



Comment je prends en charge un patient parkinsonien en kinésithérapie



The physiotherapy I propose for parkinsonian patients

Unité des pathologies du mouvement, service de neurologie, centre expert maladie de Parkinson, hôpital de Hautepierre, 1, avenue Molière, 67000 Strasbourg, France

N. Christoffers

RÉSUMÉ

La place de la kinésithérapie est aujourd'hui reconnue dans la prise en charge des patients atteints de la maladie de Parkinson : pour retarder voire prévenir l'aggravation fonctionnelle motrice aux stades initiaux, ou pour développer des stratégies de compensation préservant l'autonomie aux stades plus tardifs. Tout programme de kinésithérapie doit s'appuyer sur un bilan évaluant les capacités motrices et fonctionnelles des patients, et doit associer des exercices d'étirement musculaire et des exercices ciblés adaptés à chacun des handicaps (marche, posture, instabilité...) spécifiques du patient. Les stratégies utilisant notamment un rythme stéréotypé et le renforcement de la motricité volontaire ont montré leur efficacité.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés

Maladie de Parkinson
Kinésithérapie
Freezing
Instabilité posturale

Keywords

Parkinson's disease
Physiotherapy
Freezing
Instability

SUMMARY

Physiotherapy is a major component of Parkinson's disease (PD) treatment. It helps to slow motor difficulties and loss of autonomy, and to develop new strategies in compensation. In PD, physiotherapy programs should be based on a preliminary functional and motor evaluation. Stretching and goal-based exercises have been adapted to specific difficulties, such as gait or postural difficulties, or instability... Rhythmic and cognitive strategies that reinforce the cognitive control of movement have shown their efficacy.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

La maladie de Parkinson dont la principale lésion neuro-pathologique est la dégénérescence des cellules dopaminergiques de la *Substantia nigra*, se traduit sur le plan moteur par une akinésie, un tremblement de repos, une hypertonie plastique et à un stade plus tardif, une instabilité posturale. L'akinésie, qui se définit par une diminution de la vitesse et de l'amplitude des mouvements, correspond également à une perte de la motricité automatique ; elle a des répercussions importantes sur les gestes de la vie quotidienne. Les troubles de la marche et de l'équilibre qui apparaissent au cours de l'évolution, participent également majoritairement à la perte d'autonomie.

Les traitements médicamenteux et notamment la L-Dopa permettent une amélioration

de l'akinésie, mais n'empêchent pas l'aggravation progressive du handicap fonctionnel. La place de la kinésithérapie, en complément du traitement pharmacologique, est aujourd'hui reconnue dans la prise en charge des patients atteints de la maladie de Parkinson. Les documents édités par l'HAS mentionnent sa validité dans le parcours de soins des patients quel que soit le stade de la maladie [1]. Le programme proposé aux stades initiaux de la maladie a pour objectif de retarder voire de prévenir l'aggravation fonctionnelle motrice, alors qu'aux stades plus tardifs, il faut développer des stratégies de compensation pour préserver l'autonomie [2].

De plus, les données de certains travaux épidémiologiques montrent qu'une activité physique régulière pourrait diminuer le risque de

Adresse e-mail :
nathalie.christoffers@chru-strasbourg.fr

maladie de Parkinson [3] et des travaux expérimentaux récents sur la neuro-plasticité cérébrale montrent dans les modèles de maladie de Parkinson, un effet neuro-protecteur de l'activité physique (pour revue [4]).

En pratique, plusieurs questions se posent : quels exercices ou techniques kinésithérapiques faut-il utiliser ? Pour quels symptômes (Annexe 1) ? Dans quel ordre ? À quels stades de la maladie ? Dans cet article, nous proposerons un schéma de prise en charge, basé sur l'expérience d'un service de neurologie spécialisé dans la prise en charge des patients atteints de maladie de Parkinson.

LES DONNÉES DE LA LITTÉRATURE

Les recommandations fondées sur les données de la littérature permettent de souligner l'importance :

- des stratégies utilisant des stimuli externes ou générés par le patient : ils peuvent être rythmiques ou « one off » appliqués dans certaines circonstances pour initier une activité (se lever d'une chaise, redémarrer après une période de *freezing*). Ces stimuli peuvent être auditifs (musique, métronome), visuels (traits sur le sol...), tactiles, cognitifs (images mentales, attention : grands pas...). Leur intérêt a surtout été étudié à court terme [5], mais des effets sur la marche et la courbe de détérioration de la performance motrice ont été observés [6,7] ;
- des stratégies cognitives : qui consistent soit à décomposer les mouvements complexes en une série de mouvements simples à réaliser dans un ordre précis (de manière consciente) [8], soit à effectuer des activités qui nécessitent une concentration ou une attention importante (taï-chi [9], pratique de la danse [10] par exemple) ;
- du travail de l'équilibre, combiné au renforcement musculaire des membres inférieurs grâce à des exercices de réentraînement à l'effort, afin d'augmenter l'adaptation cardiovasculaire, ainsi la vitesse de marche et de ce fait améliorer la qualité de vie [2,11,12] ;
- des exercices « dirigés vers un but » (*goal-based exercises*) [4], destinés à améliorer ou récupérer des fonctions motrices spécifiques déficitaires ou perdues. Ils se focalisent notamment sur l'équilibre et la marche. Une partie de ces exercices permettent au patient de devenir conscient de mouvements qui étaient antérieurement automatiques et inconscients ;
- de la répétition en grand nombre des séquences de mouvements [13–15] ;
- des exercices d'entretien des capacités physiques (travail musculaire, stretching) [16].

Concernant les exercices en situation d'aérobic, les données de la littérature sont contradictoires : plusieurs études ont montré l'intérêt immédiat et à long terme en cas de programme répété, des exercices sur tapis roulant ou bicyclette ergométrique, réalisés à haute intensité (vitesse augmentée par rapport à la vitesse « préférée ») [17,18]. Mais ces résultats sont contestés par des études plus récentes montrant un meilleur effet sur la vitesse de marche des exercices à faible intensité [16].

LE BILAN

La première étape de toute prise en charge kinésithérapique est la réalisation d'un bilan précis permettant notamment

d'évaluer les possibilités fonctionnelles et l'indépendance motrice du patient. Il évalue notamment :

- la marche : le pas (hauteur, longueur, largeur), la marche arrière (au cours de laquelle il est possible d'observer la présence d'une éventuelle instabilité posturale), le demi-tour, la dissociation des ceintures scapulaires et pelviennes et le ballant des bras. Il est judicieux d'utiliser le « *timed up and go* » test comme référence d'évolution avant et après la thérapie ;
- l'équilibre (marche en tandem et manœuvre de Romberg) ;
- la stabilité posturale (item 29, UPDRS III), sachant qu'une instabilité posturale peut exister même en l'absence de troubles de l'équilibre ;
- la présence éventuelle de chutes dont il conviendra de préciser les circonstances grâce à l'anamnèse.

Ce bilan doit également prendre en compte les capacités cognitives du patient. Il doit être : fonctionnel, adapté au patient et au stade de la maladie.

LE DÉROULEMENT D'UNE SÉANCE

En prenant 30 minutes, comme temps de prise en charge kinésithérapique (si le temps le permet et la fatigue du patient, l'idéal serait une séance de 45 minutes), la séance de rééducation du parkinsonien est composée de 2 phases :

- une phase initiale (5–10 minutes), « passive » pour le patient, qui comporte :
 - une série d'étirements musculaires des quatre membres et du tronc, en particulier des muscles grand dorsal et dentelé antérieur, ilio-psoas, droit fémoral et ischio-jambiers. Cette phase prend davantage de sens lorsque le patient présente une importante rigidité axiale et segmentaire, afin d'obtenir la mobilité articulaire nécessaire pour la seconde phase qui sera ainsi efficace plus rapidement,
 - des exercices de renforcement/stimulation des muscles érecteurs du rachis et fessiers (grand fessier), ainsi que des exercices de neuro-facilitation proprioceptive (méthode Kabat/PNF) qui renforcent les synergies musculaires au cours de mouvements de grande amplitude ;
- une seconde phase (20 à 25 minutes), comportant deux temps : un exercice ciblé suivi d'une mise en situation fonctionnelle (« *goal-based exercise* »).

Dans la prise en charge kinésithérapique d'un parkinsonien, il est primordial de respecter quatre points :

- un thème par séance : ne pas travailler tous les symptômes du patient lors d'une même séance. Il s'agit ici d'obtenir une intégration sensori-motrice efficace par le cervelet, dans le but d'avoir un changement du contrôle postural du patient au sein de son schéma corporel. Des études ont montré que la distraction par une tâche cognitive ou motrice additionnelle aggrave la performance de marche en entrant en concurrence avec l'attention dirigée sur la marche. C'est la situation de double tâche, cause classique de détérioration de la performance motrice dans la maladie de Parkinson [19] ;
- une voix forte du thérapeute : donnant des instructions verbales dynamiques et brèves ;
- un rythme stéréotypé avec la répétition en grand nombre de façon soutenue et vigoureuse, de séquences de mouvements ;

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3087267>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3087267>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)