

## Indications de la Rééducation en Cancérologie Fascicule 1 : Partie commune

*Date : 12/12/2014*

## Contributeurs

### Coordination

Paul CALMELS; (CHU de Saint-Etienne), Cécile FRENAY (Institut Régional de Réadaptation, Nancy ), Amandine CHENET (CHU de Nantes), Virginie WOISARD (CHU de Toulouse).

### Méthodologie

Majid BRUNET (Réseau Espace Santé-Cancer / Rhône-Alpes, Lyon)

### Membres du groupe de travail

BALAGUER Mathieu , BAYEN Eléonore, BLOCK Sylvie, CAHOUR Lénaïc, CALCAGNO Béatrice, CAMBIEN Stéphanie, CANONNE Emilie, CERISIER Alain, CHENET Amandine, CHEVIGNANRD Mathilde, CHOMETON Evelyne, CUGY Emmanuelle, DAVELUY Walter, De BOISSEZON Xavier, DEMOLY Chantal, DEMONET Gaëlle, DE FONTAINE Caroline, DECLEMY Patrice, DEROUBAIX Hervé, DEVAUX Christophe, EVESQUE Melissa, EVRARD Elodie, FARENC Jean Claude, FRENAY Cécile, GAUDRON Elise, GENTY Marc, JACQUIN-COURTOIS Sophie, JUSOT Marie-Pierre, LABRUNEE Marc, LAIGLE-DONADEY Florence, LAITEM Brigitte, MAGNE Nicolas, MAGNIN Valérie, MALLOIZEL-DELAUNAY Julie, MARQUE Philippe, MARQUER Adelaïde, MORISSET-NOUET Marie Isabelle, PARDESSUS-MULLIEZ Vinciane, PIERRE Michèle, PUECH Michèle, QUINTIN Julia, RADE Julie, RIBINIK-LETZT Patricia, RIQUOIR Michel, SICRE-GATIMEL Virginie, THEVENON André, TREGOUET Magali, VANLEMMENS Laurence, VERIN Éric, VIEILLARD Marie-Hélène, VOLCKMANN Pierre, WINISDOERFFER Nicolas, WITHEAD-DELLIEGE Nathalie, WOISARD-BASSOLS Virginie.

### Relecture

AGASSE Marie Françoise; AGRON Louis; CALMELS Paul; CALCAGNO Béatrice; CHENET Amandine; DAVELUY Walter; GENTY Marc; HILLARY-CAUNES Nathalie; JUSOT Marie-Pierre; VERGEZ Sébastien; WOISARD Virginie.

### Approbateurs (participants aux ateliers des J2R du 11/12/2014)

AGASSE Marie-Françoise, ALEXANDRE Elodie, BRUNET Abdelmadjid, CALCAGNO Béatrice, CALMELS Paul, CAUNES-HILARY Nathalie, CHENET Amandine, LUSTREMENT Virginie, PUECH Michèle, RASOARAMONA Aude, WOISARD Virginie

## Sommaire

Pourquoi un référentiel « Indications de la rééducation en cancérologie » ?	4
Généralités – données épidémiologiques	5
La Médecine Physique et de Réadaptation (MPR)	7
Les signes d'alerte	8
Prise en charge en rééducation : Pourquoi ? Quand ? Comment ?	9
Attentes du patient / Objectifs du médecin	13
Indications générales de la rééducation en cancérologie	14
Situations cliniques et Rééducation	15
Bilan avant prise en charge en rééducation	16
Parcours de soins et rééducation en cancérologie	18
Communication	19
Education thérapeutique	21
Plan des autres parties du référentiel (cas particuliers, situations courantes)	23
Annexes	24
Annexe 1 : Quelques définitions	25
Annexe 2 : Prescription kinésithérapie	27
Annexe 3 : Exemple de prise en charge de rééducation	28
Références bibliographiques	29

## Pourquoi un référentiel spécifique

### « Indications de la rééducation en cancérologie ? »

Les plans cancer I et II recommandent la réadaptation et la réinsertion dans la vie psycho-sociale par l'accès facile aux soins de support.

Plusieurs études montrent l'intérêt de l'exercice physique et de la rééducation dans la prise en charge du cancer :

- Le sujet n'est pas assez abordé ou même ignoré dans la relation soignant / soigné et la prise en charge pas ou peu mise en œuvre .
  - Méconnaissances des professionnels, insuffisance de données scientifiques, fausses idées, défenses.
- L'offre de soins manque de :
  - Initiative et communication,
  - Savoirs, savoir-faire, savoir-être,
  - Lisibilité et égalité d'accès aux soins.

### Objectifs du référentiel « Indications de la rééducation en cancérologie »

#### 1. Pour l'ensemble des soignants – équipe médicale et paramédicale

- Identifier le besoin et les bénéfices potentiels de la rééducation, anticiper le besoin, le risque à des fins préventives
- Sensibiliser tous les membres de l'équipe à l'éventuelle nécessité d'une rééducation.
- Mettre à la disposition de l'équipe des prérequis pour aborder la question de la rééducation /réadaptation et orienter les patients vers les professionnels et les structures de rééducation / réadaptation.
- Partager une sémantique commune.

#### 2. Pour le parcours de la personne malade

- Organiser, à chaque niveau de responsabilité et à chaque étape du parcours de soins, la prise en charge de rééducation.
- Intégrer cette prise en charge dans la pratique quotidienne de soins.
- Proposer une réponse et une meilleure prise en charge des troubles fonctionnels exprimés.
- Evaluer le besoin et le résultat à toutes les étapes.

## Généralités - Données épidémiologiques

### Besoins en hausse - prévalence et survie – évolution chronique

#### Incidence des cancers en 2012 en augmentation depuis 30 ans

- Nombre de nouveaux cas de cancer en France métropolitaine estimé à 355 354 (200 350 chez les hommes; 155 004 chez les femmes) [1; 2]

#### Evolution ces dernières années

- Entre 1989 et 2012 de plus en plus de cancers : + 109% de nouveaux cas

#### Incidence selon les localisations

μ	Hommes	Femmes
Cancer du sein	/	48 800 nouveaux cas
Cancer de la prostate	56 840 nouveaux cas -	/
Cancer du poumon	28 200 nouveaux cas	11 300 nouveaux cas
Cancer colo-rectal	23 200 nouveaux cas	18 920 nouveaux cas

#### Pronostic

- **Cancers de mauvais pronostic** : survie nette à 10 ans inférieure à 33 %
- **Cancers de bon pronostic** : survie nette à 10 ans supérieure ou égale à 66 %

- **Besoins en hausse** : prévalence et survie – **évolution chronique**. En 2008, toutes localisations confondues :
  - la prévalence partielle à 5 ans, est estimée à près de **1,1 million**
  - la prévalence partielle à 10 ans, est estimée à près de **1,7 million**
  - le nombre de personnes de 15 ans ou plus, atteint de cancer, en vie est estimé à près de **3 millions**

(1) Les cancers en France en 2013. Collection état des lieux et des connaissances; Ouvrage collectif édité par INCa, Boulogne-Billancourt, janvier 2014.

(2) Florence Binder-Foucard, Aurélien Belot, Patricia Delafosse, Laurent Remontet, Anne-Sophie Woronoff; Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France sur la période 1980-2012. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim- juillet 2013



## Généralités - Données épidémiologiques

### Contexte thérapeutique

- Plus de guérison – avec ou sans séquelles
- Plus de rémission

↳ **Cancer = maladie chronique**

### Evaluation du besoin : difficile - mal ou pas codifiée

#### 1 - Activité SSR : séjours pour cancer

- Près de **112 000 personnes en SSR** pour prise en charge liée au cancer

↳ **Soit environ 4,3 millions de journées soit 12 % des journées réalisées en SSR (en France)**

- **Activité concentrée principalement dans :**

- les autres soins médicaux : (39 % de l'ensemble des journées dont 60 % pour les soins palliatifs),
- **les soins impliquant la rééducation** (26 %),
- la convalescence (18 %),
- les examens de contrôle après traitement d'une tumeur maligne (8 %) ou les autres soins de contrôles chirurgicaux (6 %).

#### 2 - Soins de rééducation et de réadaptation

**Estimation de l'activité de rééducation en libéral** : non spécifiquement codifiée (actes pour soins palliatifs / AMK12)<sup>1</sup>

↳ **1.33% en volume d'actes remboursés. Soit 1.93% des montants remboursés<sup>2</sup>**

### Estimation du besoin – besoin non couvert

- **Enquête Rhône-Alpes**
- **Patient Concern Inventory**

### Lien avec les soins de support

- **Non systématisé**

1. *En l'absence d'une codification spécifique pour les actes de masso-kinésithérapie liés aux pathologies cancéreuses, il est impossible d'obtenir une estimation. Avec l'AMK12 relatif à la rééducation « soins palliatifs » de ville, on peut estimer ce volume d'actes à 0,5% par rapport aux volumes d'actes remboursés, ce qui représente environ 0,7% du montant global des actes remboursés (sources : CPAM Indre et Loire; années 2011, 2012, 2013)*

2. Sources Indre et Loire. Chiffres en progression (faible) par rapport aux années passées,.

## La Médecine Physique et de Réadaptation

### Médecine spécialisée = médecine de la fonction

- **Rôles**
  - Diagnostique
  - Thérapeutique
  - Coordination : prise en charge globale pluridisciplinaire
- **Techniques**
  - **Médicales** : techniques diagnostiques et thérapeutiques
  - **Paramédicales** : techniques physiques et de rééducation
- **Modalités**
  - Suivi coordonné
  - Ambulatoire ou institutionnel
    - ✓ **Projet de soin** : rééducation-réadaptation
    - ✓ **Projet de vie** : réadaptation-réinsertion

### Les soins de rééducation

- **Soins ambulatoires en activité libérale**
  - Kinésithérapie
  - Orthophonie
  - Ergothérapie (très peu, mais se développe / pas de prise en charge SS Nomenclature)
  - Neuro-psychologie (très peu / pas de prise en charge SS Nomenclature)
- **Prestations**
  - Aides techniques / Appareillage
  - Aides humaines et sociales

## Indications de la rééducation en cancérologie

## Les signes d'alerte

Selon « l'effet de position » (patient, entourage, soignant), les signes d'alerte « changent » d'appellation. A la phase aiguë, dans un service MCO, à domicile aussi, la présence fréquente d'un masso-kinésithérapeute apparaît comme une aide incontestable sur l'identification de signes d'alerte et d'intervention, de diagnostic ou de soins en rééducation.

Signe d'alerte	Patient	Entourage	Soignant
<b>Douleur</b>	Douleur / Souffrance	Douleur/ grimace / Anxiété	Inconfort/ douleur/ Anxiété / plainte Opposition soin
<b>Déficience Circulatoire</b>	Rougeur / Gonflement / Œdème	Rougeur / Œdème /Gonflement	Prévention cutanée / Œdème / Coloration téguments
<b>Déficience Motrice</b>	Paralysie / Ankylose / Difficulté à bouger /	Difficulté à bouger / Paralysie / Equilibre	Prévention articulaire musculaire fonctionnelle
<b>Maintien postural</b>		Ne tient pas assis/debout	Equilibre assis/debout
<b>Déficience Respiratoire</b>	Gêne à respirer / Essoufflement / Fatigue à l'effort	Troubles respiratoires / Essoufflement	Prévention respiratoire / Dyspnée, toux, râles
<b>Déficience alimentaire</b>	Difficulté à avaler	Troubles alimentaires Amaigrissement	Déglutition / Gêne / encombrement / poids
<b>Déficience Urinaire / Anale</b>	Difficulté à uriner / à aller à la selle	Incontinence / fuites	Vesico-sphincterien /
<b>Déficience à l'effort Déconditionnement</b>	Essoufflement / Fatigue à l'effort	Essoufflement / Fatigue	Dyspnée / déconditionnement / fatigabilité à l'effort
<b>État psychologique Vigilance</b>	Tristesse / Anxiété	Anxiété / Humeur	Anxiété / Humeur / Agressivité / participation soins

**La présence d'un ou de plusieurs de ces signes d'alerte doit induire la prescription de soins de rééducation ou d'évaluation diagnostique**



## Prise en charge en rééducation : Pourquoi ?

Pour prévenir, traiter, compenser les déficiences, les difficultés fonctionnelles, le handicap, et améliorer la qualité de vie et la participation sociale

### Déficiences – Symptômes fréquents

- **Dimensions physiques** : motrice, sensitive, digestive, urinaire, sexuelle...
- **Dimensions cognitives** : aspect langagier, mémoire, attention et fonctions exécutives, dimensions émotionnelle et comportementale

### Fonctions

- **Marche,**
- **Préhension,**
- **Communication,**
- **Résolution de problèmes, mémoire, ...**
- **Relation avec autrui**

### Handicap – Participation

- **Retentissement sur relations sociales** : vie familiale / vie sociale / activités de loisirs / activité professionnelle

Modèle CIF : Classification Internationale du Fonctionnement

## Prise en charge en rééducation : Quand?

**La prise en charge est possible à toutes les phases de la maladie mais avec des objectifs et des moyens à adapter au pronostic :**

- **Bénéfices « curatifs »**
- **Bénéfices « fonctionnels et palliatifs »**
- **Bénéfices de « confort »**

**Elle nécessite une double expertise :**

- **Rééducateurs / MPR et oncologue pour :**
  - **définir les objectifs dans le contexte thérapeutique, fonctionnel et pronostique**
  - **proposer des modalités de prise en charge et d'orientation**

**Démarche diagnostique**



**Propositions thérapeutiques après  
discussion en RCP  
recommandée pour certaines situations complexes  
(Bénéfices/Risques - Attentes du patient )**



**Interventions**

## Prise en charge en rééducation : Comment ?

### Selon :

- la déficience, la limitation d'activité, la participation
- le caractère isolé ou diffus des conséquences de la lésion :
  - ✓ *atteinte segmentaire ou globale,*
  - ✓ *atteinte motrice et/ou cognitive et/ou sensorielle }*
- l'intensité du ou des déficit(s)
- les signes associés non spécifiques : fatigabilité, douleurs, ...dépression
- L'état psychologique
- la phase thérapeutique et le pronostic
- l'environnement :
  - ✓ *familial*
  - ✓ *social*
  - ✓ *géographique*
- les ressources médicales / paramédicales mobilisables
- l'attente du patient, de la famille et de l'entourage, avec la notion d'objectif raisonnable

## Prise en charge en rééducation : Comment ?

### Ressources variées et complémentaires \*

- **Le secteur libéral (ou unité de soins à domicile) ou les unités oncologiques ou les structures de soins de support**
  - ✓ la kinésithérapie
  - ✓ la neuropsychologie
  - ✓ l'orthophonie
  - ✓ la psychologie clinique
  - ✓ l'ergothérapie libérale
  - ✓ la médecine MPR libérale
  - ✓ La nutrition
  
- **Les unités ou centres de rééducation et de réadaptation fonctionnelle**
  - ✓ le médecin MPR
  - ✓ l'équipe de rééducation : kinésithérapeute, ergothérapeute, neuropsychologue, orthophoniste, orthoprothésiste (appareillage), service social...
  - ✓ modalités de prise en charge : consultation, unité mobile, hospitalisation de jour, hospitalisation complète
  
- **Les ressources sanitaires et médico-sociales structurées / les « réseaux » de territoire**
  - ✓ Sanitaires : Réseaux de soins : cancérologique / soins palliatifs / personnes âgées / cérébro-lésion / HAD\*\* (parfois HAD rééducation) / SSIAD\* dont SSIAD Handicap / SSR
  - ✓ Médico-social : MDPH\*\* / SAVS\*\* / SAMSAH\*\* / UEROS\*\* / Réseaux / Comète\*\*

\*Voir définitions en annexe

\*\* Voir Intitulés en annexe

## Indications de la rééducation en cancérologie

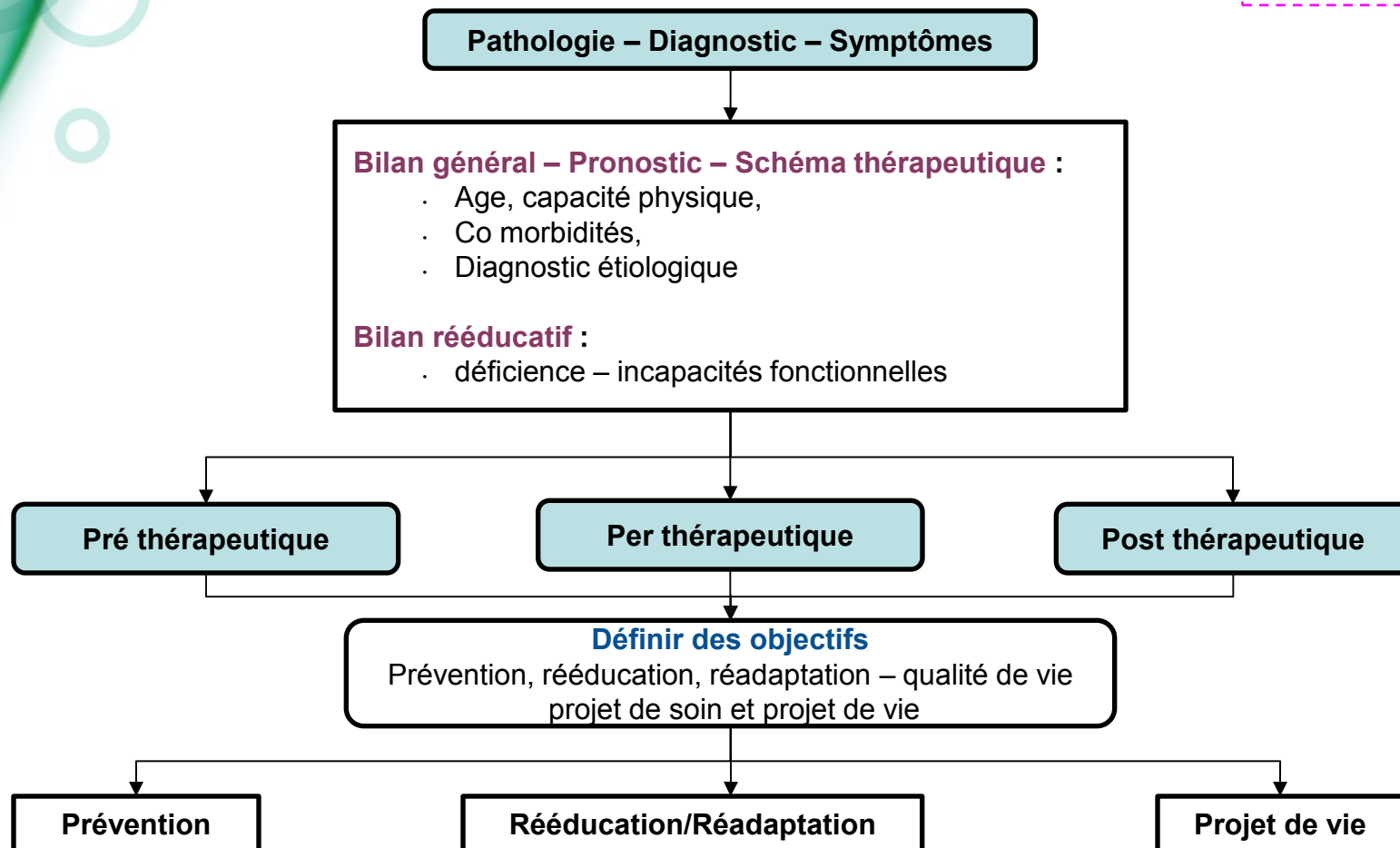
## Attentes du patient / Objectifs du médecin

	Attentes des patients	Objectifs des soignants
<b>Aspect physique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Douleur et fatigue</li> <li>✓ Difficultés fonctionnelles</li> </ul> <p>*activités quotidiennes, vie sexuelle, loisirs, travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Gérer des symptômes : douleur, fatigue, autres symptômes et déficits</li> </ul> <p><b>Moyens</b> : Rééducation fonctionnelle (RF), activité physique (APA), traitements médicamenteux, aides techniques</p>
<b>Aspect psychologique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Angoisse : de la récurrence, de l'évolution, des conséquences sur la famille, ..</li> <li>✓ Faire face</li> <li>✓ Image de soi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Amener le patient à exprimer ses plaintes, ses questionnements, son ressenti</li> <li>✓ Aider à faire face par l'information et l'éducation</li> <li>✓ Aider à s'approprier ou se réapproprier son image corporelle</li> </ul> <p><b>Moyens</b> : Psychologue, APA, groupe de parole</p>
<b>Aspect socio-professionnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Professionnel : maintien, ou retour à l'emploi/formation</li> <li>✓ Social : accompagnement social – aides</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Informer et accompagner</li> </ul> <p><b>Moyens</b> : Assistant social, Medico-social, initiatives locales</p>
<b>Information, éducation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Information sur la maladie et ses conséquences</li> <li>✓ Ecoute et personne ressource</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mettre en œuvre des activités éducatives ciblées individuelles ou en groupe</li> </ul> <p><b>Moyens</b> : associations, groupe de parole, SSR</p>



## Indications générales

Discussion en RCP



La rééducation relève toujours d'une prescription médicale

## Situations cliniques et Rééducation

Diverses **déficiences** peuvent induire **des limitations fonctionnelles temporaires ou définitives** nécessitant une **prise en charge rééducative / réadaptatives**

- **Atteinte ostéo-articulaire** : fracture, tassement, arthrite, ankylose, amputation,
- **Atteinte neurologique** : **sensorimotrice** (centrale, médullaire ou périphérique, neuro-musculaire), cognitive, ..
- **Atteintes digestive et urinaire** : incontinence, rétention,
- **Atteinte musculaire** : amyotrophie, diminution de force
- **Atteinte cardio-vasculaire** : déconditionnement physique, fatigue, dyspnée,
- **Atteinte vasculaire** : lymphœdème
- **Atteinte cutanée** : escarre, brides, rétractions,

## Orientations et Rééducation

- **Atteinte avec une seule déficience** : bon pronostic – domicile :
  - ✓ prise en charge ambulatoire
- **Atteinte avec plusieurs déficiences** : bon pronostic vital et/ou fonctionnel :
  - ✓ prise en charge spécialisée (consultation – HDJ – HC)
- **Atteinte avec plusieurs déficiences** : pronostic vital assez mauvais – faible capacité de récupération ou de tolérance des soins actifs de rééducation :
  - ✓ domicile et soins de confort / palliatif / soins de suite polyvalent ou soins de suite gériatrique (voir structure médico-sociale d'accueil)
- **Nécessité de soins pour suite traitement chirurgical ou chimiothérapique ou radiothérapique** :
  - ✓ soins à domicile ou selon le contexte social soins de suite polyvalent

*Référence : Critères de prise en charge – référentiel Alsace*

## Bilan de rééducation avant prise en charge en MPR\*

### Bilan médical général

- Antécédents, comorbidités et/ou handicaps selon le stade de la maladie, bilan d'extension paraclinique
- Examen médical général

### Evaluation des fonctions cognitives (globale et spécifique) :

- Conscience, orientation, sommeil
- Capacités d'attention, de mémoire et d'apprentissage.
- Etat émotionnel

### Evaluation des fonctions sensitives et de la douleur

- Sensibilité, proprioception
- Bilan de la douleur

### Evaluation des fonctions sensorielles et de la communication

Capacités visuelles et auditives, voix, parole

### Evaluation de la fonction cardiovasculaire et respiratoire

- Système cardiovasculaire
- Système respiratoire
- Tolérance à l'effort et endurance

*\* Ce bilan est général, il sera adapté selon les situations, déficiences et limitations d'activité et selon le champ de compétences médicales et paramédicales.*

## Bilan de rééducation avant prise en charge en MPR

### Evaluation des fonctions digestives / urinaires et du système métabolique et endocrinien

- Poids
- Signes fonctionnels urinaires et digestifs
- Fonctions métaboliques générales, équilibre hydrique et électrolytique

### Evaluation des fonctions motrices, de l'appareil locomoteur et du mouvement

- Fonctions articulaires et os
- Fonction musculaire : motricité active, rétraction et/ou extensibilité musculaire,

### Evaluation de l'état et de la fonction cutanée

- Bilan trophique : état cutané, cicatrice, œdème

### Evaluation de l'état psychologique

### Evaluation des capacités cognitives (d'apprentissage et d'application des connaissances)

Attention, apprentissage et application des consignes, réalisation de tâches multiples, capacité de gestion du stress et autres exigences psychologiques, comportement, communication,

### Evaluation des capacités fonctionnelles de bases

- Préhension, déambulation, autonomie aux activités de la vie quotidienne

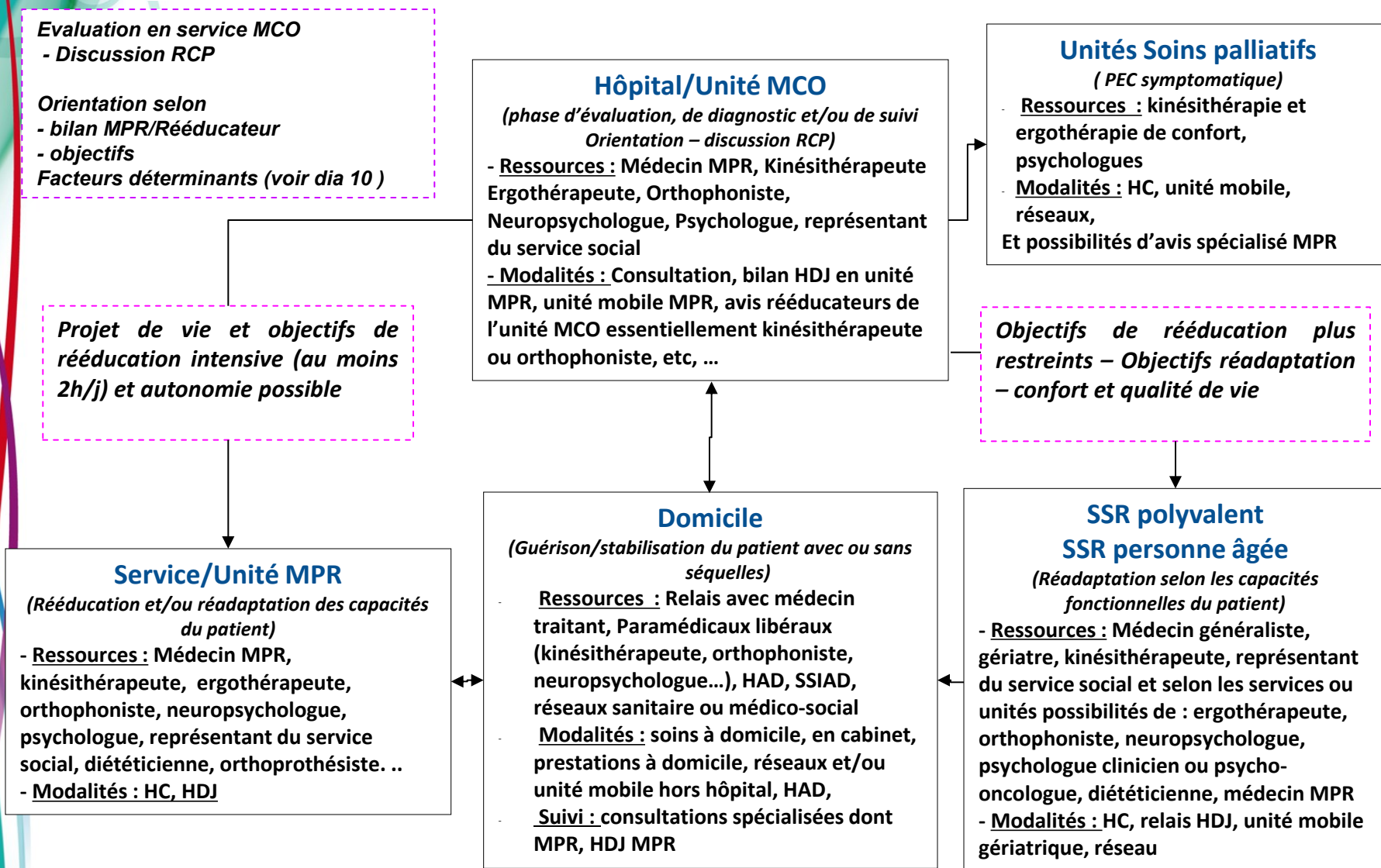
### Evaluation de la Qualité de vie

#### Ce bilan :

- est adapté aux situations lésionnelles et cliniques
- peut être établi par l'utilisation d'outils spécifiques : échelles – questionnaires – tests
- peut être adapté selon les modalités de prise en charge et selon les professionnels rééducateurs concernés

Indications de la rééducation en cancérologie

Parcours de soins et rééducation en cancérologie





# Communication

## Indications de la rééducation en cancérologie

## Communication

Qui informe le patient ?

Toute l'équipe médicale et paramédicale est concernée

Quand ?

**Le plus tôt possible; quel que soit le stade de la prise en charge, il n'est jamais trop tôt ni trop tard pour en parler au patient et à son entourage**

- . Dès le diagnostic, lors de la consultation d'annonce
- . Lors de la remise du PPS
- . Au cours des traitements
- . A la fin des soins, pendant la période de surveillance
- . Lors de la remise du Programme Personnalisé Après Cancer (PAPC)

Comment ?

**Interroger, Informer, Ecouter, Diriger**

- . Informer des bénéfices de la rééducation quel que soit le moment de la prise en charge (diminution fatigue, anxiété, dépression, contrôle poids et **possible diminution mortalité et rechute**)
- . **Informer de manière très individualisée et sans culpabiliser**
- . Lutter contre les fausses idées et les freins liés au patient ou à l'entourage (information sur les contre-indications, lymphœdème, ...)
- . Diriger vers une équipe ou un professionnel formé

# Education thérapeutique

## Education thérapeutique

### Définition de l'éducation thérapeutique

Elle vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation, des procédures hospitalières et des comportements liés à la santé et à la maladie.

Elle a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer avec l'équipe soignante et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie

**Les finalités sont, entre autre, la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'auto soins de compétence d'adaptation :** compétences personnelles, cognitives, physiques qui permettent aux personnes de maîtriser et de diriger leur existence et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci.

### Acquisition de compétences :

- ✓ Connaître et faire connaître ses besoins, informer son entourage (réadaptation à l'effort, maintien de sa condition physique...)
- ✓ Comprendre, s'expliquer (sa maladie)
- ✓ Repérer, analyser, mesurer
- ✓ Faire face, décider
- ✓ Résoudre un problème de thérapeutique quotidienne, de gestion de sa vie et de sa maladie, résoudre un problème de prévention
- ✓ Pratiquer , faire (régulièrement, conformément aux recommandations...)
- ✓ Adapter, réajuster
- ✓ Utiliser les ressources du système de soins, faire valoir ses droits

## Cas particuliers / Situations courantes

- Fascicule 2 : Le syndrome de désadaptation (en cours de mise à jour)
- Fascicule 3 : Les déficiences neurologiques hors atteintes encéphaliques (en cours de mise à jour)
- Fascicule 4 : Les déficiences liées aux cancers VADS



# Annexes générales

## Annexe 1

## Quelques définitions

**La rééducation** : C'est l'ensemble des moyens physiques mis en œuvre après évaluation pour traiter les déficiences et les limitations d'activités des patients présentant une pathologie avec un retentissement fonctionnel

**La réadaptation** : La réadaptation est l'application coordonnée et combinée de mesures dans les domaines médical, social, psychique, technique et pédagogique, qui peuvent aider à remettre le patient à la place qui lui convient le mieux dans la société ou/et à lui conserver cette place. » (Organisation mondiale de la santé).

Elle doit prendre en compte le cadre environnemental et professionnel.

**La kinésithérapie** : La kinésithérapie est une spécialité paramédicale qui permet à un professionnel diplômé de travailler sur différentes formes de rééducation, le renforcement musculaire, la mobilité et l'endurance d'un patient. Elle concerne aussi bien le squelette que les fonctionnalités de l'organisme; elle améliore la qualité de vie du patient.

Le masseur-kinésithérapeute réalise, de façon manuelle ou instrumentale, des actes de massage et de gymnastique médicale, dans le but de prévenir la limitation des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. Lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, le masseur-kinésithérapeute exerce sur prescription médicale. Il intervient chez des patients présentant des affections de l'appareil locomoteur, des affections respiratoires, cardiovasculaires, digestives ou génito-urinaires. Le masseur-kinésithérapeute est titulaire d'un diplôme d'État validé par le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

**L'ergothérapie** : L'ergothérapie est une profession de santé évaluant et traitant les personnes afin de préserver et développer leur indépendance et leur autonomie dans leur environnement quotidien et social (Définition approuvée la Fédération Mondiale des Ergothérapeutes - World Federation of Occupational Therapist)

L'ergothérapie se caractérise par l'éducation, la rééducation, la réadaptation, la réhabilitation, par l'activité.

C'est par le biais d'activités de la vie quotidienne et d'autres exercices globaux et analytiques que l'ergothérapeute organise une thérapie visant à améliorer des capacités d'agir et des compétences. Il examine, et prend en charge les retentissements physiques (moteurs et sensoriels), psychiques, mentaux et cognitifs dans le contexte de l'interaction avec les facteurs environnementaux et personnels. Il est titulaire du diplôme d'État d'ergothérapeute

## Indications de la rééducation en cancérologie

## Annexe 1 (suite)

## Quelques définitions

**L'orthophonie** : L'orthophonie définit la prononciation normale et par extension, désigne la prise en charge paramédicale visant à traiter les différents troubles du langage parlé et écrit, pouvant notamment être liés à des atteintes des organes vocaux (larynx, cordes vocales) ou des lésions cérébrales.

L'orthophonie corrige ainsi aussi bien les difficultés à articuler convenablement les mots, comme le bégaiement ou les troubles de la phonation, que les troubles d'apprentissage de la lecture et de l'écriture comme la dyslexie.

L'orthophoniste est un professionnel de santé qui assure la prise en charge des troubles de la communication (langage oral et écrit), les troubles de la voix, de l'articulation, de la parole, ainsi que les troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son expression, quelle qu'en soit l'origine (les troubles de la déglutition, les troubles dits « cognitifs » - fonctions supérieures - attention - mémoire)

Il est titulaire d'un diplôme d'exercice professionnel (diplôme de l'enseignement supérieur - Certificat de Capacité d'Orthophoniste-CCO).

**La psychologie** : La psychologie est l'étude des faits psychiques, des comportements et des processus mentaux.

Ayant pour objectif l'investigation de la structure et du fonctionnement du psychisme, elle s'attache donc à décrire, évaluer et expliquer les processus mentaux dans leur ensemble, en prenant en compte les manifestations de la subjectivité.

**La neuropsychologie** : La neuropsychologie est une discipline scientifique de la psychologie cognitive qui étudie les fonctions mentales supérieures dans leurs rapports avec les structures cérébrales au moyen d'observations menées auprès de patients présentant des lésions cérébrales accidentelles, congénitales ou chirurgicales (mémoire - attention - raisonnement - émotions - comportements)

Licence et Master de psychologie à l'université - 5 ans

**Ortho-prothésiste** :

Professionnel technicien - réalise des appareils : prothèses - orthèses - chaussures - attelles

Titulaire d'un BTS

Annexe 2

## Prescription kinésithérapie

**Pour un bilan (acte de diagnostic en l'absence de traitement de kinésithérapie), prescription stipulant :**

- Bilan ostéo-articulaire (conséquences motrices orthopédiques)

**et/ou**

- Bilan musculaire (Testing pour conséquences motrices des affections neurologiques)

**et prescription (en fonction du ou des symptômes):**

- Rééducation d'un membre et de sa racine
- Rééducation de tout ou partie de plusieurs membres
- Rééducation du rachis et /ou des ceintures
- Rééducation paroi abdominale
- Rééducation respiratoire (jusqu'à 2 séances par jour)
- Rééducation maxillo-faciale
- Rééducation pour lymphoedème (préciser si besoin de bandage)
- Rééducation périnéale
- Rééducation atteintes nerveuses périphériques
- Rééducation hémiplégié/paraplégie/tétraplégie
- Rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des 2 membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination
- Rééducation « soins palliatifs »

## Annexe 3

## Exemple de prise en charge de rééducation : post opératoire sein

**1. Vérifier avant de traiter**

- La date de l'intervention et la durée écoulée depuis cette date
- Le nombre et la localisation des cicatrices en rapport avec le type de lésion et le type de chirurgie
- L'état de la cicatrice qui peut être totalement ou partiellement fermée, avec ou sans fils, mobile ou adhérente, avec écoulement
- L'état de la peau qui peut présenter des séquelles de radiothérapie
- La présence d'œdème de la paroi, du sein, du creux axillaire
- Les douleurs et leurs éventuels facteurs déclenchant
- La sensibilité souvent perturbée autour de la cicatrice

**2. Matériel mis en œuvre**

- Techniques manuelles
- Techniques instrumentales de massage mécanique
- Topiques pour assouplir la peau et la cicatrice

**3. Objectifs**

- Assouplir les tissus cicatriciels pour la fonction, le confort et le bien-être
- Préparer une éventuelle reconstruction
- Maintenir la fonction du complexe de l'épaule

**4. Les actions**

- Massage mobilisation manuelle de la cicatrice :
  - o Abord mains à plat, Effleurage, Pressions glissées
  - o Mobilisation, Centripète puis centrifuge, Convergente puis divergente
  - o Traction dans l'axe de la cicatrice
- Massage digital de la cicatrice
  - o Pétrissage
  - o Palper Rouler de Wetterwald
  - o Pincement de Jacquet Leroy

**Massage mécanique de la cicatrice**

- Les cicatrices ont toujours tendance à la fibrose et à l'adhérence lorsque la mobilité n'est pas entretenue ; il est nécessaire de mettre en place une hygiène de vie à base d'automassage et de mobilisation indirecte (épaule, respiration) permettant d'éviter toute récurrence de la raideur et de la fibrose.
- En fonction de l'avis médical et chirurgical accompagner une éventuelle chirurgie de reconstruction
- Se passer de la rééducation avec une tierce personne : apprendre l'auto-massage, l'auto-mobilisation



## Indications de la rééducation en cancérologie

## Références bibliographiques

- Abraham JL, Banffy MB, Harris MB. Spinal cord compression in patients with advanced metastatic cancer: "all I care about is walking and living my life". JAMA. 2008; 27; 299(8):937-46.
- Blaney, J, Lowe-Strong A, et al. The cancer rehabilitation journey: barriers to and facilitators of exercise among patients with cancer-related fatigue. Physical Therapy 2010; 90(8):1135-47.
- Caglar HB, Tishler RB, Othus M, Burke E, Li Y, Goguen L, Wirth LJ, Haddad RI, Norris CM, Court LE, Aninno DJ, Posner MR, Allen AM. Dose to larynx predicts for swallowing complications after intensity-modulated radiotherapy. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2008 ;72:1110-8.
- Clark J, Ford S, Hegedus P. Developing a comprehensive cancer center rehabilitation program. J Oncol Manag. 2004; 13 (5):13-21.
- Caudell JJ, Schaner PE, Desmond RA, Meredith RF, Spencer SA, Bonner JA. Dosimetric factors associated with long-term dysphagia after definitive radiotherapy for squamous cell carcinoma of the head and neck. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2010;76:403-9.
- Cavalot AL, Ricci E, Schindler A, Roggero N, Albera R, Utari C, Cortesina G. The importance of preoperative swallowing therapy in subtotal laryngectomies. Otolaryngol Head Neck Surg. 2009;140:822-5.
- Christianen ME, Schilstra C, Beetz I, Muijs CT, Chouvalova O, Burlage FR, Doornaert P, Koken PW, Leemans CR, Rinkel RN, de Bruijn MJ, de Bock GH, Roodenburg JL, van der Laan BF, Slotman BJ, Verdonck-de Leeuw IM, Bijl HP, Langendijk JA. Predictive modelling for swallowing dysfunction after primary (chemo)radiation: results of a prospective observational study. Radiother Oncol. 2012 Oct;105(1):107-14.
- Crary MA, Carnaby GD, LaGorio LA, Carvajal PJ. Functional and physiological outcomes from an exercise-based dysphagia therapy: a pilot investigation of the McNeill Dysphagia Therapy Program. Arch Phys Med Rehabil. 2012;93:1173-8.
- Dimeo FC, Thomas E, Raabe-Menssen C, Propped E, Mathias M. Effect of aerobic exercise and relaxation training on fatigue and physical performance of cancer patients after surgery. A randomised controlled trial. Support Care Cancer. 2004; 12 (11):774-9.
- Dirix P, Abbeel S, Vanstraelen B, Hermans R, Nuyts S. Dysphagia after chemoradiotherapy for head-and-neck squamous cell carcinoma: dose-effect relationships for the swallowing structures. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2009;75:385-92.
- Djordjevic A, Nikolic S. Profile of handicap situations in cancer patients. J BUON. 2009; 14 (3):435-40.
- Duprez F, Madani I, De Potter B, Boterberg T, De Neve W. Systematic review of dose--volume correlates for structures related to late swallowing disturbances after radiotherapy for head and neck cancer. Dysphagia. 2013;28:337-49.
- Dutta D, Vanere P, Gupta T, Munshi A, Jalali R. Factors influencing activities of daily living using FIM-FAM scoring system before starting adjuvant treatment in patients with brain tumors: results from a prospective study. J Neurooncol. 2009; 94 (1):103-10.
- Eades M, Chasen M., et al. Rehabilitation: long-term physical and functional changes following treatment. Semin Oncol Nurs. 2009; 25(3):222-30.
- Ewertz M, Jensen AB. Late effects of breast cancer treatment and potentials for rehabilitation. Acta Oncol. 2011;50(2):187-93.
- Fattal C, Gault D, Leblond C, Gossens D, Schindler F, Rouays-Mabit H, Fabro M, Bauchet L. Metastatic paraplegia: care management characteristics within a rehabilitation center. Spinal Cord. 2009; 47 (2):115-21.
- Fayolle-Minon I, Condemine A, Phaner V, Calmels P. Physical medicine and rehabilitation and oncology: ethical reflexion. Ann Readapt Med Phys. 2008; 51 (3):201-6.
- Feng FY, Kim HM, Lyden TH, Haxer MJ, Feng M, Worden FP, Chepeha DB, Eisbruch A. Intensity-modulated radiotherapy of head and neck cancer aiming to reduce dysphagia: early dose-effect relationships for the swallowing structures. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2007;68:1289-98.

## Références bibliographiques (suite)

- Fialka-Moser V., Crevenna R, Korpan M. , Quittan M. Cancer rehabilitation particularly with aspects on physical impairments. *J Rehabil Med* 2003; 35: 153–162
- Franklin D, Delengowski AM et al. TP. Facing forward: meeting the rehabilitation needs of cancer survivors. *Oncology (Williston Park)*, 2010 Oct;24(10 Suppl):21-3, 29-32.
- Franklin DJ. Cancer rehabilitation: challenges, approaches, and new directions. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2007 Nov;18(4):899-924
- Frowen J, Cotton S, Corry J, Perry A. Impact of demographics, tumor characteristics, and treatment factors on swallowing after (chemo)radiotherapy for head and neck cancer. *Head Neck* 2010;32:513-28.
- Gilchrist LS, Galantino ML, Wampler M, Marchese VG, Morris GS, Ness KK. A framework for assessment in oncology rehabilitation. *Phys Ther*. 2009; 89 (3):286-306.
- Gudbergsson SB, Dahl AA, et al. What is covered by "cancer rehabilitation" in PubMed? A review of randomized controlled trials 1990-2011. *J Rehabil Med*. 2015 Feb;47(2):97-106
- Haas B.K., Kimmel G., Hermanns M., Deal B. , Community-Based FitSTEPS for Life Exercise Program for Persons With Cancer: 5-Year Evaluation *Jal of oncology practice* (2012), 8, 6, 320-324
- Haderlein M, Semrau S, Ott O, Speer S, Bohr C, Fietkau R. Dose-dependent deterioration of swallowing function after induction chemotherapy and definitive chemoradiotherapy for laryngopharyngeal cancer. *Strahlenther Onkol*. 2014;190:192-8.
- Halczy-Kowalik L, Sulikowski M, Wysocki R, Posio V, Kowalczyk R, Rzewuska A. The role of the epiglottis in the swallow process after a partial or total glossectomy due to a neoplasm. *Dysphagia* 2012;27:20-31.
- Hellbom M, Bergelt C, et al. Cancer rehabilitation: A Nordic and European perspective. *Acta Oncol*. 2011 Feb;50(2):179-86
- Holm L.V. et al. Participation in cancer rehabilitation and unmet needs: a population-based cohort study. *Support Care Cancer* (2012) 20:2913–2924
- Hong-li C, Xiao-chun W, Jiang-bin W, Jing-bo Z, Yao W. Quality of life in patients with breast cancer and their rehabilitation needs. *Pak J Med Sci* 2014;30(1):126-130.
- Hutcheson et al Eat and Exercise During Radiotherapy or Chemoradiotherapy for Pharyngeal Cancers : Use It or Lose It. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2013;139(11):1127-1134.
- Hui Y, Wei WI, Yuen PW, Lam LK, Ho WK. Primary closure of pharyngeal remnant after total laryngectomy and partial pharyngectomy: how much residual mucosa is sufficient? *Laryngoscope*. 1996;106:490-4.
- Khan F, Amatya B, Ng L, Drummond K, Olver J. Multidisciplinary rehabilitation after primary brain tumour treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 1. Art. No.: CD009509. DOI: 10.1002/14651858.CD009509.pub2.
- Khan F, Amatya B, Ng L, Demetrios M, Zhang NY, Turner-Stokes L. Multidisciplinary rehabilitation for followup of women treated for breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 12. Art. No.: CD009553. DOI:10.1002/14651858.CD009553.pub2
- Knols RH, de Bruin ED, et al. Reliability of ambulatory walking activity in patients with hematologic malignancies. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2009; 90(1):58-65.

## Références bibliographiques (suite)

Kotz T, Federman AD, Kao J, Milman L, Packer S, Lopez-Prieto C, Forsythe K, Genden EM. Prophylactic swallowing exercises in patients with head and neck cancer undergoing chemoradiation: a randomized trial. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2012;138:376-82.

Labourey JL. Physical activity in the management of cancer-related fatigue induced by oncological treatments. *Ann Readapt Med Phys.* 2007 ; 50 (6):450-4.

Lango MN, Langendijk JA, Doornaert P, Rietveld DH, Verdonck-de Leeuw IM, Leemans CR, Slotman BJ. A predictive model for swallowing dysfunction after curative radiotherapy in head and neck cancer. *Radiother Oncol* 2009;90:189-95.

Lewin JS. Candidate dosimetric predictors of long-term swallowing dysfunction after oropharyngeal intensity-modulated radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2010;78:1356-65.

Li J, Bentzen SM, Li J, Renschler M, Mehta MP. Relationship between neurocognitive function and quality of life after whole-brain radiotherapy in patients with brain metastasis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2008; 71 (1):64-70.

Liu RD, Chinapaw MJ, et al. Physical exercise interventions in haematological cancer patients, feasible to conduct but effectiveness to be established: A systematic literature review. *Cancer Treatment Reviews* 2009; 35(2):185-92.

Madani I, De Potter B, Boterberg T, De Neve W. Systematic review of dose--volume correlates for structures related to late swallowing disturbances after radiotherapy for head and neck cancer. *Dysphagia.* 2013;28:337-49.

McNeely ML, Parliament MB, et al. Predictors of adherence to an exercise program for shoulder pain and dysfunction in head and neck cancer survivors. *Support Care Cancer.* 2012 Mar;20(3):515-22

Mortensen HR, Overgaard J, Jensen K, Specht L, Overgaard M, Johansen J, Evensen JF, Andersen E, Andersen LJ, Hansen HS, Grau C; DAHANCA Group. Factors associated with acute and late dysphagia in the DAHANCA 6 & 7 randomized trial with accelerated radiotherapy for head and neck cancer. *Acta Oncol.* 2013;52:1535-42.

Mishra SI, Scherer RW, Snyder C, Geigle PM, Berlanstein DR, Topaloglu O. Exercise interventions on health-related quality of life for people with cancer during active treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 8. Art. No.: CD008465. DOI : 10.1002/14651858.CD008465.pub2.

Movsas SB, Chang VT, Tunkel RS, Shah VV, Ryan LS, Millis SR. Rehabilitation needs of an inpatient medical oncology unit. *Arch Phys Med Rehabil.* 2003 ; 84 (11):1642-6.

Naik A.D., Lindsey Martin L.A., Karel M., Schuster Wachen J., Mulligan E., Gosian J.S., Herman L.I., Moye J. Cancer survivor rehabilitation and recovery : Protocol for the Veterans Cancer Rehabilitation Study (Vet-CaRes) *BMC Health Services Research* 2013, 13:93

Palacio A, Calmels P, Genty M, Le-Quang B, Beuret-Blanquart F. Oncology and physical medicine and rehabilitation. *Ann Phys Rehabil Med.* 2009; 52 (7-8):568-78.

Parsons JA, Davis AM. Rehabilitation and quality-of-life issues in patients with extremity soft tissue sarcoma. *Curr Treat Options Oncol.* 2004; 5 (6):477-88.

Pearson E.J.M. , Twigg V.J. A framework for rehabilitation for cancer survivors *European Journal of Cancer Care*, 2013, **22**, 701–708.

Sævar B. Gudbergsson, MPH., Alv A. Dahl, MD, Jon Håvard Loge, MD., Lene Thorsen, Line Oldervoll, and Ellen K. Grov, RN.; What is covered by "Cancer Rehabilitation" in PubMed? A review of randomized controlled trials 1990–2011; *J Rehabil Med* 2014.

Scott DA, Mills M, Black A, Cantwell M, Campbell A, Cardwell CR, Porter S, Donnelly M. Multidimensional rehabilitation programmes for adult cancer survivors. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 3. Art. No.: CD007730. DOI: 10.1002/14651858.CD007730.pub2.

## Références bibliographiques (suite)

Schwartz DL, Hutcheson K, Barringer D, Tucker SL, Kies M, Holsinger FC, Ang KK, Morrison WH, Rosenthal DI, Garden AS, Dong L, Lewin JS. Candidate dosimetric predictors of long-term swallowing dysfunction after oropharyngeal intensity-modulated radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2010;78:1356-65.

Servagi-Vernat S, Ali D, Roubieu C, Durdux C, Laccourreye O, Giraud P. Dysphagia after radiotherapy: State of the art and prevention. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2014 Jun 9. pii: S1879-7296(14)00070-2.

Shin KY, Guo Y, et al. Inpatient Cancer Rehabilitation: The Experience of a National Comprehensive Cancer Center. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation,* 2011;90(5): S63-S68.

Smith JE, Suh JD, Erman A, Nabili V, Chhetri DK, Blackwell KE. Risk factors predicting aspiration after free flap reconstruction of oral cavity and oropharyngeal defects. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2008;134:1205-8.

Spence R., Heesch R., Brown W. Exercise and cancer rehabilitation: A systematic review. *Cancer Treatment Reviews* 2010; 36(2):185-94.

Thorsen L, Gjerset GM, et al. Cancer patients' needs for rehabilitation services. *Acta Oncol.* 2011 Feb;50(2):212-22.

Van der Molen L, Heemsbergen WD, de Jong R, van Rossum MA, Smeele LE, Rasch CR, Hilgers FJ. Dysphagia and trismus after concomitant chemo-Intensity-Modulated Radiation Therapy (chemo-IMRT) in advanced head and neck cancer; dose-effect relationships for swallowing and mastication structures. *Radiother Oncol* 2013;106:364-9.

Veloso A. et al, Unmet needs in cancer rehabilitation during the early cancer trajectory – a nationwide patient survey. *Acta Oncologica,* 2013; 52: 372–381.

Wedding U, Röhrig B, Klippstein A, Fricke HJ, Sayer HG, Höffken K. Impairment in functional status and survival in patients with acute myeloid leukaemia. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2006; 132 (10):665-71.

Woisard V, Puech M. La rééducation de la déglutition chez l'adulte. Le point sur prise en charge fonctionnelle 2nd Ed. Solal, Marseille 2010 : 411p

Zuydam AC, Lowe D, Brown JS, Vaughan ED, Rogers SN. Predictors of speech and swallowing function following primary surgery for oral and oropharyngeal cancer. *Clin Otolaryngol* 2005;30:428–37.