



Association Francophone des
Soins Oncologiques de Support



ACORESCA
Association des Coordinateurs de Réseaux de Cancérologie

Session de restitution des journées Rééducation en neuro-oncologie (tumeurs cérébrales)



Walter DAVELUY – médecin MPR (Lille)





Sommaire



○	Contributeurs	p. 2
○	Modalités – Objectifs généraux	p. 4
○	Tumeurs cérébrales	
○	○ Tumeurs concernées/Tumeurs primitives/Métastases	p. 5
○	○ Traitements et Pronostics	p. 8
○	Rééducation/réadaptation	
○	○ Pourquoi ? Concept de rééducation/réadaptation/réinsertion	p. 9
○	○ Quand ?	p. 10
○	○ Comment ?	p. 11
○	○ Comment ? Ressources	p. 12
○	Tumeurs cérébrales – Pourquoi une rééducation ?	p. 13
○	Références – Recommandations	p.19
○	Modalités de prise en charge	p. 21
○	○ Rééducation-Réadaptation / Parcours de soins	p. 22
○	○ Rééducation physique	p. 25
○	○ Rééducation cognitive	p. 35
○	○ Rééducation langagière et de communication	p. 47
○	○ Rééducation des troubles de déglutition	p. 65
○	○ Déficiences vésico-sphinctériennes et sexuelles	p. 78
○	○ Prise en charge sociale	p. 85
○	Annexes – Documents complémentaires – Références	p. 89
○	Lexique	p.113



Association Francophone des
Soins Oncologiques de Support

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 contexte oncologique, thérapeutique et pronostic en vue de propositions de parcours de soin**
- **Choix de techniques d'évaluation et de protocole 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**



RÉSEAU DE CANCÉROLOGIE GRAND EST



Association Francophone des
Soins Oncologiques de Support



TUMEURS CEREBRALES (1)

TUMEURS CONCERNEES

- 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 CEREBRALES (2)

TRAITEMENTS ET PRONOSTICS



ENTITE TUMORALE	TRAITEMENT	CADRE PRONOSTIQUE
Gliomes diffus de bas grade (II OMS)	Chirurgie ↗↗↗ Chimiothérapie ↗ Radiothérapie ↘	haut risque: - médiane de survie: 13.3 ans - survie à 5 ans: 72% risque standard: - 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



REEDUCATION-READAPTATION (1)

POURQUOI ? - CONTEXTE DE LA REEDUCATION/READAPTATION/REINSERTION **



DÉFICIENCES - SYMPTÔMES FREQUENTS

Dimension physique

(motrice, sensitive, 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 handicap**



Association Francophone des
Soins Oncologiques de Support

REEDUCATION-READAPTATION (2)

QUAND ? - 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 bénéfiques « curatifs »
- des bénéfiques « fonctionnels et palliatifs »
- des bénéfiques 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'identification 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.



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

Besoins et bénéfices de la rééducation

- **Tumeurs cérébrales primitives = responsables (sous très forte 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 TC, 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)

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 **13 mois**:
 - 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



Association Francophone des
Soins Oncologiques de Support

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





Association Francophone des
Soins Oncologiques de Support



REEDUCATION LANGAGIERE et de COMMUNICATION





Association Francophone des
Soins Oncologiques de Support



RÉÉDUCATION LANGAGIERE ET DE COMMUNICATION

Plan

1. Rappels anatomiques et physiologiques
2. Cliniques :
 - a. Champ des déficiences
 - b. Retentissement fonctionnel
 - c. Lexique
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**





Association Francophone des
Soins Oncologiques de Support



RÉÉDUCATION LANGAGIERE ET DE COMMUNICATION (1)

BILAN INITIAL – PRESCRIPTION

Médecin prescripteur (oncologue référent ou MPR)

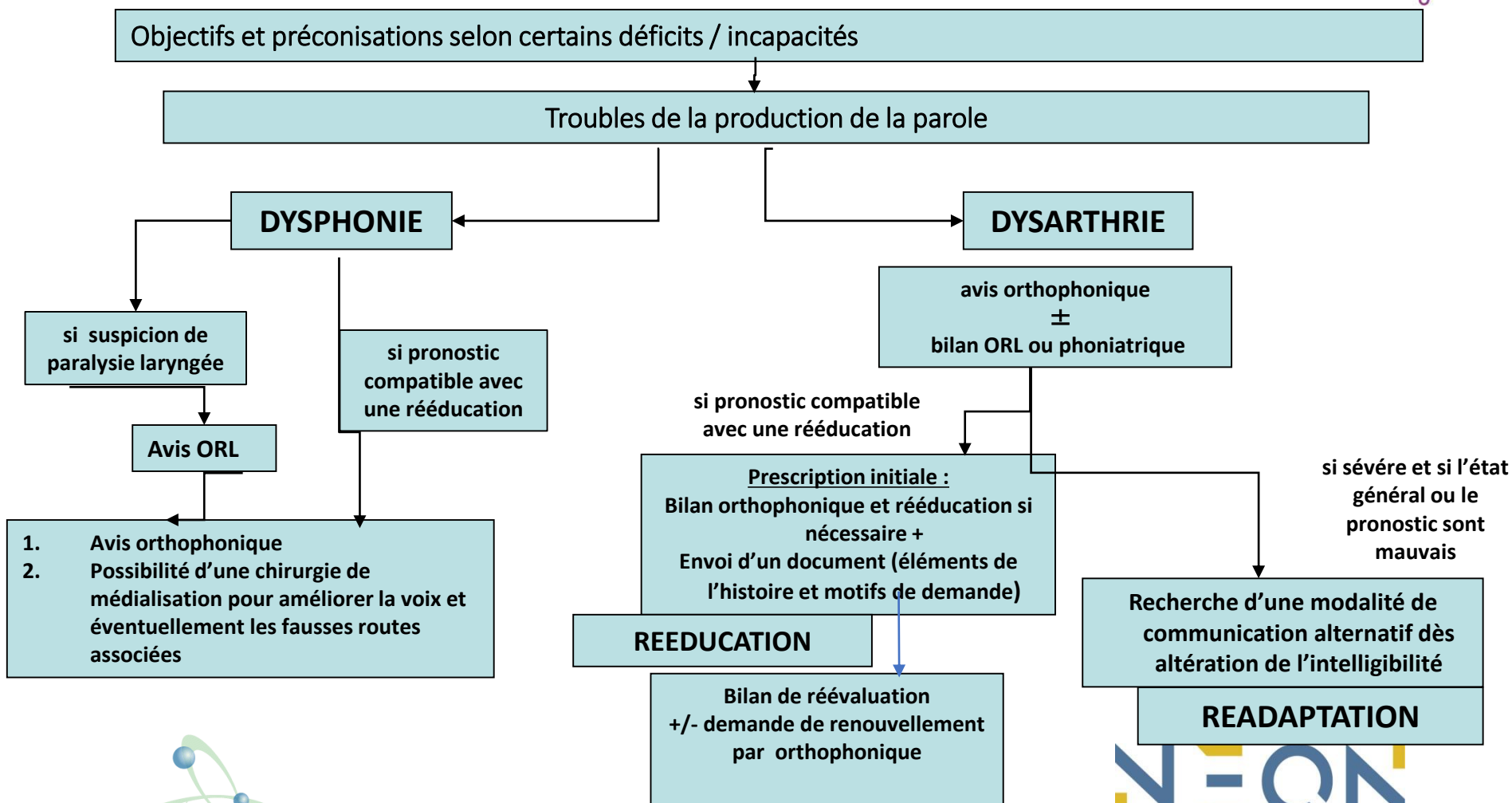
Prescription pour bilan (et prise en charge d'emblée si nécessaire) auprès d'un(e) orthophoniste avec une **lettre** précisant le motif de la demande et le contexte carcinologique

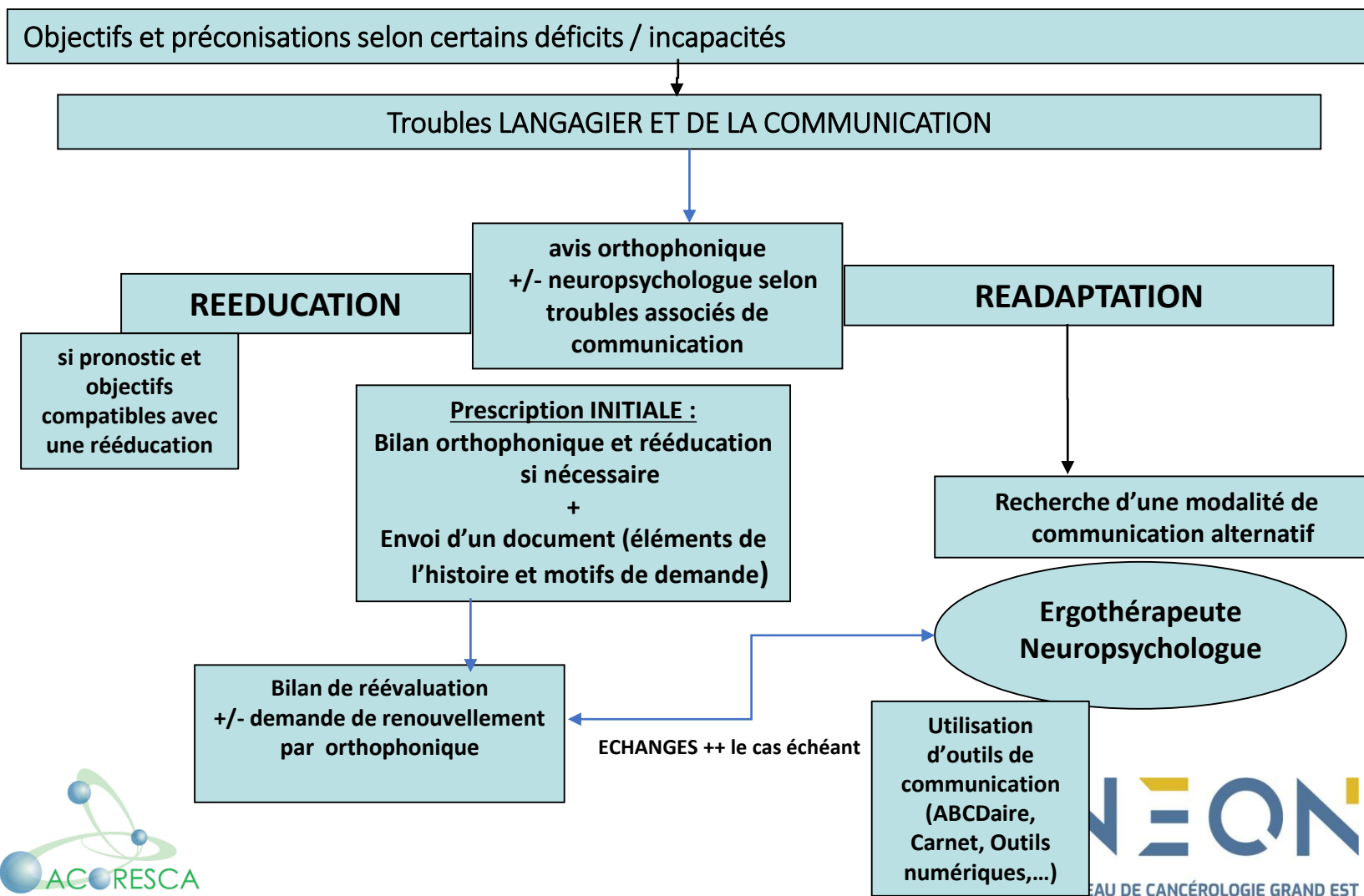


Orthophoniste

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







Association Francophone des
Soins Oncologiques de Support



Notez la date de l'édition 2021 !



11^{èmes}

Journées des Référentiels en Soins Oncologiques de Support

25 et 26 **mars 2021**

École Normale Supérieure (ENS) - **Lyon**



Association Francophone des
Soins Oncologiques de Support

Renseignements : www.afsos.org



NEON
RÉSEAU DE CANCÉROLOGIE GRAND EST