La réadaptation en oncologie : possibilités et défis

Margaret L. McNeely, M.Sc.PT, Ph.D.

Chaque année, des milliers de Canadiennes et de Canadiens apprennent qu'ils souffrent d'un cancer. La plupart d'entre nous connaissons quelqu'un—un ami, un collègue ou un membre de notre famille—qui a reçu un diagnostic de cette maladie. Le simple mot « cancer » peut provoquer une réaction émotive où s'entremêlent peur, anxiété et tristesse. Aujourd'hui, toutefois, la majorité des personnes qui survivent à un cancer peuvent s'attendre à franchir le seuil des cinq ans^{1,2}. Pour citer la D^{re} Lynn Gerber, médecin, le cancer est passé de « maladie fatale aiguë » à « trouble complexe, chronique et courant »^{3(p.xiv)}.

Physiotherapy Canada publiera une série spéciale sur l'oncologie, qui comprendra au moins un article sur ce sujet dans quelques-unes des prochaines parutions. Cette série d'articles mettra en lumière la diversité des besoins, en fonction des types de cancer. Elle se penchera sur les nouvelles interventions et approches de traitement et offrira à la fois de l'information sur l'état des faits probants issus de la recherche et des renseignements de première main sur la disponibilité des services et programmes spécialisés offerts au Canada.

CONTEXTE

Au Canada, on estime à 177 800 le nombre de personnes qui ont reçu un diagnostic de cancer en 2011¹. À partir des taux d'incidence actuels, on peut dire que 40 % des femmes (1 sur 2,5) et 45 % des hommes (1 sur 2,2) développeront un cancer au cours de leur vie¹, alors que les taux de mortalité actuels indiquent qu'environ un Canadien sur quatre en mourra¹. Malgré des taux de tabagisme qui diminuent, une population croissante et vieillissante ainsi que l'épidémie actuelle d'obésité contribueront à l'augmentation du nombre de personnes qui recevront un diagnostic de cancer⁴. Bien que le nombre de Canadiens aux prises avec un cancer augmente et que le taux de survie s'améliore, la prévalence du cancer continue de croître.

Le cancer est une maladie qui frappe en grande majorité les adultes plus âgés : les risques de développer un cancer augmentent avec l'âge¹. Ainsi, au Canada, environ 70 % de tous les cas et 72 % de tous les décès surviendront chez les 60 ans et plus¹. Le cancer et ses traitements peuvent exacerber le déclin des fonctions physiques lié au vieillissement, ce qui risque d'affecter considérablement l'autonomie des adultes plus âgés⁵. Par ailleurs, on estime que 29 % de tous les cas de cancer

surviennent chez les 19 à 59 ans. Chez ces adultes plus jeunes ou d'âge mûr, des symptômes persistants peuvent compromettre le retour au travail et aux activités de tous les jours. Le cancer est encore moins fréquent chez les moins de 19 ans (où l'on ne retrouve que 1 % de tous les cas), et les taux de survie dans les cas de cancer infantiles dépassent les 80 %¹. Plusieurs survivants de cancers infantiles bénéficient d'une espérance de vie normale, mais ils doivent faire face à des effets secondaires persistants ou qui s'installent tardivement à la suite de leur traitement^{6,7}. La nécessité de services de réadaptation en oncologie pour faire face à ces symptômes et aux limitations fonctionnelles qu'impose la maladie s'étend donc à tous les groupes d'âge⁸.

LES RÉPERCUSSIONS D'UN TRAITEMENT CONTRE LE CANCER

Les effets des traitements contre le cancer sur la qualité de vie globale sont souvent le fruit d'une interaction complexe entre des facteurs physiques et psychosociaux, dont plusieurs sont propres à la maladie⁹.

Contrairement aux autres maladies, le « cancer » regroupe au-delà de 100 maladies différentes et chacune possède son propre profil et requiert des traitements qui lui sont propres. Les traitements contre le cancer comprennent notamment les interventions chirurgicales, la radiothérapie, la chimiothérapie, l'hormonothérapie et la biothérapie. Le traitement du cancer occasionne de nombreux effets secondaires reconnus – douleur, nausées, perte des cheveux – et d'autres moins connus tels que les myalgies et les arthralgies, la neuropathie périphérique et la cardiotoxicité. Le cancer et son traitement peuvent aussi hypothéquer le bien-être affectif et psychosocial des individus¹⁰.

Dans le but de préciser la nature des effets des traitements contre le cancer en fonction de leur apparition, des définitions ont été proposées pour les effets aigus, les séquelles et les effets à long terme que vivent les personnes qui survivent à un cancer¹¹. Les *effets aigus* sont les complications ou les toxicités associées au traitement du cancer, tels que l'immunosuppression qui survient ou qui est présente lors des traitements et qui persiste généralement au fil du temps. Les *effets à long terme* sont des complications ou des toxicités liées au traitement, comme la fatigue qui est ressentie au cours des traitements et qui persiste même après que les traitements ont pris fin. Les *séquelles* sont des complications ou des

toxicités non reconnues, qui sont absentes ou subcliniques, à la fin de la thérapie, telles que les lymphœdèmes, qui apparaissent des mois, voire des années, après la fin du traitement¹¹. Des faits probants issus de la recherche révèlent que les personnes qui survivent à un cancer ne sont pas préparées à contrôler ou à faire face à plusieurs des séquelles et des effets chroniques à long terme qui résultent du traitement du cancer^{12,13}.

LE RÔLE DE LA RÉADAPTATION EN ONCOLOGIE

« Quand je suis arrivé [pour participer à ce programme], j'étais un vieillard qui courbait l'échine; je suis maintenant un gentleman d'âge mûr, fier et droit. »

—M. T., qui a survécu à un cancer.

La question vitale pour la plupart des victimes de cancer est celle du « retour à la normale »^{10(p.841)}. Les besoins en réadaptation varient grandement selon le type de tumeur et les individus, tout comme les effets sur le plan médical, qui varient eux aussi en fonction du type de cancer et du régime de traitement choisi⁹. De plus, les objectifs du traitement sont souvent influencés par les rôles et les valeurs au cœur de la vie personnelle du malade³. Une majorité de personnes qui survivent au cancer constatent une réduction de leur fonction physique à la suite des effets du traitement de leur cancer sur leur degré d'activité habituel. Des faits probants convainquants militent en faveur de l'exercice à titre d'intervention, aussi bien pendant qu'après les traitements, afin d'améliorer les résultats pour les patients, y compris en matière de fonction physique. De plus, des preuves solides suggèrent que l'exercice physique apporte des bienfaits tant pour la survie liée au cancer que pour la survie globale^{14–16}.

« Ce que vous avez fait pour le moral de mon mari et pour son état d'esprit en l'aidant à se remettre sur pied [physiquement] ne peut être mesuré ou évalué et c'est pour cela que je vous suis tellement reconnaissante. »

—Mme D., conjointe d'un homme ayant survécu à un cancer.

Dans le cadre clinique, plusieurs survivants se présentent avec des symptômes tels que de la douleur, de l'anxiété et de la fatigue, et avec des problèmes tels que des lymphœdèmes. Certains survivants du cancer sont sous-alimentés et émaciés; d'autres le sont à des stades plus avancés de la maladie. Le tribut à payer sur le plan affectif en raison du déclin de la fonction physique et de la dépendance croissante est élevé¹⁷. Le chemin de la guérison peut être long, et le processus de réadaptation absolument titanesque. C'est là que, en tant que physiothérapeute, notre expertise dans des domaines comme la gestion de la douleur et de l'œdème ou la prescription d'exercices est la plus précieuse. En améliorant la fonction physique, nous pouvons aussi améliorer de façon positive le fonctionnement affectif et social de l'individu¹⁸. Dans certains cas, une approche centrée sur le

patient, assortie d'un plan de traitement complet et individualisé, pourrait devoir être préparée pour le survivant à un cancer. Cette tâche sera mieux réalisée en mettant à contribution une équipe de réadaptation multidisciplinaire qui comprendra, par exemple, une expertise en ergothérapie, en nutrition, en orthophonie et en physiologie de l'exercice.

Les physiothérapeutes sont bien placés pour travailler comme chefs de file de la recherche et du développement de programmes et de services de réadaptation en oncologie. Notre défi consiste à créer et à mettre en œuvre des interventions fondées sur les faits probants pour aider les personnes qui survivent à un cancer à faire la transition de la maladie à la santé. Plus précisément, des recherches sont nécessaires pour évaluer les interventions préventives, les programmes de surveillance prospective et les interventions de physiothérapie couramment utilisées telles que les thérapies manuelles et les modalités électrophysiques comme l'acupuncture et la neurostimulation transcutanée (TENS). Il est essentiel pour nous d'établir l'efficacité de nos interventions et de partager ces faits probants avec la communauté médicale dans son ensemble.

Dans le cadre de cette série d'articles, nous jetterons un coup d'œil sur les divers aspects de la réadaptation en oncologie et sur l'excellent travail réalisé au Canada et ailleurs dans le monde. Le rôle de la physiothérapie est bien établi dans certains domaines (exercices post-mastectomie, gestion des lymphœdèmes, par exemple) et il est particulièrement réjouissant de découvrir les services et les programmes émergents un peu partout au pays et de constater l'étendue de la participation de notre discipline dans le cadre des divers types de cancer et à travers le continuum de soins.

RÉFÉRENCES

1. Société canadienne du cancer. Statistiques sur le cancer. Toronto : La Société; 2011 [mis à jour le 11 mai 2011; recensé le 20 déc. 2011]. Disponible au www.cancer.ca/Canada-wide/About%20cancer/Cancer%20statistics.aspx?sc_lang=fr-ca.
2. Rowland JH, Hewitt M, Ganz PA. Cancer survivorship: a new challenge in delivering quality cancer care. *J Clin Oncol*. 2006;24(32):5101–4. <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2006.09.2700>. Medline:17093270
3. Gerber LH. Foreword. Dans Stubblefield MD, O'Dell MW, rédacteurs. *Cancer rehabilitation: principles and practices*. New York: Demos Medical; 2009. p. xiii–xv.
4. Ganz PA. Survivorship: adult cancer survivors. *Prim Care*. 2009;36(4):721–41. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pop.2009.08.001>. Medline:19913184
5. Courneya KS, Vallance JK, McNeely ML, et al. Exercise issues in older cancer survivors. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2004;51(3):249–61. <http://dx.doi.org/10.1016/j.critrevonc.2004.05.001>. Medline:15331082
6. Lu Q, Krull KR, Leisenring W, et al. Pain in long-term adult survivors of childhood cancers and their siblings: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Pain*. 2011;152(11):2616–24. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2011.08.006>. Medline:21907493
7. Jóhannsdóttir IM, Hjermstad MJ, Moum T, et al. Increased prevalence of chronic fatigue among survivors of childhood cancers: a

- population-based study. *Pediatr Blood Cancer*. 2012;58(3):415–20. <http://dx.doi.org/10.1002/pbc.23111>. Medline:21425447
8. Gamble GL, Gerber LH, Spill GR, et al. The future of cancer rehabilitation: emerging subspecialty. *Am J Phys Med Rehabil*. 2011;90(5 Suppl 1):S76–87. <http://dx.doi.org/10.1097/PHM.0b013e31820be0d1>. Medline:21765267
  9. Franklin DJ. Cancer rehabilitation: challenges, approaches, and new directions. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2007;18(4):899–924, viii. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmr.2007.07.007>. Medline:17967368
  10. Holland JC, Weiss TR, Stiles J. Depression, anxiety and psychosocial dysfunction in the cancer patient. Dans Stubblefield MD, O'Dell MW, rédacteurs. *Cancer rehabilitation: principles and practice*. New York: Demos Medical; 2009. p. 841–54.
  11. Hewitt M, Greenfield S, Stovall E, rédacteurs. *From cancer patient to cancer survivor: lost in transition*. Washington (D.C.): National Academies Press; 2006.
  12. Aziz NM. Cancer survivorship research: challenge and opportunity. *J Nutr*. 2002;132(11 Suppl):3494S–503S. Medline:12421876
  13. Alfano CM, Rowland JH. Recovery issues in cancer survivorship: a new challenge for supportive care. *Cancer J*. 2006;12(5):432–43. <http://dx.doi.org/10.1097/00130404-200609000-00012>. Medline:17034679
  14. Holmes MD, Chen WY, Feskanich D, et al. Physical activity and survival after breast cancer diagnosis. *JAMA*. 2005;293(20):2479–86. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.293.20.2479>. Medline:15914748
  15. Ibrahim EM, Al-Homaidh A. Physical activity and survival after breast cancer diagnosis: meta-analysis of published studies. *Med Oncol*. 2011;28(3):753–65. <http://dx.doi.org/10.1007/s12032-010-9536-x>. Medline:20411366
  16. Kenfield SA, Stampfer MJ, Giovannucci E, et al. Physical activity and survival after prostate cancer diagnosis in the health professionals follow-up study. *J Clin Oncol*. 2011;29(6):726–32. <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2010.31.5226>. Medline:21205749
  17. Cheville AL. Metrics in cancer rehabilitation. Dans Stubblefield MD, O'Dell MW, rédacteurs. *Cancer rehabilitation: principles and practices*. New York: Demos Medical; 2009. p. 1025–34.
  18. Gerber LH. Cancer rehabilitation into the future. *Cancer*. 2001;92(4 Suppl):975–9. [http://dx.doi.org/10.1002/1097-0142\(20010815\)92:4+<975::AID-CNCR1409>3.0.CO;2-B](http://dx.doi.org/10.1002/1097-0142(20010815)92:4+<975::AID-CNCR1409>3.0.CO;2-B). Medline:11519023

DOI:10.3138/ptc.64.2.ge2