



FIGURE 1 - Les principales causes de la dénutrition lors de la maladie de Parkinson.

dépenses d'énergie, à une baisse des apports alimentaires ou à une association de ces deux causes. Lors de la maladie de Parkinson, l'augmentation des dépenses et la baisse des apports sont associées, en relation avec des atteintes centrales, des atteintes périphériques par exemple digestives, et avec les traitements utilisés (Fig. 1).

L'augmentation des dépenses d'énergie est surtout liée aux dépenses musculaires dues aux tremblements, à l'hypertonie et aux dyskinésies. Cette augmentation est donc d'autant plus marquée que l'atteinte motrice est évoluée, que les dyskinésies sont intenses. Il existe également des troubles centraux, probablement hypothalamiques, qui peuvent augmenter la dépense énergétique de repos.

Concernant la baisse des apports, l'anorexie est fréquente, ainsi qu'une sensation de satiété précoce, un mauvais état psychologique (dépression, anxiété), des nausées et vomissements (environ

25 % des patients, en particulier en relation avec les traitements par lévodopa ou apomorphine). Selon les études, de 36 à 100 % des patients ont une gastroparésie qui peut, comme les nausées et vomissements, nécessiter un traitement par dompéridone ou érythromycine. Le métoclopramide n'est pas recommandé, car il peut induire une aggravation neurologique. La constipation atteint de 50 à 80 % des patients parkinsoniens, avec un effet possible de réduction des apports alimentaires et une dégradation de la qualité de vie. Les mesures préventives usuelles à appliquer sont le maintien autant que possible d'une activité physique, une bonne hydratation (1 200 à 1 500 mL/j d'eau ou équivalent en sus de l'alimentation), et si possible une alimentation incluant un apport de fibres alimentaires (fruits et végétaux), la limitation des traitements morphiniques. Les mesures curatives devant une constipation sont aspécifiques,

reposant surtout sur les laxatifs. Les troubles de la déglutition (TD) sont très fréquents (jusqu'à 100 % des patients si on utilise des tests de dépistage spécialisés, même en début de maladie), mais les plaintes peuvent être tardives, sans retentissement initial évident, d'où l'intérêt d'un dépistage qui devrait être systématique chez ces patients [5]. L'entretien avec le patient et son entourage, l'utilisation de grilles de repérage, de tests cliniques et paracliniques de la déglutition sont fondamentaux [6]. La prise en charge repose sur des modifications des postures lors de l'alimentation, ainsi que des textures alimentaires, en se souvenant qu'il peut y avoir des TD aux liquides, aux solides ou aux deux types de texture, et que l'alimentation à texture modifiée doit donc être adaptée. Une collaboration médecin/orthophoniste/diététicien/soignants et entourage est souhaitable. Les TD sévères indiquent la mise en route d'une alimentation