

Indication de la Rééducation en cancérologie

Fascicule 3. Déficiences neurologiques hors atteintes encéphaliques

Date : 12/12/2014

Contributeurs

Coordination

Paul CALMELS, (CHU de Saint Etienne), Amandine CHENET (CHU de Nantes).

Méthodologie

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

Membres du groupe de travail

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

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

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

Sommaire

Les déficits neurologiques hors atteintes encéphaliques

Lésions médullaires néoplasiques	4
• Intérêt, objectifs de la rééducation	5
• Critères d'orientation en rééducation	6
• Arbre décisionnel d'orientation	7
• Bilan avant la Prise en charge en MPR (CIF)	8
• Examen	9
• Prise en charge en MPR : en hospitalisation conventionnelle	11
• Prise en charge en MPR : hospitalisation à temps partiel	13
Les Neuropathies Périphériques	15
Abréviations	17
Annexes	18
Annexe 1 : Score ASIA	19
Annexe 2 : Echelles plasticité	20
Annexe 3 : Aides techniques	21
Annexe 4 : Fauteuils roulants	22

Les déficits neurologiques hors atteintes encéphaliques

1. Les lésions médullaires néoplasiques

Lésions médullaires néoplasiques

- **Compression médullaire métastatique dans 5% des cancers** ¹
- **Lésions médullaires métastatiques en hospitalisation de MPR : 10 à 26 %** ²

Intérêt de la prise en charge rééducative

Prise en charge médicale spécialisée

- ✓ Spasticité
- ✓ Douleur
- ✓ Troubles urinaires et digestifs

Amélioration :

- ✓ Autonomie vie quotidienne (indépendance)
- ✓ Douleur, dépression, qualité de vie

Diminution

- ✓ Des risques de complications liées à l'atteinte médullaire

Objectifs de la rééducation/réadaptation

Développer l'autonomie dans la vie quotidienne – entretien – récupération – suppléance

- AVQ : Toilette, habillage, transferts, déplacements (dont propulsion FRM)
- Fonctions : motrices et continences
- Acquisition, adaptation, apprentissage d'usage des aides techniques

Assurer des activités éducatives ciblées

- Prévention de la survenue d'escarre
- Règles hygiéno-diététique pour gestion vessie neurologique et transit : apprentissage des sondages intermittents propres +/- curage digital

Solliciter et soutenir les aidants

(1) Prasad Lancet Oncol 2005

(2) New Arch Med Phys Rehabil 2005

Lésions médullaires néoplasiques

Critères d'orientation en rééducation

Critères oncologiques

- ✓ Tumeur primitive médullaire
- ✓ Compression médullaire métastatique
- ✓ Absence de métastases multiples

Critère de l'état médical global

- ✓ Index de Karnofsky / Index OMS
- ✓ Comorbidités
- ✓ métastases multiples

Critères thérapeutiques

- ✓ Décompression chirurgicale
- ✓ Chimio sensibilité
- ✓ Radiosensibilité

Critères neurologiques

- ✓ Classification de la déficience neurologique selon l'**Echelle AIS**
- ✓ 5 niveaux selon le caractère complet ou incomplet et intensité de l' atteinte

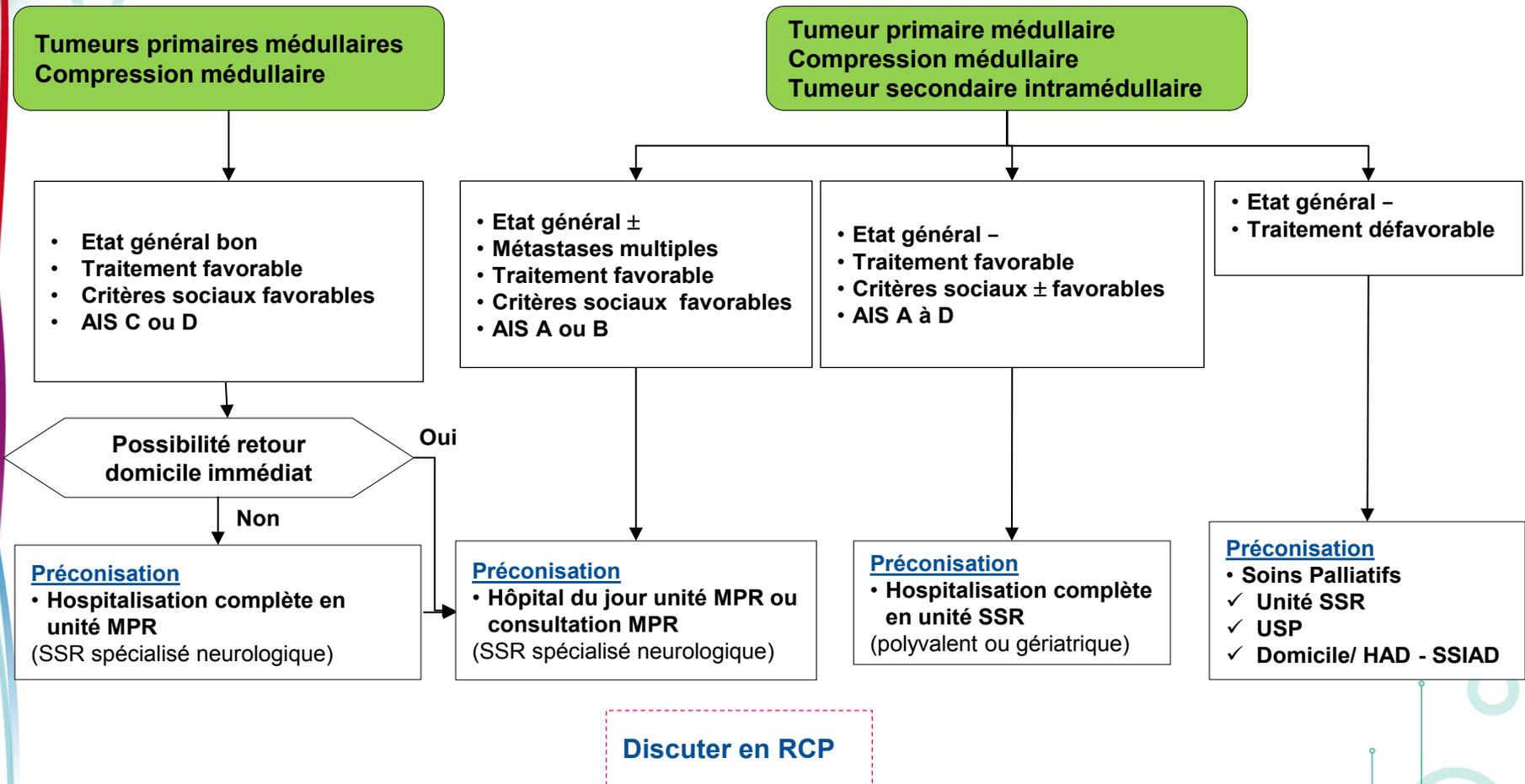
Critères sociaux

- ✓ Possibilités de retour à domicile
 - Accessibilité du domicile et offre de soins
 - Présence aidants

Indications de la rééducation en cancérologie

Lésions médullaires néoplasiques

Arbre décisionnel d'orientation



Lésions médullaires néoplasiques

Bilan avant la Prise en charge en MPR (CIF)

Evaluation de l'appareil locomoteur et mouvement

- Niveau moteur et score moteur **ASIA**, *échelle AIS, motricité dissociée ou non dissociée*)
- Tonus musculaire : hypotonie ou hypertonie (*échelle Ashworth, score de Penn*)

Evaluation des fonctions sensibles et de la douleur

- Niveau sensitif et score sensitif **ASIA au tact et à la pique**

Evaluation des fonctions digestives / urinaires / Sexuelles

- Tonus anal, Sensibilité et contraction anale (*échelle AIS*)
- Réflexivité périnéale

Bilan cutané : Voir bilan général (Fascicule 1)

Evaluation des capacités d'entretien personnel, d'entretien de la vie domestique, des relations et interactions avec autrui

- MIF
- Evaluation des capacités à reprendre une vie communautaire, sociale et civique (loisirs)
- Evaluation de l'environnement (humain, matériel, soutiens et relations)
- Evaluation de la qualité de vie

Voir aussi « bilan avant rééducation »
(Indication de la rééducation en cancérologie;
fascicule n° 1 : partie commune)

Lésions médullaires néoplasiques

Examen

Examen	Outil
<ul style="list-style-type: none">• Bilan neurologique• Niveau neurologique (= dernier niveau sain)• Score moteur• Score sensitif• Complet/incomplet• Spastique ou flasque	Echelle AIS
<ul style="list-style-type: none">• Evaluation de la stabilité du rachis	

Indications de la rééducation en cancérologie

AIS	Définition	Fonctionnel
A	Absence motricité et sensibilité sous lésionnelle	FRM transfert assis
B	Sensibilité sous-lésionnelle, absence motricité	FRM transfert assis
C	> 50% muscles sous-lésionnel cotés < 3/5	FRM transfert debout
D	> 50% muscles clés sou-lésionnel cotés \geq 3/5	Marche avec aides techniques
E	Sensibilité et motricité normales	Marche

Complet : absence de sensibilité ou motricité dans derniers territoires sacrés (métamères S4-S5)

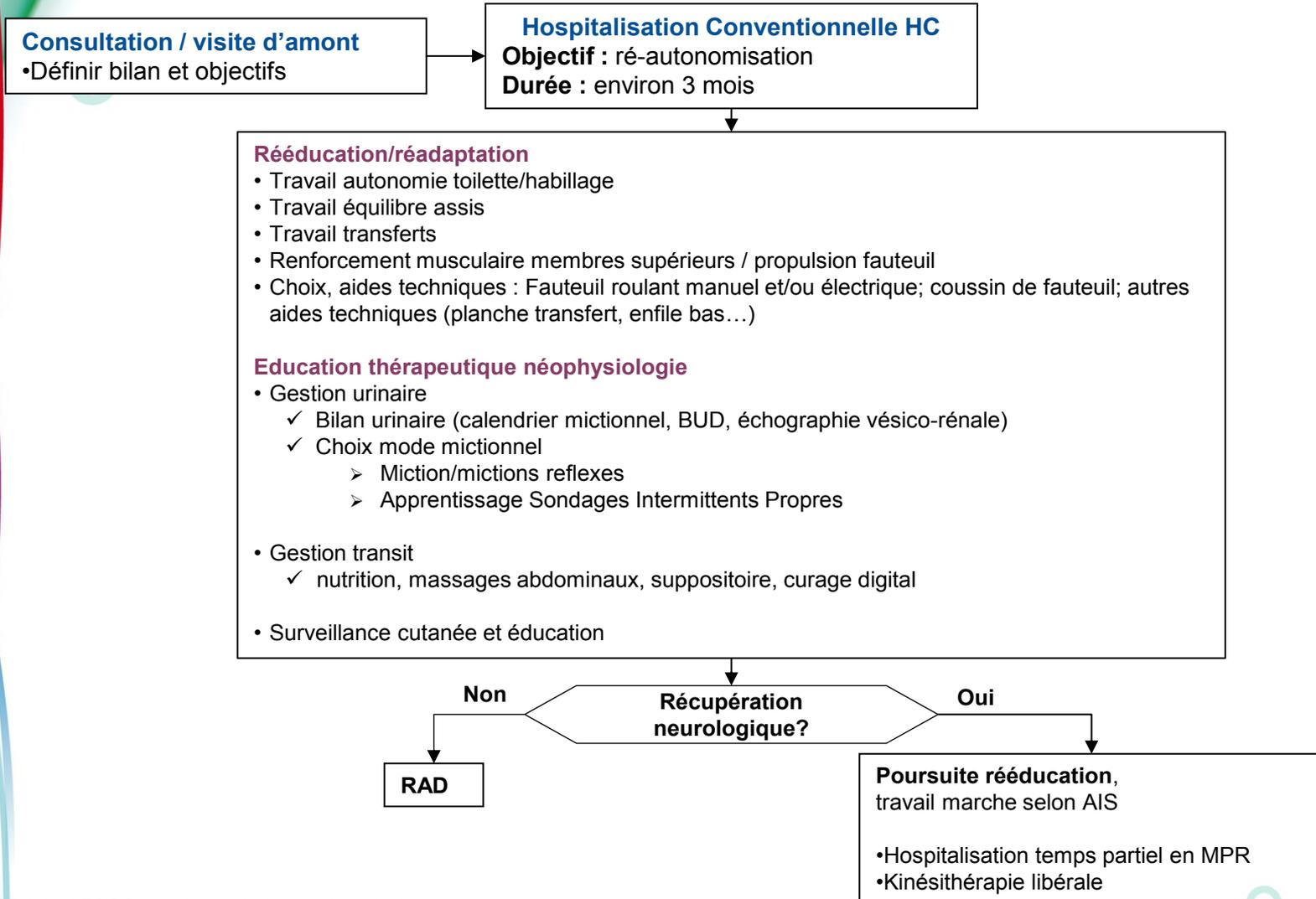
Incomplet : présence sensibilité ou motricité en S4-S5

Indications de la rééducation en cancérologie

Lésions médullaires néoplasiques

Prise en charge en unité MPR

En hospitalisation conventionnelle



Lésions médullaires néoplasiques

Prise en charge en MPR

Hospitalisation à temps complet

Concerne un patient dont l'état clinique permet de rester toute la journée au fauteuil

➤ Kinésithérapie

- Mobilisation passive pour entretien articulaire
- Etirement/posture pour lutte contre spasticité ou hypo extensibilité musculaire
- Athlétisation des muscles sus-lésionnels
- Travail des retournements, travail équilibre assis, renforcement tonus tronc
- Travail des pré-transferts (push-up) et transferts lit-FRM, FRM-WC, FRM-voiture
- Choix fauteuil roulant manuel et coussin

- Travail motricité dissociée sous-lésionnelle
- Travail verticalisation, travail des postures équilibre (niveau évolution motrice)
- Travail transferts d'appui et marche

AIS C ou D

➤ Ergothérapie

- Travail autonomie toilette et habillage
- Choix autres aides techniques pour domicile, visite à domicile
- ± Fauteuil roulant électrique

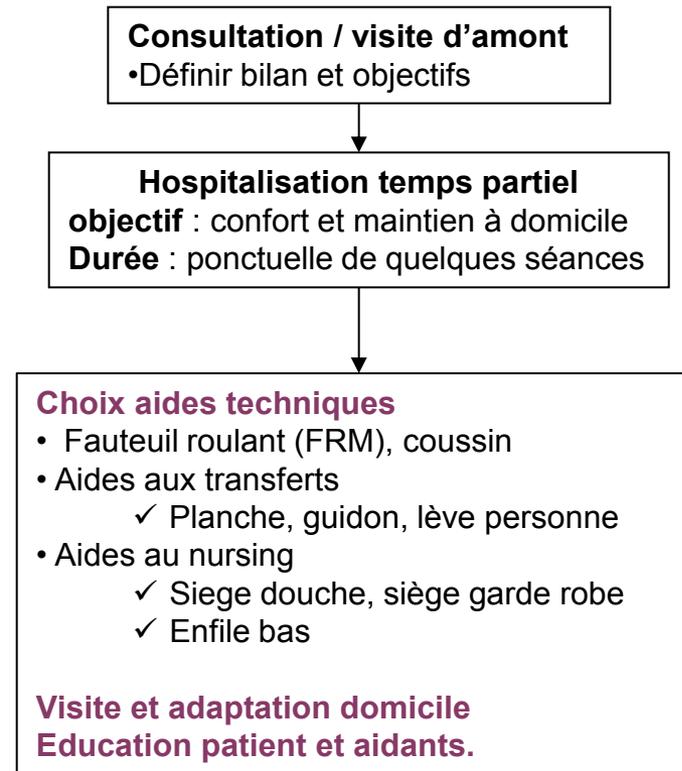
➤ Educateur sportif

- Athlétisation des membres supérieurs
- Maniement fauteuil roulant, gymkhana

Lésions médullaires néoplasiques

Prise en charge en MPR

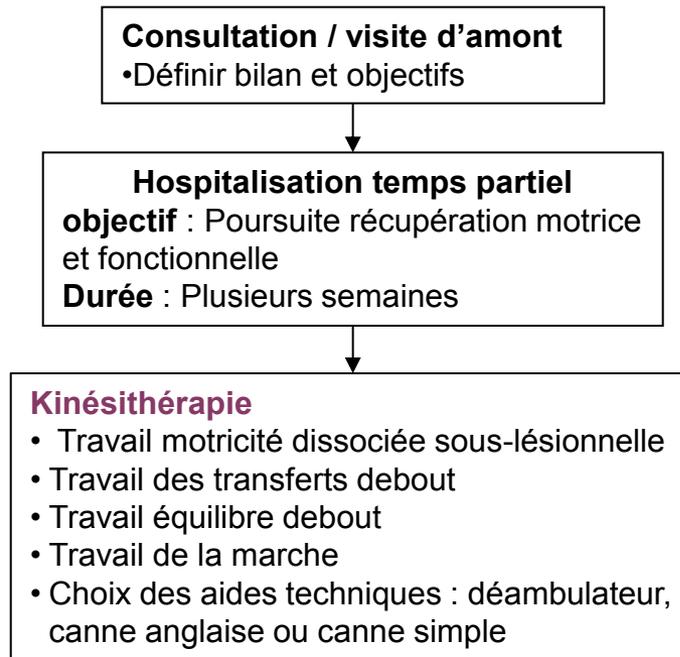
En hospitalisation à temps partiel si AIS A ou B



Lésions Médullaires Néoplasiques

Prise en charge en MPR

En hospitalisation à temps partiel si AIS C ou D



Les déficits neurologiques hors atteintes encéphaliques

2. Les neuropathies périphériques

Les neuropathies périphériques

Possibles bénéfices attendus sur de la MPR et des techniques de rééducation :

- l'évolution de la déficience motrice et/ou sensitive
- les conséquences ostéo-articulaires et musculaires
- les conséquences fonctionnelles et la qualité de vie

Bilan avant la PEC en MPR (CIF)

Evaluation de l'appareil locomoteur et mouvement

- Tonus musculaire : Evaluation du tonus (hypotonie)
- Force musculaire (*MRC*)

Evaluation des fonctions sensibles et de la douleur

- Cartographie atteinte sensitive tact fin, chaleur, piqure *TNSc*

Evaluation des capacités fonctionnelles

- Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle (*MIF*)

Voir aussi
« Neuropathies
périphériques et cancer
(AFSOS – 2012) »

Voir aussi
« bilan avant rééducation »
(Indication de la rééducation en
cancérologie, fascicule n° 1 : partie
commune)

Abréviations

AIS :

ASIA : American Spinal Injury Association

AVQ : Actes de la Vie Quotidienne

BUD :

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

FRE : Fauteuil roulant électrique

FRM : Fauteuil roulant à propulsion manuelle

HAD : Hospitalisation à Domicile

HC : hospitalisation conventionnelle

LPPR : Liste des Produits et Prestations Remboursables

MDPH : Maison départementale des personnes handicapée

MIF : Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

MRC : (British) Medical Research Council (System)

RAD : Retour à domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile

TNSc : Total Neuropathy Score clinical

USP : Unité de Soins Palliatifs

Annexes

Annexe 2 Echelles spasticité

1.2 Déficiência : spasticité

1.2.1 Échelle d'Ashworth modifiée (MAS : Modified Asworth Scale)

Préciser lors de la cotation, si l'on se réfère à la MAS (sur 4) c'est-à-dire de 0 à 4 : 0, 1, 1+, 2, 3, 4 ; ou à la MAS (sur 5) c'est-à-dire de 0 à 5 : 0, 1, 2, 3, 4, 5. Les 2 comportent 6 niveaux de cotation - par opposition à la première version d'Ashworth qui n'en comportait que 5 (0, 1, 2, 3, 4). L'une, MAS sur 5, permet la quantification alors que le niveau 1+ ne le permet pas.

MAS (sur 4)	MAS (sur 5)	Descriptif du niveau
0	0	Pas d'hypertonie
1	1	Légère hypertonie avec <i>stretch reflex</i> ou minime résistance en fin de course
1+	2	Hypertonie avec <i>stretch reflex</i> et résistance au cours de la première moitié de la course musculaire autorisée
2	3	Augmentation importante du tonus musculaire durant toute la course musculaire, mais le segment de membre reste facilement mobilisable
3	4	Augmentation considérable du tonus musculaire. Le mouvement passif est difficile
4	5	Hypertonie majeure. Mouvement passif impossible

Références :

Ashworth B. et al., 1964 ; Bohannon R.W., 1987.

1.2.2 Échelle de spasme de Penn

0 : absence de spasme.

1 : absence de spasme spontané : présence de spasmes induits par stimulation sensorielle ou mobilisation passive.

2 : spasmes spontanés occasionnels.

3 : nombre de spasmes spontanés compris entre 1 et 10 par heure.

4 : plus de 10 spasmes spontanés par heure.

Référence :

Penn R.D., 1989.



Annexe 3

Aides techniques

Aides techniques à la marche

Déambulateur ou cannes

Aides à la propulsion

Fauteuil roulant manuel ou électrique

Aides aux transferts

planche de transfert, disque ou guidon de transfert, lève-personne..

Aides à la toilette et habillage

Siège douche, planche de bain, enfile bas, enfile boutons...

Autres Aides

Annexe 4
FRM et FRE

Fauteuil roulant manuel

Prescription : tout médecin

Choix technique

Pliable ou non

Fonction transfert ou non

Types de palettes et accoudoirs

Taille de l'assise et du dossier

Lieu achat

Pharmacie ou revendeurs

Prix

LPPR : 603,65 euros

Financement

CPAM +/- MDPH

Délai min livraison

15 jours

Fauteuil roulant électrique

Prescription : médecin MPR

Dossier technique validé par médecin MPR + Ergothérapeute

Essais obligatoires

Choix technique

Type de commande(occipital, évolutive, tierce personne...)

Ampleur des fonctions électriques (dossier, repose jambes, verticalisation)

Tierce personne

Utilisation extérieur/intérieur

Lieu achat

Revendeurs spécialisés

Prix

LPPR : 3938 euros

Financement

CPAM +/- MDPH

Délai min de livraison

Entente préalable 15 jours à 3 semaines

1 mois