

Daniel Eschle, Walter Jenni, RehaClinic Zurzach

# Tremor – pas toujours Parkinson!

#### Qu'est-ce que le tremor?

Dans notre activité de consilium neurologique, nous sommes souvent appelés à examiner des patients souffrant de tremor (la plupart du temps d'un tremblement des mains). Nous constatons souvent que le tremor – l'un des symptômes neurologiques les plus fréquents – est mal interprété ou même qu'il provoque une certaine panique (par crainte d'un Parkinson). Ce bref aperçu propose une introduction très simplificatrice – mais pratique – dans ce sujet, sans entrer dans les considérations anatomiques et neurophysiologiques très complexes.

Le tremor se définit comme une oscillation rythmique involontaire d'un ou plusieurs segments corporels. Il peut être visible ou invisible; physiologique ou pathologique; symptomatique, iatrogène ou essentiel (idiopathique); fin ou grossier; à haute ou basse fréquence; organique ou psychogène; symétrique ou asymétrique; avec ou sans autres symptômes neurologiques; se manifester au repos ou uniquement lors d'une activité physique, etc. Pour la pratique, nous pouvons nous limiter à quatre catégories syndromatiques simples.

# Tremor secondaire à des facteurs médicamenteux ou métaboliques

Chez tout patient présentant un tremor, il faut rechercher et exclure une hyperthyroïdie. Il faut en outre prendre une anamnèse médicamenteuse fouillée pour en identifier les formes iatrogènes (voir encart «Médicaments et tremor»), mais il est souvent difficile en pratique d'interrompre les médicaments incriminés ou de les substituer. Le tremor peut par exemple survenir lors d'un sevrage d'alcool ou de benzodiazépines. Mais le tremor n'est de loin pas toujours un indicateur d'abus d'alcool, comme cela est souvent compris par erreur; venons-en maintenant au tremor essentiel.

## Tremor essentiel (TE)

C'est le syndrome de tremor le plus fréquent, l'anamnèse familiale est très souvent positive et permet de dire qu'il s'agit d'une hérédité autosomale dominante. Le tremor essentiel (TE) peut se déclencher à tout âge; chez les jeunes gens il peut parfois avoir une influence déterminante sur l'exercice d'une profession, et certaines mesures doivent occasionnellement être demandées à l'assurance invalidité. Le TE se présente comme un tremblement symétrique des mains lorsque le patient essaie de toutes ses forces de les faire tenir tranquilles ou d'exercer une activité motrice fine. La tête ou même la voix tremblent également chez d'assez nombreux patients. Il n'y a pas de tremblement au repos détendu; il n'y a également ni pauvreté ni lenteur des mouvements, ce qui est par contre le cas chez les patients ayant un Parkinson. Le tremor supposé «essentiel» est parfois associé à une autre maladie neurologique, par exemple une forme de polyneuropathie génétiquement déterminée ou une dystonie ce qui n'aura aucune autre conséquence thérapeutique que pour le TE classique.

De nombreux patients ayant un TE observent une agréable atténuation de leur tremor sous l'effet de l'alcool et peuvent en arriver à une consommation malsaine uniquement comme forme secondaire d'automédication (fig. 1). C'est pour cela qu'il est très important de bien connaître les principes thérapeutiques inoffensifs [1]. Les deux spécialités suivantes font partie du traitement symptomatique de première intention; le propranolol (Inderal®) est un bêtabloquant non sélectif disponible en différentes posologies et présentations, indiqué ponctuellement ou régulièrement. Ce principe actif est également utilisé dans la prophylaxie antimigraineuse. Les mêmes précautions que pour n'importe quel traitement bêtabloquant sont valables. La primidone (Mysoline®) est un «vieil» antiépileptique pouvant être utilisé pour le traitement de fond du tremor. Pour des raisons de tolérance, il est particulièrement important de mettre en route le traitement à très faible dose, soit 62,5 mg. Le phénobarbital (PB) est l'un des métabolites de la primidone. Le PB est lui aussi un «vieil» antiépileptique, mais pratiquement inefficace contre le tremor. Il contribue toutefois au profil d'effets indésirables et, en raison de sa demi-vie de presque 100 heures, le traitement doit être titré très lentement; idéalement toutes les 3 semaines. La primidone et le PB font «physiologiquement» augmenter la γ-GT et le MCV. Ils antagonisent en outre l'effet de la vitamine D en traitement à long terme (en plus de toute une série d'autres effets indésirables potentiels), ce qui fait qu'une substitution vitaminique est pragmatique.

#### Tremor et Parkinson

Le tremor n'est pas un symptôme obligatoire du Parkinson, qui n'est pas une maladie homogène. La véritable maladie de Parkinson – également appelée idiopathique – est la plupart du temps asymétrique et associée à un tremor [2]. Toutes les autres formes de syndrome de Parkinson sont plutôt symétriques et rarement associées à un tremor. Le Parkinson est en premier lieu un diagnostic clinique ou visuel, c.-à-d. que les patients ont une mimique et une gestuelle pauvres lorsqu'ils donnent leur anamnèse; ils ont de la peine à se lever de leur chaise, à marcher, à se tourner et à s'arrêter. Ils marchent à petits pas (plus courts que la pointure de leurs souliers) et balancent très peu les bras. A la mobilisation passive des bras, ils présentent la rigidité bien connue avec phénomène de la

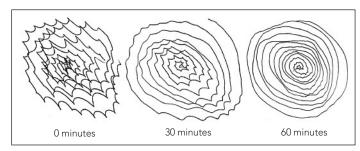


Figure 1
Atténuation impressionnante d'un tremor essentiel par l'alcool (50 ml à 40%).
Tiré de [8]. Reproduction avec l'aimable autorisation de l'éditeur.

www.dgn.org



roue dentée, et leur écriture révèle des caractères plus petits vers la fin des mots ou des phrases, ou micrographie. Ils présentent parfois un tremor au repos des mains et jambes, que quelques patients n'ont occasionnellement que lors d'activités motrices. Bien que dans cette dernière variante de tremor l'Inderal® et la Mysoline® soient des options thérapeutiques comme dans le TE, nous recourons d'abord à des spécialités agissant sur le manque de mouvements et la rigidité. L'effet le plus rapide se voit avec les spécialités de L-DOPA telles que Madopar®, Sinemet® ou Stalevo®, pouvant si nécessaire être associées à des agonistes de la dopamine, inhibiteurs de la dégradation de la L-DOPA (inhibiteurs de la COMT et de la MAO) et/ou anticholinergiques [3].² Le tableau 1 aide à faire la distinction entre tremor essentiel et parkinsonien.

# Tremor psychogène

Toutes les formes organiques de tremor s'accentuent sous l'effet d'un stress psychique, sans qu'il s'agisse d'un tremor psychogène! Mais le tremor peut avoir des étiologies psychogènes ou non organiques, comme partie d'un trouble dissociatif ou de conversion. Le tremor psychogène peut souvent être interrompu par des manœuvres d'évitement, par exemple la main controlatérale effectuant des mouvements volontaires répétitifs ou sous travail mental comme le calcul oral, ce qui ne se voit pas dans les formes organiques de tremor. Malgré un tremor très marqué lors de la consultation ou au service d'urgences, les patients sont apparemment parvenus à se raser et à manger sans faire de taches. Une analyse électrophysiologique du tremor peut aussi s'avérer très utile.

La littérature sur le tremor est très riche en autres commentaires sur le diagnostic affirmatif du tremor psychogène et sa différenciation par rapport aux autres tremors organiques, mais malheureusement très pauvre en propositions thérapeutiques efficaces. Ce qui est dé-

**Tableau 1**Distinction entre tremor essentiel et de Parkinson. D'après [6, 7].

	Tremor essentiel	Tremor de Parkinson
Début des symptômes	à tout âge	en général >50 ans
Anamnèse familiale	souvent positive	occasionnellement positive
Localisation	mains, mais aussi tête et voix	mains et souvent jambes
Effet de l'alcool	favorable	aucun effet
Tremor de repos	très rare	presque toujours
Unilatéralité	extrêmement rare	assez fréquente
Autres symptômes des mouvements	aucun	pauvreté et lenteur
Qualité de voix	occasionnellement tremor vocal	hypophone monotone
Ecriture	hésitante	micrographie

#### Médicaments et tremor

Sélection de quelques médicaments pouvant provoquer un tremor en fonction de leur dose. Certains peuvent même provoquer un syndrome de Parkinson iatrogène! Encart d'après www.dgn.org, website de la société allemande de neurologie.

- Neuroleptiques
- Antidépresseurs
- Lithium
- Bêtamimétiques
- Théophylline
- Valproate
- Lamotrigine
- Méthylphénidate
- Hormones thyroïdiennes
- Cyclosporine

terminant, c'est comment le patient peut aborder les mesures psychothérapeutiques [4].

### Conclusion

Cet aperçu est une présentation très simplificatrice, comme annoncé, qui sera valable pour la plupart des patients souffrant d'un tremor mais ne saurait remplacer un consilium neurologique dans toutes les situations, surtout lorsqu'il s'agit de très rares variantes de tremor (en général associées à d'autres symptômes neurologiques, par ex. une dystonie focale). D'autres connaissances spécialisées sont en outre nécessaires après échec du traitement de première intention ou lorsque d'autres options thérapeutiques symptomatiques ou même neurochirurgicales sont envisagées dans des tremors réfractaires [5].

#### Références

- 1 Zesiewicz TA, Elble R, Louis ED, Hauser RA, Sullivan KL, Dewey RB, et al. Practice Parameter: Therapies for essential tremor. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Acadamy of Neurology. Neurology. 2005; 64:2008-20.
- 2 Der Originaltext der 1817 erschienenen Monographie «An Essay on the Shaking Palsy» von James Parkinson ist erhältlich via J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2002; 14:223-36.
- 3 Rao SS, Hofmann LA, Shakil A. Parkinson's disease: Diagnosis and treatment. Am Fam Physician 2006; 74:2046-54.
- 4 Bhidayasiri R. Differential diagnosis of common tremor syndromes. Postgrad Med J. 2005; 81:756-62.
- 5 Raethjen J. Differentialdiagnose und Therapie des Tremors. Neurologe & Psychiater. 2008; 4:25-31.
- 6 Ceballos-Baumann A, Conrad B. Bewegungsstörungen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag 2005.
- 7 Smaga S. Tremor. Am Fam Physician. 2003; 68:1545-52.
- 8 Nahab FB, Peckham E, Hallet M. Essential tremor, deceptively simple. Practical Neurology. 2007; 7:222-33.
- 9 Miyasaki JM, Shannon K, Voon V, Ravina B, Kleiner-Fisman G, Anderson K, et al. Practice parameter: Evaluation and treatment of depression, psychosis, and dementia in Parkinson disease (an evidence-based review). Report of the quality standards subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2006;66:996–1002.

Correspondance: Dr Daniel Eschle Facharzt FMH für Neurologie RehaClinic Zurzach, Quellenstrasse 5330 Bad Zurzach, d.eschle@rehaclinic.ch

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Pour des raisons physiopathologiques complexes, il faut d'abord donner des agonistes dopaminergiques aux jeunes patients Parkinson, et ensuite seulement des spécialités de L-DOPA. La règle d'or est que le syndrome parkinsonien idiopathique, la vraie maladie de Parkinson, répond de manière beaucoup plus fiable à ces médicaments que les autres syndromes parkinsoniens. Nous tenons également à rappeler ici qu'il y a aussi des syndromes parkinsoniens iatrogènes, la plupart du temps secondaires aux neuroleptiques. Les lecteurs que ce sujet intéresse peuvent consulter la publication de la réf. [9].