

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

Herausgeber: Parkinson Schweiz

Band: - (2011)

Heft: 101: Parkinson : mehr als eine Bewegungsstörung = plus qu'un simple trouble moteur = non solo disturbi del movimento

Artikel: Parkinson : plus qu'un simple trouble moteur

Autor: Baronti, Fabio

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-815436>

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

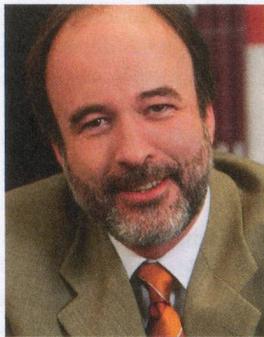
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media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

Download PDF: 16.01.2026

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

Parkinson : plus qu'un simple trouble moteur

Le traitement des symptômes moteurs est souvent placé au premier plan dans la thérapie de la maladie de Parkinson. Pourtant, les personnes atteintes vivent surtout les symptômes non moteurs comme particulièrement contraignants. Leur traitement a donc gagné en importance. Le Dr méd. Fabio Baronti* explique les options thérapeutiques actuellement à disposition.



* Dr med. Fabio Baronti est médecin chef et directeur médical du centre Parkinson de la clinique Bethesda à Tschugg, ainsi que vice-président de Parkinson Suisse.

Il y a de cela quelques années, le Parkinson était considéré comme un trouble des mouvements uniquement. Aujourd'hui encore, les médecins et les patients ne prennent souvent pas le temps, pendant les quelques minutes que durent les consultations médicales, de discuter d'autre chose que des problèmes liés aux mouvements, pour lesquels une solution idoine est trouvée la plupart du temps.

Toutefois, nous ne traitons vraisemblablement ainsi que la partie visible de l'iceberg. En effet, nous savons aujourd'hui que les troubles non moteurs doivent également être pris en compte. D'une part, parce qu'il est possible d'en traiter un bon nombre et d'autre part, parce que certaines de ces perturbations (p. ex. changements de caractère, hallucinations, troubles cognitifs) peuvent conduire à une mise en danger du patient lui-même. Il n'est d'ailleurs pas rare qu'elles nécessitent une admission en milieu hospitalier.

Certains symptômes tels que les troubles de l'odorat, la dyspepsie ou certains troubles du sommeil peuvent survenir plusieurs années avant l'apparition des troubles du mouvement, et sont, dans un premier temps, rarement pris en compte. Le diagnostic de Parkinson n'est établi qu'à l'apparition des premières limitations du mouvement. Ces symptômes moteurs présentent une amélioration rapide dès la mise en place d'un traitement médicamenteux. L'évolution se complique, au fil du temps, en raison des effets fluctuants des médicaments, qui répondent toutefois de façon efficace dans de nombreux cas (dont les médicaments à effet prolongé ou délai de résorption étendu ; médicaments qui prolongent l'effet de la L-Dopa ou de la dopamine ; perfusions ...). Les troubles non moteurs provoqués par d'autres facteurs qu'une carence en dopamine ne sont, quant à eux, pas soulagés par des médicaments comblant le déficit en dopamine. Mais que peut-on y faire ?

Symptômes non moteurs

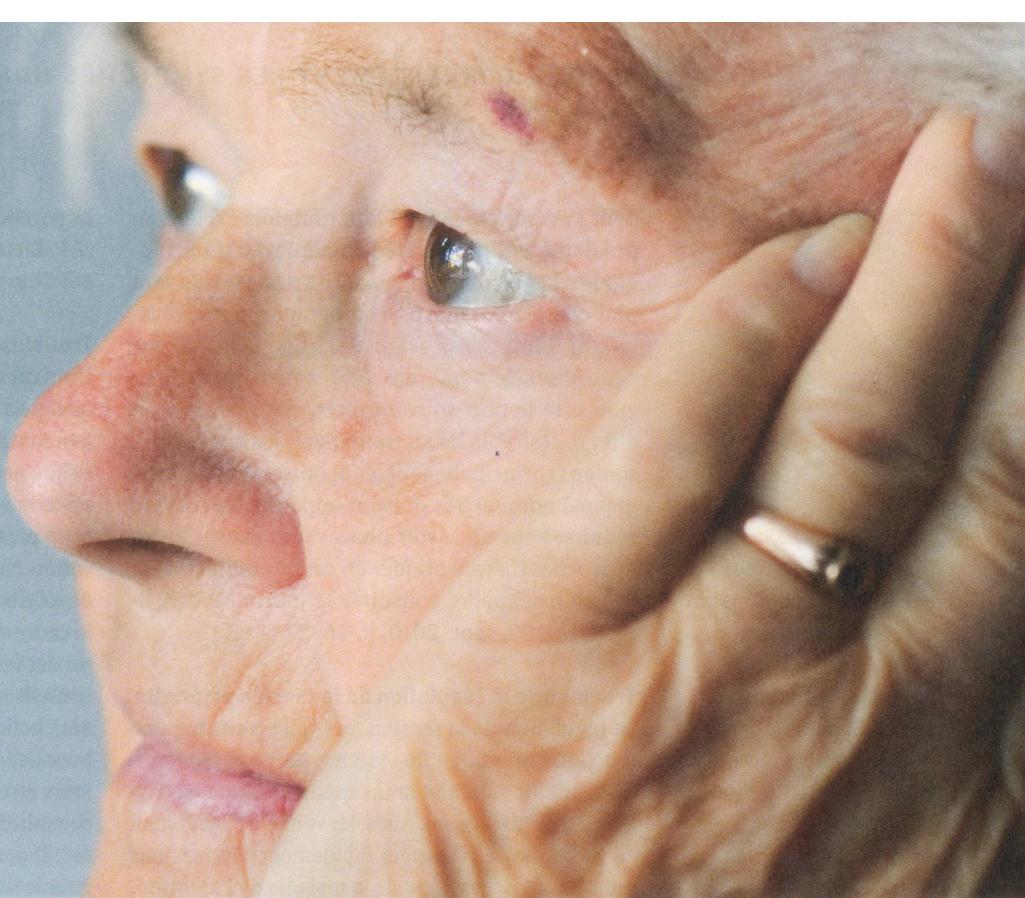
Quelques casse-têtes...

Les principaux symptômes non moteurs sont les troubles de l'odorat. Cependant, aucune mesure efficace ne permet de les combattre. En outre, leurs conséquences au quotidien ne sont pas si graves : les rösti sentent tout simplement moins bon ...

Les lésions cutanées ne sont pas rares non plus. La peau du malade devient grasse, squameuse et elle présente parfois des rougeurs (ce que l'on qualifie de visage huileux). Dans de tels cas, des mesures localisées peuvent procurer un soulagement. D'autres troubles, tels que des bouffées de chaleurs provoquées par des troubles de la régulation de la température, survenant principalement pendant la nuit, s'avèrent à contrario réellement gênants. Ils peuvent être limités en utilisant des parures de lit et un pyjama en coton, en aérant bien la chambre et en utilisant éventuellement un cerceau de lit.

... mais de nombreuses possibilités de traitement
D'autres troubles non moteurs peuvent heureusement être traités convenablement. C'est le cas des douleurs, présentes chez deux tiers des malades dès le diagnostic initial. Les douleurs augmentent en général avec l'âge. Il n'est cependant pas rare qu'elles soient provoquées ou aggravées par le Parkinson, principalement par une mobilité réduite, des contractures et des tensions musculaires douloureuses (dystonies). En outre, il a été démontré que les parkinsoniens sont plus sensibles à la douleur, tout du moins lors des phases caractérisées par l'absence d'effets des traitements antiparkinsoniens.

De ce fait, des comprimés antidouleur sont fréquemment prescrits et consommés. Cependant, ils n'agissent que de façon limitée, voire pas du tout,



contre les douleurs provoquées par la maladie de Parkinson telles que les crampes au mollet, fréquentes le matin avant la première prise du traitement. Ces douleurs peuvent toutefois être soulagées efficacement par la prise d'antiparkinsoniens à effet rapide (L-Dopa en solution, injections d'apomorphine) ou par d'autres adaptations du traitement médicamenteux. Dans les situations où ces mesures s'avèrent insuffisantes, de bons résultats peuvent être obtenus grâce aux programmes de réadaptation ou d'acupuncture.

Troubles végétatifs

Bon nombre de malades de Parkinson souffrent d'un dysfonctionnement du système nerveux végétatif, responsable entre autres du contrôle de nombreuses fonctions corporelles instinctives. L'un des phénomènes les plus fréquents est la constipation. Pour apaiser ce symptôme gênant, deux mesures de première intention sont importantes : bouger régulièrement et suivre un régime alimentaire riche en fibres, auquel peuvent éventuellement s'ajouter des compléments alimentaires contenant des fibres (disponibles en pharmacie et droguerie). Très important : boire entre 1,5 et 2 litres d'eau par jour est une condition *sine qua non* du succès ! Les laxatifs sont autorisés, mais ils doivent être utilisés avec modération. En outre, la constipation peut être aggravée par la prise de certains médicaments (anticholinergiques, certains antidépresseurs). Une attention adéquate doit être accordée à ce problème.

Troubles de la vessie

Les troubles de la fonction vésicale se présentent en premier lieu sous la forme d'urgences mictionnelles plus fréquentes, allant parfois jusqu'à l'incontinence. La paroi vésicale devient hypersen-

sible : même si elle n'est que légèrement tendue, le patient a l'impression qu'elle est pleine et ressent un besoin impérieux. Il lui faut alors courir aux toilettes relativement rapidement, afin d'éviter tout « accident ». Et les jambes, moins rapides, n'aident pas toujours... Toutefois, la quantité d'urine excrétée est faible. De nombreux médicaments permettent de lutter contre cette hypersensibilité vésicale, mais un examen urologique / gynécologique est indiqué avant l'introduction d'un traitement, afin d'exclure toute cause locale. L'effet anticholinergique des traitements vésicaux étant susceptible d'affecter le cerveau également, il est recommandé d'évaluer en outre d'éventuels troubles de la mémoire chez les personnes âgées.

Dans quelques rares cas, l'administration de ces médicaments peut paradoxalement provoquer une augmentation des troubles : les muscles de la vessie ont été trop fortement « détendus » et l'urine produite s'écoule tout simplement ; dans un tel cas, il est indispensable de consulter son médecin sans délai. Si le traitement médicamenteux est un échec, il faut alors avoir recours à des accessoires tels que des couches, des préservatifs urinaires ou un cathéter (Cystofix) introduit par la paroi abdominale (cf. journal PARKINSON, No. 97, p. 24-26).

Troubles sexuels

Les troubles de la fonction sexuelle, susceptibles de concerner les deux sexes, ne sont que rarement évoqués dans le cabinet du médecin. Cette situation est à déplorer car elle induit souvent une forte dégradation de la qualité de vie. Au lieu de cela, des « thérapies » sont proposées par exemple sur Internet, mais leurs résultats sont très décevants. S'il s'agit exclusivement des troubles de l'érection, la prise d'inhibiteurs de la phosphodiesterase →

Des nombreuses symptômes

La liste des troubles non moteurs associés à la maladie de Parkinson est longue, et ils constituent un facteur aggravant. C'est pourquoi ils doivent impérativement être abordés avec le médecin traitant.



Bouffées de chaleur, variations de la tension artérielle ou incontinence

Le système nerveux végétatif est affecté chez de nombreux patients. Des mesures thérapeutiques ciblées contribuent à soulager les troubles.

peut s'avérer efficace (il faut toutefois exclure au préalable une cause médicamenteuse ou urologique). Les troubles fréquents du désir sexuel sont plus complexes : une psychothérapie peut se révéler utile dans ce cas. À l'inverse, une libido accrue peut poser de nombreux problèmes. Ceux-ci devant être le plus souvent interprétés comme un effet indésirable lié au traitement, les antiparkinsoniens (principalement les agonistes dopaminergiques) administrés doivent impérativement être réduits. Pour en savoir plus sur les causes et les approches thérapeutiques en cas de troubles de la fonction sexuelle, consulter le journal PARKINSON, No. 99, sept. 2010, p. 26-27.

Troubles de la régulation de la tension artérielle

La régulation de la tension artérielle constitue une fonction importante du système nerveux végétatif. Elle garantit notamment un apport constant en oxygène jusqu'au cerveau. Ainsi, les veines de l'abdomen et des jambes se rétractent rapidement dès que nous nous levons. Dans le cas de la maladie de Parkinson, ces mécanismes de compensation peuvent être ralentis : certains patients peuvent alors présenter, lorsqu'ils se lèvent, une « sensation de coup de vent », un « voile noir devant les yeux », ou d'autres troubles encore, qui peuvent être à l'origine de chutes. Il est très important de boire en quantités suffisantes ; un régime riche en sel peut également s'avérer utile. Il n'est pas rare que le problème soit causé ou aggravé par la prise d'agonistes dopaminergiques. Dans ce cas, il est possible d'administrer de la dompéridone ou de réduire la posologie du médicament « en cause » (dans la mesure du possible). Sinon, certains médicaments sont partiellement efficaces (voir tableau).

Le port de bas de contention doit toutefois être favorisé. Bien qu'ils soient inconfortables, ces bas sont efficaces et dépourvus d'effets indésirables ...

Troubles de la déglutition

Un défaut de contrôle de la déglutition peut dans quelques rares cas provoquer un étranglement (également qualifié d'aspiration), ce qui constitue un risque accru de pneumonie. Toutefois, il existe un phénomène bien plus fréquent et également beaucoup plus gênant pour les rapports sociaux : la salivation ; les personnes « oublient » tout simplement de déglutir. Un entraînement à la déglutition dans le cadre d'une thérapie logopédique permet d'obtenir des résultats satisfaisants, par l'enseignement de conseils simples. On utilise aussi fréquemment des anticholinergiques, ceux-ci induisant une sécheresse buccale (effet secondaire). Toutefois, ils doivent toujours être utilisés avec précaution (pour les détails, consulter ci-dessous : dépressions). Dans certains cas, il peut s'avérer avantageux de « paralyser » la glande salivaire en injectant de la toxine botulique.

Il n'est pas rare d'observer des problèmes gingivaux, dont la cause est confuse ; pour l'heure, aucune modification de qualité de la salive n'a été mise en évidence. Il est certain que la mobilité limitée des mains joue un rôle important, puisque cette situation complique l'hygiène bucco-dentaire. Un conseil en hygiène dentaire permet souvent une nette amélioration de ces problèmes.

Psychologie et cognition

Dépressions

Dans le cerveau, la dopamine n'entre pas uniquement en jeu pour le contrôle du mouvement. Elle commande également les régions cérébrales associées à la motivation et aux sentiments de récompense. Si sa carence est insuffisamment compensée par les médicaments, il est fréquent de voir une dépression se développer ; on évalue à quelque 40 % le pourcentage de parkinsoniens dépressifs. La dépression est donc également induite chimiquement, il ne s'agit pas seulement d'une réaction face à l'altération de la qualité de vie. Dans un premier temps, il faut déjà atténuer et limiter les phases caractérisées par une mobilité difficile en optimisant le traitement antiparkinsonien. Ceci permet d'améliorer les composantes chimique et psychologique de la dépression. Au besoin, des antidépresseurs peuvent être administrés en complément, différents médicaments étant disponibles. Les plus anciens antidépresseurs (tricycliques) présentent un effet anticholinergique modéré, capable d'atténuer un tremblement ou des « troubles de la vessie ». Ces compositions sont toutefois inadaptées en cas de troubles cognitifs, d'arythmies cardiaques, de constipation importante ou de glaucome. Les substances plus récentes (ISRS) sont généralement bien tolérées ; il faut cependant surveiller l'éventualité (très) rare d'une aggravation des

Causes des troubles dans le cadre du Parkinson

- symptômes non moteurs
- symptômes moteurs
- complications thérapeutiques

DÉBUT DU TRAITEMENT

DURÉE DE LA MALADIE

Leur signification est souvent sous-estimée

Les symptômes non moteurs du Parkinson précèdent souvent les premiers troubles moteurs de plusieurs années. Le diagnostic de Parkinson n'est toutefois possible que lors de l'apparition des premières limitations du mouvement. La mise en place du traitement médicamenteux met fin aux troubles moteurs – les troubles non moteurs perdurent et gênent fortement les patients.

symptômes du Parkinson. Une prise en charge en psychothérapie, impliquant éventuellement la / le partenaire, peut se révéler utile, principalement dans l'assimilation du diagnostic.

Syndrome de dérégulation dopaminergique

Si au contraire, le traitement médicamenteux induit une augmentation excessive de la dopamine, un comportement sybaristique/tourné vers les plaisirs peut être relevé. Les malades « sensibles » à ces comportements prennent alors sans arrêt des médicaments et / ou développent une dépendance au jeu ou une tendance aux achats compulsifs, voire une hypersexualité, et voient ainsi leur situation sociale se dégrader. Ce syndrome de dérégulation dopaminergique est observé principalement en cas de traitement par agonistes dopaminergiques. Il est très important d'en discuter avec son médecin de façon précoce, ce problème pouvant être contourné relativement simplement : dans la plupart des cas, il suffit de réduire ou d'arrêter la prise des agonistes dopaminergiques ; sinon, il faut simplifier le traitement antiparkinsonien, avec pour objectif de s'orienter vers une monothérapie à la L-Dopa. Toutefois, ces mesures sont souvent difficilement envisageables en raison de l'aggravation intolérable des limitations du mouvement, de sorte que l'administration de neuroleptiques s'avère nécessaire. Seules la clozapine et la quetiapine peuvent être administrées à cette fin.

Hallucinations et psychoses

Des hallucinations et des psychoses peuvent apparaître dans le cadre de la maladie, mais le plus souvent il s'agit d'un effet indésirable du traitement dopaminergique. En général, le rapport à la réalité n'est pas altéré, en dépit des hallucinations visuelles fréquentes ; les rapports sociaux sont toutefois fortement dégradés par le développement d'obsessions (p. ex. infestations par des insectes, mises en doute du / de la partenaire, manie de persécution). C'est pourquoi les troubles de ce type doivent être traités aussi rapidement que possible. Les mesures à prendre sont identiques à celles préconisées pour lutter contre le syndrome de dérégulation dopaminergique.

Troubles cognitifs

Le développement éventuel d'une démence peut également avoir de graves répercussions pour les malades et leur environnement. Les troubles cognitifs peuvent parfois correspondre à un effet indésirable médicamenteux. Dès leur apparition, la prise des médicaments anticholinergiques doit immédiatement être interrompue, et il est en outre souvent recommandé de simplifier le traitement antiparkinsonien. Si ces mesures n'ont aucun effet, la prise d'un inhibiteur de la cholinestérase (rivastigmine et donepezil) doit être testée. L'effet attendu est cependant limité la plupart du temps, et il faut en outre tenir compte d'une éventuelle réurgence des symptômes de tremblement.

Troubles non moteurs : types et thérapies possibles

SYSTÈME	TYPE DE TROUBLE	THÉRAPIES POSSIBLES
Sensoriel	Paresthésie, douleur	Antiparkinsoniens dans les phases OFF
Système nerveux végétatif	Constipation	Exercice, boisson en quantité suffisante, régime riche en fibres, prise éventuelle de laxatifs, adaptation du traitement antiparkinsonien
	Troubles de la vessie Incontinence	Anticholinergiques, éventuellement moyens auxiliaires
	Troubles de la fonction sexuelle	Prise en charge psychologique, inhibiteur de la phosphodiésterase
	Vertiges au lever	Adaptation du médication (év. Dompéridone), bas de contention, boisson en quantité suffisante, augmentation de la consommation de sel, étiléfrine, fludrocortisone, indométacine, midodrine, etc.
Psychologie et cognition	Troubles de la déglutition / salivation	Logopédie, anticholinergiques, toxine botulique
	Dépression / troubles de l'anxiété	Adaptation du traitement antiparkinsonien, antidépresseurs, anxiolytiques, psychothérapie
	Syndrome de dérégulation dopaminergique	Interruption de la prise d'agonistes dopaminergiques, simplification du traitement antiparkinsonien, clozapine, quetiapine
	Hallucinations / psychose	Interruption de la prise d'agonistes dopaminergiques, simplification du traitement antiparkinsonien, clozapine, quetiapine
Troubles nocturnes	Troubles cognitifs	L-Dopa-monothérapie, rivastigmine, donépézil
	Insomnie	Hygiène du sommeil, somnifères, tricycliques
	Apnée du sommeil	CPAP (voir texte)
	Trouble du sommeil paradoxal	Réduction de la prise d'antiparkinsoniens, clonazépam, etc.
	Jambes sans repos	Adaptation de la prise d'antiparkinsoniens
	Cauchemars, hallucinations	Adaptation de la prise d'antiparkinsoniens, clozapine, quetiapine
	Troubles de la vessie / Incontinence	Anticholinergiques, éventuellement moyens auxiliaires

IMPORTANT: l'indication des mesures et médicaments doit impérativement faire l'objet d'une discussion avec le médecin. Ce dernier peut également fournir des informations sur les appellations commerciales de ces médicaments.

Autres problèmes psychiques

Il n'existe quasiment aucun remède efficace contre l'apathie, qui ne présente, en règle générale, aucune corrélation avec l'étendue des troubles moteurs et dépressifs. Il peut cependant se révéler utile de procéder à une tentative à base d'inhibiteurs sélectifs de la MAO-B ou d'amantadine. Enfin, il n'est pas rare d'observer des troubles anxieux chez les patients atteints de Parkinson. Si ces troubles apparaissent en corrélation chronologique avec les phases akinétiques, ils peuvent être atténusés par une optimisation du traitement antiparkinsonien. Les benzodiazépines et certains antidépresseurs peuvent être efficaces. Un accompagnement psychothérapeutique peut également s'avérer utile.

Troubles nocturnes

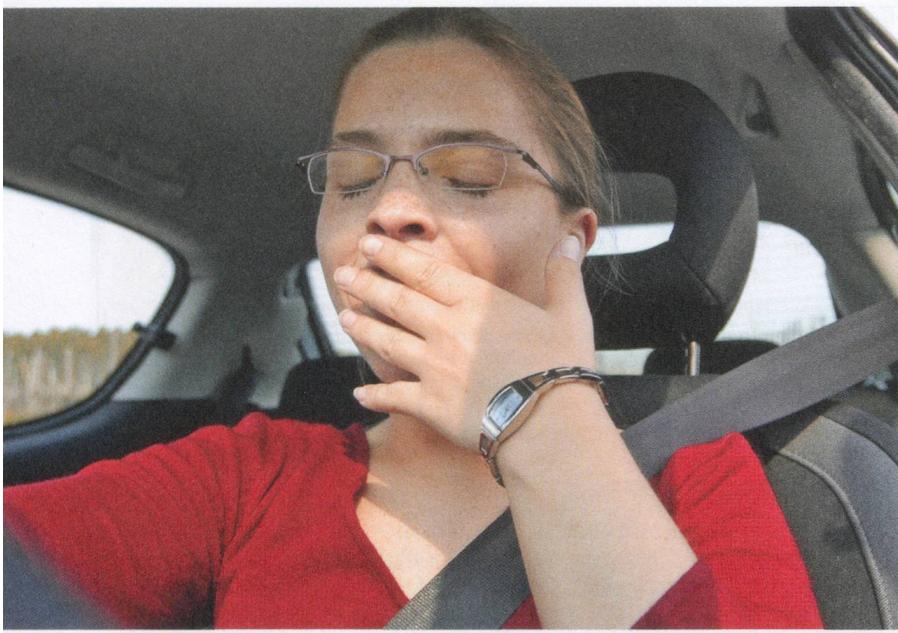
Mauvais rêves (cauchemars) et insomnies

Dès lors que le Parkinson atteint un stade avancé, les nuits peuvent devenir problématiques. En règle générale, la récurrence fréquente des troubles du mouvement (contractures, tremblements, tensions musculaires) peut être correctement →



Douleurs

Les antidouleurs traditionnels ne sont souvent que peu efficaces en cas de Parkinson. Il est considérablement plus utile d'adapter de façon ciblée le traitement antiparkinsonien, p. ex. pour lutter contre les crampes aux mollets qui surviennent tôt le matin.



Somnolence diurne

La présence d'une fatigue accrue en journée, qu'elle soit la conséquence d'un syndrome d'apnée du sommeil ou du traitement antiparkinsonien, est non seulement responsable d'une dégradation de la qualité de vie, mais elle peut également s'avérer extrêmement dangereuse, notamment au volant. Il est donc indispensable de traiter ce symptôme.

interrompue en adaptant le traitement antiparkinsonien – principalement avec des médicaments à effet prolongé comme les patchs de rotigotine ou des compositions à effet retard. Les troubles de la vessie peuvent aussi être traités pendant la nuit.

Tout changement affectant les rêves, avec survenue / fréquence accrue de cauchemars, doit être évoqué sans délai avec le médecin ; il peut s'agir de prémices à des hallucinations. Souvent, une légère réduction du traitement antiparkinsonien suffit.

Toute autre insomnie doit d'abord être abordée en prenant des mesures d'hygiène de vie (éviter toute boisson stimulante le soir, régularité dans le coucher). Une tisane chaude aux fruits ou aux herbes (sans caféine !) aide souvent à s'endormir. La prise de somnifères n'est pas une solution optimale, mais elle est souvent indispensable. Le risque de dépendance aux benzodiazépines est relativement limité chez les parkinsoniens, mais une certaine prudence est recommandée. Il est bon de noter que de nombreux patients indiquent que la prise vespérale de tricycliques (p. ex. amitriptyline 10 mg) à très faible dose a un effet satisfaisant.

Troubles du sommeil paradoxal

Généralement, les patients se meuvent pendant leur sommeil en fonction du contenu de leurs rêves. Ils ne bénéficient pas de la paralysie musculaire qui nous protège habituellement pendant les rêves. Ainsi, ils peuvent tomber du lit ou blesser involontairement leur partenaire. Il est tout à fait compréhensible que de tels événements soient souvent interprétés de façon erronée.

Ces troubles du comportement en sommeil paradoxal peuvent être confirmés par une polysomnographie et atténués par une adaptation des médicaments à disposition. Si une telle mesure échoue, il est possible d'envisager la prise de clonazépam ou d'autres médicaments. Il est souvent nécessaire

d'éloigner les objets dangereux et le/la partenaire doit parfois quitter la chambre conjugale.

Syndrome des jambes sans repos

Les symptômes des jambes sans repos (besoin irrépressible de bouger les jambes en raison de sensations désagréables) peuvent la plupart du temps être soulagés par l'adaptation du traitement dopaminergique. Il est rarement nécessaire de prendre des médicaments complémentaires.

Apnée du sommeil et fatigue en journée

Bon nombre de parkinsoniens souffrent du syndrome d'apnée du sommeil : ce syndrome se caractérise principalement par de longues pauses dans la respiration et une réduction de la concentration en oxygène dans le sang pendant le sommeil. Une polysomnographie doit être réalisée en cas de suspicion d'apnée du sommeil. Un traitement par ventilation en pression continue (CPAP, Continuous Positive Airway Pressure ; appareil détectant si la respiration propre est trop faible, et la renforçant le cas échéant par une surpression) permet d'obtenir des résultats impressionnantes. Le port nécessaire d'un masque implique certes un délai d'adaptation, mais il est important pour remédier à cette situation. Une apnée du sommeil peut en effet provoquer une élévation de la tension artérielle, préjudiciable pour la santé, et causer une somnolence prononcée en journée. Si cette dernière survient, elle doit être abordée impérativement avec le médecin ; une fatigue en journée peut être dangereuse, en particulier au volant. Du reste, la somnolence diurne peut également survenir indépendamment d'un syndrome d'apnée du sommeil ; elle constitue p. ex. un effet indésirable fréquent de nombreux antiparkinsoniens, en particulier le pramipexole et le ropinirole. C'est pourquoi il est crucial de surveiller le traitement médicamenteux. En outre, l'administration de traitements activateurs peut être envisagée.

Trouver la bonne solution

De nombreuses options thérapeutiques efficaces sont aujourd'hui disponibles pour le traitement des symptômes parkinsoniens non moteurs. Les médecins comme les patients doivent tout simplement apprendre à penser et agir de façon « intégrée ». Pour soulager les symptômes non moteurs, il ne suffit pas de parler des troubles du mouvement et de leurs conséquences au quotidien ; il faut également trouver une solution personnelle. Le plus souvent, quelques mesures simples permettent de supprimer certains problèmes potentiellement incommodants. Dans les cas complexes, un court séjour en milieu hospitalier peut permettre d'aborder tous les problèmes engendrés par la maladie. Dans ce contexte, une relation harmonieuse entre les différents spécialistes ainsi qu'une observation sur 24 heures de chaque problème peuvent aboutir à une solution sur mesure.