

LE COIN DE LA KINÉSITHÉRAPIE – Arthrose et maladie de Parkinson

Début avril 2022, la participation aux 23^{èmes} journées internationales de rééducation de l'AHREK consacrées aux contraintes articulaires et posturales dans les maladies neurodégénératives, a permis d'énoncer et de clarifier des difficultés quotidiennes pour les patients parkinsoniens. En effet, les patients atteints de la maladie de Parkinson sont confrontés à une double peine. D'une part, la présence du trouble neurologique déjà difficile à vivre au quotidien en raison des symptômes, des effets indésirables liés aux médicaments et d'autres parts les conséquences sur le plan de la dégénérescence du tissu articulaire et péri articulaire qui se comporte comme un accélérateur du vieillissement. Pendant de nombreuses années, les phénomènes arthrosiques étaient perçus comme une fatalité liée à l'âge, tout comme la maladie de Parkinson. Cependant, les progrès de détection et la précocité actuelle du diagnostic, font que cette arthrose ne peut plus être seulement liée à l'âge. Les symptômes comme la rigidité, l'akinésie, les fluctuations motrices, les mouvements involontaires (dyskinésies et dystonies de OFF) survenant à un âge plus jeune permettent de mieux comprendre l'effet de « cumul » de contraintes articulaires et posturales chez le patient parkinsonien. Initialement, l'hypertonie musculaire provoque indéniablement une augmentation de pression sur les articulations, une concentration de cette pression sur le tissu chondral et les tissus péri articulaires, une augmentation de l'effet de la pesanteur qui provoque une usure plus rapide des articulations, une accélération des déformations articulaires. Cela crée une exagération du processus arthrosique, du vieillissement et une précocité de douleurs sur le plan articulaire. Sur le plan postural, l'hypertonie intervient dans la modification des courbures vertébrales et segmentaires (genoux, coudes, mains) en facilitant le raccourcissement musculaire et la réduction des qualités élastiques des fibres musculaires. Cela se traduit par un nouveau facteur de vieillissement, facilite l'instabilité posturale et la réduction des réactions posturales pouvant entraîner les chutes et la perte d'autonomie. Le phénomène d'akinésie qui réduit globalement la qualité du mouvement, les amplitudes de mouvement participe à compléter les éléments d'usure localisée et la concentration des pressions au niveau articulaire, ce qui est une des raisons de l'apparition et du développement de l'arthrose.

Secondairement, les fluctuations motrices et non motrices liées à l'effet des traitements vont venir compléter l'augmentation des contraintes articulaires et posturales. Lors des phases de blocages, phases Off-med, l'absence de mobilité participe à l'augmentation des pressions

focalisées sur les cartilages articulaires, à la fixation des positions immobiles, à la déformation des attitudes posturales et l'accélération du développement arthrosique. Lors des phases On-med, le corps se libérant mais parfois de manière exagérée (dyskinésies), la mobilité involontaire participe va agir comme un excès de mouvement, des déplacements articulaires non contrôlés, avec un effet de cisaillement et d'usure du cartilage articulaire, une agression des ligaments et capsules articulaires, un déplacement excessif des courbures vertébrales. L'ensemble de ces mouvements involontaires facilite les décompensations (scolioses, camptocormies) et les inflammations au niveau postural et articulaire, ceci facilitant encore une fois le processus arthrosique et douloureux.

Cette meilleure compréhension du lien entre la maladie de Parkinson et les pathologies rhumatologiques fait que les recommandations de prise en charge des patients ont de nombreux points communs. Il faut donc être attentif à ne pas accepter la fatalité de l'âge, mais bien analyser les raisons des douleurs et phénomènes arthrosiques. Il ne faut pas confondre un processus physiologique (arthrose) et les conséquences du déficit de mobilité lié à la maladie neurologique. Dans la pratique quotidienne, le maintien d'une bonne mobilité, la pratique d'une activité physique régulière et la bonne observance des traitements antiparkinsoniens restent les meilleurs atouts pour limiter ce phénomène d'accélération du vieillissement tant sur le plan articulaire que postural. Une bonne mobilité est liée à l'exercice physique et à la régularité de cet exercice. La pratique de l'activité physique doit être adaptée (marche nordique, randonnée, vélo, danse, Taï Chi, expression corporelle) et personnalisée par le coach, le kinésithérapeute, les activités proposées dans les associations, pour répondre aux objectifs spécifiques du patient. La bonne observance des horaires de prise de médicaments participe à limiter l'apparition des phases de fluctuations et des mauvais états moteurs du patient.

La prise en compte dès l'annonce diagnostic de mettre en place une hygiène de vie différente, à la fois nutritionnelle et activité physique intensive à modérée, limitera le risque que nos aînés connaissent dans la perte de mobilité et parfois la grabatisation. Ce sont des « aboutissements » que nous ne devrions plus rencontrer avec les patients bien soutenus dans leur prise en charge.