Veuillez trouver ci-dessous le compte rendu d'hospitalisation de votre patiente 1931, qui a séjourné dans le service du 27/09 au 09.10 ;

**MOTIF D'HOSPITALISATION**

Décompensation de son état parkinsonien.

**ANTECEDENTS**

Maladie de Parkinson diagnostiquée il y a 10 ans suivie par le DR AAAAAA, troubles cognitifs importants en rapport depuis environ 2 ans.

Incontinence urinaire

HTA

**TRAITEMENT A L’ENTREE**

AZILECT : 1/jour

DEROXAT 20 : x 4/jour

MODOPAR 125 : 1 à 6h, 9h, 12h, 15h, 18h

SEVIKAR 40/5 : 1 matin

TEMESTA 1 mg x 4/jour

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

La patiente présentait depuis un mois une altération de l’état général avec perte de poids de 5 kg en un mois, asthénie et fatigabilité. Elle présente également des troubles de la marche responsables de chutes. Des crises d’angoisses fréquentes pluri-quotidiennes avec dyspnée, des troubles de l’attention et troubles cognitifs majorés sont rapportés par son entourage.

Elle présente des hallucinations visuelles (visualise des personnes) qu’elle critique.

Elle présente également des troubles du sommeil paradoxal.

La patiente a été hospitalisée à Monaco avant de nous être adressée dans le cadre de cette décompensation des troubles cognitifs.

A noter qu’un traitement par AZILECT 1 mg avait été introduit au cours de cette hospitalisation.

**EXAMEN CLINIQUE**

Pas de déficit sensitivomoteur

Légère rigidité de l’hémicorps gauche

Syndrome akinéto-rigide de l’hémicorps gauche léger

Dyskinésies importantes et invalidantes

Pas de trouble de l’oculomotricité

Pas de syndrome cérébelleux

**EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

Bilan biologique : sans particularité

Bilan neuropsychologique : profil cognitif évocateur d’un syndrome sous-cortico-frontal.

MMS 21/30 ; BREF 10/18 ;: HORLOGE 1/7 ; COPIE 6/7 ; MATTIS 133/144

Scanner cérébral (14.08) :

Absence d’hémorragie cérébro méningée.

Absence de lésion ischémique d’allure récente formellement individualisable.

Discrète hypodensité au niveau du bras antérieur de la capsule interne droite d’allure séquellaire.

Atrophie cortico sous corticale marquée diffuse.

Structures médianes en place, intégrité de la filière ventriculaire et liberté des citernes de la base.

Calcifications bipallidales.

Absence de processus expansif intra crânien.

**EVOLUTION**

Dans un premier temps, on observe des dyskinésies quasi-permanentes ainsi que des épisodes qu’elle qualifie de « blocages » avec sensation d’oppression thoracique, anxiété, douleurs et agitations psychomotrices qui s’améliorent après introduction du STALEVO.

Par la suite, on note l’apparition d’hallucinations visuelles, idées délirantes et épisodes confusionnels pour lesquels un scanner cérébral est réalisé et ne retrouve pas d’anomalie.

Le traitement anti-parkinsonien est progressivement réduit et on note une nette amélioration avec disparition des hallucinations visuelles et diminution des dyskinésies, en l’absence de blocages majeurs.

La patiente a bénéficié de deux consultations ORL au cours de cette hospitalisation pour des vertiges positionnels paroxystiques bénins avec manœuvres de libération de l’oreille gauche.

Une consultation ORL de contrôle doit être réalisée à distance.

**AU TOTAL**

L’évolution fut favorable après diminution de ses traitements anti-parkinsoniens (arrêt du MODOPAR, remplacé par des prises de STALEVO et introduction d’un traitement par EXELON) qui a permis la disparition des hallucinations visuelles et une nette diminution de ses dyskinésies qui étaient quasiment absentes le jour de sa sortie.

La patiente sort le 09.09 pour le service de Médecine du Centre Hospitalier voisin.

Elle sera revue par son neurologue traitant.

**TRAITEMENT DE SORTIE**

AZILECT 1 mg : 1 à 8h

STALEVO 50 : 1 à 6h, 10h, 14h, 18h, 21h

EXELON 4,6 patch : 1 matin à 8h

AMLOR 5 mg : 1 matin

VALSARTAN 80 : 1 matin

TEMESTA 1 mg : 1 à 8h, 12h, 16h, 21h.