



Tutorat 2023-2024



FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

PREFMS CHU DE TOULOUSE

Rédaction 2023-2024

UECP 15 Neurologie, grands
syndromes et pathologies

Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé ni de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne subsiste pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

Rédigé par PERAL MARIE à partir du cours du Dr Louis FONTAINE présenté le 22 novembre 2023.

Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens

I. Syndrome parkinsonien ou maladie de Parkinson ?

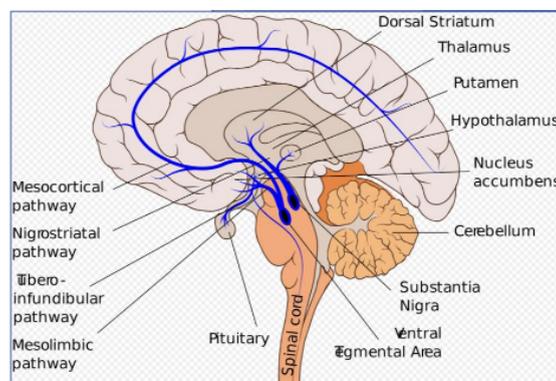
Un syndrome est un ensemble de symptômes orientant le diagnostic vers plusieurs causes possibles. Dans le syndrome parkinsonien, on retrouve notamment des tremblements de repos, une rigidité ainsi qu'une akinésie.

Le syndrome parkinsonien se retrouve le plus souvent dans la Maladie de Parkinson, mais il peut aussi être induit par des neuroleptiques (effets indésirables = iatrogène) ou faire parti des « syndromes parkinsoniens atypiques » (maladies cousines de la maladie de Parkinson) tels que la démence à corps de Lewy, l'atrophie multi systématisée et la paralysie supra nucléaire progressive.

II. Maladie de Parkinson

a. Physiopathologie

La maladie de Parkinson est une maladie chronique (dure plusieurs années) et neuro dégénérative qui détruit progressivement les neurones dopaminergiques, qui sont notamment impliqués dans l'initiation des mouvements volontaires. Au stade le plus tardif de la maladie, il y a une atteinte des autres structures neuronales. La cause de cette maladie est encore inconnue. On sait qu'il y a des facteurs de risque environnementaux (certains pesticides par exemple) et génétiques (seulement 15% des maladies de Parkinson sont en lien avec une mutation génétique transmissible). Dans la majorité des cas, cette maladie est sporadique. Le principal facteur associé à cette maladie est l'âge.



b. Epidémiologie

La maladie de Parkinson touche 2,5 habitants sur 1000 en France, elle débute généralement autour de 60 ans mais peut survenir à tout âge (10% arrivent avant 40 ans). La prévalence augmente avec l'âge, c'est la deuxième cause de handicap moteur chez le sujet âgé.

c. Symptômes et évolution de la maladie

Les 3 symptômes principaux sont appelés la triade parkinsonienne, ils sont unilatéraux au début puis ils deviennent bilatéraux asymétriques :

- Tremblement de repos
- Rigidité
- Akinésie

Les signes non moteurs sont les suivants :

- Troubles cognitifs tardifs (variable ++)
- Troubles comportementaux (hallucination, délire)
- Troubles de l'humeur : apathie, dépression, anxiété

- Dysautonomie (constipation, urgenteries, et hypotension orthostatique tardives)
- Troubles du sommeil et de la vigilance

1) Tremblements

Ils ont lieu au repos. Ils sont de faible amplitude, sensibles au stress et ne touchent jamais le chef. Tous les tremblements ne sont pas liés à la maladie ou aux syndromes parkinsoniens (ex : tremblement essentiel).

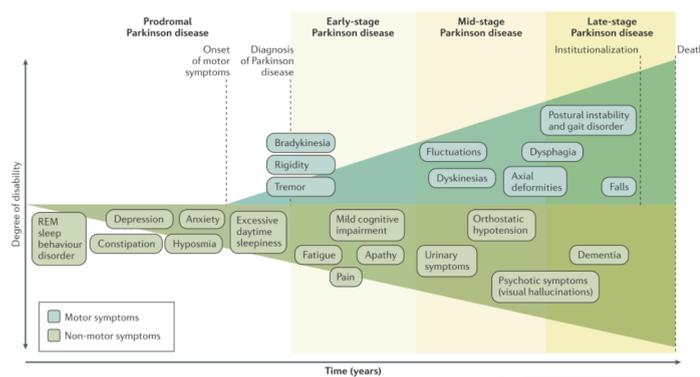
2) Akinésie

L'akinésie se définit par un trouble du contrôle du mouvement. C'est un problème d'exécution des gestes fins, précis, alternatifs et rapides (se laver, s'habiller, se raser, se tourner dans le lit, se déplacer, écrire...). Exemple : la micrographie (réduction de l'amplitude de l'écriture, qui devient de moins en moins lisible).



3) Rigidité

Elle se manifeste par une attitude générale de flexion, une déviation axiale ainsi que des douleurs (crampes, crispation...).



L'évolution des signes moteurs se manifeste par une marche à petits pas, une festination (tendance à l'accélération), un freezing (blocage moteur, le patient a du mal à décrocher les pieds du sol) et une trouble de la posture et de l'équilibre.

L'évolution de la maladie de Parkinson se manifeste par une aggravation lente et progressive : phase diagnostic / phase de bon contrôle des signes moteurs / phase des complications motrices liées au traitement / phase de déclin (dysarthrie, dysphagie troubles de la marche, chutes ++, troubles cognitifs et comportementaux, démences (30% en moyenne) et signes dysautonomiques tardifs).

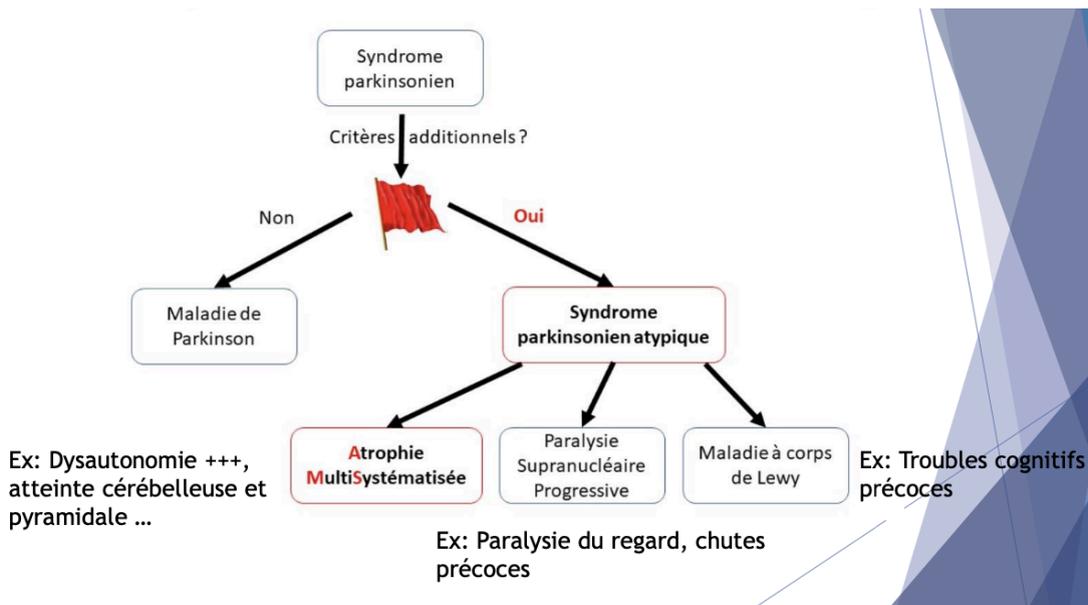
d. Diagnostic et diagnostics alternatifs : syndromes parkinsoniens atypiques

Il n'y a pas d'examen complémentaires nécessaires si le profil de la maladie est typique, c'est-à-dire :

- Qu'il y a un syndrome parkinsonien asymétrique au stade initial
- Que la maladie débute après 40 ans
- Qu'il y a une absence de « drapeau rouge » avant 3 ans d'évolution
- Que la réponse initiale au traitement dopaminergique est excellente

Le « drapeau rouge » englobe les signes cliniques qui doivent faire évoquer une autre cause que la maladie de Parkinson : non réponse initiale au traitement dopaminergique, troubles cognitifs précoces, troubles posturaux et chutes précoces, dysautonomie intense et précoce, atteinte cérébelleuse, atteinte pyramidale, paralysie du regard.

Les syndromes parkinsoniens atypiques :



e. Principes thérapeutiques de la maladie de Parkinson

Le traitement vise à restaurer la transmission dopaminergique, il varie en fonction du stade de la maladie. Les traitements de première ligne sont instaurés au diagnostic de la maladie : L-DOPA (dopamine), agonistes dopaminergiques (mime de la dopamine), IMAO-B (inhibe la destruction de la dopamine). Les traitements de deuxième et troisième ligne, instaurés lorsque les traitements de première ligne sont inefficaces ou mal tolérés (à un stade plus tardif). L'efficacité motrice des traitements est très importante.

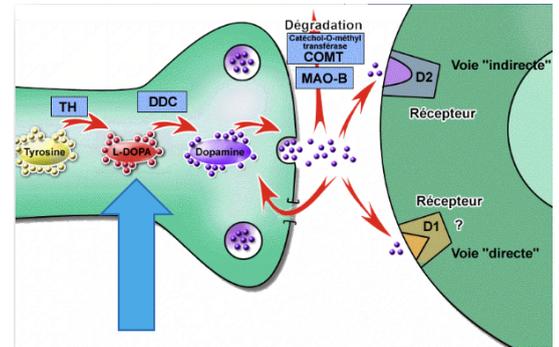
Les différents traitements	
L-Dopa : Comprimés et gélules Standard, dispersible Libération prolongée	L-Dopa + bensérazide, Modopar® L-Dopa + carbédopa, Sinemet®
Agonistes dopaminergiques: Comprimés standards Libération prolongée Patchs dermiques Injection ou perfusion sous cutanée	Bromocriptine, Parlodel®, Bromokin® Ropinirole, Requip® Pramipexole, Sifrol® Piribédil, Trivastal® Rotigotine, Neupro® Apomorphine, Apokinin®
IMAO-B : Comprimés	Sélégiline, Deprenyl®, Rasagiline Azilect®
ICOMT : Comprimés	Entacapone, Comtan® Entacapone + L-Dopa, Stalevo® Tolcapone, Tasmar®
Autres Comprimés, gélules	Anticholinergiques : Trihexyphénidyle, Artane®, Parkinane®
	Amantadine, Symmetrel®, Mantadix®

(Liste pas à connaître)

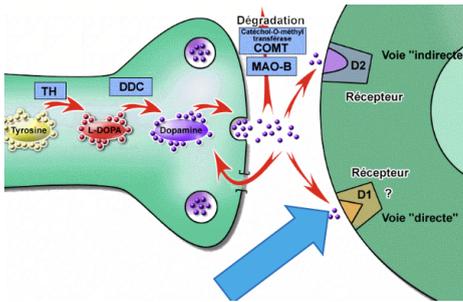
1) LEVODOPA

Transformée en Dopamine (L-Dopa). Les effets indésirables sont la somnolence et l'attaque de sommeil, l'hypotension orthostatique, les nausées, vomissements...

A moyen terme : fluctuations motrices et dyskinésies.



2) Agonistes dopaminergiques



Ils miment l'action de la dopamine. Les effets indésirables sont les mêmes que le LEVODOPA, mais les fluctuations motrices et dyskinésiques sont plus rares. Les troubles psychiques sont fréquents. (Première intention chez la personne jeune). Ils peuvent être responsables d'une hypersexualité (2 à 8%, de la majoration de la libido à des comportements sexuels déviants), une hyperactivité et une créativité (souvent nocturne = insomnies nocturnes avec « occupations », bricolage intensif, jardinage, pêche... impossibilité de rester inactif), du grignotage, une addiction aux jeux et aux achats. Il faut informer et surveiller les patients prenant ce traitement.

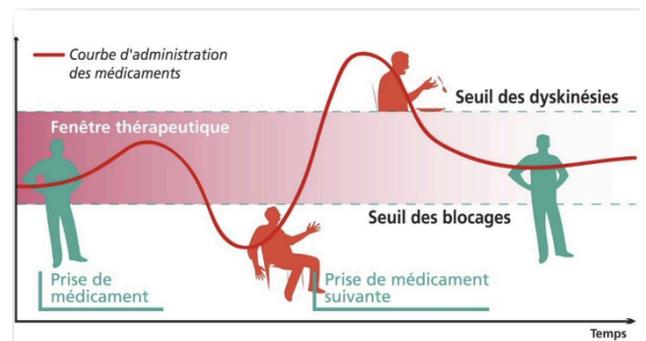
Il faut informer et surveiller les patients prenant ce traitement.

3) L'évolution du traitement

Plus la maladie progresse, plus le déficit dopaminergique se majore. Il faut ajouter de la dopa, augmenter les doses et les fréquence des prises (1 prise toutes les 2 à 3h).

4) Complications du traitement

Lorsque le patient a un bon taux de dopamine, il se sent bien et n'a pas de symptômes, il est dans la fenêtre thérapeutique. Si le taux de dopamine diminue et passe en dessous du seuil de stockage et voit réapparaître les symptômes, c'est ce qu'on appelle la période OFF. Si les doses sont trop élevées, le patient passera au-dessus de la fenêtre thérapeutique et souffrira de dyskinésies (trop plein de mouvement).



Il y a 3 alternatives aux traitements de deuxième et troisième ligne :

- Stimulation cérébrale profonde : on met des électrodes dans le cerveau du patient où se trouvent les neurones dopaminergiques, ces électrodes vont les stimuler en permanence à un rythme défini pour favoriser la libération de dopamine.
- Pompe à apomorphine : injection en permanence par voie sous-cutanée d'un analogue de la dopamine permettant d'éviter les fluctuations du taux de dopamine.
- Duo dopa (=LEVODOPA) : on l'administre en permanence par une pompe mais cette fois-ci par le tube digestif, ce qui nécessite de faire une gastrostomie au niveau du jéjunum pour y insérer un tube relié à la pompe.

5) Quel traitement choisir ?

Le traitement se choisit en fonction de plusieurs facteurs :

- Le patient : antécédents et comorbidités, l'âge, le niveau socio-culturel, le mode de vie (soutien social et familial). Plus le patient est autonome dans son quotidien et soutenu, plus il adhère au traitement.
- Les attentes : si elles sont réalisables, les risques, les contraintes et les effets indésirables sont intégrés.
- Les souhaits dépendent des informations reçues et des croyances.
- Les capacités à coopérer : la possibilité d'être réévalué régulièrement et l'autonomisation vis-à-vis du traitement.

6) Prise en charge non médicamenteuse

Il y a une prise en charge non médicamenteuse multidisciplinaire. Les patients nécessitent une éducation thérapeutique. Ils sont pris en charge par un orthophoniste, car il y a une dysarthrie et des troubles de la déglutition. Il y a une prise en charge par un kinésithérapeute pour la lutte contre la spasticité, le travail et de la marche et de l'équilibre. Il faut également prendre en charge les troubles cognitifs et comportementaux (hospitalisation de répit). L'aide aux aidants des patients est également très importante (épuisement des aidants ++).

III. Conclusion

- Triade parkinsonienne : tremblement de repos - akinésie - rigidité plastique.
- La maladie de Parkinson est une maladie chronique, neurodégénérative, liée à une destruction des neurones dopaminergiques.
- Le diagnostic clinique : excellente réponse initiale à la dopamine, pas de traitement neuroleptique, pas de « drapeau rouge ».
- Autres causes du syndrome parkinsonien : neuroleptiques, maladies / démences à corps de Lewy...
- Le traitement initial se fait par dopamine ou agoniste dopaminergique. Il y a ensuite des traitements de seconde et troisième ligne.

QCM 1 : à propos de la maladie de Parkinson :

- A. Elle est la première cause de syndrome parkinsonien
- B. Elle est due à la prise de neuroleptiques
- C. Il s'agit d'une pathologie aiguë
- D. Il s'agit d'une dégénérescence de l'ensemble des neurones du cerveau
- E. On observe typiquement une paralysie du regard à la phase initiale de la maladie

QCM 2 : à propos des symptômes de la maladie de Parkinson :

- A. Il existe une rigidité plastique
- B. Il existe un tremblement de repos
- C. Il existe une akinésie
- D. Un trouble cognitif précoce doit faire évoquer un syndrome parkinsonien atypique
- E. Une gêne à l'écriture peut révéler la maladie

QCM 3 : à propos des syndromes parkinsoniens atypiques :

- A. Des chutes précoces orientent vers un syndrome parkinsonien atypique
- B. Une akinésie précoce oriente vers un syndrome parkinsonien atypique
- C. Une bonne réponse initiale au traitement dopaminergique est en faveur d'un syndrome parkinsonien atypique
- D. L'atrophie multisystématisée est une cause de syndrome parkinsonien atypique
- E. Un tremblement de repos unilatéral à la phase initiale de la maladie est en faveur d'un syndrome parkinsonien atypique

QCM 4 : à propos des traitements de la maladie de Parkinson :

- A. La stimulation cérébrale profonde est souvent utilisée à la phase initiale de la maladie
- B. La Duodopa permet de libérer de la dopamine en continu au site d'absorption
- C. La Levodopa fait partie des traitements de première ligne
- D. Les agonistes dopaminergiques peuvent être responsables de conduites pathologiques
- E. Les dyskinésies sont des effets indésirables des traitements dopaminergiques

QCM 5 : à propos de la maladie de Parkinson :

- A. Sa prévalence augmente avec l'âge
- B. C'est une maladie génétique
- C. Elle est aussi fréquente à 20 ans qu'à 60 ans

D. Le diagnostic repose sur l'IRM

E. Dysarthrie, dysphagie et troubles posturaux sont précoces dans l'évolution de la maladie

Les réponses vraies sont :

QCM 1 : A

QCM 2 : ABCDE

QCM 3 : AD

QCM 4 : BCDE

QCM 5 : A