

Lignes directrices canadiennes sur la maladie de Parkinson

David Grimes MD, Megan Fitzpatrick MSc, Joyce Gordon BSc, Janis Miyasaki MD, Edward A. Fon MD, Michael Schlossmacher MD, Oksana Suchowersky MD, Alexander Rajput MD, Anne Louise Lafontaine MD, Tiago Mestre MD, Silke Appel-Cresswell MD, Suneil K. Kalia PhD, Kerrie Schoffer MD, Mateusz Zurowski MD, Ronald B. Postuma MD MSc, Sean Udow MD, Susan Fox PhD, Pauline Barbeau MSc, Brian Hutton PhD

■ Citation : *CMAJ* 2019 September 9;191:E989-1004. doi: 10.1503/cmaj.181504

Les lignes directrices intégrales en anglais et en français sont accessibles à l'annexe 1, à : www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.181504/-/DC1

Baladodiffusions *CMAJ* : entrevue en anglais avec l'auteur à : <https://soundcloud.com/cmajpodcasts/181504-guide>

Voir le commentaire connexe en anglais à : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.191089

La maladie de Parkinson est de nature chronique et évolutive, diminuant la qualité de vie tant des personnes atteintes que de leurs aidants. Elle représente aussi un fardeau économique important pour la société¹.

Les premières lignes directrices canadiennes sur la maladie de Parkinson ont été publiées en 2012². Depuis, des progrès substantiels ont été enregistrés selon la littérature, particulièrement en ce qui concerne les critères diagnostiques et les options thérapeutiques. Parkinson Canada a entrepris la mise à jour des lignes directrices existantes pour refléter ces progrès et pour ajouter un volet sur les soins palliatifs.

Dans le but d'améliorer les soins pour tous les Canadiens et Canadiennes atteints de la maladie de Parkinson, ces lignes directrices se fondent sur les meilleures données factuelles publiées et sur un consensus d'experts lorsque les données factuelles sont manquantes ; elles offrent des conseils cliniques pratiques et tiennent compte du choix des patients et d'une prise de décision éclairée, en plus d'être pertinentes pour le système de santé canadien. Ces lignes directrices ont été scindées en 5 sections principales pour plus de commodité : communication, diagnostic et progression, considérations générales de traitement, caractéristiques non motrices, et soins palliatifs. Les lignes directrices intégrales en anglais et en français sont accessibles à l'annexe 1, à l'adresse www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.181504/-/DC1.

Portée

Les utilisateurs cibles de ces lignes directrices sont les professionnels de la santé, mais elles peuvent aussi servir aux décideurs, aux organismes subventionnaires, aux personnes atteintes de la maladie de Parkinson et à leurs proches. Elles visent à orienter les professionnels de la santé, mais ces derniers doivent faire preuve de discrétion clinique au moment de les appliquer. Le manque de

POINTS CLÉS

- Cette mise à jour des lignes directrices est le reflet de changements substantiels observés dans la littérature publiée sur le diagnostic et le traitement de la maladie de Parkinson, et ajoute un complément d'information sur les soins palliatifs.
- Des troubles du contrôle des impulsions peuvent apparaître chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson traitées par agents dopaminergiques, peu importe le stade de la maladie, et particulièrement avec les agonistes dopaminergiques.
- Les traitements innovants, comme la stimulation cérébrale profonde et les perfusions de gel de lévodopa-carbidopa intrajéjunales, sont désormais utilisés de routine pour gérer les fluctuations motrices et autres symptômes moteurs dans la maladie de Parkinson.
- Des données factuelles appuient l'instauration rapide de l'exercice dès que le diagnostic de maladie de Parkinson est posé, en plus de l'avantage net démontré chez ceux dont la maladie est bien établie.
- Les besoins des personnes atteintes de la maladie de Parkinson en matière de soins palliatifs doivent entrer en ligne de compte à tous les stades de la maladie, ce qui inclut l'accès à l'aide médicale à mourir.

ressources et les préférences individuelles des patients peuvent rendre l'application pratique des recommandations individuelles plus complexe, mais elles ont pour but d'améliorer les normes de soins et l'accessibilité à ceux-ci pour les personnes atteintes de la maladie de Parkinson dans toutes les régions du Canada.

Méthodes

Parkinson Canada a commandité la mise à jour des lignes directrices ; le Groupe de synthèse des connaissances de l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa (Ottawa) (P.B., B.H.) est à

l'origine de la méthodologie utilisée. Des experts des principales cliniques se consacrant au traitement de la maladie de Parkinson au Canada ont été invités à y participer. Le comité directeur chargé de l'élaboration intégrale des lignes directrices se composait des auteurs de chacune des sections, avec 4 responsables (D.G., B.H., M.F., P.B.). La mise à jour a été faite avec la collaboration du panel mis sur pied à cet effet, qui incluait des experts des domaines suivants : troubles moteurs, neurologie, neurochirurgie fonctionnelle, psychiatrie, médecine familiale, soins infirmiers, méthodologie, physiothérapie, ergothérapie, pharmacologie, neuropsychologie et défense des intérêts des patients (Parkinson Canada), de même que des personnes atteintes de la maladie de Parkinson.

L'objectif global était de recenser les données factuelles récentes susceptibles d'influer sur la mise à jour de certaines recommandations spécifiques. Une série de sondages en ligne a été envoyée à un groupe de 16 experts canadiens pour obtenir leur avis éclairé sur les recommandations de 2012² à prioriser en vue de la mise à jour. Les experts ont été invités à évaluer la validité de chaque recommandation en fonction de leur expertise et on leur a demandé s'ils avaient connaissance de nouvelles données factuelles susceptibles de justifier leur mise à jour. Pour les recommandations considérées encore valides, on a demandé aux experts s'ils avaient connaissance de nouvelles données factuelles susceptibles d'en modifier la catégorie ou le niveau.

Le Groupe de synthèse des connaissances a utilisé des éléments du processus ADAPTE comme Point de départ de la mise à jour³. Les interrogations de la littérature ont inclus les articles publiés en langue anglaise de 2006 à décembre 2016 répertoriés dans les bases de données suivantes : National Guideline Clearinghouse, Guidelines International Network, National Library of Guidelines, CPG Infobase, TRIP, Google Scholar, Embase et Ovid MEDLINE (y compris les cyberpublications avant impression, les citations en cours et autres non indexées), bibliothèque Cochrane (limitée aux bases de données Cochrane des revues systématiques, des résumés de revues des effets et d'évaluation des technologies de la santé). La recherche qui ne portait que sur des animaux et les commentaires éditoriaux n'ont pas été retenus.

Le Groupe de synthèse des connaissances a d'abord fait porter son interrogation sur les lignes directrices de pratique clinique concernant la maladie de Parkinson. En l'absence de lignes directrices, ou de lignes directrices de qualité suffisante, une approche par étape a été appliquée pour recenser les données factuelles ; des revues systématiques de qualité moyenne à élevée ont alors été systématiquement analysées et utilisées comme données factuelles. En l'absence de telles revues, l'interrogation a porté sur les essais cliniques randomisés et contrôlés (ERC).

Le Groupe de synthèse des connaissances a utilisé l'instrument AGREE II (*Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation*) pour évaluer la rigueur des lignes directrices de pratique clinique⁴, l'outil de mesure en 16 points AMSTAR-2 (*A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews*)⁵ pour évaluer les revues systématiques, et l'outil Cochrane d'évaluation des risques de biais pour évaluer les ERC⁶.

Le Groupe de synthèse des connaissances a mis au point des trousseaux d'information (y compris sur le niveau des données fac-

tuelles, les citations et les résumés de nouvelles études) et les a compilées sous forme de résumés qu'il a remis aux groupes de travail composés des membres du panel possédant l'expertise pertinente (p. ex., considérations générales de traitement, communication) en vue d'une réunion de consensus.

Avant la réunion de consensus, le panel a identifié plusieurs sujets additionnels jugés importants qui n'avaient pas initialement été retenus en raison des critères stricts de l'interrogation. Ces sujets incluaient, la dépression dans le contexte de la maladie de Parkinson (l'interrogation initiale se limitait à l'amitriptyline, puisqu'elle était le seul antidépresseur à figurer dans les lignes directrices originales), la pimavansérine et la rotigotine. Le Groupe de synthèse des connaissances a extrait les données des revues systématiques sur ces sujets et préparé et distribué des résumés additionnels avant la tenue de la réunion de consensus.

Plusieurs recommandations des lignes directrices de 2006 du National Institute for Health and Care Excellence (NICE)⁷ avaient été adaptées et incluses dans les lignes directrices canadiennes de 2012. Lors de l'interrogation de la littérature, on n'a noté aucune mise à jour des lignes directrices du NICE, comme sa date de publication était initialement prévue pour juin 2017 (publié en juillet 2017)⁸. Par contre, une version sous forme d'ébauche des lignes directrices NICE mises à jour était disponible en octobre 2016 et a été incluse dans la documentation fournie au panel en vue de la réunion de consensus.

Une réunion d'une journée entière regroupant les 29 membres du panel s'est tenue le 8 avril 2017 (tableau 5 en supplément à l'annexe 1). Les groupes de travail ont passé en revue les résumés pertinents et le texte complet des nouveaux articles portant sur leurs sujets respectifs. Le président de chaque groupe de travail a présenté ses recommandations au comité plénier ; cela a servi de base pour la grille d'évaluation initiale en vue du vote sur chacune des recommandations. Un vote ouvert et une discussion sur les résumés a permis de dégager 5 principaux domaines sur lesquels baser la mise à jour des lignes directrices : communication, diagnostic et progression, considérations générales de traitement, caractéristiques non motrices et une nouvelle section sur les soins palliatifs.

Les membres des groupes de travail ont utilisé les recommandations des lignes directrices de pratique clinique recensées au cours de l'interrogation de la littérature pour mettre à jour les recommandations ou en créer de nouvelles. (Lors de cette réunion, certaines recommandations nécessitant une mise à jour ont été identifiées alors qu'elles ne l'avaient pas été lors du sondage initial auprès des experts.) Si aucune recommandation appropriée n'existait parmi les lignes directrices disponibles, le panel discutait du sujet et l'orientait vers le Groupe de synthèse des connaissances pour une recherche plus approfondie parmi les revues systématiques et, au besoin, parmi les ERC.

Dans la mesure du possible, le panel pour les lignes directrices a gardé le libellé des recommandations tirées d'autres lignes directrices, mais certaines ont été modifiées par souci d'uniformisation de la terminologie ou pour préciser certaines des recommandations. La source de chaque recommandation tirée d'autres lignes directrices est indiquée à la fin de la recommandation. Lorsque la recommandation a été entièrement créée

Encadré 1 : Grille d'évaluation – SIGN, EFNS et NICE*

Catégorie de recommandation	Données factuelles
A	Au moins 1 méta-analyse, revue systématique ou ERC cotée 1++, et applicable directement à la population cible ; <i>ou</i> corpus de données factuelles composé principalement d'études cotées 1+, applicables directement à la population cible, et présentant des résultats globalement cohérents
B	Corpus de données factuelles incluant des études cotées 2++, applicable directement à la population cible et présentant des résultats globalement cohérents ; <i>ou</i> Données factuelles extrapolées à partir d'études cotées 1++ ou 1+
C	Corpus de données factuelles incluant des études cotées 2+, applicable directement à la population cible et présentant des résultats globalement cohérents ; <i>ou</i> Données factuelles extrapolées à partir d'études cotées 2++
D	Niveau de données factuelles 3 ou 4 ; <i>ou</i> Données factuelles extrapolées à partir d'études cotées 2+
PBP	Pratiques optimales recommandées sur la base de l'expérience clinique du groupe pour la rédaction des lignes directrices
Niveau de données factuelles	
1++	Méta-analyses de grande qualité, revues systématiques d'ERC ou ERC dotés d'un très faible risque de biais
1+	Méta-analyses bien réalisées, revues systématiques ou ERC dotés d'un faible risque de biais
1-	Méta-analyses, revues systématiques ou ERC dotés d'un fort risque de biais. Revues systématiques de grande qualité regroupant des études cas-témoins ou de cohorte
2++	Études cas-témoins ou de cohorte de grande qualité dotées d'un très faible risque de confusion ou de biais et suggérant une forte probabilité de lien causal
2+	Études cas-témoins ou de cohorte bien réalisées, dotées d'un faible risque de confusion ou de biais et suggérant une probabilité modérée de lien causal
2-	Études cas-témoins ou de cohorte dotées d'un fort risque de confusion ou de biais et suggérant un risque substantiel d'absence de lien causal
3	Études non analytiques (p. ex., rapports de cas, séries de cas)
4	Avis d'experts
Remarque : EFNS = Fédération européenne des sociétés de neurologie ^{14,15} , ERC = essai randomisé et contrôlé, NICE = National Institute for Health and Clinical Excellence ^{7,8} , PBP = Point de bonne pratique, SIGN = Scottish Intercollegiate Guidelines Network ¹³ .	
*Lorsqu'aucune catégorie n'a été assignée ou lorsqu'une recommandation a été créée à partir d'une revue systématique ou d'un ERC, les catégories SIGN ont été appliquées.	

par les groupes de travail à partir des données factuelles d'une revue systématique, d'un ERC ou de l'opinion d'experts, la recommandation porte la mention « CAN ». Les classifications servant à déterminer le niveau des données factuelles utilisées différaient légèrement selon les lignes directrices, mais la catégorie de recommandations de la source originale a été maintenue (c.-à-d., si une recommandation était de catégorie B dans les lignes directrices sources, elle le demeurerait dans leur mise à jour) (encadré 1).

Après la réunion, nous avons élaboré une grille d'évaluation, organisée en 5 grands thèmes comportant des sous-sections. Nous avons procédé à un sondage SurveyMonkey (www.surveymonkey.com) pour nous assurer de l'assentiment de la majorité (> 75 %) sur chaque point des recommandations. Une recommandation n'a pas atteint les 75 % d'assentiment, mais a été considérée comme un thème essentiel à inclure. Les responsables des sections ont par la suite modifié l'énoncé de cette recommandation et la recommandation reformulée a été approuvée par le panel. On trouvera à l'annexe 1 plus de renseignements sur les méthodes utilisées pour l'élaboration de ces lignes directrices.

Gestion des intérêts concurrents

Tous les membres du panel pour les lignes directrices se sont entendus sur un cadre de référence incluant la divulgation de tous les intérêts concurrents réels ou perçus pour l'ensemble du panel au début et à la fin du processus d'élaboration des lignes directrices. Les membres du panel ayant des intérêts concurrents pouvaient participer aux discussions du panel, et plus tard, à la grille d'évaluation, sans restriction.

Recommandations

La liste complète des recommandations est présentée aux tableaux 1 à 5 ; une description des données factuelles qui supporte chaque recommandation est accessible à l'annexe 1. Ce synopsis fournit des renseignements sur certaines recommandations, de même que la catégorie et la source de la recommandation. (La mention « CAN » utilisée comme source indique qu'une recommandation a été créée de toutes pièces pour ces lignes directrices et qu'elle n'a pas été adaptée d'une autre source.)

MALADIE DE PARKINSON

SOMMAIRE VISUEL DES RECOMMANDATIONS
TIRÉES DE LA 2^E ÉDITION DU GUIDE CANADIEN
POUR LA MALADIE DE PARKINSON

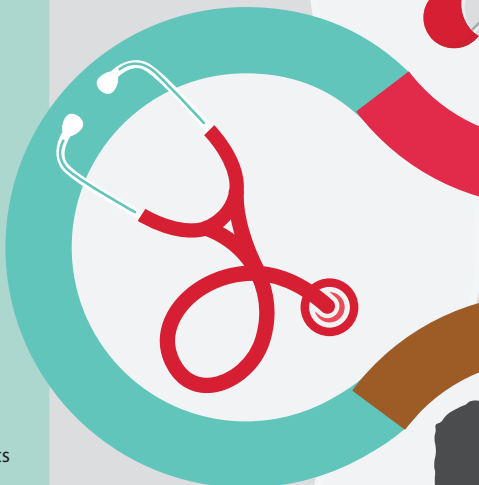
COMMUNICATION

- Il faut encourager les personnes atteintes de la maladie de Parkinson à participer aux décisions concernant leurs soins.
- La communication doit se faire verbalement et par écrit.
- Les discussions devraient viser un équilibre entre la transmission de renseignements factuels et la promotion de l'optimisme.
- Les familles et les proches aidants doivent être informés au sujet de la maladie et des services de soutien disponibles.



DIAGNOSTIC ET PROGRESSION

- La maladie de Parkinson devrait être soupçonnée chez quiconque présente des tremblements, de la raideur, de la lenteur, des problèmes d'équilibre et/ou des troubles de la démarche.
- La TDM ou l'IRM cérébrales ne devraient pas être effectuées de routine pour le diagnostic de la maladie de Parkinson.
- Les patients (jeunes plus particulièrement) qui demandent à subir des tests génétiques devraient être vus par un spécialiste des troubles du mouvement.
- Aucun traitement ne permet de ralentir efficacement ou d'arrêter la dégénérescence cérébrale dans la maladie de Parkinson.



SOINS PALLIATIFS

- Les besoins des personnes atteintes de la maladie de Parkinson en matière de soins palliatifs doivent être envisagés à tous les stades de la maladie.
- Si le patient en fait la demande, l'option de l'aide médicale à mourir doit faire l'objet d'une discussion.



TRAITEMENT

- La lévodopa est le médicament le plus efficace et peut être utilisé dès les premiers stades de la maladie.
- L'adoption précoce d'un programme d'exercices réguliers s'est révélée bénéfique.
- Les patients chez qui on a d'abord envisagé un diagnostic potentiel de maladie de Parkinson pourraient bénéficier de l'essai d'un traitement dopaminergique pour préciser le diagnostic.
- Des troubles des habitudes et des impulsions peuvent apparaître chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson traitées par agents dopaminergiques, peu importe le stade de la maladie, mais sont plus fréquents chez ceux traités par agonistes dopaminergiques.
- La stimulation cérébrale profonde et les perfusions de gel sont désormais utilisées de routine pour gérer les symptômes moteurs.
- Les traitements de réadaptation par des professionnels qui connaissent bien la maladie de Parkinson peuvent aider les patients lorsqu'ils reçoivent leur diagnostic et à tous les stades de la maladie.



CARACTÉRISTIQUES NON MOTRICES

- La toxine botulinique de type A aide à maîtriser la sialorrhée.
- Le traitement médicamenteux de l'hypotension repose entre autres sur la midodrine, la fludrocortisone et la dompéridone.
- La prise en charge de la dépression doit être personnalisée en fonction des traitements concomitants.
- La démence ne permet pas d'exclure un diagnostic de maladie de Parkinson, même si elle apparaît tôt.
- Le trouble comportemental en sommeil paradoxal peut être déjà présent avant le diagnostic de maladie de Parkinson.

Tableau 1 : Résumé des recommandations pour le volet Communication

Numéro de la recommandation	Recommandation	Source	Catégorie
C1	La communication avec les personnes atteintes de MP doit viser à leur donner les moyens de participer aux décisions et aux choix concernant leurs soins.	NICE ⁷	D
C2	Les discussions doivent tendre vers un équilibre entre la transmission de renseignements honnêtes et réalistes sur la maladie et la promotion d'un sentiment d'optimisme.	NICE ⁷	D
C3	Étant donné que les personnes atteintes de MP peuvent présenter un déclin cognitif ou des problèmes de communication ou de dépression tout au long de la maladie, il faut leur transmettre verbalement et par écrit des renseignements personnalisés, qui sont réitérés si nécessaire, et il faut veiller à ce que tous les professionnels concernés véhiculent les mêmes renseignements.	NICE ⁷	D PBP
C4	Les familles et les proches aidants doivent être informés au sujet de la maladie, de leurs droits à l'évaluation des soins et des services de soutien disponibles.	NICE ⁷	D PBP
C5	Toute personne atteinte de MP devrait avoir un plan de traitement complet convenu entre elle-même, les membres de sa famille et proches aidants et tous ses professionnels de la santé.	NICE ⁷	D PBP
C6	Il faut offrir à toute personne atteinte de MP un Point de contact pour l'accès aux services spécialisés.	NICE ⁷	D PBP

Remarque : MP = maladie de Parkinson, NICE⁷ = lignes directrices de 2006 pour la MP du National Institute for health and Clinical Excellence⁷, PBP = Point de bonne pratique.

Communication

La communication avec les personnes atteintes de la maladie de Parkinson doit viser à leur donner les moyens de participer aux décisions et aux choix concernant leurs soins (catégorie D ; source : NICE⁷).

Les discussions doivent tendre vers un équilibre entre la transmission de renseignements honnêtes et réalistes sur la maladie et la promotion d'un sentiment d'optimisme (catégorie D ; source : NICE⁷).

Étant donné que les personnes atteintes de la maladie de Parkinson peuvent présenter un déclin cognitif ou des problèmes de communication ou de dépression tout au long de la maladie, il faut leur transmettre verbalement et par écrit des renseignements personnalisés, qui sont réitérés si nécessaire, et il faut veiller à ce que tous les professionnels concernés véhiculent les mêmes renseignements (catégorie D, Point de bonne pratique ; source : NICE⁷).

Les familles et les proches aidants doivent être informés au sujet de la maladie, de leurs droits à l'évaluation des soins et des services de soutien disponibles (catégorie D, Point de bonne pratique ; source : NICE⁷).

Une bonne communication est primordiale dans toutes les interactions entre les personnes atteintes de la maladie de Parkinson, leurs proches aidants et les professionnels de la santé. En communiquant avec clarté et empathie, les professionnels de la santé peuvent améliorer grandement la vie de leurs patients. Lorsque les personnes atteintes de la maladie de Parkinson savent ce que les professionnels de la santé recommandent et pourquoi, elles peuvent participer à un processus de décision partagée. La communication doit reposer sur la transmission de renseignements fondés sur des données factuelles et offerts sous une forme adaptée aux besoins de l'individu. Dans la mesure du possible, de la

documentation écrite doit être remise et inclure des instructions sur la prise des médicaments. La maladie de Parkinson affecte la personne atteinte, ses proches aidants et sa famille. Il est important que tous aient accès aux mêmes renseignements et services.

Diagnostic et progression

La maladie de Parkinson devrait être soupçonnée chez les personnes présentant des tremblements, de la raideur, de la lenteur, des problèmes d'équilibre ou des troubles de la démarche (catégorie D, Point de bonne pratique ; source : NICE⁷).

La maladie de Parkinson peut être diagnostiquée au moyen des critères diagnostiques cliniques de la Movement Disorder Society (catégorie : Point de bonne pratique ; source : CAN).

La maladie de Parkinson se caractérise par une constellation de manifestations cliniques, qui incluent ralentissement moteur (bradykinésie), tremblements au repos, rigidité et instabilité posturale. Le diagnostic de la maladie de Parkinson se fonde encore principalement sur ses caractéristiques cliniques ; en 2015, la Movement Disorder Society⁹ a publié de nouveaux critères pour la maladie de Parkinson cliniquement établie et probable. Il faut par exemple distinguer la maladie de Parkinson du parkinsonisme secondaire ou des tremblements secondaires à la prise de neuroleptiques, des tremblements essentiels ou des anomalies structurelles du cerveau, tels que l'hydrocéphalie à pression normale, les AVC multiples dus à une maladie des petits vaisseaux (p. ex., parkinsonisme vasculaire) et d'autres formes neurodégénératives de parkinsonisme (figure 1).

Les patients chez qui on a d'abord envisagé un diagnostic potentiel de maladie de Parkinson pourraient bénéficier de l'essai d'un traitement dopaminergique pour préciser le diagnostic (catégorie : Point de bonne pratique ; source : SIGN¹³).

Tableau 2 : Résumé des recommandations pour le volet Diagnostic et progression

Numéro de la recommandation	Recommandation	Source	Catégorie
C7	La MP devrait être soupçonnée chez les personnes présentant des tremblements, de la raideur, de la lenteur, des problèmes d'équilibre ou des troubles de la démarche.	NICE ⁷	D PBP
C8	La MP peut être diagnostiquée au moyen des critères diagnostiques cliniques de la MDS.	CAN	PBP
C9	Les cliniciens doivent être conscients de la piètre spécificité d'un diagnostic clinique de MP aux premiers stades de la maladie, et tenir compte de cette incertitude au moment de renseigner le patient et de planifier sa prise en charge.	SIGN ¹³	C
C10	Il faut offrir aux patients un suivi régulier à long terme pour revoir le diagnostic de MP. Cela doit inclure une revue des bienfaits persistants chez ceux qui ont commencé à prendre un traitement dopaminergique.	SIGN ¹³	PBP
C11	Les patients chez qui on a d'abord envisagé un diagnostic potentiel de MP pourraient bénéficier de l'essai d'un traitement dopaminergique pour préciser le diagnostic.	SIGN ¹³	PBP
C12	Les patients chez qui on soupçonne la MP, qui ont une incapacité substantielle, des critères d'exclusion, ou des signaux d'alarme selon les critères diagnostiques de la MDS, devraient être vus par un clinicien qui connaît suffisamment les troubles du mouvement pour poser un diagnostic.	SIGN ¹³	C PBP
C13	Les tests de provocation aiguë par lévodopa ou apomorphine ne devraient pas être utilisés pour le diagnostic de MP. Les patients chez qui on soupçonne la MP devraient être des candidats à l'essai d'un traitement prolongé par lévodopa.	SIGN ¹³	A
C14	Un test olfactif objectif n'est pas recommandé pour le diagnostic de la MP.	SIGN ¹³	B
C15	L'utilisation de routine des épreuves d'imagerie fonctionnelle n'est pas recommandée pour le diagnostic différentiel de la MP et autres formes de parkinsonisme comme la paralysie supranucléaire progressive et l'atrophie multisystème.	SIGN ¹³	C
C16	La TEP n'est pas recommandée dans le cadre des épreuves diagnostiques pour les syndromes parkinsoniens, sauf dans un contexte de recherche.	SIGN ¹³	PBP
C17	La TEM à l' ¹²³ I-FP-CIT peut être envisagée pour le soutien au diagnostic clinique afin de distinguer la MP des troubles parkinsoniens non dégénératifs ou liés aux tremblements.	SIGN ¹³	B
C18	Les épreuves de tomodensitométrie ou de résonance magnétique cérébrales ne devraient pas être effectuées de routine pour le diagnostic de la MP idiopathique.	SIGN ¹³	C
C19	La vitamine E ne devrait pas être utilisée comme traitement neuroprotecteur chez les personnes atteintes de MP. La coenzyme Q10 ne devrait pas être utilisée comme traitement neuroprotecteur chez les personnes atteintes de MP.	NICE ⁸	A
C20	La lévodopa (PBP), l'amantadine (PBP), les agonistes dopaminergiques (pramipexole, ropinirole, rotigotine, apomorphine, bromocriptine) (catégorie A), ou les inhibiteurs de la MAO (sélégiline, rasagiline) (catégorie A) ne devraient pas être utilisés comme traitement neuroprotecteur chez les personnes atteintes de MP, sauf dans le cadre d'essais cliniques.	CAN	Variée
C21	Des tests génétiques pour le parkinsonisme monogénique ne sont pas recommandés dans la pratique clinique de routine.	SIGN ¹³	PBP
C22	Les patients qui demandent des tests génétiques, particulièrement dans les cas précoces, devraient être évalués dans une clinique spécialisée en troubles du mouvement pour envisager des services de conseil et de dépistage.	SIGN ¹³	PBP

Remarque : ¹²³I-FP-CIT = ¹²³I-ioflupane, CAN = nouvelle recommandation des lignes directrices canadiennes, IRM = imagerie par résonance magnétique, MAO = monoamine oxydase, MDS = Revue médicale fondée sur des données factuelles de la Movement Disorder Society¹⁶, MP = maladie de Parkinson, NICE⁷ = lignes directrices de 2006 pour la MP du National Institute for Health and Clinical Excellence⁷, NICE⁸ = lignes directrices de 2017 pour la MP du National Institute for Health and Clinical Excellence⁸, PBP = Point de bonne pratique, SIGN¹³ = *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*¹³, TEM = tomographie par émission monophotonique, TEP = tomographie par émission de positrons.

Une réponse claire au traitement dopaminergique (p. ex., lévodopa/carbidopa 600 mg/jour) chez une personne atteinte de la maladie de Parkinson devrait confirmer le diagnostic.

L'utilisation de routine des épreuves d'imagerie fonctionnelle n'est pas recommandée pour le diagnostic différentiel de la maladie de Parkinson et autres formes de parkinsonisme, comme la paralysie supranucléaire progressive et l'atrophie multisystème (catégorie C ; source : SIGN¹³).

La tomographie par émission de positrons n'est pas recommandée dans le cadre des épreuves diagnostiques pour les syndromes parkinsoniens, sauf dans un contexte de recherche (catégorie : Point de bonne pratique ; source : SIGN¹³).

La tomographie par émission monophotonique à l'¹²³I-ioflupane (¹²³I-FP-CIT [SPECT]) devrait être envisagée pour le soutien au diagnostic clinique afin de distinguer la maladie de Parkinson des troubles parkinsoniens non dégénératifs ou liés aux tremblements (catégorie B ; source : SIGN¹³).

Tableau 3 (partie 1 de 3) : Résumé des recommandations pour le volet Considérations générales de traitement — symptômes moteurs

Numéro de la recommandation	Recommandation	Source	Catégorie
<i>Considérations générales</i>			
C23	Les personnes atteintes de MP devraient avoir accès régulièrement à ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> • Surveillance clinique et ajustement des médicaments • Point de contact permanent pour soutien, y compris visites à domicile, selon le cas • Source fiable de renseignements sur les sujets cliniques et sociaux d'intérêt pour les personnes atteintes de MP et leurs proches aidants ; par exemple, infirmière spécialiste de la MP 	NICE ⁷	C
C24	Les antiparkinsoniens ne doivent pas être cessés abruptement. Il faut veiller à ce qu'ils ne cessent pas subitement d'agir en raison d'une piètre absorption (p. ex., gastroentérite, chirurgie abdominale), afin d'éviter le risque d'akinésie aiguë ou de syndrome neuroleptique malin.	NICE ⁷	D PBP
C25	Il faut éviter l'arrêt des antiparkinsoniens (congé thérapeutique) afin de réduire les complications motrices dues à un risque de syndrome neuroleptique malin.	NICE ⁷	D PBP
C26	Compte tenu des risques de changements subits d'antiparkinsoniens, les personnes atteintes de MP qui sont hospitalisées ou placées dans un établissement de santé devraient recevoir leur médicament : a) à l'heure appropriée, ce qui implique dans certains cas de permettre l'automédication ; b) ajusté par un spécialiste de la prise en charge de la MP ou seulement après discussion avec un tel spécialiste.	NICE ⁷	D PBP
C27	Il faut rester à l'affût du syndrome de dysrégulation dopaminergique chez les patients qui reçoivent de la lévodopa ou de l'apomorphine intermittente.	SIGN ¹³	PBP
C28	Au début d'un traitement par agoniste dopaminergique, les patients, la famille et les proches aidants (selon le cas) doivent recevoir des instructions verbales et écrites sur ce qui suit, et la tenue de la discussion doit être consignée au dossier : <ul style="list-style-type: none"> • Risque accru de troubles du contrôle des impulsions lors d'un traitement par agoniste dopaminergique ; la personne touchée peut cacher ces phénomènes • Différents troubles du contrôle des impulsions (p. ex., jeu compulsif, hypersexualité, boulimie, achats compulsifs) • Qui contacter en cas de troubles du contrôle des impulsions • La possibilité que si des troubles du contrôle des impulsions problématiques s'installent, le traitement par agoniste dopaminergique soit révisé, diminué ou cessé 	NICE ⁸	PBP
C29	Il faut reconnaître que les troubles du contrôle des impulsions peuvent se développer à n'importe quel stade de la maladie chez les personnes atteintes de MP qui prennent des agonistes dopaminergiques.	NICE ⁸	PBP
<i>Traitement pharmacologique aux premiers stades de la MP</i>			
C30	Avant de commencer un traitement chez les personnes atteintes de MP, il faut aborder ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> • L'état clinique de la personne ; par exemple, symptômes, comorbidités et risques de polypharmacologie • Les conditions de vie, l'hygiène de vie, les préférences, les besoins et les objectifs de la personne • Les avantages et inconvénients potentiels des différentes classes de médicaments 	NICE ⁸	PBP
C31	La lévodopa peut être utilisée pour le traitement des symptômes aux premiers stades de la MP.	NICE ⁷	A
C32	La dose de lévodopa devrait être maintenue aussi faible que possible afin d'assurer un bon fonctionnement et réduire le risque de complications motrices.	NICE ⁷	A
C33	Les préparations de lévodopa à libération contrôlée ou l'ajout d'entacapone ne sont pas efficaces pour retarder les complications motrices.	EFNS ¹⁴	A
C34	Les agonistes dopaminergiques peuvent être utilisés pour le traitement des symptômes aux premiers stades de la MP.	NICE ⁷	A
C35	Un agoniste dopaminergique devrait être graduellement augmenté jusqu'à la dose cliniquement efficace. Si les effets indésirables sont trop incommodants, on doit essayer à la place un autre agoniste ou un médicament d'une classe différente.	NICE ⁷	D PBP
C36	Les agonistes dopaminergiques dérivés de l'ergot ne doivent pas être utilisés comme traitement de première intention pour la MP.	SIGN ¹³	B

Tableau 3 (partie 2 de 3) : Résumé des recommandations pour le volet Considérations générales de traitement — symptômes moteurs

Numéro de la recommandation	Recommandation	Source	Catégorie
C37	Si un agoniste dopaminergique dérivé de l'ergot est utilisé, les patients doivent subir : <ul style="list-style-type: none"> • Un dépistage échocardiographique de référence et des contrôles échocardiographiques réguliers pour déceler toute anomalie cardiaque • Des analyses de laboratoire (VSÉ, créatinine sérique) et des examens radiologiques (p. ex., radiographie pulmonaire) de référence, et des contrôles réguliers pour déceler une fibrose séreuse 	SIGN ¹³	PBP
C38	Des inhibiteurs de la MAO-B peuvent être utilisés pour le traitement des symptômes de la MP.	NICE ⁷	A
C39	On dispose de données factuelles insuffisantes pour appuyer l'utilisation de l'amantadine aux premiers stades de la MP.	SIGN ¹³	A
C40	Les anticholinergiques ne devraient pas être utilisés comme traitement de première intention chez les patients atteints de MP.	SIGN ¹³	B
C41	Des antagonistes bêta-adrénergiques pourraient être utilisés pour le traitement des symptômes chez certaines personnes atteintes de MP qui présentent des tremblements posturaux, mais ce ne sont pas les agents de premier choix.	NICE ⁷	D PBP
<i>Traitement pharmacologique des symptômes moteurs aux stades plus avancés de MP</i>			
C42	Le choix d'un traitement d'appoint pour les personnes atteintes de MP qui présentent des dyskinésies ou des fluctuations motrices malgré un traitement optimal par lévodopa devrait tenir compte : <ul style="list-style-type: none"> • Des conditions cliniques particulières de la personne ; par exemple, symptômes de MP, comorbidités et risques de polypharmacologie • Conditions de vie, hygiène de vie, préférences, besoins et objectifs individuels de la personne • Avantages et inconvénients potentiels des différentes classes de médicaments 	NICE ⁸	PBP
C43	Des inhibiteurs de la catéchol-O-méthyltransférase (entacapone) et des inhibiteurs de la MOA-B (rasagiline) peuvent être envisagés pour réduire les périodes de fluctuations motrices chez les patients atteints de MP avancée qui en manifestent les symptômes.	SIGN ¹³	A
C44	Les agonistes dopaminergiques (oraux [pramipexole et ropinirole] ou transdermiques [rotigotine]) peuvent être envisagés pour la prise en charge des complications motrices chez les patients présentant une MP avancée.	SIGN ¹³	A
C45	La lévodopa à libération contrôlée peut améliorer l'épuisement de l'effet et l'akinésie nocturne.	EFNS ¹⁴	C PBP
C46	Les perfusions ou injections d'apomorphine sous-cutanées peuvent être envisagées pour la prise en charge des complications motrices graves, mais devraient être offertes uniquement dans des centres ayant une expérience et des ressources adéquates.	SIGN ¹³	C
C47	On peut envisager l'administration d'un gel entérique de lévodopa-carbidopa intrajéjunal par gastrostomie percutanée pour la réduction des périodes de fluctuations motrices ou des dyskinésies.	EFNS ¹⁴	C
C48	L'amantadine est recommandée pour le traitement des dyskinésies dans la MP (200-400 mg/j).	EFNS ¹⁴	A
<i>Chirurgie</i>			
C49	La stimulation cérébrale profonde du noyau sous-thalamique ou du globus pallidus interne est efficace contre les fluctuations motrices et les dyskinésies.	EFNS ¹⁴	A
C50	Compte tenu des données factuelles actuelles, il est impossible de déterminer quelle est la cible à privilégier entre le NST ou le GPi pour la stimulation cérébrale profonde chez les personnes atteintes de MP, ou si une chirurgie est plus efficace ou sécuritaire que l'autre.	NICE ⁷	D
C51	La stimulation cérébrale thalamique profonde peut être envisagée comme option chez les personnes atteintes de MP qui présentent surtout des tremblements graves et invalidants.	NICE ⁷	D
C52	La pallidotomie unilatérale est efficace pour réduire les dyskinésies controlatérales.	EFNS ¹⁴	A
C53	La thalamotomie unilatérale améliore les tremblements et la rigidité controlatéraux, mais n'a pas d'effet constant sur l'akinésie.	EFNS ¹⁴	D
C54	La réponse préopératoire à la lévodopa devrait entrer en ligne de compte comme facteur prédictif des résultats de la stimulation cérébrale profonde du NST.	AAN ¹⁷	B

Tableau 3 (partie 3 de 3) : Résumé des recommandations pour le volet Considérations générales de traitement — symptômes moteurs

Numéro de la recommandation	Recommandation	Source	Catégorie
C55	L'âge et la durée de la MP peuvent être considérés comme des facteurs prédictifs des résultats de la stimulation cérébrale profonde du NST. Les patients plus jeunes, malades depuis moins longtemps, pourraient connaître une amélioration plus marquée que les patients âgés dont la maladie dure depuis plus longtemps.	AAN ¹⁷	C
<i>Réadaptation</i>			
C56	Il faut envisager d'orienter les personnes aux premiers stades de la MP en physiothérapie auprès de professionnels qui connaissent bien la maladie pour évaluation, enseignement et conseils, y compris sur l'activité physique.	NICE ⁸	B
C57	Des traitements de physiothérapie spécifiques à la MP devraient être offerts aux personnes qui présentent des problèmes d'équilibre ou de fonctionnement moteur.	NICE ⁸	A
C58	Il faut envisager d'orienter les personnes aux premiers stades de la MP en ergothérapie auprès de thérapeutes qui connaissent bien la maladie pour évaluation, enseignement et conseils sur les symptômes moteurs et non moteurs.	NICE ⁸	B
C59	L'ergothérapie spécifique à la MP devrait être offerte aux personnes qui ont de la difficulté à s'acquitter des tâches de la vie courante.	NICE ⁷	A
C60	L'orthophonie devrait être offerte aux personnes atteintes de MP qui éprouvent des problèmes de communication, de déglutition ou de salivation. Le traitement devrait inclure : <ul style="list-style-type: none"> • Stratégies pour améliorer la sécurité et l'efficacité de la déglutition afin de réduire le risque d'aspiration, comme le stress des muscles expiratoires • Stratégies pour améliorer le langage et la communication, par exemple, axées sur l'attention et le contrôle 	NICE ⁸	A
C61	Il faut envisager d'orienter les personnes vers des services qui offrent des outils d'aide à la communication ou autres pour répondre à leurs besoins de communication à mesure que la MP progresse et que leurs besoins évoluent.	NICE ⁸	PBP
C62	Il faut discuter du régime alimentaire qui prévoit la prise de la majeure partie des protéines durant le dernier repas de la journée (régime de redistribution protéique) pour les personnes atteintes de MP qui prennent de la lévodopa et qui manifestent des fluctuations motrices.	NICE ⁸	PBP
C63	Il faut informer les personnes atteintes de MP qu'elles doivent éviter de réduire leur apport quotidien total en protéines.	NICE ⁸	PBP
C64	Il faut veiller à orienter les personnes atteintes de MP vers une diététiste pour des conseils spécialisés.	NICE ⁸	PBP
C65	Il faut conseiller aux personnes atteintes de MP de prendre un supplément de vitamine D.	NICE ⁸	B PBP
C66	Il faut conseiller aux personnes atteintes de MP de ne prendre aucun supplément alimentaire en vente libre sans avoir d'abord consulté leur pharmacien ou un autre professionnel de la santé.	NICE ⁸	PBP
Remarque : AAN = paramètres de pratique de l'American Academy of Neurology ¹⁸ , EFNS ¹⁴ = lignes directrices motrices de la Fédération européenne des sociétés de neurologie ¹⁴ , GPI = globus pallidus interne, MAO-B = monoamine oxydase-B, MP = maladie de Parkinson, NICE ⁷ = lignes directrices 2006 pour la MP du National Institute for Health and Clinical Excellence ⁷ , NICE ⁸ = lignes directrices 2017 pour la MP du National Institute for Health and Clinical Excellence ⁸ , NST = noyau sous-thalamique, PBP = Point de bonne pratique, SIGN ¹³ = Scottish Intercollegiate Guidelines Network ¹³ , VSÉ = vitesse de sédimentation des érythrocytes.			

Les épreuves de tomographie par émission de positons ou de résonance magnétique cérébrales ne devraient pas être effectuées de routine pour le diagnostic de la maladie de Parkinson idiopathique (catégorie C ; source : SIGN¹³).

Les modalités d'imagerie ont fait l'objet de recherches approfondies au fil des ans pour arriver à un diagnostic plus précis de la maladie de Parkinson, pour établir le diagnostic différentiel des troubles parkinsoniens ou encore pour le suivi d'un marqueur potentiel de progression de la maladie de Parkinson. Mais à ce jour, aucun test ne s'est révélé doté d'une sensibilité et d'une spécificité suffisantes pour atteindre ces 3 objectifs.

Les tests génétiques pour le parkinsonisme monogénique ne sont pas recommandés dans la pratique clinique de routine (catégorie : Point de bonne pratique ; source : SIGN¹³).

À ce jour, il n'existe aucun traitement établi contre les facteurs de risque génétiques qui ont été identifiés avec certitude en lien avec le parkinsonisme monogénique précoce ou pour la variante tardive de la maladie de Parkinson (de type maladie complexe) ; c'est ce qui explique en partie pourquoi les tests génétiques ne sont pas recommandés de routine dans la pratique clinique pour le moment.

Tableau 4 (partie 1 de 3) : Résumé des recommandations pour le volet Caractéristiques non motrices de la MP

Numéro de la recommandation	Recommandation	Source	Catégorie
<i>Dysautonomie</i>			
C67	La toxine botulinique A est efficace pour la maîtrise des symptômes de sialorrhée dans la MP.	MDS ¹⁶	A
C68	Les mesures générales pour le traitement de l'impériosité mictionnelle et de l'incontinence urinaire incluent éviter le café et limiter l'hydratation avant le coucher. Lorsque les symptômes apparaissent subitement, il faut écarter un diagnostic d'infection urinaire. <ul style="list-style-type: none"> • Nycturie : réduire l'apport liquidien après 18 h. Surélever la tête du lit au coucher afin de réduire la production urinaire. • Le traitement dopaminergique du soir devrait être optimisé. • Pour l'impériosité mictionnelle (vessie hyperactive), des anticholinergiques ou des antispasmodiques peuvent être utiles, mais il faut rester à l'affût des effets indésirables centraux. • Injection de toxine botulinique de type A dans le muscle détroisor. 	EFNS ¹⁵	PBP
C69	Les mesures générales pour l'hypotension orthostatique pourraient inclure : <ul style="list-style-type: none"> • Éviter les facteurs aggravants, tels que repas copieux, alcool, température ambiante élevée et médicaments susceptibles de causer l'hypotension orthostatique, comme les diurétiques ou les antihypertenseurs. La lévodopa et les agonistes dopaminergiques peuvent aussi aggraver l'hypotension orthostatique. • Augmenter l'apport sodé en présence d'hypotension orthostatique. • Surélever le pied du lit au coucher. • Porter des bas élastiques. • Rappeler les effets postprandiaux. Chez certains patients, l'hypotension ne se manifeste qu'après les repas. Il peut être utile de mettre les patients en garde contre cet effet et de leur conseiller de prendre de petits repas plus fréquents. 	EFNS ¹⁵	PBP
C70	Pour l'hypotension orthostatique, le traitement médicamenteux inclut l'ajout de : <ul style="list-style-type: none"> • Midodrine • Fludrocortisone • Dompéridone 	EFNS ¹⁴ CAN	A PBP PBP
C71	Pour les problèmes de motilité gastro-intestinale dans la MP, des mesures générales contre la constipation devraient être appliquées : <ul style="list-style-type: none"> • Il est recommandé d'augmenter l'apport en liquides et en fibres (PBP). • Il peut être bénéfique d'augmenter l'activité physique (PBP). • Une solution de polyéthylène glycol est recommandée (catégorie A). • Des suppléments de fibres, comme le psyllium (catégorie B) ou la méthylcellulose, et des laxatifs osmotiques (p. ex., lactulose) (PBP). • Des laxatifs irritants peuvent être recommandés chez certains patients pendant une courte période (PBP). • L'utilisation de médicaments dotés d'une activité anticholinergique devrait être diminuée ou cessée (PBP). • De la dompéridone devrait être ajoutée (catégorie B). 	EFNS ¹⁴	Variée
C72	Pour les personnes atteintes de MP et de dysfonction érectile : <ul style="list-style-type: none"> • Il faut cesser les médicaments associés à la dysfonction érectile (p. ex., α-bloquants) ou à l'anorgasmie (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine). Le traitement dopaminergique peut avoir des effets négatifs et positifs sur ce symptôme (PBP). • Un essai de sildénafil, 50–100 mg, 1 h avant les rapports sexuels, peut être tenté chez les patients atteints de MP avec de tels problèmes (catégorie B). • D'autres médicaments de cette classe, comme le tadalafil (10 mg, de 30 min à 12 h avant les rapports sexuels) ou le vardénafil (10 mg, 1 h avant les rapports sexuels) sont des solutions de rechange convenables (PBP). • Chez certains patients, les injections d'apomorphine (5–10 min avant les rapports sexuels) peuvent aussi être une solution de rechange (PBP). • Les injections intracaverneuses de papavérine ou d'alprostadil sont envisageables chez certains patients (PBP). 	EFNS ¹⁵	Variée
<i>Déficit cognitif</i>			
C73	Des diagnostics de démence ou de léger déclin cognitif associés à la MP peuvent être posés à l'aide des critères diagnostiques cliniques de la Movement Disorder Society. Ces diagnostics reposent sur un déclin cognitif subjectif rapporté et sur les difficultés rencontrées lors des tests psychométriques.	CAN	PBP

Tableau 4 (partie 2 de 3) : Résumé des recommandations pour le volet Caractéristiques non motrices de la MP

Numéro de la recommandation	Recommandation	Source	Catégorie
C74	Pour la démence liée à la maladie de Parkinson, des inhibiteurs de la cholinestérase peuvent être ajoutés : rivastigmine (catégorie A), donépézil (catégorie A), ou galantamine (catégorie C). Il pourrait y avoir une idiosyncrasie de la réponse clinique et des effets indésirables, il convient donc d'essayer un autre agent (catégorie PBP). La mémantine peut être ajoutée ou substituée si les inhibiteurs de la cholinestérase sont non tolérés ou inefficaces (catégorie C).	EFNS ¹⁴	Variée
C75	Aucune intervention ne s'est révélée efficace pour réduire le risque de progression d'un léger déclin cognitif vers la démence dans la MP, mais des modifications à l'hygiène de vie (p. ex., activités cognitives et sociales et exercice physique) sont encouragées.	CAN	PBP
<i>Troubles du sommeil</i>			
C76	Une anamnèse complète du sommeil doit être effectuée chez les personnes atteintes de MP qui se plaignent de troubles du sommeil.	NICE ⁷	D PBP
C77	Il faut conseiller une bonne hygiène du sommeil aux personnes atteintes de MP qui ont des troubles du sommeil, ce qui inclut : <ul style="list-style-type: none"> • Éviter les stimulants (p. ex., café, thé, caféine) le soir • Établir une hygiène de sommeil régulière • Literie et température confortables • Dispositifs d'aide, comme ridelles ou barres de lit, afin de faciliter les changements de position et augmenter le confort de la personne • Limiter les siestes en fin d'après-midi et en début de soirée • Conseiller la pratique régulière d'exercices appropriés pour faciliter le sommeil • Éviter de rester au lit longtemps si le sommeil ne vient pas • Revoir tous les médicaments et éviter ceux qui peuvent affecter le sommeil ou la vigilance, ou qui peuvent interagir avec d'autres médicaments (sélégiline, antihistaminiques, antagonistes du récepteur H₂, antipsychotiques et sédatifs) 	NICE ⁷	D PBP
C78	Optimiser le traitement dopaminergique du soir (catégorie B), la mélatonine (catégorie B) et de faibles doses d'antidépresseurs sédatifs, comme la doxépine ou la trazodone (PBP), peuvent être bienfaites pour les symptômes subjectifs d'insomnie chez les patients atteints de MP.	EFNS ¹⁴	Variée
C79	Il faut veiller à identifier le trouble comportemental en sommeil paradoxal chez les personnes atteintes de MP. La mélatonine ou le clonazépam peuvent être utiles si un traitement pharmacologique est requis.	NICE ⁸	PBP
C80	Il faut veiller à identifier et soigner le syndrome des jambes sans repos chez les personnes atteintes de MP et de troubles du sommeil. Les patients qui sont ennuyés par les symptômes du syndrome des jambes sans repos devraient subir un dépistage de carence ferrique. Les traitements potentiels incluent optimisation du traitement dopaminergique ou agents GABAergiques, comme la prégabaline.	NICE ⁸ CAN	PBP PBP
C81	Les personnes atteintes de MP qui souffrent de somnolence diurne ou d'un déclenchement abrupt du sommeil devraient s'abstenir de conduire, et rester à l'affût des risques professionnels. Leurs médicaments doivent être ajustés afin de prévenir ces phénomènes.	NICE ⁸	PBP
C82	On peut envisager le modafinil pour le traitement de l'hypersomnolence diurne chez les personnes atteintes de MP uniquement après qu'une anamnèse détaillée du sommeil ait permis d'en exclure les causes pharmacologiques et physiques réversibles.	NICE ⁸	B PBP
<i>Dépression</i>			
C83	Le seuil de suspicion des cliniciens à l'égard d'un diagnostic de dépression dans la MP devrait être bas.	NICE ⁷	D PBP
C84	Les cliniciens doivent savoir que le diagnostic de dépression légère est complexe chez les personnes atteintes de MP parce que les caractéristiques cliniques de la dépression chevauchent les caractéristiques motrices de la MP.	NICE ⁷	D PBP
C85	Les échelles d'autoévaluation par les patients ou d'évaluation par les médecins peuvent être utilisées pour le dépistage de la dépression chez les patients atteints de MP. <ul style="list-style-type: none"> • Le diagnostic de dépression ne devrait pas reposer uniquement sur le score à l'échelle d'évaluation. • L'évaluation ou le dépistage de la dépression devrait se faire lors d'une entrevue clinique au cours de laquelle on met l'accent sur l'humeur dépressive, avec la prudence qui s'impose lors de l'interprétation des symptômes cognitifs ou somatiques. Il faut déterminer s'il s'agit d'un symptôme de MP plutôt que de dépression. • Les membres de la famille ou les proches aidants qui connaissent bien le patient devraient être invités à fournir des renseignements supplémentaires pour aider au diagnostic, particulièrement dans le contexte d'un déclin cognitif. 	SIGN ¹³ SIGN ¹³ SIGN ¹³ SIGN ¹³	C PBP PBP PBP

Tableau 4 (partie 3 de 3) : Résumé des recommandations pour le volet Caractéristiques non motrices de la MP

Numéro de la recommandation	Recommandation	Source	Catégorie
C86	La prise en charge de la dépression chez les personnes atteintes de MP doit être personnalisée, en particulier, en fonction des traitements concomitants.	NICE ⁷	D PBP
<i>Psychose</i>			
C87	Les personnes atteintes de MP qui souffrent de psychose devraient bénéficier d'une évaluation médicale générale et recevoir un traitement pour toute pathologie ayant pu déclencher la psychose.	NICE ⁷	D PBP
C88	Chez les patients atteints de MP qui souffrent de psychose, il faut réduire la polypharmacologie. <ul style="list-style-type: none"> • Les antidépresseurs anticholinergiques doivent être diminués ou cessés ; les anxiolytiques ou les sédatifs doivent être diminués ou cessés. • Les antiparkinsoniens devraient être diminués. Les anticholinergiques devraient être cessés, l'amantadine doit être cessée, les agonistes dopaminergiques devrait être diminués ou cessés, les inhibiteurs de la MAO-B et de la COMT devraient être diminués ou cessés et, finalement, la lévodopa devrait être diminuée. 	EFNS ¹⁴	PBP
C89	Si les hallucinations et les délires de la personne atteinte de MP sont tolérés par les membres de la famille et proches aidants (selon le cas), ils n'ont pas besoin d'être traités. Les hallucinations ou délires mineurs devraient être considérés comme un marqueur de la progression de la maladie et faire l'objet d'une évaluation médicale générale et d'un traitement des facteurs déclencheurs, le cas échéant.	NICE ⁸	PBP
C90	Pour les patients atteints de MP qui souffrent de psychose et qui ont besoin de traitement : <ul style="list-style-type: none"> • La quétiapine peut être utile • La clozapine est utile, mais requiert une surveillance 	EFNS ¹⁴	PBP A
C91	À l'exception de la quétiapine et de la clozapine comme le décrit la recommandation C90, tous les autres antipsychotiques sont à éviter dans la psychose liée à la MP (PBP). L'olanzapine (catégorie A), la rispéridone (catégorie C) et l'aripiprazole (PBP) peuvent aggraver le parkinsonisme (nuisible).	EFNS ¹⁴	Variée
C92	La pimavansérine peut être envisagée comme traitement de la psychose liée à la MP.	CAN	B
Remarque : CAN = nouvelle recommandation des lignes directrices canadiennes, COMT = catéchol-O-méthyltransférase, EFNS ¹⁴ = lignes directrices motrices de la Fédération européenne des sociétés de neurologie ¹⁴ , EFNS ¹⁵ = lignes directrices de la Fédération européenne des sociétés de neurologie — maladie avancée ¹⁵ , GABA = acide γ-aminobutyrique, MAO-B = monoamine oxydase-B, MDS = revue médicale fondée sur des données factuelles de la Movement Disorder Society ¹⁶ , MP = maladie de Parkinson, NICE ⁷ = lignes directrices de 2006 pour la MP du National Institute for Health and Clinical Excellence ⁷ , NICE ⁸ = lignes directrices de 2017 pour la MP du National Institute for Health and Clinical Excellence ⁸ , PBP = Point de bonne pratique, SIGN ¹³ = Scottish Intercollegiate Guidelines Network ¹³ .			

Considérations générales de traitement

Il existe plusieurs traitements pour les symptômes de la maladie de Parkinson. Il s'agit notamment de médicaments, d'interventions chirurgicales, de physiothérapie, d'ergothérapie et d'autres services de soutien. Ces traitements peuvent avoir un impact substantiel sur l'amélioration de la qualité de vie de la personne et ils devraient être accessibles. Malgré la multiplication des traitements non pharmacologiques, les personnes atteintes de la maladie de Parkinson dépendent de plus en plus de leurs médicaments pour maintenir leur capacité à fonctionner au fur et à mesure que la maladie progresse et il devient plus difficile avec le temps d'établir un équilibre entre les effets indésirables et bénéfiques des médicaments (tableau 6).

Lévodopa

La lévodopa peut être utilisée pour le traitement des symptômes aux premiers stades de la maladie de Parkinson (catégorie A ; source : NICE⁷).

La lévodopa demeure le médicament le plus efficace pour le traitement des symptômes moteurs et il n'y a aucune raison d'en retarder l'utilisation chez les personnes qui sont ennuyées par leurs symptômes moteurs.

Agonistes dopaminergiques

Les agonistes dopaminergiques peuvent être utilisés pour le traitement des symptômes aux premiers stades de la maladie de Parkinson (catégorie A ; source : NICE⁷).

Un agoniste dopaminergique devrait être graduellement augmenté jusqu'à la dose cliniquement efficace. Si les effets indésirables sont trop inconfortables, on doit essayer à la place un autre agoniste ou un médicament d'une classe différente (catégorie D, Point de bonne pratique ; source : NICE⁷).

Même si les agonistes dopaminergiques sont efficaces pour le traitement initial de la maladie de Parkinson, le risque d'effets indésirables est plus élevé qu'avec la lévodopa. Chez les patients de plus de 70 ans, les agonistes dopaminergiques devraient être utilisés avec encore plus de prudence, voire évités. Aucune donnée factuelle valable ne montre qu'un agoniste dopaminergique est supérieur à un autre en ce qui concerne la maîtrise des symptômes moteurs de la maladie de Parkinson, mais seuls les agonistes dopaminergiques non dérivés de l'ergot devraient être utilisés en raison du risque de fibrose pulmonaire et cardiaque observée avec les anciens agonistes dérivés de l'ergot (p. ex., bromocriptine). Un agoniste dopaminergique administré par voie

Tableau 5 : Résumé des recommandations pour le volet Soins palliatifs

Numéro de la recommandation	Recommandation	Source	Catégorie
C93	Les personnes atteintes de MP, les membres de leur famille et leurs proches aidants (selon le cas) devraient avoir la possibilité de discuter du pronostic de la maladie. Ces discussions devraient mettre l'accent sur les priorités des gens, la prise de décision partagée et les soins axés sur le patient.	NICE ⁸	D
C94	Il faut transmettre, verbalement et par écrit, des renseignements sur ce qui suit aux personnes atteintes de MP, aux membres de leur famille et à leurs proches aidants et la tenue de la discussion doit être consignée au dossier : <ul style="list-style-type: none"> • Évolution de la MP • Effets indésirables possibles des médicaments pour la MP • Directives médicales anticipées, y compris modèles d'ordonnances pour les décisions préalables concernant le refus de traitement ou l'abstention de toute manœuvre de réanimation, et mandat permanent pour les questions financières, médicales et sociales • Options pour la prise en charge future • Ce qui peut arriver à la fin de la vie • Services de soutien offerts ; par exemple, soins personnels, équipement et soutien pratique, soutien et conseils financiers, soins et aide à domicile 	NICE ⁸	D
C95	Au moment d'aborder les soins palliatifs, il faut reconnaître que les besoins d'information des membres de la famille et des proches aidants pourraient être différents de ceux de la personne atteinte de MP.	NICE ⁸	D
C96	Envisager une demande de consultation auprès de l'équipe de soins palliatifs pour les personnes atteintes de la MP, peu importe le stade, afin qu'elles et les membres de leur famille ou proches aidants (selon le cas) aient la possibilité de discuter des soins palliatifs et des soins de fin de vie.	NICE ⁸	D
C97	Pour les personnes atteintes de MP, les besoins en matière de soins palliatifs devraient entrer en ligne de compte à toutes les étapes de la maladie ; cela inclut l'accès à l'aide médicale à mourir.	CAN	PBP

Remarque : CAN = nouvelle recommandation des lignes directrices canadiennes, MP = maladie de Parkinson, NICE⁸ = Lignes directrices de 2017 pour la MP du National Institute for Health and Clinical Excellence⁸, PBP = Point de bonne pratique.

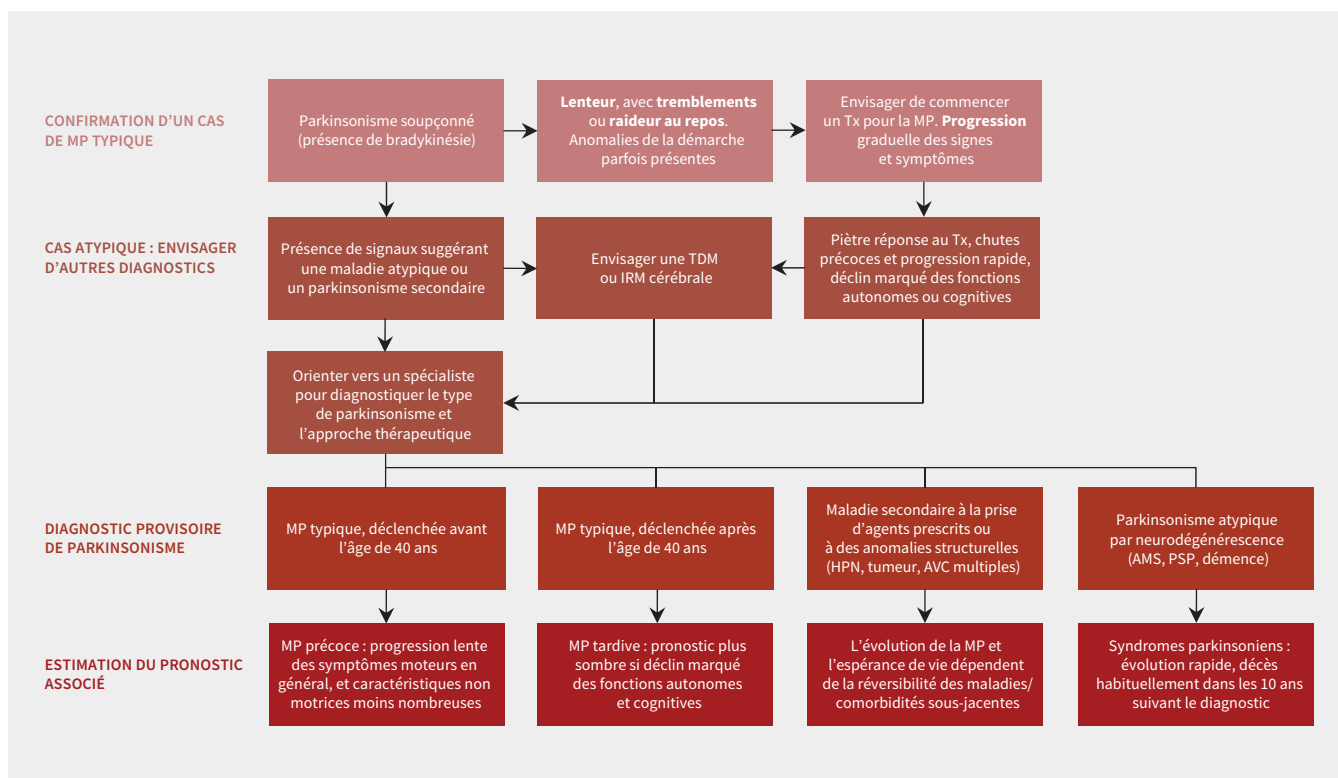


Figure 1 : Diagnostic et pronostic de la maladie de Parkinson (MP). Remarque : AMS = atrophie multisystème, AVC = accident vasculaire cérébral, HPN = hydrocéphalie à pression normale, IRM = imagerie par résonance magnétique, PSP = paralysie supranucléaire progressive, TDM = tomographie par émission de positons, Tx = traitement.

Tableau 6 : Avantages et inconvénients potentiels de l'instauration des traitements médicamenteux pour la maladie de Parkinson

Caractéristiques	Lévodopa	Agonistes dopaminergiques	Inhibiteurs de la monoamine oxydase-B
Amélioration des symptômes moteurs	+++	++	+
Complications motrices	+++	++	+
Effets indésirables spécifiques*	++	+++	+

*Troubles du contrôle des impulsions, hypersomnolence et hallucinations.

transdermique (rotigotine) est maintenant disponible au Canada et offre la commodité d'une simple administration quotidienne non orale.

Les perfusions ou injections d'apomorphine sous-cutanées peuvent être envisagées pour la prise en charge des complications motrices graves, mais devraient être offertes uniquement dans des centres ayant une expérience et des ressources adéquates (catégorie C ; source : SIGN¹³).

L'apomorphine est un agoniste dopaminergique non dérivé de l'ergot qui peut être administré sous forme d'injections sous-cutanées. Santé Canada a récemment approuvé cette préparation pour le traitement aigu des épisodes de fluctuations motrices (« OFF »). Toutefois, les patients et les proches aidants doivent suivre une formation.

Au début d'un traitement par agoniste dopaminergique, les patients, la famille et les proches aidants (selon le cas) doivent recevoir des instructions verbales et écrites sur ce qui suit, et la tenue de la discussion doit être consignée au dossier :

- Risque accru de troubles du contrôle des impulsions lors d'un traitement par agoniste dopaminergique ; la personne touchée peut cacher ces phénomènes.
- Différents troubles du contrôle des impulsions (p. ex., jeu compulsif, hypersexualité, boulimie, achats compulsifs).
- Qui contacter en cas de troubles du contrôle des impulsions.
- Possibilité que si des troubles du contrôle des impulsions problématiques s'installent, le traitement par agoniste dopaminergique soit révisé, diminué ou cessé (catégorie : Point de bonne pratique ; source : NICE⁸).

Il faut reconnaître que les troubles du contrôle des impulsions peuvent se développer à n'importe quel stade de la maladie chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson qui prennent des agonistes dopaminergiques (catégorie : Point de bonne pratique ; source : NICE⁸).

Les troubles du contrôle des impulsions peuvent apparaître à n'importe quel moment avec un traitement dopaminergique, mais ils surviennent chez près de la moitié des personnes qui prennent des agonistes dopaminergiques pendant une période prolongée¹⁰.

Thérapies d'appoint

La stimulation cérébrale profonde du noyau sous-thalamique ou du globus pallidus interne est efficace contre les fluctuations motrices et les dyskinésies (catégorie A ; source : EFNS¹⁴).

La stimulation cérébrale profonde est actuellement le traitement chirurgical de choix chez des patients bien sélectionnés présentant des complications motrices substantielles lorsque l'optimisation du traitement médical n'a pas suffisamment corrigé les symptômes moteurs (p. ex., fluctuations motrices ou dyskinésies).

On peut envisager l'administration d'un gel entérique de lévodopa-carbidopa intrajéjunal par gastrostomie percutanée pour la réduction des périodes de fluctuations motrices ou des dyskinésies (catégorie C ; source : EFNS¹⁴).

La perfusion de gel de lévodopa-carbidopa intrajéjunale au moyen d'un tube entéral percutané est maintenant offerte au Canada. Elle est accessible pour un usage limité dans des centres tertiaires de traitement des troubles du mouvement et elle peut réduire substantiellement les périodes de fluctuations motrices comparativement à la lévodopa orale standard¹⁴.

Réadaptation

Il faut envisager d'orienter les personnes aux premiers stades de la maladie de Parkinson en physiothérapie auprès de professionnels qui connaissent bien la maladie pour évaluation, enseignement et conseils, y compris sur l'activité physique (catégorie B ; source : NICE⁸).

Des traitements de physiothérapie spécifiques à la maladie de Parkinson devraient être offerts aux personnes qui présentent des problèmes d'équilibre ou de fonctionnement moteur (catégorie B ; source : NICE⁸).

Même si autrefois ils étaient réservés aux stades plus avancés de la maladie, les traitements de réadaptation ont beaucoup à offrir aux patients qui viennent de recevoir leur diagnostic. Des données factuelles appuient l'instauration précoce de l'exercice dès le diagnostic, en plus des avantages clairs démontrés chez les personnes dont la maladie est bien établie. L'exercice améliore

non seulement la façon dont les gens se sentent à propos de la maladie de Parkinson, mais également leur capacité de s'acquitter des tâches de la vie courante⁸. Les thérapies et exercices physiques devraient viser la rééducation à la démarche, l'amélioration de l'équilibre et de la flexibilité, de la capacité cardiorespiratoire, de la force et de l'initiation des mouvements, et l'augmentation de l'autonomie fonctionnelle — y compris en ce qui concerne les transferts, la mobilité globale et les activités de la vie courante — en plus de conseils sur la sécurité à la maison. Le traitement doit être continu pour que les avantages persistent, et cela est particulièrement important dans la maladie de Parkinson, car l'apathie est un obstacle à l'observance chez les patients qui n'ont pas de leçons ou de séances d'entraînement à leur agenda.

L'ergothérapie spécifique à la maladie de Parkinson devrait être offerte aux personnes qui ont de la difficulté à s'acquitter des tâches de la vie courante (catégorie A ; source : NICE⁷).

Il faut envisager d'orienter les personnes aux premiers stades de la maladie de Parkinson en ergothérapie auprès de thérapeutes qui connaissent bien la maladie pour évaluation, enseignement et conseils sur les symptômes moteurs et non moteurs (catégorie B ; source : NICE⁸).

L'orthophonie devrait être offerte aux personnes atteintes de la maladie de Parkinson qui éprouvent des problèmes de communication, de déglutition ou de salivation. Le traitement devrait inclure (catégorie A ; source : NICE⁸) :

- *Stratégies pour améliorer la sécurité et l'efficacité de la déglutition afin de réduire le risque d'aspiration, comme le stress des muscles expiratoires*
- *Stratégies pour améliorer le langage et la communication, par exemple, axées sur l'attention et le contrôle*

L'ergothérapie de même que l'orthophonie spécifiques à la maladie de Parkinson sont indiquées à des fins préventives pour les personnes qui éprouvent de la difficulté à s'acquitter des tâches de la vie courante, mais aussi dès les premiers stades de la maladie.

Caractéristiques non motrices

La dysautonomie est une complication fréquente de la maladie de Parkinson et peut inclure des problèmes cardiovasculaires, gastro-intestinaux, urogénitaux et thermorégulateurs. Ces problèmes nuisent grandement à la qualité de vie, mais la qualité des données factuelles sur leur prise en charge laisse à désirer.

La toxine botulinique de type A est efficace pour la maîtrise des symptômes de sialorrhée dans la maladie de Parkinson (catégorie A ; source : MDS¹⁶).

La sialorrhée peut être dérangeante au plan cosmétique et contribuer à une incapacité fonctionnelle. Les injections de toxine botulinique de type A dans les glandes salivaires ont été efficaces pour traiter la sialorrhée¹⁶.

Pour l'hypotension orthostatique, le traitement médicamenteux inclut l'ajout de :

- *midodrine (catégorie A ; source : EFNS¹⁴)*
- *fludrocortisone (catégorie : Point de bonne pratique ; source : EFNS¹⁴)*
- *dompéridone (catégorie : Point de bonne pratique ; source : CAN)*

Les symptômes d'hypotension orthostatique sont probablement sous-déclarés chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson. Les spécialistes des troubles du mouvement au Canada utilisent la dompéridone depuis des décennies. Cette dernière administrée soit avant un repas ou 30 minutes avant chaque dose d'agent dopaminergique peut prévenir la vasodilatation périphérique. Même si on ne dispose pas de preuves solides quant à son efficacité, elle est incluse dans les lignes directrices en raison de son utilisation répandue. Santé Canada a toutefois émis une mise en garde¹⁸ au sujet d'un risque d'allongement de l'intervalle QT associé à la dompéridone. Il faut donc faire preuve de prudence lorsqu'on l'administre avec d'autres médicaments connus pour prolonger l'intervalle QT et chez les patients atteints de la maladie de Parkinson qui ont des antécédents de maladies cardiovasculaires¹¹.

Il faut veiller à identifier le trouble comportemental en sommeil paradoxal chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson. La mélatonine ou le clonazépam peuvent être utiles si un traitement pharmacologique est requis (catégorie : Point de bonne pratique ; source : NICE⁸).

Le trouble comportemental en sommeil paradoxal peut être déjà présent avant le diagnostic de maladie de Parkinson ; la plupart des patients qui présentent un trouble comportemental en sommeil paradoxal idiopathique à l'âge adulte manifesteront une synucléinopathie neurodégénérative (p. ex., maladie de Parkinson, démence à corps de Lewy)¹². Lors d'études d'observation, le clonazépam (0,25–1 mg hs) et la mélatonine (3–12 mg hs) ont supprimé le trouble comportemental en sommeil paradoxal ; le clonazépam a été plus efficace que la mélatonine, mais a présenté un profil d'effets indésirables plus prononcé, particulièrement en ce qui concerne la sédation, les troubles de l'équilibre et les anomalies cognitives⁸.

La prise en charge de la dépression chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson doit être personnalisée, en particulier, en fonction des traitements concomitants (catégorie D, Point de bonne pratique ; source : NICE⁷).

Dans la maladie de Parkinson, la dépression se manifeste souvent avant même le déclenchement des symptômes moteurs et devient plus évidente et complexe à traiter à mesure que la maladie progresse. Malheureusement, les essais de grande qualité se font encore attendre pour orienter le choix des traitements. Les principes qui guident le recours aux antidépresseurs dans la maladie de Parkinson sont les mêmes que chez la population générale qui présente d'autres problèmes de santé :

débuter lentement et augmenter graduellement, la dose efficace étant souvent moindre que la dose recommandée pour la population générale.

Pour les patients atteints de la maladie de Parkinson qui souffrent de psychose et qui ont besoin de traitement :

- La quétiapine peut être utile (catégorie : Point de bonne pratique ; source : EFNS¹⁴)
- La clozapine est utile, mais requiert une surveillance (catégorie A ; source : EFNS¹⁴)

La pimavansérine peut être envisagée pour le traitement d'une psychose liée à la maladie de Parkinson (catégorie B ; source : CAN).

Pour les patients atteints de la maladie de Parkinson qui souffrent de psychose et qui ont besoin d'un traitement, la quétiapine et la clozapine ont été le traitement standard, mais un récent ajout à l'arsenal thérapeutique pour la psychose dans la maladie de Parkinson est la pimavansérine, un agoniste inverse sérotoninergique sélectif de la 5-hydroxytryptamine 2A (5-HT_{2A}) ; elle n'est toutefois pas encore disponible au Canada.

Pour la démence liée à la maladie de Parkinson, des inhibiteurs de la cholinestérase peuvent être ajoutés : rivastigmine (catégorie : A), donépézil (catégorie : A), ou galantamine (catégorie : C). Il pourrait y avoir une idiosyncrasie de la réponse clinique et des effets indésirables, il convient donc d'essayer un autre agent (catégorie : Point de bonne pratique). La mémantine peut être ajoutée ou substituée si les inhibiteurs de la cholinestérase sont non tolérés ou inefficaces (catégorie : C ; source : EFNS¹⁴).

Les inhibiteurs de la cholinestérase se sont révélés efficaces pour le traitement du déclin cognitif dans la maladie de Parkinson¹⁴.

Soins palliatifs

Les données s'accumulent au sujet des soins palliatifs dans le contexte de la maladie de Parkinson et le panel pour les lignes directrices a donc estimé qu'il s'agissait d'un sujet important à ajouter aux présentes recommandations.

Les personnes atteintes de la maladie de Parkinson, les membres de leur famille et leurs proches aidants (selon le cas) devraient avoir la possibilité de discuter du pronostic de la maladie. Ces discussions devraient mettre l'accent sur les priorités des gens, la prise de décision partagée et les soins axés sur le patient (catégorie D ; source : NICE⁸).

Il faut transmettre, verbalement et par écrit, des renseignements sur ce qui suit aux personnes atteintes de la maladie de Parkinson, aux membres de leur famille et à leurs proches aidants et la tenue de la discussion doit être consignée au dossier (catégorie D ; source : NICE⁸) :

- Évolution de la maladie de Parkinson
- Effets indésirables possibles des médicaments pour la maladie de Parkinson

- Directives médicales anticipées, y compris modèles d'ordonnances pour les décisions préalables concernant le refus de traitement ou l'abstention de toute manœuvre de réanimation, et mandat permanent pour les questions financières, médicales et sociales
- Options pour la prise en charge future
- Ce qui peut arriver à la fin de la vie
- Services de soutien offerts ; par exemple, soins personnels, équipement et soutien pratique, soutien et conseils financiers, soins et aide à domicile

Au moment d'aborder les soins palliatifs, il faut reconnaître que les besoins d'information des membres de la famille et des proches aidants pourraient être différents de ceux de la personne atteinte de la maladie de Parkinson (catégorie D ; source : NICE⁸).

Pour les personnes atteintes de la maladie de Parkinson, les besoins en matière de soins palliatifs devraient entrer en ligne de compte à toutes les étapes de la maladie ; cela inclut l'accès à l'aide médicale à mourir (catégorie : Point de bonne pratique ; source : CAN).

Tôt au cours de la maladie, les choix de fin de vie devraient faire l'objet de discussions franches et ouvertes entre le patient et la personne désignée comme mandataire, entre autres au sujet des directives médicales anticipées. Les conversations qui ont lieu dans un contexte de soins ambulatoires sont probablement plus productives et moins chargées émotionnellement que lors d'une hospitalisation pour un épisode aigu.

Mise en œuvre

Parkinson Canada aidera à la diffusion des versions imprimées et électroniques des lignes directrices auprès des professionnels de la santé, des personnes atteintes de la maladie de Parkinson et de leurs familles, et affichera les lignes directrices intégrales sur son site Web. Dans le cadre de la collaboration de Parkinson Canada avec les organismes caritatifs neurologiques du Canada, les lignes directrices contribueront à la défense des intérêts des patients atteints de la maladie de Parkinson et d'autres maladies neurologiques auprès des gouvernements fédéral et provinciaux afin d'améliorer les soins.

L'accès insuffisant à des professionnels de la santé spécialistes de la maladie de Parkinson est un obstacle évident à la mise en place de ces lignes directrices. Cela concerne non seulement la pénurie de médecins spécialistes, mais aussi d'infirmières, d'orthophonistes, d'ergothérapeutes et de physiothérapeutes ayant une formation adéquate pour soigner cette maladie très complexe. L'accès aux soins palliatifs fait également défaut pour les Canadiens et Canadiennes atteints de maladies neurodégénératives et devrait être amélioré à l'échelle locale et nationale.

La stimulation cérébrale profonde et le traitement par gel entérique de lévodopa-carbidopa intrajéjunal sont des modalités coûteuses et compliquées, et la plupart des centres ont des ressources budgétaires ou humaines limitées, ce qui

réduit le nombre d'interventions qu'ils peuvent effectuer et prendre en charge à longue échéance.

Le coût des soins pour les maladies neurodégénératives en général est appelé à augmenter avec le vieillissement de la population. Les limites de ce que notre système de soins de santé public peut offrir doivent être modifiées, mais cette question excède actuellement la portée de ces lignes directrices. Parkinson Canada de même que les patients et leurs familles continueront de se mobiliser pour obtenir plus de ressources et pour promouvoir la diffusion des connaissances afin d'améliorer les soins et le soutien à toutes les personnes que cette maladie affecte.

Autres lignes directrices

Ces lignes directrices s'inspirent des recommandations du Scottish Intercollegiate Guidelines Network¹³, de la Fédération européenne des sociétés de neurologie^{14,15}, de la Movement Disorder Society¹⁶, du National Institute for Health and Clinical Excellence^{7,8} et des paramètres de pratique fixés par l'American Academy of Neurology¹⁷. Nous avons utilisé le contenu de ces lignes directrices pour former la base de la présente mise à jour, et nous avons choisi les recommandations en fonction de leur pertinence pour le système de santé canadien.

Connaissances à parfaire

D'importantes lacunes persistent sur le plan des connaissances sur de nombreux aspects de la maladie de Parkinson. Une meilleure compréhension de la physiopathologie de la maladie pavera la voie à des traitements plus efficaces pouvant potentiellement modifier la maladie. Même si nous ne comprenons pas encore entièrement les mécanismes pathogènes, disposer de bons biomarqueurs pour la maladie de Parkinson favorisera la création de nouveaux traitements. Des progrès ont été accomplis dans notre compréhension et notre prise en charge des symptômes non moteurs de la maladie de Parkinson, mais on ne dispose pas de données factuelles en ce qui concerne leur traitement optimal, surtout pour cet aspect de la maladie de Parkinson, comme en témoignent les nombreuses recommandations de faible catégorie de cette section.

Conclusion

D'importantes avancées ont été faites pour améliorer notre compréhension de la maladie de Parkinson et son traitement. La prise en charge de la maladie demeure complexe, et tous les membres de l'équipe soignante doivent avoir accès aux connaissances les plus à jour. Communiquer efficacement les renseignements à tous les membres de l'équipe soignante ainsi qu'aux patients est essentiel pour la prestation de soins optimaux, quoique des obstacles demeurent. Le coût des soins pour la maladie de Parkinson et les maladies neurodégénératives en général augmentera avec le vieillissement de la population. Les décisions quant aux limites que doit se fixer notre système de santé public méritent qu'on s'y attarde.

Références

1. Wong SL, Gilmour H, Ramage-Morin PL. Parkinson's disease: prevalence, diagnosis and impact. *Health Rep* 2014;25:10-4.
2. Grimes D, Gordon J, Snelgrove B, et al. Canadian guidelines on Parkinson's disease. *Can J Neurol Sci* 2012;39(suppl. 4):S1-30.
3. *Guideline adaptation: a resource toolkit*. The ADAPTE Collaboration ; 2009. Accessible ici : www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf (consulté le 7 avril 2019 et le 10 juin 2017).
4. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *JAMC* 2010;182:E839-42.
5. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ* 2017;358:j4008.
6. Higgins J, Green S, rédacteurs. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. 5^e éd. Oxford (R.-U.) : The Cochrane Collaboration and Wiley Online Library ; 2008.
7. National Collaborating Centre for Chronic Conditions (R.-U.). *Parkinson's disease: national clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care*. Londres (R.-U.) : Royal College of Physicians ; 2006.
8. Parkinson's disease in adults: diagnosis and management. Londres (R.-U.) : National Institute for Health and Care Excellence (R.-U.) ; 2017.
9. Postuma RB, Berg D, Stern M, et al. MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease. *Mov Disord* 2015;30:1591-601.
10. Corvol JC, Artaud F, Cormier-Dequaire F, et al. Longitudinal analysis of impulse control disorders in Parkinson disease. *Neurology* 2018;91:e189-201.
11. Renoux C, Dell'Aniello S, Khairy P, et al. Ventricular tachyarrhythmia and sudden cardiac death with domperidone use in Parkinson's disease. *Br J Clin Pharmacol* 2016;82:461-72.
12. Postuma RB, Iranzo A, Hogg B, et al. Risk factors for neurodegeneration in idiopathic rapid eye movement sleep behavior disorder: a multicenter study. *Ann Neurol* 2015;77:830-9.
13. *Diagnosis and pharmacological management of Parkinson's disease*. Edinburgh : Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Healthcare Improvement Scotland ; 2010. Accessible ici : www.sign.ac.uk/sign-113-diagnosis-and-pharmacological-management-of-parkinson-s-disease.html (consulté le 18 juin 2019).
14. Ferreira JJ, Katzenschlager R, Bloem BR, et al. Summary of the recommendations of the EFNS/M.D.S-ES review on therapeutic management of Parkinson's disease. *Eur J Neurol* 2013;20:5-15.
15. Oertel WH, Berardelli A, Bloem BR, et al. Late (complicated) Parkinson's disease. Dans : *European handbook of neurological management*. Oxford (R.-U.) : Wiley-Blackwell ; 2010 : 237-67. Accessible ici : <http://doi.wiley.com/10.1002/9781444328394.ch15> (consulté le 7 avril 2019).
16. 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.
17. Pahwa R, Factor SA, Lyons KE, et al.; Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice Parameter: treatment of Parkinson disease with motor fluctuations and dyskinesia (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology [PÉRIMÉ]. *Neurology* 2006;66:983-95.
18. Maléate de dompéridone — association à la survenue de rythmes cardiaques anormaux graves ou de mort subite (arrêt cardiaque) — pour les professionnels de la santé. Ottawa : Santé Canada; 2015. Accessible ici : <http://canadiensensante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2015/43423a-fra.php> (consulté le 23 juin 2019).

Intérêts concurrents : Michael Schlossmacher indique avoir reçu des subventions de recherche des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), de la Fondation Michael J. Fox, du Weston Brain Institute, de l'Institut ontarien du cerveau, de Parkinson Canada, du Consortium pour la recherche sur le Parkinson de l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa et de la famille Uttra et Sam Bhargava pour réaliser des recherches sur la pathogenèse de la maladie de Parkinson et modéliser ses variantes. Le Dr Schlossmacher est co-inventeur de plusieurs concepts qui visent à explorer des agents thérapeutiques potentiels sur la base du lien entre le gène *GBA1* et les synucléinopathies et qui ont été brevetés par Genzyme-Sanofi. Ce financement était sans lien avec les travaux actuels. David Grimes indique avoir reçu des honoraires personnels du ministère fédéral de la Justice canadien, d'Allergan et d'Ipsen, sans lien avec les travaux actuels. Suneil Kalia indique avoir reçu des bourses des IRSC et de la Fondation Michael J. Fox, de même que des honoraires (de conférencier) de Medtronic, sans lien avec les travaux actuels. Kerrie Schoffer indique avoir reçu une subvention de Medtronic pour participer à un cours de stimulation cérébrale profonde. Anne Louise Lafontaine indique avoir reçu des honoraires personnels d'AbbVie (comité consultatif) durant la réalisation de l'étude. Janis Miyasaki indique avoir reçu des subventions du Patient Centered Outcomes Research Institute et de Merz, et des redevances de UpToDate sans lien avec les travaux actuels. Alexander Rajput signale avoir reçu des honoraires personnels de Teva et d'Ipsen, sans lien avec les travaux actuels. Susan Fox indique avoir reçu des honoraires de consultation de Sunovion et Paladian, des honoraires de conférencier de Teva et de Zambon, et des honoraires à titre de membres d'un comité consultatif d'Acadia, sans lien avec les travaux actuels. Brian Hutton signale avoir reçu des honoraires du groupe de recherche Cornerstone, sans lien avec les travaux actuels. Aucun autre intérêt concurrent n'a été déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Affiliations : Hôpital d'Ottawa, Institut de recherche sur le cerveau de l'Université d'Ottawa (Grimes, Fitzpatrick, Schlossmacher, Mestre), Ottawa, Ontario ; Parkinson Canada (Gordon), Toronto, Ontario ; Hôpital de l'Université de l'Alberta (Miyasaki), Edmonton, Alberta ; Institut neurologique de Montréal (Fon), Université McGill, Montréal, Québec ; Université de l'Alberta (Suchowersky), Edmonton, Alberta ; Hôpital Royal universitaire (Rajput), Université de la Saskatchewan, Saskatoon, Saskatchewan ; Hôpital général de Montréal (Lafontaine, Postuma), Université McGill, Montréal, Québec ; Centre de recherche sur le Parkinson du Pacifique, Centre Djavad Mowafaghian pour la santé cérébrale (Appel-Cresswell), Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique ; Toronto Western Hospital (Kalia, Zurovski, Fox), Université de Toronto, Toronto, Ontario ; Université Dalhousie (Schoffer), Halifax, Nouvelle-Écosse ; Faculté Rady des sciences de la santé de l'Université du Manitoba (Udow), Winnipeg, Manitoba ; Groupe de synthèse des connaissances (Barbeau, Hutton), Institut de recherche de l'hôpital d'Ottawa, Ottawa, Ontario.

Collaborateurs : Tous les auteurs ont contribué à l'élaboration et à la conception des travaux ainsi qu'à l'acquisition, à l'analyse et à l'interprétation des données. David Grimes a rédigé l'ébauche du manuscrit. Tous les auteurs ont révisé de façon critique le contenu intellectuel important du manuscrit ; ils ont donné leur approbation finale pour la version destinée à être publiée et assument l'entière responsabilité de tous les aspects du travail.

Financement : Cette mise à jour des lignes directrices a bénéficié de l'appui de Parkinson Canada sans que les participants ou les auteurs reçoivent quelque rémunération personnelle que ce soit pour leur travail.

Remerciements : Les auteurs remercient le panel de professionnels de la santé qui ont apporté leur expertise. Les auteurs remercient également leurs patients et les proches aidants qui les ont sans cesse renseignés et inspirés, ainsi que le Groupe de synthèse des connaissances de l'Hôpital d'Ottawa, qui a joué un rôle crucial dans l'élaboration des méthodes appliquées aux lignes directrices.

Correspondance : David Grimes, dagrimes@toh.on.ca