



Les syndromes parkinsoniens chez le sujet âgé

Dr Thomas TANNOU

Chef de Clinique - Assistant
Gériatrie – CHRU de Besançon

Printemps Médical de Bourgogne – Franche – Comté

16 Mars 2019 - Beaune

Pas de conflits d'interet.

Epidémiologie

- **Maladie de Parkinson (MP)** : 2^{ème} maladie dégénérative après la maladie d'Alzheimer, incluant les Sd Parkinsoniens atypiques (DCL, DCB...)
- Prévalence : 1,7% après 65 ans, augmente avec le vieillissement (entre 0,6 % entre 65 et 69 ans, à 2,6 % entre 85 et 89 ans)
- Risque de développer une MP est plus élevé chez l'homme
- Incidence augmente avec l'âge (pic entre 70-79 ans puis chute après 80 ans)
- **Syndrome parkinsonien vasculaire** : 2,5 à 8,8% des syndromes parkinsoniens (SP)²

Physiopathologie (1)

- Les Maladies à corps de Lewy
 - Terme générique incluant les différentes pathologies caractérisées par la présence de lésions anatomo-pathologiques à corps de Lewy
 - Incluant la présence de troubles moteurs et neurocognitifs
 - Cela concerne
 - La Maladie de Parkinson idiopathique (MPI)
 - La Démence à Corps de Lewy
 - Les Syndromes Parkinsoniens « Plus », dont la Dégénérescence cortico-basal et la Paralyse Supra-Nucléaire Progressive

Physiopathologie (2)

- **Maladie de Parkinson** :
 - **Déficit dopaminergique** en lien avec une dégénérescence de la voie nigro-striée³
 - précédé par une phase pré-symptomatique : troubles non moteurs (lésions tractus olfactif, noyau dorsal du vague, neurones du système digestif et locus coeruleus)
 - stade plus évolué : structures corticales atteintes par le processus dégénératif expliquant les troubles cognitifs

Présentation clinique du SP du sujet âgé

- Triade : tremblement de repos, akinésie et rigidité segmentaire
- Syndrome akinéto-hypertonique insidieux chez la personne âgé (retard diagnostic)
- Troubles de la marche (à petits pas, lente) et de la posture (position antéfléchie) sont plus fréquents et plus précoces chez les sujets âgés ainsi que l'instabilité posturale.
- Le syndrome parkinsonien est source de chutes

Les biais cliniques

- Atteinte articulaire associée peut limiter l'analyse de l'hypokinésie segmentaire et de l'hypertonie
- Tremblement de repos reste inconstant. Il est parfois considéré à tort comme normal chez un sujet âgé ou confondu avec l'expression d'un tremblement essentiel.
- Comorbidités perturbent l'analyse clinique mais également accentuent le retentissement du SP sur les activités de la vie quotidienne

Les étiologies

Les différentes étiologies des syndromes parkinsoniens du sujet âgé peuvent se distinguer en fonction des caractéristiques cliniques du syndrome et des signes associés

Syndromes parkinsoniens de cause iatrogène

- Ils sont classiquement d'apparition plus rapide, s'exprimant par un syndrome parkinsonien volontiers symétrique
- La présence de dyskinésies bucco-linguo-faciales est évocatrice de ce diagnostic
- A évoquer systématiquement devant la découverte d'un syndrome parkinsonien du sujet âgé

➔ En gériatrie, on pense d'abord à la IATROGENIE

Rechercher systématiquement une cause iatrogène

- Consulter le Vidal ++
- Médicaments inducteurs d'un syndrome parkinsonien sont nombreux :
 - Antipsychotiques typiques et atypiques +++ (sauf Clozapine)
 - Inhibiteurs des canaux calciques
 - Antiépileptiques (valproate de sodium)
 - Antiémétiques (métoclopramide)
 - Thymo-régulateur (lithium)
 -

Maladie de Parkinson du sujet âgé²

- Syndrome parkinsonien asymétrique en lien avec les lésions dégénératives
- Progression plus rapide que chez le sujet jeune avec une prédominance des signes axiaux et une plus grande fréquence des signes non moteurs
- Fréquence des lésions vasculaires peut expliquer également l'hétérogénéité de la symptomatologie clinique
- Signes axiaux (troubles de la posture, instabilité posturale) : impact fonctionnel évident avec un risque de chute
- Les complications motrices (fluctuations motrices et dyskinésies) sont beaucoup moins fréquentes que dans la MP du sujet jeune
- Signes non moteurs parfois fluctuants

Rechercher les principaux signes non moteurs (1)

- Dépression estimée à 40 % des cas, parfois confondue avec des troubles attentionnels ou une apathie → Effcacité (modeste) des IRS
- Anxiété également fréquente → Pensez aux IRS !
- Apathie (évaluation reste difficile)
- Hallucinations de différentes modalités (mode d'entrée classique dans la démence parkinsonienne) → Contre-indication aux neuroleptiques, sauf la CLOZAPINE (presc. de spécialiste)
- Troubles cognitifs : du déclin cognitif léger à un tableau de TNC majeur
- Hypotension orthostatique induite par les traitements antiparkinsoniens ou liée à la dysautonomie ou par la poursuite d'un traitement antihypertenseur

Rechercher les principaux signes non moteurs (2)

- Troubles sphinctériens
- Troubles digestifs : constipation notamment
- Troubles du sommeil : insomnie et troubles du comportement en sommeil paradoxal responsables de cauchemars avec états d'agitation nocturne → Efficacité (modeste) de la Mélatonine (Circadin LP le soir)
- Douleurs d'origine neurologique ou rhumatismale

Les démences Parkinsoniennes

- La Démence de la Maladie de Parkinson fait suite à plusieurs années de troubles moteurs tandis que la Démence à Corps de Lewy retrouve les troubles de façon concomitante.
- La Paralysie Supra-Nucléaire Progressive doit être évoquée en cas de chutes répétées et de troubles de l'oculomotricité. L'IRM montre une atrophie du mésencéphale.
- La dégénérescence cortico-basale retrouve une apraxie asymétrique (« main étrangère »), des troubles dysexécutifs et une aphasia rapide.

Critères diagnostiques révisés de maladie à corps de Lewy

Trouble cognitif : attention, fonctions exécutives et visuospatiales, \pm amnésie.

Signes cliniques

Cardinaux

- Troubles du comportement en sommeil paradoxal (REM).
- Hallucinations visuelles.
- Fluctuations.
- Syndrome parkinsonien.

Suggestifs

- Hypersensibilité aux neuroleptiques.
- Syndrome dysautonomique : hypotension orthostatique, syncopes, constipation...
- Hypersomnie.
- Apathie.
- Autres hallucinations, délire.
- Hyposmie.
- Anxiété-dépression.
- Biomarqueurs.

Caractéristiques

- SPECT (TEMP) au Dat-Scan® positive.
- Anomalies EEG en sommeil paradoxal.
- Anomalie de fixation du ^{123}I -MIBG en scintigraphie myocardique.

Suggestifs

- Préservation relative lobe temporal médian à l'IRM.
- Hypoperfusion/métabolisme cérébral postérieur (occipital) en PET/SPECT.
- Ondes lentes postérieures en EEG.

Source : McKeith IG et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies : Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology*. 2017 Jul 4; 89(1) : 88-100.

Syndromes parkinsoniens vasculaires

- Grande hétérogénéité clinique, liée à l'atteinte des noyaux gris centraux.
- Autres facteurs de risques cardiovasculaires
- SP akinéto-rigide prédomine aux membres inférieurs (freezing de la marche), tremblement plus rare
- Instabilité posturale précoce et déclin cognitif très fréquent
- Autres symptômes : syndrome pyramidal, incontinence urinaire, syndrome pseudo bulbaire

Hydrocéphalie chronique

- Triade : troubles de la marche, détérioration neurocognitive, incontinence urinaire
- Installation récente voire d'apparition subaigüe
- Tableau de démence curable +++
- Marche à petits pas, polygone de sustentation élargi, tendance à la rétropulsion spontanée ou provoquée, ½ tour décomposé
- Troubles cognitifs : démence de type sous-cortico-frontal avec troubles attentionnels, réduction des fluences verbales et troubles mnésiques
- Début insidieux, évolution sur quelques mois

Quel bilan ?

- La découverte d'un syndrome parkinsonien du sujet âgé justifie en général peu d'examens complémentaires pour déterminer son étiologie
- L'analyse sémiologique du syndrome parkinsonien, son évolution et les signes associés permettent le plus souvent d'en préciser la cause
- Examens complémentaires :
 - Analyse de l'ordonnance !!
 - IRM encéphalique
 - Imagerie fonctionnelle par DAT-Scanner

Stratégie de prise en charge

- La prise en charge thérapeutique d'un syndrome parkinsonien du sujet âgé dépend de son étiologie
- Un syndrome parkinsonien iatrogène justifie de reconsidérer l'indication du traitement en cause
- En cas de persistance du syndrome après arrêt du traitement il faut évoquer une maladie à corps de Lewy (toute cause) du sujet âgé

Maladie de Parkinson du sujet âgé : prise en charge (1)

- Simplifier les schémas thérapeutiques : privilégier une monothérapie par lévodopa, mais attention à la iatrogénie !! (Confusion)
- Evolution lente possible : faibles doses = 300 mg de lévodopa par jour (ie 125 x 3), et pas de preuve en cas d'étiologie vasculaire... donc STOP si pas efficace !!
- Principaux effets secondaires : digestifs (nausées), l'hypotension orthostatique, Confusion
- Prises en charges associées :
 - Kinésithérapie
 - orthophonie

Maladie de Parkinson du sujet âgé : prise en charge (2)

- Hallucinations : clozapine efficace à faible dose (dose \leq à 25 mg le soir progressivement avec une surveillance régulière de la numération formule sanguine recherche de leuconéutropénie)
- Rivastigmine (Exelon[®]) AMM dans l'indication de la démence parkinsonienne (impact limité)
- Dépression : éviter chez les sujets âgés les antidépresseurs tricycliques (effets anticholinergiques), préférence pour IRS
- Hypotension artérielle orthostatique : bas de contention et midodrine (alpha adrénergique) à petites doses

Maladie de Parkinson du sujet âgé : prise en charge (3)

- Anticiper l'évolution :
 - Mesures médico-sociales
 - Directives anticipées (pneumopathies d'inhalation ++)
 - Discussion d'une alternative au domicile...
 - Déclaration APA, ALD...
 - Anticiper, c'est le principal mot-clé !



Les syndromes parkinsoniens chez le sujet âgé

Dr Thomas TANNOU

ttannou@chu-besancon.fr

Printemps Médical de Bourgogne – Franche –
Comté

16 Mars 2019 - Beaune