La maladie de Parkinson *

Affection dégénérative du système nerveux central, lentement évolutive, la maladie de Parkinson est la quatrième en fréquence des maladies dégénératives des personnes âgées : elle touche environ 1 % des personnes de 65 ans et plus, sans distinction de sexe. Sa cause est inconnue. Caractérisée par une association de signes neurologiques, son expression est en fait très diverse. Les traitements ont bouleversé le pronostic vital, mais la maladie reste souvent responsable d'une invalidité importante, même si son évolution est très variable.

QU'EST-CE QUE LA MALADIE DE PARKINSON ?

C'est une maladie neurologique liée essentiellement à la dégénérescence progressive du système dopaminergique nigro-striatal (voies neurologiques fonctionnant grâce à la dopamine (substance biochimique) et intéressant notamment le locus niger et le striatum : fig. 1 et 2).

Décrite en 1817 par James Parkinson sous le nom de « paralysie agitante », elle est définie par une triade symptomatique (association de trois signes) : **tremblement** de repos ; **akinésie** (lenteur et pauvreté des mouvements) ; **rigidité** musculaire. Ces signes – ou syndrome parkinsonien – témoignent d'une atteinte dite extrapyramidale (cf. p. 126).

COMMENT SE MANIFESTE-T-ELLE ?

L'âge moyen du **début** est de 57 ans, mais dans moins de 10 % des cas elle débute avant 40 ans. Si le diagnostic de la maladie de Parkinson est facile à sa phase d'état, il est plus délicat au début, car les signes sont en général assez discrets et très banaux. Pour faire le diagnostic, un simple examen clinique, précédé d'un interrogatoire médical, suffit, en général, sans aucun examen complémentaire.

Éléments du diagnostic de la maladie de Parkinson (au début)

Quatre éléments sont obligatoires : akinésie progressive ; absence de syndrome pyramidal, cérébelleux, vestibulaire, sensoriel, ou démentiel ; absence de prise de médicaments neuroleptiques pendant les douze mois précédents ; réponse favorable d'un traitement par la L. Dopa. Et au moins un des éléments suivants : tremblement de repos ; rigidité ou hypertonie musculaire ; asymétrie des symptômes. Remarques : plus d'un parkinsonien sur trois n'aura jamais de tremblement. L'apparition d'un tremblement à l'âge mûr n'est pas synonyme de Parkinson. La variabilité des symptômes d'un jour à l'autre, d'un moment à l'autre, est une des caractéristiques de la maladie. Un état dépressif est présent dans 35 à 50 % des cas.

QUELLE EN EST LA CAUSE ?

La cause des lésions et mécanismes biochimiques observés est toujours inconnue. L'hypothèse actuelle est la probable interaction de facteurs de l'environnement et de mécanismes endogènes (internes) avec le vieillissement, chez des sujets prédisposés génétiquement.

 *Source : "DEFICIENCES MOTRICES ET SITUATIONS DE HANDICAPS" - ed. APF - 2002

Lésions et mécanismes de la maladie de Parkinson

Les lésions constituent une perte neuronale (diminution du nombre de neurones) des formations pigmentées du tronc cérébral et, plus particulièrement, du **locus niger** (fig. 1 et 2) avec, à l'examen au microscope, la présence d'éléments caractéristiques dans les neurones (les corps de Lévy). **Sur le plan neurochimique,** on observe une dégénérescence progressive de la voie dopaminergique (dont la dopamine sert à transmettre les messages d'un neurone à l'autre) avec atteinte des récepteurs synaptiques (jonction entre les neurones).

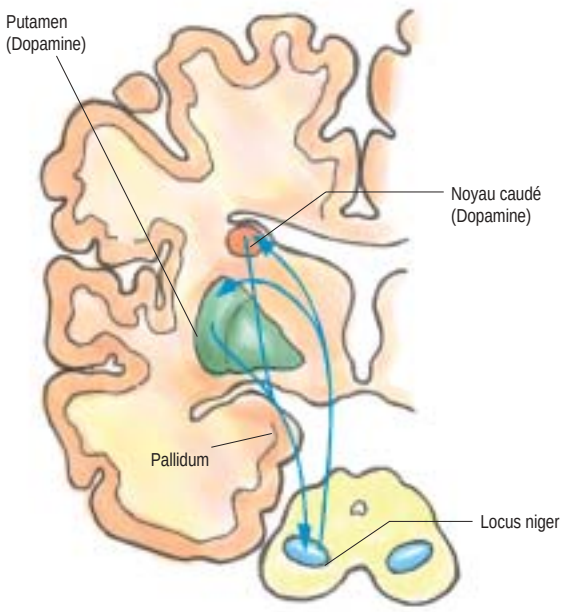

Figure 1.
Mécanisme par lequel le striatum (noyau caudé, putamen…) pourvoit à ses besoins en dopamine (la maladie de Parkinson atteint le locus niger).

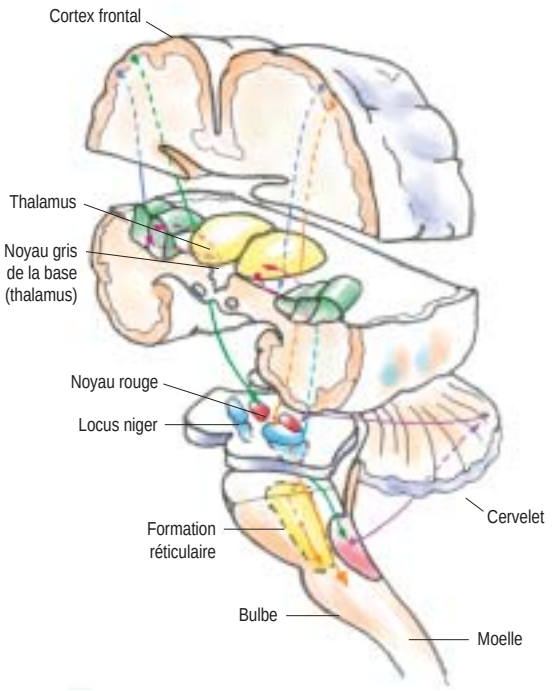

Figure 2.
Le locus niger et les autres centres relais des voies extrapyramidales.

COMMENT ÉVOLUE-T-ELLE ?

Avant la découverte de la L. Dopa (1969), l'évolution spontanée se faisait vers une rapide grabatisation avec complications infectieuses, notamment pulmonaires. Actuellement, les traitements assurent **une durée de vie normale,** mais ils font apparaître une **nouvelle pathologie** inconnue jusqu'à présent : la « maladie de Parkinson traitée ». Celle-ci présente :

– **sur le plan moteur** des fluctuations et des phénomènes de blocage-déblocage (effets on off : fluctuation d'efficacité du traitement), l'apparition de dyskinésies (mouvements anormaux) ;

– **des troubles végétatifs** : hypotension orthostatique, constipation, hypersalivation, troubles de la miction, sudation… ;

– **des troubles cognitifs** et notamment de la mémoire ;

– **des troubles de la marche et de l'équilibre** avec chutes, enrayage cinétique (freezing).

Nota : cette évolution n'est pas obligatoire. Beaucoup de malades ont un état stable pendant de longues années, sans aggravation, avec des possibilités motrices variables, mais non négligeables.

QUELS TRAITEMENTS ET PRISE EN CHARGE PEUT-ON PROPOSER ?

Les thérapeutiques sont uniquement **substitutives et symptomatiques** mais non étiologiques. Elles n'empêchent pas l'évolution de la maladie.

La base du traitement est de fournir aux neurones la dopamine qui fait défaut et de rétablir l'équilibre dopamine/acétylcholine en utilisant la L. Dopa et d'autres médicaments. Le problème majeur de tous ces traitements est leur baisse d'efficacité après quelques années d'utilisation, d'où l'intérêt, dans certains cas, des **techniques chirurgicales**, comme la stimulation thalamique ou sous-thalamique, qui permet d'atténuer tremblements et blocages. Dans un avenir plus lointain, on fonde de grands espoirs en la thérapie génique.

La kinésithérapie, enfin, est un complément au traitement médical, indispensable dans la maladie de Parkinson. Elle doit débuter très tôt, dès le diagnostic posé, et être poursuivie régulièrement pendant toute la durée de la maladie.

L'orthophonie peut combattre les troubles de la voix, de la parole, de l'écriture, de la déglutition.

VIVRE AVEC SON PARKINSON

Le respect de certaines notions permettent d'améliorer la vie quotidienne et l'efficacité des traitements :

– **prises de médicaments** régulières, de préférence au cours des repas ;

– **alimentation variée et équilibrée** (il n'y a aucun régime particulier) ;

– **tenir compte de la perturbation** de l'ensemble de la communication (langage parlé, gestuel, mimique) et du sommeil avec, quelque fois, des somnolences diurnes ;

– **vêtements amples et faciles à fermer** (scratch souvent préférable aux boutons), chaussures confortables avec semelles antidérapantes ;

– **habitation facile d'accès**, dont les pièces sont dégagées de tout objet encombrant et des tapis, sources de chutes ; de même, salles de bain et toilettes équipées de tapis antidérapants, de barres d'appui…

– **rôle de l'entourage,** essentiel : il ne faut ni agir à la place du malade ni le surprotéger. Au contraire, tout faire pour préserver son autonomie le plus longtemps possible.

Pour en savoir plus

Association :
Association France-Parkinson, 37 bis, rue de La Fontaine, 75016 Paris.

À lire :

Pollak, *La maladie de Parkinson au quotidien*, Paris, Odile Jacob, réedition 2000.

Petit lexique des mots les plus employés dans la maladie de Parkinson, Association France Parkinson, 1995.

Manuel d'Exercices, Association France-Parkinon, 1989.

Rééducation et maladie de Parkinson (pour les kinésithérapeutes) (1997)

Orthophonie et maladie de Parkinson (pour les orthophonistes) (2000)

Droits sociaux – Communication (*pour les jeunes parkinsoniens*) (2000)