Pas de diagnostic sans les personnes soignantes

Autor(en): **Kornacher, Johannes**

Objekttyp: **Article**

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

Band (Jahr): **- (2006)**

Heft 83: **Ehrung für Lydia Schiratzki = Cérémonie en l'honneur de Lydia Schiratzki = Omaggio a Lydia Schiratzki**

PDF erstellt am: **04.06.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-815586

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.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Pas de diagnostic sans les personnes soignantes

Photo: fotolia.de

Certains problèmes cognitifs peuvent apparaître avec le Parkinson, mais ce n'est pas toujours le cas. Ils concernent surtout les patients âgés et ne se manifestent pas comme dans les cas d'Alzheimer. Outre le diagnostic et le traitement, l'implication des proches est essentielle.

D'après les estimations, environ 15 000 Suisses souffrent de la maladie de Parkinson. Ces dernières décennies, les progrès thérapeutiques ont permis non seulement une nette amélioration de la qualité de vie des Parkinsoniens, mais également un allongement de leur espérance de vie. Toutefois, le risque de souffrir de troubles cognitifs et de démence augmente également. Ce que l'on appelle la démence de type Parkinson (PDD) exige beaucoup des médecins et des personnes soignantes. Souvent, une gestion globale est nécessaire afin de traiter au mieux aussi bien la maladie de base que la démence qui fait désormais son apparition.

Différentes études le montrent : de 20 % à 40 % des Parkinsoniens développent une démence au cours de l'évolution de la maladie. Toutefois, la fréquence de la démence dépend fortement de l'âge et de la durée de la maladie. L'âge moyen des patients atteints de démence de type Parkinson est de 72 ans environ. Le Parkinson multiplie par six le risque de démence par rapport au reste de la population. Les facteurs de risque sont les suivants : âge avancé, longue durée de la maladie, début symétrique, forme hypocinétique-rigide de la maladie et apparition d'hallucinations. Jusqu'à présent, il n'existe que peu d'indications sur le degré de gravité de la démence de type Parkinson.

Une démence est une affection cérébrale à l'origine d'une perte progressive des capacités intellectuelles, de troubles cognitifs et de modifications psychiques allant grandissant. Ces troubles peuvent aboutir à un besoin d'assistance intégral. L'orientation, la mémoire, la pensée, la compréhension, le vécu émotionnel, le calcul, la capacité d'apprentissage, le discernement et la langue comptent parmi les fonctions du cerveau.

Il ne faut pas confondre la démence de type Parkinson avec la démence de type Alzheimer, dont les troubles de la mémoire sont les symptômes principaux dès le début. La démence de type Parkinson touche d'autres régions du cerveau. L'aptitude à réaliser simultanément plusieurs tâches et à prêter attention à plusieurs sources de stimuli est de plus en plus limitée. Le patient ne peut plus se concentrer que sur une tâche, il perd rapidement son pouvoir de concentration et il est dépassé par la réalisation simultanée de tâches simples. La plupart du temps, les troubles de l'aisance élocutoire

Les atteintes cognitives ne sont pas des manifestations de démence

s'accompagnent d'un appauvrissement de la parole. Les modifications de la personnalité telles que l'apathie et les tendances au repli, la dépressivité et la peur, jusqu'aux phénomènes psychotiques, aux délires et aux hallucinations (leurres sensoriels), s'inscrivent dans ce contexte.

Les troubles du sommeil accompagnés d'agitation nocturne, de désorientation et d'une fatigue excessive dans la journée sont fréquents. Les hallucinations nécessitant en règle générale une réduction de la posologie des médicaments contre le Parkinson, la mobilité se dégrade également, les troubles de la posture augmentent, tout comme la tendance à chuter. Les troubles végétatifs tels que l'incontinence s'intensifient nettement. Les troubles de la mémoire n'apparaissent que tardivement dans l'évolution de la maladie et ne ressemblent pas à ceux des patients souffrant d'Alzheimer. Ces derniers ne peuvent enregistrer aucune information ; il leur est donc impossible de s'en rappeler. Les patients atteints de démence de type Parkinson possèdent toujours leur capacité d'enregistrement et d'apprentissage, mais leur accès est compliqué et retardé. C'est pourquoi les aide-mémoire (feuille de notes, calendrier), inutiles en cas d'Alzheimer, peuvent s'avérer efficaces pour eux.

C'est une carence en messagers chimiques importants dans le cerveau qui est à l'origine de la démence de type Parkinson. La dopamine est le « carburant » nécessaire pour les mouvements du corps ; l'acétylcholine est celui de la mobilité intellectuelle. Outre la carence en dopamine, des examens ont également révélé une carence en acétylcholine. Aussi surprenant que cela puisse paraître, la carence en acétylcholine en cas de démence de type Parkinson est plus marquée qu'en cas d'Alzheimer.

Les patients atteints de démence légère peuvent encore se prendre en charge seuls. Les premières difficultés apparaissent au cours de tâches complexes telles que la conduite. Les hallucinations peuvent également marquer le début d'une démence. S'ensuivent une perte des aptitudes sociale et professionnelle, et les premières modifications de la personnalité. Les patients souffrant de démence modérée ont besoin d'aide au quotidien, perdent leur autonomie et négligent les tâches courantes. Les patients atteints de démence sévère requièrent une surveillance et des soins vingt-quatre heures sur vingt-quatre. En général, l'intensification des troubles cognitifs s'accompagne d'une progression de la confusion. La démence de type Parkinson évolue très lentement ; toute progression plus rapide requiert une révision du diagnostic.

Le diagnostic est épineux. Souvent, la démence de type Parkinson se différencie difficilement des handicaps liés à la maladie de base. Le diagnostic nécessite absolument, outre une anamnèse détaillée, une implication des proches. En outre, on procède à des analyses de laboratoire, à des examens neuropsychologiques et électrophysiologiques, ainsi qu'à des procédures d'imagerie médicale. Il s'agit d'exclure d'autres causes des troubles de la mémoire. Dans la mesure du possible, celles-ci doivent être traitées différemment. Les troubles de la mémoire peuvent également être provoqués par une hypofonction de la glande thyroïde, par exemple. Lors du diagnostic différentiel, il convient également d'envisager parallèlement une démence de type Alzheimer, une démence à corps de Lewy ou une démence fronto-temporale.

Le test de l'horloge (dessin d'une horloge) ou les tâches d'aisance élocutoire (nombre maximum de mots en une minute) constituent des tests simples. En général, on procède au Mini-Mental-Status-Test (MMST).

La démence de type Parkinson peut être traitée pharmacologiquement, par exemple à l'aide d'un inhibiteur de l'acétylcholinestérase. La logique de ce traitement relève du domaine du métabolisme de l'acétylcholine. La présence d'acétylcholine étant insuffisante, ce médicament en inhibe l'assimilation. Les antidépresseurs peuvent traiter efficacement les dysphories dépressives ; les hallucinations et les états d'agitation requièrent souvent l'emploi de neuroleptiques atypiques. Toutefois, l'établissement du bon diagnostic et la reconnaissance des particularités de cette maladie sont de prime importance pour le patient et ses proches soignants. Une physiothérapie régulière, l'exercice au grand air, un apport suffisant en liquides et une alimentation saine sont les piliers de tout traitement de base. Il est essentiel d'établir un schéma thérapeutique psychosocial (par ex. cliniques de jour, conseil des proches, suivi pendant les vacances, services de secours, etc.).

Source : www.parkinson-web.de, Adaptation : jok

© Photo: Roman Milert - fotolia.de

Qu'entend-on exactement par troubles cognitifs ?

Les domaines de l'orientation, de la mémoire, de la pensée, de la compréhension, des émotions, du calcul, de l'apprentissage, du discernement et de la langue en font partie. Prêtez une attention particulière :

- Aux troubles de l'attention
- Au ralentissement cognitif
- Aux troubles du rappel d'informations
- Aux troubles de l'apprentissage malgré une bonne reconnaissance
- Aux troubles visuo-spatiaux
- Aux troubles de l'exécution frontaux (planification, organisation, respect d'un ordre)
- A l'aisance élocutoire
- Aux modifications de la personnalité
- Aux troubles du comportement
- A l'apathie
- A la dépressivité
- Aux méconnaissances illusoires et aux hallucinations