

## Chapitre 11 Item 104 – Maladie de Parkinson

- A. Indications
- II. Modalités organisationnelles
- III. Cibles thérapeutiques
- IV. Programme de rééducation
- V. Commentaires

Rang	Rubrique	Item : 106 Intitulé	Maladie de Parkinson Descriptif
A	Diagnostic positif	Connaître les symptômes qui peuvent inaugurer une maladie de Parkinson.	Signes moteurs et non moteurs
A	Diagnostic positif	Décrire les signes cliniques d'une maladie de Parkinson.	Triade parkinsonienne
B	Eléments physiopathologiques	Connaître le processus physiopathologique de la maladie de Parkinson	Description du processus dégénératif, le corps de Lewy
A	Diagnostic positif	Connaître les signes cliniques dont l'association à un syndrome parkinsonien va à l'encontre du diagnostic de maladie de Parkinson.	Les drapeaux rouges
B	Diagnostic positif	Connaître les manifestations de la phase des complications motrices	fluctuations motrices et dyskinésies
B	Diagnostic positif	Énoncer les manifestations de la phase de déclin moteur	None
B	Diagnostic positif	Connaître les manifestations de la phase de déclin cognitif et comportemental	None
B	Prise en charge	Connaître les différentes classes de médicaments antiparkinsoniens	Dopothérapie, agonistes dopaminergiques, inhibiteurs enzymatiques
B	Prise en charge	<b>Connaître les thérapeutiques non médicamenteuses et l'importance de la kinésithérapie</b>	<b>Kinésithérapie, orthophonie</b>
B	Prise en charge	Connaître les principes du traitement à la phase initiale de la maladie	None
A	Prise en charge	Connaître les médicaments susceptibles d'induire un syndrome parkinsonien.	principalement les neuroleptiques (identifiés ou masqués), voir Vidal

A	Contenu multimédia	Chez un patient réel ou sur un cas vidéo, définir les éléments qui orientent vers le diagnostic de maladie de Parkinson.	None
---	--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------

Situations de départ en lien avec l'item

121	déficit neurologique sensitif et/ou moteur
130	troubles de l'équilibre
134	troubles du langage et/ou phonation
226	découverte d'une anomalie du cerveau à l'examen d'imagerie médicale
247	prescription d'une rééducation
279	consultation de suivi d'une pathologie chronique
298	consultation et suivi d'un patient ayant des troubles cognitifs

## I Indications

Tout au long de l'évolution, l'activité physique occupe une place importante dans la prise en charge des syndromes parkinsoniens et de la maladie de Parkinson Idiopathique. L'approche rééducative est guidée par l'évolution de la maladie ainsi que par la symptomatologie (motrice et cognitive). À un stade débutant ou modéré (capacité de marche indépendante et un certain niveau d'indépendance physique), la rééducation peut se concentrer sur l'enseignement d'exercices ciblés aujourd'hui établis comme efficaces pour améliorer les capacités motrices. Pour les stades plus avancés (perte de la capacité de lever d'une chaise, bras croisés, perte de la déambulation autonome, patients dépendants), l'approche utile peut devenir celle de l'enseignement de stratégies de compensation au patient et à son aidant, pour minimiser les effets des limitations motrices et augmenter la sécurité au domicile.

## II Modalités organisationnelles

La kinésithérapie est réalisée le plus longtemps possible en ambulatoire et comprend systématiquement un travail d'auto-rééducation guidée encadrée par de la kinésithérapie libérale. Cette auto-rééducation doit aujourd'hui être au centre de la prise en charge des patients parkinsoniens: l'intensité et la fréquence du travail réalisé sont en effets des éléments nécessaires au bon contrôle des symptômes et de la progression de la maladie.

Les modalités de prescription sont guidées par l'évolution des patients.

À un stade débutant ou modéré, l'auto-rééducation, qui permet une intensité et une fréquence de travail suffisantes au contrôle de la maladie, est au centre de la prise en charge. La prescription des exercices et leur enseignement est guidé par l'évaluation clinique du patient et ses plaintes fonctionnelles. Les séances de kinésithérapie peuvent être associées à ce travail de façon ponctuelle (une séance par semaine sur quelques semaines, plusieurs fois dans l'année), individuelles ou en groupe. Le kinésithérapeute encadre les patients dans la réalisation de leur travail de rééducation (enseignement, correction et aide à la réalisation d'exercices ciblés). La kinésithérapie peut aussi être organisée sous forme de séances collectives dans le cadre d'hôpital de jour en médecine physique et de réadaptation (MPR), où elle sera couplée à de l'activité physique adaptée, ainsi qu'à d'autres activités telles que le tai-chi, le yoga ou encore les danses

thérapeutiques. À un stade plus avancé, la kinésithérapie peut devenir plus régulière, accompagnant le patient au domicile et au cours de ses hospitalisations.

### III Cibles thérapeutiques

Une évaluation clinique précise et quantifiée est nécessaire pour cibler au mieux les symptômes venant altérer l'autonomie des patients, quel que soit le stade d'évolution du syndrome parkinsonien.

La kinésithérapie, couplée à un travail d'auto-rééducation guidée, permet de minimiser l'hypométrie, les troubles de la marche, de l'équilibre et de la posture, la gêne aux transferts et retournements (dissociation axiale) et le déconditionnement à l'effort.

### IV Programme de rééducation

#### A Maladie de Parkinson débutante ou à un stade modéré

Déambulation encore autonome et cognition compatible avec l'apprentissage d'exercices moteurs.

#### Objectifs et moyens :

- améliorer la disponibilité dopaminergique au niveau du striatum :
  - le travail physique, lorsqu'il est réalisé avant la prise de lévodopa, permet une meilleure production et disponibilité de la dopamine endogène au niveau du striatum, tout en améliorant l'absorption et l'utilisation striatale de la lévodopa exogène.
- diminuer l'hypométrie, améliorer la marche, la posture, l'équilibre :
  - exercices de renforcement moteur contre résistance : muscles quadriceps, ischiojambiers, triceps suraux, moyens et grands fessiers aux membres inférieurs ; muscles deltoïdes, triceps brachiaux, extenseurs du carpe et des doigts aux membres supérieurs,
  - renforcement contre résistance des muscles extenseurs paravertébraux : exercices en abduction et en antépulsion d'épaule contre résistance, debout ou en décubitus ventral ;
  - travail de marche sur une distance spécifique, en se concentrant sur la longueur du pas et non sur la vitesse de marche ;
  - travail en double tâche (cognitive + motrice) afin de diminuer la fréquence et sévérité des enrayages cinétiques.
- Reconditionnement à l'effort, neuro-protection et neuro-régénération (en plus de bénéfices prévus sur l'hypométrie, la marche et l'équilibre)
  - Travail aérobic à haute intensité : travail soutenu sur bicyclette ergométrique pendant 20 à 30 minutes (vitesse imposée, résistance adaptée au patient) ; marche sur tapis roulant.

Ce travail peut être proposé selon deux modalités: continue ou fractionnée (alternance de courtes périodes à très haute intensité et de courtes périodes à basse intensité sur la durée de la séance)
- Optimisation des transferts et retournements :

- travail moteur par des exercices assis-debout, répétés à partir de chaises de hauteur décroissante,
- travail de retournements au sol et de relevés du sol (échelle GMT),
- travail de dissociation axiale, assis et debout ;
- améliorer la performance motrice pendant la séance :
  - utilisation de signaux sensoriels, acoustiques (métronome), visuels (barres sur le sol), émotionnels et cognitifs (musique, travail de groupe, instructions verbales),
- travail de la phonation et de l'articulation en orthophonie (pouvant être remplacé par du chant ou de la chorale) :
  - travail d'amélioration de l'ampliation thoracique,
  - technique de coordination souffle/voix,
  - travail des praxies buccofaciales,
  - technique LSVT (*Lee Silverman Voice Therapy*) ;
- techniques complémentaires :
  - tai-chi thérapeutique,
  - danses (tango, danses de salon, danse classique),
  - yoga thérapeutique.

## B Maladie de Parkinson à un stade avancé

Autonomie de déambulation altérée ou cognition incompatible avec l'apprentissage d'exercices moteurs.

### Objectifs et moyens :

- apprentissage de compensations pour préserver les capacités fonctionnelles :
  - séparation de tâches quotidiennes en sous-tâches : décomposer les séquences motrices nécessaires pour se lever d'un lit, d'une chaise, enfiler certains vêtements,
  - répétition mentale à effectuer avant certaines tâches difficiles (le patient peut de moins en moins compter sur sa motricité automatique et doit « recorticaliser » les efforts moteurs),
  - utilisation de signaux sensoriels au domicile : barres colorées nettes au bord de chaque marche d'escalier, sur le sol pour sortir ou rentrer dans l'espace exigü des toilettes, écouteurs avec musique rythmée ou aimée du patient pour sortir faire les courses ;
- pour prévenir les chutes :
  - apprendre à effectuer des demi-tours en arc de cercle, c'est-à-dire sur un plus grand espace que le demi-tour normal, en focalisant l'attention sur la longueur des pas,
  - éviter les tâches simultanées, surtout lorsqu'une des deux tâches consiste à marcher,
  - enseignement de stratégies pour limiter les épisodes d'enrayage cinétique (exemple : « **stop** et un grand pas seulement »; chaque tâche motrice doit être unique.
  - si une aide technique semble nécessaire, elle doit être auparavant testée, en séance et entre les séances (avec la tierce personne),
  - modification de l'environnement : surélévation des chaises, dégagement des espaces, modifications des draps (2/3 satin, 1/3 coton) ;

- pour préserver la statique rachidienne et la capacité respiratoire : renforcement des muscles extenseurs et travail de la capacité respiratoire ;
- pour préserver l'état orthopédique : mobilisations articulaires passives, maintien de postures d'étirement ;
- pour améliorer la phonation :
  - utilisation de masqueur de voix pendant les conversations,
  - poursuite du travail en orthophonie ;
- pour améliorer la déglutition : manger et boire en face d'un miroir, travail de la déglutition en orthophonie.

## **V Commentaires**

À tous les stades de la maladie, il faut préférer des séances de travail physique quotidiennes, de préférence le matin avant la première prise de lévodopa. Pour une efficacité optimale, la fatigue doit être obtenue à chaque exercice réalisé.

À un stade avancé, lorsqu'il est difficile de compter sur la discipline personnelle du patient à cause des troubles dysexécutifs croissants, l'effort du rééducateur se tourne vers l'enseignement de la tierce personne autant que du patient, auxquels on apprendra une discipline de compensations pour aider le patient à préserver le maximum de fonction.

Il est souvent utile de retarder autant que possible l'usage d'aide à la marche type déambulateur et de préférer celui d'une canne simple pour éviter l'effet secondaire de rétropulsion par déconditionnement des réactions d'équilibre antéropostérieur.