

INFO - DOC

« Maladie de PARKINSON du sujet âgé »

Dans la Revue de Gériatrie, Tome 34 le supplément A au n°1 – Janvier 2009 aborde ce sujet en trois axes :

- Aspects généraux
- La démence parkinsonienne
- Troubles psycho-comportementaux

✚ Aspects généraux :

La maladie de Parkinson du sujet âgé. Généralités et diagnostic différentiel.

La maladie de Parkinson du sujet âgé se caractérise classiquement par une prédominance des signes cliniques moteurs axiaux (posture, équilibre, marche) et au plan non moteur par la plus grande fréquence des troubles cognitifs.

L'incidence de la maladie diminue à partir de 75 ans et ne modifie pas l'espérance de vie mais peut générer de lourds handicaps et dégrader la qualité de vie. La prise en charge pose par ailleurs des problèmes spécifiques, compliqués par l'existence fréquente de co-morbidités.

Auteur correspondant : Dr Jean-Philippe Azulay – Hôpital de la Timone – Marseille

E-mail : jean-philippe.azulay@ap-hm.fr

Spécificités gériatriques de la maladie de Parkinson.

Il existe de nombreuses spécificités de la maladie de Parkinson en milieu gériatrique. Sa prise en charge doit notamment prendre en compte les symptômes non moteurs et les comorbidités.

Les thérapeutiques dopaminergiques, les médicaments symptomatiques, la kinésithérapie ou l'orthophonie doivent être optimisées malgré les difficultés d'évaluation du handicap par manque d'évaluation ou d'information. La fin de vie du malade peut être particulièrement inconfortable pour le patient et son entourage. La souffrance du patient peut être moins expressive à cause de l'akinésie et des troubles cognitifs et nécessite d'être soulagée efficacement.

Auteur correspondant : Dr Christian Geny . CHU de Montpellier

E-mail : c.geny@chu-montpellier.fr

Prise en charge thérapeutique : médicaments à prescrire et médicaments à éviter.

Dans la maladie de Parkinson du sujet âgé, qu'il s'agisse d'une forme « vieillie » ou d'une forme de début tardif, la problématique commune liée au grand âge restée par les comorbidités et les conditions médico-sociales : elle justifie la L-Dopa comme traitement de première intention des troubles moteurs à la posologie minimale efficace, en associant de façon mesurée les traitements des troubles non moteurs, sans négliger la place importante de la prise en charge rééducative.

Une attention particulière doit être portée sur les médicaments à éviter, de façon absolue s'agissant des neuroleptiques et de façon relative s'agissant des anticholinergiques. L'évaluation des symptômes et de la réponse aux traitements doit être fortement recommandée et justifiera, le cas échéant, le recours à des interventions spécialisées neurologiques.

*Auteur correspondant : Dr François Viallet, Service de neurologie, CH du Paix d'AIX
E-mail : fviallet@ch-aix.fr*

✚ La démence parkinsonienne

Epidémiologie des troubles cognitifs et de la démence dans la maladie de Parkinson

Le risque de survenue d'une démence dans la maladie de Parkinson est 5 à 6 fois plus élevé que dans la population générale du même âge.

Les facteurs de risque principaux sont l'âge, et la sévérité du syndrome extrapyramidal.

*Auteur correspondant : Dr Hervé Guinot, cabinet de neurologie –Marseille
E-mail : Hguinot@aol.com*

Evaluation des troubles cognitifs dans la maladie de Parkinson.

L'évaluation cognitive des patients atteints de MP est réalisable en pratique quotidienne à l'aide de simples tests simples. Le MMS, le test de l'horloge, la fluence verbale sémantique catégorielle, la reproduction de séquences motrices, le GoNoGo, la recherche d'un comportement de préhension et d'imitation suffisent le plus souvent. Le Trail Making Test (TMT) peut être réalisé en complément pour sensibiliser la détection dans les cas difficiles.

*Auteur correspondant : Dr Jean-Claude Bourrin, Neurologie libérale,
64 avenue Carnot 83300 Draguignan.*

Maladie de Parkinson, démence à corps de Lewy, une seule maladie ?

La maladie de Parkinson, la démence parkinsonienne et la démence à corps de Lewy partagent de nombreux symptômes, cognitifs, comportementaux et moteurs, qui se distinguent cependant par leur chronologie d'apparition.

Cet article reprend les travaux récents de la littérature, cliniques, de neuro-imagerie, de neuropathologie et génétiques, qui incitent à considérer ces affections comme les expressions phénotypiques distinctes d'une même protéinopathie à alpha-synucléine.

Auteur correspondant : Dr Lejla Koric, service de Neurologie et Neuropsychologie – CHU de la Timone – Marseille.

E-mail : lejla.koric@ap-hm.f

✚ Troubles psycho-comportementaux.

Les hallucinations dans la maladie de Parkinson : diagnostic et prise en charge.

Les troubles cognitifs et psychiques ont été longtemps sous estimés dans la maladie de Parkinson (MP). Les hallucinations visuelles (HV) sont relativement fréquentes dans la MP (leur prévalence varie de 25 et 50% selon les études).

Il est important de les dépister parce que, d'une part, elles constitueraient un signe précoce de déclin cognitif et, d'autre part, elles sont accessibles à des thérapeutiques spécifiques.

Auteur correspondant : Dr Nicolas Rochefort, Centre Hospitalier E Garcin, Aubagne

E-mail : nicorochef@aol.com

Maladie de Parkinson du sujet âgé : dépression et apathie

Dépression et apathie sont deux syndromes psycho-comportementaux extrêmement fréquents au cours de la maladie de Parkinson. Elles sont parfois banalisées ou difficiles à identifiées chez le sujet âgé.

Les bases neuro-fonctionnelles sont encore mal élucidées. Leur diagnostic repose sur une clinique approfondie aidée par des échelles d'évaluation validées dans ces populations.

Auteur correspondant : Pr Sylvie Bonin-Guillaume, Service de Médecine Interne Gériatrie, Hôpital Sainte Marguerite – Marseille.

E-mail : sylvie.bonin@ap-hm.fr

Maladie de Parkinson du sujet âgé : troubles veille sommeil

Les troubles du sommeil et de l'éveil sont fréquents chez les patients parkinsoniens. Ils sont favorisés par les symptômes moteurs, notamment la nuit, par les signes non moteurs (douleurs, dépression..) et par les déficits cognitifs qu'ils peuvent annoncer. L'insomnie, les para-somnies (troubles du comportement en sommeil paradoxal) et la somnolence diurne dont les attaques de sommeil seront décrites et leurs traitements envisagés.

*Auteur correspondant : Dr Jean-Denis Turc, 6 rue Edouard Amavet 13500 Martigues
E-mail : jd.turc@wanadoo.fr*