

Troubles du sommeil chez les parkinsoniens

Autor(en): **[s.n.]**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Parkinson : das Magazin von Parkinson Schweiz = le magazine de Parkinson Suisse = la rivista di Parkinson Svizzera**

Band (Jahr): - **(1999)**

Heft 53

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-815600>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

con ciblée, diplopie ou vision floue) sont un signe précoce et fréquent. Au début de la maladie, le spécialiste peut déjà observer des signes qui permettent de poser le bon diagnostic, notamment lors de l'examen du mouvement des yeux. Les troubles des mouvements des paupières et de l'expression du visage peuvent aussi être très caractéristiques. Les personnes atteintes remarquent précocement un trouble de la marche accompagné d'un élargissement du polygone de sustentation (démarche titubante) ainsi qu'une tendance à être penchées principalement vers l'arrière; ce qui provoque souvent des chutes. La rigidité musculaire touche plus facilement la musculature du tronc et de la nuque que celle des bras et des jambes. Les malades se tiennent la plupart du temps droit («raide») et non pas voûtés vers l'avant comme les parkinsoniens. Souvent, au début de la maladie, la parole devient lente, mal articulée et la voix monotone. Des troubles de la parole et de la déglutition gênent en outre les malades.

Pronostic

Les patients éprouvent de la difficulté à contrôler leurs émotions: un rire ou un pleurer soudain apparaît dans des situations généralement inadéquates (sans causes déclenchantes) ou une sorte d'indifférence sociale. La détérioration intellectuelle se manifeste plus rapidement que dans la maladie de Parkinson et elle est aussi souvent nettement plus prononcée. Un tremblement (trémor) est rarement constaté. Le pronostic de la PSP est plus sombre que celui de la maladie de Parkinson. Les complications s'aggravent rapidement et handicapent le patient progressivement.

Traitement: peu satisfaisant

La PSP peut être comparée à une maladie de Parkinson qui n'est pas traitée. Le traitement de la PSP est malheureusement très compliqué et actuellement peu satisfaisant. Il n'y a pas de médicament vraiment efficace pour les patients. Les médicaments normalement très efficaces pour la maladie de Parkinson (lévodopa, agonistes dopaminergiques, anticholinergiques) n'ont pas ou qu'une très restreinte efficacité dans le traitement de la PSP. Le traitement symptomatique passe par l'utilisation d'une canne et plus tard d'un rollator pour éviter les chutes; couper soigneusement la nourriture en petits morceaux pour éviter d'avaler de travers ou de s'étouffer; les antidépresseurs peuvent

être utiles. Les troubles de la marche mènent généralement en peu de temps à être dépendant de la chaise roulante et les troubles de la déglutition aboutissent souvent à une alimentation par sonde gastrique. Il est important pour le patient et la famille que le bon diagnostic soit posé assez tôt pour pouvoir garantir des conseils judicieux et pour prendre à temps les mesures nécessaires.

** L'auteur est médecin adjoint dans le service de neurologie de l'hôpital universitaire de l'île à Berne et membre du comité de l'ASmP*

La paralysie supranucléaire progressive (PSP) a été décrite il y a presque trente ans par les trois chercheurs Steele, Richardson et Olszewski d'après une synthèse des travaux préliminaires d'autres chercheurs qui remontent jusqu'en 1904. C'est pour cela qu'elle s'appelle aussi la maladie de Steele-Richardson-Olszewski. Dans une étude, la fréquence de la maladie est estimée à 1,39 par 100 000 habitants. De nombreux chercheurs ont confirmé et complété les travaux de Steele, Richardson et Olszewski depuis 1964.

Source: Moderne Geriatrie, mars 1993, page 91

Troubles du sommeil chez les parkinsoniens

Les parkinsoniens souffrent souvent de troubles du sommeil. Ils ont fréquemment de la difficulté à s'endormir et à rester endormis. Leur sommeil est fragmenté et marqué par l'absence de la phase de sommeil profond ainsi que par un réveil répété durant la nuit. Il en résulte une fatigue persistante et de courtes phases de sommeil pendant la journée.

Les troubles du sommeil augmentent généralement avec l'âge. Si on veut aller à la base du problème, il faut comparer le sommeil des personnes âgées en bonne santé à celui des parkinsoniens appartenant à un même groupe d'âge. Une série d'études a comparé la fréquence des troubles du sommeil chez les parkinsoniens avec le comportement face au sommeil de personnes du même âge, mais en bonne santé. Il en ressort qu'il y a plus souvent des interruptions du sommeil nocturne et des phases de siestes spontanées dans la journée chez les parkinsoniens que dans le groupe de contrôle en bonne santé. Les interruptions du sommeil nocturne sont dues à une tension musculaire accrue, à une mauvaise respiration et à de possibles interruptions des stades de sommeil REM/NON-REM qui pourraient être déclenchées par les médicaments antiparkinsoniens. Des parkinsoniens présentant des fluctuations (phénomènes «on-off», le passage entre des phases de bonne et de mauvaise mobilité) pendant la journée se sont plaints de ressentir pendant la nuit un ralentissement des mouvements, des dys-

tonies et des crampes musculaires douloureuses.

L'efficacité d'une dose unique d'une préparation retard de lévodopa (Sinemet®CR, Madopar®DR) pour traiter les troubles du sommeil, liés aux troubles de la mobilité, a été testée avec des placebos dans une étude contrôlée menée en double-aveugle. 40 parkinsoniens présentant des fluctuations ont participé à l'étude. Le Madopar®DR et le Sinemet® CR ont nettement amélioré la mobilité nocturne et ont eu un effet positif sur la durée du sommeil. Il faut toutefois noter que les préparations retard de lévodopa n'améliorent pas nécessairement la qualité de vie de tous les parkinsoniens. Des rêves vivaces, des cauchemars et des hallucinations peuvent apparaître chez quelques patients; particulièrement ceux dont la maladie est déjà à un stade avancé ou qui souffrent de démence. Bien que les antiparkinsoniens ne favorisent pas l'endormissement nocturne chez de nombreux patients, une préparation retard de lévodopa peut avoir un effet bénéfique sur le comportement face au sommeil de certains parkinsoniens qui souffrent de troubles de la fluctuation motrice pendant la journée.

Source: UPDATE Issue# 93, 1998, page 622, se réfère au: Journal of Neurology 245 Suppl. 1998, F.Stoehli, L.Barbato, G.Nordere, A.Berardelli, S.Ruggieri, «Sleep disorders in Parkinson's Disease». Traduction anglais/allemand: Norbert Engels/Aldo Magno