

Pré-habilitation avant traitement oncologique

MARIANNE MERCEUR – CCA MPR – CHU RENNES

LOUISE ANDRÉ – INTERNE GÉRIATRIE – HCL

Pré-habilitation ?

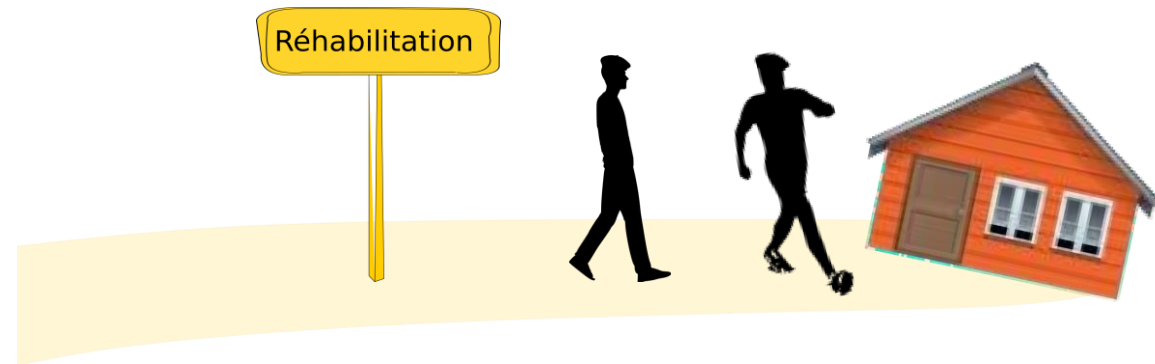
- « Programme de préparation avant intervention chirurgicale, permettant de limiter les complications postopératoires et d'améliorer la vitesse de récupération, en préparant les patients en amont d'une chirurgie majeure »
- Pas récent ! Concept apparu autour des années 1950 ^{1,2}
- Concept utilisé principalement en **pré-opératoire**, mais pouvant s'étendre au « pré-traitement » en général, notamment « *pré-traitement du cancer* »
- 3 piliers principaux : **physique + nutritionnel + psychologique**
- S'intègre dans 2 concepts inévitables :
 - *Parcours de soins*
 - *Prise en charge multimodale*

Parcours de soin



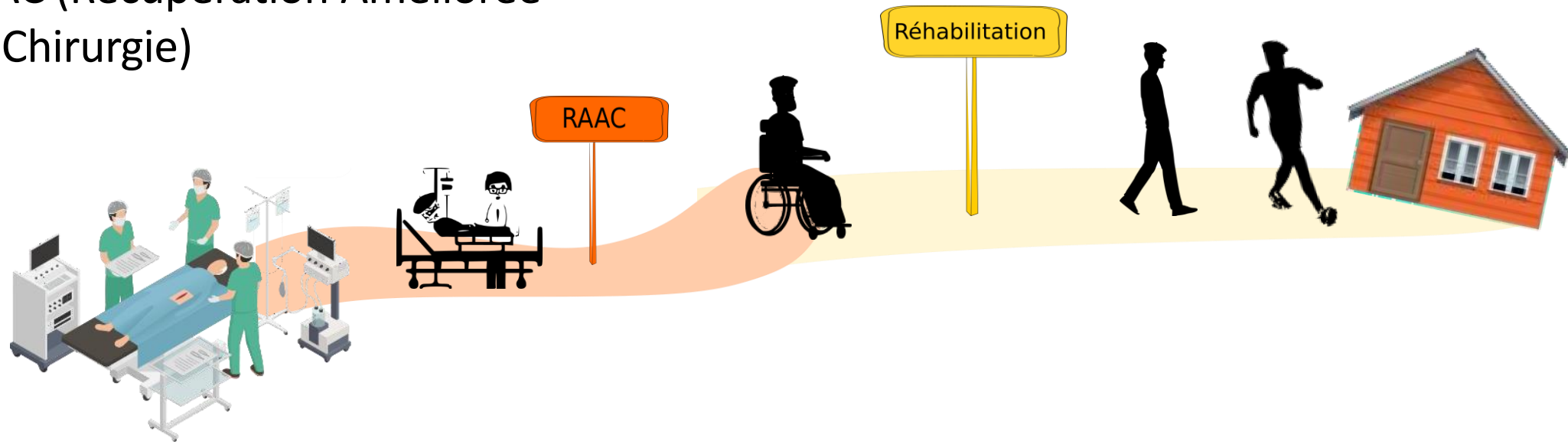
Parcours de soin

- La rééducation/réadaptation



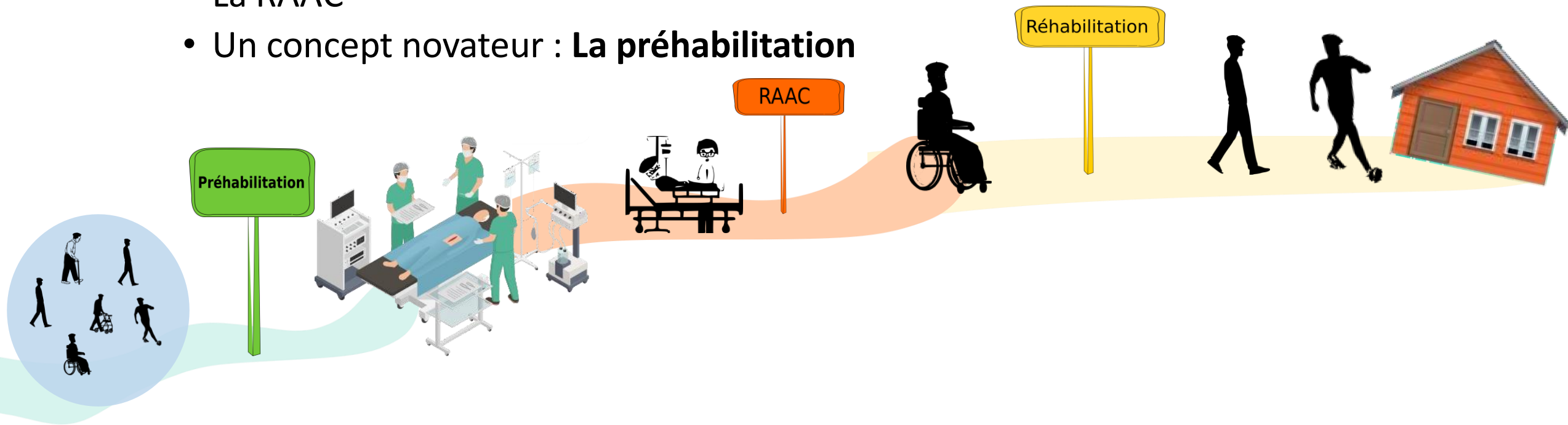
Parcours de soin

- La rééducation/réadaptation
- La RAAC (Récupération Améliorée après Chirurgie)

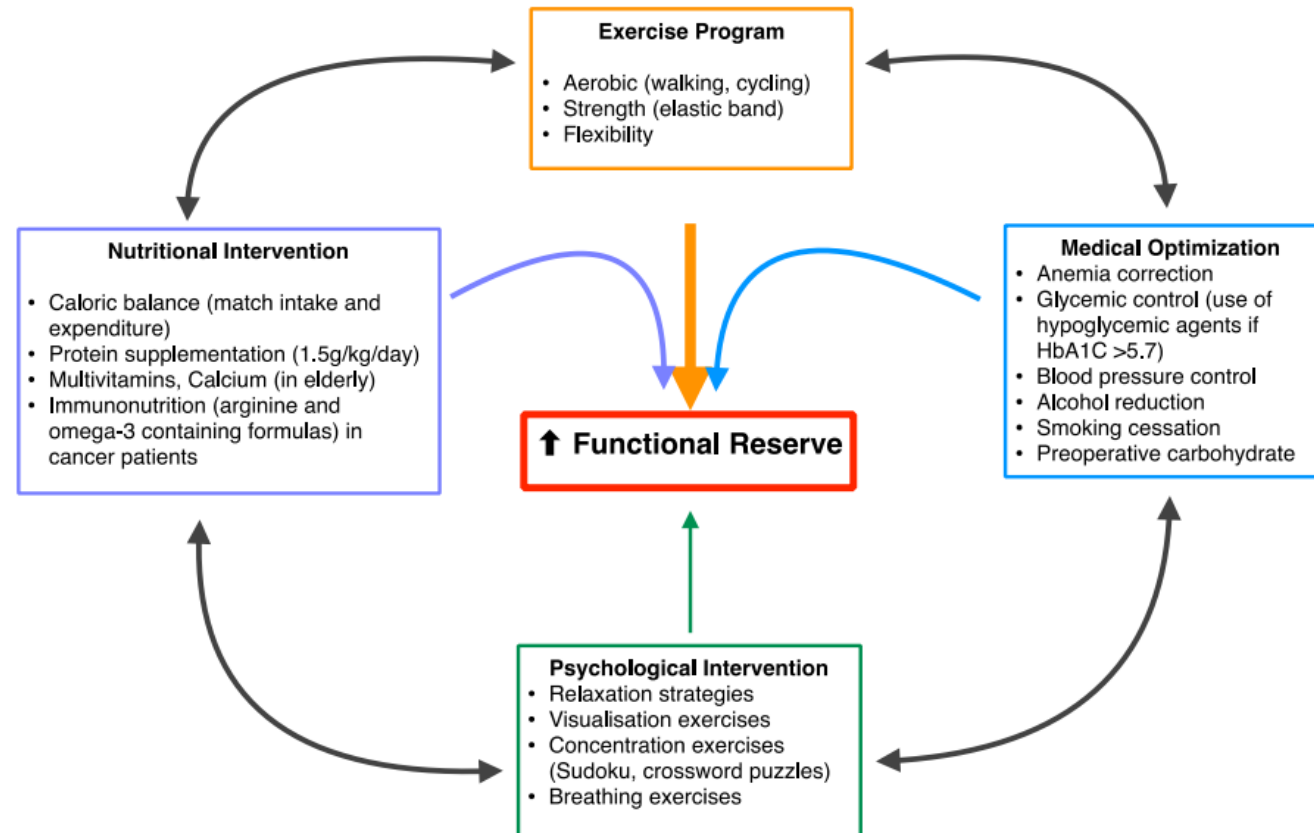


Parcours de soin

- La rééducation/réadaptation
- La RAAC
- Un concept novateur : **La préhabilitation**



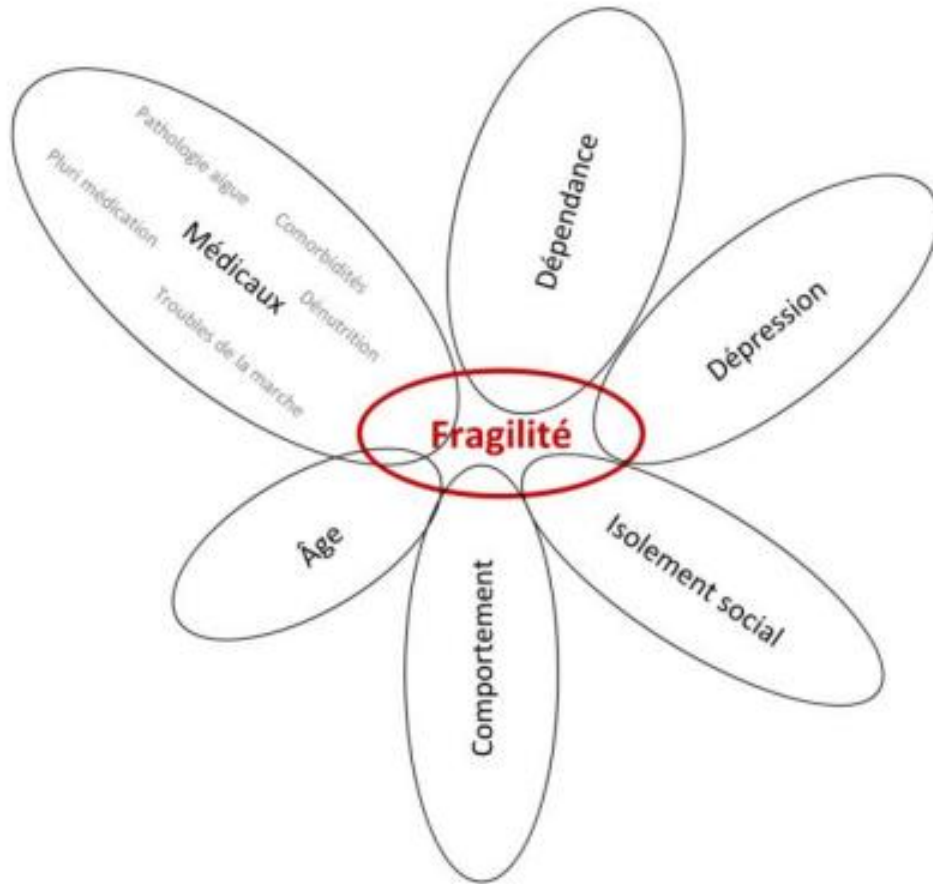
Principe : améliorer la réserve fonctionnelle



Vieillesse & Cancer

Vieillesse

- Le...
- La...



serve
es

Cancers chez les >
65 ans : 62,4 % ³

Mortalité accrue,
déconditionnement,
perte d'autonomie ⁴

Mortalité souvent
due décompensation
d'une comorbidité ⁵

Objectif =

AUTONOMIE
donc
QDV

hels

Vieillissement & Cancer

- **Les problématiques :**
 - Décision thérapeutique difficile
 - Gestion du parcours de soin difficile

Décision thérapeutique : Evaluation gériatrique

Vieillesse & Cancer

- **Les problématiques :**
 - Décision thérapeutique difficile
 - Gestion du parcours de soin difficile

Décision thérapeutique : Evaluation gériatrique



Vieillesse & Cancer

- **Les problématiques :**
 - Décision thérapeutique difficile
 - Gestion du parcours de soin difficile

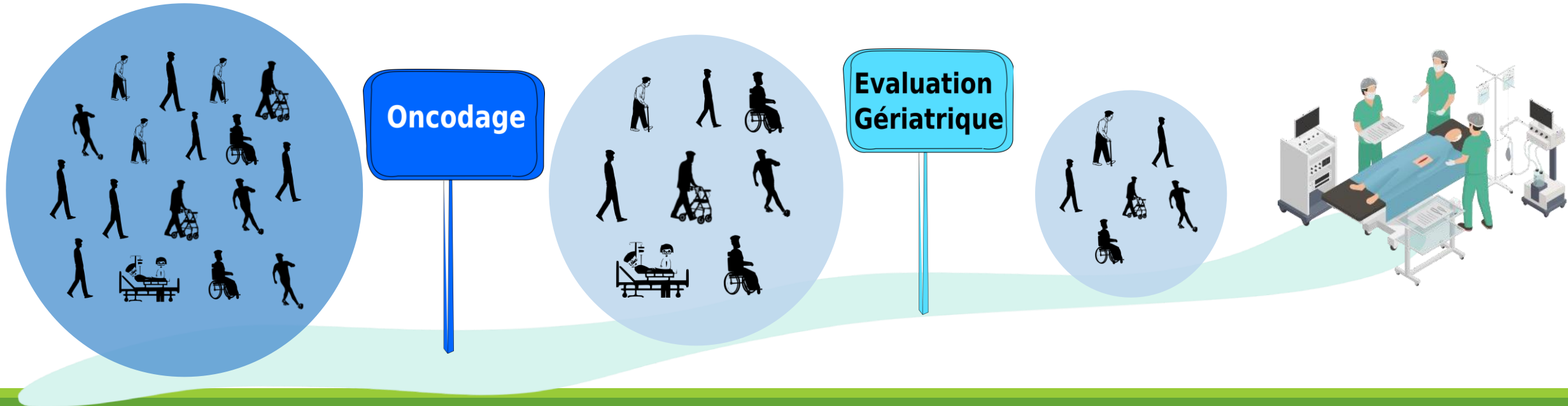
Décision thérapeutique : Evaluation gériatrique



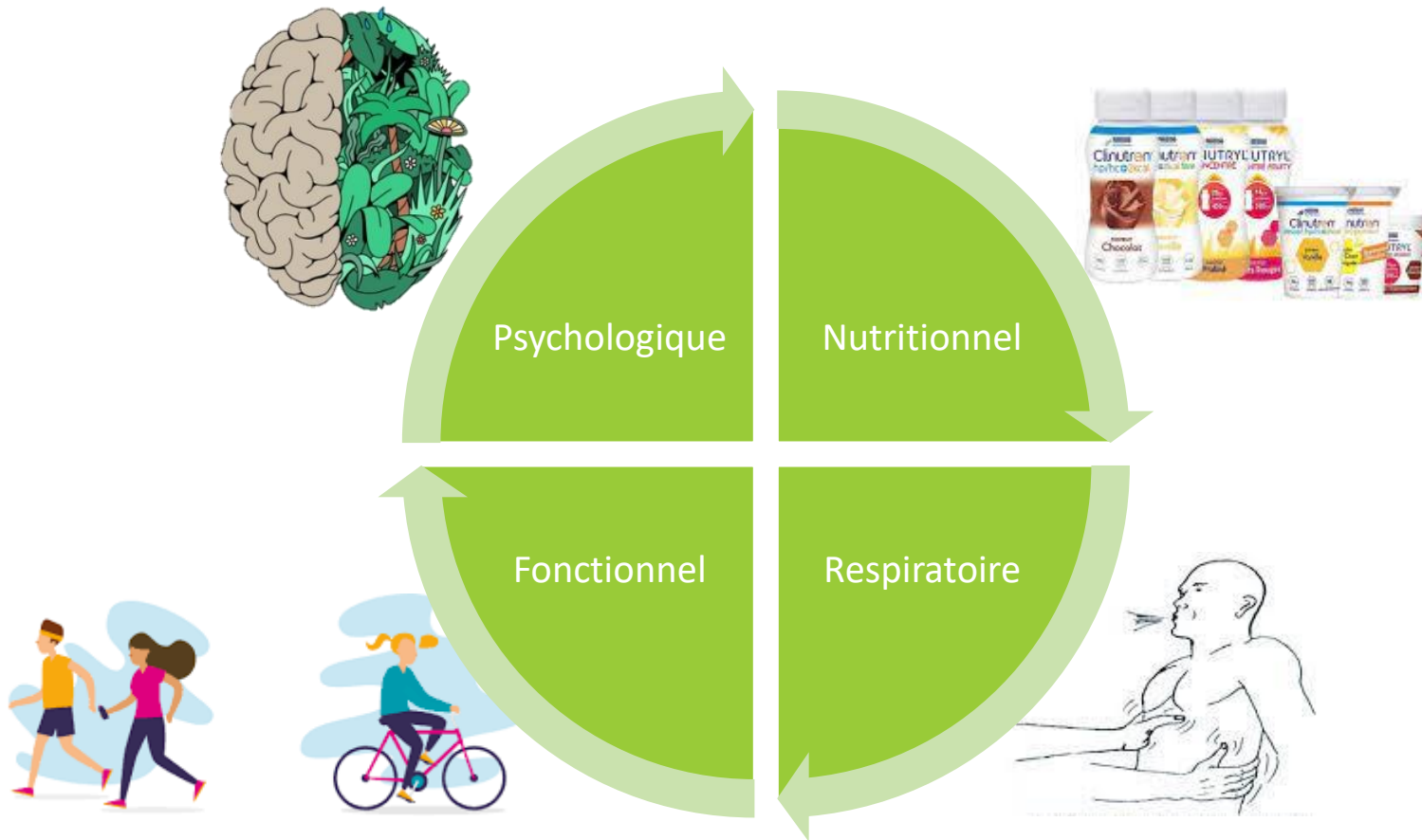
Vieillissement & Cancer

- **Les problématiques :**
 - Décision thérapeutique difficile
 - Gestion du parcours de soin difficile

Décision thérapeutique : Evaluation gériatrique



Identifier le/les « type(s) » de risque



Risque Nutritionnel

- État nutritionnel précaire associé à un risque accru de complication infectieuse, cutanée et séjour prolongé
- Hypoalbuminémie = facteurs de risque de morbi-mortalité post-opératoire 1,2,3

Qui ?

Facteurs de risque liés au patient (comorbidités)
Âge > 70 ans Cancer Hémopathie maligne Sepsis Pathologie chronique Digestive Insuffisance d'organe (respiratoire, cardiaque, rénale, intestinale, pancréatique, hépatique) Pathologie neuromusculaire et polyhandicap Diabète syndrome inflammatoire VIH/sida Antécédent de chirurgie digestive majeure (grêle court, pancréatectomie, gastrectomie, chirurgie bariatrique) Syndrome dépressif, troubles cognitifs, démence, syndrome confusionnel Symptômes persistants Dysphagie Nausée-vomissement-sensation de satiété précoce Douleur Diarrhée Dyspnée
Facteurs de risques liés à un traitement (traitement à risque)
Traitement à visée carcinologique (chimiothérapie, radiothérapie) Corticothérapie > 1 mois Polymédication > 5

Que faire ?

- Stratification du risque nutritionnel (GN1 à GN4) 4

2.1. Prise en charge nutritionnelle préopératoire : pour quels patients ?

R16 : Tout patient de GN 2 ou 3 doit probablement bénéficier d'une prise en charge nutritionnelle préopératoire :

- conseils diététiques et compléments nutritionnels (GN 2) ;
- compléments nutritionnels, nutrition entérale ou parentérale (GN 3).

R17 : Tout patient de GN 4 doit recevoir une assistance nutritionnelle préopératoire (nutrition entérale ou nutrition parentérale) d'au moins sept à dix jours.

R18 : Lorsqu'une assistance nutritionnelle préopératoire est indiquée, la nutrition entérale est à privilégier chez tout patient dont le tube digestif est fonctionnel ; dans ce cas, la nutrition parentérale n'est pas recommandée.

R19 : Chez la personne âgée, les stratégies nutritionnelles préopératoires sont les mêmes que chez le sujet plus jeune. En raison de leur mauvaise adaptation à la dénutrition et de leur résistance à la renutrition, la surveillance de ces patients doit probablement être plus rapprochée.

Comment ?

- Définir un objectif nutritionnel :
 - 30 à 40 kcal/kg/jour
 - 1,2 à 1,5 g de protéines/kg/jour
- Conseils nutritionnels :
 - Augmenter la fréquence des repas (5/jour)
 - Éviter le jeûne de plus de 12 heures
 - Privilégier les aliments riches en énergie protéine
 - Adapter son alimentation au goût et aux textures
 - Aide technique et/ou humaine
 - Environnement agréable et compagnie
- Enrichissement de l'alimentation si nécessaire (poudre de lait, lait concentré, fromage râpé...)

Risque Fonctionnel

- Programme d'entraînement physique complet, progressif et adapté aux capacités de chaque individu
- Efficacité démontrée en chirurgie cardiovasculaire et chirurgie abdominale lourde

Qui ?

- Possiblement tous nos patients âgés devant avoir une chirurgie moyenne à lourde

○ Symptômes

- Perte de poids
- Faiblesse
- Fatigue
- Anorexie, baisse des prises alimentaires
- Inactivité

○ Signes

- Sarcopénie
- Ostéopénie
- Troubles de l'équilibre et de la marche
- Déconditionnement
- Dénutrition
- Marche lente (vitesse de marche < 0,7 ms)

Que faire ?

- Proposer des exercices **simples** et **reproductibles**
- Suivre la préférence du patient
- **Régularité** plutôt qu'intensité (idéalement 5x 30min/semaine)

Comment ?



LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI - REPOS	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE - REPOS
RENFORCEMENT musculaire des membres inférieurs	ENDURANCE	RENFORCEMENT musculaire des membres supérieurs		ENDURANCE	RENFORCEMENT musculaire global	
 FLEXION DE GENOUX 5 séries de 10 à 15 mouvements Repos 1 min entre les séries	MARCHE VÉLO D'APPARTEMENT, AUTRE 30 minutes quotidiennes par périodes d'au moins 10 minutes	 FLEXION COUDE 5 séries de 10 à 15 mouvements Repos 1 min entre les séries		 ROTATION BATON DEBOUT 5 séries de 10 à 15 mouvements Repos 1 min entre les séries		
 TALON FESSE 5 séries de 10 à 15 mouvements Repos 1 min entre les séries		 ÉLÉVATION FRONTALE 5 séries de 10 à 15 mouvements Repos 1 min entre les séries		 DEVELOPPÉ ASSIS 5 séries de 10 à 15 mouvements Repos 1 min entre les séries		
 ÉLÉVATION SUR POINTE 5 séries de 10 à 15 mouvements Repos 1 min entre les séries		 ÉLÉVATION LATÉRALE 5 séries de 10 à 15 mouvements Repos 1 min entre les séries		 LEVER DE CHAISE 5 séries de 10 à 15 mouvements Repos 1 min entre les séries		
				Centre Hospitalier Lyon Sud Pavillon 4E, 2 ^{ème} étage 69485 PIERRE-BENITE Cedex Tel. : 04 78 86 23 49 christine.navot@chu-lyon.fr		

Risque Respiratoire

- Nombreux facteurs de risques dépendant du patient et du type de chirurgie ¹
- En rapport avec la dénutrition (amyotrophie des muscles périphériques et respiratoires)

Qui ?	Que faire ?	Comment ?
Patient-related factors - Age > 60 y⁵⁵⁻⁶⁰ - Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)^{55,56,58-60} - American Society of Anesthesiologists (ASA) class II or greater^{56,58,59} - Functional dependence^{55,58-60} - Congestive heart failure^{58,59,61} - Obstructive sleep apnea^{58,59,61} - Pulmonary hypertension⁶²⁻⁶⁴ - Current cigarette use⁵⁸⁻⁶⁰ - Impaired sensorium^{56,58-60} - Preoperative sepsis⁵⁶ - Weight loss > 10% in 6 months⁵⁸⁻⁶⁰ - Serum albumin < 3.5 mg/dL^{55,56,58,59} - Blood urea nitrogen (BUN) ≥ 7.5 mmol/L (≥21 mg/dL)⁵⁸⁻⁶⁰ - Serum creatinine >133 μmol/L (>1.5 mg/dL)^{59,66} Surgery-related factors - Prolonged operation > 3 h⁵⁷⁻⁵⁹ - Surgical site^{55,56,58-60} - Emergency operation^{55,56,58-60} - General anesthesia⁵⁸⁻⁶⁰ - Perioperative transfusion^{56,58-60} - Residual neuromuscular blockade after an operation^{58,65} Not risk factors - Obesity^{58,59} - Well-controlled asthma^{58,59} - Diabetes^{58,59}	➤ Scores prédictifs de l'apparition de complications post op : • Score Arozullah • Score ARISCAT ➤ Selon contexte : SpO2, spirométrie, RP...	➤ Au moins 1 mois avant la chirurgie  ➤ MKDE : – Éducation à la mécanique respiratoire – Apprentissage de l'accélération du flux expiratoire et de l'expectoration dirigée – Renforcement des muscles respiratoires quotidien 2 semaines avant la chirurgie 

Risque Psychologique

- Impact non négligeable de l'anxiété pré-opératoire sur les complications post-opératoires (psycho, douleurs...)
- Franco Carli définit la RAAC avec cette formule « move, breathe, eat and relax » ¹

Qui ?	Que faire ?	Comment ?
• Dépression • Anxiété • Chirurgie altérant le schéma corporel	➤ Dépistage du SAD : • HAD • GDS ➤ Toujours associée à une évaluation cognitive : • MMS • MoCA ➤ Détermine nécessité soutien psycho/psychiatrique	➤ Préparation psychologique simple • Consult IDE dédiée • Ecouter et informer • Mise en relation ➤ Prise en charge spécifique si nécessaire 

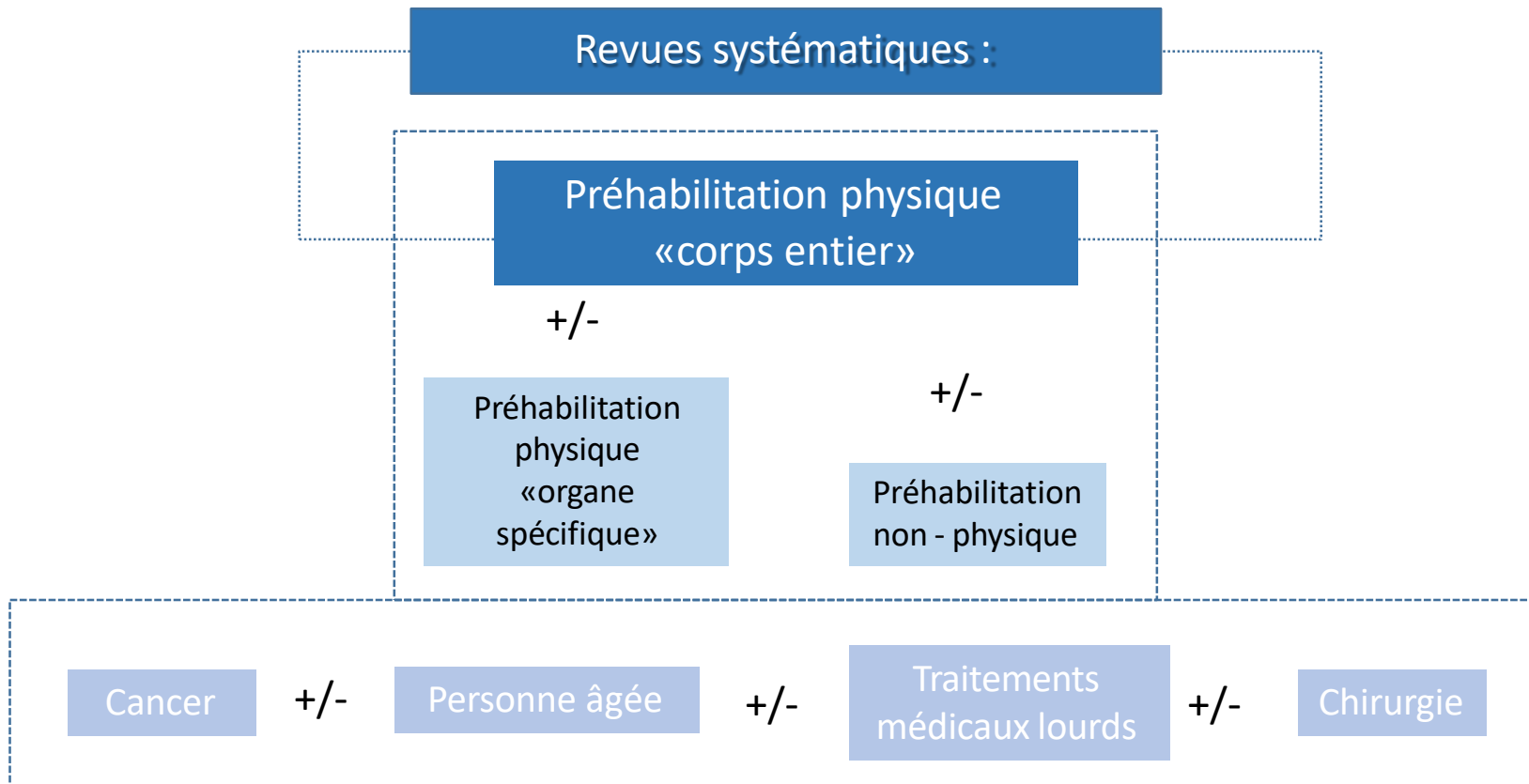
Et en pratique, la pré habilitation, ça marche ?

- Quel contexte ?
- Types d'exercice physique ?
- Quelles modalités (Fréquence, durée) ?
- Adhérence ?
- Supervision ?

Interventions améliorant les capacités physiques des personnes âgées atteintes de cancers, avant une procédure médico-chirurgicale complexe : Une revue des revues systématiques et méta analyses

Thèse d'exercice en médecine (DES gériatrie) de Louise André (HCL), 2021

Matériel et Méthodes

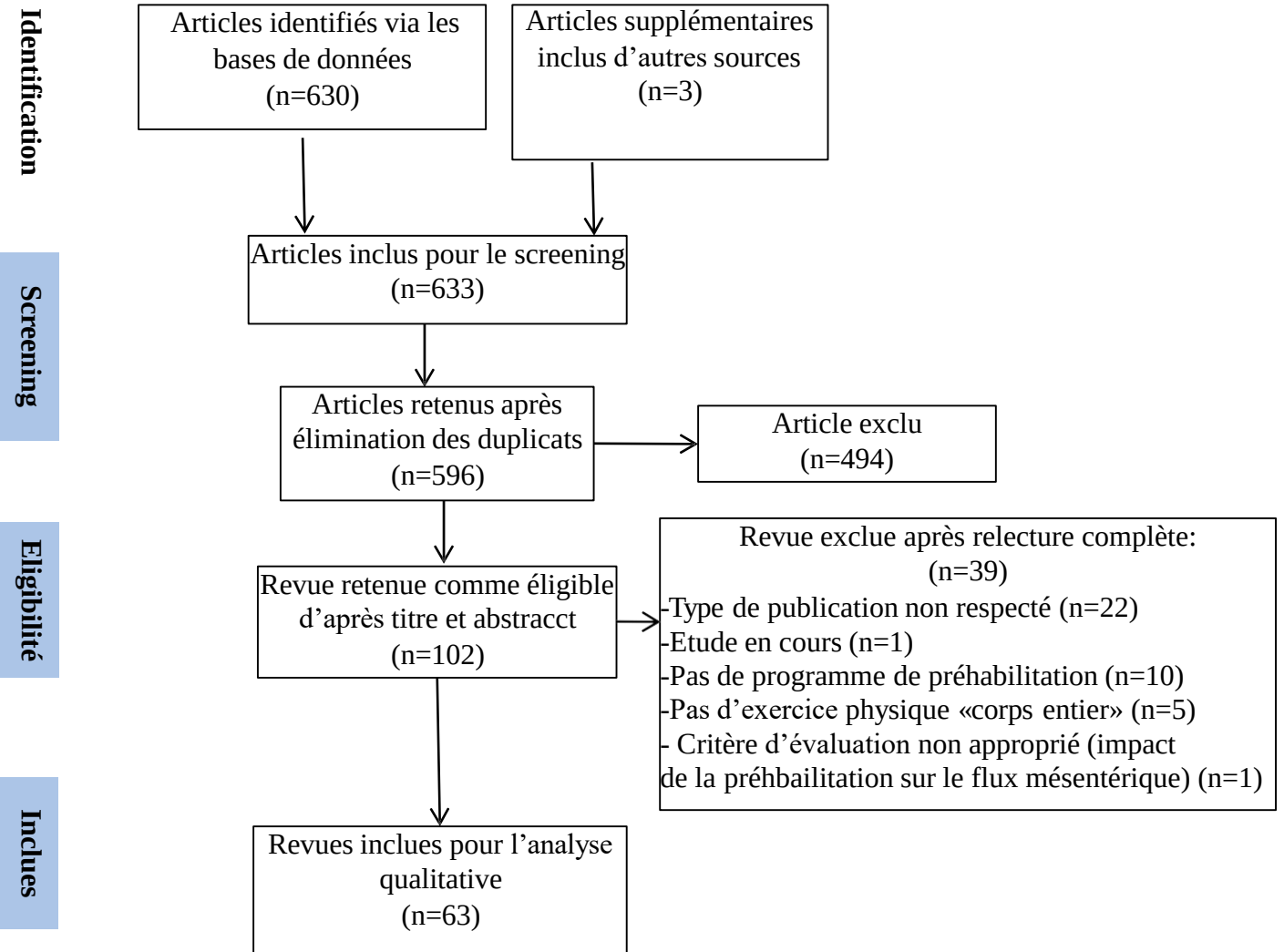


- «Umbrella review»
- **Stratégie de recherche :**
 - CINAHL, Embase, Cochrane, Pub Med, Prospero
 - Jusqu'au 18.01.2020
 - Evaluation qualité AMSTAR 2

• Flow Chart

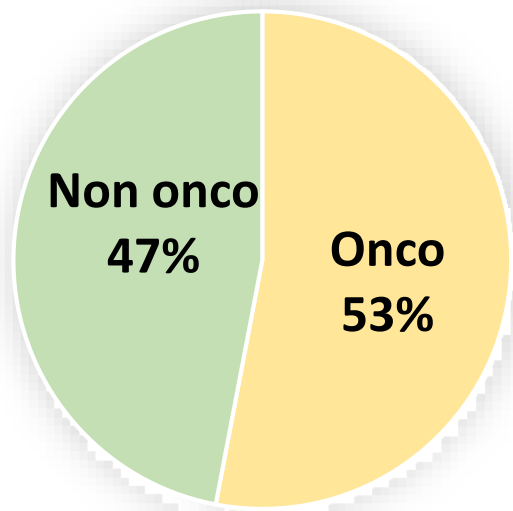
➤ **633** articles identifiés

➤ **63** revues incluses



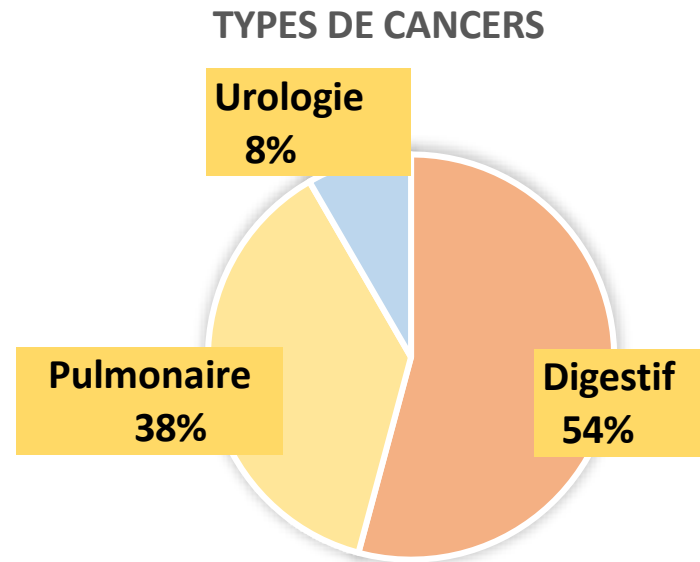
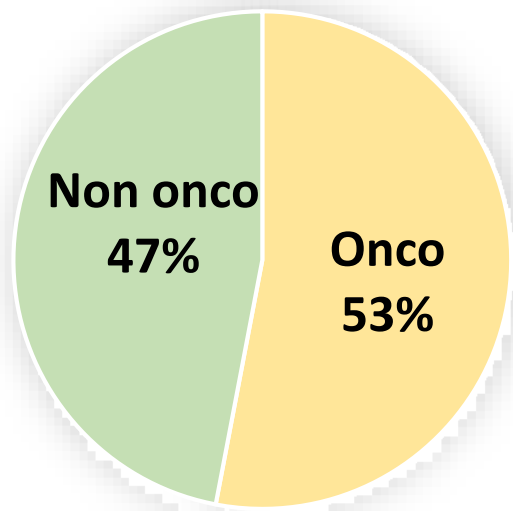
Résultats

Domaines d'application



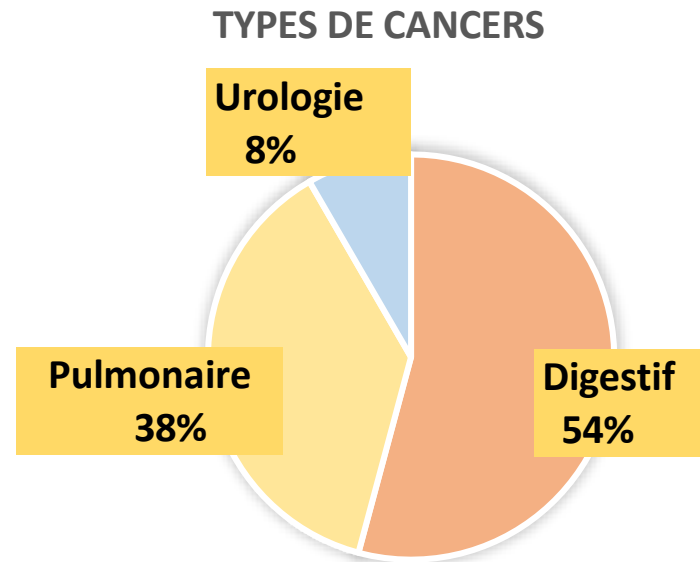
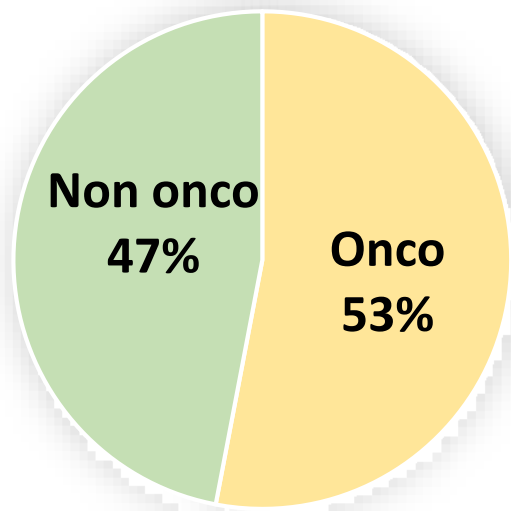
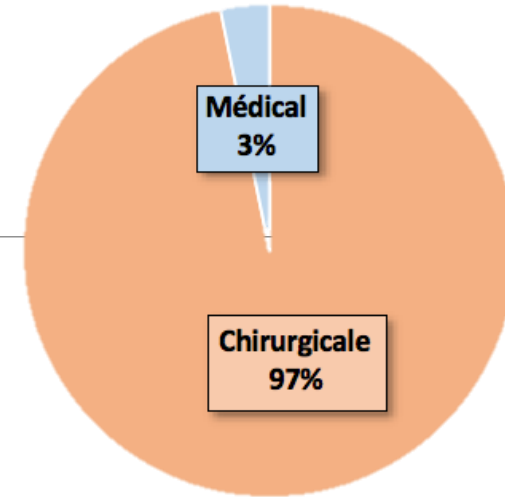
Résultats

Domaines d'application



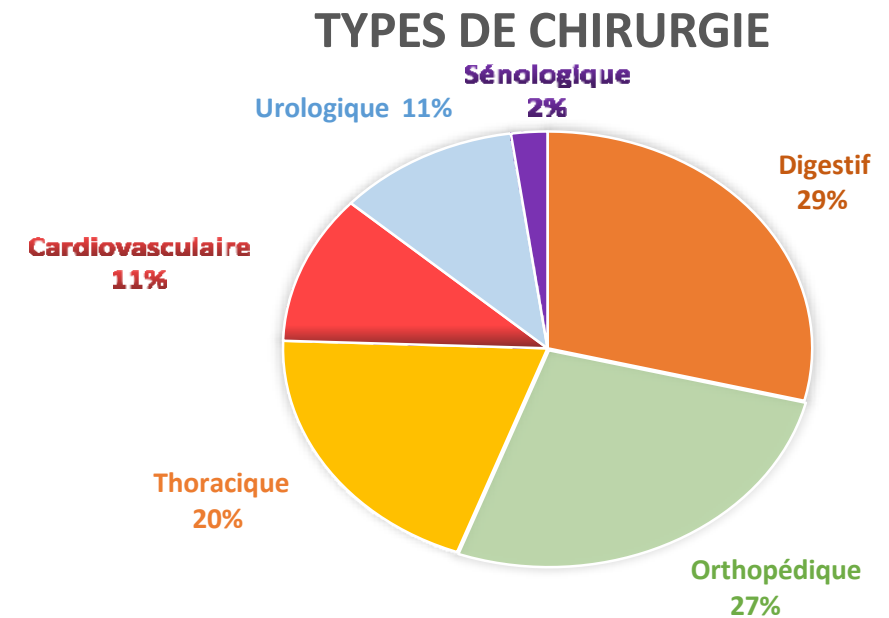
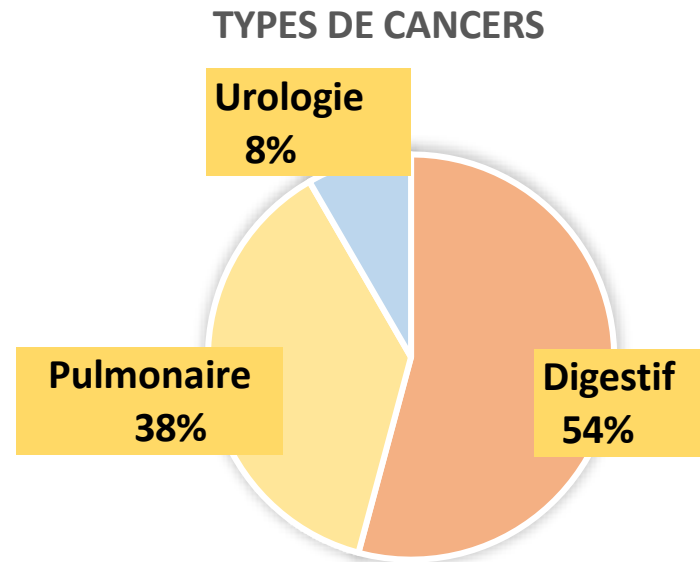
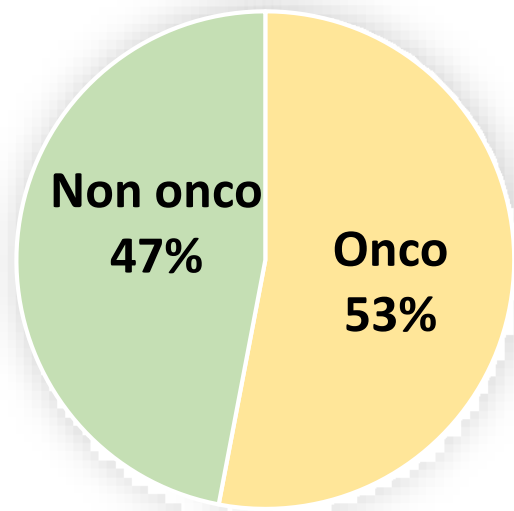
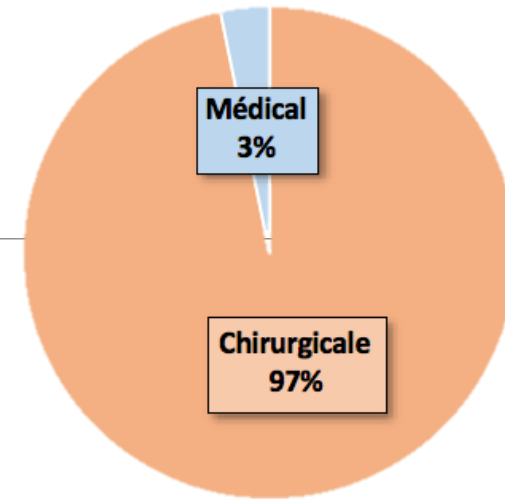
Résultats

Domaines d'application



Résultats

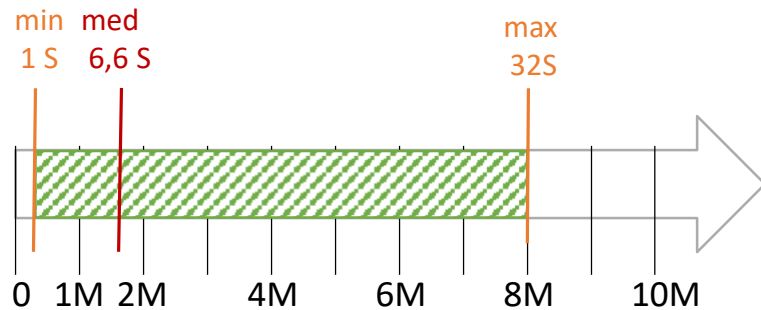
Domaines d'application



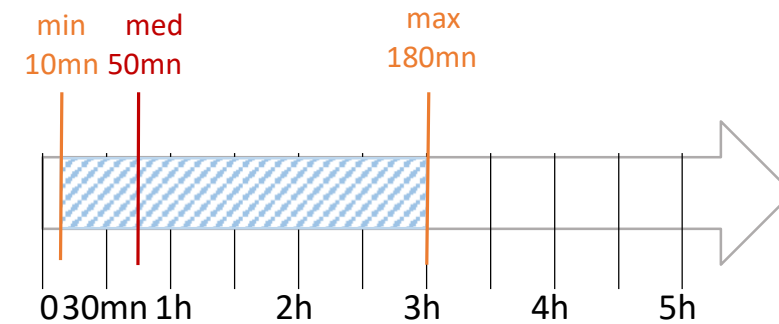
Résultats

Modalités des programmes

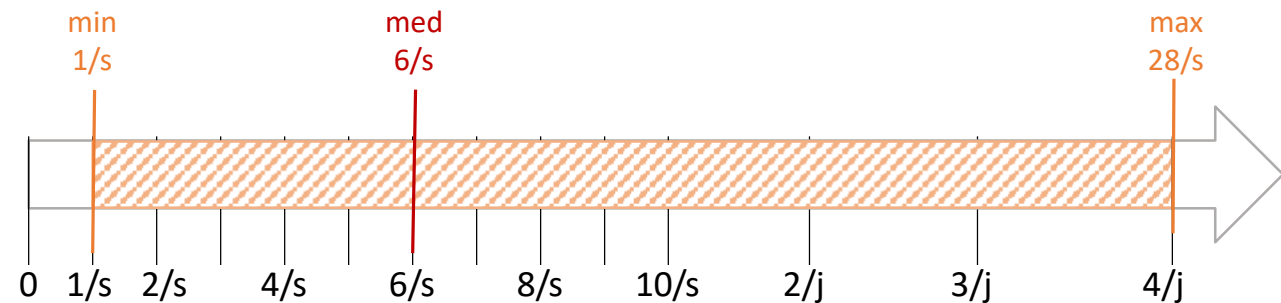
Durée totale du programme, n = 55



Durée des sessions, n=39



Fréquence des sessions, n=48

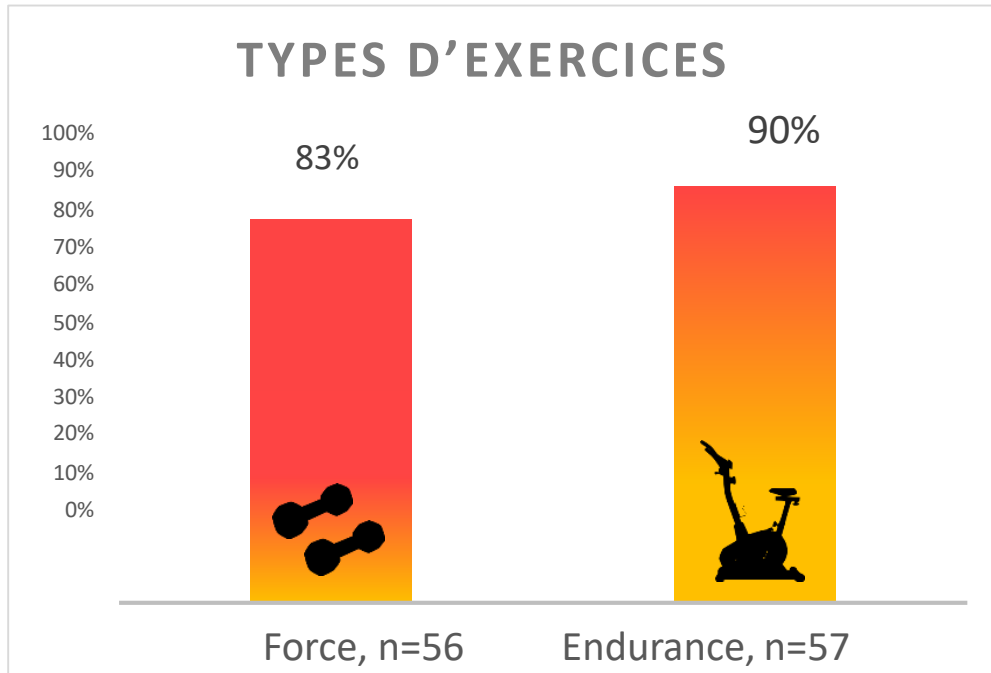


Résultats

Modalités des programmes

Résultats

Modalités des programmes



Résultats

ADHÉRENCE (N=41)

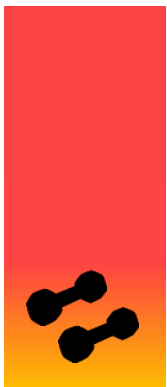
84%

Modalités des programmes

TYPES D'EXERCICES

100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%

83%



Force, n=56

90%



Endurance, n=57

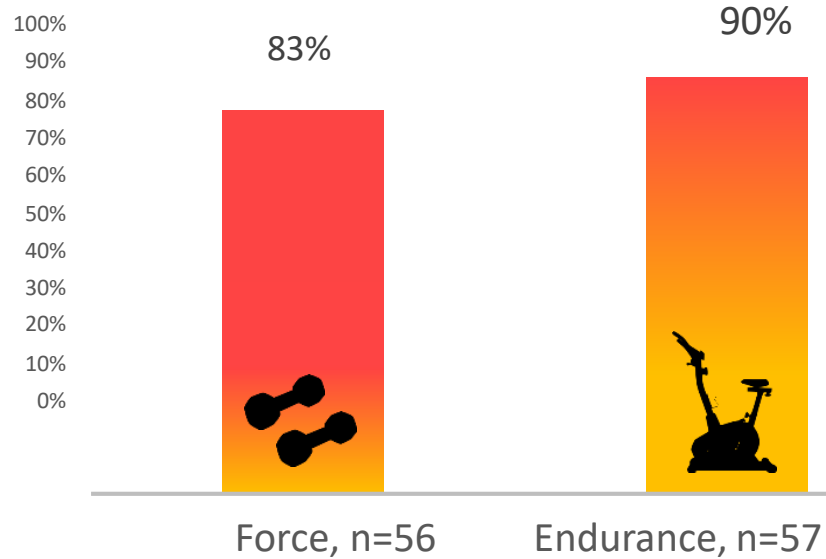
Résultats

ADHÉRENCE (N=41)

84%

Modalités des programmes

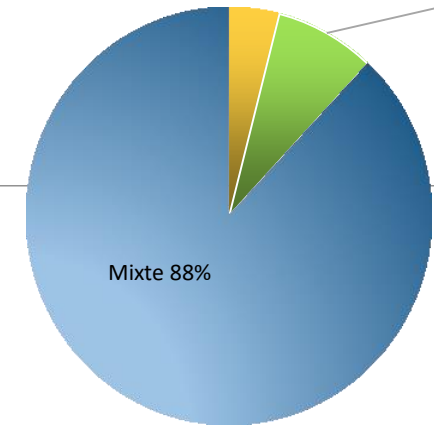
TYPES D'EXERCICES



Supervision (n=50)

Supervisé 4%

Non
supervisé
8%



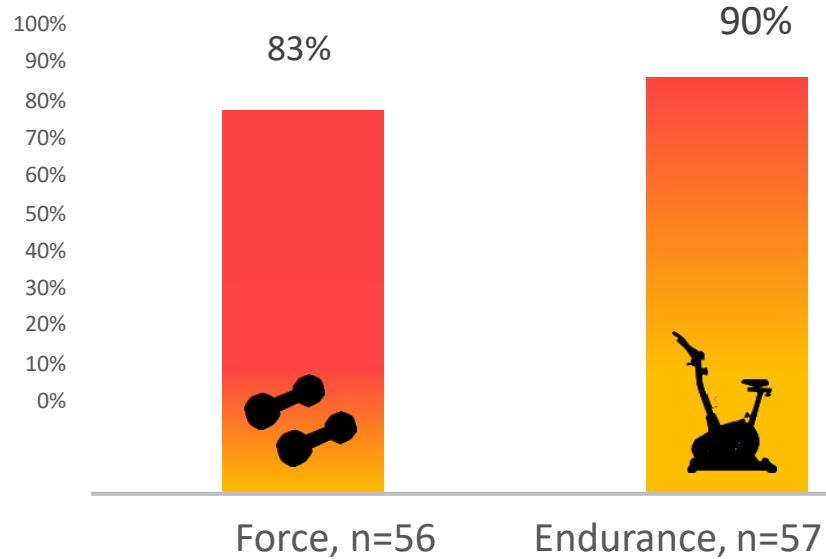
Résultats

ADHÉRENCE (N=41)

84%

Modalités des programmes

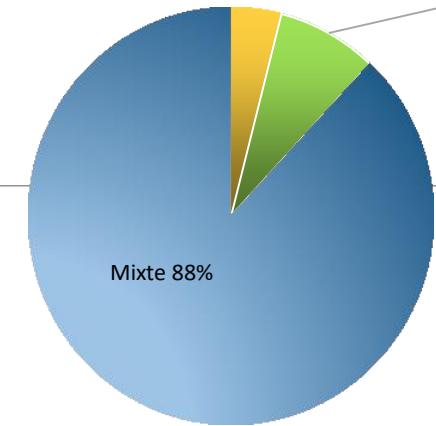
TYPES D'EXERCICES



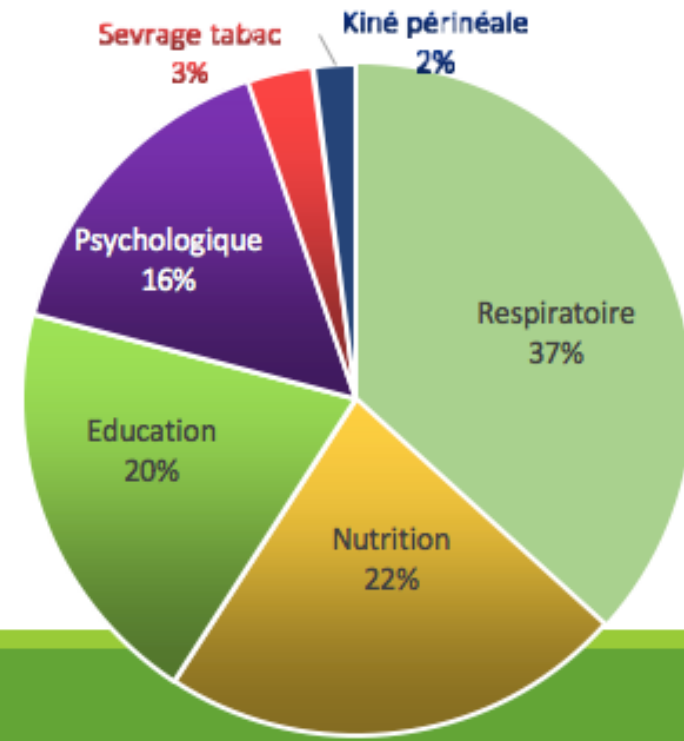
Supervision (n=50)

Supervisé 4%

Non
supervisé
8%



Autres modalités de préhabilitation (n=47)



Résultats

Critères d'évaluation

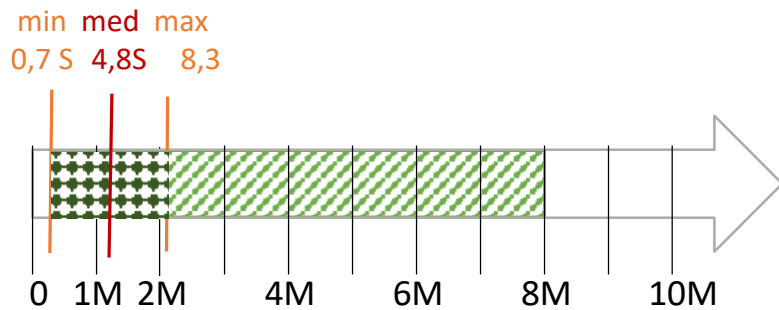
Critère d'évaluation	Nombre de revues	% de revues avec amélioration constatée grâce préhabilitation
Récupération fonctionnelle	n=44	25%
Complications post opératoires	n=33	58%
Durée d'hospitalisation	n=34	77%
Mortalité	n=8	50%

- Complications post opératoires : Classification de Clavien-Dindo

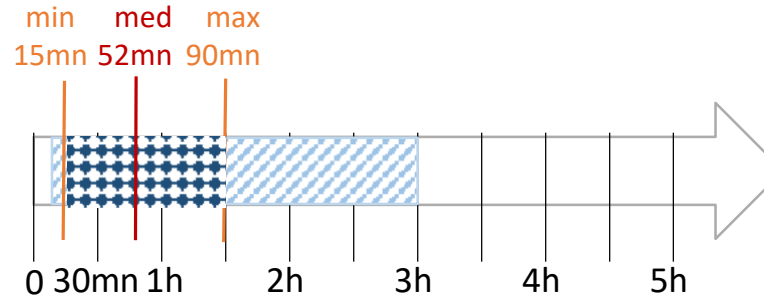
Résultats

Focus personnes âgées

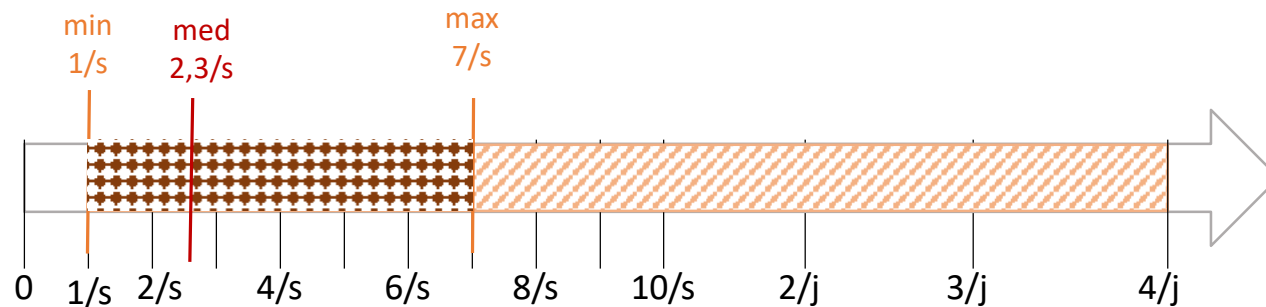
4 revues : 1 oncologie, 1 orthopédie, 2 pré chirurgie lourde



Durée totale du programme, n =4



Durée des sessions, n=4



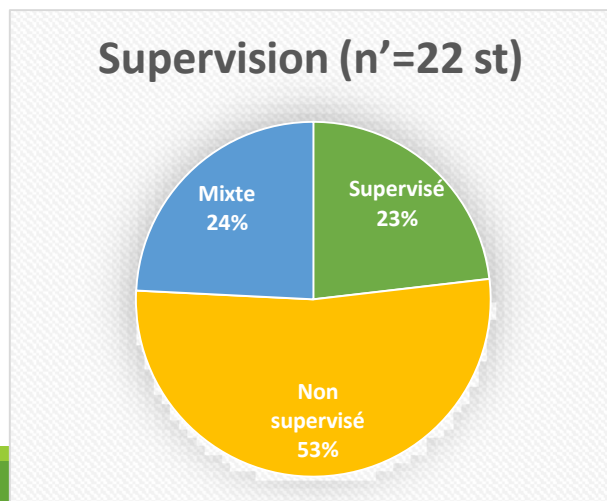
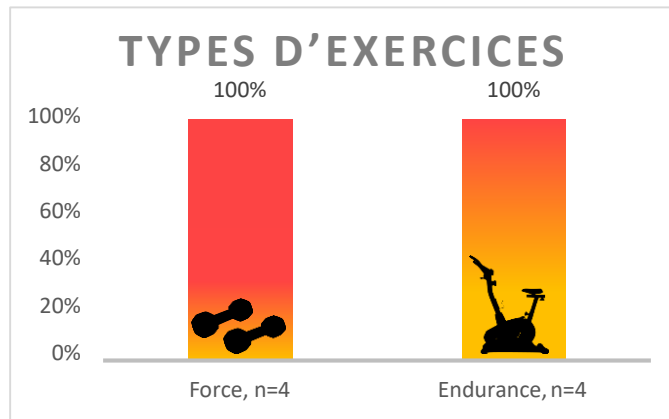
Fréquence des sessions, n=4

ADHÉRENCE (N=3)

92%

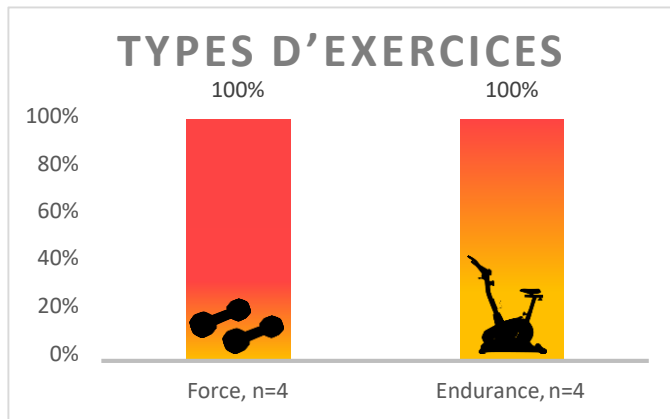
Résultats

Focus personnes âgées

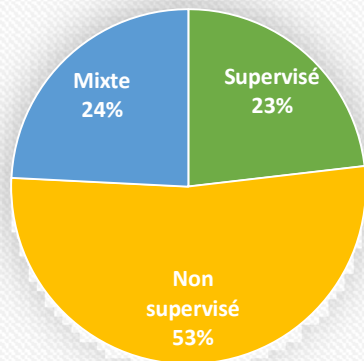


Résultats

Focus personnes âgées



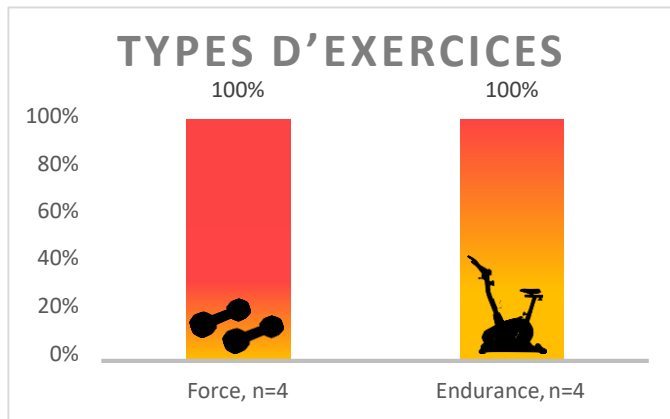
Supervision (n'=22 st)



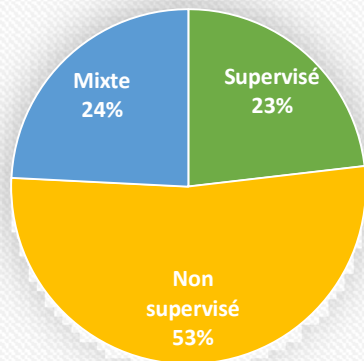
Critère d'évaluation	nombre de revue	nombre de revues avec amélioration grâce préhabilitation
Complications post opératoires	n=2	0
Mortalité	n=2	2
Récupération fonctionnelle	n=2	0
Durée d'hospitalisation	n=1	1
Qualité de vie	n=1	1
Douleur, anxiété	n=1	0

Résultats

Focus personnes âgées



Supervision (n'=22 st)



Critère d'évaluation	nombre de revue	nombre de revues avec amélioration grâce préhabilitation
Complications post opératoires	n=2	0
Mortalité	n=2	2
Récupération fonctionnelle	n=2	0
Durée d'hospitalisation	n=1	1
Qualité de vie	n=1	1
Douleur, anxiété	n=1	0

Autres modalités :

- Prise en charge nutritionnelle : n=2
- Kiné respiratoire : n=2

Discussion

- Grande hétérogénéité des résultats
- Domaines d'application :
 - Pré chirurgical
 - Pathologies néoplasiques
- Adhérence : Lorsque rapportée, semble bonne, mais outils d'évaluation très variables.

Discussion

- Grande hétérogénéité des résultats
- Domaines d'application :
 - Pré chirurgical
 - Pathologies néoplasiques
- Adhérence : Lorsque rapportée, semble bonne, mais outils d'évaluation très variables
- Modalités des programmes :
 - Type d'exercice : Force et endurance
 - Durée / Fréquence : Pas de consensus – A adapter à la pers âgée.
 - La supervision : Pas de consensus également
 - Autres modalités de pré-habilitation : Fréquentes en population générale

Discussion

- Modalités des programmes :
 - Intensité de l'exercice ?
 - La prise en compte du «syndrome de surentrainement» ?
- Critères d'évaluation d'un programme :
 - Les complications post opératoires, mais selon le Clavien Dindo
 - La récupération fonctionnelle
 - Nécessité de proposer des critères d'évaluation plus adaptés aux personnes âgées

Conclusion

- Un grand manque de données chez la personne âgée
- Des perspectives :

Fondamentales :

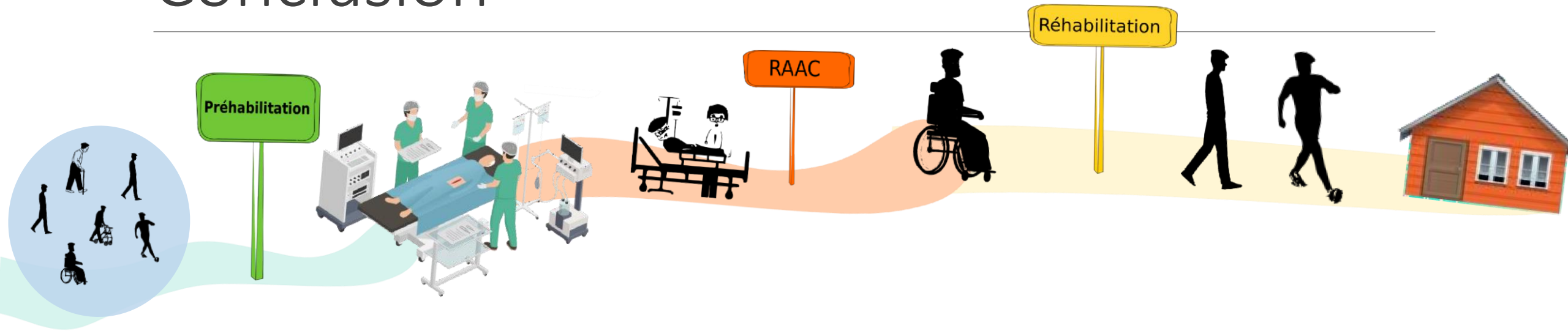
- Physiopathologique : Analyse des modalités d'exercice chez le sujet âgé
- Conceptuel : Le choix des critères d'évaluation
- Ethique : l'absence de discrimination, la volonté du patient

Pratique :

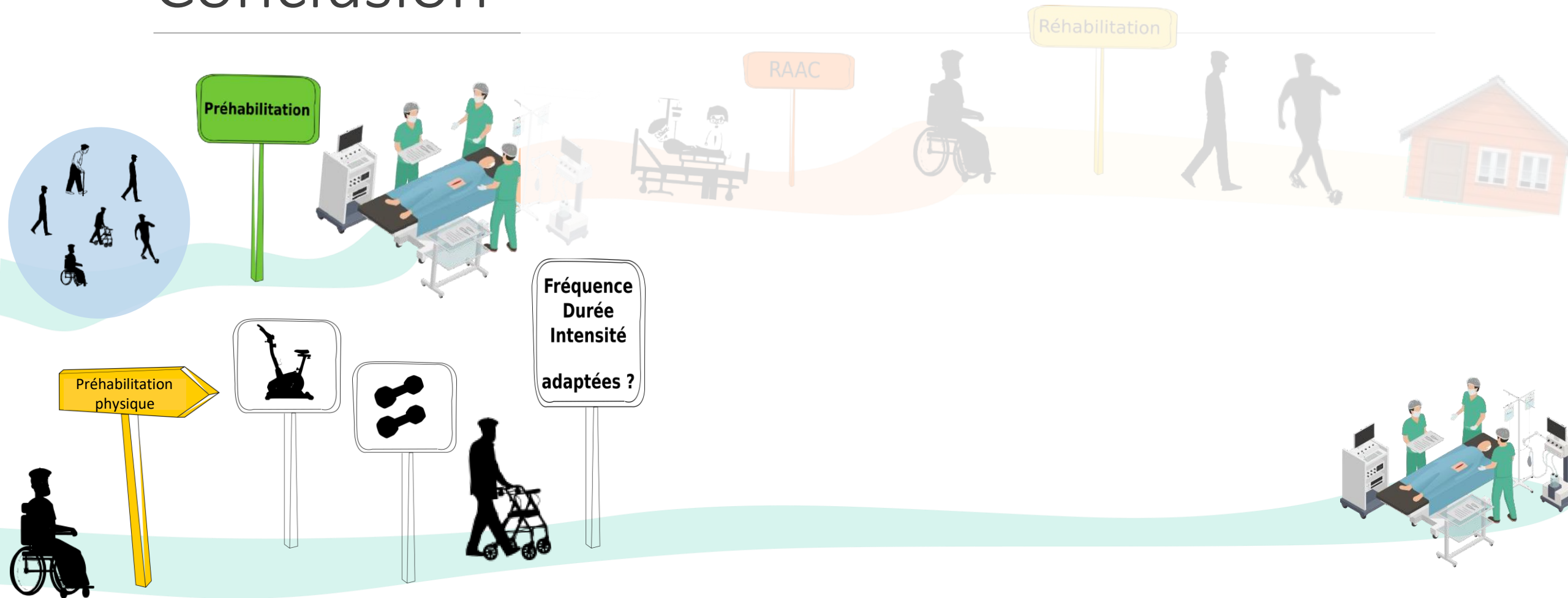
- Une collaboration et une prise en charge multimodale
- Un parcours de soin adapté et personnalisé à chaque individu

PROADAPT : Prehabilitation & Rehabilitation in Oncogeriatrics: Adaptation to Deconditioning risk and Accompaniment of Patients' with Cancer

Conclusion



Conclusion



Conclusion

