

Rééducation en neuro-oncologie Tumeurs cérébrales

15/12/2020

Contributeurs

Coordination

CALMELS Paul (médecine physique et de réadaptation, Saint-Etienne), **TAILLANDIER Luc** (neuro-oncologie, Nancy), **DAVELUY Walter** (médecine physique et réadaptation, Lille)

Coordination méthodologique : RRCGE - NEON

BLOCK Véronique (pharmacien responsable projets, Vandœuvre-lès-Nancy) & **RHOUNI Samia** (chargé de missions, Vandœuvre-lès-Nancy)

Membres du groupe de travail

BONAN Isabelle (médecine physique et de réadaptation, Rennes), **COGNE Mélanie** (médecine physique et de réadaptation, Rennes), **DIARD Catherine** (médecine physique et de réadaptation, Vexin), **FRENAY Cécile** (médecine physique et de réadaptation, Nancy), **LE RHUN Emilie** (neuro-oncologie/neurochirurgie, Zürich), **LEYES BRET Laurie** (kinésithérapie, Nancy), **MAXO Aurélie** (médecine physique et de réadaptation, Saint-Etienne)

Relecteurs

MONFILLIETTE DJELAD Apolline (oncologie médicale, Lille), **PAROT-MONPETIT Anny** (gastro-entérologie et médecine de soins palliatifs), **VAULEON Enora** (oncologie médicale, Lille)

Approbateurs (Participants à l'atelier des J2R du 02/07/2020)

BOULEUC Carole (médecine SOS, Paris), **BRUNET Majid** (méthodologiste, Lyon), **CARTALAT Stéphanie** (neuro-oncologie, Lyon), **MEMBRE Rachel** (enseignant APA, Bourg-en-Bresse)

Sommaire

○ Contributeurs	<u>p. 2</u>
○ Modalités – Objectifs généraux	<u>p. 4</u>
○ Tumeurs cérébrales	
○ Tumeurs concernées / Tumeurs primitives / Métastases	<u>p. 5</u>
○ Traitements et Pronostics	<u>p. 8</u>
○ Rééducation/réadaptation	
○ Quand ? Concept de rééducation/réadaptation/réinsertion	<u>p. 9</u>
○ Quand ?	<u>p. 10</u>
○ Comment ?	<u>p. 11</u>
○ Comment ? Ressources	<u>p. 12</u>
○ Tumeurs cérébrales – Pourquoi une rééducation ?	<u>p. 13</u>
○ Références – Recommandations	<u>p. 19</u>
○ Modalités de prise en charge	<u>p. 23</u>
○ Rééducation-Réadaptation / Parcours de soins	<u>p. 24</u>
○ Rééducation physique	<u>p. 25</u>
○ Rééducation cognitive	<u>p. 37</u>
○ Rééducation langagière et de communication	<u>p. 48</u>
○ Rééducation des troubles de déglutition	<u>p. 65</u>
○ Déficiences vésico-sphinctériennes et sexuelles	<u>p. 77</u>
○ Prise en charge sociale	<u>p. 83</u>
○ Annexes – Documents complémentaires – Références	<u>p. 86</u>
○ Lexique	<u>p. 110</u>

MODALITES – OBJECTIFS GENERAUX

Définir des parcours coordonnés pour les patients atteints de **pathologies neuro-oncologiques (tumeurs cérébrales)** porteurs de déficiences, limitations d'activité ou restrictions de participation pouvant nécessiter de la rééducation

Être un cadre de partenariat entre les différents acteurs

Aide pour le (neuro)oncologue

- Sensibilisation aux limitations d'activité conséquences des déficiences
- Orientation des patients, avec identification des besoins, des ressources (différents acteurs) et modalités (libérales, institutionnelles) accessibles
- Meilleure appréhension des modalités techniques d'évaluation et de prise en charge par les rééducateurs
- Matérialisation des échanges et du suivi

Aide pour les rééducateurs

- Informations sur le contexte oncologique, thérapeutique et pronostic en vue de propositions de parcours de soin
- Choix de techniques d'évaluation et de protocoles de prise en charge (tendre vers une relative homogénéité et offre plus large)
- Matérialisation des échanges et du suivi

→ Développement de l'interdisciplinarité

→ Amélioration de la qualité des soins

Tumeurs cérébrales (1)

Tumeurs concernées

- **Tumeurs primitives du système nerveux central**
- **Métastases du système nerveux central**
- **Complications neurologiques des patients traités pour un cancer du SNC (liées à la maladie ou aux traitements)**

Tumeurs cérébrales (2)

Tumeurs primitives

- **Classification OMS de référence 2016 : >100 entités** *(Louis, 2016)*
intégrant des données histo-pathologiques et les marqueurs moléculaires (notamment mutations IDH, codelétion 1p19q. Elle est en constante évolution (groupe cIMPACT NOW).
- **Tumeurs cérébrales primitives les plus fréquentes** *(Ostrom, 2018)* :
 - ✓ méningiomes non malins (37,1 %)
 - ✓ tumeurs non malignes de la tige pituitaire (16,5 %)
 - ✓ glioblastomes (14,7 %).

Tumeurs cérébrales (3)

Métastases du système nerveux central

→ Première cause de tumeurs cérébrales (incidence en augmentation)

- Métastases cérébrales parenchymateuses :
 - environ 25 % des patients avec un cancer
- Métastases leptoméningées :
 - environ 10 % des patients avec un cancer
- Autres :
 - métastases médullaires, dures
- Certaines tumeurs primitives sont plus représentées :
 - poumon – sein – mélanome – tube digestif – rein

Dans la plupart des cas, la maladie tumorale est disséminée lors du diagnostic de métastase encéphalique.

Tumeurs cérébrales (4)

Traitements et pronostics

ENTITE TUMORALE	TRAITEMENT	CADRE PRONOSTIQUE
Gliomes diffus de bas grade (II OMS)	Chirurgie ↗↗↗ Chimiothérapie ↗ Radiothérapie ↘	<i>haut risque :</i> <ul style="list-style-type: none"> médiane de survie : 13.3 ans survie à 5 ans : 72 % <i>risque standard :</i> <ul style="list-style-type: none"> médiane de survie : >10 ans, en attente de confirmation survie à 5 ans : 93 %
Gliomes anaplasiques codélétés (III OMS)	Chirurgie Radiothérapie puis chimiothérapie	survie médiane : 14.7 ans survie à 5 ans : 76.2 %
Gliomes anaplasiques non codélétés (III OMS)	Chirurgie Radiothérapie puis chimiothérapie	survie médiane: 2-2.5 ans survie à 5 ans : 31.6 %
Glioblastomes (IV OMS)	Chirurgie Chimiothérapie-radiothérapie concomitante puis chimiothérapie de maintenance	survie médiane : 14 à 21 mois (± 1 an dans la population générale)
Métastases parenchymateuses	Traitement local (radiothérapie stéréotaxique, chirurgie) ↗↗↗ Traitements systémiques ↗ RT encéphale in toto ↘	3 mois à 2 ans
Métastases leptoméningées	Traitement systémique Traitement intra-LCR si cellules tumorales dans le LCR ou maladie linéaire Radiothérapie	survie médiane : 4 à 7 mois

Rééducation-réadaptation : Quand ? (1)

Contexte de la rééducation/réadaptation/réinsertion*

DÉFICIENCES - SYMPTÔMES FREQUENTS

Dimension physique

(motrice, sensitive, sensorielle, digestive, urinaire, sexuelle...)

Dimension cognitive

(langage mémoire, attention et fonctions exécutives, dimensions émotionnelle et comportementale)



FONCTION – LIMITATION D'ACTIVITE

(marche / préhension / communication / alimentation / résolution de problèmes...)



HANDICAP - PARTICIPATION

(retentissement sur relations sociales / vie familiale / vie sociale / activités de loisirs / activité professionnelle)

* *Modèle OMS – CIF Classification Internationale du Fonctionnement*

Rééducation-réadaptation : Quand ? (2)

Organigramme d'une prise en charge

Modalités

- La prise en charge en rééducation/réadaptation est de principe possible à toutes les phases de la maladie, avec des objectifs différents, selon le pronostic, le niveau et le nombre de déficiences, et avec des modalités adaptées. Il peut être identifié :
 - des bénéfices « curatifs »
 - des bénéfices « fonctionnels et palliatifs »
 - des bénéfices de « confort en fin de vie »
- Cette prise en charge est multidisciplinaire et doit être discutée et initiée dès le diagnostic.
- Son besoin, doit pouvoir être discuté en RCP, avec l'identifications des indications et objectifs, en lien avec les traitements curatifs et leurs modalités (traitements neuro-oncologiques de chirurgie, radiothérapie, traitements systémiques... et le suivi : IRM, place ↗ TEP acides aminés et la possible participation aux études cliniques dès que possible.
- Cette prise en charge doit s'organiser (**parcours de soins requis**), avec des partenaires de soins identifiés, une dimension sanitaire et sociale, institutionnelle et/ou à domicile, adaptée au contexte de vie et à l'offre de soins dans l'environnement du patient.

Rééducation-réadaptation : Où et comment ? (3)

Organigramme d'une prise en charge

Critères déterminants

La prise en charge va s'organiser selon différents facteurs déterminants :

- Selon la déficience, le symptôme, la fonction atteinte, la participation
- Selon le caractère isolé ou diffus des conséquences de la lésion cérébrale (*atteinte segmentaire ou globale, motrice et/ou cognitive et/ou sensorielle*)
- Selon l'intensité du ou des déficit(s)
- Selon les signes associés : fatigabilité, douleurs...
- Selon le pronostic et/ou la phase thérapeutique
- Selon l'environnement : familial / social / géographique
- Selon les ressources médicales / paramédicales mobilisables
- **Selon l'attente du patient et de la famille**

Rééducation-réadaptation : Où et comment ? (3)

Où et comment ? - Ressources

Ressources sanitaires et sociales

Médicales/paramédicales

Médecine de rééducation
Kinésithérapie
Neuropsychologie
Orthophonie
Ergothérapie
Soins infirmiers
Psychologie clinique
Psychomotricité
Activité physique adaptée
Appareillage ...

Les structures/unités soins

Equipe de rééducation
Consultation
Hospitalisation de jour
Hospitalisation complète
HAD* (parfois HAD rééducation)
Equipes/unités mobile
USP*

SSIAD*

Champ intervention

Sanitaire
Médico-social
Social
Ville-libéral
Institutionnelle

Médico-sociales et sociales

Service social (hospitalier-ville)
SAMSAH, SAVS
UEROS
COMETE
MDPH*...

Les réseaux » de territoire

Réseau cancérologique
Réseaux soins palliatifs
Réseaux personnes âgées / MAIA*
Réseaux cérébro-lésions

○ Tumeurs cérébrales primitives (1)

Pourquoi une rééducation ?

Besoins et bénéfices de la rééducation

- **Tumeurs cérébrales primitives = responsables (sous très fortes probabilité) d'effets invalidants au long terme**
(Khan, 2015), (Andrejeva, 2018)
- **Preuves générales favorables de l'efficacité de la rééducation dans ce contexte :**
 - **Amélioration comparable à celle d'un AVC ou d'un traumatisme crânien, surtout si prise en charge précoce** *(Vargo, 2011)*
- **Programmes rééducatifs à adapter car caractère évolutif lésionnel et retentissement fonctionnel** *(Alam, 2008)*
- **Mais ces patients sont peu adressés en service de rééducation, ou trop tardivement** *(Fu, 2018)*

○ Tumeurs cérébrales primitives (2)

Pourquoi une rééducation ?

Bénéfices de la rééducation - avec un programme multidisciplinaire

- Réduction de l'invalidité à court et long terme avec un programme de forte intensité par rapport aux soins ambulatoires standard (*Khan, 2015*)
- **Aucun événement indésirable rapporté** (*Khan, 2015 ; Andrejeva, 2018 ; Hansen, 2014 ; Hansen, 2018*)
- **Améliorations :**
 - de l'indépendance fonctionnelle (*Andrejeva, 2018*)
 - des capacités aux activités de vie quotidienne (*Shahpar, 2018*)
 - des soins d'hygiène corporelle (*Khan, 2014*)
 - de la continence sphinctérienne (*Khan, 2014*)
 - de la communication (*Khan, 2014*)
 - de l'état mental et émotionnel et de la qualité de vie (*Andrejeva, 2018*)
- **Thérapies physiques, cognitives, orthophoniques, d'accompagnement professionnelles, exercices physiques supervisés, massages et accompagnement psychologiques.**
(*Andrejeva, 2018 ; Sahphar, 2018 ; Khan, 2014*)

➔ Mais, peu d'études adaptées et méthodologiquement correctes disponibles

○ Tumeurs cérébrales primitives (3)

Pourquoi une rééducation ?

Bénéfices de la rééducation

Fonctions motrices

- Rééducation faisable, bénéfique si intensité, durée, rythme d'activité sont adaptés avec des objectifs de récupération physique et de compensation.
- Initiation précoce de l'entraînement physique = améliore les résultats fonctionnels.
- Thérapies physiques classiques (kinésithérapie, ergothérapie), réalité virtuelle et appareils fonctionnels pour une autonomie maximale.
- Possible entraînement progressif en résistance, exercices cardiovasculaires et renforcement musculaire.
- Usage des orthèses (stabilité, sécurité...), appareils fonctionnels (aides à la marche et déambulation), dispositifs dédiés d'autonomie et aménagement de domicile.
- Aides bénéfiques possible des thérapeutiques pharmacologiques (ex : traitement spasticité)
(Andrejeva, 2018 ; Piil, 2016 ; Hansen, 2018 ; Piscione, 2017 ; Yoon, 2015).

○ Tumeurs cérébrales primitives (4)

Pourquoi une rééducation ?

Bénéfices de la rééducation

Fonctions cognitives

- Difficultés d'évaluation, de prise en charge, de procédure mais faisabilité d'usage des techniques de rééducation
(Lageman, 2010 ; Rofes, 2017 ; Shahpar, 2018)
- Améliorations de l'attention et de la mémoire, de la qualité de vie avant progression tumorale, indication précoce en post-chirurgical
(Lageman, 2010 ; Rofes, 2017 ; Flechl, 2017 ; Van der Linden, 2018)

○ Tumeurs cérébrales primitives (5)

Pourquoi une rééducation ?

Bénéfices de la rééducation

Composante psychologique et sociale

- Il n'existe pas de directives neuro-oncologiques fondées sur des données probantes concernant l'utilisation de la rééducation pour améliorer la qualité de vie (*Andrejeva , 2018*)
- Une méta-analyse de a montré que la rééducation augmentait l'indépendance de 36 % des patients atteints de tumeur cérébrale, offrant un taux d'amélioration fonctionnelle comparable à celui observé dans les cas de maladies non oncologiques du SNC. La thérapie physique a entraîné une amélioration remarquable dans 26 % des cas de tumeurs de haut grade (*Formica, 2011*)
- De plus, cela peut engager les patients et les membres de leur famille dans des stratégies d'adaptation constructives, permettant de faire l'expérience d'un déclin fonctionnel sans sentiment d'impuissance (*Andrejeva, 2018*).

Tumeurs cérébrales primitives (6)

Données de la littérature

OUI

il faut proposer une prise en charge rééducative aux patients atteints de tumeurs cérébrales primitives

Car :

- Preuves d'efficacité sur
 - Au moins à 3 mois (**maintenue à 6 mois**) :
 - soins d'hygiène corporelle
 - **continence** sphinctérienne
 - locomotion
 - mobilité
 - **communication**
 - **cognition**
 - psycho-sociale
 - Au moins à **un an** :
 - Performances **cognitives avant progression** tumorale
- **Enjeu psychosocial** majeur pour les malades et les aidants
- **Pas de notion d'effets délétères**

Modalités

- **Précoce**
 - Dès diagnostic de déficience
 - Pendant la phase de traitement antitumoral
 - Avant la première progression tumorale
- **Multidisciplinaire**
- **Compensation / Réadaptation rapides**
- **Ambulatoire**
- **Supervisée**
- **Modérée à intense**

Tumeurs cérébrales primitives (7)

Références – recommandations (1)

Gliomes

Franceschi E, Hofer S, Brandes AA, Frappaz D et al.

EANO–EURACAN clinical practice guideline for diagnosis, treatment, and follow-up of post-pubertal and adult patients with medulloblastoma
[Lancet Oncol. 2020; 20:715-728.](#)

Goldbrunner R, Weller M, Regis J, Lund-Johansen M et al.

EANO guideline on the diagnosis and treatment of vestibular schwannoma
[Neuro-Oncology. 2020;22:31-45.](#)

Hoang-Xuan K, Bessell E, Bromberg J, Hottinger AF et al.

Diagnosis and treatment of primary CNS lymphoma in immunocompetent patients: guidelines from the European Association for Neuro-Oncology
[Lancet Oncol. 2015;16:322-332.](#)

Weller M, van den Bent M, Tonn JC, Stupp R et al.

European Association for Neuro-Oncology (EANO) guideline on the diagnosis and treatment of adult astrocytic and oligodendroglial gliomas
[Lancet Oncol. 2017;18:e315-e329.](#)

Métastases

Soffiatti R, Abacioglu U, Baumert B, Combs SE et al.

Diagnosis and treatment of brain metastases from solid tumors: guidelines from the European Association of Neuro-Oncology (EANO)
[Neuro-oncology. 2017;19:162-174.](#)

Le Rhun E, Weller M, Brandsma D, Van den Bent M et al.

EANO–ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up of patients with leptomeningeal metastasis from solid tumours
[Neuro-oncology. 2017;28 : 84-99](#)

Soins de support en neuro-oncologie

Pace A, Dirven L, Koekkoek JAF, Golla H et al.

European Association for Neuro-Oncology (EANO) guidelines for palliative care in adults with glioma
[Lancet Oncol. 2017; 18:330-340.](#)

Tumeurs cérébrales primitives (8)

Références – recommandations (2)

Alam E, Wilson RD, Vargo MM.

Inpatient cancer rehabilitation: a retrospective comparison of transfer back to acute care between patients with neoplasm and other rehabilitation patients.
[Arch Phys Med Rehabil. 2008;89:1284-9.](#)

Andrejeva J, Volkova OV.

Physical and Psychological Rehabilitation of Patients with Intracranial Glioma.
[Prog Neurol Surg. 2018;31:210-28.](#)

Flechl B, Sax C, Ackerl M, Crevenna R et al.

The course of quality of life and neurocognition in newly diagnosed patients with glioblastoma.
[Radiother Oncol. 2017;125:228-33.](#)

Formica V, Del Monte G, Giacchetti I, Grenga I et al.

Rehabilitation in neuro-oncology: a meta-analysis of published data and a mon institutional experience.
[Integr Cancer Ther. 2011;10:119-26](#)

Fu JB, Morishita S, Yadav R.

Changing Paradigms in the Rehabilitation of Inpatients with Brain Tumors.
[Curr Phys Med Rehabil Rep. 2018;6:115-20.](#)

Hansen A, Rosenbek Minet LK, Søgaaard K, Jarden JO.

The effect of an interdisciplinary rehabilitation intervention comparing HRQoL, symptom burden and physical function among patients with primary glioma: an RCT study protocol.
[BMJ Open. 2014;4:e005490.](#)

○ Tumeurs cérébrales primitives (9)

Références – recommandations (3)

Hansen A, Søgaaard K, Minet LR, Jarden JO.

A 12-week interdisciplinary rehabilitation trial in patients with gliomas - a feasibility study.

[Disabil Rehabil. 2018;40:1379-85](#)

Khan F, Amatya B, Ng L, Drummond K, Galea M.

Multidisciplinary rehabilitation after primary brain tumour treatment.

[Cochrane Database Syst Rev.2015;8:CD009509.](#)

Khan F, Amatya B, Drummond K, Galea M.

Effectiveness of integrated multidisciplinary rehabilitation in primary brain cancer survivors in an Australian community cohort: a controlled clinical trial.

[J Rehabil Med. 2014;46:754-60.](#)

Lageman SK, Cerhan JH, Locke DEC, Anderson SK, Wu W, Brown PD.

Comparing neuropsychological tasks to optimize brief cognitive batteries for brain tumor clinical trials.

[J Neurooncol. 2010;96:271-6.](#)

Piil K, Juhler M, Jakobsen J, Jarden M.

Controlled rehabilitative and supportive care intervention trials in patients with high-grade gliomas and their caregivers: a systematic review.

[BMJ Support Palliat Care. 2016;6:27-34.](#)

Piscione PJ, Bouffet E, Timmons B, Courneya KS et al.

Exercise training improves physical function and fitness in long-term paediatric brain tumour survivors treated with cranial irradiation.

[Eur J Cancer. 2017;80:63-72.](#)

Tumeurs cérébrales primitives (10)

Références – recommandations (4)

Rofes A, Mandonnet E, Godden J, Baron MH et al.

Survey on current cognitive practices within the European Low-Grade Glioma Network: towards a European assessment protocol.

[Acta Neurochir \(Wien\). 2017;159:1167-78.](#)

Shahpar S, Wong AWK, Keeshin S, Eickmeyer SM et al.

Functional Outcomes of an Interdisciplinary Outpatient Rehabilitation Program for Patients with Malignant Brain Tumors.

[PM R. 2018;10926-33](#)

Van der Linden SD, Sitskoorn MM, Rutten G-JM, Gehring K.

Feasibility of the evidence-based cognitive telerehabilitation program Remind for patients with primary brain tumors.

[J Neurooncol. 2018;137:523-32.](#)

Vargo M.

Brain tumor rehabilitation.

[Am J Phys Med Rehabil. 2011;90:S50-62.](#)

Yoon J, Chun MH, Lee SJ, Kim BR.

Effect of virtual reality-based rehabilitation on upper-extremity function in patients with brain tumor: controlled trial.

[Am J Phys Med Rehabil. 2015;94:449-59.](#)

MODALITES DE PRISE EN CHARGE

- **Rééducation-Réadaptation / Parcours de soins**
- **Rééducation physique**
- **Rééducation cognitive**
- **Rééducation langagière et de communication**
- **Rééducation des troubles de la déglutition**
- **Déficiences vésico-sphinctériennes et sexuelles**
- **Prise en charge sociale**

Rééducation-Réadaptation / Parcours de soins

- **Médecine Physique et de Réadaptation = médecine spécialisée – médecine de la fonction**
 - **Rôles**
 - Diagnostiques
 - Thérapeutiques
 - Prise en charge globale et pluridisciplinaire
 - **Techniques**
 - Médicales et paramédicales associées
 - **Modalités**
 - Ambulatoire ou institutionnel
- **Rééducateurs = professions médicales**
 - Techniques : utilisation d'échelles d'évaluation, de techniques, de dispositifs validés
 - Modalités de prise en charge : ambulatoires le plus souvent, libérales ou institutionnelles hospitalières
- **Pour le patient – La rééducation – réadaptation – Soins Santé Vie**
 - **Projet de soin** : rééducation-réadaptation → **Parcours de soins**
 - **Projet de vie** : réadaptation-réinsertion → **Parcours de vie**

Cf. p. 18 Référentiel AFSOS indications de la rééducation en cancérologie (fascicule 1)

Rééducation physique

Plan

1. Clinique
2. Indications d'une prise en charge
 1. Ambulatoire/Libérale
 2. Déficiences multiples
3. A qui et comment adresser le patient
4. Bilan initial
5. Programme de prise en charge
 1. Kinésithérapie ambulatoire/libérale
 2. Rééducation pluridisciplinaire
6. Arbre décisionnel
7. Références bibliographiques

Rééducation physique (1)

Clinique

- **Champ des déficiences = symptômes et/ou syndromes à rechercher et à intégrer dans les bilans pour les objectifs de rééducation**
 - **Tableaux cliniques** : syndrome pyramidal, syndrome cérébelleux pouvant associer :
 - déficit de mobilité : moteur - sensitif - tonus - limitations articulaires (ankyloses - rétractions musculo-tendineuses) / fragilité osseuse
 - douleurs et troubles trophiques : douleurs nociceptives et/ou neuropathiques, œdème/ inflammation péri-articulaire plus ou moins diffuse - syndrome douloureux complexe type1 parfois associés : neuropathie / troubles vestibulaires
 - **Déficiences associées** :
 - déficits sensoriels : vision /audition
 - déficits vésico-sphinctériens et sexuels
 - troubles de déglutition
 - capacités cardio-vasculaires et à l'effort
- **Retentissement fonctionnel / Autonomie**
 - Marche / équilibre - préhension / coordination - endurance
 - Alimentation / Entretien corporel
 - Continence - Sexualité
 - Autonomie dans les actes élaborés
- **Facteurs contextuels**
 - Domicile - Environnement humain - Activités professionnelles et occupationnelles

Rééducation physique (2)

Indications d'une prise en charge déficience isolée

CONTEXTE CLINIQUE

- Déficit sensori-moteur isolé en phase de récupération (parésie d'un membre, trouble sensitif)
- Sans atteinte de l'autonomie élémentaire : capacités de verticalisation / marche et/ou de préhension déjà acquises pour l'essentiel
- Peut bénéficier d'une prise en charge de proximité / en cabinet et/ou à domicile

- Prise en charge spasticité ?
- Appareillage ?
- Besoin autres techniques spécifiques/ autres déficiences

Avis
Médecin MPR
en CS

REEDUCATION AMBULATOIRE
Centrée essentiellement sur
kinésithérapie ± balnéothérapie

ERGOTHERAPIE
ponctuelle
appareillage / aide technique

- Plutôt orientée pour les patients atteints de **tumeurs de bas grade ou de tumeurs de haut grade en excellent état général** avec facteurs de bon pronostic
- OU
- Avec des **objectifs purement palliatifs** dans des tumeurs de haut grade / état général très altéré, et sans potentiel de récupération
 - Possibilité de proposer une PEC ergothérapie institutionnelle (HAD, unité rééducation, équipes mobiles...) ou libérale pour appareillage, aides techniques, bilan autonomie et adaptation de l'environnement

Rééducation physique (3)

Indications d'une prise en charge déficiences multiples

CONTEXTE CLINIQUE : Tableaux de plusieurs déficiences

- Hémiplégie-hémi-parésie / Tétraplégie-tétraparésie / Syndrome cérébelleux **associé à**
- troubles cognitifs / de déglutition / vésico-sphinctériens **et/ou**
- perte de l'autonomie élémentaire : marche / équilibre
- nécessité de matériels / techniques de verticalisation-rééducation et surveillance clinique générale

- Prise en charge spasticité ?
- Appareillage ?
- Besoin d'ergothérapie ou autres techniques spécifiques / autres déficiences

Médecin
MPR

Modalités de prise en charge

- (Unité MPR HC ou HDJ, HAD
Rééducation, équipes mobiles...)
selon :
- Etat général / médical
 - Environnement de vie

CONDITIONS vis-à-vis de l'état général et évolutif

- **Patients avec tumeur de bas grade**, stables au niveau de l'état général (infections, cardio-respiratoire...) et oncologique
- **Au cas par cas avec haut grade et/ou état oncologique non stabilisé** (possible si objectifs précis et notables de récupération des déficits ou autonomie)
- **Nécessité d'un patient/entourage capables d'appréhender les objectifs de la rééducation**

Rééducation physique (4)

A qui et comment adresser le patient ?

Déficiences multiples / Rééducation en centre ou unité de rééducation (MPR)

Patient adressé par le médecin référent

- au médecin MPR de l'unité rééducation soit hospitalisation de jour (HDJ/HTP) ou complète (HC)

Courrier médical indiquant en particulier :

- type de tumeur et localisation
- traitements oncologiques antérieurs, en cours et/ou à venir
- déficits neurologiques et éventuels iatrogènes ou associés
- état clinique général et surveillance

Selon modalités de prise en charge envisagée (discutée quand nécessaire avec le médecin de MPR) :

- demande de consultation et/ou bilan d'évaluation
- demande directe admission en unité Rééducation/Réadaptation en unité HDJ/HTP ou HC (*cf. Usage de [ViaTrajectoire](#)**)

* Privilégier HDJ pour bilan ou traitement, d'autant si possible pour accès de proximité

Déficiences isolées / Rééducation ambulatoire et libérale

Patient adressé par le médecin oncologue référent au professionnel paramédical rééducateur directement

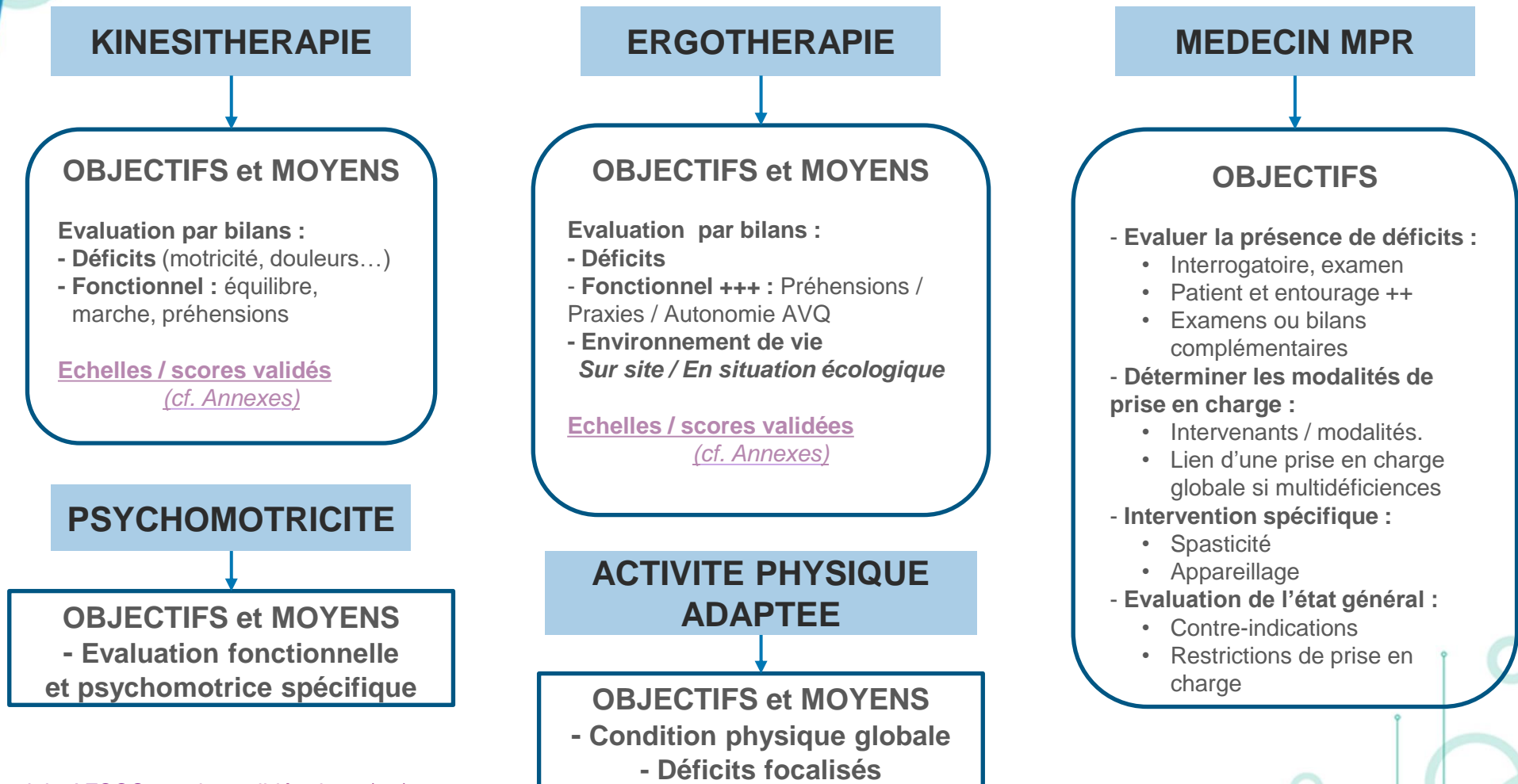
- kinésithérapeute, le plus souvent
- ergothérapeute (éventuellement selon ressources locales)

Prescription au kinésithérapeute
(*Cf. annexe*)

Courrier médical au médecin traitant et au kinésithérapeute

Rééducation physique (5)

Bilan initial - selon intervenants - déficits - incapacités



Rééducation physique (6)

Programme : kinésithérapie ambulatoire/libérale

Selon :

- **Déficits neuro-moteurs & capacités fonctionnelles**
- **Etat général : fatigabilité, capacités cardio-respiratoires**
- **Capacités de compréhension**

• **Comment ?**

- En cabinet : à privilégier dès que possible
- A domicile : si pas de possibilité de déplacements (remboursement SS)
- Séances individuelles
- Balnéothérapie possible / au cas par cas / surtout en l'absence de contre-indication.

• **A quel rythme ?**

- 3 séances hebdomadaires souhaitables - 2 souvent réalisables - 30 min minimum (selon fatigabilité et nombre de déficits).
- Nombre de séances et durée totale de prise en charge à réévaluer selon évolution.
- Nombre de séances hebdomadaires à diminuer en phase d'entretien = stabilisation des déficits.

• **Principes :**

- Techniques analytiques : rééducation sensori-motrice, renforcement musculaire, mobilisation, techniques instrumentales, physiothérapie...
- Travail fonctionnel +++ : marche, préhension, équilibre, mise en situation (surtout si à domicile).
- Education thérapeutique - exercices à domicile - entretien

Rééducation physique (7)

Programme rééducation pluridisciplinaire en unité MPR

Selon :

- **Déficits neuro-moteurs & capacités fonctionnelles**
- **Etat général : fatigabilité, capacités cardiorespiratoires**
- **Déficits associés**

• **Comment ?**

- Service ou unité de rééducation : hôpital de jour (HDJ-HTP) ou hospitalisation complète (HC)
- Domicile : HAD (HAD de rééducation), mais éventualité assez rare selon ressources locales
- Interventions : kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricité, assistante sociale, équipe soignante (diagnostics associés selon autres déficits – orthophoniste – neuropsychologue)
- Intensité - Fréquence : 2 à 5 jours par semaine (selon fatigabilité, potentiel de récupération et objectifs pré-définis) - à réévaluer selon évolution des déficits
- Intérêts ergothérapie et si possible psychomotricité

coordination médicale →

Pluridisciplinarité - rôle médecin MPR

- Coordination soins et techniques
- Adaptations thérapeutiques
- Suivi Etat général / Comorbidités / Tolérance
- Appareillage / Spasticité
- Bilans – Gestes spécifiques
- Prise en compte diagnostics associés

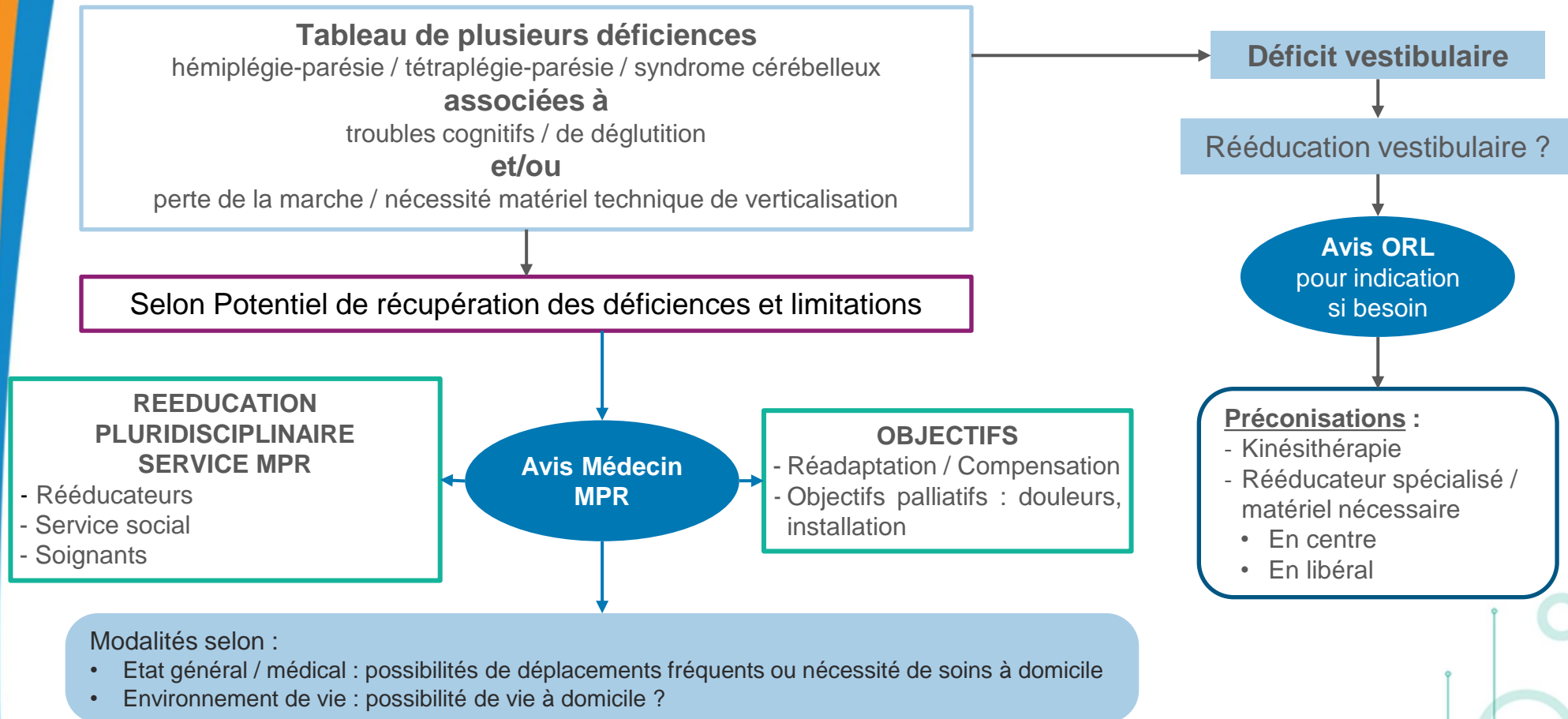
• **Principes :**

- Travail analytique de diminution des déficits
- Gain d'autonomie : travail fonctionnel des AVQ
- Compensation : appareillage, aides techniques
- Apprentissage de techniques réadaptatives (ex. relatéralisation...)
- Palliatif : prise en charge douleurs, installation, confort.

Rééducation physique (8)

Arbre décisionnel

Dès la phase initiale mais à adapter à l'évolution



Rééducation physique (9)

Références bibliographiques (1)

AMELI.

[Droit de prescription des masseurs-kinésithérapeutes.](#)

Cofemer : [Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation.](#)

[DÉCRET n° 2000-577 du 27 juin 2000, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute.](#)

Haute Autorité de la Santé (HAS).

Recommandations professionnelles : [Le dossier du patient en masso-kinésithérapie.](#)
Mars 2010

JORF n°0258 du 5 Novembre 2008/ Texte n° 34.

[Décret n° 2008-1135 du 3 Novembre 2008 portant code de déontologie des masseurs-kinésithérapeute.](#)

SOFMER : Société Française de Médecine physique et de réadaptation www.sofmer.com

Rééducation physique (10)

Références bibliographiques (2)

Bartolo M, Zucchella C, Pace A, Lanzetta G et al.

Early rehabilitation after surgery improves functional outcome in inpatients with brain tumours.

[J NeuroOncol .2012 ;107:537-44.](#)

Geler-Kulcu D, Gulsen G, Buyukbaba E, Ozkan D.

Functional recovery of patients with brain tumor or acute stroke after rehabilitation: a comparative study.

[J Clin Neurosci .2009 ;16:74-8.](#)

Greenberg E, Treger I, Ring H.

Rehabilitation outcomes in patients with brain tumors and acute stroke: comparative study of inpatient rehabilitation.

[Am J Phys Med Rehabil. 2006;85:568-73.](#)

Marciniak CM, Sliwa JA, Spill G, Heinemann AW et al.

Functional outcome following rehabilitation of the cancer patient.

[Arch Phys Med Rehabil. 1996;77:54-7.](#)

Vargo M.

Brain tumor rehabilitation

[Am J Phys Med Rehabil 2011 ;90:S50-62.](#)

Rééducation cognitive

Plan

- 1. Clinique :**
 1. Contexte plurifactoriel
 2. Champ des déficiences
 3. Retentissement fonctionnels
 4. Facteurs contextuels
- 2. Indications de la prise en charge**
- 3. Bilan initial du neuropsychologue**
- 4. Modalités de prise en charge**
- 5. Bilan de fin de prise en charge**
- 6. Arbre décisionnel**
- 7. Références bibliographiques**

Rééducation cognitive (1)

Clinique

Contexte pluri-factoriel :

Troubles cognitifs = déficits fréquents : présents pour jusqu'à 90 % des patients présentant une tumeur cérébrale lors du diagnostic (EANO).

Impact important sur l'autonomie et la qualité de vie.

Causes plurifactorielles :

- lésion ++
- traitements oncologiques :
 - chirurgie (même si, sur certaines fonctions cognitives, peuvent être focaux et transitoires, ou relativement prévenus par la chirurgie éveillée, la cartographie fonctionnelle IRM...)
 - radiothérapie (troubles précoces / tardifs)
 - chimiothérapie
- épilepsie et son traitement
- troubles thymiques et anxieux et leurs traitements
- traitements symptomatiques
- lésions vasculaires associées

Rééducation cognitive (2)

Clinique

Champ des déficiences : symptomatologie selon localisation et les facteurs causals avec fréquence de troubles mnésiques, exécutifs, ainsi que langagiers

(*cf. Rééducation langagière p. 49*)

mais pouvant toucher aussi :

- fonctions attentionnelles
- capacités visuo-spatiales
- fonctions instrumentales (praxiques, gnosiques)

et intégrant aussi :

- aspects psycho-relationnels et émotionnels
- cognition sociale, comportement

Retentissement fonctionnel :

- gêne, plainte, retentissement sur la vie quotidienne
exprimés par le patient vs exprimés par l'entourage

Facteurs contextuels :

- contexte familial et socioprofessionnel
- entourage et cadre de vie

Rééducation cognitive (3)

Indications de la prise en charge

**A qui et comment adresser les patients ?
Quelle prescription initiale de la part du clinicien ?**

Patient adressé par le médecin oncologue référent

- Courrier médical pour évaluation neuro-psychologique

indiquant en particulier :

- **le contexte lésionnel : localisation - type et pronostic**
 - **le contexte oncologique : traitements antérieurs ou en cours** (chirurgie, RT, CT)
 - **l'état clinique général**
 - **les troubles et/ou plaintes cognitives pressentis motivant la demande**
- A adresser, selon les centres, services et/ou ressources locales
 - **au médecin de MPR** (orientation neuro-rééducation)
 - **au neuropsychologue** (unité de neuropsychologie, service de neurologie, secteur libéral...)
 - **dans le cadre d'une consultation ou d'une évaluation pluridisciplinaire** (neurologie, neuropsychologie, neuro-rééducation, MPR) (hospitalisation de jour ou de semaine) mais aussi possible consultation « mémoire » ou de gériatrie.

Rééducation cognitive (4)

Bilan initial du neuropsychologue

Objectif : Evaluer les fonctions cognitives et l'état psychologique afin de mettre en évidence un profil précis des capacités altérées et préservées, et les demandes du patient

Moyens :

- Entretien clinique avec le patient et un accompagnant, éventuels questionnaires d'évaluation et de qualité de vie
- Réalisation de tests neuropsychologiques (évaluation attentionnelle, mnésique, exécutive) sélectionnés selon (*cf. Réf AFSOS Accompagnement psychologique : critères d'orientation*) :
 - **des facteurs généraux** (ex : histologie et localisation tumorale)
 - **des facteurs personnels** (ex : âge, plainte cognitive, niveau socio-culturel)
- Éventuellement complétée par des mises en situations pratiques de la vie quotidienne (aspects écologiques) et évaluation de la fatigue (tests).

Durée moyenne du bilan = 3h00 mais temps nécessaire peut-être plus important selon le ralentissement, les aspects comportementaux, l'état psychologique et la fatigabilité.

Rééducation cognitive (5)

Indications de la prise en charge

Indications électorives – Prise en charge ambulatoire

Patients présentant une altération cognitive légère à modérée

- Avec capacités de communication suffisantes (en cas de troubles langagiers importants, la rééducation orthophonique sera associée)
- Avec une pathologie oncologique en phase de stabilisation/rémission
- Pour une prise en charge adaptée à l'état clinique, au projet de vie



- **Plutôt orientée pour les patients atteints de tumeurs de bas grade** (infiltrantes ou non)
- **A discuter au cas par cas pour les patients atteints de tumeurs de haut grade** (si phase de rémission et bon état général)
- **Possibilité de proposer une prise en charge palliative dans certains cas de démences** (mise en place et utilisation d'aides externes, au domicile du patient et avec accompagnement par l'entourage)

Rééducation cognitive (6)

Modalités de la prise en charge

Programme de rééducation cognitive ou rémédiation déterminé selon :

- le profil neuro-psychologique du patient
- les plaintes et les besoins du patient

• Comment ?

- En établissement (MPR, Neurologie, Neurochirurgie)
 - consultation, hospitalisation de jour, hospitalisation de semaine, possible hospitalisation complète si perte d'autonomie, et toujours selon les objectifs associés
- En libéral
 - par un(e) neuropsychologue (en cabinet ou à domicile) (possibilités de prestations exceptionnelles SS ou prestation PCH*)
 - par un(e) orthophoniste spécialisé en neuropsychologie

• A quel rythme ?

- 1 à 4 séances hebdomadaires de 30 à 45 min (selon fatigabilité, motivation et investissement du patient)
- durée minimale de 3 mois (selon objectifs/évolution du patient - pas de durée maximale)

* PCH = Prestation compensation du Handicap – demande à la MDPH)

Rééducation cognitive (7)

Modalités de la prise en charge

Principes de séances de Rééducation/Remédiation :

- **Séance de psycho-éducation initiale**
 - Améliorer la compréhension par le patient de ses troubles = métacognition
 - Favoriser son investissement
- **Principales voies de rééducation**
 - Approche restaurative : réentraînement (ex : concentration, mémoire de travail) ou réapprentissage
 - Approche compensatoire : mise en place de stratégies de compensation (ex : agenda mémoire)

Approches très souvent complémentaires et donc à associer la plupart du temps
- **Supports**
 - Exercices papier/crayon
 - Exercices informatisés (complément d'entraînement, supervisé par thérapeute, réalisable à distance, à domicile, aspect plus ludique favorisant la motivation et l'adhésion)
 - Réalité virtuelle
 - Mise en situation +++

Lors des séances de rééducation, le patient ne doit pas être entraîné en utilisant des outils d'évaluation – Pour ne pas fausser les résultats de ces évaluations

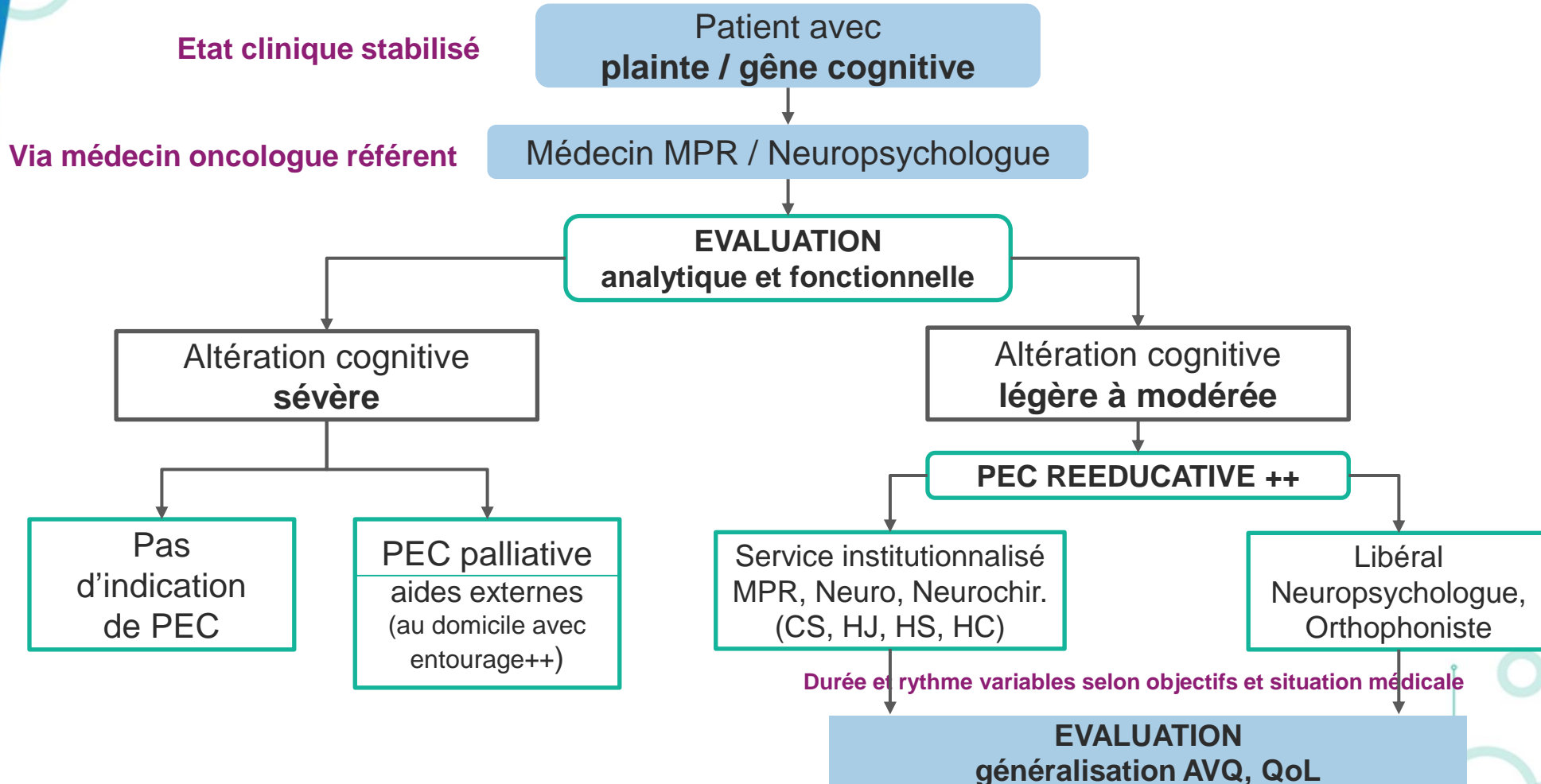
Rééducation cognitive (8)

Bilan de fin de prise en charge

- **Durée de la rééducation/remédiation :**
établie en fonction des objectifs et de la progression - évaluation intermédiaire
- **Bilan final :**
reprenant les éléments de l'évaluation initiale (le choix des tests devra tenir compte des modalités de rééducation et des évaluations intermédiaires)
- **Évaluation de l'efficacité de la prise en charge :**
 - sur le travail réalisé lors des séances
 - sur la généralisation dans les situations de vie quotidienne
- **Avec document synthétique de fin de prise en charge :**
 - bilan initial – objectifs – remédiation – bilan final
 - A destination du prescripteur et des intervenants

Rééducation cognitive (9)

Arbre décisionnel



Rééducation cognitive (10)

Références bibliographiques (1)

Bergo E, Lombardi G, Pambuku A, Della Puppa A et al.

Cognitive Rehabilitation in Patients with Gliomas and Other Brain Tumors: State of the Art.
[Biomed Res Int. 2016;14: 3041824.](#)

Coomans MB, van der Linden SD, Gehring K, Taphoorn MJB.

Treatment of cognitive deficits in brain tumour patients: current status and future directions.
[Curr Opin Oncol. 2019;31:540-547.](#)

Gehring K, Sitskoorn MM, Aaronson NK, Taphoorn MJ.

Interventions for cognitive deficits in adults with brain tumours.
[Lancet Neurol. 2008 ;7:548-60.](#)

Marciniak CM, Sliwa JA, Spill G, Heinemann AW et al.

Functional outcome following rehabilitation of the cancer patient.
[Arch Phys Med Rehabil. 1996 ;77:54-7.](#)

Rééducation cognitive (11)

Références bibliographiques (2)

Richard NM, Bernstein LJ, Mason WP, Laperriere N et al.

Cognitive rehabilitation for executive dysfunction in brain tumor patients: a pilot randomized controlled trial.

[J Neurooncol. 2019 ;142:565-575.](#)

Taillia H, Léger I, Moroni I, Boone M et al.

La batterie du Grec-Onco (Groupe de Réflexion sur les Évaluations Cognitives en ONCOlogie).

Gremoire 2, Tests et échelles des maladies neurologiques avec symptomatologie cognitive.

[Paris : De Boeck-Solal. pp 33-37.](#)

Treanor CJ, McMenemy UC, O'Neill RF, Cardwell CR et al.

Non-pharmacological interventions for cognitive impairment due to systemic cancer treatment.

[Cochrane Database Syst Rev. 2016;8:CD 011325.](#)

Yang S, Chun MH, Son YR.

Effect of virtual reality on cognitive dysfunction in patients with brain tumor.

[Ann Rehabil Med. 2014 ;38:726-33.](#)

Rééducation langagière et de communication

Plan

1. Rappels anatomiques et physiologiques
2. Cliniques
3. Evaluation - Indications de la prise en charge
4. Bilan initial - Prescription
5. Modalités de prise en charge
6. Bilan de fin de prise en charge
7. Arbre décisionnel
8. Références bibliographiques

Rééducation langagière et de communication (1)

Rappels anatomiques et physiologiques

Hémisphère gauche impliqué la plupart du temps dans le langage (100 % des droitiers et environ 70 % des gauchers).

Les aires impliquées dans le langage sont nombreuses (bien plus que les seules aires de Broca et de Wernicke).

On distingue classiquement :

- Un pôle postérieur (aire de Wernicke, gyrus temporal moyen, gyri angulaire et supramarginal), impliqué dans le traitement phonologique (entrée et sortie) et sémantique
- Un pôle antérieur (aire de Broca, aire motrice supplémentaire, cortex préfrontal) impliqué dans l'élaboration des programmes moteurs permettant l'expression et la compréhension syntaxique.
- Des faisceaux de substance blanche (faisceau arqué principalement) reliant les deux pôles

Fonctionnellement, on distingue une voie de traitement dorsale ou phonémique (temporo-pariéto-frontale) et une voie ventrale ou sémantique (temporo-frontale).

Fréquence : environ 25 % de prévalence pour gliomes ([IJzerman-Korevaar, 2018](#))

Rééducation langagière et de communication (2)

Rappels anatomiques et physiologiques

La communication ne se limite pas au langage (quelle que soit sa forme).

Elle implique :

- une dimension pragmatique d'implication dans l'activité de communiquer (altérée dans certaines lésions frontales par exemple)
- des aspects verbaux (langage, prosodie, parole...)
- et des aspects non-verbaux (posture, mimiques...).

Rééducation langagière et de communication (3)

Clinique

Champ des déficiences

- Troubles du langage (oral et écrit)
 - Aphasies : symptômes
- Trouble de la voix, de l'articulation, de la parole
 - Dysarthrie, dysphonie
- Autres fonctions en lien
 - Fonctions exécutives et autres fonctions cognitives

Retentissement fonctionnel

- Communication verbale et non verbale
- Gêne, plainte, retentissement sur la vie quotidienne exprimés par le patient et/ou exprimés par l'entourage

Facteurs contextuels

- Contexte familial et socioprofessionnel
- Entourage et cadre de vie

Rééducation langagière et de communication (4)

Clinique : déficiences - aphasie - troubles de l'élocution

- **Sur le versant de l'expression,** pouvant être marqué par les symptômes suivants (*cf. lexique p. 110*)
 - Réduction de l'expression
 - Manque du mot
 - Stéréotypies verbales
 - Paraphasies
 - Jargon
 - Troubles discursifs
 - Agrammatisme
 - Dyssyntaxie
- **Sur le versant de la compréhension**
 - Difficulté à comprendre ce que les gens lui disent, sans trouble auditif expliquant ce trouble, augmente avec la complexité du langage et le caractère non contextuel de l'information
 - Compréhension écrite / orale : mots, phrases, textes, traitement de l'implicite
- **Troubles de l'élocution**
 - L'intelligibilité du langage est diminuée.
 - Dysarthrie
 - Dysphonie
 - Apraxie

Rééducation langagière et de communication (5)

Evaluation - indications de prise en charge

Aphasies : difficultés d'expression orale et/ou écrite et de compréhension

- Pas de conférence de consensus (contrairement à l'aphasie vasculaire).
- Des éléments de preuve de l'efficacité de la rééducation par rapport à l'évolution spontanée (deux fois plus de progrès) par un(e) orthophoniste commencent à apparaître.
- Indication d'une prise en charge suite au bilan orthophonique et selon le contexte clinique, lésionnel, carcinologique, et déficience isolée ou associée.

Rééducation langagière et de communication (6)

Bilan initial - prescription

Médecin prescripteur (oncologue référent ou MPR)

Prescription pour bilan (et prise en charge d'emblée si nécessaire) auprès d'un(e) orthophoniste avec une **lettre** précisant le motif de la demande et le contexte carcinologique



Orthophoniste

Bilan orthophonique d'investigation

- **Bilan isolé**
→ Compte-rendu de bilan, avec diagnostic orthophonique et proposition ou non de prise en charge, adressé au prescripteur
- **Si indication d'un suivi et de rééducation, avec projet thérapeutique**
→ nécessité d'une prescription complémentaire si non spécifié initialement
Objectifs et nombre de séances déterminés par l'orthophoniste
- **Bilan de renouvellement ou de fin de prise en charge**

Rééducation langagière et de communication (7)

Bilan initial - domaines explorés pour aphasies

- **Compréhension orale :**
compréhension de mots, de phrases, traitement de l'implicite, jugement
- **Expression orale :**
discours spontané, fluence, informativité, manque du mot, intégrité du système sémantique et son accès, trouble arthrique, phonologique, construction syntaxique, langage élaboré
- **Communication verbale et non-verbale :**
prise en compte de la mimogestualité, des gestes mimiques, déictiques... et prérequis communicationnel (attention, initiation de l'échange...)
- **Compréhension écrite :**
compréhension de mots, de phrases, de textes, traitement de l'implicite, alexie
- **Expression écrite :**
écriture spontanée, trouble phonologique, agraphie
- **Calcul**
- **Praxies bucco-faciales :**
paralysie, apraxie

Rééducation langagière et de communication (8)

Bilan initial - modalités

Objectifs :

- Évaluer les capacités et troubles du patient
- Établir un diagnostic orthophonique (profil aphasologique)
- Décider de la nécessité d'indiquer un suivi orthophonique : intérêt d'une réflexion en équipe pluridisciplinaire
- Mettre en place, le cas échéant, un projet thérapeutique

Moyens (1) :

Entretien : observation et écoute du patient et de son entourage proche pour une anamnèse (entretien dirigé).

- Données générales (âge, niveau de scolarisation, latéralisation, moment de survenue des troubles...)
- Pathologies et éventuels traitements médicaux
- Troubles associés
- Facteurs psychoaffectifs
- Plaintes et demandes du patient

Temps fondamental :

Mise en place de la relation thérapeutique et aide à la pose de diagnostic

Rééducation langagière et de communication (9)

Bilan initial - modalités

Moyens (2) :

Evaluation clinique de première intention

- Dans le cadre notamment d'une hospitalisation, au chevet du patient encore alité
- Lorsque l'administration de tests formels et de passation longue est difficilement envisageable
- Épreuves rapides, standardisées ou non, testant, si possible, toutes les modalités du langage
- Importance de l'évaluation de la communication formelle
- Établissement des premiers éléments diagnostics.

Evaluation clinique générale

- Utilisation de batteries standardisées explorant de façon systématique les différentes modalités du langage
- Évaluation du langage (analytique et fonctionnel), et de la communication (fonctionnelle et pragmatique)
- Intérêt de l'étude longitudinale de l'évolution des troubles (retest à distance et comparaison des scores)
- Épreuves complémentaires : praxies bucco-linguo-faciales, langage élaboré, calcul, évaluation attentionnelle et mnésique, fonctions exécutives, gnosies (intérêt du bilan neuropsychologique).

Rééducation langagière et de communication (10)

Modalités de prise en charge

Objectifs : Principes de

- Restauration des activités de langage dans l'état antérieur
- Réorganisation à partir de structures qui n'étaient pas, jusqu'alors, impliquées dans la fonction
- Compensation en favorisant une communication fonctionnelle, quel que soit le moyen compensatoire utilisé
- Préservation de la qualité de vie et de l'autonomie du patient
- Amélioration de la réinsertion familiale, professionnelle et sociale.

Moyens :

- Obtention de l'adhésion du patient à la prise en charge
- Stratégie analytique visant la restauration des fonctions langagières
- Approche fonctionnelle visant la limitation du handicap au quotidien
 - Information du patient et de son entourage
- Soutien à l'entourage
- Information, guidance et conseils auprès de l'équipe pluridisciplinaire.

Rééducation langagière et de communication (11)

Modalités de prise en charge

Cadre

- **En service institutionnel** (MPR, Neurologie, Neurochirurgie) :
 - Consultation
 - Hospitalisation
- **En libéral / ville** :
 - Au cabinet de l'orthophoniste
 - Au domicile du patient

Durée des séances

- **En institution** : durée de la séance variable selon l'état général du patient (vigilance, fatigabilité...)
- **En libéral** : séances de 45 min

Rythme

- **1 à 5 séances hebdomadaires** (variables selon le cadre, les possibilités du patient et l'intensité des troubles et la fatigabilité)

Durée de la prise en charge

- **Décidée par le thérapeute et en accord avec le patient - pas de durée maximale**

Rééducation langagière et de communication (12)

Aphasie - modalités de prise en charge

Limites et difficultés

- Evolutivité de la lésion cérébrale
- Détérioration intellectuelle globale
- Degré de sévérité de l'atteinte dans ses aspects linguistiques
- Troubles majeurs de la compréhension
- Très faible niveau culturel
- Troubles ou fluctuations de la vigilance
- Anosognosie

→ **Nécessité d'en tenir compte**

→ **Mais ce ne sont pas des contre-indications à la prise en charge**

Rééducation langagière et de communication (13)

Fin de prise en charge

Nécessité

- D'effectuer un bilan comparatif
- D'anticiper et de réfléchir à l'éventuel arrêt, et ainsi d'en discuter, en équipe pluridisciplinaire, d'y préparer le patient et son entourage
- D'éviter le repli sur soi du patient en proposant des alternatives propices aux échanges et au maintien d'une communication (activités, associations, groupes de parole...)

Facteurs pouvant motiver l'arrêt

- Absence de progrès (mais prise en compte de maintien des capacités)
- Niveau langagier/communicationnel en relative adéquation avec les attentes du patient
- Démotivation du patient...

Possibilités

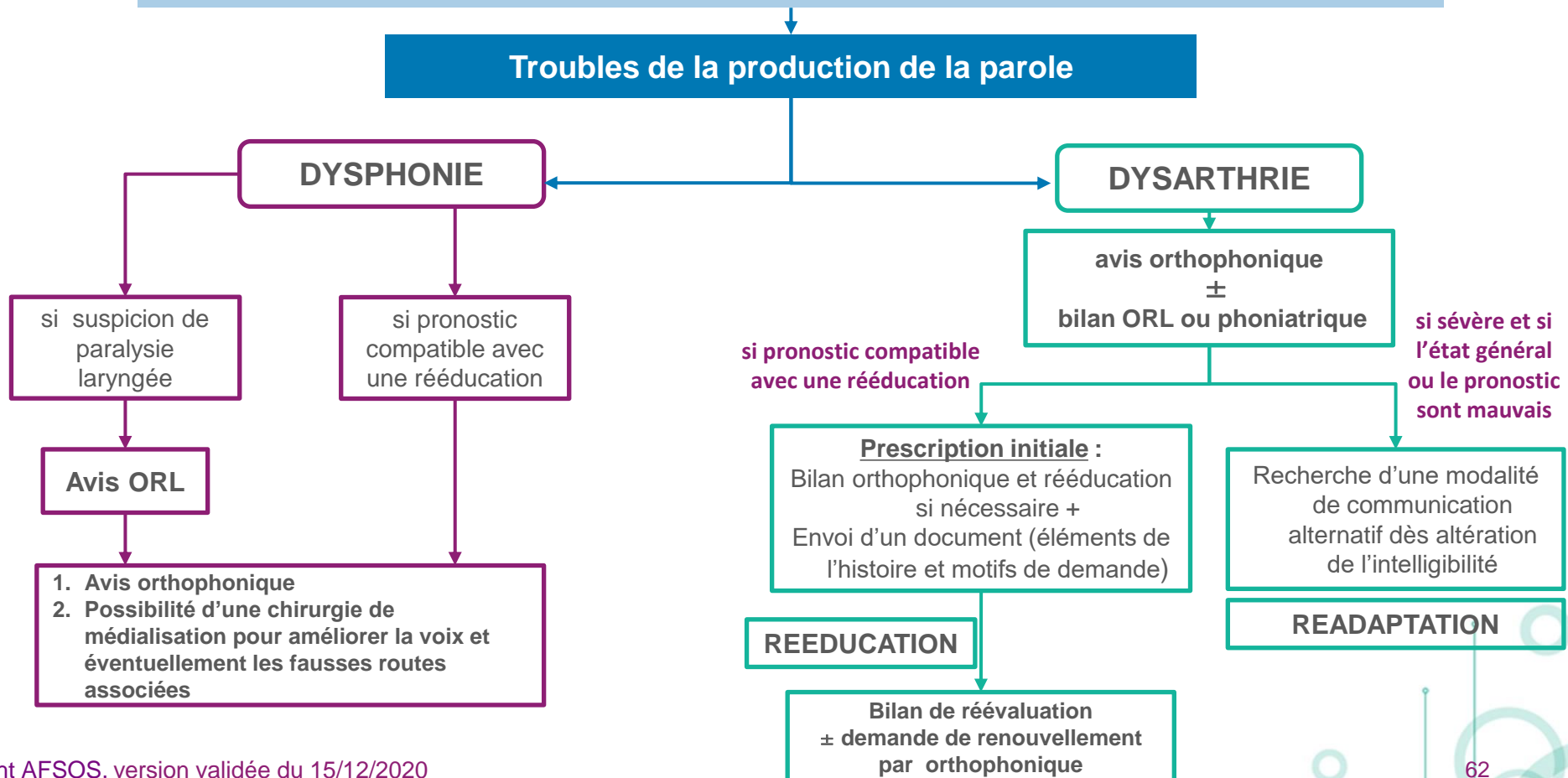
- De réorienter la prise en charge (nouveaux objectifs, nouvelles méthodes...)
- De diminuer la fréquence des séances ou d'envisager une fenêtre thérapeutique
- D'orienter vers un autre orthophoniste (nouveau regard, redynamisation du suivi, évitement de l'effet de lassitude et des risques liés à des prises en charge parfois longues)

→ Discussion avec le patient, son entourage et les autres intervenants

Rééducation langagière et de communication (14)

Troubles de la voix - dysphonie dysarthrie - prise en charge

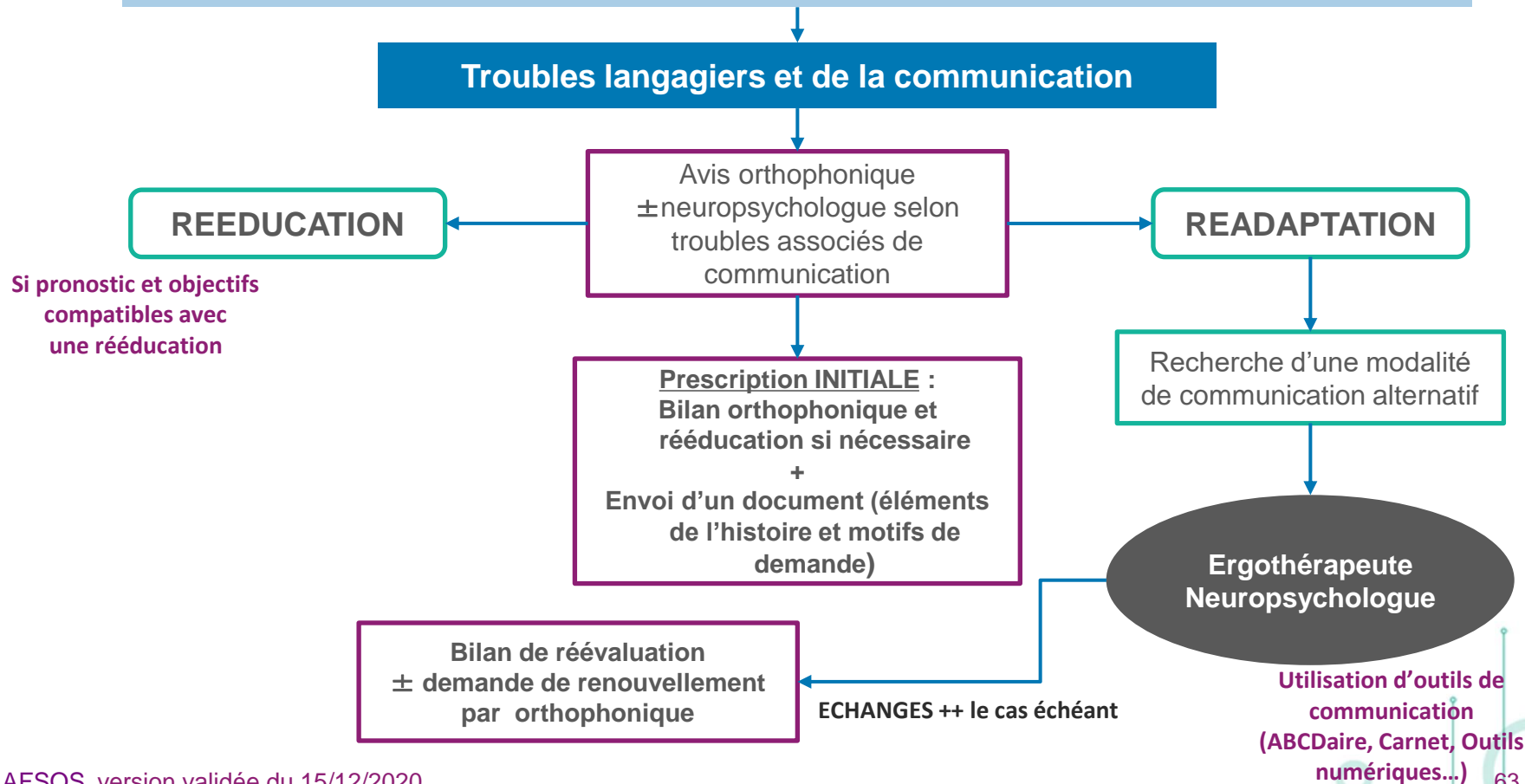
Objectifs et préconisations selon certains déficits / incapacités



Rééducation langagière et de communication (15)

Troubles de la voix - aphasie - prise en charge

Objectifs et préconisations selon certains déficits / incapacités



Rééducation langagière et de communication (16)

Références bibliographiques

Brady MC, Kelly H, Godwin J, Enderby P et al.

Speech and language therapy for aphasia following stroke.

[Cochrane Database Syst Rev. 2016; 6: CD000425.](#)

[Conférence de consensus concernant l'aphasie vasculaire - Sofmer - Limoges, 1996](#)

Davie GL, Hutcheson KA, Barringer DA, Weinberg JS et al.

Aphasia in patients after brain tumour resection.

[Aphasiology .2009;23:1196-1206.](#)

Shafi N, Carozza L.

Treating Cancer-Related Aphasia. American Speech Language Hearing

[Association 2012](#)

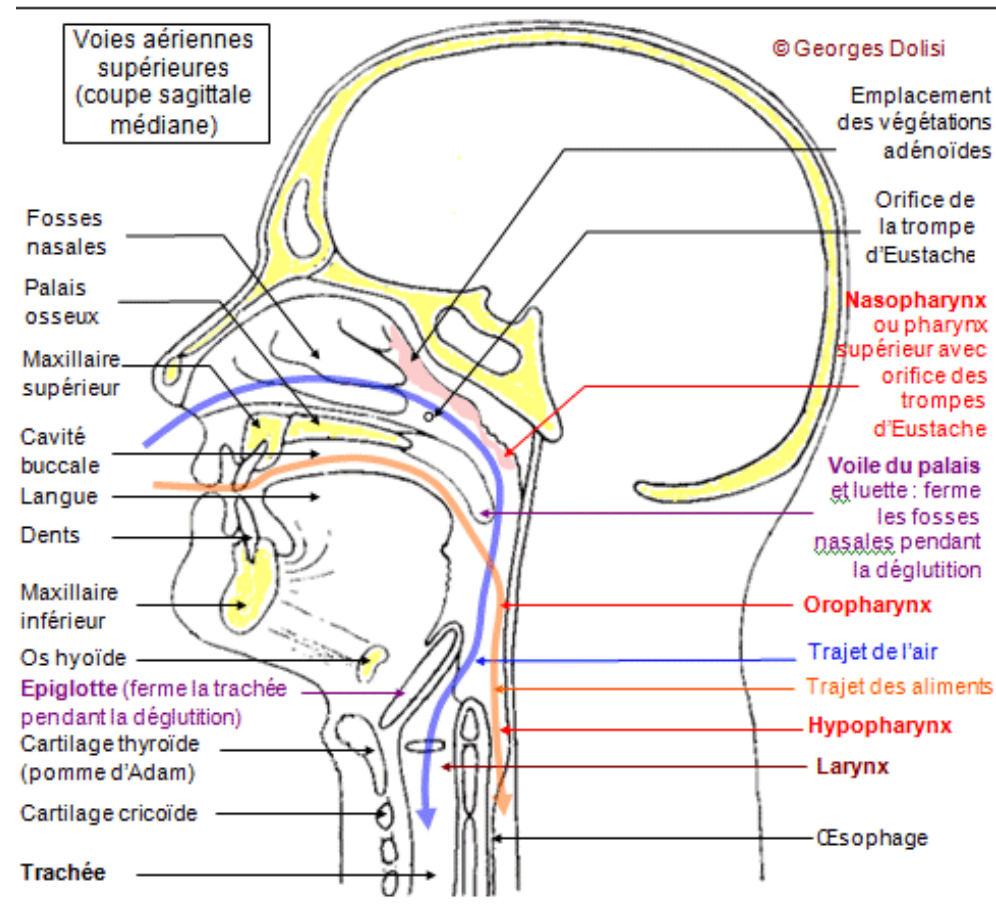
Rééducation des troubles de la déglutition

Plan

1. Rappels anatomiques
2. Rappels physiologiques
3. Troubles de déglutition dans les affections neurologiques
 1. Définition
 2. Symptômes types
 3. Complications
4. Evaluation fonctionnelle et examens complémentaires
5. Conduite à tenir de rééducation réadaptation
6. Arbre décisionnel
7. Références bibliographiques

Rééducation des troubles de la déglutition (1)

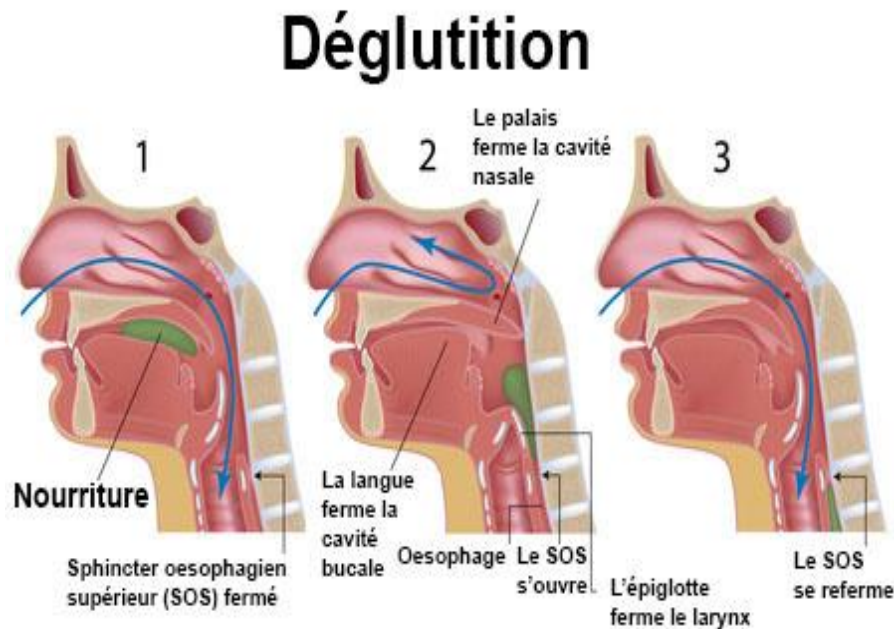
Rappels anatomiques



Rééducation des troubles de la déglutition (2)

Rappels physiologiques

3 temps de la déglutition



- **1^{er} phase orale**

temps volontaire - deux phases

- La phase préparatoire (la mastication) permettant de créer le bol alimentaire
- La phase de transport : le temps où le bol alimentaire est transporté jusqu'au pharynx

- **2^e phase pharyngée**

temps réflexe court (une seconde environ)

- les aliments sont transportés du pharynx à l'œsophage. Cette phase s'achève lors de l'ouverture du sphincter de l'œsophage

- **3^e phase œsophagienne**

temps totalement réflexe, involontaire

- les aliments sont acheminés le long de l'œsophage vers l'estomac

Rééducation des troubles de la déglutition (3)

Dans les affections neurologiques centrales

Définitions :

- **Dysphagie** : difficultés à avaler
- **Fausses routes (FR) laryngées** : trouble le plus souvent constaté et le plus dangereux, peut se produire pendant ou après le repas mais aussi à la salive et aux médicaments
 - Les fausses routes toussées : mécanisme de protection
 - Les fausses routes non toussées ou muettes : réflexe de toux diminué ou aboli dans des aliments peuvent passer dans les VAS : il faut repérer d'autres symptômes que sont la voix mouillée, la respiration encombrée, des crépitements laryngés inspiratoires, des expectorations alimentaires ou une hyperthermie
- **Fausses routes nasales**

Rééducation des troubles de la déglutition (4)

Dans les affections neurologiques centrales

A RECHERCHER SYSTEMATIQUEMENT

- **Les symptômes types des troubles de Déglutition :**
 - Le changement des habitudes alimentaires
 - L'apparition de toux lors des repas ou après
 - La présence d'une gêne dans la gorge
 - La présence de bronchites à répétitions
 - La présence de difficultés respiratoires après le repas
 - Une modification de la voix : rauque, mouillée...
 - Une perte de poids
 - Une durée des repas anormalement prolongée : la durée du « mâchage » augmente la fatigabilité du patient et une perte de l'envie de manger

Rééducation des troubles de la déglutition (5)

Dans les affections neurologiques centrales

- **Les complications d'un trouble de déglutition :**
 - **Conséquences cliniques**
 - Malnutrition et dénutrition : besoins nutritionnels non couverts
 - Risque de déshydratation
 - Difficulté à prendre certains médicaments
 - Détérioration de la fonction respiratoire
 - Pneumopathie d'inhalation
 - Fausse route obstructive aiguë avec asphyxie
 - **Conséquences psycho-socio-émotionnelles**
 - Anxiété associée aux repas (FR) pour la personne mais aussi pour les proches et/ou le personnel soignant
 - Perte du plaisir de manger et de boire
 - Isolement social (perte de convivialité)
 - Dépression réactionnelle

Rééducation des troubles de la déglutition (6)

Evaluation fonctionnelle et examens complémentaires

- **Test de capacité fonctionnelle de déglutition de Michel Guatterie***
Test validé d'évaluation des troubles de la déglutition aux liquides qui peut être dispensé par différents professionnels (IDE, AS, diététicien, orthophoniste, médecin, kinésithérapeute...) après une formation initiale.
- **Naso-fibroscopie par un pneumologue ou un ORL au mieux en binôme avec l'orthophoniste :**
Permet d'évaluer la sensibilité laryngée et si le réflexe de toux est efficace pour protéger le patient de la FR.
Effectue des tests simples à l'eau gazeuse, yaourt, biscuit.
- **Avis ORL spécialisée avec radio-vidéo-cinématographie :**
Examen de choix des troubles de la déglutition afin d'explorer les différentes phases de la déglutition dans des conditions physiologiques de prise d'un repas.

Rééducation des troubles de la déglutition (7)

Conduite à tenir de rééducation / réadaptation

- **Les préconisations d'installation**

Position assise, maintien de la tête droite, tête inclinée vers l'avant et menton légèrement rentré, ce qui protège naturellement les voies respiratoires et aide à orienter le bol alimentaire vers l'œsophage

- **L'attitude du soignant**

Hauteur adaptée du matériel, soignant placé en face du résident si besoin d'aide aux repas, prendre son temps, respecter le rythme du patient, la tête vers le bas, faire déglutir plusieurs fois avant de resservir

- **L'environnement**

Éviter les sollicitations pouvant perturber le patient : télévision, musique, téléphone, conversations,...

Rééducation des troubles de la déglutition (8)

Exemples de conduite à tenir de rééducation / réadaptation

- **en cas de FR au liquide**
 - remplacer eau plate par eau gazeuse fraîche
 - pas de verre canard ou paille : si nécessaire mettre une tubulure perçant le bouchon d'une petite bouteille
 - éviter boissons tièdes
 - si FR à l'eau gazeuse, passer à l'eau épaissie (entre 1 à 2 cuill. mesure par verre d'eau) et fonction des résultats du test de Guatterie
- **en cas de FR au solide**
 - si texture normale possible, couper la viande en petits morceaux + ajout d'un liant puis suppression des aliments dispersibles (riz, semoule)
 - si FR en texture normale, passer à la texture « haché » : couper les aliments en petits morceaux
 - si FR en « haché », proposer une texture mixée

La prescription des textures doit être médicale, réévaluée régulièrement en fonction de l'évolution de l'état neurologique et de la dégradation fonctionnelle du patient

Rééducation des troubles de la déglutition (9)

Exemples de conduite à tenir de rééducation / réadaptation

- **La prescription médicale :**

Bilan orthophonique des troubles de la déglutition et rééducation si nécessaire

- conseils de posture du patient
- conseils pour l'équipe soignante si le patient est hospitalisé ou en institution
- renforcement de la sphère oro-bucco-pharyngée plus ou moins instrumentalisée (vibro-masseur...)
- entraînement à la toux efficace

- **La prescription nutritionnelle : texture des aliments**

À déterminer en fonction du bilan initial :

- Hachée : viande moulinée, poissons et légumes entiers, pommes et poires cuites, pain
- Mixée : viandes et poissons mixés, purées de légumes lisses, laitages, desserts mous type compotes/entremets

Rééducation des troubles de la déglutition (10)

Arbre décisionnel

Troubles de la déglutition

- Symptômes isolés
- Fausses routes
- Blocage

- Bilan orthophonique
- Test de Guatterie
- Prise en charge rééducative et/ou conseils à l'entourage familial ou soignant

Toujours penser

1. A vérifier l'état buccal
2. A adapter le régime alimentaire entre la sécurité et les possibilités du patient / confort
3. Au positionnement (dont posture de tête (flexion antérieure))
4. A connaître les gestes d'urgence en cas d'obstruction partielle ou totale

- Si risques ou signes de complications :
- situation pulmonaire
 - situation nutritionnelle

- Faire bilan de la déglutition avec :
- Test de Guatterie
 - Test de la déglutition nasofibroscopique ou
 - Radiocinéma ORL +/- orthophoniste

A la demande

Discussion des modalités de poursuite alimentation orale et du moment de la nutrition entérale

Rééducation des troubles de la déglutition (11)

Références bibliographiques

ANAES, Service des recommandations professionnelles.

Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral =
[Recommandations pour la pratique clinique. Juin 2002](#)

Brugmann Dysphagia Group, De Gieter M.

Les troubles de la déglutition en 10 questions.
[CHU Brugmann Directions médicale, infirmière et paramédicale, 2013](#)

Clan Central AP-HP.

Détection et PEC des troubles de la déglutition chez le sujet âgé hospitalisé :
[Recommandations de bonne pratique, Mars 2011](#)

KOPF Isabelle.

Les troubles de la déglutition chez l'adulte: élaboration de fiches d'information destinées aux familles »
[Juin 2001](#)

SOFMER ETP AVC.

Éléments pour l'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique spécifique au patient après AVC : « Troubles de la déglutition »
[31 mars 2011.](#)

Rééducation vésico-sphinctérienne et sexuelle

Plan

1. Contexte - Déficiences et atteintes fonctionnelles
2. A qui adresser les patients ?
3. Quelle prescription initiale ?
4. Bilan initial
5. Modalités de prise en charge

Rééducation vésico-sphinctérienne et sexuelle (1)

Contexte - Déficiences et atteintes fonctionnelles

- **Champ des déficiences :**

- **Troubles urinaires** : vessie neurologique / troubles uro-néphrologiques

Associés souvent à :

- **Troubles exonération fécale** : constipation ++ par parésie intestinale ou dyschésie ano-rectale
- **Troubles sexuels** : fonction érectile, libido \leftrightarrow troubles organiques et psychologiques

- **Retentissement fonctionnel :**

- **Plaintes, retentissement sur la vie quotidienne** : incontinence urinaire (pollakiurie, impériosités, fuites, dysurie, rétentions partielles ou totales), impact de constipation sur actes de vie quotidienne, impact sur la vie sexuelle

Rééducation vésico-sphinctérienne et sexuelle (2)

A qui adresser les patients ?

Patient adressé par le médecin oncologue référent selon les ressources locales et le bilan initial :

- à l'urologue
- au MPR avec compétence en bilan et soins vésico-sphinctériens
- au neuro-sexologue si troubles génito-sexuels
- au gastro-entérologue si constipation

Et préciser :

- le contexte lésionnel : localisation cérébrale - typologie et pronostic
- le contexte oncologique : traitements antérieurs ou en cours (chirurgie, RT, CT)
- l'état clinique général
- les troubles et/ou plaintes motivant la demande

Prise en charge toujours en soins ambulatoires

Rééducation vésico-sphinctérienne et sexuelle (3)

Quelle prescription initiale ?

- **Prescription d'emblée :**

- **Calendrier mictionnel** avec, si le patient est hospitalisé, la mesure du résidu post-mictionnel (RPM) par échographe ambulatoire, ce qui permet de savoir si le(la) patient(e) vidange bien sa vessie
- **Evaluer la gêne mictionnelle** : pollakiurie, dysurie, fuites, incontinence diurne ou nocturne, impériosités mictionnelles, urgenturies

Si gêne fonctionnelle →

- **Bilan biologique de la fonction rénale (clairance de la créatinine), PSA chez l'homme**
- **ECBU**
- **Echographie rénale avec Résidu Post-Mictionnel (RPM)**
- **Bilan urodynamique**

Rééducation vésico-sphinctérienne et sexuelle (4)

Bilan initial

- **Objectifs : évaluer les fonctions urinaires et/ou sexuelles et/ou de défécation :**
 - état du dysfonctionnement vésical et de son retentissement sur l'appareil urinaire
 - état du dysfonctionnement sexuel et bilan étiologique : cause neurologique, médicamenteuse, psychologique
 - état du dysfonctionnement ano-rectal et du transit colique: une manométrie ano-rectale peut être prescrite ainsi qu'un temps de transit
- **Moyens : diagnostic médical clinique et paraclinique :**
 - examen clinique neurologique centré sur les fonctions en cause
 - le bilan urodynamique permet de mettre en évidence l'existence d'une vessie hyperactive ou hypopactive, une hypertonie ou une hypotonie sphinctérienne et ainsi orienter les traitements

Rééducation vésico-sphinctérienne et sexuelle (5)

Modalités de prise en charge

- **Prise en charge médicamenteuse ++ : générale ou locale**
 - alpha-bloquants (Xatral, Urorec, Josir...) si syndrome rétentionnel par hypertonie sphinctérienne d'origine neurologique
 - para-sympaticolytiques (Ceris, Ditropan, Vesicare...)
 - injections de toxine botulinique intra-vésical si vessie hyperactive résistante aux paraS
- **Prise en charge cognitivo-comportementale**
 - calendrier mictionnel quotidien avec mictions programmées systématiques dans la journée; pour éviter les fuites par impériosités
- **Indications d'une rééducation sphinctérienne périnéale limitées**
 - si vessie hyperactive ou fuites à l'effort
- **Stimulation électrique du muscle tibial postérieur**
 - permettant d'éviter les effets secondaires des traitements anti-cholinergiques
- **Possibilité d'apprentissage de l'auto-sondage si :**
 - troubles de la vidange avec retentissement sur le haut appareil et capacités de préhension et cognitives

Surveillance +++ régulière de la vessie neurologique

Prise en charge sociale (1)

- **Pourquoi une prise en charge sociale ?**

- Pour garantir aide et accompagnement socio-familial - prestation en espèces (IJ) et en nature (ALD) dans le contexte individualisé des prestations par la Sécurité Sociale mais aussi toutes les aides sociales en rapport avec le handicap (AAH, PCH, Cl...), la limitation d'autonomie et le contexte socio-professionnel, puis aussi l'accompagnement social à domicile.
- **A initier au plus tôt** – Facteur de parcours de soins adapté

- **Modalités de la prise en charge sociale**

- **Une évaluation par un(e) assistant(e) ou travailleur de service social est le plus souvent nécessaire.** Il est souhaitable de désigner un(e) assistante « référent(e) » quand prises en charge multi-sites (neuro-oncologie, centre de rééducation, CCAS(L), réseau, soins palliatifs...) pour la coordination.
- Intérêt du Réseau de soins ++.

- **Plan d'accompagnement social**

Possibilités et plan d'accompagnement déterminé selon :

- Age
- Autonomie activités de vie quotidienne
- Environnement social
- Possible projet professionnel et/ou occupationnel.

cf. Référentiel AFSOS Prise en charge sociale des patients atteints de cancer

Mais plan à adapter à l'offre disponible sur le secteur géographique

Prise en charge sociale (2)

Aides humaines	Structure Sociale
Aides aux actes de vie quotidienne	
Avant 60 ans* : PCH	MDPH
Après 60 ans : APA	Conseil Départemental

Aides matérielles	Structure Sociale
Aides techniques / Aménagements / ± Appareillage	
Avant 60 ans* : PCH	MDPH
Après 60 ans	Conseil Départemental

Revenus	Structure Sociale
Arrêt de travail initial si actif ou demandeur emploi - Indemnités journalières	Sécurité Sociale
Invalidité - suite arrêt de travail prolongé	Sécurité Sociale / Prévoyance
Allocation Adulte Handicapé	MDPH

* Possible parfois après 60 ans (activité professionnelle...)

Prise en charge sociale (3)

Structures de prise en charge médico-sociales et sociales

Principes

- Possibilités de relais/accompagnement voire de prises en charge : 1) de réadaptation et de coordination de soins et 2) sociale en parallèle (ex. SAMSAH...) mais aussi nombreux dispositifs d'accompagnement social (aide au patient, à la famille, aux aidants...).
- Orientation MDPH nécessaire pour la plupart (avant 60 ans) ou Conseil Départemental.
- Durée variable selon structures et par objectifs : quelques mois à quelques années.
- Aides essentielles pour le retour/maintien à domicile phase et précoce post-aigüe et aussi dans la durée.

Contexte

Avant 60 ans :

- Accompagnement aux aides humaines, gain autonomie, accompagnement à reprise d'activités / aménagement environnement de vie / démarche sociales : SAVS, ou SAMSAH = idem + coordination soins, +/- rééducation
- Accompagnement global en hébergement complet ou accueil de jour : FAM, MAS
- Projet professionnel / Réadaptation professionnelle ou socio-professionnelle :
 - **UEROS** : stage d'évaluation, réentrainement et réinsertion activité professionnelle / occupationnelle
 - **COMETE** : Dispositif d'aide à réinsertion professionnelle en centre de rééducation

Après 60 ans : APA, Conseil Départemental, EPAHD, MAIA, Réseau de soins personne âgée, SAMSAH ou SAVS parfois...

○ ANNEXES COMPLEMENTAIRES

- Rééducation en kinésithérapie - Bilan kinésithérapie
- Rééducation en kinésithérapie - Domaine d'intervention
- Contenu d'une ordonnance de kinésithérapie
- Rééducation en ergothérapie - Bilans - Evaluation
- Evaluation - Bilans - Usage des outils, scores et échelles
- Evaluation - Bilans - Usage des outils en ergothérapie - Exemples
- Rééducation en ergothérapie - Domaine d'intervention - Traitements
- Prescriptions en ergothérapie
- Rééducation cognitive – Exemples de tests
- Rééducation cognitive - Bilans neuro-psychologiques
- Rééducation du langage et de la communication - Lexique
- Rééducation du langage et de la communication - Evaluation langagière
- Lexique

Rééducation en kinésithérapie - Bilan kinésithérapie

Evaluation en kinésithérapie ou « Bilan Diagnostic kinésithérapique » (BDK)

= Bilan initial lors d'une première séance - il comprend :

- Bilan de la douleur
- Bilan respiratoire
- Bilan cutané-trophique
- Bilan articulaire
- Bilan musculaire / moteur (spasticité, force musculaire, réponse motrice)
- Bilan sensitif superficiel et profond
- Bilan fonctionnel (transfert, équilibre, marche, préhension...)
- Bilan des troubles associés (troubles des fonctions supérieures...).

Ce bilan est adapté aux phases de l'évolution de la maladie, aux échanges pluridisciplinaires, aux objectifs de la prise en charge et au pronostic évolutif et thérapeutique.

Il permet dans ce contexte pluridisciplinaire, de dégager, en accord avec le patient, ses attentes et celles des médecins, d'établir les objectifs et le choix des moyens techniques de kinésithérapie à mettre en place. Dans ce contexte, le kinésithérapeute organise sa prise en charge (fréquence et durée).

Rééducation en kinésithérapie - Domaine d'intervention

Domaines d'interventions du kinésithérapeute en neuro-oncologie :

- **Prise en charge respiratoire :**
 - désencombrement bronchique, lutte contre l'atélectasie...
- **Prise en charge de la douleur par des moyens physiques :**
 - électrothérapie, physiothérapie, massage...
- **Prise en charge motrice :**
 - à visée de récupération et/ou de réadaptation
 - lutte contre la spasticité, mobilisation passive, étirements, techniques de stimulation neuro-motrice, renforcement musculaire...
- **Prise en charge fonctionnelle :**
 - travail des transferts, de l'équilibre, de la posture, reprise de la marche, préhensions...
- **Prise en charge pour reconditionnement à l'effort**

Contenu d'une ordonnance de kinésithérapie (1)

Nécessité de spécifier :

- La (ou les) régions à traiter : (épaule douloureuse par exemple)
- les objectifs de prise en charge : (ex. reconditionnement à l'effort, désencombrement respiratoire, rééducation motrice pour une hémiparésie droite...)
- Les contre-indications médicales : (ex. décharge d'un membre, nécessité rééducation infra-douloureuses, limitations cardiaques...)
- Si les soins doivent se faire au cabinet ou à domicile
- Si nécessité d'assurer une continuité de soin le week-end.

Le kinésithérapeute est habilité :

- A déterminer la fréquence des séances et la durée du traitement. Il est cependant possible de spécifier ces 2 paramètres sur ordonnance si nécessaire (et il est important que cela soit réévalué dans le cadre du projet global de soins).
- À prescrire certains dispositifs médicaux...

Contenu d'une ordonnance de kinésithérapie (2)

Il est souhaitable de joindre à l'ordonnance un diagnostic médical par un courrier soit spécifique adressé au kinésithérapeute, soit courrier de consultation adressé au médecin traitant avec copie à tous les soignants désignés par la personne.

Exemple type

Dr ...

Date

Mr nécessite une prise en charge en kinésithérapie pour une hémiparésie droite.

- Objectifs de récupération motrice et fonctionnelle.
- Contre-indications au reconditionnement à l'effort en endurance :
Fréquence cardiaque à ne pas dépasser : 120 / minute.
- Séance à réaliser au cabinet.

Rééducation en ergothérapie - Bilans - Evaluation

Evaluation en ergothérapie : effectuée systématiquement lors de la première séance.

- Évaluation de l'installation et du positionnement
 - (lit/fauteuil/autre et mise en place si besoin d'un dispositif)
- Bilan fonctionnel dans une situation d'activité
- Bilan cognitif dans une situation d'activité
- Évaluation du retentissement global des troubles dans l'autonomie, bilan des capacités du patient pour les activités de la vie quotidienne
- Évaluation du besoin en appareillages
 - dispositif de compensation comme par exemple : fauteuil roulant, enfile bas de contention...) en apprentissage gestuel (apprentissage de techniques...) et préconisations / fabrications si besoin
- Évaluation du lieu de vie du patient (« visite à domicile »)

Evaluation - Bilans - Usages des outils, scores et échelles

Exemples d'échelles analytiques de déficiences et capacités fonctionnelles motrices

Echelles d'évaluation de la douleur :

- Echelle Numérique (EN), Echelle Visuelle Analogique (EVA), FPS (Echelles de visages), Doloplus...

Echelles d'évaluation motrice et du tonus :

- Cotation de Held
- Cotation d'Ashworth modifiée ou Echelle de Tardieu.

Echelles d'évaluation équilibre et marche :

- Echelle de Berg : équilibre assis et debout
- Indices de Bourgès
- Test de Tinetti : équilibre statique et dynamique
- Test de 6 minutes = *évaluation du périmètre de marche « optimal » sur 6 minutes*
- Test de vitesse de marche sur 10 m
- Get Up and Go test.

Evaluation - Bilans - Usages des outils en ergothérapie - Exemples

Quelques échelles d'évaluation utilisées en ergothérapie en neuro-oncologie

Echelles d'évaluation de l'autonomie (activités de vie quotidienne) :

- Echelle de Barthel : activités élémentaires physiques
- MIF (Mesure d'Indépendance Fonctionnelle) : activités élémentaires physiques, communication et cognitif
- IADL : activités élaborées de vie quotidienne

Evaluation fonctionnelle du membre supérieur :

- Box and Blocks test : évaluation de la dextérité
- Jebsen Test : motricité fine et port de charge

Evaluation des troubles des fonctions supérieures :

- Test des cloches : héminégligence
- Test de l'horloge : troubles visuo-spatiaux et exécutifs

Rééducation en ergothérapie - Domaine d'intervention - Traitements

Possibilités de prise en charge et spécificités

- **Positionnement** : par ex. coussin de positionnement, position assise et installation FR...
- **Appareillage** : par ex. réalisation d'orthèses individuelles sur mesure, aides fonctionnelles aux AVQ...
- **Rééducation et/ou réadaptation fonctionnelle inclus dans les activités de vie quotidienne** : par ex. : autonomie toilette, prise de repas...
- **Rééducation et/ou réadaptation des fonctions supérieures** : (par ex. : lutte contre négligence gauche, organisation d'un emploi du temps...)
- **Séance de ré autonomisation par apprentissage gestuel** : par ex. dispositif de compensation ou d'orthèse, apprentissage de techniques...)
- **Apprentissage de l'utilisation d'une aide technique** : (par ex. : fauteuil roulant, aides au repas...).
- **Proposition d'un projet d'aménagement personnalisé du domicile si besoin après visite à domicile.**

Prescriptions en ergothérapie

Faire une ordonnance classique

Spécifier les demandes selon les besoins identifiés

- Bilan autonomie AVQ élémentaires :
- Bilan AVQ élaborées :
 - Courses Cuisine Transports Domestique
 - Administratif (comptes, papiers, rdv) Gestion de Traitement
- Fauteuil : positionnement acquisition
- Bilan Membres supérieurs Bilan praxies
- Appareillage
- Conseil Aides techniques Aide à la communication
- Conduite automobile

Commentaires :

Rééducation cognitive - Exemples de tests (1)

Principaux tests cités = mais ce listing n'est pas exhaustif.

De plus, les processus cognitifs impliqués par une épreuve sont souvent multiples, et sont ici attribués à une fonction principale, ainsi leur réalisation et l'analyse des résultats par un neuropsychologue est nécessaire pour éviter des erreurs d'interprétation.

Exemple : Le TMT B, utilisé principalement pour mesurer la flexibilité mentale, pourrait être échoué en raison d'autres facteurs tels des troubles visuels, de l'attention divisée, ou un ralentissement de la vitesse de traitement.

Une Batterie de test neuropsychologique a été élaborée par le GREC-Onco* pour évaluer les fonctions dans une batterie initiale (globale, cognitive et comportementale) puis régulière, en fonction du contexte clinique à adapter à l'évolution.

Associée aux auto-questionnaires d'anxiété-dépression, fatigue et qualité de vie.

Rôle surtout d'identifier un déclin significatif.

** **GREC-Onco** = Groupe de Réflexion sur les Évaluations Cognitives en ONCOlogie*

Rééducation cognitive - Exemples de tests (2)

Fonction COGNITIVE	Test neuropsychologique
FUNCTIONNEMENT COGNITIF GLOBAL	
Fonctionnement global	MOCA* MATTIS*
Efficiency intellectuelle verbale pré-morbide	f-NART*
Plainte cognitive	FACT-Cog*
Latéralité	Inventaire d'Edinburgh
Fatigue	FACIT-Fatigue
Syndrome dysexécutif comportemental	ISDC
Anxiété Dépression	Echelle de Goldberg ou HADS CES-DS ou HADS
Qualité de vie	QLQ-C30

* *Issus du GREC-Onco
cf. lexique p. 110*

Rééducation cognitive - Exemples de tests (3)

Fonction COGNITIVE	Test neuropsychologique
MÉMOIRE ET MÉMOIRE DE TRAVAIL	
Mémoire à court terme	Empan endroit (WAIS 4)
Mémoire épisodique verbale antérograde	RL-RI-16* ou HVLT
Mémoire épisodique visuelle antérograde	Figure de REY* (rappel)
Mémoire de travail verbale	Empan envers Indice de Mémoire de Travail (WAIS 4)
Mémoire de travail visuo-spatiale	Cubes de Corsi inverse
Plainte mnésique	Questionnaire de Mac Nair et Khan

* Des versions parallèles existent pour ces tâches afin d'éviter un effet d'apprentissage, lié à l'effet test / retest

Rééducation cognitive - Exemples de tests (4)

Fonctions ATTENTIONNELLES et vitesse de traitement de l'information	
Toutes capacités attentionnelles	Batterie informatisée TEA
Vitesse de traitement et sélectivité attentionnelle	D2 TMT A Code de WAIS / CSCT (version informatisée) Symbole de WAIS
Attention divisée	Double tâche de Baddeley Subtest Attention divisée TEA

Fonctions EXECUTIVES	
Fonctionnement exécutif global	BREF (Batterie Rapide d'Effcience Frontale)

Rééducation cognitive - Exemples de tests (5)

Fonction COGNITIVE	Test neuropsychologique
FONCTIONS EXECUTIVES et ATTENTIONNELLES	
Flexibilité mentale	TMT B Erreurs persévératives (WCST...)
Sensibilité à l'interférence / contrôle inhibiteur	Stroop Go / No go
Planification	Test des commissions de Martin Test des priorités Tour de Londres Séquences gestuelles Type de copie de la figure de Rey
Initiation verbale	Fluences verbales (littérales et catégorielles)
Déduction de règles	WCST Test de Brixton
Abstraction / Conceptualisation	Similitudes (WAIS 4, Mattis) WCST

Rééducation cognitive - Exemples de tests (6)

Fonction COGNITIVE	Test neuropsychologique
CAPACITES VISUO-SPATIALES	
Capacité visuo-constructive	Test de l'Horloge Copie de la figure de Rey
Perception de l'espace et de l'objet	Batterie de Montréal-Toulouse VOSP
Négligence	BEN (Batterie d'évaluation négligence unilatérale) PEGV Barrages
PRAXIES	
Praxies idéomotrices	BEP (Batterie d'évaluation praxique)
Praxies motrices	Séquences graphiques Mattis Séquences motrices BREF (main droite / main gauche)
LANGAGE	Boston Naming Test et Token test

Rééducation cognitive - Prescription bilan neuropsychologique

« Je vous adresse M., présentant une tumeur XXX de grade XXX, traité par.... »

puis préciser si possible, les renseignements suivants :

- l'ancienneté de la maladie
- le type et la date des premiers symptômes
- épilepsie (oui ou non, traitement ?)
- son pronostic
- le traitement proposé
- les plaintes du patient concernant la sphère neuropsychologique
- son lieu de résidence (important si prise en charge)
- sa situation familiale et son environnement social

Rééducation cognitive - Exemple de bilan neuropsychologique (1)

Nom :

Date :

Age : 58 ans

Latéralisation : D

Niveau d'études : 6 ans

Antécédents : oligodendrogliome frontal droit de grade II

INTERPRETATION DES RESULTATS

Mr M. ne formule aucune plainte cognitive ni comportementale, hormis un léger manque du mot occasionnel. De plus, il ne semble pas présenter de trouble thymique patent, à l'inverse il déclare avoir un excellent moral.

Le bilan ne montre pas d'atteinte significative de son fonctionnement cognitif global ni des processus de sa mémoire épisodique pour un matériel verbal. De plus ses capacités de stockage à court terme d'informations verbales et le rappel à long terme d'informations visuelles ont augmenté et se sont normalisées. En revanche, le trouble de la planification dans la tâche de copie de la figure de Rey (matériel visuel) persiste, de même qu'un léger défaut de ses capacités de mémoire de travail. Enfin, ses capacités de dénomination évaluées à la tâche d'un niveau de difficulté élevé qu'est le Boston sont dans la norme.

Au total, Mr M. présente une amélioration et une normalisation de ses capacités de mémorisation à court et long terme, tandis que le trouble de la planification et le défaut de mémoire de travail perdurent. Un bilan de contrôle est prévu dans 6 mois.

Légende

* : score inférieur à la moyenne selon l'âge et le niveau d'éducation.

** : score inférieur à la norme selon l'âge et le niveau d'éducation : pathologique

(cf. page suivante)

Rééducation cognitive - Exemple de bilan neuropsychologique (2)

FONCTIONNEMENT COGNITIF GLOBAL

M.O.C.A : 29/30 (1 erreur attentionnelle)

MÉMOIRE (épisode auditivo-verbale et implicité verbale)

Test de Grober et Buschke

Version : 2

Encodage/rappel immédiat : 16/16

Rappel libre total : 8, 12, 12

Rappel indicé total : 16,16,16

TOTAL : 48/48

Intrusions : 0

Persévérations : 3

Rappel libre différé : 11

Rappel indicé différé : 4

TOTAL : 15/16

Intrusions : 0

Persévérations : 0

RECONNAISSANCE : 16/16 Pas de fausses reconnaissances

Figure de Rey

Production de mémoire : score : 27/36 → percentile = 75

FONCTIONS EXECUTIVES et ATTENTIONNELLES

Empans :

- Direct : 5
- Indirect : 4

TMT :

- A = 27 secondes → percentile >75
- B = irréalisable/cause non connaissance de l'alphabet

B R E F

- Score total : 16/18
- Similitudes : 2/3
- Evocation lexicale : 2/3

Fluences verbales (2 min)

Formelle « R » : 21

Catégorielle « Fruits » : 20

Figure de Rey

Copie

Type : 3 → percentile <10**

Score : 33/36 → percentile = 50

Temps : 3 min → percentile = 50

LANGAGE (Dénomination)

DO 80 : Score total : 80

BOSTON : Score total : 57/60 + 5 défauts d'accès et une paraphrasie sémantique

Rééducation du langage et de la communication - Lexique (1)

Agraphie : incapacité à s'exprimer avec des mots ou des symboles écrits.

Anarthrie pure : trouble du langage caractérisé par l'impossibilité ou des difficultés sévères à articuler des sons du langage, indépendamment de toute atteinte de l'appareil articulatoire - type d'aphasie, souvent transitoire.

Dysarthrie : trouble de l'élocution lié à une atteinte neurologique des systèmes moteurs participants à l'expression de la parole, qu'il s'agisse de la voie motrice principale, du système cérébelleux et strié ou d'une atteinte musculaire.

Anomie et manque du mot : Benson (1977) définit l'anomie selon plusieurs sous-catégories :

- Anomie de production : pas de production spontanée, le problème est soit moteur soit paraphasique.
- Anomie de sélection : provoque un manque du mot isolé souvent compensé par de nombreuses périphrases et des gestes.
- Anomie catégorielle : manifestation des difficultés d'encodage lexical mais uniquement dans certaines catégories lexico-sémantiques.
- Anomie sensorielle : difficulté à nommer des objets présentés par une certaine modalité sensorielle, elle disparaît si on présente ce même objet via une modalité différente.

Paraphasie morphologique : substitution d'un mot par un autre mot de la langue assez proche morphologiquement.

Paraphasie sémantique : substitution d'un mot par un autre mot proche de la même catégorie sémantique.

Rééducation du langage et de la communication - Lexique (2)

Paraphasie phonémique : série phonémique constitutive d'un mot qui en l'absence de toute difficulté arthrique, est anormalement énoncé en raison de l'omission, de l'ajout, du déplacement ou de la substitution des unités phonémiques.

Agnosie auditive / Agnosie visuelle : reconnaissance défectueuse des informations auditives / visuelles, malgré la préservation de l'acuité auditive / visuelle.

Alexie : incapacité de lire et de comprendre ce qui est écrit malgré une compréhension orale intègre.

Apraxie : trouble de la programmation et de la réalisation des gestes significatifs ou pas, non explicables par un déficit moteur ou sensitif, une incoordination ou tout autre trouble élémentaire (R. Gil).

Manque du mot : difficulté à trouver ses mots, c'est l'accès au mot lui-même qui est défectueux que ce soit oralement ou par écrit.

Jargon : la personne aphasique déforme et mêle ses mots ou syllabes, ou en invente de nouveaux, il devient impossible de la comprendre.

Stéréotypies verbales : réduction du langage aux mots ou sons que la personne arrive à produire, (ex : « mon dieu, mon dieu » ou « ta ta ta »). Ce sont toujours les mêmes productions qui reviennent.

Rééducation du langage et de la communication - Evaluation langagière (1)

Principes

Evaluation du langage

- langage fonctionnel (« spontané ») : productions libres, entretiens semi-dirigés
- langage analytique (« contraint ») : épreuves dirigées avec évaluation quantitative, explorant :
 - les axes de réception (compréhension) et d'émission (expression) du langage, en modalité orale et écrite
 - les capacités de transposition (audio-phonatoire : répétition / visuo-graphique : copie)
 - les capacités de transcodage (audio-graphémique : dictée / visuo-phonatoire : lecture à voix haute)

Evaluation de la communication

- communication fonctionnelle
- communication pragmatique

Rééducation du langage et de la communication - Evaluation langagière (2)

	ORAL	ECRIT
COMPRHENSION	<ul style="list-style-type: none"> • Conversation • Compréhension orale <ul style="list-style-type: none"> - mots (niveau lexical) : désignation d'objets et d'images - phrases (niveau syntaxique) : désignation d'images à partir de phrases données verbalement - ordres simples, puis complexes : réponse gestuelle - questions fermées : réponse en oui/non - énoncés et textes 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaissance de mots écrits • Lecture à voix haute : non-mots, mots (réguliers et irréguliers), phrases • Compréhension écrite <ul style="list-style-type: none"> - mots : appariement mot / image - phrases : appariement phrase / image - textes : complétion de textes avec choix multiples, récit d'une histoire lue en l'absence de troubles majeurs de l'expression orale
EXPRESSION	<ul style="list-style-type: none"> • Langage spontané : fluence, prosodie, informativité et cohérence du discours • Langage automatique : séries automatiques, complétion de phrases ou de proverbes • Narration orale : description d'une scène • Dénomination orale : objets et images • Fluence verbale : littérale et catégorielle • Lecture à voix haute : non-mots, mots, phrases 	<ul style="list-style-type: none"> • Expression écrite spontanée • Ecriture automatique : nom et prénom, chiffres, alphabet • Narration écrite : description d'une scène • Dénomination écrite : objets et images • Dictée : non-mots, mots (réguliers et irréguliers), phrases
TRANS-POSITION	<p style="text-align: center;">Audio-phonatoire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Répétition : syllabes, mots, phrases 	<p style="text-align: center;">Visuo-graphique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copie : mots, phrases

Rééducation du langage et de la communication - Evaluation langagière (3)

Test

Exemples de batteries standardisées

- Test pour l'examen de l'aphasie de Ducarne
- Boston diagnostic of aphasia examination (BDAE)
- Protocole Montréal-Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie (MT86)

Exemples de bilans fonctionnels

- Echelle de communication verbale de Bordeaux (ECVB)
- Test lillois de communication (TLC)

Exemples d'épreuves complémentaires

- DO 80 : dénomination d'images
- Batterie informatisée du manque du mot (BIMM)
- Dénomination de verbes lexicaux (DVL 38)
- Lexis : test pour le diagnostic des troubles lexicaux
- Token test : test de la compréhension orale syntaxique

Lexique

- **ALD** : Affection de Longue Durée
- **APA** : Allocation Personnalisée à l'Autonomie
- **AVQ** : Activités de la Vie Quotidienne
- **CCAS** : Centre Communal d'Action Social
- **CI** : Carte d'Invalidité
- **FAM** : Foyer d'Accueil Médicalisé
- **HAD** : Hospitalisation A Domicile
- **HC - HTP - HS** : Hospitalisation complète - Temps partiel (Jour) - semaine
- **IJ** : Indemnités Journalières
- **MAS** : Maison d'Accueil Spécialisée
- **MAIA** : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
- **MDPH** : Maison Départementales des Personnes Handicapées
- **MPR** : Médecine Physique et de Réadaptation
- **PCH** : Prestation de Compensation du Handicap
- **QoL** : Qualité de vie (Quality of life)
- **RPM** : Résidu Post-Mictionnel
- **SSIAD** : Service de Soins Infirmiers A Domicile
- **SAVS** : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
- **SAMSAH** : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé
- **UEROS** : Unité d'Evaluation de Réentraînement et d'Orientation Sociale et Professionnelle
- **USP** : Unité de Soins Palliatifs