

RECHERCHE SUR LA MALADIE DE PARKINSON ET LE TRAGER®

Par Denis LAFONTAINE praticien et enseignant Trager®

«Avant-première» des résultats d'une recherche

La maladie de Parkinson est une affection dégénérative du système nerveux central qui se caractérise, entre autres, par une insuffisance en dopamine, un neurotransmetteur qui agit de concert avec d'autres composantes chimiques pour contrôler les mouvements. Lorsqu'une partie des cellules productives de dopamine meurt, l'approvisionnement en dopamine est réduit et les mouvements du corps sont perturbés. Les différentes perturbations varient d'une personne à l'autre. Les principaux symptômes du Parkinson sont le tremblement, la lenteur dans les mouvements, la difficultés à se mouvoir et à effectuer des mouvements précis, la rigidité, l'affaiblissement de la voix et la perte de l'expression faciale.

Les symptômes sont augmentés par le stress et la fatigue ou lors de bouleversements émotionnels. Il est très difficile de diagnostiquer la maladie parce que les symptômes débutent de façon insidieuse. En fait, au moment du diagnostic, 80 % des cellules productives de dopamine sont déjà détruites. La population affectée par la maladie est d'environ trente mille individus au Québec. Le Parkinson touche habituellement les personnes de 50 à 65 ans, peu importe le sexe. Mais il y a des personnes dans la trentaine et la quarantaine qui en souffrent. Les conséquences de cette maladie peuvent amener les personnes atteintes à la dépression, à l'isolement et à la perte d'autonomie.

Il y a différentes thérapeutiques, surtout à base de médicaments. Les médicaments existants améliorent le fonctionnement des personnes affectées et diminuent les symptômes. Mais les effets secondaires de certains médicaments sont multiples : dyskinésie (mouvements involontaires), hypotension orthostatique, constipation, perte de sommeil et, quelquefois, confusion. Il y a aussi la chirurgie mais cette intervention n'est pas courante. Dans le domaine de la rééducation du mouvement, il y a en physiothérapie des exercices et des traitements appropriés aux personnes atteintes de Parkinson mais il ne faut pas oublier que cette maladie est dégénérative et donc que l'état de la personne va se détériorer progressivement.

Les préparatifs du projet de recherche

Toute cette belle expérience débuta en 1998. Mon collègue Jacques HÉBERT avait fait une recherche sur les effets de la vibration segmentaire manuelle (VSM) dans le cadre d'études de maîtrise en kinanthropologie à l'Université du Québec à Montréal. Nous avons fait beaucoup de travaux scolaires ensemble ainsi que des travaux auprès d'enfants ayant des problèmes neurologiques graves. Je lui proposai de faire une recherche afin de démontrer que l'approche du Dr TRAGER rejoint le système nerveux central. Six mois plus tard, Jacques me proposa un protocole de recherche sur la maladie de Parkinson. Le coût du projet était de 55 000 dollars et le grand défi était de trouver cette somme ! Près de huit mois furent nécessaires pour recueillir les fonds mais nous y sommes arrivés. Des gens d'affaires désintéressés nous ont appuyés, ainsi que le Trager® Institute de Cleveland et la FQM.

Méthodologie et résultats préliminaires

La recherche a débuté en mai 1999 et a été réalisée avec la collaboration de plusieurs personnes de formations et de professions différentes. L'objectif de l'étude était de vérifier l'impact de l'approche Trager® sur la rigidité parkinsonienne. Avec la collaboration du neurochirurgien Michel PANISSET, nous avons recruté 30 sujets ayant la maladie de Parkinson, divisés en deux groupes, de façon aléatoire. Un groupe était traité sur le côté rigide, l'autre sur le côté le moins rigide. Ces groupes furent divisés en sous-groupes, certains recevant le traitement assis sur une chaise et les autres allongés sur une table. La rigidité a été mesurée avec le test qualitatif Unified Parkinson Disease Rating Scale (UPDRS) avant le traitement, immédiatement après et 15 minutes plus tard. La première étape de la recherche a fait ressortir que le degré de rigidité avait diminué de façon significative, indépendamment du côté traité. Ce qui fut très frappant, c'est le transfert des sensations d'un membre à l'autre. Quel que fut le côté traité, les résultats furent significatifs.

Dans un deuxième temps, le même protocole fut appliqué mais l'instrument de mesure fut l'enregistrement électromyographique. Les résultats furent encore plus surprenants. Nous avons obtenu pour certains patients jusqu'à 80 % moins de rigidité après vingt minutes de traitement. La première constatation fut le transfert de la sensation du membre moins rigide au membre le plus rigide. La deuxième constatation fut que le traitement est plus efficace lorsque le patient est allongé sur la table plutôt qu'assis sur une chaise. Une troisième constatation fut que la baisse de rigidité se poursuit après le traitement.

Nous sommes présentement à préparer la troisième étape de ce projet, dont l'objectif sera de comprendre ce qui se passe au niveau du système nerveux central.

Bien que je ne puisse vous révéler les résultats détaillés d'ici à ce que la recherche soit publiée dans une revue scientifique, je crois pouvoir dire que l'objectif que Jacques HÉBERT et moi nous étions fixé au tout début est atteint. Nous sommes convaincus que la rigidité des personnes atteintes du Parkinson provient du système nerveux central et que l'approche Trager rejoint ce système nerveux.

Conclusion

Cette recherche nous a fait entrevoir beaucoup de nouvelles hypothèses. Nous pourrions faire des centaines de recherches dans le domaine de la massothérapie. Je ne peux qu'encourager toute personne intéressée à approfondir la compréhension de l'effet du toucher à se lancer dans de telles recherches. En massothérapie, les scientifiques invoquent souvent l'effet placebo. Je dirais que si un effet placebo a les mêmes résultats que ceux obtenus par notre recherche, de grâce, prenez vingt minutes de plus avec vos clients ! Et s'il est si vrai que beaucoup de recherches scientifiques ont constaté que l'effet placebo a eu un effet significatif sur les sujets étudiés, je suggérerais à la communauté scientifique de faire une recherche mondiale sur la foi !

Ce texte a été publié dans Le Massager, vol. 18, n° 1, mai 2001.

EFFETS DE L'APPROCHE TRAGER[®] SUR LE NIVEAU DE RÉPONSE-RÉFLEXE D'EXTENSION ÉVOQUÉ CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE LA MALADIE DE PARKINSON

Titre courant : Trager et rigidité¹

Christian DUVAL, Denis LAFONTAINE, Jacques HÉBERT,
Alain LEROUX, Michel PANISSET et Jean P. BOUCHER

1/ Service de neurologie et de neurochirurgie, Institut neurologique de Montréal, Université McGill, Montréal.

2/ Service de neurologie et de neurochirurgie, Centre d'études du vieillissement McGill, Université Mc Gill, Montréal.

3/ Service de la science des exercices, Université Concordia, Montréal.

4/ Service de kinanthropologie, Université du Québec à Montréal, Montréal.

¹ Ceci constitue les deux premières pages des résultats de la recherche débutée en mai 1999.

RÉSUMÉ

L'objet de la présente étude est de quantifier les changements de réponse-réflexe d'extension dans le bras le plus rigide de patients atteints de la maladie de Parkinson, après une séance de Trager[®].

Pendant vingt minutes, on a imprimé des mouvements oscillatoires associés à ce type de thérapie manuelle aux membres supérieurs et au corps de trente patients.

Un pré-test et deux post-tests ont été effectués (respectivement une et onze minutes après le traitement) ; ces tests consistaient en rapports d'électromyographie (EMG) du muscle fléchisseur carpi radialis et du muscle extenseur digitorum comunis pendant qu'on repliait et déplaçait passivement le poignet du patient à une amplitude de 60° et une fréquence de 1 Hz. Les patients ont reçu le traitement sur le côté le plus rigide du corps (groupe-ipsi) ou sur le côté controlatéral (groupe-contra). La moitié des patients de chaque groupe a reçu le traitement couchés sur le dos sur une table de massage (couchés-ipsi et couchés-contra) ou assis sur une chaise (assis-ipsi et assis-contra).

Les résultats démontrent que, en général, le niveau de réponse-réflexe d'extension était réduit de 36 % immédiatement après le traitement ; onze minutes après le traitement, il demeurait encore inférieur de 32 % à celui du pré-test ($F_{2,48}=41.45$, $P<0.05$, $\beta<0.01$). Les patients qui ont reçu le traitement couchés sur le dos ont bénéficié d'une réduction de 42 % de réponse-réflexe d'extension ($F_{2,48} = 0.50$, $P<0.05$). Cependant, une analyse post hoc de la triple interaction test-côté-position a démontré que les effets controlatéraux étaient moins prolongés quand les patients recevaient le traitement dans la position assise ($P<0.05$).

En conclusion, les résultats de la présente étude suggèrent fortement qu'il est possible de modifier le niveau de réponse-réflexe d'extension évoqué chez les patients atteints de la maladie de Parkinson en effectuant passivement des mouvement oscillatoires aux membres supérieurs et au corps. Cette inhibition du réflexe d'extension pourrait conduire à une réduction de la rigidité musculaire constatée chez eux. Les résultats actuels pourraient éventuellement conduire à l'élaboration d'une thérapie complémentaire propre aux patients atteints de cette maladie.