

Journée Nationale d'Onco-Réhabilitation

Mardi 18 juin 2024



UNITE DE SOINS DE SUITE ET REHABILITATION ONCOGERIATRIQUE :
retour d'expérience

Dr Claude PIOT BOISSIER

HCL
HOSPICES CIVILS
DE LYON

L'INSTITUT DU
VIEILLISSEMENT

CAS CLINIQUE



Mme P. âgée de 79 ans

Divorcée, 2 enfants dont 1 fils qui vit avec elle

Passage IDE quotidien pour les traitements + aide ménagère 2h/semaine

ATCD médicaux :

Insuffisance respiratoire chronique mixte ; SAOS appareillé

Insuffisance rénale chronique stade IV

Cardiopathie valvulaire ischémique double stentée + pace maker sur BAV1

Hypothyroïdie substituée

Dyslipidémie

Diabète de type 2

HTA

ATCD chirurgicaux :

Remplacement valvulaire aortique biologique

Endartériectomie carotidienne gauche

Fracture luxation cheville droite

Canal carpien droit

Cataracte bilatérale

Traitement habituel :

Kardegic 75mg

Atorvastatine 80mg

Ezetimibe 10mg

Entresto 24/26mg

Spirolactone 25mg

Dapaglifozine 10mg

Levothyrox 75µg

Metformine 500mg



Histoire de la maladie

Hospitalisation en médecine interne du 15 au 21/03/2023 pour tableau d'anasarque sans étiologie retrouvée. Insuffisance rénale aigue, pas de syndrome cardiorenal; dénutrition sévère suite à un régime intensif (perte de 30 à 50 kg en 1 an) scanner TAP retrouvant un épanchement pleural prédominant à gauche et ascite abondante sans lésion suspecte néoplasique. Retour à domicile à sa demande

Adressée aux urgences le 31/03/2023 après chute à domicile avec stase au sol durant 6h; tableau de détresse respiratoire aigue avec état de choc motivant un transfert en réanimation du 31/03 au 10/04/2023 :

Défaillance rénale nécessitant une épuration extrarénale de 36 heures

Défaillance hémodynamique nécessitant un soutien par amines vasopressives jusqu'au 7/04 sur sepsis à point de départ urinaire probable

Anasarque d'origine mixte avec dénutrition sévère et ascite réfractaire dans laquelle on retrouve des cellules tumorales carcinomateuses faisant évoquer en premier lieu une origine gynécologique basse

Transfert en oncologie médicale du 10/04 au 05/05/2023

Scanner TAP du 1/04 retrouvant une embolie pulmonaire segmentaire inférieure droite, épanchement pleural gauche, une volumineuse ascite avec épaississement péritonéal en faveur d'une carcinose

Validation RCP de chimiothérapie par Carboplatine/Taxol 3 semaines/4

Pose de picc line le 14/04 avec C1J1 Carboplatine/Taxol sous couvert de G CSF

Hypoalbuminémie avec état oedémateux important nécessitant perfusion Albumine + diurétisation

Dénutrition sévère avec mise en place d'une NP par Smofkabiven

C1J8 le 21/04

Aplasia fébrile le 24/04 avec I Urinaire à E.faecium et E Coli de bonne évolution sous antibiothérapie; sortie d'aplasie le 3/05; suspension de la NP

C1J15 annulé

Transfert USSROG le 5/05/2023



A l'entrée en USSROG :

Patiente PS4, asthénie majeure

Persistance d'oedemes des Mlnf remontant aux lombes, epanchement pleural gauche partiel sans retentissement respiratoire

Pas de plainte douloureuse

Pas de dysthymie, se plaint surtout de troubles du sommeil

Sur le plan fonctionnel : transfert au rail, verticalisation impossible avec désadaptation posturale majeure avec station assise au fauteuil au maximum 1 heure; Toilette complète au lit; SAD

Sarcopénie sévère avec Hand grip à 11,5 kg soit 59% de la normale pour l'âge

Dénutrition sévère avec poids à 83kg, IMC à 28,75 kg/m², albuminémie abaissée à 13,4 g/l (CRP 99 mg/l) et préalbumine effondrée à 0,04 g/l



Evolution dans le service

Sur le plan oncologique :

Les 2eme et 3eme cures de Carboplatine/Taxol sont réalisées en HDJ onco avec une bonne tolérance; pas d'évènement intercurrent sur le plan infectieux; pas de récurrence d'aplasie sous G-CSF

Transfusion 1 CGR après la 2eme cure

Sur le plan des comorbidités :

Adaptation du traitement cardiotrope avec arrêt de l'Entresto sur hypoTA et diminution des diurétiques

Stabilisation de la fonction rénale avec retour à l'état de base

Poursuite insulinothérapie et reintroduction de la Metformine

Stabilisation des troubles du sommeil

Sur le plan nutritionnel :

Mise en place d'une alimentation entérale sur SNG jusqu'au 6/06 soit 1 mois puis relai avec des CNO et poursuite de l'enrichissement; une partie des repas sont apportés par la famille.

Perte de poids importante estimée à 18kg en 2 mois mais en lien essentiellement avec la fonte des oedemes

Amélioration des critères biologiques avec albumine à 28,8g/l (vs 13,4) et préalbumine à 0,18 g/l (vs 0,04) en fin de séjour

Sur le plan fonctionnel :

Peu de progrès le premier mois avec uniquement travail de verticalisation et augmentation progressive du temps au fauteuil

Par la suite reprise de la marche entre les barres // puis avec D2R avec augmentation progressive du périmètre de marche; travail des transferts

PEC ergothérapeute pour travail sur l'autonomie pour la toilette et pour les transferts



Evolution dans le service

En fin de séjour :

Autonome pour les transferts avec D2R, marche seule avec D2R ou au bras accompagnée;

Autonome pour la toilette, aide à la douche; continente urinaire avec quelques fuites la journée, port de protections la nuit, continente feccale

Amélioration de la force motrice avec hand grip à 14,8 kg soit un gain de 3 kg

Vitesse de marche à 0,43m/s, non évaluable à l'entrée

Stabilisation du poids avec prises alimentaires orales correctes et poursuite des CNO; nette amélioration des paramètres biologiques

RAD le 27/07/2023 :

IDE 3 fois par jour pour gestion du diabète, préparation des traitements et surveillance du poids

Auxiliaire de vie quotidienne pour aide à l'habillage, déshabillage, courses, préparation des repas

Portage de repas 1jour/2

Téléalarme

Kiné 2 fois par semaine

Adaptations matérielles (lit médicalisé, déambulateur, chaise percée)



Suivi ambulatoire

Consultation à 1 mois :

- marche sans aide technique chez elle et sort accompagnée pour faire quelques courses;
- poids stable avec appétit conservé; pas d'OMI;
- bonne tolérance de la 5eme cure

Consultation à 3 mois :

- récupération d'une bonne autonomie, marche sans aide technique, fait ses courses seule ou avec son auxiliaire de vie et va au restaurant avec ses amis;
- poids en augmentation à 70kg (+ 5kg) sans oedeme clinique;
- sur le plan oncologique, caelioscopie exploratrice : pas de lésion au niveau ovarien, nécrose tumorale sans cellule tumorale résiduelle; arrêt de la chimiothérapie après la 6eme cure et relai par Niraparib



Spécificités oncogériatriques



Le cancer, une maladie chronique

La chronicisation des soins conduit à l'augmentation du nombre de patients âgés vivant avec le cancer, pour lesquels les problématiques associées au vieillissement interfèrent parfois avec le traitement et le cancer lui-même :

- du fait de l'impact des comorbidités ou des syndromes gériatriques sur la tolérance du traitement oncologique
- du fait de l'impact des traitements oncologiques sur les comorbidités, l'autonomie et l'indépendance, les performances physiques, la nutrition, l'état cognitif, ...

La prise en charge des patients âgés atteints de cancer nécessite donc une approche holistique, multidisciplinaire et interprofessionnelle



Le vieillissement : un processus complexe

Le vieillissement est marqué par des difficultés progressives d'adaptation de l'organisme au stress, un déclin progressif des fonctions de divers organes, une prévalence élevée des comorbidités ayant pour conséquence une perte progressive d'autonomie

Ce processus est très variable selon les individus et l'âge est un critère insuffisant pour évaluer l'état physiologique d'un patient

La situation sociale et le niveau socioéconomique peuvent aussi avoir un impact sur la prise en charge



Concept de Fragilité

La fragilité est communément définie comme :

Une diminution de la réserve physiologique et de la résistance face au stress

Qui augmente la vulnérabilité et les risques d'effets néfastes tels que la progression d'une maladie, les chutes, les incapacités et la mort prématurée

La fragilité n'est pas une incapacité mais une vulnérabilité accrue

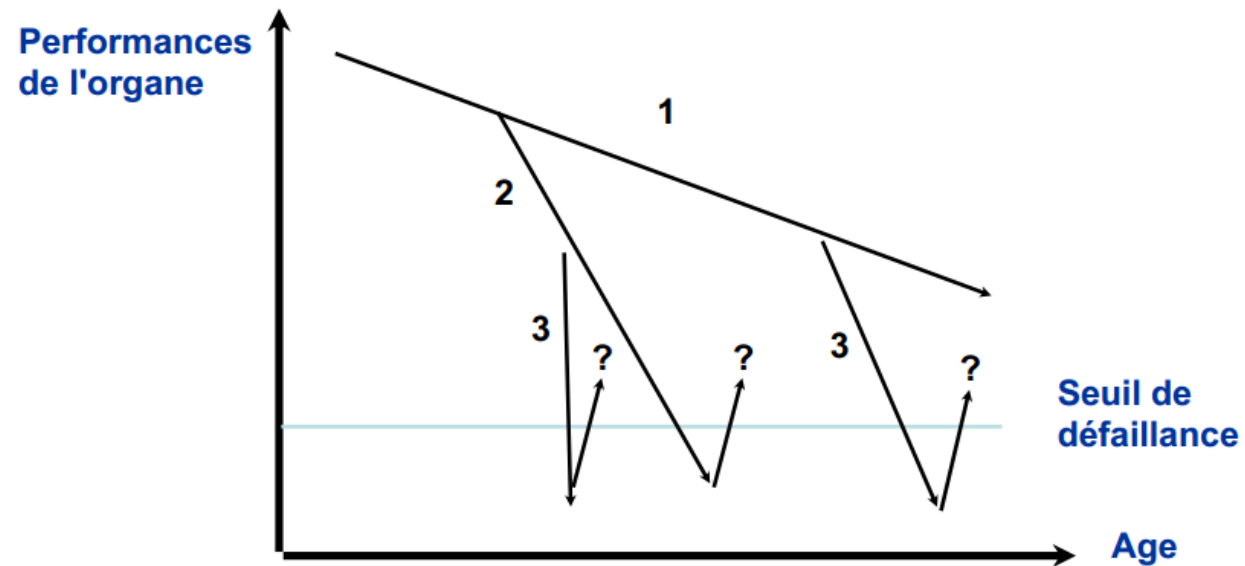
Cet état est potentiellement réversible, les réserves fonctionnelles pouvant être entretenues ou améliorées

Loi de Bouchon : vieillissement physiologique (1) auquel s'ajoute les maladies chroniques (2) et les maladies aiguës (3) avec pour conséquence des décompensations fonctionnelles en cascade et un risque de dépendance et incapacités



Loi de Bouchon

Schéma 1+2+3



Analyse des performances d'un organe chez un sujet âgé, sous l'effet du vieillissement (1), des pathologies de l'organe (2) et des affections intercurrentes (3), avec ou sans traitement spécifique (?). (Bouchon 1984)

EGA : évaluation gériatrique approfondie : approche multidimensionnelle et interdisciplinaire

L'EGA permet de faire un inventaire exhaustif et quantifié des problèmes de santé permettant une aide à la stratégie thérapeutique et la mise en place d'actions correctives personnalisées.

L'EGA explore donc les domaines qui s'altèrent au cours du vieillissement et qui impactent sur le devenir de la personne âgée et, à terme, sur sa qualité de vie :

- environnement social
- l'état fonctionnel
- la mobilité
- la cognition
- l'état psychologique
- l'état nutritionnel
- les comorbidités
- la polymédication
- les syndromes gériatriques (chutes, déficience visuelles ou auditives, incontinence urinaire, confusion, ...)



USSROG : Unité de Soins de suite et recours en Oncogériatrie



Présentation du service

Dans le cadre d'un Dossier d'Activité Nouvelle porté par l'Institut du Vieillissement des Hospices Civils de Lyon, création en novembre 2021 de 10 lits à orientation oncogériatrique au sein d'un service de SMR gériatrique de 30 lits à l'hôpital Pierre Garraud.

Ce service accueille des patients âgés de plus de 70 ans atteints de cancer et généralement polypathologiques et fragiles pour lesquels la prise en charge oncologique ambulatoire n'est pas possible :

- en intercures de chimiothérapie, immunothérapie ou radiothérapie
- en préhabilitation avant chirurgie carcinologique
- en réhabilitation après chirurgie carcinologique

Moyenne d'âge à 81 ans; DMS 26 jours (ruptures de séjours fréquentes); 60% de retour à domicile et 10% de décès
Essentiellement pour des pathologies hématologiques (30%) et digestives / hépatobiliaires (30%)

L'équipe est pluridisciplinaire :

- 2 médecins gériatres titulaires d'un DU d'oncogériatrie
- 1 IDE de coordination
- IDE et ASD
- kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien
- Psychologue
- Diététicienne
- Assistante sociale



Organisation du service

EGA à l'entrée avec programmation des grands axes de prise en charge en accord avec le patient

Synthèse hebdomadaire en équipe pluridisciplinaire : évolution clinique, objectifs de PEC personnalisés actualisés, travail du projet de vie

Liens réguliers avec les oncologues référents

Participation des médecins à la Réunion de Concertation OncoGériatrique hebdomadaire du GHCentre permettant :

- de rediscuter si besoin et en lien avec les oncologues référents de la poursuite ou l'adaptation du traitement oncologique
- de programmer une admission dans le service pour certains patients en début de prise en charge oncologique

8 jours après le retour à domicile : Appel de IDE de coordination pour faire le point

Consultations de suivi oncogériatrique après retour à domicile à 1 mois, 3 mois, 6 mois, 1 an ...



2 Axes prioritaires de prise en charge en USSROG

Fonctionnel :

Bilan initial des capacités fonctionnelles (kiné, ergo) : Hand grip, Tinetti, SPPB, aide technique et installation et nouveau bilan en fin de séjour

Lutte contre la fatigue par une activité physique adaptée avec prise en charge quotidienne

Lutte contre le risque de chute

Travail sur les perturbations du schéma corporel avec le psychomotricien; groupe « Musique et mise en mouvement » animé par la kinesithérapeute et le psychomotricien

Salle de rééducation, PRS (plateau de rééducation spécialisé avec un groupe prévention des chutes et un groupe réentraînement à l'effort)

Nutritionnel :

Bilan initial par la diététicienne et suivi quotidien avec adaptation individuelle des plateaux repas

Surveillance du poids, des ingestas et des critères biologiques

Enrichissement des plats systématiques, large gamme de CNO

Si dénutrition sévère, mise en place d'une alimentation artificielle de préférence entérale

Service à l'assiette, épices, repas en salle à manger

Mise en situation avec l'ergothérapeute sur la préparation d'un repas (cuisine thérapeutique

Fiche conseils remise à la sortie



Autres Axes de prise en charge en USSROG

Optimisation médicamenteuse : en lien avec les pharmaciens

Analyse de l'ordonnance et adaptations

Gestions des interactions médicamenteuses et iatrogénies en lien avec les traitements oncologiques

Psychocognitif :

Bilan cognitif au cours du séjour (à interpréter avec prudence en raison des altérations liées aux traitements oncologiques, à l'asthénie, ...)

Suivi par la psychologue

Groupe de stimulation cognitive animé par l'ergothérapeute et la psychologue

Surveillance et Stabilisation des comorbidités

Gestion des effets secondaires des traitements oncologiques : troubles digestifs, mucite, support transfusionnel, facteurs de croissance, surveillance et PEC des complications infectieuses

Evaluation des douleurs et Adaptation des traitements antalgiques



Autres Axes de prise en charge en USSROG

Evaluation initiale des dépendances et travail quotidien sur la récupération et/ou le maintien des capacités sur les activités de base (ADL : hygiène corporelle, habillage, continence, locomotion) et activités instrumentales (IADL: entretien du logement, du linge, courses, transport, téléphone, budget, traitement) en lien avec l'ergothérapeute et l'équipe soignante

Evaluation par l'assistante sociale des conditions de vie, des ressources et des possibilités d'aide financières

Préparation et accompagnement du projet de vie à la sortie :

- Dossier Allocation Personnalisée d'Autonomie

- Aides humaines

- Adaptations matérielles

- Dossiers de demande d'admission en institution (Ehpad, USLD)



Conclusion

La prise en charge en USSROG est pluridisciplinaire

Elle nécessite une évaluation gériatrique approfondie initiale qui permettra de définir les axes de prise en charge

L'ensemble de ces actions doit permettre :

- D'identifier les facteurs de fragilité et corriger ce qui est corrigeable
- Bilanter et stabiliser les comorbidités
- D'améliorer ou préserver l'autonomie
- D'assurer une bonne compréhension et adhésion du patient aux soins oncologiques proposés
- Organiser et sécuriser le retour à domicile
- De préserver la qualité de vie



Nous ne faisons pas de miracle mais nous avons
quelques belles victoires

Merci pour votre attention

**Journée Nationale
d'Onco-Réhabilitation**

Mardi 18 juin 2024
à Lyon et en distanciel

