

L'activité physique adaptée en oncologie

Quels patients ? – Cas pratiques

Interne Théophile CNOCKAERT - 7^{ème} semestre en oncologie médicale

Dr FONTANILLES Maxime – MCU & chef du service d'oncologie médicale à l'hôpital Jacques Monod



Prévention primaire

Review > Lancet Oncol. 2017 Aug;18(8):e457-e471. doi: 10.1016/S1470-2045(17)30411-4.

Epub 2017 Jul 26.

Physical activity, sedentary behaviour, diet, and cancer: an update and emerging new evidence

Jacqueline Kerr¹, Cheryl Anderson¹, Scott M Lippman²

Réduction du risque de **-10%** pour l'ensemble des cancers

- Cancer du côlon : **-25%**
- ADK œsophagien : **-42%**
- Cancer de l'endomètre : **-22%** pourraient être évités si les femmes les moins actives atteignaient un niveau d'activité moyen

Etroitement liée à d'autres piliers de la prévention primaire : **sédentarité** / **obésité** / **alimentation** / **alcool** / **tabagisme**

A noter : Le comportement sédentaire = FDR indépendant du niveau d'activité physique

Effets propres :

- Régulation hormonale
- Contrôle de l'insuline
- Surveillance immunitaire
- Réparation cellulaire
- Génétique

Importance de l'adolescence

Seuil d'efficacité : **>2,5h/semaine** d'activité modérée

WHY WAS THE TRIAL DONE?

For patients with stage III or high-risk stage II colorectal cancer, standard management includes surgery and adjuvant chemotherapy. However, 20 to 40% of patients have recurrent disease, and side effects of treatment undermine their quality of life. New interventions that improve survival and quality of life are needed.

HOW WAS THE TRIAL CONDUCTED?

Patients who had undergone complete resection of stage III or high-risk stage II colon cancer and had completed adjuvant chemotherapy in the previous 2 to 6 months were randomly assigned to participate in a structured exercise program (behavioral-support sessions and supervised exercise sessions held every 2 weeks or monthly for 3 years) or to receive health-education materials only. The primary end point was disease-free survival.

TRIAL DESIGN

- Phase 3
- Randomized
- Controlled
- Location: 55 sites (mostly in Canada and Australia)

RESULTS

During a median follow-up of approximately 8 years, disease-free survival was significantly longer in the exercise group than in the health-education group. Musculoskeletal adverse events occurred more often in the exercise group than in the health-education group.

LIMITATIONS AND REMAINING QUESTIONS

- Recruitment of patients was slow and spanned 15 years.
- Disease-free survival at 3 years was higher than expected, probably in part because of a selection bias toward higher-functioning patients.
- Whether beginning an exercise intervention earlier in the treatment course would further improve outcomes remains to be determined.

CONCLUSIONS

Among patients who had recently completed adjuvant chemotherapy for colon cancer, a 3-year structured exercise program led to significantly longer disease-free survival than health education alone.

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Structured Exercise after Adjuvant Chemotherapy for Colon Cancer

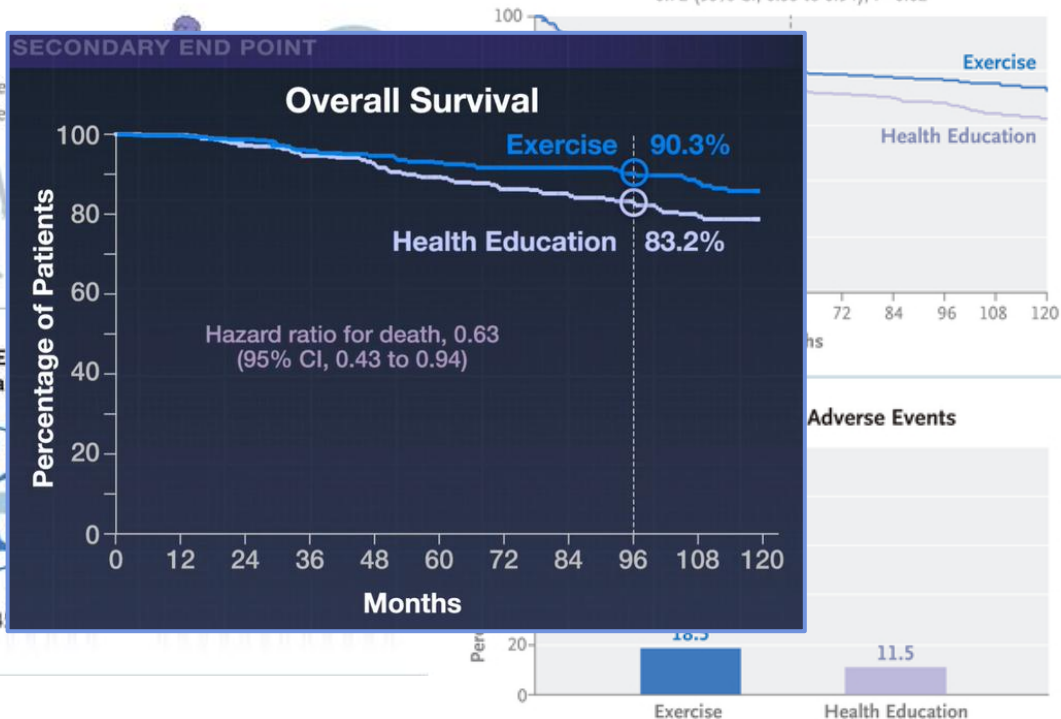
A Research Summary based on Courneya KS et al. | 10.1056/NEJMoa2502760 | Published on June 1, 2025

Patients

- 889 patients
- Median age, 61 years
- Women: 51%; Men: 49%



Structured Exercise Program



L'APA en oncologie : Pour qui en théorie ?

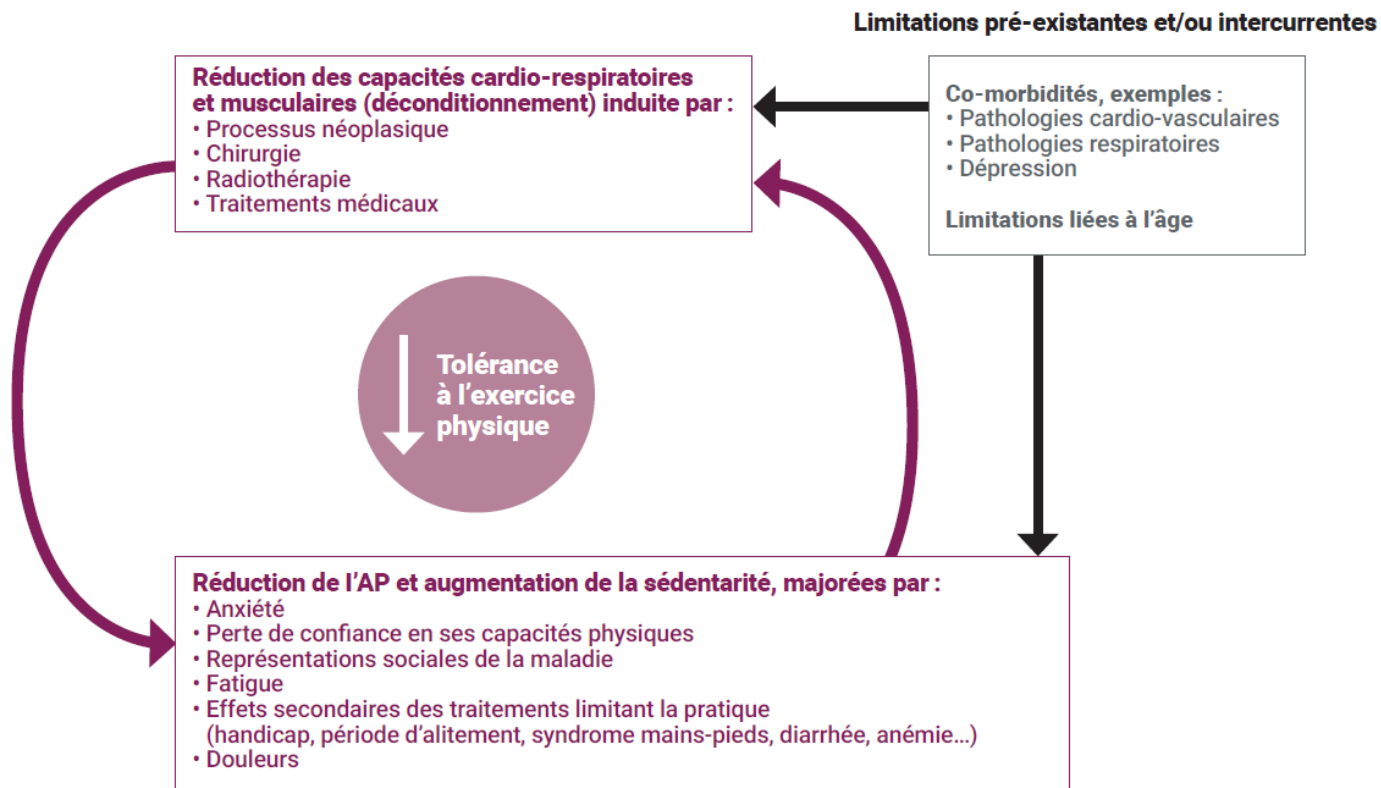
TOUT LE MONDE

- Tous les cancers
- En cours ou après traitement

SAUF

Contre-indications
communes à la
population générale

SCHÉMA 1. PRINCIPALES CAUSES DE L'INTOLÉRANCE À L'EXERCICE PHYSIQUE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER



L'APA en oncologie :

Etat des lieux

LA THEORIE

- Proposer à **TOUS** les patients : **poursuite** ou **reprise** ou **nouvelle activité**
- Modèle d'ordonnance pré-remplie
- Questionnaire d'auto-évaluation du niveau d'activité physique
- Possibilité de réaliser un bilan fonctionnel a minima: **TM6, test de relevé de chaise, test de maintien de l'équilibre**
- Temps paramédical : **infirmière d'annonce**
- Orienter vers les organismes adaptés
- Remboursement partiel

= **Moins de dépenses de santé**

LIMITES

- Temps limité de consultation, autres priorités, nécessite des entretiens répétés ...
- Difficile de faire changer les habitudes : **patients** et **praticiens**
- Pas de modèle stable de remboursement : **mutuelles, établissements, fondations, assurance maladie, initiatives locales ...**
- Offre territoriale inégale
- Nécessite des professionnels formés/habitués

L'APA en oncologie : Pour qui en pratique ?

Mme L, 55 ans, ménopausée, **cancer du sein** droit hormonosensible avec atteinte ganglionnaire

Traitement : **mastectomie droite** + **curage ganglionnaire** puis **radiothérapie adjuvante** suivie d'une **hormonothérapie** au moins **7 ans**.

Elle s'inscrit au programme d'APA du club de tennis à proximité de chez elle : 4h30 APA /semaine pendant 30 semaines (tennis, fitness et marche nordique), encadrées par des coachs diplômés

BENEFICES :

- **Récupération postopératoire** : douleurs post-opératoires, récupération fonctionnelle, lymphoedème (± récupération ciblées)
- **Atténuation des effets de l'hormonothérapie / ménopause** :
 - Diminution des **arthralgies**, des **bouffées de chaleur** et de la **fatigue** + **tolérance à l'effort**
 - **Gestion du poids**
 - Prévention de la **perte osseuse**
 - **Régulation métabolique**
- **Santé mentale / Estime de soi / Vie sociale**
- Réduction de la **mortalité globale** et du risque de **récidive**

Personnel diplômé

L'APA en oncologie : Pour qui en pratique ?

Mme **M**, 73 ans, **cancer du sein** gauche hormonosensible **métastatique** au niveau osseux d'emblée, en progression après 2 lignes d'hormonothérapie

Traitement : proposition 3^{ème} ligne par **chimiothérapie**

Chimiothérapie orale/IV ? Hebdomadaire ? Association ?

BENEFICES :

- Impact **psychologique + survie**
- Meilleure tolérance : ↓ **effets secondaires physiques**, moins de réductions de doses et/ou d'interruptions
- Réduction de la toxicité : **cardiotoxicité / neurotoxicité**
- Soutien biologique et immunitaire :
 - Diminution du risque de **cytopénie / complications infectieuses**
 - Stimulation du **système immunitaire** (NK et LT)
 - Réduction des marqueurs de l'**inflammation**
 - Régulation de certains facteurs de croissance impliqués dans la **progression tumorale**

Moins d'hospitalisations
Plus d'OPTIONS THÉRAPEUTIQUES, plus **LONGTEMPS** et plus **EFFICACES**





sur les différentes étapes

L'APA en oncologie :

Conclusion

- **TOUS** les patients, le plus **tôt** possible
- Prévention **primaire**
- Prévention **secondaire** :
 - Amélioration du pronostic à tous les stades de la maladie
 - Plus d'options thérapeutiques
 - Meilleurs tolérance et observance des traitements
- Bénéfices **psychologiques** et **sociaux**
- Professionnels **formés/sensibilisés**

Oncologie Médicale et Hématologie Adultes





Oncologie

[Nouvelle demande](#)

Professions autorisées : Médecin

Le service d'oncologie du Groupe Hospitalier du Havre propose une réponse à vos demandes d'avis pour les patient.e.s atteint.e.s ou suspecté.e.s d'être atteint.e.s d'une tumeur des localisations suivantes :

- sein,
- gynécologie basse,
- urologique,
- système nerveux central,
- cancer de primitif inconnu.

Attention : les avis ne concernent que les patient.e.s du bassin sanitaire du Havre s'étendant de Fécamp, à Lillebonne et Pont-Audemer. Si votre patient.e n'habite pas dans cette zone, nous vous remercions de vous orienter vers vos structures de proximité.

Dr FONTANILLES Maxime – MCU & chef du service d'oncologie médicale à l'hôpital Jacques Monod