

Dénutrition en cancérologie digestive

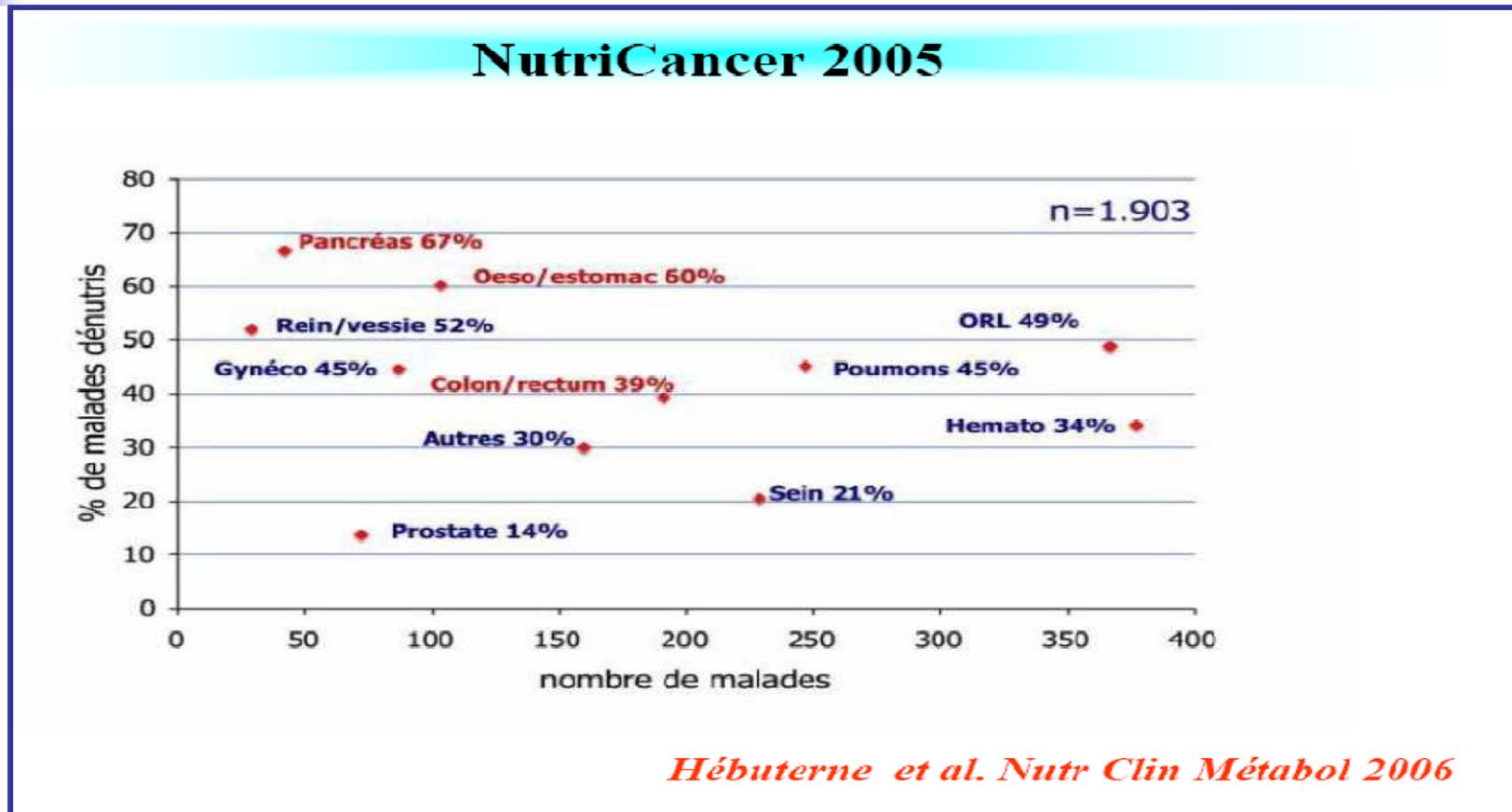
Dr H La selve

Centre de Perharidy Roscoff

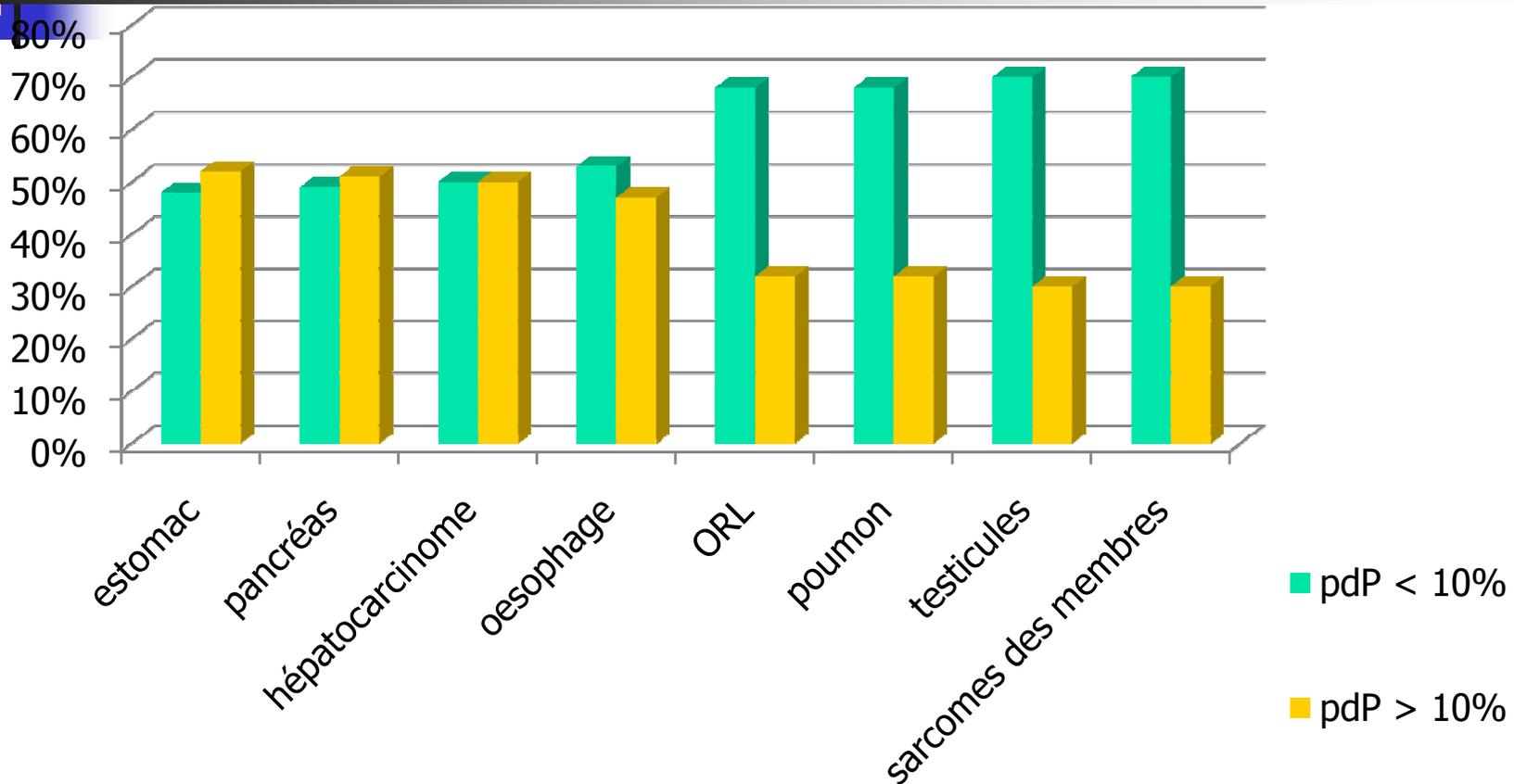
Rencontre annuelle bretonne de cancérologie digestive

Brest 30/01/2009

Dénutrition selon les cancers

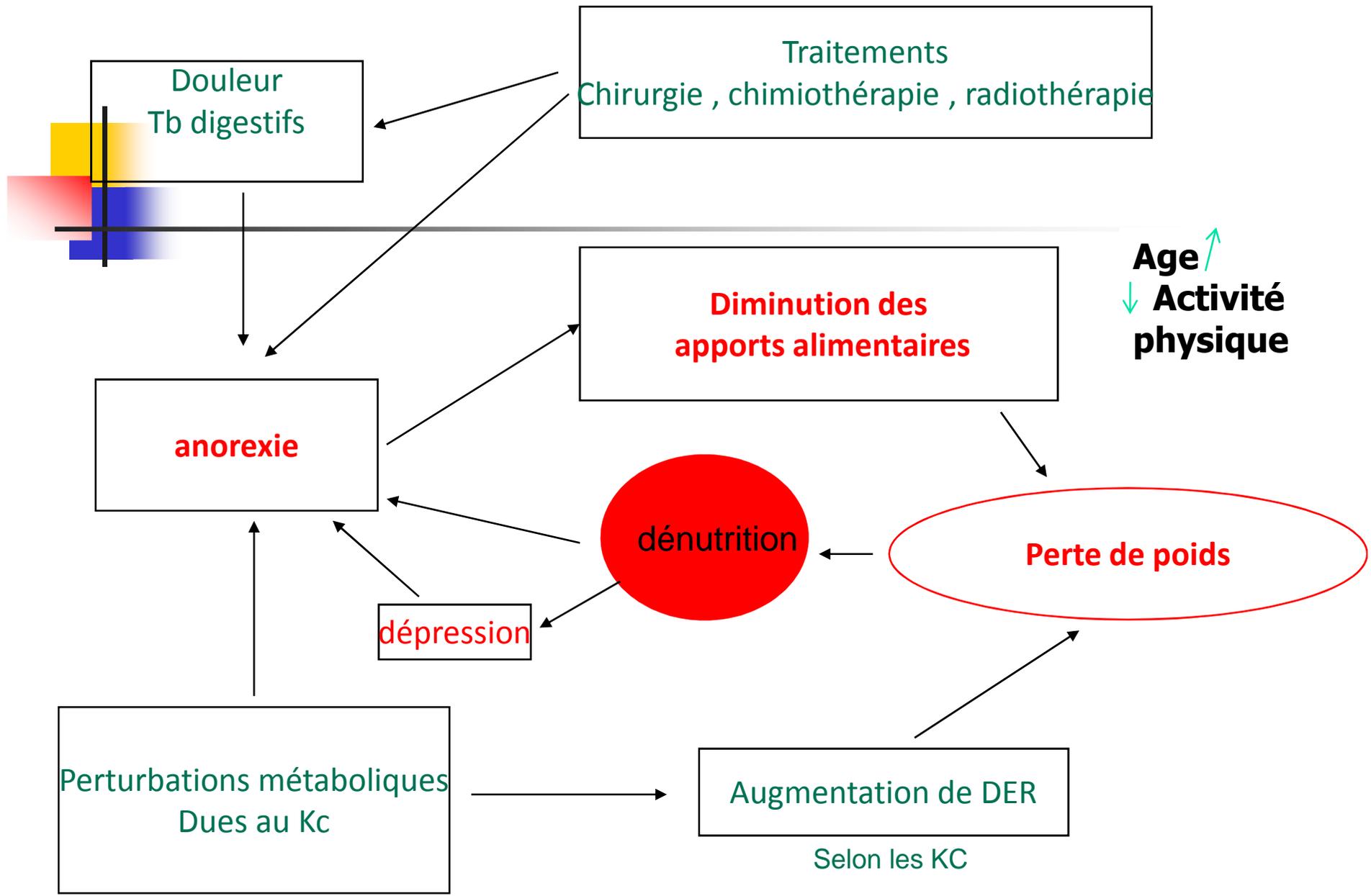


Dénutrition à l'admission selon les localisations tumorales enquête de prévalence multicentrique (1928 patients/13 centres)

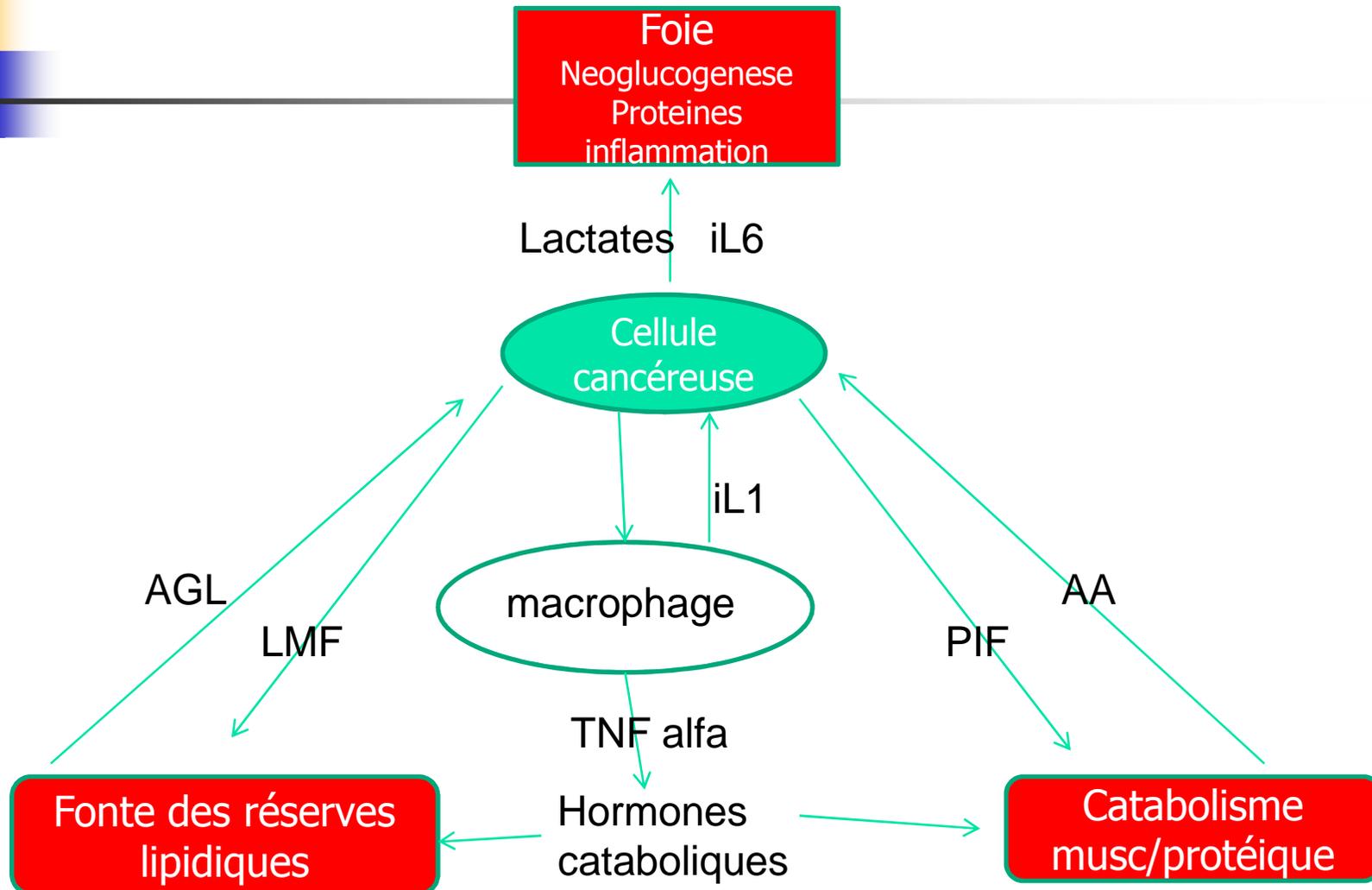


D'après Rossignol et al 2005

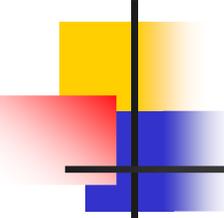
Repris par G Nitemberg dans physiopathologie de la cachexie cancéreuse



Physiopathologie de la cachexie cancéreuse

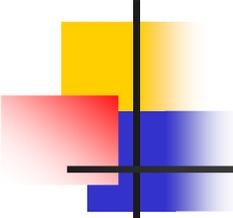


D'après Nitemberg et Raynard dans traité de nutrition artificielle de l'adulte



Conséquences de la dénutrition 1

- **Diminution de la réponse aux traitements**
- **Arrêt prématuré des traitements**
- **Augmentation des complications dues aux traitements**
- **Perturbation des défenses immunitaires :**
 - ↑ risque infectieux (propre et nosocomial)
 - Retard de cicatrisation
 - ↑ Complications post opératoires



Conséquences de la dénutrition 2

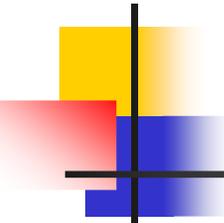
Diminution de la qualité de vie

Perte fonctionnelle et des capacités physiques : fatigue ,
↑ chutes , perte d'autonomie.

Diminution de la vie sociale

↑ du syndrome dépressif

La dénutrition est un facteur de risque indépendant de mortalité

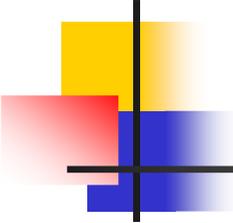


Dénutrition-fonction-qualité de vie

Paramètres nutritionnels et critères d'évaluation des capacités physiques en fonction de la présence des trois paramètres: amaigrissement $\geq 10\%$, ingesta ≤ 1500 kcal, CRP ≥ 10 mg/L

	Les 3 présents	Un des 3 absent	<i>p</i>
Masse maigre (kg)	44,3 \pm 7,8	39,6 \pm 8,0	0,003
Force de préhension (kg ²)	27,9 \pm 9,4	22 \pm 9,4	<0,001
KPS	76,3 \pm 10,1	67 \pm 9,4	<0,001
QdV (EQ-5D _{VAS})	58,9 \pm 18,4	43 \pm 17,5	<0,001
Capacité physique (EORTC)	69,1 \pm 19,9	53,3 \pm 23	<0,001

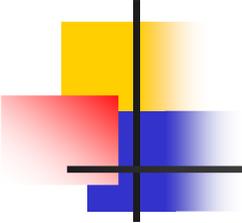
Fearon, Am J Clin Nutr, 2006



Qualité de vie

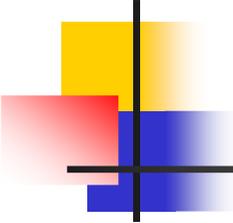
	Score Qualité de Vie (QLQ-C30)		<i>p</i>	<i>p</i>
	pas de perte de poids	perte pondérale		ensemble malades
œsophage	60	55	0,3	< 0,0001
pancréas	72	54	< 0,008	
estomac	63	49	< 0,0001	
colon rectum	67	52	< 0,0001	

Andreyev , Eur J Cancer , 1998



Comment reconnaître la dénutrition

- **Insuffisance pondérale :**
corpulence (P/T2) < 18,5 - (< 21 >70 ans)
- **Perte de poids rapide :** >10% en 6 mois
- Des oedèmes peuvent masquer la perte de poids
- **Correspond à une perte protéique :**
⇒ diminution des masses musculaires : fessiers ,
cuisses
- **On peut être obèse et dénutri**



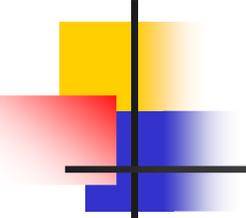
Index multivariés

- **SGA** d'après Detsky
 - Évaluation subjective globale
 - Simple et reproductible
 - Ottery a adopté un autoquestionnaire dérivé du SGA : PG-SGA (american dietetic ass.)
- **NRI** de Busby
 - Fait intervenir la perte de poids et l'albuminémie
 - Validé en préopératoire
- **MNA**
 - Intéressant chez les personnes âgées

<p>Autoévaluation nutritionnelle globale subjective (Scored PG-SGA)</p>	<p>Situation : Hospitalisé Ambulatoire Hosp. à dom. Hospice</p> <p>Nom : _____ Sexe : Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Âge : _____</p>
<p>Histoire</p>	
<p>1/- Poids : Actuellement je pèse _____ Kg Je mesure _____ mètres Il y a six mois je pesais _____ Kg Il y a un mois je pesais _____ Kg Au cours des deux dernières semaines mon poids a <input type="checkbox"/> diminué⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> est resté stable⁽⁰⁾ <input type="checkbox"/> a augmenté⁽⁰⁾ (Cocher la case correspondante <input checked="" type="checkbox"/>)</p> <p>3/- Symptômes : Au cours des deux dernières semaines, les problèmes suivants m'ont empêché de manger suffisamment : (cocher la ou les cases correspondantes <input checked="" type="checkbox"/>)</p> <p><input type="checkbox"/> je n'ai pas de problème pour manger ⁽⁰⁾ <input type="checkbox"/> je n'ai pas d'appétit, je n'ai juste pas faim ou pas envie de manger ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> j'ai des nausées ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> je vomis ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> j'ai des diarrhées ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> je suis constipé ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> j'ai des aphtes dans la bouche ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> j'ai la bouche sèche ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> j'ai mal ; à quel endroit ? ⁽³⁾ _____ <input type="checkbox"/> les aliments ont un drôle de goût ou n'ont plus de goût ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> les aliments ont une odeur désagréable ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> je suis gêné par d'autres choses (les décrire SVP) (déprimé, manque d'argent, problèmes de dents, etc.) _____ ⁽¹⁾</p>	<p>2/- Prise alimentaire : Comparée à ce que je mangeais normalement, je quantifierais mon alimentation durant le mois écoulé comme : <input type="checkbox"/> inchangée ⁽⁰⁾ <input type="checkbox"/> je mange plus que d'habitude <input type="checkbox"/> je mange moins que d'habitude ⁽¹⁾</p> <p>maintenant je mange : <input type="checkbox"/> de la nourriture normale mais moins que d'habitude ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> peu de nourriture solide ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> seulement des liquides ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> uniquement des suppléments nutritionnels ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> très peu de chose ⁽⁴⁾ <input type="checkbox"/> seulement produits pour sonde ou intraveineux</p> <p>4/- Capacité fonctionnelle : Au cours du dernier mois, je quantifierais mon activité comme généralement : <input type="checkbox"/> normale, sans limitation ⁽⁰⁾ <input type="checkbox"/> pas comme d'habitude, mais je suis capable de me lever et de faire presque ce que je faisais normalement ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> je n'ai pas le courage de faire la plupart des choses mais je reste moins de la moitié de la journée au lit ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> je peux avoir quelques activités mais la plupart du temps je suis au lit, au fauteuil ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> je suis presque toujours couché, rarement hors du lit ⁽³⁾</p>
<p align="center">Signature du patient _____</p>	
<p>La partie ci-dessous sera complétée par votre médecin, infirmière, diététicien</p>	
<p>5/- Maladie et besoins nutritionnels en rapports Diagnostic primitif (précisez) : _____</p>	
<p>Stade évolutif (si connu) : _____</p>	
<p>Besoins métaboliques : <input type="checkbox"/> normaux <input type="checkbox"/> légèrement augmentés <input type="checkbox"/> moyennement augmentés <input type="checkbox"/> élevés</p>	

Autoévaluation nutritionnelle PG-SGA

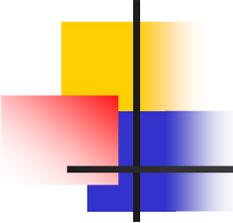
- ✓ Evolution du Poids
- ✓ Symptômes
- ✓ Prise alimentaire
- ✓ Capacités fonctionnelles



Dès le Dg de cancer porté

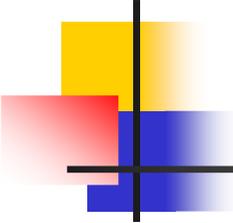
Évaluation diététique et nutritionnelle

- ✓ Perte de poids récente , rapidité
- ✓ Existence d'une anorexie ,de troubles digestifs, du goût
- ✓ Ingestas : qualité , quantité, troubles de mastication de déglutition.
- ✓ Évaluation des capacités fonctionnelles
- ✓ Évaluation du contexte familial , social et psychologique



Besoins énergétiques

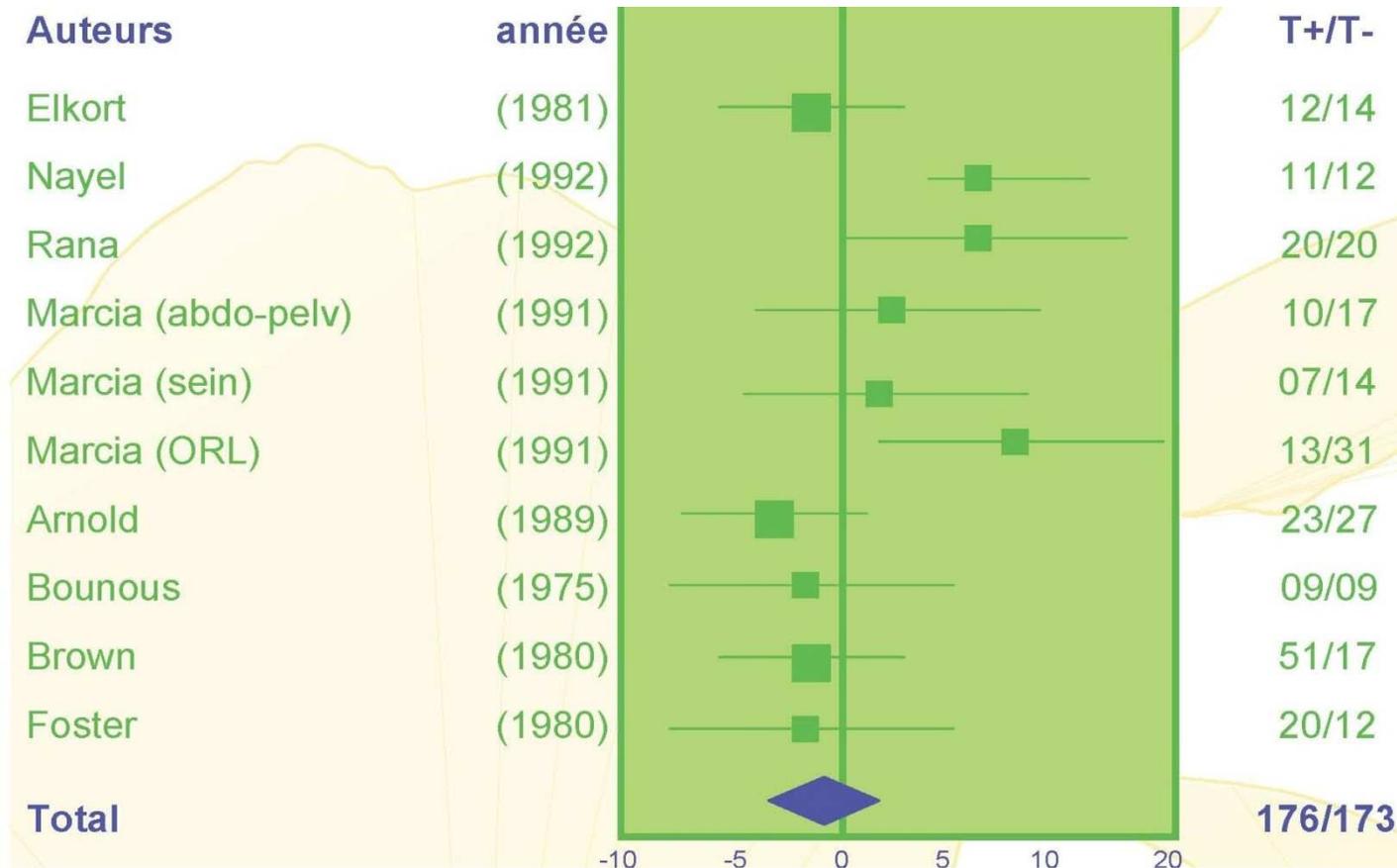
- **Besoins nutritionnels augmentés**
- **35 à 45 cal/Kg/j si dénutrition déjà présente (en moyenne de 1600 à 2400cal)**
- **50% de l'énergie est apportée par les glucides (insulinorésistance)**
- **30% par les lipides et 15 à 20% par les protides (1,2 à 1,8gr/Kg/j)**
- **Besoins en micronutriments à ne pas négliger.**



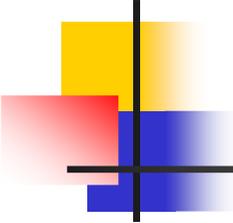
Comment assurer un bon état nutritionnel

- Encourager les ingesta , fractionner les apports ,enrichir , rôle de la diététicienne++
- Compléments oraux en collation
- Nutrition artificielle si incapacité à couvrir les besoins nutritionnels
- ✓ Utiliser le tube digestif le plus possible
- ✓ Nutrition parentérale seulement si TD inutilisable (penser aux micronutriments)

Evolution pondérale et prise de Compléments oraux



D'après Antoun IGR Lille 2006



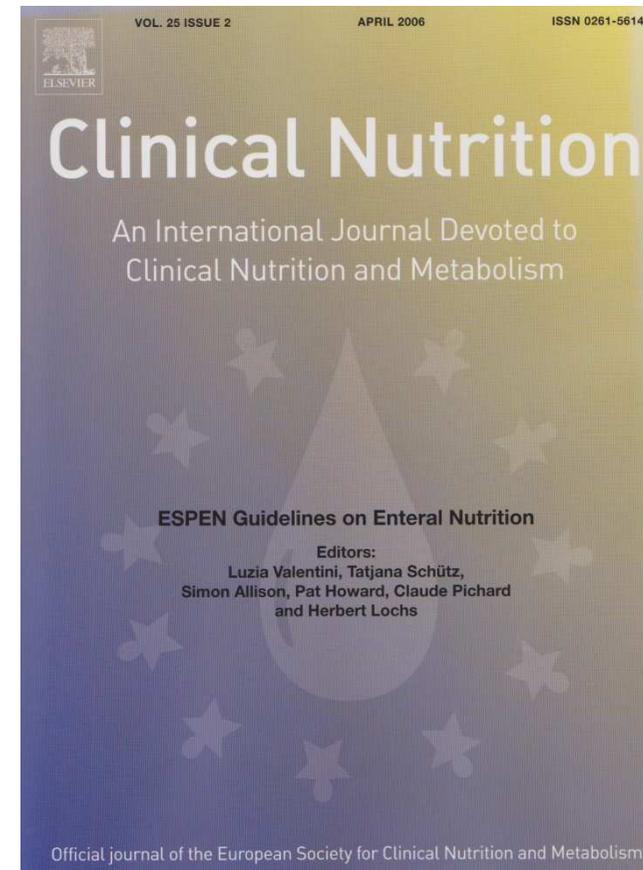
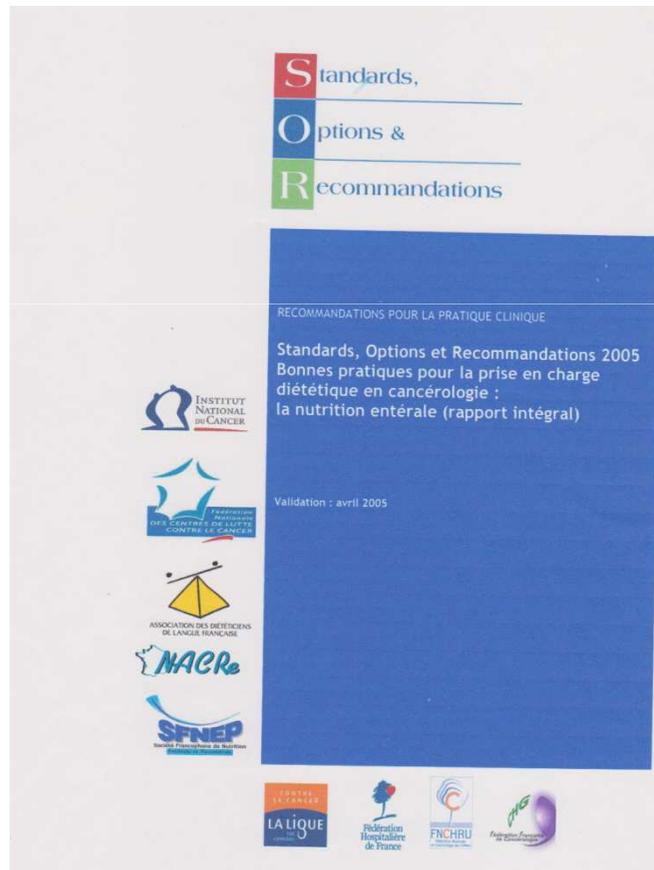
Intérêt ++ des conseils diététiques personnalisés

- les Compléments oraux (CO) ont un effet bénéfique transitoire et n'empêchent pas une dégradation nutritionnelle ultérieure
- Travail sur 75 patients

	Conseils nutr individuels	Alimentation habituelle + 2 CO	Aucun conseil individuel
Ingesta fin Rx Th	↑	↑	↑
Détérioration nutritionnelle 3m > Rx Thérapie	20%	76%	96%

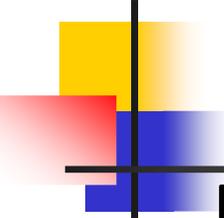
- *Ravasco Head and neck 2005*

Recommandations en nutrition en cancérologie



Recommandations de l'ESPEN 2006

Nutrition entérale en oncologie non chirurgicale



Pendant la radio ou radiochimiothérapie

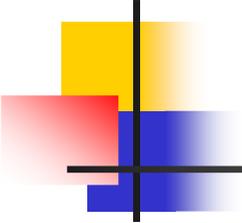
Surveillance nutritionnelle \Rightarrow éviter la perte de poids et l'interruption de la radiothérapie en privilégiant les apports per os et les CO (rôle ++ de la diet)
(Grade A)

La mise en place d'une NE sur tube n'est recommandée que dans les Kc VADS (y compris œsophage)

Préférer une gastrostomie/ jéjunostomie si possible (grade C)

Pendant la chimiothérapie

Pas d'effet bénéfique démontré de l'assistance nutritionnelle systématique (grade C)



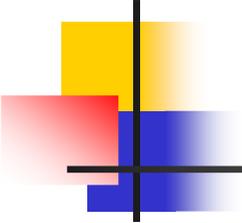
Recommandations ESPEN 2006

chirurgie(1)

Prise en charge nutritionnelle **préopératoire** des patients sévèrement dénutris
10 à 14 J avant l'intervention (grade A)

Assistance nutritionnelle **post opératoire** chez les patients ne pouvant pas couvrir
>60% de leurs besoins pendant 10 J (grade A)

Démarrer le plus tôt possible la nutrition entérale (dans les 24h – 10 à 20 ml/h)
Utiliser une sonde nasojéjunale ou une jéjunostomie

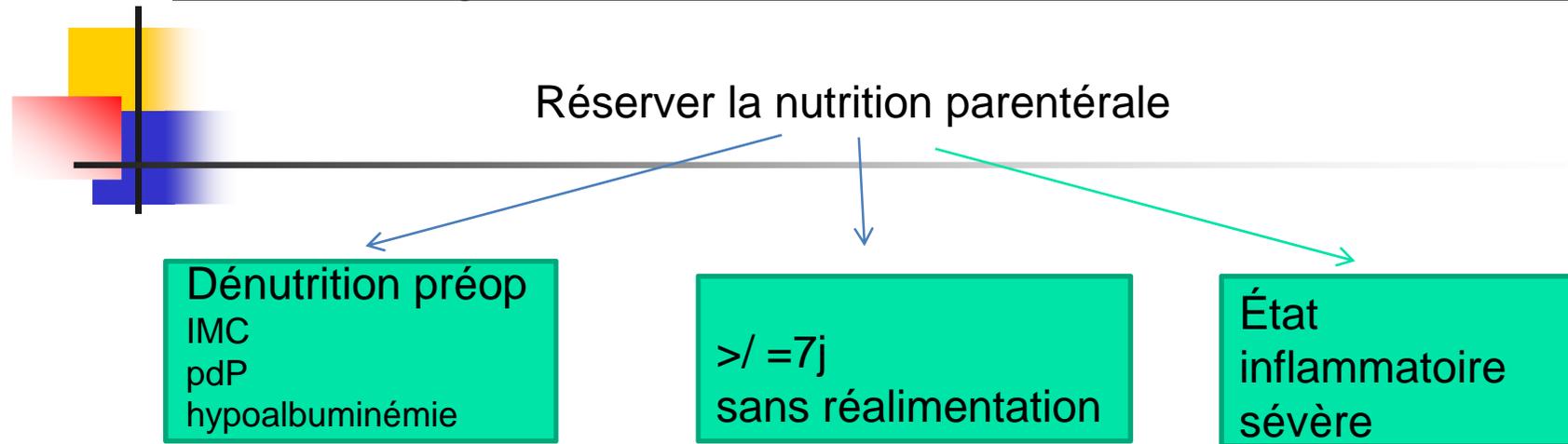


Recommandations ESPEN 2006 chirurgie(2)

Produits utilisés

- Utilisation des pharmaconutriments enrichis en Arg , n-3 , et nucléotides
Indépendamment de l'état nutritionnel
Si possible 5 à 7 J avant et après l'intervention
En cas de chirurgie abdominale majeure
Oesophagectomie , gastrectomie , duodéno pancréatectomie...
- Limiter la nutrition parentérale

Prise en charge nutritionnelle post opératoires des cancers colorectaux



Dans tous les autres cas utiliser le tube digestif
NE et surtout per os



Réduction des complications post opératoires

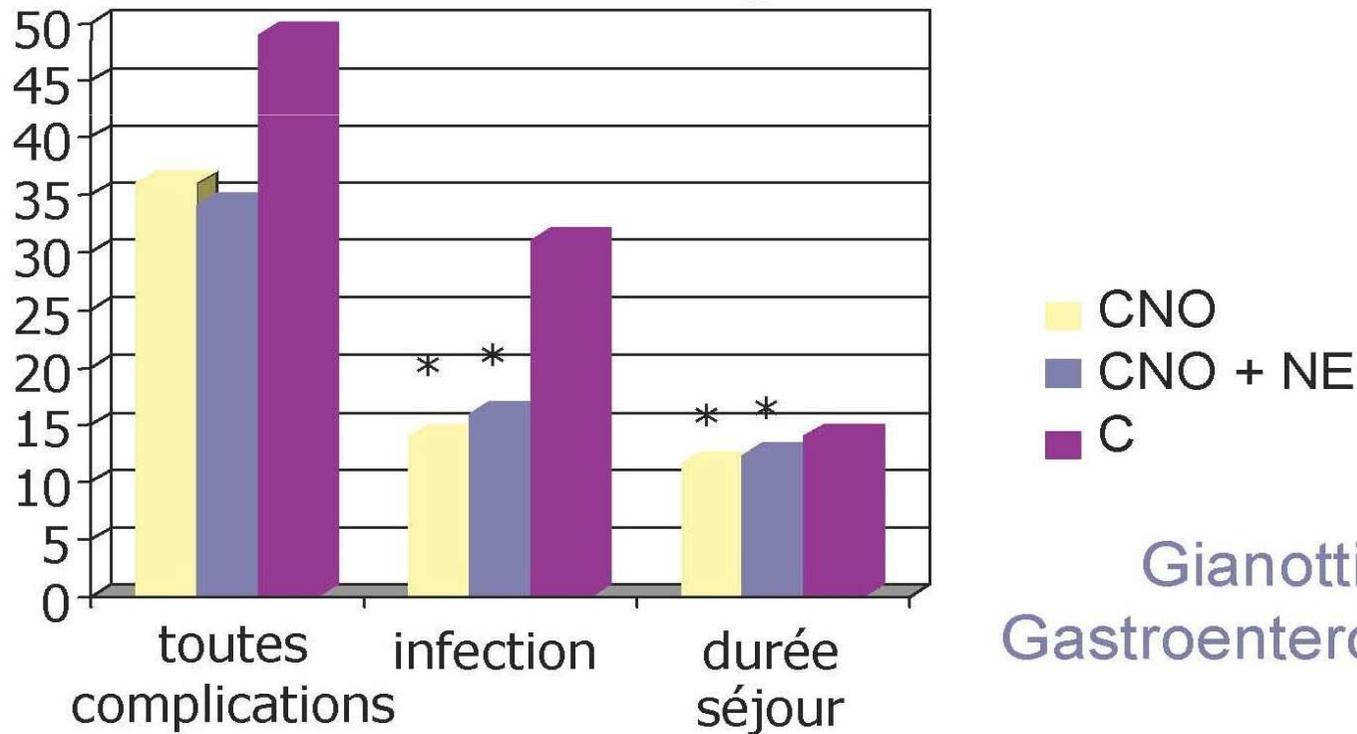
chirurgie digestive carcinologique

305 patients non dénutris avec chirurgie digestive pour cancer

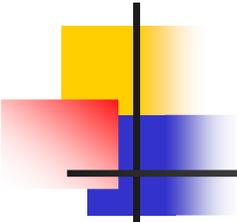
3 groupes : CNO enrichie (arginine, ARN, ω 3) pré-op

CNO enrichie pré-op + NE enrichie post-op

Contrôles (pas d'intervention nutritionnelle)



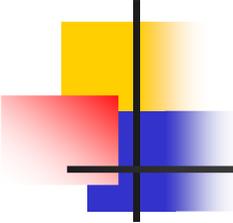
Gianotti et al
Gastroenterology 2002



Immunonutriments

chirurgie digestive carcinologique

- Contre-indications: sepsis avec troubles hémodynamiques
- Prescripteurs : oncologue, gastro-entérologue, anesthésiste-réanimateur, chirurgien digestif
- Prescription sur ordonnance spécifique (médicaments, produits ou prestations d'exception)
cerfa n° 12708*01

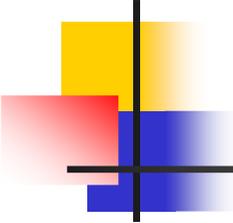


En pratique....

chirurgie digestive carcinologique

- Oral IMPACT Powder ® oral : 1 sachet (74g) 250 ml eau ; 300 kcal, 17g protéines, arginine 3,8 g, 1g EPA/DHA,
Oral IMPACT : solution prête à boire (briquettes) : 237 ml ; 334 kcal, 18 g protéines, arginine 3,6 g, 1,1 g EPA/DHA
IMPACT entéral : poche 500 ml ; 500 kcal, 28 g protéines, arginine 5,5 g, 1,55 EPA/DHA

	Durée Posologie	Voie orale	Voie entérale
Pré-opératoire Patients dénutris et non dénutris	7 jours 1000 kcal/j	3-4 sachets ou 3 briquettes	2 poches
Post-opératoire Patients dénutris	Au moins 7 jours 1500 kcal/j	5 sachets ou 4-5 briquettes	3 poches



Soins palliatifs

Traiter les symptômes gênant l'alimentation (nausées , douleur , constipation ,hoquet...

La nutrition artificielle peut ralentir la dégradation nutritionnelle, éviter la déshydratation et améliorer la qualité de vie des patients porteurs de cancer avancé (NE, NP en cas d'occlusion si l'alimentation orale est impossible).(Standard –C)

Si **l'espérance de vie < 3 mois** et l'atteinte fonctionnelle permanente sévère (Karnofsky <50% - PS > 2) la nutrition artificielle n'améliore pas la qualité de vie : la mise en route d'une nutrition artificielle n'est pas recommandée (recommandation , accord d'experts)

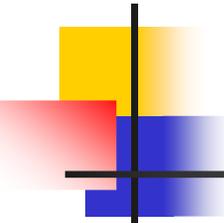
- Maintenir la nutrition entérale afin de limiter la perte de poids et seulement si le patient le souhaite (grade C)

En période d'agonie une hydratation minimum est simplement nécessaire (grade B)

Peut-on stimuler l'appétit par des médicaments?

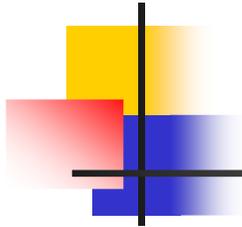
- Seules 2 familles de molécules ont fait leur preuve en cancérologie
 - **Corticoïdes** : dexaméthazone 4 à 8 mg/j
 - **Progestatifs de synthèse** : acétate de mégestrol: 160 à 480 mg/j

Mais effet transitoire



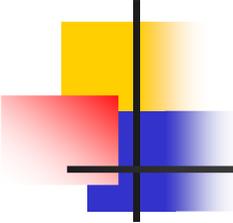
conclusion

- **Le support nutritionnel en aidant à la réalisation complète des protocoles thérapeutiques doit être considéré comme un**
- **traitement adjuvant majeur en cancérologie**



Merci pour votre attention





Mélanges enrichis en immunonutriments

Mélanges enrichis en nutriments ayant des effets modulateurs sur la réponse inflammatoire et immunitaire :

- AA devenant essentiels dans les situations d'agression sévère (arginine, glutamine, taurine),
- AGPI oméga 3
- ± antioxydants (vitamines et oligoéléments)

- ***Indications***

en chirurgie digestive

Recommandations de l'ESPEN Clin Nutr 2006

- en Péri-opératoire de chirurgie digestive lourde (niveau de preuve A)

- ***Contre-indication***

Sepsis sévère (niveau de preuve B)

Chirurgie digestive carcinologique

150 patients avec chirurgie digestive pour cancer modérément à sévèrement dénutris (perte de poids moyenne 13%; albumine moyenne 34 g/L)

Table 6. Outcome Variables	Rien en pré-op NE std postop	CNOe pré-op NE std postop	CNOe pré-op NEe postop
Variable	Control Group (n = 50)	Preoperative Group (n = 50)	Perioperative Group (n = 50)
Patients with major complications, No.	12	9	6
Patients with infectious complications, No.	12	8	5
Patients with noninfectious complications, No.	11	10	6
Patients with complications, total No.	21	14	9*
Length of hospital stay, mean (SD), d	15.3 (4.1)	13.2 (3.5)†	12.0 (3.8)‡

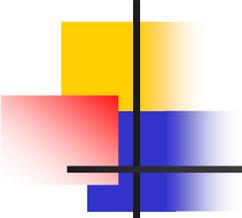
* $P = .02$ vs the control group.

† $P = .01$ vs the control group.

‡ $P = .04$ vs the preoperative group and $P = .001$ vs the control group.

CNOe et NEe = enrichi en arginine, ARN, oméga3

Braga et al. Arch Surg 2002



Recommandations ESPEN 2006 chirurgie(1)

Prise en charge nutritionnelle **préopératoire** des patients sévèrement dénutris
10 à 14 J avant l'intervention (grade A)

Critères retenus

- Perte de poids >10-15% / 6mois
- BMI<18,5
- SGA grade C
- Albuminémie < 30gr/l

Assistance nutritionnelle **post opératoire** chez les patients ne pouvant pas couvrir >60% de leurs besoins pendant 10 J (grade A)
Démarrer le plus tôt possible la nutrition entérale (dans les 24h – 10 à 20 ml/h)
Utiliser une sonde nasojéjunale ou une jéjunostomie