



MÉDICAMENTS POUR TRAITER LA MALADIE DE PARKINSON

 Parkinson Canada



M. Blake Bell est une personne atteinte de la maladie de Parkinson à l'âge de 50 ans. Maintenant 59 ans, il réside à Toronto avec sa femme et son fils.

Cette brochure a été rédigée afin de présenter aux professionnels un survol concis, mais complet, des médicaments servant à traiter les personnes atteintes de la maladie de Parkinson.

Elle fournit une brève description de l'action pharmacologique des médicaments ainsi que les recommandations posologiques, un aperçu des effets indésirables les plus courants et pertinents, des interactions possibles avec les aliments ou autres médicaments, et d'autres informations pratiques pour traiter les personnes atteintes de la MP. Cette brochure fournit également des outils pour aider les patients à faire le suivi de la posologie des médicaments et des effets indésirables, ainsi que des ressources pour les cliniciens, telles que le questionnaire sur les symptômes non moteurs.

Auteurs :

Tejal Patel, BScPharm, PharmD
Holly Pileggi, BSc., PharmD
Jaimeen Lamba, PharmD
Joseph Fonseca, BSc (c)
Judy Glustein, BScPharm

Révisé par :

Greta Mah, BScPharm
Susan Fox, PhD, ChB, MB
Lucie Lachance, B.Sc (N), M.Sc

Table des matières

Brève introduction à la maladie de Parkinson.....	6
Pharmacothérapie de la maladie de Parkinson	8
I. Agents anticholinergiques	9
II. Inhibiteurs de l'enzyme catéchol- amine-O-méthyl transferase (COMT).....	10
III. Agonistes dopaminergique (AD).....	12
IV. Lévodopa (le précurseur de la dopamine)...	15
V. Inhibiteurs MAO-B.....	17
VI. Antagoniste NMDA.....	18
Interactions courantes avec d'autres médicaments et aliments	20
Médicaments utilisés pour traiter les symptômes non moteurs de la MP au Canada ...	21
Glossaire.....	28
Appendices	29
Bibliographie	30
Journal quotidien de Parkinson	32

Brève introduction à la maladie de Parkinson

Pathophysiologie

La maladie de Parkinson (MP) est le plus fréquent des troubles du mouvement. Environ 85 % des patients diagnostiqués ont plus de 65 ans, et au sein de ce groupe d'âge, 1 à 2 % souffrent de la maladie. [1] La MP est un trouble neurologique progressif chronique causé par une perte de neurones dopaminergiques dans le pars compacta de la substantia nigra, qui entraîne une perte de production de la dopamine. Comme les neurones dopaminergiques dégèrent au fil du temps, plusieurs mécanismes compensatoires retardent l'apparition des symptômes moteurs jusqu'à ce que plus de 60 % soient perdus. Cependant, comme le nombre de neurones dopaminergiques continue de diminuer, les symptômes moteurs hautement reconnaissables de la MP apparaissent. [2-4]

La MP produit également des symptômes non moteurs. Le noyau moteur dorsal et les régions olfactives, les neurones cholinergiques du noyau basal de Meynert, les neurones à noradrénaline, les neurones du locus coeruleus, les neurones sérotoninergiques du raphé médian et les neurones dans le cortex cérébral, le tronc cérébral, la moelle épinière et le système nerveux autonome périphérique sont également impliqués dans la pathologie de la MP, qui donnent lieu à des symptômes non moteurs. [2-5] Voici quelques exemples de ces symptômes : perte de l'odorat, dépression et anxiété, dysfonction autonome et problèmes cognitifs, entre autres. [6]

Présentation clinique

La présentation motrice précoce de la MP est caractérisée par la bradykinésie, unilatérale ou asymétrique, les tremblements au repos et la rigidité. Une personne qui présente avec deux de ces trois caractéristiques souffre probablement de la MP. Cependant, le critère diagnostique le plus couramment accepté pour la MP stipule qu'une personne atteinte de bradykinésie présente au moins un des symptômes suivants : rigidité musculaire, tremblements au repos et instabilité posturale. [7] La MP est moins probable si les symptômes suivants sont présents : début d'instabilité posturale (non causée par un dysfonctionnement visuel, vestibulaire, cérébelleux ou proprioceptif primaire), dysfonctionnement autonome (caractérisé par le dysfonctionnement/l'incontinence urinaire, l'incontinence fécale ou la rétention urinaire, nécessitant une cathétérisation, un dysfonctionnement érectile persistant ou une hypotension

orthostatique), démence précoce et visible, troubles du mouvement des yeux, progression rapide et de réaction négative au traitement dopaminergique. Le parkinsonisme atypique doit faire l'objet d'un examen si le patient présente les caractéristiques cliniques suivantes au cours des trois premières années du diagnostic : chutes au début de la maladie, réaction négative à la lévodopa, présentation symétrique à l'apparition des symptômes moteurs, un progression rapide et dysfonctionnement autonome. [8]

De nombreuses personnes souffrant de la MP peuvent présenter des symptômes non moteurs. [9] L'hyposmie, la fatigue, la dépression, la constipation et les troubles du comportement en sommeil paradoxal peuvent faire leur apparition plusieurs années avant que les symptômes moteurs soient évidents, tandis que les troubles psychiatriques, la sialorrhée, l'urgence urinaire, les dysfonctions sexuelles et les troubles cognitifs sont des symptômes tardifs. [6,9-11]

Maladie de Parkinson due aux médicaments

Plusieurs médicaments peuvent causer l'apparition des symptômes parkinsoniens, aggraver le contrôle de la MP ou démasquer la MP. Les médicaments ou catégories pharmacologiques communément associés à la MP sont les antipsychotiques de première et deuxième générations, les antiémétiques à action centrale bloquant la dopamine, certains médicaments cardiovasculaires, entre autres (voir tableau 1). [12,13] Chez certaines personnes, l'arrêt de l'agent nuisible peut éliminer les symptômes parkinsoniens, mais cela peut prendre plusieurs mois. [12,13]

Tableau 1 : Médicaments aggravant les symptômes de la MP ou causant la MP [12,13,14]

Fins médicales	Médicaments à éviter (risque plus élevé)	Options plus sécuritaires (risque moins élevé)
Antipsychotiques	<p>Antipsychotiques de première génération (chlorpromazine, thioridazine, halopéridol)</p> <p>Antipsychotiques de deuxième génération (rispéridone, olanzapine, ziprasidone, aripiprazole)</p>	<p>Quétiapine Clozapine</p>
Médicaments contre les nausées/agents de motilité gastro-intestinale	<p>Prochlorpérazine métoclopramide, prométhazine, dropéridol</p>	<p>Dompéridone, triméthobenzamide, ondansétron, dolasétron, granisétron</p>
Inhibiteurs calciques	Flunarizine	Diltiazem, vérapamil
Agents antiépileptiques	Lithium Acide valproïque	Phénytoïne

Pharmacothérapie de la maladie de Parkinson

Approche relative à la mise en œuvre d'un traitement pharmacologique

La décision de mettre en œuvre la pharmacothérapie et le choix de médicaments pour traiter la MP doivent être personnalisés en fonction de l'âge du patient, la gravité des symptômes, les comorbidités, la déficience fonctionnelle du patient, l'emploi et la préférence du patient. [6,8] Certains patients peuvent choisir de retarder la prise de médicaments si la déficience fonctionnelle de la MP n'est pas présente. *Les Lignes directrices canadiennes sur la maladie de Parkinson* doivent être utilisées pour guider la mise en œuvre du traitement pour la gestion des symptômes de la maladie de Parkinson.

Six catégories pharmacologiques de médicaments sont couramment utilisées pour traiter les symptômes moteurs de la maladie de Parkinson. Il s'agit notamment des agents anticholinergiques, les inhibiteurs d'enzyme catécholamine-O-méthyl transférase (COMT), les agonistes dopaminergiques, les précurseurs de la dopamine, les inhibiteurs de la monoamine-oxydase, et les antagonistes N-méthyl-D-aspartate (NMDA).

Toutes ces catégories conviennent à la monothérapie au stade précoce; toutefois, le choix de l'agent dépend de l'âge du patient, la présentation clinique et la gravité des symptômes, ainsi que les antécédents des effets cliniques, les avantages et les effets indésirables, de médicaments déjà essayés. Bien que les agents anticholinergiques (par exemple, benztropine, trihexyphénidyl) soient utilisés pour le contrôle des tremblements, ils ont une efficacité limitée et ne doivent pas constituer le premier choix de médicaments. L'usage de ces agents est habituellement limité aux patients plus jeunes atteints de la MP à cause de son risque élevé d'effets indésirables, comme la confusion et les troubles de la mémoire chez les personnes âgées. [6,8] De même, les agonistes dopaminergiques non dérivés de l'ergot (p. ex., le pramipexole et le ropinirole) sont préférés aux agonistes dopaminergiques dérivés de l'ergot (p. ex., bromocriptine) en raison des effets indésirables tels que la membrane séreuse kystique et l'érythromélagie. [8] Même si la posologie recommandée est indiquée pour toutes les catégories pharmacologiques utilisées pour traiter la MP, les facteurs susmentionnés doivent également être considérés avant de commencer la pharmacothérapie.

I. Agents anticholinergiques

DISPONIBLES AU CANADA



Mécanisme d'action

Postulé pour corriger un déséquilibre entre la dopamine et l'acétylcholine survenant dans la MP, bien que le mécanisme n'ait pas été élucidé complètement.

Noms génériques (Marques de commerce)	Formulations disponibles	Doses initiales, habituelles et maximums courantes	Effets négatifs	Commentaires
Benztropine (Cogentin)	Comprimés, liquide	Dose initiale : 0,5 mg quotidienne; peut être accrue tous les 5 jours Dose habituelle : 1 – 2 mg deux fois par jour Dose maximum : 2 mg trois fois par jour	<ul style="list-style-type: none"> • Vision floue • Bouche sèche • Constipation • Rétention urinaire • Sédation • Confusion • Hallucinations • Perte de mémoire • Étourdissements • Hypotension orthostatique 	<ul style="list-style-type: none"> • Agents anticholinergiques n'est pas le premier catégorie de choix pour traiter le MP. • Bénéfice modeste pour l'apparition de la MP avec prédominance de tremblements • Usage généralement limité à des personnes plus jeunes, car les effets indésirables peuvent être problématiques pour les personnes âgées • Neutralise les avantages des inhibiteurs de la cholinestérase (donépézil, rivastigmine et galantamine) utilisés pour traiter les troubles cognitifs • Accroît les effets anticholinergiques secondaires lorsqu'il est utilisé avec d'autres médicaments antispasmodiques (par exemple, agents antispasmodiques urinaires, antidépresseur tricyclique, etc.)
Trihexyphénidyl (Artane)	Comprimés, sirop	Dose initiale : 1 mg quotidienne; peut être accrue tous les 5 jours Dose habituelle : 5 mg deux fois par jour ou 2 mg trois fois par jour Dose maximum : 5 mg trois fois par jour	<ul style="list-style-type: none"> • Rare : agitation, nervosité, hausse de la température du corps (fièvre ou coup de chaleur) 	
Procyclidine (Kenadrin)	Comprimés, sirop comprimé 2,5 mg ou 5 mg Sirop 2,5 mg/5 mL	Dose initiale : 2,5 mg deux - trois fois par jour; hausse tous les 5 jours Dose habituelle : 2,5 – 5 mg trois fois par jour Dose maximum : 5 mg quatre fois par jour		

II. Inhibiteurs de l'enzyme catécholamine-O-méthyl transférase (COMT)



Mécanisme d'action

L'enzyme catécholamine-O-méthyl transférase (COMT) ralentit ou empêche la dégradation de la lévodopa dans les tissus périphériques, permettant ainsi à une plus grande quantité de lévodopa de se rendre au cerveau pour ensuite être convertie en dopamine.

Noms génériques (Marques de commerce)	Formulations disponibles	Doses initiales, habituelles et maximums courantes	Effets négatifs	Commentaires
Entacapone (Comtan)	Comprimés de 200 mg NE PAS BROYER	Dose initiale : 100 - 200 mg avec chaque dose de lévodopa Dose habituelle : 200 mg trois – quatre fois par jour Dose maximum : 1600 mg quotidiennement	<ul style="list-style-type: none"> • Diarrhée abondante (peut être retardée) • Dyskinésie • Décoloration de l'urine (brun-orange) • Tache orange sur les dents si les comprimés sont croqués • Nausées • Changements dans la fonction du foie • Syncope • Changements dans le comportement (agressivité) • Hallucinations 	<ul style="list-style-type: none"> • L'inhibiteur de la COMT est utile uniquement lorsqu'il est administré avec la lévodopa pour réduire les fluctuations motrices ou la « dissipation ». • Pour éviter la dyskinésie ou la psychose, réduire la dose de 20 % lorsque l'entacapone a commencé à être administrée. • Vous pouvez également ajouter l'entacapone graduellement jusqu'à une ou deux des doses de lévodopa en fonction du moment où les symptômes se dissipent généralement. [15] • Conseiller aux patients de s'abstenir de prendre plusieurs comprimés de Stalevo à la fois, car seulement 200 mg d'entacapone peuvent pris en même temps • En raison du risque accru de dommages au foie avec la tolcapone, l'entacapone constitue le premier choix
Entacapone + Lévodopa + Carbidopa (Stalevo)	Comprimés pris conjointement avec lévodopa 50 mg, 75 mg, 100 mg, 125 mg, 150 mg (avec carbidopa selon un ratio de 4:1) NE PAS BROYER	Voir lévodopa et entacapone		

II. Inhibiteurs de l'enzyme catécholamine-O-méthyl transferase (COMT) (continu)

Noms génériques (Marques de commerce)	Formulations disponibles	Doses initiales, habituelles et maximums courantes	Effets négatifs	Commentaires
<p>Tolcapone (Tasmar) (<i>Usage restreint en raison du risque de dommages au foie</i>)</p>	<p>Comprimés</p>	<p>Dose initiale : 100 mg trois fois quotidiennement Dose habituelle : 100 - 200 mg trois fois quotidiennement Dose maximum : 200 mg trois fois quotidiennement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hypotension orthostatique • Somnolence • Troubles du sommeil • Hallucinations • Rêves excessifs • Maux de tête • Confusion • Anorexie • Hépatotoxicité • Dyskinésie • Dystonie • Crampes musculaires 	

III. Agonistes dopaminergique (AD)

DISPONIBLES AU CANADA



Mécanisme d'action

Les agonistes dopaminergiques sont des agents synthétique qui simulent l'action de la dopamine dans le cerveau.

Noms génériques (Marques de commerce)	Formulations disponibles	Doses initiales, habituelles et maximums courantes	Effets négatifs	Commentaires
Bromocriptine (Parlodel)	Capsules, comprimés	Dose initiale : 1,25 mg deux fois par jour, augmenter toutes les 1-2 semaines Dose habituelle : 5 – 10 mg trois fois par jour Dose maximum : 10 mg trois fois par jour	<ul style="list-style-type: none"> • Étourdissements • Fatigue • Maux de tête • Vision floue • Constipation • Faiblesse • Rhinite • Fibrose valvulaire pulmonaire et cardiaque grave 	<ul style="list-style-type: none"> • La bromocriptine est un dérivé de l'ergot et ne doit pas être considérée comme l'agoniste de la dopamine du premier choix. • Indiqué comme monothérapie pour la MP ou complémentaire à la lévodopa lorsque la MP est avancée. • AD sans ergot - pramipexole, ropinirole, et dispositif transdermique de rotigotine préférables aux AD avec ergot comme la bromocriptine en raison du risque de fibrose pulmonaire ou cardiaque
Pramipexole (Mirapex)	Comprimés 0,125 mg, 0,25 mg, 0,5 mg, 1 et 1,5 mg	Dose initiale : 0,125 mg trois fois par jour, deux fois par jour si CrCL 35–59 mL/min.; une fois par jour si CrCL < 35 mL/min.; augmentation tous les 7 jours Dose habituelle : 0,5 – 1,5 mg trois fois par jour Dose maximum : 1,5 mg trois fois par jour	<ul style="list-style-type: none"> • Hypotension orthostatique • Somnolence prononcée susceptible de nuire à la faculté de conduire • Psychose • Hallucinations • Troubles du contrôle impulsifs • Œdème à la jambe 	<ul style="list-style-type: none"> • Éviter le dispositif transdermique de rotigotine si le patient est allergique aux sulfites (plus fréquent chez les patients atteints d'asthme) • Titrage à dosage lent pour réduire au minimum les nausées et les étourdissements

III. Agonistes dopaminergique (AD) (continu)

Noms génériques (Marques de commerce)	Formulations disponibles	Doses initiales, habituelles et maximums courantes	Effets négatifs	Commentaires
<p>Ropinirole (Requip)</p>	<p>Comprimés 0,25 mg, 1 mg, 2 mg et 5 mg</p>	<p>Dose initiale : 0,25 mg trois fois par jour; augmentation tous les 7 jours Dose habituelle : 1 – 5 mg trois fois par jour Dose maximum : 8 mg trois fois par jour</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hypotension orthostatique • Somnolence prononcée • susceptible de nuire à la faculté de conduire • Psychose • Hallucinations • Troubles du contrôle impulsifs • Œdème à la jambe 	<ul style="list-style-type: none"> • La bromocriptine est un dérivé de l'ergot et ne doit pas être considérée comme l'agoniste de la dopamine du premier choix. • Indiqué comme monothérapie pour la MP ou complémentaire à la lévodopa lorsque la MP est avancée. • AD sans ergot - pramipexole, ropinirole, et dispositif transdermique de rotigotine préférables aux AD avec ergot comme la bromocriptine en raison du risque de fibrose pulmonaire ou cardiaque • Éviter le dispositif transdermique de rotigotine si le patient est allergique aux sulfites (plus fréquent chez les patients atteints d'asthme) • Titrage à dosage lent pour réduire au minimum les nausées et les étourdissements • Coller le dispositif transdermique chaque jour à un endroit différent et n'utilisez la même zone de peau qu'après un intervalle de 14 jours (Rotigotine seulement)
<p>Rotigotine (Neupro)</p>	<p>Dispositif transdermique 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 6 mg et 8 mg</p>	<p>Dispositif transdermique 2 mg une fois par jour augmentation 2 mg/24 heures tous les 7 jours Dose maximum : 16mg /24 heures</p>		

Notes supplémentaires sur les agonistes dopaminergiques

Troubles du contrôle des impulsions

Les agonistes dopaminergiques peuvent provoquer des troubles du contrôle des impulsions (TCI). [16] Les TCI sont évidents lorsque les personnes ne peuvent pas résister à se comporter de manière susceptible d'entraîner des conséquences psychosociales négatives. Les symptômes comprennent des comportements compulsifs ou non contrôlés, tels que l'alimentation, le magasinage, le jeu et les pulsions sexuelles non contrôlés. Bien que la documentation signale que près de 14 % des patients traités avec les AD développent des TCI, le pourcentage peut être beaucoup plus élevé. Les patients les plus à risque sont les jeunes, les hommes plus que les femmes, avec un ou des antécédents familiaux de problèmes de toxicomanie ou de troubles de l'humeur. [16]

Les TCI peuvent mener à d'importantes perturbations sociales et financières, mais sont habituellement réversibles par une réduction de la dose ou l'arrêt. Les patients et les membres de la famille doivent être informés des TCI avant de commencer le traitement. AD [17] Le questionnaire sur les troubles obsessionnels-compulsifs dans l'échelle d'évaluation de la maladie de Parkinson (QUIP-RS) permet de déterminer la tendance pour le jeu compulsif, le sexe, le magasinage, l'alimentation, l'investissement excessif dans une activité spécifique et les rituels sans buts en cas de prise de ces médicaments. [18]

Syndrome de sevrage des agonistes dopaminiques

Les symptômes de sevrage sont plus fréquents chez les patients atteints de TCI. Les symptômes comprennent l'anxiété, les attaques de panique, la dysphorie, la diaphorèse, la douleur, l'hypotension orthostatique et l'état de manque. [19] La gestion des médicaments implique un sevrage plus lent.

Effets négatifs

Les effets néfastes des agonistes dopaminergiques sont généralement semblables à ceux associés à la lévodopa. Cependant, certains effets secondaires, tels que la somnolence diurne excessive, les hallucinations visuelles, la confusion et l'enflure des jambes, se produisent plus fréquemment avec l'utilisation des agonistes dopaminergiques qu'avec la lévodopa. Lors de l'utilisation de AD, les adultes plus âgés atteints de la MP sont plus susceptibles que les plus jeunes de ressentir des effets indésirables gênants tels que la confusion, les hallucinations, l'œdème de la jambe et les étourdissements. [20]

IV. Lévodopa (le précurseur de la dopamine)



Mécanisme d'action

La dopamine ne peut pas traverser la barrière sang-cerveau. Quand elle est administrée de façon périphérique, elle produira des effets indésirables, tels que les nausées et les étourdissements, mais ne sera pas efficace dans le contrôle des symptômes de la MP. La lévodopa est un précurseur de la dopamine qui peut traverser la barrière sang-cerveau, mais elle se dégrade rapidement dans l'organisme avant de traverser la barrière, alors de fortes doses sont nécessaires pour produire un effet sur les symptômes moteurs. Les inhibiteurs de la dopa-décarboxylase (bensérazide et carbidopa) sont administrés en même temps que la lévodopa pour empêcher sa dégradation dans la périphérie, permettant ainsi à la lévodopa de traverser la barrière sang-cerveau.

Noms génériques (Marques de commerce)	Formulations disponibles	Doses initiales, habituelles et maximums courantes	Effets négatifs	Commentaires
Lévodopa + Carbidopa Libération immédiate Sinemet	Comprimé, 100/10, 250/25 100/25 (ratio de carbidopa plus élevé préférable)	Dose initiale : ½ comprimé de 100/25 mg deux à trois fois par jour avec collation sans protéine Dose habituelle : 100/25 mg trois à quatre fois par jour à 250/25 mg trois fois par jour Dose maximum : > 2 g quotidiennement Peut être broyé et pris avec une boisson gazeuse pour accélérer l'effet	<ul style="list-style-type: none"> Hallucinations nausées confusion étourdissements rêves intenses fatigue 	<ul style="list-style-type: none"> Biodisponibilité ↓, du fer ou des protéines ou Constipation et agents anticholinergiques ↓ Motilité gastro-intestinale et effet retardé Absorption ↓ des anti-acides, du fer, des protéines dans l'alimentation Hypotension de la lévodopa + antihypertenseurs Les formulations à libération contrôlée sont rarement utilisées pendant la journée à cause de l'effet retardé et imprévisible La biodisponibilité des formulations à libération prolongée est environ 70 % de lancement immédiat Titrage lent pour éviter les nausées et les étourdissements Très rare : risque de syndrome malin des neuroleptiques en arrêt soudain

IV. Lévodopa (le précurseur de la dopamine) (continu)

Noms génériques (Marques de commerce)	Formulations disponibles	Doses initiales, habituelles et maximums courantes	Effets négatifs	Commentaires
Lévodopa+ Bensérázide Prolopa	Capsules 50/12,5, 100/25, 200/50	Dose initiale : 50/12,5 mg deux fois par jour, augmenter tous les 3 à 7 jours Dose habituelle : 100/25 mg trois à quatre fois par jour à 200/50 mg trois fois par jour Dose maximum : > 2 g quotidiennement	<ul style="list-style-type: none"> Hallucinations nausées confusion étourdissements réveils intenses fatigue 	<ul style="list-style-type: none"> Biodisponibilité ↓ du fer ou des protéines ou Constipation et agents anticholinergiques ↓ Motilité gastro-intestinale et effet retardé Absorption ↓ des anti-acides, du fer, des protéines dans l'alimentation Hypotension de la lévodopa + antihypertenseurs Les formulations à libération contrôlée sont rarement utilisées pendant la journée à cause de l'effet retardé et imprévisible La biodisponibilité des formulations à libération prolongée est environ 70 % de lancement immédiat Titrage lent pour éviter les nausées et les étourdissements Très rare : risque de syndrome malin des neuroleptiques en airêt soudain
Levodopa Carbidopa Controlled Release (CR) Sinemet CR	Comprimés 100/25, 200/50 NE PAS BROYER	Un comprimé de 100/25 ou 200/50 quotidiennement au coucher afin de prévenir les symptômes tout au long de la nuit en raison de la dissipation		<ul style="list-style-type: none"> DUODOPA® doit être prescrit uniquement par les neurologues qui ont de l'expérience dans le traitement des patients atteints de la MP, et qui ont achevé le programme de formation sur DUODOPA®, notamment les critères de sélection des patients; l'initiation et la gestion du traitement avec DUODOPA® par infusion naso-intestinale et gastrostomie endoscopique percutanée; soins post-procéduraux; et les risques associés à la procédure et à l'utilisation à long terme de PEG-J. L'utilisation du gel Duodopa, fourni dans un tube J de façon continue dans l'intestin, peut être utilisée pour produire des niveaux stables de lévodopa tout au long de la journée afin de réduire la fluctuation de la dissipation et de la dyskésie.
Levodopa+ Carbidopa Duodopa	Gel intestinal 5 mg/mL	40–120 mg/heure pendant 16 heures		

V. Inhibiteurs MAO-B



Mécanisme d'action

Besoin du diagramme représentant le mécanisme d'action. Ces médicaments inhibant le métabolisme de la dopamine dans le cerveau en inhibant l'action de l'enzyme monoamine-oxydase B (MAO-B). Il en découle une augmentation de la dopamine à des fins d'utilisation dans le cerveau.

Noms génériques (Marques de commerce)	Formulations disponibles	Doses initiales, habituelles et maximums courantes	Effets négatifs	Commentaires
Rasagiline Azilect	Comprimés 0,5 mg, 1 mg	Dose initiale : 0,5 quotidiennement Dose habituelle : 1 mg quotidiennement Dose maximum : 1 mg quotidiennement	<ul style="list-style-type: none"> • Intense dreams • Dizziness • Insomnia • Weight loss • Constipation 	<ul style="list-style-type: none"> • MAO-B peuvent exacerber les effets indésirables potentiels de nausées et les étourdissements associés à l'utilisation d'autres médicaments dopaminergiques tels que la lévodopa et de la dopamine
Selegiline	Capsules 50/12.5, 100/25, 200/50, 50/12.5 bid to tid	Dose initiale : 2,5–5 mg le matin et le midi Dose habituelle : 5 mg deux fois par jour Dose maximum : 5 mg deux fois par jour	<ul style="list-style-type: none"> • La sélegiline doit être prise avant midi, sinon, elle peut causer de l'insomnie. 	

VI. Antagoniste NMDA



Mécanisme d'action

Antagoniste des récepteurs de glutamate (NMDA) qui réduit la dyskésie. Produit également un léger effet antiparkinsonien.

Noms génériques (Marques de commerce)	Formulations disponibles	Doses initiales, habituelles et maximums courantes	Effets négatifs	Commentaires
Amantadine Symmetrel	Capsules, sirop 100mg capsules 50mg/5mg sirop	Dose initiale : 100 mg une fois par jour; augmentation tous les 7 jours Dose habituelle : 100 mg deux à trois fois par jour Dose maximum : 200 mg deux fois par jour	<ul style="list-style-type: none"> • Étourdissements • insomnie (si elle est prise tard dans la journée) • confusion • hallucinations • œdème périphérique • constipation • rétention urinaire • livedo reticularis (décoloration rouge-mauve de la peau) <1 % 	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire la dose en cas de le patient a diminué la clairance de la créatinine.

Remarques sur la prescription et le suivi des médicaments pour traiter la maladie de Parkinson

1. Commencer par de faibles doses et augmenter progressivement si nécessaire.
2. Demander aux patients de tenir un journal sur les médicaments/la mobilité afin d'indiquer à quel moment ils prennent leurs médicaments et lorsqu'ils ressentent des effets indésirables ou la dissipation, pour guider les ajustements de la posologie.
3. Encourager l'utilisation de l'emballage conforme (p. ex., emballage-coque, boîtes à pilules, dosette) et les alarmes multiples (p. ex., alarmes de radio et de téléphone intelligent) pour aider les patients à se souvenir de prendre leurs médicaments à temps.
4. Évaluer la capacité des patients à avaler, car cela peut être altérée par la MP. Certains médicaments ne peuvent pas être broyés. Si nécessaire, la suspension de la lévodopa peut être préparée.
5. L'apport en protéines fait concurrence à la lévodopa pour l'absorption, et l'effet peut être retardé après un repas. Si les patients se plaignent du retard ou de la variabilité de l'effet, aviser les patients de prendre lévodopa ½-1 heure avant un repas ou une collation riche en protéines, comme le lait, les œufs ou le beurre d'arachide.
6. Pour réduire les nausées, améliorer la motilité gastrique et accélérer l'effet de la lévodopa, la dompéridone peut être administrée avant chaque dose. La dose de dompéridone doit être limitée à 30 mg/jour en raison de la possibilité d'un risque élevé de prolongation de l'intervalle QT.
7. Puisque tous les médicaments traitant la MP peuvent causer des étourdissements, de la fatigue ou la somnolence, les patients doivent être avisés de réduire au minimum ou éviter la consommation d'alcool.
8. Si le patient atteint de la MP est admis dans un hôpital, demander au patient et / ou aux soignants de conseiller au personnel de l'hôpital l'heure exacte à laquelle les médicaments sont administrés afin que les doses soient administrées selon le même horaire qu'à la maison, et non celui de l'hôpital. Fournir au personnel une liste des médicaments contre-indiqués pour la MP. Avant la chirurgie, les patients doivent prendre la première dose d'antiparkinsoniens tôt le matin avec des gorgées d'eau. Si le patient ne peut rien absorber par la bouche, la formulation rectale de la lévodopa peut être nécessaire. Si le patient prend de l'entacapone ou Stalevo, dire au personnel de ne pas s'inquiéter si l'urine du patient est de couleur brun-orange.
9. Ne pas remplacer les médicaments traitant la maladie de Parkinson.
10. Reprendre les médicaments immédiatement après les procédures suivantes, à moins que le patient ne vomisse ou soit atteint d'incapacité grave.
11. Marcher dès que cela est sécuritaire médicalement. Les patients peuvent avoir besoin d'aide.

Interactions courantes avec d'autres médicaments et aliments

Médicament traitant la maladie de Parkinson (nom générique)	Marque de commerce	Interaction (peut augmenter ou atténuer les effets des médicaments traitant la maladie de Parkinson)
Levodopa-Carbidopa	Sinemet®	Antiacides, fer, antipsychotiques, metoclopramide, antihypertensifs, aliments riches en protéines*
Rotigotine	Neupro®	Antipsychotiques, metoclopramide
Pramipexole	Mirapex®	Amantadine, cimétidine, diltiazem, quinidine, ranitidine, triamterène, verapmil
Ropinirole (Requip)	Requip®	Ciprofloxacine, clarithromycine, erythromycine, fluvoxamine, itraconazole, propranolol Concentrations de ropinirole ↑ lorsqu'il est combiné avec un inhibiteur du CYP1A2 (p. ex., ciprofloxacine); surveiller et ajuster si nécessaire la posologie
Benztropine	Congentin®, Kynesia®	Agents cholinergiques (p.e. donepezil), antipsychotiques
Trihexyphénydyl	Trihexyphénydyl	Agents cholinergiques (p.e. donepezil), antipsychotiques
Sélégiline	Eldepryl®, Carbex®	Amphétamines, bupropion, buspirone, dextrométhorphan, méthadone, méthylphénidate, pseudoéphédrine, antidépresseurs
Rasagiline	Azilect®	Opioides, antidépresseurs, décongestionnants CYP1A2 (p. ex., ciprofloxacine, fluvoxamine) peut ↑ la concentration de rasagiline
Entacapone	Comtan®	Antidépresseurs
Amantadine	Symmetrel®	Fer

* Les aliments riches en protéines diminuent l'absorption de la lévodopa, la rendant ainsi moins efficace. Il est préférable pour les patients d'essayer de maintenir un régime alimentaire avec des quantités équilibrées de protéines.

Médicaments utilisés pour traiter les symptômes non moteurs de la MP au Canada

Symptômes non moteurs	Nom générique (Marque de commerce)	Dosage et Commentaires
La dépression et l'anxiété	La dépression et l'anxiété La dépression et l'anxiété sont courantes, et signalées dans jusqu'à 50 % des patients atteints de la MP. Elles peuvent précéder les symptômes moteurs, et nuire de façon significative aux fonctions du patient et à sa qualité de vie. Les antidépresseurs sont efficaces. L'éducation des patients est cruciale pour assurer l'adhérence aux médicaments. L'optimisation des médicaments utilisés pour traiter la MP et la dépression ou l'anxiété peut améliorer ou guérir les deux maladies.	
	SSRI	
	Citalopram (Celexa®)	Dose : 10 - 20 mg quotidiennement Administré en faibles doses et titré lentement jusqu'aux doses permises. Ne cessez pas brusquement, mais retirez lentement le dosage. <ul style="list-style-type: none"> • Attention à une rare hyponatrémie pour tous les ISRS et IRSN
	Escitalopram (Cipralex®)	Dose : 5 - 20 mg quotidiennement
	Paroxetine (Paxil®)	Dose : 10 - 40 mg quotidiennement <ul style="list-style-type: none"> • À éviter généralement chez les patients plus âgés en raison d'une charge anticholinergique plus élevée
	Fluoxetine (Prozac®)	Dose : 10 - 40 mg quotidiennement
	Sertraline (Zoloft®)	Dose : 25 - 100 mg quotidiennement
	SNRI	
	Desvenlafaxine (Pristiq®)	Dose : 50 mg quotidiennement
	Venlafaxine (Effexor®)	Dose : 25 - 75 mg deux fois par jour
Duloxetine (Cymbalta®)	Dose : 30 - 60 mg quotidiennement	

Symptômes non moteurs	Nom générique (Marque de commerce)	Dosage et Commentaires
La dépression et l'anxiété	Antidépresseurs tricyclique (TCAs)	
	• À prendre le soir pour améliorer le sommeil, l'anxiété et l'appétit	
	Nortriptyline (Pamelor®)	Dose : 10 - 50 mg quotidiennement au coucher
	Amitriptyline (Elavil®)	Dose : 10 - 50 mg au coucher • À éviter généralement chez les patients plus âgés en raison d'une charge anticholinergique plus élevée
	Imipramine (Tofranil®)	Dose : 10 - 50 mg au coucher
	Autre antidépresseurs	
	Bupropion (Wellbutrin®)	Dose : 75 -150 mg un à deux fois par jour • Bupropion et les médicaments pour la MP augmentent le risque d'agitation, les troubles de la démarche et les étourdissements à cause de l'effet agoniste dopaminergique additif. Réduire la dose et assurer le suivi.
Divers		
	Mirtazapine (Remeron®)	Dose : 15 – 30 mg au coucher
Douleur	La MP peut réduire le seuil de tolérance à la douleur. La dystonie matinale et les douleurs musculaires/la rigidité se produisent souvent lors de périodes sans médicaments, tandis que la dyskinésie peut également causer de la douleur même lorsque l'effet des médicaments est maximal. Les étirements, les massages et l'ajustement de la dose des médicaments pour la MP sont utiles. Il est préférable de prendre de l'acétaminophène plutôt que des AINS par voie orale pour soulager la douleur chronique.	
	Acétaminophène (Tylenol ES® ou Arthritis®)	Efficace pour la douleur légère ou à l'arthrose Dose max. : 3 250 mg/jour pour l'usage à long terme
	Duloxétine (Cymbalta®)	Dose initiale : 30 mg une fois par jour
	Gabapentin (Neurontin®)	Dose initiale : 100 mg deux à trois fois par jour Attention à la sédation et l'œdème des jambes
	Pregabalin (Lyrica®)	Dose initiale : 25 mg deux fois par jour Attention à la sédation et l'œdème des jambes

Symptômes non moteurs	Nom générique (Marque de commerce)	Dosage et Commentaires
Bave	Glycopyrrolate (Robinul)	Dose initiale : 1 - 2mg deux à trois fois par jour
	Solution atropine (Isopto Atropine®)	Appliquer une goutte/vaporiser sous la langue deux fois par jour, si nécessaire
	Bromure d'ipratropium (Atrovent nasal spray®)	Attention aux effets secondaires anticholinergiques
	Scopolamine (Buscopan®)	Consultez un spécialiste
	Botulinum Toxine A (Botox®/Xeomin®)	Consultez un spécialiste
Nausées et vomissements	Dompéridone (Motilium®)	Max. : 10 mg deux à trois fois par jour avant la lévodopa Attention au prolongement du QT, particulièrement avec les médicaments causant une préoccupation semblable.
	Ondansétron	4 mg trois fois quotidiennement
Dysfonctionnement de la vessie	i. Vessie hyperactive	
	Toltérodine (Detrol LA®)	4 mg au coucher
	Solifénacine (Vesicare®)	5 mg au coucher
	Darifénacine (Enablex®)	7,5 mg au coucher

Symptômes non moteurs	Nom générique (Marque de commerce)	Dosage et Commentaires
Dysfonctionnement de la vessie	ii. Nycturie	
	Chlorure de trospium (Trosec®)	20 mg au coucher
	Desmopressin (Nocdurna®)	La production d'urine diminue de 25 à 50 µg au coucher. Surveiller le sodium sérique dans les 4 à 8 jours suivants et dans un mois pour éviter l'hyponatrémie. Non recommandé si CrCL < 50 mL/min. ou antécédents de SIADH, insuffisance cardiaque
	iii. Rétention urinaire	
	Chlorure de bétanécól (Duvoid®)	10–25 mg deux à trois fois par jour
Démence de la MP (↑ avec l'âge et la durée de la MP)	Inhibiteurs de la cholinestérase	Peut améliorer l'apathie, les troubles du comportement et les hallucinations Non recommandé en cas de blocage cardiaque, syncope ou bradycardie significative. Surveiller l'EKG. La titration de dose doit être ralentie.
	Rivastigmine (Exelon®) oral et dispositif transdermique	Orale : 1,5 mg deux fois par jour avec de la nourriture permet d'augmenter Dispositif transdermique 4,5 - 9,6 mg une fois par jour
	Donépézil (Aricept®)	2,5-5 mg une fois par jour avec de la nourriture. (Prendre le matin si le patient fait des rêves intenses.)
	Galantamine (Reminyl ER®)	8 mg une fois par jour avec de la nourriture.
	Antagoniste des récepteurs NMDA	
	Mémantine (Ebixa®)	Commencer par 5 mg tous les matins, titrer jusqu'à 10 mg deux fois par jour. (Max. : 10 mg/jour en cas de traitement rénal important)

Symptômes non moteurs	Nom générique (Marque de commerce)	Dosage et Commentaires
Hallucinations visuelles Survient à des stades ultérieurs et en cas de déclin cognitif	<p>1. Éliminer les causes médicales de délire.</p> <p>2. Réduire ou cesser le traitement aux sédatifs, anxiolytiques et anticholinergiques.</p> <p>3. Cesser les médicaments pour le MP selon l'ordre suivant afin de minimiser les risques de dégradation de la MP (une réduction lente peut être nécessaire) : anticholinergiques, amantadine, inhibiteur MAO-B, agoniste dopaminergique, entacapone, lévodopa.</p> <p>4. Les agents antipsychotiques réduisent la dopamine et la sérotonine, qui sont impliquées dans les hallucinations. Utiliser la dose la plus faible pour éviter la sédation et l'hypotension. Éviter l'halopéridol et autres antipsychotiques atypiques (rispéridone ou olanzapine).</p>	
	Clozapine (Clozaril®)	Dose initiale : 12,5–25 mg au coucher. Exige un contrôle sanguin, car l'agranulocytose met la vie en danger (0,38 %). Inscription au registre CLOZAIL
	Quétiapine (Seroquel®)	Dose initiale : 12,5–25 mg au coucher. Aucun contrôle sanguin requis.
Apathie	Méthylphénidate (Biphentin, Concerta®, Ritalin®)	5 – 15 mg deux à trois fois par jour
Dysfonctionnement érectile	Sildénafil (Viagra®)	Dose avant les relations sexuelles : 50–100 mg
	Vardénafil (Levitra®)	Dose avant les relations sexuelles : 5–10 mg
	Tadalafil (Cialis®)	Dose avant les relations sexuelles : 10–20 mg

Symptômes non moteurs	Nom générique (Marque de commerce)	Dosage et Commentaires
Hypotension orthostatique	Baisse de la tension artérielle systolique de ≥ 20 mmHg ou de la tension artérielle diastolique de > 10 mmHg dans les 3 minutes après s'être levé debout. Essayer ce qui suit avant de procéder au traitement : <ul style="list-style-type: none"> • Réévaluer les agents anti-hypertension • Si cela survient après un repas, éviter les repas lourds et l'alcool • \uparrow de l'apport en sel et éviter de forcer les selles 	
	Bromure de pyridostigmine (Mestionon®)	30-60 mg quatre fois par jour, peut augmenter le volume des selles et la fréquence urinaire
	Midodrine (Amatine®)	Dose initiale : 2,5 mg deux fois par jour La dernière dose doit être administrée au plus tard en milieu d'après-midi pour prévenir l'hypertension artérielle en position couchée la nuit.
	Fludocortisone (Florinef®)	Dose initiale : 0,05-0,1 mg quotidiennement. Attention à l'œdème de pied ou l'hypokaliémie
	Desmopression	à des doses de 100-400 μ g au coucher; par conséquent, ce n'est pas un médicament de choix.
Insomnie	L'étiologie est multifactorielle : douleur, tremblements, rigidité, effets secondaires des médicaments, anxiété, nycturie, syndrome des jambes sans repos. Identifier et gérer les causes traitables sous-jacentes.	
	Doxepin (Silenor®)	Dose initiale : 3 mg au coucher
	Mélatonine	1-2 mg SL pour stimuler le sommeil Formulation 5 mg à libération graduelle pour maintenir le sommeil

Symptômes non moteurs	Nom générique (Marque de commerce)	Dosage et Commentaires
Insomnie	Trazodone (Desyrel®)	25-50 mg au coucher Trazodone augmentent le risque des chutes chez les adultes plus âgées.
	Mirtazapine (Remeron®)	15-30 mg au coucher
	Zopiclone (Imovane®)	Analogue du récepteur des benzodiazépines Dose initiale : 5 mg au coucher Ce n'est pas un médicament de premier choix en raison du risque de chutes et de déficience cognitive chez les personnes âgées.
Somnolence excessive le jour	Méthylphénidate (Biphentin®, Concerta®, Ritalin®)	5 – 15 mg deux à trois fois par jour
	Modafinil (Alertec®) <i>Essayer la caféine et éliminer la possibilité de l'apnée du sommeil d'abord</i>	Dose initiale : 100–200 mg le matin L'usage à long terme ↑ les effets secondaires cardiovasculaires, l'anxiété
Syndrome des jambes sans repos	Une carence en fer (faible teneur en ferritine) cause le syndrome des jambes sans repos	Sulfate ferreux, gluconate ferreux, fumarate ferreux 300 mg une fois par jour
	Pramipexole (Mirapex®)	0,125–0,5 mg au coucher
	Prégabaline (Lyrica®)	Commencer par 50 mg au coucher et augmenter progressivement le titrage
	Gabapentin (Neurontin®)	100-300 mg au coucher

Glossaire

Dyskinésie : mouvements involontaires ou anormaux, tels que les mouvements brusques, secousses ou spasmes. Ils peuvent affecter n'importe quelle partie du corps. Des dyskinésies peuvent varier de légères à graves. La dyskinésie se produit en raison d'une combinaison de la MP et des médicaments pris pour traiter la MP. Elle est plus courante chez les personnes qui prennent la lévodopa depuis plusieurs années. La prescription doit souvent être adaptée afin de trouver un équilibre entre la quantité suffisante de médicaments pour contrôler les symptômes, et une dose qui ne stimule pas trop la dyskinésie.

Période « On » / « Off » : décrit les changements dans la capacité de se déplacer, ce qui se produit chez certaines personnes atteintes depuis longtemps de la maladie de Parkinson et qui prennent la lévodopa. En état de « On », la personne peut se déplacer, tandis qu'en état d'« Off », ils peuvent arrêter de bouger. Les gens peuvent passer d'un état à l'autre en quelques minutes ou même quelques secondes.

Dissipation : effet ressenti par beaucoup de gens qui ont pris des médicaments pour la MP pendant un certain temps. La dose ne fait pas effet aussi longtemps qu'auparavant et les effets bénéfiques des médicaments se dissipent avant de prendre la dose suivante.

Appendices

PD NMS QUESTIONNAIRE

Nom: Date: Âge:

Homme Femme

Les problèmes non-moteurs liés à la maladie de Parkinson

Les symptômes de la maladie de Parkinson liés au mouvement sont très bien connus. Par contre, d'autres problèmes peuvent parfois apparaître en raison de cette maladie ou de ses traitements. Il est important que le médecin en soit informé, particulièrement s'ils sont gênants pour vous.

Certains problèmes sont énumérés ci-dessous. S'il-vous-plaît, cochez la case « Oui » si vous avez été incommodé par ce problème **au cours du dernier mois**. Le médecin ou l'infirmière pourrait vous poser quelques questions afin de vous aider à répondre. Si vous **n'avez pas** eu ce problème au cours du dernier mois, cochez la boîte « Non ». Vous devriez répondre « Non » même si vous avez été incommodé par ce problème dans le passé, mais pas au cours du dernier mois.

Avez-vous été incommodé par certains des problèmes suivants au cours du dernier mois?

- | | Oui | Non | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Écoulement de salive durant la journée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. Difficulté à se concentrer ou à garder votre attention | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Perte ou changement dans votre capacité à goûter ou à sentir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. Sensation de tristesse, de déprime ou diminution de l'énergie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Difficulté à avaler de la nourriture ou des liquides, ou problème d'étouffement..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. Sensation d'anxiété, de peur, de panique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Vomissements ou sensation de malaise (nausées) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18. Avoir moins d'intérêt pour la sexualité ou plus d'intérêt pour la sexualité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Constipation (moins de trois selles par semaine) ou avoir besoin de fournir un effort soutenu afin d'évacuer une selle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19. Avoir des difficultés lors des relations sexuelles quand vous essayez | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Incontinence fécale (selle) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20. Se sentir étourdi ou faible lorsque vous êtes debout après avoir été assis ou couché..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Sensation que votre intestin n'est pas complètement vidé après être allé à la toilette | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21. Chute | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Sensation d'urgence urinaire qui vous fait courir pour aller à la toilette | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 22. Avoir de la difficulté à rester éveillé lors d'activités telles que travailler, conduire ou manger..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Se lever régulièrement la nuit pour uriner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 23. Difficulté à vous endormir la nuit ou à resté endormi durant la nuit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Douleur inexplicée (non causée par une maladie connue telle l'arthrite) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 24. Rêves intenses, d'apparence réelle ou cauchemars | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Changement inexplicé de votre poids (non causé par un changement de diète) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 25. Parler ou bouger durant votre sommeil comme si vous « actez » vos rêves | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Problème à se rappeler des choses qui se sont produites récemment ou oublier de faire des choses..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 26. Sensations désagréables dans vos jambes le soir ou lorsque vous vous reposez et une sensation que vous avez besoin de bouger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Perte d'intérêt pour ce qui se passe autour de vous ou pour des activités à faire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 27. Enflure de vos jambes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Voir ou entendre des choses alors que vous savez, ou que l'on vous a dit, qu'elles ne sont pas là | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 28. Transpiration excessive | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 29. Vision double | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 30. Croire que des choses vous arrivent alors que d'autres personnes vous disent que c'est faux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Toutes les informations que vous donnerez via ce questionnaire seront gardées confidentielles et seront seulement utilisées dans le but pour lequel vous avez complété ce questionnaire.

*L'utilisation du genre **masculin** a été adoptée **afin de faciliter la lecture** et n'a aucune intention discriminatoire.

Le questionnaire français a été validé par Rios Romenets et al. dans *Parkinsonism Relat. Disord.* 2011

Pour plus d'information, contacter : ron.postuma@mcgill.ca

Pour télécharger et imprimez des copies complètes de cet outil, visitez www.parkinson.ca.

Bibliographie

1. Parkinson Society of Canada. Parkinson's disease: Social and economic impact. Parkinson Society of Canada Report, ISBN 0-9733421-0-2. Juin 2003.
2. Zigmond MJ, Burke RE. Pathophysiology of Parkinson's disease. In *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress*, ed. Davis KL, Charney D, Coyle JT, Nemeroff C. 2002. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, pp. 1781-93.
3. Olanow CW, Stern MB, Sethi K. The scientific and clinical basis for the treatment of Parkinson disease. *Neurology* 2009;72(21 Suppl 4): S1-136.
4. Santens P, Boon P, Van Roost D, Caemaert J. The pathophysiology of motor symptoms in Parkinson's disease. *Acta Neurol Belg* 2003;103(3):129-34.
5. Lang AE, Lozano AM. Parkinson's disease: First of two parts. *N Engl J Med* 1998;339(15):1045-53.
6. Connolly BS, Lang AE. Pharmacological treatment of Parkinson disease: A review. *JAMA* 2014;311(16):1670-83.
7. Gibb WR, Lees AJ. The relevance of the Lewy body to the pathogenesis of idiopathic Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1988;51(6):745-52.
8. Grimes D, Gordon J, Snelgrove B, et al. Lignes directrices canadiennes sur la maladie de Parkinson. *Can J Neurol Sci* 2012;39(Suppl 4): S1-30. Aussi disponibles au http://parkinsonclinicalguidelines.ca/sites/default/files/PD_Guidelines_2012.pdf.
9. Shulman LM, Taback RL, Bean J, Weiner WJ. Comorbidity of the nonmotor symptoms of Parkinson's disease. *Mov Disord* 2001;16(3):507-10.
10. Zesiewicz TA, Sullivan KL, Arnulf I, et al. Practice Parameter: treatment of non-motor symptoms of Parkinson disease: Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2010;74(11):924-31.
11. Miyasaki JM, Shannon K, Voon V, et al. Practice Parameter: evaluation and treatment of depression, psychosis, and dementia in Parkinson disease (an evidence-based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2006;66(7):996-1002.
12. Shin HW, Chung SJ. Drug-induced parkinsonism. *J Clin Neurol* 2012;8(1):15-21.
13. López-Sendón J, Mena MA, de Yébenes JG. Drug-induced parkinsonism. *Expert Opin Drug Saf* 2013;12(4):487-96.

14. National Parkinson Foundation. Medications that may be contraindicated in Parkinson's disease. Disponible au http://www.aginglifecare.org/ALCA_Web_Docs/recordedwebinars/recordedwebinarfile_march2013_doc3.pdf.
15. Fox SH, Katzenschlager R, Lim SY, et al. The Movement Disorder Society evidence-based medicine review update: Treatments for the motor symptoms of Parkinson's disease. *Mov Disord* 2011;26(Suppl 3):S2–41.
16. Weintraub D, Koester J, Potenza M, et al. Impulse control disorders in Parkinson's disease: Cross sectional study of 3090 patients. *Arch Neurol* 2010; 67: 589 - 598.
17. Djamshidian A, Cardoso F, Grosset D et al. Pathological gambling in Parkinson's disease—a review of the literature. *Mov Disord* 2011;26(11):1976–84.
18. Weintraub D, Mamikonyan E, Papay K, et al. Questionnaire for impulsive-compulsive disorders in Parkinson's disease—Rating scale. *Mov Disord* 2012; 27(2):242–7.
19. Pondal M, Marras C, Miyasaki J, et al. Clinical features of dopamine agonist withdrawal syndrome in a movement disorders clinic. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2013;84(2):130–5.
20. Olanow CW, Stern MB, Sethi K. The scientific and clinical basis for the treatment of Parkinson's disease (2009). *Neurology* 2009; 72 (suppl 4): S1 - 136.
21. Seppi K, Weintraub D, Coelho M, et al. The Movement Disorder Society evidence-based medicine review update: Treatments for the non-motor symptoms of Parkinson's disease. *Mov Disord* 2011;26(Suppl 3):S42–80.
22. Richard IH, Kurlan R, Tanner C, et al. Serotonin syndrome and the combined use of deprenyl and an antidepressant in Parkinson's disease. Parkinson Study Group. *Neurology* 1997;48(4):1070–7.
23. Panisset M, Chen JJ, Rhyee SH, et al. Serotonin toxicity association with concomitant antidepressants and rasagiline treatment: retrospective study (STACCA-TO). *Pharmacotherapy* 2014;34(12):1250–8.
24. Aurora RN, Kristo DA, Bista SR, et al. The treatment of restless legs syndrome and periodic limb movement disorder in adults—an update for 2012: practice parameters with an evidence-based systematic review and meta-analyses: an American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *Sleep* 2012 35(8):1039–62.
25. Allen RP, Chen C, Garcia-Borreguero D, et al. Comparison of pregabalin with pramipexole for restless legs syndrome. *N Engl J Med* 2014;370:621–31.

JOURNAL QUOTIDIEN DE PARKINSON

http://www.cmdg.org/MDC_tools/PDDIARY/pddiary.htm

Nom : _____

Date : _____

Consignes : Ceci est un outil permettant d'assurer le suivi des réactions aux médicaments. Il servira à ajuster les doses et l'heure de la prise des médicaments. Veuillez cocher chaque colonne de la rangée qui décrit le mieux l'état moteur du patient pendant la période d'une heure avant l'heure indiquée (c.-à-d., dans la colonne 7 h, indiquez l'état moteur moyen entre 6 h et 7 h ou s'il dormait, cochez la rangée « Endormi »).

ÉTAT MOTEUR – Heure	Période « On avec dyskinésie » Trop de mouvements	Période « On » Mouvements normaux	Période « Off » Trop raide et lent	Endormi	Heure du médicament pour la MP
6 h					
7 h					
8 h					
9 h					
10 h					
11 h					
12 h					
13 h					
14 h					
15 h					
16 h					
17 h					
18 h					
19 h					
20 h					
21 h					
22 h					
23 h					
24 h					



Une prescription pour le Parkinson

Je vous recommande de contacter Parkinson Canada afin de discuter et de mieux comprendre le diagnostic de la maladie de Parkinson que vous avez reçu. Des réponses à vos questions, celles de votre famille ou d'un soignant sont disponibles. N'hésitez pas à appeler le **1-800-565-3000** dès aujourd'hui.

Des professionnels sauront vous accueillir et vous écouter avec respect et confidentialité. Vous recevrez des informations utiles sur la maladie. Vous découvrirez des ressources dans votre communauté qui vous aideront à améliorer votre qualité de vie. Écrivez à **info@parkinson.ca** pour débiter la conversation.

Pour en apprendre davantage sur la maladie de Parkinson et comment mieux vivre avec elle, visitez **www.parkinson.ca**.

Référé par :

Date :

_____ / ____ / ____



Parkinson Canada

Parkinson Canada | 316-4211 Yonge Street, Toronto, ON M2P 2A9



Parkinson Canada est un organisme accrédité en vertu du programme de normes d'Imagine Canada.



La production de ce document a été rendue possible grâce à la générosité des donateurs de Parkinson Canada. Si vous désirez soutenir la création de ressources de qualité comme celle-ci, merci de faire un don à Parkinson Canada.