

Lignes directrices canadiennes sur la maladie de Parkinson résumé exécutif

re: Can J Neurol Sci. 2012;39: Suppl 4: S1-S30

L'objectif des lignes directrices canadiennes sur la maladie de Parkinson est d'améliorer les soins pour tous les Canadiens et Canadiennes atteints de la maladie de Parkinson qui

- soient basés sur les meilleures données factuelles publiées
- fassent appel à un consensus d'experts quand il y a un manque de données factuelles
- offrent des conseils cliniques pratiques
- prennent en compte le choix du patient et lui permettent de prendre une décision éclairée
- soient pertinents au système de soins de santé canadien

Ces recommandations sont destinées à servir de guide aux fournisseurs de soins de santé, et toute personne qui suit les recommandations des lignes directrices canadiennes sur la maladie de Parkinson doit faire preuve de discrétion clinique. La décision finale est prise par le ou les professionnels de la santé appropriés sur la base de toutes les données disponibles pour chaque personne. Il va de soi que des problèmes de ressources peuvent rendre difficile l'application de chacune des recommandations dans les présentes lignes directrices. Toutefois, elles visent à améliorer la qualité des soins et l'accès aux soins pour les personnes atteintes de la maladie de Parkinson dans toutes les régions du Canada. Les lignes directrices ne sont pas

Tableau 1: Système de notation simplifié pour les lignes directrices NICE, EFNS et AAN

Note	Description
A	Reconnue comme étant efficace, inefficace ou nuisible pour l'état donné pour la population indiquée.
B	Probablement efficace, inefficace ou nuisible pour l'état donné pour la population indiquée.
C	Peut-être efficace, inefficace ou nuisible pour l'état donné pour la population indiquée.
D	Avis d'experts, consensus formel.
U	Données insuffisantes ou contradictoires compte tenu des connaissances actuelles, le traitement n'est pas prouvé.
PBP	Point de bonne pratique.

AAN : American Academy of Neurology (Académie américaine de neurologie); NICE : National Institute for Health and Clinical Excellence (Institut national de la santé et de l'excellence clinique); EFNS : European Federation of Neurological Societies (Fédération européenne sociétés neurologiques)

censées remplacer l'évaluation et la gestion par des experts et, dans toute la mesure du possible, l'aiguillage vers une clinique spécialisée, multidisciplinaire est toujours recommandée. Les lignes directrices complètes, y compris les détails du processus de développement, sont disponibles sur www.parkinsonguideclinique.ca. La source originale et la note des données factuelles sont indiquées à la fin de chaque recommandation canadienne (voir Tableau 1).

Section 1

Communication

Une approche axée sur la personne aux soins et au traitement doit être cultivée pour les personnes vivant avec la maladie de Parkinson (MP). Elle s'appuie sur une communication ouverte avec les professionnels de la santé qui sont alors en mesure de fournir des soins de qualité. Les personnes atteintes de la maladie de Parkinson doivent avoir la possibilité de prendre des décisions éclairées fondées sur une divulgation complète de toutes les informations pertinentes. Les décisions relatives aux soins doivent être basées sur les meilleures preuves disponibles et fournies par les normes professionnelles applicables.

Les points dont il faut tenir compte lors de la communication avec les personnes atteintes de la maladie de Parkinson et leurs partenaires aidants :

- Le style, la manière et la fréquence de la communication doivent être compatissants et respectueux
 - La facilité d'accès pour les personnes recevant l'information, en temps opportun et de manière appropriée tout au long de la progression de la maladie de Parkinson
 - L'honnêteté et la sensibilité dans l'adaptation de l'information pour répondre à l'évolution des besoins médicaux
 - L'encouragement à l'autogestion par les personnes atteintes de la maladie de Parkinson pour répondre aux préférences et aux besoins et individuels
 - L'inclusion des partenaires aidants qui sont également touchés par la maladie de Parkinson et ont besoin d'information et de soutien
- C1** La communication avec les personnes atteintes de la MP doit viser à leur donner les moyens de participer aux décisions et aux choix concernant leurs propres soins. NICE - niveau D
- C2** Les discussions doivent viser à parvenir à un équilibre entre la fourniture de l'information honnête et réaliste sur l'état et la promotion d'un sentiment d'optimisme. NICE - niveau D
- C3** Parce que les personnes atteintes de la MP peuvent développer une capacité cognitive affaiblie, un déficit de

communication et/ou une dépression, elles doivent recevoir : à la fois la communication orale et écrite tout au long de la maladie, qui doivent être adaptées individuellement et renforcées si nécessaire; et une communication cohérente de la part des professionnels concernés. NICE - niveau D (PBP)

- C4** Les familles et les partenaires aidants doivent être informés de l'état, de leurs droits à l'évaluation des soins et aux services de soutien disponibles. NICE - niveau D (PBP)
- C5** Les personnes atteintes de la MP doivent avoir un plan de soins complet convenu entre la personne, sa famille et/ou les partenaires aidants et tous les fournisseurs de soins de santé. NICE - niveau D (PBP)
- C6** Les personnes atteintes de la MP doivent se voir offrir un point de contact accessible avec services spécialisés. NICE - niveau D (PBP)
- C7** Les besoins en soins palliatifs des personnes atteintes de la MP doivent être pris en compte dans toutes les phases de la maladie. NICE - niveau D (PBP)
- C8** Les personnes atteintes de la MP et leurs partenaires aidants doivent avoir la possibilité de discuter de questions de fin de vie avec les professionnels de la santé appropriés. NICE - niveau D (PBP)

Section 2

Diagnostic et progression

La maladie de Parkinson est un trouble complexe qui peut être difficile à diagnostiquer cliniquement, en particulier dans les premiers stades. Le diagnostic reposant sur l'étiologie n'est pas pratique parce qu'aucune cause unique de la MP n'a été identifiée. Actuellement, le diagnostic de la MP est basé principalement sur les critères cliniques.

- C9** La MP doit être suspectée chez les personnes présentant des tremblements, de la raideur, de la lenteur, des problèmes d'équilibre et/ou des troubles de démarche. NICE - niveau D (PBP)

Il n'y a pas de moyen idéal pour définir la MP et la distinguer des autres syndromes parkinsoniens. Néanmoins, la MP doit être différenciée des autres formes de parkinsonisme, et doit également être distinguée des causes secondaires, telles que les médicaments, les neurotoxines et les lésions structurelles du cerveau ainsi que d'autres causes de tremblements.

- C10** Dans les stades précoces de la maladie, il est nécessaire de distinguer la maladie de Parkinson des autres symptômes parkinsoniens en cas de présence des signes cliniques suivants :

- Des chutes lors au moment de la présentation et au début de l'évolution de la maladie
- Une mauvaise réponse à la lévodopa
- De la symétrie au début de la maladie
- Une progression rapide (au stade 3 de Hoehn et Yahr en trois ans)

- L'absence de tremblements
- De la dysautonomie (impériosité urinaire/incontinence et incontinence fécale, rétention urinaire nécessitant un cathétérisme, échec érectile persistant ou hypotension orthostatique symptomatique). AAN - niveau B

- C11** Les personnes chez qui on soupçonne la MP doivent être aiguillées vers un spécialiste rapidement* et les personnes non traitées doivent être aiguillées vers un spécialiste avec une expertise dans le diagnostic différentiel de cette affection. NICE - niveau B

(*doivent être vues dans les 6 semaines, mais les personnes nouvellement diagnostiquées et à un stade avancé avec des problèmes plus complexes doivent être vues dans les 2 semaines)

La maladie de Parkinson est caractérisée par la dégénérescence des neurones dopaminergiques du mésencéphale, ainsi que d'autres neurones catécholaminergiques, et la présence de corps de Lewy. Environ 20% des patients diagnostiqués avec un stade précoce de la MP reçoivent un autre diagnostic à l'autopsie. Compte tenu de l'erreur potentielle à établir un diagnostic de la MP, les patients doivent être suivis de près et le diagnostic doit être revu si des caractéristiques atypiques se présentent.

- C12** Les cliniciens doivent être encouragés à discuter avec les patients de la possibilité de don de tissus à une banque de cerveaux à des fins de confirmation du diagnostic et de recherche. NICE - niveau D (PBP)

Plusieurs médicaments de provocation ou tests diagnostiques ont été proposés pour aider au diagnostic de la maladie de Parkinson et/ou dans la différenciation entre la MP et les autres syndromes parkinsoniens. Toutefois, à ce jour, aucun test unique a été démontré être suffisamment sensible et spécifique pour diagnostiquer de manière fiable la MP ou distinguer la MP des autres formes de parkinsonisme.

- C13** Les données factuelles sont insuffisantes pour déterminer si des tests de provocation à la lévodopa ou olfactifs représentent un avantage par rapport aux critères de diagnostic cliniques de la MP. AAN - niveau U

- C14** Ce qui suit peut ne pas être utile pour différencier la MP des autres syndromes parkinsoniens : la stimulation à l'hormone de croissance avec clonidine, l'électrooculographie et la tomographie d'émission à photon unique. AAN - niveau C

- C15** Les données factuelles sont insuffisantes pour appuyer ou réfuter ce qui suit comme un moyen de distinguer la MP des autres syndromes parkinsoniens : urodynamique, tests autonomes, EMG urétral ou anal, IRM, échographie parenchyme cérébral et TEP au FDG. AAN - niveau U

La maladie de Parkinson est une maladie hétérogène avec un tableau clinique variant sensiblement d'un patient à l'autre. Un certain nombre d'études ont porté sur le sous-type clinique de la MP, les comorbidités associées ainsi que la réponse au traitement qui ont été corrélés avec une progression plus rapide de la MP.

C16 Chez les patients atteints de la MP nouvellement diagnostiqués, l'âge avancé à l'apparition et la rigidité ou l'hypokinésie comme symptôme initial doivent être utilisés pour prédire un taux plus rapide de progression moteur. AAN - niveau B

C17 La présence de comorbidités associées (accident vasculaire cérébral, déficits auditifs et déficiences visuelles), d'instabilité posturale et de démarche difficile (IPDD), et le sexe masculin peuvent être utilisés pour prédire un taux plus rapide de progression moteur. AAN - niveau C

C18 Le tremblement comme symptôme peut être utilisé pour prédire une évolution plus bénigne et des avantages thérapeutiques plus longs à la prise de la lévodopa. AAN - niveau C

C19 L'âge avancé au début et l'hypokinésie ou la rigidité initiale doivent être utilisés pour prédire le développement précoce du déclin cognitif et de la démence. AAN - niveau B

C20 L'âge avancé au début, la démence et une diminution de la réactivité à la dopamine peuvent être utilisés pour prédire le placement en maison de soins infirmiers plus tôt ainsi que la diminution de la survie. AAN - niveau C

Des essais cliniques de composés neuroprotecteurs présumés ont été explorés et, bien que certains composés soient prometteurs, les résultats en général ont été peu encourageants, en partie en raison des défis associés à déterminer la neuroprotection pour les composés qui peuvent aussi avoir un effet symptomatique.

C21 La vitamine E ne doit pas être utilisée comme thérapie neuroprotectrice pour les personnes atteintes de la MP. NICE - niveau A

C22 La coenzyme Q10, les agonistes dopaminergiques, les inhibiteurs de la monoamine oxydase B (MAO-B) ne doivent pas être utilisés comme thérapie neuroprotectrice pour les personnes atteintes de la MP, sauf dans le cadre d'essais cliniques. NICE - niveau B

C23 Les données factuelles sont insuffisantes pour appuyer ou réfuter l'utilisation de l'amantadine ou de la thalamotomie pour la neuroprotection. AAN - niveau U

C24 Il n'y a pas de données factuelles à long terme permettant de recommander la lévodopa pour la neuroprotection. AAN - niveau U

Section 3

Considérations de traitement générales

Il existe un grand nombre de traitements symptomatiques disponibles pour la MP. Il s'agit notamment de médicaments, d'interventions chirurgicales, de physiothérapie, d'ergothérapie et d'autres services de soutien. Tous ces traitements peuvent avoir un impact significatif sur l'amélioration de la qualité de vie d'une personne atteinte et doivent être disponibles. Un équilibre entre

les effets secondaires et les bienfaits des médicaments devient souvent plus difficile avec le temps. Les horaires de prise des médicaments deviennent plus complexes et le moment où les médicaments sont donnés devient crucial.

C25 Les médicaments antiparkinsoniens ne doivent pas être retirés brusquement ou il ne faut pas leur permettre de faillir tout d'un coup en raison d'une faible absorption (par exemple, une gastro-entérite, une chirurgie abdominale) afin d'éviter la possibilité d'akinésie aiguë ou de syndrome neuroleptique malin. NICE - niveau D (PBP)

C26 La pratique de retirer les médicaments antiparkinsoniens aux patients (dite « fenêtre thérapeutique ») afin de réduire les complications motrices doit être évitée en raison de la possibilité de syndrome neuroleptique malin. NICE - niveau D (PBP)

C27 Compte tenu des risques associés à changer brusquement les médicaments antiparkinsoniens, les médicaments des personnes atteintes de la MP admises à l'hôpital ou aux maisons de santé doivent : A) être donnés aux heures appropriées, ce qui, dans certains cas, peut signifier permettre l'automédication; B) être modifiés par, ou modifiés uniquement après discussion avec, un spécialiste dans la gestion de la MP. NICE - niveau D (PBP)

C28 Les cliniciens doivent être conscients du syndrome de dysrégulation dopaminergique (troubles du contrôle des impulsions), un trouble rare pour lequel l'utilisation abusive des médicaments dopaminergiques est associée à des comportements anormaux, y compris l'hypersexualité, le jeu pathologique et les activités motrices stéréotypées. Ce syndrome peut être difficile à gérer. NICE - niveau D (PBP)

Section 3A

La thérapie pharmacologique pour les symptômes moteurs de la MP à un stade précoce

La décision quant à l'initiation de la thérapie pharmacologique chez les patients parkinsoniens doit être adaptée à chaque personne dans le but de réduire les symptômes moteurs et d'améliorer la qualité de vie sans causer d'effets secondaires. Il n'existe aucun médicament précis qui soit recommandé pour l'initiation du traitement. Les facteurs qui influencent cette décision comprennent : la gravité des symptômes, si les symptômes affectent la main dominante, l'embarras, la capacité de continuer à travailler et/ou de participer à des activités ou à des passe-temps, le coût et la préférence du patient. Si les symptômes sont très doux, le patient peut choisir de ne pas commencer une thérapie.

C29 Il n'est pas possible d'identifier un traitement médicamenteux universel de premier choix pour les personnes atteintes de la MP à un stade précoce. Le choix des premiers médicaments prescrits doit prendre en compte:

- les caractéristiques cliniques et le mode de vie
- la préférence du patient, après que le patient ait été informé des avantages à court et à long terme et des inconvénients des classes de médicaments. NICE - niveau D (PBP)

- C30** La lévodopa peut être utilisée comme un traitement symptomatique pour les personnes atteintes de la MP à un stade précoce. NICE - niveau A
- C31** La dose de lévodopa doit être maintenue aussi basse que possible afin de maintenir un bon fonctionnement en vue de réduire le développement des complications motrices. NICE - niveau A
- C32** Les préparations de lévodopa à libération modifiée ne doivent pas être utilisées pour retarder l'apparition des complications motrices chez les personnes atteintes de la MP à un stade précoce. NICE - niveau A
- C33** Les agonistes dopaminergiques peuvent être utilisés comme un traitement symptomatique pour les personnes atteintes de la MP à un stade précoce. NICE - niveau A
- C34** Un agoniste dopaminergique doit être adapté à une dose cliniquement efficace. Si les effets secondaires empêchent cela, un autre agoniste ou un médicament d'une autre classe doit être utilisé à sa place. NICE - niveau D (PBP)
- C35** Si un agoniste dopaminergique dérivé de l'ergot est utilisé, il est nécessaire d'effectuer pour le patient, au minimum, des tests de la fonction rénale, de la vitesse de sédimentation (VS) et une radiographie thoracique avant le début du traitement, et annuellement par la suite. NICE - niveau D (PBP)
- C36** En raison de la surveillance nécessaire avec les agonistes dopaminergiques dérivés de l'ergot, un agoniste non dérivé de l'ergot doit être privilégié dans la plupart des cas. NICE - niveau D (PBP)
- C37** Des inhibiteurs de la MAO-B peuvent être utilisés comme traitement symptomatique pour les personnes atteintes de la MP à un stade précoce. NICE - niveau A
- C38** L'amantadine peut être utilisée comme un traitement pour les personnes atteintes de la MP à un stade précoce, mais ne doit pas être un médicament de premier choix. NICE - niveau D (PBP)
- C39** Les anticholinergiques peuvent être utilisés comme un traitement symptomatique généralement chez les jeunes personnes atteintes de la MP à un stade précoce et ayant des tremblements graves, mais ils ne doivent pas être des médicaments de premier choix en raison de l'efficacité limitée et de la propension à causer des effets secondaires neuropsychiatriques. NICE - niveau B
- C40** Les antagonistes bêta-adrénergiques peuvent être utilisés dans le traitement symptomatique de certaines personnes avec tremblement postural causés par la MP, mais ne doivent pas être des médicaments de premier choix. NICE - niveau D (PBP)

Section 3B

La thérapie pharmacologique pour les symptômes moteurs de la MP à un stade plus avancé

La lévodopa est le traitement le plus efficace contre la MP. Dans les stades précoces de la maladie, la réponse clinique à la lévodopa est prolongée, mais, en quelques années, la durée des bienfaits de chaque dose peut devenir progressivement plus courte. Ce phénomène est appelé « détérioration en fin de dose » ou « perte d'efficacité ». Finalement, les patients peuvent éprouver plus de fluctuations imprévisibles, y compris : des réponses intermittentes et le gel des mouvements ainsi que des mouvements involontaires globalement appelés dyskinésies. Ces troubles moteurs peuvent avoir un impact significatif sur la qualité de la vie.

- C41** Il n'est pas possible d'identifier un médicament adjuvant universel de premier choix pour les personnes atteintes de la MP à un stade plus avancé. Le choix du médicament adjuvant prescrit la première fois doit prendre en compte :
- les caractéristiques cliniques et le mode de vie
 - la préférence du patient, après que le patient ait été informé des avantages à court et à long terme et des inconvénients des classes de médicaments. NICE - niveau D (PBP)
- C42** Pour les patients atteints de la MP ayant des fluctuations motrices, les données factuelles disponibles portent à croire que : L'entacapone et la rasagiline doivent être offertes afin de réduire la perte d'efficacité. AAN - niveau A
- C43** Le pramipexole et le ropinirole doivent être envisagés comme de réduire afin de réduire la perte d'efficacité. Le pergolide n'est pas disponible au Canada en raison de son association avec la fibrose valvulaire. AAN - niveau B
- C44** Les préparations de lévodopa à libération modifiée peuvent être utilisées pour réduire les fluctuations motrices chez les personnes atteintes de la MP à un stade plus avancé, mais ne doivent pas être des médicaments de premier choix. NICE - niveau B
- C45** L'amantadine peut être envisagée chez les patients atteints de la MP ayant des fluctuations motrices afin de réduire les dyskinésies. AAN - niveau C

Section 3C

Traitement - Chirurgie

Le traitement chirurgical de la MP est actuellement envisagé chez les patients à un stade avancé lorsque le traitement médical optimisé a échoué dans le traitement des symptômes moteurs (tels que les fluctuations motrices et/ou les dyskinésies). La stimulation cérébrale profonde (SCP) est actuellement le traitement chirurgical de choix pour les patients atteints de la MP à un stade avancé. Comparée à la chirurgie ablative, la SCP peut être ajustée au fil du temps pour répondre à la progression de la maladie, à des effets réversibles et peut être utilisée bilatéralement pour améliorer les symptômes. Les cibles actuelles pour la MP sont le noyau ventral intermédiaire du thalamus (Vim), le noyau sous-thalamique (NST) et le globus pallidus internus (GPI).

C46 La SCP du NST peut être envisagée comme une option de traitement chez les patients parkinsoniens pour améliorer la fonction motrice et réduire les fluctuations motrices, les dyskinésies et l'utilisation de médicaments. Les patients ont besoin d'être conseillés sur les risques et les avantages de cette procédure. AAN - niveau C

C47 La stimulation GPi bilatérale peut être utilisée chez les personnes atteintes de la MP qui :

- ont des complications motrices réfractaires au meilleur traitement médical
- sont biologiquement aptes et sans comorbidité active cliniquement significative
- sont sensibles à la lévodopa
- n'ont pas de problème de santé mentale actif cliniquement significatif, par exemple, la dépression ou la démence. NICE - niveau D

C48 Compte tenu des données factuelles actuelles, il n'est pas possible de décider si le NST ou le GPi est la cible privilégiée pour la SCP pour les personnes atteintes de la MP, ou si une forme de chirurgie est plus efficace ou plus sûre que l'autre. En étudiant le type de chirurgie, il faut tenir compte :

- des caractéristiques cliniques et du style de vie de la personne atteinte de la MP
- de la préférence du patient après que le patient ait été informé des avantages et des inconvénients potentiels des différentes interventions chirurgicales. NICE - niveau D

C49 La SCP thalamique peut être envisagée comme une option pour les personnes atteintes de la MP ayant principalement des tremblements graves invalidants et pour qui la stimulation du NST ne peut pas être utilisée. NICE - niveau D

C50 La réponse préopératoire à la lévodopa doit être prise en compte comme un facteur prédictif de la réponse après la SCP du NST. AAN - niveau B

C51 Les données factuelles sont insuffisantes pour présenter des recommandations sur les facteurs prédictifs d'amélioration après la SCP du GPi ou du noyau Vim du thalamus chez les patients atteints de la MP. AAN - niveau U

C52 L'âge et la durée de la MP peuvent être pris en compte comme des facteurs prédictifs du résultat après la SCP du NST. Les patients plus jeunes avec des durées de maladie plus courtes peuvent éventuellement avoir une amélioration supérieure à celle des patients plus âgés avec des durées de maladie plus longues. AAN - niveau C

Section 3D

Traitement - Autres possibilités de traitement

Auparavant, la fonction motrice était le sujet d'attention primaire des patients comme des médecins. Cela a naturellement conduit à la concentration sur les thérapies pharmacologiques pour la maladie de Parkinson. Plus récemment, les symptômes

non moteurs sont maintenant reconnus comme une source majeure de handicap dans la MP et le traitement porte maintenant surtout sur la qualité de vie et le maintien de celle-ci dans la maladie à un stade avancé.

C53 Les personnes atteintes de la MP doivent avoir régulièrement accès à ce qui suit :

- un suivi clinique et un ajustement de leurs médicaments
- un point de contact constant pour le soutien, y compris des visites à domicile, le cas échéant
- une source fiable d'information sur les questions cliniques et sociales qui préoccupent les Canadiens et les Canadiennes atteints de la MP et à leurs partenaires aidants, lesquels peuvent être fournis par une infirmière spécialiste de la maladie de Parkinson. NICE - niveau C

C54 Les thérapies physiques et l'exercice doivent être disponibles pour les personnes atteintes de la MP. Une attention particulière doit être accordée à :

- la rééducation de la démarche, l'amélioration de l'équilibre et de la flexibilité
- l'amélioration de la capacité aérobie
- l'amélioration de l'initiation des mouvements
- l'amélioration de l'indépendance fonctionnelle, y compris la mobilité et les activités de la vie quotidienne
- la prestation de conseils concernant la sécurité dans le milieu familial. NICE - niveau B

C55 L'ergothérapie doit être disponible pour les personnes atteintes de la MP. Une attention particulière doit être accordée :

- au maintien de la vie professionnelle et familiale, aux soins à domicile et aux activités de loisirs
- à l'amélioration et à l'entretien des transferts et de la mobilité
- à l'amélioration des activités d'autogestion des soins personnels, tels que manger, boire, se laver et s'habiller
- aux questions environnementales afin d'améliorer la sécurité et la fonction motrice
- à l'évaluation cognitive et à l'intervention appropriée. NICE - niveau D (PBP)

C56 L'orthophonie doit être disponible pour les personnes atteintes de la MP. Une attention particulière doit être accordée pour :

- l'amélioration de l'intensité sonore et de la tessiture vocale, y compris les programmes d'orthophonie comme la méthode Lee Silverman pour le traitement de la voix (LSVT). NICE - niveau B
- l'enseignement de stratégies pour optimiser l'intelligibilité de la parole. NICE - niveau D (PBP)
- assurer qu'un moyen efficace de communication est maintenu pendant toute la durée de la maladie, y compris l'utilisation de technologies de soutien. NICE - niveau D (PBP)
- revoir et gérer la sécurité et l'efficacité de la déglutition et réduire au minimum le risque d'aspiration. NICE - niveau D (PBP)

C57 Les données factuelles sont insuffisantes pour appuyer ou réfuter l'utilisation de l'acupuncture, de la thérapie manuelle, de la rétroaction biologique ou de la technique Alexander dans le traitement de la MP. AAN - niveau U

Section 4

Caractéristiques non motrices de la MP - La santé mentale

Les symptômes neuropsychiatriques sont fréquents, même avant les symptômes moteurs de la MP et deviennent plus importants et plus difficiles à traiter avec la progression de la maladie. Ils contribuent à l'incapacité croissante et ont un impact négatif sur la qualité de la vie du patient et du partenaire soignant.

La dépression

En raison des nombreuses caractéristiques communes à la dépression et à la MP se chevauchant, à la fois avant et pendant le traitement (la perte de l'expression du visage, la parole hypophonique, les mouvements ralentis, la réduction de l'appétit et les troubles du sommeil), la dépression chez les personnes atteintes de la MP est souvent non diagnostiquée. Un indice élevé de suspicion doit être maintenu pour ce symptôme non moteur.

C58 Les cliniciens doivent utiliser des critères ouverts pour le diagnostic de la dépression chez les personnes atteintes de la MP. NICE - niveau D (PBP)

C59 Les cliniciens doivent être conscients qu'il est difficile de diagnostiquer la dépression légère chez les personnes atteintes de la MP parce que les caractéristiques cliniques de la dépression et les caractéristiques motrices de la MP se chevauchent. NICE - niveau D (PBP)

C60 La gestion de la dépression chez les personnes atteintes de la MP doit être adaptée en fonction de chaque personne, en particulier, à leur thérapie coexistante. NICE - niveau D (PBP)

C61 L'amitriptyline peut être envisagée dans le traitement de la dépression associée à la MP. AAN - niveau C

Les symptômes psychotiques

Les caractéristiques psychotiques se produisent fréquemment aux stades plus avancés de la MP avec une progression typique des illusions de la présence, par le biais d'hallucinations psychiques (préservation de la prise de conscience de la nature fautive du phénomène) jusqu'à de véritables hallucinations. Les hallucinations visuelles sont les plus courantes, bien que des hallucinations auditives puissent se produire aussi. Elles sont souvent accompagnées de paranoïa.

Ce ne sont pas toutes les hallucinations qui nécessitent un traitement. Si elles sont suffisamment problématiques pour le patient ou le partenaire soignant, il faut alors modifier le traitement.

C62 Toutes les personnes atteintes de la MP et de psychose doivent recevoir une évaluation médicale générale et un traitement pour tout état précipitant. NICE - niveau D (PBP)

C63 Réduire la polypharmacie. Réduire ou arrêter les antidépresseurs anticholinergiques, réduire ou arrêter les anxiolytiques et les sédatifs. EFNS (PBP)

C64 Il faut envisager de retirer progressivement des médicaments antiparkinsoniens qui pourraient avoir déclenché la psychose chez les personnes atteintes de la MP. NICE - niveau D (PBP)

C65 Réduire les médicaments antiparkinsoniens. Arrêter les anticholinergiques, arrêter l'amantadine, réduire ou arrêter les agonistes dopaminergiques, réduire ou arrêter les inhibiteurs de la MAO-B et de la COMT, et finalement, réduire la lévodopa. Le prix à payer pour l'arrêt des médicaments antiparkinsoniens est l'aggravation des symptômes moteurs. EFNS (PBP)

C66 Les symptômes psychotiques légers chez les personnes atteintes de la MP n'ont pas à être traités activement s'ils sont bien tolérés par le patient et le partenaire soignant. NICE - niveau D (PBP)

C67 Les médicaments antipsychotiques typiques (tels que les phénothiazines et les butyrophénones) ne doivent pas être utilisés par les personnes atteintes de la MP, car ils exacerbent les caractéristiques motrices de l'affection. NICE - niveau D (PBP)

C68 Pour les patients atteints de la MP et de psychose, l'olanzapine ne doit pas être envisagée systématiquement. AAN - niveau B

C69 La clozapine peut être utilisée dans le traitement des symptômes psychotiques chez les personnes atteintes de la MP, mais l'inscription à un programme de surveillance obligatoire est requise. Il est reconnu que peu de spécialistes qui s'occupent de personnes atteintes de la MP ont de l'expérience avec la clozapine. NICE - niveau B

C70 Pour les patients atteints de la MP et de psychose, la quétiapine peut être envisagée. AAN - niveau C

La démence

La démence est commune chez les patients atteints de la MP, en particulier ceux qui sont d'un âge plus avancé lors de l'apparition de la maladie et sa fréquence augmente avec la durée de la maladie. Maintenant que les patients atteints de la MP vivent plus longtemps, ce problème va devenir un problème de gestion de plus en plus difficile.

Comme avec la psychose, après avoir écarté d'autres troubles médicaux potentiels qui contribuent à la démence (par exemple, le dysfonctionnement de la thyroïde, la carence en vitamine B12), il est généralement recommandé de simplifier les médicaments afin de réduire les effets potentiels indésirables sur le système nerveux central qui accentuent le dysfonctionnement cognitif.

C71 Arrêter les aggravants potentiels :
• Les anticholinergiques. EFNS - niveau B

- L'amantadine, les antidépresseurs tricycliques, les benzodiazépines, la toltérodine et l'oxybutynine. EFNS - niveau C

C72 Le donépézil doit être envisagé pour le traitement de la démence chez les personnes atteintes de la MP. AAN - niveau B

C73 La rivastigmine doit être envisagée pour le traitement de la démence chez les personnes atteintes de la MP ou de la démence avec corps de Lewy. AAN - niveau B

Section 4B

Les troubles du sommeil

Une variété de troubles du sommeil affecte les patients atteints de la MP. Les troubles du sommeil importants chez les personnes atteintes de la MP incluent l'insomnie, la somnolence diurne excessive, les troubles du comportement en sommeil paradoxal et le syndrome des jambes sans repos. Les médecins sont invités à prendre connaissance de la législation de leur province relativement à la conduite automobile chez les patients qui subissent des troubles du sommeil.

C74 Un bilan complet des antécédents du sommeil doit être fait chez les personnes atteintes de la MP qui signalent des troubles du sommeil. NICE - niveau D (PBP)

C75 Une bonne hygiène de sommeil doit être recommandée aux personnes atteintes de la MP avec une perturbation du sommeil et comprend :

- éviter les stimulants (par exemple, le café, le thé, la caféine) au cours de la soirée
- la mise en place d'un schéma régulier de sommeil
- une literie et une température confortables
- la fourniture de dispositifs d'aide, comme un levier de lit ou des rails pour aider la personne à se déplacer et se retourner, ce qui lui permet d'être plus à l'aise
- la restriction de siestes pendant la journée
- des conseils sur l'exercice physique régulier et approprié afin d'induire un meilleur sommeil
- un examen de tous les médicaments et l'évitement de tout médicament qui peut affecter le sommeil ou la vigilance, ou qui peut interagir avec d'autres médicaments (par exemple, la sélégiline, les antihistaminiques, les antagonistes des récepteurs H₂, Les antipsychotiques et les sédatifs). NICE - niveau D (PBP)

C76 Des précautions doivent être prises pour identifier et gérer le syndrome des jambes sans repos (SJSR) et les troubles du comportement en sommeil paradoxal (SP) chez les personnes atteintes de la MP et souffrant de troubles du sommeil. NICE - niveau D (PBP)

C77 Les personnes atteintes de la MP qui s'endorment soudainement doivent être informées de ne pas conduire et d'envisager les risques professionnels. Des efforts doivent être faits pour ajuster leurs médicaments et en réduire la fréquence. NICE - niveau D (PBP)

C78 Le modafinil peut être envisagé pour l'hypersomnolence diurne chez les personnes atteintes de la MP. NICE - niveau D (PBP)

Section 4C

La dysautonomie. Traitement - Considérations générales

La dysautonomie englobe les troubles cardio-vasculaires, gastro-intestinaux, génito-urinaires et de thermorégulation. Les dysautonomies, en particulier l'hypotension orthostatique, la nycturie et la constipation, ont un impact significatif sur la qualité de la vie. Malgré la fréquence et l'ampleur des données factuelles en ce qui concerne les symptômes, les détails concernant leur gestion demeurent flous. En raison de l'absence d'essais contrôlés randomisés pour l'ensemble de ces symptômes, la plupart des recommandations sont basées sur les données de traitement de ces symptômes chez les personnes qui ne sont pas atteintes de la MP.

C79 Les personnes atteintes de la MP doivent être traitées de façon appropriée pour les dysautonomies suivantes :

- le dysfonctionnement urinaire
- la perte de poids
- la dysphagie
- la constipation
- la dysfonction érectile
- l'hypotension orthostatique
- la sudation excessive
- la sialorrhoea. NICE D (PBP)

Les troubles urinaires

Les formes les plus courantes de dysfonctionnement urinaire sont l'urgence, la fréquence et la nycturie. Chez les hommes, l'hypertrophie prostatique doit être écartée. Une évaluation urologique est toujours justifiée si une pathologie autre que la MP est soupçonnée.

C80 Les mesures générales pour le traitement de l'urgence urinaire et l'incontinence incluent notamment d'éviter le café et de limiter l'ingestion de l'eau avant le coucher, etc.

- Ajouter des médicaments anticholinergiques à action périphérique. EFNS (PBP)

La constipation

La constipation peut être présente depuis des décennies avant l'apparition des symptômes parkinsoniens. Toutefois, la dysmotilité chez les personnes atteintes de la MP n'est pas seulement un dysfonctionnement gastro-intestinal (GI) inférieur, mais peut aussi être causée par le ralentissement du temps de transit dans le tractus gastro-intestinal au complet. L'évacuation des selles est également un problème chez de nombreux patients, si les selles sont dures. Encore une fois, les données de bonne qualité font défaut pour la plupart des thérapies proposées pour le traitement de la constipation chez les personnes atteintes de la MP.

C81 Pour les problèmes de motilité gastro-intestinale chez les personnes atteintes de la MP :

- appliquer des mesures générales pour le traitement de la constipation. Il s'agit notamment de l'alimentation, des

- laxatifs, réduire ou supprimer les médicaments ayant une activité anticholinergique. EFNS (PBP)
- Ajouter la dompéridone. EFNS - niveau B

L'hypotension orthostatique

Les causes principales de l'hypotension orthostatique comprennent : un apport alimentaire inadéquat en fluides, les effets secondaires des médicaments généraux tels que les antihypertenseurs, les antidépresseurs, les diurétiques, les autres affections médicales telles que la dysfonction cardiaque, la neuropathie diabétique, la dysautonomie de la MP et les effets secondaires de tous les médicaments contre la MP, en particulier les agonistes dopaminergiques. Un brassard de prise de tension à domicile pour le suivi est souvent utile pour documenter la gravité des symptômes orthostatiques et l'heure à laquelle ils surviennent.

C82 Pour l'hypotension orthostatique, les mesures générales doivent inclure :

- éviter les facteurs aggravants tels que les gros repas, l'alcool, l'exposition à un environnement chaud et les médicaments connus pour provoquer une hypotension orthostatique, comme les diurétiques et les médicaments antihypertenseurs. Les agonistes dopaminergiques et la lévodopa peuvent également provoquer l'hypotension orthostatique

- l'augmentation de l'apport en sel pour combattre l'hypotension orthostatique symptomatique
- l'inclinaison du lit pour maintenir la tête élevée la nuit
- porter des bas de contention
- mettre en évidence les effets postprandiaux. Chez certains patients, l'hypotension se produit uniquement après le repas. Avertir le patient de ces effets et lui recommander de prendre de petits repas fréquents peut être utile. EFNS (PBP)

C83 La thérapie médicamenteuse pour l'hypotension orthostatique serait la suivante :

- ajouter la midodrine EFNS - niveau A
- ajouter le fludrocortisone EFNS (PBP)

La dysfonction érectile

En plus de la dysautonomie causée par la MP, le dysfonctionnement d'humeur, les troubles de motricité et les effets secondaires des médicaments peuvent également y contribuer de manière significative.

C84 Pour le traitement de la dysfonction érectile chez les personnes atteintes de la MP, ajouter le sildénafil. EFNS - niveau A

Pour une liste complète des références utilisées pour élaborer les lignes directrices, voir www.parkinsonguideclinique.ca.



Ces lignes directrices sont agréés par la Fédération des Sciences Neurologiques du Canada