

# FOCUS SUR :

## DEMENCE A CORPS DE LEWY



Cette publication est consacrée à une forme particulière de démence dite à **démence à corps de Lewy ou DCL**. Une **démence** est définie comme un **trouble neuro-cognitif majeur** dans les nouvelles classifications des maladie. Il s'agit d'un **syndrome** regroupant une **altération des fonctions cognitives** (c'est à dire des fonctions liées à la pensée) entraînant des **troubles de la mémoire**, du **raisonnement**, de **l'orientation**, des capacités **d'apprentissage**, du **jugement**, de la **parole**, de la **compréhension**, du **calcul**,... ayant un retentissement sur la vie du patient (et son entourage) avec une **perte progressive d'autonomie**, des **troubles comportementaux, émotionnels**. On estime à 50 millions

le nombre de personnes touchées par une démence dans le monde. Il existe de nombreuses causes et mécanismes. Comme la maladie d'Alzheimer, la **démence à corps de Lewy** est dite **neuro-dégénérative**, c'est à dire qu'il existe une destruction de certains neurones. Nous n'allons pas entrer dans les détails mais certaines protéines anormales vont s'accumuler dans les neurones, créant des sortes d'inclusions appelées « **corps de Lewy** ». Cette maladie touche environ **200 000 personnes** en France (contre 900 000 pour la maladie d'Alzheimer ou MA) et touche un peu plus les hommes que les femmes (contrairement à la MA). Le diagnostic n'est pas évident. La maladie a été décrite récemment, dans les années 1990. Les signes sont variable d'un patient à l'autre et présentent des signes commun avec la MA, la maladie de Parkinson ainsi que la dépression. Il faut souvent du temps pour démêler les symptômes et poser ce diagnostic, lorsqu'il est posé. En effet on estime à plus de 50% le nombre de patients atteint de DCL et qui ne sont pas diagnostiqués comme tel.<sup>1</sup> Les médecins peuvent s'aider de certains examens radiologiques comme **l'IRM** cérébrale, la ponction lombaire et le **Dat-scan**. Comme dans la maladie de Parkinson, il y a une dégradation de certaines voies neurologiques qui utilisent un messenger chimique, la dopamine (**système dopaminergique**). Le Dat-scan est une imagerie qui permet d'explorer ces voies dopaminergiques.

Il existe des particularités dans la DCL par rapport aux autres types de démence. L'une d'elles est la **fluctuation** des symptômes d'une journée à l'autre mais également dans la même journée. Cette caractéristique est assez perturbante pour l'entourage car la personne aura une attention, une concentration, une vigilance qui vont changer rapidement, d'une heure à l'autre. La personne sera capable d'avoir une conversation suivie et lucide à certains moments, tandis qu'à d'autres elle s'en révélera incapable. Les **hallucinations**, essentiellement visuelles, sont une autre caractéristiques. Elles

<sup>1</sup> selon France Alzheimer en mai 2019

apparaissent souvent au début de la maladie, chez 8 personnes sur 10. La DCL provoque des **troubles moteurs** au même titre que la maladie de Parkinson entraînant souvent une confusion diagnostique entre ces 2 maladies. Il s'agit d'une **lenteur** des mouvements, de troubles de la **marche** et de **l'équilibre**, de modification de **l'écriture**, de la **mimique** (visage plus figé), de la **voix**... Il existe un risque de **chute** important dans la DCL. Très souvent le **sommeil** est agité, avec des mouvements parfois violents. La personne peut dormir beaucoup, inverser son rythme veille-sommeil. Il existe assez souvent des **changements de l'humeur** et du **comportement**. Certaines personnes peuvent développer un **syndrome délirant** (paranoïa, conviction qu'un proche a été remplacé par un sosie). Ces troubles sont compliqués à gérer par l'entourage, d'autant plus que les neuroleptiques (qui peuvent aider en cas de délire) ne peuvent être utilisés dans la MCL. D'ailleurs le **traitement** de la MCL est uniquement symptomatique. Il n'existe pas de traitement curatif. Certains vont jouer sur les **symptômes cognitifs**. Ce sont les mêmes que ceux donnés pour la maladie d'Alzheimer. La communauté médicale est divisée sur l'intérêt de ces médicaments, qui ont été déremboursés par l'assurance maladie. Les **troubles moteurs** peuvent être améliorés par des médicaments jouant sur le système dopaminergique, comme pour la maladie de Parkinson, mais avec prudence en raison du risque d'aggravation des troubles cognitifs. Des psychotropes peuvent être délivrés pour gérer le **sommeil**, **l'anxiété** ou **l'humeur**, mais là aussi avec prudence en raison du risque de majoration de la confusion et de chute. Vous l'aurez compris la prise en charge médicamenteuse est compliquée et nécessite une bonne coordination entre le neurologue, le gériatre et le médecin traitant. La prise en charge est essentiellement non médicamenteuse. La **kinésithérapie** et **l'ergothérapie** ont une place importante, probablement sous utilisées en raison du manque de professionnels et de la difficulté de déplacement du malade... Les **soins de nursing** et **de confort** par les infirmiers et aide-soignants sont fondamentaux. **L'orthophoniste** a un rôle à jouer, surtout au début de la maladie. L'autre aspect important dans la prise en charge d'une personne atteinte de DCL est **l'aide apportée à l'aidant**, généralement le conjoint ou un enfant. Cette prise en charge de l'aidant est vitale à mon sens. **Tout doit être mis en oeuvre pour limiter l'épuisement de l'aidant**. Cela passe par le passage des infirmiers/aide soignants, par l'aide des psychologues ou psychothérapeutes si besoin, par une écoute empathique, par une adaptation au mieux du domicile, sans oublier les **structures d'accueil de jour**. Elles permettent d'accueillir la personne malade un ou plusieurs jours par semaine. Cet accueil va aider le maintien du lien social, la mise en place d'ateliers mémoire, la pratique d'activités adaptées (art-thérapie, mobilisation...) mais également de **soulager l'aidant et lui permettre de s'occuper de lui**. Trop souvent cet aspect est négligé, par culpabilité de l'aidant ou défaut d'information. Du temps doit être libéré pour les aidants. J'insiste mais c'est tellement important. Il existe des **groupes de parole** et des **associations** qui peuvent informer et aider les familles et la personne malade. Il faut éviter l'isolement et l'épuisement de la famille. Enfin **l'institutionnalisation** (EHPAD ou autre) est souvent indispensable lorsque l'autonomie du malade devient trop difficile à gérer à domicile. C'est une décision difficile à prendre pour la famille, et nous le comprenons évidemment. Un accompagnement pour cette transition doit être préparé longtemps en amont pour éviter les prises de décisions dans l'urgence.

Existe - il des moyens de **prévention** efficaces ? Comme pour de nombreuses pathologies il s'agit d'une maladie **multi-factorielle**. Certains facteurs ne peuvent pas être modifiés, comme l'âge ou le patrimoine génétique. Mais d'autres facteurs peuvent être modifiés. Les experts ont identifiés des

**facteurs de risques** communs aux différentes pathologies neuro-génératives (Alzheimer, Parkinson, DCL...). Je pense important de les connaître et de conclure cette publication avec ses mesures préventives. Je rappelle qu'un facteur de risque est un élément qui augmente le risque de contracter une maladie. Dans la vraie vie la maladie se développe en général sur un terrain génétiquement favorable en fonction de nombreux facteurs environnementaux dont certains peuvent être modifiés par le mode de vie. Dans le cadre des maladies neuro-génératives il est prouvé qu'il existe une corrélation avec :

1 - **la non-scolarité** : il existe une grande vulnérabilité au déclin cognitif chez les personnes ayant un faible niveau de scolarité. Attention il ne s'agit pas d'une plus faible intelligence mais d'une réserve cognitive plus faible, donc plus rapidement épuisée dans certains cas. Ce risque est estimé à 7,5%

2 - **La déficience auditive** à partir de 55 ans : ce risque est estimé à 9,1%. La raison de ce risque n'est pas évidente. Un appareil auditif pourrait diminuer le risque (mais pas d'étude). Ceci dit une amélioration de l'audition est socialement importante.

3 - **La sédentarité** ou le manque d'activité physique représente 2,6% du risque de démence. Les personnes physiquement actives améliorent directement la circulation cérébrale et la formation de nouvelles connexions neuronales. L'activité physique (pas forcément sportive!) réduit aussi le risque de diabète, d'hypertension... qui sont également impliqués dans le risque de dégénérescence cérébrale.

4- **Hypertension, diabète et obésité** augmentent les risques par effet sur les vaisseaux et l'inflammation.

5 - **Le tabagisme** est un risque indirect (maladie vasculaire) mais aussi directe par toxicité directe de substances de la fumée issues de la combustion du tabac. Le risque est estimé à 5,5%

6 - **L'isolement social**, qui augmente le risque autant que l'hypertension ou la sédentarité !

7 - **L'alimentation** joue un rôle évident. La consommation de certaines graisses est favorable. Il s'agit des acides gras dit **oméga-3** que vous trouverez dans les poissons gras, les graines de lin, les noix, l'huile de colza ou de cameline et les produits issus de la filière dite Bleu-Banc-Coeur. D'autres sont néfastes, les acide gras dits **omega-6** que l'on trouve dans les plats industriels, l'huile de tournesol, de soja, de maïs,... La consommation de **café** est favorable, notamment en bloquant l'activité d'une enzyme responsable de l'accumulation de protéines toxiques des corps de Lewy. Consommer 2 à 4 tasses / jours est bénéfique dans notre cas. La **vitamine B6** est importante, probablement du fait de son rôle dans la production des messagers du cerveau. On la trouve dans les abats, le thon, le saumon, les volailles, les pois chiches, bananes... La consommation de **végétaux** en général est associé à une baisse du risque, surtout les choux, les baies, fruits rouges, ... Les **solanacées**, surtout les poivrons, sont associés à un moindre de risque de Parkinson et MCL. C'est vrai mais moins marqué pour la tomate et l'aubergine. Il faut en consommer au moins 2 ou 3 fois par semaines. La part de fruits et surtout de légumes ne devait pas être inférieur à 400-500 g/ j.