La place de la rééducation dans le traitement de la maladie de Parkinson

Autor(en): **Robert, Jean-Paul**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Parkinson : das Magazin von Parkinson Schweiz = le magazine de Parkinson Suisse = la rivista di Parkinson Svizzera**

Band (Jahr): **- (1999)**

Heft 55

PDF erstellt am: **30.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-815617

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

La place de la rééducation dans le traitement de la maladie de Parkinson

• *par le Dr Jean-Paul Robert, Gland*

I. Signes et symptômes de la maladie

Les caractéristiques majeures de la maladie de Parkinson sont le trémor de repos, la rigidité, l'akinésie et l'instabilité posturale. Les déficits fonctionnels qui en découlent souvent sont des troubles de la marche avec chutes, une diminution des amplitudes articulaires, des troubles posturaux, des douleurs articulaires et en particulier lombaires. Il peut exister un déconditionnement cardio-vasculaire et respiratoire, une dépression et une baisse des facultés mentales, des troubles de la déglutition avec pneumonies et dénutrition, des troubles sphinctériens (incontinence urinaire par urgence mictionnelle et constipation). La perte de l'autonomie, les difficultés de communication et de déplacement, sont à l'origine des difficultés sociales, professionnelles et parfois financières. Finalement, l'autonomie dans les activités de base de la vie quotidienne est menacée.

II. Traitement

A. Traitement médicamenteux

Les traitements médicamenteux antiparkinsoniens sont essentiels mais doivent être complétés par la rééducation, à tous les stades de la maladie.

B. Rééducation

La rééducation doit être comprise comme la mise en oeuvre coordonnée de mesures médicales, sociales et techniques pour l'amélioration de la fonction ainsi que pour l'adaptation des intéressés et de leur environnement, en vue de l'obtention de la capacité fonctionnelle optimale et d'une place convenable dans la société (OMS). Le médecin rééducateur a un rôle essentiel dans cette affection, car les techniques de kinésithérapie, et d'ergothérapie constituent une des meilleures possibilités de maintenir une fonction. Selon le mode d'évolution et le degré d'expression de la maladie, des soins infirmiers, une psychothérapie et de la logopédie pourront être prescrits. L'aide d'une assistante sociale ou d'une diététicienne peut également s'avérer nécessaire. A toutes les étapes de la maladie, l'intégration du compagnon de vie dans la prise en charge est indispensable.

1. Rééducation selon les phases de la maladie

1.1. En phase précoce

Au moment où le diagnostic de la maladie de Parkinson est posé le patient peut, grâce aux médicaments, retrouver son état de santé antérieur. Il profitera alors de cette période dite de «lune de miel» pour améliorer sa condition physique (cardio-vasculaire, respiratoire et musculaire et sa souplesse articulaire) avant que la maladie ne s'aggrave malgré la médication. Le patient pratiquera une activité physique quotidienne, seul ou en groupe, en fonction de ses inclinations personnelles et des facilités disponibles localement. Les exercices d'endurance pourront s'effectuer en plein air, si possible sous forme de marche ou de natation. La rééducation, à ce stade, a surtout un rôle préventif.

1.2. En phase de maladie installée

Lorsque les symptômes de la maladie deviennent plus marqués malgré le traitement médicamenteux optimal, la pratique individuelle des exercices physiques devient difficile en raison de l'akinésie croissante, de la diminution de l'initiative, d'une éventuelle dépression. Un programme de rééducation devra être instauré en institution pour inculquer au patient toute une série de conseils et d'exercices. Ces derniers seront surtout axés sur la coordination, l'équilibre et la marche. Ce type de programme de kinésithérapie sera dès lors indiqué, à raison d'une ou de plusieurs séries de séances par année, selon les besoins et les problèmes propres à chaque patient. Les exercices à faire à domicile lui seront démontrés, et il pourra s'inspirer également de la littérature spécifique qui lui est destinée. En même temps, ce programme sera couplé à l'ergothérapie qui complétera judicieusement la prise en charge. Elle visera au maintien de l'indépendance par des exercices adéquats et des jeux recherchant la coordination et l'équilibre. Certains traitements en groupe seront privilégiés car particulièrement dynamisants grâce à l'émulation qu'ils entraînent chez des patients qui se sentent souvent mis à l'écart. L'apport de moyens audio-visuels améliore la pratique des exercices à domicile. Une hospitalisation peut à nouveau être nécessaire pour l'adaptation du traitement médicamenteux et pour une rééducation intensive, lorsque la maladie devient rapidement progressive, et en particulier lorsque le patient tend à perdre une certaine indépendance qui risque d'avoir des répercussions sociales et professionnelles.

1.3. En phase avancée

Les activités que le patient peut accomplir deviennent limitées. Il veillera alors à économiser son énergie et se donnera des objectifs réalistes pour chaque jour. La ré-

éducation consistera en kinésithérapie pour maintenir le jeu articulaire et ainsi éviter et/ou lutter contre les rétractions musculotendineuses qui ont tendance à s'installer au niveau des extrémités et du tronc. Leur présence augmente la gêne motrice et l'inconfort, elles favorisent l'apparition d'attitudes vicieuses et d'ulcères de décubitus. L'ergothérapie à domicile adaptera l'environnement pour que l'indépendance puisse être maintenue et facilitera les soins effectués par des tiers. L'aide d'une infirmière à domicile, d'une assistante sociale, voire un soutien psychothérapeutique peuvent être nécessaires.

2. Rééducation selon les symptômes et les techniques spécifiques

2.1. Physiothérapie

Jusqu'à un passé récent, la kinésithérapie s'est adressée essentiellement aux conséquences secondaires de la maladie de Parkinson (conséquences orthopédiques, respiratoires, musculaires). Les approches actuelles portent également sur l'un des maîtres signes du déficit primaire: l'akinésie. Une des stratégies consiste à apprendre au patient à se représenter intérieurement les actes moteurs avant de les réaliser et à se concentrer sur la perception du corps pendant leur exécution. La rééducation n'a pas d'impact sur le tremblement. La rééducation, essentiellement comprise en période «on», comprend une phase gymnique orientée vers des exercices d'équilibre et de coordination, une phase de kinésithérapie manuelle analytique qui permet de traiter des problèmes locaux (douleurs, raideurs articulaires, contractures...). Les séances auront lieu non seulement à sec mais également, si possible, en piscine ce qui est particulièrement apprécié des patients.

Travail du tronc:
L'autonomie posturale sera étudiée devant la glace avec correction des attitudes vicieuses, notamment la flexion de la tête et du tronc. L'équilibre sera travaillé par poussées, tractions en positions variables : à genoux, à 4 pattes, et surtout en sollicitant les réactions automatiques. Les exercices d'assouplissement des différents vertébraux sont essentiels à la conservation de la mobilité de la colonne, permettant de prévenir les positions défectueuses. L'entretien respiratoire repose sur des exercices de contrôle ventilatoire par relaxation et de développement de l'ampliation thoracique.

Membres supérieurs :
Le travail repose sur des mobilisations actives et des exercices plus globaux avec mouvements amples et déliés. Les exercices de coordination manuelle jouent un grand rôle dans le maintien des gestes de la vie quotidienne : activités de précision manuelle, rapidité d'exécution gestuelle (lancer de balle).
Membres inférieurs:
Comme aux membres supérieurs, des mobilisations actives sont nécessaires pour entretenir la force musculaire et prévenir l'enraidissement articulaire et améliorer la proprioception. Les exercices de marche sont variés (marche sur place, contrôle du demi-tour, marche contrôlée, parcours d'obstacles) en insistant sur la synchronisation des mouvements (enroulement des épaules, balancement des bras) et leur rythmicité (métronome, etc).

Changements de position:
L'exercice d'activités pratiques, comme le retournement dans le lit, le lever d'une chaise, le relever du sol, lui sera utile dans des situations courantes de la vie quotidienne. L'enseignement concernant la chronologie des gestes à effectuer pour assurer des bras de levier optimaux rendront ces changements de position plus faciles.

En bref, la rééducation de la maladie de Parkinson

- La rééducation a un rôle primordal.
- En phase précoce, à titre préventif, le patient effectue seul les exercices qui lui sont prescrits.
- En phase installée, le patient suivra un programme de rééducation individuel ou en groupe, basé sur la kinésithérapie et l'ergothérapie. En fonction des problèmes propres à chacun, d'autres conseils lui seront prodigués.
- En phase avancée, une rééducation d'entretien sera maintenue avec adaptation de l'environnement et soins à domicile.

2.2. Ergothérapie

L'ergothérapie sera particulièrement utile pour l'habileté et la coordination manuelles dans les activités de la vie quotidienne comme dans l'écriture, les soins d'hygiène, l'habillement, ainsi que dans le choix de moyens auxiliaires pour maintenir son autonomie. Le domicile doit être organisé de manière à écarter tout obstacle et à écarter tout risque possible (tapis non fixés, câbles, objets encombrants, escaliers sans rampes). Il faut veiller à un aménagement rationnel du mobilier.
L'accomplissement des travaux ménagers et de la cuisine doit être le plus simple possible, grâce: à un arrangement optimal des objets, au choix de menus simples à préparer et à l'aide de moyens auxiliaires.
La chambre à coucher doit comporter un lit à hauteur variable, le lit peut être aménagé pour faciliter le retournement. L'habillement sera effectué pendant la phase active des médicaments, en position assise en cas de risque de chute. Les habits seront choisis, entre autres critères esthétiques, en fonction de leur simplicité d'emploi. Les déplacements devront se faire en toute sécurité, si nécessaire avec un déambulateur ou en chaise roulante pour les plus grandes distances. Les moyens auxiliaires existent aussi pour faciliter les transferts, les repas, la toilette en baignoire ou en douche. Les visites à domicile ou sur la place de travail peuvent être nécessaires pour bien planifier l'adaptation de l'environnement au patient. Des loisirs adaptés pourront être proposés, il peut être utile d'ailleurs que la patient participe à des jeux.

2.3. Logopédie

La dysarthrie, caractérisée par une voix monocorde, faible, brouillée, exprimant les mots trop rapidement, rend la communication difficile et contribue à l'isolement du patient. Celui-ci, après un apprentissage de relaxation, de respiration coordonnée et d'exercices faciaux, exercera l'élocution sur le plan du volume, de la hauteur, de la durée, de l'intonation des sons phonétiques, éventuellement avec l'aide d'un biofeedback oscillographique. La logopédie est également indiquée en cas de troubles majeurs de la déglutition avec fausses routes, de concert avec l'ergothérapeute, l'infirmière ou la diététicienne.