

Marjan Vandenabeele

Prise en charge  
des **symptômes**  
«non moteurs» de la  
maladie de Parkinson

Préface du Dr Chris van der Linden

Avec le soutien de

Lundbeck



Votre  
partenaire  
en **Psychiatrie**  
et **Neurologie**

## ● Introduction

**La maladie de Parkinson est une maladie neuro-dégénérative lente et progressive bien connue pour les symptômes moteurs qu'elle engendre. Mais aujourd'hui, on y associe aussi d'autres symptômes dits «non moteurs».**

Ces symptômes très variés regroupent aussi bien des troubles neurologiques (dépression, confusion mentale, démence) que des troubles du sommeil (fatigue, endormissements en journée, jambes sans repos), des troubles autonomes (problèmes intestinaux, vésicaux, sexuels) ou encore des troubles gastro-intestinaux (nausée, constipation, hypersalivation). Chez certains patients, ils s'expriment parfois même sous forme de douleurs, de perte de poids, de problèmes visuels ou d'une perte d'odorat.

Les symptômes «non moteurs» peuvent se manifester à tous les stades de la maladie et augmentent généralement au fil de son évolution. Ils diffèrent souvent d'une personne à l'autre et dépendent autant de l'âge du patient que de la durée de la maladie.

*«De mon expérience, il ressort que les professionnels de la santé comme les patients ou leurs proches détectent trop peu souvent ces symptômes plus complexes ou de manière assez tardive. Ils concentrent généralement davantage leur attention sur les symptômes moteurs et méconnaissent pour la plupart les symptômes «non moteurs» liés à la maladie de Parkinson. Ces symptômes ne doivent pourtant pas être sous-estimés car leur contrôle est essentiel au maintien de la bonne qualité de vie des patients.*

*Apprendre à les connaître et les reconnaître est donc indispensable ! Pour vous y aider, nous avons développé ce document qui les recense et présente des conseils, astuces ou traitements qui peuvent vous aider à les gérer au mieux.»*

*Parlez-en avec votre neurologue pour trouver ensemble une solution ou un traitement adéquat.*

**MARJAN VANDENABEELE** a été infirmière au Centre des Troubles Moteurs/Neurologie dans le service du Dr. Chris van der Linden, à l'AZ Sint-Lucas à Gent. Infirmière spécialisée dans la maladie de Parkinson, elle assure l'accompagnement des patients parkinsoniens et de leur famille.



## La maladie de Parkinson: bien plus que des tremblements



Trop de gens pensent encore qu'une personne qui tremble souffre de la maladie de Parkinson. Or, seulement 50% des personnes chez qui on diagnostique une maladie de Parkinson présentent des tremblements. Ces derniers sont typiquement des tremblements de repos, c'est-à-dire des tremblements qui apparaissent lorsque le patient est inactif et qui ont tendance à disparaître quand le patient utilise ses mains.

Contrairement aux idées reçues, les symptômes caractéristiques de la maladie ne sont pas toujours d'ordre moteur (rigidité, lenteur, troubles de la marche ou de l'équilibre). C'est pourquoi cette brochure donne un aperçu clair des symptômes «non moteurs» liés à la maladie de Parkinson qui peuvent se manifester à tous les stades de la maladie. Les connaître et les prendre en compte permet certainement de les traiter préventivement. Elle n'est donc pas uniquement destinée aux patients qui présentent un stade avancé de la maladie mais s'adresse également à tous ceux qui connaissent un stade précoce et qui n'ont pas encore été confrontés aux symptômes «non moteurs». Certains de ces symptômes, comme la constipation, les troubles cutanés ou les troubles du sommeil par exemple, ne sont forcément pas à mettre en relation avec la maladie de Parkinson.

Grâce à cette brochure, nous espérons vous aider à mieux comprendre ces symptômes et à optimiser leur prise en charge.

*«Aussi, dès que vous vous trouvez confronté à un nouveau symptôme, n'hésitez pas à consulter votre médecin traitant, votre neurologue ou votre infirmière spécialisée.»*

**DR. CHRIS VAN DER LINDEN**

## Les symptômes «non moteurs» précoces

**La recherche a montré que certains symptômes «non moteurs» devancent le diagnostic de la maladie de plusieurs années voire de plusieurs décennies même. On les appelle les symptômes précliniques.**

**On note parmi eux:**

- **La perte partielle de l'odorat ou hyposmie**

Elle se manifeste chez 70 à 90% des patients atteints de la maladie de Parkinson. Éprouver des difficultés à différencier ou à reconnaître les odeurs peut donc constituer un signal précoce qui peut apparaître avant même que les premiers symptômes moteurs de la maladie de Parkinson ne se manifestent. Cependant, toute perte d'odorat ne signifie pas pour autant qu'une personne développera une maladie de Parkinson! La dopamine, qui est un neurotransmetteur, joue un rôle important au niveau de l'odorat. Or, la maladie de Parkinson est précisément une maladie neurodégénérative qui affecte la production de dopamine. Pour l'heure, il n'existe encore aucun traitement proprement dit. Le traitement dopaminergique de la maladie de Parkinson ne permet de traiter que certaines pertes partielles d'odorat.

- **La constipation**

Autre symptôme précoce de la maladie de Parkinson, la constipation peut apparaître très tôt en cas d'atteinte du système nerveux. On la retrouve chez 60 à 80% des patients parkinsoniens, et elle peut se manifester près de 20 ans avant l'arrivée des premiers symptômes moteurs (l'utilisation abusive de laxatifs n'est toutefois pas utile).

- **La dépression**

Elle est aussi un symptôme fréquent chez le patient parkinsonien. Elle peut précéder les symptômes moteurs de plusieurs années. On constate qu'environ 20% des patients parkinsoniens souffrent déjà de dépression avant l'apparition de la maladie. Les scientifiques s'accordent à dire, à ce sujet, que la dépression pourrait bien être considérée comme un symptôme prémoteur de la maladie.

Au fur et à mesure de l'évolution de la maladie de Parkinson, d'autres symptômes «non moteurs» viennent s'ajouter aux symptômes précliniques déjà mentionnés. Les conséquences esthétiques, médicales et/ou psychosociales de ces symptômes finissent peu à peu par assombrir le quotidien du patient.

Les troubles de la déglutition et de la parole peuvent, quant à eux, aussi bien être considérés comme des symptômes moteurs lorsqu'ils résultent de la rigidité, que comme des symptômes «non moteurs» quand ils proviennent d'un problème cortical supérieur.

**POUR VOTRE FACILITÉ, NOUS AVONS RÉPERTORIÉ LES SYMPTÔMES «NON-MOTEURS» EN 7 CATÉGORIES:**

● **Les troubles gastro-intestinaux** 6

● **L'hypotension orthostatique** 15

● **Les troubles urogénitaux** 17

● **Les troubles de la thermorégulation** 21

● **Les troubles du rythme veille-sommeil** 24

● **Les troubles de la sensibilité** 27

● **Les troubles neuropsychiatriques et cognitifs** 29



## ● Les troubles **oraux et gastro-intestinaux**

### **LES TROUBLES DE LA DÉGLUTITION<sup>1</sup> ET LES PROBLÈMES DE MASTICATION**

*dysphagie oropharyngée*

Les troubles de la déglutition figurent parmi les inconvénients et les difficultés les plus fréquentes chez les patients parkinsoniens. Même s'ils surviennent assez tard dans la maladie, ils peuvent considérablement perturber le plaisir de la table.

Bien que fréquents, ces troubles ne sont pas toujours reconnus par le personnel soignant, la famille et les patients eux-mêmes. Il faut dire que le caractère fluctuant de la maladie, les

problèmes d'aspiration pulmonaire et le screening peu adapté n'en facilitent pas la reconnaissance.

Les troubles de la déglutition peuvent pourtant entraîner de nombreuses conséquences telles qu'une aspiration pulmonaire<sup>2</sup>, des carences alimentaires ou un manque d'hydratation.

L'aspiration pulmonaire est d'ailleurs une cause importante de décès chez les patients parkinsoniens.

La majorité des personnes souffrant de problèmes de déglutition pensent que leur problème ne peut pas être traité. Nombre d'entre elles n'éprouvent plus de plaisir à manger, ont peur de manger, paniquent ou évitent de manger

en présence d'autres personnes. Ce qui diminue leur confiance en elles, leur qualité de vie et peut induire un réel isolement social.

Reconnaître les problèmes de déglutition à temps permet pourtant d'intervenir plus rapidement et d'envoyer le patient vers un logopède spécialisé. Grâce au dépistage, aux conseils et au traitement, la logopédie peut en effet jouer un rôle important dans la prévention des complications liées aux troubles de la déglutition.

### **DIFFÉRENTS PHÉNOMÈNES LIÉS AUX TROUBLES DE LA DÉGLUTITION**

- Déglutition fréquente
- Raclement fréquent de la gorge / enrouement
- Perte d'aliments et de liquides par la bouche
- Douleur en avalant
- Ralentissement des facultés d'alimentation, de déglutition et de mastication
- Difficulté à avaler les restes de nourriture présents en bouche
- Toux et éternuements fréquents au cours des repas ou après les repas
- Difficultés à manger, surtout des aliments solides
- Bouche sèche
- Perte de poids
- Douleur sous le sternum

<sup>2</sup> L'aspiration pulmonaire est due au passage anormal des aliments (solides ou liquides) dans les voies respiratoires plutôt que dans l'estomac. Le réflexe de toux qui s'en suit normalement pour dégager les voies respiratoires est généralement faible ou absent chez les personnes qui présentent de la dysphagie. Ce qui augmente la fréquence et l'importance des aspirations et représente un danger d'étouffement.

**Repérer à temps les troubles de la déglutition, s'adresser au bon spécialiste et adapter son alimentation sont des gestes-clés qui peuvent aider à prévenir les conséquences de tels troubles (aspiration pulmonaire, déshydratation et sous-alimentation). Cela permet également d'éviter que les repas ne se transforment en moment de stress et de frustration. Il est aussi extrêmement important de faire évaluer régulièrement ses capacités de déglutition afin d'adapter et de sécuriser son alimentation. Gérer régulièrement ces phénomènes permet certainement de préserver la qualité de vie.**

## Conseils avisés

- Faire évaluer régulièrement la déglutition par un logopède spécialisé et se faire aider par un diététicien afin d'adapter son alimentation.
- Veiller à se tenir bien droit.
- Se donner assez de temps pour prendre ses repas (max. 30 min. pour ne pas trop se fatiguer).
- Veiller à manger dans un environnement calme.
- Dans un stade plus avancé de la maladie, l'efficacité du traitement médicamenteux est souvent difficile à prévoir. Aussi, pour ne pas se retrouver en mode "OFF" durant les repas et ne pas être en état de manger, il est parfois préférable de postposer son repas en attendant un meilleur moment (un moment "ON").
- Se rappeler qu'une petite bouchée est toujours plus facile à avaler qu'une grosse bouchée.
- Apprendre comment réagir en cas d'étouffement.
- Utiliser d'éventuels moyens techniques pour faciliter la prise des repas (voir brochure : la maladie de Parkinson : conseils techniques de la Ligue Flamande contre le Parkinson).
- Veiller à adapter la consistance des aliments: sirop, semi-liquide, pudding ou aliments mixés. Se procurer en pharmacie de la poudre instantanée qui permet d'épaissir à chaud ou à froid ou utiliser de la fécule ou du jaune d'œuf pour épaissir les liquides et les sauces.
- Soigner la présentation de la nourriture mixée.
- Eviter le mélange des aliments, même mixés. Séparer p. ex. le poisson mixé de la purée de carottes.
- Eviter les aliments qui se présentent en trop petits morceaux, en gros grains ou qui s'émiettent.
- Eviter le mélange des textures trop différentes (ex.: une salade de fruit dans son propre jus, ce qui complique la déglutition).
- Favoriser les mets très froids ou très chauds qui sont plus faciles à avaler que les mets tièdes.
- Eviter la surcharge de l'assiette. Il vaut mieux manger un ou plusieurs petits repas au cours de la journée.

## LES TROUBLES DE LA PAROLE

La régression de la parole est une des caractéristiques de la maladie de Parkinson. Elle touche environ 90% des patients parkinsoniens et induit souvent des modifications de leur voix. Ces patients ont tendance à parler moins fort ou plus doucement, même lorsqu'ils ont l'impression de parler normalement. Leur voix est monotone et devient rauque.



Et à mesure que la maladie évolue, ils articulent moins bien ou ont la voix qui tremble. Les patients se plaignent aussi d'un rythme de parole trop rapide et certains remarquent que leur voix manque d'émotion. Occasionnellement, ils observent un manque de fluidité (bégaiement), connaissent des problèmes pour commencer à parler et se plaignent de palilalie (répétition continuelle de ses propres mots).

Le ton monotone s'explique par la rigidité et la perte de mouvement au niveau des muscles internes et externes du larynx.

## À savoir

- Un bon accompagnement par un logopède peut être nécessaire pour prendre en charge tous les aspects liés à la communication.
- Les problèmes d'expression peuvent être frustrants, mais il est important de rester le plus détendu possible. Pour parler, il est conseillé de s'asseoir ou de se tenir debout dans une position libre et confortable.
- Imaginer qu'on parle dans un espace plus grand que celui dans lequel on se trouve peut aider à parler plus fort et plus clairement.
- Se concentrer sur le bon mouvement de la langue, des lèvres et de la mâchoire est aussi important.
- Penser à s'exprimer simplement et utiliser des phrases courtes est également plus facile.

## POUR LES PROCHES :

- Faire preuve de patience en laissant au malade le temps de s'exprimer.
- Ne pas interrompre le patient s'il a besoin de plus de temps.
- Lui laisser l'occasion de parler lui-même, et l'encourager à participer aux conversations.
- Lui parler normalement sans crier.
- L'écouter avec attention.
- Lui parler de façon détendue et avec un ton adapté.
- Utiliser des phrases courtes et des mots-clés.
- Éviter de lui poser des questions compliquées.
- Lui demander de répéter en cas d'incompréhension en l'invitant à parler plus fort et à reformuler sa phrase. Ne pas faire semblant d'avoir compris si ce n'est pas le cas.
- Ne pas essayer de parler à sa place, sauf si c'est absolument nécessaire.
- Favoriser les conversations dans un endroit calme, sans bruit de radio ou de télévision p. ex.
- Faire en sorte de ne pas être trop éloignés l'un de l'autre quand on se parle: p. ex. être dans la même pièce, et non dans une pièce séparée.



## LA SIALORRHÉE OU L'ÉCOULEMENT INVOLONTAIRE DE SALIVE

La maladie de Parkinson est une des principales causes de sialorrhée. On estime que trois patients sur quatre en souffrent. Mais, contrairement à ce qu'on peut penser, cela n'a rien avoir avec une hypersalivation (salivation excessive), la sécrétion salivaire des patients parkinsoniens étant souvent inférieure à la moyenne générale.

Dans la maladie, la sialorrhée est surtout liée à un dysfonctionnement de la déglutition, et plus particulièrement à une perte de la déglutition réflexe. Le patient s'avère donc incapable d'avaler sa salive assez rapidement que pour éviter qu'elle ne s'écoule. Dans un premier temps cela se produit surtout la nuit, mais, avec l'évolution de la maladie, le phénomène se produit aussi en journée.

Les conséquences:

- Troubles du langage
- Diminution de la confiance en soi
- Isolement social
- Irritation cutanée
- Déshydratation
- Infections buccales
- Sensation d'étouffement
- Aspiration pulmonaire (dans les cas les plus graves)

## Traitements

Les médicaments anticholinergiques permettent de traiter la sialorrhée, mais ne sont malheureusement pas dénués d'effets secondaires (somnolence, confusion et troubles de la mémoire).

Il existe également d'autres solutions médicamenteuses, consultez votre médecin pour en savoir davantage.

## LA BOUCHE SÈCHE

La sécheresse buccale complique souvent la prise alimentaire. Ce symptôme peut être lié à la prise de certains médicaments antiparkinsoniens.



### Petits conseils

- Utiliser un substitut de salive (salive artificielle)
- Sucrer des bonbons acidulés
- Mâcher des tranches de citron
- Mâcher du chewing-gum
- Sucrer un glaçon pour stimuler la salivation
- Manger des plats très chauds ou très froids pour stimuler la salivation

## LA NAUSÉE / LA SENSATION DE BALLONNEMENT

Les médicaments antiparkinsoniens sont connus pour provoquer des nausées, surtout en début de prise du médicament.

Heureusement, ces nausées sont souvent temporaires ou limitées à une sensation de "malaise". Cependant, elles ont une influence certaine sur l'appétit.

### À savoir

- Prendre ce type de médicament pendant le repas (mais attention au mélange avec les protéines) surtout en début de traitement.
- Par la suite, lorsque la sensation de nausée disparaît, programmer la prise du médicament indépendamment des repas (on peut aussi penser à prendre un gastroprocinétique un quart d'heure avant le repas pour diminuer les nausées).
- Consommer des aliments faciles à digérer.
- Se faire aider, si nécessaire, par un diététicien.

## LE RETARD DE LA VIDANGE GASTRIQUE

Les patients parkinsoniens souffrent parfois d'une vidange gastrique lente ou irrégulière qui peut compliquer l'absorption des médicaments au niveau intestinal et affecter leur appétit.

### Conseils avisés

- Faire plusieurs petits repas plutôt que trois grands.
- Veiller à prendre ses médicaments au bon moment.
- Surveiller la composition de ses repas.
- Prendre conseil auprès d'un diététicien afin de définir quelles sont les quantités appropriées de graisses et de fibres à consommer pour faciliter la vidange gastrique.
- Prendre un médicament gastroprocinétique (domperidone) un quart d'heure avant le repas pour améliorer la vidange gastrique.



### UN GOÛT DÉSAGRÉABLE EN BOUCHE

Les patients parkinsoniens se plaignent par moment d'avoir un goût de métal en bouche. Cela peut en effet se produire suite à la prise de la Levodopa.

### Petit conseil

- Sucrer une pastille à la menthe peut parfois aider.

## À savoir

### LA PERTE DE POIDS

Les problèmes d'alimentation (prise de nourriture et de boissons) peuvent apparaître à tous les stades de la maladie de Parkinson. Leurs origines sont très diverses mais entraînent toujours une diminution de l'appétit. C'est pourquoi bon nombre de patients parkinsoniens connaissent une perte de poids. De plus, le manque de dopamine dans le cerveau exerce aussi un effet direct sur le centre de la faim et contribue à l'effet d'amaigrissement qui s'ajoute au manque d'énergie provoqué par la maladie elle-même.

- La maladresse est une conséquence de la faiblesse musculaire, du tremblement ou de la dyskinésie qui compliquent la réalisation de certains gestes. C'est pourquoi couper de la viande, beurrer une tartine ou verser une boisson peut parfois devenir difficile.
- La rigidité des muscles du visage et du pharynx entraîne des problèmes pour avaler ou mâcher.
- L'affaiblissement de l'odorat diminue l'appétit.
- Les patients parkinsoniens peuvent avoir honte de certains aspects de leur apparence (leur façon de manger ou le fait de baver). Ce qui ne favorise pas leur appétit.
- Un mauvais goût en bouche diminue l'appétit.
- Lorsqu'un patient est fatigué et n'arrive pas à manger, il est conseillé de l'inviter à se reposer (avant le repas) pour l'aider à retrouver des forces.
- En raison du ralentissement de leurs mouvements, les patients parkinsoniens ont besoin de plus de temps pour manger. Ce qui signifie que leur nourriture a facilement tendance à se refroidir en cours de repas. Pour éviter qu'ils n'arrêtent de manger, on peut penser à utiliser un chauffe-plat.
- La bouche sèche et/ou une production abondante de salive perturbent aussi la prise des repas.
- La vidange gastrique et les nausées perturbent l'appétit.
- Des problèmes de mise en route en mode "OFF" peuvent apparaître en cours de repas. Pour que la Levodopa fasse bien son effet, il vaut mieux éviter de la prendre avec des protéines, la combinaison des deux substances compliquant l'absorption du médicament. C'est pourquoi il est conseillé de prendre la Levodopa au moins une ½ heure avant, ou au moins 1 heure après un repas riche en protéines.





## À savoir

- Prendre plusieurs petits repas par jour (4 à 5).
- Manger à heures régulières.
- Ne pas sauter de repas.
- Suivre un régime suffisamment riche en fibres: **fruits, noix et raisins secs, légumes à feuilles et légumes-racine, blé complet, son, produits céréaliers.**
- Eviter les repas trop riches en graisse, crème et beurre.
- Utiliser de l'huile de poisson qui adoucit les selles.
- S'hydrater régulièrement (boire un café ou un thé lors des repas et boire au moins 4 à 8 verres d'eau ou de jus de fruit chaque jour).
- Consommer des boissons chaudes pour leur effet laxatif, surtout le matin.
- Bouger au moins 15 min par jour, éventuellement en plusieurs fois (marcher).
- Ne pas reporter le moment d'aller à selles. Prendre son temps. Prendre des médicaments laxatifs qui aident à ramollir les selles.
- Faire un lavement, quand rien ne fonctionne, sur avis médical (généraliste, neurologue ou gastro-entérologue).

## LA CONSTIPATION

Ballonnements, douleurs intestinales, selles trop rares (moins de 3/semaine) sont des phénomènes fréquents chez les patients parkinsoniens : 60 à 80 % des patients s'en plaignent. La maladie de Parkinson induit un déficit de neurones dopaminergiques qui affecte le système nerveux autonome et cause des troubles dysautonomiques comme la constipation.

En raison d'une forte diminution des contractions musculaires de l'intestin (péristaltisme) les selles progressent lentement, favorisent la constipation et deviennent souvent très dures.

D'autres facteurs favorisent la constipation, comme:

- La prise de certains médicaments antiparkinsoniens comme les anticholinergiques (prescrits contre les tremblements) qui ont une action directe sur la mobilité intestinale.
- Une baisse du tonus musculaire (l'hypotonie)
- La prise de médicaments antidépresseurs.
- Le manque d'exercice physique (les patients parkinsoniens qui ont des difficultés à se déplacer ont tendance à bouger peu).
- Les troubles de la mastication et de la déglutition freinent l'absorption de certains aliments (fibres, boissons, etc.).



## ● L'hypotension orthostatique

L'hypotension orthostatique se définit comme une baisse de la tension artérielle qui se produit dans les 5 minutes lorsqu'on se met debout, et qui induit une diminution de la circulation sanguine au niveau du cerveau. Elle provoque une sensation subjective d'étourdissement et de vertige. Elle peut aussi se produire lorsqu'on passe d'une position couchée ou assise à la position debout. Elle se manifeste aussi dans diverses affections, dont la maladie de Parkinson. Et plus un patient parkinsonien est âgé et plus le stade de sa maladie est avancé, plus l'hypotension orthostatique se fait sentir. Elle peut également résulter de la prise de certains médicaments antiparkinsoniens ou de médicaments contre l'hypertension artérielle.

## Conseils avisés

- Penser à s'hydrater et à consommer assez de sel (p. ex.: des tablettes).
- Éviter les repas trop lourds qui réclament un apport accru de sang au niveau du système digestif.
- Utiliser des bas de contention qui montent jusqu'à l'aîne.
- Faire contrôler une fois par mois sa tension artérielle (en position assise comme en position couchée).
- Relever la tête de son lit de 10-20°.
- Éviter d'avoir trop chaud (p. ex. une chambre trop chaude, un bain trop chaud).
- Apprendre à rester assis un petit moment avant de se lever de son lit, avant de se redresser ou de se mettre debout pour donner au corps le temps de s'habituer au changement de position (se lever lentement).
- Chercher une alternative aux médicaments antihypertenseurs avec son médecin.
- Prendre une préparation à base de cortisone sur les conseils du généraliste ou du neurologue.







## ● Les troubles urogénitaux

### L'INCONTINENCE URINAIRE

Les troubles urinaires sont fréquents dans la maladie de Parkinson puisqu'ils concernent plus de 50% des patients.

La vessie contrôle deux fonctions de la miction : la fonction de stockage de l'urine et la fonction d'évacuation de l'urine suivant les besoins. Ces deux aspects sont affectés lors d'incontinence urinaire.

En cas de perturbation de la fonction de stockage, la vessie envoie des signaux au cerveau (que la vessie soit remplie ou non). Ce qui explique que le patient ressent plus souvent le besoin d'uriner, y compris la nuit. C'est ce qu'on appelle la nycturie. Comme la paroi de la vessie se détend plus difficilement, l'envie d'uriner est plus fréquente et l'urine sort en plus petites quantités.

Les neurones dopaminergiques interviennent dans le contrôle du réflexe mictionnel, ou le fait d'uriner. A cause d'un déficit de ces neurones dopaminergiques, le muscle du sphincter urinaire se contracte moins vite et moins fort. L'évacuation de l'urine est donc retardée et s'arrête plus tôt. Par conséquent, l'urine peut stagner dans la vessie. Ce qui peut favoriser le développement d'infections urinaires. Les symptômes les plus fréquents sont la perte de gouttes d'urine juste après avoir uriné, la sensation de devoir uriner d'urgence alors qu'on vient d'uriner ainsi que des fuites urinaires.

Le plus souvent, ces troubles apparaissent à un stade avancé de la maladie.

Dans la maladie de Parkinson, les médicaments anticholinergiques semblent constituer le meilleur traitement des troubles urinaires parce qu'ils diminuent les contractions des muscles de la vessie.

Mais la maladie de Parkinson n'est pas toujours la seule cause des problèmes urinaires. Des troubles de la prostate sont également fréquents chez les hommes plus âgés.

## Conseils à suivre

- Prendre contact avec son généraliste ou son neurologue pour voir s'il est utile de consulter un urologue afin d'exclure d'autres causes que la maladie de Parkinson.
- Éviter au maximum les boissons diurétiques comme le café, l'alcool, le thé ou le jus de pamplemousse.
- Boire de préférence en cours de journée et limiter la prise de boissons le soir pour éviter d'uriner la nuit.
- Ne pas trop boire avant de se déplacer (uriner dans les toilettes publiques n'est pas toujours facile et peut être gênant).
- Boire suffisamment en journée.
- Prévoir un bassin pour uriner (une panne), un urinal ou une toilette chimique à proximité quand il est difficile de se rendre aux toilettes.
- Envisager l'utilisation d'un cathéter préservatif masculin pour les hommes.
- Recourir à l'usage de matériel d'incontinence si nécessaire.
- Mettre des vêtements faciles à enlever.
- Consulter un kinésithérapeute pour pratiquer des exercices de renforcement des muscles du bassin.
- Entraîner sa vessie, uriner à heures fixes sans même en éprouver le besoin.
- En dernier recours, se faire prescrire des médicaments par un urologue.

## LES TROUBLES SEXUELS

D'après le peu d'études conduites sur la maladie de Parkinson et la sexualité, il semble qu'il existe une baisse de la libido (le désir de faire l'amour).

Les hommes obtiennent moins facilement une érection, et, quand ils l'obtiennent, elle est souvent moindre que chez les hommes qui ne souffrent pas de la maladie.

Certaines femmes atteintes de la maladie de Parkinson souffrent également de sécheresse vaginale. Elles éprouvent souvent des douleurs au cours des rapports et stressent à l'idée d'en avoir. La maladie de Parkinson les empêche même souvent d'avoir un orgasme. Ces problèmes sexuels, beaucoup de personnes qui ne souffrent pas de la maladie de Parkinson les vivent également. Il n'est donc pas si évident de les attribuer à la maladie ou à l'âge.

On sait par contre que ces problèmes sont plus fréquents chez les personnes qui souffrent de la maladie de Parkinson.

Quelques médicaments antiparkinsoniens augmentent la libido chez certains patients. Ce qui peut être très désagréable car les personnes atteintes de la maladie de Parkinson peuvent devenir très exigeantes sur le plan sexuel. Ce qui n'est pas sans imprimer un certain fardeau pour leurs partenaires comme pour le patient lui-même. Ce désir irréprensible est souvent vécu comme une honte tant chez l'homme que la femme souffrant de la maladie de Parkinson. Les malades qui ne savent pas que ces phénomènes sont à mettre en relation avec la maladie ne se reconnaissent plus, et l'hypersexualité dont ils souffrent les conduit parfois à mettre fin à leur relation.

Il est donc très important de faire circuler cette information et d'informer son partenaire des effets secondaires potentiels des médicaments afin d'essayer de trouver une solution satisfaisante pour tout le monde.



## Conseils à suivre

- En parler avec le neurologue et demander une adaptation de la médication si nécessaire.
- S'interroger sur la nécessité de consulter un urologue afin d'exclure d'autres causes éventuelles de troubles de l'érection tel qu'un problème de prostate.
- Envisager d'autres causes à l'origine de ces troubles érectiles (diabète, dépression).
- Convenir de moments fixes à réserver à une activité sexuelle peut aider à maintenir la libido à un bon niveau et favoriser de bonnes relations.
- Faire l'amour dans un environnement calme.
- Parler de ces problèmes avec son partenaire.
- Demander l'avis d'un sexologue.
- Envisager une thérapie relationnelle.
- Utiliser un lubrifiant ou des jouets sexuels.
- Revoir son intimité: les câlins et les baisers peuvent aider à maintenir une relation forte.
- Enfin puisque les personnes atteintes de la maladie de Parkinson vivent des bons moments mais aussi des moins bons, il est peut-être préférable d'envisager de faire l'amour dans les bons moments (en journée plutôt que le soir) et se rappeler que ce qui fonctionne à un moment peut ne plus fonctionner à un autre.





## ● Les troubles de la **thermorégulation**

### **L'HYPERHYDROSE (TRANSPIRATION EXCESSIVE)**

La transpiration excessive est un phénomène qui touche 30 à 50 % des patients parkinsoniens.

La maladie de Parkinson peut en effet perturber le fonctionnement des glandes sébacées et sudoripares présentes au niveau de la peau. La production excessive de sébum peut rendre la peau du visage particulièrement grasse et certains se plaignent aussi d'une transpiration accrue. Cependant, on peut aussi observer l'inverse, soit une diminution de transpiration ou même une absence totale de transpiration. La transpiration est produite par les glandes sudoripares, sous l'impulsion du système nerveux "sympathique". Elle résulte d'une augmentation de la température corporelle due à la chaleur, un effort physique, une fièvre ou à une émotion (p. ex. le stress).

Les glandes sudoripares, qui produisent la transpiration, siègent surtout au niveau des mains, de la plante des pieds et sous les aisselles. Voilà pourquoi on transpire plus au niveau de ces zones corporelles.

L'hyperhydrose représente une production excessive de transpiration dont on ignore souvent l'origine. C'est pourquoi on parle d'hyperhydrose primaire. Dans de rares cas, l'hyperhydrose est liée à une maladie endocrinienne ou neurologique, on parle alors d'hyperhydrose secondaire. La transpiration excessive est un problème mé-

dical qui peut perturber sérieusement la vie des personnes.

La maladie de Parkinson provoque surtout une transpiration excessive durant la nuit, en mode "OFF" ou en cas de dyskinésie. La transpiration excessive peut aussi être un effet secondaire de la Levodopa.

## Conseils à suivre

Il est important d'observer des mesures hygiéniques avant d'envisager toute forme de traitement. Ce qui veut dire:

- Se laver et changer de vêtements tous les jours, porter des fibres naturelles (coton, laine, plutôt que des fibres synthétiques) et des chaussures en cuir.
- Utiliser quotidiennement un déodorant.
- Essayer de réguler la température intérieure en aérant, en diminuant le chauffage, etc.
- Porter des vêtements en coton adaptés à la température ambiante, et des vêtements légers quand il fait chaud.
- Prendre régulièrement des douches tièdes.
- Marcher de préférence pieds nus.
- Porter des chaussettes en coton, en laine ou en soie qui absorbent bien l'humidité et des chaussures bien aérées (éventuellement des sandales).
- Se laver tous les jours les pieds avec un savon qui n'altère pas le pH de la peau (un pH neutre).
- Rester à l'ombre en été ou lors de grande chaleur.
- Eviter de faire des efforts et du sport lorsqu'il fait chaud.
- Boire beaucoup d'eau pour compenser la perte d'eau.
- Traiter les éventuels problèmes rénaux, pulmonaires, infectieux, de surpoids, d'hypertension artérielle ...
- Améliorer sa condition physique en pratiquant régulièrement une activité sportive (natation, vélo, marche, etc.).
- Eviter de consommer du café, du thé, des plats très épicés et favoriser la prise d'aliments rafraîchissants comme les fruits et les légumes.
- S'épiler les aisselles (les bactéries se fixent plus facilement aux poils).
- Pratiquer des exercices de relaxation en cas de stress.
- Pratiquer des cures de jeûne et de détoxification pour éliminer les toxines.
- Boire de la tisane à base de sauge.
- Bien ventiler sa chambre et dormir dans des draps en coton ou en satin.
- Parler de ces troubles avec le neurologue pour chercher des solutions et exclure d'autres causes éventuellement à l'origine de la transpiration excessive (glande thyroïde trop active, par exemple).

## LA SÉBORRHÉE

La peau renferme des glandes qui produisent du sébum qui a pour mission de maintenir la souplesse de cette enveloppe et qui la protège. En augmentant la production de sébum au niveau des glandes sébacées, la maladie de Parkinson rend la peau plus grasse et plus luisante (phénomène connu sous le nom de séborrhée). Ce phénomène s'observe notamment dans les zones naturellement plus riches en glandes sébacées comme le front, le cuir chevelu et les ailes du nez. Les cheveux peuvent également devenir plus gras et se parer de pellicules. On ne connaît pas la cause de la dermatite séborrhéique, mais on sait par contre qu'elle est liée à la maladie de Parkinson et qu'elle s'observe plus facilement sur une peau sale ou grasse.

## Conseils avisés

- Prélever un échantillon de peau pour faire une analyse au microscope afin de rechercher un lien de causalité avec d'autres maladies de la peau.
- Veiller à avoir la peau propre et sèche. Utiliser un savon doux ou neutre et une serviette éponge douce.
- Nettoyer la peau deux fois par jour à l'eau chaude et rincer à l'eau froide.
- Gérer son stress (le stress physique et émotionnel).
- Adapter son alimentation pour limiter la production naturelle de graisse sur la peau.
- Éviter de se gratter (la séborrhée provoque parfois des démangeaisons) pour ne pas générer de petites plaies et veiller plutôt à se frotter la peau. En cas de démangeaisons graves, prendre des médicaments appropriés.
- Prendre contact avec le neurologue ou consulter un dermatologue.





## ● Les troubles du **rythme veille-sommeil**

Près de 80% des patients parkinsoniens souffrent de troubles du sommeil. Ces troubles peuvent se manifester sous forme d'une somnolence exagérée, d'une envie subite de dormir en journée ou encore sous forme de difficultés à s'endormir ou poursuivre son sommeil durant la nuit. On observe aussi des rêves agités ainsi que des cauchemars accompagnés de mouvements violents au cours du sommeil paradoxal (REM). Ces problèmes n'affectent pas seulement la qualité de vie du patient et celle de son/sa partenaire, mais ils peuvent aussi être dangereux (p. ex. s'endormir au volant).

### **LES TROUBLES DE L'ENDORMISSEMENT ET/OU DE LA CONTINUITÉ DU SOMMEIL**

La plupart des patients parkinsoniens ont des difficultés à s'endormir ou à poursuivre leur sommeil durant la nuit. Ces troubles peuvent être une conséquence directe de la maladie ou être liés simplement à l'âge, à des angoisses fréquentes ou de la dépression. La rigidité des muscles, les tremblements, l'incapacité à se retourner dans son lit et l'envie pressante d'uriner peuvent également perturber considérablement le sommeil.



## LE SOMMEIL PARADOXAL (REM)

Beaucoup de parkinsoniens font parfois des rêves très agités et mouvementés au cours de leur sommeil. On appelle cela un trouble comportemental du sommeil paradoxal. Des études ont montré que ces troubles se produisent parfois avant même que les symptômes moteurs liés à la maladie de Parkinson ne fassent leur apparition.

## LE SYNDROME DES JAMBES SANS REPOS OU RESTLESS LEGS SYNDROME (RLS)

Le RLS est un trouble du mouvement très fréquent caractérisé par des symptômes tels que des picotements et des sensations douloureuses dans les jambes et un besoin irrésistible de bouger les jambes en dormant ou après une longue période d'immobilité. Une étude a montré que le RLS est fréquent chez les patients parkinsoniens. Pour le traiter, on peut éventuellement donner une dose supplémentaire de Levodopa le soir.

## LA SOMNOLENCE DIURNE, L'ENDORMISSEMENT ET LA FATIGUE

Un mauvais sommeil nocturne provoque souvent chez les patients parkinsoniens de la fatigue et de la somnolence diurne avec pour conséquence des périodes d'endormissement brutales ou inopinées fréquentes en cours de journée. Ces patients n'ont pas l'impression d'être reposés après une nuit de sommeil et une personne insuffisamment reposée est moins performante durant la journée. Elles ont alors souvent tendance à dormir en journée ou à faire une sieste, ce qui ne favorise pas l'endormissement le soir.

Cette fatigue observée chez les patients parkinsoniens peut provenir de leur capacité réduite à effectuer certaines activités de façon automatique, ce qui les force à réfléchir davantage à ce qu'ils doivent faire. Les médicaments antiparkinsoniens peuvent également favoriser cette somnolence excessive en journée.

Les agonistes dopaminergiques et la Levodopa, couplée à des inhibiteurs de dopadécarboxylase, peuvent induire de la somnolence et provoquer des périodes d'endormissement brutales.



## Conseils avisés

- Essayer d'être le plus actif possible en journée.
- Ne pas boire de café, de thé ou d'alcool après 16h.
- Eviter les repas trop copieux avant le coucher.
- Eviter de regarder la télévision avant d'aller dormir (lire plutôt un livre, ou jouer à un jeu).
- Pratiquer une activité physique extérieure.
- Eviter si possible de dormir en journée.
- Dormir uniquement dans son lit.
- Aller se coucher plus tard le soir.
- Se coucher et se lever à heures fixes.
- Bien aérer son lit et sa chambre à coucher.
- Dormir sur un matelas et dans un lit confortable.
- Avoir une bonne température et un bon éclairage dans la chambre.
- Eviter les bruits dérangeants.
- Mettre un pyjama confortable, facile à enlever au cas où il faut se rendre aux toilettes pendant la nuit.
- Faire des exercices de relaxation ou de détente avant d'aller dormir.
- Uriner avant de se coucher.
- Utiliser des matériels spéciaux pour l'incontinence, ou placer un pot de chambre à côté du lit.
- S'occuper en lisant un livre ou en se mettant au salon si on n'arrive pas à dormir.
- Parler de son rythme de sommeil avec le neurologue et, le cas échéant, adapter le traitement.
- Se faire éventuellement prescrire un somnifère.



## ● Les troubles de la **sensibilité**

### LA DOULEUR

Plus de la moitié des patients parkinsoniens se plaignent de douleurs. Mais ces symptômes sont trop rarement pris en considération. La douleur peut pourtant, dans de rares cas, être un des premiers signes de la maladie de Parkinson.

Comme les mouvements ne se font plus spontanément et du fait des problèmes de posture (tête et torse penchés vers l'avant), des problèmes musculaires et articulaires se font sentir, de même que des douleurs dans le bas du dos, au niveau de la nuque, des hanches et des épaules (raideurs).

La dystonie est le nom donné à la douleur spécifique qui provoque des contractions longues et involontaires des muscles,

proches des crampes. On peut la ressentir à hauteur du torse, des jambes, des mains et du visage... Beaucoup de patients se plaignent d'orteils douloureux et recourbés le matin. La dystonie se produit surtout le matin, avant la prise du premier médicament, ou entre deux prises quand le médicament en question perd de son effet.

La douleur dyskinésique est la conséquence des dyskinésies. Elle peut se produire la journée, avant ou après les dyskinésies. Parfois les personnes en souffrent avant même que les dyskinésies ne commencent.

## Conseils à suivre

- Informer le neurologue, afin de mieux doser la Levodopa ou de mieux répartir les doses.
- Demander éventuellement des médicaments contre la douleur au neurologue.
- Prendre éventuellement une simple dose d'antidouleur avant d'aller dormir, ou le matin pour essayer de soulager la douleur et favoriser le repos.
- Passer une radiographie ou faire une RMN (Résonnance Magnétique Nucléaire) pour exclure d'autres causes à l'origine de la douleur.
- Consulter un orthopédiste sur les conseils du neurologue pour exclure d'autres causes.

## LA PARESTHÉSIE

La paresthésie est décrite par les patients parkinsoniens comme une sensation "d'irritation" ou de "picotement" de la peau. On la décrit parfois aussi comme semblable à des "piqûres d'aiguilles".

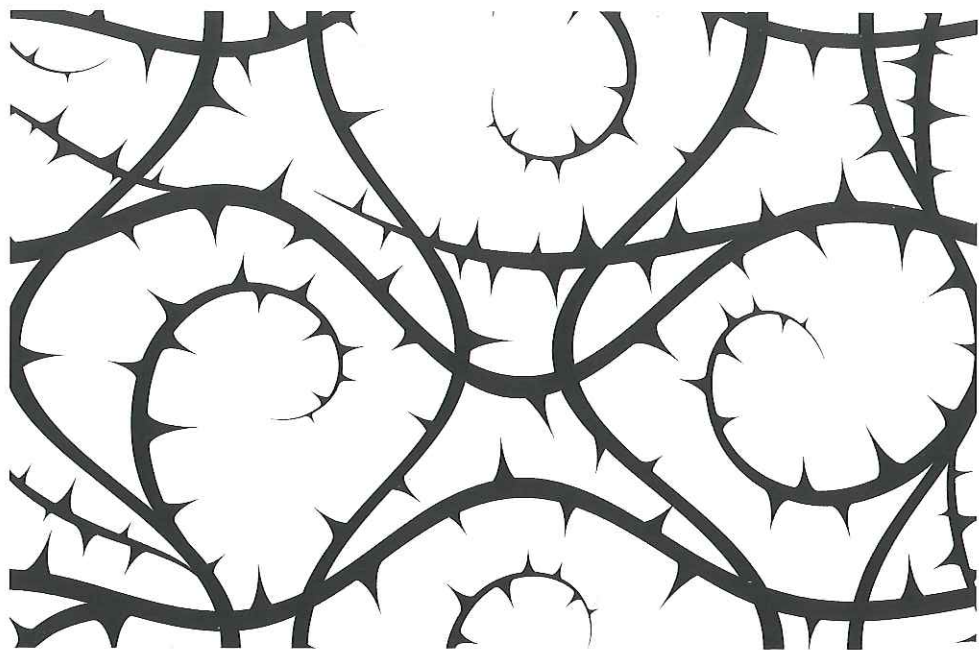
## LES TROUBLES DE LA VUE

Le fonctionnement des muscles oculaires, qui permettent aux yeux de bouger, est également perturbé par la maladie de Parkinson. Le fait de voir de près, surtout, devient plus difficile. L'image est floue ou double, ce qui pose problème pour lire, conduire une voiture, regarder la télévision et/ou essayer de reconnaître un visage.

Et parce que le clignement des paupières diminue, il y a aussi un risque d'assèchement des yeux. Cligner de l'œil est nécessaire pour lubrifier régulièrement la surface du globe oculaire. Or, des yeux trop secs s'infectent ou s'irritent facilement.

## Petits conseils

- Porter des lunettes de lecture pour corriger le problème de la vision floue ou double.
- Utiliser des larmes artificielles pour traiter les yeux secs.



## ● Les troubles **neuropsychiatriques** **et cognitifs**

### **LA DÉPRESSION**

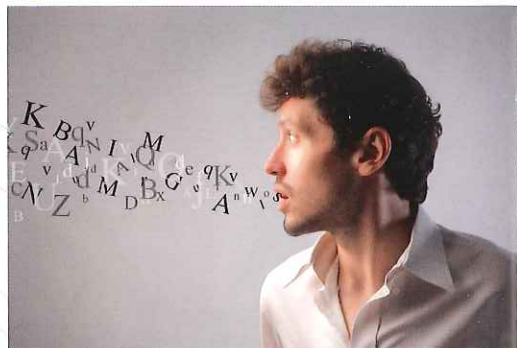
La dépression est aussi très fréquente chez les patients parkinsoniens et précède parfois la maladie de plusieurs années. On estime que 40 à 70% des patients sont confrontés au moins à un épisode dépressif dans leur vie voire à une grave dépression. La dépression peut avoir un impact négatif tant sur les troubles moteurs (moins de mouvements) que «non moteurs» (troubles de la mémoire, de la concentration, du sommeil et fatigue). Un cercle vicieux s'installe parfois: le patient bouge moins bien, il est moins rapide, dort mal et est fatigué. Si on ajoute à cela une dépression, le patient aura tendance à s'isoler et à faire moins d'efforts pour se déplacer. Il perd

alors l'énergie nécessaire pour rester réellement actif. Pourtant, au moins il marche, au moins il aura envie de le faire et plus cela deviendra difficile.

La dépression peut aussi donner lieu à des troubles de la concentration et de la mémoire. Chez 40 % des patients, les fonctions cognitives diminuent: mémoire, capacité à planifier, à s'orienter et à juger... Il est parfois difficile de faire la distinction entre les troubles intellectuels liés à la dépression et ceux qui sont liés directement à la maladie ou ceux qui proviennent d'une combinaison des deux.

Quelques symptômes de dépression:

- Difficulté à se concentrer
- Manque d'énergie
- Diminution de l'appétit et perte de poids
- Fatigue
- Troubles du sommeil
- Baisse de libido
- Sensation de désespoir, d'inutilité, de culpabilité ou de honte
- Ralentissement des facultés mentales
- Idées suicidaires



## Conseils avisés

- Parler de ses sentiments, surtout avec le neurologue.
- Effectuer des tests neuropsychologiques afin de déterminer s'il y a d'autres causes à l'origine des troubles de concentration et de la mémoire.
- Consulter un psychologue ou un psychiatre sur les conseils du neurologue.
- Se faire prescrire des antidépresseurs à combiner avec les médicaments antiparkinsoniens.
- Essayer de rester le plus actif possible.
- Partager ses sentiments avec son partenaire.
- S'efforcer de pratiquer des activités qui procurent du plaisir.
- Eviter de boire de l'alcool et de prendre des médicaments non-prescrits par le médecin.

## L'APATHIE

Elle se caractérise essentiellement par une perte de prise d'initiative.

La dopamine est une substance produite dans la «substance noire» du cerveau et est essentiellement répartie dans le lobe frontal. En raison du manque de dopamine induit par la maladie de Parkinson au niveau du lobe frontal, les patients connaissent un manque d'énergie et de prise d'initiative.

## À savoir

- Parler de l'apathie au neurologue : la prise de médicaments peut parfois aider.

## LES CRISES D'ANGOISSE ET DE PANIQUE

Chez les malades parkinsoniens, le sentiment de peur est parfois basé sur la peur réelle de ne pas pouvoir faire face à la maladie. Tout comme pour la dépression, l'angoisse est la conséquence de changements chimiques dans le cerveau, à savoir la sérotonine et la noradrénaline.

Chez certains patients, cette peur est engendrée par la crainte des fluctuations entre les périodes "ON et OFF". Quand on est en mode "OFF", on bouge moins bien et les symptômes de peur se produisent en allant parfois jusqu'à des crises d'angoisse. La crise d'angoisse est un sentiment de peur terrible qui s'accompagne de symptômes physiques comme la transpiration et l'accélération du rythme cardiaque et de la respiration.

## Petits conseils

- Eviter la consommation de substances stimulantes comme le thé, le café, les cigarettes et l'alcool.
- Apprendre à reconnaître les causes de ses peurs et essayer de les éviter.
- Se détendre en pratiquant des activités telles que le yoga, le massage, l'acupuncture ou l'écoute d'enregistrements relaxants.
- Parler des peurs liées aux phases OFF avec le neurologue et adapter au besoin le traitement pour diminuer la fréquence de ces périodes.
- Prendre les médicaments à heure et à temps, pour éviter les périodes OFF.
- Partager ses peurs avec son partenaire et sa famille.

## LES HALLUCINATIONS VISUELLES ET LES TROUBLES DU RAISONNEMENT

On estime que 40% des patients parkinsoniens souffrent d'hallucinations visuelles. Elles figurent en effet parmi les effets secondaires les plus fréquents du traitement antiparkinsonien. La durée de la maladie, l'âge auquel la maladie se déclare et les capacités cognitives du patient auraient aussi une influence sur leur apparition. Ces hallucinations mettent souvent en scène des figures de personnes ou d'animaux. Les rêves agités et les troubles du sommeil précèdent ou accompagnent souvent ces phénomènes. Parfois la personne concernée réalise que les sons et les images ne sont pas réels et elle comprend alors que quelque chose d'étrange se passe.

Les troubles du raisonnement sont des troubles de la pensée sur lesquels on ne peut pas agir. Ils engendrent souvent une méfiance profonde de la part du patient.

### Conseils avisés

- Essayer d'évoluer le plus possible dans un environnement familial.
- Savoir qu'on confond le plus souvent une ombre avec autre chose.
- Allumer le plus possible les lumières pour diminuer la présence des ombres.
- S'alimenter correctement et s'hydrater en suffisance pour favoriser le sommeil.
- S'entraîner régulièrement à évaluer sa position dans l'espace.
- Savoir comprendre en tant que partenaire, que ces hallucinations sont réelles pour le patient.
- Ne pas tenter de discuter avec le patient pendant ses hallucinations s'il ne peut pas être raisonné.
- Demander de l'aide ou une assistance, si le patient s'énerve ou devient agressif.
- En parler au neurologue.
- Diminuer éventuellement les médicaments antiparkinsoniens.
- Consulter un psychologue sur le conseil du neurologue afin d'analyser l'origine de ces hallucinations.
- Se faire prescrire un médicament par le neurologue.





## LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ET LE COMPORTEMENT IMPULSIF

L'utilisation de médicaments antiparkinsoniens peut provoquer certaines pulsions irrépressibles et destructives comme par exemple: la dépendance au jeu, l'hypersexualité, les achats compulsifs ou la boulimie. Certaines personnes sont, en effet, très sensibles aux effets secondaires de ces médicaments. Ce comportement impulsif est souvent en rupture complète avec le comportement habituel du patient avant que la maladie ne survienne. Bien que ce comportement puisse se développer à chaque stade de la maladie, il se produit surtout au stade avancé ou lorsque le dosage des médicaments est augmenté.

### Conseils avisés

- Parler de ces comportements avec le neurologue.
- En parler immédiatement et ne pas attendre que ça passe.
- Agir pour que ces comportements potentiellement destructeurs ne nuisent pas au patient, à son partenaire ou à son réseau d'appui.
- Adapter le traitement avec le neurologue et chercher une solution au problème.

Certains patients parkinsoniens ne mentionnent ce problème à leur neurologue que bien tard, parce qu'ils trouvent le sujet difficile à aborder même dans l'environnement privé et familial du cabinet médical. Les conséquences peuvent pourtant être négatives et destructrices: divorce, dettes, maladies sexuellement transmissibles, etc.

### L'AGRESSIVITÉ

L'agressivité peut se manifester lorsque le patient parkinsonien souffre d'hallucinations visuelles et de troubles du raisonnement. Le patient voit et entend des choses qui n'existent pas, mais qui l'effrayent. Il se défend donc face à ce qu'il voit, et peut devenir agressif sous l'effet de la peur.

### Petit conseil

- Appliquer les mêmes conseils que pour les hallucinations visuelles et les troubles du raisonnement.

## LE PUNDING

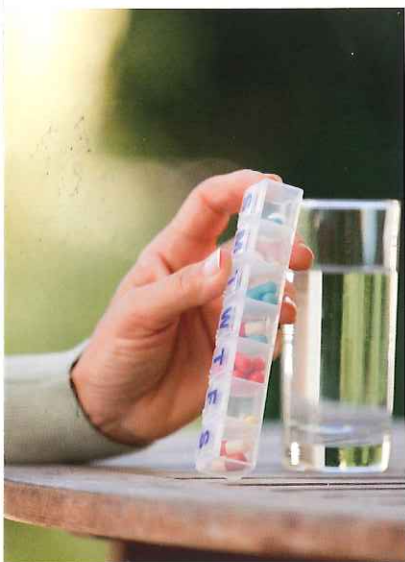
Le punding est caractérisé par des comportements inutiles et répétitifs, exécutés pendant une longue période et au détriment de toute autre activité. Il peut se manifester à travers le tri d'ustensiles, le ménage et des soins excessifs, ou le fait d'amasser des objets. Les patients qui en souffrent ont un caractère compulsif et chaque interruption ou perturbation de leur activité devient une source supplémentaire d'irritation, de peur et de frustration. Le comportement est irrépessible et ne procure aucun plaisir. Ces comportements se produisent souvent la nuit et engendrent, de ce fait, un manque de sommeil. Le comportement choisi peut souvent être mis en lien avec des hobbies ou des occupations préexistantes. Le punding donne lieu à l'évitement social, à de graves troubles du sommeil, et peut même briser les relations familiales jusqu'à mener au divorce. Les hommes souffrent plus fréquemment du punding que les femmes. Le punding est la conséquence d'une utilisation excessive de médicaments dopaminergiques.

### À savoir

- Une diminution progressive des médicaments dopaminergiques est souvent nécessaire. Il faut donc demander de l'aide au neurologue.

## LES TROUBLES DE LA MÉMOIRE ET LES TROUBLES COGNITIFS

Ces troubles sont également liés à la maladie de Parkinson. Les changements induits dans le cerveau qui provoquent les symptômes moteurs induisent aussi un ralentissement de la mémoire et de la pensée. Le stress, la prise médicamenteuse et la dépression sont également des facteurs qui peuvent contribuer à ces troubles. Les patients parkinsoniens ont fréquemment l'impression d'avoir l'attention détournée/l'esprit dissipé. Ils sont désorganisés et ont des difficultés à planifier ou à faire les choses. De plus, ils peuvent souffrir de difficultés à retenir les informations ou à trouver les mots exacts pour s'exprimer.



## Conseils avisés

- Exercer sa mémoire.
- Essayer de faire des liens entre une pensée et quelque chose d'important pour essayer de retenir une information.
- Rester toujours positif.
- Utiliser un carnet pour noter les choses importantes.
- Utiliser un calendrier pour y noter les rendez-vous importants.
- Essayer d'instaurer une routine quotidienne.
- Ranger les choses à des endroits fixes dans la maison (p. ex. les clés) pour les retrouver facilement.
- Parler des problèmes de mémoire au neurologue afin de modifier le traitement ou chercher une solution.
- Laisser le patient répondre par lui-même (ou par elle-même) aux questions qui lui sont posées et ne pas parler à sa place. Ne pas lui couper la parole lors d'une conversation.

## LA DÉMENCE

La démence atteint 40% des personnes qui souffrent de la maladie de Parkinson. Elle concerne 6 fois plus les patients parkinsoniens que les personnes n'étant pas atteintes par la maladie.

Les principaux symptômes qui permettent d'indiquer qu'il s'agit bien de la démence de Parkinson sont la diminution de l'attention, la difficulté à comprendre les informations données et l'incapacité à résoudre un problème, à planifier et à travailler adéquatement. Le diagnostic de la démence liée à la maladie de Parkinson peut prendre des mois, parfois même des années. Les patients qui souffrent de cette démence essaient, consciemment ou inconsciemment, de cacher les symptômes de la maladie.

## Conseils à suivre

- Rester critique face à d'éventuels changements cognitifs.
- Parler de ces changements avec le neurologue dès les premiers symptômes. Et en parler à temps pour combattre au mieux la détérioration mentale.
- Passer des tests de mémoire pour poser le bon diagnostic.
- Prendre un médicament utilisé dans le traitement de la démence chez les patients parkinsoniens.

## RÉFÉRENCES

Banich MT, Compton RJ (2011). "Motor control". *Cognitive neuroscience*. Belmont, CA: Wadsworth, Cengage learning. pp. 108-44.

Rodriguez-Oroz MC, Jahanshahi M, Krack P, et al. "Initial clinical manifestations of Parkinson's disease: features and pathophysiological mechanisms". *Lancet Neurol*. 2009 Dec; 8(12):1128-1139.

Lepoutre AC, Devos D, Blanchard-Dauphin A et al. (2006). "A specific clinical pattern of campto-cormia in Parkinson's disease". *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 77(11):1229-1234.

Aarsland D, Bronnick K, Ehrt U, De Deyn PP, et al. (2007). "Neuropsychiatric symptoms in patients with Parkinson's disease and dementia: frequency, profile and associated care giver stress". *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 78(1):36-42.

Caballol N, Marti MJ, Tolosa E. "Cognitive dysfunction and dementia in Parkinson disease". *Mov. Disord*. 2007; 22(Suppl 17):S358-366.

Lieberman, A. (2006), "Depression in Parkinson's disease-a review". *Acta Neurologica Scandinavica*, 113: 1-8.

Ishihara L, Brayne C. "A systematic review of depression and mental illness preceding Parkinson's Disease". *Acta Neurologica Scandinavica*. 2006; 113(4): 211-220.

McDonald WM, Richard IH, DeLong M. "Prevalence, Etiology and Treatment of Depression in the Parkinson's Disease". *Biol. Psychiatry* 2003; 54:363-375.

Menza MA. "Psychiatric symptoms associated with Parkinson disease". *Drug Benefit Trends*. 2010;22: 58-60.

The National Collaborating Centre for Chronic Conditions, ed (2006). "Non-motor symptoms in the Parkinson's Disease". London: Royal College of Physicians. pp. 113-33.

Friedman JH. Parkinsonism Relat Disord. "Parkinson's disease psychosis 2010: a review article" 2010 Nov; 16(9):553-60. Epub 2010 Jun 9.

Gupta AK, Bluhm R. "Seborrheic dermatitis". *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2004 Jan;18(1):13-26; quiz 19-20.

Pfeiffer RF "Gastrointestinal dysfunction in Parkinson's disease". *Lancet Neurol*. 2003 Feb;2 (2): 107-16.

Armstrong RA. "Visual signs and symptoms of Parkinson's disease". *Clin Exp Optom* 2008 Mar; 91(2):129-38.

Uc, EY., Rizzo, M. Anderson, S.W., Sparks, J., Rodnitzky, R.L., Dawson, J.D., Impaired "Visual Search in Drivers with Parkinson's Disease". *Annals of Neurology*. 60:407-413, 2006.

Zesiewicz TA et al. "Practice parameter: Treatment of non-motor symptoms of Parkinson disease". *Neurology* 2010, 74: 924-931.

Matthew Menza (2009). "Symptômes non moteurs et complications dans la maladie de Parkinson", "La lutte contre la dépression dans la maladie de Parkinson". Parkinson's Disease Foundation.

powered by



Editeur responsable:  
Karott' s.a. - [www.karott.be](http://www.karott.be)