

MALADIE DE PARKINSON | PRISE EN CHARGE PÉRIOPÉRATOIRE DE LA PHARMACOTHÉRAPIE

Fiche préparée par le Regroupement de pharmaciens experts en gériatrie de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec
Juillet 2026

NOTE AU LECTEUR

Cette fiche fait partie d'une trousse composée de cinq documents portant sur la maladie de Parkinson. Pour obtenir une information complète, consultez l'ensemble de la trousse clinique.

CONTEXTE

La période périopératoire est particulièrement critique chez les personnes vivant avec la maladie de Parkinson (MP). En effet, plusieurs études réalisées auprès de ces personnes ont montré une augmentation de la durée d'hospitalisation et du risque de complications postopératoires, notamment une incidence accrue du délirium, des infections, comme la pneumonie d'aspiration, et des plaies de pression¹⁻³. Par ailleurs, des erreurs liées à une administration erronée ou retardée des médicaments peuvent causer des préjudices importants aux personnes vivant avec la MP¹⁻⁵. Puisque toutes les étapes du processus opératoire comportent des risques, une prise en charge interdisciplinaire rigoureuse s'impose. Celle-ci doit prévoir l'implication du pharmacien et de la personne vivant avec la MP^{2,3}.

DÉMARCHE DE PRISE EN CHARGE

Afin de bien accompagner les personnes vivant avec la MP avant, pendant et après une chirurgie, une évaluation précoce de ces patients par l'équipe préopératoire devrait être planifiée.

PÉRIODE PRÉOPÉRATOIRE

Bilan comparatif des médicaments

Comme c'est le cas pour toute personne vivant avec la MP hospitalisée, l'équipe préopératoire devrait s'assurer de réaliser un bilan comparatif de médicaments (BCM), notamment en vérifiant que l'horaire de prise réelle des médicaments antiparkinsoniens à domicile correspond à celui qui figure au Dossier santé Québec (DSQ) ou encore à celui du profil de la pharmacie communautaire^{1,4,5}. Si ce n'est pas le cas, il est important que l'horaire de prise réelle des médicaments soit noté au profil pharmacologique afin de s'assurer que l'information soit transférée lorsque le patient chemine d'un milieu de soins à un autre. La personne vivant avec la MP devrait également être avisée d'informer l'équipe traitante s'il y a des changements dans son traitement médicamenteux dans l'intervalle séparant son rendez-vous préopératoire et son intervention chirurgicale. Les inhibiteurs de la monoamine oxydase B (IMAO-B) devraient idéalement être suspendus deux semaines avant la chirurgie, puisque ces médicaments peuvent compliquer la gestion opératoire en raison des nombreuses interactions médicamenteuses possibles et conduire, entre autres, à un risque accru de syndrome sérotoninergique^{4,6}. Il n'est toutefois pas nécessaire de retarder une intervention chirurgicale si jamais ces médicaments n'ont pas pu être suspendus préalablement. Une consultation préopératoire en anesthésie pourrait être envisagée, le cas échéant⁶.

Planification de la chirurgie

Les chirurgies devraient idéalement être planifiées le plus tôt possible dans la journée pour une meilleure gestion des symptômes en évitant tout retard dans l'administration des doses de précurseurs de la dopamine, comme la lévodopa-carbidopa (Sinemet), la lévodopa-carbidopa-entacapone (Stalevo) ou la lévodopa-bensérazide (Prolopa)¹.

Consultation préopératoire

Puisque la composition des équipes préopératoires varie d'un centre hospitalier à un autre, il est difficile de clarifier la répartition des tâches parmi les différents membres de l'équipe opératoire, y compris le personnel administratif au bloc opératoire, les infirmières, le chirurgien, etc. Le développement d'ordonnances collectives ou préimprimées (ou d'autres outils d'aide à la décision clinique quant à l'arrêt de certains médicaments en vue d'une chirurgie) est une belle occasion d'uniformiser la prise en charge préopératoire des médicaments dans les différents secteurs chirurgicaux d'un même établissement.

Par ailleurs, si une telle disposition est possible au sein du centre hospitalier, une demande de consultation préopératoire en pharmacie ou en neurologie est recommandée si le patient reçoit des doses de précurseurs de dopamine cinq fois par jour ou plus ou s'il utilise le gel intestinal de lévodopa-carbidopa (Duodopa), la perfusion sous-cutanée de foslévodopa-foscarbidopa (Vyalev) ou de l'apomorphine (APO-go, Movapo). Cette consultation favorise la prise en charge optimale de la pharmacothérapie d'un patient qui en est à un stade avancé de la MP, et ce, grâce à l'établissement d'un plan de traitement adapté à la période périopératoire.

JOUR DE LA CHIRURGIE

Prise des médicaments antiparkinsoniens le matin de la chirurgie

Le matin de la chirurgie, il est important que la personne vivant avec la MP reçoive ses précurseurs de la dopamine usuels (et si possible l'entacapone et les agonistes dopaminergiques, le cas échéant) avec une petite gorgée d'eau, même si la consigne est *nil per os* avant l'opération^{1,4}. Si le patient ne doit absolument rien prendre par la bouche (*nil per os* strict), il est préférable de valider la conduite à tenir avec l'anesthésiologiste ou le chirurgien en tenant compte de la durée anticipée de la chirurgie. Le gel intestinal de lévodopa-carbidopa (Duodopa) et la perfusion sous-cutanée de foslévodopa-foscarbidopa (Vyalev) doivent être maintenus la plupart du temps durant la chirurgie, mais la conduite à tenir doit idéalement être confirmée avec le neurologue du patient.

Installation d'un tube nasogastrique

Si une longue chirurgie est prévue, autrement dit si la probabilité est grande que plus d'une dose de précurseurs de la dopamine soit administrée durant l'intervention, il faut alors considérer l'installation d'un tube nasogastrique (TNG) avant la chirurgie pour ne pas rater de doses³. De plus, un TNG rend possible l'administration des médicaments en période postopératoire immédiate. D'une part, il est à noter que l'arrêt brusque des précurseurs de la dopamine, surtout lorsqu'ils sont utilisés à de fortes doses, peut mener au développement du syndrome de parkinsonisme-hyperthermie. Ce syndrome se manifeste notamment par une altération de l'état de conscience, une confusion, une hyperthermie, une pression artérielle labile, une rigidité importante et une tachycardie^{2,7}. D'autre part, l'arrêt brusque des agonistes dopaminergiques doit aussi être évité, car il peut entraîner des symptômes de retrait : agitation, anxiété, attaque de panique, diaphorèse, douleur, insomnie, irritabilité, nausées, vomissements, etc.^{2,7,8}. Si la personne vivant avec la MP est sous pompe de gel intestinal de lévodopa-carbidopa (Duodopa), alors le tube lié à la pompe ne peut pas être utilisé pour administrer un gavage. Un TNG doit alors être installé à cet effet, si le gavage est nécessaire.

Solutions de remplacement à la voie orale

Lorsque l'installation d'un TNG est impossible ou que la personne vivant avec la MP doit être strictement *nil per os* pendant et après la chirurgie, la substitution temporaire des précurseurs de la dopamine par un timbre de rotigotine transdermique, un agoniste dopaminergique, peut être une solution de choix pour éviter les conséquences associées à l'arrêt brusque des précurseurs de la dopamine¹⁻³. Le moment idéal pour installer le timbre de rotigotine n'est pas clairement établi. Selon la gravité de la MP, le timbre pourrait être installé le soir précédant la chirurgie ou encore le matin même de l'intervention³. Dans ces rares cas, il est préférable de demander l'avis d'un pharmacien afin de calculer la dose recommandée et le moment d'apposer le timbre de rotigotine transdermique. L'outil OPTIMAL Calculator 2, disponible jusqu'à la fin de l'année 2025, permettait de calculer la dose équivalente en rotigotine selon un facteur de 30:1 (lévodopa:rotigotine). Ainsi, une dose de 480 mg de lévodopa et plus correspond à 16 mg/jour de rotigotine, c'est-à-dire la dose maximale à utiliser selon la monographie du produit. Un autre outil, PDMedCalc, toujours disponible en ligne, sous-estime la dose de remplacement en rotigotine du fait qu'il utilise un ratio de 120:1 pour calculer l'équivalence entre la lévodopa et la rotigotine⁹. Cette approche vise à diminuer le risque de certains effets indésirables, comme la confusion, le délirium et les hallucinations. La dose obtenue peut donc être un point de départ, mais elle doit être augmentée selon la réponse clinique et la tolérance du patient. La reprise des précurseurs de la dopamine est souhaitable dès que l'administration des médicaments par voie orale est à nouveau possible, vu le fait que les agonistes dopaminergiques sont associés à un risque accru de confusion et de délirium⁷. L'expertise du pharmacien est à nouveau requise à cette étape.

L'utilisation d'une solution intrarectale de lévodopa-carbidopa peut être envisagée dans certains cas où la prise de comprimés par la bouche ou par le TNG est impossible en période postopératoire immédiate et que la situation semble de courte durée. Cependant, l'utilisation intrarectale de lévodopa n'est basée que sur des rapports de cas, et les données quant à son efficacité sont contradictoires¹⁰⁻¹². Le recours à cette préparation pour une période prolongée est déconseillé vu l'absorption imprévisible du principe actif par cette voie et les failles possibles liées à son administration à la personne vivant avec la MP (incapacité de rester immobile pour favoriser l'absorption, inconfort, perte de volume ou dose imprécise en raison de la mauvaise manipulation du personnel infirmier, etc.).

PÉRIODE POSTOPÉRATOIRE

La prise en charge de la pharmacothérapie en période postopératoire représente un défi de taille, puisque la personne vivant avec la MP présente un haut risque de plusieurs complications (motrices et non motrices) liées à la fois à sa chirurgie et à sa maladie¹⁻⁵.

Reprise des médicaments antiparkinsoniens

Tous les médicaments antiparkinsoniens, particulièrement les précurseurs de la dopamine, devraient être repris dès que possible après la chirurgie en respectant l'horaire d'administration usuel de la personne vivant avec la MP^{1,2,4,5}. Cette reprise peut même avoir lieu à la salle de réveil. Un retard dans l'administration des doses peut mener à des complications motrices (comme des dyskinésies ou des périodes « OFF ») ou non motrices graves (comme une chute, une détresse psychologique, une incontinence

urinaire ou fécale ou une pneumonie d'aspiration) ou à une prolongation de la durée d'hospitalisation^{1,2,4,6}. Dans les cas plus graves, le décès peut même survenir¹³. La reprise des anticholinergiques, comme la bengtropine ou le trihexyphénidyl, peut parfois être retardée de quelques jours afin de diminuer le risque de constipation, de délirium ou de rétention urinaire en période postopératoire. Par contre, l'arrêt temporaire de ces médicaments peut accroître le risque de rebond cholinergique, surtout si des doses élevées d'anticholinergiques sont administrées. Ce rebond se manifestera chez la personne atteinte, entre autres, par de la confusion, une débâcle urinaire, de la diarrhée, de la rigidité et des tremblements¹⁴. Il faut alors soupeser les risques et les avantages de cette approche.

Implication des membres de l'équipe interdisciplinaire

À la suite d'une chirurgie, puisqu'il importe de mobiliser la personne vivant avec la MP le plus rapidement possible pour éviter un déconditionnement, une demande de consultation en physiothérapie doit être rapidement considérée^{1,2}. Par ailleurs, en cas de dysphagie, il est recommandé qu'un professionnel habilité (diététiste-nutritionniste, orthophoniste, ergothérapeute, etc.) évalue le patient le plus rapidement possible pour vérifier la prise sécuritaire des médicaments par voie orale et limiter le risque d'aspiration^{1,2}. Le personnel infirmier veillera à l'évaluation précoce du risque de chute et de plaies de pression, à la mise en place des mesures nécessaires pour atténuer ces risques et à la recherche d'hypotension orthostatique².

Médicaments à éviter

Le choix des médicaments à utiliser pour traiter les différents symptômes postopératoires, comme le délirium, la douleur, les nausées et la rétention urinaire, est primordial, puisque plusieurs de ces symptômes peuvent engendrer des conséquences néfastes pour le patient². Il est à noter que le propofol est l'agent anesthésique de choix pendant et après la chirurgie, si nécessaire^{1,15}.

Il faut à tout prix éviter d'administrer à la personne vivant avec la MP des antagonistes dopaminergiques, c'est-à-dire tous les antipsychotiques ainsi que le métoclopramide et la prochlorpérazine¹⁻³. Comme ces médicaments contrecarrent l'effet des précurseurs de la dopamine, ils peuvent être hautement préjudiciables. La clozapine ou la quétiapine pourraient toutefois être des choix acceptables si un traitement antipsychotique s'avère absolument nécessaire¹⁻³.

Messages clés de la prise en charge périopératoire de la pharmacothérapie d'une personne vivant avec la maladie de Parkinson (MP)

Période préopératoire

- Mettre en place un processus standardisé lors de l'évaluation préopératoire pour assurer le cheminement sécuritaire de la personne vivant avec la MP tout au long de la période opératoire en y intégrant les éléments suivants :
 - Réalisation du bilan comparatif des médicaments, arrêt des inhibiteurs de la monoamine oxydase B (IMAO-B) deux semaines avant l'opération, priorisation d'une chirurgie tôt le matin, si possible, et identification des patients avec une pharmacothérapie plus complexe requérant une consultation en pharmacie ou en neurologie, au besoin.

Jour de la chirurgie

- S'assurer que le patient reçoit ses précurseurs de la dopamine le matin de la chirurgie.
- Considérer l'installation d'un tube nasogastrique (TNG) avant la chirurgie si une longue chirurgie est prévue.
- Considérer l'utilisation des timbres de rotigotine si l'installation d'un TNG est impossible ou si le patient doit être strictement *nil per os* et consulter un pharmacien, au besoin.

Période postopératoire

- Reprendre les précurseurs de la dopamine et les autres médicaments antiparkinsoniens dès que possible après la chirurgie selon l'horaire de prise des médicaments du patient à domicile.
- Favoriser une approche interdisciplinaire qui inclut le personnel infirmier, le personnel de réadaptation (physiothérapie, ergothérapie et orthophonie) et les diététistes-nutritionnistes en vue de limiter les complications postopératoires.
- Éviter l'administration d'antipsychotiques, de métoclopramide et de prochlorpérazine.

RÉDACTION ET CONSULTATIONS

Auteurs

Par ordre alphabétique

Joëlle Flamand Villeneuve, B. Pharm., M. Sc., pharmacienne, Santé Québec – Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

James Hill, Pharm. D., M. Sc., BCPS, FOPQ, pharmacien et président du RPE en gériatrie, Hôpital régional de Rimouski de Santé Québec Bas-Saint-Laurent. Professeur associé, Faculté de pharmacie, Université Laval

Collaboratrice

Charlotte Frappier, Pharm. D., M. Sc., pharmacienne, Hôpital régional de Rimouski de Santé Québec Bas-Saint-Laurent

Réviseurs scientifiques externes

Par ordre alphabétique

D^{re} Isabelle Beaulieu-Boire, M.D., neurologue, spécialiste en troubles du mouvement, Santé Québec Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Yanik Chabot-Boulanger, B. Sc. inf., M. Sc., DESS, infirmier praticien spécialisé (soins aux adultes) et spécialisé en troubles du mouvement, Hôpital de l'Enfant-Jésus de Santé Québec – CHU de Québec – Université Laval

Fanny Courtemanche, Pharm. D., M. Sc., pharmacienne, Institut universitaire de gériatrie de Montréal de Santé Québec Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire

Marie-Ève Moreau-Rancourt, B. Pharm., M. Sc., pharmacienne, Hôpital de l'Enfant-Jésus de Santé Québec – CHU de Québec – Université Laval. Professeure de clinique agrégée, Faculté de pharmacie, Université Laval.

Lectrice externe

Christine Hamel, B. Pharm., M. Sc., pharmacienne, Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins de Santé Québec Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Coordination et révision

Par ordre alphabétique

Matthew Hung, Pharm. D., M. Sc., pharmacien et conseiller aux affaires professionnelles, A.P.E.S.

François E. Lalonde, B. Pharm., M. Sc., pharmacien et adjoint professionnel à la direction générale, A.P.E.S.

Avec la collaboration de

Par ordre alphabétique

François Desjardins, agent de communication, A.P.E.S.

Lina Scarpellini, traductrice et réviseuse linguistique

Justine Trudel-Paquin, avocate et conseillère juridique, A.P.E.S.

RÉFÉRENCES

1. Lenka A, Mittal SO, Lamotte G, Pagan FL. A pragmatic approach to the perioperative management of Parkinson's disease. *Can J Neurol Sci* 2021;48:299-307.
2. Akbar U, Kurkchubasche AG, Friedman JH. Perioperative management of Parkinson's disease. *Expert Rev Neurother* 2017;17:301-8.
3. Yim RLH, Leung KMM, Poon CCM, Irwin MG. Peri-operative management of patients with Parkinson's disease. *Anesthesia* 2022;77(suppl. 1):123-33.
4. Mucksavage J, Kim KS. Challenges in ICU care the patient with Parkinson's disease. *Crit Care Nurs Q* 2020;43:205-15.
5. Frappier C, Hill J. Pharm-info. Particularités liées à la gestion périopératoire de la médication des patients atteints de la maladie de Parkinson. Département de pharmacie. CISSS du Bas-Saint-Laurent;2022. 6 p.
6. Katus L, Shtilbans A. Perioperative management of patients with Parkinson's disease. *Am J Med* 2014;127:275-80.
7. Beckers M, Hommel D, Lennaerts H, Stuijt C, Smit P, Bloem BR. Discontinuation or acute unplanned cessation of oral dopaminergic medications in persons with Parkinson's disease: a practice review. *J Parkinsons Dis* 2025;15:1062-77.
8. Santé Canada. InfoVigilance sur les produits de santé : juin 2021. Ottawa, Ontario : Santé Canada;2021. 9 p. Disponible à : <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/drugs-health-products/medeffect-canada/health-product-infowatch/june-2021/hpiw-ivps-2021-06-fra.pdf> (consulté le 22 avril 2026).
9. Northumbria Healthcare NHS Foundation Trust. PDMedCalc (2014). [en ligne] <https://pdmedcalc.co.uk/> (site visité le 22 avril 2026).
10. Cooper SD, Ismail HA, Frank C. Case report: successful use of rectally administered levodopa-carbidopa. *Can Fam Physician* 2001;47:112-3.
11. Vogelzang JM, Luinstra M, Rutgers AW. Effect of rectal levodopa administration: a case report. *Case Rep Neurol* 2015;7:209-12.
12. Donnelly RF. Stability of levodopa/carbidopa rectal suspensions. *Hosp Pharm* 2016;51:915-21.
13. Simonet C, Tolosa E, Camara A, Valdeoriola F. Emergencies and critical issues in Parkinson's disease. *Pract Neurol* 2020;20:15-25.
14. SW Therapeutic Advisory Group. Deprescribing guide for anticholinergic drugs for parkinsonism. Sydney, Australie : NSW Therapeutic Advisory Group;2018. 4 p. Disponible à : <https://www.nswtag.org.au/wp-content/uploads/2018/06/1.5-Deprescribing-Guide-for-Anticholinergic-drugs-for-Parkinsonism.pdf> (consulté le 22 avril 2026).
15. Kalenka A, Schwarz A. Anaesthesia and Parkinson's disease: how to manage with new therapies? *Curr Opin Anaesthesiol* 2009;22:419-24.

Le présent document a été validé par les membres du Regroupement de pharmaciens experts en gériatrie de l'A.P.E.S. Les auteurs, les réviseurs et l'A.P.E.S. déclinent toute responsabilité pour toute information désuète en raison de nouvelles découvertes dans ce domaine ou toutes omission ou erreur dans le texte. Le masculin, considéré comme une forme neutre, a été retenu afin de faciliter la lecture du document. Il inclut donc le féminin.

La diffusion et la reproduction totale ou partielle de ce document, sous quelque forme que ce soit, sont interdites sans une autorisation préalable de l'A.P.E.S. Il est toutefois possible de diffuser ou de reproduire sans autorisation l'adresse URL suivante du document : [apesquebec.org/parkinsonperiopératoire](https://www.apesquebec.org/parkinsonperiopératoire)

Pour citer ce document : Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.). Maladie de Parkinson – Prise en charge périopératoire de la pharmacothérapie. Fiche préparée par le Regroupement de pharmaciens experts en gériatrie. Montréal, Québec : A.P.E.S.;2026. 4 p.

A.P.E.S.
4050, rue Molson, bureau 320, Montréal (Québec) H1Y 3N1
Téléphone : 514 286-0776
Télécopieur : 514 286-1081
Courriel électronique : info@apesquebec.org

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026
Bibliothèque et Archives Canada, 2026
ISBN 978-2-925150-29-9 (PDF)
© A.P.E.S., 2026