

La maladie de Parkinson

Un équilibre fragile

Par **Dalila Benhaberou-Brun**, inf., M.Sc.

Deuxième affection neurodégénérative après la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson est incurable et irréversible. Elle évolue pendant plusieurs années. Des lignes directrices canadiennes sur la maladie de Parkinson, émises en 2012, sont en cours de révision. Exerçant dans des unités des troubles du mouvement, Stéphanie Forgues (CHUM), Lucie Lachance (CUSM) et Benoît Gagnon (CHUM) partagent leur expertise infirmière sur cette affection.

La maladie de Parkinson (MP) toucherait 100 000 personnes au Canada, 25 000 au Québec. Mais ces chiffres sous-estiment probablement la réalité. Les premiers signes apparaissent chez des personnes âgées de 55 à 70 ans. La MP évolue inexorablement jusqu'à leur décès, quelle qu'en soit la cause. Dans des cas précoces, environ 10 %, se manifestent avant l'âge de 40 ans.

Parce que les hypothèses causales mêlent facteurs génétiques et environnementaux et qu'il existe différentes formes de parkinsonisme et de symptômes, le diagnostic pose des défis. Des signes cliniques permettent d'orienter le diagnostic, puis le pronostic (voir Encadré 1).

Manifestations

La MP fait partie des affections neurologiques, mais demeure encore indétectable par les techniques actuelles d'imagerie. La perte des cellules dopaminergiques dans la substance noire du cerveau cause les troubles du mouvement. Tremblements au repos, rigidité et bradykinésie appartiennent à la triade des symptômes moteurs. Unilatéraux au début, ces derniers deviennent bilatéraux avec le temps. Ces ralentissements correspondent à ce qu'on appelle dans le jargon des neurosciences les périodes

Glossaire

Dyskinésie : mouvements involontaires anormaux, de légers à sévères, de n'importe quelle partie du corps (tête, mâchoire, tronc, membres inférieurs ou supérieurs).

Épuisement de l'effet thérapeutique en fin de dose : symptômes réapparaissant avant la dose suivante.

Période « off » : période au cours de laquelle les médicaments ne maîtrisent plus les symptômes. Survient généralement avant qu'une dose de médicaments ait commencé à agir ou quand la dernière dose perd de son efficacité.

Période « on » : période au cours de laquelle les médicaments soulagent les symptômes.



© DNA Illustrations / Science Photo Library

Démarche et tremblements de la maladie de Parkinson. Les vagues montrent l'effet de l'administration de la médication sur la démarche du malade représenté par un mannequin, le point d'efficacité de la dose correspondant à la séquence de couleur dorée, tandis que les séquences en gris montrent la démarche et les tremblements parkinsoniens correspondant au moment où la dose ne fait plus son plein effet.

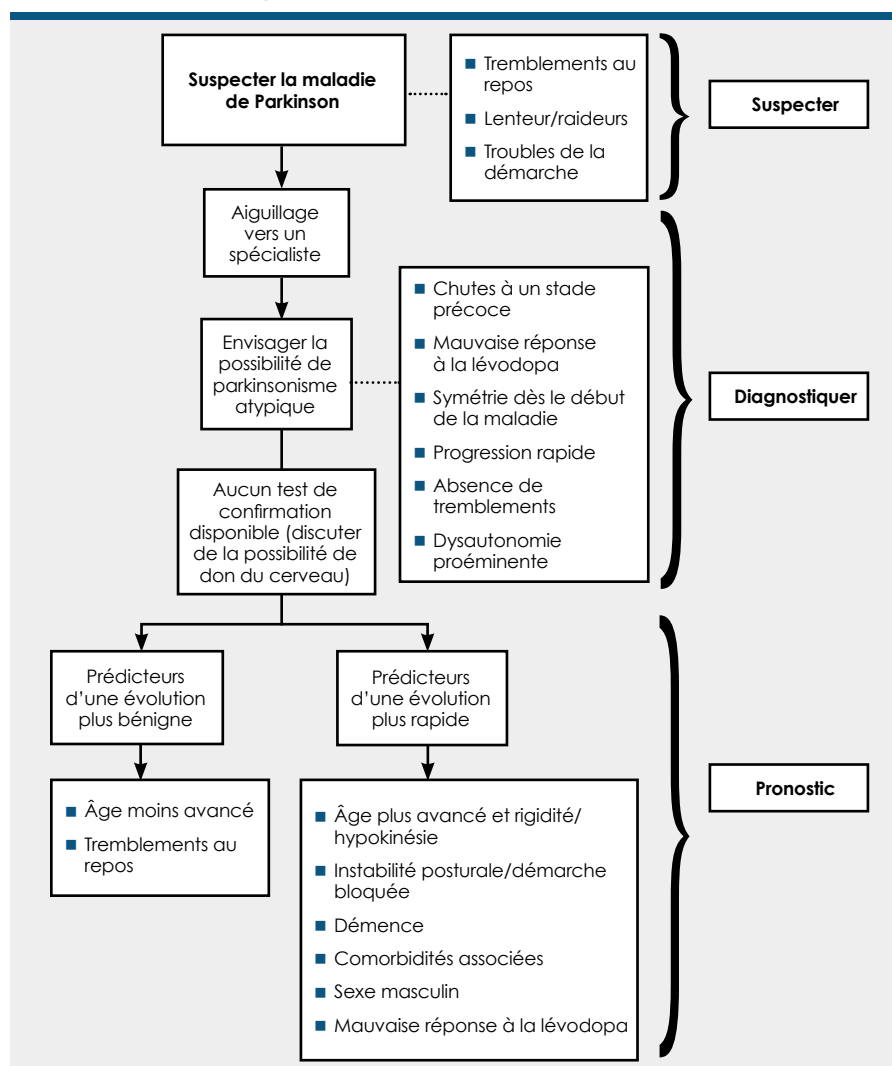
« off ». Des symptômes non moteurs se manifestent au cours du temps, comme les troubles de l'odorat et du goût, les dysphagies, l'hypotension orthostatique, la douleur, la constipation, les troubles du sommeil, l'anxiété et la dépression. Les traitements disponibles en 2015 visent à améliorer les capacités fonctionnelles et la qualité de vie.

Traitement pharmacologique

Une molécule ou plusieurs combinées pallient le manque de dopamine (voir Tableau 1). Ces médicaments ne ralentissent pas la maladie, mais maîtrisent les symptômes moteurs. L'infirmier de recherche de l'Unité des troubles du mouvement André-Barbeau du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Benoît Gagnon, souligne que durant les premières années de la maladie, appelées « lune de miel », le traitement médicamenteux se révèle très efficace et produit des périodes « on ». Absorbés

L'Unified Parkinson's Disease Rating Scale est une échelle standard reconnue pour évaluer la maladie de Parkinson.

Encadré 1 Doute, diagnostic et pronostic de la maladie de Parkinson



Source : Fédération des sciences neurologiques du Canada, 2012.

quotidiennement, idéalement à jeun, la plupart des antiparkinsoniens agissent rapidement.

Les heures de prise sont cruciales pour soulager les symptômes qui fluctuent durant la journée. Stéphanie Forgues, infirmière de suivi systématique Parkinson à l'Unité des troubles du mouvement du CHUM, décrit des « patterns » particuliers à chaque patient. Elle insiste sur le fait que les doses et l'horaire d'administration doivent être suivis à la lettre. En les modifiant, on peut déstabiliser profondément les symptômes de la maladie.

Stéphanie Forgues et sa collègue Lucie Lachance, infirmière clinicienne au programme des troubles du mouvement du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) parlent de conséquences délétères comme les chutes, la constipation ou pire, les « absences » sur le plan cognitif. Le suivi infirmier est souvent assuré par téléphone et le défi consiste à rester vigilant pour déceler les éventuels effets secondaires. Lorsque les patients sont hospitalisés, les médicaments sont fréquemment administrés en même temps que les repas. Or, les protéines des aliments peuvent réduire l'action

Modifier les horaires prescrits de prise de médicaments antiparkinsoniens risque d'aggraver les symptômes de la maladie de Parkinson.



Lucie Lachance
Infirmière clinicienne,
Programme des troubles du mouvement, CUSM

« Les lignes directrices sont fondées sur les meilleures données probantes publiées et proposent, entre autres, des conseils cliniques pratiques. »



Benoît Gagnon
Infirmier de recherche,
Unité des troubles du mouvement, CHUM

« Duodopa est une avenue possible et non une solution miracle qui convient à tous. »



Stéphanie Forgues
Infirmière de suivi systématique Parkinson,
Unité des troubles du mouvement, CHUM

« Nous travaillons en collaboration avec le patient, la famille et les autres professionnels pour diminuer le stress inhérent à la maladie de Parkinson. »

de certaines molécules. Toutefois, certains patients tolèrent mieux leurs médicaments avec de la nourriture. Les équipes de soins des unités de troubles du mouvement veillent à ajuster les doses pour permettre aux personnes de vivre le plus normalement possible. Stéphanie Forgues évoque l'importance d'être à l'affût autant des dyskinésies que des périodes « off » tant redoutées.

Enfin, Benoît Gagnon et Stéphanie Forgues soulignent qu'au fil du temps, certains patients s'astreignent à prendre dix doses ou plus par jour sans que leurs symptômes soient soulagés. Pour eux, Duodopa représente alors une nouvelle avenue. Benoît Gagnon ajoute que l'objectif est de traiter environ quinze personnes par année avec ce système (voir Encadré 2).

Exercice physique

Parler d'exercice dans une maladie du mouvement va de soi. Les infirmières Forgues et Lachance insistent sur le fait

que l'activité physique se révèle tout aussi importante que le traitement pharmacologique. Les deux professionnelles encouragent leurs patients à bouger fréquemment. « Il faut essayer de combattre la lenteur et la rigidité par le mouvement. Je recommande souvent de trouver un exercice facile à exécuter », explique Lucie Lachance. Les étirements entretenant la souplesse font partie de la routine pour apprendre à gérer les symptômes. Il faut sensibiliser les personnes atteintes et leurs aidants naturels, et les soutenir en tenant compte de leurs capacités et de leurs intérêts. En clinique, les infirmières jouent un grand rôle d'éducation en matière de symptômes moteurs et de style de vie.

Exécuter des exercices physiques a aussi une incidence sur les éléments non moteurs comme la dépression ou la douleur. « Des douleurs des membres inférieurs pendant la nuit altèrent considérablement la qualité de vie et la mobilité des patients », déclare Stéphanie Forgues.

Traitement chirurgical

La stimulation cérébrale profonde (SCP) constitue l'une des options thérapeutiques à un stade avancé de la maladie.

Encadré 2 Système Duodopa

Pour les cas avancés de Parkinson dont les symptômes ne sont pas maîtrisés, un gel intestinal (20 mg de lévodopa/5 mg de carbidopa par ml) est administré en continu dans le jéjunum par une sonde de gastrostomie endoscopique percutanée (GEP) durant une période de seize heures par jour. Une dose matinale est donnée suivie d'une administration continue variable, calculée selon les doses antérieures orales. Des doses supplémentaires sont également programmées pour prévenir les périodes « off ». Actuellement, Duodopa demeure un médicament administré à un nombre très restreint de patients.



© AbbVie (reproduction autorisée)

Tableau 1 Traitement pharmacologique de la maladie de Parkinson

Classe	Molécules [Nom commercial]	Symptômes contrôlés	Note
Dopaminergiques			
Précurseurs de la dopamine	lévodopa-bensérazide [Prolopa] lévodopa-carbidopa [Sinemet, Sinemet CR]	Aident à réduire la rigidité musculaire et à contrôler les mouvements.	Effet secondaire : *dyskinésie *épuisement de l'effet thérapeutique en fin de dose.
Agonistes dopaminergiques	bromocriptine [Parlovel] pramipexole [Mirapex] ropinirole [ReQuip]	Peuvent être utilisés comme premier traitement ou en association avec la lévodopa à des stades plus avancés.	Effets secondaires : somnolence, hallucinations, enflure des jambes, comportements obsessifs à l'égard de la nourriture, de la sexualité, etc.
Antiflutamatergique			
	amantadine [Symmetrel]	Améliore l'akinésie, la rigidité et les tremblements.	Effets secondaires : vertiges, anxiété, nausées, vomissements. Peut réduire les effets secondaires de la lévodopa.
Inhibiteur de la catéchol-O-méthyltransférase (COMT)			
	entacapone [Comtan]	Peut améliorer la durée de l'action de la lévodopa.	Effets secondaires : nausées, vomissements, diarrhées, constipation, douleurs abdominales, dyskinésie.
Anticholinergiques			
	benztropine [Cogentin] trihexyphénidyle [Artane]	Contrôlent les tremblements sévères.	Effets secondaires : vision trouble, rétention urinaire, troubles gastriques et neuropsychiatriques.
Inhibiteurs de la monoamine-oxydase de type B (MAO-B)			
	sélégiline [Eldepryl] rasagiline [Azilect]	Diminuent les fluctuations motrices.	Effet secondaire : dyskinésie.
Lévodopa-carbidopa-entacapone			
	[Stalevo]	Indiqué en cas de signe d'épuisement de l'effet thérapeutique en fin de dose.	Effets secondaires : nausées, diarrhées, douleurs musculaires.
Gel intestinal de lévodopa-carbidopa			
	Duodopa	Voir précurseurs de la dopamine .	Mêmes effets secondaires que les précurseurs de la dopamine.

Sources : Adaptation de Morin *et al.*, 2011 et Société Parkinson du Québec.

Encadré 3 Les questions de Joanna

Joanna Green, 60 ans, présente des tremblements du bras gauche au repos, ce qui ralentit ses activités de la vie quotidienne. Elle n'a pas d'autres symptômes et sa marche est fonctionnelle pour l'instant. Un diagnostic de MP a été établi par le neurologue.

Joanna Green pose les questions suivantes pendant la consultation.

1. Dois-je m'inscrire à un programme d'exercice dans un centre sportif ?
2. QU'est-ce qui peut ralentir ma maladie ?
3. Est-il important de commencer à prendre les médicaments dès maintenant ?

Quelles réponses proposeriez-vous ?

Réponses

1. *L'exercice physique aide à préserver la mobilité et l'autonomie. Il permet de maintenir un bon équilibre postural. Il n'est pas nécessaire de s'inscrire à un centre sportif. Il faut vérifier avec Joanna Green quel genre d'activités elle est capable d'accomplir et s'assurer que ce sont des activités qui lui plaisent et qu'elle peut pratiquer régulièrement comme la marche et la natation.*
2. *Il n'existe aucune preuve qu'on peut ralentir la maladie. Les traitements actuellement disponibles visent à maîtriser les principaux symptômes moteurs et à améliorer la qualité de vie.*
3. *Les médicaments visent la meilleure qualité de vie possible aujourd'hui. Il n'existe aucune preuve qu'il y a un avantage à retarder le traitement pharmacologique.*

Le chirurgien implante des électrodes dans le cerveau pour délivrer un courant électrique en continu. Cela a pour effet de maîtriser les symptômes en réduisant la dyskinésie et en renforçant la fonction motrice. Une étude menée par une équipe franco-allemande publiée en 2013 dans le *New England Journal of Medicine* a comparé la SCP au traitement médicamenteux chez 251 patients au début de la maladie. Les résultats après deux ans ont montré une amélioration moyenne de 26 % de la qualité de vie et de 53 % des capacités motrices dans le groupe SCP par rapport au groupe recevant uniquement un traitement pharmacologique. Malgré ces résultats encourageants, l'intervention extrêmement pointue n'est pas proposée à tous en raison des indications restreintes et des risques inhérents à ce type de chirurgie. ■

Sources

Abbvie. *Monographie : Duodopa*. [En ligne : www.abbvie.ca/content/dam/abbviecorp/ca/fr/docs/DUODOPA_PM_FR.pdf]

Entrevue avec Lucie Lachance le 6 mai 2014.

Entrevue avec Stéphanie Forgues et Benoît Gagnon le 29 avril 2014.

Fédération des sciences neurologiques du Canada. « Lignes directrices canadiennes sur la maladie de Parkinson », *Canadian Journal of Neurological Sciences*, vol. 39, n° 4 (Suppl. 4), juil. 2012, p. S1-S30. [En ligne : www.parkinsonguideclinique.ca/sites/default/files/LignesDirectricesClinique_2012_fr.pdf]

Morin, N., J. Delisle et V. Jourdain. « Aspects moteurs et traitements – La maladie de Parkinson (1^{re} partie) », *Québec Pharmacie*, vol. 58, n° 2, avril/mai 2011, p. 23-29. [En ligne : www.professionsante.ca/files/2011/04/QP04_023-030.pdf]

Schuepbach, W.M., J. Rau, K. Knudsen, J. Volkman, P. Krack, L. Timmermann et al. « Neurostimulation for Parkinson's disease with early motor complications », *New England Journal of Medicine*, vol. 368, n° 7, 14 févr. 2013, p. 610-622.

Société Parkinson Canada. *Qu'est-ce que la maladie de Parkinson ?* [En ligne : www.parkinson.ca/site/c.jplMKWOBJoG/b.5187667/k.4DB6/Qu8217estce_la_maladie_de_Parkinson.htm]

Société Parkinson du Québec. *Traitement*. [En ligne : <http://parkinsonquebec.ca/maladie/traitement/>]



CONGRÈS
MONDIAL

SIDIIEF

SECRETARIAT INTERNATIONAL DES INFIRMIERES
ET INFIRMIERS DE L'ESPACE FRANCOPHONE

LE COLLOQUE DES CII-CIR S'INTERNATIONALISE.

Défi des MALADIES CHRONIQUES un appel à **L'EXPERTISE INFIRMIÈRE**

31 MAI AU 5 JUIN 2015

Palais des congrès de Montréal

congres-sidiief.org



Partenaire majeur



Valoriser l'essentiel

Formation accréditée par

Faculté des sciences infirmières
«Créer le rythme»»»

Avec la collaboration de



Centre de santé et de services sociaux
de la Pointe-de-l'Île

Membre du Consortium de
Montréal comprenant



Bris de stérilité en salle d'opération

Qu'est-ce qu'un bris de stérilité ? Comment le documente-t-on ? Doit-on le divulguer ?

Par **Dalila Benhabrou-Brun**, inf., M.Sc.

Est stérile tout objet ou environnement ne contenant aucun micro-organisme pathogène. La stérilité correspond donc à un continuum durant lequel il faut se conformer à un ensemble de mesures rigoureuses. Et cela commence bien avant que la procédure chirurgicale n'ait lieu. Chaque opération est menée selon des protocoles stricts qui visent à réduire la charge bactérienne au minimum et à prévenir les fautes d'asepsie. Un bris de stérilité peut être causé par un incident ou un accident qui peut survenir à n'importe quel moment, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de la salle d'opération. Ainsi, un défaut du système de ventilation, une erreur dans la manipulation du matériel ou un mouvement inadéquat d'un membre de l'équipe peut entraîner une contamination au cours d'une intervention.

À l'instar des autres professionnels, l'un des rôles de l'infirmière en salle d'opération consiste à vérifier que toutes les conditions et les méthodes sont respectées pour maintenir la stérilité. L'infirmière doit porter une attention soutenue à ce qui se passe avant l'arrivée du patient au bloc opératoire jusqu'à sa sortie. Afin d'assurer sa sécurité, elle doit rapidement déceler s'il y a eu un bris de stérilité, qu'il soit réel ou potentiel, le but ultime étant de prévenir les conséquences néfastes pour le patient.

L'infirmière en salle d'opération joue un rôle fondamental, qu'elle travaille en service interne (à proximité de

la personne opérée) ou en service externe. Sa façon de travailler doit assurer la surveillance et l'application des conditions optimales de stérilité. Elle doit vérifier plusieurs paramètres qui risquent d'influencer la stérilité comme la température, le taux d'humidité, la manipulation appropriée des fournitures et des instruments, ou encore l'habillement du personnel.

« On ne cherche pas à montrer du doigt un coupable », souligne Josée Sauriol, infirmière monitrice en salle d'opération au CHU de Québec. En cas de doute, une infirmière de salle d'opération doit toujours conclure qu'il s'est produit un bris de stérilité et si possible, apporter les mesures correctrices, car aucune zone grise n'est acceptable. Il y va de la sécurité du client.

Contaminé

« J'ai vu que vous êtes contaminé », est une phrase parfois difficile à prononcer. Voir, signaler le bris à voix haute, puis anticiper l'étape suivante sont des éléments qui s'inscrivent dans la démarche infirmière. Que le bris ait ou non un impact direct sur le patient, il doit être documenté afin de trouver des solutions pour en prévenir la récurrence.

L'infirmière de salle d'opération remplit le formulaire AH-223-1 de rapport de déclaration d'incident ou d'accident. Lors d'un bris de stérilité lié aux dispositifs médicaux, un autre formulaire (AH-223-2) doit être rempli par le responsable de l'unité de retraitement des dispositifs



Josée Sauriol
Infirmière monitrice
en salle d'opération,
CHU de Québec

« L'objectif est d'essayer de trouver une solution systémique pour éviter que certaines situations ne se répètent. »

médicaux (URDM). Il est composé de six pages et vise à relater les faits, à tenter de cerner la cause du bris, et enfin à expliquer les mesures prises. « L'objectif est d'essayer de trouver une solution systémique pour éviter que certaines situations ne se répètent. », souligne Josée Sauriol. Respecter la procédure de déclaration du bris de stérilité s'avère essentiel. Cela peut améliorer la pratique, diminuer les coûts liés aux erreurs, économiser du temps et même préserver une bonne ambiance de travail dans un milieu souvent sous pression.

La dernière étape concerne la divulgation au client. Elle dépend des niveaux de gravité. Elle n'est pas requise pour les incidents. La divulgation est facultative pour les niveaux C et D. Par contre, elle devient obligatoire dès le niveau E1. Concrètement, cela correspond au cas où un traitement doit être administré, que l'incident ou l'accident entraîne une prolongation de la durée d'hospitalisation ou un transfert aux soins intensifs. Dans ces cas, le professionnel de la santé désigné par l'équipe doit expliquer la situation et fournir des réponses satisfaisantes aux questions et aux inquiétudes du client et de ses proches. ■

LISTE DES ANNONCEURS

AICC	2
ASSS Mauricie/Centre-du-Québec	66
Banque Nationale	5
Biron Groupe santé.....	35
Cégep Marie-Victorin	46
Centre de Santé Tulattavik.....	69
CEVQ	53
Conseil Cri.....	71
CSSS Baie-des-Chaleurs	68
CSSS de la Montagne	70
CSSS du Sud-Ouest-Verdun.....	66
CSSS Cavendish	67
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	69
CSSS Pierre-Boucher	68
Dermaveda	31

Eli Lilly Canada.....	9
Groupe Champlain	69
Institut Milton Erikson	59
Institut Philippe-Pinel	68
Le-cours.ca	63
Novartis	6 et 64
OIIQ – Banque d'emplois	62
OIIQ – Fondation de l'OIIQ – Pour mieux soigner.....	10
OIIQ – Insigne du mérite.....	16 et 17
OIIQ – Mistral	42
OIIQ – PRN et VIP numériques.....	14
OIIQ – SIDIEF.....	54
OIIQ – Soirée Florence.....	20

OIIQ – Univers des soins infirmiers en images.....	47
Résidences Soleil	66
Réseau de compétences spécialisé en soins médico-esthétique.....	19
RIIRS.....	63
St. Francis Xavier University (StFX)	46
Surpied	31
TD Assurance	72
Transfert C.....	60
Université de Montréal	31
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT).....	25
Vigi Santé.....	67