

Place de la kinésithérapie dans la maladie de Parkinson : recommandations cliniques et littéraires



Physiotherapy in Parkinson's disease: Clinical guidelines and literature

^a57660 Grostenquin, France

^bIFMK de Nancy, 57 bis, rue de Nabécor, 54000 Nancy, France

^cCHR Metz Thionville, 57100 Thionville, France

Karen Léonard ^a
Pascal Gouilly ^b
Michaël Vander Maren ^c

La rééducation est-elle bénéfique aux patients parkinsoniens ? Certains prétendent que oui, d'autres que non, qu'en est-il des recommandations publiées à ce sujet ?

Alors que la conférence de consensus organisée par la HAS en 2000 [1], donne un grade C à la rééducation dans la maladie de Parkinson idiopathique, les dernières recommandations canadiennes datant de 2012 donnent un grade B [2]. La maladie de Parkinson idiopathique (MPI) et sa prise en charge sont assez controversées. Pourtant, selon la HAS, la rééducation trouve toute sa place dans le « parcours de soin du patient parkinsonien ». Nous revenons sur la mise à jour que vient de publier la HAS sur le parcours de soin du patient parkinsonien [3] sans oublier le prisme des recommandations canadiennes.

RÉSUMÉ DES LIGNES DIRECTRICES CANADIENNES

L'objectif des lignes directrices [2] est d'uniformiser la pratique des différents types de praticiens et de faire le point sur les meilleures pratiques afin de proposer au patient des thérapies améliorées au fur et à mesure du temps. Les lignes directrices canadiennes sont les dernières publiées au niveau international.

Ces recommandations stipulent que le champ d'action actuel pour cette pathologie est basé sur des thérapies « non pharmacologiques » en plein essor. L'objectif de ces thérapies consiste à responsabiliser à la fois le patient et sa famille ; à lui procurer toute l'information

et l'éducation nécessaire au bon fonctionnement de son traitement. La notion d'éducation thérapeutique a toute son importance selon ces termes.

La rééducation se doit d'être multidisciplinaire. Les exercices évoqués pour les patients sont la musicothérapie active, l'entraînement sur tapis roulant, l'entraînement à l'équilibre, ou encore les exercices synchronisés. S'il n'y a pas de grade de reconnaissance pour ces activités, elles sont décrites comme provoquant des bienfaits.

En revanche, le grade B est donné pour « Les thérapies physiques et l'exercice doivent être disponibles pour les personnes atteintes de la MP. Une attention particulière doit être accordée à :

- la rééducation de la démarche, l'amélioration de l'équilibre et de la flexibilité ;
- l'amélioration de la capacité aérobie ;
- l'amélioration de l'initiation des mouvements ;
- l'amélioration de l'indépendance fonctionnelle, y compris la mobilité et les activités de la vie quotidienne ;
- la prestation de conseils concernant la sécurité dans le milieu familial ».

Ce document précise que la thérapie physique doit être continue pour optimiser les bienfaits. Elle se doit d'être régulière puisque l'observance du patient passe par sa motivation. Ces exercices réalisés en présence du M.K. montrent plus d'efficacité s'ils sont poursuivis à domicile. Cependant, il est indiqué que les aidants n'arrivent pas forcément à renforcer ce programme d'exercices à la maison. De plus, si les patients prennent part à des programmes officiels, les études ont permis de mesurer une augmentation des scores

Mots clés

Maladie de parkinson idiopathique
Patient parkinsonien
Recommandation canadienne
Recommandation de la HAS
Rééducation

Keywords

Idiopathic Parkinson's disease
Parkinsonian patient
Canadian recommendation
HAS French recommendation
Rehabilitation

Auteur correspondant :

P. Gouilly,
IFMK de Nancy, 57 bis, rue de Nabécor, 54000 Nancy, France.
Adresse e-mail :
pgouilly@wanadoo.fr

d'activités de la vie quotidienne (AVQ), des scores moteurs ainsi qu'une bradykinésie diminuée et une déambulation augmentée. Les patients améliorent leur sécurité et leur capacité fonctionnelle au cours de l'exercice, et par conséquent diminuent leurs risques de chutes, entraînant une diminution des coûts globaux de santé.

Les recommandations ne parlent pas directement des exercices respiratoires.

« LE GUIDE DU PARCOURS DE SOINS – MALADIE DE PARKINSON (MP) » DE LA HAS

La Haute Autorité de santé vient de publier en 2014 [3] une mise à jour du « guide du parcours de soins – Maladie de Parkinson », réalisée en 2012 [2]. Ce document de 85 pages est adressé à l'ensemble des professionnels de santé intervenant dans le cadre de cette pathologie. Celui-ci décrit 4 phases d'évolution de la MP (Fig. 1) de manière schématique car la MP est variable dans sa progression et son retentissement sur la qualité de vie. Le guide détermine de manière précise l'intervention des différents intermédiaires médicaux et paramédicaux au cours des différentes phases, en précisant le caractère quantitatif de la PEC (Fig. 2). Tenant compte de la pluri-professionnalité de la prise en charge, le guide aborde aussi le rôle, la place et les modalités de coordination des différents professionnels. Le guide du parcours de soins est accompagné d'une synthèse focalisée sur les points critiques de la prise en charge et d'un schéma du parcours du patient. Un plan personnalisé de santé (PPS) doit être partagé entre soignants et personne cum Parkinson (PcP). Le guide fait intervenir le M.K. lors de chaque phase (Fig. 3), à plus ou moins grande fréquence et pour des buts variant en fonction de la phase de la pathologie.

La HAS reconnaît au M.K. plusieurs rôles à « jouer ». Il est là pour évaluer et traiter tout en prenant en compte un certain nombre de paramètres : « les capacités propres à chaque patient, les fluctuations motrices, ainsi que l'environnement de la personne » (Encadré 1). La HAS dit également que le kinésithérapeute a un rôle de relais de l'information auprès du médecin généraliste ou neurologue, que celui-ci a toute sa place dans le programme d'éducation thérapeutique, qu'il a un rôle dans la surveillance et l'observance du traitement et qu'il doit accompagner les patients et les aidants (Encadré 2). La Haute Autorité insiste fortement sur les aidants, le M.K. comme les autres intervenants doivent apporter des solutions aux aidants. L'importance des associations de patients est rappelée.

PUBLICATIONS SUR LA KINÉSITHÉRAPIE DANS LA MPI SUR LES 5 DERNIÈRES ANNÉES

La recherche bibliographique a été réalisée selon la méthodologie de l'Encadré 3. Il est nécessaire d'adapter les techniques au bilan diagnostique kinésithérapique préalablement réalisé. Pour ce faire, l'échelle la plus utilisée pour l'évaluation de la maladie de Parkinson est l'Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS) [4].

Beaucoup d'études ont été faites sur des techniques très variées, ainsi nous pouvons lire les aspects positifs de la **kiné-balnéothérapie** dans la MPI [5]. Cette dernière révèle les bienfaits de l'eau sur la rigidité musculaire, sur la proprioception et le travail de l'équilibre postural.

D'autres articles évoquent les bienfaits du travail de la **puissance musculaire** et non de la force musculaire [6].

Le travail sur tapis de marche est également souvent cité [7,8] (ou sur vélo [9]). Celui-ci permet de réaliser un **effort aérobique**,

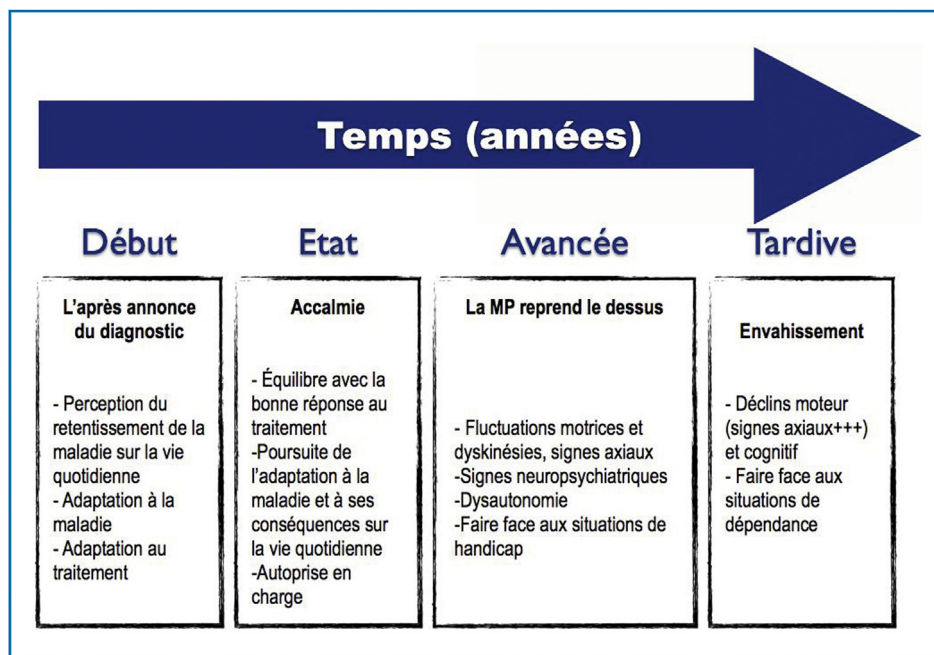


Figure 1. Quatre phases d'évolution de la MP. D'après [3].

SUIVI	Phase de début	Phase d'état	Phase avancée	Phase de déclin
Médecin généraliste	En l'absence de complications, consultation au minimum tous les 3 mois (fréquence adaptée aux besoins de la PcP, et au besoin de coordination des soins)			
Neurologue	En l'absence de complications, consultation au minimum tous les 6 mois (fréquence adaptée aux besoins de la PcP)		En cas de SCP : suivi conjoint par le neurologue référent (3-4 fois par an en dehors de complication, plus souvent en cas de problème) et par le centre spécialisé	Prise en charge neurologique organisée en réseau ville/hôpital de proximité/centre hospitalier universitaire
Masseur-kinésithérapeute	8 à 10 séances - 1 par semaine si éducation ou suivi* - groupées sur 1 mois si traitement d'un symptôme particulier À renouveler si besoin	Séries intensives de 15 à 20 séances 2 ou 3 fois par an pour les sujets jeunes et/ou actifs avec pratique gymnique personnelle Séances continues 2 fois par semaine pour autres PcP	Séances 3 puis 4 fois par semaine partagées progressivement entre le cabinet et le domicile de la PcP	Séances à domicile 3 fois par semaine habituellement Séance quotidienne à domicile si problème aigu (encombrement bronchique par exemple...)
Orthophoniste	Chaque cas est particulier. La progressivité et l'adaptation des soins de kinésithérapie et d'orthophonie sont calées sur l'évolution de la maladie. Possibilité d'intensifier sur un objectif précis mais également d'indiquer une fenêtre thérapeutique sans rompre le lien.			
	Rééducation de la micrographie - si demande explicite : 1 session de 4 semaines tous les 12 à 18 mois. Rééducation de la parole si troubles repérés, même légers : session de LSVT [®] sur un rythme intensif (4 séances d'une heure par semaine durant 4 semaines) tous les 12 à 18 mois	Session de rééducation de l'écriture 1 fois par an Rééducation de la parole : session LSVT tous les 8 à 14 mois Prise en charge des troubles de la déglutition	Rééducation systématique de la parole : session LSVT tous les 6 à 10 mois Prise en charge au cabinet puis à domicile selon l'évolution 3 ou 4 fois par semaine	Prise en charge à domicile, 2 ou 3 fois par semaine
Infirmière	En fonction des besoins tous les 6 mois puis tous les 3 mois	En fonction des besoins tous les 3 mois puis tous les mois puis 1 fois par semaine	En fonction des besoins jusqu'à 4 passages par jour	En fonction des besoins autant de passages que nécessaire
Psychologue	En fonction des besoins de la PcP et de sa famille (conjoint aidant +++) Après l'annonce diagnostique			
		À la fin de la période d'équilibre	Lors de la perte d'autonomie	Lorsqu'une institutionnalisation est envisagée
Pharmacien	En fonction des besoins			
Assistant de service social	En fonction des besoins			

Figure 2. Caractère quantitatif de la PEC de la MPI par les différents intervenants. D'après [3].

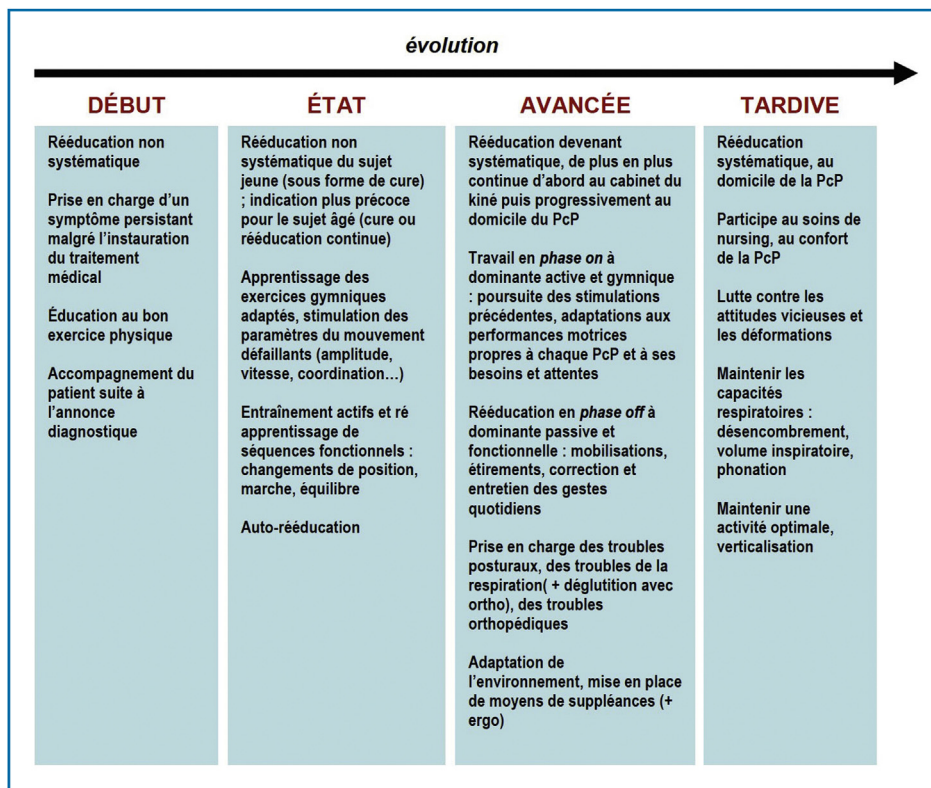


Figure 3. Indication de la kinésithérapie lors des différents stades de la MPI. D'après [3].

Encadré 1

Évaluation du patient parkinsonien par le kinésithérapeute.

- les **troubles moteurs** spécifiques de la maladie de Parkinson :
 - tremblement : le retentissement sur l'exclusion du membre tremblant,
 - l'hypertonie : intensité, localisation, lien avec la douleur, incidence sur les limitations articulaires, les attitudes vicieuses, incidences sur la posture en station debout, incidences sur l'efficacité musculaire,
 - l'akinésie : amplitude du mouvement, vitesse et rythme, gestes alternatifs, gestes asymétriques, coordination,
 - la posture : équilibres statique et dynamique, examen morphostatique, capacités de redressement ;
- les **conséquences fonctionnelles** :
 - changements de position,
 - marche,
 - activités de la vie quotidienne ;
- **fluctuations motrices et mouvements anormaux** ;
- recherche de **signes non-moteurs** accessibles ou influant la rééducation : œdèmes, douleurs, troubles cognitifs.

qui est bon pour les symptômes neuropsychologiques [9,10] puisque nous avons libération d'hormones (influencent positivement la dépression ou la fatigue, génèrent des émotions positives, améliorent la cognition et diminuent le mal-être corporel). Il est aussi bon pour le fonctionnement global de la personne, en jouant sur la motricité, sur la ventilation, l'endurance, le plan cardiovasculaire. Cela permet d'éviter le déconditionnement qui est souvent présent chez les patients malades chroniques, tout en améliorant la vitesse de marche, la longueur du pas, la distance parcourue [8]. Paula Lanhoff avance le fait

Encadré 2

Traitement, interventions (stimulation–incitation).

- **Solliciter** les qualités du mouvement à travers des exercices actifs : amplitude, vitesse, coordination (compenser l'activité automatique par le mouvement volontaire) ;
- **Entraîner** des thèmes fonctionnels spécifiques de la MP : l'équilibre, le redressement, la respiration, l'adresse motrice, la locomotion ;
- Mettre en place de manière adaptée des **stratégies de réapprentissage ou des stratégies de suppléance** utilisables dans un contexte de vie quotidienne.

Encadré 3

Pubmed, Cochrane, PEDro et Kinédoc et données collectées.

Nous avons consulté les bases de données : Pubmed, Cochrane, PEDro et Kinédoc. Les recherches ont porté sur les cinq dernières années de publication (période allant de janvier 2008 à décembre 2013). Nous avons associé les termes : « parkinson and physiotherapy », « guidelines and parkinson », « epidemiology and parkinson's disease », « parkinson and physiopathology in title and abstract » dans les bases de données anglophones et leurs traductions françaises dans les bases de données françaises.

que l'entraînement à vélo améliore l'équilibre et les habiletés fonctionnelles [9].

D'autres techniques sont basées sur les **indications visuelles ou sonores** associées au tapis roulant [11] qui auraient pour effet de diminuer les chutes et d'améliorer la mobilité. **La musique et la danse** sont également évoquées, en plus de pouvoir donner des indications sonores en imposant un rythme, la musique procure détente et bien-être, influençant les symptômes non-moteurs [12].

Certaines publications utilisent le **travail proprioceptif par stimulation vibratoire** qui permettrait de jouer sur les angles de mobilité du membre inférieur et d'améliorer la marche [13]. **L'équilibre** est un domaine où beaucoup de publications ont été faites. Cela reflète l'importance de cet élément lors de la marche, et rappelle son rôle essentiel dans la prévention des chutes qui est un fléau chez les personnes parkinsoniennes : 46 % des patients chutent une fois dans la semaine, 33 % deux fois ou plus [8,14].

La **rééducation respiratoire** est indiquée, car nous pouvons avoir un syndrome restrictif également. Le renforcement des muscles inspiratoires et expiratoires peut être indiqué, notamment en vue de la réduction de la dyspnée [15]. La mobilité de la cage thoracique peut être un autre domaine à travailler [16]. Une kinésithérapie plus « passive » peut être proposée notamment lors des phases « off ». Nous parlons alors plutôt de **mobilisations passives** [16] avec ou sans ballottements et tractions, pour diminuer l'hypertonie. Les **étirements** [16] trouvent leur place à cette phase, souvent centrés sur les muscles fléchisseurs qui sont généralement les plus touchés par l'hypertonie.

Le **travail de la marche** est également étudié [8,13,17]. L'ajout d'une double tâche à l'activité de marche peut être intéressante [16]. **Le mouvement forcé par pédalage** serait une autre alternative dans le panel de la rééducation de ces patients [17,18].

Nous parlons aussi de l'importance du **travail de groupe**, tant sur les symptômes moteurs, que cognitifs [19]. Nous devons également considérer les activités qui font plaisir au patient [11,20]. Beaucoup d'articles tiennent compte de **l'implication de l'aidant** [11,17] dans le traitement afin que le patient effectue des changements durables.

L'activité physique dans sa globalité permettrait :

- d'améliorer les fonctions motrices, la marche, l'équilibre, les AVQ etc. [11,17,21,22] ;

- d'améliorer les fonctions non motrices, dépression, mémoire, fatigue, insomnies, constipation, etc. [9,10,11,19] ;
- d'améliorer la qualité de vie [19,21,22].

Pour certains, l'activité physique aurait une influence sur la protection neuronale [13,21], et augmenterait la durée de vie de la dopamine dans le striatum [13], voire même augmenterait la synthèse de dopamine [17].

Cette liste de techniques est bien évidemment non exhaustive, mais montre la diversité des exercices que nous pouvons proposer à nos patients. Le choix des différentes techniques se fera en fonction de nombreux paramètres : bilan diagnostique kinésithérapique, activité et âge du patient, stade de la maladie, symptomatologie, phase « on » ou phase « off » [23].

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

RÉFÉRENCES

- [1] HAS. La maladie de Parkinson : critères diagnostiques et thérapeutiques. Conférence de consensus; 2000.
- [2] Grimes D. Canadian Guidelines on Parkinson's Disease. Can J Neurol Sci 2012;39(Suppl. 4):1-30 [À télécharger sur : <http://www.parkinsonguideclinique.ca/home>].
- [3] HAS. Guide parcours de soins maladie de Parkinson. Mise en ligne le 3/07/2014 sur http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1242645/fr/guide-parcours-de-soins-maladie-de-parkinson?xtmc=&xtrc=1.
- [4] Trudelle P. Unified Parkinson Disease Rating Scale (UPDRS) : mode d'emploi. Kinesither Rev 2006;6(51):20-4.
- [5] Jamile V. Aquatic therapy versus conventional land-based therapy for parkinson's disease: an open-label pilot study. Arch Phys Med Rehabil 2011;92(8):1202-10.
- [6] Lidiane OL. Muscular power training: a new perspective in physical therapy approach of Parkinson's disease. Rev Bras Fisioter (Sao carios) 2012;16(2):173-4.
- [7] Gammon ME. Treadmill training for individuals with parkinson's disease. Phys Ther 2012;92(7):893-7.
- [8] Frazzitta G. Rehabilitation treatment of gait in patients with parkinson's disease with freezing: a comparison between two physical therapy protocols using visual and auditory cues with or without treadmill training. Mov Disord 2009;24(8):1139-43.
- [9] Lauhoff P. A controlled clinical trial investigating the effects of cycle ergometry training on exercise tolerance, balance and quality of life in patients with parkinson's disease. Disabil Rehabil 2013;35(5):382-7. <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2012.694962> [Epub Jul 2 2012].
- [10] Abrantes AM. Physical activity and neuropsychiatric symptoms of Parkinson disease. J Geriatr Psychiatry Neurol 2012;25(3):138-45.
- [11] Speelman AD, et al. Evaluation of implementation of the Parkfit program: a multifaceted intervention aimed to promote physical activity in patients with parkinson's disease. 2014;100(2):134-41. <http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2013.05.003> [Epub 2013 Aug 21 (Physt-707. P.1-8)].
- [12] Bleton JP. Maladie de Parkinson : rééducation par la musique et la danse. Kinesither Sci 2011;(517):47-8.
- [13] El-Tamawy MS. Effects of augmented cues on the parameters of gait of individuals with parkinson's disease. Ann Indian Acad Neurol 2012;15(4):267-72.
- [14] Smania N. Effect of balance training on postural instability in patients with idiopathic parkinson's disease. Neurorehabil Neural Repair 2010;24(9):826-34.
- [15] Bleton JP. Troubles des fonctions végétatives dans la maladie de Parkinson. Kinesither Sci 2010;(515):59-60.
- [16] Germain V. Maladie de Parkinson : différents aspects de la rééducation en ville. Kinesither Sci 2011;(524):5-12.
- [17] Smania N. Balance and gate rehabilitation in patients with Parkinson's disease. Diagnosis and treatment of Parkinson's disease. Abdul Quayyum Rana 2011. <http://dx.doi.org/10.5772/12256>. Livre téléchargé sur : <http://www.intechopen.com/books/diagnosis-and-treatment-of-parkinson-s-disease/balance-and-gait-rehabilitation-in-patients-with-parkinson-s-disease>.
- [18] Sultana R. La tandem-therapy et la maladie de Parkinson. Kinesither Rev 2012;12(124):6.
- [19] Bucken Gobbi LT. Effect of different exercise programs on the psychological and cognitive functions of people with Parkinson's disease. Motriz Rev Educ Fis 2013;19(3):597-604.
- [20] Gobbi Ltb. Exercise programs improve mobility and balance in people with parkinson's disease. Parkinsonism and related disorders. Parkinsonism Relat Disord 2009;15(Suppl 3):S49-52.
- [21] Grazina R, Massano J. Physical exercise and parkinson's disease: influence on symptoms, disease course and prevention. Rev Neurosci 2013;24(2):139-52. <http://dx.doi.org/10.1515/rev-neuro-2012-0087>.
- [22] Cholewa J. Influence of physiotherapy on severity of motor symptoms and quality of life in patients with Parkinson's disease. Neurol Neurochir Pol 2013;47(3):256-62.
- [23] Bleton JP. La rééducation de la maladie de Parkinson : actualités. Kinesither Rev 2014;14(148):44-6.