



FIGURE 2 - Schéma physiopathologique de développement de l'obésité lors de la maladie de Parkinson.

par voie entérale, le plus souvent grâce à une gastrostomie. Une réduction des perceptions du goût est constatée chez 27 % des patients parkinsoniens, une baisse de l'odorat dans plus de 90 % des cas [7], une hypersialorrhée dans 11 % des cas, un bavage diurne semble présent chez 28 % des patients et un bavage nocturne chez 43 % des patients, avec un retentissement à la fois sur les apports alimentaires et sur la vie sociale des patients et de leur entourage. L'hypersialorrhée peut être combattue par des atropiniques ou éventuellement des injections dans les glandes salivaires de toxine botulique. Enfin, les incapacités liées à la maladie sont source de plaintes importantes de la part des patients et des entoures : difficultés pour faire les courses, pour préparer les repas, pour s'alimenter (tenir cuiller, fourchette ou couteau, trouver la bonne position à table, etc.), parfois troubles de la reconnaissance de l'alimentation [8]. Ces incapacités très anxiogènes peuvent trouver des solutions grâce à des conseils d'ergothérapie, un matériel adapté, la prescription d'aides

à domicile ou au recours éventuel aux hospitalisations de répit. L'enrichissement alimentaire selon des conseils diététiques, la prescription de compléments nutritionnels oraux enrichis en énergie et des modifications de la texture des aliments sont les premiers outils de la prise en charge nutritionnelle. S'ils sont insuffisants, la nutrition entérale (NE) est la modalité à privilégier, le plus souvent par gastrostomie. Elle peut permettre de stabiliser le poids, voire de l'augmenter. À noter que des cas cliniques de pseudo-syndrome des neuroleptiques ont été publiés à la suite de la mise en NE avec des apports protéino-énergétiques d'emblée importants [9], qui suggèrent que des apports progressivement croissants sont justifiés, éventuellement limités en protéines. La nutrition par perfusion (nutrition parentérale) n'est indiquée que lorsqu'on ne peut pas faire autrement (utilisation du tube digestif impossible ou insuffisante, refus de la NE), du fait de la lourdeur de la technique et de son risque infectieux important.

LES CAUSES DE L'EXCÈS DE POIDS ET LEURS PRISES EN CHARGE

Lors de la mise en route du traitement initial, si les patients retrouvent de bonnes fonctions exécutives, l'alimentation peut être facilitée, l'anorexie et les dépenses énergétiques peuvent régresser, le tout favorisant la prise de poids (Fig. 2). De manière semble-t-il limitée, mais touchant peut-être néanmoins jusqu'à 15 % des patients, on peut noter le développement de troubles du comportement alimentaire (TCA) néfastes (compulsions, *binge eating disorder*, alimentation nocturne, grignotages) [3]. En l'absence d'une activité physique suffisante, l'augmentation pondérale dans les 3 ans après le début du traitement peut porter de façon prédominante sur la masse grasse. La surveillance pondérale et le suivi diététique sont donc importants. La situation peut aussi devenir préoccupante après la chirurgie de stimulation cérébrale profonde, qui a des effets proches, avec deux particularités : les TCA paraissent être plus fréquents et la prise pondérale est souvent très rapide,