AP-HP.
Hôpitaux universitaires
Henri-Mondor

Centre Expert Parkinson

Fiches pratiques d'adaptation thérapeutiques
- A destinée des professionnels de santé -

- Ces fiches ont été élaborées afin d'accompagner les médecins et autres professionnels de santé dans la prise en charge de situations cliniques gênantes et/ou semi-urgentes, en attendant l'avis du neurologue référent.
- Elles reprennent certains motifs fréquents de consultation, notamment rencontrés aux urgences, et proposent des conduites pratiques d'adaptation thérapeutique.
- Ces documents constituent une aide à la décision.
  Ils ne remplacent en aucun cas une évaluation spécialisée ni une consultation avec le neurologue référent.

Sfma
Société Francophone des Mouvements Anormaux

AP-HP. Hôpitaux universitaires Henri-Mondor

CENTRE EXPERT PARKINSON

Troubles du comportement

Tristesse de l'humeur, angoisse, perte d'envie

Dépression et/ou anxiété

Rythmées par les prises de médicaments (fin de dose)

- OUI → Cf. fiche fluctuations
- NON → Mise en danger immédiate sociale ou comportementale
  - OUI → Passage au SAU de secteur
  - NON → Proposer :
    - •Antidépresseur en 1ère intention : IRS ou IRSN en vérifiant l'absence d interaction médicamenteuse

    Mesures non médicamenteuses:
    - •Psychothérapie
    - •Activité physique

Trouble du contrôle des impulsions

Jeu pathologique, achats, hypersexualité, boulimie, addiction aux médicaments, activités répétitives sans but

- Mesures non médicamenteuses
  - • Sauvegarde de justice
  - •Signature conjointe des chèques, retrait carte bancaire …
  - •+/- psychothérapie ou PEC addictologique
- Mesures médicamenteuses

Presence d'un agoniste dopaminergique

- OUI → Diminution de 30 à 50% de l'agoniste per os ou le débit de perfusion à apomorphine
- NON → Diminution de 30% de la L-dopa ou perfusion de foslevodopa

Prévoir NFS + ECG si possible

Réadresser au neurologue référent ou médecin du CEP

Confusion

Chercher facteur favorisant (cf. fiche épine irritative):
- • Anesthésie générale récente
- • Iatrogénie : morphiniques, …
- • Fièvre/Infection
- • Fécalome, Rétention urines
- • Déshydratation

- Correction facteur favorisant → Non efficace
- Absence d'épine irritative

Arrêt des traitements anticholinergiques :
antidépresseur tricyclique, artane/parkinane/lepticur, anti-histaminique, antispasmodique urinaire, antalgiques palier II ou III …

Réévaluation clinique (médecin traitant ou neurologue référent)

Reduction :
1. Amantadine : diminution voire arrêt
2. Agoniste dopaminergique = diminution de 50% puis réévaluation

Réadresser au neurologue référent ou médecin du CEP

Hallucinations Somnolence

Cf. Fiche

Abréviations:
Ttt : traitements
Syndr. : syndrome
IRS : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, IRSN: inhibiteurs mixtes de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline,
ADTC : antidépresseur tricycliques
BZD : benzodiazépines

PEC : prise en charge
RxTx : radiographie du thorax
ASP : abdomen sans préparation
RAU : rétention aigüe d'urine
TR : toucher rectal

Sfma
Société Francophone des Mouvements Anormaux

AP-HP. Hôpitaux universitaires Henri-Mondor

CENTRE EXPERT PARKINSON

Somnolence diurne

DECONSEILLER LA CONDUITE AUTOMOBILE !!!

Chercher facteur favorisant (cf. fiche épine irritative):
- Anesthésie générale récente
- Iatrogénie : morphiniques, …
- Fièvre/Infection
- Fécalome, Rétention urines
- Déshydratation

Trouble du sommeil

- **Insomnie**
  - hygiène de sommeil, mélatonine (de 3 à 12 mg)
- **SAOS**
  - polysomnographie +/- ventilation nocturne
- **Syndrome des jambes sans repos**
  - rechercher carence martiale (ferritine <50 ng/ml), et supplémentation martiale si besoin
  - agoniste dopaminergique, 2 heures avant le coucher (pramipexole 0,18 mg ou ropinirole 0,25 mg)
- **Trouble du comportement en sommeil paradoxal (rêves agités)**
  - Mélatonine (de 3 à 12 mg)
- **Inversion du rythme nycthéméral**
  - Mélatonine (de 3 à 12 mg)

Iatrogénie

Arrêt des traitements sédatifs et anticholinergiques :
Antidépresseur, BZD, anti-histaminique, antalgiques palier II ou III …

Réévaluation clinique
(médecin traitant ou neurologue référent)

Diminution des doses de ttt antiparkinsonien (dans l'ordre) :
1. Agoniste dopaminergique (- 30 à - 50%)
2. L-Dopa

Réadresser au neurologue référent

Evolution de la maladie

Réadresser au neurologue référent pour réévaluation et bilan cognitif

Stimulation cognitive
Activité physique

Abréviations:
Ttt : traitements
Sd : syndrome
BZD : benzodiazépines
RxTx : radiographie du thorax, ASP : abdomen sans préparation
RAU : rétention aigüe d'urine
TR : toucher rectal
TCSP : Trouble du comportement en sommeil paradoxal
SAOS : syndrome de l apnée du sommeil obstructif

Sfma
Société Francophone des Mouvements Anormaux

AP-HP. Hôpitaux universitaires Henri-Mondor

CENTRE EXPERT PARKINSON

Chutes récidivantes chez le parkinsonien

!!! Pour tous les patients !!!

1/ Kinésithérapie motrice ++++
travail de l'équilibre, posture, réflexes posturaux, et marche

2/ Eviter la marche en double tâche

3/ Envisager une adaptation du domicile :
Retirer les tapis décoratifs et autres objets aux sols
S'assurer un bon éclairage
Installation de barres d'appui
Tapis anti dérapant dans la douche
Utiliser des chaussons/chaussures fermés
Evaluation par ergothérapeute si besoin
Aide technique pour les déplacements (canne, bâton de marche, déambulateur) si besoin

Chercher facteur favorisant (cf.fiche épine irritative):
- Hypotension artérielle orthostatique → cf encadré ci contre
- Iatrogénie : morphiniques, benzodiazépine, …
- Fièvre/Infection
- Fécalome, Rétention urines
- Déshydratation
- Traumatisme crânien compliqué d'hématome intracrânien ?

Rechercher autres facteurs :

- **Tb visuels** : DMLA, Cataracte,… : Cs ophtalmo
- **Pathologies rhumatologiques** : gonalgie, cruralgie, lombosciatalgie, dorsalgie, …

OUI → Traitement spécifique

NON

- **Dyskinésies sévères** → **Cf. fiche Dyskinésies**
- **Freezing/OFF** → Bonne Observance thérapeutique ?
  - OUI → Augmenter les doses du ttt antiparkinsonien par prise → Réadresser au neurologue référent ou médecin du CEP
  - NON Reprise de l'observance
- **Troubles cognitifs** → **Rééducation orthophonique** pour syndrome dysexécutif Travail en double tâche → Kinésithérapie motrice ++++ → Réadresser au neurologue référent ou médecin du CEP
- **Somnolence diurne** → **Cf. fiche Somnolence diurne**

Comment chercher une hypotension orthostatique :
Etourdissements, vertiges, malaise en orthostatisme
Allonger patient > 5 min
Faire des mesures allongé puis 5 min après le lever
Positif si : Baisse PAs de 20 mmHg ou
baisse PAd de 10 mmHg sans augmentation de la FC
(augmentation < 5 bpm/10mmHg perdu)

si positive

Enlever ttt antihypertenseurs et alpha bloquants

Non efficace

Midodrine 2,5 mg :
Jusqu' à 4 cp x 3 par jour
(dernière prise à 16h)

Fludrocortisone (50 à 100 ug)
en une prise /jour
Surveillance Iono sang./ créat. tous les 3 mois

Réadresser au neurologue référent ou médecin du CEP
pour discuter de l introduction de fludrocortisone

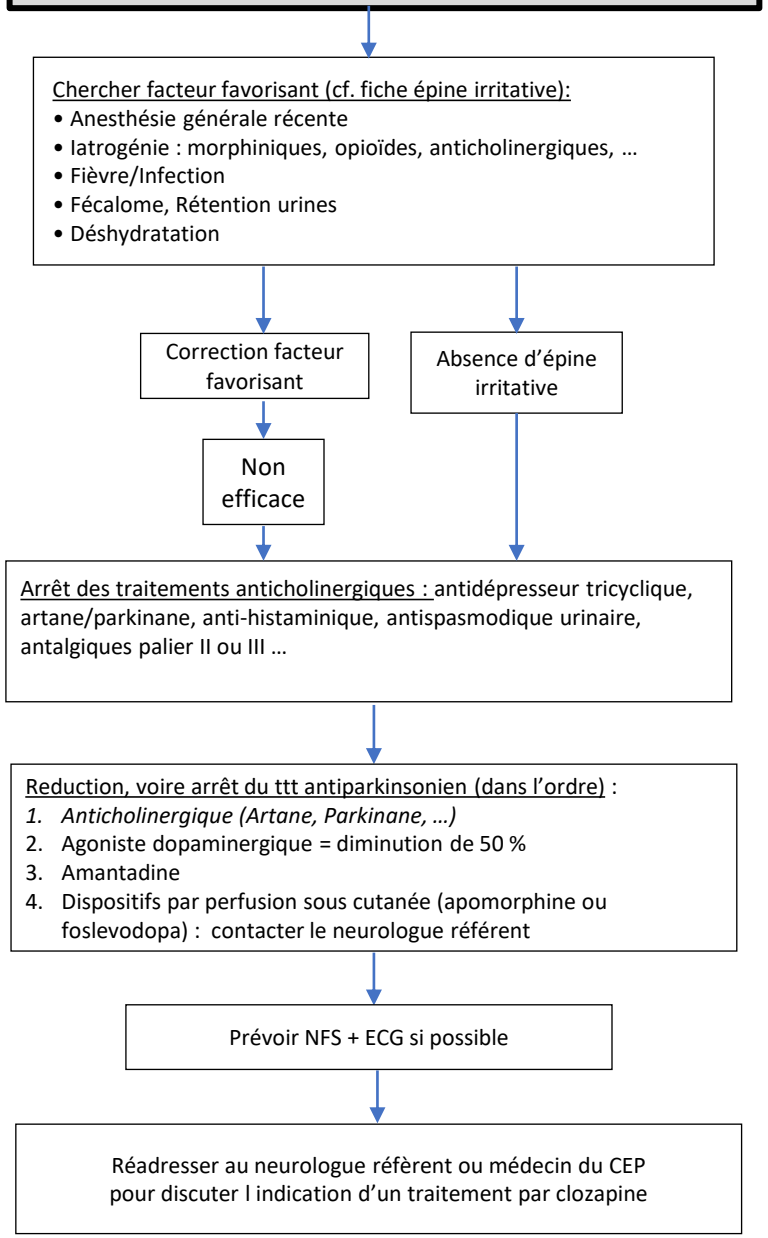
Abréviations:
Ttt : traitements
RxTx : radiographie du thorax
RAU : rétention aigüe d'urine
PAs : pression artérielle systolique
PAd : pression artérielle diastolique
Ag. : agoniste
hypoTAo : hypotension orthostatique
FC : fréquence cardiaque

Sfma
Société Francophone des Mouvements Anormaux

AP-HP. Hôpitaux universitaires Henri-Mondor

CENTRE EXPERT PARKINSON

Hallucinations ou idées délirantes

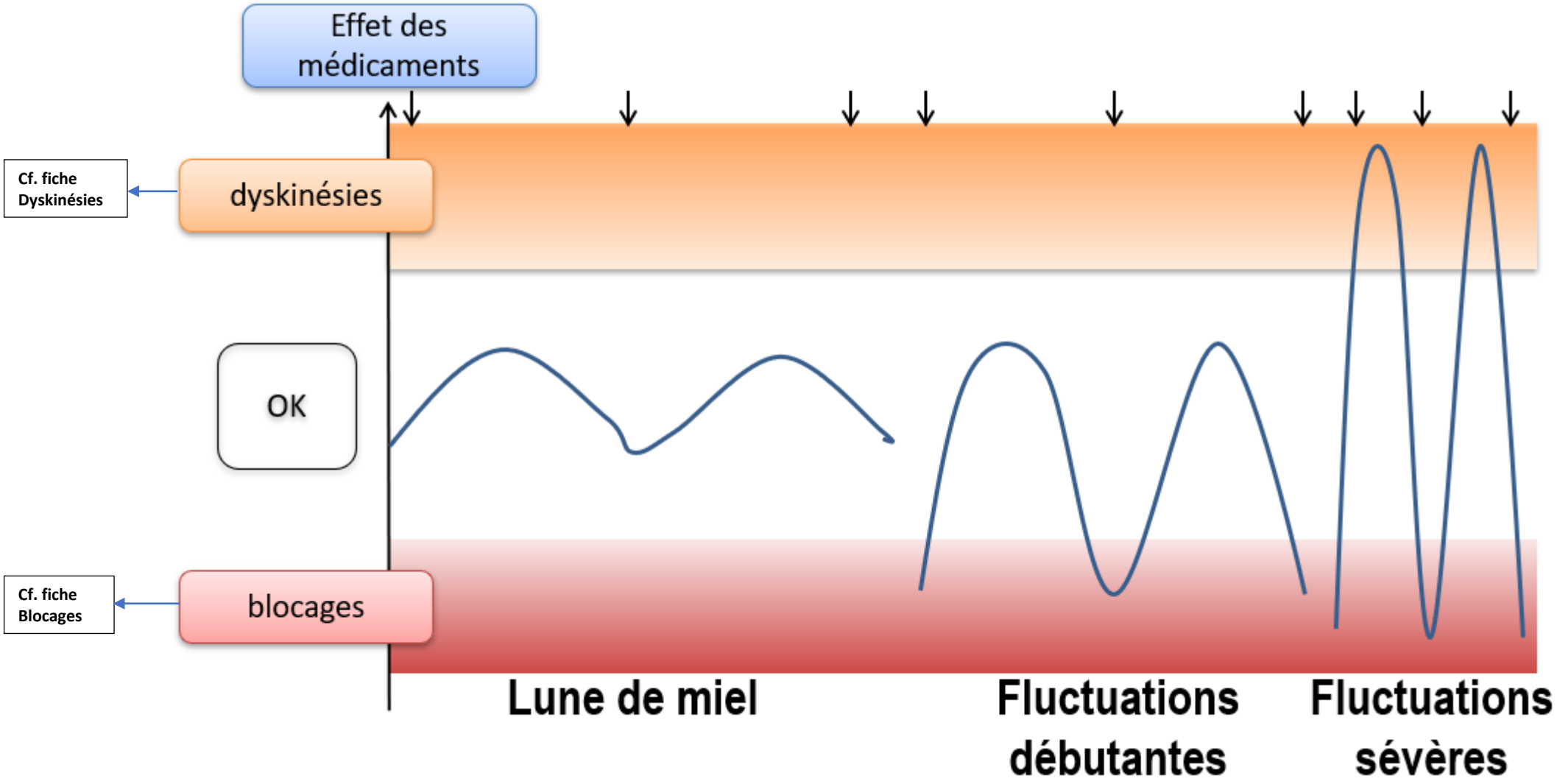


Sfma
SOCIÉTÉ FRANCOPHONE DES MOUVEMENTS ANORMAUX

AP-HP.
Hôpitaux universitaires
Henri-Mondor

Fluctuations motrices

Centre Expert Parkinson



Définitions :
Dyskinésies de pic de dose: mouvements anormaux / patient gigotte en pic de dose
Blocage : ralentissement général avec réapparition de la symptomatologie parkinsonienne

Sfma
Société Francophone des Mouvements Anormaux

AP-HP. Hôpitaux universitaires Henri-Mondor

CENTRE EXPERT PARKINSON

Blocages / OFF

Récurrent

Suivi au Centre Expert Parkinson

- oui → Cs neurologue ou IDEC/IPA CEP
- Non → Cs neurologue référent

Récent

Observance du traitement

- Non
  - Trouble de la déglutition
    - En cas de OFF: Essai ttt sous forme Dispersible → Non efficace → Réadresser au neurologue référent
    - Si sous STALEVO[1] passage au SINEMET[2] (possibilité de l'écraser) → Non efficace → Réadresser au neurologue référent
  - Oubli de prise → Reprise éducation thérapeutique → Si présence de tb cognitif → **Cf. fiche tb du comportement confusion**
- oui → Chercher facteur favorisant (cf. fiche épine irritative):
  - Iatrogénie : morphiniques, benzodiazépine, …
  - Fièvre/Infection
  - Fécalome, Rétention urines
  - Déshydratation
  → Correction facteur favorisant → Non efficace

Changement récent de traitement

- Non → Chercher facteur favorisant (cf. fiche épine irritative) (mêmes items) → Correction facteur favorisant → Non efficace
- Oui
  - Revenir à l'ancien traitement
  - Augmenter les doses du ttt antiparkinsonien
  - Et réadresser au prescripteur
  → Non efficace

Non efficace →
- **Traitement par voie orale** → Augmentation des doses → Réadresser au neurologue référent ou médecin du CEP
- **Traitement par dispositif sous cutané ou intrajéjunal** → Augmentation (+ 10%) des débits → Et contacter le neurologue référent

Dans tous les cas :

- Vérifier que le pharmacien a délivré la bonne dose / bonne forme galénique
- Si dispositif médical en pompe : vérifier fonctionnement pompe + débits par le prestataire
- Si stimulation cérébrale : vérifier stimulateur avec télécommande

SFMA – Société Francophone des Mouvements Anormaux

Abréviations:
Ttt : traitements
Tb: trouble
RxTx : radiographie du thorax, ASP : abdomen sans préparation
RAU : rétention aigüe d'urine
TR : toucher rectal
Cs: Consultation
IDEC : infirmière coordinatrice

Médicaments
[1]Stalevo : levodopa + carbidopa + entacapone
[2]SINEMET : levodopa + carbidopa

AP-HP. Hôpitaux universitaires Henri-Mondor

CENTRE EXPERT PARKINSON

Dyskinésies récentes

Sans gêne fonctionnelle ressentie

Suivi au Centre Expert Parkinson

- oui → Cs neurologue ou IDEC/IPA CEP
- Non → Cs neurologue référent

Avec gêne fonctionnelle ressentie

Observance du traitement

- Non → Reprise éducation thérapeutique
  - → Si présence de tb cognitif
    - → Cf. fiche tb du comportement confusion
      - → Réadresser au neurologue référent
- oui → Chercher facteur favorisant (cf. fiche épine irritative):
  - •Fièvre/Infection
  - • Fécalome, Rétention urines
  - • Déshydratation
  - • Perte de poids importante
  - • Cause émotionnelle
  - → Correction facteur favorisant
    - → Non efficace

Changement récent de traitement

- Non → Chercher facteur favorisant (cf. fiche épine irritative):
  - •Fièvre/Infection
  - • Fécalome, Rétention urines
  - • Déshydratation
  - • Perte de poids importante
  - • Cause émotionnelle
  - → Correction facteur favorisant
    - → Non efficace
- Oui → Revenir à l'ancien traitement
  - → Non efficace

Non efficace

- **Traitement par voie orale** → Fractionner les doses du ttt parkinsonien en baissant la dose par prise et en augmentant le nombre de prises/j
  - → Réadresser au neurologue référent ou médecin du CEP pour discuter introduction Amantadine
- **Traitement par dispositif sous cutané ou intrajéjunal** → Réduction (- 10%) des débits
  - → Et contacter le neurologue référent

Dans tous les cas :

- Vérifier que le pharmacien a délivré la bonne dose / bonne forme galénique
- Si dispositif médical en pompe : vérifier fonctionnement pompe + débits par le prestataire
- Si stimulation cérébrale : vérifier stimulateur avec télécommande

Abréviations:
Ttt : traitements
Tb: trouble
RxTx : radiographie du thorax, ASP : abdomen sans préparation
RAU : rétention aigüe d'urine
TR : toucher rectal
Cs: Consultation
IDEC : infirmière coordinatrice

Sfma
Société Francophone des Mouvements Anormaux

Altération de l'état général : asthénie +/-anorexie +/-amaigrissement

Installation aigue

- Cf fiche « Recherche d'épine irritative »
- Trouble psycho-comportemental (dépression, idées délirantes,…)
  - Cf fiche « Troubles du comportement »

Installation sub aigue (> 1 mois) avec perte de poids authentifiée

- Apports alimentaires conservés
  - Augmentation de la dépense énergétique physique
    - Non
      - Diabète ? (Glycémie à jeûn, et BU (glycosurie ?)
      - Hyperthyroïdie ? (TSH)
      - Si diarrhées ou malabsorption, discuter recherche de maladie coeliaque, FOGD +/- coloscopie
      - Néoplasie profonde ? (TDM TAP)
    - Oui Dyskinésies
      - **Cf. fiche « Dyskinésies»**
- Apports alimentaires diminués
  - Pas de Troubles de la déglutition
    - Hypercalcémie ? (Calcémie, PTH)
    - Insuffisance surrénalienne ? (Natrémie)
  - Troubles de la déglutition
    - **Cf. fiche « Troubles de la déglutition »**

- **Bilan des carences : B9, B12, ferritine**
- **Relevé des ingesta**
- **Avis nutritionnel pour calcul des besoins énergétiques**
- **+/- Prescription de CNO**

Abréviations:
CNO : complément nutritionnel oral
FOGD : fibroscopie oesogastro-duodénale
TDM TAP : tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne