



## Prise en charge nutritionnelle pendant le cancer

Pierre Senesse

### ► To cite this version:

Pierre Senesse. Prise en charge nutritionnelle pendant le cancer. *Pratiques en Nutrition : santé et alimentation*, 2016, 12, pp.14 - 17. <10.1016/j.pranut.2016.03.004>. <hal-03487470>

**HAL Id: hal-03487470**

**<https://hal.science/hal-03487470v1>**

Submitted on 20 Jul 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

## **Dochead dossier**

### **Sous-dochead Nutrition et cancer**

#### **Prise en charge nutritionnelle pendant le cancer**

**Pierre Senesse<sup>a,b</sup>**

Coordinateur des soins de support, responsable de l'Unité de nutrition clinique et gastroentérologie

<sup>a</sup> \* Unité de nutrition clinique et gastroentérologie, SIRIC Montpellier Cancer, Institut régional du Cancer de Montpellier (ICM), 208 avenue des Apothicaires, Parc Euromédecine, 34298 Montpellier cedex 5, France

<sup>b</sup> Epsilon, EA 4556 Dynamics of Human Abilities & Health Behaviors, Université de Montpellier, 4 boulevard Henri IV, 34000 Montpellier, France

Adresse e-mail : Pierre.Senesse@icm.unicancer.fr (P. Senesse).

#### **Résumé**

La cachexie cancéreuse est commune, associée à une augmentation de la mortalité, de la morbidité et des effets secondaires des traitements, et à une altération du bien-être. Le dépistage de l'état nutritionnel est essentiel dès le début de la prise en charge mais aussi à toutes les étapes de la maladie. Le conseil diététique, les compléments nutritionnels oraux et la nutrition artificielle sont les principaux "outils" utilisés dans les différents plans personnalisés de soins. Plus la maladie sera avancée et non curable, plus le patient devra être acteur de soins et moins la nutrition artificielle, parfois agressive en début de prise en charge, aura de place.

© 2016

**Mots clés** – cachexie cancéreuse ; complément nutritionnel oral ; conseil diététique ; nutrition artificielle

#### **Summary à venir**

#### **Keywords**

**Cachexia is common and significantly associated with increased morbidity and mortality, and incidence of treatment-related toxicity and reduced well-being. Nutritional screening and assessment is required at each visit or hospitalization. Dietary counseling, sip-feeds, artificial nutrition are "tools" of each trajectory of care. Sometimes early aggressive in curative disease, more the disease will be advanced, incurable, less artificial nutrition will be used and more patients should be actor of care.**

En trente ans, la nutrition a considérablement évolué. À l'origine soin initialement technique, "médicamenteux" – dans les années 1980, la nutrition parentérale était fortement développée en

France –, elle a progressivement intégré de nouvelles organisations mais aussi les compétences requises en regard des nouveaux matériaux, des nouvelles techniques et des besoins des patients adaptés aux plans personnalisés de soins (PPS) [1]. Le patient est de plus en plus actif, aidé en cela par les programmes d'éducation thérapeutique. Cependant, toute prise en charge nutritionnelle débute par une évaluation de l'état nutritionnel qui doit être systématique à toutes ses étapes [2].

### **T1 L'état nutritionnel**

L'index de masse corporelle (IMC), le poids, l'échelle visuelle des ingesta (EVA) et la sarcopénie sont les éléments de l'évaluation nutritionnelle en cancérologie [3]. Au cours des traitements, les variations de poids sont fréquentes, aussi bien en perte, avec des risques liés à la cachexie, qu'en gain, avec des risques propres liés au surpoids ou à l'obésité.

### **T2 La cachexie**

Les critères de définition de la cachexie sont l'IMC < 18,5, ou 21 pour les personnes de 70 ans ou plus, ou une perte de poids  $\geq 5\%$  par rapport au poids antérieur (3 mois, 6 mois ou habituel) en oncologie médicale et  $\geq 10\%$  par rapport au poids antérieur (3 mois, 6 mois ou habituel) en chirurgie oncologique. L'EVA est une échelle visuelle allant de 0 (« *je ne mange rien* ») à 10 (« *je mange comme d'habitude* ») corrélée à la présence d'une anorexie, donc aidant à mieux définir les patients à risque de cachexie [4].

### **T2 L'obésité**

Les critères de définition de l'obésité reposent sur l'IMC > 30. Il est fréquent, notamment au cours des chimiothérapies adjuvantes, d'observer une prise de poids qui peut-être préjudiciable aux patients. En effet, la prise de poids est un facteur de risque de second cancer ou de récurrence justifiant d'une prise en charge spécifique.

### **T1 Les principaux "outils" du traitement**

La prise en charge nutritionnelle du patient cancéreux repose sur le conseil diététique, les compléments nutritionnels oraux (CNO) et la nutrition artificielle [4].

### **T2 Le conseil diététique**

Le conseil diététique correspond à la prise en charge nutritionnelle par un professionnel de santé spécialisé tout au long du parcours de soins. Il comprend le dépistage, l'évaluation de l'état nutritionnel et l'ensemble de la prise en charge nutritionnelle.

### **T2 Les CNO**

Les CNO sont des aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales (ADDFMS). Ce sont des produits industriels le plus souvent prêts à l'emploi. Idéalement, leur prescription intervient, si nécessaire, en complément du conseil diététique. Ils permettent de pallier un manque lorsque les apports caloriques sont insuffisants avant de décider ou non de mettre en place une nutrition artificielle. La prescription est de deux produits par jour, en général de courte durée et pas plus d'un mois en raison des difficultés de compliance. Ces produits doivent être pris en collation, entre les repas, vers 10 et 16 heures. Le patient doit choisir le goût et la texture pour améliorer l'adhésion au traitement.

### **T2 La nutrition artificielle**

La nutrition artificielle comprend la nutrition entérale, qui utilise la voie digestive, et la nutrition parentérale, qui utilise la voie veineuse centrale. Il ne s'agit pas d'une urgence. Elle nécessite, avant

prescription, qu'un bilan de l'état nutritionnel soit réalisé. Le contexte global du patient (social, éducatif, projet de vie et projet thérapeutique) doit aussi être pris en compte. Le choix d'une nutrition artificielle doit être discuté avec ce dernier auxquels il convient de présenter les avantages et inconvénients de chaque technique, les matériaux disponibles, les contraintes potentielles et les risques. Les meilleures indications en cancérologie sont précoces, comme pour l'ensemble des soins de support. La nutrition artificielle est trop souvent prescrite en phase palliative (au sens de "non curable") avancée. Elle traite alors l'angoisse du prescripteur, mais apporte de nombreuses contraintes au patient et peu de bénéfices.

**TEG1 La nutrition entérale**, notamment sur sonde nasogastrique, présente plusieurs avantages par rapport à la nutrition parentérale : elle utilise "deux filtres", le tube digestif et le rein, ce qui réduit les risques de surcharge ; elle optimise l'absorption intestinale et diminue les pertes digestives ; elle présente un risque infectieux quasi nul ; enfin, il est facile de rendre le patient autonome. Ses contraintes sont surtout un temps de consultation médicale long, notamment la consultation initiale, et la nécessité de connaître les matériaux disponibles et les protocoles de soins pour s'assurer de l'adhésion des patients.

La nutrition entérale doit être utilisée lorsque le tube digestif est accessible ; cette situation correspond à la grande majorité des indications en cancérologie. Les freins à l'utilisation de cette voie d'abord sont nombreux, le plus important étant probablement les expériences vécues par les patients et les soignants de sonde nasogastrique en péri-opératoire ou en décharge dans un contexte occlusif. Ces obstacles sont assez faciles à surmonter, à condition que le matériel utilisé soit adapté à la nutrition (sonde  $\leq 10$  french,  $< 3$  mm) et que le patient puisse poser lui-même sa sonde selon un protocole défini et respecté. Concernant les soignants, la meilleure formation est d'expérimenter, en atelier, la pose d'une sonde sur soi-même. Les protocoles de soins se trouvent ainsi rapidement validés.

Concernant les gastrostomies, il est important d'adapter le matériel utilisé au contexte : un patient peu compliant aura un probable avantage à bénéficier d'une sonde avec collerette ; un patient avec une tumeur des voies aérodigestives en place devra disposer d'une sonde à ballonnet avec une technique de pose par "introducer" par exemple.

Les jéjunostomies relèvent en général de techniques chirurgicales. Les matériaux doivent être adaptés au contexte et discutés avec les chirurgiens.

**TEG1 La nutrition parentérale** est très souvent prescrite mal à propos, alors même que le tube digestif est accessible. Il est intéressant de noter que, hors centres experts, la plupart des prescripteurs spécialistes ne connaissent pas ses avantages et inconvénients, encore moins les indications et protocoles de soins, et surtout n'assurent pas le suivi des patients en bénéficiant. La principale indication – la seule ? – en cancérologie concerne la carcinose péritonéale. Le tube digestif est effectivement inaccessible et le soutien nutritionnel souvent précoce. Comme toute indication de nutrition artificielle, la situation carcinologique et le contexte de la nutrition doivent être discutés avec le patient. En effet, en première ligne de chimiothérapie d'une carcinose, l'efficacité du binôme nutrition parentérale/chimiothérapie est redoutable alors même qu'en troisième ligne de chimiothérapie, ce même duo sera peut-être catastrophique (toxicités accrues de la chimiothérapie, risques infectieux majorés, moindre bénéfice sur la tumeur, surcharge hydrique du patient) pour un bénéfice en matières de survie quasi nul. Les soins de support, dans cette indication particulière, devraient être intégrés à l'annonce de la maladie.

## **T1 Les indications**

Les indications de nutrition sont d'autant plus agressives que la prise en charge est curative et précoce [4,5]. Plus on avance dans la maladie, moins les indications sont formelles et plus les patients devraient participer à la décision en pleine connaissance de la maladie et des avantages/inconvénients/risques de chaque technique de la nutrition artificielle.

## **T2 La chirurgie**

L'objectif de la nutrition n'est pas d'influer sur le poids, mais de réduire la morbi-mortalité péri-opératoire. L'évaluation nutritionnelle et le type de geste opératoire sont les éléments clés de la prise en charge.

**TEG1 Une nutrition artificielle péri-opératoire** doit être mise en place (7 à 10 jours pré-opératoires et 7 jours post-opératoires), si possible par voie entérale, principalement en cas de :

- **chirurgie à morbidité élevée, en chirurgie digestive, c'est-à-dire sophagectomie,** duodénopancréatectomie, pelvectomie avec geste digestif ou urinaire, gastrectomie totale pour cancer, hépatectomie sur cirrhose, hépatectomie si > 3 segments, résection antérieure du rectum, hémicolectomie +/- autre geste (sauf stomie), +/- âge  $\geq 80$  ans, iléostomie, chimiohyperthermie intrapéritonéale, résection étendue du grêle, geste digestif sur carcinose ou sur cirrhose ;
- **de perte de poids  $\geq 10$  %.**

**TEG1 En préopératoire**, la voie d'abord prévue en postopératoire doit être décidée et discutée avec le patient. Les apports recommandés sont :  $25 \text{ kcal.kg}^{-1}.\text{j}^{-1}$  si le patient maintient une alimentation orale ;  $30 \text{ kcal.kg}^{-1}.\text{j}^{-1}$  s'il ne s'alimente plus *per os*, avec des apports en protéines de 1,2 à  $1,5 \text{ g.kg}^{-1}.\text{j}^{-1}$ .

## **T2 La radio- et radiochimiothérapie**

L'objectif principal n'est pas de lutter contre la cachexie mais de garantir la faisabilité du traitement oncologique. De fait, toute nutrition à risque de complication pendant les traitements devrait être contre-indiquée.

**TEG1 En radiothérapie seule**, la toxicité attendue est modérée, de grade 1 et 2. Le conseil diététique est donc recommandé en première intention. Si celui-ci est insuffisant, une nutrition entérale sur sonde nasogastrique est souhaitable.

**TEG1 En radiochimiothérapie**, notamment dans les tumeurs de la tête et du cou lorsque la cavité buccale est irradiée, les toxicités attendues sont sévères, souvent de grade 3 et 4. Elles débutent précocement, souvent à la deuxième ou troisième semaine du traitement et peuvent persister plus de 2 mois après qu'il est terminé. Dans ces conditions, le programme nutritionnel doit être décidé au moment de la consultation du radiothérapeute. Il est souhaitable qu'une gastrostomie prophylactique soit mise en place systématiquement avant irradiation de la cavité buccale et que le patient soit bien informé des indications de ce soin particulier. La nutrition entérale est commencée d'emblée si le patient présente une cachexie ou secondairement, selon les toxicités. La nutrition parentérale n'est pas recommandée.

## **T2 La chimiothérapie**

En situation curative, l'objectif de la nutrition est la faisabilité thérapeutique, pas le poids. En palliatif ("non curable"), la qualité de vie passe au premier plan. En l'absence de cachexie, il n'est pas

recommandé un quelconque support nutritionnel. Cependant, le dépistage de la cachexie doit être systématique le temps que durent les traitements. Dès que la perte de poids est  $> 5\%$  ou en cas de réduction des ingesta  $< 7$ , un conseil diététique est recommandé dont l'objectif est de stabiliser l'état nutritionnel.

**TEG1 Les CNO** peuvent être pertinents dans cette indication, à condition qu'un professionnel de la nutrition assure la prescription et le suivi (compliance, tolérance, posologies et adaptation aux goûts et textures). En cas d'échec, la nutrition artificielle peut avoir une indication. Cependant, tout comme pour les CNO, ce soin doit être pris en charge par un professionnel de la nutrition qui sera à même de proposer la bonne technique selon la phase du traitement.

**TEG1 La nutrition parentérale** n'est indiquée qu'en dernier recours et devra être adaptée aux effets secondaires. En effet, chimiothérapie et nutrition parentérale sont peu compatibles, plusieurs publications objectivant une augmentation des complications infectieuses [6]. Plus la maladie sera avancée, moins le patient tirera un bénéfice clinique, plus il sera "handicapé" par ce support à risque de complications et d'hospitalisation. En situation palliative avancée non terminale, les équipes de soins de support devraient être systématiquement sollicitées pour discuter aussi bien des indications de la chimiothérapie que des soins de support dont la nutrition est partie intégrante.

**TEG1 En cas de nutrition artificielle**, les apports recommandés sont de :  $30 \text{ kcal.kg}^{-1}.\text{j}^{-1}$  si le patient maintient une alimentation orale ;  $35 \text{ kcal.kg}^{-1}.\text{j}^{-1}$  s'il ne s'alimente plus *per os*, avec des apports en protéines de  $1,2$  à  $1,5 \text{ g.kg}^{-1}.\text{j}^{-1}$ .

## **T1 L'annonce, le suivi et l'éducation thérapeutique**

En cancérologie, l'annonce de la mise en place d'une nutrition artificielle est un moment particulier. Le soin global cancérologique doit être repris et discuté avec le patient ainsi que les objectifs des traitements.

**TEG1 En situation curative**, le patient a peu de choix, la faisabilité thérapeutique étant au premier plan. En situation palliative, il doit pouvoir décider de ce qui lui semble essentiel ou non. L'oncologue et le nutritionniste doivent être à l'écoute de ses souhaits et de ses projets de vie. Les traitements devront s'adapter à ses projets et non l'inverse. De fait, cette consultation, surtout en situation non curable, est un moment particulier d'échange autour du soin et de description des différentes techniques.

**TEG1 Puis vient le temps de l'éducation thérapeutique complète ou partielle**, temps essentiel dont les objectifs sont de diminuer le "handicap" lié à la nutrition, mais également de réduire les risques, d'améliorer le bien-être et d'éviter les hospitalisations inutiles. Le suivi est essentiel car il permet d'évaluer le soin, puis de l'adapter au patient et aux effets secondaires. Il ne s'agit pas d'un suivi "délégué" mais de consultations dédiées par le prescripteur visant à évaluer l'ensemble du soin nutritionnel.

## **T1 Conclusion**

Pendant la maladie cancéreuse, la prise en charge nutritionnelle a de particulier que si elle doit être très précoce, parfois agressive dès le début, en situation curative, elle est réduite à l'alimentation plaisir au stade d'une maladie non curable en situation avancée. En raison de sa prévalence, le dépistage systématique de la cachexie est fondamental. Un professionnel de la nutrition devrait être sollicité pour chaque indication de nutrition artificielle. Il est à même de proposer le "bon

traitement” selon le moment de la maladie. Le “bon traitement” n’est pas celui qu’aurait choisi obligatoirement le spécialiste mais celui qui sera validé par le patient après information éclairée de son état et des soins à réaliser. w

*Déclaration de liens d’intérêts : L’auteur déclare ne pas avoir de liens d’intérêts.*

## **Références**

- [1] Senesse P, Hébuterne X, le groupe de travail 1. Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer : propositions de Plans Personnalisés de Soins (PPS) intégrant les recommandations. *Nutr Clin Métabolisme*. 2012;26(4):159-64.
- [2] Senesse P, Vasson MP, le groupe de travail Société francophone de nutrition clinique et métabolisme. Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer : quand et comment évaluer l’état nutritionnel d’un malade atteint de cancer ? Comment faire le diagnostic de dénutrition et le diagnostic de dénutrition sévère chez un malade atteint de cancer ? Quelles sont les situations les plus à risque de dénutrition ? *Nutr Clin Métabolisme*. 2012;26(4):165-88.
- [3] Fearon K, Strasser F, Anker SD et al. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. *Lancet Oncol*. 2011;12(5):489-95.
- [4] Senesse P, Bachmann P, Bensadoun RJ et al. Clinical nutrition guidelines of the French Speaking Society of Clinical Nutrition and Metabolism (SFNEP): Summary of recommendations for adults undergoing non-surgical anticancer treatment. *Dig Liver Dis*. 2014;46(8):667-74.
- [5] Chambrier C, Sztark F. Recommandations de bonnes pratiques cliniques sur la nutrition périopératoire. Actualisation 2010 de la conférence de consensus de 1994 sur la “Nutrition artificielle périopératoire en chirurgie programmée de l’adulte”. *Nutr Clin Métabolisme*. 2010;24(4):145-56.
- [6] Touré A, Vanhems P, Lombard-Bohas C et al. Totally implantable central venous access port infections in patients with digestive cancer: incidence and risk factors. *Am J Infect Control*. 2012;40(10):935-9.