

Connolly BS, Lang AE. Pharmacological treatment of Parkinson disease: a review. *JAMA* 2014;311(16):1670–83.

Moonen AJ, Wijers A, Leentjens AF, et al. Severity of depression and anxiety are predictors of response to antidepressant treatment in Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord* 2014;20(6):644–6.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.274>

S21B

Syndrome de dérégulation dopaminergique

S. Mouchabac

Hôpitaux Universitaires Est Parisien (AP-HP), Paris, France

Adresse e-mail : stephane.mouchabac@sat.aphp.fr

La maladie de Parkinson a longtemps été considérée comme un trouble moteur. Dans les années 2000, des séries de cas sont publiées où les patients, traités par agonistes dopaminergiques essentiellement vont présenter une augmentation des conduites tournées vers le plaisir (jeu pathologique, hypersexualité, comportements stéréotypés dits de « punding » et aussi des automédications de dopamine afin de provoquer certains de ces états ou de retrouver un sentiment d'élation pseudomaniacale...). Ces changements comportementaux ont un impact majeur sur le plan psychosocial du patient et de son entourage. La physiopathologie, complexe repose en partie sur la création d'un arc réflexe à la stimulation de dopamine; le patient sensibilisé au niveau du striatum par la dopamine va présenter une attirance non physiologique à la dopa, compulsive pour limiter les effets de sevrage. Ce « syndrome de dérégulation dopaminergique » parfois nommé « dérégulation homéostatique hédonique dans la maladie de Parkinson », n'est pas rare au sein des patients parkinsoniens, pouvant affecter 5% de cette population. Il n'existe pas de test paraclinique pour évoquer le diagnostic qui reste donc clinique et repose sur un interrogatoire précis du patient et de son entourage, des critères diagnostiques ayant été proposés en 2005.

Des recommandations sont proposées et comportent un volet préventif (dépistage de sujets à risque) et un volet thérapeutique (stratégies d'optimisation des prescriptions : choix de molécule et des dosages, psychothérapie et gestion des facteurs de risque environnementaux).

Dans cette communication, nous proposons d'aborder les aspects cliniques et les hypothèses physiopathologiques actuelles sur ce trouble, puis dans un deuxième temps, les aspects thérapeutiques validés dans ce trouble.

Mots clés Syndrome de dérégulation dopaminergique ; Parkinson ; Agonistes dopaminergique.

Déclaration d'intérêts Interventions ponctuelles : activités de conseil : Novartis. Conférences : invitations en qualité d'intervenant : Novartis.

Pour en savoir plus

Callesen MB, Scheel-Krüger J, Kringelbach ML, Møller A. A systematic review of impulse control disorders in Parkinson's disease. *J Parkinsons Dis* 2013;3:105–38.

Merims D, Giladi N. "Dopamine dysregulation syndrome, addiction and behavioral changes in Parkinson's disease". *Parkinsonism Relat Disord* 2008;14:273–80.

Pezzella FR, Colosimo C, Vanacore N, et al. "Prevalence and clinical features of hedonistic homeostatic dysregulation in Parkinson's disease". *Mov Disord* 2005;20:77–81.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.275>

S21C

Les hallucinations dans la maladie de Parkinson

A. Poisson

Centre Hospitalier Le Vinatier, Bron, France

Adresse e-mail : alice.poisson@ch-le-vinatier.fr

Les hallucinations dans la maladie de Parkinson sont une complication relativement fréquente au stade des complications cognitives de la maladie. Étant généralement peu inquiétantes, le sujet ne les rapportera pas toujours spontanément. Pourtant, elles peuvent en effet signer l'entrée dans une psychose ou une démence parkinsonnienne. Elles grèvent la qualité de vie du patient, de son entourage et parfois mettent en péril le maintien à domicile des sujets. Elles ne doivent donc pas être négligées. Classiquement les hallucinations dans la maladie de Parkinson sont d'abord visuelles, parfois mineures (simples de passage à la périphérie du champ visuel) ou au contraire très élaborées.

Leur physiopathologie demeure imparfaitement connue. L'atteinte visuelle centrale, et notamment au niveau de l'intégration des données visuelles semble jouer un rôle majeur. Cependant, d'autres systèmes dont le fonctionnement est perturbé dans la maladie de Parkinson sont impliqués dans la survenue des hallucinations : système visuel périphérique (rétine), voies régulatrices du cycle veille sommeil et notamment du sommeil paradoxal et enfin le système frontal et notamment exécutif.

La prise en charge des hallucinations dans la maladie de Parkinson est relativement stéréotypée. Il faut tout d'abord dépister pour les éliminer les facteurs favorisants, notamment de type médicamenteux ou métabolique. Si les hallucinations persistent, le traitement antiparkinsonien doit être revu rapidement avec en priorité la diminution ou l'arrêt des anticholinergiques, des agonistes dopaminergiques et de l'amantadine, puis des inhibiteurs de la catéchol-O-méthyltransférase (COMT) et de la monoamineoxydase B (MAO B). Au besoin, les doses de dopamine peuvent être diminuées. Ces adaptations thérapeutiques permettent en général de contrôler les hallucinations, parfois au détriment de l'état moteur. Malgré tout, si les hallucinations persistent, un traitement neuroleptique par petites doses de clozapine peut être indiqué avec en générale une excellente efficacité.

Mots clés Maladie de Parkinson ; Hallucinations ; Démence ; Clozapine

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Pour en savoir plus

Poisson A, Thobois S. Hallucinations et maladie de Parkinson. *EMC* 2013 [17-061-A-10].

Goetz CG, Ouyang B, Negron A, Stebbins GT. Hallucinations and sleep disorders in PD: ten-year prospective longitudinal study. *Neurology* 2010;75(20):1773–9.

Diederich NJ, Fénelon G, Stebbins G, Goetz CG. Hallucinations in Parkinson disease. *Nat Rev Neurol* 2009;5(6):331–42.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.276>

S24

Le ralentissement psychomoteur : une dimension à (re)découvrir ?

E. Haffen

CHRU de Besançon, psychiatrie de l'adulte, Besançon, France

Adresse e-mail : emmanuel.haffen@univ-fcomte.fr

Le ralentissement psychomoteur (RPM) est une dimension clinique présente dans de nombreuses maladies mentales. S'il est l'un des symptômes cardinaux de la dépression unipolaire, on le retrouve également dans le trouble bipolaire et la schizophrénie mais sans qu'il y ait une véritable différence sémiologique selon la pathologie concernée.

Le RPM se caractérise non seulement par une composante motrice mais également psychique et langagière, qui inclut des processus perceptifs et cognitifs impliqués dans le contrôle, la planification, la programmation et l'exécution du mouvement.

Les outils d'évaluation disponibles (imagerie cérébrale, analyse génétique, analyse rythmique, analyse par tracker vidéo, explorations neuropsychologiques) permettent aujourd'hui de mieux caractériser l'ensemble de ses dimensions. L'hypothèse d'un