

Enquête rétrospective sur la réhabilitation de patients atteints de maladies onco-hématologiques : Partage d'expérience de 2 structures.

Frédéric Hérengt (*), Yann Darolles (**), Pierre Cerutti (**), Daniel Bajon (**), Olivier Galera (***)
f.herengt@dieulefit-sante.org / yann.darolles@gmail.com / cerutti pierre2@gmail.com / bajon.d@gmail.com / o.galera@clinique-saint-orens.fr

(*) CRCLR Dieulefit santé, domaine de Chamonix, Dieulefit
(**) Réseau de régional de santé respiratoire Partn'air / Saint-Orens de Gameville / France
(***) Clinique Saint-Orens / Saint-Orens de Gameville / France



Introduction:

La prise en charge des patients d'onco-hématologie en réhabilitation est encore peu répandue. Nous avons cherché à évaluer en « vraie vie » les effets des programmes de réhabilitation existants en analysant rétrospectivement les données disponibles issues de 2 groupes de patients pris en charge dans 2 structures distinctes proposant traditionnellement la réhabilitation en pathologie respiratoire. Le réseau **Partn'air** assure la mise en œuvre et la supervision de programmes de réhabilitation à domicile, allant de 10 à 12 semaines, en Occitanie Ouest (ancienne région Midi Pyrénées). Les maladies hématologiques représentaient environ 12% du total des prises en charge en 2017. **Dieulefit Santé** accueille les patients en hospitalisation complète de durée courte à moyenne en Drôme Sud (région Rhône-Alpes-Auvergne). En 2017, la durée moyenne de séjour était de 23 jours. Les maladies hématologiques représentaient environ 2 % du total des séjours.

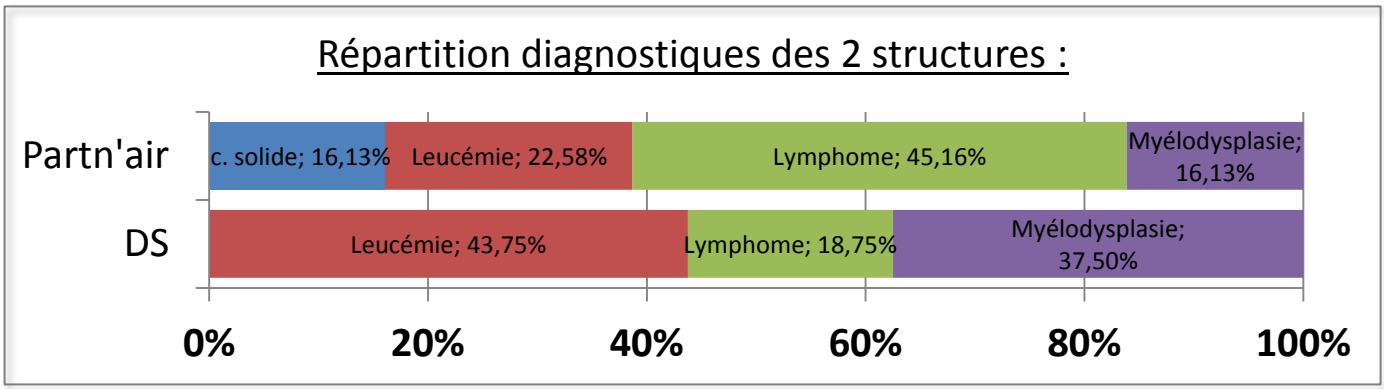
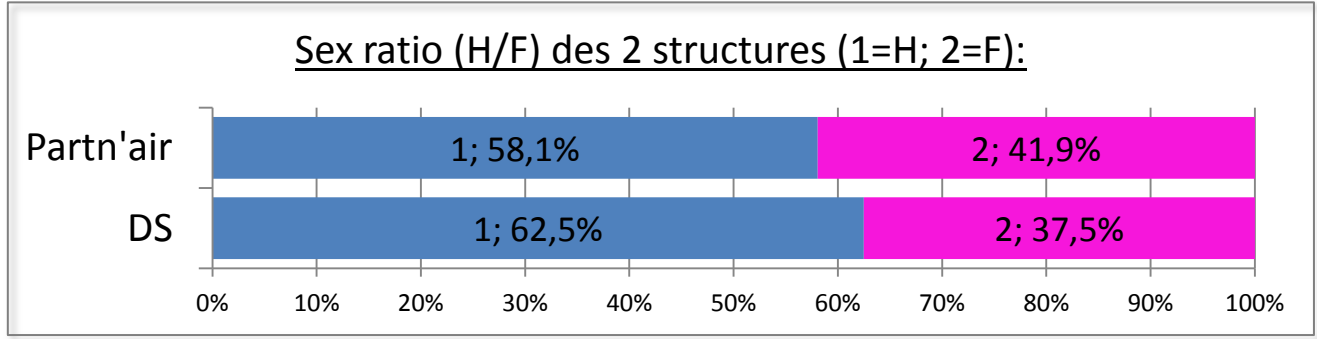
Méthodes:

Nous avons effectué une enquête observationnelle rétrospective à partir des données d'activité et des dossiers médicaux des 2 structures obtenues entre septembre 2013 et décembre 2017 en vue d'apprécier les bénéfices de la réhabilitation chez ces patients bénéficiant de 2 modes de prise en charge distincts. Les patients provenaient des services d'hématologie des CHU de Lyon, Montpellier et Toulouse. Tous les patients adressés dans le programme présentaient une maladie hématologique stabilisée, mais gardaient un ou plusieurs symptômes chroniques altérant leur vie quotidienne (fatigue, dyspnée, déconditionnement musculaire...) nécessitant une intervention thérapeutique. La représentation des données colligées était réalisée grâce aux graphesurs Microsoft Excel® et SciDAVis (Scientific Data Analysis And Visualization, v 1.D009, nov 2015).

Population étudiée:

Description des populations des 2 structures:	DS	Partnair	Total général
Age (année)	57,1 (10,4)	48,1 (13,8)	51,1 (13,3)
IMC (kg/m²)	21,8 (4,9)	25,8 (4,4)	24,4 (4,9)
VEMS (% val. préd.)	60,3 (32,4)	91,7 (19,3)	82,7 (27,3)
Nb de séances d'entraînement	21,3 (16,1)	54,6 (13,2)	43,3 (21,3)
Durée de RHB (semaine)	4,3 (3,2)	12,9 (1,9)	9,9 (4,8)
Moyenne de Nb séance/semaine	5,0 (0)	4,3 (1)	4,5 (0,9)

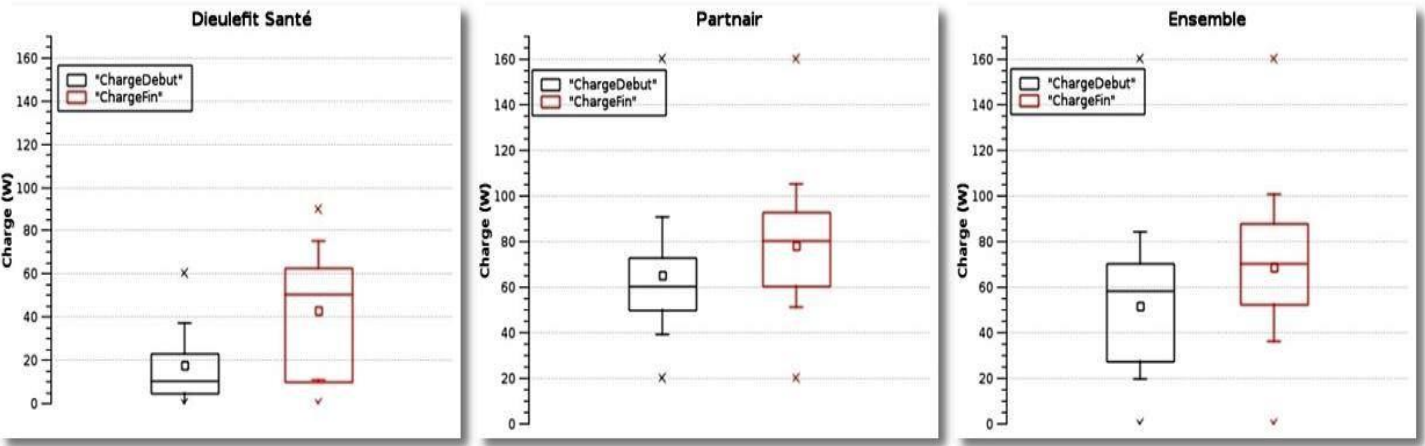
Les données sont présentées par leur moyenne (écart-type).



47 sujets étaient pris en charge entre septembre 2013 et décembre 2017 (16 patients en hospitalisation complète à Dieulefit Santé, et 31 patients au sein du réseau Partn'air). Le sex ratio (H/F) était de 1,47. La durée du programme et le nombre total de séances d'activité physique étaient plus élevés dans le groupe Partn'air mais le nombre moyen hebdomadaire de séances était non différent dans les 2 groupes. La catégorie «cancer solide» est un groupe hétérogène (cancer viscéraux, myélome, sarcome, etc...). Le VEMS moyen était de 82,7(27,3). Certains patients avaient bénéficié d'allogreffe de CSH, avec dans certains cas des complications à type de GVH pulmonaire avec bronchiolite oblitérante expliquant certains troubles ventilatoire obstructifs.

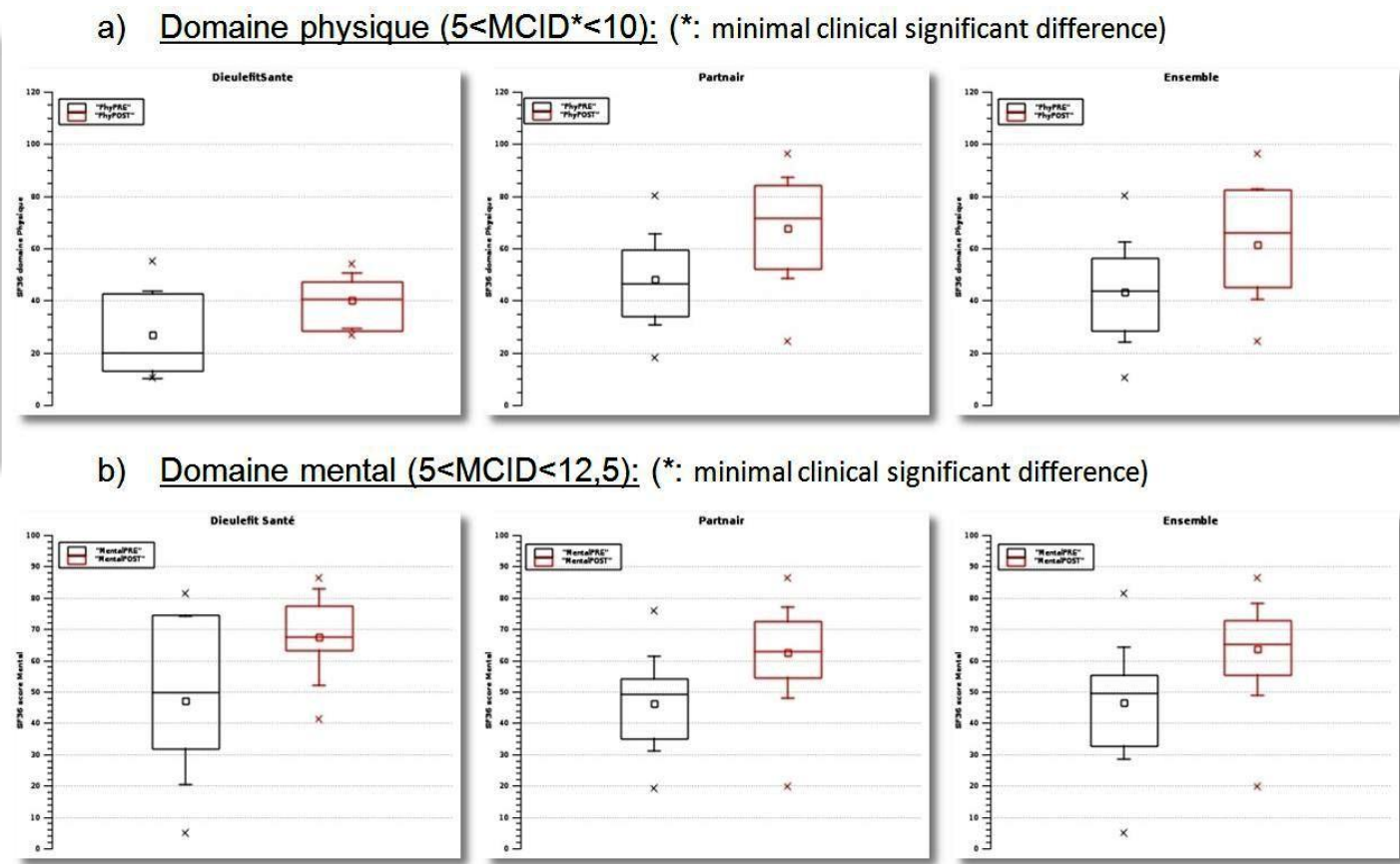
Ergométrie:

Ergométrie: (Écartype)	DS	Partn'air	Total général
Nombre de patients	16	31	47
Pmax EFX en début de programme (Watt)	na	119,0 (39,2)	na
VO²max à l'EFX en début de prog. (ml/kg/min)	na	24,4 (23,7)	na
Charge cycloergomètre début de prog. (Watt)	17,5 (19,5)	64,9 (25,8)	51,7 (32,2)
Charge cycloergomètre en fin de prog. (Watt)	42,9 (32,3)	78,1 (27,1)	68,3 (32,4)
Gain d'endurance au cours du prog. (Watt)	25,4 (18,0)	13,2 (9,9)	16,6 (13,7)



Qualité de vie:

Score SF36 moyen (Ecartype):	DS	PartnAir	Total général
Score physique début de programme	26,9 (16,7)	48,1 (17,4)	43,3 (19,3)
Score physique fin de programme	40,0 (10,6)	67,8 (19,4)	61,6 (21,2)
DiffSF36_PHY	13,0	19,7	18,2
Score Mental début de programme	47,2 (26,9)	46,1 (15,1)	46,4 (18,0)
Score Mental fin de programme	67,5 (15,3)	62,5 (14,6)	63,6 (14,7)
DiffSF36_MENTAL	20,3	16,3	17,2



L'endurance sur cycloergomètre augmentait au cours du programme dans les 2 groupes. La charge initiale était plus basse dans le groupe Dieulefit Santé (17,5 W vs 64,9 W). La charge finale était plus élevée dans le groupe Partn'air (78,1 W vs 42,9 W).. Le gain moyen était plus élevé dans le groupe Dieulefit Santé (25,4 W vs 13,2 W).

On ne retrouve pas de corrélation entre Nb séances et gain d'endurance ni entre score de qualité de vie dans le domaine physique et Nb séances.

Discussion:

Un programme effectué en hospitalisation complète est plus adapté à un patient plus âgé, plus dénutri, moins endurant: cela explique au moins en partie les différences d'âge, d'IMC, de performance entre les 2 groupes. Par ailleurs, l'effectif du groupe Partn'air est approximativement le double du groupe Dieulefit Santé. Le volume du programme semble lié dans les 2 groupes à la durée de celui-ci mais pas à sa « densité » en séances. On note une surreprésentation des myélodysplasies et des leucémies dans le groupe Dieulefit Santé: les premières surviennent volontiers à un âge plus élevé et les secondes sont fréquemment traitées par allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, à risque de complication à type de réaction de greffon contre hôte (GVH) avec syndromes obstructifs.

Dans les 2 groupes, on observe au cours de la prise en charge une **augmentation de la puissance sur cycloergomètre**. Le gain moyen plus élevé dans le groupe Dieulefit Santé pourrait être rattaché à un effet de plafonnement des performances (meilleurs progrès en partant de l'alitement des malades hospitalisés vs stabilisation des performances déjà correctes des patients ambulatoires). On observe un faible nombre d'évaluation initiale par EFX (disponibilité des plateaux techniques). L'EFX est réalisée fréquemment en prise en charge ambulatoire (Partn'air), mais peu en hospitalisation complète. Les valeurs de puissance maximale et VO² max sont donc présentées uniquement pour PartnAir. Les données d'EFX sont rarement disponibles en fin de programme n'ont donc pu faire l'objet d'analyse.

On observe dans les 2 groupes une **amélioration des scores de qualité de vie mesurée par le SF36**, dans ses composantes physique et mentale. Les valeurs de fin de programme approchent (Dieulefit Santé, domaine physique) et même dépassent les valeurs de la population normale dans les 2 groupes et les 2 domaines. Dans le **domaine physique, le gain est cliniquement avéré dans les 2 groupes** par rapport à la différence minimale cliniquement significative (MCID) communément admise (valeur de 5 et même 10 selon les composantes physiques). Il est plus élevé dans le groupe Partn'air (peut-être en lien avec la durée de prise en charge qui pourrait influencer sur la qualité de vie physique, un programme plus prolongé ne semblant pas améliorer l'endurance). Dans le **domaine mental, le gain est significatif dans les 2 groupes** par rapport à la différence minimale cliniquement significative (MCID) communément admise (valeur de 5 et même 12,5 concernant les composantes mentales). Il est plus élevé dans le groupe Dieulefit Santé. A titre explicatif, on pourrait discuter là un effet différentiel des contenus de prise en charge. En effet, même si les 2 structures apportent aux patients une prise en charge globale (physique, psychologique, médicosociale), celle-ci est globalisée à Dieulefit Santé sous une unité de lieu, de durée et d'équipe, alors qu'elle est plus volontiers délivrée selon les conditions individuelles du patient au sein de la structure Partn'air. La recherche de corrélation statistique n'a permis de mettre en évidence aucune liaison entre le nombre de séances et le gain en endurance, ni entre le nombre de séances et l'évolution de la qualité de vie évaluée par le SF36, dans les domaines physique ni mental.

Conclusion:

Nos résultats apparaissent cohérents avec les données générales d'efficacité de la réhabilitation indépendamment des modes de prise en charge. Ce **bénéfice est objectif sur le plan de la tolérance à l'effort et sur le plan de la qualité de vie évaluée par le SF36**. On connaît les effets délétères de la sédentarité et du déconditionnement musculaire. Ces résultats encourageants incitent donc à proposer la réhabilitation non seulement aux malades respiratoires, mais **aussi aux malades hématologiques**. Les 2 modes de prise en charge apparaissent complémentaires, en fonction de la gravité et de l'évolution de la pathologie. Des études ultérieures seraient nécessaires afin d'optimiser l'offre de soins dans ce domaine et d'améliorer la qualité de vie des patients à long terme. La **mise en commun de données entre les hématologistes et les rééducateurs** à travers la constitution de bases de données partagées pourrait permettre une meilleure exploitation statistique.

Bibliographie

1. Baker F, Zabora J, Pollard A, Wingard J. **Reintegration after bone marrow transplantation**. Cancer Pract. 1999 Jul-Aug;7(4):190-7.
2. Cormie P, Zopf EM, Zhang X, Schmitz KH. **The Impact of Exercise on Cancer Mortality, Recurrence, and Treatment-Related Adverse Effects**. Epidemiol Rev. 2017 Jan 1;39(1):71-92.
3. James MC. **Physical therapy for patients after bone marrow transplantation**. Phys Ther. 1987 Jun;67(6):946-52.
4. Hardee JP, Porter RR, Sui X, Archer E, Lee IM, Lavie CJ, Blair SN. **The effect of resistance exercise on all-cause mortality in cancer survivors**. Mayo Clin Proc. 2014 ;89(8):1108-15.
5. van Haren IE, Timmerman H, Potting CM, Blijlevens NM, Staal JB, Nijhuis-van der Sanden MW. **Physical exercise for patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials**. Phys Ther. 2013 Apr;93(4):514-28b.
6. Kathleen W Wynwich, PhD,1,2 Stephan D Fihn, MD,5,6 William M Tierney, MD,7,8,9 Ajit N Babu, MBBS, MPH,3,4 and Fredric D Wolinsky, PhD **Clinically Important Changes in Health-related Quality of Life for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: an Expert Consensus Panel Report** J Gen Intern Med. 2003 Mar; 18(3): 196–202.
7. **Activité physique : contextes et effets sur la santé. Rapport**. Paris : Les éditions Inserm, 2008. (Expertis41e0 collective). ISBN 978-2-85598-862-4104

Remerciements:

Les auteurs remercient l'association agir@dom pour son support logistique

