

Actualités thérapeutiques dans la maladie de Parkinson – mouvements anormaux iatrogènes

I. Maladie de Parkinson – aspects moteurs

Nosologie

La maladie de Parkinson peut être divisée en deux phases : précoce, et tardive. Cette distinction a d'importantes implications thérapeutiques.

Aspects thérapeutiques de la phase précoce

Le traitement doit permettre au patient de vivre normalement, sans gommer tout symptôme. La Prolopa° est le premier choix, car plus efficace. En comparaison avec les agonistes (Requip° et Mirapexin°), la survenue d'effets comme l'hypotension orthostatique, la somnolence, l'œdème des membres inférieurs est moins fréquente. Par ailleurs, un trouble de contrôle des impulsions risque de survenir sous agonistes, avec des conséquences sociales parfois graves. L'hypothèse de la neurotoxicité de la Prolopa° est actuellement infirmée par les données récentes (épidémiologiques et fondamentales) ; elle peut donc être initiée précocement. Les anti-cholinergiques ne doivent plus être prescrits. L'Azilect° peut être utilisé en monothérapie, mais est peu efficace.

Aspects thérapeutiques de la phase tardive

La phase tardive se caractérise par des complications motrices (dyskinésies, ON, OFF). Le but du traitement est de limiter celles-ci, en jouant principalement sur la pharmacocinétique de la dopamine. Schématiquement, il faut diminuer la dose individuelle et augmenter la fréquence de prise. Le recours à des inhibiteurs de la dégradation est alors utile. La marche et la dysphagie doivent être traitées énergiquement, par kinésithérapie et logopédie (remboursement des séances). Dans les cas sévères, des traitements plus poussés, comme l'apomorphine injectable, la levodopa en infusion entérale continue et la stimulation cérébrale profonde sont des solutions potentielles, à ne pas retarder inutilement.

II. Phénomènes non-moteurs

Les symptômes neuropsychiatriques sont souvent iatrogènes, ou liés à une pathologie intercurrente. Les neuroleptiques doivent être évités, de même que les anti-cholinergiques. L'hypotension orthostatique est fréquente, liée au traitement anti-parkinsonien. Les mesures non médicamenteuses sont à privilégier (bas, apport hydro-sodé, position du lit).

III. Mouvements anormaux iatrogènes

Tous les neuroleptiques, y compris les atypiques, sont susceptibles d'en provoquer. On distingue la dystonie aiguë, potentiellement mortelle, des syndromes tardifs, très variés et difficiles à traiter. D'une façon générale, le recours aux neuroleptiques doit être mûrement réfléchi ; leur efficacité est d'ailleurs discutée. Ils sont connus pour augmenter la mortalité (CV). La risperidone 1mg ressort des méta-analyses comme ayant un bon profil risque/bénéfice. La durée de traitement est de 6 semaines maximum.