

COMMENT DEBUTER UN TRAITEMENT ANTIPARKINSONIEN ?

Les nouveautés dans le traitement de la maladie de Parkinson ont fait l'objet d'un article dans les Folia de janvier 2000. La façon d'instaurer un traitement antiparkinsonien est sujet à discussions. Les uns optent d'emblée pour la lévodopa en raison de l'amélioration rapide des symptômes; les autres utilisent d'abord un agoniste dopaminergique seul dans le but de retarder l'utilisation de la lévodopa et de diminuer ainsi ses complications à long terme, notamment les fluctuations de la réponse thérapeutique et les dyskinésies tardives. Seules des études contrôlées à large échelle peuvent permettre de répondre à cette question.

Une étude randomisée contrôlée en double aveugle d'une durée de 5 ans a comparé l'innocuité et l'efficacité du ropinirole, un agoniste dopaminergique, et de la lévodopa chez 268 patients à un stade débutant de la maladie de Parkinson. En cas de réponse insuffisante, les patients sous ropinirole recevaient en plus de la lévodopa, et la dose de celle-ci était majorée chez ceux qui en prenaient déjà. Les résultats montrent qu'après 5 ans, l'amélioration des symptômes parkinsoniens était légèrement moindre chez les patients traités par le ropinirole, mais que le risque de développer des dyskinésies était par contre moins élevé par rapport aux patients traités uniquement par la lévodopa.

Cette étude a toutefois fait l'objet de plusieurs critiques. Les auteurs d'un éditorial publié dans le *British Medical Journal* font remarquer qu'un nombre important de patients sont sortis de l'étude en raison d'effets indésirables autres que des dyskinésies, notamment nausées et hallucinations avec le ropinirole [n.d.l.r.: des cas d'endormissement soudain ont été rapportés avec le ropinirole (voir Folia de février 2000)]; ils ajoutent aussi que la lévodopa et les agonistes dopaminergiques ne sont pas les seules possibilités thérapeutiques dans la maladie de Parkinson à un stade débutant et que d'autres moyens thérapeutiques, tels l'amantadine, les anticholinergiques et la sélégiline peuvent également entraîner une amélioration des symptômes et retarder l'utilisation de la lévodopa. Ils attirent également l'attention sur le fait que la gravité de la maladie de Parkinson et l'existence concomitante d'une affection psychiatrique (par ex. dépression, anxiété) peuvent aussi influencer l'incidence des dyskinésies. Sur base des résultats de cette étude, les auteurs de cet éditorial concluent que la lévodopa reste le traitement optimal de la maladie de Parkinson, et que le ropinirole semble apporter une amélioration fonctionnelle comparable avec un risque moindre de développer des dyskinésies.

D'après O. Rascol et al.: A five-year study of the incidence of dyskinesia in patients with early Parkinson's disease who were treated with ropinirole or levodopa *New Engl. J. Med.* **342**, 1484-1491 (2000)

L. Marsh et T. Dawson: Treatment of early Parkinson's disease. *Brit. Med. J.* **321**, 1-2 (2000)

Nom de spécialité

Ropinirole: Requip

Note de la rédaction

- Cette étude a fait l'objet de critiques étant donné que les doses de lévodopa utilisées dans le groupe traité uniquement par celle-ci étaient nettement supérieures à celles utilisées dans le groupe traité initialement par le ropinirole, ce qui pourrait expliquer en partie la différence d'incidence des dyskinésies entre les deux groupes.
- Une autre étude récente a comparé le pramipexole, un autre agoniste dopaminergique, et la lévodopa chez 151 patients atteints d'une maladie de Parkinson à un stade débutant [*JAMA* **284**, 1931-1938 (2000)]. Les résultats montrent également une amélioration moindre des symptômes parkinsoniens, mais aussi un risque moindre de dyskinésies avec le pramipexole par rapport à la lévodopa. Le pramipexole était associé à un risque accru de somnolence et d'hallucinations.

L'auteur d'un éditorial à ce sujet estime dès lors que le traitement initial de la maladie de Parkinson doit être déterminé de manière individuelle [*Lancet* **456**, 1416 (2000)].

- Des études à long terme sur la prévention des complications du traitement antiparkinsonien mais aussi sur son impact socio-économique en général s'avèrent nécessaires.

EN BREF

- Les résultats d'une étude randomisée contrôlée en double aveugle versus placebo dans laquelle le **sulfate de glucosamine** (1,5 g per os par jour) a été administré pendant 3 jours à 212 patients atteints d'arthrose au niveau du genou ont été publiés récemment [*Lancet* **357**, 251-256 (2001)]. Les résultats montrent un effet favorable modéré sur les symptômes qui a persisté pendant toute la durée de l'étude. Les résultats radiographiques suggèrent également un ralentissement de l'évolution de l'affection. L'éditorial s'y rapportant [*Lancet* **357**, 247-248 (2001)] attire l'attention sur un nombre de difficultés inhérentes à la méthodologie.

La glucosamine est une substance naturelle jouant un rôle important dans le métabolisme des glycoprotéines, e.a. au niveau du cartilage. Auparavant, des études à court terme (4 à 6 semaines) chez des patients atteints d'arthrose avaient déjà montré un effet favorable de la glucosamine sur la douleur, avec peu d'effets indésirables. Ces résultats ont été confirmés dans une revue systématique et une méta-analyse de ces études à court terme, publiées l'an dernier dans *JAMA* [**283**, 1469-1475 (2000)]; les auteurs estiment cependant que l'effet réel de la glucosamine est vraisemblablement plus faible, et ce, en raison d'erreurs méthodologiques, et de biais de publication probables. La glucosamine n'est pas disponible en Belgique comme médicament. Des préparations à base de glucosamine circulent toutefois mais leur qualité ne peut être garantie, et la composition peut varier d'un produit à l'autre. L'utilisation de la glucosamine dans l'arthrose reste pour le moment expérimentale.