



Soins palliatifs et maladies neurodégénératives:

Soins palliatifs de la maladie de Parkinson

Catherine Nadeau, B.Pharm, M.Sc.

Congrès RSPQ, 5 mai 2016

Déclaration de conflits d'intérêt réels ou potentiels

Conférencières: Catherine Nadeau



Je n'ai aucun conflit d'intérêt réel
ou potentiel en lien avec le contenu
de cette présentation

OBJECTIF ET PLAN

OBJECTIF

- Mieux comprendre l'évolution clinique et l'ajustement des soins spécifiques aux soins palliatifs de la maladie de Parkinson

- PLAN

- Principaux symptômes
- Troubles moteurs
- Dysphagie
- Douleur
- Troubles psychiatriques et démence
- Troubles digestifs

SOINS PALLIATIFS

Durée moyenne des soins palliatifs : 2,2 ans

- ↓réponse au L-Dopa
- ↓tolérance au L-Dopa
 - Effets psychiatriques
 - Hallucinations
 - Psychose
 - Complications motrices
 - Dyskinésie
 - Fluctuations motrices
- Déclin cognitif
 - Démence
 - Après 12 ans: 60%
 - Après 15 ans : majorité démence ou tr cognitifs

FIN DE VIE

- Un changement subit résultant d'un refus de manger, le mutisme ou le retrait complet sont souvent indice de décès dans les 2 semaines
 - ATT: si le déclin est associé à une comorbidité, ↓EG peut être de cause médicamenteuse et non terminale
- Indicateurs :maladies neurologiques/ **Parkinson**
 - Troubles de déglutition
 - Infections récurrentes (**urinaires**)
 - Déclin marqué de la capacité physique (**chutes récurrentes**)
 - **Première pneumonie d'aspiration******
 - Troubles cognitifs (**hallucinations visuelles , démence**)
 - Perte de poids
 - Symptômes complexes
 - Admission en CHSLD

CAS # 1

- Femme 74 ans, Parkinson avancé, dysphagie sévère. Gastrostomie et sonde de gavage x 3 mois en urgence le 31 décembre!!!!
- À l'admission exprime douleur au cou , soif, anxiété. Désire des soins de confort.
 - Soins de bouche intensifiés + ajustement analgésie
 - Famille refuse hydratation légère, soins de bouche et médication SL par peur d'étouffement
- Décède d'une pneumonie aspiration 1 mois plus tard

PATIENTS: SYMPTÔMES LES PLUS RAPPORTÉS

RÉF: Palliative Medicine 2013;27:805-810

(POS-PD) SYMPTÔME	INCIDENCE %
Problème d'utilisation des jambes	80
Fatigue/ manque d'énergie	84
Somnolence	86
Douleur	86
Problèmes buccaux	70
Problème d'utilisation des bras	64
Difficulté à communiquer	58
Spasmes	60
Constipation	54
Troubles du sommeil	58
Difficulté à contrôler les urines	52
Troubles de déglutition	40
Souffle court	54

PROCHES: SYMPTÔMES LES PLUS RAPPORTÉS

RÉF: Palliative Medicine 2013;27:805-810

- Douleur non soulagée
- Anxiété
- Confusion
- Difficulté à communiquer
 - Impossibilité de prendre des décisions dans le dernier mois de vie



PHARMACOTHÉRAPIE

↓ durée d'efficacité avant la prochaine dose malgré
↑ doses de médicaments: 2 à 4 heures post dose.

Symptômes

- sensitifs (douleur et paresthésies)
- psychiatriques (paranoïa, anxiété, dépression, hallucinations,)
- autonomes(sudation, RC, dyspnée)
- ↑ sx moteurs et dystonie

PHARMACOTHÉRAPIE

Si multiples troubles moteurs et non moteurs
simplifier le traitement et **non en ajouter**

- Diminue les effets aduerses
 - Somnolence
 - Confusion
 - Hallucinations
 - Agitation

OFF ou AKINÉSIE DE FIN DE DOSE

- L-Dopa
 - Traitement fondamental pour sx moteurs
 - OPTIMISER
 - Fractionner les doses ad 60-90 minutes
 - Donner AC, ↓ si haute teneur protéines, gras et calories
 - Écraser dans une boisson pétillante (cola) : transit +rapide vers le pylore et ↑ vitesse absorption
 - Solution acide : cola , vitamine C
 - Introduction du CR (↑ durée action de 2 heures)
 - Effets adverses: N,V, HTO, tr Ψ

OFF ou AKINÉSIE DE FIN DE DOSE

- Agonistes dopa (pramipexole, ropinirole)
 - diminue OFF de 2h /jour
 - Effet plafond, ↑dose=↑↑↑ effets adverses
 - ↑↑Ψ : (Hallucinations, confusion, psychose),
dyskinésie, tr compulsif) mais ↓complications motrices
- COMT (Comtan)
 - Diminue OFF de 1.5h/jour
 - Sx ↑Ψ, dyskinésies
 - Diminuer dose de L-Dopa

OFF ou AKINÉSIE DE FIN DE DOSE

- MAO: (Selegiline)
 - Diminue OFF de 2 heures
 - Interaction avec ISRS
 - syndrome sérotoninergique: changement de l'état mental, cv et neuromusculaire
 - Effets adwerses: ↑Ψ

HYPERKINÉSIE, DYSKINÉSIE

- SURDOSE de L-Dopa au pic d'action
 - Prendre en mangeant !
 - Diminue efficacité
 - Réduire les doses LENTEMENT
 - sevrage (DAWS)
 - Anxiété, panique, dépression, dysphorie, insomnie
 - syndrome neuroleptique malin- like
 - Hyperthermie, altération conscience, rigidité musculaire, instabilité CV, CK
 - Privilégier les longues actions (CR)
 - Adjoindre les autres molécules RAREMENT toléré

DYSPHAGIE

- Modifier textures, épaissir les liquides
- Accepter les risques
- Réévaluation de la médication
 - Écraser
 - Changer de voie d'administration
 - SC
 - SL
 - IR
 - Cesser

DYSPHAGIE

- Hydratation et soins de bouche
- Gavages
 - Discuter tôt avec patient et ses proche
 - Augmente survie et donc évolution de la maladie
 - Reflux, risque d'aspiration
 - Interactions médicamenteuses à considérer
 - Cesser le gavage , rincer avant et après
 - Délai à respecter 30 min, 1 heure, 2 heures ?
 - Efficacité demeure incertaine = assurer suivi
 - Arrêt du gavage

DOULEUR

- INCIDENCE

- « Un des symptômes non moteurs les plus fréquents dans la maladie »...incidence 65-85%
- Modification de la transmission, de la réception et de l'interprétation
- Localisation: souvent épaules et cou
- Sous rapportée, sous diagnostiquée, sous traitée
- Origine multifactorielle dont la déplétion dopaminergique (« en manque »...)

DOULEUR

- *MUSCULO-SQUELETIQUE (45-50%)*
 - *Crampes raideurs cou, bras, paraspinal, mollet, articulations*
 - *Si rigidité : benzo peu efficaces, L-DOPA, Botox, relaxants musculaires, exercices passifs*
- *NEUROPATHIQUE(5-20%)*
 - *Engourdissements, fatigue, compression nerveuse (discopathie secondaire à anomalies posturales)*
 - *Traitement classique: attention aux ADT*

DOULEUR

- **DYSTONIQUE (8-47%)**

Sx le plus douloureux (spasmes augmentés par activité)

- Le matin si manque de L-DOPA,

- réajuster doses SR HS et matin au réveil
- Favoriser efficacité : écraser co , domperidone...

- Durant la journée

- Baclofen,
- Dantrolene ?????
- Toxine botulinique

DOULEUR

- DOULEUR CENTRALE (10-12%)
 - Non reliée à un dermatome
 - Douleur neurologique du côté le plus atteint augmente en période off
 - L-DOPA
 - Tx conventionnel de la douleur neuro
 - ADT ???

DOULEUR

- *IMPACT DES TROUBLES COGNITIFS SUR L'ÉVALUATION*
 - Échelle PACSLAC-F
 - Échelle DOLOPLUS

TROUBLES DU SOMMEIL

Insomnie, cauchemars, rêves intenses (vivid)

- ↓ Antiparkinsoniens vs ajout benzodiazépines (att confusion)...
- Rivastigmine
- Quétiapine
- Trazodone

TROUBLES DE L'HUMEUR

- Incidence 40%
- Réponse + aux antidépresseurs mais PAS à la dopamine
- ISRS
 - risque théorique ↑ REP
- Premiers choix:
 - Venlafaxine
 - Bupropion
 - Mirtazapine pour dyskinésie du L-Dopa
 - Duloxétine

TROUBLES DE L'HUMEUR

Attention au sevrage si per os difficile

- Cholinergique (ADTC) et Sérotoninergique (5HT)
 - Sx: nausées, vomissements, diarrhée, céphalées, étourdissements, sudation, tremblements, paresthésie, fatigue, somnolence, troubles du sommeil, agitation...
 - Augmente si courte durée et intermédiaire durée d'action
- Prévoir diminution des doses

DÉMENCE ET SYMPTÔMES PSYCHIATRIQUES

- Approche générale des SCPD → mesures non pharmacologiques d'abord
- Eliminer cause physique
 - Globe, fécalome, infection, deshydratation, **DOULEUR**...
- Eliminer cause médicamenteuse: arrêt ou diminution
 1. Anticholinergiques: oxybutylin, benztropine, (charge cholinergique)
 2. Amantadine
 3. MAO
 4. Agonistes dopaminergiques
 5. COMT
 6. L-Dopa

DÉMENCE ET SYMPTÔMES PSYCHIATRIQUES

- PAS de réponse à la dopamine
- « moins pire » choix = quétiapine , clozapine
 - Moins incisif, REP 25%
 - Éviter olanzapine et risperidone
- Rivastigmine (efficacité 15%)
 - Le seul de sa classe avec évidence
 - Efficace pour hallucinations
 - Att N, V, étourdissements, tremblements

SYMPTÔMES DIGESTIFS

- Hypersalivation: ↓ production et déglutition
 - Atropine SI (att. délirum)
 - Ipratropium SL
 - Glycopyrrolate à petite dose
 - Botox
- Gastroparésie
 - Domperidone
 - Attention metoclopramide
- Constipation

CAS # 2

- Homme de 80 ans, Parkinson sévère et démence à corps de Lewy. Contentionné 24h/24h. À l'admission agité, halluciné, agressif, comportements perturbateurs. Utilise sa marchette sur les murs
- Rivastigmine timbre idem, ↓L-DOPA HS et arrêt de COMT, zopiclone, et bisoprolol. Délirium secondaire à 2 doses d'atropine SL

CAS # 2

- 4 mois plus tard amélioré de façon spectaculaire (80% selon lui):meilleure qualité de vie malgré baisse de mobilité
 - programme de marche, diminution des chutes par meilleure compréhension des consignes, décontentionné
 - pas d'hallucination, d'illusion, d'agitation, dort bien, orienté et congruent
 - poids en augmentation
 - suit et commente la Commission Charbonneau et les élections...
 - décède près de 3 ans après son admission

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

- Directives médicales anticipées
 - Réanimation cardiorespiratoire
 - Ventilation assistée
 - Alimentation forcée ou artificielle
 - Hydratation forcée ou artificielle

CONCLUSION

- Chez le parkinsonien avancé avec de multiples troubles moteurs
 - But:
 - simplifier le traitement
 - traiter le patient et non la maladie
 - Conséquences
 - Diminution de la somnolence , de la confusion, agitation et hallucinations
 - Perte de mobilité

Merci !



54

BIBLIOGRAPHIE

- Richfield EW, Jones E JS, Alty J. Palliative care for Parkinson's disease: a summary of the evidence and future direction. *Palliative Medicine* 2013; 27: 805-810
- Kulisevsky J, Luquin MR, Arbelo JM et al. Advanced Parkinson's disease: clinical characteristics and treatment. Part II. *Neurologia* 2013;28: 558-583
- Fil A, Cano-de-la-Cuera R, Munoz-Hellin E et al. Pain in Parkinson disease: A review of literature. *Parkinsonism and related disorders* 2013;19:285-294
- Wilcox SK. Extending palliative care to patients with Parkinson's disease. *British Journal of Hospital Medicine* 2010;71:26-30
- Miyasaki JM. Palliative care in Parkinson's Disease. *Current Neurology and Neuroscience Report* 2013; 13: 367
- Look J, Delbari A. Clinical aspects of palliative care in advanced Parkinson's disease. *BMC Palliative Care* 2012;11:20
- Morin N, Delisle J, Jourdain V. La maladie de Parkinson 1^{ere} et 2^{eme} partie . *Québec Pharmacie* 2011: 58 23-30 et 15-21
- Collectif. Canadian guidelines on Parkinson's disease. *Canadian Journal of Neurological Sciences* 2012; 39: supplement 4 : S1-S30