

Conférence Parkinson et Kiné : Action-Réaction

Conférencière : Marcelle HUBERT (Kiné)

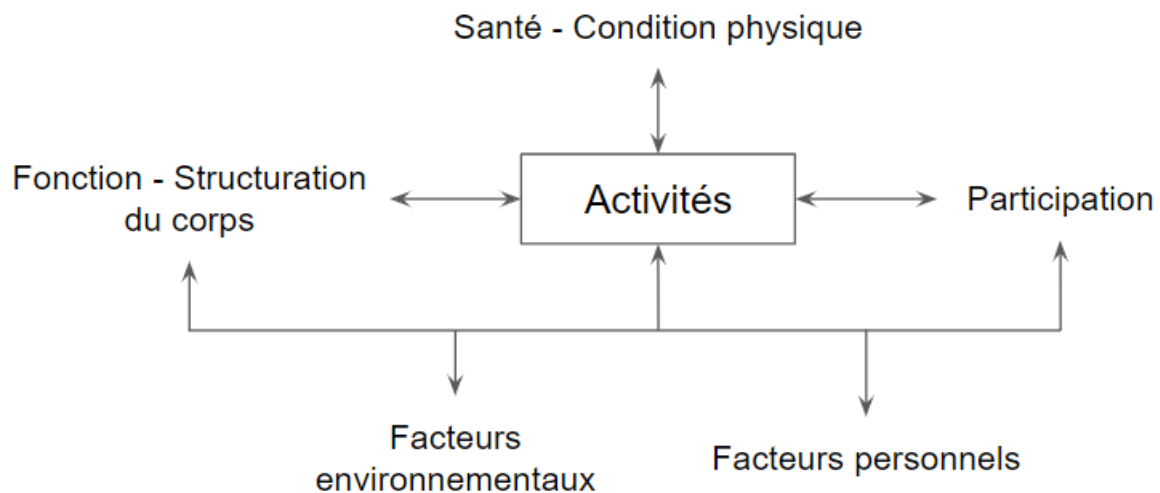
Action = la maladie de Parkinson

Réaction = le patient

La maladie touche les mouvements, principalement les mouvements automatiques.

Le fait de se tenir en mouvement va diminuer, ralentir le fait de se rigidifier.

« L'eau qui coule ne gèle pas facilement ! »



Tenir compte des conditions personnelles : son moral, sévérité maladie, l'endroit...(est-ce que le patient est sportif ou pas ? son entourage est-il stimulant ?

1) Traitement global et gestion de la maladie

- 1- Optimiser : - Les activités de groupe tire le patient vers le haut
 - La participation est importante : le patient a tout intérêt à s'appropriier son traitement, à s'impliquer
 - Qualité de vie et indépendance.
- 2- Expertise (les connaissances du kiné sur la maladie) Trouvez celui qui vous convient !
- 3- Devoir moral de s'informer

2) Domaines principaux et posture

Ce que le kiné doit travailler avec le patient :

- A) Capacité physique (augmenter la tolérance à l'effort) : Plus on bouge, plus on résiste.
- B) Transferts (se lever, d'une chaise, du lit, lorsque l'on tombe, ...) : passer d'une position à une autre

C) Activités manuelles. La fluidité, la coordination, l'efficacité, la vitesse d'exécution, la dextérité des mouvements est souvent diminuée. de plus, certaines personnes peuvent être perturbées par les tremblements qui sont de repos)

D) Marche et chutes (marcher minimum 30 minutes par jour en accélérant le pas si possible

3) Objectifs principaux de la kiné

- Motiver l'autogestion (« Se prendre en main, c'est vital ! »)
- Prévenir l'inactivité sinon la position devient fléchie, raide et surviennent les risques de chute et fracture.
- Prévenir la peur de bouger qui engendre les chutes
- Améliorer la capacité physique
- Tenter de diminuer les douleurs (les patients ont souvent des crampes aux pieds)
- Retarder la réduction d'activités

A) Capacité physique

Possibilités cardiovasculaires – neuromusculaires = tolérance à l'exercice

- Mobilité articulaire
- Endurance
- Coordination (la dissociation des ceintures diminue, une marche « monobloc » apparaît, ...)
- Amplitude des mouvements avec effort
 - Rythmer, la musique très rythmée peut aider (quitte à mettre de la musique militaire dans les écouteurs (cfr Walk me),
 - Lever les pieds haut,
 - compter haut et fort,
- Dépend de la sévérité maladie, Trouble mentaux, de la fatigue, Facteurs personnels...
- Limitation de la marche et des Activités Vie Journalière

L'inactivité fait partie d'une stratégie de compensation pour éviter les chutes → engendre la peur → réduction des activités extérieures.

Méfaits inactivité

- Force musculaire – très importante (travailler +++ le renforcement musculaire. Les jambes sont les muscles porteurs, d'où l'intérêt de se lever d'une chaise sans aide des bras et bien se pencher vers l'avant. Ne pas utiliser les accoudoirs.)
- Risques de chutes
- Équilibre et mobilité : on peut facilement entraîner l'équilibre, on obtient de bons résultats. Ex : s'habiller debout plutôt qu'assis.
- Posture -> faiblesse musculaire (il faut, notamment, travailler la chaîne musculaire postérieure pour aider à se redresser)
- Comorbidité : relation avec l'activité (arthrite, ostéoporose, diabète, cardiovasculaire ...)

B) Transferts

- Automatismes absents (la protection automatique contre les chutes est déficiente), les réflexes posturaux diminuent
- Faiblesse musculaire

- Mauvaise synchronisation. Ex : quand on se redresse, d'abord se pencher vers l'avant et puis se grandir + bien mettre les pieds un peu en arrière (un fil en aplomb au-devant des pieds). Le conjoint peut le rappeler.
- Facteurs externes (la nuit : l'obscurité, les couvertures, ...)

C) Activités manuelles

- Fluidité
- Dextérité
- Coordination
- Vitesse

D) Équilibre et chutes

- Chutes fréquentes
- Trouble de l'équilibre assumés pendant 5 ans (car peur de rechuter)
- Ultérieurement : sédentarité – immobilité

Conséquences chutes

- 65% ont des conséquences (souvent hospitalisation, rééducation)
- Charge physique, sociale et financière
- Ostéoporose et immobilité aggravent
- Hospitalisation, rééducation

Facteurs associés aux chutes

- Freezing (gelé sur place)
- Diminution de la hauteur du pas
- Bradykinésie (tout est ralenti et diminué)
- Perturbations des réflexes posturaux (pas mettre les mains quand on tombe, ...)

Double tâches

- Tâche cognitive ou complexe (amène souvent à chuter)
- Impacte les 2 tâches, mentale et motrice
- Priorisation des tâches (+ important cognitif ou marcher ?)
- Freezing et perte d'équilibre

Trouble continu de la marche

- Balancement des bras (premier diagnostic : balancement de seulement 1 bras)
- Posture fléchie
- Pas de longueurs différentes (les pas deviennent petits et lents)
- Difficultés à se retourner (demi-tour) (d'abord lever les pieds puis demi-tour en U, sinon risque de chute)
- Vitesse de marche (bradykinésie)

Trouble épisodique de la marche (une des causes principales responsables des chutes)

- Festination : pieds en arrière du centre de gravité, parfois pas rapides involontaires (pour « rattraper » son centre de gravité ->
- Freezing : pieds collés au sol

E) La douleur (écoutez -vous, ces douleurs sont embarrassantes car on est démuni)

- Elle diminue avec l'âge, elle augmente avec la durée et sévérité de la maladie

- Sexe (plus présente chez la femme que chez l'homme)
- Gravité dépression
- Pathologies associées

4) Exercices au quotidien

- S'étirer le matin
- Corriger sa posture
- Lever les bras et faire de grands cercles
- Se déplacer latéralement
- Monter et descendre des escaliers (ça muscle les jambes)
- Passer de la position assise à debout (en se penchant d'abord vers l'avant)
- Le plus important, minimum 30 minutes de marche/jour

5) Conclusion

- Prioriser les embûches à surmonter (qu'est-ce qui nous handicape le plus ?)
- Contact privilégié (bien s'entendre avec son kiné). Le kiné doit : observer, écouter -> s'adapter au patient et à la maladie
- Être partie prenante, maître de son traitement
- Volonté de s'informer de la part du kiné
- Support de la famille et des aidants
- Avoir une activité TOUS les jours

6) Questions/réponses

- Pour la marche : le rythme (visuel ou auditif)
- Chutes : souvent en bloc (vers l'avant ou l'arrière). Rééducation équilibre (kiné)
- Dyskinésie = mouvements involontaires, se relaxer, se détendre ,TaiChi, Yoga...
- Toujours haut et fort, pour la voix et les mouvements.
- Bouger régulièrement. Y aller progressivement et régulièrement. Pas de programme d'activités en dents de scie.
- Toujours faire attention à être droit. Bien tendre les jambes et dos droit car tout se fléchit avec la maladie
- Pendant l'effort on expire, apprendre à respirer avec le ventre.
- Faire de l'exercice quand on se sent bien pour pouvoir mettre plus de force musculaire et en tirer le plus de bénéfices possibles.
- Certaines personnes ont des tremblements au repos (le + courant) et d'autres à l'effort (le – courant).
- Les massages c'est gentil mais c'est l'activité physique qui importe.
- Utiliser la feuille de suivi pour préparer votre rendez-vous chez le neurologue.