



Centre Hospitalier Régional  
Universitaire de Lille



# Maladie de Parkinson du sujet âgé

Pr Luc Defebvre

Service de Neurologie et Pathologie du Mouvement

**DU de médecine des personnes âgées, Mai 2005**

# Epidémiologie

---

- 2<sup>e</sup> rang des maladies dégénératives
- Prévalence : 150 / 100 000 Hb et 1,6% > 65 ans
- Débute en moyenne entre 55 et 60 ans, rare après 75 ans (iatrogène), 10 % avant 40 ans
- **MP du sujet âgé > 70 ans**
- Prévalence augmente avec l'âge :
  - 1,6% > 65 ans
  - 2,3% pour SP
  - 3,5% et 5% après 80 ans
- 200 00 cas en France

# MP du sujet âgé



---

- MP débutante
- MP connue de longue date

# Problème de diagnostic

---

—> Diagnostic de MP porté en excès chez le sujet âgé ++

- Cause iatrogène
- Tremblement essentiel
- Etat lacunaire 
- Hydrocéphalie à pression normale
- Syndromes parkinsoniens plus : AMS, PSP 
- « Marche sénile »
- Intérêt de l'anamnèse, examen neurologique, et général, IRM

# MP à début tardif (1)



- Présentation clinique est variable +
- Formes akinéto-rigides sans tremblement et forme trémulente sont possibles
- Prépondérance des formes mixtes avec akinésie plus invalidante
- Evolution plus rapide de la maladie avec l'âge
- Dopasensibilité plus réduite (les lésions dopaminergiques ne sont pas pures)
- Fluctuation set dyskinésies plus tardives et moins intenses
- Signes axiaux plus précoces

## MP à début tardif (2)

---

- Attitude voûtée, instabilité posturale, troubles de la marche avec freezing, fréquence des chutes variable, dysarthrie, troubles de déglutition
- Fréquence et précocité des troubles psychiques :
  - Troubles de l'humeur, du sommeil
  - Déficit des fonctions cognitives : trouble de la mémoire, d'attention, de concentration, voire démence (maladie des corps de Lewy)
  - Psychose hallucinatoire ou délirante
- Polypathologie constituant des facteurs aggravants (lésions vasculaires, atteinte sensorielle, arthrose, ostéoporose)

# MP évoluée après 70 ans

---

## → Cas de figure courant car augmentation de la longévité

- Après 10 à 20 ans d'évolution
- Présentation initiale classique avec complications motrices précoces
- Troubles de la marche, chutes par rétropulsion
- Dysarthrie, troubles de déglutition (pneumopathies)
- Troubles neurovégétatifs : incontinence urinaire, hypotension
- Déformations articulaires
- Troubles psychiques et troubles cognitifs (30 % de démence)

# Les troubles cognitifs

---

- Troubles cognitifs spécifiques parfois précoces (tests)
- Difficultés d'évocation, troubles visuospatiaux
- Altération des fonctions exécutives (alterner plusieurs stratégies, mener plusieurs tâches en même temps)
- Troubles de l'attention, apathie, syndrome frontal (fluences verbales)

—————> **Démence sous-cortico-frontale**

- Absence de troubles phasiques, praxiques et gnosiques
- Fréquence des hallucinations et des idées délirantes
- Corrélation avec l'âge, l'âge de début de la maladie (début tardif), les signes axiaux



# Prise en charge thérapeutique

# Stratégie du traitement initial MP à début tardif

---

- Tenir compte des symptômes, du niveau de handicap et des fonctions cognitives
- Posologie minimale efficace et bien tolérée
- Eviter les anticholinergiques (tremblement) et l'amantadine (akinésie)
- Utiliser la L-Dopa si gêne significative (rappel des règles de prescription)
- Seront utiliser avec précaution : les agonistes et les inhibiteurs enzymatiques (IMAOB et ICOMT)
- Si détérioration intellectuelle : monothérapie par L-Dopa ++

# Stratégie du traitement MP ancienne

---

- Il n'y a pas de règles absolues ++
- Tenir compte de l'histoire thérapeutique, de l'efficacité de chaque traitement et de la tolérance
- Avec l'âge simplification des schémas thérapeutiques
- Intérêt d'un suivi régulier ++
- Dans certains cas les agonistes sont poursuivis (ex de l'apomorphine) ou l'amantadine (contrôle des dyskinésies)
- Les signes axiaux sont peu dopasensibles ++
- Mesures non médicamenteuses ++

# Mesures thérapeutiques non médicamenteuses (1)

---

- Maintien d'une activité physique régulière
- Aide à la marche : canne ou déambulateur (au cas par cas)
- Kinésithérapie adaptée
- Orthophonie (voix et déglutition)
- Prévention des blessures liées aux chutes : protection
- Mesures ergonomiques (ustensiles pour repas, lit médicalisé, fauteuil adapté)
- Soins infirmiers (toilette, médicaments)

# Mesures thérapeutiques non médicamenteuses (2)

---

- Prise en charge des troubles de déglutition :
  - Adaptation de la texture de l'alimentation, préparation hâchée, mixée, eau gélifiée
  - Gastrostomie
  - Forme de L-dopa dispersible
- Soulagement du conjoint, aides à domicile (APA)
- Admission en long séjour

# Cas particulier de la stimulation cérébrale profonde

---

- En général pas d'indication de stimulation du noyau subthalamique après 70 ans
- Rappel des indications ++

# Traitement des troubles psychiques

---

- Traitement de la dépression, de l'anxiété avec prudence
- Tendance à réduire le traitement (prévention)
- Eviter forte dose le soir (risque d'hallucinations nocturnes)
- Contrôle des facteurs de décompensation : infection, troubles, métaboliques, intervention chirurgicale (éviter anesthésie générale si possible), changement de traitement trop rapide
- Contrôle des troubles cognitifs : indication prochaine des anticholinestérasiques

# Troubles psychiques

---

- Signes cliniques variés :
  - agitation nocturne, cauchemars, terreurs nocturnes
  - hallucinations visuelles, auditives
  - agressivité, hypomanie, hypersexualité
  - syndrome délirant avec interprétation
  - syndrome confusionnel

## → **Psychose Dopaminergique**

- Facteurs favorisants :
  - âge, durée d'évolution, troubles cognitifs préexistants
  - polythérapie



# Conduite à tenir

---

- Rechercher systématiquement :
  - Troubles métaboliques, facteurs infectieux, traumatisme
  - Changement de traitement trop rapide (auto-médication)
- CAT diminution progressive et successive :

→ **Anticholinergiques - Amantadine - Agonistes - IMAOB - ICOMT - L-Dopa**

- Eviter arrêt complet L-dopa
- Hydratation, sédation
- Neuroleptique atypique
  - Clozapine (Leponex®), AMM, 12,5 à 50 mg progressivement, surveillance NFS hebdomadaire 18 semaines