

## LE TRAITEMENT DE LA MALADIE DE PARKINSON CHEZ LE SUJET AGE

### 1 - GENERALITES

- âge de début moyen : 60 ans
- ratio homme/femme=1
- pas de région dans le Monde plus touchée qu'une autre
- origine :inconnue, pathologie dégénérative
  - pas d'argument en faveur d'une origine toxique, virale, génétique
- durée moyenne : 18 ans
- la Maladie de Parkinson chez le sujet âgé :
  - soit « vieux »parkinsoniens
  - soit début tardif : 80 ans

### 2 - LESIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES

- atteinte située au niveau du Locus Niger (petite structure située au niveau de la partie haute du tronc cérébral)  
Les corps cellulaires des neurones dopaminergiques sont atteints, dégènèrent et entraînent une dépopulation neuronale dopaminergique(ND).  
Ces ND envoient leur prolongation vers le striatum (noyau caudé+ putamen ). Lorsqu'il y a diminution, il y a une hypodopaminergie striatale par insuffisance de stimulation, ce qui est directement responsable du désordre moteur.
  - signe histologique: présence de corps de Lewy dans les neurones atteints(inclusions neuronales cytoplasmiques).
  - il existe d'autres lésions plus disséminées(présence de corps de Lewy)
    - atteinte des structures du tronc cérébral :
      - locus coeruleus : dérèglement de la tension artérielle, du rythme respiratoire et du sommeil.
      - noyau dorsal du vague : problème de salivation, au niveau de la motricité digestive haute(ex : dilatation aigu de l'œsophage)
      - hypothalamus : amaigrissement
      - ganglions sympathiques périphériques
- Ces lésions expliquent l'apparition de nouveaux symptômes au cours de la Maladie de Parkinson(MP) :
- instabilité posturale
  - hyper salivation
  - troubles digestifs
  - dysarthrie
  - sueurs profuses
  - troubles cognitifs

-piétinement,...

NB : Ces signes sont très peu sensibles, voire insensibles au traitement.

### **3 - SIGNES CLINIQUES DE LA MALADIE DE PARKINSON (MP)**

#### **3a-SIGNES MOTEURS**

##### **Trois signes de début, caractéristiques :**

##### **ÿ -hypertonie plastique :**

.homogène, continue

.Attention au signe de roue dentée, surtout si tremblement d'attitude associé

.L'hypertonie plastique est plus « à type d'opposition » chez le sujet âgé

##### **ÿ -tremblement de repos :**

.lent, régulier, 3 à 6 cycles par seconde

.augmente au calcul mental, disparaît en attitude

.unilatéral, pratiquement toujours asymétrique

.peut toucher un doigt, une jambe

.ne touche jamais la tête(dans ce cas, tremblement essentiel)

.peut toucher la mâchoire inférieure(menton) dans les formes évoluées(plus de 10 ans)

.le tremblement va persister longtemps après le début du traitement contrairement à l'hypertonie et à l'akinésie

.c'est un bon témoin de sous-dosage, surtout chez le sujet âgé

##### **ÿ -akinésie(perde du mouvement) :**

.lenteur du geste, difficulté à initier un mouvement

.réduction d'amplitude

.épuisement du mouvement

.arrêt en cours de mouvement

On distingue : la bradykinésie : lenteur à faire le mouvement

L'hypokinésie : diminution de l'amplitude du mouvement

##### **Signes moteurs tardifs :**

- troubles de la posture :

.arrivent plus tardivement(après trois ans d'évolution)

.instabilité posturale (patient penché en avant) : risque de chutes

- piétinement

- dysarthrie

- déformation articulaire

#### **3b-SIGNES NEURO-VEGETATIFS**

-hypotension orthostatique :

.importante(15%)

.efficacité du Motilium

- salivation
- sueurs profuses
- larmoiements

– **3c-SIGNES PSYCHIQUES**

- anxiété
- hyperémotivité
- dépression(difficile à évaluer car un patient akinétique donne l'impression d'un patient déprimé)  
Un traitement antidépresseur peut améliorer la motricité de 30%
- hallucinations visuelles :
  - .plutôt agréables (gens aimés, animaux,...)
  - .les patients sont totalement spectateurs
  - .impression de présence
  - .iatrogène probable
- confusion mentale :
  - . iatrogène le plus souvent, pathologie associée responsable possible
  - .si 2 à 3 épisodes de confusion mentale, se poser la question d'un syndrome démentiel, en particulier maladie à corps de Lewy, le patient est confus de façon fluctuante.
  - Pas de trouble du comportement associé
- troubles cognitifs :  
Si la MP démarre tôt : il y en a peu.  
Les troubles cognitifs semblent être plus liés à l'âge qu'à la MP elle-même.  
Parfois présence de troubles cognitifs subtils :
  - difficulté de concentration
  - difficulté de changer de stratégie

– **3d-SIGNES DE DEBUT CHEZ LE SUJET AGE**

- les signes sont plutôt axiaux chez le sujet âgé(la sémiologie est plutôt unilatérale chez le sujet jeune)
- devant les signes évoqués ci-dessous, penser chez le sujet âgé à une MP :
  - tremblement de repos : plus d'un tiers
  - tremblement d'attitude qui au bout de 3-4 ans peut évoluer vers une MP
  - tremblement interne
  - micrographie
  - lenteur des gestes
  - troubles de la marche
  - douleur

<b>4 - DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS</b>
--------------------------------------

– **4a-TREMBLEMENT D'ATTITUDE**

- .fin, rapide, irrégulier, prédomine aux extrémités, apparaît au maintien d'une attitude
- .disparaît au repos, non augmenté au calcul mental
- .généralement symétrique
- .notion familiale(dans 30%)

- .pas de traitement efficace(Avlocardyl éventuellement à toutes petites doses)
- .à surveiller car évolue parfois vers un tremblement de repos d'une MP
- .parfois le tremblement est mixte :le plus souvent iatrogène (neuroleptiques)

– **4b-SYNDROMES PARKINSONIENS OU « FAUSSE MP »**

**-Multy system atrophy (MSA)** qui comporte :

- .Syndrome de Shy Drager
- .Atrophie olivo-ponto-cérébelleuse
- .dégénérescence striatonigrique

**-Maladie de Steele Richardson Olszewski ou PSP(paralyse supra nucléaire progressive)**

**-Maladie à corps de Lewy**

Syndrome parkinsonien pendant 2 à 3 ans puis apparition d'un syndrome confusionnel.

Hallucinations visuelles beaucoup moins agréables que dans la MP.

Patients qui marchent très longtemps.

Les corps de Lewy sont des lésions qui sont présentes contrairement à la MP dans tout le cortex.

Neuroleptiques à proscrire.

Très bonne efficacité des anti-cholinestérasiques.

<b>5 - EVOLUTION</b>
----------------------

La MP va donc présenter au début les trois signes cliniques déjà cités(Tremblement de repos, akinésie, hypertonie) permettant de faire le diagnostic.

Bonne réponse dans un premier temps à la DOPA : c'est la lune de miel pendant 5 ans.

Le handicap est linéaire. (cf schéma de Di Rocco)

L'évolution va être marquée non seulement par l'aggravation des signes de début déjà existants mais également par l'apparition de signes cliniques associés plus tardifs : moteurs, neurovégétatifs et psychiques(cf chapitre signes cliniques).

Il est important de diagnostiquer le plus tôt possible une MP ou un syndrome parkinsonien permettant une prise en charge et un traitement adapté.

Le schéma de Di Rocco peut aider : si MP évolue très vite, il s'agit probablement d'un syndrome parkinsonien(15 à 20% des personnes âgées)

Des signes cliniques permettent également d'orienter vers un syndrome parkinsonien :

- chutes précoces ou instabilité posturale
- progression rapide
- réponse faible ou transitoire à la DOPA
- syndrome parkinsonien des membres inférieurs
- dysautonomie(plus en faveur d'une MSA)
- paralyse de la verticalité des yeux vers le bas(en faveur d'une PSP)
- mains froides(MSA)
- grognements laryngés(MSA)

Dans tous les cas, il convient de parler d'abord d'un syndrome parkinsonien au patient puis après un suivi de 1 à 2 ans, affiner le diagnostic.

## 6 - TRAITEMENT DE LA MP

### – **6a-LES ANTI-PARKINSONIENS**

#### ÿ-au niveau pré-synaptique :

**.Dopa** :-Traitement substitutif, le plus efficace

-Utiliser forme LP le soir

-Forme dispersible agit plus vite et pas très longtemps

-MODOPAR semble mieux toléré à faible dose par rapport au SINEMET

**.IMAO type B**, associé à la DOPA, améliore les symptômes

**.Amantadine(MANTADIX) :**

.Aucun résultat dans 50% des cas.

.Effet super si fonctionne.

.Par contre, effets secondaires : OMI, marbrures

.Peu indiqué chez les sujets âgés.

**.ICOMT(COMTAN):**

.allonge la demi-vie plasmatique de la L DOPA.

.s'associe à chaque prise de DOPA.

#### ÿ-au niveau post-synaptique :

**.agonistes dopaminergiques**

.complètent l'action de la L DOPA

.donnent très souvent des troubles psychiques

.Ne pas utiliser chez les sujets âgés

-les plus anciens

PARLODEL

TRIVASTAL

-les plus récents

REQUIP

CELANCE

-existe également en injectable : APOKINON

**.anti cholinergiques :LEPTICUR**

Ne pas utiliser : risque de confusion et d'hallucinations majeures surtout chez le sujet âgé

#### ÿ-traitement chirurgical

Indication chez le patient jeune et encore DOPA sensible.

– **6b-COMMENT ADAPTER LE TRAITEMENT CHEZ LE SUJET AGE.**

- mettre en place des doses moyennes et régulières de DOPA
- Faire des paliers de 1 à 2 mois chez le sujet âgé et modifier par petites doses en fonction de la réponse clinique
- Toujours être à la dose minimale efficace
- Quoi associer ? -PAS GRAND CHOSE.
  - Eviter les IMAO type B, l'Amantadine
  - Si fonctions cognitives conservées, on peut rajouter des agonistes dopaminergiques d'autant plus si fluctuations dans la journée. Démarrer à moitié posologie et augmenter prudemment.
  - Chez le sujet âgé, préférer l'ICOMT(1/2 cp par prise car risque de Sd confusionnel)

– **6c-SURDOSAGE**

- Insomnie, cauchemars
- Contractures douloureuses
- Sueurs
- Augmentation du piétinement et troubles de la marche
- Chutes violentes
- Disparition du tremblement
- Amélioration inhabituelle du score UPDRS(Echelle d'évaluation unifiée pour la Maladie de parkinson)

– **6d-SOUS DOSAGE**

- hyper salivation
- accentuation de l'asymétrie
- augmentation du tremblement
- marche plus difficile
- plus de chutes
- gêne à la motricité
- apparition de crampes dans la journée

**NB :** -si tout va moins bien, probable sous-dosage  
-si un seul signe s'aggrave, alors probable évolution de la maladie

<b>OBJECTIF DU TRAITEMENT :</b>
---------------------------------

- préserve les capacités intellectuelles
- permet un meilleur confort moteur
- une bonne qualité de sommeil