

1<sup>er</sup> Congrès  
Société Francophone  
de Psychogériatrie et de Psychiatrie  
de la Personne Âgée [SF3PA]

# Dépression de la personne âgée et phase prodromale de Maladie à Corps de Lewy

Corentin CHALENCON

Interne DES Psychiatrie

Service Neuro-Psycho-Gériatrie (NPG)- équipe mobile NPG

CHU de Saint Etienne, Hôpital de la Charité



**Centre  
Hospitalier  
Universitaire**  
Saint-Etienne



- Conflits d'intérêt: aucun

# Cas Clinique

- Mme A:
- 65 ans, mariée, pas d'enfants, retraitée pompes funèbres
- ATCD personnels: -HTA sous COVERSYL®
  - 1<sup>er</sup> épisode dépressif à 57 ans (décès de son frère)
- ATCD familiaux: -aucun
- Pas de consommation de toxiques

# Tableau clinique

Urgences: mari rapporte tableau évoluant progressivement depuis 4 mois:

- Plaintes somatiques multiples (sphère digestive++)
- Ruminations anxieuses (problèmes financiers, hypochondrie)
- Menaces de passage à l'acte suicidaire récentes

=> Hospitalisation psychiatrie adulte de secteur

# Tableau clinique

- Symptomatologie dépressive marquée , discours mélancoliforme thématique incurabilité (« je ne mérite pas de vivre » « personne ne peut me guérir »)
- Passages à l'acte auto agressifs impulsifs (tentatives strangulation)
- Alternance avec phases d'apathie
- Examen physique: examen neurologique normal

# Investigations

- Tests neuropsychos difficilement réalisables: MMS 25/30 (troubles attentionnels)
- Bilan avec NFP, iono, Ca<sup>2+</sup>, Ph, Cu, CRP, BHC, TSH, sérologie Lyme, CMV, TPHA, Vit B1, B6, B12 => sans anomalies
- **IRMc**: pas d'atrophie, pas d'atteinte vasculaire
- **EEG**: sans anomalies
- **TEMPc débits sanguins cérébraux**: normale
- **PL**: marqueurs amyloïdes normaux, Ø anomalies

# Evolution

- Après 3 mois d'hospitalisation, amélioration rapide en qq jours: euthymique, Ø tb comportements, Ø fluctuations

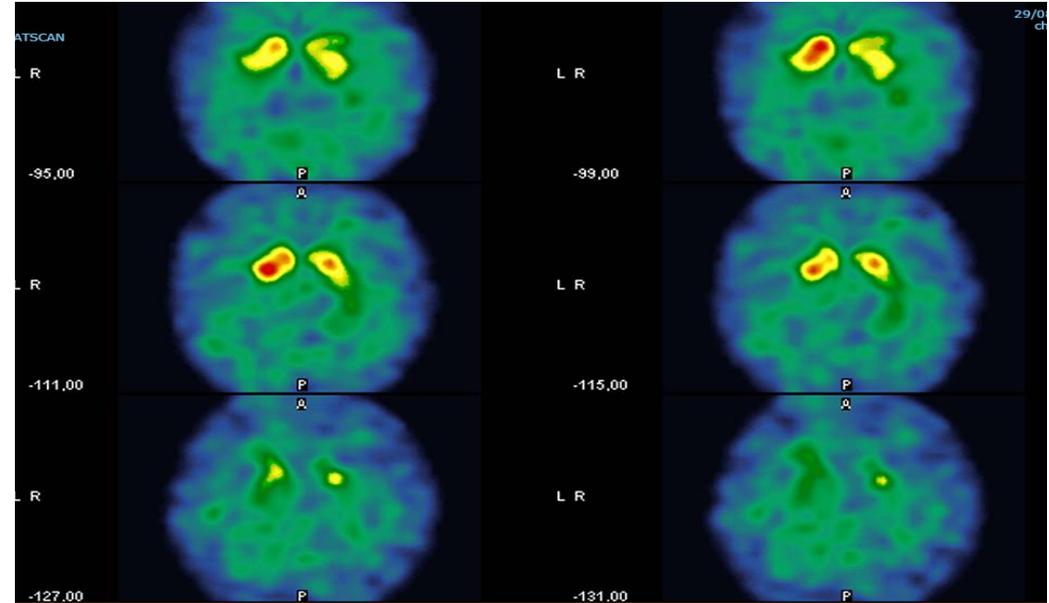
=>RAD

+ 1 mois: réapparition tb comportement fluctuants, perte convenance sociales, préoccupations sphère digestive... jusqu'à un état de prostration, négativisme, refus alimentation *alternant* avec phases de déambulations et tentatives de strangulation...

=> Hospitalisation psychiatrie

# Evolution

=>DaTSCAN:  
dénervation dopaminergique  
présynaptique



=>**DCL**

# Dépression de la PA

- Un des troubles psychiatriques les plus fréquents chez la PA:
  - prévalence de 7,2% (épisode dépressif caractérisé) à 37,2% (troubles dépressifs dans leur ensemble)

*Luppa et al. 2012*

- Symptomatologie atypique:
  - moins de verbalisation d'affects, plus de somatisation
  - => formes « masquées »

*Hegeman et al. 2012*

- Formes d'intensité mélancolique/ délirantes plus fréquentes que chez adulte

*Parker et al. 2001*

# Dépression et trouble neurocognitif majeur

- Dépression = facteur de risque? / prodrome / conséquence d'un trouble neurocognitif majeur (démence)

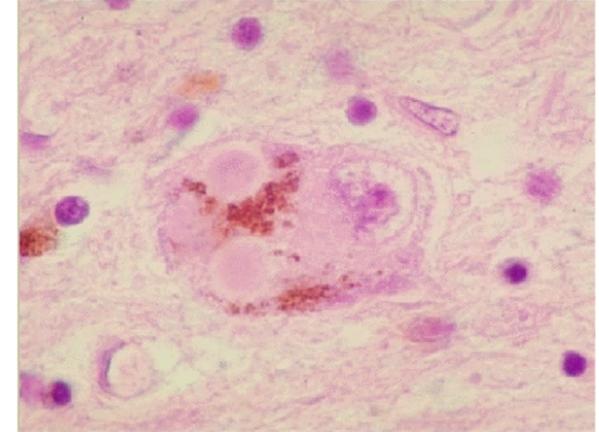
Sing-Manoux et al. 2017/Thomas et al. 2014

- Environ 50 % des patients atteints de DCL montreraient des symptômes dépressifs

Ballard et al.1999

# Démence à corps de Lewy (DCL)

- Alpha-synucléopathie (Parkinson, DCL, AMS)



- Seconde cause de trouble neurocognitif majeur dégénératif

*Savica et al. 2016*

- Prévalence dans la population de plus de 65ans= 0,7%

*Mc Keith et al. 2004*

- Critères diagnostics actualisés en 2017

*Mc Keith et al. 2017*

# Critères de McKeith (2017)

- **Trouble neurocognitif** majeur
- Signes **cliniques** cardinaux
  - Fluctuation de l'attention et/ou de la vigilance
  - Hallucinations
  - Tb du comportement en sommeil paradoxal
  - Syndrome parkinsonien (akinesie et/ou rigidite et/ou tremblement)
- **Biomarqueurs** indicatifs
  - DAT-scan pathologique
  - Scinti cardiaque MIBG pathologique
  - Absence d'atonie en sommeil paradoxal à la polysomnographie

# Dépression et DCL

- Mode d'entrée dépressif fréquent (comme pour la maladie de Parkinson), prévalence **>50%** de symptômes dépressifs dans la DCL, dépressions sévères **15%**

Chui et al./ Kazui et al. 2016

- Un des nombreux signes cliniques « en faveur »
- À distinguer:
  - des réactions dépressives transitoires/ labilité émotionnelle lors des phases confuso-hallucinatoires

Dorey et al. 2018

- Apathie ≠ Dépression : Ø affects négatifs, Ø ruminations, Ø ennui
- Apathie concernerait 50 à 100% des patients avec DCL

# Dépression et DCL

- Takahashi et al. 2009 : 167 patients > 50 ans, hospitalisés pour EDC
- Recherche signes de DCL – Analyses caractéristiques de la dépression
  - ⇒ 9 = DCL « suspectée » (MMSE > 24, Ø démence, signes en faveur)
  - ⇒ 3 = DCL « possible »
  - ⇒ 10 = DCL « probable »

Caractéristiques de dépression évocatrices de DCL :

- Caractéristiques **psychotiques**, congruence à l'humeur
- **Apathie** marquée associée
- Dépression **résistante**

# Dépression et DCL

- Kobayashi et al. 2015 :

Ont objectivé chez des patients présentant des troubles psychiatriques **thymiques** ou **délirants**, *sans symptômes moteurs ou cognitifs* associés.

hypofixation myocardique lors scintigraphie cardiaque MIBG, signe de dénervation sympathique, caractéristique des alpha synucléopathies (MCL)

=> concept de « Pure Psychiatric Presentation » de la démence à corps de Lewy

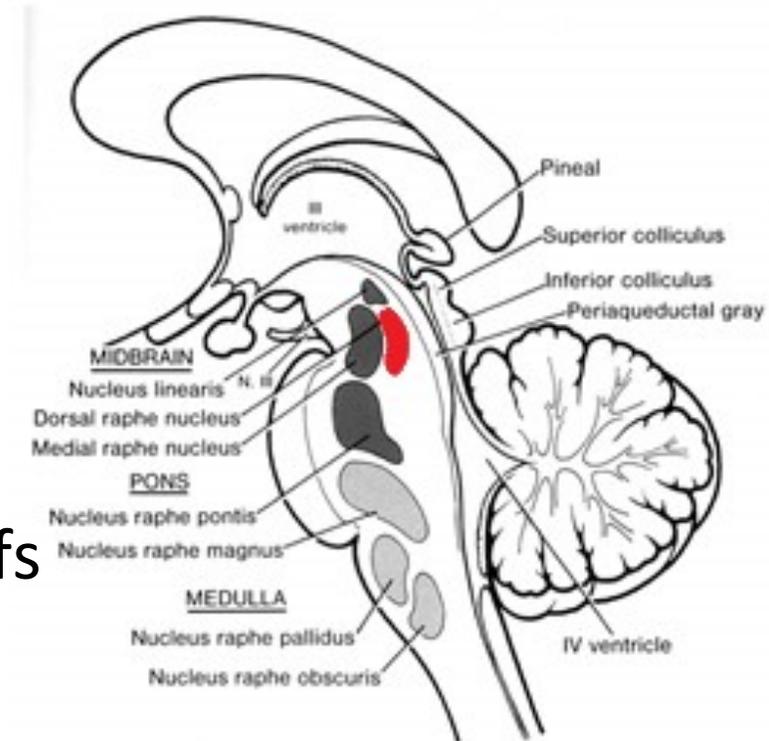
# Dépression et DCL

- Hypothèses physiopathologiques:

Altération neurotransmission *sérotoninergique*

(noyaux du raphé dorsal++) → symptômes dépressifs

Neurotransmission *dopaminergique* (temporale interne) →  
symptômes psychotiques



# Implications pratiques?

- Pas de thérapeutiques curatives de la DCL...
- La **persistance d'un EDC** chez des patients atteints de DCL *accélère le déclin cognitif*

Fritze et al. 2011

=> ECT efficace et mieux tolérée que ttt médic.

=> Thérapeutiques adaptées: Ø neuroleptiques

Takahashi et al. 2016 / Tuna Burgut et al. 2010

➔ Limiter la **iatrogénie** et l'**évolution** de la maladie

# Implications pratiques?

- À terme, meilleure connaissance de DCL et modes entrée psy:
  - ➔ Repérage précoce DCL?
  - ➔ Développement thérapeutiques aux stades précoces de la maladie?

# Synthèse

## Anamnèse et Clinique

-Absence d'antécédents psychiatriques personnels, notamment de trouble bipolaire

- EDC :
  - Premier épisode dépressif après 65 ans
  - EDC avec caractéristiques psychotiques
  - Apathie
  - Résistance aux traitements médicamenteux
- Recherche des critères cliniques de DCL :
  - Trouble neurocognitif majeur** : troubles mnésique non systématique/ déficits attentionnels, exécutifs, visuo-spatiaux au premier plan.
  - Fluctuations cognitives** : Rechercher également des endormissements diurnes, une baisse de la vigilance.
  - Hallucinations visuelles** : hallucinations dans d'autres modalités / symptômes psychotiques mineurs (sentiments de passage/ présence).
  - Syndrome parkinsonien** : peut être limité à une amimie / une discrète akinésie.
  - Troubles du comportement en sommeil paradoxal** : « vous a-t-on déjà dit que vous mettiez en acte vos rêves ? » conf/polysomnographie.
  - hypersensibilité aux neuroleptiques/ Troubles neurovégétatifs (constip) et sensoriels (tb odorat) => précoces

# Synthèse

## Paraclinique

- En première intention :
  - IRM cérébrale** : recherche arguments en faveur MA, composante vasculaire, atrophie insulaire
  - Bilan neuropsychologique** : recherche de troubles attentionnels, exécutifs, visuo-spatiaux
  - Polysomnographie** : perte de l'atonie musculaire lors du sommeil paradoxal si éléments cliniques évocateurs de troubles du comportement en sommeil paradoxal, ou pour éliminer un SAHOS.
- En seconde intention, après concertation pluridisciplinaire :
  - DaTSCAN** : réduction de fixation du transporteur de la dopamine dans les ganglions de la base
  - **Débitométrie cérébrale par PetScan** : hypoperfusion occipitale
  - Ponction lombaire pour analyse des biomarqueurs de la MA** : diagnostic différentiel
  - Scintigraphie myocardique au MIBG** : dénervation sympathique cardiaque

Merci de votre attention