

"Parkinson : pratique journalière"

Autor(en): **Medici, Vinicio**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Mitteilungsblatt der Schweizerischen Parkinsonvereinigung = Magazine d'information de l'Association suisse de la maladie de Parkinson = Bollettino d'informazione dell'Associazione svizzera del morbo di Parkinson**

Band (Jahr): - **(1988)**

Heft 10

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-815239>

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.

risultati. Può anche capitare che si parli di malattia di Parkinson, quando, in realtà si tratta di un'altra malattia.

Per esempio, si può scambiare un tremore senile per un sintomo iniziale della malattia di Parkinson.

Questo tremore benigno (tremor senilis), una malattia frequente ed in parte ereditaria, si differenzia però fondamentalmente nella prognosi, nell'evoluzione e nel trattamento.

Una diagnosi sbagliata può sollevare inutili paure e portare ad un trattamento inefficace. Uno dei compiti più importanti del medico è quello di fare una giusta diagnosi.

Nonostante oggi la diagnostica neurologica disponga di mezzi di ricerca molto precisi ed oggettivi, l'esperienza e lo spirito di osservazione rimangono in molti casi i segnali più importanti, molte volte anche gli unici, che possono permettere una diagnosi corretta.

Quando il medico sospetta una malattia di Parkinson, farà dapprima un esame neurologico. Quando i sintomi tipici della malattia sono presenti, la diagnosi può essere fatta già dopo la prima visita senza possibilità di errore.

Nel caso però siano presenti disturbi atipici, il medico farà capo alla sua esperienza e ad ulteriori esami supplementari, quali l'encefalogramma, la radiografia del cranio, l'analisi chimica del sangue.

Un'indicazione importante della presenza della malattia di Parkinson, consiste nel miglioramento dei sintomi dopo la somministrazione di L-Dopa (Madopar, Sinemet, ecc.).

In questi casi il medico si orienta in base alle dichiarazioni del paziente, per cui sono possibili errori di valutazione del successo della terapia.

L'insicurezza nella diagnosi, che, dopo queste ricerche può ancora

sussistere, normalmente viene chiarita dall'evoluzione della malattia stessa.

Oggi esistono ulteriori metodi sicuri che permettono di diagnosticare con grande sicurezza ed obiettività la malattia di Parkinson.

Uno di questi è il TEP (Tomografia a emissione di positroni). L'esame tramite il TEP è molto preciso e dà risultati estremamente attendibili; si spera perciò di poter rispondere a molti interrogativi riguardo la malattia di Parkinson. Questo metodo, molto costoso ed usato in diversi centri di ricerca, permette di diagnosticare anche altre malattie, e ricercare anche gli effetti dei medicinali. Si spera così di trovare dei medicinali che, non solo siano in grado di attenuare i sintomi, ma anche di arrestare il processo della malattia.

(paruto in tedesco nel numero 8 del bollettino)

«Parkinson: Pratique journalière»

Conférence tenue lors de l'assemblée générale du 17 octobre 1987 par le Dr. méd. Vinicio Medici, membre du comité consultatif.

Lorsqu'on est atteint d'une maladie chronique un grand courage et une force de caractère hors du commun sont nécessaires pour continuer à mener une vie remplie et équilibrée.

Les patients qui cherchent à atteindre ce but sont dignes de notre respect et de notre profonde admiration.

En ce qui concerne les médecins, des problèmes importants et des plus difficiles à résoudre se posent à eux lors du traitement de maladies chroniques. Dans la plupart des cas, une prise de médicaments s'impose à la longue et pour toujours. Sans une atmosphère de confiance entre médecin et malade, un traitement efficace est impossible. Le malade doit être mis au courant de l'évolution de sa maladie et de la raison pour laquelle il doit se soumettre à certaines prescriptions. Le devoir du médecin est d'expliquer très simplement ce qui se passe dans le cer-

veau d'un parkinsonien. La raison pour laquelle se déclare cette maladie est encore inconnue.

Pour comprendre l'essentiel de la maladie de Parkinson, il est indispensable d'être mis au courant avec simplicité des mécanismes de commande des mouvements qui ont lieu dans le cerveau humain (figure 1).

Commande des mouvements dans le cerveau

1. Système pyramidal:

mouvements **volontaires**

2. Système extrapyramidal:

mouvements **automatiques involontaires**

Le contrôle des mouvements et la transmission du cerveau aux muscles est effectuée par deux systèmes de commande:

1) *Tous les mouvements dépendant de la volonté du sujet sont commandés par les cellules nerveuses situées à la surface du cerveau par voie de la locomotion pyramidale. Exemple: saisir un verre d'eau plein à ras bord sans le renverser.*

2) *Les mouvements automatiques ou involontaires par contre sont mis en marche dans la profondeur du cerveau par le système de commande extrapyramidal, système qui est atteint chez les parkinsoniens. Exemple: mouvement régulier et automatique des bras lors de la marche.*

Dans la profondeur du cerveau se trouve un amalgame de cellules nerveuses et de fibres de couleur foncée que l'on nomme la substance noire. Lors de la maladie de Parkinson il se produit une disparition et une destruction précoces et progressives de ces cellules foncées responsables de la commande des mouvements automatiques. Actuellement l'origine de la destruction précoce de ces cellules n'est pas encore connue. La recherche a prouvé que ni l'hérédité,

ni l'artériosclérose n'en sont responsables. D'autres causes (pollution entre autres) sont à l'étude. La maladie de Parkinson n'est pas nécessairement liée à la vieillesse - de jeunes drogués à l'héroïne synthétique en ont fait l'expérience en Californie en 1980. On a pu de cette manière produire la maladie chez des animaux et de ce fait ouvrir un plus large champ à la recherche.

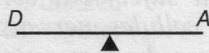
Des substances chimiques nommées neurotransmetteurs sont indispensables à la transmission des ordres dans le cerveau. Elles sont produites avant tout dans le système extrapyramidal (mouvements involontaires) et sont au centre de la recherche cérébrale moderne, car on observe de plus en plus qu'un grand nombre de maladies neurologiques sont dues à un dérèglement de ces neurotransmetteurs.

Chaque parkinsonien devrait être mis au courant des deux substances neurotransmettrices qui sont en déséquilibre dans la maladie de Parkinson, à nommer la dopamine et l'acétylcholine (figure 29).

Relation dopamine/acétylcholine

1. Personne en bonne santé

Equilibre



2. Malade de Parkinson

Déséquilibre:

Manque de dopamine



- tremblement
- rigidité
- akinésie

La dopamine est produite dans le système extrapyramidal et surtout dans la substance noire, en quantité suffisante chez la personne en bonne santé. La dopamine a un effet harmonisant et calmant sur la transmission d'impulsions nerveuses. Chez les parkinsoniens, la dopamine n'est plus produite en quantité suffisante et doit être fournie sous forme médicamenteuse.

Le neurotransmetteur nommé acétylcholine est créé à l'entourage de la substance noire. Il a un effet plutôt excitant. Chez l'individu en bonne santé, la dopamine et l'acétylcholine sont en équilibre. Les mouvements sont harmonieux et souples. Chez le

parkinsonien par contre, il existe un déséquilibre entre les deux neurotransmetteurs à la défaveur de la dopamine. Le résultat est les symptômes que vous connaissez bien: tremblement (tremor), raideur des muscles (rigor) et pauvreté des mouvements (akinésie).

La connaissance des liens entre les transmetteurs conduit à comprendre les principes du traitement de la maladie de Parkinson. Le but recherché est de rétablir l'équilibre entre la dopamine et l'acétylcholine (figure 3).

Traitement antiparkinsonien

But: équilibre entre dopamine et acétylcholine

1. Anticholinergiques Akineton, Artane etc.
~1867/1946
 2. Opérations stéréotaxiques
~1958
 3. L-Dopa Madopar, Sinemet, Larodopa, Nacom etc.
~1967
 4. Libérateur de dopamine Contenton, Symmetrel, PK-Merz etc.
~1969
 5. Imitateurs de dopamine Parlodel, Pravidel, Lisurid, DoperGINE etc.
~1974
 6. Freineurs de la dégradation de dopamine Deprenyl, Sélégiline, Jumexal, Movergan etc.
~1975
 7. Implantations chirurgicales
~1982
- 1.-6.: addition de physio- et ergothérapie

Suite à la première description de la maladie par James Parkinson en 1817 un traitement à l'atropa belladonna fut entrepris. Ce médicament lutte contre l'excès d'acétylcholine, c'est-à-dire il a un effet anticholinergique. Dès 1946 on a fabriqué chimiquement des substances anticholinergiques, qui sont encore actuellement indispensables au traitement. Beaucoup de patients prennent par exemple de l'Akineton ou de l'Artane à côté d'autres médicaments. A la fin des années cinquante on découvrit une méthode permettant de faire des opérations stéréotaxiques du cerveau supprimant un tremblement unilatéral quand celui-ci est le symptôme le plus gênant chez un malade parkinsonien.

En 1967, différents chercheurs confirmèrent qu'avant tout c'était la

dopamine qui manquait chez les parkinsoniens. Dès 1967 des préparations suppléant la dopamine comme Madopar, Sinemet ou Nacom furent mises sur le marché - un grand pas en avant.

Des préparations telles que le Symmetrel ou PK-Merz peuvent libérer des réserves de dopamine encore présentes au cerveau et sont parfois utilisées en combinaison avec les médicaments suppléants de la dopa.

Le Parlodel, Pravidel ou Umprel sont imitateurs de la dopamine et se trouvent sur le marché dès 1974. En chargeant le plateau de balance du côté dopamine ils rétablissent l'équilibre entre dopamine et acétylcholine.

En 1975 on découvrit aussi des substances qui entravent la dégradation de la dopamine produite par le cerveau ou administrée comme médicament, augmentant ainsi son efficacité. Entretemps, ces produits comme le Deprenyl, Sélégiline, Jumexal, Jumex, Movergan ont éveillé l'intérêt des chercheurs. Des études sur l'authenticité de l'effet de ces médicaments sont actuellement en cours dans les centres neurologiques des cliniques universitaires en Suisse. Les médicaments de ce type doivent toujours être accompagnés de médicaments à la L-Dopa pour produire un effet valable. Ce ne sont donc pas des médicaments de premier choix.

Etant donné que tous ces traitements ont aussi des effets secondaires parfois graves, des recherches sont en cours au sujet d'opérations cérébrales qui pourraient guérir de la maladie de Parkinson et supprimer la prise de médicaments. Dans tout corps humain des cellules noires produisant de la dopamine se trouvent également dans les glandes surrénales, situées au-dessus des reins. En 1982 on a tenté en Suède des opérations consistant à greffer dans le cerveau du tissu provenant d'une capsule surrénale du sujet. Les résultats de cette tentative n'ont pas été encourageants. Par contre en 1986, des chirurgiens au Mexique ont réussi une opération qui fut considérée comme une sensation dans le monde entier après qu'un certain scepticisme ait prévalu. Onze sujets relativement jeunes furent opérés avec succès. La plupart d'entre eux vivent actuellement

sans problèmes et sans médicaments. Dix centres universitaires des Etat-Unis et du Canada ont aussi entrepris cette opération sur certains sujets sélectionnés.

Mais actuellement il est encore trop tôt pour pouvoir porter un jugement définitif – il faut attendre les résultats à long terme. Tout de même il y a maintenant l'espoir pour les malades parkinsoniens de pouvoir vivre un jour sans prendre de médicaments.

N'oublions cependant pas la physio- et ergothérapie qui sont de toute première nécessité, soit pratiquées individuellement, soit en groupes.

Nous savons maintenant que le vieillissement de la population n'est pas la cause principale de l'augmentation des cas de maladie de Parkinson car les patients relativement jeunes deviennent de plus en plus nombreux. Cette constatation est triste, mais un nombre plus élevé de malades permet une recherche d'autant plus active.

(Paru en allemand dans le numéro 9 du bulletin)

Questions posées au Dr. Medici

Q: Est-il possible que les facultés intellectuelles soient perturbées par la maladie de Parkinson?

R: Les facultés intellectuelles sont en principe peu affectées; cependant comme tous les mouvements sont ralentis, le cerveau raisonne aussi plus lentement.

Dans certains cas cependant il se produit une dégradation des facultés intellectuelles; on ne peut encore déterminer si cela provient de l'âge ou de la maladie.

Un conseil: soyez actifs, lisez les journaux, faites des mots croisés, voyagez, entreprenez toutes sortes de choses.

Q: Combien de temps faut-il au Jumexal pour agir?

R: Le Jumexal est très rapidement absorbé par le corps (30 à 60 minutes). Un résultat se manifeste lentement de quelques jours à 1 ou 2 semaines après la prise. Le résultat varie énormément d'un sujet à l'autre. Il est indispensable de prendre du Madopar, du Sinemet etc. avec le Jumexal.

Q: Est-ce qu'une méningite contractée dans l'enfance peut avoir pour conséquence une maladie de Parkinson?

R: Ceci est peu probable. Par contre dans les années 20 une violente épidémie d'inflammation cérébrale nommée «encéphalite léthargique» s'est répandue et a provoqué plus tard des cas de maladie de Parkinson. Depuis cela ne s'est plus produit.

Q: Que peut-on faire pour empêcher les chutes?

R: Les chutes sont produites par des causes très diverses. La rareté des mouvements, la raideur en sont par exemple. Une chute de pression artérielle peut également en être un facteur. Les médicaments doivent être avant tout bien adaptés et la physiothérapie est à recommander, car elle peut contribuer à exercer la marche et à renforcer la musculature.

Q: Est-ce que les médicaments anti-parkinsoniens peuvent provoquer des maladies de peau?

R: Tous les médicaments peuvent en produire chez certains sujets sensibles. Ce sont surtout les préparations à base d'amantadine comme le PK-Merz ou le Symmetrel qui pourraient provoquer de légères affections de la peau disparaissant après interruption de la prise du remède.

Q: Quels sont les inconvénients produits par la prise de Madopar?

R: Parfois des malaises, des vomissements. Il arrive que le patient ait des baisses de pression. Plus tard des mouvements involontaires peuvent surgir. Il s'agit généralement d'un mauvais dosage. Ne jamais augmenter la dose de Madopar sans l'avis du médecin.

Q: Que peut-on faire pour améliorer la déglutition?

R: La pauvreté des mouvements se fait aussi sentir lorsqu'il s'agit d'avaler. Placez bien l'aliment bien mâché, orientez bien la tête et le cou au moment d'avaler (physiothérapie).

Q: Que peut-on faire contre les crampes des mollets et des pieds?

R: Il n'existe pas de moyens miraculeux. On ne sait pas si les crampes proviennent des médicaments ou de la maladie. Essayez de boire

un demi verre d'eau avec une prise de sel avant de vous coucher.

Q: Peut-on faire quelque chose contre les hallucinations?

R: Il s'agit d'un dosage erroné de médicaments.

Q: Que peut-on faire quand on est subitement bloqué?

R: Essayez de fractionner davantage les prises de Madopar. Etablir avec son médecin la dose maximale journalière et la fragmenter pendant la journée de façon à ne plus subir ces blocages.

Q: La maladie de Parkinson est-elle une maladie moderne?

R: Non, elle existait déjà du temps des Grecs et des Romains. Des statues le prouvent. Cependant les cas sont plus nombreux de nos jours à cause du vieillissement de la population et probablement également suite à une détérioration de l'environnement, car la maladie atteint de plus en plus de personnes relativement jeunes.

Q: Est-ce que les dépressions proviennent de la maladie?

R: La dépression provient-elle de l'état de parkinsonien ou est-elle une réaction à l'angoisse que provoque une maladie chronique? On ne peut le savoir.

Q: La maladie de Parkinson peut-elle augmenter les malaises dus à la menstruation?

R: Chaque maladie peut être influencée passagèrement durant la menstruation: migraines, épilepsie. Il n'existe aucun médicament-miracle. On peut utiliser contre la transpiration exagérée des gouttes Zyma à la sauge.

(Paru en allemand au numéro 9 du magazine)

Mitgliederstand am
29. Februar 1988:
1281 Mitglieder

Etat des membres au
29 février 1988:
1281 membres

Stato dei membri il
29 febbraio 1988:
1281 membri