

Évaluation onco-gériatrique en pré-chirurgie

Philippe Caillet

UCOG Paris Ouest – HEGP (Paris) / Corentin Celton (Issy-les Moulineaux)

Secrétaire général de la Société Francophone d'Onco-Gériatrie (SoFOG)

Inserm U955 – Institut Mondor de Recherche Biomédicale

Equipe CEpiA (Clinical Epidemiology and Ageing: Gériatrie, Soins Primaires et Santé Publique) – Université Paris Est Créteil



Conflits d'intérêts

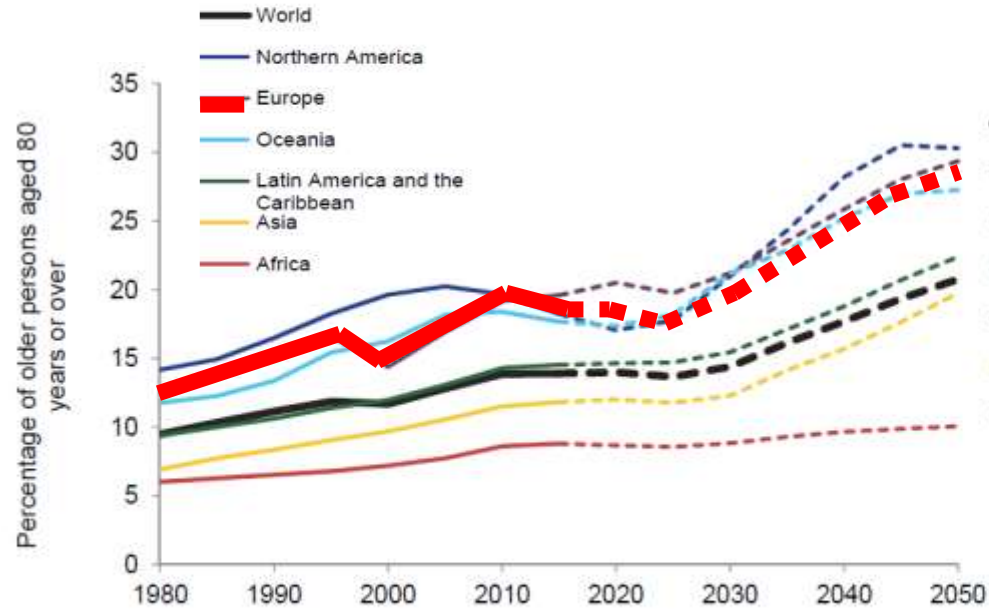
- Pfizer®
- GSK®

⇒ **Aucun pour cette présentation**



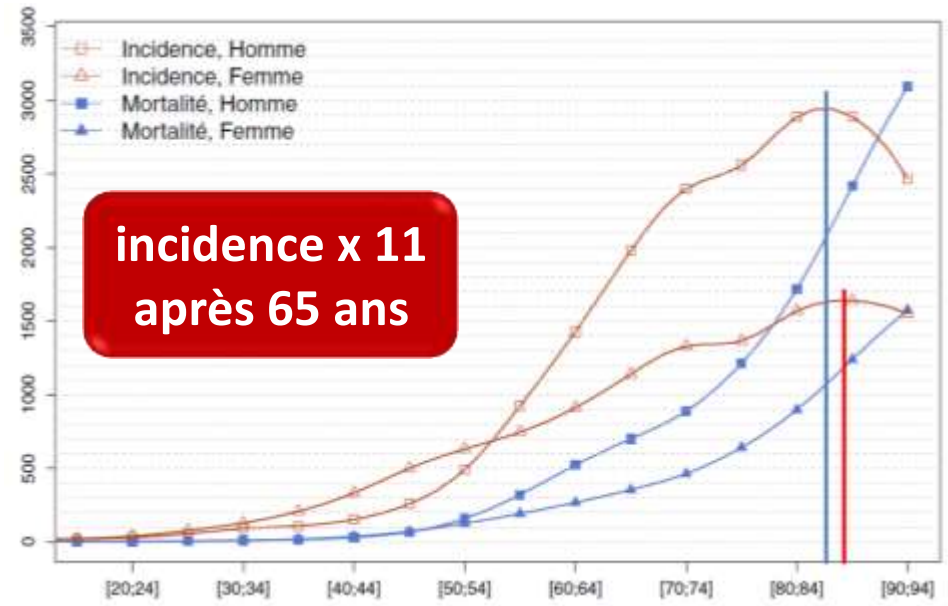
Contexte épidémiologique

80 ans et plus dans le monde, parmi les 60 ans et plus



United Nations (2015). World population prospects: The 2015 revision

Incidence et mortalité, tous cancers (France – INVS, 2018)



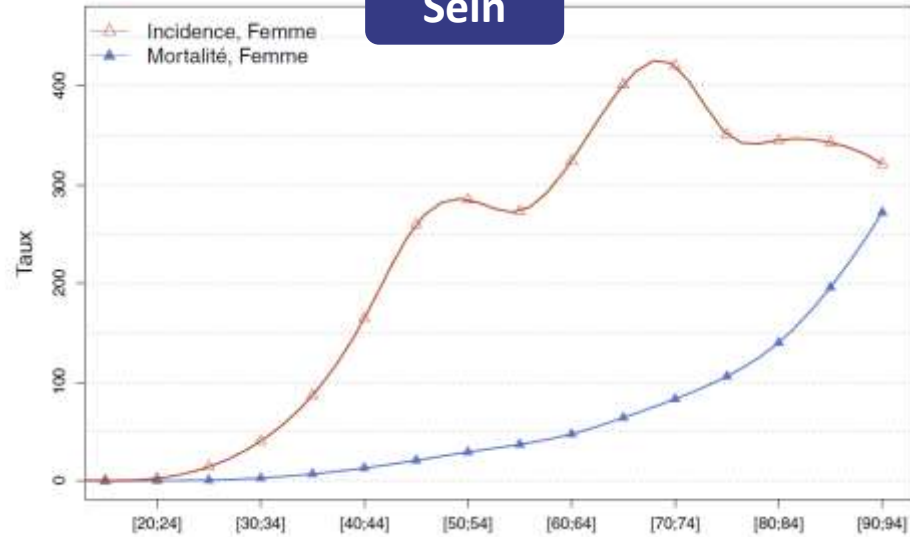
↗ **Nb. de patients âgés atteints de cancer**

> 50% des cancers sont diagnostiqués après 70 ans

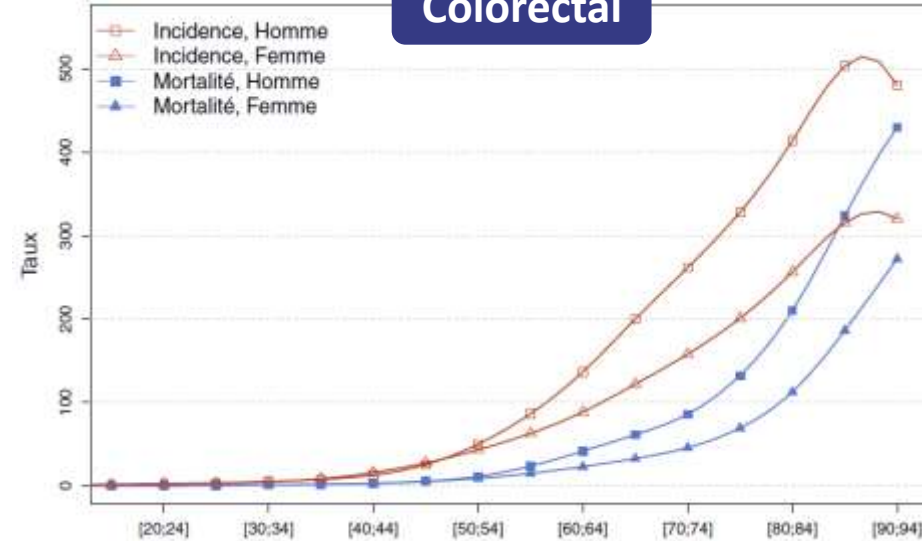
 **Cancer = 1^{ère} cause de mortalité entre 65 et 84 ans**

Une chirurgie pour des patients âgés

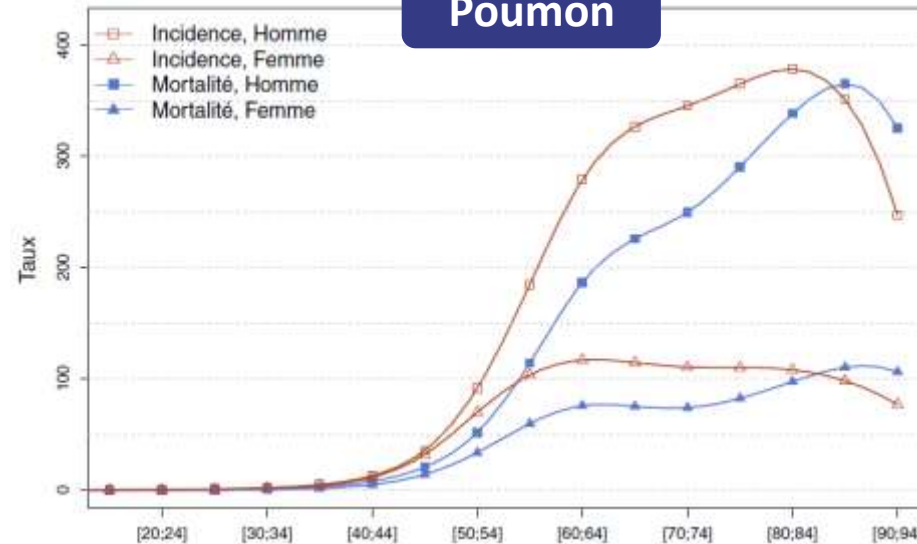
Sein



Colorectal



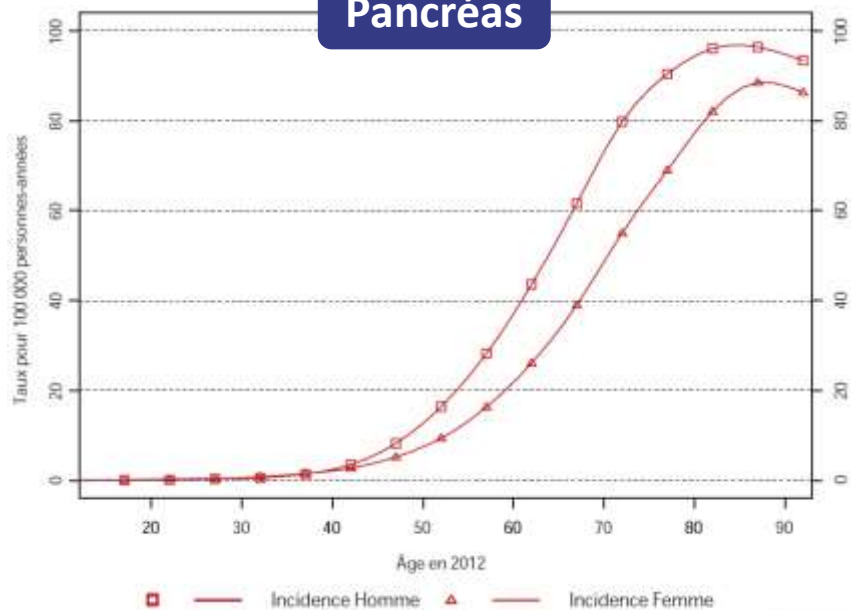
Poumon



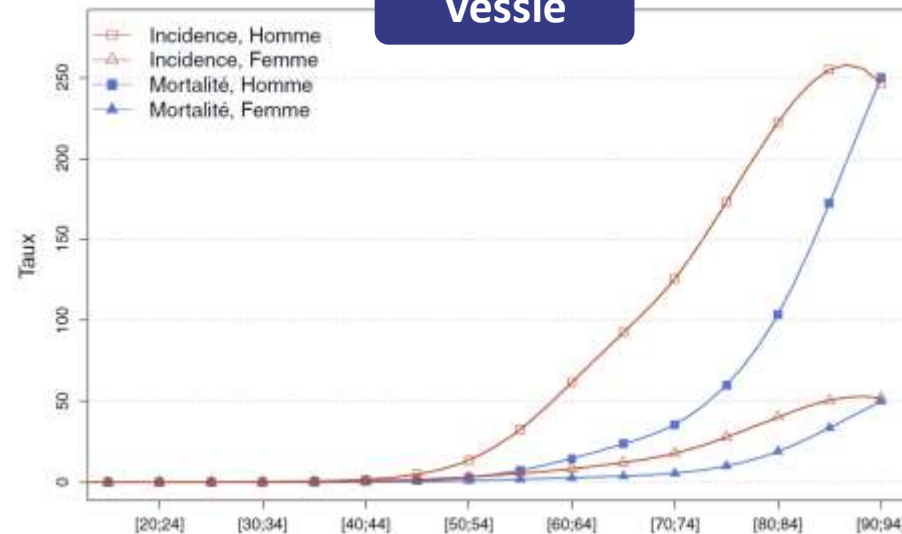
(France – INVS, 2018)

Une chirurgie pour des patients âgés

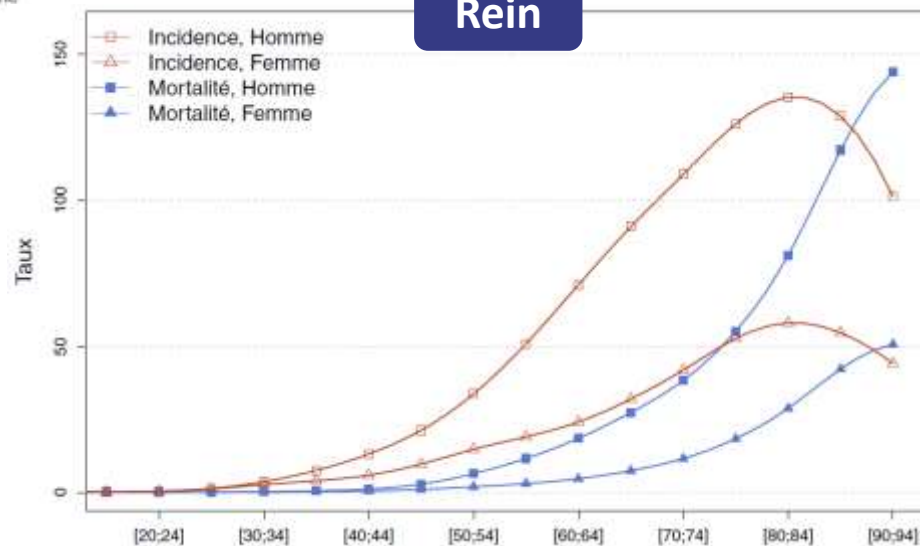
Pancréas



Vessie



Rein



(France – INVS, 2018)



Évaluer des risques !



Chirurgie et cancers

Mêmes techniques chirurgicales et pourtant ...

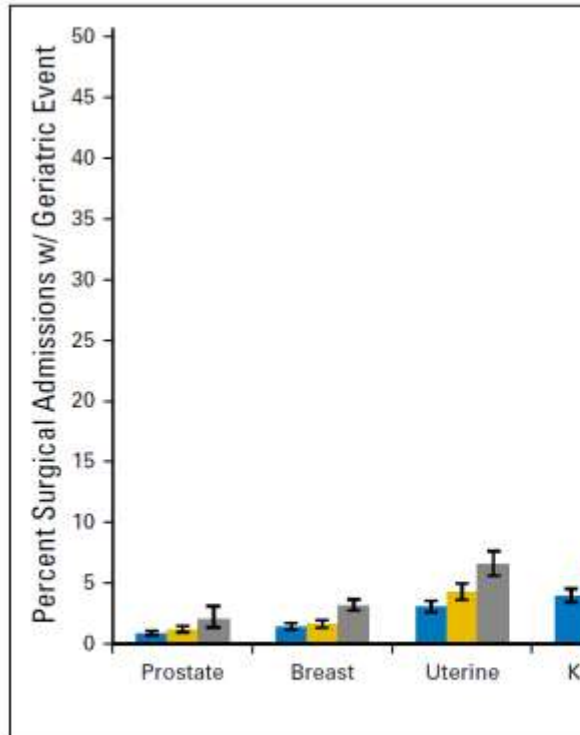


Fig 1. Proportion of patients with a geriatric event according to cancer site and age. Proportions are derived from the number of patients with at least one geriatric event divided by the number of patients treated surgically. The association between geriatric events and age was assessed by using χ^2 testing and found to be significant for all sites ($P < .001$).

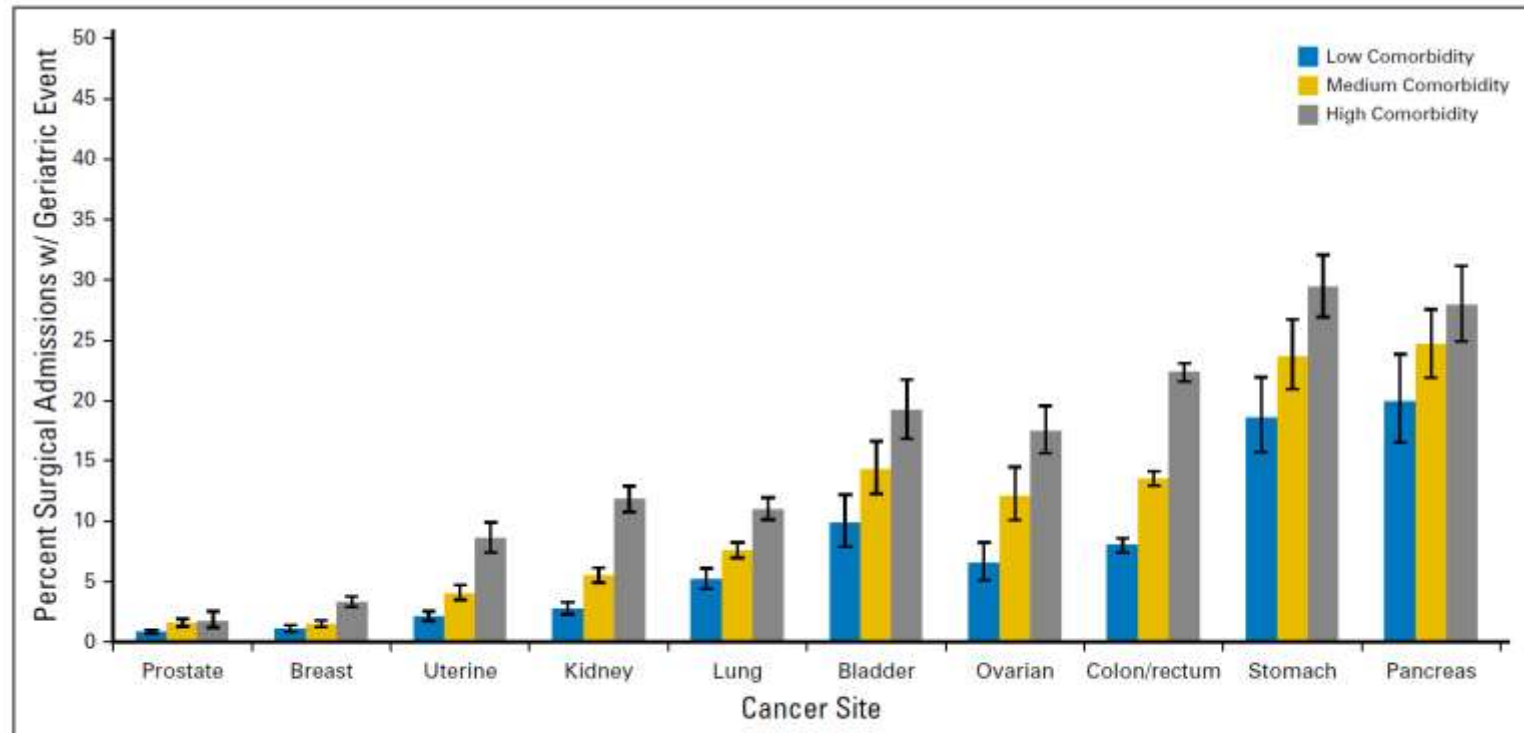
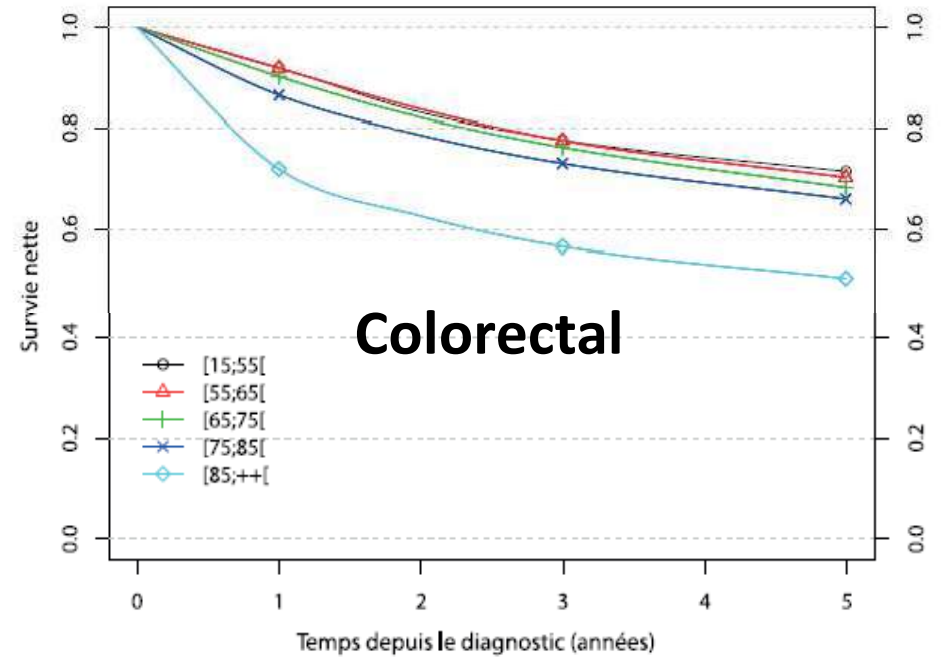
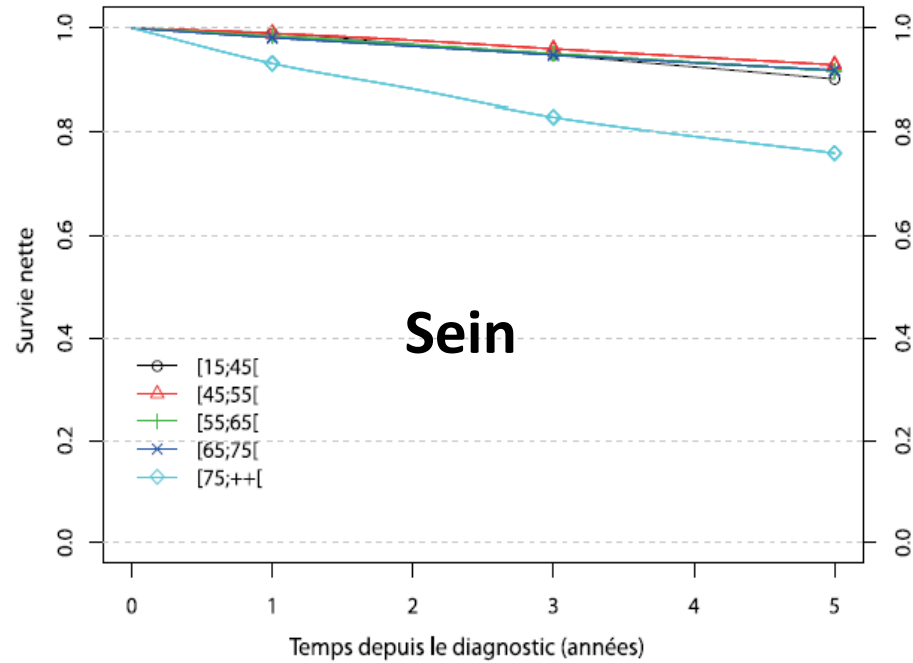


Fig 2. Proportion of patients with a geriatric event according to cancer site and age-adjusted Charlson score. Age-adjusted Charlson score stratified into low, medium, and high comorbidity tertiles. Proportions are derived from the number of patients with at least one geriatric event divided by the number of patients treated surgically. The association between geriatric events and age-adjusted comorbidity was assessed by using χ^2 testing. Significance was noted for all sites ($P < .001$).

Mortalité plus élevée la première année ...

... alors que les traitements médicaux et chirurgicaux sont identiques

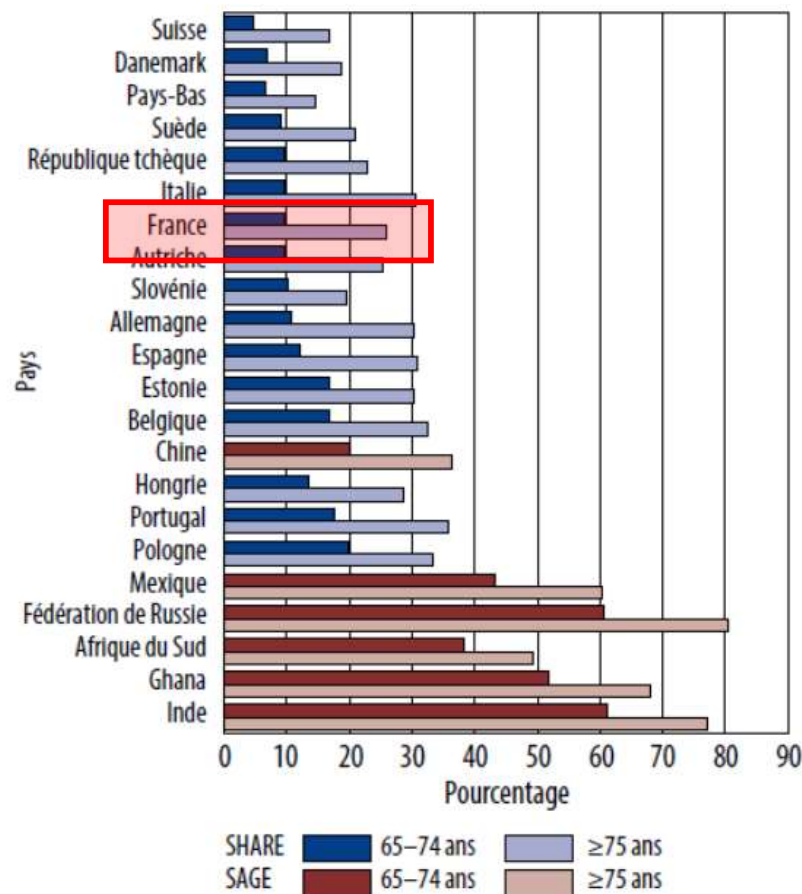


Prendre en compte d'autres paramètres ? ... gériatriques ?

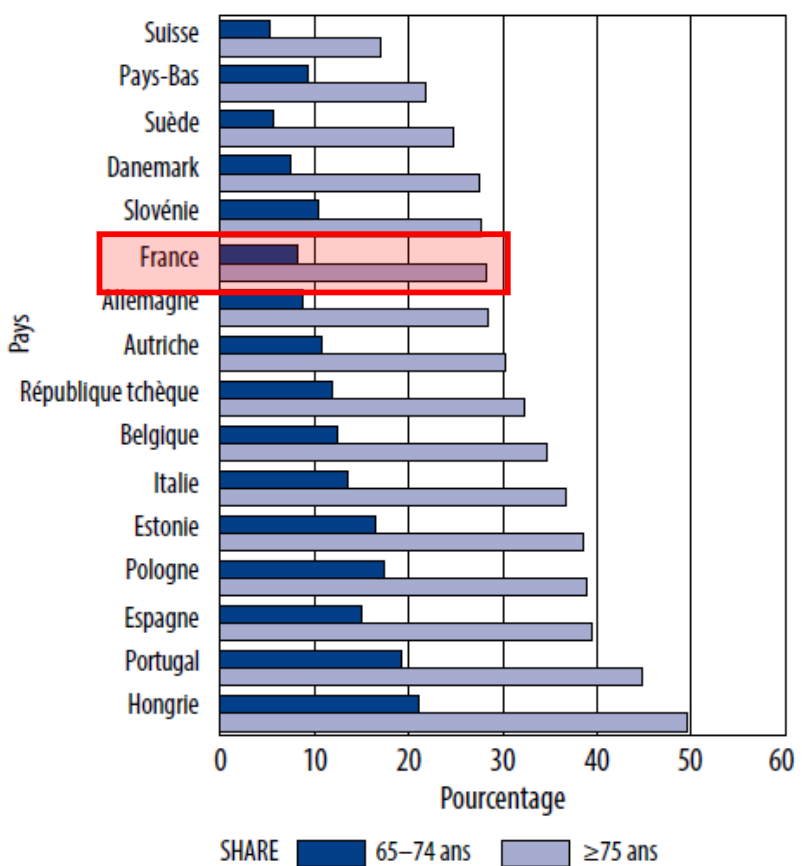


Augmentation des altérations fonctionnelles avec l'âge

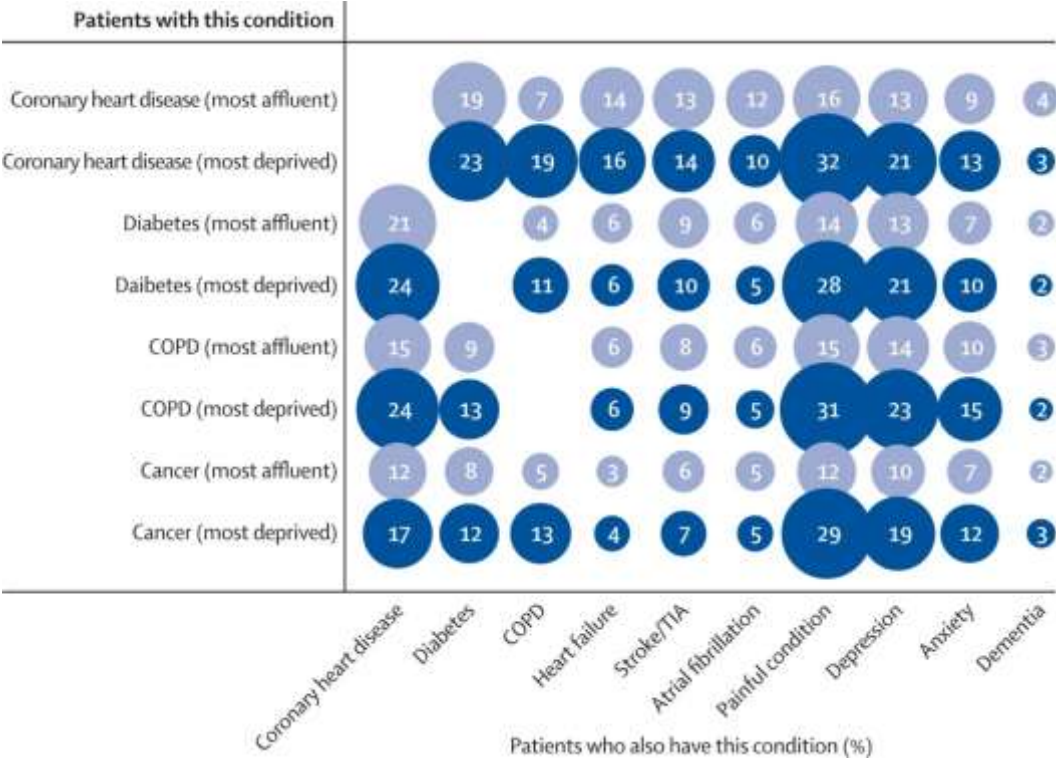
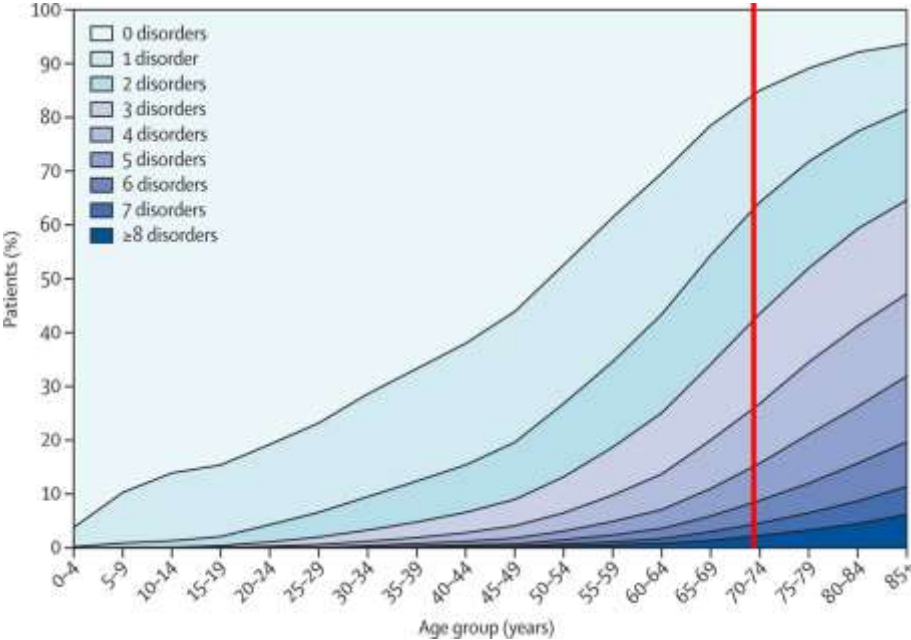
Activités de base de la vie quotidienne



Activités instrumentales de la vie quotidienne



Augmentation de la multimorbidité avec l'âge



Prévalence différente des comorbidités selon les cancers

N = 1551 pts – 82,2 ans (77,8 – 86,1)

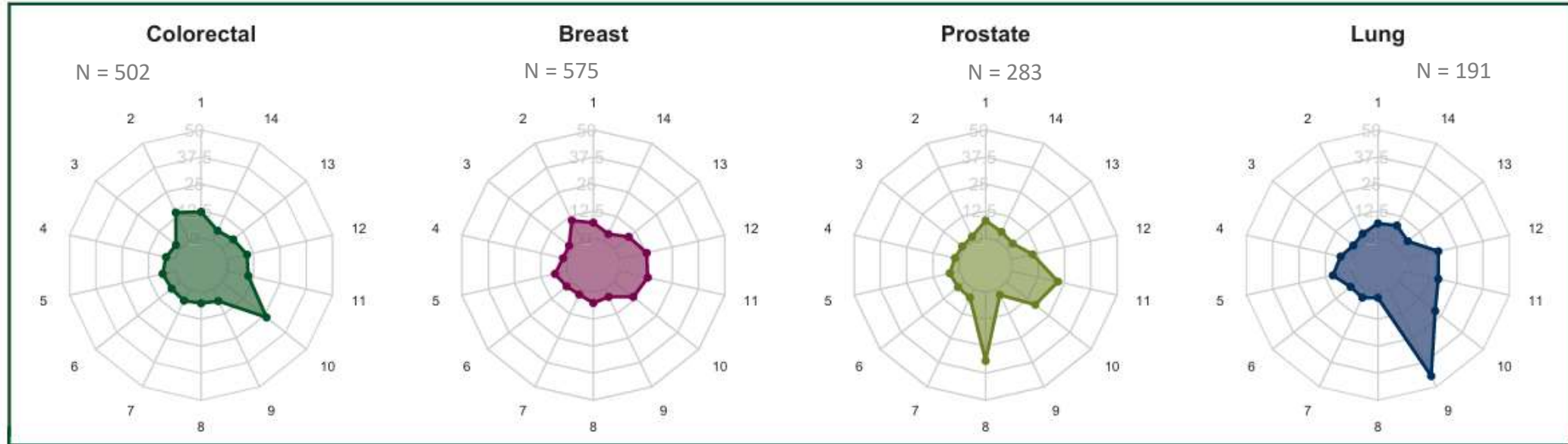
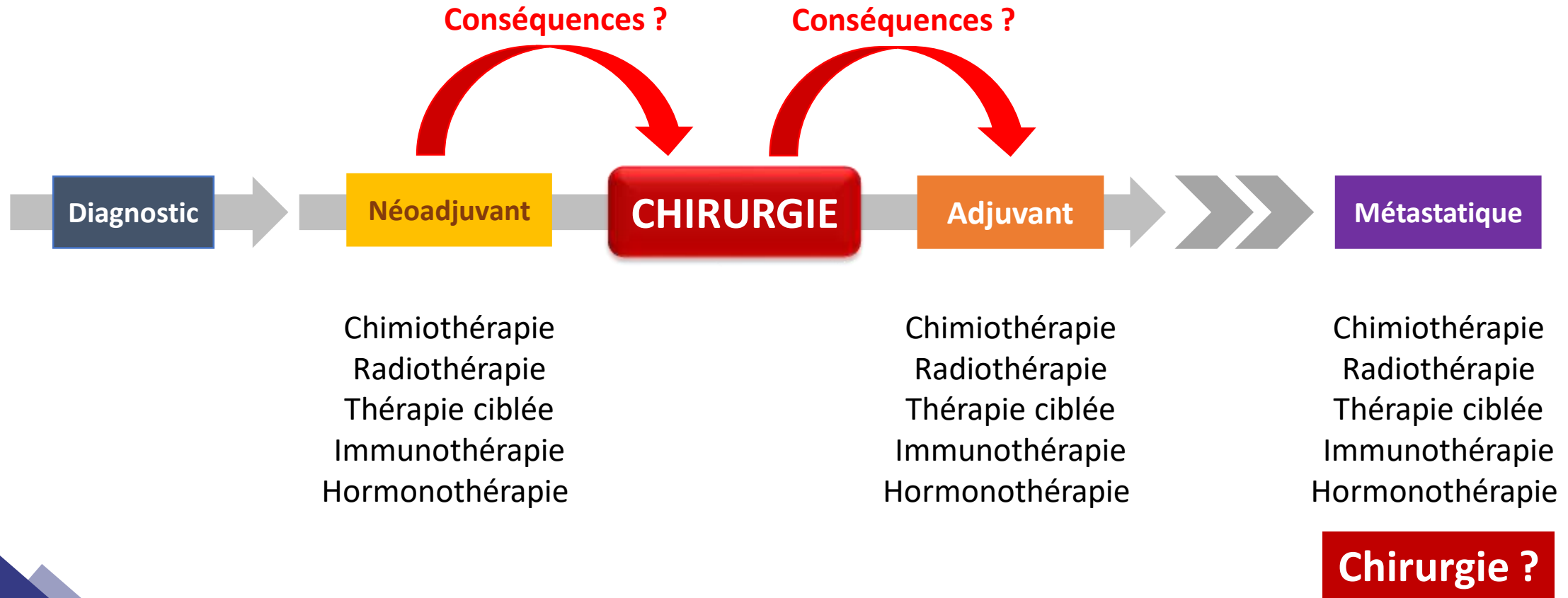


Figure 2. Prevalence of severe comorbidities [proportion of Cumulative Illness Rating Scale-Geriatrics (CIRS-G) grades 3 or 4], by cancer site. 1, Heart; 2, lower digestive; 3, upper digestive; 4, liver; 5, hypertension; 6, kidney; 7, haematopoietic system; 8, genitourinary tract; 9, respiratory tract; 10, pancreas, endocrine, and metabolic diseases; 11, musculoskeletal/integument; 12, psychiatric disorders; 13, eyes, ears, nose, throat; 14, neurological diseases.

Chirurgie : un des traitements dans une stratégie multimodale ?



Évaluer pour anticiper la faisabilité d'un traitement complexe

La décision et la mise en œuvre des traitements sont plus difficiles



Surtraitement

Sur-toxicité

Mauvaise tolérance

Application des recommandations établies pour des patients plus jeunes ?



Sous-traitement

Crainte des effets secondaires

Évaluations selon des critères non adaptés au sujet âgé



Exclusion

**Des essais thérapeutique :
transposabilité des résultats ?**

Évaluations selon des critères non adaptés au sujet âgé

Manque d'analyse objective des possibilités thérapeutiques



Évaluer pour connaître le patient et aider à la décision thérapeutique



Une fragilité méconnue

Étude ONCODAGE

Étude de validation du score G8

- 1435 pts analysables
- Âge médian 78,2 ans (70-98)
- **75,8% PS 0 ou 1**



- ⇒ 68,5% des patients avaient un G8 anormal
- ⇒ 80% des patients avaient ≥ 1 domaine de l'EGA altéré



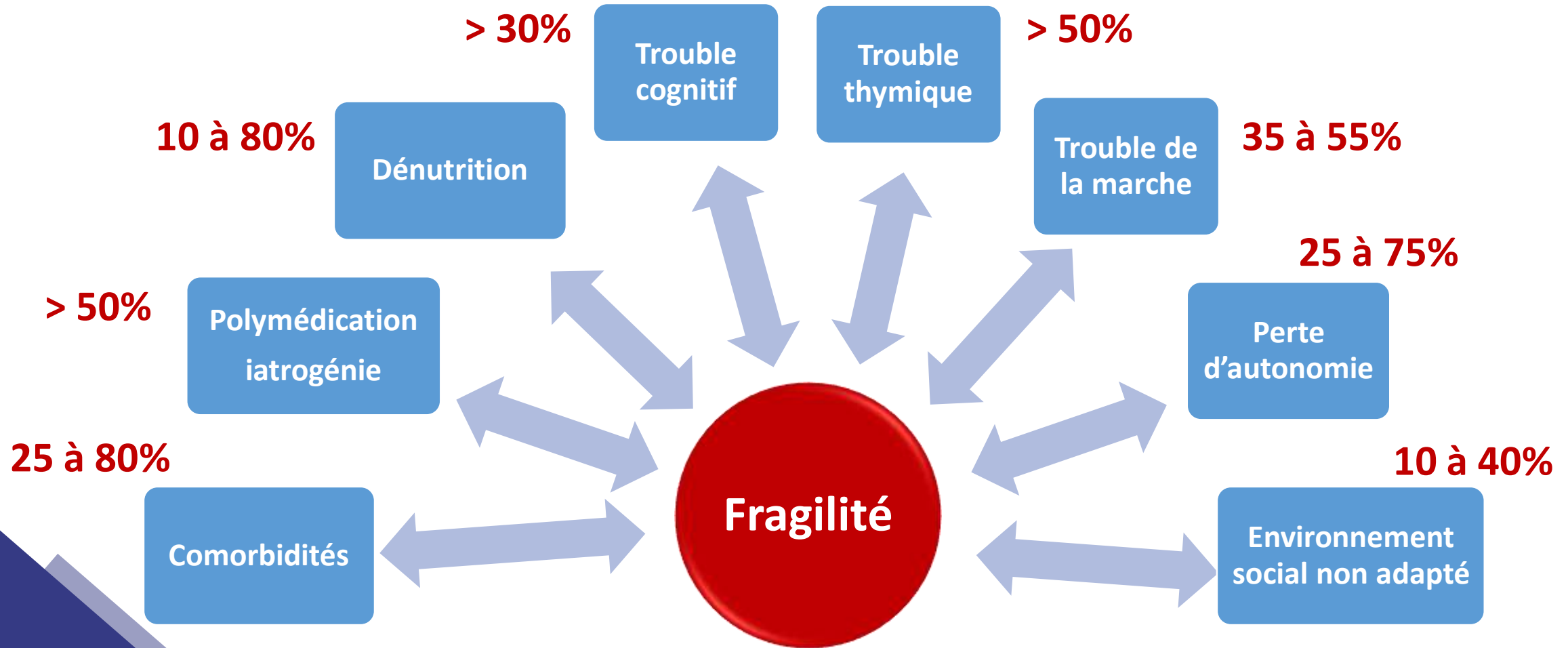
Des problèmes de santé multiples et pourtant non connus

- Étude prospective
- 1820 pts
- Âge médian 76 ans (70-96)
- 40% de cancer du sein, 21% cancer colorectal, 13% hémopathies, 12% poumon

51% des patients ont des problèmes gériatriques non détectés avant l'EGA

	<i>n</i>	%	95% CI
Questionnaire completed by the treating physician (<i>n</i> = 1967)	1820	92.5	91.4–93.7
Physician aware of the results of the assessment at the time of treatment decision ^a (<i>n</i> = 1820)	1115	61.3	59.0–63.5
Period 1: 10/2009–05/2010 (<i>n</i> = 661)	336	50.8	47.0–54.6
Period 2: 06/2010–12/2010 (<i>n</i> = 624)	412	66.0	62.3–69.7
Period 3: 01/2011–07/2011 (<i>n</i> = 535)	367	68.6	64.7–72.5
Patients with unknown geriatric problems detected (<i>n</i> = 1820)	931	51.2	48.9–53.5
Detected geriatric problems related to: (<i>n</i> = 931)			
Functionality	373	40.1	36.9–43.2
Nutrition	350	37.6	34.5–40.7
Fatigue	341	36.6	33.5–39.7
Falls	284	30.5	27.6–33.5
Depression	253	27.2	24.3–30.0
Pain	221	23.7	21.0–26.5
Cognition	177	19.0	16.5–21.5
Social status	95	10.2	8.3–12.2

Quand on cherche, on trouve



Quand on cherche, on trouve

Étude PalomAGE

- Cohorte prospective (phase IV)
- N = 817 ptes
- Cancer du sein avancé ou M+
- 78 ans (70-98)
- **82,1% PS 0-1**
- **68,3% G8 $\leq$ 14**

Domaines évalués altérés (G-CODE)	%
Environnement social insuffisamment adapté	13,1
Autonomie : - dépendance pour les ADL ($\leq$ 5/6) - dépendance pour les IADL-4 ($\leq$ 3/4)	14,1 29,5
Troubles de la mobilité et risque de chutes	19,2
Perte de poids (6 derniers mois)	19,1
Trouble de la mémoire - Mini-Cog < 3 - Mini-Cog < 4	19,1 38,9
État thymique altéré (Mini-GDS < 1/4)	46,7
Comorbidités : score de Charlson révisé $\geq$ 4	85,3



Être précis sur les comorbidités pour choisir le traitement

HTA	⇒ Monothérapie depuis 2 ans ⇒ Quadrithérapie depuis 30 ans ; HVG et troubles de la relaxation et néphropathie hypertensive	⇒ et ? ⇒ Bévacicumab ? ITK ?
Diabète	⇒ Monothérapie depuis 4 ans, non compliqué ⇒ Compliqué de neuropathie, néphropathie, rétinopathie	⇒ surveillance neuro sous CT neurotoxique +++ ⇒ Taxanes ? Oxaliplatine ?
Cardiopathie ischémique	⇒ SCA il y a 10 ans (1 stent) ; FEVG Nle ; asymptomatique depuis ⇒ SCA il y a 12 ans (3 stents), puis il y a 10 mois (2 stents)	⇒ avis cardio de principe ? ⇒ opérabilité ? 5FU ?
Insuffisance cardiaque	⇒ FEVG 48% ; asymptomatique ⇒ FEVG 30%	⇒ avis cardio de principe avant anti-HER2 ... ⇒ opérabilité ? Complications postopératoires ?
Arthrose	⇒ Légère, sans conséquence fonctionnelle ni traitement ⇒ Invalidante, limitant l'autonomie et les déplacements	⇒ et ? ⇒ Reprise de l'autonomie ?
Troubles cognitifs	⇒ Légers (MMSE 24/30), sans retentissement au quotidien ⇒ Sévère (MMSE 12/30) + troubles praxiques (aides ++)	⇒ ↗ risque de confusion post-op mais PAS une CI ⇒ Confusion ? Compréhension de la maladie ? Des traitements ? Observance ? Adhésion ?
Parkinson	⇒ Dg récent, sans conséquence ⇒ Depuis 15 ans, difficile à équilibrer, perte fonctionnelle	⇒ et ? ⇒ Faisabilité d'une RT ?



Des recommandations internationales

- *L'EGA détecte des altérations non identifiées antérieurement en pratique oncologique.*
- *L'EGA influence le choix des traitements et l'intensité du traitement.*

Wildiers H et al. J Clin Oncol 2014; 32(24): 2595-603

- *L'EGA identifie les « vulnérabilités » non mises en évidence par l'évaluation oncologique de routine chez les patients ≥ 65 ans traités par CT.*
- *Prendre en compte des résultats de l'EGA pour décider de la CT.*

Mohile SG et al. J Clin Oncol 2018, 36(22): 2326-47

Intérêt de l'EGA et de la prise en charge gériatrique dans le plan de soins et la décision thérapeutique.

Dale W et al. J Clin Oncol 2023; 41(26): 4293-312

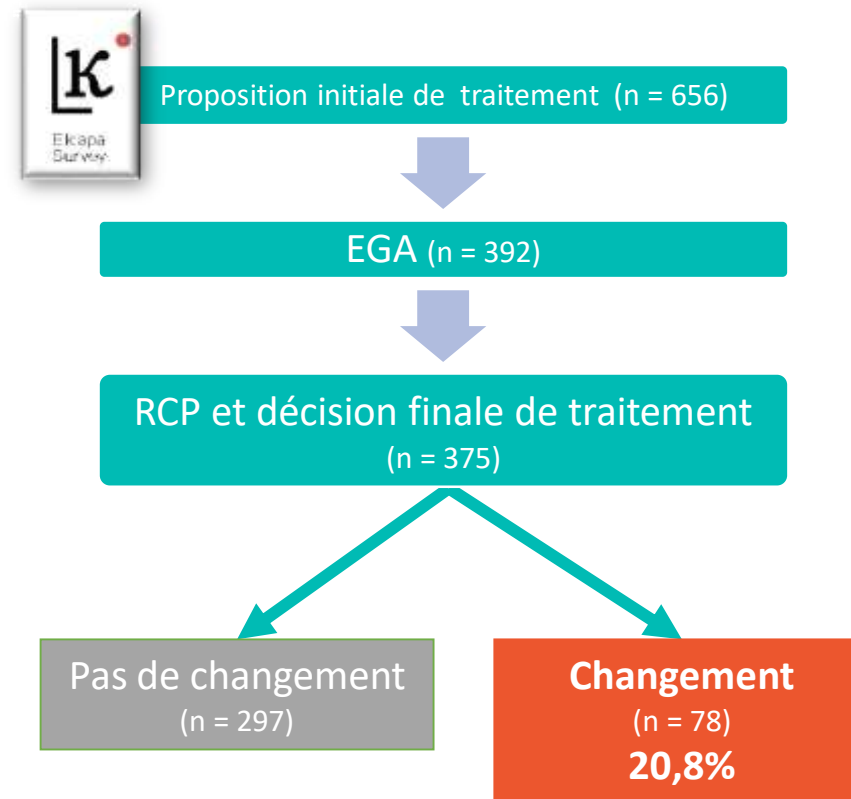


EGA et décision thérapeutique

Proportion de changement du projet thérapeutique après EGA

EGA	• 31% (6-56) • 73% ↗ intensité thérapeutique
EGA Gériatre	• 22% (7-49)
EGA Oncologue	• 28% (6-45)

Hamaker M et al. J Geriatr Oncol 2022; 13: 761-77



Facteurs indépendants associés au changement de traitement :

- **ADL** (↘ 0,5 pts) OR ajusté = 1,25 – IC95% (1,04-1,49)
- **Dénutrition** OR ajusté = 2,99 – IC95% (1,36-6,58)

Caillet P et al. J Clin Oncol. 2011; 29: 3636-42

Évaluer pour anticiper le devenir



Questions pour un Champion

Quelle est l'espérance de vie moyenne en France, en 2024 ?

Femme de 70 ans 19,2 ans

Homme de 70 ans 16,1 ans

Femme de 80 ans 11,3 ans

Homme de 80 ans 9,4 ans

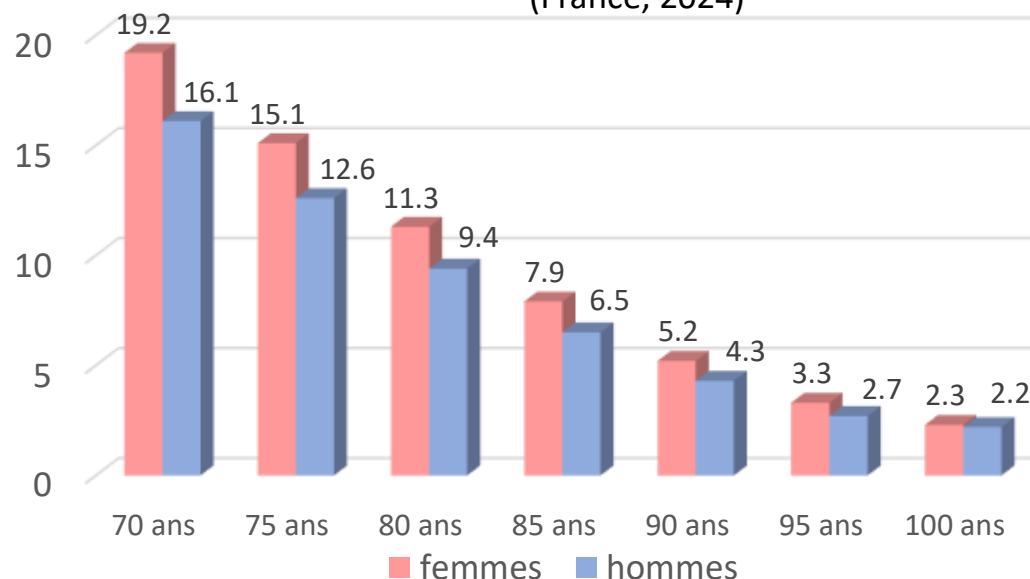
Jusqu'à quel âge pourrait-on proposer, en théorie, un traitement adjuvant ?

Femmes 90 ans $\Rightarrow$ 5,2 ans

Hommes 88 ans $\Rightarrow$ 5,08 ans

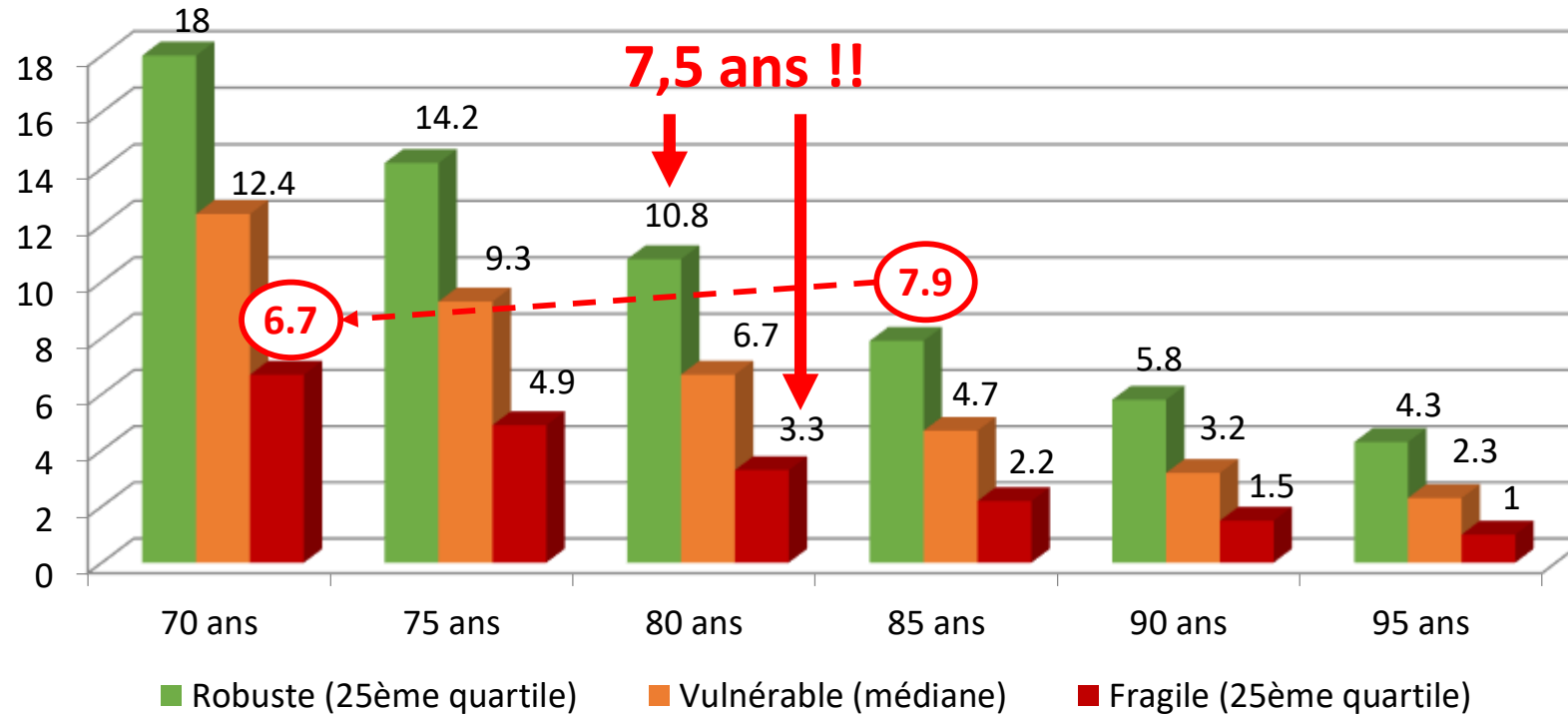


Espérance de vie **MOYENNE** selon l'âge et le sexe
(France, 2024)



<https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/6794598/EVDA/FRANCE>

Une espérance de vie variable selon l'état de santé



L'âge chronologique seul n'a aucun sens pour apprécier l'espérance de vie d'un patient : il faut connaître son état de santé global

EGA et mortalité à 100 jours

Modèle prédictif de mortalité à 100 jours (facteurs oncologiques et gériatriques)

- **1050 patients**
- âge médian 81,8 ans (70-100)
- 39,6% d'hommes
- 41% PS 0-1
- 30,9% M+
- Cancers :
 - sein 22,8%
 - CR 18,3%
 - hémato 7,4% ...

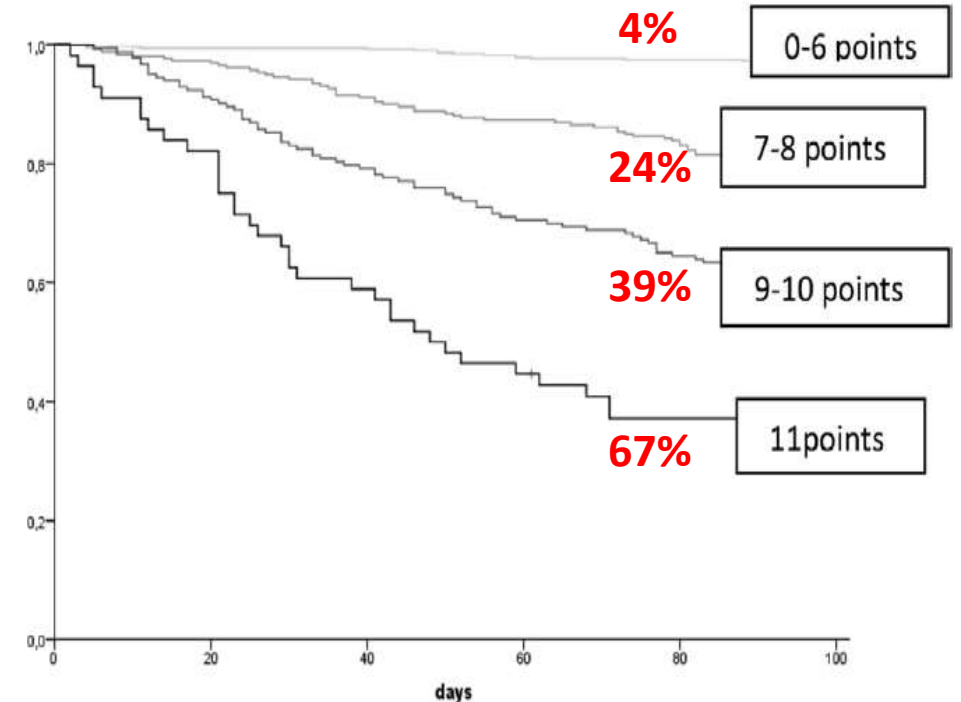
Facteurs indépendants de mortalité à 100 jours

Statut M+	OR = 2,5 (1,7 – 3,5)	2
Cancer (non sein)	OR = 4 (2,1 – 7,9)	3
PS > 2	OR = 1,7 (1,1 – 2,6)	1
VM > 0,8 m/s	OR = 2,1 (1,3 – 3,5)	1
17 < MNA ≤ 23,5	OR = 4,4 (2,1 – 9,1)	3
MNA < 17/30	OR = 8 (3,7 – 17,3)	4

« adapter la thérapeutique »

Forte probabilité de décès dans les 3 mois :

- Chirurgie ?
- Pas de chimiothérapie lourde ?
- Soins de support exclusif ?



EGA vs score ASA, et mortalité à 6 mois

- Étude prospective mono-centrique
- **980 patients**
- > 75 ans
- Chirurgie pour cancer
- Co-management postopératoire chirurgien & gériatre

- **8,3% de décès à 6 mois après la chirurgie**
- 85,4% de score ASA 3
- **Nb. moyen de paramètres EGA altérés :** 4 pour les ASA 2
5 pour les ASA 3
7 pour les ASA 4

Score ASA associé à :

- âge
- taux d'albumine préopératoire
- durée d'hospitalisation
- admissions en USI dans les 30 jours

Mortalité à 6 mois associée (multivariée)

- **nb. de déficits EGA** (OR = 1,14 /domaine altéré)
- admissions en USI dans les 30 jours (OR = 2,77)
- durée d'hospitalisation (OR = 1,03)
- taux d'albumine avant opération (OR = 0,36)

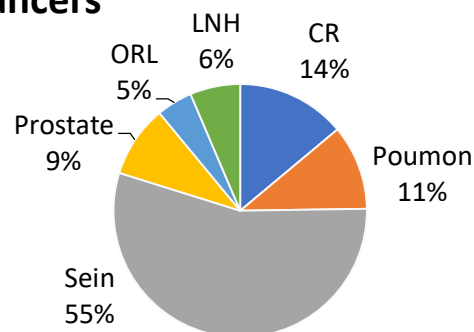
Mortalité à 6 mois associée au nombre de déficits de l'EGA, mais PAS au score ASA



EGA et mortalité à 5 ans

- **1264 pts** (ONCODAGE)
- $78 \pm 5,4$ ans
- 70,3% de femmes
- 13,6 % M+ (inclusion)

Cancers



Domaines de l'EGA	Outils (altéré vs N)		HR (IC95%)	p
État nutritionnel	MNA	Suivi à 1 an	2,97 (2,33-3,78)	< 0,01
		Suivi à 3 ans	2,24 (1,82-2,77)	< 0,01
		Suivi à 5 ans	0,73 (0,43-1,24)	ns
Autonomie	ADL	75 ans	1,75 (1,19-1,99)	< 0,01
		85 ans	0,83 (0,62-1,10)	ns
Autonomie	IADL	F, 75 ans	1,46 (1,06-2,02)	0,02
		F, 85 ans	1,01 (0,71-1,45)	ns
		H 75 / 85	1,01 (0,71-1,45)	ns
Mobilité	TGUG	75 ans	2,19 (1,56-3,07)	< 0,01
		85 ans	1,27 (0,94-1,72)	ns
Cognition	MMSE	aucun diplôme	1,26 (0,87-1,83)	ns
		primaire	1,84 (1,31-2,58)	< 0,01
		secondaire	2,67 (1,24-5,79)	0,01
		tertiaire	3,89 (1,11-13,66)	0,03
État psychologique	GDS-15		1,38 (1,13-1,68)	< 0,01
Comorbidités	CIRS-G		1,64 (1,18-2,28)	< 0,01

Tous les domaines altérés impactent négativement la survie

“Shall we operate? Preoperative assessment in elderly cancer patients”

460 pts

76,9 ± 5,2 ans (70–95)

Cancers :

- Sein 47,2%
- Gastro-intestinal 31,3%
- Génito-urinaire 15,4%
- Autres 6,1%

Facteurs associés aux complications postopératoires à 30 jours

➡ fatigue, dépendance pour les IADL, et PS anormal

Facteurs associés à l’allongement de la durée de séjour

➡ dépendance pour les ADL, les IADL, et PS anormal



ADL : facteur de risque chirurgical ?

- 7696 procédures chirurgicales majeurs
(générales, thoraciques, vasculaires) *Veterans Administration Health system*
- **Facteurs de mortalité à 30 jours quel que soit l'âge :**
 - **Altération préopératoire des ADL**
 - Score ASA élevé
 - Chirurgie en urgence



TGUG : facteur de risque chirurgical ?

- **280 pts ≥ 70 ans**
- Chirurgie pour une tumeur solide :
 - laparotomies (61%)
 - chirurgie de cancer du sein (27%)
- 20% de complications majeures
- 3,6% de mortalité à 30 jours
- 53% avec une durée d'hospitalisation > 7 jours

⇒ **TGUG > 20s et score ASA 1 vs. 3-4 étaient indépendamment associés à :**

- | | |
|---|-----------------|
| • Complications majeures | 3,4 (1,1-10,3) |
| • Durée d'hospitalisation > 7 jours | 3,9 (1,1-14,1) |



TGUG : facteur de risque chirurgical ?

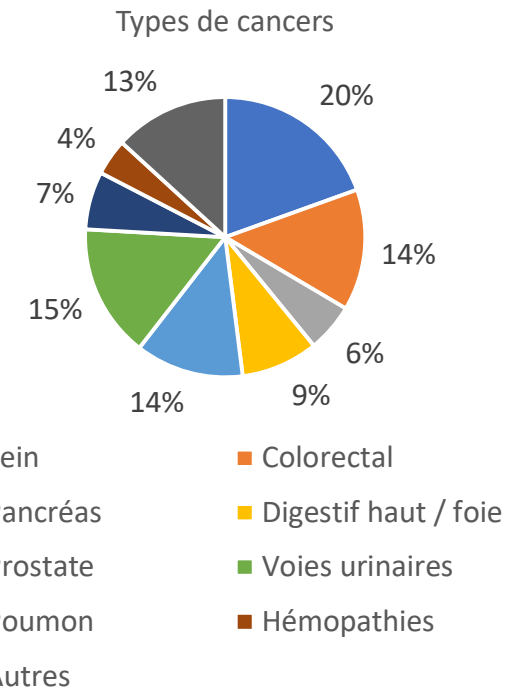
- 118 pts ≥ 75 ans (MMSE $>10/30$)
- Chirurgie abdominale majeure dont 103 cancers (CRC, estomac, pancréas, hépatobiliaire)
- **24% de confusion postopératoire**

TABLE 4. Multivariate Analysis of Risk Factors for Postoperative Delirium (PD) in 118 Patients

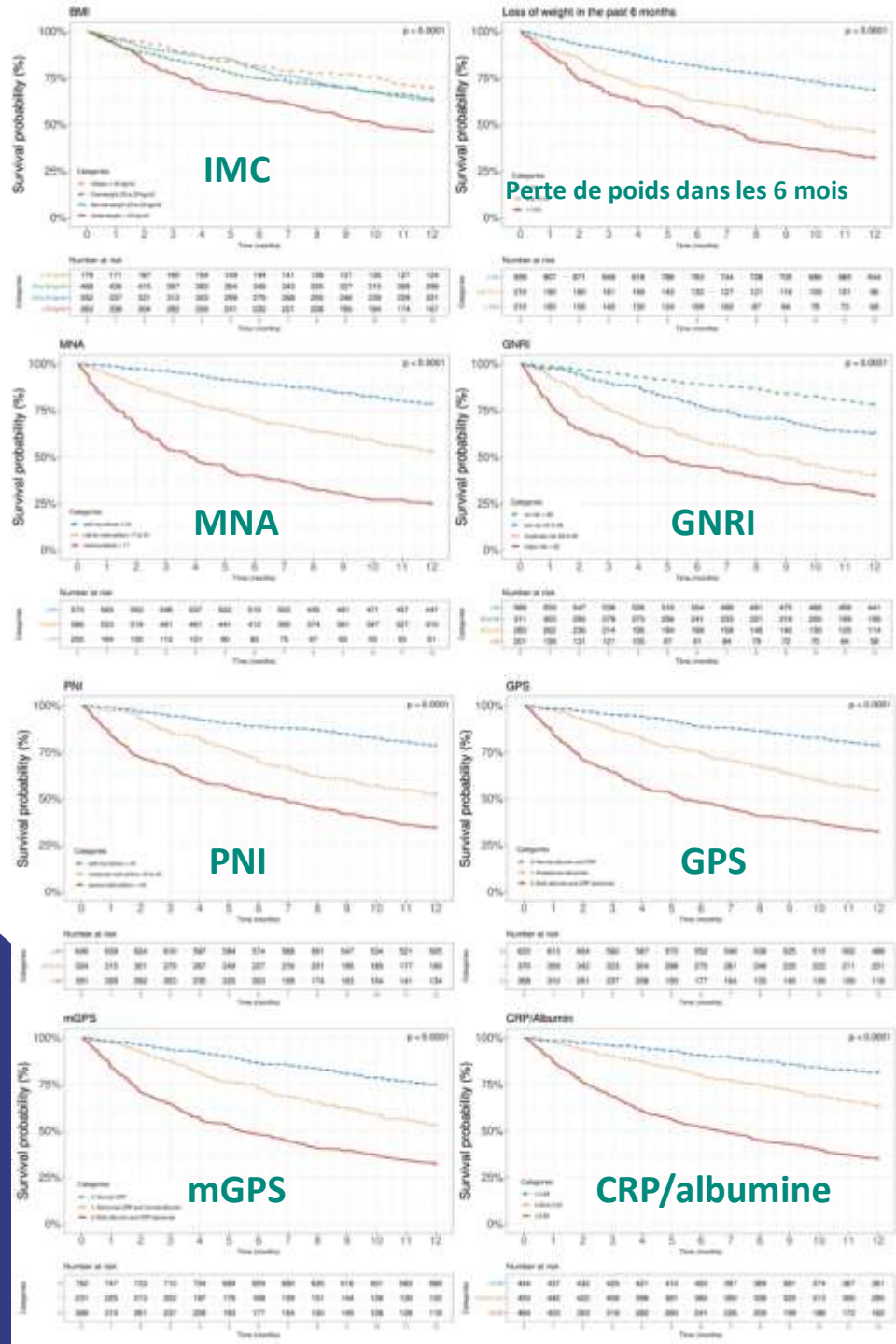
	<i>P</i>	Hazard Ratio	95% CI
ADL score >0	0.44		
MMSE <26	0.60		
Preoperative calcium level <2.2 mmol/L	0.21		
Perioperative blood transfusion	0.11		
→ TGUG Test >20 s	0.009	4.8	(1.5–15.6)
→ ASA status of 3–4	0.02	3.3	(1.2–9)
Postoperative administration of tramadol	0.0009	7.1	(2.2–22.5)

Valeur pronostique de l'état nutritionnel

- 1361 pts
- Âge médian : 81 ans (77-85)
- Suivi médian : 4,6 ans (2,5-2,5)



- Mortalité à 1 an : 40,6%
- Délai médian de mortalité : 1,5 ans



Nutrition-related tools	Survivors (N= 808)		Deceased (N = 553)			
	No. of Patients	%	No. of Patients	%		
Body mass index (kg/m ²), ref: 22 to <25	221	27	131	24	Ref. 1.00	<0.001
< 22	167	21	196	35	1.71 [1.37–2.13]	<0.001
25 to <30	296	37	172	31	1.02 [0.81–1.28]	0.9
≥30	124	15	54	10	0.79 [0.57–1.08]	0.14
Weight loss in the previous 6 months, ref: ≤5%	644	80	295	53	Ref. 1.00	<0.001
5 to 10%	68	8	144	26	2.11 [1.70–2.62]	<0.001
>10%	96	12	114	21	3.12 [2.56–3.81]	<0.001
Mini Nutritional Assessment, ref: >24	447	55	123	22	[Sans titre]	<0.001
<17						<0.001
17 to 24						<0.001
Geriatric Nutritional Risk Inde						<0.001
<82						<0.001
82 to 92						<0.001
92 to 98						<0.001
Prognostic Nutritional Index, ref: >45	505	62	141	25	Ref. 1.00	<0.001
<40	134	17	257	46	4.71 [3.83–5.79]	<0.001
40 to 45	169	21	155	28	2.63 [2.09–3.30]	<0.001
Glasgow Prognostic Score, ref: 0	489	61	134	24	Ref. 1.00	<0.001
1	201	25	169	31	2.49 [1.98–3.12]	<0.001
2	118	15	250	45	5.17 [4.19–6.39]	<0.001
modified Glasgow Prognostic Score, ref: 0	568	70	194	35	Ref. 1.00	<0.001
1						
2						
C-r						
0						
>						

Les 8 facteurs de dénutrition sont des facteurs indépendants de décès à 1 an

La valeur pronostique de l'état nutritionnel / de la dénutrition doit être systématiquement prise en compte dans la décision thérapeutique

Comorbidités et complications postopératoires

- 61740 pts > 65 ans (*Nationwide Inpatient Sample*)
- Chirurgie pour cancer ORL entre 2001 et 2010

	All patients (61,741)	Comorbidity score 0 (30,642)	Comorbidity score 1 (19,748)	Comorbidity score 2 (7821)	Comorbidity score ≥3 (3530)	p value
Pedicle or free flap reconstruction						.65
No	55,331 (89.6%)	27,377 (89.4%)	17,714 (89.7%)	7031 (89.9%)	3210 (90.9%)	
Yes	6409 (10.4%)	3264 (10.6%)	2034 (10.3%)	790 (10.1%)	320 (9.1%)	
Acute comorbidity						
Acute cardiac event	11,121 (18.0%)	2782 (9.1%)	3736 (18.9%)	2881 (36.8%)	1722 (48.8%)	< .001
Acute pulmonary edema/failure	3094 (5.0%)	960 (3.1%)	1055 (5.3%)	727 (9.3%)	352 (10.0%)	< .001
Acute cerebrovascular event	267 (0.4%)	0 (0%)	79 (0.4%)	70 (0.9%)	118 (3.3%)	< .001
Acute renal failure	1346 (2.2%)	363 (1.2%)	391 (2.0%)	245 (3.1%)	347 (9.8%)	< .001
Acute hepatic failure	21 (<0.1%)	0 (0%)	*	0 (0%)	*	.23
Sepsis	864 (1.4%)	365 (1.2%)	*	175 (2.2%)	*	< .001
Urinary tract infection	1895 (3.1%)	755 (2.5%)	633 (3.2%)	345 (4.4%)	162 (4.6%)	< .001
Pneumonia	5347 (8.7%)	1714 (5.6%)	1980 (10.0%)	1119 (14.3%)	535 (15.2%)	< .001
Postoperative surgical complications	6648 (10.8%)	3163 (10.3%)	2166 (11.0%)	930 (11.9%)	390 (11.1%)	.38

- **Complications aiguës** OR = 3,7
- **Mortalité hospitalière** OR = 3,6

G8 et complications postopératoires

- Étude rétrospective
- 71 pts ≥ 70 ans, atteints de CHC
- **25% de complications postopératoires** (classification de Clavien-Dindo – ascite et/ou épanchement pleural réfractaire ; pneumopathie ; abcès intra-abdominal ; insuffisance cardiaque ; AVC)

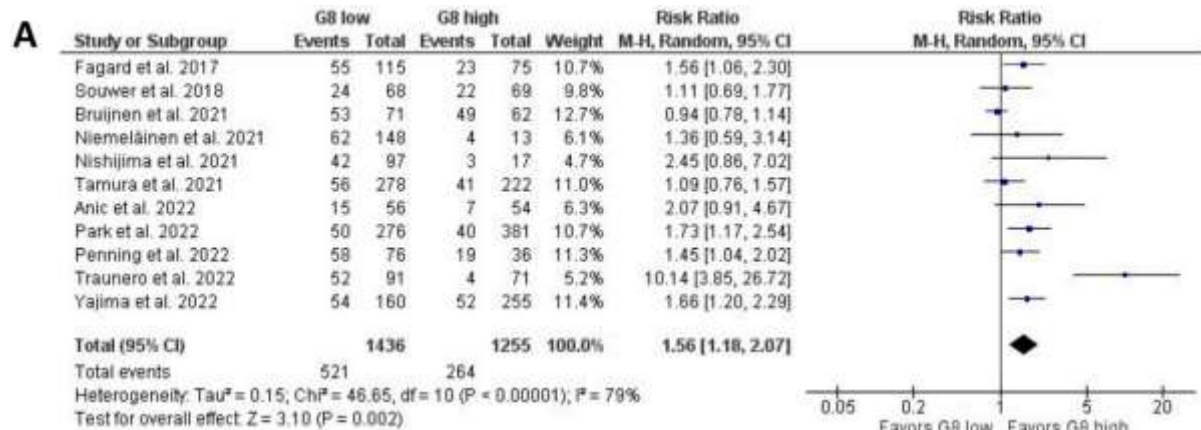
Table 6 Risk factors for complications after resection for hepatocellular carcinoma, calculated by multivariate analysis

Variable	Odds ratio	95 % CI	P
Age ≥ 77 years	0.65	0.11–3.70	0.6280
Albumin < 4.0 g/dl	1.54	0.32–8.20	0.5549
Operating time ≥ 350 min	3.12	0.49–20.03	0.2299
Operative blood loss ≥ 770 ml	3.15	0.54–18.55	0.2042
Cirrhosis	4.44	0.81–24.36	0.0865
G8 < 14	24.36	1.66–157.08	0.0198
Mini Nutritional Assessment < 12	2.08	0.33–13.33	0.4378

G8 et complications postopératoires

Revue systématique et méta-analyse sur 11 études

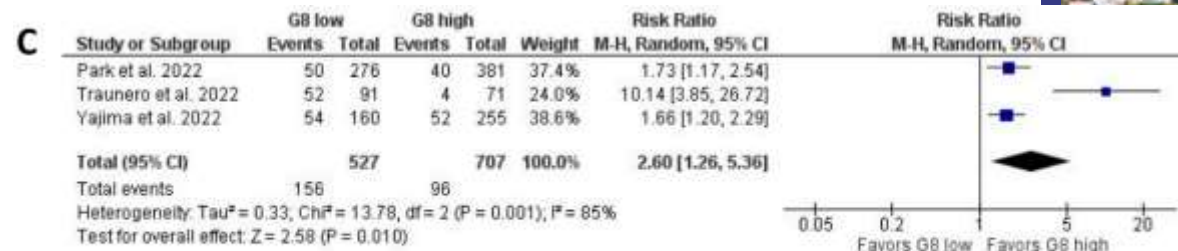
Toutes les études



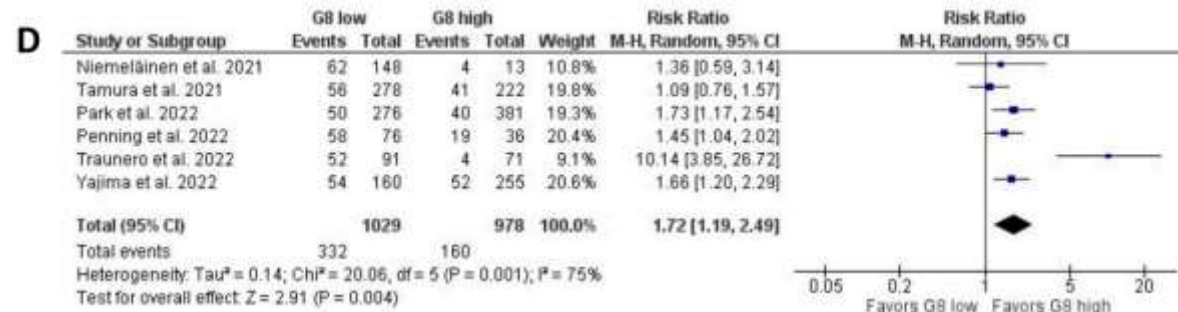
Cancers du colon



Cancers urologiques



Complications selon Clavien-Dindo ≥ 1



EGA et décision de chirurgie

	Dépendance fonctionnelle	Troubles de la marche et chutes	Altération cognitive	Dénutrition	Comorbidités	fragilité	Age
Mortalité intra-hospitalière	X			X	X		
Mortalité à 6 mois		X		X	X		
Mortalité à long terme			X				
Institutionnalisation		X		X	X	X	
Complications postopératoires	X	X	X	X	X	X / G8	
Augmentation de la durée d'hospit.			X	X	X	X	
Confusion		X	X				X
Hospit. non programmées						X	



Évaluer pour soigner le patient et pas seulement le cancer



Des interventions multiples, adaptées aux besoins identifiés

Soins mis en place après la CS gériatrique :

- Interventions nutritionnelles 69,9%
- Intervention d'une assistante sociale / services sociaux 45,9%
- Rééducation physique 41,9%
- Interventions psychologiques 35,7%
- Modification des prescriptions médicamenteuses 30,7%
- Consultation mémoire 20,8%

Caillet P et al. J Clin Oncol 2011; 29: 3636-42

Geriatric Interventions	n = 8819	%
Nutritional care	2231	71.1
Physiotherapist intervention	1462	46.6
Delirium prevention	599	19.1
Social worker interventions	733	23.3
Psychological/Psychiatric care	510	16.2
Treatment modification for optimization	667	21.2
Adjustment medication for iatrogenic disorders	351	11.2
Comorbidity management	970	30.9
Nursing interventions	580	18.5
Specialized pain management	96	3.1
Caregiver care	355	11.3
Care pathway modification	265	8.4

Boulaheiss R et al. Cancers 2019, 11, 192; doi:10.3390/cancers11020192



Planned interventions related to: (n = 286)

Nutrition	162	56.6	50.9–62.4
Depression	107	37.4	31.8–43.0
Fatigue	107	37.4	31.8–43.0
Pain	99	34.6	29.1–40.1
Functionality	93	32.5	27.1–38.0
Falls	64	22.4	17.6–27.2
Cognition	60	21.0	16.3–25.7
Social status	59	20.6	15.9–25.3

Kenis C et al. Ann Oncol 2013; 24(5): 1306-12



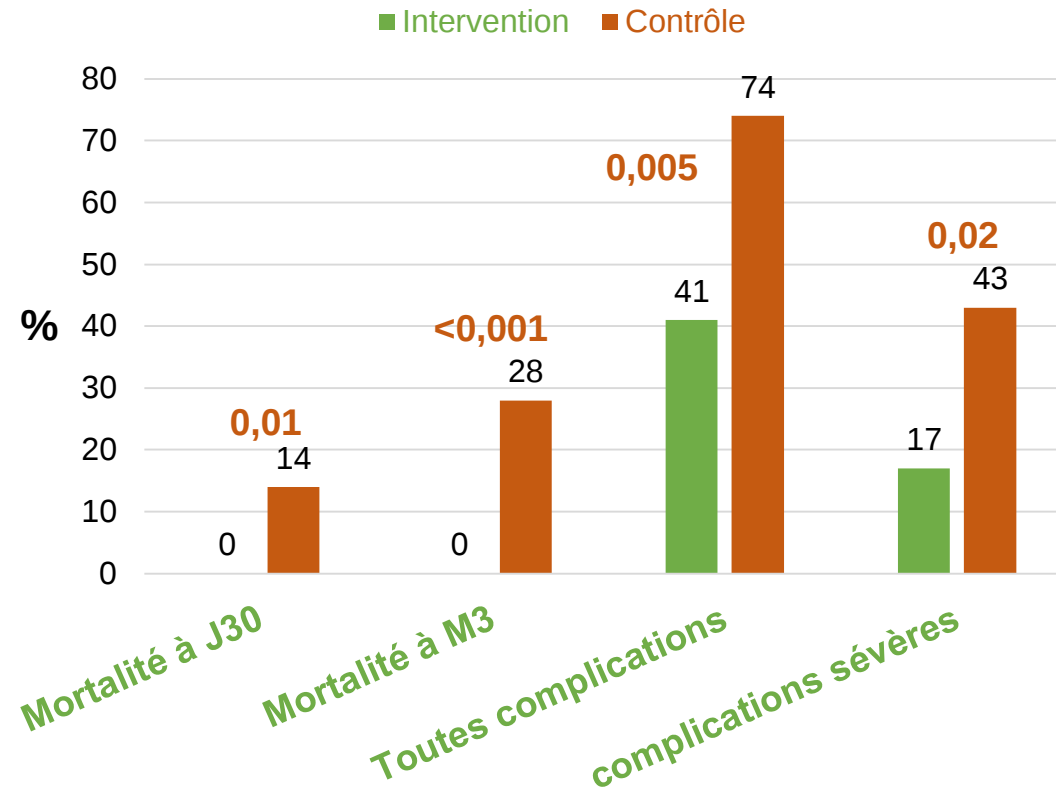
Interventions multidisciplinaires et chirurgie

- N = 79
- Âge médian 75 ans [44-91]
- Chirurgie pour cancer de l'œsophage, de l'estomac, de la tête du pancréas
- Interventions multidisciplinaires :
 - nutritionnelles
 - activité physique et respiratoire
 - optimisation des traitements en cours

Pas de différence significative sur :

- durée d'hospitalisation
- institutionnalisation
- réadmissions

Devenir postopératoire



Évaluation onco-gériatrique en pré-chirurgie



Connaître le patient

L'EGA révèle des altérations (vulnérabilités) non identifiées qui peuvent limiter ou contre-indiquer le traitement.

Devenir ?

Décider le traitement sur l'âge chronologique est un non sens
⇒ L'EGA apporte des éléments pronostiques.

INTERVENTIONS

L'EGA sert à bien plus que la seule discussion thérapeutique oncologique.

- ⇒ Mise en œuvre d'interventions adaptées aux problèmes identifiés ⇒ prise en charge globale = « Plan personnalisé de soins (PPS) ».
- ⇒ Optimiser le traitement et le devenir du patient.



Évaluation onco-gériatrique en pré-chirurgie

Traiter le cancer



Traitements

- Chirurgie
- Chimiothérapie
- Radiothérapie
- Hormonothérapie
- Thérapies ciblées
- Traitements focaux
- Immunothérapie
- ...

... mais surtout le malade âgé



Interventions gériatriques

- Médicaments
- Comorbidités
- Soins infirmiers
- Kinésithérapie
- Activité physique
- Nutrition
- Évaluation sociale
- Aides à domicile
- Psycho-cognitives
- Filière gériatrique
- etc.



J'aurai 18 ans jusqu'à ma mort !



CIPEG – CNMC – CNIDEC
5-6-7 MAI 2025

La juste indication opératoire

Djamel GHEBRIOU

IUC AP-HP Sorbonne Université

Hôpital Universitaire Tenon, AP-HP, Paris

UCOG Ile de France – Paris Est



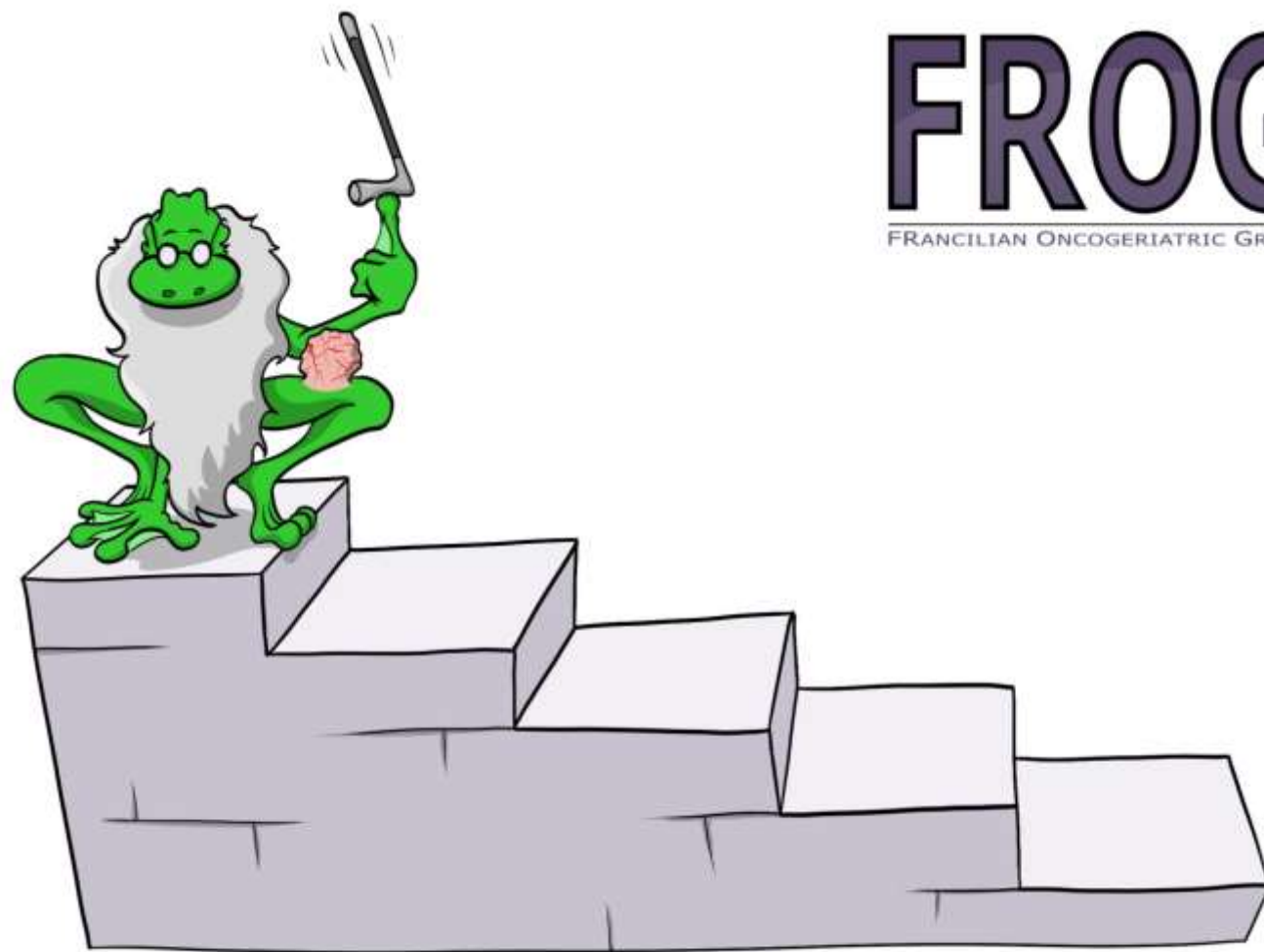
Conflits d'intérêt

- Aucun avec le sujet



Rappel de quelques règles du jeu





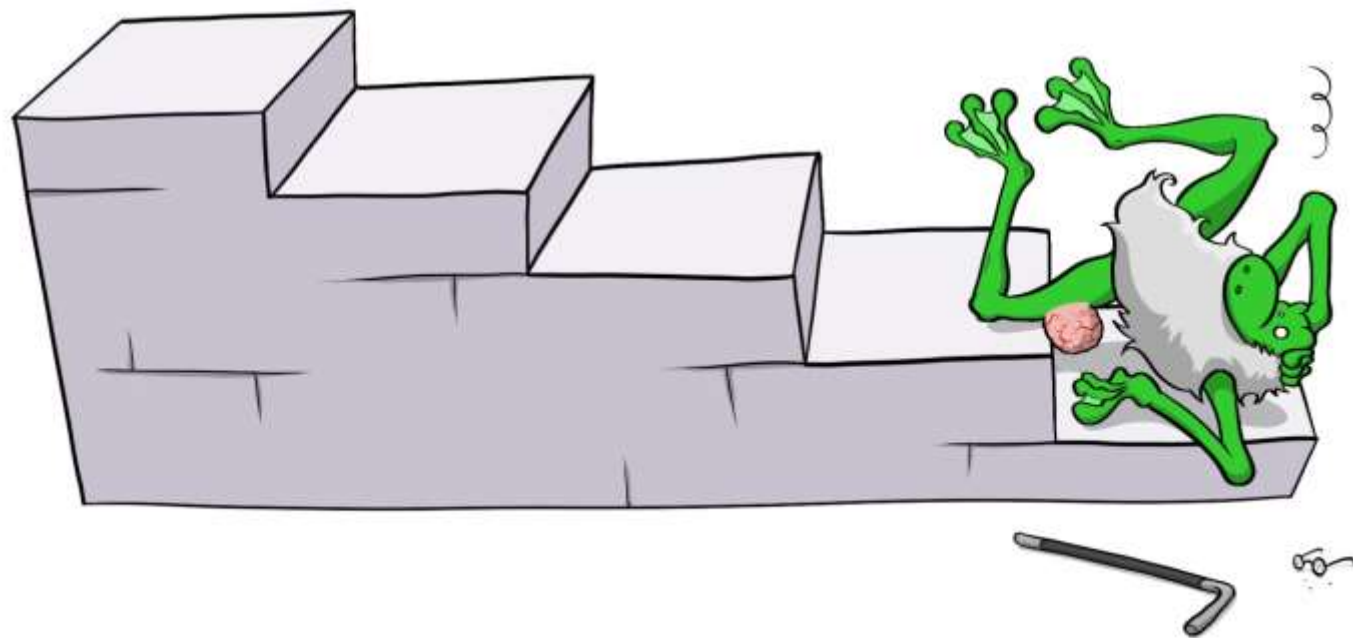
FROG

FRANCILIAN ONCOGERIATRIC GROUP



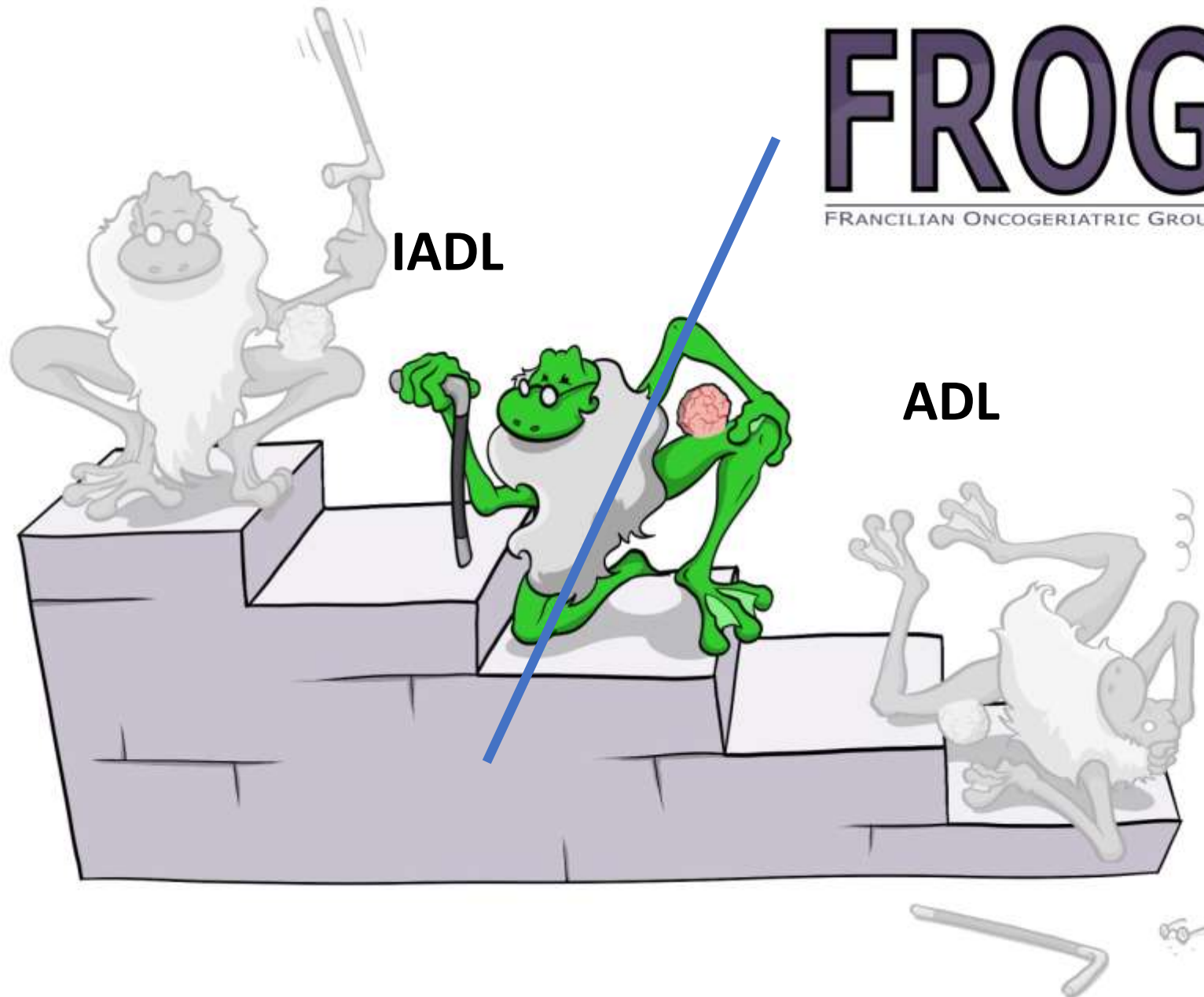
FROG

FRANCILIAN ONCOGERIATRIC GROUP



FROG

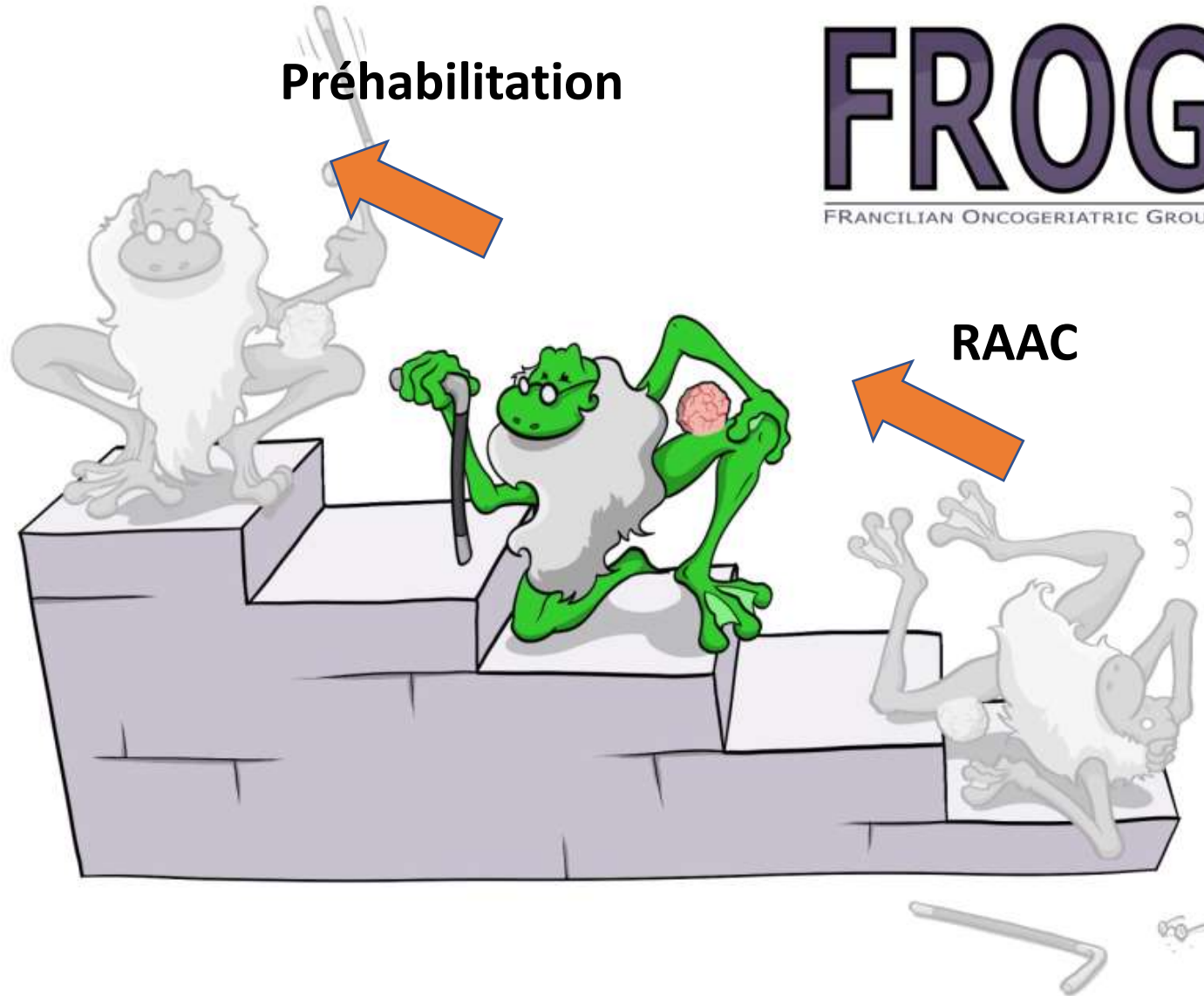
FRANCILIAN ONCOGERIATRIC GROUP



Préhabilitation

FROG
FRANCILIAN ONCOGERIATRIC GROUP

RAAC





OncoLogue



Mr FROG 85
ans



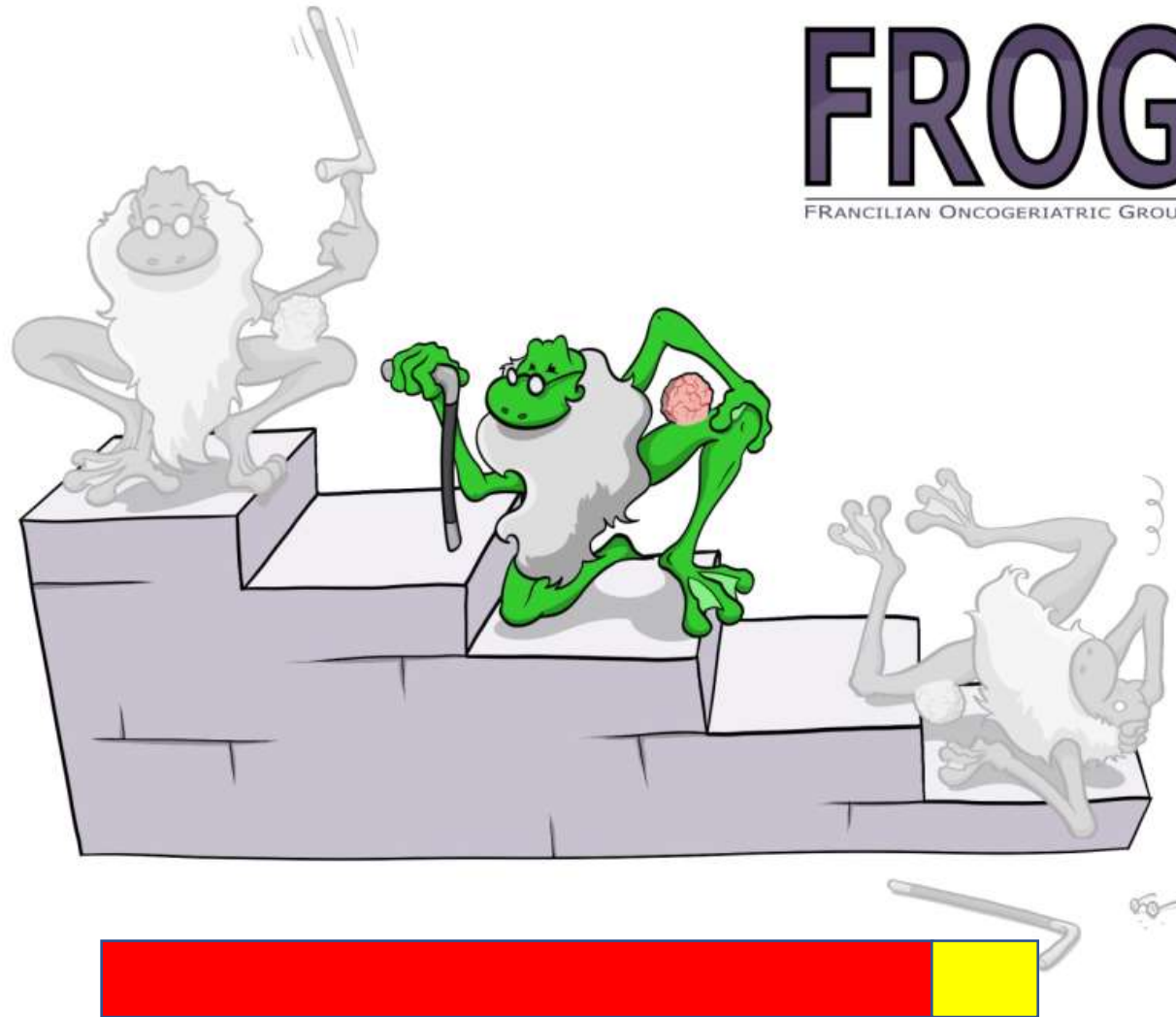
CHEMO

Réserves fonctionnelles



Réerves fonctionnelles

FROG
FRANCILIAN ONCOGERIATRIC GROUP



- L. Balducci, Management of Cancer in the Older Person: A Practical Approach. The Oncologist 2000; 5(3): 224-237

Balducci 1	Balducci 2	Balducci 3
FIT	vulnérable	fragile
Traitement standard	Traitement adapté	Soins palliatifs

- Intérêt pédagogique et pronostique +++
- Fragilité = facteur compétitif de mortalité

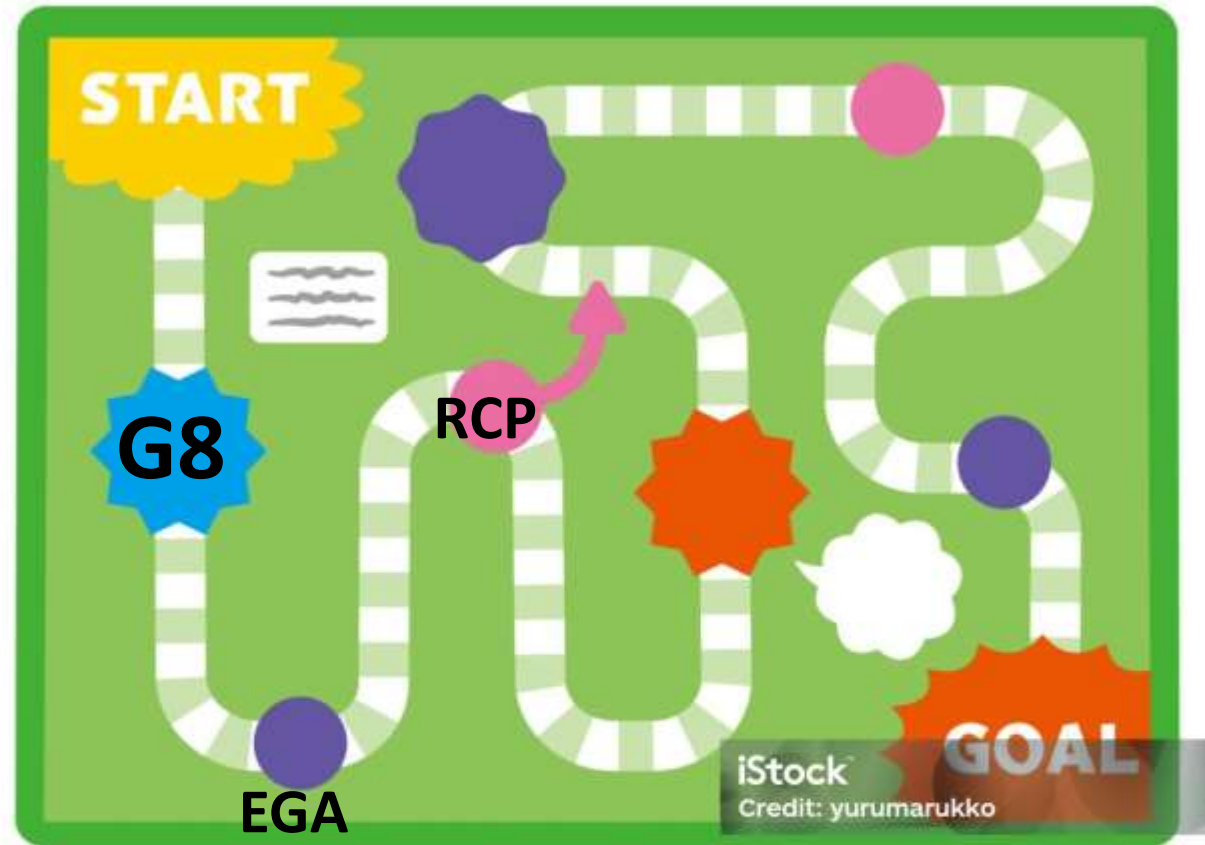


Une parenthèse sur

« La pseudo-urgence gériatrique »



Le parcours idéal de la chirurgie en oncogériatrie



Intérêt de l'évaluation gériatrique ?

- ❑ 375 patients
- ❑ Mean age 79,6 years
- ❑ Digestive cancers were most frequent 58,7%
- ❑ Most frequent comorbidities: renal failure (62,2%) et hypertension (61,9%)

Changing decision in 20.8% of cases:

- 80.8% decrease in the intensity of treatment
- 9% = delayed treatment for geriatric management
- 10.2% = Intensification treatment

Independent factors associated with changing decision:

Functional impairment (ADL) and malnutrition

Caillet P, Canoui-Poitaine F, Vouriot J, et al: Comprehensive geriatric assessment in the decision-making process in elderly patients with cancer: ELCAPA study. J Clin Oncol 29:3636-3642, 2011



Traitement du cancer ≠ Traitement du patient atteint de cancer

Ecueils de la RCP

- Présentation du dossier limitée à la tumeur
- Risque de décision inappropriée dans 20 à 30% des cas
- Le plus souvent avec un risque de surtraitement
- Mauvaise présentation du dossier = mauvaise décision de RCP



Quelques outils d'aide à la décision



Enter Patient and Surgical Information

i Procedure

44140 - Colectomy, partial; with anastomosis

Clear

Begin by entering the procedure name or CPT code. One or more procedures will appear below the procedure box. You will need to click on the desired procedure to properly select it. You may also search using two words (or two partial words) by placing a '+' in between, for example: "cholecystectomy + cholangiography"

Reset All Selections

i Are there other potential appropriate treatment options? ☐ Other Surgical Options ☐ Other Non-operative options ☒ None

Please enter as much of the following information as you can to receive the best risk estimates.
A rough estimate will still be generated if you cannot provide all of the information below.

Age (between 18 and 112):

80

Sex

Male

Functional Status **i**

Partially Dependent

Emergency Case **i**

No

ASA Class **i**

Mild systemic disease

Steroid use for chronic condition **i**

No

Ascites within 30 days prior to surgery **i**

No

Systemic Sepsis within 48 hours prior to surgery **i**

None

Ventilator Dependent **i**

No

Disseminated Cancer **i**

No

Diabetes **i**

Oral

Hypertension requiring medication **i**

Yes

Congestive Heart Failure in 30 days prior to surgery **i**

No

Dyspnea **i**

No

Current Smoker within 1 Year **i**

No

History of Severe COPD **i**

No

Dialysis **i**

No

Acute Renal Failure **i**

No

BMI Calculation: **i**

Height: 71 in / 180 cm

Weight: 185 lb / 84 kg

Back

Continue

Step 2 of 4

Module gériatrique



Surgical Risk Calculator

[Home](#)[About](#)[FAQ](#)[ACS Website](#)[ACS NSQIP Website](#)

Enter Geriatric Patient Information

Would you like to add Geriatric Outcomes? If so, please answer the following questions. ☒ Yes ☐ No

*Please enter as much of the following information as you can to receive the best risk estimates.
A rough estimate will still be generated if you cannot provide all of the information below.*

Mobility Aid Use

No ▾

Origin Status on Admission

Supported at home ▾

Fall History

No ▾

History of Dementia or Cognitive Impairment

Yes ▾

Hospice or Palliative Care on Admission

No ▾

Surrogate-Signed Consent

No, Patient signed his/her own consent ▾

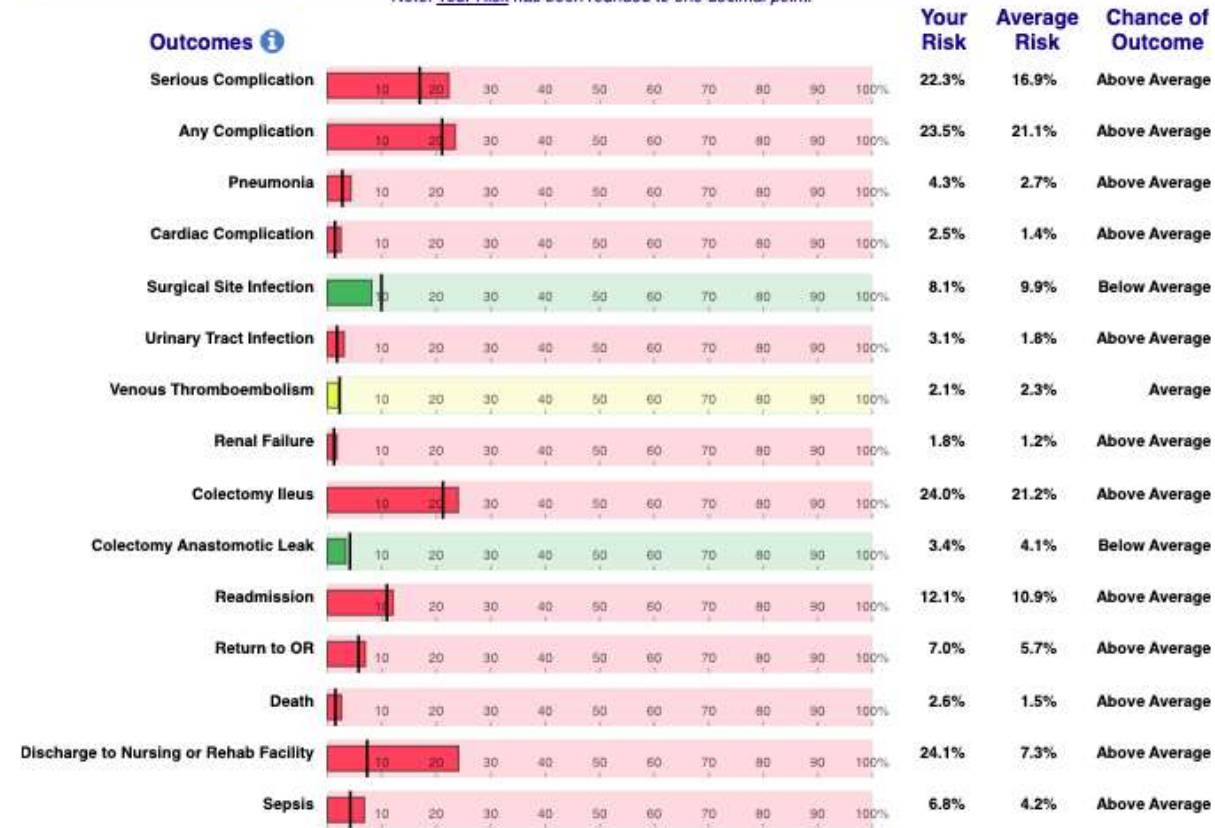
[Back](#)[Continue](#)

Procedure: 44140 - Colectomy, partial; with anastomosis

Risk Factors: Age (80), Male, Partially dependent functional status, Mild systemic disease, Diabetes (Oral), HTN, BMI (25.8), Supported at home, Cognitive Status Admit, Supported at home, Cognitive Status Admit

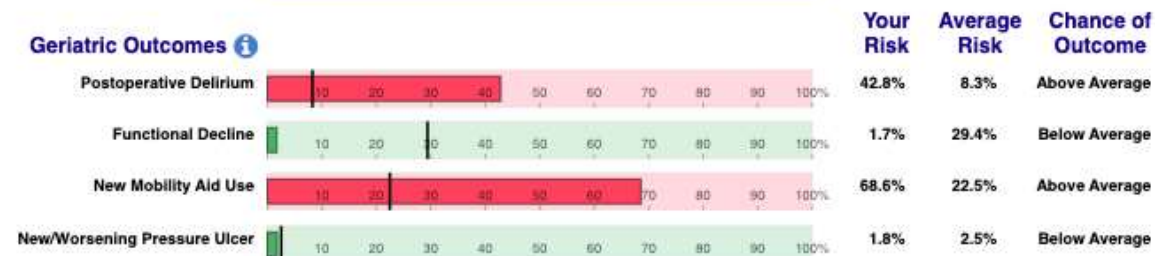
Change Patient Risk Factors

Note: Your Risk has been rounded to one decimal point.



Predicted Length of Hospital Stay: 5.5 days

Geriatric Outcomes



Score de DELPHI (DELirium Prediction based on Hospital Information) pour évaluer le risque de survenue d'une confusion en milieu chirurgical (**exclusion si MMSE < 24/30**)

Un score supérieur à 7 constitue un haut risque de syndrome confusionnel.

Kim MY, Park UJ, Kim HT, Cho WH. DELirium Prediction Based on Hospital Information (Delphi) in General Surgery Patients. Medicine (Baltimore). 2016 Mar;95(12):e3072. doi: 10.1097/MD.00000000000003072. PMID: 27015177; PMCID: PMC4998372.

Variables	Points
Age 60-69 ans	0
Age 70-79 ans	1
Age ≥ 80 ans	2
Dépendance pour la marche	2
Indépendance pour la marche	0
Alcoolisme chronique	1
Pas d'alcoolisme chronique	0
Chirurgie en urgence	1
Chirurgie programmée	0
Laparotomie	2
Coelioscopie	0
Pas d'admission en soins intensifs	0
Admission en soins intensifs	3
CRP > 10 mg/dL	1
CRP < 10 mg/dL	0
Pas d'antécédent de syndrome confusionnel	0
Antécédents de syndrome confusionnel	2
Déficit auditif	1
Pas de déficit auditif	0



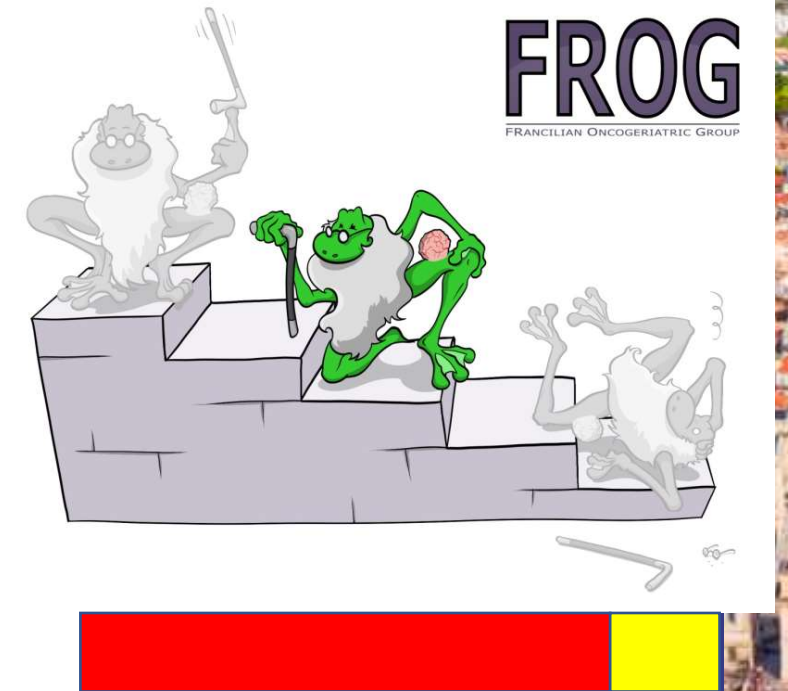
Bilan d'extension +++ au-delà des recommandations s'il le faut !

Afin d'éviter une chirurgie futile



Quelles problématiques en lien avec les complications post – opératoires ?

- Réserves fonctionnelles suffisantes pour se remettre des complications ?
- Risque de perte d'autonomie fonctionnelle
- Difficulté à rééduquer un patient qui a une démence évoluée
- **Quelle intensité de réanimation en cas de complications sévères ?**
 - **Information loyale au patient et sa famille !!!**



Les traitements péri-opératoires



Médecine personnalisée



EVALUATION ONCOGÉRIATRIQUE =
PREMIER NIVEAU DE PERSONNALISATION
DE LA PRISE EN CHARGE DU CANCER



NOMBRE DE LIGNES DE TRAITEMENT
DIMINUE AVEC L'ÂGE



Limiter le nombre de séquences thérapeutiques ambitieuses

La mauvaise tolérance d'une séquence pourrait compromettre la suivante : 

Gros problème si la séquence compromise est la plus importante

MULTICENTER RANDOMIZED PHASE III OF DOSE DENSE MVAC OR GC AS PERIOPERATIVE CHEMOTHERAPY FOR MUSCLE INVASIVE BLADDER CANCER

Overall Survival at 5 years in the GETUG/AFU V05 VESPER trial

Ch Pfister, G Gravis, A Flechon, C Chevreau, H Mahammedi, B Laguerre, A Guillot,

F Joly, Y Allory, V Harter and S Culine for the Vesper trial investigators



Trial design (1)

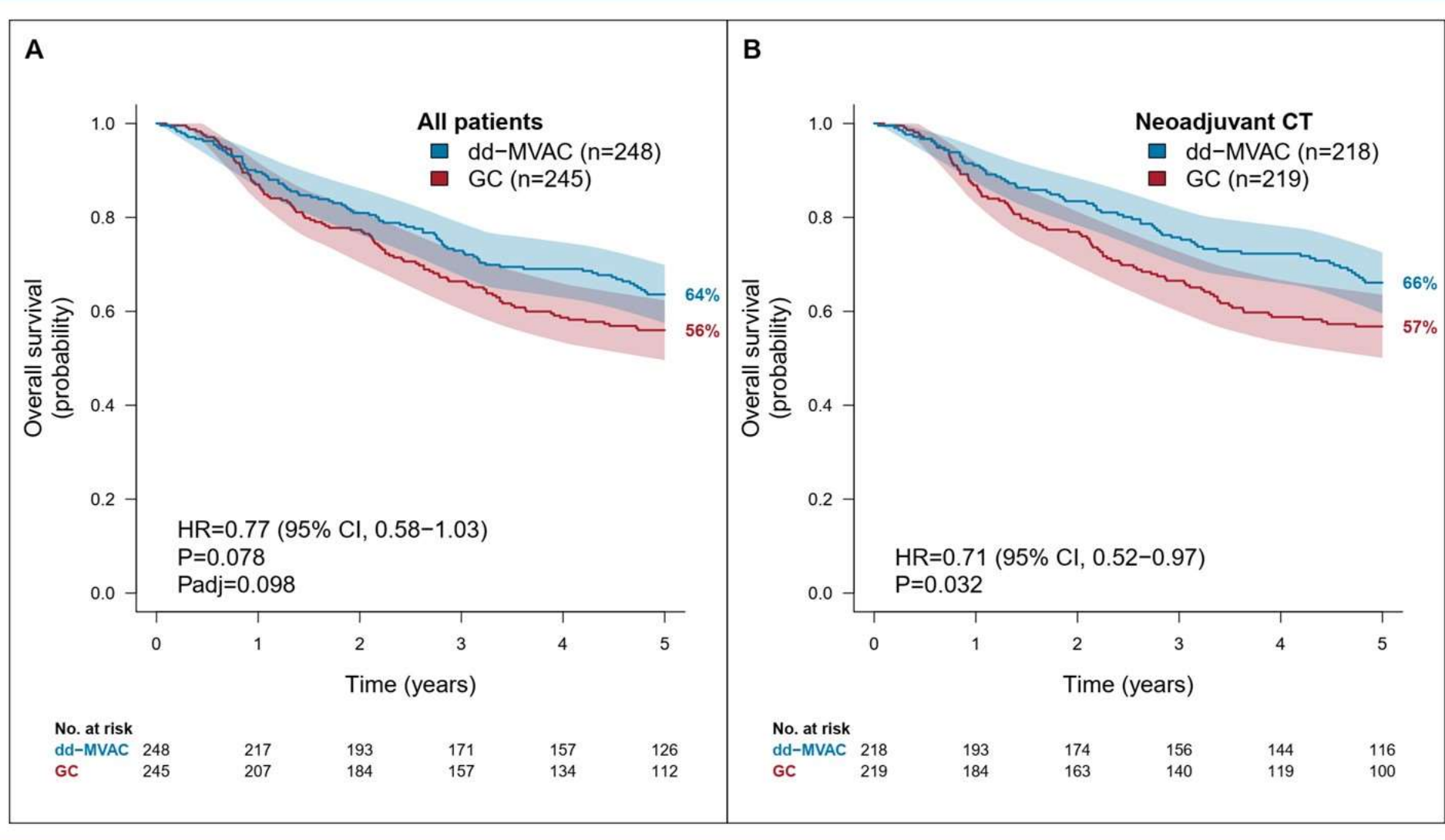
Chemotherapy

- **4 cycles of GC** Gemcitabine 1250 mg/m² d1 and d8
Cisplatin 70 mg/m² d1
every 3 weeks
- **6 cycles of ddMVAC** Methotrexate 30 mg/m² d1
Vinblastine 3 mg/m² d2
Doxorubicin 30 mg/m² d2
Cisplatin 70 mg/m² d2
+ G-CSF support from d3 to d9
every 2 weeks

Results (1)

Overall Survival at 5 years

10



Results (5)

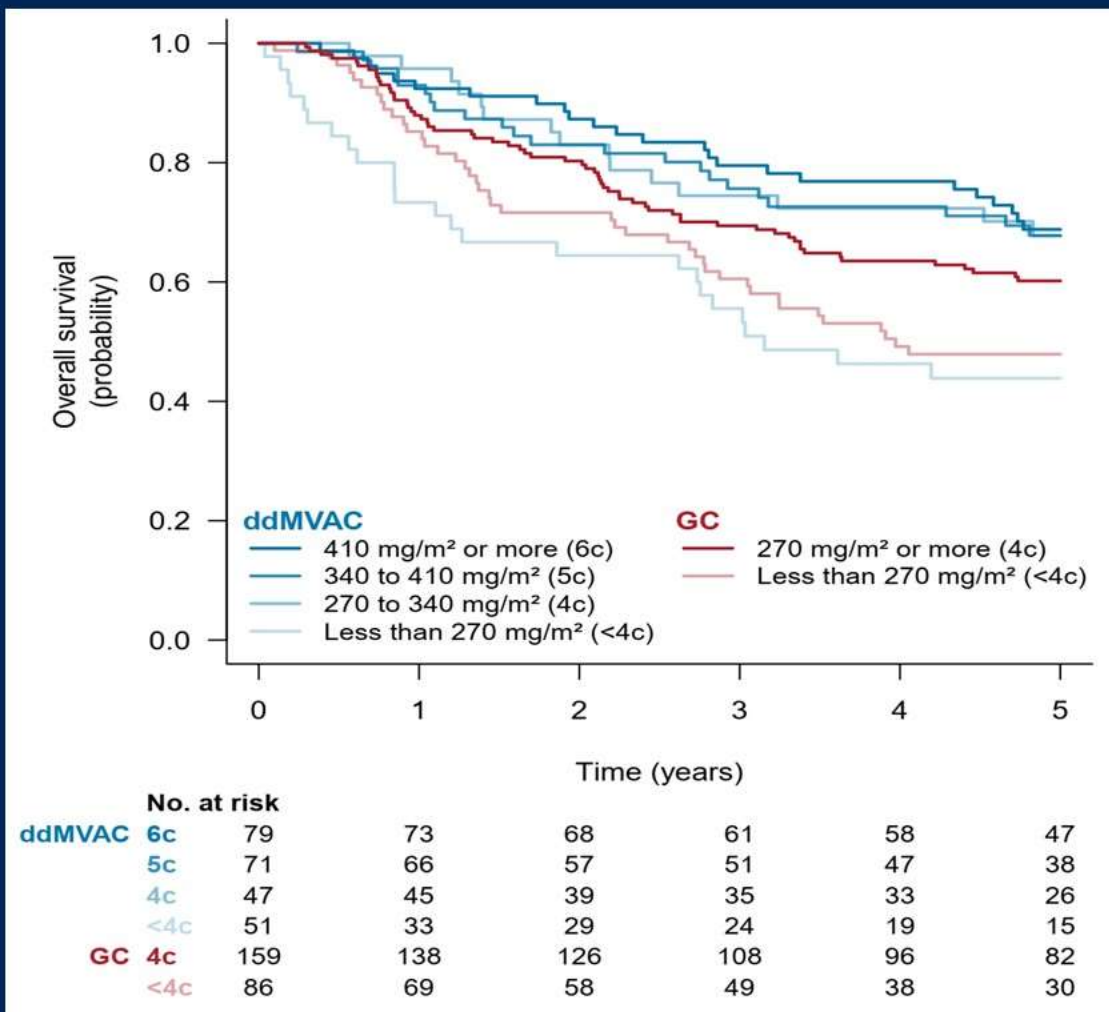
OS stratified by CT arm and number of cycles delivered

Importance of cumulative cisplatin dose

Poor OS *< 4 full doses cisplatin*

Median OS *GC arm 4 full doses cisplatin*

High OS *dd-MVAC arm > 4 full doses cisplatin*



Geiss R, Sebaste L, Valter R, Poisson J, Mebarki S, Conti C, Vordos D, Bringuier M, Méjean A, Mongiat-Artus P, Cudennec T, Canoui-Poitrine F, Caillet P, Paillaud E. **Complications and Discharge after Radical Cystectomy for Older Patients with Muscle-Invasive Bladder Cancer: The ELCAPA-27 Cohort Study.** Cancers (Basel). 2021 Nov 29;13(23):6010. doi: 10.3390/cancers13236010. PMID: 34885120; PMCID: PMC8656698.

Missing data	6
Neoadjuvant chemotherapy	3 (4.8)
Preoperative radiotherapy	1 (1.6)



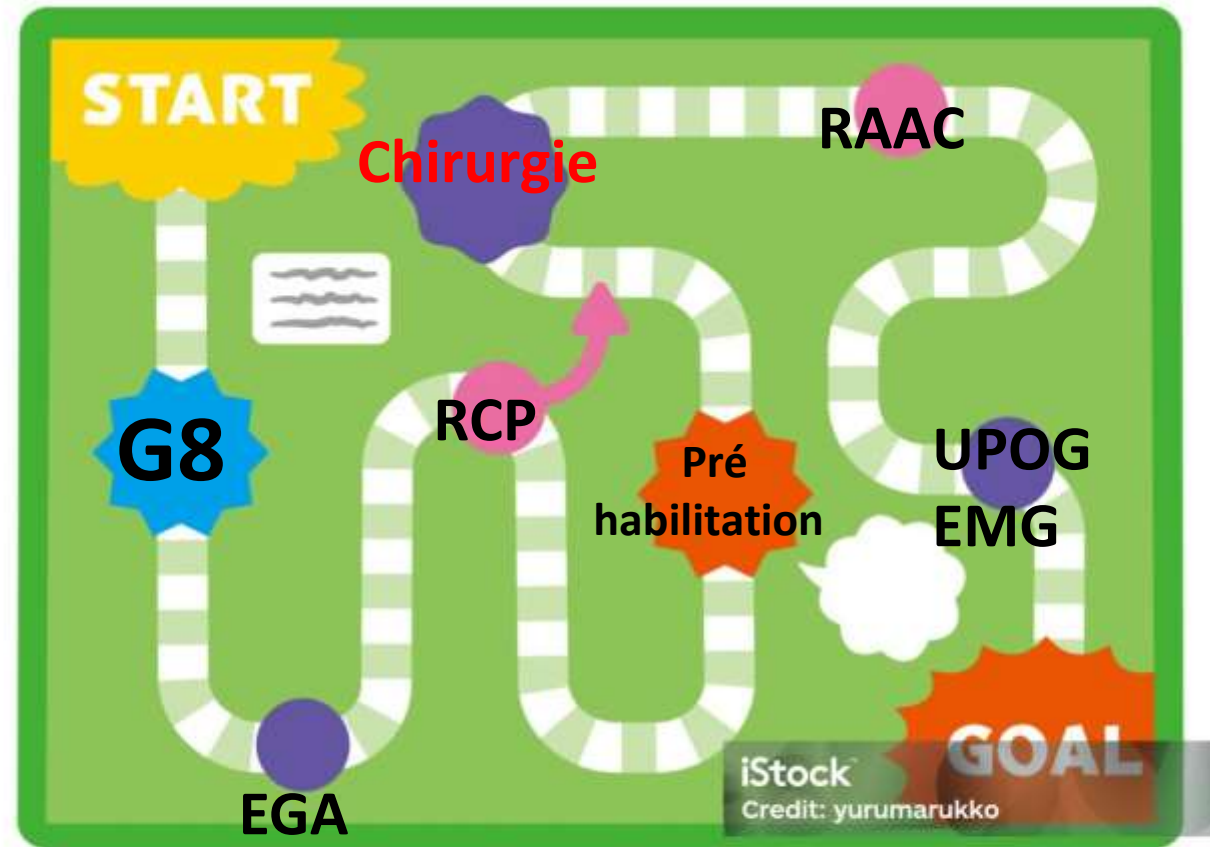
Ne pas se laisser enfermer dans le carcan des recommandations !



« Comment écrire la suite sans connaître le début ? »



Le parcours idéal de la chirurgie en oncogériatrie



Geriatric Oncology

for daily practice by
FROG 
FRANCILIAN ONCOGERIATRIC GROUP

Geriatric Oncology

for daily practice by
FROG 
FRANCILIAN ONCOGERIATRIC GROUP

SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY


SoFOG
SOCIÉTÉ
FRANCOPHONE
D'ONCO-GÉRIATRIE

4th edition
May 2023

1

Principles of Geriatric Oncology



4th edition
May 2023

2

Treatments and medical care



FROG 
FRANCILIAN ONCOGERIATRIC GROUP

LE JOG 
**Journal
oncogériatrie**

Édité par 
KEPHREN

Parcours en soins de support du cancer œso-gastrique à l'Institut du Cancer de Montpellier

Laurence CRISTOL, Fanny VARENNE, Maïté WILLIEN ROELAND
Présentation CIPEG 7 Mai 2025



En 2050, 1 cancer sur 2 surviendra chez des personnes âgées de 75 ans et plus (vs 1 cancer sur 3 en 2015)



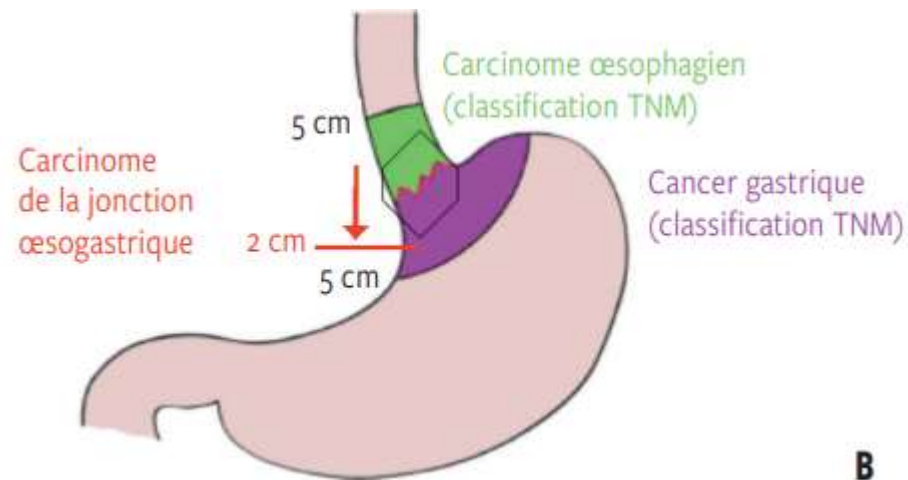
Cancer de la JOG

- Monde = 6ème cause de décès liée au K et le 8^{ème} K le plus fréquent
- Age médian 67 ans
- Taux de survie à 5 ans 15 à 25 % RGO obésité tabac œsophage de Barrett



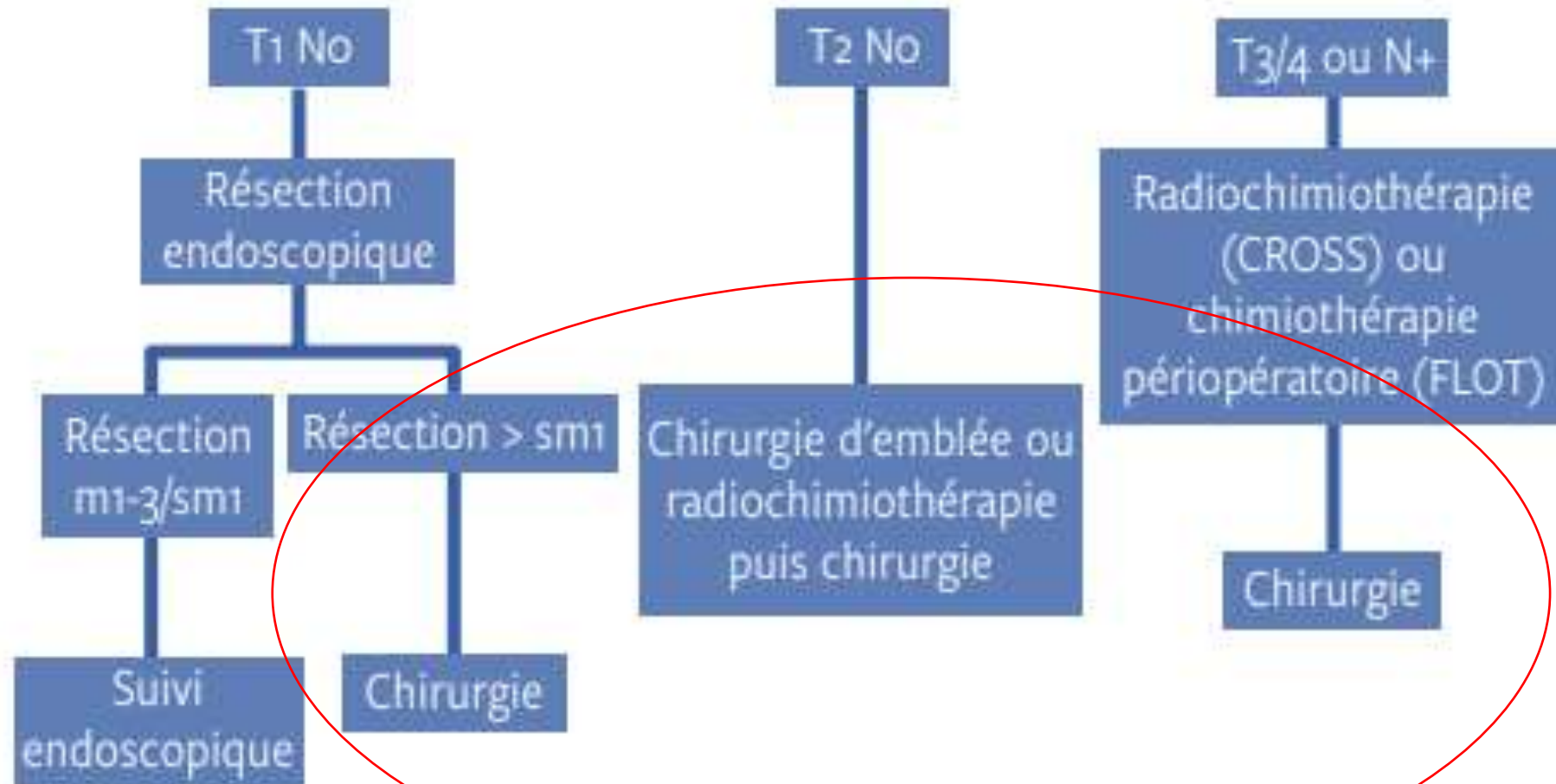
Adénocarcinome de la jonction oeso-gastrique

- Localisation = épicentre < à 5 cm au-dessus ou 5 cm au-dessous de la JOG Siewert I, II ou III
- Principal facteur pronostique = caractère R0 de la résection chirurgicale + statut N
- 2 exérèses = œsophagectomie trans-thoracique avec gastrectomie polaire supérieure
- la gastrectomie totale avec résection trans-hiatale de l'œsophage distal
- Si > stade IB, un traitement pré-opératoire : chimiothérapie péri-opératoire ou radio-chimiothérapie concomitante pré-opératoire.



B

Traitement



En pratique : >75 ans G8 en consultation onco => EGS

Étude de validation ONCODAGE (inclusion de 1674 patients dont 1597 éligibles (d'âge moyen de 78,2 ans)).

Le score d'Oncodage était anormal dans 68,4% des cas.

Score < 14 :

sensibilité 85%

Spécificité 65%

Plus de 80% d'entre eux ont présenté une EGA anormale.

	Items	Réponses possibles (score)
A	Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	0 : anorexie sévère
		1 : anorexie modérée
		2 : pas d'anorexie
B	Perte récente de poids (< 3 mois).	0 : perte de poids > 3 kg
		1 : ne sait pas
		2 : perte de poids entre 1 et 3 kgs
		3 : pas de perte de poids
C	Motricité.	0 : Du lit au fauteuil
		1 : Autonome à l'intérieur
		2 : sort du domicile
E	Problèmes neuro-psychologiques	0 : démence ou dépression sévère
		1 : démence ou dépression modérée
		2 : pas de problème psychologique
F	Indice de masse corporelle	0 : IMC < 18.5
		1 : IMC = 18.5 à IMC < 21
		2 : IMC = 21 à IMC < 23
		3 : IMC = 23 et > 23
H	Prend plus de 3 médicaments	0 : oui
		1 : non
P	Le patient se sent-il en meilleur ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge	0 : moins bonne
		0,5 : ne sait pas
		1 : aussi bonne
		2 : meilleure
	Age	0 : >85
		1 : 80-85
		2 : <80
	SCORE TOTAL	0 - 17



En 2000 naissance de l'onco gériatrie ... et de la classification du Pr Lodovico Balducci



Balducci L. The Oncologist 2000

- Résultats en gériatrie :

=>amélioration de la prise en charge du sujet âgé par préservation de l'autonomie et adaptation des thérapeutiques

- Résultats en oncologie :

=>amélioration de la connaissance ,de la détermination et de tolérance au traitement
augmentation de la survie sous réserve de la mise en place

intervention gériatrique=> Soins de support

- Objectifs en oncologie :

–Évaluer les réserves fonctionnelles du patient (perte progressive de la tolérance au stress) afin de prédire les toxicités des traitements

–Reconnaître et de résoudre des situations comme la dépression ou la dénutrition susceptibles d'altérer la qualité de vie du patient et de diminuer la tolérance des traitements anticancéreux

–Evaluer l'espérance de vie individuelle en hiérarchisant l'importance pronostique des différentes pathologies dont souffre le patient y compris le cancer

- Information facteurs de risque de la prise en charge PA K



Les soins de support = **approche coordonnée** en équipe pluridisciplinaire

Addictologie/tabacologie

Algologie (prise en charge de la douleur)

Education Thérapeutique du Patient (ETP)

Kinésithérapie

Nutrition clinique et gastro-entérologie

Oncogériatrie

Préservation de la fertilité

Psycho-oncologie

Santé sexuelle / Onco-Sexologie

Service social

Soins palliatifs

Thérapies non médicamenteuses

> Acupuncture

> Activité Physique Adaptée

> Art thérapie

> Musicothérapie

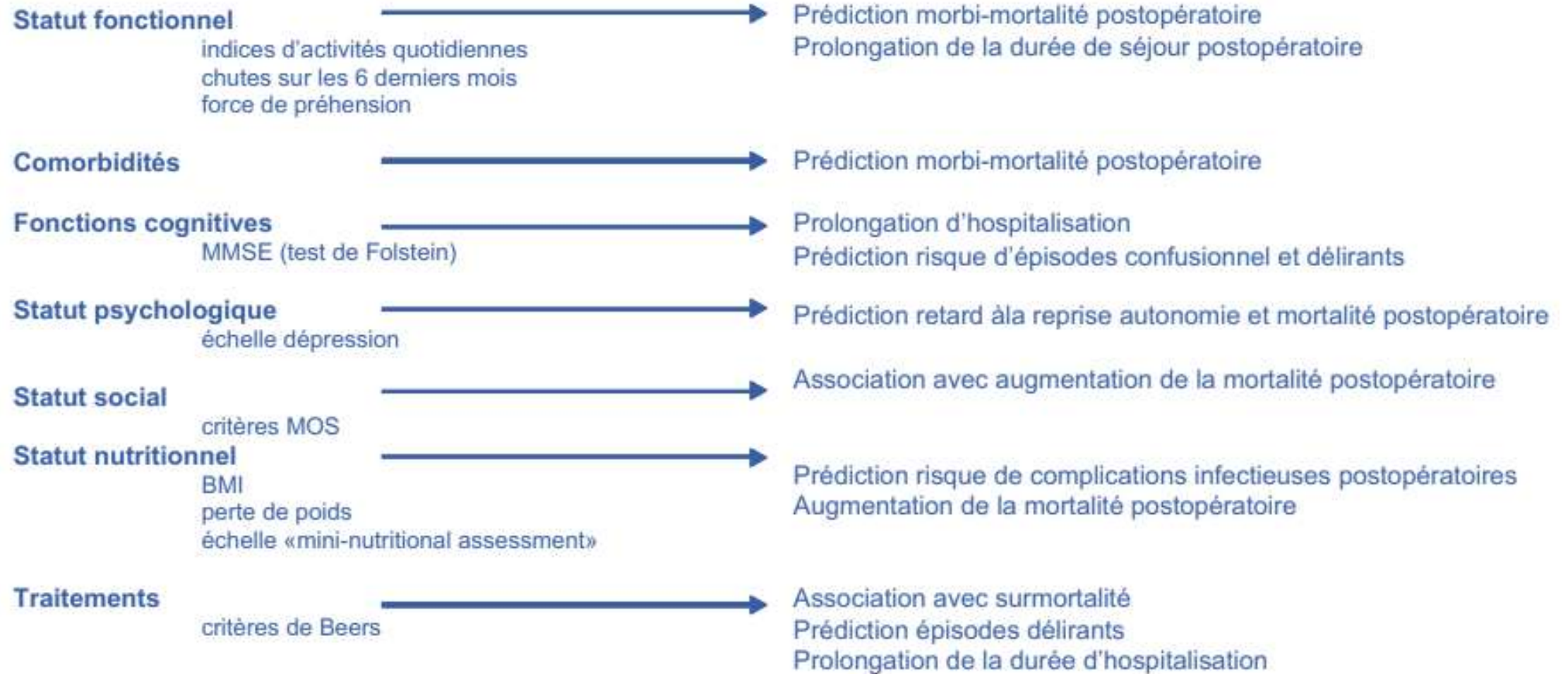
> Socio-esthétique



Les soins de support



Préhabilitation



Cheema FN, Abraham NS, Berger DH, Albo D, Taffet GE, Naik AD. Novel approaches to perioperative assessment and intervention may improve long-term outcomes after colorectal cancer resection in older adults. Ann Surg 2011;253:867–74.

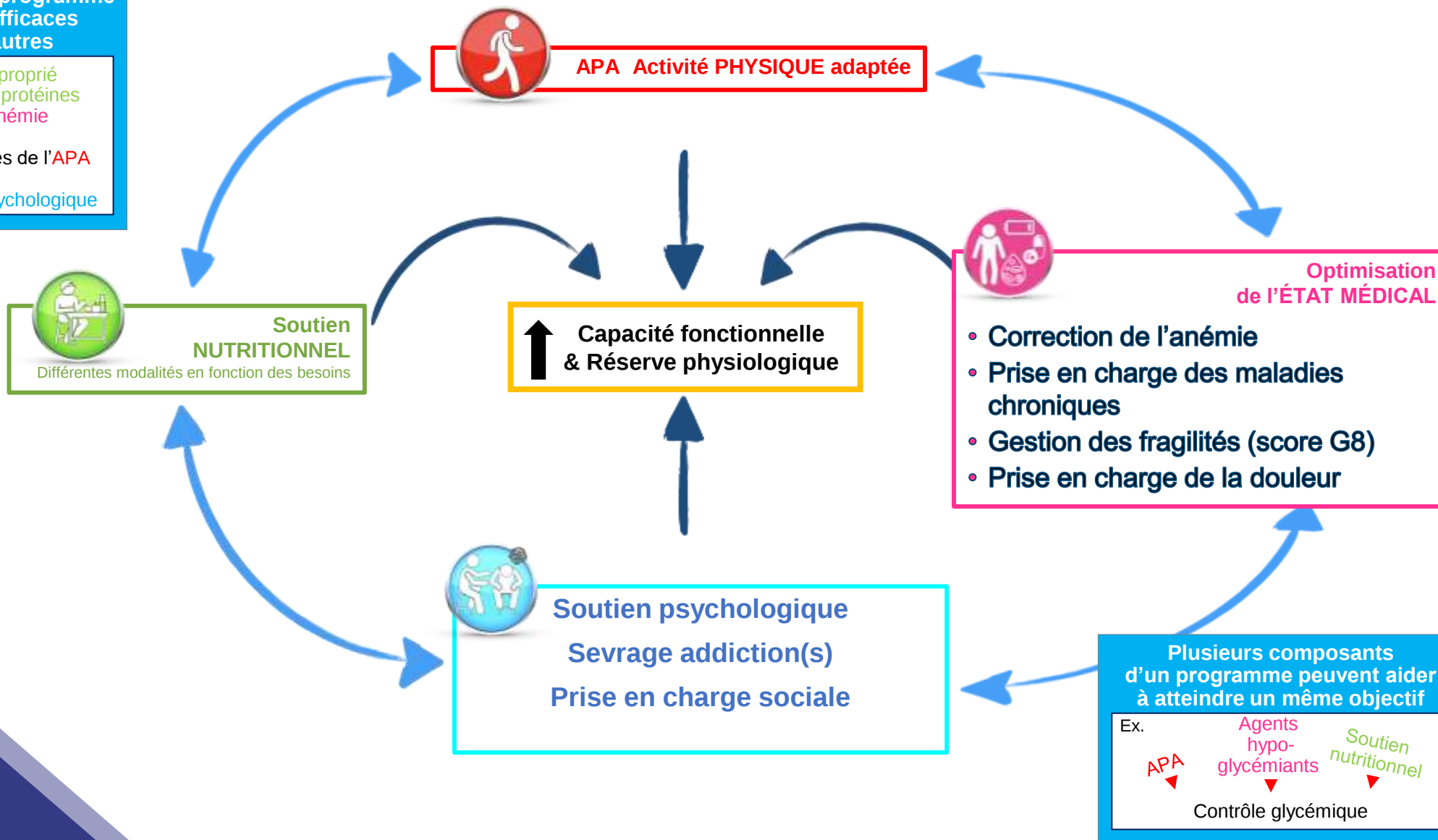
Les moyens disponibles pour la préhabilitation

Les composants d'un programme sont rendus plus efficaces avec l'aide des autres

Ex. Apport calorique approprié
+ Supplémentation en protéines
+ Correction de l'anémie

Majoration des bénéfices de l'APA

Amélioration de l'état psychologique



Consultation médicale initiale : *Chirurgien, oncologue, radiothérapeute*
Définition du projet thérapeutique (rcp),
Programmation du parcours de soins
Adressage aux soins de support

Plateau soins de support (SDS) initial systématique et précoce :
*Médecin SDS, diététicien +/- IDE, APA (Plateau de soins de support),
addictologie*

- * Evaluation médicale globale : état médical stabilisé
- * Dépistage des autres besoins en soins de support
- * Evaluation nutritionnelle
 - Evaluation APA
 - Bilans anticipés pour l'anesthésie

➡ **Lien ville hôpital**

Pose du DVI +/- examens complémentaires (PETscan)
Début de la CT +/- RT néo-adjuvante

Consultation médicale de réévaluation post-CT avec examens complémentaires : *Chirurgien, oncologue ou onco-radiothérapeute*
Validation de l'indication chirurgicale (RCP)

Plateau des SDS 4 semaines avant chirurgie :
*Médecin SDS, diététicien (+/-IDE), APA
Kinésithérapeute
Autres SDS*

Consultation d'anesthésie

Chirurgie

Soins de support en hospitalisation :

- Addictologie dès le préopératoire
- Kiné
- Nutrition
- Assistante sociale
- Si besoin : algologie, psycho-onco

Plateau des SDS 15 j à 1 mois de la sortie :

- * *Médecin SDS, diététicien, APA, Addictologie*
- * *Autres SDS en fonction des besoins :
Kinésithérapeute/ algologie / psycho-oncologie/
assistante sociale / oncoséxologie ...*

Période pré opératoire



L'APA dans le parcours oeso-gastrique

2-3 mois avant la chirurgie

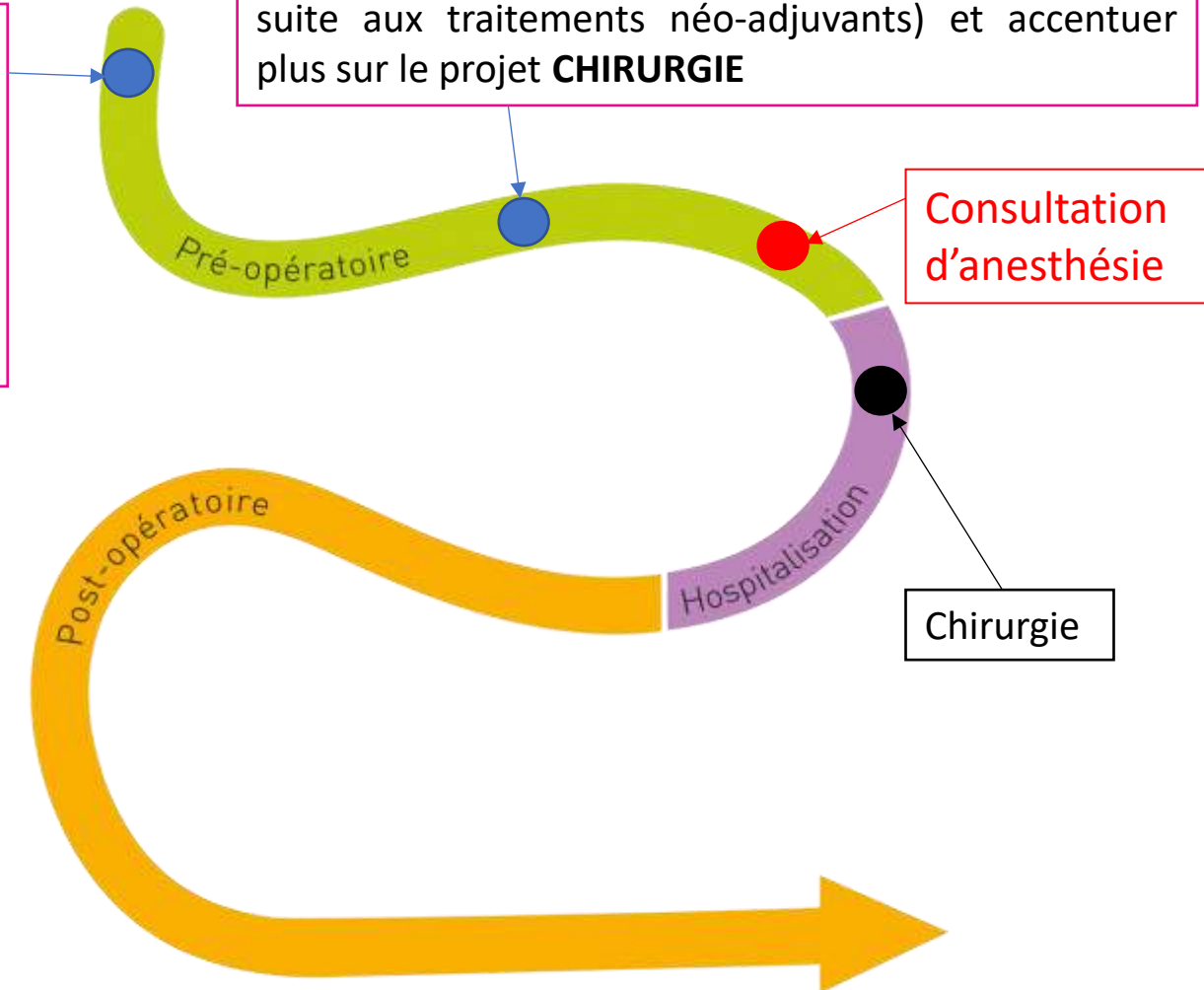
Bilan SDS initial :

Evaluer le contexte et la motivation envers l'AP
Evaluer la condition physique du patient et son niveau d'activité physique
Limiter la perte de masse musculaire et le déconditionnement physique **pendant les traitements néo-adjuvants**

1 mois avant la chirurgie

Bilan SDS intermédiaire :

Voir si le programme convenu en amont est réalisé de façon régulière
Réévaluer les objectifs (en fonction de l'état de forme suite aux traitements néo-adjuvants) et accentuer plus sur le projet **CHIRURGIE**



Consultation
d'anesthésie

Chirurgie

➤ Evaluation APA

Objectifs des bilans APA : Limiter le déconditionnement physique et la perte de force et de masse musculaire (sarcopénie)

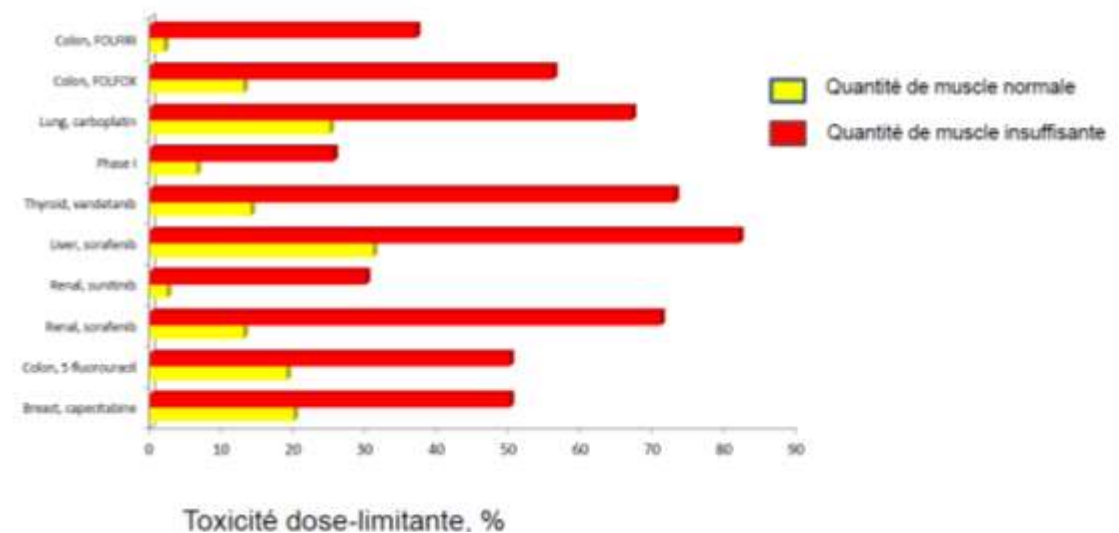
1) Pendant les traitements :

- Réduire les toxicités des traitements néo-adjuvants et les effets indésirables
- Améliorer la qualité de vie

2) En amont de la chirurgie :

- Prévenir le déconditionnement cardio-respiratoire lié à l'alitement pendant l'hospitalisation
- Optimiser la récupération en post-opératoire

Quantité de muscle et biodisponibilité des médicaments:
réduction de dose >20% des chimiothérapies ou arrêts précoces par toxicités chez les patients avec quantité de muscle insuffisante.



Clin Cancer Res. 2009 15:2920-6; Clin Cancer Res 2007;13:3264-8; Ann Oncol. 2010; 21:1594-8; Br J Cancer. 2013; 108:1034-41; PLoS One. 2012;7(5):e37563; Clin Endocrinol Metab. 2013;98:2401-8, Inv New Drugs, 2013; PLoS One. 2012;7(1):e29330;

*Une revue systématique portant sur 10 études rassemblant 360 patients montre qu'un programme d'AP combinant un **entraînement en aérobie et en résistance** en pré habilitation d'une chirurgie pour un cancer digestif est faisable ; avec des effets positifs sur la capacité physique, la force musculaire et la qualité de vie ; **avec une réduction de la durée d'hospitalisation et des complications pulmonaires post-op** (E, Piraux, Caty G, et Reychler G. 2018).*

➤ Le bilan en APA

1^{ère} étape du bilan : Evaluer le contexte et la motivation envers l'AP

Entretien semi-directif :

- Identifier les freins et les ressources
- L'AP antérieure et actuelle
- Les croyances négatives ou les craintes envers l'AP
- Les limites (douleurs, etc.)



2ème étape : Evaluer la condition physique du patient et son niveau d'activité physique

- Test de force de préhension (handgrip)
- SPPB (*Short Physical Performance Battery*) : 5 levers de chaise / équilibre / vitesse de marche
- Questionnaire GPAQ (quantification du niveau d'AP)

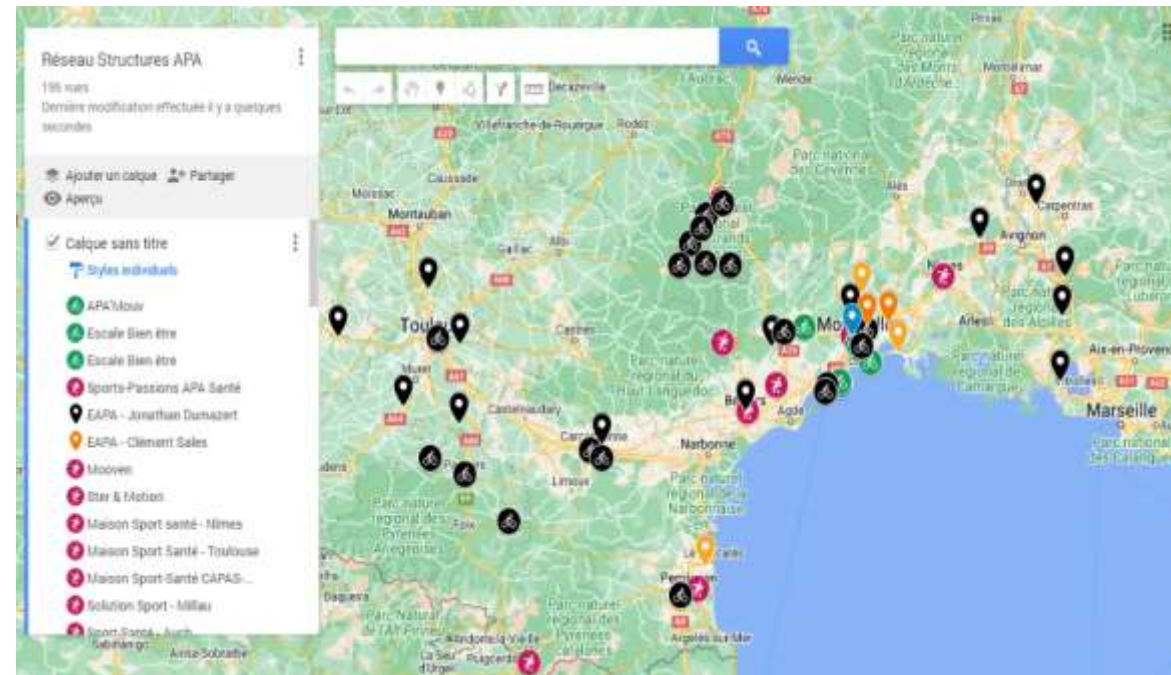


3ème étape : Informer le patient sur les recommandations et les bénéfices de l'APA

→ Conseils pour **lutter contre la sédentarité** (pauses actives)

→ Définir un programme adapté de **reconditionnement à l'effort** avec le patient soit :

- De façon supervisée par un kinésithérapeute si limitations fonctionnelles
- A l'ICM, sur le plateau des soins de support ou en visio (programme transitoire)
- De façon supervisée par un EAPA (adressage vers un EAPA en libéral, associations, maison sport santé)



• Ou en autonomie avec le livret d'AP

- Ballon en mousse entre les mains
Pectoraux

Nombre de séries: 3 ou 4
Nombre de répétitions: de 10 à 15

Position initiale

Assis sur une chaise, dos droit, ballon entre les mains au niveau du tronc, coudes parallèles au sol

Consignes de réalisation

Presser le ballon en maintenant les coudes parallèles au sol et en expirant
Relâcher en inspirant de façon à revenir en position initiale



- Diminuer le nombre de répétitions



- Augmenter le nombre de répétitions
- Marquer un temps de pause de 3 à 4 secondes puis recommencer



Garder les épaules basses et relâchées pendant toute la durée de l'exercice

- Elévations devant avec poids
Muscles de l'épaule

Nombre de séries: 3 ou 4
Nombre de répétitions: de 10 à 15

Position initiale

Debout, pieds largeur bassin, bras tendus, mains au niveau des cuisses

Consignes de réalisation

Monter les bras tendus au niveau de la poitrine de façon à aligner les mains aux épaules, puis revenir en position initiale



- Diminuer le nombre de répétitions
- Monter moins haut si besoin



- Augmenter le nombre de répétitions
- Marquer un temps de pause de 3 secondes puis recommencer



Penser à bien rester gainé pour ne pas forcer sur les lombaires

Renforcement musculaire membres inférieurs



Conseils pratiques pour une bonne posture

Regarder loin devant soi, serrer les fesses et rentrer le ventre pour rester bien droit
L'exercice doit être un peu difficile et ne doit pas provoquer une douleur inhabituelle

- Levés de talons

Mollets

Nombre de séries: 3 ou 4
Nombre de répétitions: de 10 à 15

Position initiale

Debout, devant un mur ou une chaise

Consignes de réalisation

Monter sur la pointe des pieds puis revenir lentement en position initiale



- Diminuer le nombre de répétitions



- Maintenir la position talons hauts pendant quelques secondes à chaque répétition
- Augmenter le nombre de répétitions
- Réaliser l'exercice sur une jambe



- Squats

Quadriceps/Fessiers

Nombre de séries: 3 ou 4
Nombre de répétitions: de 10 à 15

Position initiale

Assis sur une chaise, le dos décollé du dossier, pieds à plat, mains croisées sur la poitrine

Consignes de réalisation

Se mettre debout jambes tendues puis revenir lentement en position initiale



- Sans charge



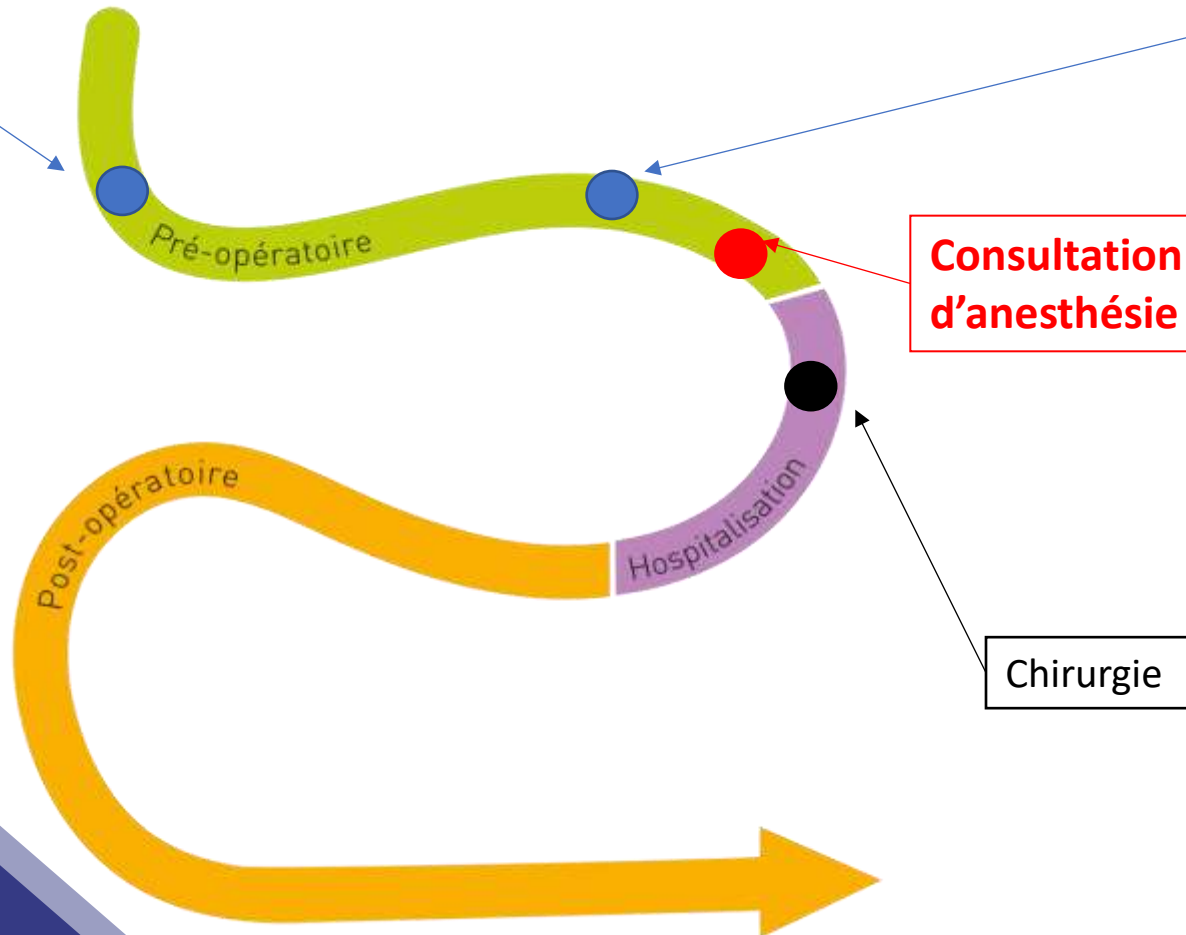
- Augmenter le nombre de répétitions
- Ajouter progressivement de la charge



Placer la chaise contre un mur pour éviter qu'elle ne se déplace pendant l'exercice

La Kinésithérapie dans le parcours oeso-gastrique

Bilan SDS initial



1 mois avant la chirurgie

Bilan SDS intermédiaire :

Bilan kinésithérapique :
spirométrie et saturation

Prévention des troubles de la mécanique ventilatoire :
Apprentissage d'auto exercices

Si besoin : prescription d'une ordonnance de kinésithérapie libérale pour pré habilitation cardio respiratoire encadrée



Assouplissements de la cage thoracique



Apprentissage d'exercices:

- Travail des volumes (inspiratoire et expiratoire)
- AFE (Accélération du Flux Expiratoire) : aide à l'expectoration



Conseils en activité physique : maintenir une activité physique régulière

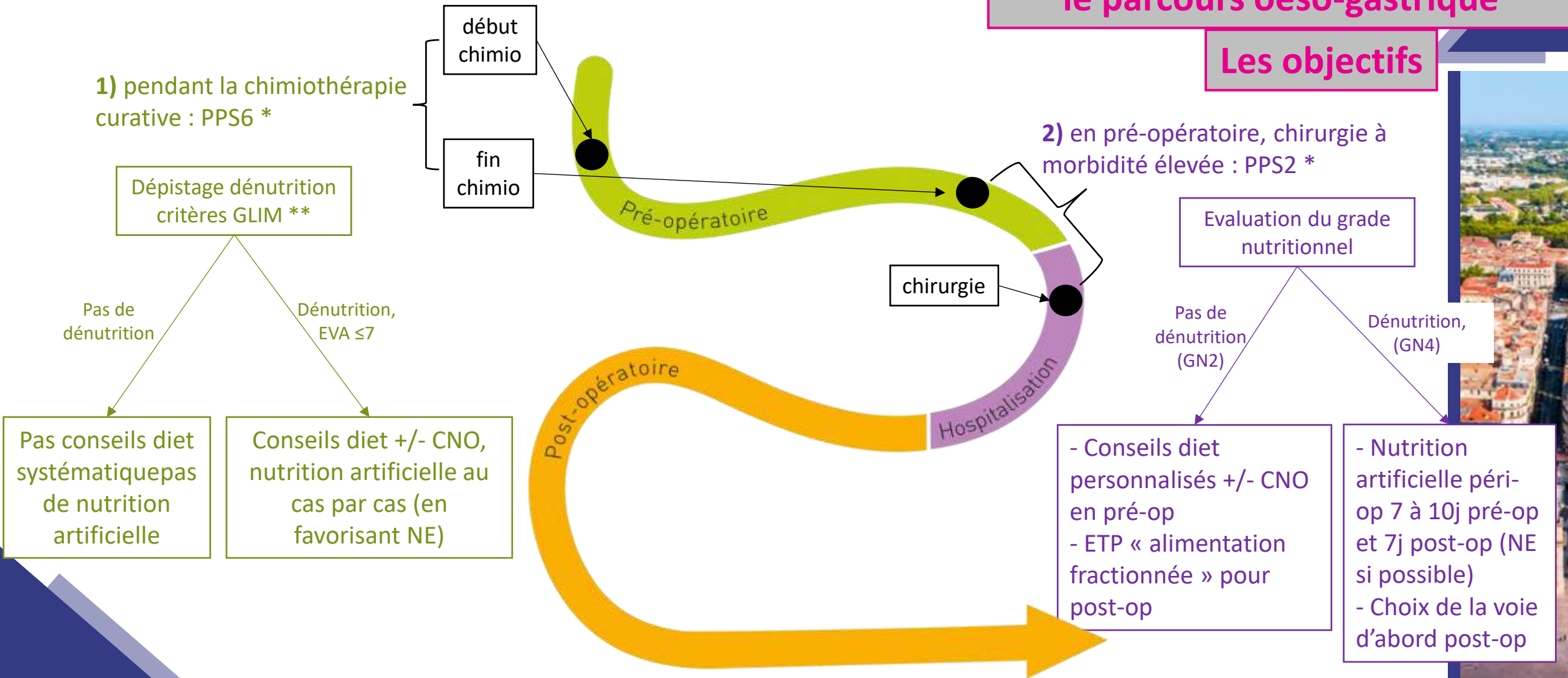


La nutrition pré-opératoire dans le parcours oeso-gastrique

Les objectifs

1) pendant la chimiothérapie curative : PPS6 *

2) en pré-opératoire, chirurgie à morbidité élevée : PPS2 *



Objectifs : Permettre la faisabilité du traitement et réduire l'incidence des complications post-op

* Senesse P, Hébuterne X *et al.* Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer : propositions de Plans Personnalisés de Soins (PPS) intégrant les recommandations. Nutr clin métab (2012)

Congrès Interdisciplinaire des Professionnels

** Jensen GLIM Criteria for the Diagnosis of Malnutrition: A Consensus Report From the Global Clinical Nutrition Community JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2019

La nutrition pré-opératoire dans le parcours oeso-gastrique

Consultation médicale initiale adressage aux soins de support

début chimiothérapie

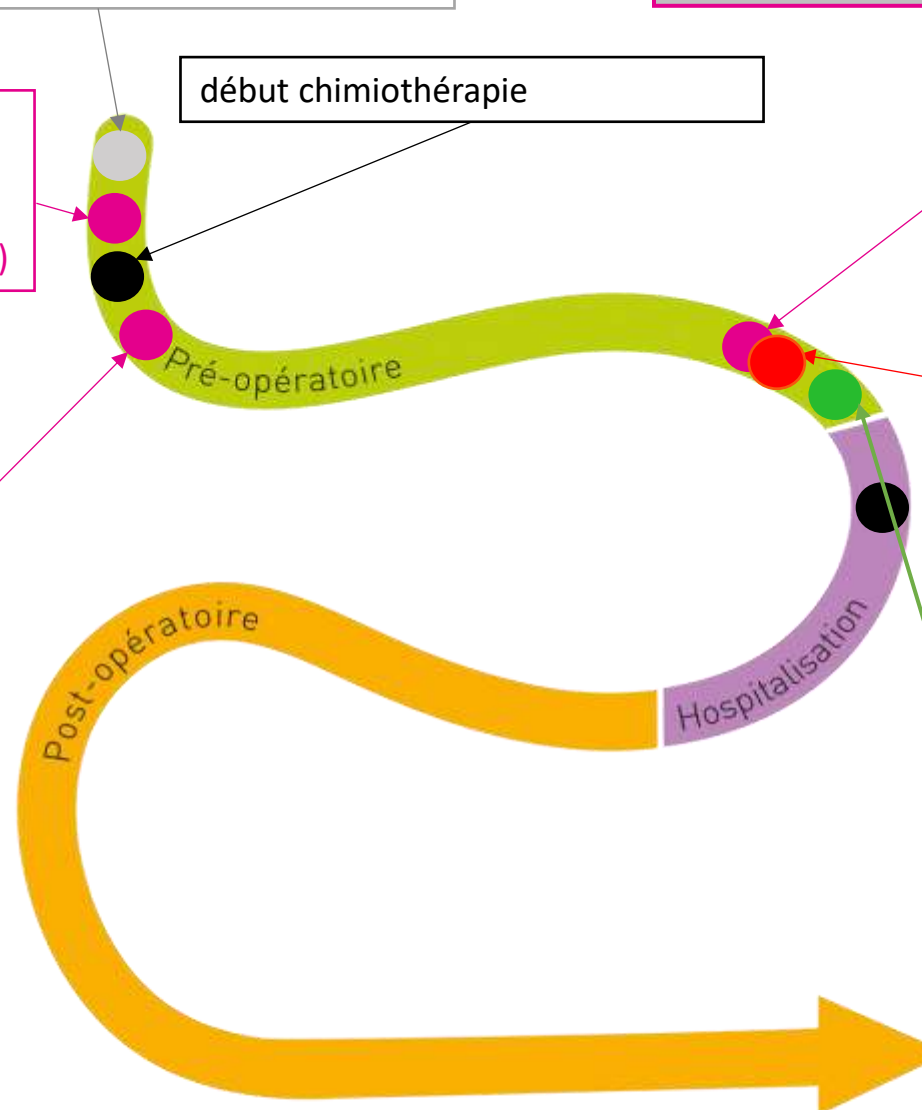
Sévèrement dénutri. EVA ingesta : 4/10 dysphagie
- Conseils diététiques (AEF, texture) + CNO
- NE/SNG : refus du patient
- ETP fractionnement de l'alimentation (pour post-chir)

Sévèrement dénutri (-2kg). EVA ingesta : 6/10 malgré dysphagie résolue
→ Maintien AEF + Mise en place NE / SNG

Objectifs : Explication sur le dispositif médical, pose de la SNG, ETP de sécurité +/- d'autonomie
Contenu : Parcours ETP « mon énergie connectée * », soins associés aux dispositifs médicaux, Numéro correspondant patient, lien idel.

Modérément dénutri (+2kg).
EVA ingesta : 8/10 dysphagie résolue
→ Maintien AEF + ETP fractionnement pour post-chir

Retour au domicile :
→ Formation IDELS/Patient + Installation matériel + ETP
→ Optimisation de la prise en charge et de l'observance selon le parcours soins / projet thérapeutique / objectifs nutritionnels.
→ Relation de confiance, suivi personnalisé en relation avec patient/entourage/IDELS.
→ 24h/48h : Appel patient/IDELS
→ Suivis diététiques personnalisés jusqu'à la chirurgie



* Sonde nasogastrique - Institut du Cancer de Montpellier / ICM - YouTube

PEC infirmier ICM

PEC nutrition à l'ICM

PEC nutrition au domicile

Période post opératoire



Immédiat

Service de Soins Continus

A partir de J1

- Désencombrement bronchique si **obstruction**
- Lutte contre le syndrome **restrictif** à l'aide des exercices donnés en préopératoire
- Utilisation d'outils : thérapap ou triflo



A court et moyen terme

Service de Chirurgie

Jusqu'à la reprise d'autonomie complète du patient

- Kinésithérapie respiratoire si besoin (syndrome obstructif ou restrictif)
- Ré autonomisation du patient (apprentissage des transferts, renforcement musculaire, rééducation à la déambulation...)
- Préparation du retour à domicile (poursuite des séances de kinésithérapie en libéral, exercices en autonomie, prescription d'aide technique etc...)



➤ Evaluation APA

	Objectifs	Contenu
1	Evaluer le contexte et la motivation envers l'AP	Entretien semi-directif : • Identifier les freins/ressources • l'AP antérieure et actuelle • Les croyances négatives ou les craintes envers l'AP • Les limites (douleurs etc.)
2	Evaluer la condition physique du patient et son niveau d'activité physique	• SPPB • Test de force de préhension (handgrip) • Questionnaire GPAQ
3	1) Optimiser la mobilisation et la récupération des fonctions physiques et préserver la fonction respiratoire 2) Améliorer l'état de santé général et tendre vers une pratique d'AP autonome avec de nouveaux repères de pratique (progressivité / régularité / activité plaisir) → Inculquer des changements de comportements, dans l'hygiène de vie, sur le long terme	1) Définir ensemble un programme adapté de reconditionnement à l'effort (travail d'endurance, renforcement musculaire) 2) Informer et donner des conseils pour lutter contre la sédentarité (et notamment lors des traitements adjuvants)



La nutrition dans le parcours oeso-gastrique

Post-opératoire

● PEC infirmier ICM

● PEC nutrition à l'ICM

● PEC nutrition au domicile

Modérément dénutri, poids en hausse.

EVA ingesta : 7-8/10

NE/jéjuno

➔ Maintien AEF + NE/jéjuno

Retour au domicile en post op :

➔ Coordination du retour : lien VILLE/HOPITAL

➔ Suivis adaptés en fonction des prises alimentaires

➔ ALERTE Astreinte ICM si besoin

➔ Retours et échanges réguliers avec les équipes soignantes libérales et d'ICM.

Objectif atteint : prise de poids – patient non dénutri

chirurgie + Jéjunostomie

non dénutri à l'entrée.

AJ post-chir : - 10kg

➔ Initiation NE / jéjuno

Objectif : ETP, préparation RAD

Contenu : Explication des soins et bonne pratiques, parcours ETP « mon énergie connectée », Lien avec IDEL

Objectif : Accompagnement et poursuite de la PEC, et +/- de l'ETP, lien avec IDEL

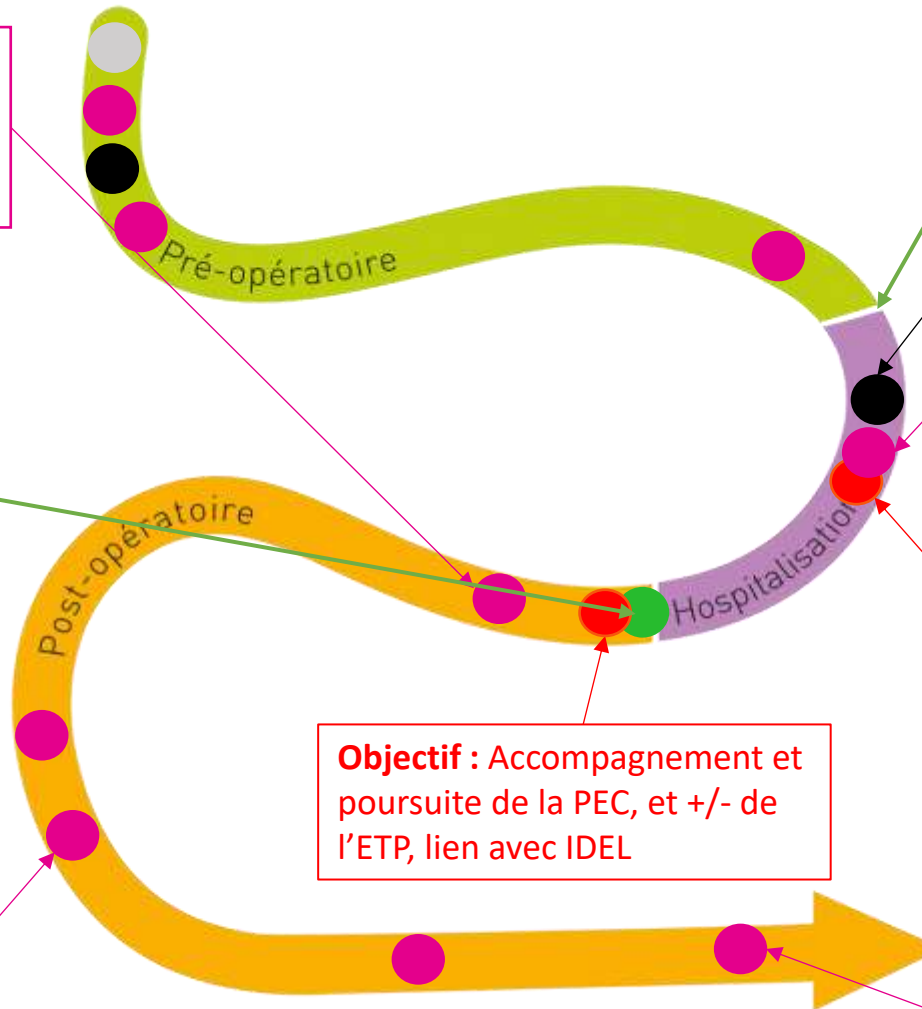
Perte de poids

EVA ingesta : 7/10 dysphagie

➔ Maintien NE + 2CNO/jéjuno

Poids stable – EVA ingesta : 10/10

➔ Arrêt NE



Synthèse parcours tumeur oeso-gastrique

Consultation médicale initiale : Chirurgien, oncologue, radiothérapeute

Définition du projet thérapeutique (rcp),
Programmation du parcours de soins

Adressage aux soins de support

Plateau soins de support (SDS) initial systématique et précoce :
Médecin SDS, diététicien +/- IDE, APA (Plateau de soins de support), addictologie

- * Evaluation médicale globale : état médical stabilisé
- * Dépistage des autres besoins en soins de support
- * Evaluation nutritionnelle
 - Evaluation APA
 - Bilans anticipés pour l'anesthésie



Lien ville hôpital

Consultation médicale de réévaluation post-CT avec examens complémentaires : Chirurgien, oncologue ou onco-radiothérapeute
Validation de l'indication chirurgicale (RCP)

Pose du DVI +/- examens complémentaires (PETscan)

Début de la CT +/- RT néo-adjuvante

Pré-opératoire

Consultation d'anesthésie

Chirurgie

Plateau des SDS 3 à 4 semaines avant chirurgie :
*Médecin SDS, diététicien (+/-IDE), APA Kinésithérapeute
Autres SDS*

Soins de support en hospitalisation :

- Addictologie dès le préopératoire
- Kiné
- Nutrition
- Assistante sociale
- Si besoin : algologie, psycho-onco

Possibilité d'ajouter des évaluations intermédiaires
(plateaux et/ou consultations en fonction des besoins)

Post-opératoire

Hospitalisation

Plateau des SDS 15 j à 1 mois de la sortie :

- * *Médecin SDS, diététicien, APA, Addictologie*
- * *Autres SDS en fonction des besoins : Kinésithérapeute/ algologie / psycho-oncologie/ assistante sociale / oncosexologie ...*

Merci pour votre attention !

