

Objectif 261 : Maladie de Parkinson

II : "Maladie et grands syndromes"

OBJECTIFS

de Médecine Physique et de Réadaptation

1 - Planifier le suivi

2 - Décrire les principes de prise en charge au long cours.

□ Dans la période initiale d'efficacité thérapeutique, le suivi fonctionnel repose sur les conseils d'hygiène de vie : maintien d'une activité physique, professionnelle et sociale, entretien de l'adaptation à l'effort, des capacités respiratoires et participation au soutien psychologique.

□ Dans la période de déclin sous traitement le suivi clinique repose sur utilisation de l'UPDRS : Unified Parkinson Disease Rating Scale. Cette échelle comprend 6 sections explorant les déficiences et les incapacités :

- I. Etat mental, comportemental et thymique,
- II. Activités de la vie quotidienne à déterminer en période on et off
- III. Examen moteur à déterminer en période on et off
- IV. Complications du traitement : dyskinésies, fluctuations
- V. Stade de Hoehn et Yahr (instabilité posturale)
- VI. Echelle d'activités de la vie quotidienne.

□ La prescription de rééducation doit être adaptée et contrôlée en fonction de l'évolution et des complications éventuelles comme la survenue de douleurs musculaires squelettiques :

- **Face au déclin moteur** l'objectif est :
 - d'améliorer le contrôle postural,
 - d'entretenir la marche et l'effort,
 - de tenter de limiter la fréquence et la gravité des chutes ;
 - l'entretien des gestes est abordé en fonction des aptitudes, de l'âge, des attraits (écriture, bricolage, dessin...).
- **Les troubles de l'expression orale** lorsqu'ils existent, contribuent à l'isolement social du patient. L'objectif est de favoriser le contrôle volontaire de la voix, du souffle, du rythme et de l'intelligibilité de la production ;
- **A un stade plus évolué** d'autres déficiences participent à la perte

d'autonomie :

- troubles mictionnels,
- dysphagie,
- déformation rachidienne
- restriction ventilatoire
- enrayage moteur
- le déclin cognitif est fréquent, le plus souvent tardif ; il doit être distingué d'un état dépressif au long cours. Il contribue gravement à la perte d'initiative, l'isolement, l'immobilité et l'institutionnalisation. Il doit être dépisté précocement, expliqué avec tact à l'entourage pour l'aider à en retarder les conséquences.

Ces troubles peuvent s'intriquer et justifier une approche diagnostique et rééducative spécifique.

□ Sur le plan des pratiques et des prescriptions.

La kinésithérapie, comme l'ergothérapie et l'orthophonie ont un rôle spécifique.

▪ La kinésithérapie et l'orthophonie libérales :

- sont incitatives de l'entretien de l'activité au stade précoce.
 - Plus tard elles doivent s'organiser en priorité au cabinet du kinésithérapeute et de l'orthophoniste.
 - La prescription doit éviter l'habitude, la lassitude et la résignation.
 - Elle doit être discontinuée pour favoriser le changement et la dynamisation du patient.
 - L'organisation dans le temps des séances, doit tenir compte des fluctuations motrices et intégrer les conditions de motivation et d'anxiété (loisirs, habitudes choisies et parfois ritualisées, organisation de la vie familiale...).
 - **Des sessions de rééducation en groupe** de patients parkinsoniens apportent une dimension supplémentaire : diversité des exercices, émulation, espace de parole, partage d'expérience.
- La dynamique de groupe est très soutenue par d'adhésion à une Association de malades parkinsoniens.
- L'hospitalisation courte en Médecine Physique et de Réadaptation ou en Hôpital de Jour, facilite les compétences multidisciplinaires (kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie, psychomotricité, psychologie).

Dernière mise à jour : 12/2005