

Evaluation des besoins et des prises en charge SSR en Oncogériatrie



Pr Claire FALANDRY

Unité d'Oncogériatrie, Service de Gériatrie

Centre Hospitalier Lyon Sud

Laboratoire CarMeN de l'Université de Lyon

Institut de Cancérologie des HCL



- L'œil du gériatre -

Partir des fondamentaux gériatriques

- CGA (Rubenstein 1991) : Comprehensive geriatric assessment is defined as a « *multidimensional interdisciplinary diagnostic process focused on determining a frail elderly person's medical, psychological and functional capability in order to develop a coordinated and integrated plan for treatment and long term follow up* »
- Traduction française : EGS (Evaluation Gériatrique Standardisée) ???
- D. Somme 2011 :
 - Approche gériatrique multidimensionnelle ou globale

Une « CGA » / Approche gériatrique multidimensionnelle

- **n'est pas (seulement) une évaluation**
- **n'est pas limitée dans le temps**
- **n'a d'intérêt que si assortie**
 - d'actions correctrices
 - d'un plan de soins
 - d'un programme thérapeutique

...

Les objectifs

- Améliorer les diagnostics
- Optimiser les traitements
- Améliorer le(les) pronostic(s)
- Restaurer ou maintenir le statut fonctionnel
- Accompagner la perte d'autonomie
- Améliorer la qualité de vie (QdV ou QoL)
- Contrôler les coûts

Les moyens

- Évaluation coordonnée interprofessionnelle
- Discussion
- Recommandations
- Application d'un plan thérapeutique

Est-ce que ça marche ?

[Intervention Review]

Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital



<i>Critères de jugement</i>	<i>Tous</i>	<i>Unité hosp.</i>	<i>Equipe mobile</i>
Domicile à 6 mois	1,25 [1,11-1,42]	1,31 [1,15-1,49]	NS
Domicile à la fin du suivi	1,16 [1,05-1,28]	1,22 [1,10-1,35]	NS
Institution à 6 mois	0,76 [0,66-0,89]	0,72 [0,61-0,85]	NS
Institution à la fin du suivi	0,78 [0,69,0,88]	0,73 [0,64-0,84]	NS
Décès ou ↓ autonomie	0,76 [0,64-0,90]	0,78 [0,65-0,93]	NS
Fonction cognitive	ES 0,08 [0,01-0,15]	NS	ES 0.09 [0.01-0.16]
Décès à 6 mois et fin de suivi	NS	NS	NS
Dépendance	NS	NS	NS
Décès ou dépendance	NS	NS	NS
ADL	NS	NS	NS
Durée de séjour	NS	NS	NS
Réadmission à 30j	NS	NS	NS

Ellis G. et al. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011;7: CD006211

En résumé

- **L'équipe :**

- Médecin
- IDE
- Assistante sociale
- kinésithérapeute
- +/- animateur socio-culturel

- **L'organisation :**

- EGS / AGM
- Synthèses régulières
- Plan(s) d'action
- +/- outils d'évaluation
- +/- suivi ultérieur

Les unités de gériatrie

- **Acute geriatric wards / ACE** (Acute Care of Elderly) units
≈ CSG (Court séjour gériatrique)
- **Postacute geriatric wards / GEMU** (Geriatric Evaluation and Management Units)
- **Rehabilitation units**
≈ SSR (Soins de Suites et de Réadaptation)

En oncogériatrie

- Les problèmes détectés :
 - Co-morbidités : 23 - 100%
 - Dénutrition : 37 – 83%
 - Fonctionnalité : 11 – 77%
 - Fatigue : 37 – 69%
 - Dépression : 27 – 65%
 - Environnement : 10 – 44%

En oncogériatrie

Un modèle ...

- Les problèmes détectés :

— Co-morbidités :	23 - 100%
— Dénutrition :	37 - 83%
— Fonctionnalité :	11 - 77%
— Fatigue :	37 - 69%
— Dépression :	27 - 65%
— Environnement :	10 - 44%

CSG ?

SSR ?

État des lieux et perspectives en oncogériatrie

CHAPITRE 9 : L'OFFRE INSTITUTIONNELLE GÉRONTOLOGIQUE EST-ELLE SATISFAISANTE ? ÉTAT DES LIEUX ET PROPOSITIONS DE PISTES D'AMÉLIORATION.....338

Olivier Saint-Jean, Mathilde Gisselbrecht

COLLECTION Rapports & synthèses

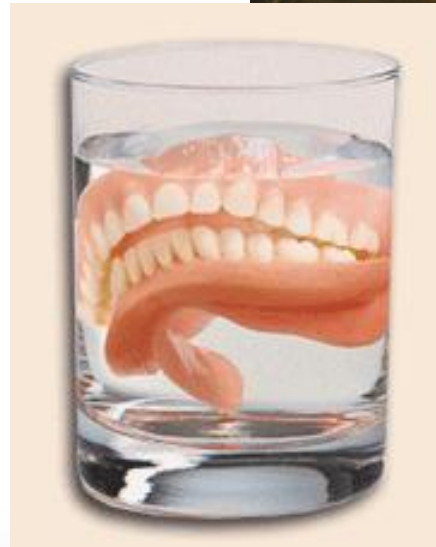
ÉTAT DES LIEUX :
- CONCEPT D'ONCOGÉRIATRIE
- ÉPIDÉMIOLOGIE
- DÉPISTAGE/DIAGNOSTIC PRÉCOCE
- PARCOURS DE SOINS
- TRAITEMENTS
- RECHERCHE
- FORMATION
- OFFRE DE SOINS
- ASPECTS MÉDICO-ÉCONOMIQUES
RÉFLEXIONS ET PROPOSITIONS POUR LE FUTUR

1.4. Les unités de soins de suite et réadaptation (SSR)

Elles ont pour objet de prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, sociales, des déficiences et limitations de capacité, et de promouvoir l'autonomie des patients. Ce champ hospitalier comporte des lits d'hospitalisation complète et des places d'hôpital de jour. Les SSR gériatriques accueillent des patients âgés (en règle plus de 75 ans) présentant des risques particuliers de décompensation, présentant des pathologies chroniques invalidantes ou risquant de l'être, à l'issue de séjours en hospitalisation médicale ou chirurgicale de court séjour. Elles ont pour mission essentielle de promouvoir l'autonomie en vue d'un retour à domicile. Le nombre de lits nécessaire est calculé pour offrir 1 000 journées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. Les durées moyennes de séjours sont très hétérogènes, variant de 30 jours dans les hôpitaux généraux à 60 jours dans les CHRU. Les besoins en personnel médical sont estimés à un temps plein pour 20 lits.

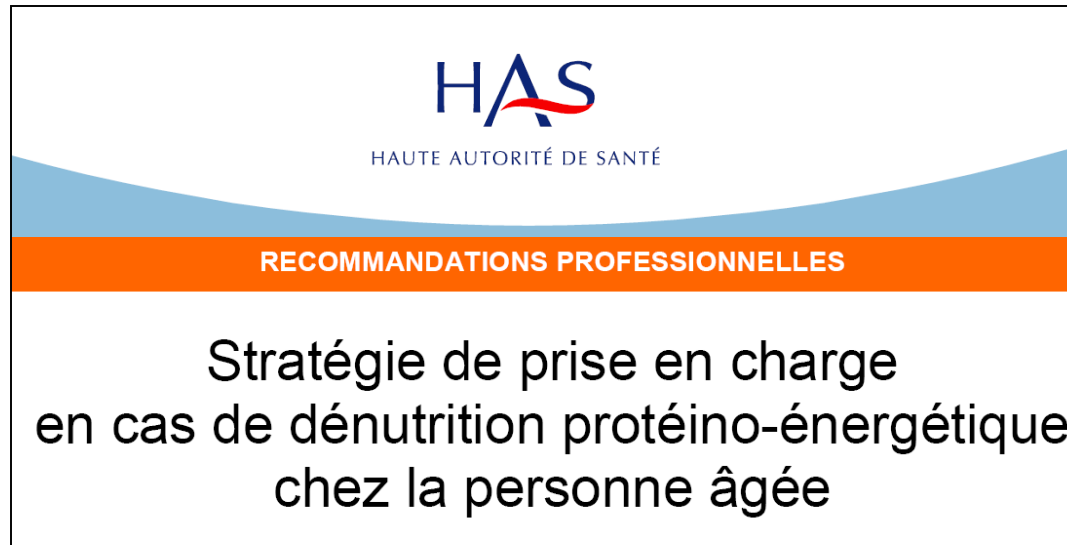
Ces unités seront amenées à jouer un rôle important dans la filière oncogériatrique dès lors que les conséquences fonctionnelles des traitements sont plus importantes chez les cancéreux âgés et que les périodes d'intercure sont plus souvent émaillées d'incidents morbides. Ces unités vont nécessiter en outre un savoir spécifique et donc une individualisation.

Nutrition



La dénutrition

- Des recommandations spécifiques à la PA :



HAS 2007

Dénutrition : diagnostic

- Dénutrition :

- \Downarrow poids $\geq 5\%$ (1 mois) ou $\geq 10\%$ (6 mois)
- IMC < 21
- Albuminémie $< 35\text{g/L}$
- MNA global $< 17/30$

- Dénutrition sévère :

- \Downarrow poids $\geq 10\%$ (1 mois) ou $\geq 15\%$ (6 mois)
- IMC < 18
- Albuminémie $< 30\text{g/L}$

Dénutrition : traitement

Tableau 2. Stratégie de prise en charge nutritionnelle d'une personne âgée

		Statut nutritionnel		
		Normal	Dénutrition	Dénutrition sévère
Apports alimentaires spontanés	Normaux	Surveillance	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation* à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie + CNO Réévaluation* à 15 jours
	Diminués mais supérieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation* à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation* à 15 jours, et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie + CNO Réévaluation* à 1 semaine, et si échec : NE
	Très diminués, inférieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation* à 1 semaine, et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie + CNO Réévaluation* à 1 semaine, et si échec : NE	Conseils diététiques Alimentation enrichie et NE d'emblée Réévaluation* à 1 semaine

Fonctionnalité



Le positionnement du SSR

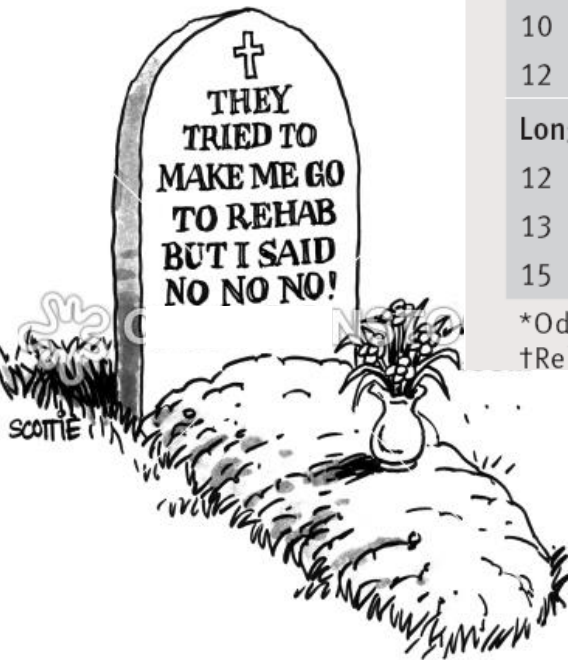
Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials

No of included studies	Outcome	Effect measure (95% CI)	Test of heterogeneity
Short term effect (at discharge)			
8	Functional improvement	1.75* (1.31 to 2.35)	I ² =38.4%, P=0.12
10	Admission to nursing home	0.64† (0.51 to 0.81)	I ² =14.6%, P=0.31
12	Mortality	0.72† (0.55 to 0.95)	I ² =0.0%, P=0.56
Longer term effect (at end of follow-up)			
12	Functional improvement	1.36* (1.07 to 1.71)	I ² =51.4%, P=0.02
13	Admission to nursing home	0.84† (0.72 to 0.99)	I ² =22.6%, P=0.22,
15	Mortality	0.87† (0.77 to 0.97)	I ² =0.0%, P=0.60

*Odds ratio.
†Relative risk.

Bachmann S et al.. Bmj 2010;2010.

=> Une préoccupation :
la réadaptation par la rééducation

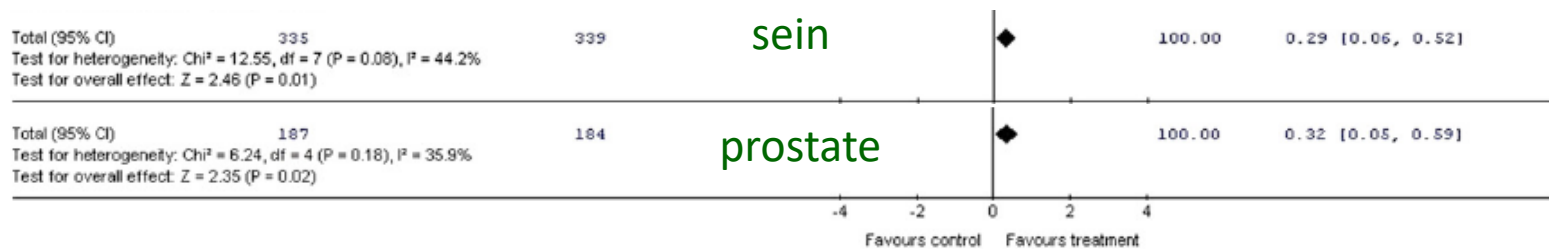


Activité physique et... fatigue

Overview

The Effect of Physical Exercise on Cancer-related Fatigue during Cancer Treatment: a Meta-analysis of Randomised Controlled Trials

M.J. Velthuis^{*†}, S.C. Agasi-Idenburg^{‡§}, G. Aufdemkampe^{§¶}, H.M. Wittink^{§¶}



Velthuis MJ et al. *Clinical Oncology*;22: 208-21.

Activité physique et... dépression

Effect of exercise on **depression** severity in older people: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials

Christopher Bridle, Kathleen Spanjers, Shilpa Patel, Nicola M. Atherton and Sarah E. Lamb
BJP 2012, 201:180-185.

Our findings suggest that, for older people who present with clinically meaningful symptoms of depression, **prescribing structured exercise tailored to individual ability will reduce depression severity.**

mais aussi :

- chutes

- mémoire de travail...

Des enjeux multiples

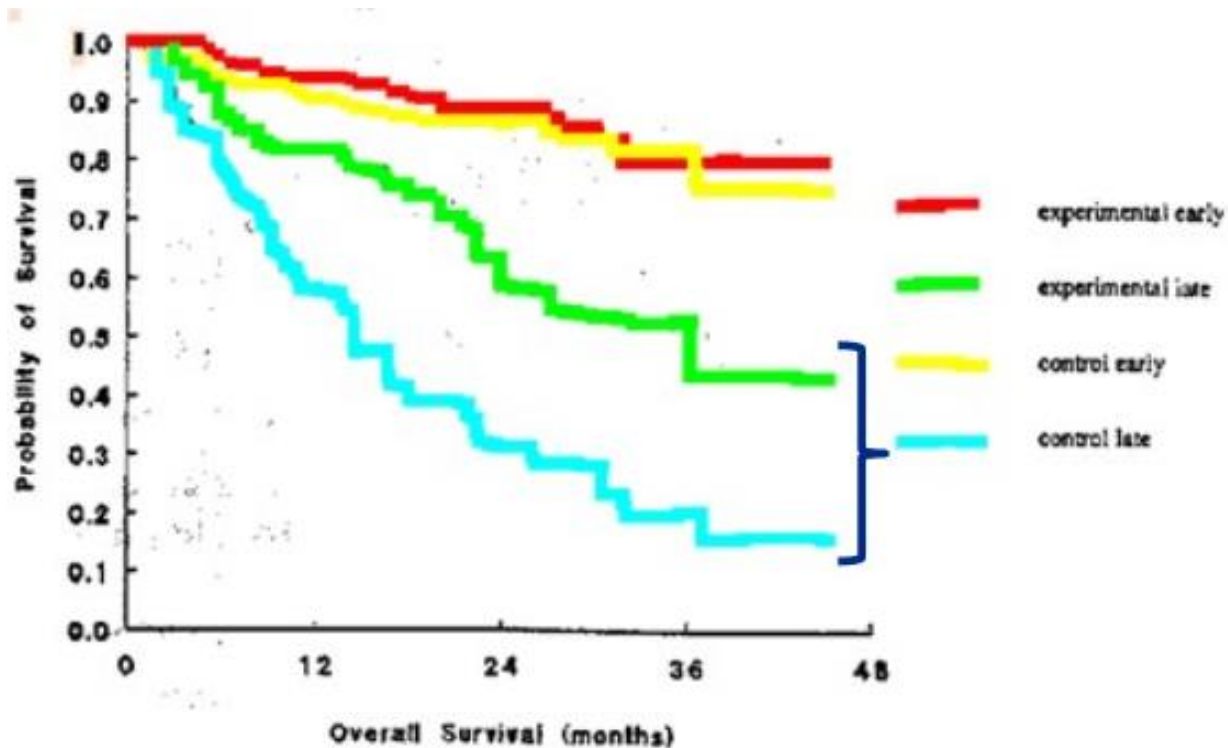
- Eviter les « mauvaises » indications oncologiques
 - Maladie localement dépassée et/ou métastatique
 - ⇒ Place du PETscanner discutée, à réserver peut-être à cette population
- Favoriser la « gériatrisation » des comportements :
 - Ré-autonomisation précoce (fauteuil)
 - Eviction des jeûnes prolongés et autres procédures à risque
 - Orientation précoce vers un environnement gériatrique
- Vers un conditionnement pré-opératoire ?



- L'œil de l'oncologue -

Le « grand » classique

- McCorckle, JAGS 2000



Stade avancé
Survie à 2 ans
67% vs 40%

Les études « spécifiques »

- Beaucoup d'études non spécifiques des sujets âgés...

- SIOG 2015

10 trials elderly specific (age ≥ 60 y)

The screenshot displays a list of clinical trials with columns for ID, Author, Journal, Year, Article, Study Design, Status, Population, Intervention, Control, and Results. The trials are filtered for elderly-specific studies (age ≥ 60 y). The trials listed are:

ID	Author	Journal	Year	Article	Study Design	Status	Population	Intervention	Control	Results
41	Bourrier	Journal of Clinical Oncology	2013	Abstract	Control trial	Active	Older cancer patients with ECOG performance grade 1-2	Supervised home-based exercise program	Usual care	Significant difference in completion of cancer treatment as compared with usual care (p=0.004). No significant difference in grade 3 toxicity (p=0.17), early discontinuation (p=0.05), time to treatment discontinuation, time to death or death at 6 months (p=0.78).
42	Bourrier	Journal of Clinical Oncology	2013	Article	Control trial	Active	Older cancer patients with ECOG performance grade 1-2	Supervised home-based exercise program	Usual care	Significant difference in completion of cancer treatment as compared with usual care (p=0.004). No significant difference in grade 3 toxicity (p=0.17), early discontinuation (p=0.05), time to treatment discontinuation, time to death or death at 6 months (p=0.78).
43	Wang	Journal of Clinical Oncology	2013	Article	Control trial	Active	Older cancer patients with ECOG performance grade 1-2	Supervised home-based exercise program	Usual care	Significant difference in completion of cancer treatment as compared with usual care (p=0.004). No significant difference in grade 3 toxicity (p=0.17), early discontinuation (p=0.05), time to treatment discontinuation, time to death or death at 6 months (p=0.78).
44	Denmark	Journal of Clinical Oncology	2012	Article	Control trial	Active	Older cancer patients with ECOG performance grade 1-2	Supervised home-based exercise program	Usual care	Significant difference in completion of cancer treatment as compared with usual care (p=0.004). No significant difference in grade 3 toxicity (p=0.17), early discontinuation (p=0.05), time to treatment discontinuation, time to death or death at 6 months (p=0.78).
45	Allen	Journal of Clinical Oncology	2008	Article	Control trial	Active	Older cancer patients with ECOG performance grade 1-2	Supervised home-based exercise program	Usual care	Significant difference in completion of cancer treatment as compared with usual care (p=0.004). No significant difference in grade 3 toxicity (p=0.17), early discontinuation (p=0.05), time to treatment discontinuation, time to death or death at 6 months (p=0.78).
46	Denmark	Journal of Clinical Oncology	2006	Article	Control trial	Active	Older cancer patients with ECOG performance grade 1-2	Supervised home-based exercise program	Usual care	Significant difference in completion of cancer treatment as compared with usual care (p=0.004). No significant difference in grade 3 toxicity (p=0.17), early discontinuation (p=0.05), time to treatment discontinuation, time to death or death at 6 months (p=0.78).
47	Denmark	Journal of Clinical Oncology	2004	Article	Control trial	Active	Older cancer patients with ECOG performance grade 1-2	Supervised home-based exercise program	Usual care	Significant difference in completion of cancer treatment as compared with usual care (p=0.004). No significant difference in grade 3 toxicity (p=0.17), early discontinuation (p=0.05), time to treatment discontinuation, time to death or death at 6 months (p=0.78).
48	Denmark	Journal of Clinical Oncology	2004	Article	Control trial	Active	Older cancer patients with ECOG performance grade 1-2	Supervised home-based exercise program	Usual care	Significant difference in completion of cancer treatment as compared with usual care (p=0.004). No significant difference in grade 3 toxicity (p=0.17), early discontinuation (p=0.05), time to treatment discontinuation, time to death or death at 6 months (p=0.78).
49	Denmark	Journal of Clinical Oncology	2004	Article	Control trial	Active	Older cancer patients with ECOG performance grade 1-2	Supervised home-based exercise program	Usual care	Significant difference in completion of cancer treatment as compared with usual care (p=0.004). No significant difference in grade 3 toxicity (p=0.17), early discontinuation (p=0.05), time to treatment discontinuation, time to death or death at 6 months (p=0.78).
50	Denmark	Journal of Clinical Oncology	2004	Article	Control trial	Active	Older cancer patients with ECOG performance grade 1-2	Supervised home-based exercise program	Usual care	Significant difference in completion of cancer treatment as compared with usual care (p=0.004). No significant difference in grade 3 toxicity (p=0.17), early discontinuation (p=0.05), time to treatment discontinuation, time to death or death at 6 months (p=0.78).

25 trials median age ≥ 60 y



SIOG geriatric interventions task group

Frank Cornélis¹, Angéline Galvin², Pascale Cornette¹, Ramona Moor¹, Shabbir M.H. Alibhai³, Beatriz Korc-Grodzicki⁴, Ruth McCorkle⁵, James S. Goodwin⁶, Gilles Albrand⁷, Pascal Chaibi⁸, Philippe Caillet⁹, Silvio Monfardini¹⁰, Holly M. Holmes¹¹, Matti S. Aapro¹², Janine Overcash¹³, Dominique Tremblay¹⁴, Heidi D. Klepin¹⁵, Pierre Soubeyran¹⁶.

1. Department of medical oncology, University Hospital Saint-Luc (UCL), Brussels, Belgium.
2. Bordeaux school of public health (ISPED), University of Bordeaux, Bordeaux, France.
3. University of Toronto, Toronto, ON, Canada.
4. Geriatrics Service, Department of Medicine, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, Department of Medicine, Weill Cornell Medical College, New York, NY, USA.
5. Yale School of Nursing, New Haven, CT, USA.
6. Department of Internal Medicine, Sealy Center on Aging, University of Texas Medical Branch, Galveston, TX, USA.
7. Department of Geriatrics, Hôpital Gériatrique Antoine Charial, Lyon-Francheville, France.
8. Groupe Hospitalier de la Pitié-Salpêtrière Charles Foix, Pôle Hospitalier de Gériatrie, Ivry, France.
9. Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Hôpital Albert Chenevier, Creteil, France.
10. Geriatric Oncology Program Istituto Oncologico, Istituto Palazzolo, Milano, Italy.
11. Department of General Internal Medicine, University of Texas, M.D. Anderson Cancer Center, Houston, TX, USA.
12. Multidisciplinary Oncology Institute, Genolier, Switzerland.
13. University of South Florida, College of Nursing, Tampa, FL, USA.
14. Institut National de Santé Publique du Québec, Montréal, Québec, Canada.
15. Comprehensive Cancer Center of Wake Forest University, Section on Hematology and Oncology, Wake Forest School of Medicine, Winston-Salem, NC, USA.
16. Medical Oncology, Institut Bergonié and University of Bordeaux, Bordeaux, France.

1. Does exercise intervention improve physical functioning?

- 16 randomized trials
 - 2 elderly specific trials
 - 8 trials: patients with prostate cancer treated by radiotherapy and/or androgen deprivation therapy.
 - Others: cancer survivors, patients with resected tumor, advanced cancer or in adjuvant setting.
- Significant favorable impact is reproducibly observed (4 level I articles)
- **Grade A recommendation**

2. Does diet intervention improve nutrition parameters?

- 3 elderly specific randomized trials:
 - 1 trial: patients treated by chemotherapy, EP = dietary intake.
 - 2 trials: cancer survivors, EP = diet quality or BMI.
- Significant favorable impact observed in 2 trials
- All level II articles
- **Grade B recommendation**



3. Does exercise and diet intervention improve quality of life?

- 10 randomized trials
 - 2 elderly specific trials
 - 7 trials: patients with prostate cancer treated by radiotherapy and/or androgen deprivation therapy.
- Level I or II articles
- Results not consistent: 5 significant impact / 4 not significant / 1 equivocal
- **Grade B/C recommendation**



4. Does exercise intervention improve other dimensions of patient's outcome?

- 11 randomized trials
- No elderly specific trials
- Heterogeneous endpoints
- In 2 trials (level I): significant favorable impact on bone density
- No general recommendation can be made

5. Do geriatric advices improve appropriate application of treatment plan?

- 3 trials
- 2 elderly specific trials
- Significant favorable impact in all articles
- 1 level I trial + 2 level III trials
- **Grade A recommendation**

6. Does geriatric domain-specific intervention improve survival?

- 2 randomized trials
 - 1 nutrition intervention (elderly specific)
 - 1 exercise intervention (not elderly specific)
- No significant benefit in the 2 trials
- Level II trials
- **Grade D recommendation**

7. Does geriatric domain-specific intervention improve fatigue?

- 11 trials (mostly exercise intervention)
- No elderly specific trial
- Results not consistent
 - Significant benefit in 4 trials (only 1 level 1 trial)
 - No significant benefit in 6 trials (4 level 1 trials)
 - 1 trial equivocal
- **Grade C recommendation**

8. Does patient education improve quality of life?

- 3 trials
- Results not consistent:
 - 1 elderly specific, level II, significant benefit.
 - 1 not elderly specific, level I, no significant benefit
 - 1 not elderly specific, level III, significant benefit
- **Grade C recommendation**

9. Does patient education improve other dimensions of patient's outcome?

- 1 randomized trial
- Significant favorable impact on physical activity in colorectal cancer survivors
- Level I
- Only 1 trial
- No recommendation can be made



10. Does Case management improve survival?

- 4 elderly specific trials
- “Case management”: GA, G consultation or specialized home care by a nurse after surgery.
- Results are not consistent
 - 1 positive trial (level II), more significant in late stage patients.
 - 3 negative trials (2 level II + 1 level III)
- **Grade C recommendation**

11. Does Case management improve quality of life?

- 2 elderly specific randomized trials
 - 1 positive (level II)
 - 1 negative (level II)
- Data are limited and inconsistent
- **Grade C recommendation**

12. Does Case management improve other dimensions of patient's outcome?

- 3 elderly specific randomized trials
- Various pertinent endpoints
- No significant benefit on:
 - hospital costs (level III)
 - hospital length of stay (level III)
 - post-operative complications (level II)
 - incidence of post-operative delirium (level II)
- Return to preoperative living conditions decreased (level II)
- No general recommendation can be made



Limitations

- Not all the trials are elderly specific
- Wide variety of
 - Study populations
 - Interventions (type, duration)
 - Endpoints
 - Measuring tools



Conclusions (1)

- Geriatric interventions may be effective to improve
 - physical functioning **(A)**
 - appropriate application of treatment plan **(A)**
 - nutrition parameters **(B)**
- No consistent evidences of efficacy on
 - fatigue
 - quality of life
 - survival

Conclusions (2)

What do we need in the future ?

- More data, more dedicated controlled trials.
- Better selection of patients who will benefit most from interventions
- Consensus on intervention methods
- To identify the most relevant clinical endpoints in older patients

THOMs

- CGA \neq EGS mais plutôt

« Approche gériatrique multidimensionnelle / globale »

=> Des Actions

d'évaluation

ET

correctrices & interventionnelles

- Ce qui marche : **1 équipe + 1 organisation structurée**
- En oncogériatrie : **comorbidités, fonctionnalité, nutrition, dépression, fatigue, environnement**
- Un positionnement central de la réadaptation
- Mais nécessité d'une validation prospective...



**- Les évolutions de la place du SSR
dans le parcours des patients en
gériatrie : le programme PROADAPT -**

Constat : de nombreux événements gériatriques associés aux chirurgies carcinologiques....

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

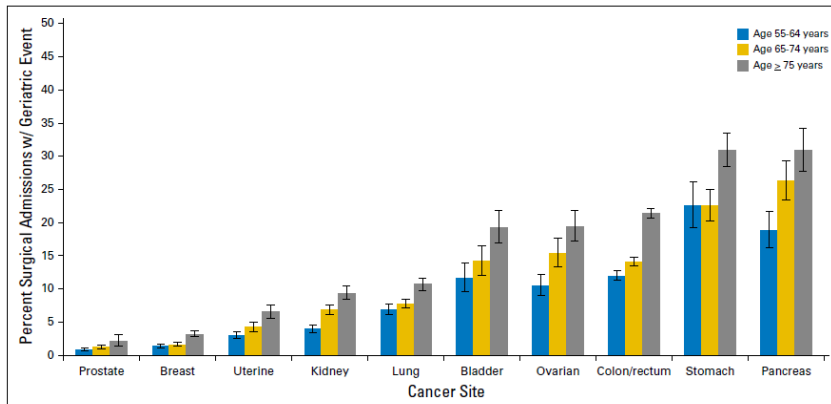


Fig 1. Proportion of patients with a geriatric event according to cancer site and age. Age stratified into three groups: age 55 to 64, age 65 to 74, and age \geq 75 years. Proportions are derived from the number of patients with at least one geriatric event divided by the number of patients treated surgically.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

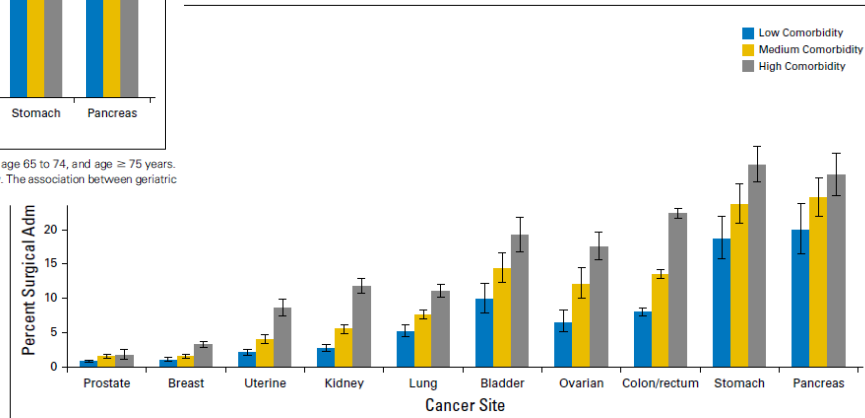
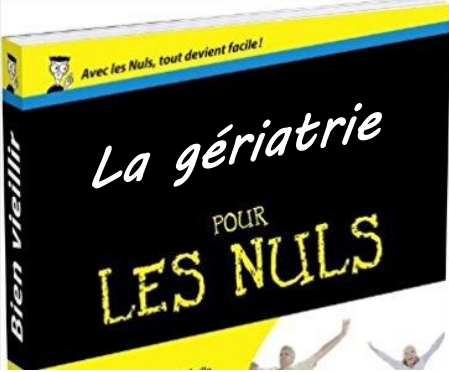


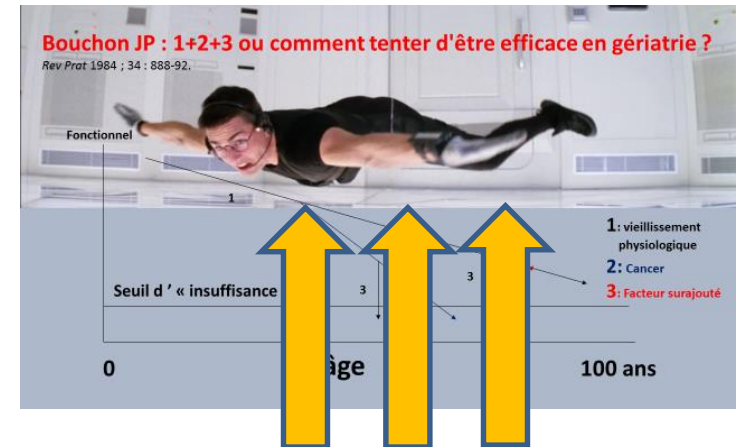
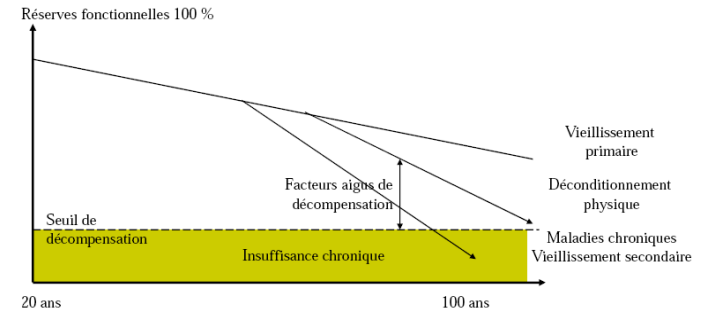
Fig 2. Proportion of patients with a geriatric event according to cancer site and age-adjusted Charlson score. Age-adjusted Charlson score stratified into low, medium, and high comorbidity tertiles. Proportions are derived from the number of patients with at least one geriatric event divided by the number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

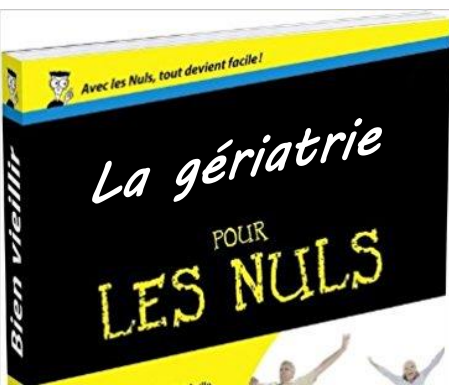
Tan, J Clin Oncol 2016



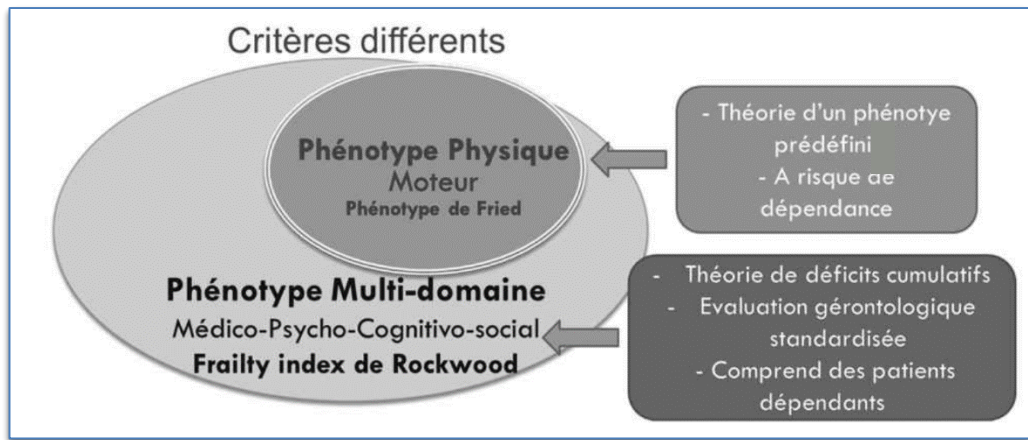
Principe : la réduction de la résistance au stress

- L'âge induit une réduction de la réserve fonctionnelle de multiples organes
- Le vieillissement est hétérogène
- La fragilité :
 - Une définition consensuelle : « limitation physiologique multisystémique limitant les capacités d'adaptation au stress. » (Rolland Y et al 2013)
 - Pas de consensus sur les critères opérationnels..





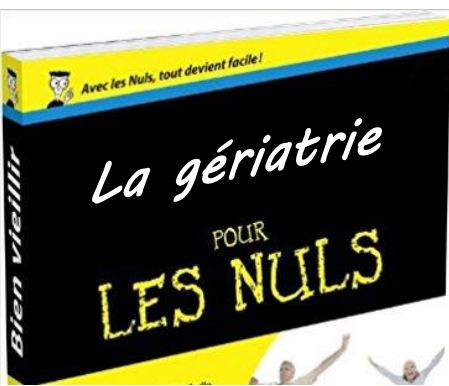
Vieillesse et fragilité : des concepts...



Dr Gérard, Livre Blanc de la Gériatrie 2015

Concepts reliés :
SARCOPENIE
DENUTRITION

« Des » fragilités :
COGNITIVES
SENSORIELLES
THYMIQUES
SOCIO-CULTURELLES
ENVIRONNEMENTALES
COMORBIDITES
COMEDICATIONS...

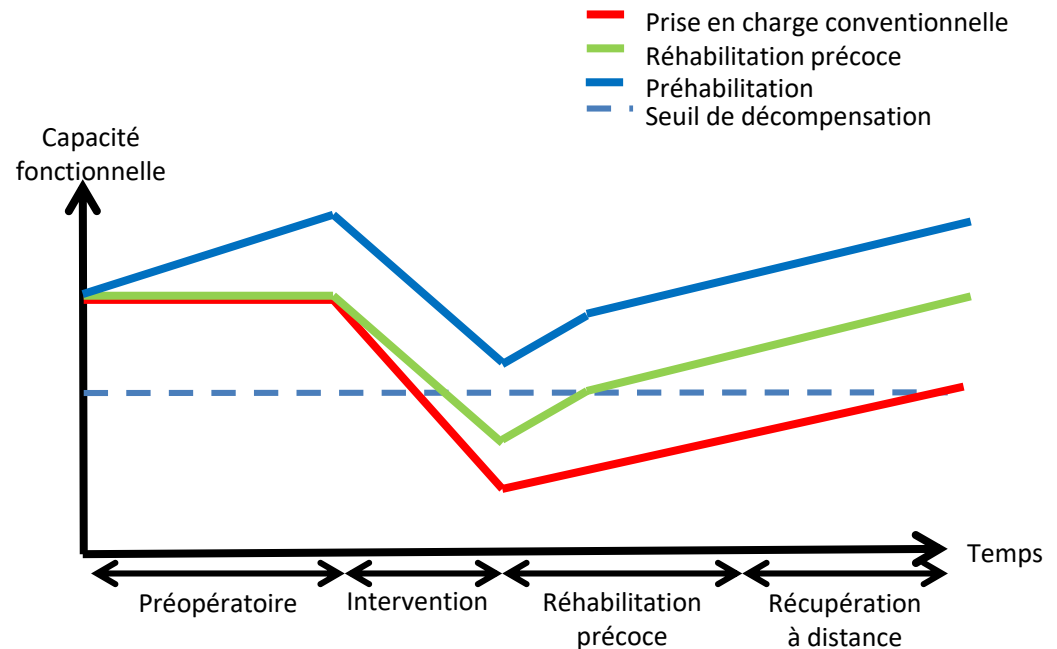


Approche de la fragilité	Multi-domaine (cumulative)	Phénotypique (Fried)
Définition conceptuelle	Fragilité = accumulation de syndromes gériatriques (démence, dépendance..)	Fragilité = Etat réversible, indépendant des comorbidités, précède l'entrée dans la dépendance
Sélection des patients	tous	À risque d'incapacité
Modèle d'évaluation	évaluation gériatrique multi-domaine (EGS)	l'évaluation des performances fonctionnelles (sarcopénie +++)
Avantages	Identifier les domaines d'intervention gériatrique.	Population homogène, interventions évaluables
Limites	Populations hétérogènes	Limitatif

Adapté de Gérard, SOFOG 2015

Vers une approche d'intervention préventive : la préhabilitation

Une évolution historique,
de la « convalescence » à la
« préhabilitation »



- Après : la réhabilitation post-opératoire
- Pendant : la RAAC (ERAS)
- Avant ? La PREHABILITATION

Ditmyer et al. Orthop Nurs 2002

Vers une approche d'intervention préventive : la préhabilitation

- La préhabilitation : un concept développé par l'armée au sortir de la guerre... « Prehabilitation, rehabilitation, and revocation in the army » BMJ, 1946...



Action nutritionnelle



Activité physique



Soutien psychologique

Quelle faisabilité ?

- 71% des chirurgiens prêts a proposer une pré-habilitation de 4 semaines avant la chirurgie... si données solides !

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

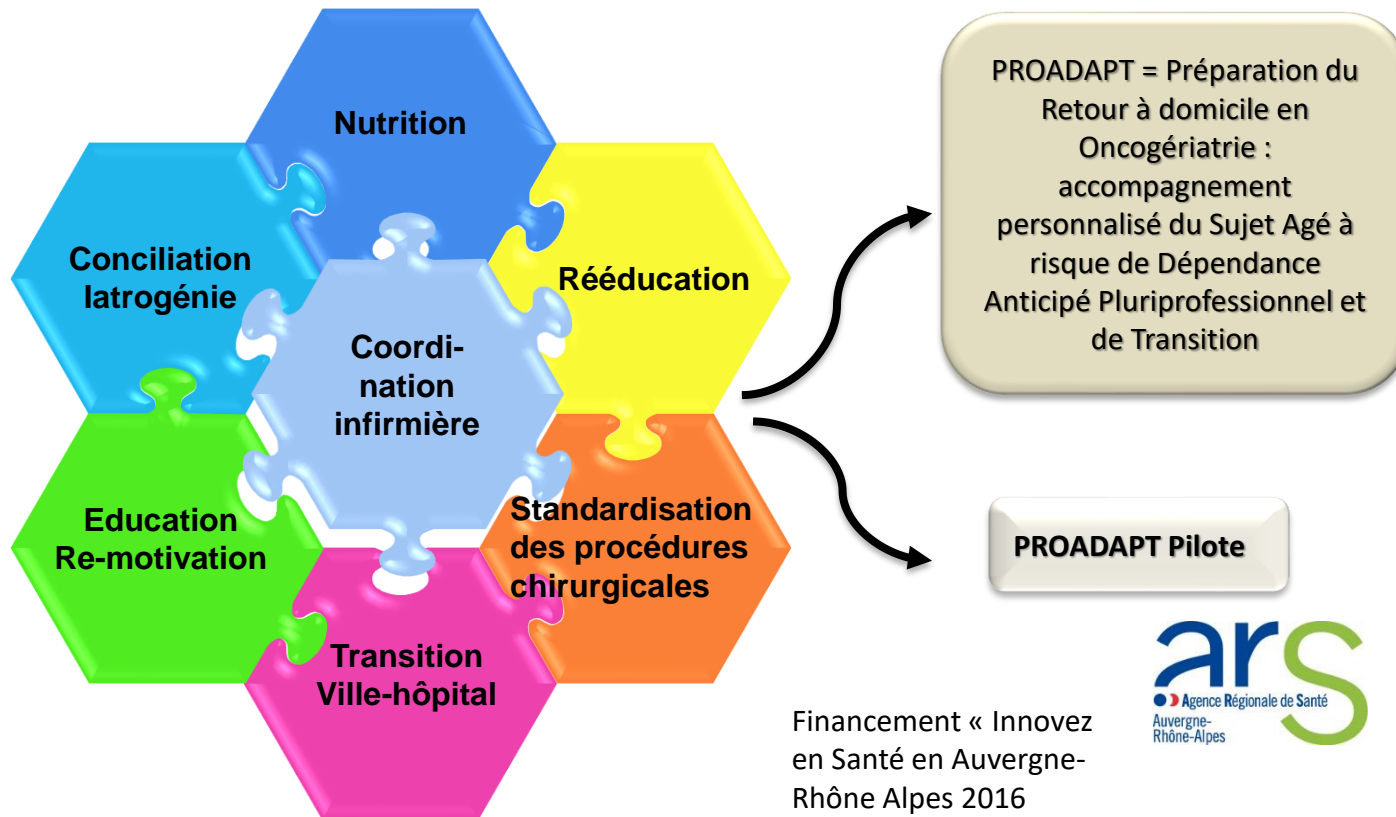
F. Ghignone ^{a,*}, B.L. van Leeuwen ^b, I. Montroni ^a, M.G. Huisman ^b,
P. Somasundar ^c, K.L. Cheung ^d, R.A. Audisio ^e, G. Ugolini ^a,
on behalf of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG)

If proven to be effective, the majority of surgeons (71%) is prepared to pre-habitate patients for up to 4 weeks before surgery. One in two surgeons would not offer an operation to patients with impaired cognitive status; conversely, one in three would proceed to surgery regardless of the patient's cognitive status, if functional capacity is conserved. Quality of life and functional recovery are regarded as the most important endpoints in onco-geriatric surgery. Large "real life" prospective observational studies and randomized controlled trials are demanded.

Conclusion: Age is not perceived as a limitation to surgery. Screening for frailty is limited. A thorough CGA is seldom used and collaboration with geriatricians is rather uncommon. **There is a need for clinical investigations focusing on pre-habilitation and other strategies to achieve better functional recovery.**

Ghignone, EJSO 2016

Vers une proposition multi-domaine...



Un tableau à entrée multiples

PROADAPT tasks				
	Prehabilitation time	Peri-operative time	Rehabilitation time	Hospital-home transition
Nurse coaching & education Bridging interventions	<p>Coaching nurse self-presentation Delivery of a personalized patient book Care according best practice guidelines³⁸:</p> <ul style="list-style-type: none"> * 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"). <p>Weekly phone calls</p>	<p>Coaching nurse visit in the surgical ward Communication of patient's preference to the staff</p>	<p>Coaching nurse visit in the rehabilitation ward Communication of patient's preference and care difficulties to the staff (checklist):</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 	<p>Coaching nurse bi-weekly phone call Communication of patient's care difficulties to the staff</p>
Nutrition	<p>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 immunonutrition³</p>	<p>Care according best practice guidelines³⁸:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Consider shortened fluid fast (clear liquids up to 2 hours before anaesthesia). * Normal food intake or enteral feeding should start as early as possible 	<p>Nutritional plan based on</p> <ul style="list-style-type: none"> - Weight curve - Measured intake <p>Optimal management of</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nausea/vomiting - Abdominal pain 	<p>Nutritional plan based on</p> <ul style="list-style-type: none"> - Weight curve - Measured intake <p>Optimal management of</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nausea/vomiting - Abdominal pain
Physical activity	<p>W-4 : physical performances evaluation Physical activity plan W-3 :] group physical activity W-2 :] + W-1 :] functional follow-up</p>	<p>Care according best practice guidelines³⁸:</p> <ul style="list-style-type: none"> * 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. 	<p>(to the discretion of the rehabilitation unit)</p>	<p>Pursuing of the pre-operative physical activity plan</p>

PROADAPT tasks

Prehabilitation time

Peri-operative time

Rehabilitation time

Hospital-home transition

Medication conciliation

Centralized medication conciliation and treatment optimization (STOPP/START guidelines)

Centralized medication conciliation
 Advices for care according best practice guidelines³⁸:
 * Adhere to existing best practices regarding antibiotic and venous thromboembolism prophylaxis.
 * Ensure nonessential medications have been stopped and essential medications have been taken.

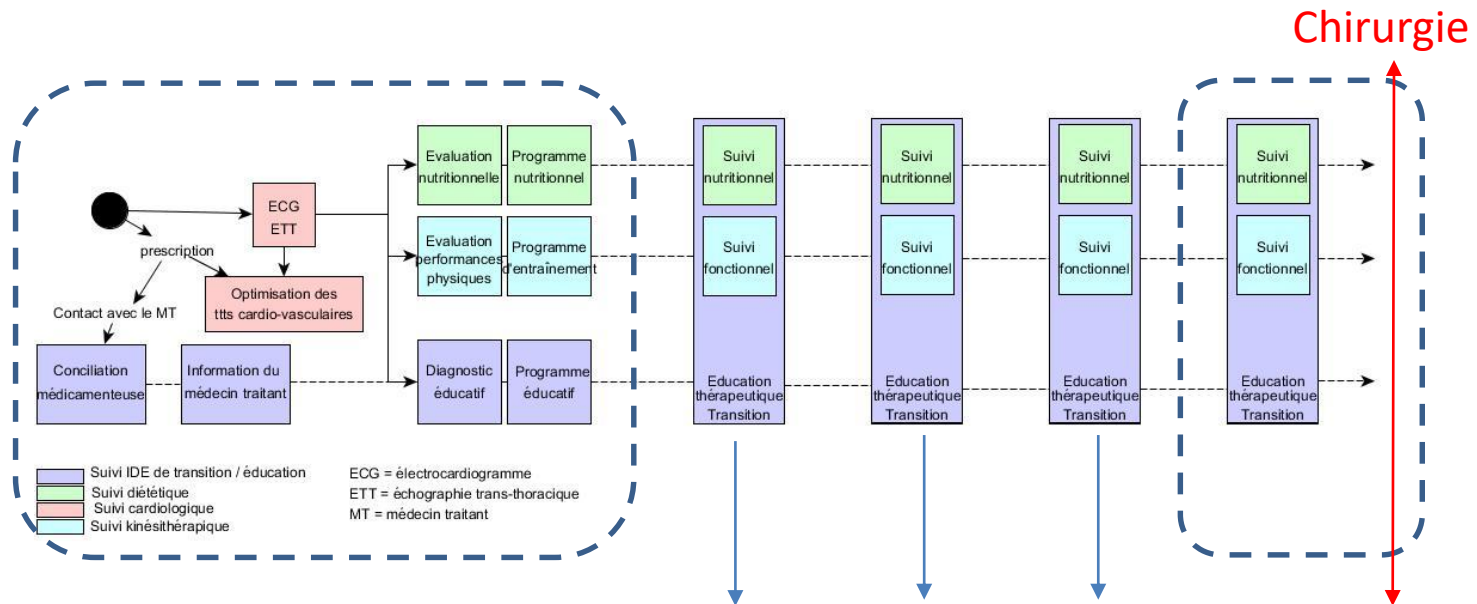
Centralized medication conciliation

Centralized medication conciliation

Standardization of surgical procedures

Consider antiseptic toothpaste
 Care according best practice guidelines³⁸:
 * Consideration of regional techniques to avoid postoperative complications and improve pain control.
 * Directed pain history.
 * Multi-modal or opioid-sparing techniques.
 * Postoperative nausea risk stratification and prevention strategies.
 * Strategies to avoid pressure ulcers and nerve damage.
 * Prevention of postoperative pulmonary complications and hypothermia.
 * Judicious use of intravenous fluids.
 * Appropriate hemodynamic management.
 * Continuation of indicated cardiac medications.
 * Daily post-operative rounding 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
 Consider IV iron supplementation

... et conçue comme un parcours de soins



- Entretien motivationnel en consultation
- Hospitalisation en secteur gériatrique
 - Bilan cardio-vasculaire
 - Tests physiques
 - Mise en place d'un programme APA
 - Bilan & suivi nutritionnels

- A détailler :
- Suivi téléphonique ?
 - Consultation ?
 - HDJ ?

Hospitalisation en secteur gériatrique +/- rééducation respiratoire (SAS, insuffisance respiratoire)

Quel savoir spécifique ?

Quelle individualisation ?

- Caractéristiques propres à la population gériatrique :
 - Co-morbidités, co-médications
 - Dénutrition
 - Troubles cognitifs
 - Adhésion au projet de soins, observance
 - Difficultés fonctionnelles, socio-environnementales
- Caractéristiques propres à la population oncologique :
 - Compréhension/communication
 - Dimension psychologique +++
 - Dimension sociale/sociétale
 - Gestion des effets secondaires

Quelles opportunités ?

- Un moyen de disposer la (p)réhabilitation non plus comme un soin d'aval mais comme un objectif central du parcours de soins.
- Des opportunités multiples :
- Pédagogiques
- Scientifiques
 - Recherche médicale
 - Recherche paramédicale
 - Recherche biologique
- Technologiques (géro-technologie)

Opportunité pédagogique : le livret patient



LIVRET PROADAPT





Bonjour,

Vous avez un cancer ou une maladie tumorale et votre médecin vous oriente vers une procédure médico-chirurgicale complexe.

Aussi, il vous a proposé de participer au *Programme de Préparation du Retour à domicile en Oncogériatrie : Accompagnement du sujet âgé à risque de Dépendance Anticipé Pluriprofessionnel et de Transition* ou plus simplement nommé :

PROADAPT

Ce programme est destiné à vous accompagner tout au long de votre parcours. Il comporte :

	A vos stylos : Des questionnaires pour mieux vous connaître	Page 3
	En marche : Un programme de réentraînement respiratoire et physique	Page 5
	A vos paniers : Des informations nutritionnelles	Page 23
	Un accompagnement tout au long de votre parcours de soins à l'hôpital et à domicile	Page 48

Opportunité en recherche paramédicale : validation d'un nouvel outil de suivi kinésithérapique

- Validation externe de l'outil EquiMOG de risque de chute chez le patient âgé par comparaison au Tinetti

EquiMoG			Contrôle postural Proactif : Anticipations		OUI	NON	Contraintes biomécaniques		B	D
36527 SSR PERRET 1 ETAGE Evaluateur : <i>19/04/2018</i> Date de l'évaluation: B : Bon D : Déficient VM = <i>13119</i> 0000000000 (0,65)			Pointe des pieds	<i>1</i>	0	Adaptation à l'effort	<i>1</i>	0		
			Pas alternés sur une marche	<i>1</i>	0	Puissance MI	<i>1</i>	0		
			Préparation du 1/2 tour	<i>1</i>	0	Amplitude de Cheville	<i>1</i>	0		
			Transfert assis-debout	<i>1</i>	0	Etat du capteur podal	1	<i>0</i>		
			Transfert debout-assis	<i>1</i>	0	TOTAL (A)	<i>5</i>			
			Contrôle postural Réactif : Réactions		OUI	NON	Instabilité directionnelle		<i>1</i>	0
			Adaptation posturale	<i>1</i>	0	Limite de stabilité antérieure (Functional Reach Test) <i>25cm</i>		<i>1</i>	0	
			Réaction parachute	<i>1</i>	0	TOTAL (E)		<i>5</i>		
			TOTAL (B)	<i>2</i>						
Analyse de marche			OUI	Non	Mobilité		B	D	TOTAL (A+B+C+D+E+F)	
Symétrie de la marche			<i>1</i>	0	Vitesse de marche en double tache		<i>1</i>	0	/ 26	
Douleur à l'appui pouvant être impliquée dans l'asymétrie			0	<i>1</i>	Changement de vitesse de marche		<i>1</i>	0	<i>Taille: 1200cc inspi</i> <i>2 boules.</i> <i>1200 cc expi.</i> <i>Veddyne = 1500ml</i>	
Déficit de force musculaire pouvant être impliquée dans l'asymétrie			0	<i>1</i>	Qualité du 1/2 tour		<i>1</i>	0		
Déficit d'amplitude articulaire pouvant être impliquée dans l'asymétrie			0	<i>1</i>	Rotation cervicale		<i>1</i>	0		
					Descente au sol		<i>1</i>	0		
					Relever du sol		<i>1</i>	0		
TOTAL (F)			<i>4</i>		TOTAL (C)		<i>6</i>			
					Contrôle postural statique		B	D		
					Pieds Jointés / Yeux Ouverts / sol dur		<i>1</i>	0		
					Pieds écartés/ Yeux Fermés / sol dur		<i>1</i>	0		
					Pieds écartés / Yeux Ouverts / mousse		<i>1</i>	0		
					TOTAL (D)		<i>3</i>			

Opportunité en recherche clinique : trois financements académiques pour la réalisation d'études prospectives

- PROADAPT-pilote : évaluation de la faisabilité du programme toutes tumeurs – financement ARS 2016
- PROADAPT-ovaire/EWOC-2 – cancer de l'ovaire après 70 ans – financement RISP – INCA 2017
- PROADAPT-susmesocolic/FREGAT – cancer sus-mésocolique après 70 ans – financement PHRC – INCA 2017

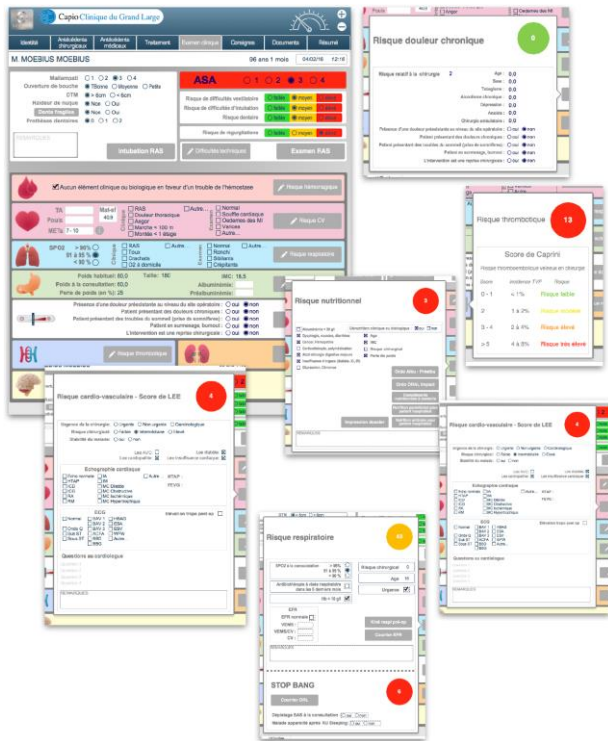
Opportunités technologiques

- Utilisation de l'outil numérique MOEBIUS : intégration des recommandations grâce à l'intelligence artificielle
- Réalisation en temps réel d'un organigramme personnalisé du parcours du patient au sein de l'établissement.
- Objectifs
 - Individualisation du parcours de soins.
 - Stratégie adaptée, fiable, reproductible, sécurisée et systématique, basée sur l'EBM
 - Organiser et maîtriser son parcours de soins.

Identité	Antécédents chirurgicaux	Antécédents médicaux	Traitement	Examen clinique	Consignes	Documents	Résumé
M. MOEBIUS MOEBIUS				56 ans 1 mois	04/02/16	12:16	
PT Hanche sur coxarthrose Gauche 19/07/16				Dr VINCENT	Anesthésie générale (OFA)		
GESTION PRÉOPÉRATOIRE DES TRAITEMENTS				ANTIBIOPROPHYLAXIE CEFAZOLINE 2 g			
XARELTO 20 MG							
TENORMINE 100MG							
HUMIRA 40MG							
TRIATEC 1.25MG							
LASILIX 40MG							
KARDEGIC 75MG							
PÉRIODE PRÉ-OPÉRATOIRE				Risque hémorragique			
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> A voir <input type="checkbox"/> Fait, à voir				<input checked="" type="checkbox"/> GS n°1			
<input type="checkbox"/> Aucun <input checked="" type="checkbox"/> NFP				<input checked="" type="checkbox"/> GS n°2			
<input type="checkbox"/> TP				<input checked="" type="checkbox"/> ACI			
<input type="checkbox"/> TCA				<input type="checkbox"/> BH (GOT, GPT, Pal, BT, GgT)			
<input checked="" type="checkbox"/> Iono (Na, K, Cl, RA, Urée, Créat)				<input type="checkbox"/> Albuminémie, Pré-albuminémie			
<input type="checkbox"/> HbA1c				<input type="checkbox"/> Autre...			
<input type="checkbox"/> RP <input checked="" type="checkbox"/> Consultation + ECG <input type="checkbox"/> Autre...							
<input type="checkbox"/> EFR <input type="checkbox"/> Echo cardio + ECG							
Validation des risques				OUI			
J-1 Consignes J-1							
J0 NEURONTIN 600 mg							
Protocole Diabète				Prévention des NVPO DEXAMETHASONE 4mg			
				Charge glucidique pré-op			
Traitements personnels et relais				OUI			
Règles de jeun				Jeun liquides 6 heures avant Jeun solides 12 heures avant Echelle de douleur EVA			
Ordonnances				Cartographie patient			
<input checked="" type="checkbox"/> Patient(e) informé(e) du rapport bénéfice/risque lié à la technique d'anesthésie proposée							
<input checked="" type="checkbox"/> Patient(e) informé(e) des alternatives à cette technique							
Validation de la consultation							

Pour :

- une cartographie des risques
- Une intégration continue des données (CRF)
- Une intervention auprès des patients (coaching)



Et demain :

- Evaluation du risque de
 - Confusion (score Delphi)
 - Chute...

Risque douleur chronique

0

Risque relatif à la chirurgie : 2 Age : 0,0
 Sexe : 0,0
 Tabagisme : 0,0
 Alcoolisme chronique : 0,0
 Dépression : 0,0
 Anxiété : 0,0
 Chirurgie ambulatoire : 0,0

Présence d'une douleur préexistante au niveau du site opératoire : oui non
 Patient présentant des douleurs chroniques : oui non
 Patient présentant des troubles du sommeil (prise de somnifères) : oui non
 Patient en surmenage, burnout : oui non
 L'intervention est une reprise chirurgicale : oui non

Risque thrombotique

13

Score de Caprini

Risque thromboembolique veineux en chirurgie

Score	incidence TVP	Risque
0 - 1	< 1%	Risque faible
2	1 à 2%	Risque modéré
3 - 4	2 à 4%	Risque élevé
> 5	4 à 8%	Risque très élevé

Risque respiratoire

43

Risque chirurgical : 0
 Age : 16
 Urgence :

SPO2 à la consultation : > 96%
 91 à 95%
 < 90%

Antibiothérapie à visée respiratoire dans les 6 derniers mois :

Hb < 10 g/l :

EFR : EFR normale
 VEMS/CV :
 CV :

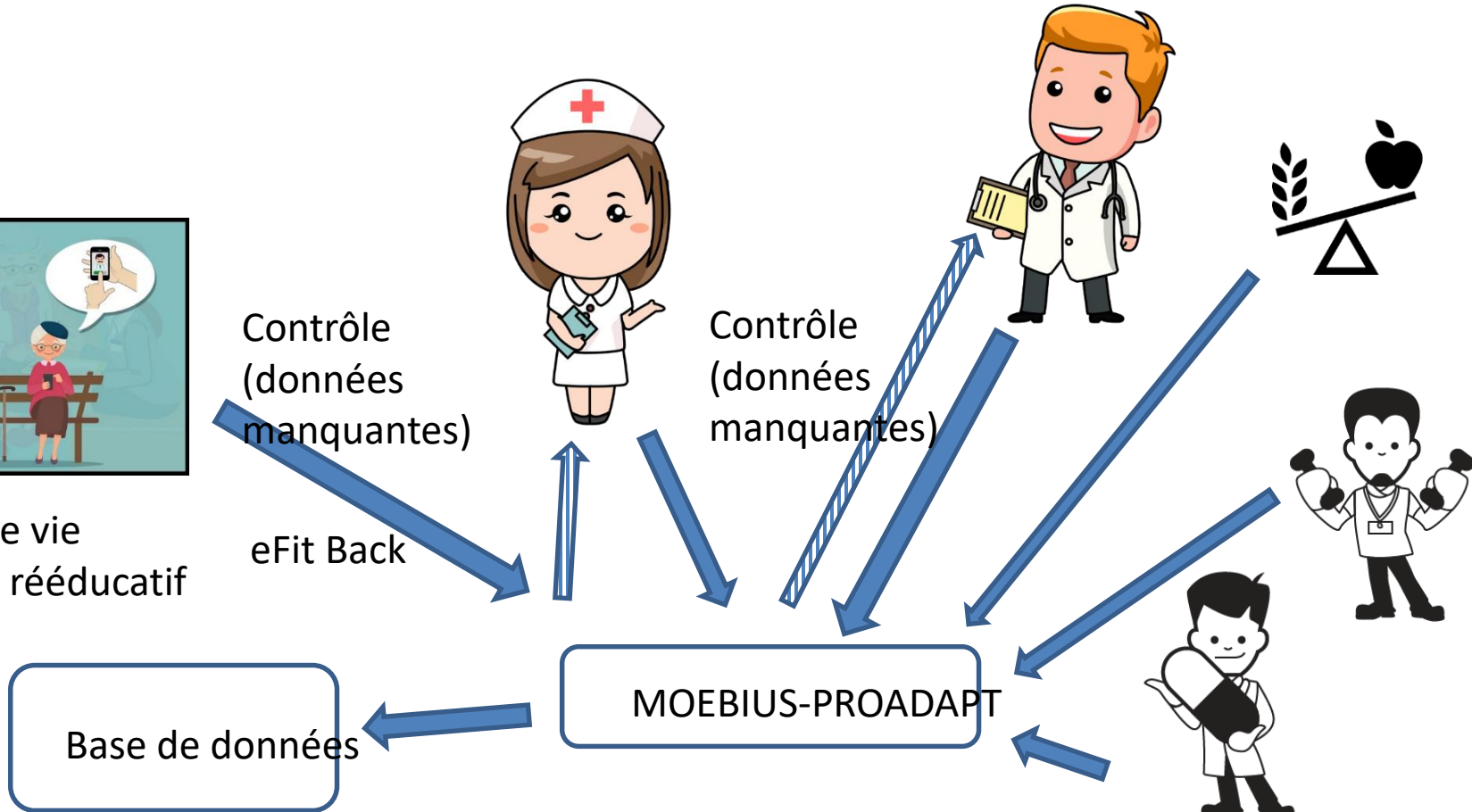
STOP BANG : Courrier ORL

Dépistage SAS à la consultation : oui non
 Malade appareillé après RU Sleeping : oui non

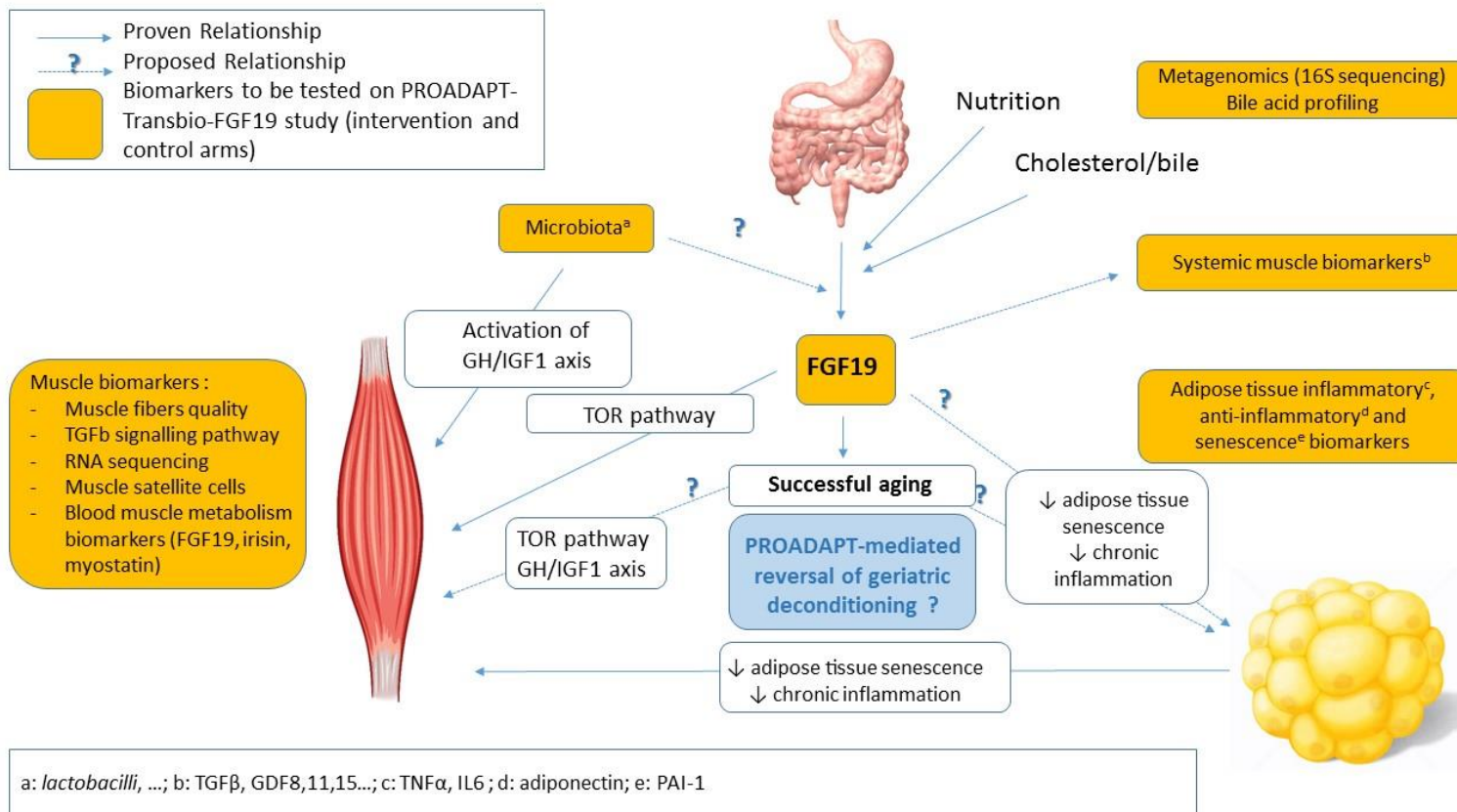
Différents acteurs clés dans le recueil d'information



- Qualité de vie
- Coaching rééducatif



Opportunités en recherche biologique : les enjeux de la réhabilitation



THOMs

- La situation péri-opératoire : une fenêtre d'opportunité pour la mise en œuvre d'un programme de (p)réhabilitation
 - Un risque majeur de morbi-mortalité
 - Des acteurs sensibilisés : chirurgiens, anesthésistes, patients & familles
- Une opportunité pour le SSR pour se réinventer :
 - Dans le soin
 - Dans la recherche médicale, paramédicale, biologique...
 - Dans le développement des géronto-technologies
- Un objectif partagé à titre individuel et collectif : la réduction du déconditionnement gériatrique post-opératoire – Une inscription future dans les approches « parcours » ?