

Faire une préadaptation avant une opération pour un cancer colorectal?

Dans leur revue Cochrane, Molenaar et al. ont vérifié l'efficacité de la préadaptation avant l'opération d'un cancer colorectal.

Texte: Dominique Monnin, Colette Widmer Leu

Le cancer colorectal est le deuxième type de cancer le plus diagnostiqué chez les femmes, le troisième chez les hommes. En 2018, plus de 1,8 million de nouveaux cas et près de 862 000 décès ont été relevés dans le monde. La chirurgie constitue le traitement de prédilection. Elle peut cependant engendrer des complications qui ont un fort impact sur le résultat postopératoire et la qualité de vie à long terme des patients. Ces complications prolongent aussi la durée de séjour hospitalier et le taux de réhospitalisation. Les programmes ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) sont appliqués de manière multimodale en période péri-opératoire pour minimiser ce stress. Ils réduisent le taux de morbi-

dité et la durée du séjour hospitalier, améliorent le rétablissement. Or, la période péri- et postopératoire est souvent marquée par la fatigue, le manque de sommeil, la faiblesse, l'anorexie, l'anxiété et la dépression. Elle n'est donc pas optimale pour des interventions récupératives. C'est pourquoi la période qui précède l'opération se prête particulièrement bien aux interventions de type ERAS en tant que préadaptation.

Encore peu de données, mais qui semblent positives

Molenaar et al. ont examiné la sécurité et l'efficacité de ces programmes de préadaptation en termes de capacités fonctionnelles (test de marche de 6 minutes

en postopératoire), de complications et de qualité de vie liée à la santé. Les critères d'évaluation secondaires étaient le test de marche de 6 minutes préopératoire, le VO_2 peak, la force de la main, la durée de l'hospitalisation, la mortalité, l'adhésion au traitement, la sécurité du programme en termes de taux d'abandon et d'effets secondaires, la reprise des activités quotidiennes, les visites postopératoires aux urgences, la réhospitalisation.

Trois essais contrôlés randomisés ont été inclus (250 patiente-s atteint d'un cancer colorectal non métastatique en attente d'une opération non urgente (principalement par laparoscopie). Cent-trente patiente-s ont pris part à un programme de préadaptation de quatre semaines (exer-

cices, intervention nutritionnelle, techniques de réduction de l'anxiété). Le groupe de contrôle n'a pas eu de programme préopératoire. Les groupes d'intervention et de contrôle ont bénéficié d'une rééducation postopératoire après leur sortie de l'hôpital. Le contenu était similaire au programme préopératoire.

Amélioration des capacités fonctionnelles

Les capacités fonctionnelles avant l'opération mesurées par le test de marche de 6 minutes se sont améliorées, (3 essais, n = 225, niveau de preuve modéré). Après l'opération, la préadaptation semblait aussi améliorer les capacités fonctionnelles mesurées par le test de marche de 6 minutes après 4 semaines (2 essais, n = 131, niveau de preuve faible et après 8 semaines (2 essais, n = 140, niveau de preuve très faible). L'effet sur le nombre de complications (3 essais, n = 250), de visites postopératoires aux urgences (3 essais, n = 250) ou de réhospitalisations (3 essais, n = 250) était faible, voire insignifiant. Molenaar et al. n'ont pas pu analyser quantitativement

l'efficacité de la préadaptation sur les autres critères d'évaluation en raison de l'absence ou de l'insuffisance de données. Les résultats n'ont montré aucune différence entre les groupes en ce qui concerne la qualité de vie liée à la santé ou la durée de l'hospitalisation.

Des tendances positives

Molenaar et al. ont constaté que la préadaptation semble générer une amélioration de la capacité fonctionnelle en phase pré- et postopératoire. Un effet clair sur le nombre de complications, de visites postopératoires aux urgences et de réhospitalisations n'a pas pu être établi. Le niveau de preuve se situe entre modéré et très faible. De plus les trois essais inclus dans l'analyse s'avèrent hétérogènes. Les auteure-s estiment donc qu'il convient donc d'interpréter ces résultats avec prudence. De nombreux essais contrôlés randomisés sont en cours. Molenaar et al. estiment qu'ils apporteront certainement des la précision à ces premières tendances.



Physioactive Online



DE

Prähabilitation vor Darmkrebs-Operation?

Molenaar et al. nahmen in ihrem Cochrane-Review die Prähabilitation bei Darmkrebs-Patient:innen unter die Lupe.



IT

Prerabilitazione prima della chirurgia per tumore del colon-retto?

La revisione Cochrane di Molenaar et al. si basa sulla prerabilitazione nei pazienti con tumore del colon-retto.



Améliorations possibles grâce à un entraînement préopératoire

La revue Cochrane de Molenaar et al. ne repose que sur les résultats de trois essais car la préadaptation est une pratique récente.

Une revue Cochrane de 2022 montre aussi qu'un entraînement préopératoire à l'exercice chez des patiente-s qui subissent une résection pulmonaire pour un cancer pulmonaire non à petites cellules semble réduire le risque de complications pulmonaires postopératoires, la durée du séjour hospitalier et améliorer la capacité vitale forcée (Granger & Cavalheri, 2022). Cependant, Granger & Cavalheri formulent les mêmes réserves que Molenaar et al.

Les auteure-s de toutes les revues s'accordent à dire qu'il faut davantage de recherches de qualité pour pouvoir émettre des recommandations fondées sur des bases fiables.



Dominique Monnin
Physiothérapeute



Bibliographie en ligne



Cet article a été réalisé en collaboration avec Colette Widmer Leu, co-auteure, et Cochrane Suisse. Cochrane réalise des revues systématiques sur des questions de recherche en matière de santé. L'accès à la Cochrane Library est gratuit en Suisse.

Prähabilitation vor Darmkrebs-Operation?

Molenaar et al. nahmen in ihrem Cochrane-Review die Prähabilitation bei Darmkrebs-Patient:innen unter die Lupe.

Darmkrebs ist die zweithäufigste Krebsart bei Frauen und die dritthäufigste bei Männern. 2018 wurden weltweit mehr als 1,8 Millionen neue Fälle und fast 862000 Todesfälle verzeichnet. Die bevorzugte Behandlungsmethode ist die Operation. Sie kann jedoch zu Komplikationen führen, die einen starken Einfluss auf das postoperative Ergebnis und die langfristige Lebensqualität der Patient:innen haben. Komplikationen verlängern auch die Dauer des Krankenhausaufenthalts und die Rehospitalisationen. Um diese Belastung zu minimieren, werden Programme zur «Enhanced Recovery After Surgery» (ERAS, bessere Genesung nach einer Operation) multimodal in der perioperativen Phase angewendet. Sie senken die Morbiditätsrate, verkürzen die Dauer des Krankenhausaufenthalts und verbessern die Genesung. Die peri- und postoperative Phase ist jedoch häufig von Müdigkeit, Schlafmangel, Kraftlosigkeit, verminderter Nahrungsaufnahme, Angstzuständen und Depressionen geprägt. Daher bietet sich besonders die einer Operation vorangehende Zeit für ERAS-Interventionen als Prähabilitation an.

Noch wenige Daten, die jedoch positiv erscheinen

Molenaar et al. überprüften in ihrem Cochrane-Review die Sicherheit und Wirksamkeit solcher Prähabilitationsprogramme im Hinblick auf funktionelle Kapazität (6-Minuten-Gehtest postoperativ), Komplikationen und gesundheitsbezogene Lebensqualität. Sekundäre Endpunkte waren der 6-Minuten-Gehtest präoperativ, VO₂peak, Handkraft, Dauer des Krankenhausaufenthalts, Mortalität, Therapietreue, Sicherheit des Programms in Bezug auf Abbruchrate und Nebenwirkungen, Wiederaufnahme von Alltagsaktivitäten, postoperative Besuche in der Notaufnahme, Rehospitalisation.

Die Autor:innen schlossen drei randomisierte kontrollierte Studien ein. An diesen nahmen 250 Patient:innen mit nicht metastasierendem Darmkrebs teil, die auf eine geplante Operation (hauptsächlich durch Laparoskopie) warteten. Davon erhielten 130 Patient:innen ein vierwöchiges Prähabilitationsprogramm mit Interventionen zu Bewegung, Ernährung und mentaler Gesundheit. Die Kontrollgruppe erhielt kein präoperatives Programm.

Die Interventions- wie auch die Kontrollgruppe erhielten postoperative Rehabilitation nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Deren Inhalt ähnelte dem präoperativen Programm.

Verbesserung der funktionellen Leistungsfähigkeit

Vor der Operation verbesserte sich die funktionelle Leistungsfähigkeit, gemessen mit dem 6-Minuten-Gehtest (drei Studien, n = 225, moderate Evidenzstufe). Nach der Operation schien die Prähabilitation ebenfalls die funktionelle Leistungsfähigkeit zu verbessern. Die Forscher:innen hatten diese mit dem 6-Minuten-Gehtest nach vier (zwei Studien, n = 131, niedrige Evidenzstufe) und acht Wochen (zwei Studien, n = 140, sehr niedrige Evidenzstufe) evaluiert. Der Effekt auf die Anzahl der Komplikationen (drei Studien, n = 250), der postoperativen Besuche in der Notaufnahme (drei Studien, n = 250) und der Rehospitalisation (drei Studien, n = 250) war gering bis unbedeutend. Ob Prähabilitation hinsichtlich der

weiteren Endpunkte wirksam ist, konnten Molenaar et al. aufgrund fehlender oder unzureichender Daten nicht quantitativ analysieren. Die Ergebnisse zeigten keine Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität oder die Dauer des Krankenhausaufenthalts. Daten zu anderen Endpunkten waren in den Studien nicht oder nur unzureichend ausgewiesen.

Positive Trends feststellbar

Molenaar et al. stellten fest, dass die Prähabilitation eine Verbesserung der Funktionsfähigkeit in der prä- und postoperativen Phase zu bewirken scheint. Einen klaren Effekt auf die Anzahl der Komplikationen, der postoperativen Besuche in der Notaufnahme und der Rehospitalisationen konnten sie jedoch nicht nachweisen. Das Evidenzniveau lag zwischen mässig und sehr niedrig. Darüber hinaus erwiesen sich die drei in die Analyse einbezogenen Studien als heterogen. Die Forschungsgruppe hielt daher fest, dass die Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden sollten. Zahlreiche randomisierte kontrollierte Studien sind noch im Gange. Molenaar et al. gehen davon aus, dass diese mehr Evidenz liefern und genauere Aussagen ermöglichen werden.

Verbesserungen durch präoperatives Training möglich

Der Cochrane-Review von Molenaar et al. stützt sich auf die Ergebnisse von lediglich drei Studien, da die Prähabilitation offenbar noch nicht ausreichend anhand hochwertiger Forschung untersucht wurde.

Ein Cochrane-Review aus dem Jahr 2022 zeigt ebenfalls Verbesserungen durch präoperatives Bewegungstraining bei Patient:innen, die sich einer Lungenresektion wegen nicht-kleinzelligem Lungenkrebs unterziehen: Das Risiko für postoperative Komplikationen wurde durch das präoperative Bewegungstraining deutlich vermindert. Wahrscheinlich kann Prähabilitation auch die Dauer des Krankenhausaufenthalts verringern und die forcierte Vitalkapazität verbessern (Granger & Cavalheri, 2022). Allerdings hatten Granger & Cavalheri dieselben Vorbehalte wie Molenaar et al. Insgesamt stimmen die Autor:innen aller Reviews darin überein, dass mehr hochwertige Forschung nötig ist, um sicher abgestützte Empfehlungen aussprechen zu können.

Molenaar, C. J. L., Van Rooijen, S. J., Fokkenrood, H., Roumen, R. M. H., Janssen, L. & Slooter, G. D. (2023). Prehabilitation versus No Prehabilitation to improve functional capacity, reduce postoperative complications and improve quality of life in colorectal cancer surgery. *Cochrane database of systematic reviews*, 2023(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd013259.pub3>

Granger, C. & Cavalheri, V. (2022). Preoperative exercise training for people with non-small cell lung cancer. *Cochrane database of systematic reviews*, 2022(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd012020.pub3>

Perry, R. J., Herbert, G., Atkinson, C., England, C., Northstone, K., Baos, S., Brush, T., Chong, A. Y., O'Sullivan, B., Harris, J., Haase, A. M., Shah, S. & Pufulete, M. (2021). Pre-admission interventions (prehabilitation) to improve outcome after major elective surgery: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 11(9), e050806. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050806>

Punnoose, A., Claydon-Mueller, L. S., Weiss, O., Zhang, J., Rushton, A. & Khanduja, V. (2023). Prehabilitation for Patients Undergoing Orthopedic Surgery. *JAMA network open*, 6(4), e238050. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.8050>

Prerabilitazione prima della chirurgia per tumore del colon-retto?

La revisione Cochrane di Molenaar et al. si basa sulla prerabilitazione nei pazienti con tumore del colon-retto.

Il tumore del colon-retto è il secondo tipo di tumore più diffuso fra le donne e il terzo fra gli uomini. Nel 2018, nel mondo si sono registrati più di 1,8 milioni di nuovi casi e quasi 862000 decessi dovuti a questa patologia. L'approccio terapeutico preferenziale è l'intervento chirurgico, che tuttavia può causare complicanze, con un forte impatto sull'outcome postoperatorio e sulla qualità della vita a lungo termine dei pazienti. Tali complicanze prolungano anche la durata del ricovero in ospedale e le riospedalizzazioni. Per ridurre al minimo questo stress, nella fase perioperatoria si utilizzano programmi multimodali di «Enhanced Recovery After Surgery» (ERAS, recupero ottimizzato dopo un intervento chirurgico) volti a ridurre il tasso di morbidità, ridurre i tempi ricovero e migliorare il recupero. La fase peri e postoperatoria è spesso caratterizzata da stanchezza, carenza di sonno, debolezza, minore assunzione di cibo, stati d'ansia e depressivi. Per questo è soprattutto il periodo di tempo che precede l'operazione a prestarsi all'attuazione di interventi ERAS in sede prerabilitativa.

I dati sono ancora pochi, ma promettenti

Nella loro revisione Cochrane, Molenaar et al. hanno valutato la sicurezza e l'efficacia di questi programmi di prerabilitazione in termini di capacità funzionale (test del cammino di 6 minuti dopo l'operazione), complicanze e qualità della vita associata alla salute. Gli endpoint secondari erano il test del cammino di 6 minuti prima dell'operazione, il VO₂ massimo, la forza prensile della mano, la durata del ricovero, la mortalità, l'aderenza terapeutica, la sicurezza del programma riguardo al tasso di interruzione e agli effetti collaterali, la ripresa delle attività della vita quotidiana, gli accessi al pronto soccorso dopo la chirurgia e la riospedalizzazione. Gli autori hanno incluso tre studi randomizzati controllati a cui avevano partecipato 250 pazienti con tumore del colon-retto non metastatico in attesa di chirurgia programmata (prevalentemente in laparoscopia). Prima dell'operazione 130 pazienti erano stati assegnati a un programma di prerabilitazione di quattro settimane con interventi di natura motoria, alimentare e psicologico. Il gruppo di controllo non aveva seguito alcun programma preoperatorio.

Dopo le dimissioni, la riabilitazione postoperatoria era invece prevista sia per il gruppo di intervento, sottoposto a prerabilitazione, sia per il gruppo di controllo, con contenuti analoghi a quelli del programma preoperatorio.

Miglioramento della capacità funzionale

Prima dell'intervento chirurgico era migliorata la capacità funzionale, misurata con il test del cammino di 6 minuti (tre studi, n = 225, livello di evidenza moderato). La prerabilitazione appare essere in grado di migliorare la capacità funzionale anche dopo l'intervento chirurgico. I ricercatori hanno valutato questo parametro con il test del cammino di 6 minuti effettuato dopo quattro (due studi, n = 131, livello di evidenza basso) e otto settimane (due studi, n = 140, livello di evidenza molto basso). L'effetto sul tasso di complicanze (tre studi, n = 250), di accessi al pronto soccorso dopo l'operazione (tre studi, n = 250) e di riospedalizzazioni (tre studi, n = 250) era da basso a ininfluente. La mancanza o insufficienza di dati non ha

consentito a Molenaar et al. di effettuare un'analisi quantitativa per valutare l'efficacia della preabilitazione sugli altri parametri. I risultati non hanno evidenziato differenze fra i gruppi per quanto riguarda la qualità della vita negli aspetti legati alla salute o la durata del ricovero in ospedale. I dati relativi ad altri endpoint non erano riportati negli studi o non erano sufficienti.

Si riscontra un trend positivo

Molenaar et al. hanno rilevato che la preabilitazione sembra portare ad un miglioramento della capacità funzionale in fase pre e postoperatoria. Non sono però riusciti a dimostrare un chiaro effetto sul numero di complicanze, di accessi al pronto soccorso dopo l'operazione e di riospedalizzazioni. Il livello di evidenza andava da moderato a molto basso. Inoltre i tre studi oggetto dell'analisi si sono rivelati eterogenei. Il gruppo di ricerca ha pertanto constatato che i risultati vanno interpretati con cautela. Sono ancora in corso numerosi studi randomizzati controllati che, secondo Molenaar et al., forniranno maggiori evidenze e consentiranno di trarre conclusioni più precise.

Possibilità di miglioramento con l'allenamento preoperatorio

La revisione Cochrane di Molenaar et al. si basa sui risultati di tre soli studi, poiché evidentemente la preabilitazione non è ancora stata oggetto di sufficienti ricerche d'alta qualità.

Anche una revisione Cochrane condotta nel 2022 evidenzia un miglioramento ottenuto con l'allenamento preoperatorio in pazienti affetti da carcinoma polmonare non a piccole cellule che dovevano sottoporsi a resezione polmonare: l'attività motoria svolta prima della chirurgia ha ridotto nettamente il rischio di complicanze postoperatorie. È inoltre probabile che la preabilitazione sia in grado di ridurre i tempi di ospedalizzazione e di migliorare la capacità vitale forzata (Granger & Cavalheri, 2022). Granger & Cavalheri nutrivano però le stesse riserve di Molenaar et al. Gli autori di tutte le revisioni concordano che siano necessari altri studi di qualità elevata per poter formulare raccomandazioni fondate e affidabili.