

# "Quand il s'agit de traitement antiparkinsonien, pas question de regarder sa montre!"

Autor(en): **Oechsner, Matthias / Rothweiler, Jörg**

Objektyp: **Article**

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

Band (Jahr): - **(2011)**

Heft 104: **Brennpunkt : Rehabilitation bei Parkinson = Point chaud : la réadaptation en cas de Parkinson = Tema scottante : la riabilitazione nel Parkinson**

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-815457>

## **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.

# « Quand il s'agit de traitement antiparkinsonien, pas question de regarder sa montre ! »



**Le traitement du Parkinson avancé est complexe. Le Dr Matthias Oechsner, directeur du Centre Parkinson de la clinique Helios Zihlschlacht, explique pourquoi il requiert notamment du temps et une grande psychologie.**

**Bonjour, Dr Oechsner. Vous travaillez depuis plus de dix ans dans le domaine de la réadaptation en cas de Parkinson. Quels changements avez-vous observés et comment se manifestent-ils ?**

La réadaptation en cas de Parkinson s'est fortement développée parallèlement à nos connaissances et à notre expérience. De nombreux concepts viennent à l'origine de la réadaptation après une attaque d'apoplexie. Ils ont été adaptés progressivement pour les patients atteints d'autres maladies neurologiques telles que le Parkinson. En conséquence, les parkinsoniens ont été traités pendant un certain temps par une sorte de « thérapie uniforme » à base de physiothérapie et d'orthophonie. Avec les années, nous avons acquis davantage d'expérience et tiré des leçons d'études de cas et de la recherche. Aujourd'hui, de plus en plus de concepts spécifiques au Parkinson sont utilisés. Cependant, ils ne sont utiles que si le personnel spécialisé est bien formé et les applique correctement. Cette démarche a pris du temps – mais le succès est au rendez-vous. À présent, notre offre de services est nettement plus vaste qu'il y a dix ans de cela.

**Quel est l'objectif de la réadaptation en cas de la maladie de Parkinson ?**

Nous essayons de préserver de manière optimale les réserves fonctionnelles des patients. Contrairement,

par exemple, au cas d'une attaque d'apoplexie, à laquelle il n'est généralement possible de réagir à l'événement soudain qu'a posteriori, la réadaptation moderne en cas de Parkinson se veut proactive ; il s'agit d'un investissement pour l'avenir. Notre objectif est de commencer le plus tôt possible les mesures de réadaptation pour les patients, afin d'améliorer leurs ressources pour plus tard. Les maux de dos chroniques dont souffrent de nombreux parkinsoniens sont un bon exemple. Ils peuvent naturellement être soulagés à l'aide de médicaments, mais ces derniers ne permettent pas d'éliminer leur cause. Les parkinsoniens sont immobiles, ils restent souvent assis sans remuer et ont tendance à développer durablement des mauvaises postures. À long terme, une sollicitation inchangée et une mauvaise posture provoquent des modifications squelettiques, aggravées par la perte musculaire progressive. S'ensuivent des douleurs chroniques et une lourde charge psychique. À long terme, les patients rapidement actifs, qui font de l'exercice, s'entraînent, étirent leurs muscles et apprennent à se tenir droits profitent davantage du traitement.

**Quelles méthodes caractérisent la thérapie ?**

Compte tenu de l'individualité des symptômes parkinsoniens, il n'existe pas de recette brevetée. Il convient d'aborder de manière ciblée les symptômes

qui donnent le plus de fil à retordre à chaque patient. Pour ce faire, nous avons recours à des traitements très variés, selon les symptômes mais également selon les préférences des patients. Demandez tous les jours à quelqu'un qui n'aime pas l'eau de faire des mouvements dans une piscine : le bénéfice est nul.

Dans le cadre des thérapies, quelques méthodes telles que le Lee-Silverman-Voice-Treatment (LSVT) en orthophonie ont été adoptées au vu des bons résultats obtenus. Du reste, le nouveau concept de physiothérapie LSVT-Big, basé sur de grands mouvements, fentes et mobilisations similaires, en découle directement. Dans ce domaine, nous sommes des pionniers en Europe. En la personne de Susanne Brühlmann, nous disposons à ce jour de la seule physiothérapeute suisse à avoir appris cette méthode aux États-Unis. Et je le constate : les premières expériences avec LSVT-Big sont très prometteuses

### La réadaptation en cas de Parkinson consiste-t-elle surtout en un entraînement physique ?

Oh que non, elle va bien au-delà ! Tout comme le travail de votre association, la réadaptation en cas de Parkinson repose sur plusieurs piliers. Tout d'abord, sur une médication adaptée. Elle constitue la base d'un contrôle optimal des tremblements, de la raideur et de la mobilité en général. Le deuxième pilier est la maîtrise des symptômes axiaux, de la posture et de l'équilibre. Il s'agit purement d'entraînement. Ensuite, nous devons tenir compte des éventuels troubles cognitifs, végétatifs et psychiatriques. Souvent, ces problèmes non moteurs accablent considérablement les patients. Pendant longtemps, ce troisième pilier n'a pas été reconnu et a été négligé dans la réadaptation.

Le quatrième pilier a trait aux instruments d'aide. Un thème essentiel, mais également délicat parfois. Souvent un travail de persuasion, une grande psychologie et du temps s'avèrent nécessaires pour convaincre les patients de l'utilité d'une aide telle qu'une canne de marche ou un déambulateur. Et il faut également un certain degré de sollicitude pour enseigner comment la manipuler correctement. Toutefois, le jeu en vaut la chandelle car une fois que les patients sont habitués à un instrument d'aide, la plupart du temps ils ne veulent plus s'en passer ! Son utilisation est synonyme de sécurité et de liberté de mouvement.

Cinquième pilier : nous nous occupons de patients équipés d'une pompe à apomorphine ou à Duodopa® et de patients qui souhaitent avoir recours à une stimulation cérébrale profonde ou l'ont déjà subie. Nous assistons les cliniques responsables des interventions grâce à des examens préalables et lors du réglage fin des stimulateurs après l'opération.

Le sixième pilier est sans doute le plus important : dans le centre Parkinson, on prend le temps ! Nous nous occupons des patients, nous essayons de découvrir comment « marche » leur Parkinson, quels symptômes les gênent le plus, quelles sont leurs pré-

férences thérapeutiques, ce qu'ils aiment moins, de quelle manière ils peuvent se motiver. C'est notre seul moyen d'adapter le traitement aux individus et d'en tirer le meilleur profit. Cette sollicitude se manifeste également par l'enseignement de choses très simples. Par exemple la prise ponctuelle des médicaments ! Nous leur donnons aussi des astuces pour le quotidien : porter des chaussures à talons plats, des vêtements à gros boutons, utiliser des couverts à manche épais, etc. Le soin intensif que ces fondamentaux impliquent nous permet souvent de constater des problèmes qui nous auraient échappé auparavant : troubles oculaires latents, prise de liquides insuffisante, suspensions nocturnes de la respiration, troubles psychiques (comme les troubles du contrôle des impulsions) ou problèmes familiaux. Autant d'éléments qui ne sont jamais abordés pendant les consultations ambulatoires par manque de temps, voire parfois par honte (tout à fait compréhensible) des patients et de leurs proches, mais qui constituent la base de tout traitement couronné de succès. Nous prenons donc également le temps de démontrer certaines choses aux patients, de les sensibiliser à un comportement sensé et de les motiver. En effet, de la confiance et de l'ouverture naît la connaissance – et de la connaissance, l'amélioration.

### À quel moment un séjour stationnaire est-il indiqué ?

Dès qu'une surveillance plus intensive de certaines fonctions, impossible dans le cadre de soins ambulatoires par les neurologues et le médecin traitants, s'avère nécessaire. Par exemple, quand des fluctuations motrices exigent un réglage fin des médicaments qui n'est pas possible en ambulatoire. Deuxième possibilité : quand apparaissent des symptômes qui ne correspondent pas à la médication ou qui en découlent, comme par exemple des hallucinations, des troubles de l'équilibre, un risque accru de chute, des oscillations de la tension artérielle ou des troubles de la déglutition. Souvent, les troubles nocturnes tels que les douleurs ou autres troubles du sommeil motivent un transfert chez nous. Pour résumer : tout ce qui n'est plus soluble par une consultation mensuelle requiert un séjour stationnaire. Les troubles et les fluctuations nocturnes, précisément, ont souvent des répercussions dramatiques – également sur la vie des proches. Par ailleurs, nous traitons également des patients dont la maladie de Parkinson s'est nettement aggravée, par exemple après une intervention chirurgicale ou en raison d'une autre maladie.

### Vous venez d'affirmer que le temps que vous consacrez aux patients était l'un des principaux avantages de la réadaptation stationnaire.

### Qu'en sera-t-il le 1<sup>er</sup> janvier 2012, quand les forfaits par cas entreront en vigueur ?

Dans un premier temps, la réadaptation ne sera pas concernée par ces mesures, car les forfaits par →



**Le Dr med. Matthias Oechsner** dirige depuis le 1<sup>er</sup> mai 2011 le centre Parkinson de la clinique Helios Zihlschlacht. Ce neurologue né en 1963 a étudié et passé sa thèse à Munich. Depuis 1995, il s'est spécialisé dans le traitement des troubles de la motricité et le Parkinson. Après sa formation continue de spécialiste en neurologie, il a occupé les fonctions de médecin chef dans la clinique neurologique de l'Université de Giessen et pendant huit ans, de médecin chef et directeur médical au sein de la clinique Parkinson de Bad Nauheim, le plus grand centre Parkinson allemand.



**La clinique HELIOS à Zihlschlacht**

Le centre Parkinson fondé en 1999 avec la collaboration du Prof. Hans-Peter Ludin et modernisé en 2003 possède actuellement 24 lits. Il est dirigé par le Dr Matthias Oechsner depuis le mois de mai 2011.

cas pour la réadaptation doivent être introduits au plus tôt en 2015. Cependant, le système des Swiss DRG ne doit pas avoir de répercussions négatives pour les parkinsoniens. L'occasion nous est offerte d'éviter les erreurs des autres pays et de maintenir la qualité de soins, très élevée en Suisse par rapport à l'Europe. Par chance, de nombreuses caisses d'assurance maladie reconnaissent encore l'importance de la réadaptation stationnaire. Naturellement, nous nous réjouissons toujours quand des représentants des caisses d'assurance maladie ou des médecins-conseil assistent à nos réunions d'information et à nos colloques. Ces personnes savent qu'au bout du compte, le maintien des ressources fonctionnelles permet certes d'améliorer la qualité de vie des patients, mais apporte également des avantages en matière de coûts et que rétrospectivement, une décision correcte prise à temps s'avère avantageuse pour tous. Par exemple, la réadaptation neurologique peut contribuer, également en cas de complications non neurologiques telles que le traitement ultérieur d'une fracture osseuse ou d'une opération, à éviter les complications chez les patients parkinsoniens.

**Que faire pour l'améliorer ?**

Comme je l'ai dit, par rapport à d'autres pays européens la qualité des soins en Suisse est déjà très bonne. Nous devons manifestement veiller à assurer davantage de transparence à l'égard des payeurs : ils doivent savoir ce qu'apporte véritablement chaque traitement, ce qu'il coûte et comment il agit à long terme. Bien des frais qui semblent exorbitants aujourd'hui sont autant d'avantages de coûts à long terme. Par ailleurs, vu la complexité des méthodes et des maladies, nous avons besoin de davantage de personnel spécialisé, de médecins, de personnel soignant et de thérapeutes dans le service Neurologie.

**À propos de spécialisation : aurons-nous bientôt besoin de plus de deux centres Parkinson (Zihlschlacht et Tschugg) en Suisse ?**

Non, je ne pense pas. Les capacités de ces deux centres sont suffisantes à moyen terme. En revanche, nous avons besoin de centres de neuroadaptation spécialisés, qui mettent résolument l'accent sur un domaine central tel que le Parkinson, la maladie d'Alzheimer, la sclérose multiple ou les attaques d'apoplexie. Cela permet de réduire les coûts, d'améliorer l'efficacité de l'hôpital et également la qualité du traitement. En outre, si les centres spécialisés coopéraient plus étroitement à la recherche et aux études de cas, la sensibilisation des responsables au sein des caisses pourrait être améliorée.

En matière de traitement différencié, il serait encore plus important de sensibiliser et de diffuser des informations sur les syndromes parkinsoniens atypiques tels que l'atrophie multisystématisée (AMS) ou la parésie supranucléaire progressive (PSP). Ces dernières représentent jusqu'à 25% des cas de Parkinson, mais elles n'ont fait l'objet de quasiment aucune recherche et leur évolution est souvent complètement différente de celle du syndrome parkinsonien idiopathique. Souvent, le diagnostic n'est pas établi correctement en ambulatoire, car il peut s'avérer très difficile précisément au stade précoce. Dans ce cas, le traitement stationnaire constitue la seule possibilité de poser un réel diagnostic. L'efficacité des médicaments antiparkinsoniens normaux étant moindre sur les syndromes atypiques, les traitements concomitants, l'information relative aux instruments d'aide et la prise en charge thérapeutique revêtent souvent une bien plus grande importance.

**Et quel est selon vous l'avenir de la réadaptation en cas de Parkinson « normal » ?**

Le développement est en constante progression. Parallèlement à des essais avec des traitements assistés par ordinateur, par exemple avec la console de jeux Wii, certaines approches utilisent dans le cadre du traitement antiparkinsonien les appareils robotisés développés pour la réadaptation après une attaque d'apoplexie. En outre, nous développons actuellement avec l'ETH un stimulateur que les patients parkinsoniens pourront utiliser en cas de blocages inattendus, les fameux *freezings*. Un projet pilote de notre ergothérapeute Roger Stadelmann est également en cours. Il lui est venu l'idée d'intégrer dans le traitement le *slackline*, une pratique de loisirs qui consiste habituellement à tendre une sangle entre deux arbres et à l'utiliser à la manière des funambules. Pour son mémoire, il a réalisé des mesures sur des patients atteints de sclérose multiple et sujets aux attaques d'apoplexie. Il a constaté que le balancement sur le *slackline* améliorait l'équilibre, la coordination, l'amplitude des mouvements et même la concentration. À présent, nous allons examiner si cette pratique peut aussi avoir des effets positifs en cas de la maladie de Parkinson.

jro

Photo: scp