

Prehab-Rehabilitation en Oncogériatrie

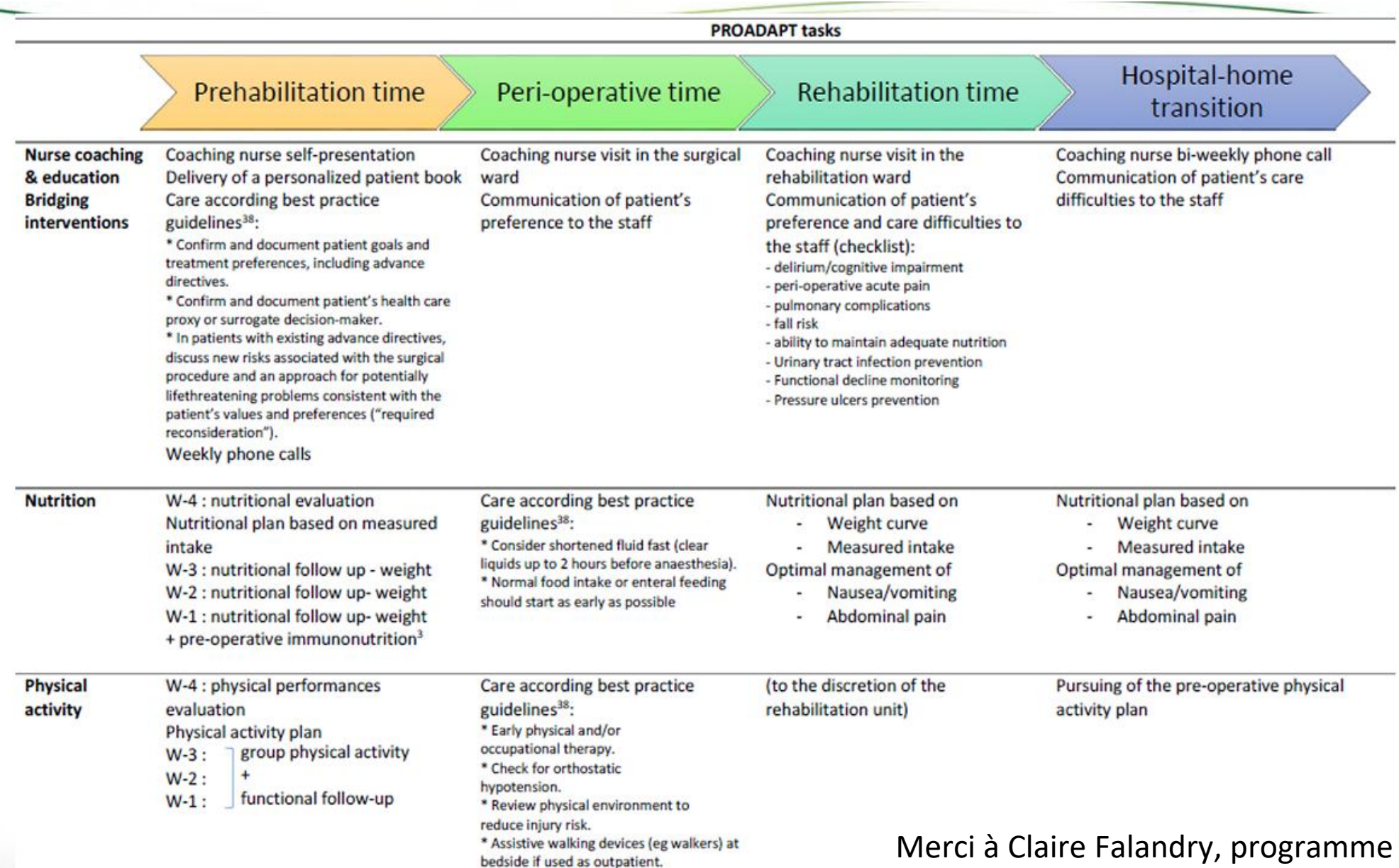
Rabia Boulahssass

UCOG PACA EST

CHU de Nice



Un Continuum: preparer avant puis accompagner la recuperation



Merci à Claire Falandry, programme Proadapt

GAM VERSUS GA

1. GAM should be implemented in patients aged ≥ 70 years (and ≥ 65 years when possible) being considered for cancer-directed treatments, especially systemic treatments.
2. GAM should be carried out as early as possible before treatment initiation, and when possible, before finalization of the treatment plan.
3. In settings where GAM cannot be carried out for all patients, use validated screening tools to identify those who are likely to benefit from subsequent GAM.¹⁸
4. Models of GAM delivery needs to be tailored to the availability of local resources, settings (e.g. academic cancer centers versus community oncology practices), and staff (e.g. geriatricians or geriatric oncologists, and other allied health care professionals).
5. Utilize the Cancer and Aging Research Group (CARG) or Chemotherapy Risk Assessment Scale for High-Age Patients (CRASH) tools to estimate chemotherapy toxicity in older patients with cancer.



REVIEW

Adequate assessment yields appropriate care—the role of geriatric assessment and management in older adults with cancer: a position paper from the ESMO/SIOG Cancer in the Elderly Working Group

K. P. Loh^{1*}, G. Liposits², S. P. Arora³, N. R. Neuendorff⁴, F. Gomes^{5,6}, J. L. Krok-Schoen^{7,8}, T. Amaral⁹, E. Mariamidze^{10,11}, L. Biganzoli¹², E. Brain¹³, C. Baldini^{14,15}, N. M. L. Battisti¹⁶, M. Frélaud¹⁷, R. Kanesvaran¹⁸, A. R. A. Mislang^{19,20}, D. Papamichael²¹, C. Steer^{22,23,24†} & S. Rostoft^{25,26†}

Loh 2024

Le patient âgé expérimente plus de complications: chirurgie

Burden of Geriatric Events Among Older Adults Undergoing Major Cancer Surgery

Hung-Jui Tan, Debra Saliba, Lorna Kwan, Alison A. Moore, and Mark S. Litwin

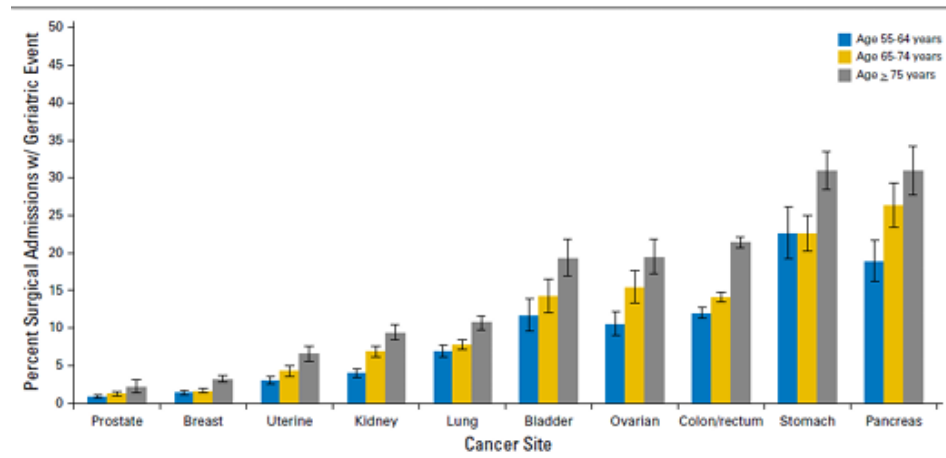


Fig 1. Proportion of patients with a geriatric event according to cancer site and age. Age stratified into three groups: age 55 to 64, age 65 to 74, and age ≥ 75 years. Proportions are derived from the number of patients with at least one geriatric event divided by the number of patients treated surgically. The association between geriatric events and age was assessed by using χ^2 testing and found to be significant for all sites ($P < .001$).

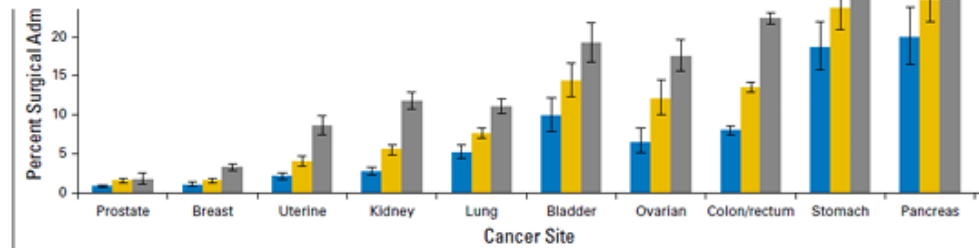


Fig 2. Proportion of patients with a geriatric event according to cancer site and age-adjusted Charlson score. Age-adjusted Charlson score stratified into low, medium, and high comorbidity tertiles. Proportions are derived from the number of patients with at least one geriatric event divided by the number 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 ($P < .001$).

Tan, J Clin Oncol 2016

Optimisation avant traitement

71 %



Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

EJSO 42 (2016) 297–302

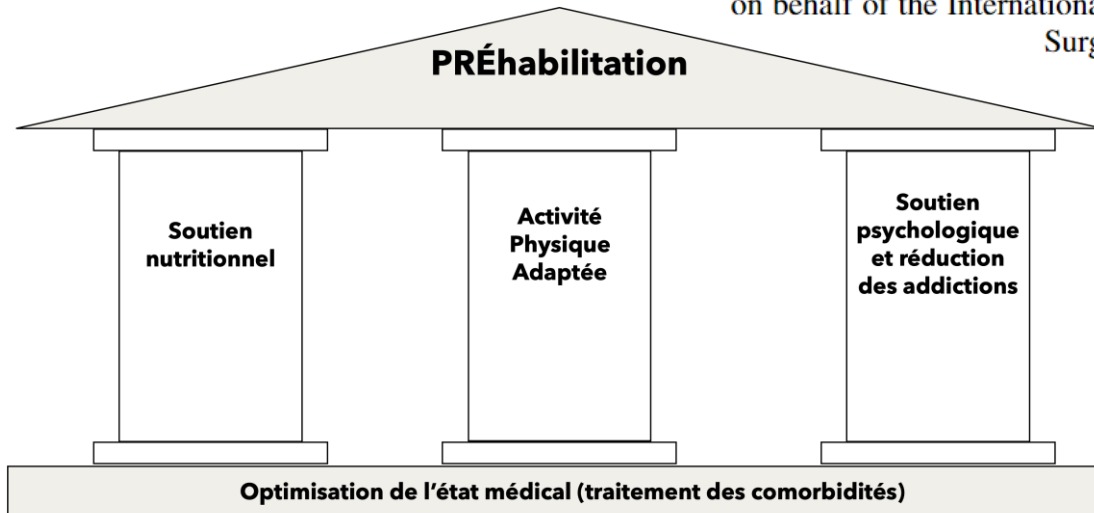
EJSO
the Journal of Cancer Surgery

www.ejso.com



The assessment and management of older cancer patients:
A SIOG surgical task force survey on surgeons' attitudes

F. Ghignone ^{a,*}, B.L. van Leeuwen ^b, I. Montroni ^a, M.G. Huisman ^b,
P. Somasundar ^c, K.L. Cheung ^d, R.A. Audisio ^e, G. Ugolini ^a,
on behalf of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG)
Surgical Task Force



**“Prehabilitation is
preparing body
and mind”**



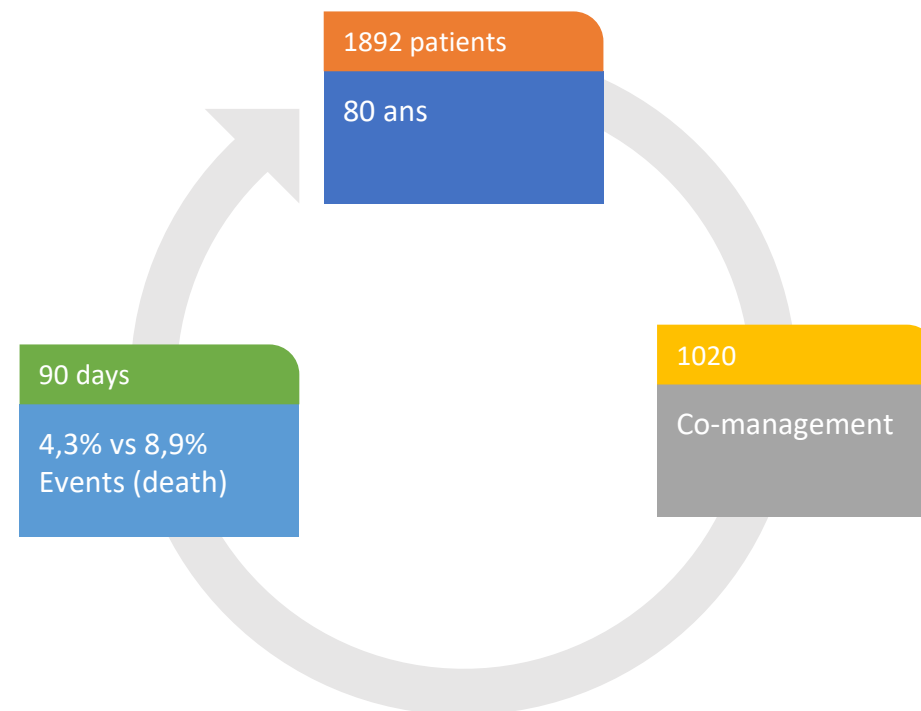
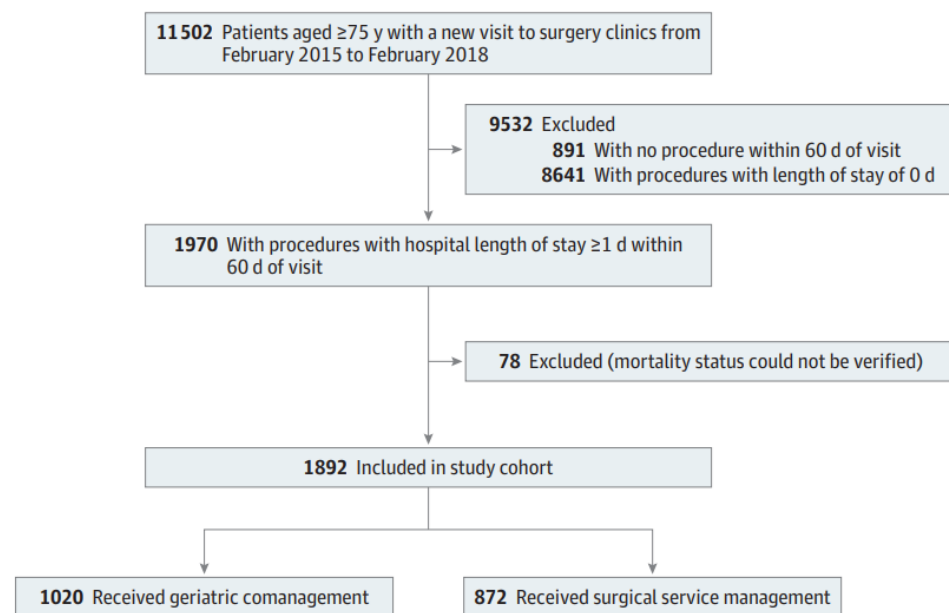


Original Investigation | Geriatrics

Association of Geriatric Comanagement and 90-Day Postoperative Mortality Among Patients Aged 75 Years and Older With Cancer

Armin Shahrokni, MD, MPH; Amy L. Tin, MA; Saman Sarraf, MD; Koshy Alexander, MD; Steve Sun, MD; Soo Jung Kim, ANP; Sincere McMillan, GNP; Heidi Yulico, GNP; Farnia Amirnia, MD; Robert J. Downey, MD; Andrew J. Vickers, PhD; Beatriz Korc-Grodzicki, MD, PhD

Figure. Participant Flow Through the Study



Shahrokni 2020

	Unadjusted effects Odds Ratio (95% CI)	Adjusted effects Odds Ratio (95% CI)	P-value
Primary outcome			
Incidence of delirium	0.68 (0.40–1.17)	0.56 (0.32–0.98) ^a	0.043
Secondary outcomes			
Any complication	1.09 (0.79–1.50)	1.12 (0.80–1.57) ^b	0.52
Unplanned ICU admission	1.56 (0.90–2.70)	1.54 (0.86–2.75) ^b	0.14
30-day readmission	1.41 (0.76–2.60)	1.42 (0.75–2.68) ^b	0.29
Mortality (admission or <30 days postoperative)	1.84 (0.76–4.42)	1.50 (0.61–3.72) ^b	0.38
Discharge to new living situation	1.54 (0.86–2.75)	1.57 (0.84–2.96) ^b	0.16
	Unadjusted effects	Adjusted effects	
	Coefficient (95% CI)	Coefficient (95% CI)	
Secondary outcomes			
Length of hospital stay in days, B-coefficient (95% CI)	-1.3 (-3.1–0.57)	- 0.89 (-2.7–0.99) ^b	0.35
ICU length of stay in days, B-coefficient (95% CI)	-4.4 (-14.5–5.8)	- 5.7 (-16.6–5.3) ^b	0.30

a: Corrected for: Age, history of delirium, ASA ≥ 3 and diagnosis, based on previous research

b: Corrected for: Age, ASA ≥ 3 , type of surgery and diagnosis

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218152.t003>



-44%

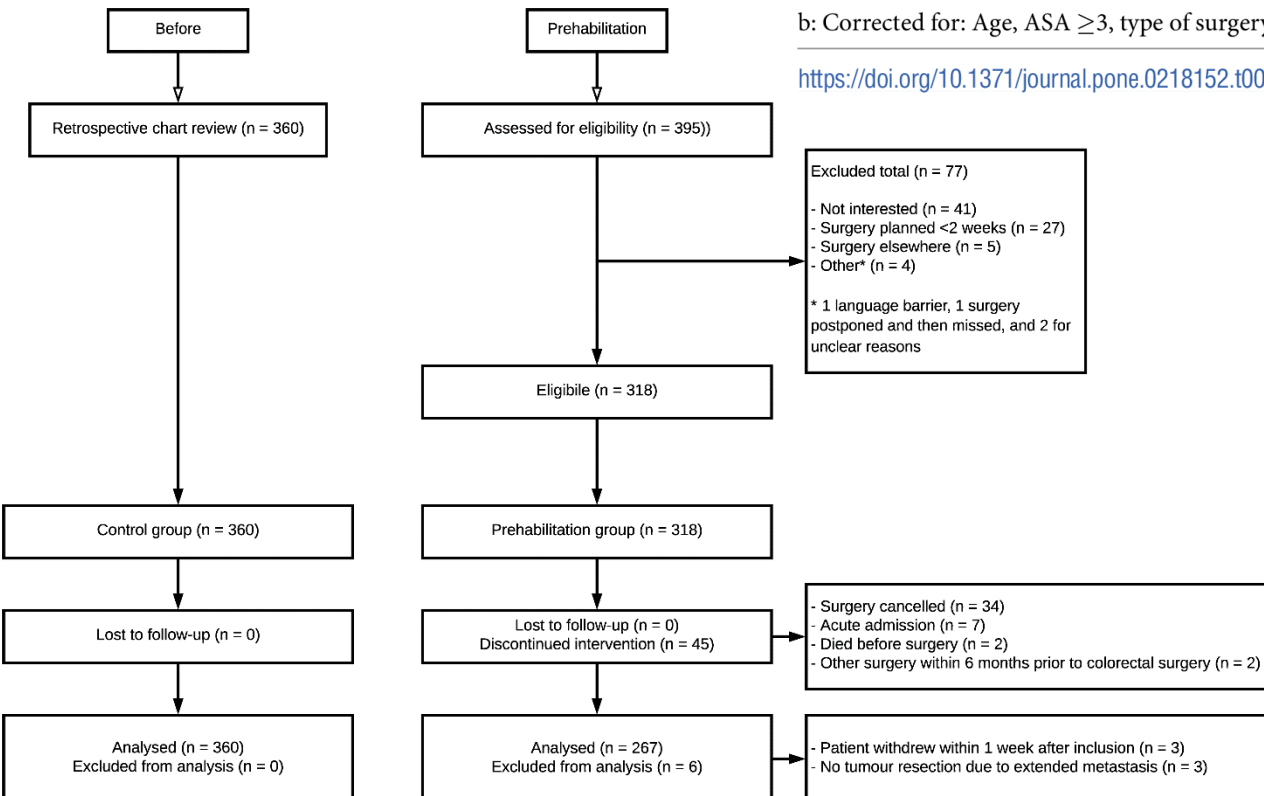
RESEARCH ARTICLE

Multimodal prehabilitation to reduce the incidence of delirium and other adverse events in elderly patients undergoing elective major abdominal surgery: An uncontrolled before-and-after study

T. L. Janssen^{1*}, E. W. Steyerberg², J. C. M. Langenberg¹, C. C. H. A. van Hoof-de Lepper¹, D. Wielders¹, T. C. J. Seerden³, D. C. de Lange⁴, J. H. Wijsman¹, G. H. Ho¹, P. D. Gobardhan¹, R. van Alphen⁵, L. van der Laan¹

1 Department of Surgery, Amphia Hospital, Breda, the Netherlands, **2** Department of Public Health, Erasmus MC—University Medical Center Rotterdam, Rotterdam, the Netherlands, **3** Department of Gastroenterology, Amphia Hospital, Breda, the Netherlands, **4** Department of Geriatrics, Amphia Hospital, Breda, the Netherlands, **5** Department of Physical Therapy, Amphia Hospital, Breda, the Netherlands

* Tjanssen@amphia.nl



Le « case management » au cœur du dispositif

1. Place grandissante: programmes de conciliation médicamenteuse, de l'éducation thérapeutique et du coaching par **les IPA**.
2. La préhabilitation doit se construire dans un **parcours de soin** sécurisé et inclusif avec une **personnalisation** de la prise en charge en favorisant la communication ville-hôpital (notion d'équipe élargie autour du patient âgé)
3. **La réévaluation** des interventions est primordiale. (Vérification de l'implémentation et évaluation des actions en rapport avec des objectifs précis)

thomas R, Age and ageing 2014, Mc Donald cochrane database of systematic review 2014, Ghighone et al 2016, korck-Goodrickie et al 2014, boulahssass Cancers 2019



PREHABILITATION

Un PROGRAMME de PRÉhabilitation...

- S'inscrit dans une démarche de PRÉVENTION et de PREPARATION
- du patient pour lui permettre de bénéficier d'une séquence thérapeutique OPTIMISÉE (dose et délai) et PERSONNALISÉE
 - Avec un OBJECTIF précis identifié
 - Et le SCREENING de tous les patients pour identifier leurs besoins spécifiques
- Concerne TOUS LES TYPES DE TRAITEMENTS ANTI-CANCER (chirurgie, radiothérapie, traitement systémique
- [chimiothérapie, thérapie ciblée, immunothérapie...])
- La prise en charge est
 - PRÉCOCE en amont du traitement
 - MULTIMODALE, considérant chacune des composantes du programme de manière équivalente
 - ADAPTÉE à l'état général du patient, tout en visant à être INTENSIVE
- Intégré dans l'idéal dans un CONTINUUM pré- et post-thérapeutique : PRÉhabilitation puis RÉhabilitation



3 piliers:

PRÉhabilitation

**Soutien
nutritionnel**

**Activité
Physique
Adaptée**

**Soutien
psychologique
et réduction
des addictions**

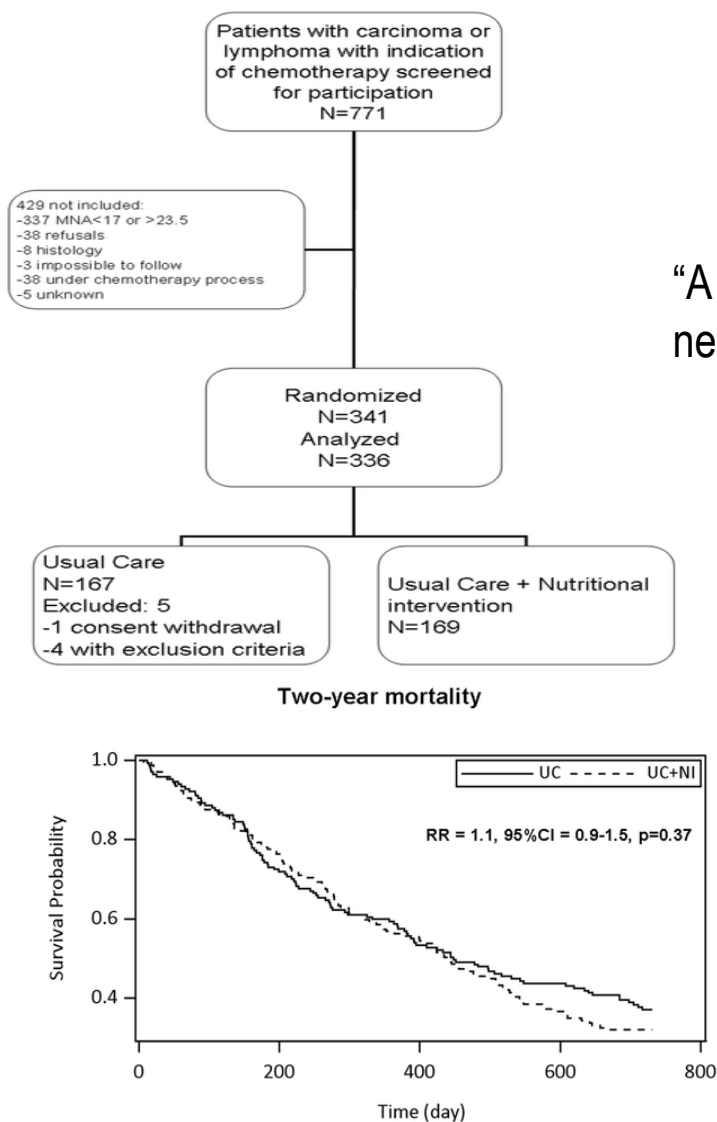
Optimisation de l'état médical (traitement des comorbidités)



Points clés /CONNAISSANCE

- ❖ **Evaluer les fragilités du patients** pour proposer des interventions graduées et adaptées : **EGS**
- ❖ **Connaitre les séquences thérapeutiques**, les effets indésirables et leurs enjeux (Importance du travail collégial) : **se former , communiquer**
- ❖ **Définir une temporalité de prise en charge personnalisée** en fonction de la situation oncologique (urgence du traitement spécifique) mais aussi des facteurs propres au traitement et aux conditions médicales du patient.
- ❖ **Initier une culture collective d'équipe** « du prendre soin » en plus celle « des soins » dans une démarche globale.
- ❖ **Formation** des équipes à l'éducation et au coaching motivationnel.

Soutien nutritionnel : plus que de simples calories



“A multimodal approach is necessary”

ORIGINAL ARTICLE

Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle 2021; 12: 1477–1488

Published online 14 September 2021 in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com) DOI: 10.1002/jcsm.12776

Prevalence and prognostic impact of cachexia among older patients with cancer: a nationwide cross-sectional survey (NutriAgeCancer)

Johanne Poisson^{1,2*}, Claudia Martinez-Tapia³, Damien Heitz⁴, Romain Geiss¹, Gilles Albrand⁵, Claire Falandry⁶, Mathilde Gisselbrecht¹, Anne-Laure Couderc⁷, Rabia Boulahssass⁸, Evelyne Liuu⁹, Pascaline Boudou-Rouquette¹⁰, Anne Chah Wakilian¹¹, Cedric Gaxatte¹², Frédéric Pamoukdjian¹³, Laure de Decker¹⁴, Valéry Antoine¹⁵, Catherine Cattenoz¹⁶, Heidi Solem-Lavie¹⁷, Olivier Guillem¹⁸, Hayat Medjenah¹⁹, Pierre André Natella¹⁹, Florence Canoui-Poitrine^{3,19}, Marie Laurent²⁰ & Elena Paillaud^{1,2,3}

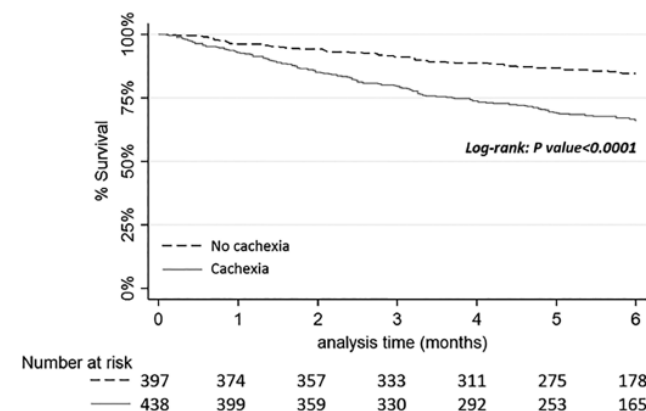


Figure 3 Kaplan-Meier curves of overall 6 month survival according to cachexia.

PRE HAB + RAAC

Challenge Trial ASCO
2025

Putting CO.21 Effect Size on Context

Intervention	Disease	Absolute OS Gain
Adjuvant Exercise	Colon	7% at 8 years
Adjuvant Oxaliplatin	Colon	5% at 10 years
Adjuvant Osimertinib	NSCLC	8% at 5 years
Consolidation Durvalumab	NSCLC	10% at 5 years
Adjuvant Trastuzumab	Breast	5% at 5 years
Peri-op Pembrolizumab	TNBC	5% at 5 years
Adjuvant Pertuzumab	Breast	1.8% at 10 years



SUIVI ACTIVITI

Pre hab Durant 10 à 21 jours

PROJET
priMe Cho

100 / an

①

EGS

Laura
Crousse

HDJ

②

Rdv Doctolib / Prescription

100 / an

①

Equipe APA
HSup

②

PLATEFORME FRAGILITE

Suivi à 3
ou 6
mois

⑤

RAAC

J-1

④

③

⑥

M +1

Bilan Excel

③

POST-CANCER

PROJET GC



Etude randomisée
1,5-2,25h marche rapide
Colon St III ou II haut risqué
À 5 ans 28% survie sans maladie
Reduction à 8 ans de mortalité
37%

NICE CPTS

Envoie Bilan

Suivi

L'EGS est notre boussole :



cancers



Article

The Desire to Better Understand Older Adults with Solid Tumors to Improve Management: Assessment and Guided Interventions—The French PACA EST Cohort Experience

Rabia Boulahssass ^{1,2,3,*}, Sebastien Gonfrier ¹, Noémie Champigny ¹, Sandra Lassalle ^{2,3,4,5}, Eric François ⁶, Paul Hofman ^{2,3,4,5} and Olivier Guerin ^{1,2,3}

¹ Geriatric Coordination Unit for Geriatric Oncology (UCOG) PACA Est CHU de Nice, 06000 Nice, France; gonfrier.s@chu-nice.fr (S.G.); champigny.n@chu-nice.fr (N.C.); guerin.o@chu-nice.fr (O.G.)

² FHU OncoAge, 06000 Nice, France; lassalle.s@chu-nice.fr (S.L.); hofman.p@chu-nice.fr (P.H.)

³ University Côte d’Azur, 06000 Nice, France

⁴ Laboratory of Clinical and Experimental Pathology, Pasteur Hospital, 06000 Nice, France

⁵ Hospital-related Biobank (BB-0033-00025), 06000 Nice, France

⁶ Department of Medical Oncology, Lacassagne Center, 06000 Nice, France; eric.francois@nice.unicancer.fr

* Correspondence: boulahssass.r@chu-nice.fr; Tel.: +33-695-175-679 or +33-492-034-194

Table 3. Geriatric guided interventions.

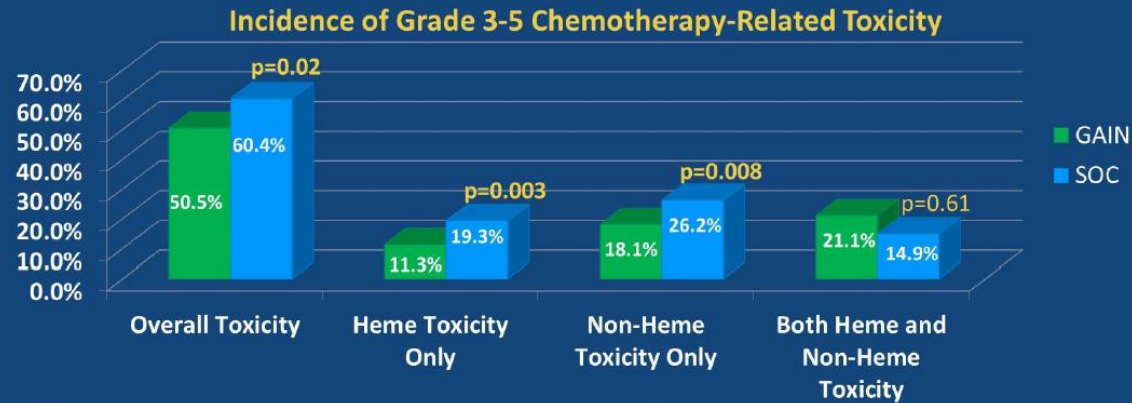
Geriatric Interventions	n = 8819	%
Nutritional care	2231	71.1
Physiotherapist intervention	1462	46.6
Delirium prevention	599	19.1
Social worker interventions	733	23.3
Psychological/Psychiatric care	510	16.2
Treatment modification for optimization	667	21.2
Adjustment medication for iatrogenic disorders	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

TELEMENT À FAIRE, SI PEU DE TEMPS

- **Revue des médicaments**
- **Renforcer la résilience cognitive**
- **Soutien psychologique**
- **Prévention des chutes**
- **Lutter contre la vulnérabilité sociale et l'isolement**
- **Gestion des symptômes non pharmacologiques**
- **Rééducation après un traitement du cancer**
- **Le soutien familial et aux aidants comme outil thérapeutique**
- **Construire des parcours de soins oncogériatriques**
- **Les interventions ne s'arrêtent pas après le traitement !**

IMPACT DE EGS PREUVES

Results: Primary Endpoint

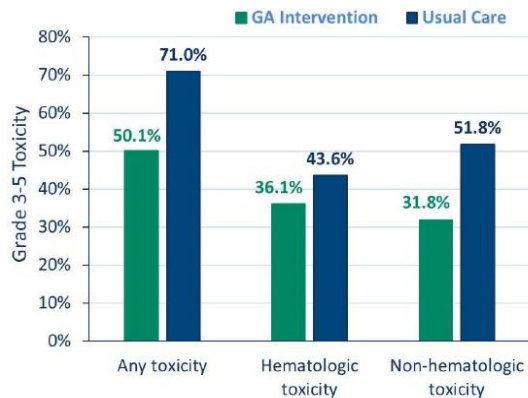


The GAIN arm had a statistically significant reduction of 9.9% (95% CI: 1.6-18.2%, **p=0.02**) in chemo-related toxicity compared to the SOC arm

PRESENTED AT: 2020 ASCO ANNUAL MEETING #ASCO20
Slides are the property of the author. Permission is required for reuse.

GAIN Daneng et al JAMA Oncol 2021

Any Grade 3-5 CTCAE Toxicity in 3 Months

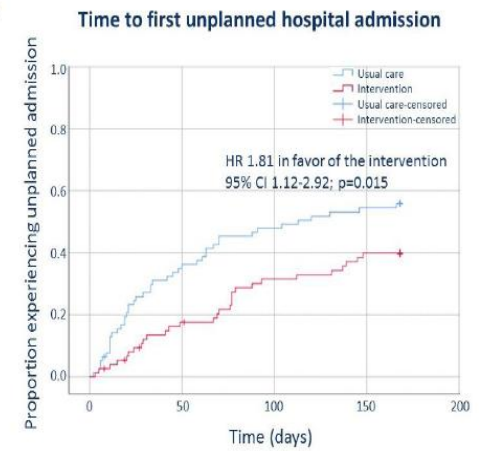


- **Any Grade 3-5 Toxicity**
Adjusted Risk Ratio: 0.74
95% CI: (0.63-0.87), P < 0.01
Clustering effect: P = 0.15
- **Any Grade 3-5 Hematologic Toxicity**
Adjusted Risk Ratio: 0.85
95% CI: (0.69-1.05), P = 0.13
Clustering effect: P = 0.30
- **Any Grade 3-5 Non-hematologic Toxicity**
Adjusted Risk Ratio: 0.73
95% CI: (0.53-0.996), P = 0.047
Clustering effect: P < 0.01

Secondary outcomes: Hospitalization

- **39% less emergency presentations**
 - Incidence rate ratio (IRR)* 0.61 (95% CI 0.46-0.77, p=0.007)
 - -1.3 emergency presentations per person-year
- **41% less unplanned hospital admissions**
 - IRR* 0.59 (95% CI 0.41-0.86, p<0.001)
 - -1.2 admissions per person-year
- **24% less unplanned hospital overnight bed-days**
 - IRR* 0.76 (95% CI 0.68-0.85, p<0.001)
 - -7.0 days per person-year

* Adjusted for age, gender, ECOG-PS, cancer type and treatment intent



PRESENTED AT: 2020 ASCO ANNUAL MEETING #ASCO20
Slides are the property of the author. Permission is required for reuse.

PRESENTED BY: Supriya Mohile

18

Mohile S lancet 2021

PRESENTED AT: 2020 ASCO ANNUAL MEETING #ASCO20
Slides are the property of the author. Permission is required for reuse.

PRESENTED BY: Wee-Kheng Soo, MBBS FRACP

Abstract number 12011

@KhengSoo1

10

Exemple de La Fatigue⁽/rehabilitation

Ouvrir la boîte de Pandor, et Réfléchir ?

Présentation différente en Oncologie sans facteur déclenchant ou effort minime

98% symptôme le plus prévalent

27% n'en parlent pas

50% du temps

SA:70 à 81%

Cella, Lai et al. 2002; Fossa, Dahl et al. 2003; National Cancer Institute and PDQ® Supportive and Palliative Care Editorial Board 2014).
Diaz, Menjon et al. 2008). Luctkar-Flude, Groll et al. 2009). Luciani, Jacobsen et al. 2008. Respini, Jacobsen et al. 2003.

La fatigue, Rechercher les causes réversibles en OG ?

Souvent banalisée chez le SA, médecins peu formés...sous traitée...non recherchée



Échelle numérique de la fatigue

NOM : _____ DATE : _____

Utilisez cette échelle pour noter le niveau de fatigue (de 0 à 10) ressentie à différents moments d'une même journée ou différentes journées. Notez ce que vous êtes en train de faire au moment où vous cotez votre fatigue.

DATE		HEURE							
ACTIVITÉ :									
AUCUNE FATIGUE		FATIGUE LÉGÈRE		FATIGUE MODÉRÉE		FATIGUE SÉVÈRE			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
→									

Le caractère polypathologique rend complexe l'analyse...

EVALUATION

Screening
FACT-F ,FSI,EN
Fatigue history

Comorbidités
Cardiaque
Endocrinienne
Pulmonaire
Renal
Anémie

Biologie
NFS,CRP,Reticulocytes
B9,B12,ferritinémie,CS
TSH,Creatinine
LDH,Haptoglobine
Ionogramme sanguin

Medications
Neuroleptiques/Antidépresseurs/Anxiolytiques
Antidépresseurs
Antiemétiques
Antalgiques

Psycho
MMS,GDS
Troubles du sommeil,
Anxiété
Avis spécialisé si
maladie psy

Evaluer le niveau d'activité
physique en MET ?

Evaluer la douleur et la qualité de
vie
EN douleur/QLQc30 EORTC

Evaluation
Nutritionnelle
Perte de poids
BMI,MNA
Albumine
EVA Ingesta

Analyser les facteurs à haut impact pour prioriser les actions
Evaluer aussi la charge mentale et les besoins des aidants.



• Pendant le traitement

Review

Oncological Treatment-Related Fatigue in Oncogeriatrics: A Scoping Review

Louise André¹, Gabriel Antherieu¹, Amélie Boinet¹, Judith Bret¹, Thomas Gilbert^{1,2}, Rabia Boulahssass^{3,4,5} and Claire Falandry^{1,4,6,7,8,*}

Fatigue during cancer in the older patient

“Cancer-related fatigue” (CRF)

Primary CRF

- Neuro-endocrine disorders

Secondary CRF

- Malnutrition
- Chronic inflammation & iron deficiency
- Anemia
- Cancer distress
- Sleep disorders
- Pain
- Physical deconditioning

Cancer-treatment-related fatigue

Fatigue unrelated to cancer

Comorbidities

- Heart failure
- Kidney failure
- Respiratory failure
- COPD

Comedications

Frailty phenotype

- Physical deconditioning
- Malnutrition
- Sarcopenia

Emotional disorders

- Depression
- “Existential fatigue”

...

Idiopathic fatigue



En pratique :Préhab/rehab/

PROADAPT tasks				
	Prehabilitation time	Peri-operative time	Rehabilitation time	Hospital-home transition
Nurse coaching & education Bridging interventions	Coaching nurse self-presentation Delivery of a personalized patient book Care according best practice guidelines ³⁸ : * Confirm and document patient goals and treatment preferences, including advance directives. * Confirm and document patient's health care proxy or surrogate decision-maker. * In patients with existing advance directives, discuss new risks associated with the surgical procedure and an approach for potentially lifethreatening problems consistent with the patient's values and preferences ("required reconsideration"). Weekly phone calls	Coaching nurse visit in the surgical ward Communication of patient's preference to the staff	Coaching nurse visit in the rehabilitation ward Communication of patient's preference and care difficulties to the staff (checklist): - delirium/cognitive impairment - peri-operative acute pain - pulmonary complications - fall risk - ability to maintain adequate nutrition - Urinary tract infection prevention - Functional decline monitoring - Pressure ulcers prevention	Coaching nurse bi-weekly phone call Communication of patient's care difficulties to the staff
Nutrition	W-4 : nutritional evaluation Nutritional plan based on measured intake W-3 : nutritional follow up - weight W-2 : nutritional follow up- weight W-1 : nutritional follow up- weight + pre-operative immunonutrition ³	Care according best practice guidelines ³⁸ : * Consider shortened fluid fast (clear liquids up to 2 hours before anaesthesia). * Normal food intake or enteral feeding should start as early as possible	Nutritional plan based on - Weight curve - Measured intake Optimal management of - Nausea/vomiting - Abdominal pain	Nutritional plan based on - Weight curve - Measured intake Optimal management of - Nausea/vomiting - Abdominal pain
Physical activity	W-4 : physical performances evaluation Physical activity plan W-3 : group physical activity W-2 : + W-1 : functional follow-up	Care according best practice guidelines ³⁸ : * Early physical and/or occupational therapy. * Check for orthostatic hypotension. * Review physical environment to reduce injury risk. * Assistive walking devices (eg walkers) at bedside if used as outpatient.	(to the discretion of the rehabilitation unit)	Pursuing of the pre-operative physical activity plan

En pratique, Approche multimodale Anxiété/Dépression/Sommeil

- **EVALUATION**
- **GERIATRIC ANXIETY INVENTORY: 4**
- **Dépistage de la dépression **GDS: 7****
- **Analyser les facteurs à haut impact pour prioriser les actions**

- 1. Vous sentez-vous souvent découragé(e) et triste ? oui = 1, non = 0
- 2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? oui = 1, non = 0
- 3. êtes-vous heureux(se) (bien) la plupart du temps ? oui = 0, non = 1
- 4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? oui = 1, non = 0
 - **Cotation**
 - Si score total égal ou supérieur à 1, très forte probabilité de dépression
 - Si score total = 0, très forte probabilité d'absence de dépression

Geriatric Anxiety Inventory GAI-FC-SF (version courte, traduction canadienne)

Précisez le nom et l'âge du sujet, le nom de l'examineur et la date de passation.

Item	D'accord	Pas d'accord
1) Je vis beaucoup dans l'inquiétude.	☐	☐
2) Un rien me dérange.	☐	☐
3) Je me considère comme étant de nature inquiète.	☐	☐
4) Je me sens souvent nerveux(se).	☐	☐
5) Il arrive souvent que mes propres pensées suscitent de l'anxiété chez moi.	☐	☐

- **Choix de prise en charge non médicamenteuse dans un 1^o temps**
- **Soutien psychologique mixte: téléphonique 1 fois/semaine +/- présentiel**
- **Aides sociales**
- **PEC non médicamenteuse: sophrologie**
- **Mesure hygiéno-diététiques pour le sommeil : coucher à heure fixe**
- **Hypnotique en seconde intention type zopiclone**

KATZ Gerontologist 1970 LAWTON Gerontologist 1969 Yesavage J Psychiatr Res 1982, Aaronson J Natl Inst 1993
oClément JP, Nassif RF, Leger JM, Marchan F. Mise au point et contribution à la validation d'une version française brève de la Geriatric Depression Scale de Yesavage. L'Encéphale 1997;XXIII:91-9.
oYesavage JA. Geriatric Depression Scale. Psychopharmacol Bull. 1988;24(4):709-11 Byrne GJ, Pachana NA. Development and validation of a short form of the Geriatric Anxiety Inventory--the GAI-SF. Int Psychogeriatr. 2011 Feb;23(1):125-31. doi:
oByrne Int Psychogeriatr 201

En pratique, Approche multimodale Evaluation nutritionnelle Stratégie Nutritionnelle

Evaluation:

Perte de **8kg**

Soit **6,5%** de perte de poids

IMC à 41,9

Force de prehension 15 kg traduisant une réduction de la force musculaire.

Obésité sarcopénique suspectée

Test de lever de chaise <15s

Pathologie maligne (critère étiologique)

Albumine à 35g/l

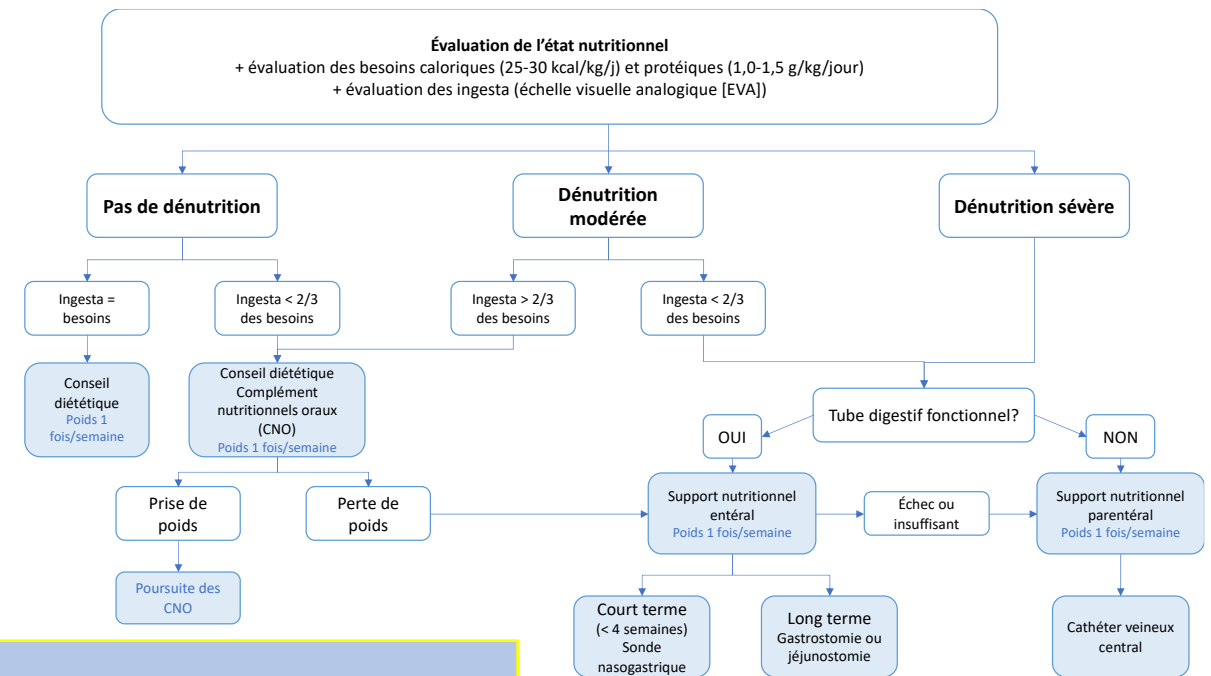
MNA à 22.

EVA ingesta 60% à l'enquête alimentaire

Démarche étiologie globale: état bucco-dentaire, psychologique, conciliation pharmaceutique

On propose :

- Conseil diététique : Fractionnement, enrichissement.(Livret)
- Avis diéticienne.
- Complément nutritionnels oraux à adapter à ses goûts, 2 par jour 10h/16H
- Du soutien psychologique
- Une surveillance du poids au moins une fois /semaine
- Une réévaluation à 7j/15j de cette stratégie par le prescripteur ou l'équipe élargie.



En pratique, Approche multimodale Activité Physique/Kiné mais adaptée à sa situation

- **EVALUATION**
- **Entretien** : motivations, habitudes
- **Evaluation de son niveau d'activité physique MET** : exemple marche 3 MT, courir 12 MET (Un MET = énergie dépensée en étant assis et au repos)
- **Test de marche de 6 min**: tolérance effort en aérobic
- **Force musculaire** : Handgrip
- **Endurance** : test de lever de chaise
- **Equilibre** : AMP
- **Rechercher les contre-indications**: ici osseuses ?



- **Informez de l'intérêt de l'APA**
- **Identifiez les freins à la réalisation**
- **Intensité progressive**
- **Séances supervisées**
- **APA ou Kiné en fonction des possibilités**
- **Proposition d'un programme adapté**
- **Evaluation Echelle de Borg et de Sadoul**

THM: Approche multimodale, personnalisée et réévaluée

- Un Continuum
- Partir de l'évaluation oncogériatrique pour proposer des IGC
- A proposer à tous type de traitement
- Associer exercice physique et nutrition (ESPEN 2021)
- Lever les obstacles (fatigue, transports, isolement, anxiété)
- Commencer tôt et poursuivre dans la durée
- Mesurer ce qui compte pour le patient

11^{ème} Monaco
Age
Oncologie 27 29
2027
Cours Francophone
d'Oncogériatrie
Monte-Carlo Congress Centre (Hôtel Fairmont)



Save the date
LES 22^{ÈMES} CONGRÈS NATIONALES
Antilles / Bordeaux 15 ET 16 DÉCEMBRE 2026
PRÉSENTIEL & DISTANCIEL
OUVERTURE DES INSCRIPTIONS AU PRINTEMPS

SoFOG
SOCIÉTÉ
FRANCOPHONE
D'ONCO-GÉRIATRIE

MERCI !
Boulahssass.r@chu-nice.fr

SIOG[®] 2026
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY
VALENCIA
SPAIN
5-7 NOV

