
Maladie de Parkinson compensée, compliquée, et en fin de vie. Trois situations différentes en EMS

Dr Ettore Accolla

15.05.2025

Maladie de Parkinson : un diagnostic clinique!

- Définition de parkinsonisme

Asymétrique!

1. Bradykinésie
2. Tremblement de repos (4-6 Hz)
3. Rigidité (roue dentée)



Bradykinésie + 1 autre minimum

REVIEW

CME

MDS Clinical Diagnostic Criteria for Parkinson's Disease

Ronald B. Postuma, MD, MSc,^{1†*} Daniela Berg, MD,^{2†*} Matthew Stern, MD,³ Werner Poewe, MD,⁴ C. Warren Olanow, MD, FRCPC,⁵ Wolfgang Oertel, MD,⁶ José Obeso, MD, PhD,⁷ Kenneth Marek, MD,⁸ Irene Litvan, MD,⁹ Anthony E. Lang, OC, MD, FRCPC,¹⁰ Glenda Halliday, PhD,¹² Christopher G. Goetz, MD,¹³ Thomas Gasser, MD,² Bruno Dubois, MD, PhD,¹⁴ Piu Chan, MD, PhD,¹⁵ Bastiaan R. Bloem, MD, PhD,¹⁶ Charles H. Adler, MD, PhD,¹⁷ and Günther Deuschl, MD¹⁸

Parkinsonisme et maladie de Parkinson

Parkinsonisme: un ensemble de signes et symptômes. Peut être observé dans différentes situations: maladie de Parkinson, maladies neurodégénératives autres que le Parkinson (atrophie multisystématisée, paralysie supranucléaire progressive), prise de neuroleptiques, AVCs multiples souscorticaux, etc...

Maladie de Parkinson: une maladie neurodégénérative progressive associant un parkinsonisme + d'autres critères, d'origine **idiopathique** (pas de cause directe retrouvée, probablement susceptibilité génétique et facteurs environnementaux impliqués).

Diagnostic de Maladie de Parkinson

- Parkinsonisme (bradykinesie + tremor de repos ET/OU rigidité)
- Absence de critère d'exclusion absolu
- Aumoins deux critères de support
- Pas de «red flags»

Critères d'exclusion absolu (les plus importants):

- Syndrome cérébelleux
- Médicament bloquant les récepteurs dopaminergiques
- Parésie du regard vers le bas

Critères de support

- Réponse nette et importante à la levodopa
- Dyskinésies
- Hypoosmie ou dénervation cardiaque à la scintigraphie MIPG

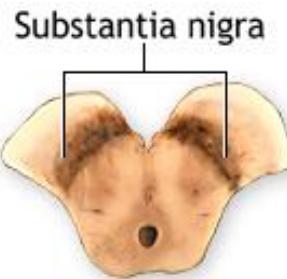
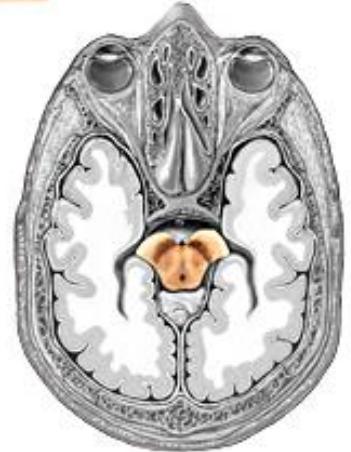
«red flags» (les plus importants)

- Progression trop rapide
- Trop de atteinte dysautonomique (ex hypotension orthostatique) précocément

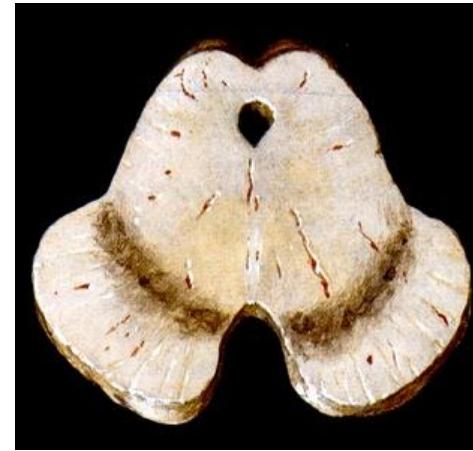
Les symptômes cardinaux sont en lien avec perte de dopamine



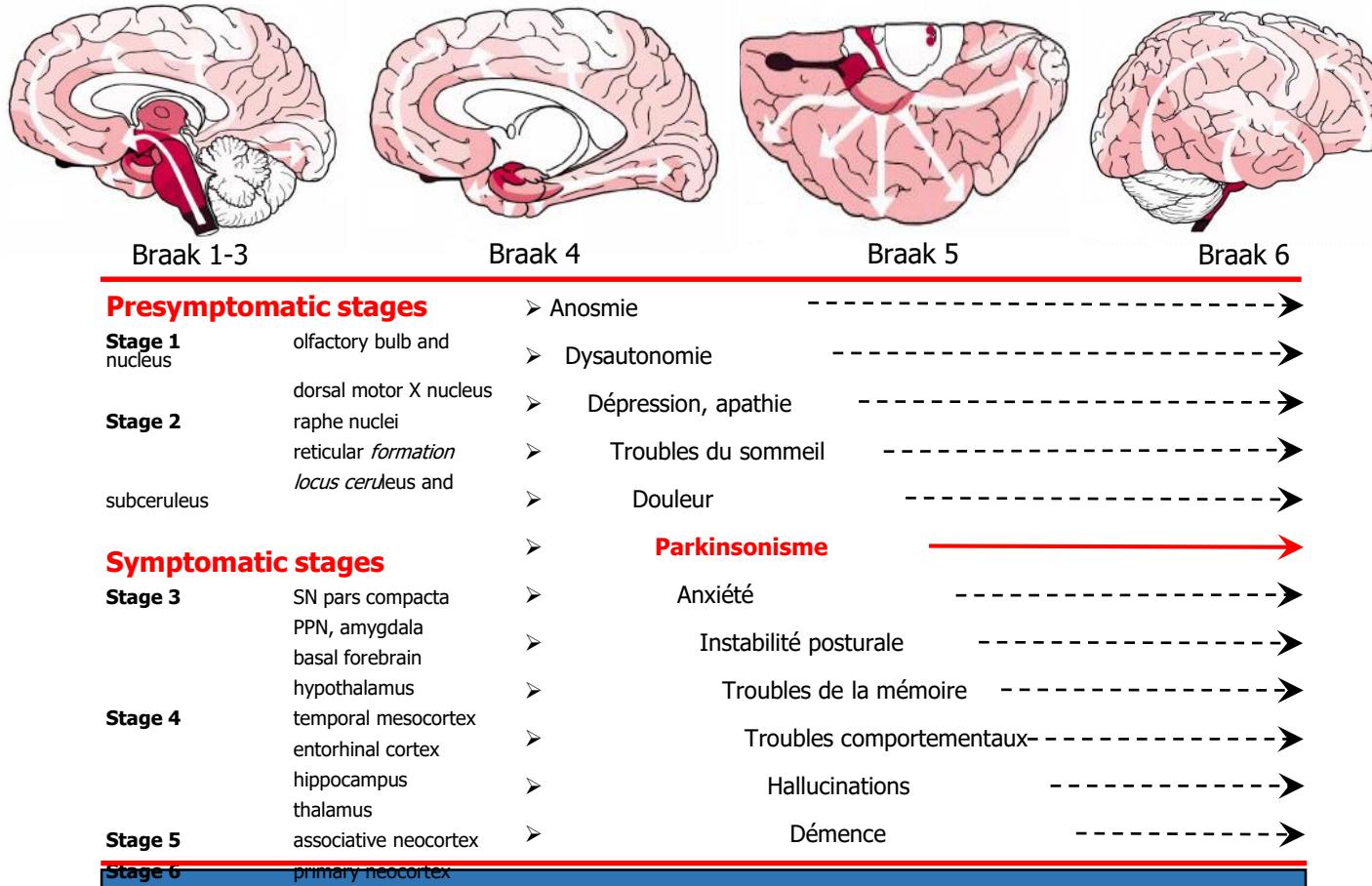
Cut section
of the midbrain
where a portion
of the substantia
nigra is visible



ADAM.

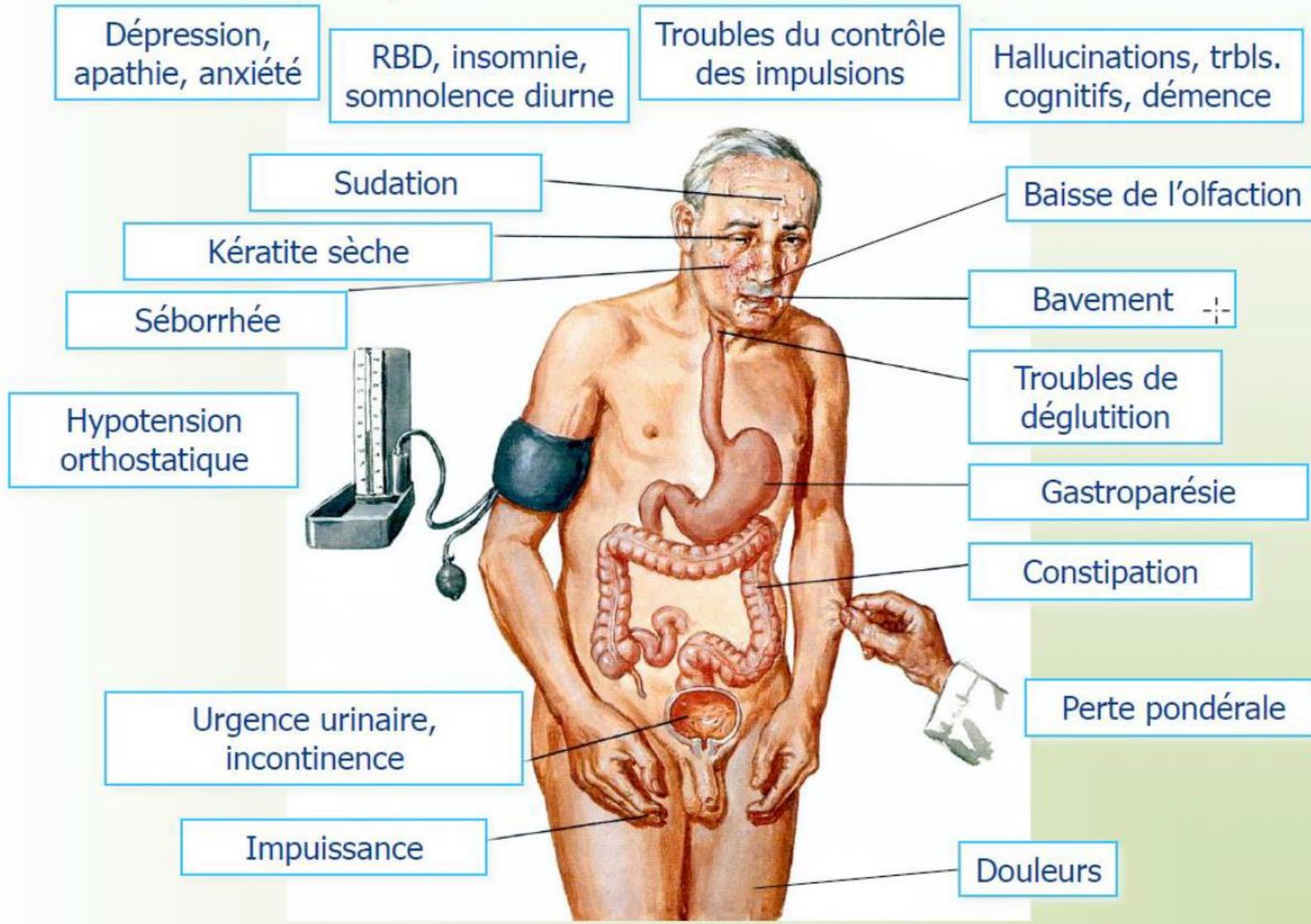


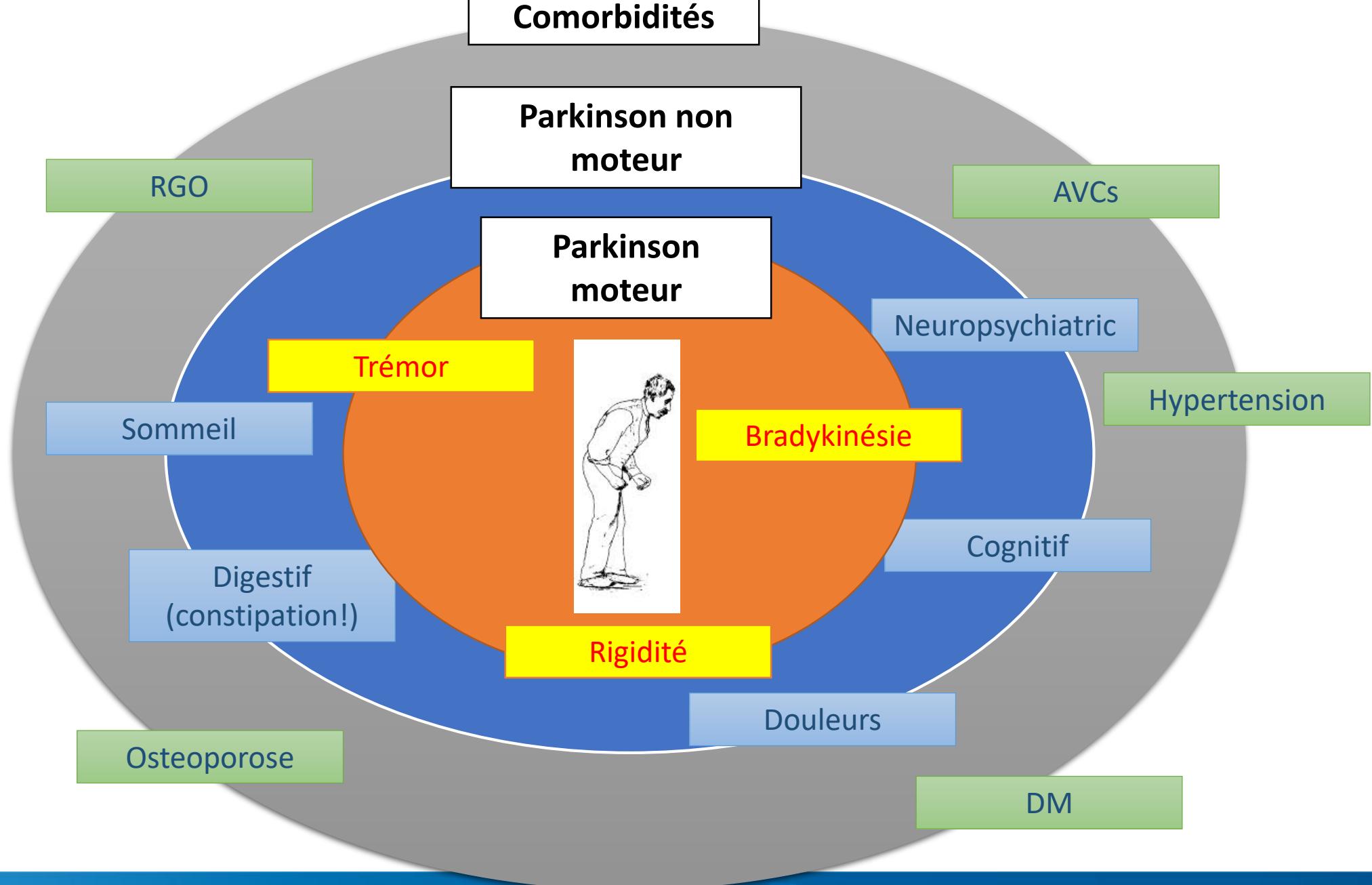
Stadiation Braak&Braak: pathologie extra-nigrale



Braak et al., *Neurobiol Aging*, 2003

Symptômes non-moteurs





Maladie de Parkinson en EMS

Patient 1:

Le Parkinson n'est pas son problème principal

Patient 2:

Le Parkinson est le problème principal

Patient 3

Fin de vie

Cas clinique n 1 – de l'importance des médicaments

Mme PS, 68 ans

Origine italienne (Calabre)

Pas d'antécédents notables

Parcours de vie compliqué (multiples deuils, y compris un fils, situation d'isolement social)

Multiples hospitalisations en milieux psychiatrique

Le premier en **1982**, suite à l'accouchement de sa fille

→ Diagnostic: trouble de la personnalité (sans précision), trouble schizoaffectif

→ 9 hospitalisations en milieu psychiatrique (Marsens), idées délirantes chroniques (persécution, complot, peur d'empoisonnement, etc)

→ Hospitalisation PAFA longue durée et en suite admission en EMS, où la situation est plus ou moins stabilisée. Notion de ralentissement psychomoteur, suspicion de démence fronto-temporale

→ Adressée au neurologue pour multiples plaintes aspécifiques, variées et fluctuantes:

Douleurs généralisées, sialorrhée, dysarthrie, sensation de chaud/froid, troubles de la marche, etc

Syndrome parkinsonien sévère.

Questions?

Médicaments: Valproate, Distraneurine, Haldol 1 mg ½ cp le soir, Imovane, Laxoberon, Mirtazapine, Pantoprazol, Torasemide

Attitude: on stop Haldol, introduit Quetiapine, et on débute Madopar

Evolution

Très bonne pour les symptômes parkinsoniens, les troubles psychiatriques restent sévères et apparemment sans lien directe avec la maladie de Parkinson.

Cas clinique 2 – de l'importance de l'encadrement.

M. JJ C, 70 ans.

2013: tremblement du pied gauche.

2014: diagnostic de maladie de Parkinson. Mise en place de traitement de Madopar, bonne évolution.

2017:

Fluctuations que partiellement en lien avec la médication,

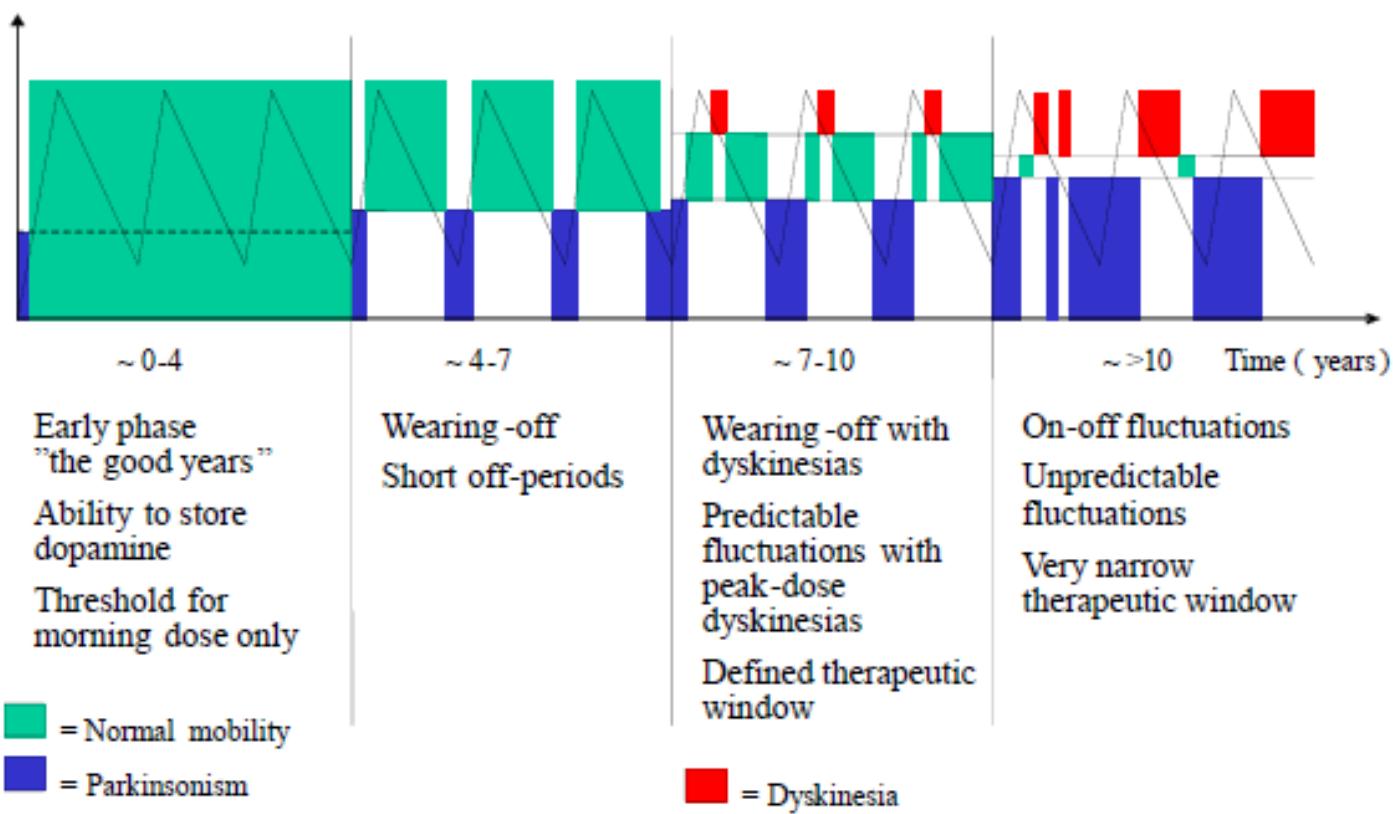
Blocages à la marche de type freezing, parfois imprévisible. Les blocages inattendus peuvent survenir à toute heure, ils n'ont pas de pattern clair.

Dyskinésies: mouvements involontaires, particulièrement aux membres supérieurs, mais également au chef, surtout témoignés par l'épouse.

Symptômes non moteurs

trouble du comportement en sommeil paradoxal (TCSP) avec des cauchemars actés.

Troubles neuropsychiatriques: hallucinations diurnes, celles-ci sont parfois très scénarisées, difficilement critiquées, incluant par exemple la vision de travailleurs en bord de route qui ne sont pas là ou, le soir, d'enfants qui jouent dans la salle à manger.



OFF (sans lévodopa)

- **2013:** tremblement du pied gauche.
- **2014:** diagnostic de maladie de Parkinson. Mise en place de traitement de Madopar, bonne évolution.
- **2017:** fluctuations que partiellement en lien avec la médication,
 - blocage à la marche de type freezing qui est parfois imprévisible.
 - Les blocages inattendus peuvent survenir à toute heure, ils n'ont pas de pattern clair. quelques fois des mouvements involontaires, particulièrement aux membres supérieurs

Symptômes non moteurs

- trouble du sommeil, réveils précoces, et un probable trouble du sommeil paradoxal, cauchemars très vivides.
- **hallucinations diurnes**, très scénarisées, difficilement critiquées, incluant par exemple la vision de travailleurs en bord de route qui ne sont pas là ou, le soir, d'enfants qui jouent dans la salle à manger.
- **Délire chronique de jalousie (syndrome d'Othello)**

ON (charge lévodopa)

Evolution

Situation ingérable à domicile

Prise irrégulière du Madopar: augmentation des fluctuations, chutes, besoin de surveillance 24h/24

Hallucinations en aggravation (hommes qui sortent de la forêt, qui entrent chez lui, parfois avec mauvaises intentions).

Comportements obsessionnels de rangement, inefficace (documents, factures)

Epuisement à domicile du patient et de l'épouse

→ Admission en EMS.

→ Aggravation des hallucinations, de la désorientation, de l'occupation obsessionnelle

Stratégie

Régularisation du rythme de vie, prise stricte des médicaments à la même heure, horaire stricte de réveil et du coucher.

Ergothérapie: on lui donne des photocopies de vieilles factures, un classeur, une structure pour classer ses papiers, une limitation temporelle pour chaque activité.

Excellente évolution et stabilisation depuis 5 ans

Cas clinique 3 – fin de vie

M. WU 78 ans

Maladie de Parkinson évoluant depuis 10 ans.

Bien compensée pendant 8 ans.

Admis en EMS depuis 2 ans

Au cours de la dernière année: 4 hospitalisations pour

- Infections urinaires à répétition.
- Confusion, agitation, hallucinations
- Il y a 3 mois: chute, fracture fémorale droite. Réhabilitation: échec, manque de collaboration, agitation, infections urinaires à répétition.
- Troubles de la déglutition importante.
- On opte pour des soins de confort

Quels soins de confort en fin de vie?

Problème majeur: prise de médicaments dopaminergique, en contexte dysphagique

- Pas de formulation intraveineuse de la lévodopa
- SNG à demeure non envisageable dans une situation de fin de vie (qui est rarement « rapide »)
- Dans un contexte de Parkinson avancé, l'hypokinésie et le blocage sont (probablement) très inconfortables.

Options

- **Sédation terminale:** souvent problématique au niveau communication avec la famille, prise de décision, etc...
- Morphine: utile pour douleurs, probablement pas pour sensation de blocage
- Agonistes dopaminergiques: problématiques pour risque induction d'hallucinations
- → Neupro Patch, jusqu'à 8 mg/24 hrs
- → Apomorphine en pompe: peut être donné avec pousse-seringue. Peu de connaissances, peu utilisé.
- CAVE QT long. Ampoules : 50 mg/10 ml. 1 mg – 4 mg (0,2 - 0,8 ml)/hr. Changement de point de perfusion sc chaque 12 hrs.

syndrome parkinsonisme hyperpyrexie

Homme, 44 ans

MP diagnostiqué à 30 ans

Fluctuations motrices et dyskinésies: après 5 ans du début.

DBS après 13 ans de maladie

Nécessitant encore de hautes doses de levodopa en postopératoire (125 mg aux 2 heures).

Consulte les urgences: hyper pyrétique (38.5°C), 100 bpm, 140/90

Éveillé, confus, ne suit pas les ordres. Secheresse des muqueuses

Leucocytes: 16K/mm³ - CK >4000 - PL: sp

Anamnèse: incarcéré, il n'avait pas reçu sa médication anti-parkinsonienne depuis 3 jours

Evolution: SNG, reprise de son traitement habituel.

Péjoration globale, HTA résistante, désaturation et difficultés respiratoires, crises épileptiques, insuffisance rénale, décès après 3 jours.

21

Syndrome parkinsonisme-hyperpyrexie

Chez le patient parkinsonien

Dû au sevrage des pro dopaminergiques

Clinique : parkinsonisme extrême d'apparition rapide

Peut s'accompagner d'un EF et de troubles dysautonomiques et **ressemble à un syndrome malin des neuroleptiques**

Décrit après *drug holiday*, DBS, une infection, des diarrhées, un traumatisme, une chirurgie

Traitements:

- Réintroduire la dopamine ou un agoniste dopaminergique (apomorphine s-cut, rotigotine en patch, bromocriptine...)
- CAVE : répond mal à: lévodopa via SNG : car **altération motilité intestinale**
- **Supportif** (soins intensifs): refroidir, hydrater, anti-HTA...

Peut durer quelques heures à plusieurs jours

Incidence: 0.3 % / an, mortalité: 10 – 15 %

Parkinson en situation terminale

Points à retenir

Arrêt dopaminergiques à éviter si possible.

Retrait de SNG le plus tardivement possible si bien tolérée

Rôle des agonistes dopaminergiques

Envisager une discussion quand le patient a encore son discernement

→ Notamment sur SNG, sédation terminale

**Merci
de l'attention**