

LE COIN DE LA KINÉSITHÉRAPIE – La posture parkinsonienne

La posture parkinsonienne décrite communément est une réalité, sans doute parce que la plus fréquente. Cette posture dite « simiesque », en singe, a été décrite par James Parkinson au milieu du dix-neuvième siècle, dans un contexte socio-économique particulier. Cette posture correspondait aussi à une attitude produite par le vieillissement naturel précoce de l'époque. La maladie de Parkinson se comporte un peu comme un accélérateur de vieillissement. Il faut aussi retenir que le diagnostic de maladie de Parkinson était le plus souvent posé chez des personnes ayant déjà un âge raisonnable, 60 – 65 ans et qu'à la fin du dix-neuvième siècle, les conditions d'hygiène et de nutrition n'étaient pas les nôtres. A contrario, l'activité physique des personnes de cette époque était plus importante au quotidien, mais aussi plus destructrice en raison de la pénibilité des tâches quotidiennes, travaux agricoles et début de l'industrialisation. Ainsi, la combinaison facilitait l'évolution de la maladie vers un vieillissement plus précoce. De nos jours, 65 ans sont encore "être dans la force de l'âge". Les bénéfices d'une meilleure médecine, d'une meilleure prévention nutritionnelle et d'un allègement de la pénibilité, tout comme la réduction du temps de travail, l'accès facilité au sport et aux congés ont permis cet état de jouvence. De fait, les personnes diagnostiquées à cet âge sont moins marquées et montrent une posture naturelle moins altérée. De plus, par une meilleure connaissance et une attention plus anticipée, la détection des premiers symptômes de la maladie est faite précocement. Aujourd'hui, le diagnostic est bien plus répandu chez des personnes de 50 à 55 ans ou moins, qui sont encore actifs, professionnellement et physiquement. Leurs capacités de contrôle postural, leurs facultés cognitives et leurs qualités physiologiques sont sans doute de meilleure efficacité et plus réactives. Force est de constater que l'impact initial de la maladie diffère nettement chez ces patients plus jeunes par rapport à la description classique étudiée et décrite par James Parkinson.

La maladie n'a pas changé, les symptômes non plus, mais les modifications posturales subies par les patients plus jeunes, montrent des réactions différentes, plus dynamiques. Certaines règles restent immuables pourtant. La tension tonique des muscles des mollets tractant en **rétropulsion**, en arrière par exemple. Les formes tremblantes et akinéto-rigides de la maladie plus vite marquées par l'akinésie et la rigidité sont toujours présentes. Le côté asymétrique de la maladie reste un signe majeur de la maladie de Parkinson. La différence posturale va donc se trouver dans les capacités et les besoins de réactions face au monde "social" dans lequel le patient évolue. Les capacités de réactions posturales sont légèrement de meilleures qualités puisque les sujets sont un peu plus jeunes, cependant les besoins de réaction

posturale vont solliciter plus intensément la volonté et la motivation qui seront ultérieurement mises à mal par le manque de dopamine. Les facteurs émotionnels et cognitifs vont aussi trouver une place de choix dans les capacités de réaction, les capacités d'acceptation de la maladie et par conséquent dans les choix des patients pour se battre contre les effets de l'évolution actuellement irréversible. À la réaction subie, un peu résignée de notre "modèle classique simiesque", vont venir s'ajouter des possibles, induits par les ressources émotionnelles et cognitives des patients. Mais ces ressources peuvent être recrutées plus ou moins intensément, plus ou moins à bon escient, à des moments plus ou moins opportuns et donc modifier positivement ou négativement les réactions du patient au cours de l'évolution de la maladie.

Le Bon Sens commun nous rappelle souvent que "quand on n'a pas de tête, il faut avoir des jambes", c'est vrai, mais il serait mal venu d'inverser la phrase et de penser que lorsque l'on n'a pas de tête cela veut dire qu'on a des jambes. Pourtant le système postural se comporte un peu de cette manière dichotomique entre un segment jambes / un segment tronc-tête. En effet, les réactions posturales principales de la posture humaine (segment Tronc-Tête) à la **rétropulsion** appliquée au système postural par la tension des muscles des mollets entraînent différents modèles de réactions « primaires » par la flexion ou l'extension des genoux (fig. 1). On peut en effet considérer que dans le mécanisme ascendant de la réaction au déséquilibre, partant de l'axe du pendule inversé, soit du bloc inférieur (membres inférieurs), les adaptations et compensations des blocs tronc et tête résultent du comportement initial des genoux.

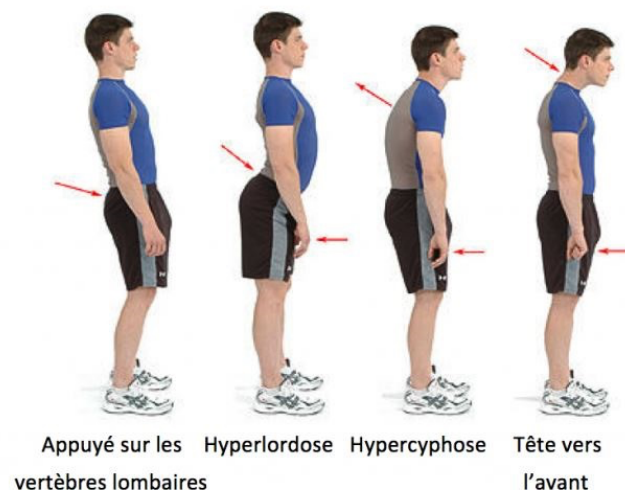


Fig. 1 : Réactions primaires (rappel)

D'un côté une réaction initiale en flexion de genoux entraînant soit le modèle "hypercyphose" ou réaction simiesque pour les parkinsoniens, soit le modèle "appuyé sur les

lombaires. De l'autre côté, une réaction en extension des genoux entraînant soit le modèle "hyperlordose" soit le modèle "tête en avant". Chacune de ces quatre réactions offre une possibilité d'adaptation à la rétropulsion, mais si la réaction en hypercyphose de notre "modèle classique" est la réaction la plus naturelle, elle est aussi la réaction la plus "subie". Il y a une notion d'acceptation, de résignation, de laisser-faire dans le cercle infernal naturel des réponses proposées par le contrôle postural. Pour sortir de ce cercle infernal "subit", il faut donc modifier volontairement la réponse spontanée au déséquilibre antérieur. Autre dicton du Bon Sens commun, "il vaut mieux plier que rompre". C'est une autre possibilité, mais qui nécessite un fort investissement cognitif, car au lieu de subir, le sujet doit "absorber" le déséquilibre, jouer avec, un peu comme dans les arts martiaux, plier, mais ne pas céder ? Ne pas céder aux besoins énergétiques physiques, émotionnels et cognitifs nécessaires pour une telle réaction, absorber et utiliser pour réagir. C'est d'ailleurs une réaction assez peu utilisée, assez peu fréquente chez les patients parkinsoniens. Pourtant elle existe et se rencontre dans des cas très particuliers. De nos jours, les réactions des patients montrent souvent des modifications du segment Tronc-Tête avec une conservation de l'extension des genoux. Les modèles « hyperlordose » ou « tête en avant » se trouvant beaucoup plus fréquents que la posture simiesque « subie », en début de maladie. Malgré tout, ces postures plus réactionnelles sont aussi beaucoup plus coûteuses en énergie et en contrôle, ce qui va souvent les rendre moins fiables dans la durée de l'évolution de la maladie. En effet, les réserves physiques et cognitives nécessaires pour contrôler ces réactions genoux tendus sont plus importantes et vont donc s'amenuiser plus rapidement au fil du temps.

Ces réactions « primaires » vont pratiquement conditionner les troubles de la marche et les chutes qui surviendront pour certains patients, plus ou moins tardivement dans l'évolution de la maladie de Parkinson. Il est donc important de prendre en compte ces « postures initiales » des patients, dès le diagnostic de la maladie, ceci afin de prévenir une évolution « programmée », par une prévention et une correction adéquate et spécifique à chaque patient. Les troubles posturaux et les chutes ne sont pas une simple fatalité ou le produit inexorable de la maladie, ils résultent souvent d'une absence de vision clinique et de raisonnement sur le long terme. Il en est de même à propos des conséquences rhumatologiques de la maladie de Parkinson. Nous en parlerons dans un prochain article.