

Fiche Mémo

Maladie de Parkinson et syndromes apparentés : techniques et modalités de la prise en charge non médicamenteuse des troubles moteurs

Juin 2016

Préambule

Cette fiche mémo porte sur les troubles moteurs induits sur l'appareil locomoteur par la maladie de Parkinson et les syndromes apparentés, et non sur leurs conséquences – en termes d'activité et de participation sociale – dans la vie du patient et de son entourage. Les troubles de la voix, de la parole, de la déglutition, les troubles vésico-sphinctériens, les troubles cognitifs et psychologiques ne sont donc pas traités dans cette fiche mémo.

Cette limitation du thème a pour objectif d'assurer une meilleure mise en œuvre sur le terrain. Elle ne doit cependant pas occulter l'importance d'une approche et d'une prise en charge globale du patient considérant l'entièreté de sa situation.

Messages clés

- Aucune technique rééducative manuelle ou instrumentale n'a montré de supériorité par rapport aux autres.
- L'activité physique est une composante commune à toutes les techniques rééducatives ; elle permet également d'améliorer les capacités cognitives.
- Le mode de prise en charge et les moyens rééducatifs utilisés pour traiter les troubles moteurs et leurs conséquences doivent respecter les quatre principes suivants :
 - l'intensité (au cours d'une période de prise en charge) ;
 - la diversité ;
 - la régularité ;
 - la continuité (entre les périodes de prise en charge).
- Il est recommandé de proposer aux patients toute activité physique (marche, etc.) ou technique rééducative de son choix qui prend en compte ces quatre principes.

Symptômes d'une maladie de Parkinson et des syndromes apparentés

Les symptômes moteurs d'une maladie de Parkinson idiopathique sont :

- l'akinésie (difficulté d'initiation du mouvement) et/ou bradykinésie (lenteur du mouvement) et/ou hypokinésie (pauvreté du mouvement) ;
- l'hypertonie extrapyramidale ;
- le tremblement de repos (parfois absent, disparaît lors du mouvement volontaire).

À cette triade typique, une instabilité posturale s'ajoute souvent précocement dans les syndromes apparentés.

Conséquences directes

Les conséquences directes de ces symptômes sont :

- des troubles de la préparation du mouvement (initiation, ajustements posturaux, planification des mouvements complexes) ;
- une altération des mouvements automatiques : marche, écriture ;
- des troubles de la motivation.

Conséquences générales

Les conséquences générales de ces symptômes sont :

- des complications motrices provoquées par le traitement (fluctuations des performances motrices et mouvements anormaux involontaires) ;
- des troubles morpho-statiques (triple flexion, camptocormie, inclinaisons latérales du tronc, etc.) ;
- une altération de la fonction posturale (rétropulsion, ajustement postural, antécolis, etc.) ;
- une altération de la marche :
 - marches à petits pas,
 - enrayage cinétique (*freezing*),
 - festination (tendance à marcher plus vite de façon à éviter la chute en avant) ;
- une altération de la gestuelle : diminution de l'amplitude (micrographie, etc.) et de la vitesse des mouvements ;
- des risques de chute ;
- des limitations d'activités (transferts, dextérité, s'alimenter, marche, etc.) ;
- des restrictions de participation (loisirs, professions, activités sociales, communication, etc.) ;
- un déconditionnement physique (lié à l'ensemble des altérations ci-dessus).

Évaluation des troubles moteurs et de leurs conséquences

L'évaluation des troubles moteurs peut être réalisée à partir des échelles suivantes :

- MDS-UPDRS (*Movement Disorder Society's revision of the Unified Parkinson Disease Rating Scale*) :
 - échelle composite qui couvre de manière multidimensionnelle les différents aspects du patient ;
 - sa réalisation est recommandée initialement et au cours du suivi.
- *Berg Balance Scale*.
- *Timed Up and Go*.
- Test de marche de 6 minutes.
- Test des 10 mètres de marche.

Efficacité des approches non médicamenteuses

- la prise en charge rééducative doit être adaptée au patient et à la phase d'évolution de la pathologie, étant initialement préventive, puis corrective, et enfin ayant une fonction d'entretien des fonctions vitales ;
- la prise en charge rééducative doit préférer une approche interdisciplinaire et interprofessionnelle ;
- la prise en charge rééducative doit intégrer l'éducation du patient afin de favoriser son autonomie ;
- chacune des différentes approches non médicamenteuses doit inciter l'activité physique ;
- les thérapeutiques et activités motrices doivent suivre les principes de prise en charge suivants : l'intensité (au cours d'une période de prise en charge), la diversité, la régularité et la continuité (entre les périodes de prise en charge) ;
- la continuité des activités physiques, en dehors des séries de prise en charge rééducative, doit être maintenue et encouragée (club, association, domicile, etc.) pour optimiser leurs bénéfices ;
- la motivation doit être soutenue dans la continuité par un projet de vie qui fait sens.



En savoir plus

- Guide parcours de soins maladie de Parkinson, HAS, juin 2014.
- Actes et prestations affection de longue durée, Maladie de Parkinson, HAS, octobre 2015.
- Points critiques du parcours de soins, HAS, juin 2014.



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables
sur www.has-sante.fr