



Exercice physique dans la maladie de Parkinson : plus de mouvements = meilleur mouvement?

QUESTION CLINIQUE

Qu'elle est l'efficacité de l'exercice physique dans la maladie de Parkinson?

CONCLUSION

Chez les patients atteints de maladie de Parkinson, l'exercice physique engendre une amélioration cliniquement significative des symptômes moteurs qui est semblable aux changements observés avec les médicaments (de 4 à 9 points de plus sur une échelle de 108 points), par rapport aux interventions témoins au cours d'une période d'un à six mois. Il n'améliore pas la qualité de vie de façon nette. Six patients supplémentaires sur 100 qui pratiquent l'exercice physique éviteront une ou plusieurs chutes au cours d'une période de six à douze mois par rapport aux interventions témoins.

DONNÉES PROBANTES

- Les résultats sont statistiquement significatifs, sauf indication contraire.

- Au cours des cinq dernières années, onze revues systématiques (de 7 à 78 essais cliniques randomisés [ECR], de 174 à 4 859 patients)¹⁻¹¹ ont évalué l'exercice physique (y compris en groupe, individuel et à la maison, comme la danse, l'entraînement de la force ou contre la résistance, l'entraînement d'équilibre/fonctionnel, l'entraînement d'endurance, le yoga) par rapport à des interventions témoins (soins habituels ou activité autogérée) chez des personnes surtout atteintes de maladie de Parkinson légère à modérée. Après ~ 1 à 6 mois :
 - Symptômes moteurs :
 - Échelle d'évaluation unifiée pour la maladie de Parkinson (EEUMP III [UPDRS III]) (échelle de 0 à 108 points [plus le score est faible, plus l'état est meilleur]; score d'environ 20 à 30 au départ; changement cliniquement significatif : 3 points]^{12,13} :
 - Amélioration de 3,6 à 9,3 points par rapport aux interventions témoins³⁻⁵ (p. ex., amélioration d'environ 2 à 11 points par rapport au score de départ par rapport à une amélioration de 0 à 2 points [intervention témoin]).
 - Aucune différence évidente entre les types d'exercices^{1,3-5}.
 - Symptômes dépressifs :
 - Amélioration du score des symptômes (diverses échelles) par rapport aux comparateurs non actifs⁷⁻¹⁰ :
 - Changement cliniquement significatif (amélioration > 20 % selon l'Inventaire de dépression de Beck) observé dans 8/9 ECR^{8,14,16}.
 - Qualité de vie :
 - Questionnaire 39 de la maladie de Parkinson (PDQ-39) (de 0 à 100 points [plus le score est faible, plus l'état est meilleur]; score d'environ 25 à 35 au départ; changement cliniquement significatif : 4,5 points)¹⁵ :
 - Amélioration de 0,5 à 3,1 points^{2,4,6}. Non cliniquement significative.
 - Proportion de personnes qui sont tombées (au moins une fois). Après 6 à 12 mois^{6,11} :
 - 57 % par rapport à 63 % (comparateurs non actifs).
 - Chutes ayant entraîné des blessures ou fractures : aucune différence.
- Limites : Intervention sans insu (sans insu des évaluateurs dans environ un tiers des ECR), différences au niveau des types d'exercices et des intensités, durées souvent courtes (de 4 à 6 semaines) et échantillons de petite taille (de 10 à 20 patients). Les scores de dépression au départ laissent suggérer généralement une dépression nulle à légère. Manque d'uniformité dans la communication de la médication. Le faible nombre de patients atteints de maladie sévère complique la généralisabilité.

CONTEXTE

- La lévodopa-carbidopa améliore le score moteur (EEUMP III) de 2 à 4 points par rapport au score de départ (de 3,5 à 11,5 points par rapport au placebo)¹⁷.
 - L'ajout d'un deuxième médicament n'améliore les scores moteurs que de 2 à 3 points de plus par rapport à la lévodopa seule^{18,19}.
- Les lignes directrices recommandent de commencer tôt la pratique de l'exercice physique^{20,21}.
- L'observance dépend de la capacité d'intégrer l'activité physique dans la vie quotidienne²². Les patients devraient choisir des activités qui leur sont facilement accessibles et qu'ils aiment²³.

RÉFÉRENCES

AUTEURS

1. Ernst M, Folkerts A, Gollan R et al. Cochrane Database Syst Rev. 2024 Apr 8;4(4):CD013856.
2. Li H, Cao C, Li Y. Arch Gerontol Geriatr. 2024 Jan;116:105159.
3. Palm D, Swarowsky A, Gullickson M et al. Phys Ther. 2024 Apr 2;104(4):1.
4. Yang Y, Fu X, Zhang H et al. BMC Geriatr. 2023 Dec 19;23(1):873.
5. Yang C, Huang J, Wang, T et al. BMC Neurol. 2022 Dec 29;22(1):505.
6. Allen NE, Canning CG, Almeida LRS et al. Cochrane Database Syst Rev. 2022 Jun 6;6(6):CD011574.
7. Costa V, Prati JM, de Oliveira Barreto Suassuna A et al. J Geriatr Psychiatry Neurol. 2024 Nov;37(6):415-435.
8. Feller D, Fox I, Gozzer P et al. Arch Phys Med Rehabil. 2023 Feb;104(2):331-339.
9. Kim R, Lee TL, Lee H et al. Neurology. 2023 Jan 24;100: e377-e387.
10. Tian J, Kang Y, Liu P et al. Int J Environ Res Public Health. 2022 Jun 3 ;19(11):6849-6864.
11. Feng F, Xu H, Sun Y et al. Front Endocrinol. 2023 Jul 14;14:1187325.
12. Schulman LM, Gruber-Baldini AL, Anderson KE et al. Arch Neurol. 2010 Jan; 67(1):64-70.
13. Mishra B, Sudheer P, Rajan R et al. Heliyon. 2024 Feb 20;10(5):e26479.
14. Kounali D, Button KS, Lewis G et al. Psychol Med. 2022 Jul; 52(10):1875-1882.
15. Horváth K, Aschermann Z, Kovács M et al. Neuroepidemiology. 2017;48(1-2):1-8.
16. Masson SC, Tejani AM. J Clin Epidemiol. 2013 Jul;66(7):805-807.
17. Fahn S, Oakes D, Shoulson I et al. N Engl J Med. 2004 Dec 9;351(24):2498-2508.
18. Stowe R, Ives N, Clarke CE et al. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Jul 7;(7):CD007166.
19. Liao X, Wu N, Liu D et al. J. Neurol Sci. 2020 Aug;41(8):2045-2054.
20. Parkinson Canada. 2^e édition du Guide canadien pour la maladie de Parkinson. <https://parkinsonguideclinique.ca/wp-content/uploads/2019/10/lignes-directrices-canadiennes-sur-la-maladie-full.pdf>. Consulté en octobre 2024.
21. National Institute for Health and Care Excellence. Parkinson's disease in adults. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng71/resources/parkinsons-disease-in-adults-pdf-1837629189061>. Consulté en octobre 2024.
22. Schootemeijer S, van der Kolk NM, Ellis T et al. J Parkinsons Dis. 2020;10(4):1293-1299.
23. Parkinson Canada. Ressources en matière d'exercice et de bien-être. <https://www.parkinson.ca/fr/publications/ressources-en-matiere-dexercice-et-de-bien-etre/>. Consulté en novembre 2024.

Matthew Exner, candidat au Pharm. D.

Scott Thomas, candidat au Pharm. D.

Michael R Kolber, M.D., CCMF, M. Sc.

Jamie Falk, Pharm. D.

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

OUTILS POUR LA PRATIQUE
RENDEU POSSIBLE PAR



EN PARTENARIAT AVEC



Les articles **Outils pour la pratique** sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Coordonnés par la **Dre Adrienne Lindblad**, ils sont rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. La version française de la bibliothèque d'Outils pour la pratique de CMFCAApprendre est en cours de construction. Elle sera disponible en 2025.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.