois et particulièrement dans les moments difficiles. Merci pour ton soutien et ton amour inconditionnel, toi qui m'a reboosté quand la motivation me manquait, toi qui m'a consolé quand ça n'allait pas, Ce travail, c'est à toi que je le dois mon amour.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Liste des abréviations

- AMS : Arophia Multisystématisée
- AVC : Accident vasculaire cérébral
- a β : Amyloïde- β
- (B)ADL : Activités (basiques) de la vie quotidienne
- BNA : Banque Nationale Alzheimer
- CNO : Compléments nutritionnels oraux
- DIM : Direction d'information médicale
- EEG : Electroencéphalogramme
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HSD : Hématome sous-dural
- HV : Hallucinations visuelles
- IADL : Activités instrumentales de la vie quotidienne
- IRA : Insuffisance rénale aiguë
- IRSNa : Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine
- ISRS : Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine
- MA : Maladie d'Alzheimer
- MCI : Déficience cognitive légère (Mild Cognitive Impairment)
- MCL : Maladie à Corps de Lewy
- MDS-UPDRS : Échelle d'évaluation unifiée de la maladie de Parkinson de la Société des troubles du mouvement (Movement Disorder Society-Unified Parkinson's Disease Rating Scale)
- MG : Maladie de Gaucher
- MIBG : métaiodobenzyl-guanidine
- MND : Maladie neurodégénérative
- MP : Maladie de Parkinson
- RAU : Rétention aiguë d'urine
- RE : Réticulum endoplasmique
- SAS : Syndrome d'apnée du sommeil
- SFGG : Société Française de Gériatrie et de Gérontologie
- SG : Syndrome gériatrique
- SP : Syndrome parkinsonien
- TC : Traumatisme crânien
- TCSP : Troubles du comportement en sommeil paradoxal
- TNC : Trouble neurocognitif
- TNPC : Troubles neuropsychocomportementaux

Table des matières

Introduction.....	21
I. Les syndromes gériatriques et la Maladie à Corps de Lewy : Etat de l'Art.	23
I.1. Différents syndromes gériatriques	23
I.1.1. La chute	23
I.1.2. Troubles neurocognitifs (TNC)	25
I.1.3. La confusion mentale.....	26
I.1.4. Troubles neuro-psycho-comportementaux	27
I.1.5. Troubles psychiques.....	29
I.1.6. Dénutrition.....	29
I.1.7. Troubles du sommeil	30
I.1.8. Escarres.....	31
I.1.9. Troubles de la déglutition	32
I.1.10. Troubles sensorielles.....	33
I.1.11. Incontinences.....	33
I.1.12. Polymédication	34
I.1.13. Fragilité et dépendance fonctionnelle	34
I.2. La Maladie à Corps de Lewy.....	35
I.2.1. Epidémiologie	35
I.2.2. Physiopathologie	35
I.2.3. Diagnostic	37
I.2.3.1. Critères diagnostiques	37
I.2.3.2. Symptômes cliniques	38
I.2.3.2.1. Le déclin cognitif.....	38
I.2.3.2.2. Fluctuations	38
I.2.3.2.3. Hallucinations visuelles (HV).....	39
I.2.3.2.4. Trouble du comportement en sommeil paradoxal (TCSP).....	39
I.2.3.2.5. Syndrome parkinsonien (SP)	39
I.2.3.2.6. Autres	40
I.2.3.3. Examens biologiques et imageries	40
I.2.3.3.1. IRM cérébrale	40
I.2.3.3.2. PET-scan.....	40
I.2.3.3.3. DaT-scan ou [¹²³ I]FP-CIT SPECT	41
I.2.3.3.4. La polysomnographie.....	42
I.2.3.3.5. Autres examens	42
I.2.4. Prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse.....	42
I.2.5. Pronostic et enjeux	43
I.2.5.1. Difficultés diagnostics.....	43
I.2.5.2. Pronostic et conséquences.....	43
I.3. La Maladie à Corps de Lewy dans la population gériatrique.....	43
I.3.1. Une population prévalente.....	43
I.3.2. Une population sujette aux syndromes gériatriques ?.....	44
I.3.2.1. Parmi les critères diagnostics	44
I.3.2.2. D'autres syndromes moins évidents.....	45
II. Matériel et méthodes.....	46
II.1. Design et objectifs	46

II.2. Patients	46
II.3. Collection des données	46
II.4. Syndromes gériatriques	47
II.5. Statistiques	48
II.6. Aspect éthique	48
III. Résultats.....	49
III.1. Caractéristiques des participants	49
III.2. Histoire de la maladie	50
III.3. Syndromes gériatriques	52
III.4. Association entre les caractéristiques et le nombre de syndrome gériatrique.....	54
III.5. Association entre les caractéristiques et les différents syndromes gériatrique	56
IV. Discussion.....	57
IV.1. Principaux résultats.....	57
IV.2. Forces et limites de l'étude	57
IV.3. Cohérence externe.....	59
IV.4. Perspectives.....	61
Conclusion.....	62
Références bibliographiques	63
Annexes.....	73
Serment d'Hippocrate	76

Table des illustrations

Figure 1 : Exemple d'un syndrome gériatrique ⁽⁶⁾	21
Figure 2 : Prévalence des chutes dans les 12 derniers mois chez les 55-85 ans selon le sexe et l'âge ⁽¹⁷⁾	24
Figure 3 : Pourcentage d'hospitalisation aux urgences pour chutes des plus de 65 ans, en 2010 ⁽¹⁷⁾	24
Figure 4 : Critères diagnostiques de la confusion mentale ⁽²⁸⁾	27
Figure 5 : Développement des différentes phases du cycle du sommeil chez l'homme, par Weber, 1981 ⁽⁴³⁾	31
Figure 6 : Nosologie des pathologies comportant des corps de Lewy ou synucléopathies avec corps de Lewy ⁽¹¹⁾	36
Figure 7 : Voies impliquées dans la toxicité de l' α -synucléine ⁽⁸⁵⁾	36
Figure 8 : Images PET-scan dans la MA (AD), MCL (DLB) et normal (NC), selon ⁷⁵	41
Figure 9 : IRM coronale et Dat-scan en cas de MA (AD), MCL (DLB) et normal (NC), selon ⁷⁵	41
Figure 10 : Fréquence des différents types de troubles démentiels en fonction de l'âge (d'après ¹⁴)	44
Figure 11 : Diagramme de flux des participants	49
Figure 12 : Prévalence des différents syndromes gériatriques dans la population étudiée ...	53

Table des tableaux

Tableau 1 : Liste des différents syndromes gériatriques retrouvés dans la littérature	23
Tableau 2 : Facteurs de risques rapportés par la HAS ⁽¹⁹⁾	25
Tableau 3 : Facteurs prédisposants et déclenchants de la confusion mentale selon la Haute Autorité de Santé ^(25,27)	28
Tableau 4 : Critères diagnostiques de la dénutrition chez la personne âgée de plus de 70 ans ⁽³⁸⁾	30
Tableau 5 : Facteurs de risque d'escarre (selon ^{45,46})	32
Tableau 6 : Critères révisés de diagnostic probable et possible de MCL ⁽⁷⁵⁾	37
Tableau 7 : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants	50
Tableau 8 : Caractéristiques de la MCL des participants	51
Tableau 9 : Corrélations entre le nombre de syndromes gériatriques et les caractéristiques des participants selon l'analyse par la méthode de Spearman	54
Tableau 10 : Corrélations entre le nombre de syndromes gériatriques et les caractéristiques des participants selon l'analyse par test U de Mann-Whitney	55
Tableau 11 : Corrélations entre le nombre de syndromes gériatriques et les caractéristiques des participants selon l'analyse par test de Kruskal-Wallis	56

Introduction

Du fait de l'augmentation de la proportion de personnes âgées dans la population, le vieillissement est devenu un enjeu de santé publique. En effet, la proportion de personnes âgées de plus de 60 ans doublera entre 2015 et 2050 dans le monde.¹ En France, l'INED estime à une proportion de 27,2% de personnes de plus de 65 ans en 2050, contre 20,7% en 2021.²

Il y a plusieurs définitions au vieillissement. Le vieillissement dit *physiologique* peut être défini comme « un processus physiologique concourant à l'ensemble des modifications physiologiques durables survenant après la phase de maturité.[...] Le vieillissement a pour caractéristique d'être progressif, universel, et classiquement inéluctable et irréversible ». C'est un « processus à la fois intrinsèque et extrinsèque à l'organisme ».³

En 2020, l'OMS définit un vieillissement en bonne santé comme « le processus de développement et de maintien des aptitudes fonctionnelles qui favorise le bien-être pendant la vieillesse ».⁴

Cela nécessite une prise en charge adaptée et globale, prenant en compte les multiples facteurs impliqués dans le vieillissement, ainsi que de multiples déficiences, laissant émerger le concept de syndrome gériatrique.³

Les syndromes gériatriques (SG) sont décrits pour la première fois en 1957, comme « un groupe de symptômes mineurs, chacun d'entre eux étant peu préoccupant en soi mais, lorsqu'ils sont combinés, affectant le patient et l'empêchant de participer activement à son travail ou à ses loisirs. »⁵

Par la suite, ils sont plutôt définis comme « une condition associée à une accumulation de déficiences multifactoriels en de multiples systèmes, rendant une personne (âgée) vulnérable aux stress situationnels ».⁶⁻⁸

Flacker, en 2003, différencie bien le « syndrome médical traditionnel » du « syndrome gériatrie » (Figure 1). Le premier est plutôt de « multiples phénoménologies » résultant d'un « processus spécifique ». A contrario, le syndrome gériatrique part de « multiples processus » pour arriver à une « phénoménologie spécifique », comme par exemple une personne âgée, avec des troubles cognitifs, un déficit sensoriel, une déshydratation, a de forte chances de développer un syndrome confusionnel.⁶

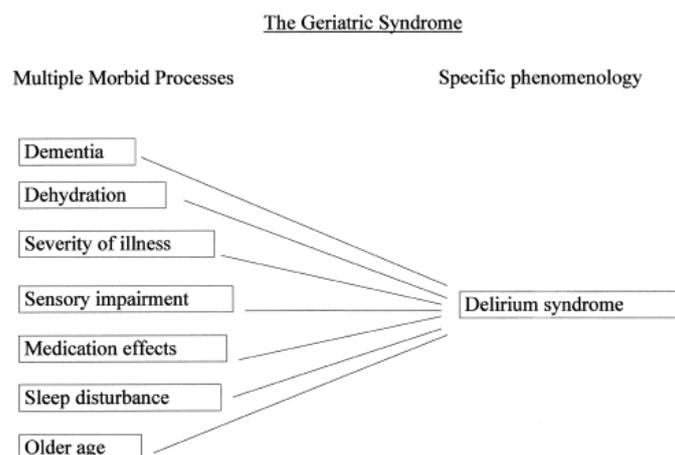


Figure 1 : Exemple d'un syndrome gériatrique (6)

Flacker considère alors comme des syndromes gériatriques, la confusion, les chutes et l'incontinence.⁶

D'autres syndromes gériatriques sont décrits dans la littérature : la dépendance fonctionnelle, les troubles psychocomportementaux, les troubles neurocognitifs, la dépression, les troubles sensoriels, les troubles du sommeil, l'incontinence urinaire, la dénutrition, les escarres, la polymédication, etc...^{6,9,10}

La présence de comorbidités étant fortement associée à la présence d'au moins un syndrome gériatrique, la prévalence des syndromes est corrélée à un âge avancé.⁹

Parmi les troubles neurocognitifs, la Maladie à Corps de Lewy (MCL) est une dégénérescence neuronale responsable de troubles cognitifs.¹¹

Les premiers cas de patients décrits remontent à 1961, par Okazaki, avec à l'autopsie des corps de Lewy (décrits pour la première fois en 1912). Elle fut nommée « maladies à corps à inclusion » avant de devenir la « maladie à corps de Lewy » dans les années 80, nom proposé par Kosaka.^{11,12} Sa prévalence est variable au-delà de 70 ans, de 0,7 à 24,7 % selon les études¹³, observés jusqu'à 31-37% des cas au-delà de 80 ans, 22% au-delà de 85 ans.^{13,14}

Dans la majorité des cas, la MCL est associée à une autre maladie neurodégénérative telle que la Maladie d'Alzheimer, une atteinte vasculaire ou d'autres maladies neurodégénératives.¹⁴ La MCL a cependant un pronostic plus sombre.^{13,15}

Une approche gériatrique globale de cette pathologie neurodégénérative permettrait l'amélioration de la prise en charge des patients atteints, de par le dépistage précoce des différents syndromes gériatriques, suivi d'une thérapeutique adaptée, pouvant prévenir de possibles complications des comorbidités ainsi qu'un état de fragilité, responsables d'un plus grand nombre d'institutionnalisation.

Dans la littérature, peu de travaux étudient la globalité des syndromes gériatriques dans la MCL, ainsi que leurs interactions multiples. Trois études internationales ont cherché à analyser la prévalence des syndromes gériatriques dans la Maladie à Corps de Lewy.

Ce travail est une étude rétrospective sur une cohorte de patients atteints de cette maladie neurodégénérative, suivis au Centre Mémoire Ressources et Recherche (CMRR) du Limousin, dans le but de déterminer la prévalence des syndromes gériatriques dans la MCL, ainsi que des potentiels facteurs prédictifs. Cette étude est intitulée « Etat des lieux des syndromes gériatriques dans une population de patients souffrant de maladie à corps de Lewy et suivi en consultation mémoire » (ELSyGMaCoLe).

I. Les syndromes gériatriques et la Maladie à Corps de Lewy : Etat de l'Art.

I.1. Différents syndromes gériatriques

Tableau 1 : Liste des différents syndromes gériatriques retrouvés dans la littérature

Différents syndromes gériatriques
<ul style="list-style-type: none">• Chute• Troubles neurocognitifs• Confusion• Troubles neuropsychocomportementaux• Troubles psychiques• Dénutrition• Troubles du sommeil• Trouble de la déglutition• Troubles sensorielles• Incontinences• Polymédication• Fragilité et dépendant fonctionnelle

I.1.1. La chute

La chute est définie selon l'OMS, comme « un événement à l'issue duquel une personne se retrouve, par inadvertance, sur le sol ou toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment ».¹⁶

Il est estimé que 28 à 35% des personnes âgées de plus de 65 ans chutent chaque année, et 32 à 42% chez les plus de 70 ans. La chute représente la deuxième cause de décès par traumatisme involontaire, avec un risque de décès de 1,1% lors d'une chute, tout âge confondu.^{16,17}

La prévalence des chutes augmente avec l'âge (Figure 2), avec comme conséquence un risque accru de fracture (principalement de l'extrémité supérieure du fémur), d'hématomes, d'hospitalisation (Figure 3), voire de décès.¹⁷

Une autre conséquence des chutes fréquemment retrouvée chez la personne âgée est le syndrome de désadaptation posturale ou psychomotrice, avec une forme aiguë dénommée « syndrome post-chute » et une forme chronique. Ce syndrome est caractérisé par un dysfonctionnement des structures sous-cortico-frontales, avec cliniquement une rétropulsion, une hypertonie oppositionnelle, une peur de la marche, jusqu'à une aboulie.¹⁸

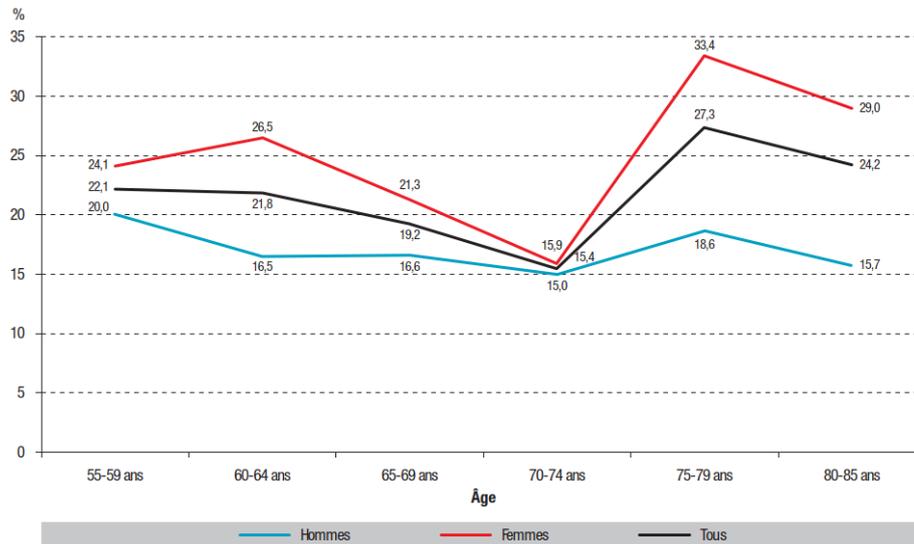


Figure 2 : Prévalence des chutes dans les 12 derniers mois chez les 55-85 ans selon le sexe et l'âge ⁽¹⁷⁾

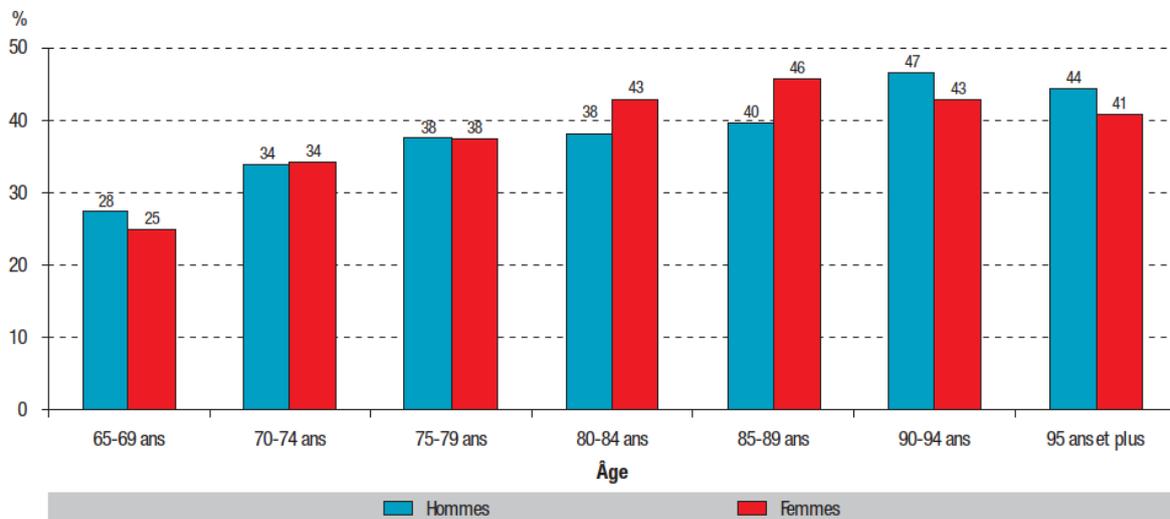


Figure 3 : Pourcentage d'hospitalisation aux urgences pour chutes des plus de 65 ans, en 2010 ⁽¹⁷⁾

Ils existent plusieurs facteurs de risque de la chute, dont les principaux rapportés par la HAS sont listés dans le Tableau 2, ci-dessous.¹⁹

Tableau 2 : Facteurs de risques rapportés par la HAS (19)

Facteurs prédisposants	Facteurs précipitants
<ul style="list-style-type: none"> - âge ≥ 80 ans ; - sexe féminin ; - antécédent de chutes, de fractures traumatiques, ou d'ostéoporose ; - douleur ; - polymédication ; - iatrogénie (psychotropes, diurétiques, anti-arythmie) ; - trouble de la marche ou de l'équilibre ; - troubles de l'appareil locomoteur ; - troubles de la sensibilité des pieds ; - diminution de la force musculaire des membres inférieurs ; - IMC < 21 kg/m² ou > 30 kg/m² ; - hypotension orthostatique ; - arthrose du rachis et des membres inférieurs ; - déformations des pieds ; - baisse d'acuité visuelle ; - syndrome dépressif ; - déclin cognitif ; - sarcopénie 	<ul style="list-style-type: none"> - malaise, syncope - hypotension orthostatique - déficit neurologique sensitivomoteur - syndrome confusionnel - vertige d'origine vestibulaire - hyponatrémie, - hypoglycémie ou traitements hypoglycémiants, - consommation excessive d'alcool - environnement non adapté

Le repérage et la prise en charge de ces différents facteurs de risque permettent la prévention des chutes chez la personne âgée.¹⁹

I.1.2. Troubles neurocognitifs (TNC)

Les troubles neurocognitifs représentent les différentes atteintes cognitives, qu'elles soient liées au vieillissement ou à une maladie neurologique.²⁰

Le vieillissement physiologique entraîne au niveau cérébral des modifications, telles que l'atrophie cérébrale, la diminution des connexions neuronales, ainsi qu'une altération de l'équilibre des neuromédiateurs. Ceux-ci sont responsables d'une diminution des capacités attentionnelles, pouvant être associé à une atteinte de la mémoire immédiate et de la mémoire de travail.^{3,20}

Le vieillissement physiologique est à différencier des maladies neurodégénératives (MND), ces dernières signant la présence d'une pathologie neurologique associée. Selon le DSM-5, on parle alors de « TNC majeurs » (autrefois dénommées « démences »), en cas d'altération de l'autonomie, avec un stade léger, modéré, ou sévère, ou de « TNC mineurs » (ou « TNC légers » ou « Mild Cognitive Impairment » (MCI)) en cas de préservation de l'autonomie.²⁰

Les MND représentent 55 millions de personnes dans le monde, la majorité étant atteinte de la Maladie d'Alzheimer (MA). Septième cause de décès dans le monde, elles sont aussi une

cause de dépendance fonctionnelle pour le patient âgé. Le sexe féminin est davantage atteint.²¹

Les TNC comprennent les différentes atteintes des fonctions cognitives²⁰ :

- la mémoire, dont ils existent plusieurs sortes : la « mémoire immédiate (sensorielle) » permettant de retenir les quelques secondes précédentes, la « mémoire à court terme (ou mémoire de travail) » permettant de retenir nos tâches actuelles, et la « mémoire à long terme », comprenant la « mémoire épisodique » et la « mémoire sémantique ». De plus, il existe une « mémoire implicite ou procédurale », nous permettant la réalisation de tâches inconscientes.

- les fonctions exécutives, concernent la régularisation des comportements. Elles comprennent la planification, l'inhibition et l'abstraction.

- le langage, qu'il soit oral ou écrit, qu'il concerne la compréhension ou l'expression. Il est évalué par les fluences verbales, « littérales ou phonémiques » (débutant par la même lettre) ou « sémantiques ou catégorielles » (de la même catégorie).

- les praxies sont de deux types : idéomotrices ou idéatoires, permettant de réaliser des gestes volontaires, ou constructives, permettant de dessiner ou de construire des figures.

- l'attention, est la capacité à se concentrer, à être en alerte, ou à partager sa concentration sur de multiples tâches. Cette fonction cognitive est atteinte dans le vieillissement physiologique.

- les fonctions visuospatiales, permettent une perception adéquate et une appréhension spatiale de l'environnement, ainsi que l'orientation spatiale.

Il est retrouvé dans la littérature de multiples facteurs de risque de développer des troubles neurocognitifs ou de les majorer, suivant la maladie neurodégénérative développée.^{22,23} Ces différents facteurs comprennent l'âge, les caractéristiques génétiques, le bas niveau d'éducation, les comorbidités (par exemple, cardiovasculaires ou psychiatriques), la iatrogénie, ...²³

Plusieurs tests sont utilisés en pratique courante, dont le MMSE, pour un objectif de dépistage des troubles.²⁴ Le bilan par la suite nécessite entre autre une imagerie cérébrale et des tests neuropsychologiques plus poussés.²⁰

I.1.3. La confusion mentale

Le syndrome confusionnel, ou confusion mentale, est défini comme un « trouble neurocognitif aiguë [...] constituant l'expression clinique d'une dysfonction neuronale diffuse, se traduisant par une altération globale, fluctuante et (potentiellement) réversible des fonctions cognitives ».²⁵ Il est caractérisé par des troubles de l'attention, de début brutal, fluctuant, associé à une désorganisation de la pensée et une désorientation, la cause étant organique.^{25,26}

Le diagnostic nécessite cinq critères rapportés dans la DSM-5 (Figure 4). Il est à différencier des TNC, qui sont chroniques et irréversibles. Il existe des formes dites « déficitaires ou hypoactives », caractérisées par de l'apathie, ainsi que des formes « productives ou hyperactives », avec présence d'hallucinations et d'une agitation. Il peut aussi survenir des formes incomplètes.^{26,27}

Tableau 1 Définition du delirium selon le DSM-IV
A. Perturbation de la conscience (c'est-à-dire baisse d'une prise de conscience claire de l'environnement) avec diminution de la capacité à diriger, focaliser, soutenir ou mobiliser l'attention
B. Modification du fonctionnement cognitif (telle qu'un déficit de la mémoire, une désorientation, une perturbation du langage) ou survenue d'une perturbation des perceptions qui n'est pas expliquée par une démence préexistante, stabilisée ou en évolution
C. La perturbation s'installe en un temps court (habituellement quelques heures ou quelques jours) et tend à avoir une évolution fluctuante tout au long de la journée
D. Mise en évidence, d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires que la perturbation est due : <ul style="list-style-type: none"> • aux conséquences physiologiques directes d'une affection médicale générale • à l'intoxication par une substance ou une utilisation de médicaments liée étiologiquement à la perturbation • au sevrage d'une substance • à des étiologies multiples

Figure 4 : Critères diagnostiques de la confusion mentale (28)

De ce fait, tout changement comportemental rapide doit faire évoquer le diagnostic chez la personne âgée, le risque étant l'irréversibilité en cas de retard de prise en charge.²⁷

Selon la littérature, la prévalence de la confusion mentale chez les personnes âgées hospitalisées varie entre 10 % et 90 %, selon les services, les taux les plus élevés étant observés dans les services d'aigus ou en post-opératoire.^{25,29}

Le syndrome confusionnel est une cause fréquente d'hospitalisation, ainsi que d'une augmentation de la mortalité. Les principales étiologies du syndrome confusionnel sont les troubles métaboliques, toxiques (médicaments) ou infectieux (Tableau 3). L'objectif thérapeutique est la prise en charge de ces différents facteurs.²⁵⁻²⁷

I.1.4. Troubles neuro-psycho-comportementaux

Parmi les syndromes gériatriques, sont également décrits les troubles neuro-psycho-comportementaux, liés aux TNC majeurs.³⁰

Les troubles comportementaux sont présents chez 70 à 100% des patients, selon l'étiologie des TNC. Le plus fréquemment retrouvé est l'apathie.³¹

Ces troubles sont responsables de l'augmentation du fardeau, de l'épuisement des aidants, d'une diminution de la qualité de vie, d'une dépendance fonctionnelle, de l'entrée en institution et de la progression rapide de la maladie.^{30,32}

Tableau 3 : Facteurs prédisposants et déclenchants de la confusion mentale selon la Haute Autorité de Santé (25,27)

Facteurs prédisposants	Facteurs déclenchants
<ul style="list-style-type: none"> - âge > 75 ans - démence avérée ou TNC chroniques - antécédents de confusion - immobilisation, contention physique - déficit sensoriel (visuel ou auditif) - comorbidités multiples dont MP et AVC - dénutrition - polymédication - troubles de l'humeur, en particulier états dépressifs 	<ul style="list-style-type: none"> - infectieux (respiratoire, urinaire, neurologique, ...) - iatrogénique (effets indésirables médicamenteux ainsi que le sevrage de certaines substances) - métaboliques/endocriniens (hypoglycémie, hyponatrémie, hypernatrémie, déshydratation, hypercalcémie, hypoxie, IRA, dysthyroïdies, ...) - cardiovasculaires (syndrome coronaire aigu, trouble du rythme ou de la conduction, embolie pulmonaire, état de choc) - neurologiques (AVC, HSD, hémorragie méningée, épilepsie, TC, encéphalopathie carentielle) - psychiatrique (dépression, deuil, stress psychologique) - généraux (intervention chirurgicale et anesthésie générale, douleurs aiguës, RAU, état sub-occlusif sur fécalome, fièvre isolée, traumatismes et fractures, facteurs environnementaux, privation sensorielle aiguë (visuelle ou auditive) et/ou de sommeil) - toxiques (intoxication alcoolique, sevrage, intoxication monoxyde de carbone)

Il est décrit différents types de troubles du comportement³⁰ :

- L'apathie, définie comme une indifférence et une passivité vis-à-vis de son environnement, est très majoritairement retrouvée dans la MA.
- Les idées délirantes sont souvent interprétatives à type de persécution (vol, syndrome de l'imposteur, rejet, spoliation, abandon, infidélité). Il peut être associé des hallucinations, soient en lien avec des troubles sensorielles (syndrome de Charles Bonnet) ou une MCL.
- Le comportement moteur aberrant, tel que la déambulation avec ou sans objectif, ou le « sundown syndrome » (majorée le soir).
- Les cris et vocalisations, sont des troubles à type « d'expressions verbales sonores, inappropriées, dérangeantes, brèves et répétitives ».
- L'agressivité peut être verbale (injures, cris,...) ou physique (geste auto- ou hétéro-agressif). Elle nécessite de rechercher un facteur déclenchant (douleur, excès de stimulation, ...).

- Les troubles du sommeil en lien avec le TNC, sont principalement liés à l'inversion du cycle nyctéméral. Il peut aussi être retrouvé un endormissement tardif sur trouble anxieux, ou un réveil précoce sur syndrome dépressif.

Les traitements non médicamenteux sont à privilégier (adaptation de l'environnement, activité physique,...), les traitements médicamenteux étant en question de l'étiologie (neuroleptiques à éviter dans la MCL).³⁰

I.1.5. Troubles psychiques

Dans le cadre de syndrome gériatrique, les troubles psychiques regroupent la dépression et l'anxiété.¹⁰

La « dépression tardive » est définie comme une dépression majeure survenant chez les personnes de plus de 65 ans.³³ La prévalence est de 30 à 45% dans la population générale âgée, plus important pour le sexe féminin.^{33,34} Le DSM-5 l'énonce comme une humeur dépressive ou une perte d'intérêt/de plaisir dans les activités, depuis au moins deux semaines, avec un changement par rapport au fonctionnement antérieur, associé à cinq autres symptômes (modification de l'appétit ou du poids, du sommeil, de la fatigue, de la concentration et de l'activité psychomotrice, sentiments de culpabilité ou de dévalorisation inappropriés et pensées récurrentes de mort ou de suicide). Une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines est nécessaire au diagnostic.³³ Elle peut être liée à des TNC, ou symptôme précurseur de TNC.^{33,34}

Est associé dans 65% des cas une anxiété généralisée, partageant des facteurs de risque commun à la dépression, dont les TNC.³⁵ Elle a une prévalence de 1,2 à 15% de la population gériatrique, avec ¼ « d'anxiété tardive » soit liée au grand âge. La définition selon la DSM-5 comprend la présence d'une anxiété et de soucis excessifs, ainsi qu'une difficulté à contrôler cette préoccupation, associés à d'autres symptômes (agitation ou sensation d'être survolté ou à bout, fatigabilité, difficultés de concentration ou trous de mémoire, irritabilité, tension musculaire, perturbation du sommeil) avec une altération fonctionnelle dans la vie quotidienne, et ce depuis au moins 6 mois.³⁶

L'anxiété et la dépression tardive sont responsables, si non traitées, d'une dépendance fonctionnelle, une augmentation du risque d'évènement cardiovasculaire ainsi qu'une surmortalité.^{35,37}

La prise en charge thérapeutique consiste à privilégier chez la personne âgée les traitements non-pharmacologiques tels que la thérapie cognitivo-comportementale ou la psychothérapie. Les traitements médicamenteux regroupent les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA), ainsi que la mirtazapine.^{33,34} Le traitement médicamenteux de l'anxiété est en premier lieu identique à celui de la dépression. Les benzodiazépines, de par les effets secondaires délétères chez la personne âgée, est à éviter.^{36,37}

I.1.6. Dénutrition

La dénutrition chez la personne âgée est définie par l'HAS comme « l'état d'un organisme en déséquilibre nutritionnel, caractérisé par un bilan énergétique et/ou protéique négatif ».³⁸

De ce fait, elle est soit en rapport avec un déficit d'apport protéino-énergétique et/ou une augmentation des dépenses énergétiques totales et/ou une augmentation des pertes énergétiques et/ou protéiques.³⁸

La dénutrition en France concerne 2 millions d'individus, dont 400 000 personnes âgées à domicile. Cela représente 10 % des personnes âgées de plus de 70 ans vivant à domicile.³⁹

Les critères diagnostiques révisés en 2021 par la HAS sont dans le Tableau 4.

Tableau 4 : Critères diagnostiques de la dénutrition chez la personne âgée de plus de 70 ans⁽³⁸⁾

Critères phénotypiques	Critères étiologiques
<ul style="list-style-type: none"> - perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids de base ; - IMC $< 22 \text{ kg/m}^2$; - sarcopénie confirmée (diminution de la masse et force musculaire). 	<ul style="list-style-type: none"> - réduction de la prise alimentaire $\geq 50\%$ pendant plus d'une semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport à la consommation alimentaire habituelle ou aux besoins ; - absorption réduite ; - situation pathologique (avec ou sans syndrome inflammatoire) : pathologie aiguë, pathologie chronique, ou pathologie maligne évolutive.

Une dénutrition sévère nécessite au moins un des critères suivant³⁸:

- IMC $< 20 \text{ kg/m}^2$;
- perte de poids : $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois ou $\geq 15\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;
- albuminémie $\leq 30 \text{ g/L}$.

La dénutrition est un syndrome gériatrique majeur, pourvoyeuse de morbidité et de mortalité, et co-facteurs de nombreux autres syndromes gériatriques (cf la confusion mentale, la chute).⁴⁰

La prise en charge de la dénutrition dépend de la sévérité, et des apports alimentaires spontanés. Les objectifs de renutrition pour la personne âgée sont de 30 à 40 kcal/kg/j en apports énergétiques, et de 1,2 à 1,5 g/kg/j en apports protéiques. La renutrition peut être orale avec enrichissement alimentaire et CNO, ou entérale, et très rarement parentérale.⁴¹

I.1.7. Troubles du sommeil

Chez la personne âgée, il est retrouvé une altération du sommeil, en lien avec le vieillissement. En effet avec l'âge, il est observé une altération de la sécrétion de la mélatonine, hormone de l'endormissement, perturbant le cycle nyctéméral. La durée de sommeil est diminuée, avec une atteinte en particulier du sommeil paradoxal, associée à une fragmentation du cycle du sommeil (Figure 5).^{3,42} Ils existent de multiples pathologies du sommeil de la personne âgée, liées ou non à d'autres pathologies ou comorbidités^{42,43} :

- Insomnies, troubles définis comme une perturbation qualitative et quantitative du sommeil, avec impact sur la phase diurne, au moins 3 jours par semaine pendant 1 mois. Elle est considérée comme chronique à plus de 3 mois du début. Elles sont retrouvées chez environ 20% des plus de 65 ans. Des insomnies non traitées sont à risque de débiter des TNC, cancers, dépression, troubles cardiaques. Les insomnies sont retrouvées plutôt chez les femmes, vivant seule, avec un niveau d'éducation bas, majorées par des pathologies aiguës, un stress psychologique, ou une iatrogénie.

- Syndrome d'apnée du sommeil (SAS), qu'il soit obstructif ou central, lié à des facteurs de risque cardiovasculaire. Il est retrouvé chez 15-30% des patients âgés et est responsable d'une augmentation de la morbidité et mortalité cardiovasculaires si insuffisamment pris en charge.
- Syndrome des jambes sans repos, ou « maladie de Willis Ekbon », est défini comme un besoin impérieux de bouger les membres inférieurs, avec sensations inconfortables, majorés par le repos ou l'inactivité et soulagés par le mouvement. Il s'y associe de ce fait des insomnies. La prévalence est comparable au SAS. Le traitement consiste à des neuroleptiques, type gabapentine.
- Troubles du comportement en sommeil paradoxal, pouvant être retrouvée comme pathologie liée au vieillissement, ou symptomatique de maladies neurodégénératives (MCL, MP, MA, ...). La prévalence de ces troubles sont de 0,5%, avec une majorité d'homme (description au I.2.3.2.4).
- Trouble du rythme circadien, se traduisant par le décalage de la phase de sommeil, débutant alors l'après-midi/fin de journée, avec réveil précoce tôt le matin. Une diminution de la réponse rétinienne à l'exposition de la lumière en serait responsable. Ce trouble est très fréquemment retrouvé chez le patient âgé, majoré par d'autres facteurs, tel que le syndrome confusionnel ou les troubles neurocognitifs.

Les traitements dépendent des différents troubles, avec une préférence pour les traitements non médicamenteux, afin d'éviter la iatrogénie de la personne âgée.^{42,43}

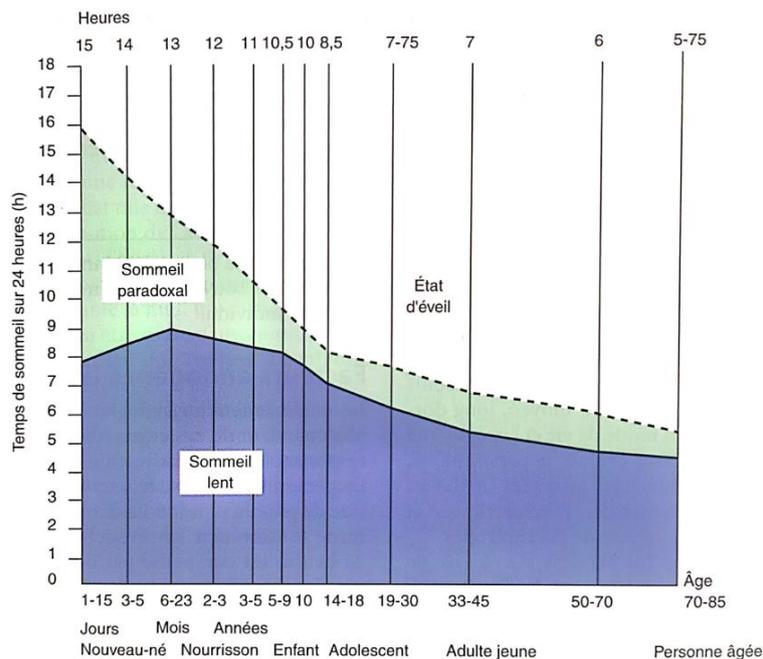


Figure 5 : Développement des différentes phases du cycle du sommeil chez l'homme, par Weber, 1981⁽⁴³⁾

I.1.8. Escarres

Les escarres sont décrites comme un syndrome gériatrique, avec une origine multifactorielle dans le cas de la personne âgée.^{44,45}

L'escarre est définie comme « lésion cutanée d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses ». Il est décrit trois types d'escarres : accidentelle, neurologique et plurifactorielle. L'origine est généralement plurifactorielle chez la personne âgée.⁴⁶

En France, en 2014, 8,1% des patients étaient porteurs d'une escarre. L'âge moyen est de 79,9 ans.⁴⁷

Il existe 4 stades d'escarre, du stade I (érythème permanent) au stade IV (atteignant l'os).^{44,45}

Il existe plusieurs facteurs de risques d'escarre, extrinsèques et intrinsèques, résumés en grande partie dans le

Tableau 5.^{45,46}

La prise en charge des escarres chez la personne âgée nécessite une prise en charge gériatrique complète et globale, afin de traiter non seulement la plaie, mais également les multiples facteurs de risque associés cités ci-dessus.^{44,45}

Tableau 5 : Facteurs de risque d'escarre (selon ^{45,46})

Facteurs extrinsèques	Facteurs intrinsèques
<ul style="list-style-type: none"> - immobilité (pression, cisaillement, frottement) sur déficit neurologique ou autre - macération (incontinence urinaire, fécale) 	<ul style="list-style-type: none"> - dénutrition - baisse du débit circulatoire (pathologies cardiovasculaires, déshydratation, anémie...) - pathologies cutanées/fragilité cutanée, - état psychologique, - âge, - comorbidités (pathologies chroniques) - traitements (sédatif, hypotensif, corticothérapie ...) - antécédent d'escarres, ...

I.1.9. Troubles de la déglutition

Les troubles de la déglutition, ou dysphagie oropharyngée, sont une problématique gériatrique, associée à de multiples facteurs de risque, considérés alors comme un syndrome gériatrique.⁴⁸

Ils sont présents chez 30-40 % des personnes âgées autonomes, près de 60% de ceux institutionnalisés, et jusqu'à 80% des patients âgés avec TNC.⁴⁸ Ils sont de plus associés à l'âge, à la fragilité, à la polymédication, la capacité fonctionnelle et à la polymorbidité.⁴⁸

Ces troubles sont la conséquence d'une altération d'un processus complexe comprenant trois phases (phase orale, phase pharyngée et phase œsophagienne), et mettant en jeu six nerfs crâniens, de nombreux groupes musculaires, ainsi que des signaux cérébraux corticaux et sous-corticaux.^{48,49}

La dysphagie est favorisée par le vieillissement, qui s'accompagne d'un ralentissement des phases buccales et pharyngées, d'une diminution de l'olfaction, d'une altération sur le plan gustatif, d'une diminution de l'appétit voire d'une sarcopénie avec atteinte des muscles de la déglutition et une diminution de la salive. D'autres étiologies organiques sont neurologiques

(AVC, MP, MA, ...), stomatologiques (xérostomie), ORL (mycose oropharyngée, diverticule de Zencker), iatrogéniques (antipsychotique, antiépileptiques, benzodiazépines,...), ou générales (dénutrition, déshydratation,...).^{49,50}

Ce syndrome gériatrique nécessite un dépistage et un bilan étiologique précoce, avec une prise en charge gériatrique globale, afin d'éviter une dénutrition protéino-énergétique, une déshydratation, une altération de la qualité de vie, augmentation de la fragilité et de l'institutionnalisation, ainsi que des pneumopathies responsables d'hospitalisations et de décès.^{48,49}

I.1.10. Troubles sensorielles

Les troubles sensorielles chez la personne âgée regroupent les dégénérescences physiologiques et pathologiques de systèmes sensorielles : vision, audition, odorat et système gustatif.³

La déficience visuelle est un syndrome gériatrique fortement prévalent avec l'âge, présent chez environ 80% des plus de 60 ans.⁵¹ Le vieillissement s'accompagne d'une diminution de l'acuité visuelle, de la sensibilité au contraste, une déformation du cristallin avec opacification, une diminution des sécrétion lacrymale, ainsi que la fragilité du vitré.³ Plusieurs pathologies sont retrouvés chez la personne âgée, dont la presbytie, la cataracte, le décollement postérieur du vitré, la DMLA et les kérato-conjonctivites sèches. La prise en charge est dépendante de l'étiologie, pouvant être chirurgicale ou par port de lunettes adaptées à l'acuité visuelle du patient.⁵²

L'âge favorise aussi la déficience auditive, présente chez environ un tiers des personnes âgées de plus de 60 ans.⁵¹ L'atteinte principale est la presbycusie, plutôt bilatérale et au niveau des hautes fréquences.³ Le traitement est l'appareillage audioprothétique.⁵³

Les déficiences visuelles et auditives favorisent l'isolement social, la confusion, les chutes, les troubles neurocognitifs ainsi que les hallucinations (syndrome de Charles-Bonnet), la diminution de la qualité de vie et des capacités fonctionnelles, la dépression et la mortalité.⁵⁴⁻⁵⁶

La sensibilité olfactive et gustative est de même altérée, pouvant être responsable d'une dénutrition.^{3,51}

I.1.11. Incontinences

Il existe deux sortes d'incontinences, urinaire et fécale.^{57,58} L'incontinence est défini comme « une perte involontaire [d'urines ou de matières] dans un lieu et/ou à un moment inappropriés ».⁵⁸

Chez la personne âgée, l'incontinence urinaire survient du fait d'une altération de la commande sympathique et parasympathique au niveau vésical et sphinctérien, altérant le stockage et la vidange vésicale.⁵⁸ Elle est retrouvée chez 35% des femmes âgées, versus 10% chez l'homme.⁵⁸ Les incontinences récentes sont liées à une « épine irritative » (infection urinaire, fécalome, anticholinergiques, ...etc). Les incontinences chroniques sont de trois types et dépendent de l'étiologie : urgenterie, incompétence sphinctérienne ou incontinence d'effort, et incontinence par regorgement. Un des facteurs de risque majeur est la présence de troubles neurocognitifs.⁵⁷ Les conséquences sont un isolement social et une diminution de la qualité de vie.^{57,58}

L'incontinence fécale peut être due à un rectum plein (défaut de vidange rectale chez un patient dépendant, alité), ou un dysfonctionnement rectosigmoïdien (neuropathie) ou sigmoïdien (ischémique chronique, maladie inflammatoire). 20% des patients de plus de 80 ans ont une incontinence fécale, qui est concomitante à l'incontinence urinaire dans 90% des cas, prévalente chez les femmes. L'incontinence fécale favorise les plaies, dont les escarres. Elle s'accompagne d'une diminution de la qualité de vie, d'un accroissement du fardeau des aidants, avec un risque accru d'institutionnalisation. Le traitement de la constipation et la rééducation pelvienne permettent une amélioration des symptômes.^{58,59}

I.1.12. Polymédication

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la polymédication comme « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments ».⁶⁰ Dans la littérature, la prise de plus de 5 molécules différentes tous les jours (ou au moins 3 mois) est considérée comme une polymédication. Une polymédication majeure est la prise de plus de 10 molécules.⁶¹

En France, il est estimé qu'une personne âgée de 65 ans ou plus sur deux est en situation de polymédication, et 14% en situation de polymédication majeure.⁶²

Ce syndrome gériatrique est un facteur de risque de survenue d'effets indésirables par interactions médicamenteuses, mais aussi de chutes, d'hospitalisations avec augmentation des durées et de la mortalité.^{61,63} Il est de plus liée à une plus grande fragilité.⁶³

La polymédication est en général liée à une « médication inappropriée », en lien avec des traitements non réévalués. Elle est associée à un risque supérieur au bénéfice, et favorise donc les effets indésirables. Une « méthode de déprescription » est donc nécessaire pour diminuer ce risque.⁶⁴

I.1.13. Fragilité et dépendance fonctionnelle

La fragilité est définie selon la Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) comme « Un syndrome clinique [...] reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. [...] L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible ».⁶⁵

En 2001, Fried propose comme cinq critères de la fragilité chez les patients de plus de 65 ans : une perte de poids involontaire de plus de 4,5 kg (ou ≥ 5 % du poids) depuis 1 an, un épuisement ressenti par le patient, une vitesse de marche ralentie, une baisse de la force musculaire et la sédentarité. En cas de plus de trois critères, les patients sont considérés comme fragile.⁶⁶

La prévalence de la fragilité en France en 2009 était de 15% chez les plus de 65 ans, et de 11-12% chez les plus de 55 ans en 2017. Les femmes sont majoritairement atteintes.^{67,68}

Par la suite, en 2005, Rockwood fait état plutôt d'une « fragilité plurifactorielle », intriquée avec la cognition, la dépendance fonctionnelle, la nutrition, les comorbidités, ...etc.⁶⁹

La fragilité est liée à l'âge, au sexe, au nombre de comorbidités accumulées, au faible niveau de revenu et à l'isolement social.^{68,70} La survie et le taux d'institutionnalisation sont

proportionnellement dépendants de cette fragilité.⁷⁰ La fragilité est aussi un facteur accru de chute, d'hospitalisation et de dépendance fonctionnelle, nécessitant donc une prise en charge globale, gériatrique, afin de prévenir ces conséquences.^{68,71}

La dépendance fonctionnelle est définie comme « le besoin d'une aide humaine pour réaliser les gestes de la vie quotidienne ».^{72,73} Les scores utilisés couramment pour coter la dépendance fonctionnelle sont les scores ADL et IADL, afin d'évaluer les activités instrumentales ou non-instrumentales (Annexe 1). D'autres scores existent, tels que l'index de Barthel, qui présentent différents items, coté sur 100.⁷⁴

I.2. La Maladie à Corps de Lewy

I.2.1. Epidémiologie

La MCL est considérée comme la deuxième maladie neurodégénérative en terme de fréquence, après la maladie d'Alzheimer (MA).^{13,75}

Elle représente environ 20% des cas de patients atteints de maladie neurodégénérative,⁷⁶ soit une estimation de 200 000 à 250 000 patients en France.⁷⁷

La prévalence homme-femme est comparable, avec une légère prédominance pour l'un ou l'autre dépendant des études⁷⁸. Mouton et al. ont plutôt retrouvé une prédominance féminine (54,7% de femme pour 45,3% d'homme).⁷⁹

La maladie débute au-delà de 50 ans,⁸⁰ avec une moyenne d'âge de début à 75 ans.⁸¹

La durée moyenne de la maladie est de 3,5 ans, variant de 1 à 20 ans.⁸¹

Dans la plupart des cas, la maladie n'est pas pure, mais mixte, avec la MA ou les démences vasculaires.^{13,14}

I.2.2. Physiopathologie

La maladie est liée à des inclusions intracytoplasmiques, appelées les « corps de Lewy ». Ces inclusions ont été décrit pour la première fois en 1912, par Friedrich Heinrich Lewy, dans le cadre d'étude de patients atteints de maladie de Parkinson.^{11,82}

Professeur Blanc¹¹, en 2017, propose une autre classification en accord avec la littérature, en différenciant deux types de « Démences associées à des corps de Lewy » (Figure 6).

- la Maladie de Parkinson : débutant par une atteinte motrice parkinsonienne, plusieurs années avant l'apparition d'une atteinte cognitive.^{13,83}
- la Maladie à Corps de Lewy : les troubles cognitifs débutent avant les signes moteurs ou dans l'année où ces derniers apparaissent.^{13,83}

Les « corps de Lewy » sont des agrégats neuronaux anormaux composés d' α -synucléines, des protéines de 14 kDa, présents dans les terminaux présynaptiques.^{84 13,85}

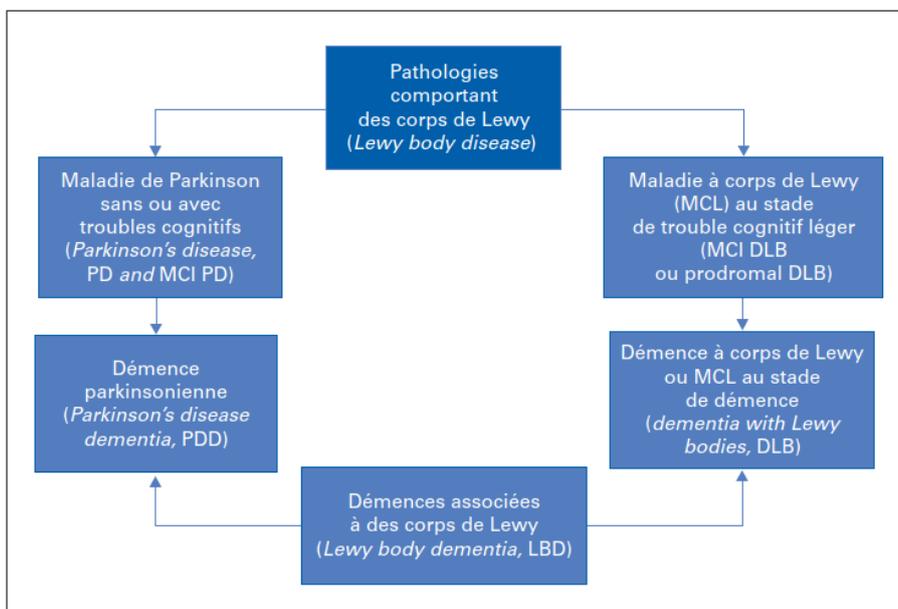


Figure 6 : Nosologie des pathologies comportant des corps de Lewy ou synucléopathies avec corps de Lewy ⁽¹¹⁾

La protéine, sous forme toxique, se localise alors dans tout le corps cellulaire de la cellule nerveuse, ainsi qu'au niveau des neurites. De ce fait, elle perturbe l'influx nerveux à plusieurs niveaux (Figure 7) : les vésicules synaptiques, les mitochondries, le RE, le Golgi, les lysosomes, les autophagosomes, le noyau ; dérégulant ainsi les contacts inter-organites et le transport axonal des organites.⁸⁵

De plus, l' α -synucléine semble réguler la fibrillation de l'amyloïde- β ($\text{a}\beta$) ainsi que de la protéine tau, deux protéines retrouvés dans la physiopathologie de la MA, pouvant expliquer la prévalence des démences mixtes type MCL et MA.⁷

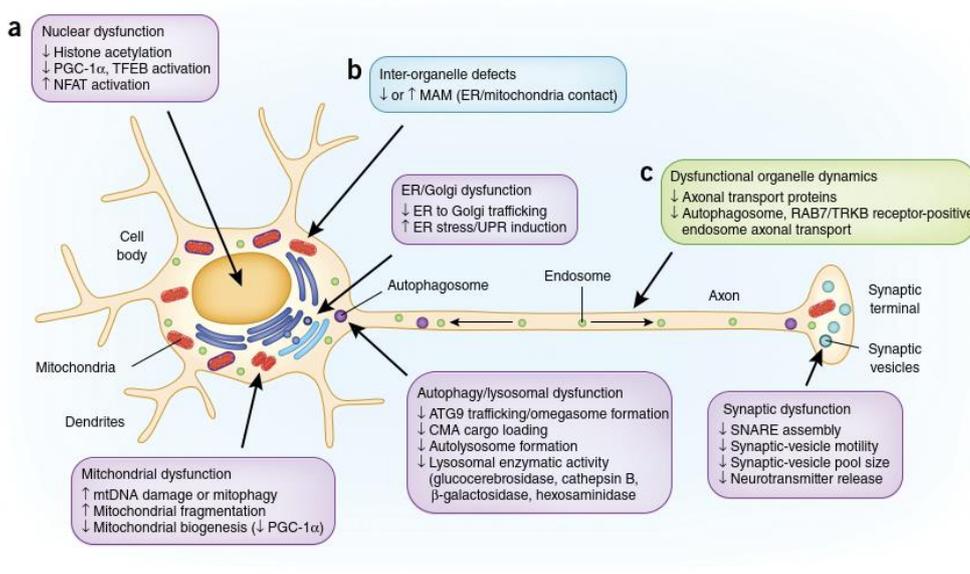


Figure 7 : Voies impliquées dans la toxicité de l' α -synucléine ⁽⁸⁵⁾

Les « Corps de Lewy » se regroupent préférentiellement à différentes localisations cérébrales, responsables des différentes atteintes cliniques retrouvées dans la maladie à Corps de Lewy¹³ :

- Au niveau de la substance noire : zone dopaminergique cérébrale, responsable des symptômes moteurs parkinsoniens.¹³
- Au niveau du noyau basal de Meynert, ainsi que de l'hippocampe : le noyau basal de Meynert participe au bon fonctionnement de l'hippocampe et du néocortex. L'atteinte de ces zones entraînent des troubles des fonctions cognitives mnésiques⁸⁶
- Au niveau temporal : il est rapporté la présence d'hallucinations visuelles lors d'agrégation de corps de Lewy dans cette zone^{13,87,88}
- Au niveau occipital : zone comprenant l'aire visuelle, responsable de troubles visuels¹³
- Au niveau pariétal : l'agrégation protéinique entraîne plutôt des troubles praxiques visuoconstructifs, désorientation spatiale....⁸⁹

Il existe des facteurs de risque de développer la MCL, principalement en cas d'anxiété ou de dépression (RR = 6-7), mais aussi en cas d'AVC, d'antécédent familial de MP ou d'ApoE4.²²

I.2.3. Diagnostic

I.2.3.1. Critères diagnostiques

Les critères diagnostics ont été posés dans un premier temps en 1996, mettant en avant trois critères cliniques majeurs : les fluctuations cognitives, les hallucinations visuelles et le syndrome parkinsonien. De ces critères ressort deux diagnostics, la MCL probable ou possible.^{81,90}

Par la suite, du fait du peu de sensibilité des critères, une révision du consensus a été tenue en 2003^{13,91}. Le dernier consensus en 2017, propose les critères suivants, avec une meilleure sensibilité⁷⁵ (Tableau 6):

Tableau 6 : Critères révisés de diagnostic probable et possible de MCL (⁷⁵)

Critères révisés de diagnostic probable et possible de MCL	
Critère clinique essentiel	Déclin cognitif progressif, interférant avec les activités sociales, professionnelles et/ou quotidiennes.
Critères cliniques majeurs	<ul style="list-style-type: none"> - Fluctuation de la cognition - Hallucinations visuelles récurrentes - Trouble du comportement en sommeil paradoxal (TCSP) - Syndrome parkinsonien
Critères cliniques secondaires	Sensibilité sévère aux agents antipsychotiques ; Instabilité posturale ; Chutes répétées ; Syncope ou autres épisodes de malaise ; Dysautonomie sévère (constipation, hypotension orthostatique, incontinence urinaire,..) ; Hypersomnie ; Hyposmie ; Hallucinations dans d'autres modalités (auditives, cénesthésiques, etc) ; Délires systématisés ; Apathie ; Anxiété ; Dépression.

Biomarqueurs	<ul style="list-style-type: none"> - DAT-scan : diminution de la captation du transporteur de la dopamine dans les noyaux gris centraux - Scintigraphie myocardique à l'¹²³iodine-MIBG : anormale (faible captation) - Polysomnographie : confirmation des TCSP - Scanner/IRM cérébraux : préservation relative des structures du lobe temporal médian. - TEP-scan : hypoperfusion/métabolisme dans les aires associatives postérieures et occipitales - EEG : activité postérieure à ondes lentes, avec des fluctuations périodiques dans la gamme pré-alpha/thêta.
Probable	<p>a. Au moins deux caractéristiques cliniques majeures de la MCL sont présentes, avec ou sans la présence de biomarqueurs indicatifs</p> <p>OU</p> <p>b. Une seule caractéristique clinique majeure est présente, mais avec un ou plusieurs biomarqueurs indicatifs.</p>
Possible	<p>a. Une seule caractéristique clinique majeure de la MCL est présente, sans biomarqueurs indicatifs,</p> <p>OU</p> <p>b. Un ou plusieurs biomarqueurs indicatifs sont présents, mais il n'y a pas de caractéristiques cliniques essentielles.</p>

Les critères pour la MCL prodromale ou légère ne varie que par la présence d'un déclin cognitif n'interférant pas avec les activités du quotidien.^{11,92}

I.2.3.2. Symptômes cliniques

I.2.3.2.1. Le déclin cognitif

Le premier de tous les symptômes cliniques retrouvés chez les patients ayant la MCL est le déclin cognitif, avec une détérioration progressive, ponctués par des épisodes récurrents de confusion.¹³

L'atteinte cognitive principalement retrouvée est de type « sous-cortico-frontal », avec un déficit attentionnel, une apraxie visuoconstructive et un syndrome dysexécutif.^{13,90} A la différence de la MA, les troubles de la mémoire ne sont pas nécessairement présent en début de la maladie, mais s'accroissent en quelques mois ou années.^{75,90}

I.2.3.2.2. Fluctuations

Les fluctuations cognitives sont des variations de la conscience et de l'attention, alternant avec des phases cognitives normales, variant de quelques minutes, heures ou jours⁹⁰. Elles sont

retrouvées chez 50 à 75% des patients présentant la MCL.^{13,81} Elles peuvent aussi se présenter sous forme d'épisodes « d'absence », spécifique de cette pathologie.⁹⁰ Ces symptômes peuvent être présent en tout début de malade, comme « signe avant-coureur ».⁹⁰

Un des scores recommandés afin de dépister la présence de fluctuations, est le « Mayo Fluctuations Scale », score nécessitant au moins trois réponses positives pour pouvoir conclure à la présence de fluctuations.⁸⁸

I.2.3.2.3. Hallucinations visuelles (HV)

Les hallucinations visuelles sont présentes jusqu'à 80% des patients, et surviendraient en moyenne 2 ans après le début des troubles cognitifs.^{75,93} Elles sont généralement bien formées et détaillées,^{75,81} mais peuvent aussi être des impressions de présence ou davantage imprécises⁹⁴.

Elles seraient associées à un déficit en acétylcholine au niveau cortical, les rendant de ce fait sensibles aux inhibiteurs de la cholinestérase.^{13,88}

Les HV sont décrits comme symptômes « phares » pour le diagnostic clinique de la MCL, leur présence étant un signal d'alerte pour les praticiens.^{75,88,93} L'outil d'évaluation utilisé dans le cadre de ce symptôme, que ce soit pour le dépistage ou pour la sévérité, est l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI).⁸⁸

I.2.3.2.4. Trouble du comportement en sommeil paradoxal (TCSP)

Le TCSP est fréquemment retrouvé lors de synucléinopathie, comme la MCL^{13,88}. Le trouble peut précéder le déclin cognitif de plusieurs années, avec un risque de plus de 50% après 12 ans de TCSP de développer une MCL.^{75,88,93} Le trouble est présent chez 75% des patients.⁹³

Il se caractérise par la présence importante de rêves lors du sommeil paradoxal, le plus souvent de type cauchemars, associée à l'absence de l'atonie musculaire normalement retrouvée lors de cette phase de sommeil, responsable de vocalisations, d'agitation, voire même de coups donnés.^{42,88,93}

Le diagnostic du TCSP peut être confirmé à la polysomnographie.⁸⁸

I.2.3.2.5. Syndrome parkinsonien (SP)

Le syndrome extrapyramidal est une atteinte motrice, par dégénérescence des noyaux gris centraux.¹³ Dans le cadre de la MCL, il se traduit principalement par la rigidité et la bradykinésie avec un déficit plutôt axial, associés à une instabilité posturale, une amimie et des difficultés d'équilibre.¹³ Le tremblement de repos est quant à lui moins fréquemment présent.⁹⁰

La fréquence varie d'une étude à l'autre, allant de 25% à plus de 85%.⁹⁵ Le SP surviendrait en moyenne 2 ans après les troubles cognitifs, similaire aux HV.⁹³ Il est cependant davantage marqué chez les patients jeunes, avec un moins bon pronostic en cas de symptomatologie importante.^{90,95} La spécificité du SP dans les critères cliniques de la MCL est de 90,5%.⁹⁵

Cependant le SP peut être retrouvé dans d'autres démences, comme en phase avancée de la MA.⁹⁰

Le score utilisé afin de caractériser la présence et l'importance de ces symptômes est « Unified Parkinson's Disease Rating Scale » (UPDRS)⁸⁸ ou « Movement Disorder Society-Unified Parkinson's Disease Rating Scale » (MDS-UPDRS) depuis 2008.⁹⁶

I.2.3.2.6. Autres

Parmi les autres symptômes retrouvés dans la MCL, est reporté la dysautonomie, incluant l'hypotension orthostatique, la dysautonomie cardiovasculaire, l'incontinence urinaire/fécale ou la constipation.^{13,97,98} Stubendorff et al. ont rapporté dans leur étude respectivement une fréquence de 50%, 30% et 30%, incluant alors les patients avec MP et démence.⁹⁹ Le pronostic est moins bon chez les patients présentant une ou plusieurs atteintes dysautonomiques.⁹⁹

Il peut aussi survenir des hallucinations autres que visuelles, particulièrement les hallucinations auditives, mais aussi olfactives et tactiles, moins fréquentes.⁹⁰

Les patients sont de plus sujet à une hypersensibilité aux neuroleptiques, caractérisée par l'apparition ou l'exacerbation importante du syndrome parkinsonien, ainsi que des troubles de la conscience.^{88,90} Cette hypersensibilité n'est retrouvée que dans 50% des cas.⁸⁸

I.2.3.3. Examens biologiques et imageries

Pour apporter des arguments complémentaires aux différents critères cliniques, il est rapporté des marqueurs biologiques et paracliniques :

I.2.3.3.1. IRM cérébrale

L'IRM cérébrale est une imagerie de référence, dans la démarche diagnostique d'une pathologie cognitive.¹⁰⁰ Dans la MCL, il est plutôt observé une préservation hippocampique et temporal médian, la différenciant ainsi de la MA (Figure 8).¹⁰¹ Dans la littérature, il est rapporté une atrophie du putamen, parfois retrouvée sur les IRM des patients atteints de la MCL.⁸⁸ Il peut parfois être retrouvé une atrophie corticale, mais non spécifique de la MCL et davantage présent dans la MA.^{13,102}

I.2.3.3.2. PET-scan

Le PET-scan fait partie des examens paracliniques apportant des arguments supplémentaires dans la MCL.¹⁰⁰ On retrouve un hypométabolisme (par hypofixation) postérieur, pariéto-occipital (Figure 8).^{75,103}

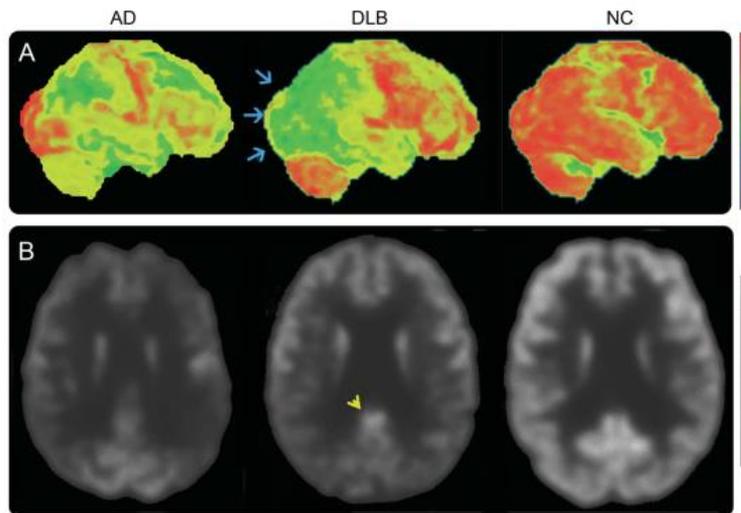


Figure 8 : Images PET-scan dans la MA (AD), MCL (DLB) et normal (NC), selon ⁷⁵

I.2.3.3.3. DaT-scan ou [¹²³I]FP-CIT SPECT

Le DaT-scan est une imagerie nucléaire, fixant le système dopaminergique.¹⁰⁰ Dans la MCL, on peut observer une faible activité nigrostriale, uni- ou bilatérale (Figure 9).^{100,104} Cet examen permet de distinguer une MCL d'autres démences, avec une sensibilité et une spécificité supérieur à 80%.^{75,88,104}

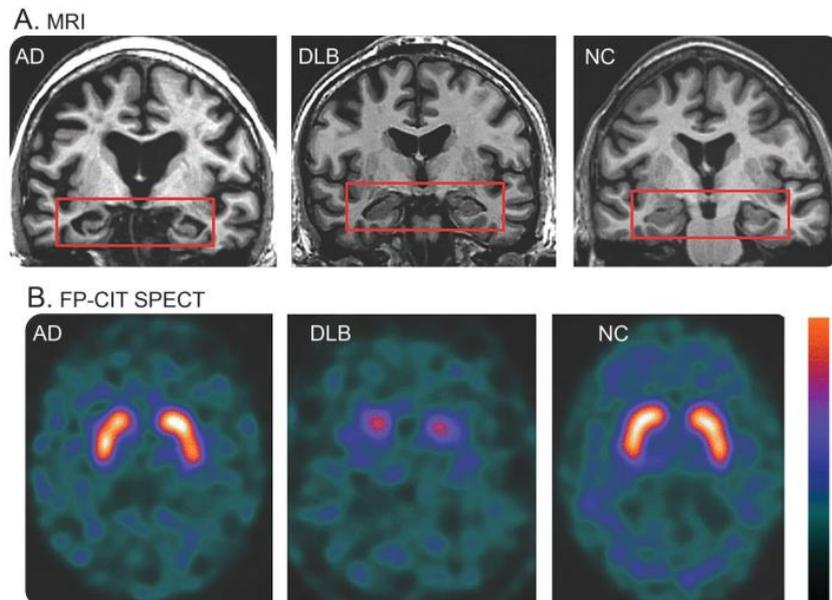


Figure 9 : IRM coronale et Dat-scan en cas de MA (AD), MCL (DLB) et normal (NC), selon ⁷⁵

I.2.3.3.4. La polysomnographie

La polysomnographie permet de mettre en évidence une atonie musculaire lors du sommeil paradoxal, en faveur d'un TCSP.^{75,93} Elle permet également les diagnostics différentiels, responsable de faux diagnostics, comme le syndrome d'apnée du sommeil.⁷⁵

I.2.3.3.5. Autres examens

Il n'existe pas de biomarqueur à ce jour ayant fait ses preuves dans le diagnostic de la MCL. L'a-synucléine est un biomarqueur dans le LCR, actuellement à l'étude.¹⁰⁵ Cependant la recherche des protéines β -amyloïde, Tau et phospho-Tau est utilisée pour déterminer l'existence d'une forme mixte avec la MA.¹⁰⁵

La scintigraphie cardiaque à la [I-123] métaiodobenzyl-guanidine (MIBG) est un examen à forte sensibilité et spécificité dans la MCL, comparativement à la MA, retrouvant une diminution de l'innervation cardiaque sympathique.^{75,88}

L'Electro-encéphalogramme (EEG) met en évidence un ralentissement précoce et des fluctuations dans les zones postérieures.^{75,88}

I.2.4. Prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse

A l'heure actuelle, le traitement de la MCL est exclusivement symptomatique. La prise en charge adaptée consiste, après le diagnostic, à l'identification des symptômes gênant pour le patient et la famille, par des interventions non-pharmacologiques et pharmacologiques.^{13,106}

Une des classes thérapeutiques médicamenteuses pouvant être proposée est l'inhibiteur de l'acétylcholinesterase, dont le Donépézil, efficace sur les troubles psychocomportementaux.^{107,108} La Rivastigmine a un effet moins probant dans ce type de trouble.¹⁰⁸ L'arrêt de ces traitements a posteriori engendre une altération cognitive.¹⁰⁸ La Galantamine a un effet rapporté sur les fluctuations cognitives, les troubles du sommeil et sur les troubles psychocomportementaux.¹⁰⁸ La Memantine a montré un effet positif sur le plan cognitif dans la MCL.¹⁰⁸

Les neuroleptiques ne sont pas des traitements recommandés dans la MCL, du fait de l'hypersensibilité de certains patients à ceux-ci et du risque d'effets secondaires.¹⁰⁹ Cependant certains traitements peuvent être mieux toléré tel que la Clozapine ou la Quetiapine. Peu d'étude ont été réalisé dans le cas de la Clozapine dans la MCL, les études randomisées ayant été réalisé pour la MP. Elle reste cependant recommandée du fait de la meilleure tolérance sur le plan moteur.¹¹⁰ La Quetiapine peut aussi être un traitement utilisé pour diminuer les troubles psychocomportementaux, avec cependant un tiers des patients ne tolérant pas le traitement.¹⁰⁸ Le Yokukansan, une herbe médicinale, a montré une amélioration des troubles psychiatriques dans la MCL.¹⁰⁸

Pour le syndrome parkinsonien, il peut être proposé un traitement par Levodopa, cependant moins efficace dans la MCL que dans la MP.^{88,108}

Pour les troubles du sommeil associés à la MCL, le traitement indiqué est alors la mélatonine.⁴²

La prise en charge non pharmacologique comprend une multitude d'interventions possible, que ce soit une prise en charge globale ou pour un symptôme en particulier, auprès du patient, de son aidant ou de leur environnement.³² Une des prises en charge importantes est la kinésithérapie, permettant la prévention des chutes dans cette population à risque.⁸¹

La prise en charge de la MCL reste délicate, de par les multiples traitements pouvant aussi bien traiter un des symptômes qu'en aggraver d'autres.^{109,111}

I.2.5. Pronostic et enjeux

I.2.5.1. Difficultés diagnostics

La MCL est sous-diagnostiquée, avec 4 à 5% de diagnostic parmi les maladies neurocognitives pour une prévalence estimée autour de 20%.^{109,111} Les patients atteints de la MCL ont un délai plus long entre la première consultation et la date de leur diagnostic final, estimé en moyenne à un peu plus d'un an, d'autant plus important que les patients sont jeunes.¹⁵

Plusieurs facteurs expliquent ces difficultés : les patients n'ont pas toujours certains symptômes majeurs (86% ont un syndrome extrapyramidal, difficulté d'évaluation de la fluctuation, troubles du sommeil non recherchés)^{13,88}, un manque de professionnel spécialisé¹¹², un tableau clinique varié avec des symptômes pas toujours spécifiques (hallucinations présentes dans les cas de MA évoluées).¹¹³

Ce sous-diagnostic est responsable pour ces patients d'une errance diagnostic, soit un plus grand nombre de diagnostics alternatifs, de prises en charge inadaptées, ainsi que davantage de consultations et d'examen d'imagerie par rapport à d'autres maladies neurodégénératives.¹⁵

I.2.5.2. Pronostic et conséquences

Les patients souffrant de MCL ont une progression plus rapide de la maladie et une mortalité plus importante, comparée aux autres maladies neurocognitives.^{13,15} Il est de plus rapporté une qualité de vie inférieure, liée aux troubles psychocomportementaux et la dysautonomie, ainsi que le fardeau des aidants, plus important.¹⁵

Ils ont de plus, un plus grand risque d'institutionnalisation ainsi qu'un taux d'hospitalisations plus élevé, avec des séjours plus long. Les principales causes des multiples hospitalisations sont les troubles neuropsychiatriques, les chutes et les infections. De ce fait, le coût des soins est aussi plus important.^{112,114}

I.3. La Maladie à Corps de Lewy dans la population gériatrique

I.3.1. Une population prévalente

La prévalence de la MCL est variable au-delà de 70 ans, de 0,7 à 24,7 % selon les études¹³, observés jusqu'à 31-37% des cas au-delà de 80 ans, 22% au-delà de 85 ans.^{13,14}

Dans la majorité des cas, elle est mixte, associée à une MA (8,9% de forme mixte versus pure dans 8,5%), une démence vasculaire, ou d'autres maladies neurodégénératives (Figure 10).¹⁴

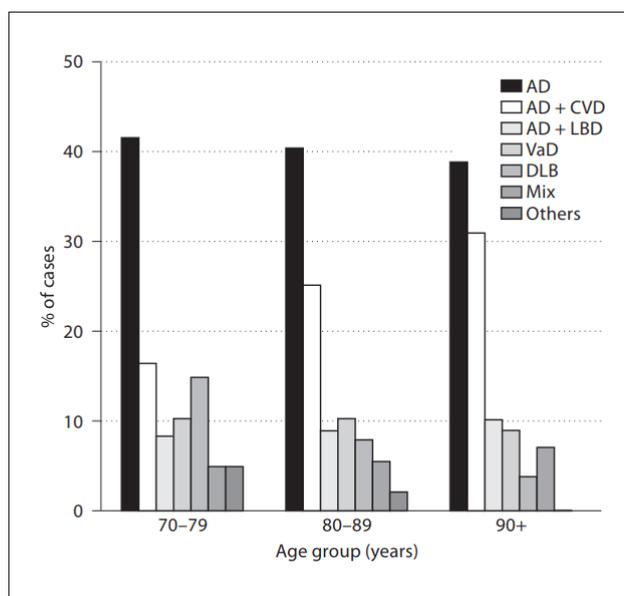


Figure 10 : Fréquence des différents types de troubles démentiels en fonction de l'âge (d'après ¹⁴)

I.3.2. Une population sujette aux syndromes gériatriques ?

Comme décrit précédemment, il existe de nombreux syndromes gériatriques. Certains font partie intégrante de la MCL et du diagnostic, quand d'autres sont très peu étudiés dans cette population.

Certains des symptômes de la MCL, en commun ou non avec les syndromes gériatriques, sont des causes fréquentes d'hospitalisation en service de gériatrie, que ce soit les chutes à répétition, la confusion, les troubles du comportement ou l'hypersensibilité aux neuroleptiques.¹¹⁵

I.3.2.1. Parmi les critères diagnostics

Les troubles neurocognitifs sont considérés comme le critère essentiel au diagnostic d'une MCL (cf II.3.1).

Parmi les critères cliniques majeurs, les hallucinations visuelles, inclus dans les troubles psychocomportementaux, sont considérées comme un syndrome gériatrique.⁷⁵ De plus, les troubles du sommeil sont prépondérants dans la MCL, principalement les TCSP, mais il peut être retrouvé des insomnies, liées à l'âge.^{42,93}

D'autres syndromes gériatriques sont décrits dans cette population, compris dans les critères secondaires.⁷⁵ Les chutes à répétition sont fortement présentes, en premier lieu du fait des troubles neurocognitifs qui augmentent le risque de chute dans la population âgée, puis en deuxième lieu lié particulièrement à la MCL (OR 3,8).^{116,117} Ce syndrome doit alerter dans le cas d'un éventuel diagnostic de MCL.¹³

Les troubles dysautonomiques, comprenant l'incontinence urinaire, sont un syndrome gériatrique précocement retrouvé dans la MCL, comparativement à d'autres démences.¹³ De plus, la dysautonomie est un facteur de risque de chute de par le risque d'hypotension orthostatique.¹³

La dépression et l'anxiété, fortement présentes dans la population gériatrique, sont retrouvées augmentées dans la MCL, avec une prévalence estimée respectivement de 60% et 40%.^{118,119}

Les troubles neuropsychocomportementaux (TNPC) sont fréquents dans la population atteinte de la MCL, mais peu d'études rapportent la prévalence. Une étude norvégienne a étudié ces TNPC dans la MCL sur 12 ans, 56% présentent des délires, 69% ont des hallucinations, 42% sont agressifs, 85% sont apathiques, 49% désinhibés et 23% d'irritabilités. Les TNPC sont majorés en cas de comorbidités, de polymédication, de dénutrition, d'institutionnalisation, de dépendance fonctionnelle et de chutes, responsable d'un pronostic plus sombre.¹¹⁹

I.3.2.2. D'autres syndromes moins évidents

La dépendance fonctionnelle est très peu étudiée dans la MCL à ce jour. Soysal et al, en 2022, rapporte l'étude de la dépendance fonctionnelle dans cette pathologie, en utilisant l'ADL et l'IADL (Voir IV.1).¹²⁰

La confusion, difficilement diagnostiquée en cas de TNC, l'est d'autant plus dans le cas de la MCL, principalement du fait des fluctuations cognitives liées à cette pathologie.²⁷

La dénutrition est présente chez 18% des patients atteints de MCL, avec 59% à risque de dénutrition, plus importante que dans la MA.¹²¹ En effet, les troubles cognitifs majorent le risque de dénutrition et inversement, les carences vitaminiques semblant aggravées le phénomène.¹²²

Les escarres sont la conséquence d'un alitement et d'une dénutrition, éléments majorés par les troubles cognitifs. En effet, ces derniers sont pourvoyeurs de troubles moteurs, sensitifs, autonomiques, à risque de développer des escarres.¹²³ Pourtant aucune étude à ce jour n'est retrouvée dans la littérature sur la place des escarres dans la MCL.

Les principaux troubles sensorielles en lien avec le vieillissement sont le vieillissement oculaire, la presbytie, ainsi que le vieillissement auditif, la presbyacousie, pathologies non spécifiques de la MCL.^{3,75} Quant à l'anosmie, retrouvée spécifiquement dans la MCL, elle est aussi liée au vieillissement physiologique et aggravée en présence de maladies neurodégénératives.¹²⁴ Les troubles sensorielles dans leur globalité n'ont pas été étudié à ce jour dans la MCL.

Les troubles de la déglutition sont prévalents dans les démences, variables entre 10 et 60% selon les étiologies, sans étude rapportant particulièrement les troubles de la déglutition dans la MCL. Il semblerait cependant que dans le cas de la MCL, les causes sont multifactorielles, avec une part liée au syndrome parkinsonien.¹²²

La polymédication est un facteur de risque d'aggravation ou déclencheur de troubles neurocognitifs, ainsi que sur le plan hallucinatoire, fonctionnel ou comportemental, proportionnellement à l'importance de la polymédication.^{75,90,125} Elle est de plus associée à plusieurs autres syndromes gériatriques (incontinence urinaire, chute, dénutrition, fragilité, dépression). Les personnes atteintes de TNC sont davantage exposés à la polymédication que celles non atteintes.¹²⁵ Mais peu d'étude ont été réalisées sur la prévalence de ce syndrome dans la MCL. Il est cependant à noter que les traitements médicamenteux très à risque chez la personne âgée atteinte de la MCL sont les anticholinergiques ainsi que les neuroleptiques.^{75,90}

II. Matériel et méthodes

II.1. Design et objectifs

Cette étude observationnelle est une étude de cohorte rétrospective regroupant des patients atteints de MCL, suivis au CMRR du Limousin, sur les deux sites : site gériatrie au Centre Hospitalier Universitaire Dupuytren de Limoges (CHU) et site neuropsychiatrique au Centre Hospitalier Esquirol.

L'objectif principal de cette étude est de déterminer la fréquence des syndromes gériatriques chez les patients au moment du diagnostic.

Les objectifs secondaires sont d'étudier la relation entre les caractéristiques des patients et le nombre de syndromes gériatriques, ainsi que les différents syndromes gériatriques.

II.2. Patients

Les patients inclus ont bénéficié d'une consultation mémoire au CMRR (deux sites) entre janvier 2021 et janvier 2024.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- patients âgés de 50 ans ou plus
- diagnostic de MCL posé
- non opposition

Le seul critère d'exclusion était l'opposition du patient ou de la famille dans le cas des patients décédés.

II.3. Collection des données

Les patients ont été identifiés grâce à la base de données Banque Nationale Alzheimer (BNA) ainsi que par requête à la Direction d'information médicale (DIM) du CHU de Limoges.

Les données ont été collectées rétrospectivement à partir des dossiers médicaux des patients. Les dossiers étaient soit des dossiers papiers, soit des dossiers numériques consultables via le logiciel CROSSWAY.

Pour chaque patient, les données collectées correspondent à la date de la consultation d'annonce diagnostique. En l'absence de consultation d'annonce diagnostique formalisée, nous avons pris en compte la date à laquelle les critères diagnostiques, selon les critères définis par le Consortium de la MCL de 2017, étaient remplis. Par exemple, si les critères suffisants sont remplis lors de la consultation mémoire initiale ou après réalisation d'un examen complémentaire, la date qui a été prise en compte est la date de l'examen permettant d'affirmer une MCL probable ou possible.

Les caractéristiques cliniques collectées sont :

- des données sociodémographiques :
 - âge,
 - sexe,
 - niveau de vie,
 - niveau d'éducation,
 - activité physique, comprenant l'activité modérée ou intense,
 - activité sociale, par réalisation d'activités bénévoles ou associatives
- les critères diagnostics de MCL :

- la présence d'un trouble du sommeil paradoxal, déterminée par la présence de l'un des éléments suivants dans le dossier médical : présence de mouvements, cris ou hurlements nocturnes.

- la présence d'un syndrome parkinsonien, confirmée par la présence d'un ou plusieurs symptômes de la maladie.

- la présence de fluctuations rapportés dans le dossier, notamment lors des tests neuropsychologiques

- la présence d'hallucinations visuelles

- la présence de troubles cognitifs attestés par Mini-Mental State Examination (MMSE) et les tests neuropsychologiques

- d'autres symptômes secondaires de la maladie rapportés à la date du diagnostic

- l'imagerie et la biologie ont également été examinées, avec les résultats de la ponction lombaire, de l'IRM cérébrale, du PET scan et du SPECT.

- des données médicales :

- comorbidités,

- antécédents médicaux, tels que les maladies cardiovasculaires, les maladies ostéo-articulaires, les maladies urologiques et digestives, les cancers actifs, les maladies psychiatriques, les autres maladies neurologiques et la toxicité alcoolotabagique,

- antécédents familiaux de maladies neurodégénératives

- le taux d'hospitalisation dans l'année précédant le diagnostic

II.4. Syndromes gériatriques

Les différents syndromes gériatriques recueillis dans les dossiers médicaux comprennent :

- les chutes, quantifiées par le nombre de chutes dans l'année précédant le diagnostic,
- l'état psychologique, évalué par la présence soit d'anxiété, d'un syndrome dépressif caractérisé, ou de dysphorie, ainsi que par le score mini-GDS (s'il est retrouvé dans le dossier médical),

- l'état neuropsychocomportemental, évalué par la présence soit d'hallucinations, de délires, d'agitation, d'agressivité ou d'apathie,

- la confusion, indiquée par le nombre d'épisodes de confusion dans l'année précédant le diagnostic,

- les troubles du sommeil, évalués par soit l'insomnie, soit l'agitation nocturne, soit la somnolence diurne ou par les troubles du comportement en sommeil paradoxal (TCSP),

- la dénutrition, définie par le poids, l'indice de masse corporelle (IMC) ainsi que la variation du poids entre la consultation mémoire initiale et le diagnostic,

- les escarres, définis comme la présence ou l'absence d'escarres au cours de l'année précédant le diagnostic,

- les troubles de la déglutition, classés selon qu'il s'agit de troubles liés aux liquides et/ou aux solides,

- l'incontinence urinaire et fécale,

- la polymédication, évaluée par la prise de plus de 5 traitements par jour,

- les troubles sensoriels, comprenant les déficits visuels et auditifs, rapportés dans le dossier,

- la dépendance fonctionnelle, évaluée par les scores des activités de la vie quotidienne (ADL) et des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL).

II.5. Statistiques

Les données ont été analysées sous forme de moyenne et d'écart-type pour les données quantitatives (tels que le poids et l'âge) et sous forme de pourcentage pour les données qualitatives ainsi que pour les occurrences (fréquence) telles que la polymédication et les différents troubles. Les objectifs secondaires ont été analysés en utilisant la méthode de Spearman, le test U de Mann-Whitney et le test de Kruskal-Wallis pour le nombre de syndromes gériatriques, puis en utilisant la régression pour les différents syndromes gériatriques. Le niveau de significativité statistique dans cette étude est fixé à un niveau de significativité bilatérale de 0,05.

Pour une question de significativité statistique, nous avons pris en compte comme caractéristiques des patients dans l'analyse des objectifs secondaires : âge, sexe, activité physique et sociale, les antécédents cardiovasculaires et psychiatriques, le niveau d'étude, l'apraxie visuoconstructive, le MMSE au diagnostic ainsi que les résultats de la ponction lombaire et le Dat-scan.

II.6. Aspect éthique

Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique local le 19 juin 2024 et en accord avec la Déclaration d'Helsinki.

III. Résultats

Au total, 59 patients ont été inclus initialement grâce à la base BNA et la DIM. 8 ont été exclus par la suite en raison d'un diagnostic erroné et aucun n'a exprimé son opposition à participer à l'étude (Figure 11).

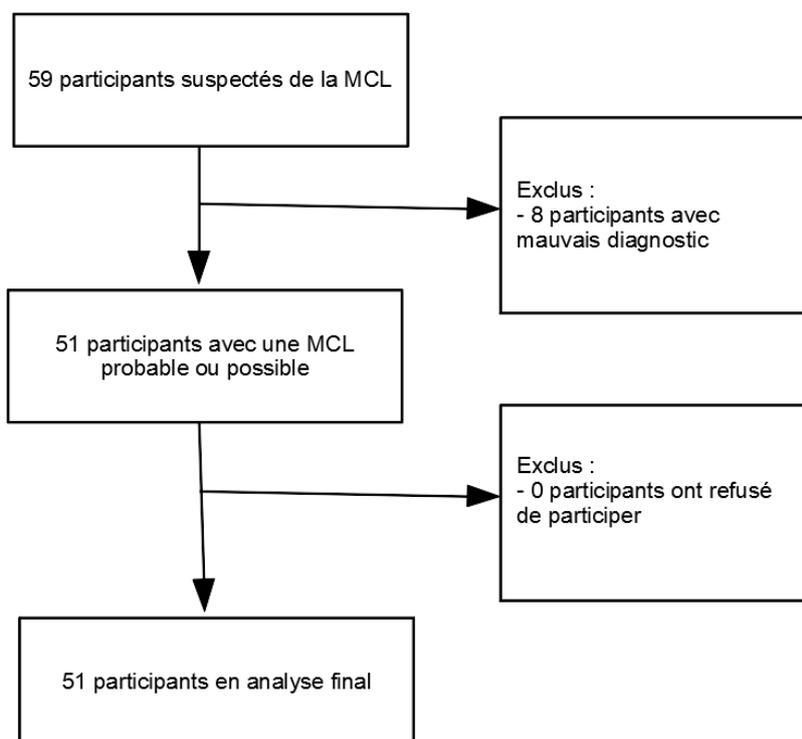


Figure 11 : Diagramme de flux des participants

III.1. Caractéristiques des participants

Au total, 51 patients ont été inclus dans l'étude, l'âge moyen au moment du diagnostic étant de 73,4 ans. La répartition par sexe était la suivante : 54,9 % d'hommes et 45,1 % de femmes. Le niveau d'éducation était variable, la majorité des patients s'étant arrêtés au certificat d'étude, ainsi qu'une grande partie au diplôme universitaire.

Au moment du diagnostic, la majorité des patients vivaient avec leur conjoint ou leur famille. Aucun patient ne vivait en institution.

La majorité des patients ne pratiquaient pas de sports ou d'activités sociales de façon régulière.

96% des patients présentaient des comorbidités, avec une majorité de comorbidités cardiovasculaires et psychiatriques (respectivement 68,6 % et 37,3 %).

29 patients sur 51 (56,9%) ont été hospitalisés dans l'année précédant le diagnostic, toutes causes confondues.

Un résumé de ces caractéristiques se trouve dans le Tableau 7, ci-dessous.

Tableau 7 : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants

Age	moyenne ± écart type	73,4 ± 6,2
Genre	homme, n (%)	28 (54,9)
	femme, n (%)	23 (45,1)
Comorbidités	Cardiovasculaire, n (%)	35 (68,9)
	Pneumologique, n (%)	11 (21,6)
	Ostéoarticulaire, n (%)	17 (33,3)
	Uro-digestive, n (%)	11 (21,6)
	Oncologique, n (%)	5 (9,8)
	Endocrinologique, n (%)	8 (15,7)
	Psychiatrique, n (%)	19 (37,3)
	Neurologique, n (%)	11 (21,6)
Consommation alcoolotabagique	n (%)	10 (19,6)
Niveau d'éducation	Faible niveau de scolarisation, n (%)	1 (2,0)
	Certificat d'étude, n (%)	25 (49,0)
	Brevet, n (%)	1 (2,0)
	Baccalauréat, n (%)	6 (11,8)
	Etude supérieure, n (%)	18 (35,3)
Mode de vie	Seul à la maison, n (%)	10 (19,6)
	A domicile en couple ou en famille, n (%)	41 (80,4)
	En EHPAD, n (%)	0 (0)
Activités	Sociales, n (%)	18 (36,7)
	Sportives, n (%)	21 (42,9)
Hospitalisation dans les derniers 12 mois	n (%)	29 (56,9)
Antécédents de TNC familiaux	n (%)	20 (40,8)

III.2. Histoire de la maladie

Le délai moyen entre l'apparition des symptômes et la première consultation était de 2,66 ans, avec un écart-type de 1,05.

Les symptômes initiaux par ordre de fréquence étaient les suivants :

- les plaintes de mémoire (96,1 %),
- les troubles psychiques (comprenant l'anxiété et la dépression) (74,5 %),
- la confusion (41,2 %),
- l'apathie (43,1%),

- le syndrome parkinsonien (51,0%).

Au moment du diagnostic, les fluctuations cognitives, les hallucinations visuelles, les troubles du sommeil et le syndrome parkinsonien étaient majoritaires, avec des fréquences respectives de 45,1%, 68,6%, 56,9% et 68,6%. La prévalence des troubles de la mémoire et des troubles psychologiques étaient stables dans le temps. Une proportion significative de patients (25 %) présentait des TCSP.

Les antécédents familiaux étaient présents chez environ 40% des patients, et dans la majorité des cas, la mère et/ou la grand-mère avaient souffert de maladies neurodégénératives.

Le score moyen au MMSE lors de la consultation initiale était de 23 sur 30, contre 22 au moment du diagnostic. Le bilan neuropsychologique révélait principalement un ralentissement psychomoteur (77,6%), un déficit de récupération et parfois d'apprentissage (85,7% et 69,4% respectivement), un syndrome dysexécutif (85,7%), une apraxie visuoconstructive (65,3%) et des troubles praxiques (67,3%).

Une ponction lombaire a été réalisée chez 49% des participants. La majorité était normale (40%), 32% présentaient un profil de maladie d'Alzheimer, et 28% un profil anormal.

L'IRM cérébrale a révélé 51,1% d'hypersignaux périventriculaires et d'atrophie hippocampique, et seulement 12,8% d'atrophie occipitale. Cette imagerie était normale dans 21,3 % des cas.

Pour le PET-scan, la majorité des cas présentait un hypométabolisme pariétal (94,1%), droit ou gauche, puis un hypométabolisme occipital et hippocampique (70,6%).

Quant au DAT-scan, la plupart des participants présentaient une dénervation dopaminergique (70,6%).

Ces éléments sont résumés dans le Tableau 8, ci-dessous.

Tableau 8 : Caractéristiques de la MCL des participants

Durée depuis le début des symptômes	Moins d'un an, n (%)	8 (17,0)
	Entre 1 et 2 ans, n (%)	12 (25,5)
	Entre 2 et 3 ans, n (%)	15 (31,9)
	Plus de 3 ans, n (%)	12 (25,5)
Symptômes au diagnostic	Plainte de mémoire, n (%)	49 (96,1)
	Plainte visuelle, n (%)	20 (39,2)
	Fluctuations, n (%)	23 (45,1)
	Apathie, n (%)	31 (60,8)
	Anxiété/dépression, n (%)	38 (74,5)
	Hallucination, délire, n (%)	35 (68,6)
	Troubles du sommeil, n (%)	29 (56,9)
	Dysautonomie, n (%)	8 (15,7)
	Chutes, n (%)	15 (29,4)
Syndrome parkinsonien, n (%)	35 (68,6)	

	Confusion, n (%)	26 (51,0)
	Autres, n (%)	11 (21,6)
MMSE au diagnostic	moyenne ± écart type	22,3 (5,2)
Test neuro-psychologiques	Ralentissement psychomoteur, n (%)	38 (77,6)
	Trouble de l'apprentissage, n (%)	34 (69,4)
	Trouble de la récupération, n (%)	42 (85,7)
	Syndrome dysexécutif, n (%)	42 (85,7)
	Apraxie visuoconstructive, n (%)	32 (65,3)
	Trouble du langage, n (%)	16 (32,7)
	Trouble praxique, n (%)	33 (67,3)
Résultats des marqueurs cérébrospinaux	Normal	10 (40)
	Anormal	7 (28)
	Type Alzheimer	8 (32)
IRM cérébral	Normal, n (%)	10 (21,3)
	Hypersignaux périventriculaires, n (%)	24 (51,1)
	Atrophie hippocampique, n (%)	24 (51,1)
	Atrophie pariéto-occipitale, n (%)	6 (12,8)
TEP-scan	Normal, n (%)	0 (0)
	Hypométabolisme hippocampique, n (%)	24 (70,6)
	Hypométabolisme pariétal, n (%)	32 (94,1)
	Hypométabolisme occipital, n (%)	24 (70,6)
Dénervation dopaminergique au DAT-scan	n (%)	24 (70,6)

III.3. Syndromes gériatriques

L'étude a identifié une moyenne de six syndromes gériatriques par patient, avec un écart type de 1,6. Les participants ont présenté entre 2 et 9 syndromes gériatriques, une forte majorité en ayant entre 6 et 7.

Au cours de l'année précédant le diagnostic, 35,8 % des patients ont chutés, la majorité de ces chutes étant répétées (94,4 %). Un seul patient présentait un syndrome de désadaptation posturale.

La prévalence de l'anxiété et de la dépression est élevée, avec respectivement 71,4 % et 44,9 % des patients, contre 22,4 % sans troubles psychologiques. Le Mini-GDS n'a été rempli que pour sept patients, avec un score moyen de 1,43/4, indiquant une tendance à la dépression mais non statistiquement significatif (écart type 1,5).

Au moment du diagnostic, 90,2 % des patients ont au moins un trouble neuropsychocomportemental. Les hallucinations et l'apathie étaient plus fréquentes (66,7 %

et 62,7 % respectivement) que les idées délirantes (15,7 %), l'agitation et l'agressivité (37,3 %), la désinhibition (19,6 %) et l'irritabilité (33,3 %).

Le syndrome confusionnel a été rapporté chez 70,6 % des patients. La majorité d'entre eux (83,3 %) ont subi plus de deux épisodes au cours de l'année précédant le diagnostic.

64 % des patients ont présenté des troubles du sommeil, la majorité d'entre eux présentant une agitation nocturne (56,8 %), et une minorité ayant rapportée une insomnie (20,4%).

L'indice de masse corporelle (IMC) moyen était de 24,9 kg/m² (écart-type 3,8 kg/m²), avec un poids moyen de 70,24 kg (écart type 15 kg). Une plus grande proportion de patients a présenté une stabilité pondérale (41,5 %), tandis que 31,7 % ont connu une perte de poids significative et 26,8 % une prise de poids. Au total, 35,7 % des participants répondaient aux critères de dénutrition. Aucun patient n'a fait état d'escarre.

Un seul patient présentait des troubles de la déglutition, bien que la nature spécifique de ces derniers n'ait pas été précisée.

Parmi les autres patients, 22,7 % présentaient une incontinence, l'incontinence urinaire étant la seule forme d'incontinence décrite.

La polymédication est retrouvée chez 54,9% des patients, 37,3 % recevant entre cinq et dix molécules médicamenteuses par jour et 17,6 % des patients recevant plus de dix molécules par jour.

Les troubles sensoriels étaient très répandus, des déficits visuels étant présents chez 91,5 % des patients et des déficits auditifs chez 20,5 % d'entre eux.

L'évaluation de la dépendance fonctionnelle a révélé une moyenne de 5,29/6 pour les AVQ, avec davantage de difficultés pour l'habillage, la toilette et la continence. L'IADL est en moyenne de 4,63/8, avec des difficultés pour la gestion administrative, les médicaments, les courses et le transport. 86,3 % des personnes atteintes de la MCL présentaient une dépendance fonctionnelle.

Les résultats sont présentés en partie dans la Figure 12, ci-dessous.

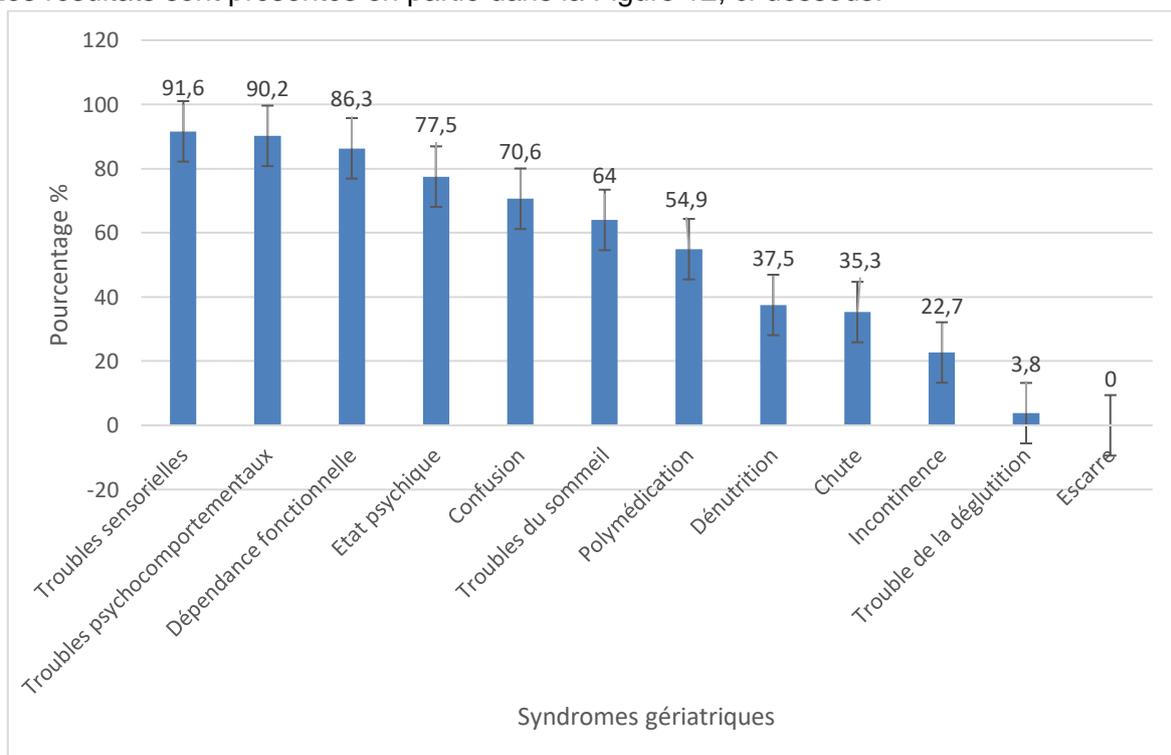


Figure 12 : Prévalence des différents syndromes gériatriques dans la population étudiée

III.4. Association entre les caractéristiques et le nombre de syndrome gériatrique

Une corrélation a été identifiée entre la polymédication et une prévalence accrue des syndromes gériatriques chez les patients. Par ailleurs, si aucune corrélation significative n'a été observée entre la dépendance fonctionnelle liée aux activités de la vie quotidienne et les syndromes, une relation inverse notable a été identifiée avec la dépendance liée aux activités instrumentales. Les items du score IADL présentant une association significative sont l'utilisation du téléphone, les courses, le ménage et la lessive, ainsi que l'administration des médicaments et la gestion du ménage. Cela indique qu'une prévalence accrue des syndromes gériatriques est associée à un niveau de dépendance plus élevé.

De même, une corrélation inverse a été identifiée entre la pratique d'activité sportive et sociale et le nombre de syndromes gériatriques.

En outre, des antécédents de maladies cardiovasculaires ont également été associés de manière significative à une prévalence plus élevée de syndromes gériatriques. Aucune relation significative n'a été observée avec les autres caractéristiques étudiées.

La méthode de corrélation de Pearson a corroboré l'importance des caractéristiques susmentionnées et a démontré une corrélation notable entre le MMSE au moment du diagnostic et le nombre de syndromes gériatriques, avec un coefficient de corrélation de -0,567 (p-value 0,006).

Les associations sont présentées dans le Tableau 9, le Tableau 10 et le Tableau 11.

Tableau 9 : Corrélation entre le nombre de syndromes gériatriques et les caractéristiques des participants selon l'analyse par la méthode de Spearman

Caractéristiques	Rho	N	p-value
Polymédication	0,564	51	0,000
IMC	-0,018	45	0,905
ADL	0,019	21	0,934
hygiène	-0,142	48	0,335
habillage	-0,219	49	0,131
toilette	-0,270	48	0,063
manger	-0,112	46	0,460
transfert	-0,221	48	0,131
continence	-0,325	22	0,140
IADL	-0,557	17	0,020
téléphone	-0,358	31	0,048
courses	-0,330	47	0,024
repas	-0,142	46	0,348
ménage	-0,450	47	0,001
lessive	-0,386	36	0,020
transport	-0,226	50	0,114
médicament	-0,358	47	0,013
gestion administrative	-0,257	49	0,075
MMSE au diag.	-0,074	43	0,639
Age au diagnosis	0,413	51	0,003

Tableau 10 : Corrélation entre le nombre de syndromes gériatriques et les caractéristiques des participants selon l'analyse par test U de Mann-Whitney

Caractéristiques	Nombre moyen de syndromes gériatriques	N	p-value
Genre		51	0,862
Homme	6,14		
Femme	6,00		
Mode de vie		51	0,221
Seul à domicile	6,7		
A domicile en couple ou en famille	5,93		
Activité physique		49	0,01
Oui	5,33		
Non	6,79		
Activité sociale		49	0,01
Oui	5,17		
Non	6,74		
Comorbidités cardiovasculaires		51	0,014
Oui	6,4		
Non	5,38		
Comorbidités psychiatriques		51	0,661
Oui	6,00		
Non	6,12		
Apraxie visuoconstructive		49	0,506
Oui	6,00		
Non	6,06		
Dat-scan		34	0,061
Normal	6,60		
Dénervation dopaminergique	5,50		
Analyse liquide cérébrospinal		25	0,105
Normal	4,9		
Anormal	6,00		
Type Alzheimer	6,38		

Tableau 11 : Corrélation entre le nombre de syndromes gériatriques et les caractéristiques des participants selon l'analyse par test de Kruskal-Wallis

Caractéristiques	Nombre moyen de syndromes gériatriques	N	p-value
Niveau d'éducation		51	0,628
Faible niveau de scolarisation	6,00		
Certificat d'étude	5,68		
Brevet	5,00		
Baccalauréat	7,50		
Etudes supérieures	6,22		

III.5. Association entre les caractéristiques et les différents syndromes gériatrique

L'analyse a mis en évidence un lien proportionnel entre les chutes et le MMSE au diagnostic, en faveur d'une réduction des chutes lorsque le MMSE est élevé (p-value 0,035).

Par ailleurs, un lien inverse entre la polymédication et les comorbidités cardiovasculaires a été mis en évidence (p-value 0,011).

La dépendance fonctionnelle n'était corrélée de manière significative avec aucune des caractéristiques, comme pour le délire, les symptômes psychocomportementaux, les troubles de l'état psychologique, les troubles du sommeil, les troubles de la déglutition, les escarres, l'incontinence et les troubles sensoriels.

Les troubles de la déglutition ont une relation élevée avec les comorbidités psychiatriques, inversement proportionnelle, mais sans significativité prouvée (p-value 0,056).

IV. Discussion

IV.1. Principaux résultats

L'objectif principal de l'étude était la prévalence des syndromes gériatriques dans cette population. Les objectifs secondaires cherchaient à mettre en évidence des facteurs de risque de survenue de syndromes gériatriques, en nombre et en type.

Notre étude a mis en évidence comme principaux syndromes gériatriques, dans l'ordre décroissant : les troubles sensoriels (91,6%), les troubles neuropsychocomportementaux (90,2%), la dépendance fonctionnelle (86,3%), les troubles psychiques (77,5%) et la confusion (70,6%).

De plus, elle a montré l'importance des syndromes gériatriques dans la maladie à Corps de Lewy, avec une moyenne de 6 syndromes par patient âgé atteint de la MCL, en faveur d'une certaine fragilité dans cette population.

Le nombre de syndrome gériatrique est corrélé positivement à la polymédication, aux comorbidités cardiovasculaires, ainsi qu'avec l'âge au diagnostic, en lien avec une prévalence plus importante des syndromes gériatriques avec l'âge.

Au contraire, il est inversement corrélé au score IADL ainsi qu'à l'activité sociale et physique.

Pour ce qui est du deuxième objectif secondaire, il est retrouvé une corrélation entre les chutes et le MMSE au diagnostic, corroborant les données de la littérature, les troubles neurocognitifs étant un facteur de risque connu de chute.¹⁹

IV.2. Forces et limites de l'étude

Parmi les syndromes gériatriques prévalents dans notre étude, certains sont retrouvés dans les critères majeurs ou mineurs de la MCL, comme les hallucinations visuels dans les troubles neurocomportementaux, la dépression dans les troubles psychiques ou la TCSP dans les troubles du sommeil, responsable d'un biais de confusion, les rendant naturellement prévalents. Quant aux troubles neurocognitifs, ils n'ont pas été étudiés parmi les différents syndromes gériatriques de notre étude, étant le critère essentiel au diagnostic d'une MCL et un biais de confusion majeur.⁷⁵ Les chutes et les troubles du sommeil, malgré une prévalence moins importante, ont tout de même été retrouvés dans plus d'un tiers des cas de notre étude. L'incontinence, marqueur de dysautonomie, était quant à elle peu prévalente.

Les troubles sensoriels à type de troubles visuels et auditifs sont retrouvés dans des proportions comparables au rapport de l'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux), chez des patients âgés institutionnalisés en France, soit des patients âgés fragiles.⁵¹

La prévalence des troubles neuropsychocomportementaux retrouvée dans notre étude peuvent être comparés à l'étude norvégienne de 2020¹¹⁹, avec un taux d'hallucinations et d'agressivité comparable. Néanmoins les délires, l'apathie et la désinhibition sont davantage fréquents dans la population norvégienne, probablement du fait d'une étude prospective avec un échantillon plus important.

Ce travail met en évidence une forte proportion de dépendance fonctionnelle chez les patients atteints de MCL dans cette étude. La dépendance fonctionnelle dans les activités

instrumentales de la vie quotidienne est pourvoyeuse de syndromes gériatriques. Selon le DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), en 2019 en France, 85 % des patients âgés vivants en institution étaient dépendants, chiffre comparable à notre étude. Nos patients âgés au stade diagnostique de la MCL ont donc un taux de dépendance comparable aux patients âgés institutionnalisés, c'est-à-dire une fragilité accrue.¹²⁶

La prévalence des troubles psychiques dans notre population est comparable à la prévalence retrouvée dans la MCL en général, au I.3.2.1.

Nous retrouvons une forte prévalence de confusion dans notre étude, habituellement difficilement diagnostiquée du fait des fluctuations cognitives.²⁷ Nous retrouvons que peu d'études sur la prévalence de la confusion dans cette pathologie avec des résultats divergents.

De plus, nous constatons qu'un patient âgé sur deux présente une polymédication dans le cadre de la MCL, ce qui est comparable à la prévalence dans la population âgée française, avec un taux de polymédication majeure tout aussi semblable (17% dans notre étude, versus 14% dans la population âgée française).⁶² La polymédication, considérée comme un syndrome gériatrique, est également retrouvée dans notre étude comme un facteur de risque de développer davantage de syndromes gériatrique, probablement par augmentation du risque de chute et de fragilité sur la iatrogénie de la personne âgée.⁶³

La dénutrition est présente dans plus d'un tiers des cas, ce qui est important comparativement à l'étude « Nutrialz » de 2013, qui mettait déjà en évidence une dénutrition plus importante dans la MCL que dans les autres maladies neurodégénératives.¹²¹

Aucun de nos patients présentaient d'escarre, malgré de multiples facteurs de risque. Notre étude étant axée sur les premières consultations de suivies, on peut supposer la conservation d'une certaine autonomie motrice, limitant l'apparition d'escarres.

Les troubles de la déglutition ont été rapportés uniquement chez un patient, probablement du fait que nous avons un nombre de données insuffisamment retrouvé dans les dossiers. La question n'ayant pas été forcément posé aux patients ni aux familles, les données n'ont pas toujours été relevées dans les comptes-rendus lors des consultations. N'étant pas un symptôme notable de la MCL, il aurait été intéressant d'en étudier la prévalence.

Le nombre de syndrome gériatrique dans notre étude est corroboré par une autre étude de 2021, qui retrouvait une part importante de syndrome gériatrique dans cette population, plus de 90% ayant au moins 3 syndromes gériatriques, comparativement à d'autres maladies neurodégénératives.¹²⁷

Notre étude retrouvait une corrélation entre l'activité physique et sociale et un nombre moindre de syndrome gériatrique, sans lien mis en évidence avec un syndrome en particulier. Cette correspondance largement décrite dans la littérature, concluant en un lien entre la fragilité et les capacités physiques et psychiques, nous permet d'appuyer les différentes recommandations visant à promouvoir l'activité physique et sociale en prévention de la fragilité.

Les comorbidités cardiovasculaires sont retrouvées comme un facteur de risque de syndromes gériatriques dans notre étude, résultat retrouvé dans la littérature chez la personne âgée, sans étude particulière dans le cadre de la MCL.¹²⁸

A noter que le délai moyen avant la première consultation spécialisée est de 2 à 3 ans, chiffres comparables à la littérature dans le cas de la MCL.¹²⁹ Dans notre population, un patient sur 2 a été hospitalisé dans l'année précédant le diagnostic, et ce quel que soit la raison des hospitalisations. Il pourrait être intéressant d'étudier les raisons des hospitalisations et si elles ont un lien direct avec la maladie ou un syndrome gériatrique.

Un tiers des analyses de marqueurs dans le liquide céphalorachidien retrouve un profil type de la MA, avec un profil hippocampique retrouvé aux test neuropsychologiques dans plus de $\frac{3}{4}$ des cas. Ces résultats sont en faveur d'une part importante de patients présentant une maladie neurodégénérative mixte avec la MA, pouvant modifier la prévalence des syndromes gériatriques, la MA étant également un cofacteur de fragilité.

Les points forts de l'étude sont d'une part d'être une étude pionnière en France dans la recherche des syndromes gériatriques dans la MCL, permettant d'autre part de poser la base à d'autres travaux de meilleures puissances statistiques.

Les limites de cette étude sont nombreuses. L'étude a manqué de significativité au niveau des résultats, du fait de la rétrospection de l'étude. En effet un certain nombre de données n'a pu être retrouvées dans les dossiers du patient, par exemple le diagnostic de dépression dans les dossier était purement clinique, peu d'échelle GDS ont été réalisées. De plus, nous avons été limité dans le recrutement et avons donc recueilli peu de sujet dans les services recruteurs, lié à l'unicentrisme de l'étude, à un possible sous-diagnostic de la maladie et à un manque d'enregistrement des diagnostics dans les bases de données. Ce manque de sujets a pu ne pas permettre une mise en évidence significative de certaines analyses. Il peut exister des biais de confusion, en lien avec l'absence d'analyse multivariée permettant d'en exclure.

Nous noterons dans les caractéristiques de la maladie, que plus de 30% des patients n'ont pas de symptômes parkinsoniens au moment du diagnostic, avec d'autres signes cliniques fréquents et variés, confirmant l'aspect disparate des troubles associé à un MMS faussement rassurant alors que les test psychométriques montrent d'importantes difficultés. Ces données sont en faveur des difficultés diagnostiques rapportées dans la MCL.

IV.3. Cohérence externe

Quelques autres études internationales étudiant la place des syndromes gériatriques dans la MCL ont été réalisés.

Une étude réalisée en Turquie en 2023⁷⁸ a étudié quelques syndromes gériatriques dans la population atteinte de la MCL, tels que la dépendance fonctionnelle, la polymédication, l'insomnie, la dénutrition et la confusion. Il est observé une certaine comparabilité des genres avec notre étude, cependant l'âge moyen des participants de l'étude est supérieur au nôtre, environ 80 ans, avec un niveau d'éducation plus bas, la majorité des participants ayant peu été scolarisé.

Ils avaient constaté une prévalence moins importante de dépendance fonctionnelle, à 59,5%, mais cotée selon l'Index de Barthel, contrairement à notre étude pour laquelle nous avons préféré l'ADL et l'IADL, davantage réalisés et présents dans les dossiers médicaux dans le Limousin.

Dans notre étude, nous retrouvions un taux plus élevé de confusion (70,6% comparé à 6%). La confusion pouvant être confondu avec les fluctuations cognitives dans le cas de la MCL et nos études étant rétrospectives, cette différence peut s'expliquer par une confusion entre ces deux entités dans les dossiers, expliquant à contrario le pourcentage plus important de fluctuations dans leur étude (78% comparé à 45%).

Le taux de polymédication était comparable à notre étude. Tout comme notre étude, il est rapporté les antécédents de chute dans l'année précédente, avec une proportion plus importante dans la population turque, à 52%, pouvant être expliqué par une plus grande pratique d'activité physique dans notre population (43% dans notre étude, comparé à 21,5%), une pratique permettant la prévention des chutes.

Une autre étude a été réalisée en Turquie en 2021¹²⁷, visant à comparer les syndromes gériatriques parmi les patients atteints de la MCL et de la MA. L'âge moyen était plus important, également autour de 80 ans, avec une proportion bien plus importante de femme (70%). Le score MMSE était comparable à notre étude. Dans cette étude, les syndromes gériatriques fortement prévalentes sont l'insomnie, ainsi que la dépression et la polymédication. La dépression, constatée chez 47% des participants de notre étude, a été rapportée chez 71% des patients dans l'étude turque. Elle prend en compte le score GDS pour le diagnostic, score que nous avons peu retrouvés dans nos données.

De plus, aucun participant ne présentait d'escarres. Il est cependant à noter que l'échantillon de l'étude était plus petit, comportant une trentaine de patients atteints de la MCL.

Une étude rétrospective réalisée en Chine en 2022¹³⁰, comparait les syndromes gériatriques entre la MCL et la MP. Malgré un proportion de genre et un niveau d'éducation comparable à notre étude, la population était plus jeune avec une moyenne d'âge à 71 ans. Le score MMSE est en moyenne plus bas à 18,5/30. Le taux de dépression est comparable à notre étude, avec cependant un taux d'anxiété d'un patient sur deux, inférieur à notre étude. La proportion de chutes dans l'année précédente est plus basse que dans les autres études, à près de 20%, la différence semblant être l'exclusion des chutes d'origine « mécanique ».

Une étude turque de 2022¹²⁰ s'est centré sur la dépendance fonctionnelle, comparativement dans la MCL et la MA. Le nombre de participants était plus important, avec 123 participants atteints de la MCL. Ils étaient légèrement plus âgés, avec une moyenne de 83 ans, avec une forte part de femmes (73%). Le score MMSE est plus bas que dans les études précédentes, à 14,6/30 en moyenne. Les scores de dépendance fonctionnelle réalisées sont le « Basic Activities of Daily Living » (BADL), ainsi que « Instrumental Activities of Daily Living » (IADL), ce dernier étant selon la version turque (sur 23). Dans le cas de cette étude, il est constaté une dépendance fonctionnelle chez 80% des participants avec le BADL et 95% avec l'IADL, soit un résultat comparable.

Nous constatons un taux d'insomnie largement hétérogène entre les différentes études, de 20% à 74%. Cette différence peut en partie être liée à l'âge, les études avec des populations plus âgées ayant une prévalence d'insomnie plus importante.

La prévalence de l'incontinence urinaire dans notre étude est comparable à celle d'autres études, autour de 20-30%.

De même, la dénutrition est rapportée dans près d'un tiers des cas dans l'ensemble des études.

IV.4. Perspectives

A la suite de ce travail précurseur, il serait intéressant d'approfondir cette problématique, avec un échantillon de participants plus important, une étude multicentrique, afin de pouvoir évaluer significativement et en plus grand nombre les facteurs de risque de syndromes gériatriques dans la population âgée atteinte de la MCL.

Une étude de cohorte prospective à partir de cette première cohorte pourrait être réalisée afin de confirmer la prévalence des syndromes gériatriques dans cette population, ainsi que de poursuivre l'étude de lien entre les caractéristiques des patients et la survenue de syndromes gériatriques, par exemple avec le délai entre le premier symptôme et le diagnostic, ou si l'apparition de certains symptômes de la maladie est pourvoyeuse de syndromes gériatriques.

De plus, il serait intéressant d'axer l'étude de la prévalence pour certains syndromes gériatriques peu étudiés dans la littérature à ce jour, tel que les escarres, les troubles de la déglutition et la confusion, tous des syndromes gériatriques nécessitant une adaptation de la prise en charge et des préventions particulières. L'étude de la prévalence des escarres à distance du diagnostic dans cette population permettrait de déterminer si la population est en effet indemne d'escarres de par le pronostic sombre, ne permettant pas le développement des escarres malgré les troubles moteurs, ou de par le développement plus tardif des escarres.

L'étude pourrait également comparer les différents syndromes gériatriques dans la population atteinte de la MCL avec d'autres maladies neurodégénératives telles que la MA, l'atteinte vasculaire, la dégénérescence cortico-basale, ... etc, afin d'évaluer les différences de fragilités entre les différentes maladies et d'adapter les actions préventives.

Une étude dans notre CMRR avait été réalisée en 2018¹³¹ sur les facteurs de risque de déclin cognitif dans la MA, et avait mis en évidence les TNPC et la dénutrition comme facteur aggravant. Une étude comparable sur la MCL pourrait permettre de rechercher des facteurs prédictifs de déclin cognitif dans cette maladie, au pronostic et déclin cognitif plus sombre.

Les dernières études sur le sujet datant de moins de 5 ans, il est à prévoir une augmentation du nombre de recherche sur le sujet à l'avenir.

Conclusion

Les syndromes gériatriques sont fortement prévalents dans la Maladie à Corps de Lewy, pathologie prévalente chez le patient âgé. Ceci corrobore les données de la littérature, qui concluent en faveur d'une pathologie neurodégénérative pourvoyeuse de fragilité, au pronostic sombre comparativement à d'autres pathologies démentielles.

Le diagnostic reste difficile, tardifs, en lien avec des symptômes, tel que le syndrome parkinsonien, pas toujours présent et pouvant mal orienté les professionnels de santé. Ainsi des symptômes tels que les chutes à répétitions et la confusion, pourvoyeuses d'hospitalisations et fortement retrouvés dans la population gériatrique, doivent interpeller et sensibiliser le professionnel au diagnostic.

Les patients atteints de la MCL nécessitent donc une prise en charge gériatrique globale et préventive, et ce dès le diagnostic.

D'autres études approfondies sur cette problématique permettraient de faciliter cette approche globale.

Références bibliographiques

- (1) Organisation Mondiale de la Santé. Vieillesse et Santé. 2022.
- (2) INED. Projections de Population de 2021 à 2070. 2021.
- (3) Belmin, J. Physiologie Du Vieillesse. In *Gériatrie pour le Praticien*; 2019.
- (4) Organisation Mondiale de la Santé. Décennie Pour Le Vieillesse En Bonne Santé - Stratégie et Plan d'action Mondiaux Sur Le Vieillesse et La Santé 2016-2020 : Vers Un Monde Où Chacun Puisse Vivre Longtemps et En Bonne Santé. 2020.
- (5) Dufficy Jr., R. G. Management of the “Geriatric Syndrome” with Nutritional-Hormonal Supplements. *Journal of the American Geriatrics Society* **1957**, 5 (11), 936–939. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1957.tb00493.x>.
- (6) Flacker, J. M. What Is a Geriatric Syndrome Anyway? *J Am Geriatr Soc* **2003**, 51 (4), 574–576. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51174.x>.
- (7) Inouye, S. K.; Studenski, S.; Tinetti, M. E.; Kuchel, G. A. Geriatric Syndromes: Clinical, Research, and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. *J Am Geriatr Soc* **2007**, 55 (5), 780–791. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x>.
- (8) Tinetti, M. E.; Inouye, S. K.; Gill, T. M.; Doucette, J. T. Shared Risk Factors for Falls, Incontinence, and Functional Dependence. Unifying the Approach to Geriatric Syndromes. *JAMA* **1995**, 273 (17), 1348–1353.
- (9) Kim, J.; Miller, S. Geriatric Syndromes: Meeting a Growing Challenge. *Nurs Clin North Am* **2017**, 52 (3), ix–x. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2017.06.001>.
- (10) Mueller, Y. K.; Monod, S.; Locatelli, I.; Büla, C.; Cornuz, J.; Senn, N. Performance of a Brief Geriatric Evaluation Compared to a Comprehensive Geriatric Assessment for Detection of Geriatric Syndromes in Family Medicine: A Prospective Diagnostic Study. *BMC Geriatr* **2018**, 18 (1), 72. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0761-z>.
- (11) Blanc, F.; Verny, M. Prodromal Stage of Disease (Dementia) with Lewy Bodies, How to Diagnose in Practice? *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* **2017**, 15 (2), 196–204. <https://doi.org/10.1684/pnv.2017.0675>.
- (12) Okazaki, H.; Lipkin, L. E.; Aronson, S. M. Diffuse Intracytoplasmic Ganglionic Inclusions (Lewy Type) Associated with Progressive Dementia and Quadriparesis in Flexion. *J Neuropathol Exp Neurol* **1961**, 20, 237–244. <https://doi.org/10.1097/00005072-196104000-00007>.
- (13) McKeith, I.; Mintzer, J.; Aarsland, D.; Burn, D.; Chiu, H.; Cohen-Mansfield, J.; Dickson, D.; Dubois, B.; Duda, J. E.; Feldman, H.; Gauthier, S.; Halliday, G.; Lawlor, B.; Lippa, C.; Lopez, O. L.; Machado, J. C.; O'Brien, J.; Playfer, J. Dementia with Lewy Bodies. *The Lancet Neurology* **2004**, 3 (1), 19–28. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(03\)00619-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(03)00619-7).
- (14) Jellinger, K. A.; Attems, J. Prevalence and Pathology of Dementia with Lewy Bodies in the Oldest Old: A Comparison with Other Dementing Disorders. *Dement Geriatr Cogn Disord* **2011**, 31 (4), 309–316. <https://doi.org/10.1159/000327360>.
- (15) Surendranathan, A.; Kane, J. P. M.; Bentley, A.; Barker, S. A. H.; Taylor, J.-P.; Thomas, A. J.; Allan, L. M.; McNally, R. J.; James, P. W.; McKeith, I. G.; Burn, D. J.; O'Brien, J. T. Clinical Diagnosis of Lewy Body Dementia. *BJPsych Open* **2020**, 6 (4), e61. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.44>.

- (16) Organisation Mondial de la Santé. Chutes, 2021. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/falls>.
- (17) Thélot. *La surveillance épidémiologique des chutes chez les personnes âgées. Numéro thématique. Vieillesse et fragilité : approches de santé publique*. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/traumatismes/chute/la-surveillance-epidemiologique-des-chutes-chez-les-personnes-agees.-numero-the-matique.-vieillesse-et-fragilite-approches-de-sante-publique> (accessed 2024-04-23).
- (18) Manckoundia, P. Syndrome de Désadaptation Psychomotrice et Syndrome Post-Chute. In *Gériatrie pour le praticien*; 2019.
- (19) Haute Autorité de Santé. Évaluation et Prise En Charge Des Personnes Âgées Faisant Des Chutes Répétées, 2009.
- (20) Nouhaud, C. Troubles Neurocognitifs Chroniques. In *Gériatrie pour le praticien*; 2019.
- (21) Organisation Mondial de la Santé. Démence. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.
- (22) Boot, B. P.; Orr, C. F.; Ahlskog, J. E.; Ferman, T. J.; Roberts, R.; Pankratz, V. S.; Dickson, D. W.; Parisi, J.; Aakre, J. A.; Geda, Y. E.; Knopman, D. S.; Petersen, R. C.; Boeve, B. F. Risk Factors for Dementia with Lewy Bodies. *Neurology* **2013**, *81* (9), 833–840. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3182a2cbd1>.
- (23) Campbell, N. L.; Unverzagt, F.; LaMantia, M. A.; Khan, B. A.; Boustani, M. A. Risk Factors for the Progression of Mild Cognitive Impairment to Dementia. *Clin Geriatr Med* **2013**, *29* (4), 873–893. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2013.07.009>.
- (24) Creavin, S. T.; Wisniewski, S.; Noel-Storr, A. H.; Trevelyan, C. M.; Hampton, T.; Rayment, D.; Thom, V. M.; Nash, K. J. E.; Elhamoui, H.; Milligan, R.; Patel, A. S.; Tsivos, D. V.; Wing, T.; Phillips, E.; Kellman, S. M.; Shackleton, H. L.; Singleton, G. F.; Neale, B. E.; Watton, M. E.; Cullum, S. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the Detection of Dementia in Clinically Unevaluated People Aged 65 and over in Community and Primary Care Populations. *Cochrane Database Syst Rev* **2016**, *2016* (1), CD011145. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011145.pub2>.
- (25) Lafuente-Lafuente, C. Confusion Mentale. In *Gériatrie pour le praticien*; 2019.
- (26) Collège Enseignant de Neurologie. *Syndrome confusionnel*. <https://www.cen-neurologie.fr/premier-cycle/semiologie-analytique/syndrome-confusionnel> (accessed 2024-06-16).
- (27) Haute Autorité de Santé. Confusion Aiguë Chez La Personne Âgée : Prise En Charge Initiale de l'agitation.
- (28) Carballo, S.; Emery, J. Etat confusionnel aigu : une approche systématique. *Rev Med Suisse* **2009**, *221* (37), 2034–2039.
- (29) Han, Q. Y. C.; Rodrigues, N. G.; Klainin-Yobas, P.; Haugan, G.; Wu, X. V. Prevalence, Risk Factors, and Impact of Delirium on Hospitalized Older Adults With Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Med Dir Assoc* **2022**, *23* (1), 23-32.e27. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.09.008>.
- (30) Pariel, S. Symptômes Comportementaux et Psychologiques Chez Les Personnes Atteintes de Troubles Neurocognitifs Majeurs. In *Gériatrie pour le praticien*; 2019.

- (31) Chimbí-Arias, C.; Santacruz-Escudero, J. M.; Chavarro-Carvajal, D. A.; Samper-Ternent, R.; Santamaría-García, H. Behavioural Disturbances in Patients with Diagnosis of Neurocognitive Disorder in Bogotá (Colombia). *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)* **2020**, *49* (3), 136–141. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.10.007>.
- (32) Gitlin, L. N.; Kales, H. C.; Lyketsos, C. G. Managing Behavioral Symptoms in Dementia Using Nonpharmacologic Approaches: An Overview. *JAMA* **2012**, *308* (19), 2020–2029. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.36918>.
- (33) Sekhon, S.; Patel, J.; Sapra, A. Late-Life Depression. In *StatPearls*; StatPearls Publishing: Treasure Island (FL), 2023.
- (34) Alexopoulos, G. S. Depression in the Elderly. *Lancet* **2005**, *365* (9475), 1961–1970. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66665-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66665-2).
- (35) Lenze, E. J. Comorbidity of Depression and Anxiety in the Elderly. *Curr Psychiatry Rep* **2003**, *5* (1), 62–67. <https://doi.org/10.1007/s11920-003-0011-7>.
- (36) Bruneau, M.-A. Troubles Anxieux. In *Gériatrie pour le praticien*; 2019.
- (37) Andreescu, C.; Varon, D. New Research on Anxiety Disorders in the Elderly and an Update on Evidence-Based Treatments. *Curr Psychiatry Rep* **2015**, *17* (7), 53. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0595-8>.
- (38) Haute Autorité de Santé. Diagnostic de La Dénutrition Chez La Personne de 70 Ans et Plus, 2021.
- (39) DGS_Céline.M; DGS_Céline.M. *Semaine nationale de la dénutrition du 12 au 20 novembre 2021 : tous mobilisés*. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiqués-de-presse/article/semaine-nationale-de-la-dénutrition-du-12-au-20-novembre-2021-tous-mobilisés> (accessed 2024-07-25).
- (40) Drevet, S.; Gavazzi, G. [Undernutrition of the elderly]. *Rev Med Interne* **2019**, *40* (10), 664–669. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2019.05.003>.
- (41) Haute Autorité de Santé. Stratégie de Prise En Charge En Cas de Dénutrition Protéino-Énergétique Chez La Personne Âgée, 2007.
- (42) Dean, G. E.; Weiss, C.; Morris, J. L.; Chasens, E. R. Impaired Sleep: A Multifaceted Geriatric Syndrome. *Nurs Clin North Am* **2017**, *52* (3), 387–404. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2017.04.009>.
- (43) Onen, F. Insomnie. In *Gériatrie pour le praticien*; 2019.
- (44) Alam, W.; Hasson, J.; Reed, M. Clinical Approach to Chronic Wound Management in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* **2021**, *69* (8), 2327–2334. <https://doi.org/10.1111/jgs.17177>.
- (45) Jaul, E. Assessment and Management of Pressure Ulcers in the Elderly: Current Strategies. *Drugs Aging* **2010**, *27* (4), 311–325. <https://doi.org/10.2165/11318340-000000000-00000>.
- (46) *Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_271996/fr/prevention-et-traitement-des-escarres-de-l-adulte-et-du-sujet-age (accessed 2024-07-02).
- (47) Nicolas, B.; Barrois, B.; Robineau, S. Données épidémiologiques de l'escarre.

- (48) Baijens, L. W.; Clavé, P.; Cras, P.; Ekberg, O.; Forster, A.; Kolb, G. F.; Leners, J.-C.; Masiero, S.; Mateos-Nozal, J.; Ortega, O.; Smithard, D. G.; Speyer, R.; Walshe, M. European Society for Swallowing Disorders - European Union Geriatric Medicine Society White Paper: Oropharyngeal Dysphagia as a Geriatric Syndrome. *Clin Interv Aging* **2016**, *11*, 1403–1428. <https://doi.org/10.2147/CIA.S107750>.
- (49) Christmas, C.; Rogus-Pulia, N. Swallowing Disorders in the Older Population. *J Am Geriatr Soc* **2019**, *67* (12), 2643–2649. <https://doi.org/10.1111/jgs.16137>.
- (50) Michel, A. Troubles de La Déglutition. In *Gériatrie pour le praticien*; 2019.
- (51) Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Repérage Des Déficiences Sensorielles et Accompagnement Des Personnes Qui En Sont Atteintes Dans Les Établissements Pour Personnes Âgées. 2018.
- (52) Champion, E. Maladies Ophtalmologiques Courantes. In *Gériatrie pour le praticien*; 2019.
- (53) Bouccara, D. Troubles de l'audition et de l'équilibre. In *Gériatrie pour le praticien*; 2019.
- (54) Pang, L. Hallucinations Experienced by Visually Impaired: Charles Bonnet Syndrome. *Optom Vis Sci* **2016**, *93* (12), 1466–1478. <https://doi.org/10.1097/OPX.0000000000000959>.
- (55) Tseng, Y.-C.; Liu, S. H.-Y.; Lou, M.-F.; Huang, G.-S. Quality of Life in Older Adults with Sensory Impairments: A Systematic Review. *Qual Life Res* **2018**, *27* (8), 1957–1971. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1799-2>.
- (56) Keller, B. K.; Morton, J. L.; Thomas, V. S.; Potter, J. F. The Effect of Visual and Hearing Impairments on Functional Status. *J Am Geriatr Soc* **1999**, *47* (11), 1319–1325. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1999.tb07432.x>.
- (57) Gibson, W.; Johnson, T.; Kirschner-Hermanns, R.; Kuchel, G.; Markland, A.; Orme, S.; Ostaszkiwicz, J.; Szonyi, G.; Wyman, J.; Wagg, A. Incontinence in Frail Elderly Persons: Report of the 6th International Consultation on Incontinence. *Neurourol Urodyn* **2021**, *40* (1), 38–54. <https://doi.org/10.1002/nau.24549>.
- (58) Viala, M. Incontinences. In *Gériatrie pour le praticien*; 2019.
- (59) Pasricha, T.; Staller, K. Fecal Incontinence in the Elderly. *Clin Geriatr Med* **2021**, *37* (1), 71–83. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2020.08.006>.
- (60) Organisation Mondiale de la Santé. Les Médicaments sans Les Méfaits, 2004. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/279498/WHO-HIS-SDS-2017.6-fre.pdf?ua=1>.
- (61) Monégat. La Polymédication : Définitions, Mesures et Enjeux. *Questions d'économie de la santé n°204*. 2014.
- (62) Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (Cnam), Système National Des Données de Santé – Datamart de Consommation Interrégimes - Données France Entière de Juillet 2021 à Juin 2022, Tous Régimes.
- (63) Gutiérrez-Valencia, M.; Izquierdo, M.; Cesari, M.; Casas-Herrero, Á.; Inzitari, M.; Martínez-Velilla, N. The Relationship between Frailty and Polypharmacy in Older People: A Systematic Review. *Br J Clin Pharmacol* **2018**, *84* (7), 1432–1444. <https://doi.org/10.1111/bcp.13590>.

- (64) Dovjak, P. Polypharmacy in Elderly People. *Wien Med Wochenschr* **2022**, *172* (5–6), 109–113. <https://doi.org/10.1007/s10354-021-00903-0>.
- (65) Rolland, Y.; Benetos, A.; Gentric, A.; Ankri, J.; Blanchard, F.; Bonnefoy, M.; de Decker, L.; Ferry, M.; Gonthier, R.; Hanon, O.; Jeandel, C.; Nourhashemi, F.; Perret-Guillaume, C.; Retornaz, F.; Bouvier, H.; Ruault, G.; Berrut, G. [Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* **2011**, *9* (4), 387–390. <https://doi.org/10.1684/pnv.2011.0311>.
- (66) Haute Autorité de Santé. Comment Repérer La Fragilité En Soins Ambulatoires ?, 2013.
- (67) Santos-Eggimann, B.; Cuénoud, P.; Spagnoli, J.; Junod, J. Prevalence of Frailty in Middle-Aged and Older Community-Dwelling Europeans Living in 10 Countries. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* **2009**, *64* (6), 675–681. <https://doi.org/10.1093/gerona/glp012>.
- (68) Monnier-Besnard, S. Repérer La Fragilité Pour Prévenir Le Risque de Chutes Chez Les Personnes Âgées, 2022.
- (69) Rockwood, K. Frailty and Its Definition: A Worthy Challenge. *J Am Geriatr Soc* **2005**, *53* (6), 1069–1070. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53312.x>.
- (70) Rockwood, K.; Mitnitski, A.; Song, X.; Steen, B.; Skoog, I. Long-Term Risks of Death and Institutionalization of Elderly People in Relation to Deficit Accumulation at Age 70. *J Am Geriatr Soc* **2006**, *54* (6), 975–979. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00738.x>.
- (71) Belmin, J. Fragilité. In *Gériatrie pour le praticien*; 2019.
- (72) Boyer, S.; Trimouillas, J.; Cardinaud, N.; Gayot, C.; Laubarie-Mouret, C.; Dumoitier, N.; Rudelle, K.; Druet-Cabanac, M.; Laroche, M.-L.; Tchalla, A. Frailty and Functional Dependence in Older Population: Lessons from the FREEDOM Limousin - Nouvelle Aquitaine Cohort Study. *BMC Geriatr* **2022**, *22* (1), 128. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02834-w>.
- (73) Belmin, J. Perte d'indépendance Fonctionnelle : Concepts et Évaluation. In *Gériatrie pour le praticien*; 2019.
- (74) Chassagne, P. Evaluation de La Dépendance. In *Gériatrie pour le praticien*; 2018.
- (75) McKeith, I. G.; Boeve, B. F.; Dickson, D. W.; Halliday, G.; Taylor, J.-P.; Weintraub, D.; Aarsland, D.; Galvin, J.; Attems, J.; Ballard, C. G.; Bayston, A.; Beach, T. G.; Blanc, F.; Bohnen, N.; Bonanni, L.; Bras, J.; Brundin, P.; Burn, D.; Chen-Plotkin, A.; Duda, J. E.; El-Agnaf, O.; Feldman, H.; Ferman, T. J.; Ffytche, D.; Fujishiro, H.; Galasko, D.; Goldman, J. G.; Gomperts, S. N.; Graff-Radford, N. R.; Honig, L. S.; Iranzo, A.; Kantarci, K.; Kaufer, D.; Kukull, W.; Lee, V. M. Y.; Leverenz, J. B.; Lewis, S.; Lippa, C.; Lunde, A.; Masellis, M.; Masliah, E.; McLean, P.; Mollenhauer, B.; Montine, T. J.; Moreno, E.; Mori, E.; Murray, M.; O'Brien, J. T.; Orimo, S.; Postuma, R. B.; Ramaswamy, S.; Ross, O. A.; Salmon, D. P.; Singleton, A.; Taylor, A.; Thomas, A.; Tiraboschi, P.; Toledo, J. B.; Trojanowski, J. Q.; 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**, *89* (1), 88–100. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004058>.
- (76) Rahkonen, T.; Eloniemi-Sulkava, U.; Rissanen, S.; Vatanen, A.; Viramo, P.; Sulkava, R. Dementia with Lewy Bodies According to the Consensus Criteria in a General

- Population Aged 75 Years or Older. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* **2003**, *74* (6), 720–724. <https://doi.org/10.1136/jnnp.74.6.720>.
- (77) Santé Publique France. Maladie d'Alzheimer et Autres Démences. 2022. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-neurodegeneratives/maladie-d-alzheimer-et-autres-demences/la-maladie/#tabs>.
- (78) Naharci, M. I.; Kayahan Satis, N.; Ozsurekci, C.; Tasci, I. Assessment of Clinical Features and Coexisting Geriatric Syndromes in Newly Diagnosed Dementia with Lewy Bodies: A Retrospective Study in a Tertiary Geriatrics Setting in Turkey. *Eur Geriatr Med* **2023**, *14* (1), 19–27. <https://doi.org/10.1007/s41999-022-00727-0>.
- (79) Mouton, A.; Blanc, F.; Gros, A.; Manera, V.; Fabre, R.; Sauleau, E.; Gomez-Luporsi, I.; Tifratene, K.; Friedman, L.; Thümmeler, S.; Pradier, C.; Robert, P. H.; David, R. Sex Ratio in Dementia with Lewy Bodies Balanced between Alzheimer's Disease and Parkinson's Disease Dementia: A Cross-Sectional Study. *Alzheimers Res Ther* **2018**, *10* (1), 92. <https://doi.org/10.1186/s13195-018-0417-4>.
- (80) association A2MCL. La Maladie à Corps de Lewy, c'est Quoi? https://association-maladie-corps-lewy.a2mcl.org/827_p_53060/c-est-quoi-la-maladie-a-corps-de-lewy.html.
- (81) Barber, R.; Panikkar, A.; McKeith, I. G. Dementia with Lewy Bodies: Diagnosis and Management. *Int J Geriatr Psychiatry* **2001**, *16* Suppl 1, S12-18. [https://doi.org/10.1002/1099-1166\(200112\)16:1+<::aid-gps562>3.0.co;2-3](https://doi.org/10.1002/1099-1166(200112)16:1+<::aid-gps562>3.0.co;2-3).
- (82) Holdorff, B. Friedrich Heinrich Lewy (1885-1950) and His Work. *J Hist Neurosci* **2002**, *11* (1), 19–28. <https://doi.org/10.1076/jhin.11.1.19.9106>.
- (83) Jellinger, K. A.; Korczyn, A. D. Are Dementia with Lewy Bodies and Parkinson's Disease Dementia the Same Disease? *BMC Med* **2018**, *16* (1), 34. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1016-8>.
- (84) Baba, M.; Nakajo, S.; Tu, P. H.; Tomita, T.; Nakaya, K.; Lee, V. M.; Trojanowski, J. Q.; Iwatsubo, T. Aggregation of Alpha-Synuclein in Lewy Bodies of Sporadic Parkinson's Disease and Dementia with Lewy Bodies. *Am J Pathol* **1998**, *152* (4), 879–884.
- (85) Wong, Y. C.; Krainc, D. α -Synuclein Toxicity in Neurodegeneration: Mechanism and Therapeutic Strategies. *Nat Med* **2017**, *23* (2), 1–13. <https://doi.org/10.1038/nm.4269>.
- (86) Hatton, C.; Reeve, A.; Lax, N. Z.; Blain, A.; Ng, Y. S.; El-Agnaf, O.; Attems, J.; Taylor, J.-P.; Turnbull, D.; Erskine, D. Complex I Reductions in the Nucleus Basalis of Meynert in Lewy Body Dementia: The Role of Lewy Bodies. *Acta Neuropathol Commun* **2020**, *8* (1), 103. <https://doi.org/10.1186/s40478-020-00985-8>.
- (87) Harding, A. J.; Broe, G. A.; Halliday, G. M. Visual Hallucinations in Lewy Body Disease Relate to Lewy Bodies in the Temporal Lobe. *Brain* **2002**, *125* (Pt 2), 391–403. <https://doi.org/10.1093/brain/awf033>.
- (88) McKeith, I. G.; Dickson, D. W.; Lowe, J.; Emre, M.; O'Brien, J. T.; Feldman, H.; Cummings, J.; Duda, J. E.; Lippa, C.; Perry, E. K.; Aarsland, D.; Arai, H.; Ballard, C. G.; Boeve, B.; Burn, D. J.; Costa, D.; Del Ser, T.; Dubois, B.; Galasko, D.; Gauthier, S.; Goetz, C. G.; Gomez-Tortosa, E.; Halliday, G.; Hansen, L. A.; Hardy, J.; Iwatsubo, T.; Kalaria, R. N.; Kaufer, D.; Kenny, R. A.; Korczyn, A.; Kosaka, K.; Lee, V. M. Y.; Lees, A.; Litvan, I.; Londos, E.; Lopez, O. L.; Minoshima, S.; Mizuno, Y.; Molina, J. A.; Mukaetova-Ladinska, E. B.; Pasquier, F.; Perry, R. H.; Schulz, J. B.; Trojanowski, J. Q.; Yamada, M.; Consortium on DLB. Diagnosis and Management of Dementia with Lewy

- Bodies: Third Report of the DLB Consortium. *Neurology* **2005**, *65* (12), 1863–1872. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000187889.17253.b1>.
- (89) Haberstumpf, S.; Seidel, A.; Lauer, M.; Polak, T.; Deckert, J.; Herrmann, M. J. Reduced Parietal Activation in Participants with Mild Cognitive Impairments during Visual-Spatial Processing Measured with Functional near-Infrared Spectroscopy. *J Psychiatr Res* **2022**, *146*, 31–42. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.12.021>.
- (90) McKeith, I. G.; Galasko, D.; Kosaka, K.; Perry, E. K.; Dickson, D. W.; Hansen, L. A.; Salmon, D. P.; Lowe, J.; Mirra, S. S.; Byrne, E. J.; Lennox, G.; Quinn, N. P.; Edwardson, J. A.; Ince, P. G.; Bergeron, C.; Burns, A.; Miller, B. L.; Lovestone, S.; Collerton, D.; Jansen, E. N.; Ballard, C.; de Vos, R. A.; Wilcock, G. K.; Jellinger, K. A.; Perry, R. H. Consensus Guidelines for the Clinical and Pathologic Diagnosis of Dementia with Lewy Bodies (DLB): Report of the Consortium on DLB International Workshop. *Neurology* **1996**, *47* (5), 1113–1124. <https://doi.org/10.1212/wnl.47.5.1113>.
- (91) McKeith, I. G.; Ballard, C. G.; Perry, R. H.; Ince, P. G.; O'Brien, J. T.; Neill, D.; Lowery, K.; Jaros, E.; Barber, R.; Thompson, P.; Swann, A.; Fairbairn, A. F.; Perry, E. K. Prospective Validation of Consensus Criteria for the Diagnosis of Dementia with Lewy Bodies. *Neurology* **2000**, *54* (5), 1050–1058. <https://doi.org/10.1212/wnl.54.5.1050>.
- (92) Blanc, F. Les Critères de Maladie à Corps de Lewy Prodromale. a2mcl ed. 2020. https://association-maladie-corps-lewy.a2mcl.org/offres/doc_inline_src/827/CritE8res%2BLewy%2Bprodromal%2B2020%2BNeurology%2Bpour%2BFcm%2B2800229.pdf.
- (93) Ferman, T. J.; Boeve, B. F.; Smith, G. E.; Lin, S.-C.; Silber, M. H.; Pedraza, O.; Wszolek, Z.; Graff-Radford, N. R.; Uitti, R.; Van Gerpen, J.; Pao, W.; Knopman, D.; Pankratz, V. S.; Kantarci, K.; Boot, B.; Parisi, J. E.; Dugger, B. N.; Fujishiro, H.; Petersen, R. C.; Dickson, D. W. Inclusion of RBD Improves the Diagnostic Classification of Dementia with Lewy Bodies. *Neurology* **2011**, *77* (9), 875–882. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e31822c9148>.
- (94) Barnes, J.; Boubert, L.; Harris, J.; Lee, A.; David, A. S. Reality Monitoring and Visual Hallucinations in Parkinson's Disease. *Neuropsychologia* **2003**, *41* (5), 565–574. [https://doi.org/10.1016/s0028-3932\(02\)00182-3](https://doi.org/10.1016/s0028-3932(02)00182-3).
- (95) Ballard, C.; McKeith, I.; Burn, D.; Harrison, R.; O'Brien, J.; Lowery, K.; Campbell, M.; Perry, R.; Ince, P. The UPDRS Scale as a Means of Identifying Extrapiramidal Signs in Patients Suffering from Dementia with Lewy Bodies. *Acta Neurol Scand* **1997**, *96* (6), 366–371. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0404.1997.tb00299.x>.
- (96) Goetz, C. G. [Movement Disorder Society-Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS): a new scale for the evaluation of Parkinson's disease]. *Rev Neurol (Paris)* **2010**, *166* (1), 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2009.09.001>.
- (97) *Recognition and Management of Autonomic Dysfunction in Patients With a Lewy Body Disorder: Part I*. Consultant360. <https://www.consultant360.com/articles/recognition-and-management-autonomic-dysfunction-patients-lewy-body-disorder-part-i> (accessed 2024-05-25).
- (98) Clement, G.; Cavillon, G.; Vuillier, F.; Bouhaddi, M.; Béreau, M. Unveiling Autonomic Failure in Synucleinopathies: Significance in Diagnosis and Treatment. *Rev Neurol (Paris)* **2024**, *180* (1–2), 79–93. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2023.12.004>.

- (99) Stubendorff, K.; Aarsland, D.; Minthon, L.; Londos, E. The Impact of Autonomic Dysfunction on Survival in Patients with Dementia with Lewy Bodies and Parkinson's Disease with Dementia. *PLoS ONE* **2012**, *7* (10), e45451. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0045451>.
- (100) Raji, C. A.; Benzinger, T. L. S. The Value of Neuroimaging in Dementia Diagnosis. *Continuum (Minneapolis, Minn)* **2022**, *28* (3), 800–821. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000001133>.
- (101) Barber, R.; Ballard, C.; McKeith, I. G.; Gholkar, A.; O'Brien, J. T. MRI Volumetric Study of Dementia with Lewy Bodies: A Comparison with AD and Vascular Dementia. *Neurology* **2000**, *54* (6), 1304–1309. <https://doi.org/10.1212/wnl.54.6.1304>.
- (102) Chapleau, M.; La Joie, R.; Yong, K.; Agosta, F.; Allen, I. E.; Apostolova, L.; Best, J.; Boon, B. D. C.; Crutch, S.; Filippi, M.; Fumagalli, G. G.; Galimberti, D.; Graff-Radford, J.; Grinberg, L. T.; Irwin, D. J.; Josephs, K. A.; Mendez, M. F.; Mendez, P. C.; Migliaccio, R.; Miller, Z. A.; Montembeault, M.; Murray, M. E.; Nemes, S.; Pelak, V.; Perani, D.; Phillips, J.; Pijnenburg, Y.; Rogalski, E.; Schott, J. M.; Seeley, W.; Sullivan, A. C.; Spina, S.; Tanner, J.; Walker, J.; Whitwell, J. L.; Wolk, D. A.; Ossenkoppele, R.; Rabinovici, G. D.; PCA International Work Group. Demographic, Clinical, Biomarker, and Neuropathological Correlates of Posterior Cortical Atrophy: An International Cohort Study and Individual Participant Data Meta-Analysis. *Lancet Neurol* **2024**, *23* (2), 168–177. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(23\)00414-3](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(23)00414-3).
- (103) Lobotesis, K.; Fenwick, J. D.; Phipps, A.; Ryman, A.; Swann, A.; Ballard, C.; McKeith, I. G.; O'Brien, J. T. Occipital Hypoperfusion on SPECT in Dementia with Lewy Bodies but Not AD. *Neurology* **2001**, *56* (5), 643–649. <https://doi.org/10.1212/wnl.56.5.643>.
- (104) Brigo, F.; Turri, G.; Tinazzi, M. 123I-FP-CIT SPECT in the Differential Diagnosis between Dementia with Lewy Bodies and Other Dementias. *J Neurol Sci* **2015**, *359* (1–2), 161–171. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2015.11.004>.
- (105) Graff-Radford, J.; Yong, K. X. X.; Apostolova, L. G.; Bouwman, F. H.; Carrillo, M.; Dickerson, B. C.; Rabinovici, G. D.; Schott, J. M.; Jones, D. T.; Murray, M. E. New Insights into Atypical Alzheimer's Disease in the Era of Biomarkers. *Lancet Neurol* **2021**, *20* (3), 222–234. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(20\)30440-3](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(20)30440-3).
- (106) Hashimoto, M.; Manabe, Y.; Yamaguchi, T.; Toya, S.; Ikeda, M. Treatment Needs of Dementia with Lewy Bodies According to Patients, Caregivers, and Physicians: A Cross-Sectional, Observational, Questionnaire-Based Study in Japan. *Alzheimers Res Ther* **2022**, *14* (1), 188. <https://doi.org/10.1186/s13195-022-01130-4>.
- (107) *Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase et démence à corps de Lewy | Pr Thibaud LÉBOUVIER, Dr Julien DELRIEU.* <https://www.edimark.fr/revues/correspondances-en-medecine-cognition-vieillessement/n-1-juin-2018/inhibiteurs-de-lacetylcholinesterase-et-demence-a-corps-de-lewy> (accessed 2024-05-26).
- (108) Stinton, C.; McKeith, I.; Taylor, J.-P.; Lafortune, L.; Mioshi, E.; Mak, E.; Cambridge, V.; Mason, J.; Thomas, A.; O'Brien, J. T. Pharmacological Management of Lewy Body Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry* **2015**, *172* (8), 731–742. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14121582>.
- (109) Zahirovic, I.; Torisson, G.; Wattmo, C.; Londos, E. Psychotropic and Anti-Dementia Treatment in Elderly Persons with Clinical Signs of Dementia with Lewy Bodies: A Cross-Sectional Study in 40 Nursing Homes in Sweden. *BMC Geriatrics* **2018**, *18* (1), 50. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0740-4>.

- (110) Hashemi, N.; Yang, D.; Shergold, D.; Tennen, G.; Fan-Lun, C. Clozapine for Management of Neuropsychiatric Symptoms in Dementia with Lewy Bodies: Case Report and Literature Review. *Can J Hosp Pharm* **2023**, *76* (4), 340–345. <https://doi.org/10.4212/cjhp.3390>.
- (111) Boot, B. P. Comprehensive Treatment of Dementia with Lewy Bodies. *Alzheimers Res Ther* **2015**, *7* (1), 45. <https://doi.org/10.1186/s13195-015-0128-z>.
- (112) Mueller, C.; Perera, G.; Rajkumar, A. P.; Bhattarai, M.; Price, A.; O'Brien, J. T.; Ballard, C.; Stewart, R.; Aarsland, D. Hospitalization in People with Dementia with Lewy Bodies: Frequency, Duration, and Cost Implications. *Alzheimers Dement (Amst)* **2018**, *10*, 143–152. <https://doi.org/10.1016/j.dadm.2017.12.001>.
- (113) Naasan, G.; Shdo, S. M.; Rodriguez, E. M.; Spina, S.; Grinberg, L.; Lopez, L.; Karydas, A.; Seeley, W. W.; Miller, B. L.; Rankin, K. P. Psychosis in Neurodegenerative Disease: Differential Patterns of Hallucination and Delusion Symptoms. *Brain* **2021**, *144* (3), 999–1012. <https://doi.org/10.1093/brain/awaa413>.
- (114) Mueller, C.; Ballard, C.; Corbett, A.; Aarsland, D. The Prognosis of Dementia with Lewy Bodies. *Lancet Neurol* **2017**, *16* (5), 390–398. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(17\)30074-1](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(17)30074-1).
- (115) Volpe-Gillot. Colloque Sur La Maladie à Corps de Lewy.
- (116) Allan, L. M.; Ballard, C. G.; Rowan, E. N.; Kenny, R. A. Incidence and Prediction of Falls in Dementia: A Prospective Study in Older People. *PLoS One* **2009**, *4* (5), e5521. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0005521>.
- (117) Ballard, C. G.; Shaw, F.; Lowery, K.; McKeith, I.; Kenny, R. The Prevalence, Assessment and Associations of Falls in Dementia with Lewy Bodies and Alzheimer's Disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* **1999**, *10* (2), 97–103. <https://doi.org/10.1159/000017108>.
- (118) Elder, G. J.; Colloby, S. J.; Lett, D. J.; O'Brien, J. T.; Anderson, K. N.; Burn, D. J.; McKeith, I. G.; Taylor, J.-P. Depressive Symptoms Are Associated with Daytime Sleepiness and Subjective Sleep Quality in Dementia with Lewy Bodies. *Int J Geriatr Psychiatry* **2016**, *31* (7), 765–770. <https://doi.org/10.1002/gps.4389>.
- (119) Vik-Mo, A. O.; Giil, L. M.; Borda, M. G.; Ballard, C.; Aarsland, D. The Individual Course of Neuropsychiatric Symptoms in People with Alzheimer's and Lewy Body Dementia: 12-Year Longitudinal Cohort Study. *Br J Psychiatry* **2020**, *216* (1), 43–48. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.195>.
- (120) Soysal, P.; Koc Okudur, S.; Uslu, F.; Smith, L. Functional Loss and Worsening Geriatric Assessment Parameters Are More Common in Dementia with Lewy Bodies than Alzheimer's Disease. *Psychogeriatrics* **2023**, *23* (1), 77–85. <https://doi.org/10.1111/psyg.12905>.
- (121) Roqué, M.; Salvà, A.; Vellas, B. Malnutrition in Community-Dwelling Adults with Dementia (NutriAlz Trial). *J Nutr Health Aging* **2013**, *17* (4), 295–299. <https://doi.org/10.1007/s12603-012-0401-9>.
- (122) Koyama, A.; Hashimoto, M.; Tanaka, H.; Fujise, N.; Matsushita, M.; Miyagawa, Y.; Hatada, Y.; Fukuhara, R.; Hasegawa, N.; Todani, S.; Matsukuma, K.; Kawano, M.; Ikeda, M. Malnutrition in Alzheimer's Disease, Dementia with Lewy Bodies, and Frontotemporal Lobar Degeneration: Comparison Using Serum Albumin, Total Protein,

- and Hemoglobin Level. *PLoS One* **2016**, *11* (6), e0157053. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157053>.
- (123) Jaul, E.; Meiron, O. Dementia and Pressure Ulcers: Is There a Close Pathophysiological Interrelation? *J Alzheimers Dis* **2017**, *56* (3), 861–866. <https://doi.org/10.3233/JAD-161134>.
- (124) Lafreniere, D.; Mann, N. Anosmia: Loss of Smell in the Elderly. *Otolaryngol Clin North Am* **2009**, *42* (1), 123–131, x. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2008.09.001>.
- (125) Borda, M. G.; Castellanos-Perilla, N.; Tovar-Rios, D. A.; Oesterhus, R.; Soennesyn, H.; Aarsland, D. Polypharmacy Is Associated with Functional Decline in Alzheimer’s Disease and Lewy Body Dementia. *Arch Gerontol Geriatr* **2021**, *96*, 104459. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104459>.
- (126) Balavoine, A. Des Résidents de plus En plus Âgés et Dépendants Dans Les Établissements d’hébergement Pour Personnes Âgées Premiers Résultats de l’enquête EHPA 2019, 2022.
- (127) Soysal, P.; Tan, S. G. The Prevalence and Co-Incidence of Geriatric Syndromes in Older Patients with Early-Stage Alzheimer’s Disease and Dementia with Lewy Bodies. *Aging Clin Exp Res* **2021**, *33* (9), 2599–2603. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01774-y>.
- (128) Meng, H.-Y.; Xi, J.; Li, M.-L.; Liu, M.-J.; Wang, L. Frailty in Elderly Inpatients with Cardiovascular Disease: An Exploration of Associated Factors. *Eur J Cardiovasc Nurs* **2021**, *20* (8), 736–744. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvab048>.
- (129) Zuo, M.; Yue, W.; Zhang, D.; Liu, S.; Gan, J.; Wang, X.-D.; Wu, H.; Ji, Y. Survival and Causes of Death among People with Clinically Diagnosed Dementia with Lewy Bodies: A Multicenter Cohort Study. *Int J Geriatr Psychiatry* **2022**, *37* (11). <https://doi.org/10.1002/gps.5826>.
- (130) Gan, J.; Chen, Z.; Liu, S.; Shi, Z.; Liu, Y.; Wang, X.-D.; Liu, C.; Ji, Y. The Presence and Co-Incidence of Geriatric Syndromes in Older Patients with Mild-Moderate Lewy Body Dementia. *BMC Neurol* **2022**, *22* (1), 355. <https://doi.org/10.1186/s12883-022-02897-7>.
- (131) Tchalla, A. E.; Clément, J.-P.; Saulnier, I.; Beaumatin, B.; Lachal, F.; Gayot, C.; Bosetti, A.; Desormais, I.; Perrochon, A.; Preux, P.-M.; Couratier, P.; Dantoine, T. Predictors of Rapid Cognitive Decline in Patients with Mild-to-Moderate Alzheimer Disease: A Prospective Cohort Study with 12-Month Follow-Up Performed in Memory Clinics. *Dement Geriatr Cogn Disord* **2018**, *45* (1–2), 56–65. <https://doi.org/10.1159/000487938>.

Annexes

Annexe 1. Les scores ADL et IADL, selon ²⁸ 74

Annexe 1. Les scores ADL et IADL, selon ⁷⁴

1. Hygiène corporelle	
Indépendance	1
Aide partielle	0,5
Dépendance	0
2. Habillage	
Indépendance pour le choix des vêtements et l'habillage	1
Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage, mais a besoin d'aide pour se chausser	0,5
Dépendant	0
3. Aller aux toilettes	
Indépendance pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite	1
Besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller aux toilettes	0,5
Ne peut aller aux toilettes seul	0
4. Transfert	
Indépendance	1
A besoin d'aide	0,5
Grabataire	0
5. Continence	
Continent	1
Incontinence urinaire ou fécale occasionnelle	0,5
Incontinence urinaire ou fécale	0
6. Repas	
Mange seul	1
Aide pour couper la viande ou peler les fruits	0,5
Dépendant	0
Total des points	
Meilleur score = 6. Score < 3 = dépendance majeure ; score = 0 : dépendance totale pour toutes ces activités. <i>Source : Katz S, et al. Progress in the development of the index of ADL. Gerontologist. 1970; 10 : 20-30.</i>	

	Score
I. Activités courantes	
1. Aptitude à utiliser le téléphone	
Se sert normalement du téléphone	1
Compose quelques numéros très connus	1
Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément	1
N'utilise pas du tout le téléphone spontanément	0
Incapable d'utiliser le téléphone	0
2. Courses	
Fait des courses normalement	1
Fait quelques courses normalement (nombre limité d'achats : trois au moins)	0
Doit être accompagné pour faire des courses	0
Complètement incapable de faire des courses	0
3. Préparation des aliments	
Non applicable : n'a jamais préparé des repas	
Prévoit, prépare et sert normalement les repas	1
Prépare normalement les repas si les ingrédients lui sont fournis	0
Réchauffe et sert des repas préparés ou prépare des repas mais de façon plus ou moins adéquate	0
Il est nécessaire de lui préparer des repas et de les lui servir	0
4. Entretien ménager	
Non applicable : n'a jamais eu d'activités ménagères	
Entretient sa maison seul ou avec une aide occasionnelle	1
Effectue quelques tâches quotidiennes légères telles que : laver la vaisselle, faire les lits	1
A besoin d'aide pour les travaux d'entretien ménagers	1
Est incapable de participer à quelque tâche ménagère que ce soit	0
5. Blanchisserie	
Non applicable : n'a jamais eu d'activités ménagères	
Effectue totalement sa blanchisserie personnelle	1
Lave les petits articles, rince les chaussettes, les bas, etc.	1
Toute la blanchisserie doit être faite par d'autres	0
6. Moyens de transport	
Utilise les transports publics de façon indépendante ou conduit sa propre voiture	1
Organise ses déplacements en taxi, mais autrement n'utilise aucun transport public	1
Utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un ou accompagné	1
Déplacement limité, en taxi ou en voiture avec l'aide de quelqu'un	0
7. Responsable à l'égard de son traitement	
Est responsable de la prise de ses médicaments (doses et rythmes corrects)	1
Est responsable de ses médicaments si des doses séparées lui sont préparées à l'avance	0
Est incapable de prendre seul ses médicaments même s'ils lui sont préparés à l'avance en doses séparées	0
8. Aptitude à manipuler l'argent	
Non applicable : n'a jamais manipulé l'argent	
Gère ses finances de façon autonome (rédaction de chèques, budget, loyer, factures, opérations à la banque), recueille et ordonne ses revenus	1
Se débrouille pour les achats quotidiens mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque, les achats importants	1
Incapable de manipuler l'argent	0
Total des points « Activités courantes »	.../8

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Etat des lieux des syndromes gériatriques dans une population de patients souffrant de maladie à corps de Lewy et suivi en consultation mémoire (ELSyGMaCoLe)

Introduction : Les syndromes gériatriques sont des concepts gériatriques définis et étudiés depuis les années 1950, afin d'améliorer la prise en charge des patients âgés. Ils sont associés à une morbidité et une mortalité accrues. Parmi les maladies neurodégénératives associées au grand âge, on retrouve la Maladie à Corps de Lewy (aussi appelée « démence à corps de Lewy »), maladie de moins bon pronostic et associée à une mauvaise qualité de vie. Ce travail de recherche cherche à faire état de ces deux entités, peu étudiées conjointement à ce jour.

Méthodes : Cette étude observationnelle et rétrospective, inclut les patients de plus de 50 ans, étant suivi en consultation mémoire sur le CHU de Limoges. L'objectif principal est de déterminer la prévalence des différents symptômes gériatriques. L'étude inclut 51 patients.

Résultats : L'âge moyen est de 73,4 ans. La moyenne de syndromes gériatriques est de 6 par patient. Les principaux syndromes gériatriques retrouvés sont les troubles sensoriels (91,6%), les troubles neuropsychocomportementaux (90,2%) et la dépendance fonctionnelle (86,3%). La polymédication, la dépendance fonctionnelle, l'activité physique et sociale et les comorbidités cardiovasculaires sont associés significativement à la prévalence des syndromes gériatriques.

Conclusion : Les syndromes gériatriques sont prévalents dans la Maladie à Corps de Lewy, pathologie du patient âgé. Cette pathologie neurodégénérative est pourvoyeuse de fragilité, au pronostic sombre comparativement à d'autres pathologies démentielles.

Mots-clés : Syndromes gériatriques, Maladie à Corps de Lewy, Personne âgée

State of geriatric syndromes in a population of patients suffering from Lewy body disease and followed up in memory consultation (ELSyGMaCoLe): a retrospective study

Introduction: Geriatric syndromes are geriatric concepts that have been defined and studied since the 1950s, in order to care of elderly patients. They are associated with morbidity and mortality. Among the neurodegenerative diseases associated with old age is Lewy body disease (also known as Lewy body dementia), a disease with a poorer prognosis and associated with poor quality of life. This research seeks to report on these two entities, which have been little studied together to date.

Methods: This observational, retrospective study included patients over 50 years of age, being followed up in a memory consultation at the Limoges University Hospital. The main objective was to determine the prevalence of different geriatric symptoms. The study included 51 patients.

Results: The mean age was 73.4 years. The mean number of geriatric syndromes was 6 per patient. The main geriatric syndromes found were sensory disorders (91.6%), neuropsychobehavioural disorders (90.2%) and functional dependence (86.3%). Polymedication, functional dependence, sport and social activity, and cardiovascular comorbidities are significantly associated with the prevalence of geriatric syndromes.

Conclusion: Geriatric syndromes are prevalent in Lewy body disease, a pathology of the elderly patient. This neurodegenerative disease is a source of frailty, with a poor prognosis compared with other dementias.

Keywords : Geriatric syndromes, Lewy body disease, Elderly people

