

Symptômes non moteurs de la maladie de Parkinson

Fabio Baronti^a, Toni Schmid^b

^a KLINIK BETHESDA, Neurorehabilitation, Parkinson-Zentrum, Epileptologie, Tschugg

^b Allgemeine Medizin FMH, Gampelen

Quintessence

- Pratiquement tous les parkinsoniens développent des symptômes non moteurs, et il n'est pas rare qu'ils puissent être la cause d'une invalidité significative. Ces problèmes ne sont malheureusement pas améliorés par le traitement dopaminergique.
- La première chose à faire doit toujours être une évaluation critique du traitement antiparkinsonien: sa réduction peut atténuer confusion, psychose, orthostatisme et certains problèmes de sommeil. Une augmentation des doses peut par contre améliorer dépression, douleurs, syndrome des jambes sans repos et quelques problèmes de sommeil.
- Chez ces patients souvent polymorbides, il faut également tenir compte des effets indésirables et interactions de la comédication. Et ceci surtout pour les problèmes cognitifs, l'orthostatisme, la constipation ou l'hyposexualité.
- Les avantages d'une RTUP doivent être pesés de manière critique chez les parkinsoniens.
- Les indices de somnolence diurne doivent toujours être pris au sérieux.
- Si des neuroleptiques sont envisagés il ne faut administrer que la clozapine et la quétiapine à faibles doses.
- Les troubles vésicaux et l'orthostatisme peuvent souvent être bien traités pharmacologiquement. Certains patients auront malgré tout besoin de moyens auxiliaires (couche, sonde, bas de compression, etc.).
- Une recherche systématique de ces problèmes non moteurs sur questionnaires spécifiques peut être très utile.



Fabio Baronti

Les auteurs ne déclarent aucun soutien financier ni d'autre conflit d'intérêt en relation avec cet article.

Bien que la maladie de Parkinson ait été considérée pendant de nombreuses années comme un trouble purement moteur, il faut actuellement porter une attention de plus en plus soutenue à ses nombreux symptômes non moteurs. Du fait que ces problèmes ne sont pas dus à un manque de dopamine, ils ne sont pratiquement pas améliorés par les traitements courants (dopaminergiques). L'importance des dépressions, douleurs, troubles du sommeil et autonomes augmente avec l'évolution de la maladie. Aux stades avancés, ces symptômes non moteurs sont effectivement la cause d'une invalidité significative: une psychose ou une démence par ex. augmente les admissions dans les homes et même la mortalité.

Certains symptômes non moteurs peuvent (doivent!) être améliorés par des mesures appropriées. C'est dans ce but que l'American Academy of Neurology (AAN) a publié des recommandations thérapeutiques avec révi-

sion critique de la littérature existante. Seules de rares mesures peuvent actuellement être considérées comme basées sur des preuves. Mais précisons bien que l'absence de preuves d'efficacité ne signifie pas nécessairement absence d'efficacité: disons simplement que trop peu d'études ont été effectuées pour examiner les stratégies thérapeutiques des symptômes non moteurs. Quelques-unes des recommandations et réflexions ci-dessous ne sont donc pas soutenues par la littérature.

Symptôme psychiatrique le plus fréquent: dépression

Il est estimé qu'au moins 40% des parkinsoniens souffrent de dépressions – et ceci souvent assez tôt dans l'évolution de leur Parkinson. La dépression ne s'explique qu'en partie comme une réaction au diagnostic et aux changements psychosociaux qui s'ensuivent. Plusieurs arguments indiquent que la dépression pourrait aussi avoir une cause organique. Les deux composantes (organique et réactionnelle) sont corrigées par l'optimisation du traitement antiparkinsonien: il faut toujours viser une diminution de la période off. Une généreuse planification temporelle dans la communication du diagnostic et l'implication des partenaires sont également importantes.

Les antidépresseurs sont nécessaires dans la plupart des cas. Selon les directives de l'AAN, seul l'effet de l'amitriptyline est prouvé dans le Parkinson et il n'y a aucune étude contrôlée pour les autres substances. Comment faire? Une possibilité est de prendre en compte les effets indésirables. Les antidépresseurs tricycliques peuvent être préférés en présence d'un tremor, d'un hyperpyralisme ou d'une hyperréflexie du détrusor. Si par contre un effet anticholinergique n'est pas souhaité (orthostatisme, constipation, arythmies, glaucome et surtout situation cognitive labile) ce sont les ISRS qui auront la préférence; mais il faut alors tenir compte de la rare possibilité d'aggravation de la symptomatologie du Parkinson. Les antidépresseurs à effet anxiolytique sont également utilisés avec de bons résultats contre les troubles anxieux, pas rares chez les parkinsoniens. Les interventions médicamenteuses peuvent être accompagnées d'un soutien psychothérapeutique.

Hallucinations et psychose

Les hallucinations et symptômes psychotiques peuvent être soit des effets indésirables des antiparkinsoniens

soit dus à la maladie-même. Dans la maladie à corps de Lewy, ils en marquent l'évolution d'emblée. Le cas particulier du syndrome de dysrégulation de la dopamine (avec troubles comportementaux tels que tendance pathologique aux achats ou jeux, à l'abus de médicaments, hypersexualité et autres manifestations, hypomanie) a déjà été décrit dans un précédent numéro de SMF (2012; 12(6):114–8).

Tous ces symptômes psychotiques doivent être traités en raison de leurs conséquences psychosociales potentiellement très graves. Il est indispensable d'arrêter les agonistes dopaminergiques et si cela ne suffit pas de passer à une monothérapie par lévodopa, en renonçant aux spécialités retard et à l'association aux inhibiteurs de la COMT. Si la détérioration de la mobilité qui en résulte est inacceptable, il faut avoir recours aux neuroleptiques (uniquement clozapine ou quétiapine) à très faibles doses. Les arguments en faveur de la clozapine sont les plus forts, mais à cause des contrôles réguliers de la formule sanguine qu'elle impose c'est assez souvent la quétiapine qui a la préférence. Nous insistons sur le fait que l'administration d'autres neuroleptiques n'est pas recommandée dans le Parkinson.

Démence

La manifestation de symptômes démentiels n'est malheureusement pas rare dans l'évolution du Parkinson, la démence est même en général déjà présente lors de la pose du diagnostic dans le cas particulier de la maladie à corps de Lewy. Les conséquences d'une démence sur la qualité de vie du patient et de ses proches/soignants sont toujours destructrices. Que faire? Il faut tout d'abord faire l'analyse critique de la pharmacothérapie en cours, et toujours interrompre les anticholinergiques par ex., simplifier le traitement antiparkinsonien et viser une monothérapie par lévodopa à dose minimale. Il est prouvé que la rivastigmine peut améliorer les fonctions cognitives (et peut-être même les hallucinations éventuellement présentes). Le donépézil peut lui aussi avoir un effet positif sur la démence parkinsonienne. Mais l'effet de ces substances est malheureusement la plupart du temps modeste et il ne faut pas négliger l'éventuelle augmentation de la symptomatologie du tremor.

Dysautonomie

Des troubles très marqués du système nerveux autonome sont typiques des parkinsonismes dégénératifs et notamment de l'atrophie multisystématisée (AMS). Mais cela n'est pas tout à fait correct car en fait l'AMS est caractérisée par l'association variable de parkinsonisme réfractaire au traitement, symptômes cérébelleux, signes pyramidaux et graves troubles autonomes. La plupart des patients ayant un Parkinson idiopathique développent cependant eux aussi une dysautonomie; ce n'est toutefois qu'à un stade tardif qu'elle dominera le tableau clinique.

Faiblesse de la vessie: d'abord diagnostic différentiel

Il a été démontré que la prévalence des troubles mictionnels est significativement plus élevée chez les parkinsoniens (20–60%, en fonction du trouble) que chez leurs contemporains sans Parkinson – et ceci pour les deux sexes. Il s'agit la plupart du temps d'une miction impérieuse avec fréquence mictionnelle accrue dans le cadre d'une hyperréflexie du détrusor. Mais il peut également y avoir une bradykinésie sphinctérienne avec symptômes tels que début de miction difficile, jet faible, problèmes de vidange et impression de vidange vésicale incomplète, posant des difficultés de diagnostic différentiel surtout chez les hommes. L'exclusion d'une infection, la débitmétrie et la mesure du résidu vésical sont toujours recommandées, de même que si nécessaire la collaboration d'un urologue ou d'un gynécologue. Une cystomanométrie et une électromyographie sphinctérienne peuvent être discutées dans quelques cas.

RTUP ou médicaments dans l'hyperplasie prostatique?

Une hyperplasie discrète de la prostate peut généralement être traitée avec succès par α -bloquants et inhibiteurs de l' α -réductase. Le bénéfice d'une opération est par contre controversé, car nous savons depuis 20 ans déjà qu'une résection transurétrale de la prostate (RTUP) peut paradoxalement augmenter la prévalence de l'incontinence chez les parkinsoniens. L'opération est-elle donc contre-indiquée? Selon cette étude oui, mais seulement s'il y a en plus de l'hyperréflexie du détrusor une dyssynergie détrusor-sphincter. Ce qui veut dire qu'une grande prudence n'est de rigueur que chez les patients AMS.


La composante neurologique des troubles vésicaux se traite en général par anticholinergiques «périphériques». Malgré le risque de déclenchement (ou d'accentuation) de problèmes cognitifs, il pourrait valoir la peine de recourir à des substances moins lipophiles (par ex. trospium) ou ayant une moins bonne affinité pour les récepteurs M1 centraux (darifénacine). Mais il a été observé ici ou là que le bon effet de ces médicaments se perd après quelques semaines déjà – avec dans certains cas même une aggravation. Il faut ici absolument mesurer le résidu vésical pour exclure l'effet indésirable pas si rare qu'est l'atonie du détrusor avec incontinence par regorgement.

Les résultats de récentes études montrent que les injections de toxine botulique dans le détrusor peuvent aussi avoir un effet positif. L'instillation intranasale de desmopressine le soir peut elle aussi avoir une influence positive sur la nycturie; mais il ne faut pas négliger le risque de rétention hydrique et d'hyponatrémie, avec confusion subséquente. De nombreux patients traités par desmopressine sont gênés par une polyurie au petit-matin. Toutes les mesures pharmacologiques doivent être accompagnées d'un apprentissage de stratégies comportementales (pas de boissons contenant caféine, théine

ou alcool le soir; vidanges préventives régulières de la vessie, etc.). Si toutes ces mesures ne permettent pas d'atteindre leur but, il est indispensable de poser une sonde (de préférence condom urinaire externe) ou de faire porter des couches.

Problèmes sexuels: toujours tabous

Les problèmes sexuels sont fréquents, leur prévalence est de 30–85% selon les études. Ils ne sont cependant que rarement explicités. Est généralement présente une diminution de l'appétit sexuel, de la fréquence et de la qualité de l'orgasme. Les hommes se plaignent d'une dysfonction érectile ou d'un mauvais contrôle de l'éjaculation, et les femmes d'une diminution de leur sensibilité vaginale ou d'un vaginisme, avec parfois incontinence urinaire pendant les rapports. Ces troubles s'expliquent en partie par l'absence d'effet de la dopamine dans les régions du cerveau contrôlant le comportement sexuel. Mais ils sont pour la plupart la conséquence d'une moins bonne mobilité, d'une perte de l'image sexuelle et de la dépression: il est donc recommandé d'optimiser le traitement antiparkinsonien et éventuellement celui de la dépression.

Il faut également penser à un éventuel manque de testostérone chez l'homme: sa correction le cas échéant donnera d'excellents résultats. Il ne faut finalement pas oublier que de nombreuses substances que prennent souvent en grandes quantités ces patients polymorbides peuvent provoquer une hyposexualité (tab. 1 ). La question est alors de savoir si le traitement peut ou doit être simplifié.

En l'absence de contre-indication, les inhibiteurs de la phosphodiesterase 5 peuvent corriger la dysfonction érectile. D'autres options sont l'administration intracaverneuse ou intraurétrale de prostaglandine E1, l'administration parentérale d'apomorphine ou les moyens mécaniques tels que prothèses, pompes à vide ou anneaux péniens. Une éventuelle efficacité de la pseudoéphédrine est sporadiquement rapportée contre les troubles éjaculatoires.

Il ne faut pas oublier que les parkinsoniens peuvent aussi présenter une hypersexualité – généralement comme effet indésirable dopaminergique. Elle doit être traitée de la même manière que le syndrome de dysrégulation de la dopamine.

Orthostatisme: analyser les médicaments

Les troubles orthostatiques apparaissent généralement tardivement. Jusqu'à 60% des patients en sont atteints mais seuls 20% sont symptomatiques (voire invalides). Les indications «je vois tout tourner», «je vois tout noir», faiblesse ou vertige sont de fréquents signes de présyncope. En rapport avec l'hypotension, il est également important de reconnaître la douleur dite «en cintre». Le diagnostic est confirmé si 3 minutes après passage de la position couchée à debout la tension artérielle systolique est encore plus basse d'au moins 20 mm Hg et la diastolique de 10 mm Hg. Il n'y a généralement pas d'accélération compensatrice de la fréquence cardiaque. Dans les situations floues, il est possible de demander un tilt-test, une mesure de la variation tensionnelle sous manœuvre de Valsalva ou de l'intervalle tensionnel.

S'il y a orthostatisme il faut si possible arrêter les anti-hypertenseurs, dérivés nitrés, tricycliques et alphabloquants, ou en diminuer la dose. Il est également indiqué de simplifier le traitement antiparkinsonien car ces médicaments, dont surtout les agonistes de la dopamine, peuvent accentuer ou même provoquer une hypotension. Pour en atténuer l'effet, il est possible de donner du Motilium (dompéridone, antidopaminergique périphérique). La correction d'une éventuelle déshydratation est également très importante. Un régime plus salé et l'apprentissage de stratégies comportementales (se lever lentement, pas de bain chaud, petits repas) peuvent être utiles. L'administration de fludrocortisone (attention à l'hypokaliémie), de midrodrine, d'étiléfrine ou d'indométacine (en cas d'hypotension postprandiale) est courante. Mais toutes ces substances peuvent provoquer une hypertension en position couchée. Elle est prévenue par l'administration de pyridostigmine, qui n'augmente que l'activité sympathique réflexe (par ex. au lever) – le tonus sympathique restant inchangé. C'est une indication off-label qui doit absolument être posée par un spécialiste. L'effet des médicaments est malheureusement la plupart du temps modeste, ce qui fait que de nombreux patients ont besoin de moyens mécaniques tels que bas de compression de stade III jusqu'à l'aîne, évt collant de soutien.

Autres troubles dysautonomes

Une baisse de la motilité gastro-intestinale provoque très souvent une *constipation* subjectivement gênante et peut rarement aussi perturber la résorption des médicaments. Activité physique régulière, alimentation riche en substances de lest et surtout hydratation suffisante doivent être encouragées. Le recours au macrogol ou à d'autres laxatifs osmotiques est malgré tout nécessaire dans la plupart des cas, mais avec retenue.

La *fatigue* fait l'objet d'une attention toujours plus grande. Ce symptôme est en majeure partie indépendant des autres symptômes du Parkinson ou de la dépression et n'est donc pratiquement pas corrigé par le traitement standard. Le méthylphénidate peut aider mais il ne faut pas en négliger le risque d'abus.

L'*hyperptyalisme* est indirectement provoqué par un trouble de la déglutition. La production de salive n'est pas

Tableau 1

Substances pouvant perturber la fonction sexuelle.

Alcool, fumée, marijuana, opioïdes, barbituriques
Antiandrogènes, œstrogènes, analogues de la LHRH
α- et β-bloquants, antagonistes du Ca, inhibiteurs de l'ECA, clonidine, réserpine, thiazides, spironolactone
Antidépresseurs (ISRS +), benzodiazépines
Anticholinergiques
Cimétidine
Indométacine
Baclofène

augmentée mais l'inhibition des glandes salivaires par anticholinergiques peut atténuer ce problème. Ces médicaments sont cependant mal tolérés; une logothérapie avec apprentissage de la déglutition n'a par contre aucun effet indésirable.

Il n'y a malheureusement aucun traitement efficace des problèmes tels que *séborrhée* et *sudation profuse*, exception faite des mesures de soins et d'hygiène de vie.

Les *œdèmes jambiers* sont souvent un effet indésirable des agonistes de la dopamine et se corrigent après leur diminution. Ne restent sinon plus que les mesures symptomatiques.

Symptômes sensoriels

Les troubles sensoriels sont fréquents dans le Parkinson. Presque tous ces patients ont des troubles de l'odorat souvent des années avant la manifestation des symptômes moteurs, qui ne sont que peu gênants en pratique et donc pratiquement pas ressentis. Il n'y a malheureusement aucune mesure efficace là-contre. Nous pouvons par contre atténuer les autres symptômes.

Douleurs: adapter les antiparkinsoniens


Dans une étude de l'Université de Lausanne, les $\frac{2}{3}$ de presque 400 patients se sont plaints de douleurs, présentes au début de la maladie déjà chez 25%. Mais à l'âge où éclosent habituellement les troubles parkinsoniens, les douleurs ne sont pas une rareté. Quelles douleurs sont-elles dues à la maladie? Sont certainement typiques du Parkinson les contractures jambières en crampe, prolongées, avec position en griffe des orteils, dont souffrent certains patients tôt le matin ou pendant la journée lorsque diminue l'effet des médicaments (fig. 1 ). Ces dystonies algiques sont généralement



Figure 1

Les contractures des mollets avec position en griffe des orteils apparaissent souvent au petit-matin.

atténuées par l'adaptation ciblée des médicaments, par ex. prises plus fréquentes, spécialités retard ou inhibiteurs de la COMT. S'ils se manifestent par contre sans crier gare, l'administration parentérale d'apomorphine les atténuera rapidement.

Il vaut toujours la peine d'optimiser les antiparkinsoniens – même si les dystonies ne sont pas au premier plan: corriger le tonus musculaire, la position, la mobilité et une éventuelle contrainte articulaire sous l'effet des dyskinésies a aussi un effet analgésique. Les antiparkinsoniens peuvent également avoir un effet analgésique direct. Il est prouvé que le seuil de la douleur est plus bas chez les parkinsoniens et qu'il se normalise sous administration de lévodopa.

Les douleurs neurogènes et autres troubles neuropathiques, dont paresthésies, peuvent être atténués par les tricycliques (dont les effets indésirables ont déjà été

Tableau 2

Epworth Sleepiness Scale.

Les patients sont priés de répondre à la question suivante (compte tenu de leur vie normale ces derniers temps): «Quelle est à votre avis la probabilité dans chacune des situations suivantes que vous vous assoupissiez ou vous vous endormiez, que vous ne vous sentiez donc pas seulement fatigué?» Les réponses possibles sont:

- 0 = aucune probabilité de m'assoupir
- 1 = très faible probabilité de m'assoupir
- 2 = moyenne probabilité de m'assoupir
- 3 = forte probabilité de m'assoupir

Un total de plus de 9 points témoigne d'une situation méritant une intervention.

Situation	Probabilité de s'assoupir
Lire assis	
Regarder la télévision	
Etre assis passivement (comme auditeur) en public (par ex. au théâtre ou à une conférence)	
Etre passager en voiture pendant un trajet d'une heure sans pause	
S'étendre l'après-midi pour se reposer	
Etre assis et discuter avec quelqu'un	
Etre assis tranquillement après le dîner (sans alcool)	
Etre conducteur d'une voiture et devoir attendre quelques minutes à cause du trafic	
Total	

Tableau 3

Non-Motor Symptom assessment scale for Parkinson's Disease.

Symptoms assessed over the last month. Each symptom scored with respect to:

Severity: 0 = None; 1 = Mild: symptoms present but caused little distress or disturbance to patient; 2 = Moderate: some distress or disturbance to patient; 3 = Severe: major source of distress or disturbance to patient.

Frequency: 1 = Rarely (<1/wk); 2 = Often (1/wk); 3 = Frequent (several times per week); 4 = Very frequent (daily or all the time)

Domains will be weighed differentially. Yes/No answers are not included in final frequency x severity calculation.

(Bracketed text in questions within the scale is included as an explanatory aid.)

	Severity	Frequency	Frequency x Severity
Domain 1: Cardiovascular including falls			
1. Does the patient experience light-headedness, dizziness, weakness on standing from sitting or lying position?			
2. Does the patient fall because of fainting or blacking out?			
Score			
Domain 2: Sleep/fatigue			
3. Does the patient doze off or fall asleep unintentionally during daytime activities? (For example, during conversation, during mealtimes, or while watching television or reading)			
4. Does fatigue (tiredness) or lack of energy (not slowness) limit the patient's daytime activities?			
5. Does the patient have difficulties falling or staying asleep?			
6. Does the patient experience an urge to move the legs or restlessness in legs that improves with movement when he/she is sitting or lying down inactive?			
Score			
Domain 3: Mood/Cognition			
7. Has the patient lost interest in his/her surroundings?			
8. Has the patient lost interest in doing things or lack of motivation to start new activities?			
9. Does the patient feel nervous, worried or frightened for no apparent reason?			
10. Does the patient seem sad or depressed or has he/she reported such feelings?			
11. Does the patient have flat moods without the normal "highs" and "lows"?			
12. Does the patient have difficulty in experiencing pleasure from their usual activities or report that they lack pleasure?			
Score			
Domain 4: Perceptual problems/hallucinations			
13. Does the patient indicate that he/she sees things that are not there?			
14. Does the patient have beliefs that you know are not true? (For example, about being harmed, being robbed or being unfaithful)			
15. Does the patient experience double vision? (2 separate real objects and not blurred vision)			
Score			
Domain 5: Attention/Memory			
16. Does the patient have problems sustaining concentration during activities? (For example, reading or having a conversation)			
17. Does the patient forget things that he/she has been told a short time ago or events that happened in the last few days?			
18. Does the patient forget to do things? (For example, take tablets or turn off domestic appliances)			
Score			
Domain 6: Gastrointestinal tract			
19. Does the patient dribble saliva during the day?			
20. Does the patient have difficulty swallowing?			
21. Does the patient suffer from constipation? (Bowel action less than three times weekly)			
Score			
Domain 7: Urinary			
22. Does the patient have difficulty holding urine? (Urgency)			
23. Does the patient have to void within 2 hours of last voiding? (Frequency)			
24. Does the patient have to get up regularly at night to pass urine? (Nocturia)			
Score			

Tableau 3 (suite)

Non-Motor Symptom assessment scale for Parkinson's Disease.

	Severity	Frequency	Frequency x Severity
Domain 8: Sexual function			
25. Does the patient have altered interest in sex? (Very much increased or decreased, please underline)			
26. Does the patient have problems having sex?			
Score			
Domain 9: Miscellaneous			
27. Does the patient suffer from pain not explained by other known conditions? (Is it related to intake of drugs and is it relieved by antiparkinson drugs?)			
28. Does the patient report a change in ability to taste or smell?			
29. Does the patient report a recent change in weight (not related to dieting)?			
30. Does the patient experience excessive sweating (not related to hot weather)?			
Score			
TOTAL SCORE			

Developed by the International Parkinson's Disease Non-Motor Group¹.

mentionnés) ou la prégabaline – ces deux médicaments ayant souvent des effets synergiques. Pour les douleurs musculosquelettiques, il faut penser aux antirhumatismaux et à consulter un spécialiste ou un physiothérapeute.

Plusieurs types d'insomnie

Le sommeil des parkinsoniens est souvent perturbé par la réapparition nocturne des symptômes moteurs, les effets indésirables des médicaments (agitation et cauchemars) ou l'aggravation de l'urgence mictionnelle. Mais ces patients ont souvent un trouble primaire de l'homéostasie du sommeil.

Les troubles du sommeil REM peuvent se manifester plusieurs années déjà avant la manifestation des symptômes moteurs. Les patients se déplacent en suivant leur rêves, avec risque de traumatismes pour eux-mêmes ou d'agression de leur conjoint – ou ce que le partenaire comprend par erreur comme expression d'une agressivité latente, ce qui est plutôt malsain pour le couple. Une suspicion anamnétique peut être confirmée par une polysomnographie. La diminution de la dose vespérale d'antiparkinsoniens ou l'administration de clonazépam peuvent s'avérer utiles. Des observations sporadiques montrent une éventuelle efficacité de la mélatonine; mais souvent le résultat de ces médicaments n'est que partiel et d'autres mesures pratiques (déplacer les objets à risque, chambre à part) restent indispensables.

De nombreux parkinsoniens souffrent d'*insomnie*: l'adaptation des antiparkinsoniens contribue ici de même (augmentation par ex. si akinésie ou tremor, réduction par ex. si agitation). Les benzodiazépines peuvent être utilisées, mais avec prudence (confusion!). Les neuroleptiques ne doivent être utilisés que sur indication claire, et seules la clozapine ou la quétiapine entrent en considération. Mentionnons que de faibles doses d'antidépresseurs tricycliques déjà peuvent donner le résultat escompté (par ex. amitriptyline 10 mg).

Les difficultés d'endormissement peuvent résulter d'un *syndrome des jambes sans repos*. Les patients ressentent le besoin impérieux de faire disparaître la sensation désagréable dans leurs jambes en les faisant bouger. Ces symptômes répondent aux dopaminergiques et une adaptation du traitement procure souvent une atténuation rapide. Les mouvements périodiques des jambes, *PLMS* (periodic limb movements in sleep), qui ne peuvent généralement être objectivés que lors d'une polysomnographie, ne provoquent que rarement des troubles subjectifs. Ils répondent la plupart du temps bien à la lévodopa.

Il est très important de reconnaître tôt la *somnolence diurne*, surtout chez les conducteurs de véhicules automobiles. Elle peut être due à la maladie mais aussi et surtout être un effet médicamenteux indésirable. Les agonistes de la dopamine pramipexol et ropinirol notamment peuvent en être la cause et doivent être supprimés le cas échéant. Le modafinil peut avoir un effet positif, mais essentiellement subjectif, et doit être envisagé de manière critique. Une analyse de la situation par un spécialiste est éventuellement indiquée.



La suspicion de *syndrome des apnées du sommeil* doit être précisée et si ce syndrome est confirmé il doit être traité par CPAP.

Conclusion

Les symptômes non moteurs de la maladie de Parkinson sont la partie immergée de l'iceberg et ne s'amendent malheureusement pratiquement pas sous l'effet des médicaments antiparkinsoniens usuels. Malgré cela, de

¹ Goetz CG, Tilley BC, Shaftman SR, Stebbins GT, Fahn S, Martinez-Martin P, et al. Movement Disorder Society-sponsored revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS): Scale presentation and clinimetric testing results. *Mov Disord.* 2008;23:2129–70.

très nombreuses mesures procurent une atténuation mais il s'agit d'évaluer individuellement les interventions pharmacologiques nécessaires, de même que leurs effets indésirables et interactions. Le recours à des mesures non médicamenteuses offre en outre souvent un grand bénéfice.

Ces troubles ne sont malheureusement que très peu ou même pas du tout abordés car le temps manque pour la consultation. Les échelles que le patient ou ses proches peuvent remplir en salle d'attente déjà sont recommandées dans cette intention. L'EDSS (tab. 2 ) est particulièrement précieuse pour le dépistage d'une somnolence diurne. Des échelles de diagnostic des symptômes moteurs (tab. 3 ) ont récemment été traduites en allemand et validées. Nous devrions toujours plus souvent utiliser ces instruments: un traitement efficace n'est en effet possible que si ses objectifs peuvent être clairement fixés.

Correspondance:

Dr Fabio Baronti
KLINIK BETHESDA
CH-3233 Tschugg
[baronti.f\[at\]klinik-bethesda.ch](mailto:baronti.f[at]klinik-bethesda.ch)

Références supplémentaires

- Aarsland D, Larsen JP, Tandberg E et al. Predictors of nursing home placement in Parkinson's disease: a population-based, prospective study. *J Am Geriatr Soc.* 2000;48:938-42.
- Shulman LM, Taback RL, Rabinstein AA, Weiner WJ. Non-recognition of depression and other non-motor symptoms in Parkinson's disease. *Parkinsonism Related Disord.* 2002;8:193-7.
- Miyasaki JM, Shannon K, Voon V et al. Practice parameter: Evaluation and treatment of depression, psychosis and dementia Parkinson disease (an evidence-based review). Report of the Quality Standard Subcommittee of American Academy of Neurology. *Neurology.* 2006;66:996-1002.
- Zesiewicz TA, Sullivan KI, Arnulf I et al. Practice parameter: Treatment of nonmotor symptoms of Parkinson disease. Report of the Quality Standard Subcommittee of American Academy of Neurology. *Neurology.* 2010;74:924-31.
- Storch A, Odin P, Trender-Gerhard I et al. Non-motor Symptoms Questionnaire und Scale für das idiopatische Parkinson-Syndrom. Interkulturell adaptierte Versionen in deutscher Sprache. *Nervenarzt.* 2010; 81:980-5.