



MALADIE DE PARKINSON : diagnostic et prise en charge par le généraliste.

DOSSIER DOCUMENTAIRE

Document établi avec le concours méthodologique de la HAS et conforme à la méthode de la HAS de production des listes de critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles

mars 2013

Groupe de travail : Groupes Qualité Pays de la Loire

- Dr J. Chaouis
- Dr R. Guilloteau
- Dr Y. Lequeux
- Dr P. Marais
- Dr M. Sammour

Groupe de lecture :

PROBLEMATIQUE :

Maladie neurodégénérative caractérisée par la perte progressive des neurones dopaminergiques de la voie nigro-striatale. Des lésions dégénératives sont également retrouvées dans d'autres noyaux sous-corticaux, non dopaminergiques et/ou dans le cortex. Cela explique la survenue d'autres signes moteurs (signes axiaux) et non moteurs (troubles cognitifs) résistants au traitement dopaminergique.

L'étiologie est inconnue, mais plusieurs facteurs génétiques et environnementaux ont été identifiés:

- facteurs génétiques : 15 % des patients auraient des antécédents familiaux ;
- facteurs environnementaux : solvants organiques, métaux lourds (mercure, plomb, cadmium), manganèse (métier de soudeur), pesticides organochlorés (travailleurs agricoles, consommation d'eau de puits).

La prévalence : de 0,1 à 4/1000 selon les études, s'élevant à 1,5 % au-delà de 60 ans. Débute en général dans la sixième décennie, mais peut survenir à tout âge (10 % avant 40 ans).

La maladie de Parkinson est :

- la seconde maladie neurodégénérative, après la maladie d'Alzheimer ;
- la seconde cause de handicap moteur d'origine neurologique chez le sujet âgé (après les accidents vasculaires cérébraux).

Le plus souvent choisi comme médecin traitant, le généraliste occupe une place centrale dans le parcours de soins du patient. Cela nécessite une bonne connaissance de la maladie de Parkinson.

Les échanges sur ce thème doivent permettre d'améliorer ;

- La **reconnaissance des signes cliniques** d'un syndrome parkinsonien,
- La **réalisation d'un bilan spécialisé neurologique** avant traitement, pour confirmation diagnostique et bilan complémentaire.
- La **connaissance des principales stratégies thérapeutiques**, des **effets indésirables** des médicaments
- Le **suivi des patients** : surveillance de l'efficacité des traitements médicamenteux et la conduite à tenir en cas de fluctuations symptomatique ou d'effets secondaires, l'évaluation de l'observance.
- **L'information des patients** et de leurs aidants (éducation thérapeutique, informations, associations de patients) ;
- La **coordination des soins** comportant le recours approprié aux autres professionnels impliqués dans la prise en charge générale, ou intervenant dans des situations spécifiques (psychologiques et sociales).

LES SOURCES DOCUMENTAIRES

- C.Brefel, F.Ory. La douleur dans la maladie de Parkinson. Neurologie.com. 2 ; 2.2010
- « Maladie de Parkinson », Collège des enseignants en Neurologie
- Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale. SFR-SNMR.2013
www.gbu.radiologie.fr
- Maladie de Parkinson. Collège des enseignants en neurologie.
- N.Jodoin. Le traitement de la maladie de Parkinson. Le Médecin du Québec. 47 ; 8. 39-44.2012
- C.Damily, N.Franck. Les neuroleptiques en médecine générale. Médecine.358-61. octobre 2010
- I.Beaulieu, S.Chouinard. Ne tremblez plus devant la Maladie de Parkinson. Le Médecin du Québec.47 ;8 ;31-37.2012
- M.Hubert. La maladie de Parkinson : kinésithérapie. Rev Med Brux.2011
- S.Bakay. La démence chez le patient parkinsonien. Rev Med Liège 2011;66;2 :75-81
- F.Baronti, T.Schmid. Le traitement de la maladie de Parkinson. Forum Med Suisse 2012 ;12 ;6 :114-18
- C.Lepage. Les symptômes non moteurs. Le médecin du Québec.2012 ;47 ;8 :45-51
- HAS.2000.Conférence de consensus « La maladie de Parkinson : critères diagnostiques et thérapeutiques »,
- HAS.2012.Guide ALD. Actes et prestations « Maladie de Parkinson »,
- HAS.2012. Akineton. Avis Commission de la transparence
- HAS.2012. Apokinin. Avis Commission de la transparence
- HAS.2012. Artane. Avis Commission de la transparence
- HAS.2012. Otrasele. Avis Commission de la transparence
- HAS.2012. PARKINANE. Avis Commission de la transparence
- HAS.2010. rasagiline. Avis Commission de la transparence
- HAS.2005. REQUIP. Avis Commission de la transparence
- HAS.2009. PERGOLIDE. Avis Commission de la transparence
- HAS.2010. SINEMET. Avis Commission de la transparence
- HAS.2012. STALEVO. Avis Commission de la transparence
- HAS.2012. Actes et prestations ALD 16. Maladie de Parkinson
- HAS.2012. Guide du parcours de soins. Maladie de Parkinson
- HAS.2007. Guide patient ALD. La prise en charge de votre maladie de Parkinson
- MH.Dion, S.Chouinard. traitement initial de la maladie de Parkinson. Le clinicien 2008.
- Mystérieux syndrome des jambes sans repos.Médecine nov.2005
- Afssaps.2011. Médicaments dopaminergiques : mieux connaître certains effets indésirables pour mieux en parler
- Afssaps 2011. Communiqué de presse. Médicaments dopaminergiques. Information patients
- V.Delvaux, G.Moonen, G.Garraux. La maladie de Parkinson débutante. Rev Med Liège 2009; 64 : 4 : 228-232
- Traitement de la maladie de Parkinson - Interactions médicamenteuse. La Revue Prescrire.2011.32 ;N° 329, 330, 332.

SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS,

LES PRINCIPAUX MESSAGES :

LE DIAGNOSTIC

Quels sont les éléments anamnestiques et sémiologiques permettant d'orienter le diagnostic ?

La maladie de Parkinson est la cause la plus fréquente de syndrome parkinsonien. Le tableau clinique initial associe à des degrés divers :

Le tremblement de repos, souvent discret, intermittent, lors de postures de relâchement musculaire, et il disparaît lors du mouvement. Souvent distal et unilatéral au début. Il n'est pas systématique : absent chez 30 % des patients au début de la maladie.

L'akinésie (difficulté d'initiation du mouvement), **bradykynésie** (lenteur du mouvement) et **hypokinésie** (pauvreté du mouvement) s'évaluent en observant les mouvements spontanés et automatiques du patient:

- la marche est ralentie, elle s'effectue à petits pas, les bras ne se balancent plus naturellement ;
- la personne éprouve des difficultés à se lever d'une chaise ;
- les mouvements semi-automatiques (gestes acquis, réalisés sans réfléchir) sont laborieux.
- Micrographie, paucimimie, voix monocorde et affaiblie.

L'hypertonie, rigidité plastique en « tuyau de plomb », souvent discrète au début, asymétrique, prédomine aux extrémités et sensibilisée par la manœuvre de Froment (roue dentée).

Il faut prendre en compte la faible spécificité de la clinique dans l'annonce du diagnostic et les décisions thérapeutiques. Ces trois symptômes moteurs ne sont pas forcément tous présents en même temps. Chacun peut être d'intensité variable, l'un ou l'autre pouvant prédominer.

En dehors de ces trois principaux signes moteurs, il faut rechercher des **signes non moteurs** :

- baisse des capacités de mémoire, ralentissement de la pensée,
- apathie, syndrome dépressif,
- douleurs pseudo-rhumatismales (épaules, rachis), radiculalgies, paresthésies
- Troubles digestifs

Quels sont les diagnostics différentiels à rechercher ?

- **Eliminer une autre cause de tremblement :**

- Tremblement essentiel : bilatéral et symétrique, disparaît au repos. Il peut être postural (bras tendus à l'horizontal) mais apparaît sans délai.

- Un **syndrome parkinsonien iatrogène**, en particulier lié aux neuroleptiques mais il faut savoir rechercher les neuroleptiques « cachés » : métoclopramide (Primpéran®),

métopimazine (Vogalène®), sédatifs comme alimémazine (Plitican®), véralipride (Agréal®), , la trimétazidine (Vastarel®), flunarizine (Sibelium®), tiapride (Tiapridal®). Plus rarement : acide valproïque (Dépakine®), IRS, lithium, inhibiteurs cholinestérase, inhibiteurs calciques.

Caractéristiques cliniques :

- Syndrome parkinsonien plutôt *symétrique*.
- Coexistence fréquente de dyskinésies (mouvements anormaux), surtout lors de prises prolongées, parfois à l'arrêt du neuroleptique.

Conduite à tenir :

- Si possible, arrêt du neuroleptique (amélioration souvent retardée). Si impossible, substitution par neuroleptique atypique (clozapine).

- Evoquer un syndrome parkinsonien secondaire :

L'interrogatoire, l'examen neurologique recherche des signes atypiques, « drapeaux rouges ». Leur présence à un stade précoce doit faire évoquer un syndrome parkinsonien secondaire nécessitant un bilan étiologique spécialisé.

Drapeaux rouges :

- patient jeune < 45 ans
- absence de réponse prolongée au traitement dopaminergique,
- progression rapide avec chutes précoces,
- signes précoces d'atteinte cognitive, hallucinations
- syndrome pseudobulbaire (dysarthrie et dysphagie)
- dysautonomie importante (incontinence urinaire, hypotension orthostatique symptomatique),
- syndrome cérébelleux,
- syndrome pyramidal, troubles oculomoteurs et signes corticaux (apraxie, aphasie, troubles sensitifs).

Les principaux diagnostics :

- Syndrome parkinsonien dégénératif (Atrophie multisystématisée, démence à corps de Lewy, Alzheimer, Paralyse supranucléaire progressive, dégénérescence corticobasale)
- Hydrocéphalie à pression normale
- Syndrome parkinsonien vasculaire (infarctus cérébraux multiples).
- Maladie de Wilson (syndrome parkinsonien autosomique avec atteinte hépatique et oculaire) chez un patient jeune (< 45 ans) : baisse cuivre sérique et céruloplasmine, cupurie augmentée)

Le diagnostic de maladie de Parkinson est clinique et ne justifie aucun examen complémentaire en cas de présentation typique. La réalisation d'examens complémentaires (IRM cérébrale) n'est indiquée qu'en cas d'atypie clinique (« drapeaux rouges ») et la survenue de troubles cognitifs faisant douter du diagnostic de maladie de Parkinson.

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

Quels sont les principales classes thérapeutiques ?

Dopaminergiques :

L-dopa + inhibiteur de la dopa-decarboxylase (MODOPAR® ; SINEMET® ; STALEVO®)

La L-dopa est le précurseur direct de la dopamine (transformation intracérébrale en dopamine par la dopa décarboxylase, DDC). Un inhibiteur périphérique de la DDC est toujours adjoint à la L-dopa afin de limiter sa dégradation périphérique.

C'est le médicament le plus puissant et le mieux toléré

Les effets secondaires :

- nausées, vomissements (co prescription dompéridone), hypotension orthostatique, hallucinations, délire et somnolence.
- Survenue plus précoce de dyskinésies, justifiant son abstention en 1^{ère} intention chez le sujet « jeune »

Agonistes dopaminergiques

- pramipéxole,
- ropinirole (REQUIP®),
- rotigotine (NEUPRO®),
- piribédil (TRIVASTAL®), efficace sur les formes tremblantes
- apomorphine (APOKINON®),

Ils agissent directement sur les récepteurs dopaminergiques. Ils ont une efficacité habituellement moindre que celle de la L-Dopa par contre ils retardent l'apparition des effets moteurs indésirables.

Aucune étude ne permet d'affirmer avec un niveau de preuve suffisant la supériorité d'efficacité de l'un par rapport aux autres.

Les effets indésirables :

- nausées-vomissements fréquents en début de traitement, hypotension, somnolence.
- troubles psychiatriques : confusion, agitation,
- troubles compulsifs (plus fréquents qu'avec L-dopa) : jeux pathologiques, boulimie, achats compulsifs, hypersexualité. Il faut informer systématiquement les patients du risque de survenue de ces troubles qui sont réversibles à la diminution ou à l'arrêt du traitement.

Les inhibiteurs de la monoamine oxydase de type B (IMAO-B) :

- Rasagiline (AZILECT®)
- Sélégiline (DEPRENYL®, OTRASEL® lyoph oral), biodisponibilité améliorée par la voie sub-linguale.

Ils réduisent la dégradation centrale et périphérique de la L-dopa. La tolérance est généralement bonne, le principal effet indésirable est le risque de syndrome confusionnel

Les Inhibiteurs de la Catéchol -O- Méthyl Transférase (ICOMT) :

L'entacapone (COMTAN®), tolcapone (TASMAR®) sont un traitement adjuvant à la L-dopa. Ils réduisent la dégradation périphérique de la L-dopa et améliore sa biodisponibilité et prolonge son effet.

Les effets indésirables sont la diarrhée et les dyskinésies qui nécessitent une réduction concomitante des posologies de L-dopa.

Les autres traitements symptomatiques

L'**amantadine** (MANTADIX®, intérêt potentiel dans le traitement des dyskinésies), son effet s'épuise avec le temps. Elle peut être à l'origine d'un état confusionnel chez le sujet âgé.

Les anticholinergiques : Bipéridène (AKINETON LP®), trihexiphénidyle (ARTANE®, PARKINANE®), tropatépine (LEPTICURE®)

Peu utilisés du fait d'un rapport efficacité/effets indésirables défavorable : rétention d'urines, glaucome aigu, syndrome confusionnel. Ils peuvent être prescrits dans le traitement d'un syndrome parkinsonien induit par les neuroleptiques

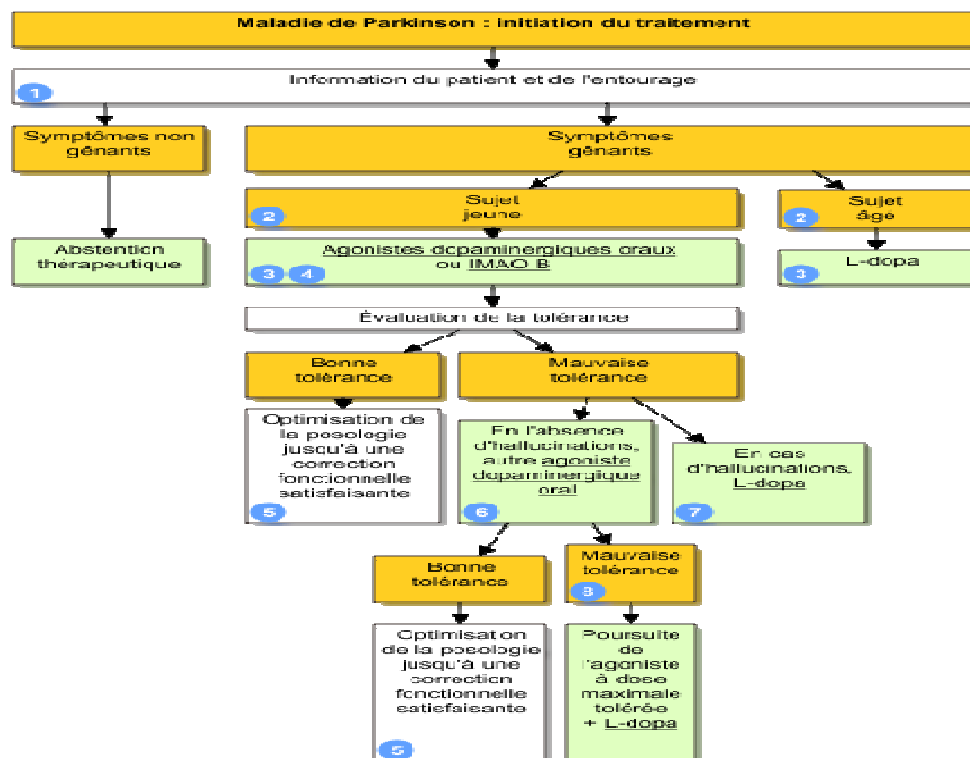
LE PATIENT PARKINSONNIEN A LA PHASE INITIALE DE LA MALADIE

Il n'existe aucun médicament aux effets neuroprotecteurs démontrés. C'est la symptomatologie du patient qui va déterminer le moment de l'instauration du traitement. C'est une décision « partagée » avec le patient.

Le patient doit être informé sur :

- Les traitements médicamenteux : bénéfice/risques, importance de la régularité des horaires et des doses, la possibilité d'effets secondaires et la nécessité d'un avis médical pour toute modification de traitement,
- L'abstention de conduite automobile (à noter dans le dossier médical) du fait des risques de somnolence secondaire aux médicaments.
- La maladie et sa prise en charge pluridisciplinaire

Quels sont les stratégies thérapeutiques à la phase initiale de la maladie ?



2 - Dans la forme typique le patient est considéré comme jeune si il n'existe ni altérations cognitives ni troubles de la marche,. Dans le cas contraire, il est considéré comme âgé.

3 - La L-dopa est le traitement de référence, avec le meilleur rapport bénéfices/risques. Il expose néanmoins plus précocement que les agonistes aux dyskinésies, d'où son utilisation en 2^{ème} ligne chez le sujet jeunes.

4 - Les indications des agonistes dopaminergique :

- 1^{ère} intention chez sujets jeunes,
- 1^{ère} intention, en association à la L-dopa, pour diminuer la posologie des 2 molécules
- en cours de traitement en association à la L-dopa en cas de diminution d'efficacité de celle-ci ou en cas de fluctuations de l'effet thérapeutique (effets on/off)

Les IMAO-B sont proposés en monothérapie à la phase initiale, lorsque la gêne est minime.

5 - Qu'il s'agisse d'un agoniste dopaminergique ou de L-dopa, il est introduit par paliers, à posologie croissante, jusqu'à l'obtention d'une efficacité suffisante, avec une tolérance satisfaisante.

A ce stade, le traitement est efficace : l'amélioration fonctionnelle se poursuit souvent pendant plusieurs années. Cette période est qualifiée de "**lune de miel**". Elle varie suivant les patients : de 5 à 7 ans en moyenne, elle peut atteindre une dizaine d'années.

LA PATIENT PARKINSONNIEN A LA PHASE DES COMPLICATIONS MOTRICES DU TRAITEMENT DOPAMINERGIQUE

La phase des **complications motrices du traitement dopaminergique** apparait en moyenne 4 à 5 ans après le début de la maladie. L'aggravation peut être causée par la maladie elle-même ou par les traitements.

L'efficacité de la L-dopa sur les signes moteurs diminue progressivement.

- Les phases akinétiques (phase off) réapparaissent avant la prise de la dose suivante (fin de dose) se traduisant par des passages parfois assez brutaux d'un état non parkinsonien « on » à un état parkinsonien sévère « off ».
- Apparition de dyskinésies (mouvements involontaires, choréiques) ou de dystonie (déformation lente de la posture).

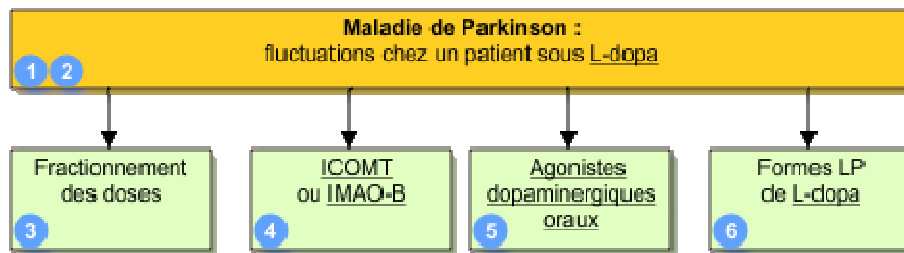
Quelle est la conduite à tenir en cas de fluctuations motrices chez un patient sous L-dopa ?

C'est le généraliste qui est confronté en premier à cette symptomatologie invalidante. L'avis du neurologue est recommandé (au moins téléphonique).

Il faut rechercher une maladie intercurrente (infections, constipation...) qui peut aggraver les symptômes.

La connaissance des différentes options thérapeutiques peut permettre d'améliorer la situation en cas d'avis neurologique différé.

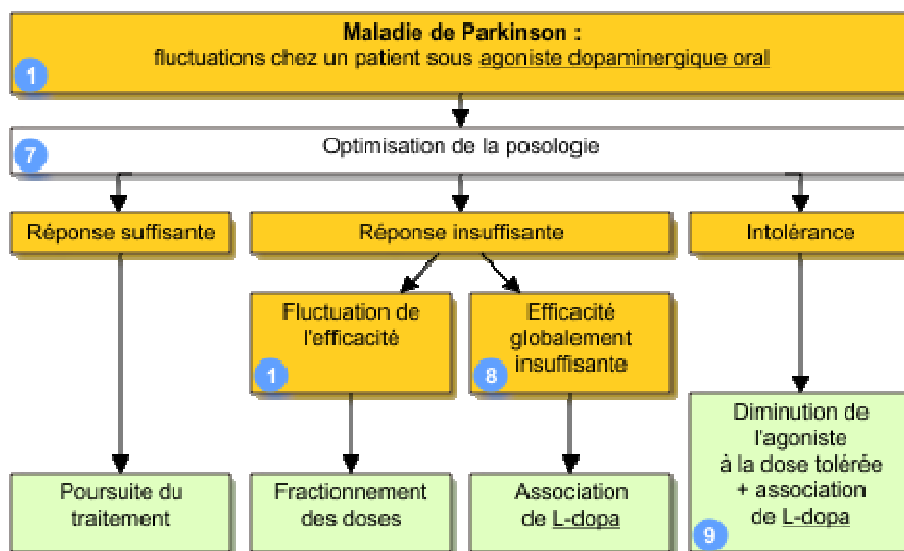
Les différentes options thérapeutiques:



- fractionnement des doses : augmenter le nombre de prises en réduisant la posologie de chacune d'entre elles ou passage à une forme LP
- passage à une association L-dopa + ICOMT ou IMAO-B,
- passage à un agoniste dopaminergique si le traitement reposait sur la L-dopa seule ou renforcer les doses d'agoniste dopaminergique.

En cas de blocage sévère : injection SC d'apomorphine (agoniste dopaminergique) par stylo

Quelle est la conduite à tenir en cas de fluctuations chez un patient sous agoniste dopaminergique ? (arbres décisionnels disponibles sur www.vidal.fr)



7 – elle se fait jusqu'à la dose maximum recommandée, tant que la tolérance est satisfaisante

Quelle est la conduite à tenir en cas de dyskinésies ?

La plupart des patients développent tôt ou tard des dyskinésies (mouvements involontaires des membres et du tronc), souvent douloureux, perturbant les phases de mobilité.

Dans la majorité des cas, il s'agit de dyskinésies de type « peak-dose ». Elles augmentent parallèlement aux pics de concentration plasmatique des médicaments. On observe ainsi des phases de meilleure mobilité avant et après leur apparition

- Réduction de la dose unitaire de L-dopa
- Ou le remplacement de la L-dopa par un agoniste dopaminergique

En cas d'apparition de dyskinésies immédiatement avant et après la période d'efficacité des doses (dyskinésies biphasiques)

- Diminution de l'intervalle posologique
- Ou une augmentation de la dose journalière

L'amantadine peut aussi améliorer les dyskinésies mais cet effet positif se perd en quelques mois, La clozapine est utile dans certains cas.

LE PATIENT PARKINSONNIEN EN PHASE DE DECLIN MOTEUR ET COGNITIF

Au cours de l'évolution les symptômes « non moteurs » et non dopaminergiques (non accessibles aux traitements) se renforcent et contribuent aux handicaps de ces patients.

En cas de **fluctuations et/ou dyskinésies sévères non contrôlées par les traitements**, il faudra envisager :

- pompe d'apomorphine,
- administration entérale de levodopa (sonde gastrostomie)
- neurochirurgie fonctionnelle : stimulation à haute fréquence du noyau sous-thalamique ou du pallidum interne. Elle peut être proposée chez des patients de moins de 70 ans présentant des complications motrices sévères ou un tremblement handicapant malgré un traitement bien conduit, en l'absence de troubles sévères cognitifs ou du comportement ; cette approche permet d'obtenir une amélioration significative des fonctions motrices et de soulager non seulement les symptômes moteurs très invalidants, mais aussi les douleurs rebelles qui les accompagnent.

Quels sont les principaux symptômes non moteurs et leur traitement ?

Troubles psychiatriques et cognitifs :

Anxiété : peut se présenter sous la forme d'attaques de panique, de comportements obsessionnels compulsifs ou d'anxiété généralisée. Elle peut être liée à des fluctuations motrices médicamenteuses.

Traitement : BZD lorsque le contrôle rapide de l'anxiété est crucial. Outre la dépendance physique et psychique, les autres effets indésirables sont une amnésie antérograde, une baisse de la vigilance, une confusion, des chutes chez le sujet âgé. La durée de traitement maximale préconisée est de 12 semaines, sevrage progressif inclus.

Certains inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et certains inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) sont recommandés en cas de trouble anxieux grave.

Dépression : fréquente, elle peut être un signe de début de la maladie. Difficile à détecter car certains des signes cliniques, comme une réduction de l'expression faciale, une réduction de l'expression des émotions, un ralentissement psychomoteur, sont communs à la dépression et à la MP.

Contactez le neurologue :

- afin de s'assurer que le traitement antiparkinsonien est optimal.
- s'il est à craindre que l'antidépresseur prescrit puisse avoir une incidence sur le contrôle moteur ou causer des effets indésirables.

Il n'y a aucune contre-indication connue à l'utilisation de n'importe quel type d'antidépresseur chez les personnes traitées par amantadine, apomorphine ou agonistes dopaminergiques par voie orale.

- antidépresseurs tricycliques plus efficaces que les IRS, mais moins bien tolérés.
- IRS à éviter chez patients sous L-dopa : ISRS et IRSNA : Venlafaxine, Duloxétine sont recommandés,

Troubles psychotiques: 40 % des patients qui prennent des médicaments dopaminergiques. Ils peuvent également être provoqués par la démence.

Les troubles psychotiques sont souvent révélés par des **hallucinations** visuelles, auditives, somesthésiques ou olfactives. Les épisodes délirants sont beaucoup moins fréquents (5 à 10 %) ; lorsqu'ils se produisent, ils peuvent prendre l'aspect de délire de persécution.

Exclure toute autre cause en dehors de la MP :

- maladie intercurrente : infection, déshydratation, trouble métabolique (hyponatrémie),
- médicaments à propriétés anticholinergiques (antispasmodiques, bronchodilatateurs, antitussifs, antidépresseurs imipraminiques, antihistaminiques H1, anti-arythmiques, neuroleptiques, antiémétiques, etc.),

Réduire progressivement, voire arrêter les médicaments antiparkinsoniens les plus pourvoyeurs d'hallucinations (anticholinergiques puis amantadine puis agonistes dopaminergiques puis IMAO B et ICOMT).

En cas d'échec de la stratégie thérapeutique habituelle, traiter avec un antipsychotique atypique (clozapine) avec surveillance NFS en raison du risque d'agranulocytose.

- Syndrome dysexécutif, évoluant vers une **démence** (40 % des patients).

Troubles dysautonomiques neurovégétatifs :

- **Troubles de la déglutition**, dysarthrie, hypersialorrhée → **orthophonie**,
- **Troubles vésico-sphinctériens** (impériosités mictionnelles) → anticholinergiques de type chlorure de trospium ou oxybutinine.
- **Hypotension orthostatique** (mesures hygiéniques, bas de contention),

Troubles axiaux: Risque de **chutes** → **kinésithérapie**

- Troubles de la marche et de posture : les pieds restent « collés au sol » à l'initiation de la marche ; brutal emballement de la marche qui devient incontrôlable,
- Troubles de l'équilibre postural

Troubles sensoriels :

Douleurs : plus fréquentes chez le patient parkinsonien que chez les sujets contrôles du même âge. Elles sont soit directement, soit indirectement liée à la MP elle-même. Il y a plusieurs types de douleurs :

- Douleurs **musculosquelettiques** : secondaire à la rigidité et hypokinésie (blocages de l'épaule, contractures) → antalgiques simples, kinésithérapie ;
- Douleurs **neuropathiques radiculaires** → antalgiques simples, kinésithérapie ;

- Douleurs **neuropathiques centrales** à type de brûlures ou de paresthésies (intérêt du DN4) ;

Ces douleurs doivent être prises en charge en 1^{ère} intention par le généraliste.

Une prise en charge, en lien avec le neurologue est recommandée pour les types suivants de douleurs qui peuvent nécessiter une modification des médicaments antiparkinsoniens :

- Douleurs **dystoniques** : associée à des mouvements et postures dystoniques, qui se produisent souvent dans les pieds dans les périodes « off » ; Les dystonies des orteils peuvent être traitées par injection de toxine botulique. Aide possible par des orthèses faites le pédicure podologue
- **Douleurs liées à l'akathisie** (sentiment intérieur d'agitation menant à l'incapacité de rester en place).

Troubles du sommeil :

- **Insomnies** → somnifères si nécessaire ; clonazépam si troubles du comportement en sommeil paradoxal.
- Rechercher un **syndrome d'apnée du sommeil** → CPAP
- **Cauchemars, hallucinations** → clozapine, quiétapine

Quelles sont les autres mesures d'accompagnement d'un patient parkinsonien ?

Les mesures de réadaptation sont souvent la seule possibilité d'améliorer la qualité de vie des patients.

La kinésithérapie : enseignement de la gymnastique quotidienne, travail de l'équilibre postural, apprentissage des transferts. Elle facilite le maintien de la marche, de l'équilibre et permet la prévention des chutes.

La rééducation orthophonique : rééducation de la dysarthrie et des troubles de la déglutition. Elle ne doit pas être proposée trop tardivement. Elle permet de prévenir ou corriger les troubles de la déglutition, les difficultés à parler, la diminution de l'expression faciale et la gêne à l'écriture.

L'ergothérapie : facilite les activités de la vie quotidienne et domestique. Elle intervient notamment dans les aménagements utiles au logement. Elle a pour but de préserver l'autonomie de la personne atteinte par la maladie de Parkinson.

Demande d'ALD : ALD 16 « Maladie de Parkinson »

Associations de patients (information pour patients et aidants) :

- **France Parkinson**
Tél. 01 45 20 22 20
www.franceparkinson.fr
- **Franche Comté Parkinson**
Tél. 03 81 41 08 55
<http://fcparkinson.medicalistes.org>
- **Groupe Parkinson Île-de-France**
Tél. 01 47 49 37 42
www.parkinson-gpidf.info
- **Comité d'Entente et de Coordination des Associations de Parkinsoniens**

Tél. 02 50 52 90 92

jray@sfr.fr

▪ **Fédération française des groupements de parkinsoniens**

Tél. 0820 22 22 06

www.parkinson-ffgp.net