ANNEXE 3. Pharmacothérapie pour les symptômes non moteurs courants de la maladie de Parkinson[17,40,45,85-91]

Symptôme	Médicament	Considérations relatives à l'utilisation
Troubles de la motilité GI : constipation et gastroparésie	• En première intention : PEG 3350 (8,5 à 17 g par jour 2 f.p.j.) • En deuxième intention : stimulants tels que les sennosides ou le bisacodyl • Dompéridone (10 mg 2 f.p.j.)	• Essayer le médicament si les interventions comportementales ne suffisent plus pour maîtriser les symptômes. • La plupart des patients atteints de la maladie de Parkinson auront besoin de plusieurs agents pour soulager la constipation à mesure que la maladie évolue. • Une association de PEG pour ramollir les selles et d'un stimulant de la motilité des voies digestives (car les patients présentent souvent un ralentissement de la motilité gastro-intestinale) est généralement utilisée. • La dompéridone à 10 mg 2 f.p.j. peut être ajoutée en cas de symptômes des voies digestives supérieures dus à la gastroparésie.
Incontinence urinaire par impériosité	• Mirabegron (25 à 50 mg par jour au coucher) • Fésotérodine (4 à 8 mg par jour au coucher) • Solifénacine (5 à 10 mg par jour)	• Envisager d'abord des interventions comportementales, par exemple l'évitement du café, la réduction de l'apport en liquides avant le coucher et la réduction de la dose des médicaments en cause, comme les diurétiques. • Une fois la constipation traitée et la rétention urinaire écartée, une prise en charge pharmacologique peut être envisagée. • Les options énumérées ici sont les moins susceptibles d'entraîner des effets secondaires centraux tels que la confusion. Chez les patients prenant la fésotérodine et la solifénacine, surveiller les effets secondaires anticholinergiques périphériques tels que la sécheresse de la bouche et la constipation.
Insomnie	• Mélatonine (0,3 à 5 mg au coucher) • Trazodone (12,5 à 25 mg par jour au coucher)	• Il convient de recommander d'abord une bonne hygiène du sommeil, en plus de l'optimisation du traitement dopaminergique nocturne pour réduire l'inconfort physique (p. ex. syndrome des jambes sans repos dû au phénomène d'épuisement de l'effet du médicament en fin de dose).
Trouble du comportement en sommeil paradoxal (TCSP)	• Mélatonine (3 à 15 mg au coucher), de préférence à libération prolongée • Clonazépam (0,25 à 2 mg au coucher)	• La mélatonine peut être prescrite avant le clonazépam car elle est plus sûre et mieux tolérée que ce dernier. La mélatonine à double action ou à libération prolongée maîtrise mieux les épisodes de TCSP survenant vers la fin de la période de sommeil. • Si le TCSP n'est pas maîtrisé avec la mélatonine, commencer par une faible dose de clonazépam et l'augmenter lentement.
Dépression	• IRSN • ISRS • ATC	• La thérapie cognitivo-comportementale peut faciliter la prise en charge des symptômes, en plus des antidépresseurs. • Les ISRS et les IRSN (p. ex. citalopram, paroxétine, venlafaxine) sont efficaces pour la prise en charge de la dépression chez les patients atteints de la maladie de Parkinson. Les antidépresseurs tricycliques peuvent être plus efficaces, mais ont plus d'effets secondaires et sont moins privilégiés. • Les IMAO-B et les agonistes dopaminergiques prescrits pour la prise en charge des symptômes moteurs peuvent avoir des effets antidépresseurs.

Remarque : L'annexe 3 se poursuit à la page suivante.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
février 2025

ANNEXE 3. Pharmacothérapie pour les symptômes non moteurs courants de la maladie de Parkinson (suite)

Symptôme	Médicament	Considérations relatives à l'utilisation
Démence	• Donépézil (5 à 10 mg par jour) • Rivastigmine (3 à 6 mg 2 f.p.j.) • Mémantine (5 à 10 mg 2 f.p.j.)	• S'ils ne sont pas contre-indiqués, le donépézil ou la rivastigmine doivent être essayés, mais notons que leurs effets secondaires peuvent inclure l'anorexie, la bradycardie ou l'aggravation de l'hypotension orthostatique. • La mémantine peut remplacer ou compléter le traitement par le donépézil si ce dernier n'est pas toléré ou si son efficacité est insuffisante.
Psychose	• Quétiapine (posologie initiale de 6,25 à 25 mg par jour au coucher)	• La première étape consiste à traiter les affections médicales sous-jacentes (p. ex. constipation, infection des voies urinaires). • Dresser le bilan de la polypharmacie et l'alléger. Si le patient présente des symptômes psychotiques inquiétants (hallucinations ou délires), surtout s'ils sont associés à une impulsivité et à des dyskinésies excessives, il convient d'essayer de réduire graduellement et prudemment la dose des médicaments (le protocole est présenté à l'encadré 4). **Remarque :** L'arrêt soudain des traitements dopaminergiques peut précipiter un syndrome malin des neuroleptiques. • Si un antipsychotique est nécessaire pour des raisons de sécurité ou si les symptômes moteurs s'aggravent au point de devenir intolérables, la dose la plus faible de quétiapine (clozapine de deuxième intention, réservée à des cas particuliers traités par des spécialistes) doit être utilisée. • Tous les autres antipsychotiques sont connus pour aggraver les symptômes moteurs et sont contre-indiqués. • Tous les antipsychotiques sont associés à un taux accru de mortalité dans cette population.
Hypotension orthostatique	• Midodrine (2,5 à 10 mg à 8 h, à 12 h, à 16 h; éviter de s'allonger pendant 4 heures après la prise d'une dose) • Fludrocortisone (0,05 à 0,1 mg par jour) • Dompéridone (5 à 10 mg 2 f.p.j.), effet bénéfique limité	• Le point 38 de la section « Renseignements généraux » présente différentes interventions comportementales pour la prise en charge de l'hypotension orthostatique. • Ajuster la posologie des traitements ciblant les symptômes moteurs de la maladie de Parkinson (p. ex. agonistes dopaminergiques, IMAO-B) et réduire au minimum la dose des antihypertenseurs dans la mesure du possible. • Si les stratégies non pharmacologiques sont insuffisantes, l'ajout d'un médicament (l'utilisation de la midodrine est étayée par les meilleures données probantes) est recommandé.
Sialorrhée	• Injections d'onabotulinumtoxin A (Botox) • Bromure d'ipratropium en atomiseur nasal (2 vaporisations SL 2 f.p.j.)	• Une rééducation orthophonique doit être essayée en premier.

GI : gastro-intestinal; SL : sublinguale

Voir la liste des références pour les sources citées.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
février 2025