

IMPORTANCE DE LA NUTRITION EN CANCEROLOGIE



Dr Maria Nachury
Service de Gastroentérologie et Nutrition
CHU de Besançon

Marie Lancrenon
Marie-Noelle Lombart
Diététiciennes
CHU de Besançon

Une volonté affichée des pouvoirs publics

- L'alimentation est enfin considérée comme un soin et comme devant s'intégrer dans une stratégie globale de prise en charge du patient.

J. F. Mattel, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.
Colloque "L'alimentation-nutrition dans les établissements de santé : une politique innovante ». 07/02/03

- L'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des patients atteints de cancer fait partie des «11 propositions pour relever le défi du cancer ».

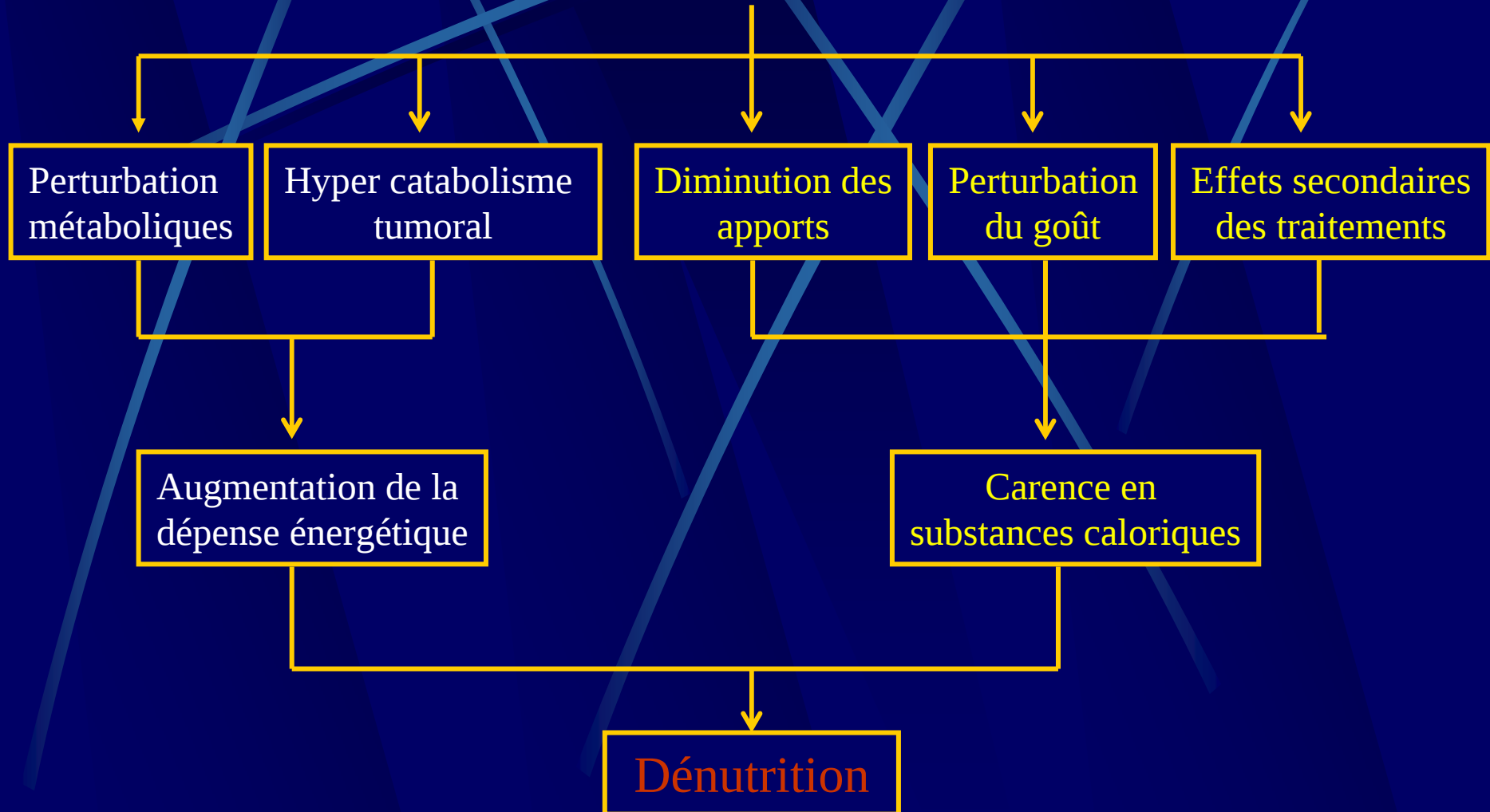
Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Secrétariat d'état à la recherche.
Février 2003

Elle exige une prise en charge globale et pluridisciplinaire



L'alimentation, un soin à part entière !

Cancer



Prévalence de la dénutrition en cancérologie

- Entre 30 et 60% pour les patients hospitalisés
- Entre 10 et 40% pour les patients ambulatoires
- Mais ces chiffres sont très variables selon:
 - Le type de cancer
 - Le stade de la maladie

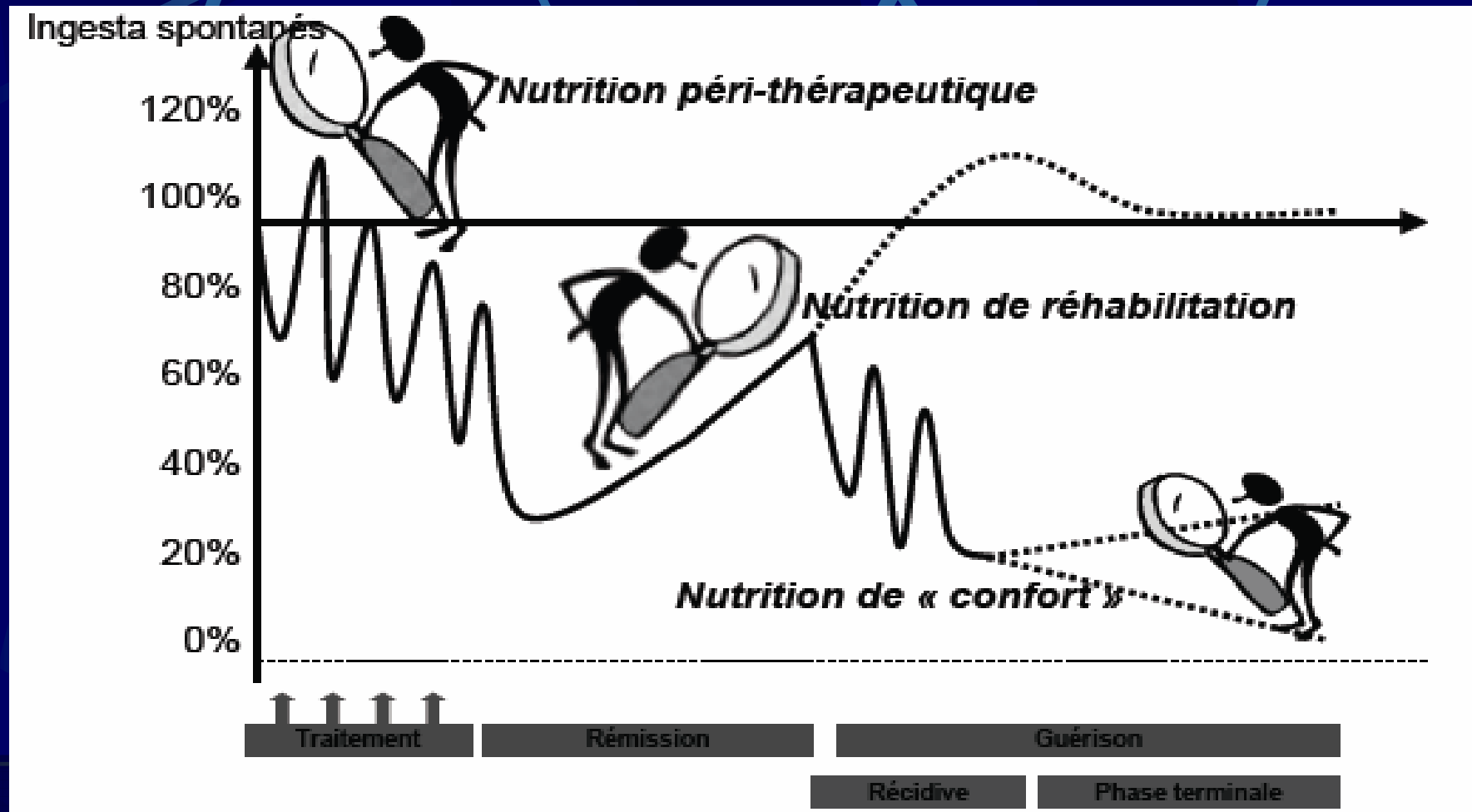
Influence de la dénutrition sur le pronostic en cancérologie

- Augmentation du risque d'infection nosocomiale
- Augmentation du risque de complication post-opératoire
- Augmentation des complications de la chimiothérapie et de la radiothérapie
- Diminution de la réponse à la chimiothérapie
- Diminution de la résécabilité des cancers digestifs
- Augmentation de la mortalité après chimiothérapie ou greffe de cellules souches
- Diminution de la qualité de vie après chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie
- Risque propre de mortalité = 24%

Donc...

Intégrer la nutrition au projet
thérapeutique

Quand dépister ?



Dépistage de la dénutrition chez l'adulte hospitalisé en CS ou SSR

**Niveau 1
J1**

et/ou

- IMC $\leq 18,5^*$
- Perte de poids :
2% en 1 semaine
5% en 1 mois
10% en 6 mois

Personnels concernés :

- aides-soignants
- infirmiers
- diététiciens
- médecins

Les flèches rouges indiquent l'action

STOP

- Poids 1x/semaine

NON

OUI

**Niveau 2
J2**

NRI : Index de Buzby*

> 97,5
Pas de dénutrition

STOP

- Poids 1x/semaine
- Surveillance alimentaire

83,5 à 97,5
Dénutrition modérée

< 83,5
Dénutrition sévère

Niveau 3

Facteurs aggravants

- Ingesta insuffisants
- Terrain, douleur
- Pathologies agressives
- Durée d'hospitalisation

Intervention diététique
Calcul des ingesta

Suppléments ± N.A.
Mobiliser le patient
Pesée hebdomadaire

Discussion N.A.
Intervention de
l'équipe de nutrition :
PH et diététicien
**N.A. dans le respect
de l'éthique**

* Utilisation du **Nutrimètre®** ; **N.A.** = Nutrition Artificielle



Dépistage de la dénutrition chez l'adulte hospitalisé en CS ou SSR

Niveau 1
J1

et/ou

- IMC $\leq 18,5^*$
- Perte de poids :
2% en 1 semaine
5% en 1 mois
10% en 6 mois

Personnels concernés :

- aides-soignants
- infirmiers
- diététiciens
- médecins

Les flèches **rouges** indiquent l'action

STOP
• Poids 1x/semaine

NON

OUI

Niveau 2
J2

NRI : Index de Buzby *

> 97,5
Pas de dénutrition

STOP
• Poids 1x/semaine
• Surveillance alimentaire

83,5 à 97,5
Dénutrition modérée

< 83,5
Dénutrition sévère

Niveau 3

Facteurs aggravants

- Ingesta insuffisants
- Terrain, douleur
- Pathologies agressives
- Durée d'hospitalisation

Intervention diététique
Calcul des ingesta

Suppléments $\pm$ N.A.
Mobiliser le patient
Pesée hebdomadaire

Discussion N.A.
Intervention de l'équipe de nutrition : PH et diététicien
N.A. dans le respect de l'éthique

* Utilisation du **Nutrimètre®** ; **N.A.** = Nutrition Artificielle

Mettre en appétit



Expliquer au patient l'enjeu de la « renutrition »

- Prôner la diversité alimentaire
- Prendre en compte les aversions alimentaires ou faire choisir les menus (*aides soignantes*)
- Respecter les habitudes et les coutumes du patient
- Enrichir les plats
- Adapter la texture du repas

Choix des profils alimentaires possibles au CHU

En fonction de l'âge :

- Alimentation normale
- A. personne âgée
- A. enfant
- A. bébé

En fonction des textures :

- Alimentation molle
- Alimentation hachée
- Alimentation mixée lisse
- Alimentation liquide

En fonction des pathologies :

- A. sans sucre simple
- A. coronarien
- A. diabétique
- A. protégée
- A. protégée sans sucre
- R. insuffisant rénal
- R. insuffisant rénal diabétique
- R. d'épargne digestive
- R. pauvre en résidu
- R. sans gluten
- Alimentation entérale

Stimuler l'alimentation orale

- Fractionnement des repas (3 à 6/j)
- Couverts adaptés si handicap
- Suppression des mauvaises odeurs si possible

A l'hôpital

Porter son attention sur la présentation

Barquette ???....

Préférer la présentation sur assiette

Est-ce que le patient a besoin d'une aide pour s'alimenter ?

Laisser un temps de repas suffisant...

Recourir le moins possible aux régimes restrictifs...

Compléments oraux



MODALITÉS

Le patient doit être convaincu de la nécessité de cette complémentation, connaître la raison et le but, il doit pouvoir choisir l'arôme et la consistance

Éviter les facteurs susceptibles de limiter la consommation :

CO en même temps que le repas,

CO avant ou après un soin douloureux, attitude négative,
servir tiède un CO.

Orexigènes

- Corticoïdes
- Acétate de mégestrol
- Acétate de médroxyprogestérone

Et bien sûr...

- Traitement de la douleur
- Traitement des troubles du transit
- Traitement des troubles de l'humeur

Dépistage de la dénutrition chez l'adulte hospitalisé en CS ou SSR

Niveau 1
J1

et/ou

- IMC $\leq 18,5^*$
- Perte de poids :
2% en 1 semaine
5% en 1 mois
10% en 6 mois

Personnels concernés :

- aides-soignants
- infirmiers
- diététiciens
- médecins

Les flèches rouges indiquent l'action

STOP

- Poids 1x/semaine

NON

OUI

Niveau 2
J2

NRI : Index de Buzby *

> 97,5
Pas de dénutrition

STOP

- Poids 1x/semaine
- Surveillance alimentaire

83,5 à 97,5
Dénutrition modérée

< 83,5
Dénutrition sévère

Niveau 3

Facteurs aggravants

- Ingesta insuffisants
- Terrain, douleur
- Pathologies agressives
- Durée d'hospitalisation

Intervention diététique

- Calcul des ingesta
- Suppléments $\pm$ N.A.
- Mobiliser le patient
- Pesée hebdomadaire

Discussion N.A.

Intervention de l'équipe de nutrition : PH et diététicien

N.A. dans le respect de l'éthique

* Utilisation du **Nutrimètre**® ; N.A. = Nutrition Artificielle

Nutrition artificielle pré-opératoire

- « ...recommandée QUE chez les malades sévèrement dénutris devant subir une intervention chirurgicale majeure »
- NO, NE ou NP pendant au moins 7 jours

Nutrition artificielle post-opératoire

- Chez tous les malades ayant reçu une NA préopératoire
- Chez les malades n'ayant pas reçu de NA préopératoire et présentant un état de dénutrition majeure
- Chez les malades qui sont incapables de reprendre une alimentation couvrant 60% de leurs besoins nutritionnels, dans un délai de 1 semaine après l'intervention
- Chez tout patient ayant une complication postopératoire précoce responsable d'un hypercatabolisme et de la prolongation du jeûne

NA et chimiothérapie : voie entérale

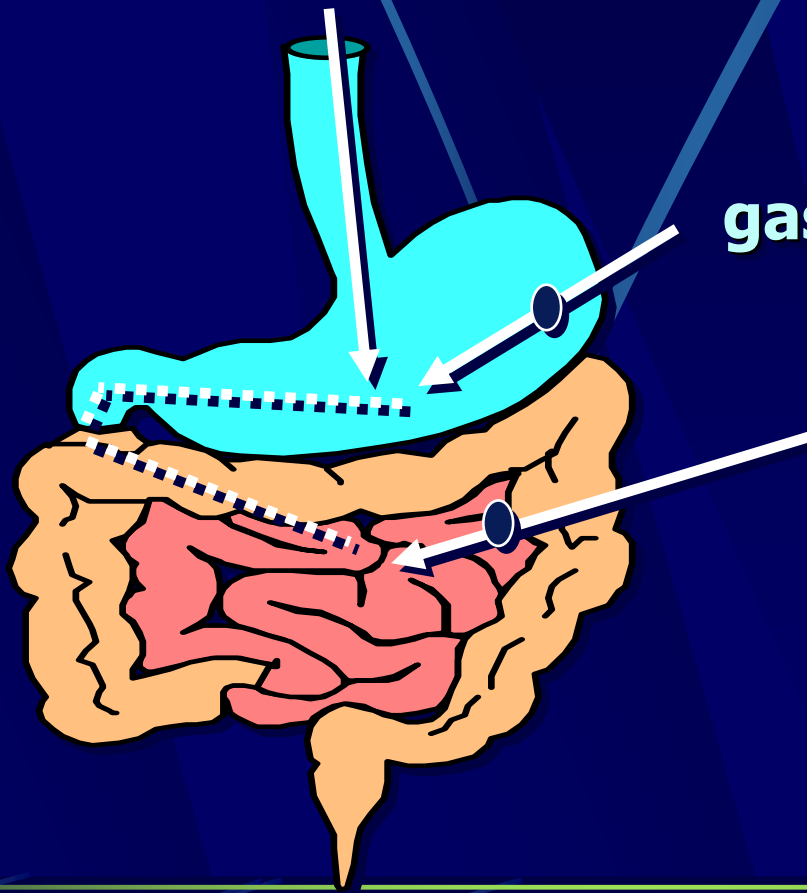
- Plus physiologique que la voie parentérale
- Une seule contre-indication : l'occlusion intestinale
- Moins de complications sévères que la NP
- Moins cher

NE : voies d'administration

sonde naso-gastrique

gastrostomie

jéjunostomie



NE : problèmes et solutions

- Problèmes liés à la sonde
 - Gastrostomie
- Problèmes liés aux traitements (nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée)
 - Nutrition pré et post-traitement
 - Protocoles
- Problèmes liés «~~au gavage~~» à l'alimentation
 - Explications au patient, aux proches, au MT
 - Un vrai traitement

NA et chimiothérapie : voie parentérale

● Quand le tube digestif n'est pas fonctionnel

- Occlusion intestinale
- Mucite sévère

NP : problèmes et solutions

- Problèmes liés au cathéter
 - Protocoles de soins
- Problèmes liés aux traitements
(incompatibilité avec les chimio)
 - Arrêts transitoires
- Problèmes liés aux « craintes » des soignants
 - Assurer le SAV
 - Enseignement

NA et radiothérapie

- Maintien du poids
- Amélioration de la tolérance
- Mise en place précoce d'une gastrostomie avant radiothérapie ORL

NA et radiochimiothérapie : en résumé

● Ce qu'il faut certainement éviter :

- La NP « de principe »
- La pseudo-NA inefficace sur le plan nutritionnel

● Des indications sélectionnées raisonnables:

- Risque nutritionnel élevé
- Faisabilité du traitement compromise
- Voie orale, entérale (SNG, GPE) ou parentérale adaptée

NA et situation terminale

An total

Indications de prise en charge

Standards

La faim et la soif ne sont pas des symptômes constants de la phase terminale.
Les données actuelles de la littérature ne permettent pas de trancher avec certitude sur les bénéfices de la nutrition artificielle au stade palliatif.

Recommandations

L'objectif de la nutrition artificielle en situation palliative est l'amélioration de la qualité de vie (accord d'experts). Chez les malades incapables de manger et d'absorber des nutriments pour une période prolongée, la nutrition artificielle permet de réaliser cet objectif dans de nombreux cas et parfois d'augmenter la survie (niveau de preuve C).

En règle générale, la mise en route d'une nutrition artificielle ne se justifie pas si l'espérance de vie du patient est inférieure à 3 mois et l'altération fonctionnelle permanente sévère (indice de Karnofsky inférieur ou égal à 50 % ou Performance Status supérieur à 2) (accord d'experts).

En pratique

- Plus facile de ne pas mettre en route que d'arrêter
- Savoir mettre en balance les avantages et les effets secondaires
 - Avantages physiologiques et psychologiques
 - Diarrhée et régurgitation sous NE, polyurie nocturne et infection de KT sous NP
- Concertation avec le patient, les proches et le médecin référent