



MPR et cancer

PRM and cancer

Communications orales

Version française

CO05-001–FR

Médecine physique et de réadaptation et cancer : état de l'art et analyse de la littérature

M. Genty^{a,*}, P. Ribinik^b, C. Frenay^c, P. Calmels^d^a Centre Thermal-Yverdon, avenue des Bains 22, CH de Yverdon-les-Bains, 1400 Yverdon-les-Bains, Suisse^b Centre hospitalier Emmanuel-Rain, Gonesse, France^c IRR Nancy, Nancy, France^d CHU de Saint-Étienne, Saint-Étienne, France

*Auteur correspondant.

Mots clés : Cancer ; Médecine physique et de réadaptation ; Qualité de vie ; Participation

Introduction.— La médecine physique et de réadaptation reste encore trop peu développée dans le champ de la cancérologie en France. Hors, l'évolution de la prise en charge en cancérologie conduit à un suivi à long terme, faisant du cancer une maladie chronique, qui peut être source par la(les) lésion(s), source de déficience, de limitation d'activité et de restriction de participation.

La cancérologie reste une spécialité d'organes, vue la diversité des atteintes, la place de la MPR reste difficile à définir, trop souvent orientée par spécialité.

Objectifs.— Nous proposons à partir d'une revue de la littérature, de définir l'état de la place de la MPR dans les pathologies cancéreuses, selon les déficiences et les conditions de prise en charge.

Méthodologie.— Nous avons effectué une analyse de la littérature à partir d'interrogation PubMed et Science Direct, selon les mots clés « cancer rehabilitation program », « physical activity » « patient education program » « cancer survivor adult » pour des publications du 01/01/2007 au 01/05/2011.

Résultats.— L'analyse bibliographique fait apparaître plus de 600 articles concernant le programme de rééducation, d'activité physique et d'exercices. Nous avons sélectionné 115 articles concernant directement la prise en charge rééducative.

Discussion.— Si des protocoles spécifiques restent peu déterminés, l'implication de la MPR est retrouvée dans différents champs : celui de l'amputation, des lésions neurologiques, mais aussi face à différentes déficiences : douleur d'origine neuropathique, trouble cognitif, trouble de la phonation, de la déglutition, trouble vésico-sphinctérien, atteinte musculaire, fatigue, désadaptation à l'effort ; et bien sûr dans le champ plus spécifique du handicap avec limitation d'activité, de la qualité de la vie et la restriction de participation. La question reste

de spécifier le temps d'intervention entre des périodes curative, de stabilisation, voire des périodes palliatives.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.498

CO05-002–FR

Paraplégies néoplasiques

A. Chenet^{a,*}, O. Hamel^b, R. Gross^a, J. Rome^a, J.-F. Mathé^a,B. Perrouin-Verbe^a^a Service de MPR neurologique, hôpital Saint-Jacques, CHU de Nantes, Nantes, France^b Service de neurotraumatologie, CHU de Nantes, Nantes, France

*Auteur correspondant.

Mots clés : Paraplégie néoplasique ; Rééducation ; Durée d'hospitalisation

Introduction.— Le taux d'hospitalisation des paraplégies néoplasiques en médecine physique et réadaptation (MPR) est faible. Son intérêt reste discuté ; les objectifs et les conditions de rééducation diffèrent des paraplégiques traumatiques, rendant peu perceptible le service rendu.

Méthode.— Étude rétrospective sur 10 ans des patients hospitalisés pour une compression médullaire néoplasique en MPR à Nantes. Sont analysées les données démographiques, cliniques (cancer, ASIA impairment scale (AIS), survie), rééducatives (mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF), mode mictionnel) et thérapeutiques (chirurgie, radiothérapie).

Résultats.— Les données concernent 20 paraplégiques. Le cancer de la prostate était le plus fréquent (35 %). Les trois quarts des patients ont bénéficié d'une laminectomie et 70 % d'une radiothérapie. À l'entrée dans le service, 6 patients étaient AIS A, 2 étaient B, 7 C et 5 D. À la sortie, les marchants sont passés de 3 à 6, huit patients étaient autonomes sur le plan urinaire et huit avaient progressé sur leur MIF. Une escarre était présente à l'entrée dans 35 % des cas. Cela représente 12,5 % des patients provenant de neurochirurgie, 33 % de ceux de médecine mais 66 % de ceux provenant d'oncologie et de moyen séjour. La durée moyenne de séjour est de 4 mois. Un tiers des patients sont décédés dans le service. Pour les survivants, la médiane de survie est de 13 mois.

Discussion.— Le nombre de décès reste élevé, posant le problème des objectifs de l'hospitalisation en MPR. Les progrès fonctionnels sont faibles, souvent limités par la douleur et la fatigabilité. L'évaluation du statut neuro-urologique est une spécificité de la rééducation, même si peu de patient deviennent autonomes sur le plan mictionnel.

Face à ses constatations, des critères de prise en charge des paraplégies néoplasiques en MPR sont progressivement établis. Ils sont basés sur la détermination d'objectifs précis, définis par contrat, à réaliser dans un délai de 1 mois. Dans notre cohorte, la durée de séjour est trop longue, grevée par l'existence de complications cutanées. Ce fait montre la nécessité de constituer des filières