

Maladie de Parkinson

Diagnostic et évaluation initiale

■ Identifier la maladie de Parkinson

- Reconnaître un syndrome parkinsonien pur

Prêter attention à des signes neurologiques inattendus ou atypiques pour une MP (symptômes d'alerte ou « drapeaux rouges ») évoquant une autre affection neurodégénérative :

- syndrome cérébelleux
- syndrome pyramidal
- troubles oculomoteurs
- dysautonomie sévère (hypotension orthostatique précoce symptomatique)
- syndrome pseudo-bulbaire
- hallucinations ou détériorations intellectuelles précoces
- dysarthrie et/ou troubles de la déglutition précoces et rapidement sévères
- Rechercher les autres causes de syndrome parkinsonien :
 - médicamenteuses +++
 - toxiques : pesticides, solvants organiques, métaux lourds (mercure, plomb, cadmium), manganèse
- Rechercher les autres causes de tremblement, en particulier un tremblement essentiel

■ Faire preuve d'une écoute empathique pour les éventuels questionnements et/ou craintes de la personne

■ Expliquer à la personne chez qui une maladie de Parkinson (MP) est soupçonnée pourquoi on l'adresse au neurologue

- Expliquer à la personne combien le diagnostic de MP comporte de difficultés et d'incertitude
- Expliquer à la personne l'intérêt d'une prise en charge précoce si le diagnostic est confirmé

■ Adresser systématiquement la personne à un neurologue, avant traitement, pour évaluation et si possible confirmation diagnostique

- Ne pas essayer de traiter avant avis spécialisé car cela peut masquer les signes physiques (le traitement de la MP n'est pas une urgence - aucun traitement ne retarde la progression de la maladie)
- En cas de besoin (éloignement géographique), le recours à la télémédecine pourrait être envisagé

■ Participer à l'annonce diagnostique :

- avant de revoir la personne, être informé du diagnostic par le neurologue par le biais d'un compte rendu de la consultation d'annonce diagnostique
- sensibiliser à la maladie ; aider à l'acceptation du diagnostic ; réduire l'angoisse

■ Si nécessaire, élaborer un [plan personnalisé de santé](#) avec la personne ayant une MP (PcP¹) âgée de plus de 75 ans à risque de perte d'autonomie

¹ PcP : Personne cum Parkinson

Traitement et suivi (cf. tableau)

- **Informez et participez à l'éducation thérapeutique**
 - Informer la PcP et son entourage :
 - informations générales sur la maladie, ses conséquences, et ses traitements
 - conseils d'hygiène et de qualité de vie préconisés, en particulier la pratique régulière d'une activité physique, cognitive, sociale
 - Mettre en œuvre une éducation thérapeutique adaptée aux besoins et aux attentes de la PcP
- **Recourir si besoin au neurologue, en particulier pour les changements de traitement médicamenteux**
 - Augmenter les doses par paliers
 - Ne pas interrompre soudainement tout médicament antiparkinsonien
- **Anticiper l'apparition de nouveaux signes ou de nouvelles problématiques par une évaluation précoce du kinésithérapeute, de l'orthophoniste et de l'infirmier**
- **Identifier et gérer de manière adaptée une aggravation des symptômes moteurs et la survenue de complications motrices**
 - Rechercher et traiter toute maladie aiguë qui pourrait aggraver des symptômes moteurs
 - Vérifier le respect du traitement antiparkinsonien (doses - horaires de prise)
 - Contacter le neurologue si les symptômes ou les complications n'évoluent pas favorablement
 - Recourir au kinésithérapeute
 - Si la situation est complexe, rechercher l'appui d'un réseau neurologique ou gériatrique
- **Identifier et gérer de manière adaptée une aggravation des symptômes et les complications non-motrices**
 - Troubles neuropsychiatriques et cognitifs :
 - dépression, anxiété, troubles psychotiques, troubles compulsifs et syndromes apparentés, démence, troubles du sommeil
 - Troubles dysautonomiques :
 - Hypotension orthostatique, troubles digestifs, troubles mictionnels, troubles sexuels,
 - Excès de sudation
 - Douleurs (musculosquelettiques, neuropathiques, dystoniques, liées à l'akathisie)
- **Identifier et gérer les troubles axiaux par le recours au kinésithérapeute et à l'orthophoniste**
 - Troubles de la marche : enrayage cinétique (*freezing*) - festination
 - Troubles de la posture rachidienne et instabilité posturale
 - Troubles de la parole : dysarthrie hypokinétique
 - Troubles de la déglutition
- **Assurer le suivi du traitement médicamenteux**
 - Faire une revue régulière des traitements médicamenteux en lien avec le pharmacien
 - Gérer les effets indésirables médicamenteux
 - Adapter le traitement en lien avec le neurologue
 - Gérer les médicaments antiparkinsoniens faisant l'objet d'une surveillance particulière [agonistes dopaminergiques à noyau ergoté (bromocriptine, lisuride), tolcapone, apomorphine]
 - Connaître et éviter les médicaments déconseillés
- **Répondre aux besoins en soins palliatifs à toutes les phases de la maladie, particulièrement en fin de vie**
- **Connaître l'offre de soins de proximité et coordonner la pluridisciplinarité**
- **Planifier une éventuelle hospitalisation et participer à l'organisation du retour à domicile**
- **Prêter attention aux aidants**

Suivi d'une personne *cum* Parkinson (PcP)

	Phase de début	Phase d'état	Phase avancée	Phase de déclin
Médecin généraliste	En l'absence de complications, consultation au minimum tous les 3 mois (fréquence adaptée aux besoins de la PcP, et au besoin de coordination des soins)			
Neurologue	En l'absence de complications, consultation au minimum tous les 6 mois (fréquence adaptée aux besoins de la PcP)		En cas de SCP : suivi conjoint par le neurologue référent (3-4 fois par an en dehors de complication, plus souvent en cas de problème) et par le centre spécialisé	Prise en charge neurologique organisée en réseau ville/hôpital de proximité/centre hospitalier universitaire
Masseur-kinésithérapeute	8 à 10 séances - 1 par semaine habituellement ; - groupées sur 1 mois si traitement d'un symptôme particulier À renouveler si besoin	Séries intensives de 15 à 20 séances 2 ou 3 fois par an pour les sujets jeunes et/ou actifs avec pratique gymnique personnelle Séances continues 2 fois par semaine pour autres PcP	Séances 3 puis 4 fois par semaine partagées progressivement entre le cabinet et le domicile de la PcP	Séances à domicile 3 fois par semaine habituellement Séance quotidienne à domicile si problème aigu (encombrement bronchique par exemple...)
	Chaque cas est particulier. La progressivité et l'adaptation des soins de kinésithérapie et d'orthophonie sont calées sur l'évolution de la maladie. Possibilité d'intensifier sur un objectif précis mais également d'indiquer une fenêtre thérapeutique sans rompre le lien.			
Orthophoniste	Rééducation de la micrographie - si demande explicite : 1 session de 4 semaines tous les 12 à 18 mois Rééducation de la parole si troubles repérés, même légers : session de LSVT ² sur un rythme intensif (4 séances d'une heure par semaine durant 4 semaines) tous les 12 à 18 mois	Session de rééducation de l'écriture 1 fois par an Rééducation de la parole : session LSVT tous les 8 à 14 mois Prise en charge des troubles de déglutition	Rééducation systématique de la parole : session LSVT tous les 6 à 10 mois Prise en charge au cabinet puis à domicile selon l'évolution 3 ou 4 fois par semaine	Prise en charge à domicile, 2 ou 3 fois par semaine
Infirmière	En fonction des besoins tous les 6 mois puis tous les 3 mois	En fonction des besoins tous les 3 mois puis tous les mois puis 1 fois par semaine	En fonction des besoins jusqu'à 4 passages par jour	En fonction des besoins autant de passages que nécessaire
Psychologue	En fonction des besoins de la PcP et de sa famille (conjoint aidant +++) Après l'annonce diagnostique		À la fin de la période d'équilibre	Lors de la perte d'autonomie
Pharmacien	En fonction des besoins			
Assistant de service social	En fonction des besoins			

² LSVT : Lee Silverman Voice Treatment