

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

Herausgeber: Parkinson Schweiz

Band: - (1996)

Heft: 43

Artikel: Assemblée générale 1996

Autor: [s.n.]

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-815757>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 08.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Assemblée générale 1996 à Lugano

Temps ensoleillé et chaud

ems. Les 117 participantes et participants à l'assemblée générale 1996 de l'Association Suisse de la Maladie de Parkinson qui s'est déroulée à Lugano ont été bien inspirés de s'habiller estivalement: ce 15 juin était digne d'une des plus chaude journée d'été. La partie administrative de l'assemblée et les conférences se sont déroulées à l'hôtel Pestalozzi où régnait la bonne humeur et une ambiance propice au travail malgré une température élevée. La devise de l'année passée „en marche malgré tout!“ n'a pas été oubliée et servira également de fil conducteur à l'Association pour l'avenir.

Certains patients et leurs proches, d'ordinaire fidèles à nos assemblées générales, ne se sont pas décidés à faire ce long voyage jusqu'au Tessin. Mais le choix quelque peu éloigné de ce lieu avait une signification particulière: nous tenions non seulement à exprimer notre estime au groupe d'entraide de Lugano - animé par Mme Graziella Maspero, membre du comité de l'ASMP - pour ses excellentes activités, mais également à souligner son étroite collaboration avec l'ASMP malgré un certain éloignement géographique.

Des espoirs se sont concrétisés

C'est en présence de M. Angelo Paparelli, directeur de la commission administrative de la Ville de Lugano, venu transmettre les salutations du maire de la ville, des nombreux invités des groupes d'entraide italiens et allemands ainsi que des représentants d'organisations amies que M. Lorenz Schmidlin, président de l'ASMP, a jeté un regard positif sur l'année 1995 qui célébrait le dixième anniversaire de l'Association. Il a constaté avec grande satisfaction que les objectifs principaux étaient atteints: „Plus de 70 manifestations dans toute la Suisse, des articles dans la presse, des émissions radiophoniques et télévisées ont contribué à mieux faire connaître la maladie de Parkin-

son, l'Association et les groupes d'entraide. Le nombre des membres est passé de 2400 à 2700 et une augmentation des dons a été remarquée en 1995 par rapport aux années précédentes“.

Il a particulièrement remercié les groupes d'entraide qui, par leur investissement sans réserve et par leur engagement auprès des patients, ont contribué à concrétiser dans les faits le message principal de l'Association et à l'adapter aux besoins changeants des patients: „Nous voulons aider les parkinsoniens et leurs proches à affronter ce lourd destin qui est le leur“. Quatre nouveaux groupes d'entraide se sont constitués en 1995, dont certains par des patients jeunes et atteints depuis peu par la maladie; ce qui fait 46 groupements répartis dans toute la Suisse.

Importance de l'information

Lors de la partie administrative de la journée Mme Lydia Schiratzki, secrétaire générale, a souligné l'importance que l'information revêt pour les patients, les spécialistes et le public. Elle a remercié plus particulièrement Roche Pharma (Suisse) pour la publication du très recherché manuel „Rester actif avec la maladie de Parkinson“ et Sanofi Winthrop pour leur nouvelle brochure informative „Votre cerveau aussi à une santé!“.

L'Association organise - dans le courant de cette année et en collaboration avec les cliniques de réadaptation bernoise de Montana (service de neurologie) et Bethesda de Tschugg - trois séjours de rééducation pour les patients et leurs proches. L'ASMP soutiendra financièrement les membres ayant des moyens financiers modestes.

Le succès du „Parkinphon“ de l'année passée - qui donnait la possibilité de poser directement des questions aux neurologues - a été considérable. Cette expérience se renouvellera en août 1996 et concernera surtout les patients atteints depuis peu par la maladie et ceux qui ont constaté des symptômes précis et qui cherchent un premier conseil. C'est à la suite du rapport d'activités que M. Balz Eggenschwiler nous a lu un court passage de son livre qui vient de paraître et qui contient des éléments autobiographiques.

Le protocole de l'assemblée générale de l'année passée, le rapport annuel 1995 et l'état des comptes présentés par M. Kurt Addor, trésorier, ont été approuvés à l'unanimité. C'est grâce à une augmentation des dons que l'excédent des recettes s'élève à fr. 33'382.-. Le comité a proposé de verser cette somme au capital propre de l'Association. A l'unanimité ont été acceptés: le maintien du montant des cotisations des membres en vigueur jusqu'à présent et le budget 1996 qui prévoit un excédent des dépenses de fr. 32'500.- pour des dépenses totales estimées à fr. 527'000.- et des recettes estimées à fr. 494'500.-.

Démissions, remerciements et nouveaux membres du comité

C'est avec des remerciements chaleureux que M. Lorenz Schmidlin a pris congé des membres démissionnaires du comité: Mme Dr Fiona Fröhlich Egli, vice-présidente et membre d'honneur, qui a contribué

à la fondation de l'Association et qui a été membre du comité pendant 11 ans; le Dr *Thomas Rhyner* qui a représenté l'industrie pharmaceutique pendant trois ans d'un engagement efficace et dévoué et qui démissionne de ses fonctions pour des raisons professionnelles; Mme *Margret Schomburg* qui était, pendant 11 ans, la représentante des physiothérapeutes auprès du comité. Les nouveaux membres du comité élus à l'unanimité sont: Mme *Danette Stump*, Product Managerin à Bâle et le Dr *Fabio Conti*, médecin-chef de la clinique de réadaptation Bethesda à Tschugg. Le vérificateur des comptes M. *Paul Egli* cède sa place à M. *Walter Heer*.

Des remerciements particuliers sont allés à Mme *Vreni Oertle-Guggenheim* de Zurich qui a beaucoup oeuvré pour l'Association depuis sa fondation grâce à ses contacts personnels avec les milieux financiers et qui désire maintenant se retirer du groupe pour la recherche de fonds.

Statut de bienfaiteurs

L'adoption d'un statut de bienfaiteurs a été décidée lors de la dernière assemblée générale. Cela permettra à des personnes physiques et juridiques d'offrir leur aide à l'Association sans toutefois en devenir membre. Les statuts et les articles existants ont donc subi quelques modifications. De plus, les personnes qui s'occupent professionnellement de la maladie de Parkinson, de parkinsoniens et de leurs proches pourront également devenir membre de l'ASMP; ces décisions ont été approuvées à l'unanimité. Il tient à cœur au président et à tous les membres de l'ASMP de chercher des bienfaiteurs parmi leurs amis et connaissances.

Jeunes musiciennes

M. Paulo Ausenda a transmis les salutations de l'Association italien-

ne de la maladie de Parkinson et a présenté son successeur à la place de président en la personne de M. Mario Piccini, écrivain à Turin; M. Otto Brauer a parlé au nom de l'Association allemande de la maladie de Parkinson. Le Dr Tosi, neurologue à Lugano, a ensuite donné un aperçu des conférences qui ont été présentées.

Une agréable surprise nous attendait à la fin de la partie administrative: trois élèves de Mme Regula Oberholzer ont réjoui l'assemblée présente avec des pièces de leur répertoire au piano et au violon.

Une soirée d'été idyllique

Les Drs Fabio Conti et Fabio Baronti de Tschugg et Jean Ghika de Lausanne nous ont chacun présenté leur conférence dans leur langue et vous pouvez les trouver, dans leur intégralité, dans ce magazine. Les

Nota bene:

prochaine assemblée générale le 14 juin 1997 à Lucerne

personnes qui n'ont pas pris le chemin du retour après ces conférences ont pu profiter, après une journée ensoleillée et chaude, d'une agréable soirée d'été. C'est sur la terrasse d'un grotto, situé à l'extérieur de la ville, que nous avons goûté aux plaisirs de la cuisine tessinoise. Un léger banc de nuage s'était formé sur le Monte Tamaro et il n'y avait pas de clair de lune... mais l'ambiance était au romantisme sous les grands parasols et cela grâce aussi au son des mandolines qui nous ont enchantés tout au long de cette soirée.

Chère Mme Maspero et chers membres du groupe d'entraide de Lugano, nous vous remercions de tout coeur pour l'organisation de cette inoubliable journée!

Alles, was Sie über private Pflege zuhause wissen müssen

Für Informationen und Unterlagen rufen Sie Schwester Maggie Hügli oder Schwester Christa Hirt an:

Telefon 01 - 201 16 16



Private Hauskrankenpflege SPITEX
Pflegepersonal für Heime und Spitäler

24 Stunden für Sie da

PHS Gebr. Baud AG
Umlbergstrasse 4, 8039 Zürich-2
Telefon 01-201 16 16, Telefax 01-202 35 04

Causes et traitement des fluctuations motrices dans la maladie de Parkinson.

Dr Jean Ghika, médecin associé, Service de neurologie CHUV, Lausanne

L'instauration du traitement à la L-dopa chez un patient parkinsonien est généralement suivie d'une amélioration spectaculaire des déficits. Si ceci n'est pas le cas, il ne s'agit pas d'une vraie maladie de Parkinson, mais d'un syndrome parkinsonien, appartenant à un autre groupe de maladies de la même famille, mais bien séparé de la maladie de Parkinson classique. Les premières années de traitement, durant lesquelles le patient peut bénéficier d'une vie quasiment normale, sont appelée la **lune de miel** (honeymoon), parce que le patient peut se permettre même d'oublier sa médication à l'occasion, et ne pas la prendre le soir en particulier, sans remarquer de retour de ses symptômes. Cette période dure généralement 3-4 ans. Le médicament, dont la durée de l'action est de 3-4 heures, ne permet pas d'expliquer que le patient puisse se sentir normal alors qu'il oublie un comprimé. On pense actuellement que les cellules des noyaux gris centraux, où agit le médicament, mais peut-être aussi celles de la substance noire du tronc cérébral, où est fabriquée et conservée la dopamine (dont la disparition est responsable de la maladie), peuvent encore **stocker** une certaine quantité suffisante de dopamine (20-30%) qui permet de „faire le pont“ pendant les moments où le taux du médicament est bas dans le sang et le cerveau.

La L-dopa (Madopar, Sinemet) a deux effets bien reconnus actuellement. Un **effet dit à court terme**, que le patient remarque 20 min à 1 heure après la prise du médicament, pour une durée de 2-4 heures, qui suit assez exactement le taux du

médicament dans le sang, et un **effet à plus long terme**, sur quelques jours, dont le patient ne peut se rendre compte qu'après avoir arrêté le médicament complètement pendant 2-3 jours, et qui met également plusieurs jours pour se remarquer lorsqu'il recommence sa médication. L'effet à court terme représente peut-être en approximation l'effet de la stimulation directe du cerveau par le médicament venant du sang, alors que l'effet à long terme est celui de la dopamine captée et stockée comme réserve par les cellules des noyaux gris et libérée selon les besoins.

Progressivement, avec l'évolution de la maladie sur quelques années, les **capacité de réserve et de stockage de la dopamine commence à diminuer** dans le cerveau (moins de 10%). L'effet à court terme de la L-dopa se raccourcit en même temps que diminue l'efficacité de l'effet à long terme. Le patient passe d'une réponse dite **stable** à des **fluctuations prévisibles**. Ces dernières apparaissent essentiellement en **fin de dose**: la médication commence à faire effet moins longtemps, on sent le besoin de la prise suivante. Ces phénomènes, qui portent le nom de **wearing off** (extinction de l'effet) se manifestent par une durée de l'efficacité de la L-dopa plus courte que celle de la durée d'un taux efficace dans le sang. De 3-4 heures, l'efficacité diminue à 1 ou 2 heures, ou même moins. De même, les premières heures, au réveil, moment où le taux sanguin est le plus bas, sont pénibles pour le patient avec apparition de blocages ou même de

contractures (**dystonie matinale**), ou des blocages ou des contractures **nocturnes** signifiant des taux dans le sang trop bas durant la nuit. Il est possible que ces phénomènes reflètent une diminution de l'effet à court terme, mais aussi à long terme de la L-dopa.

A ce stade, le traitement consiste à **multiplier la prise du médicament en plus de 4 prises**, avec éventuellement la prise de **L-dopa à effet retard** (Madopar HBS ou Sinemet CR) qui permet souvent de résoudre le problème. Une autre possibilité consiste à ajouter un **agoniste de la dopamine**, qui a le même effet que celle-ci, mais de façon plus prolongée dans le temps comme la bromocriptine (Parlodel) ou le pergolide (Permax, bientôt disponible en Suisse) ou d'autres agonistes tels que le lisuride (Dopergin). Il est également possible de prolonger la durée d'action de la L-dopa en freinant sa destruction par les enzymes destructeurs qui existent dans le sang et le cerveau, comme par exemple la **sélégiline** (Jumexal) ou les nouveaux **inhibiteurs de la COMT** (tolcapone (Tasmar), entecapone, nitecapone...), dont l'arrivée dans le commerce n'est pas prévue avant 1998 au mieux. Une étude récente ayant révélé un plus grand nombre de décès chez les patients prenant de la sélégiline en association avec la L-dopa, dont les causes ne sont pas encore claires et dont les résultats ont été passablement contestés, ne nous permet pas de proposer cette association pour l'instant jusqu'à nouvel ordre. Un type particulier de fluctuations prévisibles consiste en un blocage matinal et des dyskinésies sur l'après-midi et la soirée, qui survient classiquement chez des patients ne prenant que des formes retard de L-dopa et qui abusent de la médication. L'effet du médicament ne débute qu'en fin de matinée.

née, et s'accumule au fur et à mesure et la quantité du médicament dans le sang dans l'aprè-midi et la fin de la journée et trop importante. Il suffit de prendre un comprimé de L-dopa standard le matin et d'espacer les doses à 5-7 heures d'intervalle entre les prises retard pour faire disparaître ces problèmes.

Par la suite la maladie évolue encore, les capacités de stockage sont dépassées (moins de 1%), et l'on atteint le stade des fluctuations avec **phénomènes on-off**, encore prévisibles en fonction de la prise du médicament. L'effet à court terme du médicament se raccourcit, l'effet à long terme diminue aussi, la dose nécessaire (seuil de réponse) augmente par diminution des sites actifs du cerveau et la dose qui est responsable de l'apparition de mouvements involontaires s'abaisse par modification de la sensibilité du cerveau au médicament. A ce stade, la compréhension des phénomènes nécessite l'aide d'un spécialiste connaissant bien la maladie. Dans les stades débutants, encore bien compréhensibles, le patient répond encore à la L-dopa avec une amélioration de ses symptômes après la prise, mais se trouve bloqué avant que l'effet se manifeste. Bien plus, quand celui-ci commence, il peut remarquer des mouvements ou des contractures involontaires, les **dyskinésies**, qui apparaissent le plus souvent au milieu de la dose, lorsque l'effet est maximum, mais qui peuvent également survenir en début et en fin de dose. Seul un schéma précis de la dose et des réponses permet de savoir si le patient présente des dyskinésies de début, de milieu ou de fin de dose dont le traitement est différent. En effet, les dyskinésies de milieu de dose nécessitent en général une diminution de celle-ci alors que celles qui arrivent en début en fin de dose demandent plutôt une aug-

mentation de la médication. Le patient oscille, mais lentement et progressivement, entre des périodes de blocages, souvent ressenties avec angoisse et parfois un état dépressif, et des périodes de bien être et de mobilité, avec ou sans mouvements involontaires souvent grotesques qui gênent l'entourage, mais que le patient préfère parce qu'il ne s'en rend pas compte et surtout qu'il est débloqué et se sent mieux et parfois un peu euphorique.

L'explication de ces fluctuations n'est à ce jour pas encore clairement comprise, mais il est probable qu'il s'agit de la conjonction de plusieurs facteurs. L'interaction de l'effet à court terme et de l'effet à long terme de la L-dopa peuvent interférer lors de l'accroissement des doses, selon un mode encore mal compris. A ceci peut se surajouter un effet dit de **réponse négative** („super off“), où le patient se bloque encore plus à la fin de l'effet à court terme de la L-dopa, de même qu'une diminution progressive de la réponse du cerveau au fur et à mesure que la journée avance. De plus, des périodes de non réponse à la médication (souvent à des moments précis de la journée: **akinésie circadienne**) dont la compréhension est actuellement loin d'être claire peuvent se surajouter, de même que des effets bénéfiques après le sommeil par exemple ou une sieste. Bien plus, des troubles de l'absorption **dans l'intestin**, ainsi que de la **motilité** de ce dernier, la quantité de **protéines** mangées dans les repas viennent encore interférer en empêchant le médicament de parvenir dans le sang à une dose efficace. Après le passage dans le sang, des barrières existent encore entre ce que l'on appelle les „**compartiments**“, où le médicament peut être stocké ou détruit (enzymes du sang et du cerveau, barrière sang-cerveau, réponse des molécules

captant le médicament dans le cerveau, bio-chimie des neurones..) sans compter l'**état de la sensibilité des neurones** que l'on cible qui peut être réfractaire au médicament à certains moments et pas à d'autres, pour des raisons encore obscures. Des modifications de la réponse des neurones par des signaux venant du noyau de la cellule (**gènes**) engendrés par la prise chronique du médicament pourraient en partie expliquer ce phénomène et peut-être aussi certains mécanismes dans les cellules du cerveau qui ne sont pas des neurones (cellules gliales) mais qui les entretiennent et les protègent. Finalement, l'absorption des formes retard de L-dopa pouvant être irrégulière, ceci peut encore venir se surajouter. L'ensemble de ces mécanismes complexes, s'additionnant et se compliquant entre eux, rend difficile l'interprétation de la réponse au traitement qui devient progressivement anarchique avec l'évolution de la maladie, avec des **fluctuations dites imprévisibles**, sans relation avec le moment de la prise ou la dose du médicament, que l'on appelle le **yoyoing**. A ce stade, la réponse du cerveau ne suit plus les taux du médicament dans le sang et toute prédiction devient impossible. Le patient ne passe plus progressivement des phases de blocages au moments de dyskinésies, mais le fait **brusquement**, de façon imprévisible, en quelques secondes parfois, qu'il ait pris ou non son médicament. Parfois, il présente même des **réactions paradoxales**, augmentant ses blocages lorsqu'il augmente la dose, ou des „**dyskinésies dites carrées**“, sans autres alternative que d'être soit bloqué soit de présenter des mouvements involontaires grotesques, par superposition des limites du déblocage et de celle de l'apparition des dyskinésies. Le temps de réponse au médicament de même que la dose

deviennent imprévisible, la durée de la réponse à court terme et à long terme deviennent anarchiques. Parfois les blocages deviennent douloureux et s'accompagnent de toutes sortes de phénomènes qui paniquent le patient (problematic off).

Généralement, à ce stade tout a été essayé: multiplication des doses, L-dopa à effet retard ou forme liquide à absorption rapide, agonistes, sélegiline... Parfois, à ce stade, l'addition d'un médicament appelé **clozapine** (Leponex), qui peut être toxique pour les cellules du sang chez un très petit pourcentage de cas, et nécessite des prises de sang régulières, permet parfois avec des doses minimes de régler ces fluctuations de façon raisonnablement satisfaisante. Si ceci n'est pas le cas, il reste alors essentiellement deux alternatives: la prise d'un médicament ayant un effet antiparkinsonien puissant, rapide, mais de courte durée (1 h et demie au maximum) l'**apomorphine**, ou la **chirurgie**. L'apomorphine se prend par injections sous-cutanées répétées lors des phénomènes de blocages incoercible (le patient ou le conjoint peut apprendre à le faire facilement) ou alors par l'intermédiaire d'une petite pompe qui délivre l'apomorphine de façon régulière sous la peau, mais qui nécessite de changer tous les jours ou tous les deux jours d'endroit (peau du ventre ou des cuisses) et l'inconvénient de porter cette petite pompe de la taille d'un paquet de cigarette sur soi en permanence. Cette méthode est relativement chère mais permet parfois des améliorations spectaculaires. En cas d'échec ou si le patient ne désire pas cette possibilité, la chirurgie est actuellement ce qui permet le mieux de régler les fluctuations motrices. Il existe actuellement deux alternatives: la **pallidotomie**, qui consiste à réaliser au moyen d'une petite lésion (définitive) faite par la chaleur

dans cette zone du cerveau (d'un côté seulement) qui fonctionne de façon anormalement dans la maladie de Parkinson et que l'on pense être le „frein“ qui bloque les mouvements (pallidum) ou la **pallido-stimulation** qui consiste à arrêter l'activité de cette structure par un courant électrique au moyen d'une électrode implantée dans le pallidum, généralement des deux côtés, qui ne fait pas de lésion définitive. L'électrode est reliée à une pile implantée sous la peau au-dessus de la clavicule par un fil qui passe sous la peau, derrière l'oreille et sous la peau du cou, comme pour les pacemaker cardiaques. Cette chirurgie se fait en anesthésie locale, c'est à dire que le patient est éveillé pendant toute l'opération, sauf pour la mise en place de la pile. Toute l'opération

se fait par un petit trou pratiqué dans la calotte crânienne, dirigée par des repères mesurés au scanner ou à la résonnance magnétique. L'effet est en général immédiat après la mise en place du courant, avec une quasi disparition des mouvements involontaires et une amélioration très importante des périodes de blocages qui peuvent même disparaître complètement dans les meilleurs des cas. Le recul est actuellement de 2-3 ans pour les cas avec stimulateurs et de 3-5 ans pour les lésions, avec des résultats très encourageants, allant de 30% à 90% d'amélioration. La médication doit être cependant continuée. Ces résultats sont à ce jour supérieurs à ceux des greffes de cellules foetale, mais ceci reste à confirmer. L'installation de cellules génétiquement manipulées dans des

SWEDE TRANSIT

Neuheit

leicht, modern
das NEUSTE aus
dem Hause ETAC



Generalvertretung für die Schweiz und Liechtenstein
H. Fröhlich AG, Zürichstr. 148, Postfach 1125
8700 Küsnacht, Tel. 01/910 16 22, Fax 910 63 44

capsules, fabriquant de la L-dopa ou des facteurs de croissance n'ont pas encore été tentés dans ces cas, mais pourront vraisemblablement débuter dans un avenir très proche.

En conclusion, le traitement des fluctuations motrices demande une

Questions et réponses

Question: Existe-t-il des moyens pour atténuer les hyperkinésies?

Réponse: L'accent doit être mis sur des mesures préventives. On pense que l'apparition des mouvements involontaires au cours de la maladie dépend du traitement. Il est actuellement impossible d'éviter complètement l'apparition de ces mouvements involontaires, mais nous pouvons toutefois en retarder le début grâce à l'introduction d'un traitement à base d'un agoniste dopaminergique (p.ex. Parlodel®) avant de commencer une substitution à la lévodopa. Le choix du traitement dépend des buts que l'on désire atteindre dans une situation donnée, c'est pour cette raison qu'il n'existe pas de règles précises à appliquer. Le traitement à base d'un agoniste dopaminergique ne sera, par exemple, pas satisfaisant pour certains patients. Lorsque les mouvements involontaires surviennent, ils peuvent être atténusés par une distribution optimale du dosage médicamenteux et par une forme galénique appropriée.

Après combien de temps les médicaments absorbés développent-ils leur action?

L'efficacité des médicaments pris par la bouche intervient dans l'heure qui suit. Il est conseillé d'informer le médecin traitant si l'effet théra-

analyse détaillée de la réponse du patient sur plusieurs jours par un spécialiste connaissant bien ces problèmes. De l'analyse correcte dépend le choix du meilleur traitement possible, qui est une affaire de longue haleine et de patience, avec actuellement une aide majeure des

peutique ne se fait pas sentir. La résorption du médicament et son effet thérapeutique se ressentent plus rapidement lorsqu'il s'agit d'une préparation spéciale comme le Madopar LIQ® par exemple. Certains médicaments développent leur action encore plus rapidement - environ 15 minutes après la prise - lorsqu'ils sont administrés par voie sous-cutanée (p.ex. apomorphine).

Existe-t-il une pompe à médicaments programmable et pour quels médicaments est-elle efficace?

Oui, il existe une telle pompe qui libère une dose régulière de médicament adaptée aux besoins de chaque patient. Cette substance (apomorphine) est administrée ambulatoirement. Des perfusions de lévodopa et d'amantadine (PK-Merz®) peuvent être administrées en milieu hospitalier. Le choix de la substance et sa forme galénique dépendent de l'état clinique du patient et des buts thérapeutiques à atteindre.

Un patient souffre de fortes douleurs nocturnes et dort très peu.

Les crampes musculaires nocturnes, localisées le plus souvent sur les extrémités inférieures, constituent en fait un problème très gênant auquel on ne trouve pas toujours de solution. Des médicaments à effet retard comme le Madopar HBS® et le Sinemet CR® peuvent amener à une amélioration des symptômes.

nouvelles techniques chirurgicales qui pourraient être étendues dans les années futures à des cas peut-être plus précoce.

Les autres médicaments contre les crampes musculaires peuvent également être prescrits avec succès en complément ou individuellement.

La physiothérapie peut-elle compléter une thérapie médicamenteuse?

La physiothérapie est un élément important de l'approche thérapeutique. Il est important d'apprendre certaines séquences de mouvements d'abord pendant la thérapie pour pouvoir ensuite les appliquer efficacement dans les situations quotidiennes. Il n'existe pas encore de programme physiothérapeutique spécifique à la maladie de Parkinson. Diverses approches thérapeutiques s'avèrent efficaces et apportent une aide constructive au parkinsonien pour mieux surmonter ses difficultés motrices. Chaque patient décidera individuellement quelle thérapie lui convient et à quel rythme il la pratiquera.