

# Préhabilitation en oncologie ORL

Soins de support : rôle clé de la nutrition

Claire NIZART, Diététicienne | Dr Luc FAUVILLE, Médecin nutritionniste

Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer



# Plan de la présentation

01

## Préhabilitation : de quoi parle-t-on ?

Définition, concept et évolution

02

## Le sujet âgé en oncologie ORL

Vulnérabilité nutritionnelle et bénéfices démontrés

03

## L'approche multimodale

Rôle clé de la nutrition

04

## Notre expérience au CHB

Score de fragilité et parcours patient

05

## Conclusion et perspectives





# Préhabilitation

De quoi parle-t-on ?



## Définition de la préhabilitation

« Un processus du continuum de soins qui intervient entre le diagnostic du cancer et le début du traitement aigu, comprend des évaluations physiques et psychologiques qui établissent un niveau fonctionnel de base, identifient les déficiences et fournissent des interventions ciblées »

### PRÉhabilitation = PRÉvention

Prépare au stress et aux déficiences anticipés pour le(s) traitement(s) à venir,

### RÉhabilitation = RÉponse

Aborde les déficiences résultant d'un ou plusieurs traitements antérieurs,

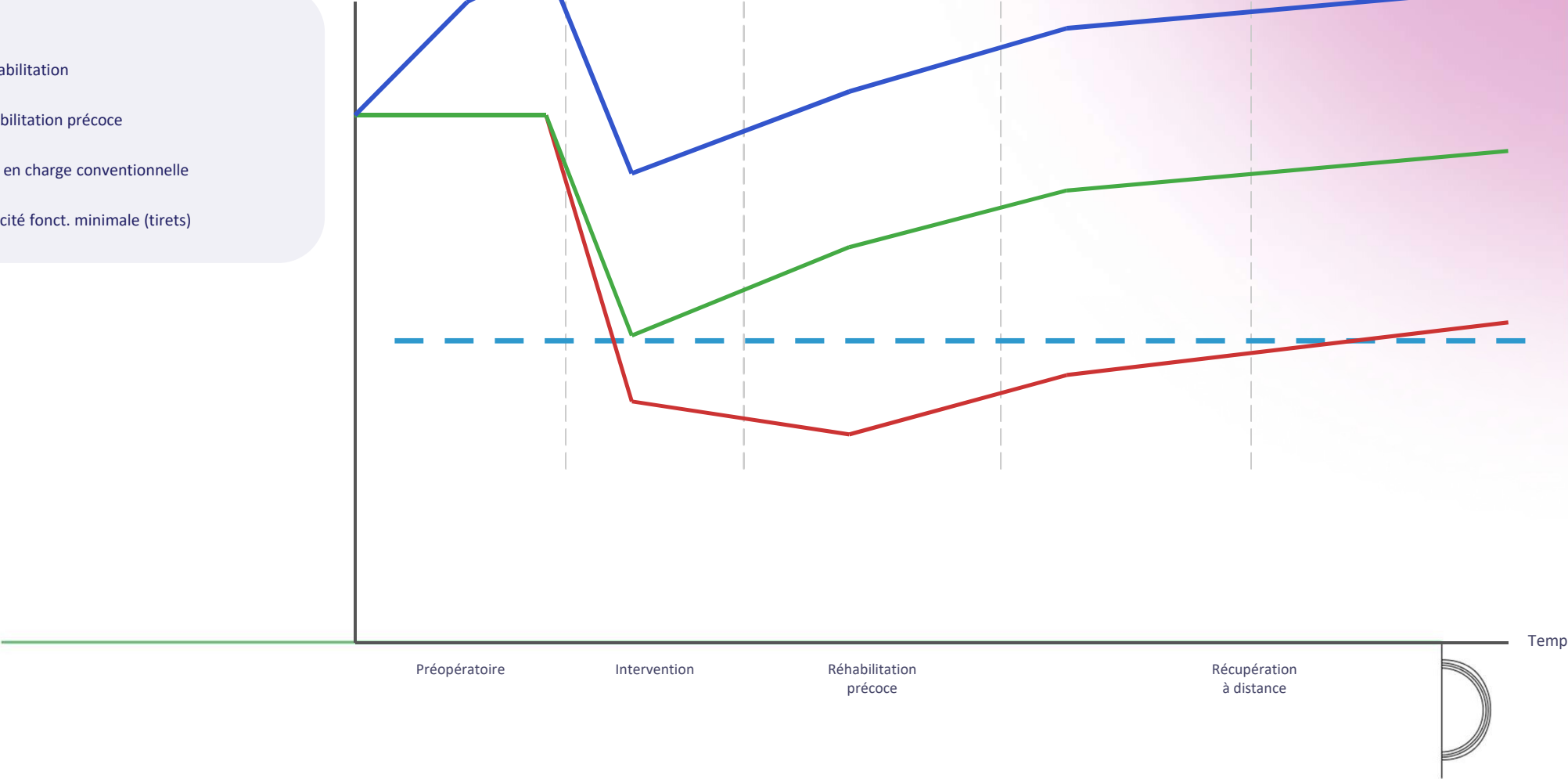
**Les deux approches sont complémentaires,**



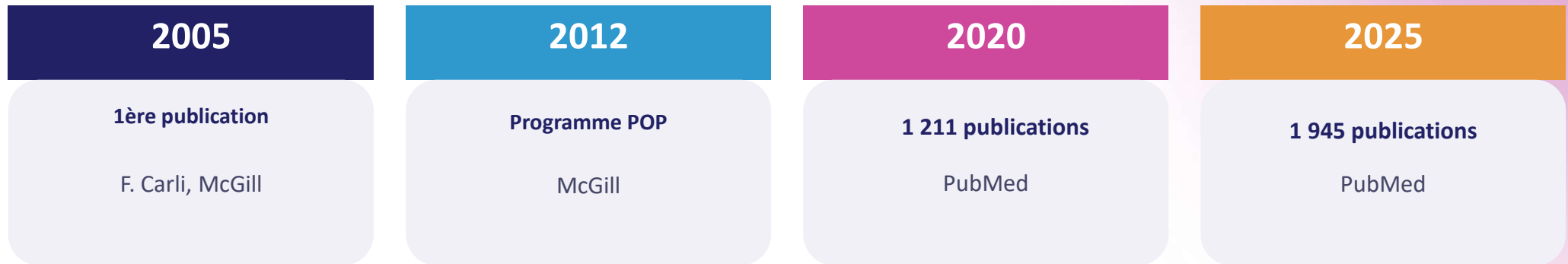
# Opportunité théorique de la Préhabilitation multimodale d'améliorer la Capacité Fonctionnelle

**Légende**

- Préhabilitation
- Réhabilitation précoce
- Prise en charge conventionnelle
- Capacité fonct. minimale (tirets)



## Un concept récent en plein essor



### 2024-2025 : 14 méta-analyses publiées

Colorectal (4) — Œsogastrique (2) — Vésical (1) — Œsophagectomie (1)  
Chirurgie abdominale majeure (2) — Digestif (1) — ORL — Tous cancers (3)

Cependant : absence de recommandations standardisées



# Le sujet âgé en oncologie ORL

Pourquoi la préhabilitation ?



# Le sujet âgé : une vulnérabilité spécifique



## Dénutrition

- 30 à 50% des patients ORL dénutris au diagnostic
- Prévalence majorée chez le sujet > 70 ans



## Facteurs de risque

- Dysphagie tumorale
- Sarcopénie liée à l'âge
- Comorbidités multiples
- Addictions fréquentes



## Conséquences

- Complications post-opératoires
- Toxicité de la RTCT
- Durée d'hospitalisation augmentée



## Bénéfices démontrés de la préhabilitation

**RR 0,74**

Complications  
post-opératoires totales

IC 95% : 0,65 - 0,84

**RR 0,75**

Complications sévères  
(Clavien-Dindo  $\geq 3$ )

IC 95% : 0,58 - 0,96



Amélioration du test  
de marche 6 min (6MWD)



Maintien / amélioration  
de la masse maigre



Diminution de la durée  
de séjour hospitalier



## Bénéfices démontrés de la préhabilitation en oncologie ORL



### Diminution des complications graves

Réduction significative des complications post-opératoires sévères



### Diminution de la mortalité

Impact démontré sur la survie péri-opératoire



### Diminution de la dysphagie

Amélioration de la déglutition



### Diminution de l'amaigrissement

Préservation du poids et de la masse maigre



### Amélioration de la déglutition

Exercices de déglutition



### Réduction de la durée de séjour

Diminution de la durée d'hospitalisation post-traitement



# Approche multimodale

Rôle clé de la nutrition



# Les piliers de la préhabilitation multimodale



## Nutrition

Dénutrition, sarcopénie  
CNO, nutrition entérale  
Potentialise l'exercice



## Activité Physique Adaptée

Aérobic, renforcement  
musculaire, stretching  
Capacité fonctionnelle



## Soutien psychologique

Anxiété, dépression  
Sevrage tabac/alcool  
Accompagnement social



## Optimisation médicale

Anémie, diabète  
Fragilités (G8)  
Comorbidités



# Rôle clé de la nutrition chez le sujet âgé en oncologie

## Évaluation nutritionnelle initiale

- % d'amaigrissement et EVA des ingesta
- Bilan : albumine, préalbumine
- Phosphore, Mg, Ca+, TP, ferritine, CSS
- B9, B12 et 25OH-Vitamine D3
  
- Critères HAS 2021 de dénutrition
  
- Seuils spécifiques  $\geq 70$  ans :
  - IMC  $< 22 \text{ kg/m}^2$
  - Besoins : 30-35 kcal/kg/j
  - Protéines : 1,2-1,5 g/kg/j

## Interventions personnalisées

- Conseils diététiques  
Enrichissement, fractionnement
  
- Compléments nutritionnels oraux  
Si ingesta  $< 2/3$  des besoins
  
- Nutrition entérale  
SNG ou gastrostomie prophylactique  
Recommandé TNM  $\geq \text{T3}$  cavité buccale / oropharynx
  
- La nutrition potentialise l'APA et préserve la masse maigre



# Sarcopénie et sujet âgé de plus de 70 ans

Consensus européen (EWGSOP 2019) : la sarcopénie confirmée est définie par l'association d'une réduction de la force et de la masse musculaire.

Critère	Femme	Homme
<b>Réduction de la force (≥ 1 critère)</b>		
5 levers de chaise (secondes)	> 15	> 15
Force de préhension (kg)	< 16	< 27
<b>Réduction de la masse (≥ 1 critère)*</b>		
Masse musculaire appendiculaire (kg)	< 15	< 20
Index de masse musculaire (kg/m <sup>2</sup> )	< 5,5	< 7

⚡ Dynamomètre hydraulique de main Jamar — force de préhension

Cruz-Jentoft AJ et al. Sarcopenia: revised European consensus. Age Ageing 2019;48:601.

## Paramètres diagnostiques clés

Masse Grasse (%Poids)

8–20 %

Femme : 8,00–20,00

Contenu Minéral Osseux (%)

2,34–5,18 %

Normal : 2,34–5,18

Masse Musculaire (%Poids)

43–51 %

Femme : 43,00–51,00

Index Masse Musculaire (kg/m<sup>2</sup>)

5,5–13,2

Valeurs normales

Masse musculaire appendiculaire (kg)

15–42 kg

Seuil femme < 15 kg



# Notre expérience au CHB

Parcours patient et résultats



## Score de fragilité ORL (0 à 12 points)

Critère	0	1	2
Localisation ORL	Larynx, Nasopharynx	Hypo/Oropharynx ≤ T2	Oropharynx > T3
Traitement curatif	Chirurgie seule	RT ± erbitux	RT + Cisplatine
État nutritionnel	Pas de dénutrition	Modérée	Sévère
Comorbidités	Aucune	1 significative	≥ 2 significatives
Symptômes	Aucun	Contrôlés	Non contrôlés
Fragilité / âge	< 75 ans	> 75 ans, G8 > 14	> 75 ans, G8 ≤ 14

**Vert (0-3)**

Ambulatoire

**Orange (4-7)**

Hôpital de semaine

**Rouge (8-12)**

Hospitalisation urgente



# Organisation du parcours patient au CHB

## TEMPS 1 — Évaluation

HDS (1-2 nuits)

- État nutritionnel (diét.)
- État psychologique (psy + AS)
- État physique (APA) : TM6, hand grip, SPPB
- Évaluation addicto/gériatrique

## TEMPS 2 — Interventions

Prescription personnalisée

- Soutien nutritionnel : CNO, NE
- Soutien psy et social
- APA supervisée : aérobie + renforcement

## TEMPS 3 — Ambulatoire

Continuité (3-4 semaines)

- Surveillance pondérale /sem.
- Réévaluation diét. en HDJ
- APA à domicile ou cabinet
- Suivi psy tél. ou externe
- Coordination prestataire



## Conclusion et perspectives

### La préhabilitation multimodale

Améliore la capacité fonctionnelle, réduit les complications et la durée de séjour.

### La nutrition est le socle

Potentialise l'APA, préserve la masse maigre, essentielle chez le sujet âgé.

### Notre expérience au CHB

Programme structuré depuis 02/2024.  
Score de fragilité spécifique ORL.  
Résultats encourageants.

### Perspectives

- Évaluation prospective des résultats
- Prise en charge orthophonique en prévention des troubles de déglutition (RT/RTCT)
- Immuno nutrition en PREHAB : arginine ou glutamine en oncologie ORL



# Merci de votre attention.

Claire NIZART | Dr Luc FAUVILLE

Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer

