

La définition de la maladie de Parkinson est-elle clinique ?



Is the Parkinson's disease clinically defined?

^aService de neurologie et pathologie du mouvement, hôpital Roger-Salengro, CHRU de Lille, rue Émile-Laine, 59037 Lille, France

^bEA1046, université Lille Nord de France, 1, place de Verdun, 59000 Lille, France

L. Defebvre ^{a,b}

INTRODUCTION

Le diagnostic de maladie de Parkinson a toujours été porté sur des caractéristiques cliniques en tenant compte d'une séméiologie motrice décrite de longue date, la triade parkinsonienne constituant le socle principal du diagnostic mentionné dans les critères de cette pathologie dégénérative [1–3]. On sait maintenant que ces troubles moteurs sont associés et souvent précédés de manifestations non motrices dont la liste s'est enrichie au fil des années. Leur identification précoce permet de conforter le diagnostic, notamment quand les éléments de la triade parkinsonienne sont incomplets ou les signes minimes. Nous essaierons de préciser dans cet article la valeur diagnostique de ces différents symptômes moteurs et non moteurs en excluant la place des examens complémentaires tels que l'imagerie fonctionnelle et morphologique, et en centrant nos propos uniquement sur les données cliniques. En effet, même si la scintigraphie au DatScan n'est pas officiellement reconnue comme un critère diagnostique de la maladie de Parkinson (des résultats pathologiques ne sont d'ailleurs pas spécifiques), on sait qu'elle peut dans un certain nombre de cas apporter une aide en identifiant assez tôt la dénervation dopaminergique, par exemple en cas de doute devant un tremblement mixte de repos et postural ou un tremblement atypique, un syndrome parkinsonien iatrogène ou psychogène. L'IRM encéphalique trouve surtout sa place dans le diagnostic différentiel avec les autres syndromes parkinsoniens dégénératifs tels que l'atrophie multisystématisée (AMS), la paralysie supranucléaire progressive (PSP) et les syndromes parkinsoniens vasculaires.

La clinique reste également au premier plan en termes de diagnostic pour identifier les symptômes qui remettent en cause le diagnostic d'une maladie de Parkinson, la recherche de « drapeaux rouges » constituant une étape

essentielle pour établir le diagnostic au stade initial mais aussi dans le cours évolutif de la maladie, surtout dans les premières années.

Enfin c'est toujours les données cliniques, avec le dépistage des dyskinésies et de leurs différents aspects séméiologiques, qui conforteront le diagnostic de la maladie de Parkinson, l'observation d'une sensibilité prolongée aux traitements dopaminergique (classiquement plus de 5 ans) et l'apparition parfois précoce de mouvements involontaires assurant une forte probabilité pour le diagnostic.

Bien entendu le diagnostic de certitude de la maladie, comme dans de nombreuses pathologies neurologiques dégénératives, repose sur l'analyse neuropathologique *post-mortem* ; ces données sont développées dans un autre article de ce numéro. Nous ne disposons pas encore de biomarqueurs d'utilisation pratique courante, par exemple dans le liquide céphalorachidien comme dans la maladie d'Alzheimer, qui permettent du vivant du patient de faciliter le diagnostic. Des biopsies digestives (coliques ou du tube digestif haut) pourraient constituer à terme un apport diagnostique [4] ; il en est de même aussi pour les biopsies cutanées. La place d'une définition génétique sera évoquée et défendue dans le troisième volet de cette controverse. Une étiologie génétique de la maladie de Parkinson est clairement démontrée justifiant maintenant de parler « des maladies de Parkinson ». De nombreuses formes familiales ont été caractérisées, et pour certaines d'entre elles des mutations identifiées, mais elles ne regroupent que 20 % des cas de maladie de Parkinson. Des profils cliniques évocateurs de telle ou telle forme sont connus (par exemple un syndrome parkinsonien précoce associé à une dystonie dans la forme PARK2), mais ils ne représentent pas les cas de figure les plus fréquents. De plus leur rareté, ou à l'inverse leur fréquence élevée, ne facilite pas le diagnostic et ne permet pas d'affirmer que cette pathologie ait une définition strictement génétique. De plus parfois si le

Mots clés

Maladie de Parkinson
Diagnostic précoce
Signes non moteurs
Signes pré-moteurs

Keywords

Parkinson's disease
Early diagnosis
Non-motor symptoms
Pre-motor symptoms

Correspondance :

L. Defebvre,

Service de neurologie et pathologie du mouvement, hôpital Roger-Salengro, CHRU de Lille, rue Émile-Laine, 59037 Lille, France.
Adresse e-mail :

luc.defebvre@chru-lille.fr

caractère génétique est clairement démontré avec la mise en évidence de plusieurs cas authentifiés dans une même famille, le « *screening* génétique » se révèle encore souvent négatif.

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES CLASSIQUEMENT ADMIS

Pour établir le diagnostic de maladie de Parkinson, les critères les plus utilisés depuis 20 ans et le plus souvent cités sont

ceux du United Kingdom Parkinson's Disease Society Brain Bank (UKPDSBB) [1]. Ces critères proposent un diagnostic clinique classique en trois étapes décrites sur la Fig. 1 : diagnostic du syndrome parkinsonien, recherche de critères d'exclusion, critères évolutifs positifs. En 1992, dans une étude clinicopathologique sur 100 patients, la valeur prédictive positive de ces critères était estimée à 76 % [1]. En 2001, dans les mêmes conditions méthodologiques la valeur prédictive positive s'est améliorée en passant à 90 %, avec une sensibilité également de 90 % [2]. Parmi les 10 faux positifs, les auteurs

Étape 1 : Diagnostic de syndrome parkinsonien

- bradykinésie (lenteur d'initiation du mouvement volontaire ou réduction progressive de la vitesse et de l'amplitude des mouvements répétitifs)
- et au moins un critère parmi les 3 suivants :
 - rigidité musculaire
 - tremblement de repos de 4 à 6 Hz
 - instabilité posturale non causée par une atteinte primitive visuelle, vestibulaire, cérébelleuse ou proprioceptive

Étape 2. Critères d'exclusion de maladie de Parkinson

- antécédents d'accidents vasculaires cérébraux répétés avec évolution en marches d'escalier de la symptomatologie parkinsonienne
- antécédents de traumatismes crâniens répétés
- antécédent documenté d'encéphalite
- crises oculogyres
- traitement par neuroleptique au début des symptômes
- plus d'un antécédent familial de syndrome parkinsonien
- rémission prolongée des symptômes parkinsoniens
- symptomatologie strictement unilatérale après 3 ans d'évolution
- paralysie supranucléaire de l'oculomotricité
- syndrome cérébelleux
- dysautonomie sévère et précoce
- syndrome démentiel sévère et précoce avec troubles mnésiques, praxiques et aphasiques
- signe de Babinski
- tumeur cérébrale ou hydrocéphalie communicante sur la tomodensitométrie cérébrale
- résistance à la L-Dopa malgré de fortes doses et en l'absence de malabsorption
- exposition au MPTP

Étape 3. Critères évolutifs positifs pour le diagnostic de maladie de Parkinson. Au moins trois sont nécessaires pour un diagnostic de maladie de Parkinson définie.

- début unilatéral
- tremblement de repos
- évolution progressive
- persistance d'une asymétrie des symptômes, prédominants du côté initialement atteint
- excellente réponse à la L-Dopa (70 à 100%)
- mouvements choréiques sévères induits par la L-Dopa
- sensibilité à la L-Dopa supérieure ou égale à 5 ans
- évolution clinique de 10 ans ou plus

Figure 1. Critères diagnostiques cliniques de la maladie de Parkinson selon la United Kingdom Parkinson's disease Society Brain Bank [1].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3087221>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3087221>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)