

## Enjeux de la nutrition en cancérologie digestive

Dr L. Garin et Dr D. Picot  
05 février 2010  
Journée de cancérologie digestive de l'ouest

---

---

---

---

---

---

---

---

- Pour le médecin : la perte de poids fait partie des critères diagnostiques de cancer,
- Exemple :  
Un patient ayant un cancer gastrique ou du pancréas: contexte d'AEG, asthénie, perte de poids, maigreur.
- Il est donc **NORMAL** (habituel, attendu) d'être dénutri lorsque l'on diagnostique un cancer, personne ne s'en inquiète- préoccupe;

---

---

---

---

---

---

---

---

Les traitements de cancérologie risquent d'altérer :

- L'appétit,
  - La tolérance digestive (nausées, vomissements, diarrhée)
  - Le goût,
- + altération de l'humeur (dépression 2<sup>nd</sup> annonce du cancer)

Pour les soignants, il est **NORMAL** (habituel) de moins manger lorsque l'on a un traitement anti-cancéreux  
→ la perte de poids est fréquente, attendue,

alors qu'elle préoccupe souvent le patient et sa famille

---

---

---

---

---

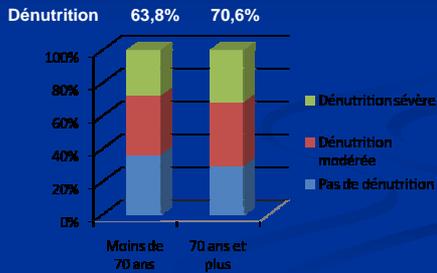
---

---

---

## Fréquence de la dénutrition en oncologie digestive ?

Avril à août 2008  
810 patients évalués au CRLC Montpellier  
211 avec cancer digestif : 153 âge < 70 ans, 58 âge ≥ 70 ans




---

---

---

---

---

---

---

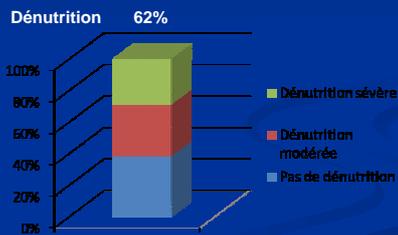
---

---

---

## Fréquence de la dénutrition en chirurgie oncologique ?

Avril à août 2008 :  
174 avec chirurgie digestive ou pelvienne.




---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Pourquoi en 2010

A l'heure où apparaissent chaque jour de nouvelles thérapies anti-cancéreuses :

- Thérapie ciblée,
- Radiothérapie conformationnelle : IMRT
- Radiothérapie interne (microcapsules radioactives intra-tumorales),

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Pourquoi en 2010

s'intéresser à l'état nutritionnel du patient  
cancéreux ?

et pourquoi s'acharner à rechercher  
activement

- une dénutrition déjà présente ?
- ou un risque de devenir dénutri ?

---

---

---

---

---

---

---

---

## Avec cette démarche ...

Vous pouvez changer  
la vie de vos patients



---

---

---

---

---

---

---

---

En sollicitant vos équipes médicales  
pour que la dénutrition soit

1. identifiée
2. traitée



---

---

---

---

---

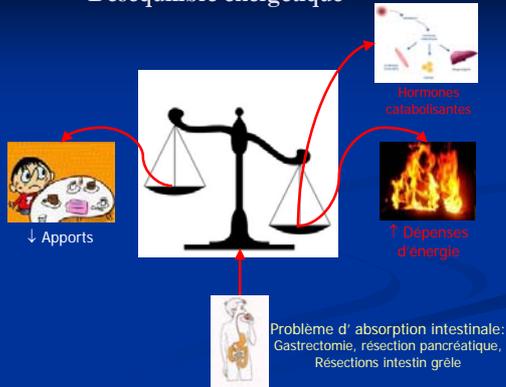
---

---

---

## Pourquoi est-on dénutri ?

Déséquilibre énergétique



---

---

---

---

---

---

---

---

## L'ensemble de ces phénomènes conduit à la dénutrition

Caractérisée par une perte de masse maigre (muscles et organes), souvent associée à une perte de masse grasse.



---

---

---

---

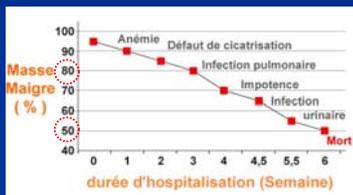
---

---

---

---

## Complications générales liées à la dénutrition



d'après Heymsfield Ann Int Med 1979

---

---

---

---

---

---

---

---

### La dénutrition est corrélée à :

- une altération de l'état général (statut OMS, score Karnofsky)
- Réduction de la qualité de vie :  
Les atteintes fonctionnelles (fatigue, fatigabilité) ont un impact direct sur la perception de leur qualité de vie par les patients.



- Majoration des complications infectieuses

---

---

---

---

---

---

---

---

### En cancérologie

- une majoration du risque thérapeutique :
  - ↑ toxicité des chimiothérapies (molécules liées à l'albumine) - Andreyev HJN European Journal of Cancer 1998;34:501-3.
  - principal facteur de risque de neutropénie fébrile chez le sujet âgé - Freyer G Ann Oncol 2005;16:1795-800.
  - ↑ complications post-opératoires (cicatrisation, abcès)
- une augmentation de la durée d'hospitalisation

---

---

---

---

---

---

---

---

### Réduction des possibilités thérapeutiques anticancéreuses

1. **chirurgie** : une dénutrition importante peut être incompatible avec une chirurgie lourde d'exérèse tumorale.  
L'arsenal thérapeutique se réduit alors à la chimiothérapie ou la radiothérapie palliatives

---

---

---

---

---

---

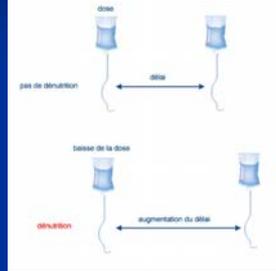
---

---

## Réduction des possibilités thérapeutiques anticancéreuses

### 2. Chimiothérapie :

- choix du protocole,
- diminution des doses administrables (et donc l'efficacité du traitement),
- réduction ou un espacement des cures,
- voire, dans certains cas, l'arrêt des traitements



---

---

---

---

---

---

---

---

## Réduction des possibilités thérapeutiques anticancéreuses

1. Chirurgie
2. Chimiothérapie (choix du protocole, respect des doses, intervalles),
3. le traitement du cancer nécessite souvent la mise en œuvre séquentielle d'un ensemble de thérapies convergentes, dont seule l'association mène à la réussite :

- Cancer gastrique:
  - protocole chimio MAGIC (3 cures-chirurgie-3 cures)
  - ou RT-chimio adjuvant Mac Donald,

---

---

---

---

---

---

---

---

Nous venons de voir les conséquences générales et les répercussions sur le traitement carcinologique de la dénutrition chez les patients cancéreux,

Y a-t-il un intérêt à une prise en charge nutritionnelle ?

Le traitement de la dénutrition permet-il d'éviter ces problèmes ?

---

---

---

---

---

---

---

---

## Intérêt d'une prise en charge nutritionnelle

- Population ambulatoire de radiothérapie ORL et digestive
- étude randomisée :
  - intervention diététique régulière pd 3 mois (avant début RT, toutes les semaines pendant la RT, jusqu'à 6 semaines après la fin de la RT)
  - Groupe contrôle: prise en charge habituelle

Isenring E.A, British Journal of Cancer 2004;447-52.

---

---

---

---

---

---

---

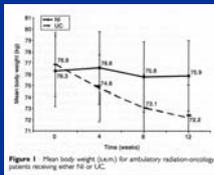
---

---

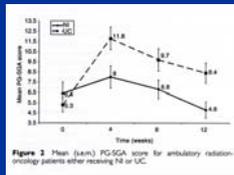
---

## Intérêt d'une prise en charge nutritionnelle

- Population ambulatoire de radiothérapie ORL et digestive



Amélioration évolution du poids



Amélioration du score «état général»

Isenring E.A, British Journal of Cancer 2004;447-52.

---

---

---

---

---

---

---

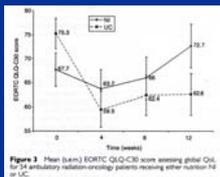
---

---

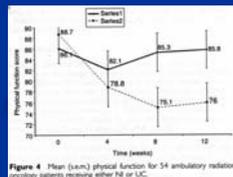
---

## Intérêt d'une prise en charge nutritionnelle

- Population ambulatoire de radiothérapie ORL et digestive



Amélioration score « qualité de vie »



Amélioration du score « capacités fonctionnelles »

Isenring E.A, British Journal of Cancer 2004;447-52.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Intérêt d'une prise en charge nutritionnelle

- Population ambulatoire de radiothérapie cancers oesophagiens
- étude comparative (2 cohortes historiques):
  - intervention nutritionnelle selon l'état : risque nutritionnel «faible», «modéré», «sévère».
  - Groupe Intervention Nutritionnelle : intervention précoce et réévaluation hebdomadaire avec arbre décisionnel;
  - Groupe Contrôle : pas de prise en charge nutritionnelle spécifique précoce.

*Odelli C. Clinical Oncology 2005;17:639-45.*

---

---

---

---

---

---

---

---

## Intérêt d'une prise en charge nutritionnelle

- Population ambulatoire de radiothérapie de cancers oesophagiens

	Intervention nutritionnelle	Contrôle	
Poids	- 4.2 kg	- 8.9 kg	P=0,03
Taux de radiothérapie complète	92%	50%	P=0,001
Hospitalisation non planifiée (% patients)	46%	75%	P=0,04
Durée d'hospitalisation (jours)	3.2	13.5	P=0,002

*Odelli C. Clinical Oncology 2005;17:639-45.*

---

---

---

---

---

---

---

---