

# Préhabilitation et Nutrition

Cancérologie ORL  
chez le Sujet Agé

---

**Claire NIZART**

Diététicienne

**Dr Luc FAUVILLE**

Médecin Nutritionniste

Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer

**Rencontres  
Oncogériatriques  
de Lille 2026**

---

## Contexte : Cancer ORL et Sujet Agé

**30%**

des cancers ORL  
diagnostiqués  
après 65 ans

**50%**

de dénutrition  
au diagnostic  
en ORL

**30-50%**

de complications  
post-traitement  
chez le sujet âgé



Réserves réduites + comorbidités = risque accru de toxicité et perte d'autonomie

# Préhabilitation Multimodale : les 4 Piliers



## NUTRITION

Correction dénutrition  
SNG/GPR anticipée  
Supplémentation



## ACTIVITE PHYSIQUE

Renforcement musculaire  
Endurance  
Prévention déconditionnement



## PSYCHOLOGIE

Anxiété, dépression  
Entretien motivationnel  
Soutien aidants



## SOCIAL

Aides domicile  
Coordination ville-hôpital  
Prestataire/HAD

Fenêtre idéale : 3-4 semaines avant traitement | **Approche recommandée par les guidelines ESPEN 2021, SFNEP, HAS**

*NB : La mention "préhabilitation multimodale obligatoire" est une conclusion de notre équipe, non une recommandation publiée en tant que telle.*

# CAS CLINIQUE

---

Monsieur D, 74 ans

Carcinome épidermoïde de la base de langue

# Présentation Initiale

## Diagnostic

Carcinome épidermoïde de base de langue T4aN2cM0  
HPV+  
Comorbidités : HTA, diabète type 2, ex-fumeur : 30 PA  
Symptômes : dysphagie, odynophagie

## Etat Nutritionnel

Poids : 74 kg (habituel 82 kg) IMC : 22  
**Perte : -8 kg / 4 mois = -10 %**  
**Hand grip test : 40Kg D et 37Kg G**  
Albumine : 32 g/L | CRP : 22 mg/L  
Apports : ~900 kcal/j, ~40 g prot/j



## Patient éligible à la préhabilitation

ECOG 1 (bon état general) | Âge physiologique < âge chronologique  
Fonction rénale préservée (DFG 70 mL/min) | Motivation du patient et de la famille

**Dénutrition modérée = MODIFIABLE avec intervention précoce**

# Evaluation Oncogériatrique

## Dépistage : Score G8

**Score G8 de M. D. : 13/17**

Seuil de fragilité :  $\leq 14$

=> **Indication d'EGA**

## Outils de l'EGA utilisés :

ADL (Katz) : 6/6

IADL (Lawton) : 7/8

MMSE : 26/30 (normal)

GDS-4 : 0/4 (pas de depression)

Score de Charlson : 6 ( survie à 10 ans : 2%)

Balducci 1

MNA : 17/30 (risque de dénutrition)

## Conclusion Oncogériatrique

**Patient FRAGILE (G8 altéré) mais avec :**

- Bon état general (ECOG 1)
- Autonomie préservée (ADL 6/6)
- Fonctions cognitives conservées
- Fragilité essentiellement nutritionnelle

**=> Apte à recevoir un traitement curatif**

**=> Préhabilitation multimodale recommandée**

*Ref : Bellera et al., Ann Oncol 2012 (validation G8)*

*SIOG guidelines 2014 ; Decoster et al., J Geriatr Oncol 2015*

*Huant et al. 2011 ; Han et al., Head Neck 2022 (EGA predictive)*

# Score de Fragilité et Parcours Patient

Critère	Points	M. D.
Localisation tumorale	0-2	2
Type de traitement	0-2	2
Etat nutritionnel	0-3	2
Comorbidités	0-2	2
Symptômes	0-2	2
Fragilité G8 < 14	0-1	1
<b>TOTAL</b>	<b>0-12</b>	<b>11</b>

## VERT (0-3)

Surveillance standard

## ORANGE (4-7)

HDS préhabilitation 2-3 jours

## ROUGE (8-12)

Avis oncogériatrique systématique

**=> M. D. : 11/12 = ROUGE**

Score construit a partir de : Pignon 1996, Huant 2011, ELAN-ONCOVAL, ESPEN guidelines (Dr L. Fauville)

# Decision Therapeutique en RCP

## Plan de traitement

Radiothérapie : 70 Gy / 35 fractions / 7 sem

**Chimiothérapie : Cisplatine hebdomadaire 40 mg/m<sup>2</sup>**  
(7 cures)

**Préhabilitation validée : 3 sem avant RTCT**

### Parcours préhabilitation :

J1-J3 : HDS (évaluations + pose SNG)

J4-J24 : domicile (HAD + APA + télé-suivi)

**J21 : pose GPR | J24 : debut RTCT**

## Justification du Cisplatine 40 mg/m<sup>2</sup>

### Arguments en faveur :

- Age physiologique < âge chronologique
- ECOG 1, ADL 6/6, Balbucci 1
- Fonction rénale préservée (DFG 70 mL/min)
- Tumeur localement avancée T4aN2c a visée curative
- Préhabilitation planifiée

### Surveillance renforcée :

- DFG avant chaque cure
- Hydratation + antiémétiques adaptés
- Dénutrition modérée prise en charge par AE
- Avis oncogériatrique préalable

*NB : Le schéma hebdomadaire (40 mg/m<sup>2</sup>) est plus courant chez le sujet age (étude SENIOR, Ruhle 2023)*

# Prise en Charge Nutritionnelle

## Evaluation (J1)

Biologie : Alb 32 g/L, CRP 22 mg/L, carences B9/B12/D

**Apports : ~900 kcal/j, ~40 g prot/j (< 50% besoins)**

Textures molles uniquement

**Besoins : 2200 kcal/j (30 kcal/kg), 90 g prot/j (1,2 g/kg)**

## Stratégie

### Nutritionnelle

#### **NUTRITION MIXTE :**

SNG (J3) : 1000 mL/nuit MEGAREAL FIBRES  
(1400 kcal, 69 g protéines)

Orale : enrichissement + texture adaptée

**GPR a J21 (confort avant RCT longue durée)**

# Prise en charge Physique, Psychologique et Sociale

## Évaluation initiale (J1 Hospitalier)



### Bilan Physique (APA)

- Activité sportive : Inactif
- Grip test : 40/38 kg
- Test marche 6 min : 550m (1,5 m/s)
- Lever de chaise : 11 sec
- Équilibre unipodal : D 7s / G 6s
- Get up and go test : 13 sec

#### Objectif :

Renforcement musculaire, endurance et équilibre avant début de la RTCT



### Bilan Psychologique

#### Consultation psychologue

- Évaluation anxiété / dépression
- Mécanismes d'adaptation
- Acceptation du diagnostic
- Représentations de la maladie

#### Suivi personnalisé

- Soutien psychologique continu
- Appels téléphoniques si besoin

#### Objectif :

Préparer le patient psychologiquement au parcours thérapeutique



### Évaluation Sociale

#### Consultation assistante sociale

- Environnement de vie
- Identification des aidants
- Aides à domicile
- Couverture sociale (ALD, MDPH)
- Situation professionnelle

#### Objectif :

Sécuriser le parcours social et anticiper les besoins d'accompagnement

# Suivi ambulatoire de la préhabilitation



## Prestataire

- Livraison matériel
- Formation patient/aidant
- Suivi hebdomadaire
- Compte rendu par email



## Kinésithérapie / APA

- 3 séances/semaine
- 30-45 min par séance
- Programme personnalisé
- Renforcement + endurance



## Psychologue / AS

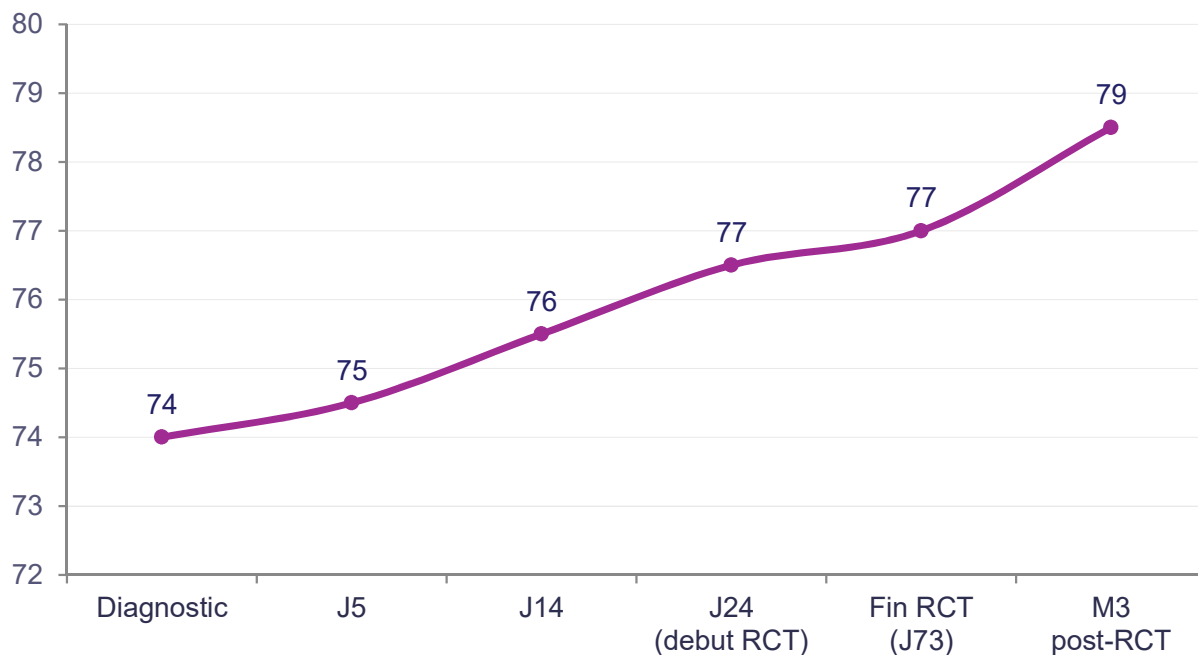
- Surveillance personnalisée
- Appels téléphoniques
- Consultations si besoin
- Soutien aidants



## Consultations hospitalières

- J+14 : Diététicienne + Oncologue
- J+21 : Pose GPR
- J+24 : Début RTCT

## Resultats : Evolution Pondérale et Tolérance



### Prehabilitation

**+2,5 kg en 24 jours**

Albumine normalisée : 35 g/L

### Pendant RTCT

Poids maintenu (+0,5 kg)

Radiomucite Grade 2 (modérée)

**7 cures cisplatine pleine dose**

DFG stable (62-68 mL/min)



**Traitement COMPLET sans interruption | Gain total : +4,5 kg vs diagnostic**

## Résultats à 3 mois post-RTCT

# REPONSE COMPLETE

TEP-Scanner : pas de fixation pathologique

### Etat General à M3

ECOG 0-1 (autonomie complète)

Poids : 78,5 kg (+4,5 kg)

Alimentation orale 90%

GPR retirée a M4

Déglutition récupérée 90%

Marche quotidienne 45 min

### Facteurs de succès identifiés

- ✓ Intervention nutritionnelle PRECOCE
  - ✓ Approche MULTIMODALE
  - ✓ Nutrition entérale ANTICIPEE (SNG puis GPR avant RTCT)
  - ✓ Coordination VILLE-HOPITAL (HAD + télé-suivi)
  - ✓ Adhesion PATIENT / AIDANT
  - ✓ Evaluation oncogériatrique rigoureuse
-

# Données de la Littérature 2023-2025

⇒ La prise en charge multimodale (nutrition + exercice + soutien psychologique) est la plus efficace

## De Pasquale *et al.*

Clin Nutr ESPEN, 2023

Revue systématique – 7 études

### Méthode :

Revue systématique sur la préhabilitation nutritionnelle dans les cancers ORL

### Résultats :

Les interventions multimodales (conseil nutritionnel + CNO + exercices de déglutition) montrent :

- ✓ Maintien des apports caloriques
- ✓ Maintien du poids corporel
- ✓ Préservation de la déglutition
- ✓ Amélioration de la qualité de vie

Limites : nombre d'études limité, hétérogénéité méthodologique

⇒ Cadre idéal pour une préhabilitation multimodale avant RTCT

## Seth *et al.* + ESPEN

Head Neck, 2024 / Muscaritoli *et al.*

Méta-analyse + Recommandations

### Seth (méta-analyse) :

Exercice + nutrition + psychoéducation

- ✓ Amélioration QdV
- ✓ Réduction morbi-mortalité
- ✓ Réduction incidence dysphagie

### ESPEN (Muscaritoli) :

Recommandations nutrition en oncologie :

- Dépistage nutritionnel dès le diagnostic
- Évaluation des symptômes impactant l'alimentation
- Évaluation masse musculaire et performance physique
- PEC nutritionnelle précoce

⇒ Préhabilitation multimodale = standard de soins émergent

## Sujet âgé et traitements

MACH-NC / SENIOR (Rühle, JAMA 2023)

Cohorte multicentrique (n=1044, ≥65 ans)

### MACH-NC :

Pas de bénéfice de la CT concomitante après 70 ans

### Étude SENIOR (Rühle 2023) :

1044 patients ≥65 ans, 13 centres

- ✓ Bénéfice CRT vs RT seule en OS et PFS (HR 0,65 ; p<0,001)
- ✓ Possible jusqu'à 80 ans si PS 0-1 et CCI < 3

### Cetuximab :

✗ Pas de bénéfice > 65 ans (ni OS, ni PFS, ni contrôle local)

⇒ Sélection des patients fit essentielle : la préhabilitation optimise cette sélection

# Messages Cles

1

La nutrition est un PILIER THERAPEUTIQUE fondamental en cancérologie ORL du sujet âgé

2

La préhabilitation multimodale (nutrition + APA + psychologie + social) améliore tolérance, complications et résultats

3

L'évaluation oncogériatrique détaillée (G8 + EGA) est indispensable pour guider la décision thérapeutique et le parcours de soins

4

La coordination ville-hôpital et l'adhésion patient/aidant sont les clés du succès de la préhabilitation

# Merci de votre attention

Questions ?

---

**Claire NIZART**

Diététicienne

**Dr Luc FAUVILLE**

Médecin Nutritionniste

Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer

Rencontres Oncogériatriques de Lille 2026