



# TREMBLEMENT ESSENTIEL CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

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

Août 2023

## QU'EST-CE QUE LE TREMBLEMENT ESSENTIEL ?

Le tremblement essentiel, un syndrome de tremblement isolé, est défini par la présence d'un tremblement d'action bilatéral des membres supérieurs depuis au moins trois ans sans autre signe neurologique (p. ex. : dystonie, ataxie, parkinsonisme). Il atteint parfois d'autres régions<sup>1,2</sup>. De début insidieux, le tremblement essentiel touche initialement les membres supérieurs. Lors de l'évolution de la maladie, souvent lente, les tremblements peuvent atteindre la tête, la voix, les membres inférieurs, le tronc et la langue<sup>3-5</sup>. Avec le temps, la fréquence du tremblement diminue, mais l'amplitude des mouvements augmente<sup>3</sup>.

La physiopathologie et la cause demeurent vagues<sup>1,3</sup>. Toutefois, dans environ la moitié des cas, des antécédents familiaux sont présents<sup>1,3,5</sup>. Il s'agit d'un diagnostic d'exclusion qui repose sur l'évolution de la maladie, les symptômes et l'examen neurologique. Il n'existe aucun test diagnostique ni aucun biomarqueur spécifique du syndrome<sup>1,3</sup>. Au début des symptômes, il peut être difficile de le distinguer d'autres problèmes, tels que la maladie de Parkinson ou les tremblements médicamenteux (p. ex. : lithium, acide valproïque, ISRS)<sup>1,3,4</sup>.

## QUELLE EN EST L'INCIDENCE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE ?

Le tremblement essentiel est le trouble du mouvement le plus fréquent chez les adultes<sup>5</sup>. Il touche environ 1 % de la population et de 4 % à 5 % des personnes de 65 ans et plus<sup>4,5</sup>. Il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes du point de vue de la prévalence de la maladie. Cependant, quelques études semblent indiquer une légère prédominance chez les hommes<sup>1,5</sup>.

## QUELLES SONT LES MESURES NON PHARMACOLOGIQUES ?

Malheureusement, il n'existe pas de traitement curatif. Lorsque les symptômes n'interfèrent pas avec les activités de la vie quotidienne (AVQ) ou ne créent pas de détresse psychologique, la première étape demeure l'éducation au sujet de la maladie et la rassurance<sup>4,6</sup>. La prise de petites quantités d'alcool peut diminuer les tremblements de façon transitoire chez une proportion de 50 % à 60 % des patients<sup>3,5,7</sup>. Une amélioration importante peut se faire sentir rapidement et perdurer pendant environ 2 ou 3 heures, après quoi il peut y avoir un rebond des symptômes<sup>5,7</sup>. Cet élément peut aider au diagnostic, mais n'est pas spécifique au tremblement essentiel et ne peut être considéré comme un traitement<sup>3</sup>.

Les facteurs qui exacerbent les tremblements chez le patient doivent être évités ou mieux maîtrisés, comme l'anxiété, la fatigue, le tabagisme, la caféine ou le sevrage d'alcool<sup>3,8,9</sup>. Diverses interventions, telles que la psychothérapie, la méditation ou des techniques de relaxation, sont bénéfiques dans certains cas<sup>3,8</sup>.

Pour les patients qui éprouvent des difficultés à se nourrir, à écrire ou à faire diverses AVQ, des adaptations spécifiques peuvent être avantageuses (p. ex. : ustensiles adaptés, gobelets pour les liquides, aide à l'habillement ou à l'écriture, dispositifs électriques ou électroniques)<sup>5</sup>. Une évaluation en ergothérapie peut également être suggérée. Des technologies de neuromodulation ou certains dispositifs pour diminuer les tremblements sont aussi disponibles<sup>5,7,8</sup>.

## QUELS SONT LES TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES À PRIVILÉGIER ?

Lorsque les symptômes sont importants et qu'ils deviennent invalidants en nuisant aux AVQ (p. ex. : écrire, se nourrir, s'habiller) ou créent de la détresse psychologique, on a habituellement recours à la pharmacothérapie<sup>3,6</sup>. Il faut néanmoins demeurer réaliste quant aux bienfaits escomptés des médicaments et à l'évolution de la maladie et l'expliquer clairement au patient ou à ses proches<sup>4</sup>. De plus, l'instauration d'un traitement doit se faire de façon lente et progressive.

Les études cliniques sur le sujet comportent plusieurs limites méthodologiques : faible nombre de patients (souvent inférieur à 30, sauf lors de quelques essais cliniques récents), nombre limité de patients âgés, courtes périodes de suivi, plusieurs études antérieures à 1990, définitions et mesures d'efficacité différentes selon les études (amplitude par rapport à réduction clinique des tremblements), etc.<sup>5,8,10</sup>. Les échelles standardisées d'évaluation des tremblements (p. ex. : échelle de Fahn-Tolosa-Marin) sont relativement récentes<sup>8</sup>.

Dans la littérature, les médicaments les plus efficaces sont le propranolol, la primidone ainsi que le topiramate à des doses supérieures à 200 mg par jour par voie orale<sup>10,11</sup>. Depuis de nombreuses années, seuls le propranolol et la primidone sont toutefois considérés comme des agents de première intention, et leur efficacité est similaire pour les tremblements des membres supérieurs<sup>3,12</sup>. En pratique, compte tenu des effets indésirables, il est rare d'atteindre des doses thérapeutiques efficaces de topiramate chez le patient âgé. C'est pourquoi le propranolol et la primidone demeurent les plus utilisés. Néanmoins, de 30 % à 50 % des patients n'auront pas de diminution de leurs symptômes avec ces deux agents<sup>3,6,11</sup>.

# TREMBLEMENT ESSENTIEL CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

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

Août 2023

## PROPRANOLOL

Le propranolol est le bêtabloquant le mieux étudié contre le tremblement essentiel. Il réduit l'amplitude des tremblements des membres supérieurs de 50 % à 60 % chez de 50 % à 70 % des patients<sup>3,6-8</sup>. Son effet sur les tremblements de la tête et de la voix reste modeste<sup>3,6</sup>.

Les doses étudiées varient de 60 mg à 320 mg par jour par voie orale<sup>3,12</sup>. L'effet est lié à la dose<sup>7</sup>. La dose de départ recommandée chez la personne âgée est de 10 mg à 20 mg, 2 fois par jour<sup>4</sup>. L'augmentation doit se faire à un intervalle minimal de sept jours<sup>9</sup>. La préparation à action prolongée peut être utilisée pour favoriser l'observance thérapeutique<sup>3</sup>. Les patients qui ont des symptômes pendant une activité particulière ou à des moments précis pourraient prendre le médicament sur une base occasionnelle, à raison de 10 mg à 20 mg environ une heure avant<sup>3,7,9</sup>.

Les effets indésirables à surveiller chez les patients âgés sont principalement l'hypotension, la bradycardie, la fatigue et ceux touchant le système nerveux central (p. ex. : insomnie, cauchemars, confusion et dépression)<sup>3</sup>.

## PRIMIDONE

Cet anticonvulsivant de la famille des barbituriques est métabolisé en phényléthylmalonamide et en phénobarbital<sup>3,13</sup>. L'effet thérapeutique serait dû à la molécule mère plus qu'au phénobarbital lui-même<sup>3,7,13</sup>. La primidone réduit l'amplitude des tremblements de 50 % à 60 % chez la moitié des patients<sup>3,6,14</sup>. Elle est plus efficace contre les tremblements des membres supérieurs que contre ceux de la voix ou de la tête pour lesquels les résultats sont mitigés<sup>3,5-7,13</sup>.

L'écart des doses étudiées est de 150 mg à 750 mg par jour par voie orale<sup>10</sup>. Toutefois, en l'absence d'amélioration de l'état du patient avec 250 mg, il n'y a aucun avantage à porter la dose à 750 mg<sup>3,5,7,13</sup>. Le traitement doit commencer par la plus petite dose possible, soit 31,25 mg par jour<sup>3,4</sup>.

La primidone est reconnue pour provoquer une toxicité aiguë chez de 25 % à 33 % des patients lors des premières doses (étourdissements, ataxie, somnolence et nausées)<sup>1,3,6,14</sup>. Une tolérance peut se développer au bout d'un à quatre jours<sup>1,3,13</sup>. Certains effets indésirables peuvent aussi être plus chroniques, et 50 % des patients peuvent ressentir de la somnolence à l'instauration du traitement, un problème lié à la dose<sup>7,13</sup>. Certains effets indésirables à surveiller chez les patients âgés sont les nausées et les vomissements, la somnolence, les étourdissements, l'ataxie et la confusion<sup>6,13</sup>. Les augmentations de doses de 31,25 mg doivent se faire selon la réponse et la tolérance à des intervalles de 3 à 7 jours ou plus<sup>9</sup>.

La primidone, un inducteur enzymatique puissant du cytochrome P450, entraîne de nombreuses interactions<sup>3</sup>. Elle engendre régulièrement des problèmes chez les patients âgés en cas de polypharmacie.

Il n'existe pas d'études de plus d'un an sur le propranolol et la primidone. Le traitement doit toujours être réévalué, puis les doses doivent être ajustées au besoin et selon l'évolution de la maladie<sup>3,6</sup>. Quelques études mentionnent qu'il pourrait y avoir une perte d'efficacité avec le temps chez certains patients<sup>3,7,13</sup>. Si la décision est prise de cesser ces molécules, un sevrage graduel doit être effectué<sup>4</sup>.

Chez les patients n'ayant pas une réponse suffisante en monothérapie ou chez qui les posologies ne peuvent pas être augmentées, l'association du propranolol et de la primidone peut être envisagée<sup>3,8,15</sup>. Cette association a donné une réponse supérieure en comparaison aux deux agents pris séparément<sup>6,10</sup>.

## TOPIRAMATE

Malgré le manque de données comparatives avec le propranolol et la primidone, le topiramate permettrait une diminution clinique des tremblements d'environ 30 %<sup>3,5</sup>. Il a été étudié en monothérapie ou en thérapie adjuvante dans au moins quatre études contrôlées par placebo où il s'est révélé efficace à des doses de plus de 200 mg et jusqu'à 400 mg par jour par voie orale<sup>3,6,10</sup>. Des doses plus faibles (entre 50 et 100 mg par jour) ont été efficaces dans quelques rapports de cas, mais se sont montrées inefficaces dans une étude à grande échelle<sup>3,10</sup>. Les doses de départ sont de 25 mg, 1 ou 2 fois par jour, suivies d'augmentation de doses de 25 à 50 mg par jour à intervalles de 7 jours<sup>6,9</sup>.

Le mauvais profil de tolérabilité de cette molécule a entraîné des taux d'abandon d'environ 40 % dans les études : perte d'appétit, nausées et vomissements, paresthésies, somnolence, diminution de l'attention et de la concentration, ralentissement psychomoteur, etc.<sup>5,8,10,15</sup>. La perte de poids doit aussi être suivie chez les patients âgés, car elle est rarement souhaitable<sup>6,10</sup>.

# TREMBLEMENT ESSENTIEL CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Fiche préparée par le Regroupement de pharmaciens experts en gériatrie de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec  
Août 2023

Idéalement, l'efficacité des traitements doit être évaluée par rapport à la capacité du patient à accomplir certaines tâches spécifiques du quotidien (p. ex. : écrire, se nourrir, s'habiller)<sup>4</sup>. Il est primordial de bien consigner le tout afin d'ajuster les doses ou de déprescrire un agent jugé inefficace.

## EXISTE-T-IL D'AUTRES OPTIONS DE TRAITEMENT ?

### GABAPENTINE

Malgré le petit nombre d'études contrôlées contre placebo, une étude avec un nombre limité de patients s'est démarquée de façon positive en monothérapie à des doses de 1 200 mg par jour par voie orale<sup>3,5</sup>. La littérature rapporte des résultats modestes et variés quant à l'utilisation de doses de 1 200 à 3 600 mg par jour en thérapie adjuvante<sup>3,5</sup>. Les effets indésirables, tels que la somnolence, les étourdissements et l'œdème, peuvent néanmoins incommoder les personnes âgées<sup>7</sup>.

### BENZODIAZÉPINES

L'alprazolam est la benzodiazépine pour laquelle il existe des données positives dans quelques études contre placebo chez un nombre limité de patients atteints de tremblement essentiel<sup>3,10</sup>. D'autres benzodiazépines sont parfois employées en pratique<sup>3</sup>. Globalement, leur utilisation comporte souvent plus de risques que de bienfaits chez la clientèle âgée.

### AUTRES BÊTABLOQUANTS

D'autres bêtabloquants ont été étudiés. Des données limitées existent pour l'aténolol, le sotalol, le nadolol et le métoprolol. En général, ils sont moins efficaces ou il y a moins de preuves de leur efficacité par rapport au propranolol<sup>4,12</sup>. Si le propranolol ne donne pas de résultats, il y a peu de chance que le patient présente une réponse positive à un autre bêtabloquant<sup>5,7</sup>.

### AUTRES TRAITEMENTS

La toxine botulinique de type A est réservée aux cas réfractaires. Elle peut être employée pour des tremblements des membres, mais son usage est alors limité par l'apparition d'une faiblesse musculaire<sup>6</sup>. Elle s'avère aussi utile pour l'atteinte de la voix et de la tête<sup>6</sup>.

Il existe des traitements chirurgicaux spécifiques pour les cas graves et réfractaires<sup>5,6</sup>.

## RÉDACTION ET CONSULTATIONS

### Auteurs

Par ordre alphabétique

**Mélanie Côté**, B. Sc., B. Pharm., M. Sc., pharmacienne, Hôtel-Dieu de Lévis du CISSS de Chaudière-Appalaches

**James Hill**, Pharm. D., M. Sc., BCPS, pharmacien et président du RPE en gériatrie, Hôpital régional de Rimouski du CISSS du Bas-Saint-Laurent

### Révisseur

**Dr<sup>e</sup> Véronique Mathieu**, M.D., neurologue et spécialiste des troubles du mouvement, Hôtel-Dieu de Lévis du CISSS de Chaudière-Appalaches. Clinique Neuro-Lévis, affiliée à l'Hôtel-Dieu de Lévis et associée à l'Université Laval

### Lectrice externe

**Louise Mallet**, B. Sc. Pharm., Pharm. D., FESCP, FOPQ, pharmacienne en gériatrie, site Glen du CUSM. Professeure titulaire de clinique, Faculté de pharmacie, Université de Montréal, et rédactrice adjointe, *Pharmactuel* (au moment de la relecture)

### Coordination et révision

**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.

**Jacqueline Dionne**, adjointe administrative, A.P.E.S.

**Martine Picard**, M. A., réviseur linguistique

**Annie Roy**, avocate et directrice des services administratifs et juridiques, A.P.E.S.

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 pour toute omission ou toute erreur dans le texte. L'utilisation du genre masculin a été retenue uniquement pour faciliter la lecture du document et n'a aucune intention discriminatoire.

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 du document : [apesquebec.org/tremblementessentiel](https://apesquebec.org/tremblementessentiel)

**Pour citer ce document** : Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.). Tremblement essentiel chez la personne âgée. Fiche préparée par le Regroupement de pharmaciens experts en gériatrie. Montréal, Québec : A.P.E.S.;2023. 4 p.

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

**Dépôt légal**  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023  
Bibliothèque et Archives Canada, 2023  
ISBN 978-2-925150-17-6 (PDF)  
© A.P.E.S., 2023

## RÉFÉRENCES

À noter que les références **5,10, 11** sont fortement recommandées au lecteur.

1. Haubenberger D, Hallet M. Essential Tremor. *N Engl J Med* 2018;378(19):1802-10.
2. Bhatia KP, Bain P, Bajaj N et coll. Tremor task force of the International Parkinson and Movement Disorder Society. Consensus statement on the classification of tremors from the task force on tremor of the International Parkinson and Movement Disorder Society. *Mov Disord* 2018;33(1):75-87.
3. Virgili J, Faucher-Genest A, Aubry-Lafontaine É et coll. Le tremblement essentiel : où en sommes-nous? *Pharmactuel* 2016;49(3):164-75.
4. Reich SG. Essential tremor. *Med Clin North Am* 2019;103(2):351-6.
5. **Shanker V. Essential tremor: diagnosis and management. *BMJ* 2019;366:l4485.**
6. Sharma S, Pandey S. Treatment of essential tremor: current status. *Postgrad Med J* 2020;96(1132):84-93.
7. Ondo WG. Current and emerging treatments of essential tremor. *Neurol Clin* 2020;38(2):309-23.
8. Hopfner F, Deuschl G. Managing essential tremor. *Neurotherapeutics* 2020;17(4):1603-21.
9. Deik A, Tarsy D. Essential tremor: Treatment and prognosis. *UpToDate*. Wolters Kluwer;2023. Disponible à : <https://www.uptodate.com/contents/essential-tremor-treatment-and-prognosis> (consulté le 13 mars 2023).
10. **Ferreira JJ, Mestre TA, Lyons KE et coll. MDS evidence-based review of treatments for essential tremor. *Mov Disord* 2019;34(7):950-8.**
11. **Zesiewicz TA, Elble RJ, Louis ED et coll. Evidence-based guideline update: treatment of essential tremor. Report of the Quality standards subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2011;77(19):1752-5 (réaffirmée le 16 juillet 2022).**
12. Zesiewicz TA, Elble RJ, Louis ED et coll. Practice parameter: therapies for essential tremor: Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2005;64(12):2008-20.
13. Lenka A, Louis ED. Primidone intolerance in essential tremor: is it more than just age? *Tremor Other Hyperkinet Mov* 2021;11:57.
14. Deuschl G, Raethjen J, Hellriegel H, Elble R. Treatment of patients with essential tremor. *Lancet Neurol* 2011;10(2):148-61.
15. Frei K, Truong DD. Medications used to treat tremors. *J Neurol Sci* 2022;435:120194.