

Conclusion sur le tremblement essentiel

- Maladie pouvant être handicapante
- Progrès restant nécessaires pour assurer une meilleure prise en charge

Tremblements posturaux autres
que le tremblement essentiel
(« Odd tremors »)

Tremblement orthostatique

(voir dans Apartis et Jedynak, Tremblements, EMC Neurologie, 2013)

Tableau 1 - Caractéristiques cliniques et électrophysiologiques du tremblement orthostatique.

Clinique

- Début vers 50-60 ans
- Prédominance féminine
- Absence de cas familiaux
- Instabilité ou tremblement des membres inférieurs en station debout immobile
- Marche normale
- Raideur musculaire du tronc et des MI en position debout
- Vibrations palpables et auscultatoires
- Examen neurologique normal

Electrophysiologie

- Tremblement de fréquence 14 à 18 Hz
- Bouffées de durée brève 20 à 50 ms
- Stricte synchronie droite/gauche
- Localisation prédominante : membres inférieurs et tronc, symétrique
- Survenue en orthostatisme et en contraction isométrique
- Disparition au repos

• Traitement

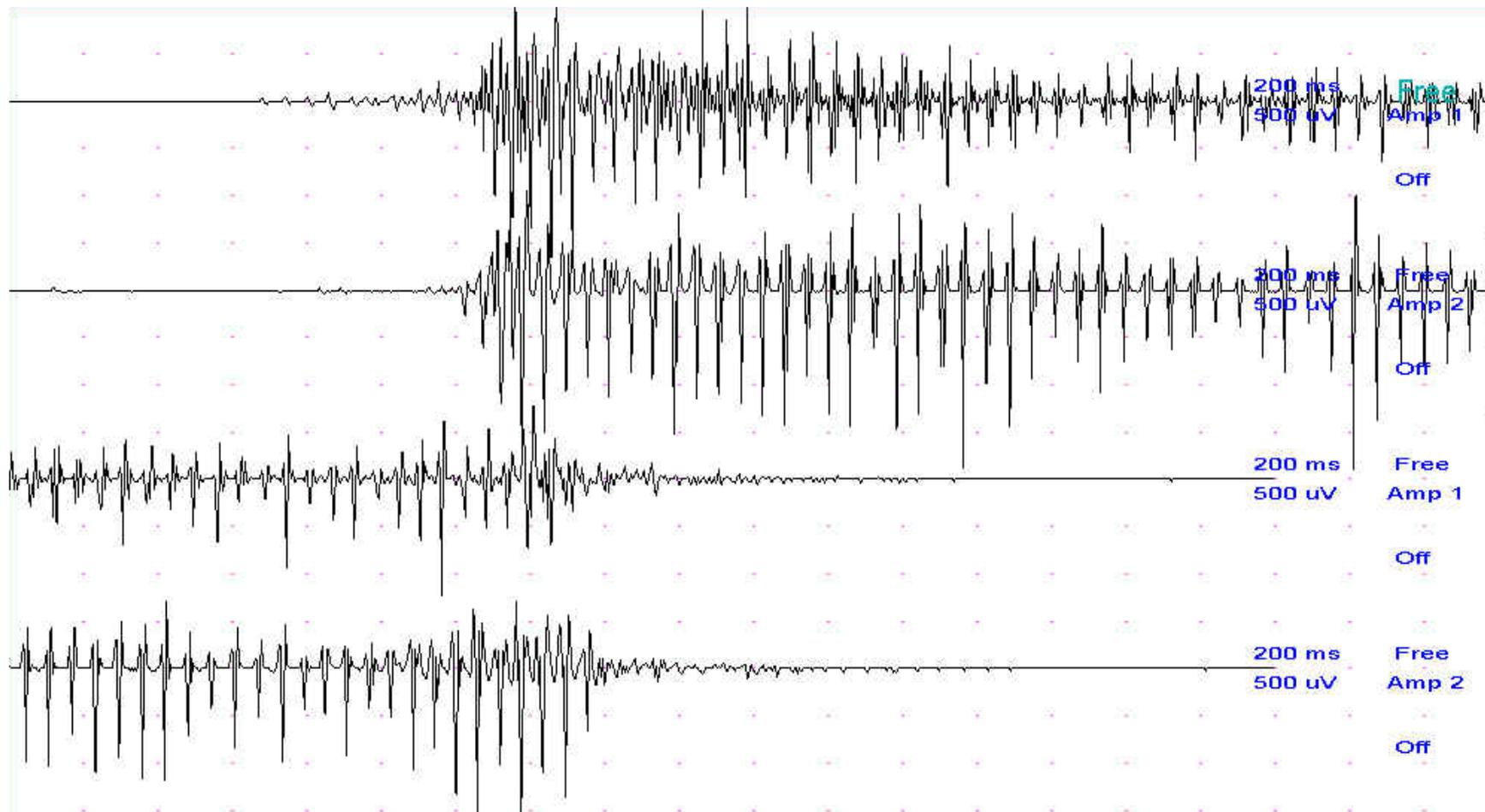
- 1)- Béta-bloquants, Zonégan inefficaces
- 2)- Clonazépam en première ligne puis gabapentine
- 3)- rTMS cérébelleuse inhibitrice / anomalies du vermis en IRMf (S Meunier)
- 4)- Aucune avancée en DBS depuis 2008 (VIM ?)

Femme de 52 ans, gène depuis 7 ans

DROIT ANT D / DROIT ANT G

ASSISE / DEBOUT / ASSISE

Service ENMG Dr. Christophe Vial, Hôpital Neurologique



Cas Vidéo N°8

tremblement orthostatique

Tremblement et myoclonies en orthostatisme

Gasca-Salas C, Arcocha J, Artieda J, Pastor P. Orthostatic myoclonus: an underrecognized cause of unsteadiness?

Parkinsonism Relat Disord. 2013 Nov;19(11):1013-7.

Leu-Semenescu S, Roze E, Vidailhet M, Legrand AP, Trocello JM, Cochen V, Sangla S, Apartis E. Myoclonus or tremor in orthostatism: an underrecognized cause of unsteadiness in Parkinson's disease

Mov Disord. 2007 Oct 31;22(14):2063-9.

- Dans la maladie de Parkinson et d'autres syndromes parkinsoniens et pathologies neurodégénératives, chez le sujet âgé: gêne à la station debout et à la marche

Tremblement intentionnel ou d'action cérébelleux :

- Tremblement traumatique
- Tremblement de la sclérose en plaques
- Tremblement de Holmes (ou tremblement rubrique ou rubrothalamique)

Localisation (homo-,
contro- ou bilatérale)
du tremblement selon
la topographie
des lésions du tronc
cérébral et du cervelet

application au
tremblement
cérébelleux de la SEP

(D'après: Apartis E. & Jedynak
P., EMC Neurologie 2013)

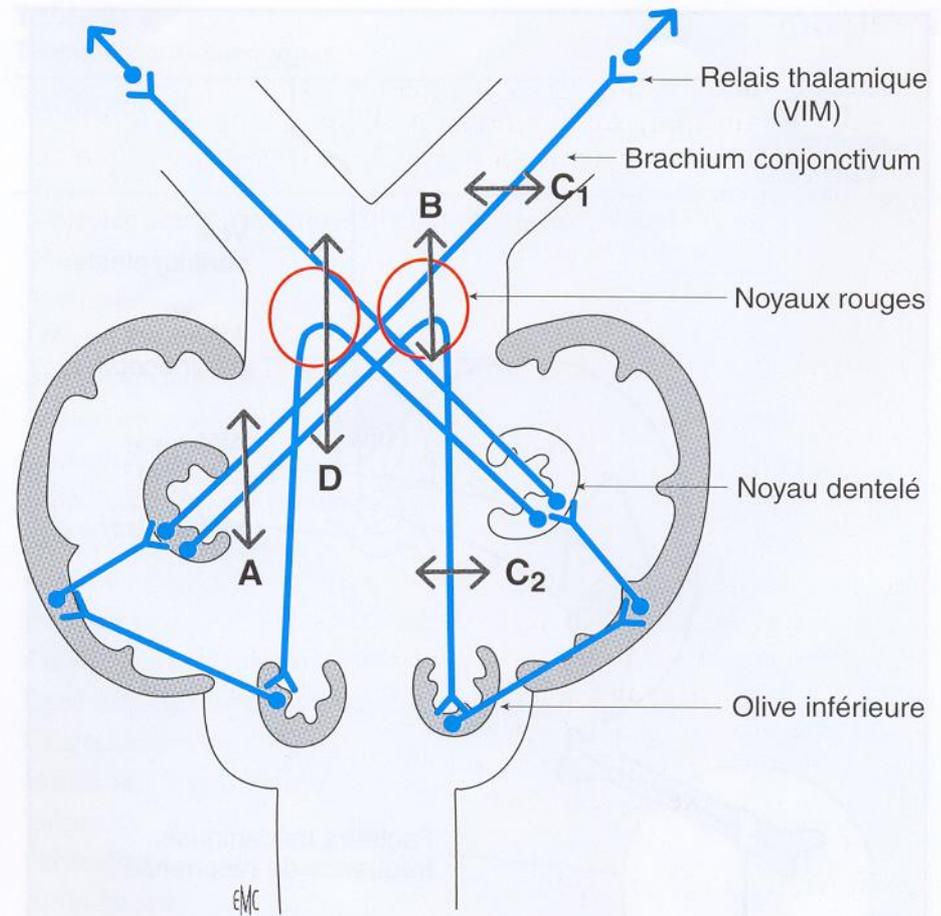


Figure 10. Cette figure inspirée par M. Kudo, S. Goto, S. Nishikawa et al. [134] montre qu'un même tremblement peut répondre à diverses localisations lésionnelles. La lésion A est responsable d'un tremblement homolatéral ; La lésion B, contralatérale à la lésion A, provoque le même tremblement comme les lésions C1+C2. La lésion D, unique, est la source d'un tremblement bilatéral. Une telle figure s'applique particulièrement aux tremblements de la sclérose en plaques (SEP).

Tremblement de la SEP

(Jedynak, Neurologies, 2002)

Tableau 1 - Localisation du tremblement sur une série de 26 patients.

Tremblements unilatéraux	7
bilatéraux	19
Membre supérieur droit	24
Membre supérieur gauche	21
Membre inférieur	1
Tremblement du tronc (il accompagne les tremblements bilatéraux des membres)	7
Tremblement de la tête	8
Tremblement de la voix (il accompagne le tremblement de la tête)	5

Tremblement de la SEP

(Jedynak, Neurologies, 2002)

Tableau 2 - Signes cliniques associés au tremblement, sur une série de 26 patients.

Pyramidaux	25
Cérébelleux (épreuve clinique de Stewart et Holmes) Chez un seul patient, le tremblement siège d'un côté et l'épreuve de SH est fortement pathologique de l'autre	21
Troubles sphinctériens	20
Troubles de l'élocution	26

Tremblement de Holmes (tremblement rubrique ou rubrothalamique)

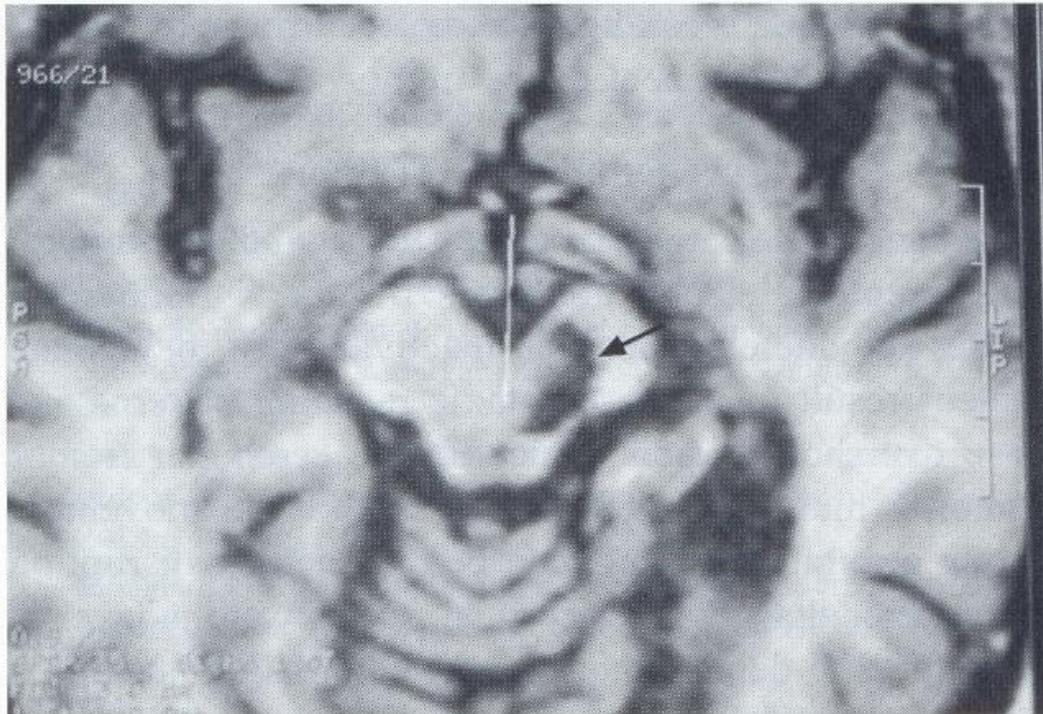
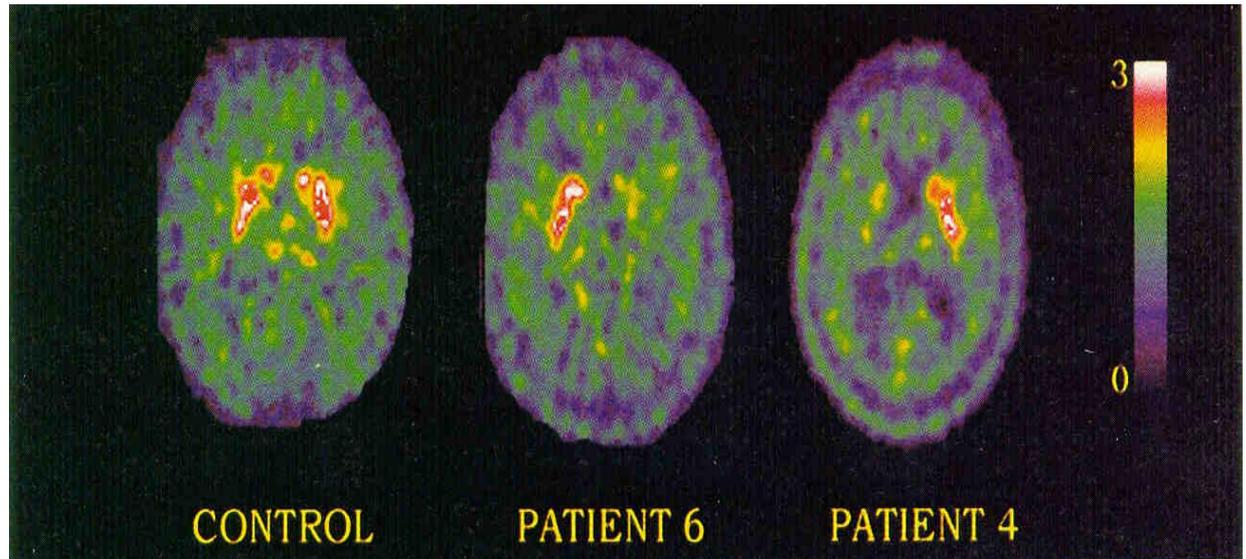
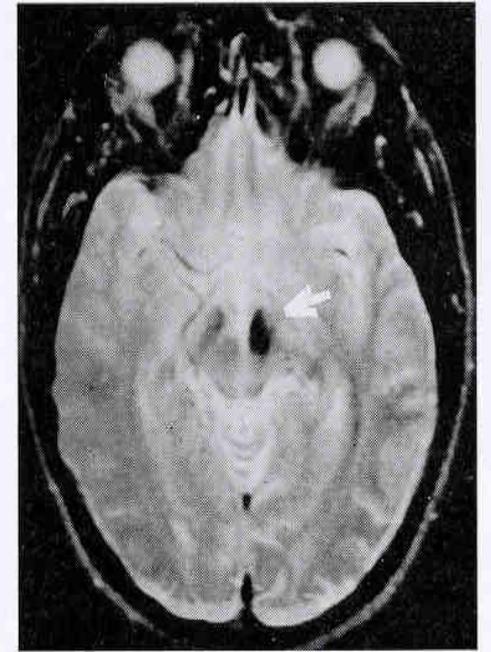
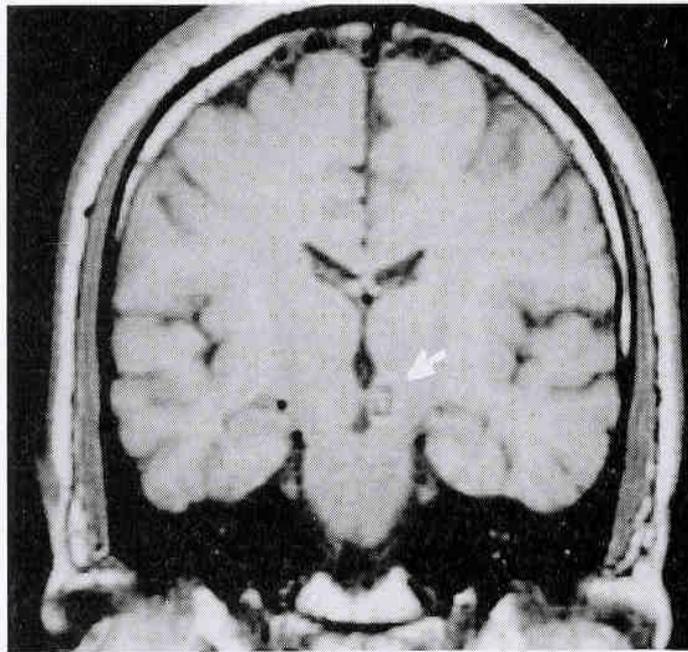


FIG. 2. Axial T1-weighted MR scan showing a large mesencephalic infarct (arrow).

Tremblement de Holmes

(Remy Ph. et al.
Neurology, 1995)



Cas vidéo N°9

tremblement d'attitude main gauche
depuis un an chez un droitier de 18 ans:
lésion thalamique droite à l'IRM

Cas vidéo N°10

Tremblement de Holmes

survenue différée du tremblement après un AVC

Tremblement cortical

- Tremblement ressemblant au tremblement essentiel d'attitude
- l'analyse électrophysiologique montre qu'il s'agit de myoclonies rythmiques très brèves
- très rare: formes familiales avec crises d'épilepsie
- résistant aux beta-bloquants
- amélioré par les antiépileptiques valproate de sodium, primidone, clonazépam

Tremblements psychogènes

(Jedynak, Neurologies, 2002)

Tableau 1 - Critères diagnostiques cliniques des tremblements psychogènes.

Signes évocateurs

- Début soudain
- Périodes de rémission spontanée complète de plusieurs jours à plusieurs semaines
- Incongruités ou bizarreries par rapport aux tremblements organiques connus
- Tremblement survenant anormalement tant au repos que dans la posture et l'action
- Variabilité de la localisation du tremblement, d'un membre à l'autre ou d'un segment de membre à l'autre
- Interruptions brèves du tremblement quand l'attention est détournée ou difficultés à effectuer les consignes d'épreuves motrices complexes controlatérales

Signes associés

- Somatisations multiples, troubles sensitifs, douleurs

Cas Vidéo N°11

Tremblement psychogène prédominant au Mb Sup Dt, gêne à la marche, aucune gêne pour prendre le verre et écrire, fatigue extrême

Cas Vidéo N°12

Tremblement spécifique à une tâche
(task-specific tremor or dystonia?)

Conclusion

- - Grande diversité des tremblements
- Analyse clinique rigoureuse
- Etude électrophysiologique et imagerie cérébrale dans certains cas
- Traitement devant être adapté au type de tremblement