

## Dénutrition et réalimentation dans les cancers ORL

*Version de travail 08/11/2017*

# Contributeurs

## Coordination

Pellegrini Violette, Diététicienne, Pringy ; + autres volontaires

## Coordination méthodologique

Labrosse-Canat Hélène, Chef de projets, Lyon ; Gautheron Laura, Chargée de projets, Lyon

## Membres du groupe de travail

Arantes Nathalie, IDE, Lyon ; Babin Emmanuel, Chirurgien oncologue ORL, Caen ; Barrois Armelle, Diététicienne, Pessac ; Beaufile Emilie, diététicienne, Caen ; Beziaud Nicolas, Médecin généraliste, Saint Martin d'Hères ; Cornuault-Foubert Delphine, Médecin généraliste, Angers ; Derez-Prel Marion, Médecin généraliste, Saint Nazaire ; Faivre Jean-Christophe, Oncologue-Radiothérapeute, Vandoeuvre les Nancys ; Gautheron Laura, Chargée de projets, Lyon ; Girod-Roux Marion, Orthophoniste, Saint Martin d'Hères ; Hiriberry Christelle, Diététicienne, Bordeaux ; Labrosse-Canat Hélène, Chef de projets, Lyon ; Pellegrini Violette, Diététicienne, Pringy ; Piquet Marie-Astrid, nutritionniste, Caen ; Richl Muriel Cadre diététicienne et hôtelier, Toulouse ; Scavennec Catherine, Chirurgien ORL, Centre hospitalier de Draguignan ; Trecciola Edith, diététicienne chirurgie ORL, Toulouse ; Vasseur Charlotte, Orthophoniste, Saint Didier au Mont d'or ; Viviant Mélanie, Diététicienne, Chassieu ; Woisard Virginie, , Chirurgien oncologue ORL, Toulouse.

## Relecteurs

## Participants aux ateliers des J2R du 14/12/2017

# Sommaire

Objectifs et cibles

Introduction

Terminologie et définitions

Physiopathologie et cause de la dénutrition

Dénutrition et troubles de la déglutition

Prise en charge des troubles de la déglutition

Prise en charge des troubles de la déglutition

Prise en charge de la douleur

Objectifs de la prise en charge nutritionnelle

Dépistage de la dénutrition

Évaluation de la dénutrition

Conduite à tenir

Avant le traitement

Prise en charge précoce

Faut-il proposer une gastrotomie prophylactique?

Sonde nasogastrique et gastrostomie prophylactique : Avantages et inconvénients

Immuno-nutrition

Syndrome de renutrition inappropriée

Pendant le traitement

Prise en charge diététique

Chirurgie

Radiothérapie

Chimiothérapie

Quand arrêter la renutrition ?

Suivi à domicile

Après le traitement

Bibliographie

Annexes

## Objectifs

Ce référentiel a pour objectif de décrire la problématique de la dénutrition chez les patients atteints de cancer ORL et de proposer des outils d'évaluation et de prise en charge à chaque étape du parcours de soins allant du diagnostic au retour à domicile.

## Cibles

Ce référentiel s'adresse :

- **à tous les professionnels** intervenant dans les parcours de soins des patients atteints de cancers ORL, en établissement de santé et à domicile,
- **au patient et à ses proches.**

# Introduction

**La dénutrition est très fréquente chez les patients traités pour cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS) [1]**, en relation avec le terrain mais surtout avec la localisation retentissant négativement sur la prise alimentaire. Cette dernière est souvent modifiée dès les premiers symptômes et l'est constamment au cours de l'évolution du fait des conséquences de la chirurgie et des effets secondaires des autres traitements

**Avant le début des traitements** : 30 à 50% des patients atteints de cancer ORL sont dénutris

**Pendant et après l'irradiation** : cette dénutrition peut concerner jusqu'à 44 à 88% des patients [2] [3] [4]

**Tous les patients atteints d'un cancer des VADS, qu'ils soient dénutris, en poids stable ou en surcharge pondérale, sont à risque sur le plan nutritionnel et sont à évaluer et à surveiller dès le début de la prise en charge.**

Les patients atteints de cancer dans l'hypo pharynx, l'oropharynx / cavité buccale et le larynx supra glottique ont le plus grand risque de dénutrition [5]. La perte d'appétit, les difficultés de dysphagie/passage et la perte de goût/aversion sont significativement associées à un amaigrissement rapide.

## Terminologie et définitions [6]

**Dénutrition** : la dénutrition protéino-énergétique résulte d'un déséquilibre entre les apports et les besoins protéino-énergétiques de l'organisme. Ce déséquilibre entraîne des pertes tissulaires ayant des conséquences fonctionnelles délétères. Il s'agit d'une perte tissulaire involontaire.

Conséquences de la dénutrition chez les patients atteints de cancers ORL: [11, 12] :

- La diminution, voir arrêt des traitements
- Le décès du patient dans 5 à 25% des cas
- La diminution de la qualité de vie (difficulté à déglutir, à mastiquer, douleur, fatigue)
- L'augmentation des morbidités (notamment infectieuses)
- L'augmentation de la durée de séjour et de la charge en soin

A bien différencier de l'**amaigrissement** qui se caractérise par le caractère non délétère de la perte pondérale. Il peut être volontaire ou non.

**Sarcopénie** : est causée par des facteurs multiples due à une faible masse musculaire combinée à une faiblesse de la force musculaire ou un état physique affaibli [37].



# Physiopathologie et causes de la dénutrition [7]

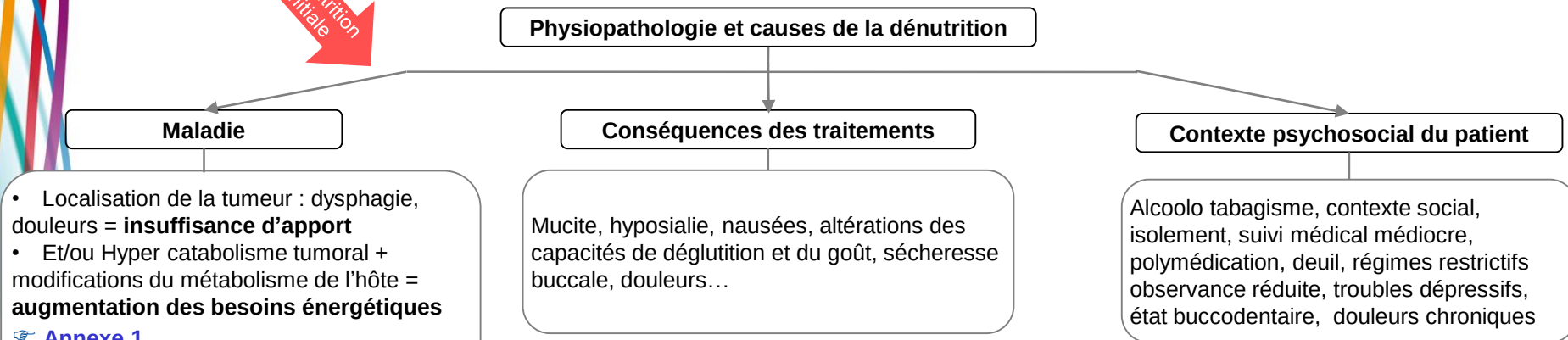
L'étiologie de la dénutrition dans les cancers est toujours multifactorielle et résulte:

- soit d'une diminution des apports alimentaires
- soit d'une augmentation des dépenses énergétiques
- soit d'une combinaison des deux processus.

## Spécificités ORL [8,9]

- Diminution des apports du fait de l'altération de l'alimentation orale
  - Douleurs de la bouche et/ou gorge
  - Altération salive, goût et parfois odorat
  - Altération de la mastication (problème dentaire, diminution de mobilité des structures de la bouche)
- Augmentation des dépenses énergétiques
  - Effets des fausses routes avec inhalations bronchiques
  - Sollicitation des mécanismes de défenses immunitaires

Dénutrition  
initiale



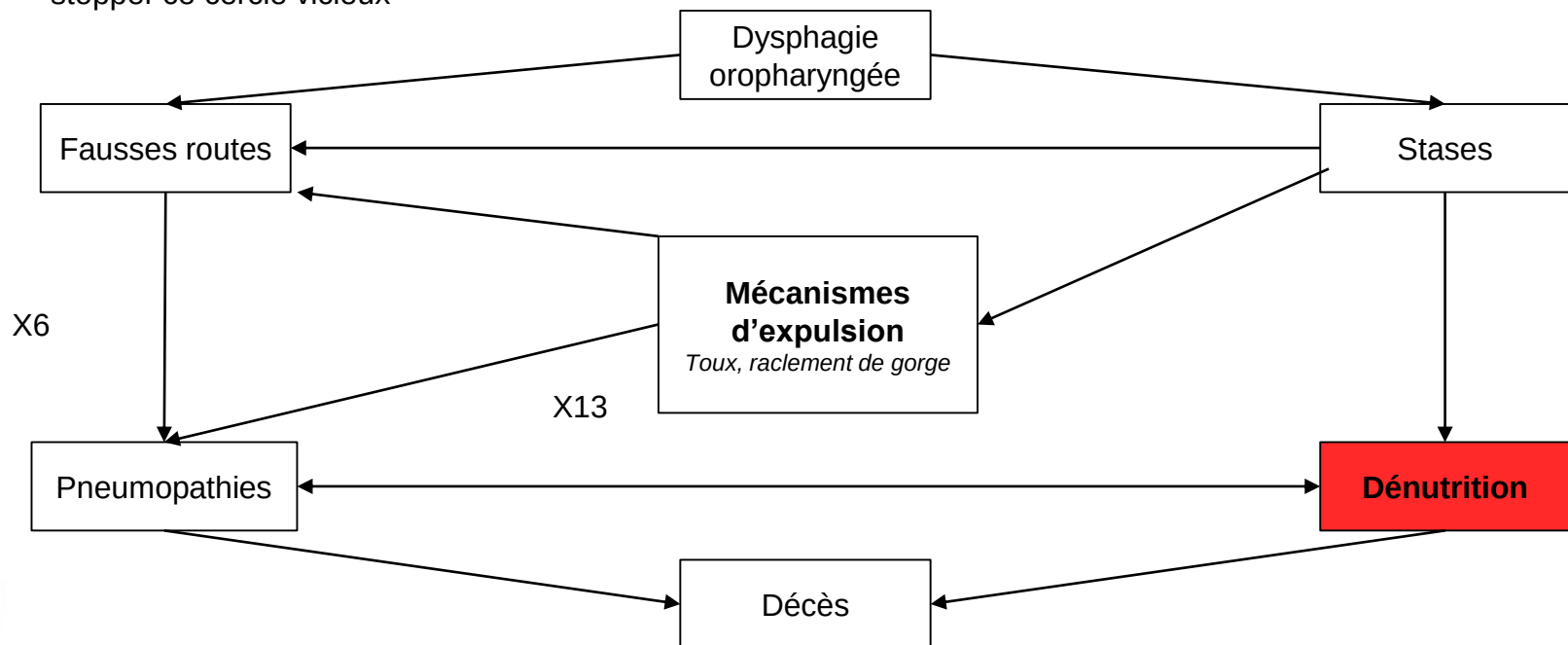
# Dénutrition et troubles de la déglutition [10]

## Cascade de la dénutrition en lien avec la dysphagie

Quelques soit l'origine des troubles de la déglutition, la dénutrition est le résultat de la perte d'apport lié à la réduction de aliments ingérés du fait des blocages et des stases résiduelles, et de la perte des mécanismes d'expulsion des stases favorisant les fausses routes avec inhalation pulmonaire.

**L'altération de l'état pulmonaire contribue à l'aggravation de l'état nutritionnel** induisant un cercle vicieux par majoration du trouble de la déglutition et des complications de celui ci.

La compensation de la perte des apports peut être alors insuffisante imposant un arrêt de l'alimentation orale pour stopper ce cercle vicieux





# Prise en charge des troubles de la déglutition

Travail en collaboration avec les orthophonistes (ou médecins spécialisés dans les troubles de la déglutition), et les médecins responsables sur le plan oncologique en fonction de la sévérité.

## Objectifs de la prise en charge :

- Déterminer les risques à poursuivre une alimentation orale par rapport au projet thérapeutique
- Déterminer les conditions de l'alimentation orale si elle peut être poursuivie : contraintes en terme de modification de textures, de position et/ou manœuvres de déglutition, de planification des prises alimentaires
- Déterminer les modalités d'alimentation permettant avec ces informations d'assurer les objectifs nutritionnels

La complémentarité de l'action auprès du patient est fondamentale pour que les consignes lors de la prise alimentaire soient cohérentes et respectées en terme de préparation des aliments, des modalités de mises en bouche, de durée et nombre de prises par exemple.

Référentiel AFSOS  
Indication de la Rééducation  
en cancérologie  
👉 Fascicule 4 : Les déficiences  
liées aux Cancers

# Prise en charge de la douleur

## La prise en charge de la douleur conditionne les prises alimentaires

### Evaluation initiale de la douleur :

**Quand** : avant tout traitement, pouvant limiter ou empêcher une alimentation et/ou une hydratation satisfaisantes.

### Origines et causes de la douleur :

- 1. En cas de douleur avec un cancer ORL en place** : un amaigrissement est causé par une douleur en lien avec la tumeur jusqu'à preuve du contraire. Elle doit donc être traitée de manière énergique et précoce.
- 2. En cas de douleur après un des traitements carcinologiques** : 3 situations principales qui peuvent se combiner
  - en cas de chirurgie : douleurs aiguës et subaiguës nociceptives (dissection des tissus) puis chronique séquellaire le plus souvent neurogène (section nerveuses lors de la chirurgie)
  - en cas de radiothérapie : douleurs aiguës et subaiguës induites par les mucites oropharyngées, permanentes et majorées à la déglutition
  - en cas de chimiothérapie néo-adjuvante, concomitante ou exclusive : douleurs neurogène induites par la neurotoxicité de certaines chimiothérapie (sels de platine)

# Prise en charge de la douleur

Référentiel AFSOS

☞ Prise en charge  
de la douleur

## Conduite à tenir

### Prescrire un antalgique de palier adapté à la douleur du patient d'emblée

Un amaigrissement, c'est à dire un retentissement sévère sur l'organisme, est une **douleur sévère par définition** et devrait conduire à une **prescription d'opioïdes d'emblée** conformément aux recommandations nationales et internationales et réévaluée précocement (48-72 heures après pour titration). Le passage par des antalgiques de paliers 1 ou 2 est généralement une perte de temps aggravant le pronostic nutritionnel du patient.

Une gorge mal soulagée est une gorge qui fait plus de fausses routes et ses complications associées peuvent conduire à arrêter ou suspendre l'irradiation (diminution de la radiocurabilité de la maladie).

Le soulagement de la douleur repose avant tout sur des antalgiques par voie systémique. Les traitements topiques (bains de bouche à la morphine, aux corticoïdes, anesthésiques locaux...), bien qu'utiles, ne se prescrivent qu'en complément des antalgiques et non à la place.

### Respecter les délais d'action des antalgiques et co-antalgiques

Pour qu'une prémédication antalgique donnée avant les repas soit efficace, le délai d'action doit être respecté. Le plus souvent, il faut compter une heure pour les antalgiques de paliers I, II et III par voie per os.

### Adaptateur les formes galéniques

Les **formes galéniques doivent être adaptées** pour que le patient puisse prendre ses traitements antalgiques compte tenu de l'odynophagie, des nausées/vomissements, de la mucite, voire des fausses routes. De très nombreux antalgiques et co-antalgiques existent sous des formes adaptés : orodispersible, effervescente, sublinguale, lyoc, transdermique, sirop...

MéMo Pratic' VDHA  
Voies Digestives Hautes Altérées  
☞ Quand la voie Per Os devient  
difficile voire impossible

# Objectifs de la prise en charge nutritionnelle

**L'objectif de la prise en charge nutritionnelle sera de permettre le bon déroulement des traitements.**

L'état nutritionnel est un fort prédicteur de la qualité de vie chez les patients cancéreux. La correction de la malnutrition peut améliorer la qualité de la réponse thérapeutique et la qualité de vie de ces patients [13, 12].

## Autres objectifs :

- Prévention et dépistage de la dénutrition
- Amélioration de la qualité de vie
- Réduction du nombre de complications liées aux traitements et à la dénutrition
- Prévenir les interruptions ou arrêt de traitement.

# Dépistage de la dénutrition

 Intensifier le dépistage de la dénutrition dès l'annonce du diagnostic pour permettre une prise en charge précoce et l'orientation vers un diététicien

## Qui ?

- Pour tous les patients
- Par tous les professionnels intervenant dans la prise en charge

## Quand ?

### A toutes les étapes

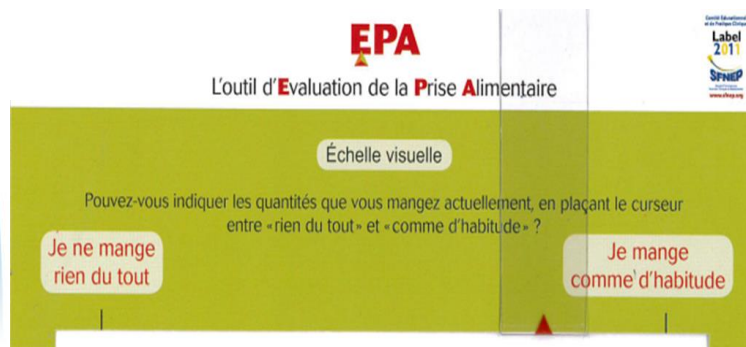
Consultation préopératoire, lors des suivis post opératoires, en début de radiothérapie, lors des venues pour chimiothérapies, consultation soins de support...

 Toutes les données de dépistage ou de suivi nutritionnel doivent être tracées dans le dossier du patient

## Comment ?

Avec une interrogation du patient et des outils simples:

- Et/ou
- Cinétique/variation du poids (critère HAS) : si perte  $\geq 5\%$  : risque de dénutrition donc intervention
  - EPA (échelle de Prise Alimentaire) : si EPA  $\leq 7$  : risque de dénutrition donc intervention
  - L'anamnèse : apports nutritionnels quotidien, difficultés alimentaires, évaluation de l'appétence du patient



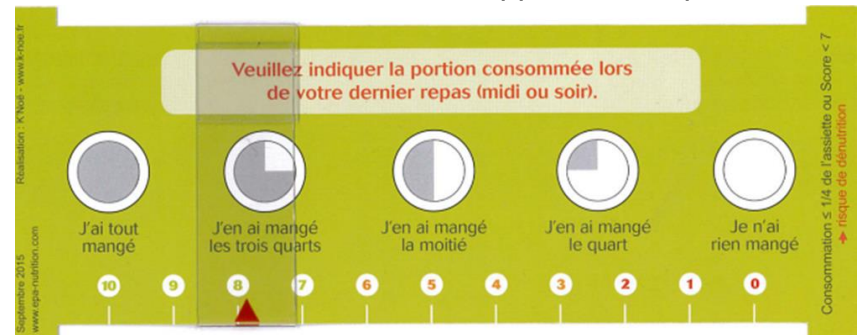
**EPA**  
L'outil d'Évaluation de la Prise Alimentaire

Échelle visuelle

Pouvez-vous indiquer les quantités que vous mangez actuellement, en plaçant le curseur entre « rien du tout » et « comme d'habitude » ?

Je ne mange rien du tout

Je mange comme d'habitude



Veuillez indiquer la portion consommée lors de votre dernier repas (midi ou soir).

J'ai tout mangé

J'en ai mangé les trois quarts

J'en ai mangé la moitié

J'en ai mangé le quart

Je n'ai rien mangé

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

Consommation  $\leq 1/4$  de l'assiette ou Score  $< 7$  → risque de dénutrition



## Evaluation de la dénutrition [14]

 Le bilan nutritionnel doit s'intégrer à un bilan plus général

### Qui ?

Pour tous les patients

Par le médecin, les soignants, le diététicien dans le cadre d'un conseil diététique

### Quand ?

Elle doit être **systématique** en hospitalisation et lors des consultations

### Comment ?

#### Dans toutes les situations

**Pesée systématique**

**Pourcentage de PDP<sup>1</sup>**

Mesure de la taille

IMC<sup>2</sup>

**EPA ou 2/3 des apports**

**En complément (à demander systématiquement en pré-opératoire) :**

**Albuminémie et CRP**

NRI<sup>3</sup> ou index de buzby

$$\text{NRI} = 1,519 \times (\text{albumine en gr/l}) + 0,417 \times (\text{poids actuel/poids habituel}) \times 100$$

#### Si utilisation d'index :

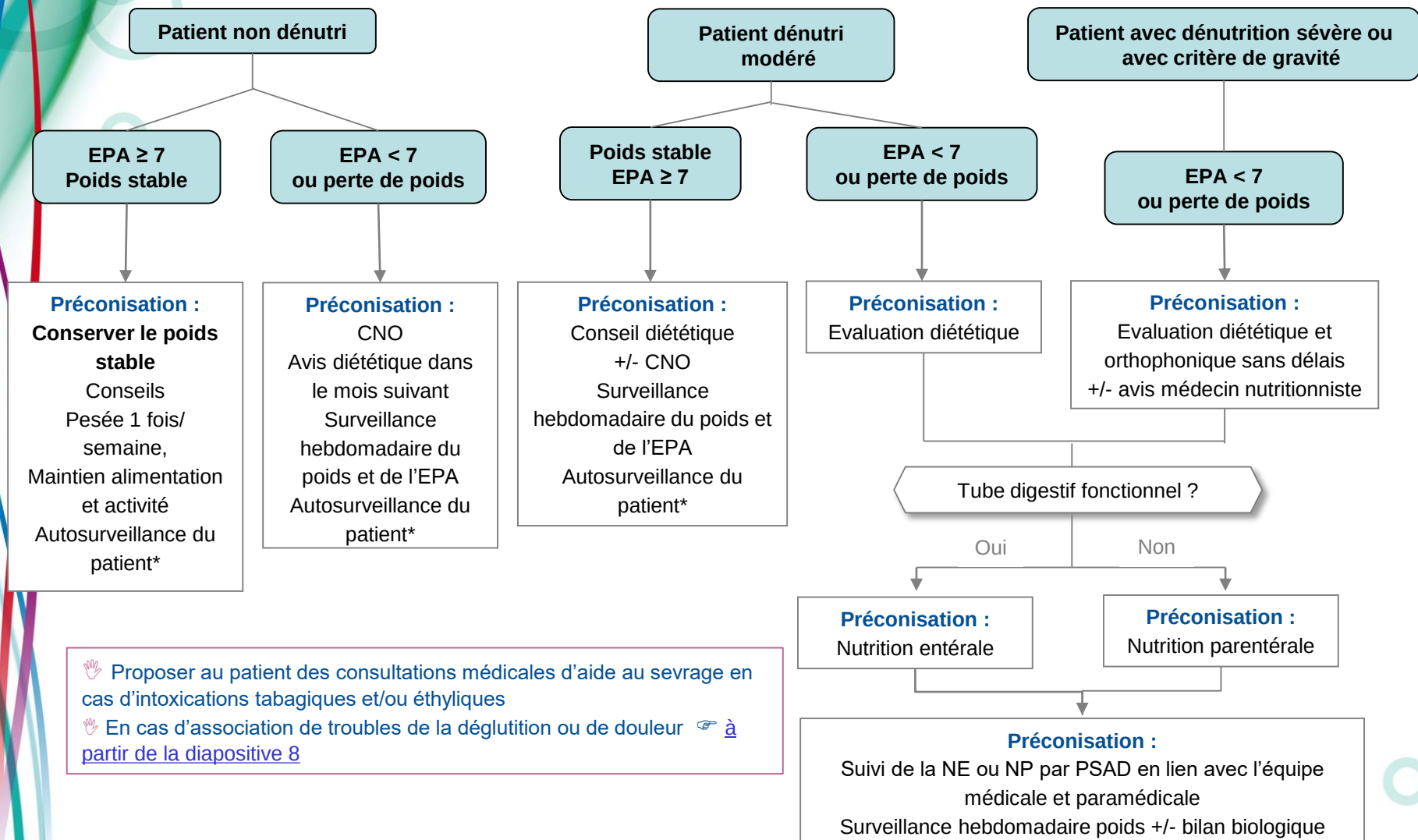
PF-SGA<sup>4</sup> / SGA<sup>5</sup> / MNA<sup>6</sup> (personnes âgées)

 Toutes les données de dépistage ou de suivi nutritionnel doivent être tracées dans le dossier du patient

- 1 PDP : perte de poids. Notifier en pourcentage la différence entre le poids actuel par rapport au poids habituel ou au poids de forme ou dans les 6 mois qui précèdent le diagnostic ou le geste chirurgical;
- 2 IMC : indice de masse corporelle. Il ne doit pas être utilisé seul par manque de sensibilité et de spécificité;
- 3 NRI : nutritionnal risk index. Les sujets dont le NRI est inférieur à 83,5 sont considérés comme sévèrement dénutris, ceux dont le NRI est supérieur, compris entre 83,5 et 97,5, sont moyennement dénutris.
- 4 PG-SGA : patient generated subjective global assessment
- 5 SGA : subjective global assessment
- 6 MNA : mini nutritional assessment



# Conduite à tenir



👉 Proposer au patient des consultations médicales d'aide au sevrage en cas d'intoxications tabagiques et/ou éthyliques

👉 En cas d'association de troubles de la déglutition ou de douleur ➡ à partir de la diapositive 8

# Avant le traitement

## Prise en charge précoce

*Dépister et prendre en charge au plus tôt la dénutrition donne « plus de chance aux patients »*

### 1) Dépistage de la dénutrition

 [Diapositive 14](#)

**2) Consultation diététique précoce** à mettre en place le plus précocement possible après la première consultation médicale ou après la RCP pour tout patient dénutri ou à risque de dénutrition.

Intervention selon l'arbre décisionnel du PPS 4 avec remise d'outils

#### Objectifs de la consultation diététique :

- Informer le patient sur la nécessité de maintenir un état nutritionnel correct
- Informer sur les conséquences des traitements et les moyens à mettre en œuvre pour les minimiser

#### Recommandations nutritionnelles [14]:

- 25 à 30kcal/kg par jour en périopératoire et 30 à 35kcal/kg par jour en oncologie médicale
- 1.2 à 1.5g/kg de protéines par jour
- Vérifier l'absence de carences en vitamines B1, B6, K, A, D E et en oligoéléments (zinc, calcium, magnésium, phosphore) et supplémenter si besoin [15]

Les apports nutritionnels sont probablement à majorer dans les tumeurs de la tête et du cou, cependant il n'y pas de données précises à ce sujet à l'heure actuelle.

# Avant le traitement

## Prise en charge précoce

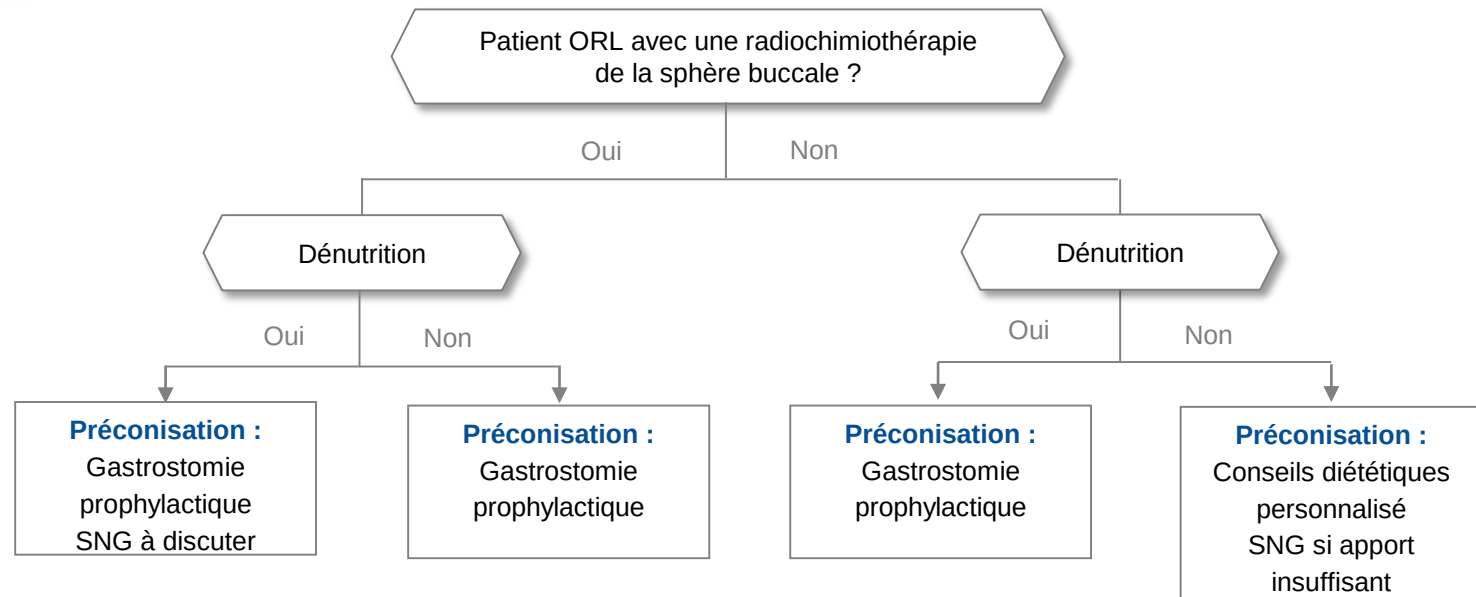
- 3) Suivi nutritionnel intermédiaire indispensable** pour les patients sans gastrostomie (entre la consultation diététique précoce et la consultation diététique de suivi) par tous les intervenants avant la mise en traitement :
- Evaluation pondérale et des prises alimentaires
  - Eduquer le patient à se peser et à assurer une surveillance de son poids
  - Mettre en place un dispositif d'alerte pour permettre au patient de pouvoir contacter un professionnel en cas de perte de poids, modifications des prises alimentaires, etc.

**Important :** veiller à ce que ce dispositif soit accessible à tous les patients (mailing, ligne téléphonique, ...)



Chaque centre se laisse la possibilité d'organiser ce dispositif selon les moyens de communication disponibles.

# Faut-il poser une gastrostomie prophylactique ?



Dans tous les cas, la nutrition parentérale n'est pas recommandée

[10]

# Sonde nasogastrique et gastrostomie prophylactique

## Avantages et inconvénients

### Sonde naso-gastrique

| Avantages                                                                                                                                                                              | Inconvénients                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Durée moins importante de la nutrition entérale (durée inférieure à 4 semaines pour la SNG contre 28 semaines pour les GPE)<br>Non utilisation ou utilisation brève de la gastrostomie | Conséquences locales oropharyngé de la SNG ayant un impact sur la déglutition<br>Détérioration de la qualité de vie |

### Gastrostomie prophylactique

| Avantages                                              | Inconvénients                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Meilleure qualité de vie<br>Meilleur maintien du poids | Capacité de déglutition médiocre 2 ans après la fin des traitements avec une gastrostomie prophylactique si perte de l'oralité<br>Meilleure évolution dans les textures chez les patients n'ayant pas eu de gastrostomie prophylactique et chez ceux qui ont maintenu une alimentation per os complète ou partielle. |

La mise en place précoce d'une gastrostomie permet d'améliorer l'état nutritionnel en permettant l'utilisation de la nutrition entérale plus précocement qu'avec une SNG qui serait posée en cours de traitement. Cependant, afin de préserver les capacités de déglutition du patient, un suivi orthophonique et une préservation de l'oralité du patient seront nécessaires.

Pendant le traitement, si il n'y a pas eu de pose de gastrostomie prophylactique, il n'y aura pas d'avantage de la gastrostomie par rapport à la pose de SNG.



## Avant le traitement Immuno-nutrition

La prescription d'immuno-nutrition en préopératoire (arginine + omega-3 + nucléotides) a montré une diminution significative des complications en chirurgie lourde digestive [38].

En cancérologie ORL, l'étude de Felekis et al [39], a montré une diminution significative des complications postopératoires dans le groupe ayant reçu une immuno-nutrition pendant 5 jours avant l'intervention chirurgicale et pendant 8 jours après l'intervention.

L'utilisation d'une immuno-nutrition en préopératoire chez les patients cancéreux est recommandée avant la réalisation d'une chirurgie lourde pour limiter le risque de complications infectieuses post opératoires [40]

## Avant le traitement

# SRI : syndrome de renutrition inappropriée

**SRI** : ensemble des manifestations biologiques et cliniques délétères qui surviennent lors de la renutrition de patients dénutris ou ayant subi un jeûne prolongé.

**Quelles situations** : cas d'une alimentation per os et/ou artificielle

**Fréquence** : 25% des patients oncologiques sous nutrition artificielle et 34% des patients hospitalisés en soins intensifs après 48 heures de jeûne

**Causes** : une renutrition trop rapide, et/ou mal conduite

**Conséquences** : une hypophosphorémie, une hypomagnésémie, etc. entraînant l'effondrement de différentes fonctions organiques en particulier cardiaque, neurologique, respiratoire, rénale, hépatique, musculaire et hématologique. Le décès peut survenir dans un contexte de syndrome de défaillance multi viscérale.

### Facteurs de risques de SRI

| Critères majeurs (un seul suffit)                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Critères mineurs (au moins deux)                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Index de masse corporelle &lt; 16 Kg/m<sup>2</sup></li> <li>• Perte pondérale involontaire &gt; 15% en 3-6mois</li> <li>• Aucun ingesta ou ingesta limité pendant au moins 10 jours</li> <li>• Hypophosphatémie ou hypokaliémie ou hypomagnésémie avant la renutrition</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Index de masse corporelle &lt; 18,5 Kg/m<sup>2</sup></li> <li>• Perte pondérale involontaire &gt; 10% en 3-6 mois</li> <li>• Aucun ingesta ou ingesta limité pendant au moins 5 jours</li> <li>• Alcoolisme</li> <li>• Traitements (insuline, chimiothérapie, diurétique)</li> </ul> |

[23] [24] [25] [26] [27] [28] [29]

Annexe 2



[Physiopathologie SRI](#)

# Avant le traitement

## SRI : syndrome de renutrition inappropriée

### Prise en charge à domicile et en établissement de santé

#### Première étape

- Dépister le patient à risque.
- Contrôler quotidiennement les ions dans les biologies sanguine et urinaire pendant la durée de renutrition.

Si nécessaire avant nutrition supplémenter en : phosphate, magnésium, potassium (en fonction de la kaliémie et des pertes urinaires).

**La renutrition doit être d'autant plus progressive que la dénutrition est ancienne. Plus la dénutrition est chronique et sévère plus les surveillances biologiques et cliniques doivent être rapprochées.**

#### Seconde étape

La renutrition doit être réalisée de manière **très progressive**.

**Par qui** : avis nutritionnel indispensable par un médecin nutritionniste, une diététicienne

**Comment** : A chaque palier d'augmentation du support nutritionnel, la surveillance clinique et biologique est impérative.

| Éléments       | A l'introduction, et pendant 3 jours | A atteindre en 1 à 2 semaines                      | Attention                                                                                                                                                                                                    |
|----------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Calories       |                                      | 30 à 40 kcal/kg/j                                  | 10 à 15 kcal/j/kg de poids sans dépasser 500kcal                                                                                                                                                             |
| Glucose        | 1,5 g/Kg/j                           | 4 g/kg/j                                           | Risque d'hypoglycémie post stimulative parfois profonde                                                                                                                                                      |
| Protéines      | -                                    | 1,2 à 1,5g/kg/j                                    | Surveillance de la fonction rénale                                                                                                                                                                           |
| Thiamine (B1)  | 500mg/j à 1000mg/j si patient OH     | 500 mg/j à 1000mg/j si patient OH                  |                                                                                                                                                                                                              |
| Folates (B9)   | 25 à 50 mg                           |                                                    |                                                                                                                                                                                                              |
| Eau            | 40ml/kg/j                            |                                                    | A diminuer de moitié en cas de rétention hydro sodée                                                                                                                                                         |
| Sodium (Na)    | Réduit au maximum                    | réduit au maximum                                  | Surveillance ionogramme urinaire                                                                                                                                                                             |
| Magnésium (Mg) | Supplémentation selon la carence     | 10mmol/j                                           |                                                                                                                                                                                                              |
| Phosphore (P)  | Supplémentation selon la carence     | 800mg – 100mg en NO ou NE et 15 mmol (465mg) et NP | A adapter en fonction du dosage. Si phosphatémie < 0,6 mmol/L à STOP nutrition, et la reprendre dès que la phosphatémie > 0,6 mmol/L. si Ph entre 0,3 et 0,6 : mettre SE de 0,08 mmol/kg sur 6h puis control |

## Pendant le traitement

### Prise en charge diététique

Une consultation de suivi est programmée systématiquement.

**Pertinence d'une consultation ortho-diététique** [30; 31] : amélioration qualitative et quantitative des prises per os, une diminution de la nutrition entérale ainsi qu'une diminution de la gêne fonctionnelle et physique chez ces patients.

**Intérêt d'une prise en charge précoce orthophonique**

Référentiel AFSOS-SFNEP  
👉 Prise en charge des modifications de la capacité olfactive, gustative et/ou de la déglutition dans les cancers ORL

**Si perte de poids malgré prise en charge diététique ou si critères de gravité** : avis auprès du médecin pour pose de sonde nasogastrique ou de gastrostomie

## Pendant le traitement Chirurgie

### 2 situations :

- Chirurgie par techniques ouvertes : nutrition entérale systématique en post-opératoire
- Chirurgie par techniques fermées : Nutrition entérale non systématique, au cas par cas (si insuffisance d'apports, <2/3 besoins)

### Pendant l'hospitalisation pour une chirurgie ORL :

La diététicienne du service de chirurgie prend en charge tous les patients postopératoires

- Evaluation nutritionnelle
- Mise en place du protocole de nutrition entérale en accord avec l'équipe médicale et suivi/adaptation en fonction de la tolérance et de l'efficacité nutritionnelle
- Éducation nutritionnelle du patient (gestion de la nutrition entérale/ alimentation per os)
- Suivi pour la reprise alimentaire orale en collaboration avec l'équipe paramédicale et l'orthophoniste
- Compte rendu diététique récapitulatif à la fin du séjour

Référentiel AFSOS-SFNEP  
☞ Prise en charge des modifications  
de la capacité olfactive,  
gustative et/ou de la déglutition dans  
les cancers ORL



# Pendant le traitement Radiothérapie

Référentiel AFSOS-SFNEP

☞ Prise en charge des modifications de la capacité olfactive, gustative et/ou de la déglutition dans les cancers ORL

## Consultation initiale avec le radiothérapeute

Évaluation nutritionnelle systématique au cours de la consultation initiale avec le radiothérapeute

Une consultation diététique est systématique dès le début de la radiothérapie ou dès les premiers troubles nutritionnels.

**Si prise de poids ou poids stable depuis la chirurgie et EPA  $\geq 7$**  : information sur les troubles nutritionnels pendant la radiothérapie et transmission d'information aux patients

**Si perte de poids depuis la chirurgie ou EPA  $< 7$**  : rendez-vous de consultation diététique programmé dès que possible

## Consultation hebdomadaire en cours d'irradiation

**Adaptation des apports énergétiques en cours de de radio+/- chimiothérapie.** L'aggravation progressive de la mucite oropharyngée et de l'odynophagie doit conduire à adapter les textures en cours d'irradiation pour faciliter l'alimentation per os ou à initier/majorer une nutrition entérale.

Compte tenu des **transports itératifs et du temps important pour le passage des poches** de la nutrition entérale, une des poches peut être "remplacée" par 2 compléments nutritionnels. Il faut interroger systématiquement le patient sur le nombre de poches réellement passé car le patient ne signale pas toujours le fait qu'il a diminué le nombre de poches compte tenu de la difficulté à concilier passages des poches et venues en radiothérapie.

Il faut veiller à l'apparition de **fausses routes** en cours d'irradiation et de **nausées et vomissements** surtout en cas de chimiothérapie concomitante.

## Consultation au décours immédiat

Une consultation de suivi dans les semaines qui suivent la fin de l'irradiation est recommandée pour vérifier la **normalisation des principaux effets secondaires** et ré-évaluer l'état nutritionnel

La **rééducation à la déglutition** sera ici réellement remis en route si elle a été interrompue pendant l'irradiation en parallèle du suivi diététique.

**La place de la diététicienne et de l'orthophoniste pour rééduquer la déglutition est majeure tout au long de la prise en charge.**

# Pendant le traitement Chimiothérapie

Pas de recommandations sur la fréquence des suivis diététiques.

## Préconisations :

- 1<sup>ère</sup> chimiothérapie : remise d'un livret de conseils diététiques
- Évaluation nutritionnelle par le médecin avant chaque chimiothérapie : si perte de poids, demande d'avis diététique
- Consultation diététique avec suivi de l'évolution nutritionnelle et pondérale:

## Objectifs de la prise en charge nutritionnelle :

- S'assurer de la charge calorique de la nutrition (per os +/- entérale)
- Aider à la gestion des effets secondaires des traitements : odynophagie, dysphagie, fausse routes, nausées, vomissements, mucites...
- Conseiller sur les modifications de texture
- Surveiller les paramètres nutritionnels

📖 Livret patient  
[Carnet de conseils  
alimentaires](#)

Référentiel AFSOS-SFNEP  
📖 [Prise en charge des  
modifications de la capacité  
olfactive,  
gustative et/ou de la déglutition  
dans les cancers ORL](#)

## Quand arrêter la renutrition ?

La renutrition doit être réévaluée durant la prise en charge afin de pouvoir établir l'arrêt de celle-ci quand l'état de santé du patient est satisfaisant et que les objectifs nutritionnels sont atteints.

**Par qui :** oncologue, médecin nutritionniste, diététicienne, orthophoniste, infirmière, professionnel de santé de ville (diététicienne prestataire de service, médecin généraliste)

**Comment :** apport alimentaire per os couvrant les besoins protéino-énergétiques du patient, déglutition satisfaisante, courbe de poids, critère albuminémie

Référentiel AFSOS-SFNEP  
Prise en charge des modifications  
de la capacité olfactive,  
gustative et/ou de la déglutition  
dans les cancers ORL

🔍 Détection des problèmes de  
déglutition

## Suivi au domicile [33] [34] [35]

Les patients atteints de cancer ORL à domicile représentent environ 1/3 des patients à domicile sous nutrition artificielle en France.

**Sous nutrition entérale ou parentérale, dans la mesure du possible, il est nécessaire de stabiliser l'état nutritionnel du patient avant d'envisager un retour à domicile :**

- Vérification de la tolérance de la nutrition artificielle
- Cible protéino-énergétique atteinte
- Risque de SRI écarté / bilan biologique satisfaisant
- Patient et/ou famille éduqué autour de la nutrition artificielle

Pour garantir une qualité de soin optimale, le CR de prise en charge nutritionnelle devra être transmis au prestataire de service ou à l'HAD avant la sortie.

*Cas particulier de la nutrition parentérale à domicile :* au-delà de 12 semaines de prescription, la nutrition parentérale devra être gérée par un médecin d'un centre expert.

## Après le traitement

La surveillance de l'état nutritionnel reste fondamental car :

- 25% des patients vont présenter un 2ème cancer (en majorité au niveau des VADS ou au niveau bronchique)
- Les séquelles des traitements ne sont pas stables et peuvent s'aggraver dans le temps voir très à distance (plus 10 ans) notamment si le traitement inclus un temps de (chimio)radiothérapie.

### **La dénutrition est alors un des signes du découverte du processus**

L'éducation du patient pour une autosurveillance est la clé du suivi en lien avec la transmission des informations aux acteurs de santé de proximité du patient.

Ces risques même si ils sont moins important avec le délai par rapport à la fin du traitement, demeurent tout le long de la vie.

**En pratique toute altération de l'état nutritionnel doit conduire rapidement à un bilan étiologique** incluant en l'absence de cause évidente à une réévaluation carcinologique puis si négatif à un bilan de déglutition parallèlement à la mis en place d'une prise en charge diététique.



# Bibliographie

1. Bachmann P, Quilliot D. Faut-il prévenir ou traiter la dénutrition associée aux cancers ORL, quand et comment ?. *Nutrition Clinique et Métabolisme*. 2014;28(1):73-78.
2. Pressoir M, Desné S, Berchery D, Rossignol G, Poiree B, Meslier M et al. Prevalence, risk factors and clinical implications of malnutrition in French Comprehensive Cancer Centres. *British Journal of Cancer*. 2010;102(6):966-971.
3. Hébuterne X, Lemarié E, Michallet M et al. Prévalence de la dénutrition au cours du cancer: une enquête nationale un jour donné. *Nutr Clin Metab* 2006;20:S86
4. Righini C, Timi N, Junet P, Bertolo A, Rey E, Atallah I. Évaluation du statut nutritionnel, lors du diagnostic, des patients traités pour un cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS). *Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale*. 2013;130(1):8-14.
5. Jager-Wittenaar H, Dijkstra P, Vissink A, van der Laan B, van Oort R, Roodenburg J. Critical weight loss in head and neck cancer—prevalence and risk factors at diagnosis: an explorative study. *Supportive Care in Cancer*. 2007;15(9):1045-1050.
6. Haute autorité de santé. Recommandation de bonne pratique. Anaes 2003 : Évaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés.
7. Nitenberg, G., Raynard, B., & Antoun, S. Physiopathologie de la dénutrition chez le cancéreux. *Nutrition clinique et métabolisme*. 1997;11(4): 364-372.
8. Bressan V, Bagnasco A, Aleo G, Catania G, Zanini M, Timmins F et al. The life experience of nutrition impact symptoms during treatment for head and neck cancer patients: a systematic review and meta-synthesis. *Supportive Care in Cancer*. 2017;25(5):1699-1712.
9. Oliveira D, Moreira E, de Freitas M, de A. Gonçalves J, Furkim A, Clavé P. Pharyngeal residue and aspiration and the relationship with clinical/nutritional status of patients with oropharyngeal dysphagia submitted to videofluoroscopy. *The journal of nutrition, health & aging*. 2016;21(3):336-341.
10. Woisard V, Puech M. La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte. 2nd ed. Marseille: Solal; 2010.
11. Capuano G, Grosso A, Gentile P, Battista M, Bianciardi F, Di Palma A et al. Influence of weight loss on outcomes in patients with head and neck cancer undergoing concomitant chemoradiotherapy. *Head & Neck*. 2008;30(4):503-508.
12. Prevost V, Joubert C, Heutte N, Babin E. Assessment of nutritional status and quality of life in patients treated for head and neck cancer. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases*. 2014;131(2):113-120.
13. Lis C, Gupta D, Lammersfeld C, Markman M, Vashi P. Role of nutritional status in predicting quality of life outcomes in cancer – a systematic review of the epidemiological literature. *Nutrition Journal*. 2012;11(1).
14. Hébuterne X, Senesse P. Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer : Recommandations professionnelles de la Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme (SFNEP). *Nutrition clinique et métabolisme*. 2012;26(4):149-302.
15. Falewee, M. N., Hechemia, R., Chemaly, L., Lerau, L., & Weber, P. La nutrition dans la prise en charge des cancers ORL. *Oncologie*. 2009; 11(3); 128-132.
16. Chajon, E., Jégoux, F., Grollier, R., Artignan, X., Trivin, F., & Picot. Évaluation prospective de la durée de nutrition entérale après radiothérapie des cancers des voies aéro-digestives supérieures. 2010.
17. Williams, G. F., Teo, M. T., Sen, M., Dyker, K. E., Coyle, C., & Prestwich, R. J. Enteral feeding outcomes after chemoradiotherapy for oropharynx cancer: a role for a prophylactic gastrostomy?. *Oral oncology*. 2012, 48(5), 434-440.
18. Oozeer, N. B., Corsar, K., Glore, R. J., Penney, S., Patterson, J., & Paleri, V. The impact of enteral feeding route on patient-reported long term swallowing outcome after chemoradiation for head and neck cancer. *Oral oncology*. 2011; 47(10), 980-983.
19. Gomes Jr C, Lustosa S, Matos D, Andriolo R, Waisberg D, Waisberg J. Percutaneous endoscopic gastrostomy versus nasogastric tube feeding for adults with swallowing disturbances. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009;
20. Mekhail, T. M., Adelstein, D. J., Rybicki, L. A., Larto, M. A., Saxton, J. P., & Lavertu, P. Enteral nutrition during the treatment of head and neck carcinoma. *Cancer*. 2001;91(9); 1785-1790.

# Bibliographie

18. Cabessut, S. Nutrition entérale précoce chez des patients atteints de cancer des voies aérodigestives supérieures traités par radio (-chimio) thérapie. L'Information diététique. 2012;z(4), 27-33.
19. Madhoun, M. F., Blankenship, M. M., Blankenship, D. M., Kreml, G. A., & Tierney, W. M. Prophylactic PEG placement in head and neck cancer: how many feeding tubes are unused (and unnecessary)? World journal of gastroenterology. 2011; 17(8); 1004-1008.
20. Barras-Moret A, Guex E, Coti Bertrand P. Le syndrome de renutrition inappropriée : la clé du traitement est la prévention. Nutrition Clinique et Métabolisme. 2011;25(2):86-90.
21. Pardo E, Lescot T. Le syndrome de renutrition inappropriée. Le Congrès Médecins. Conférence d'Actualisation. 2015
22. Equipe nutritionnelle Pluridisciplinaire, Guide nutrition de l'adulte. Quatrième édition. CHU de Liège/ 2015
23. Buzzi M, Limonta A, Pichard C, Stirnemann J. Syndrome de renutrition inappropriée : aspect pratiques. Rev med suisse 2015 ; 11 : 1886-91
24. Dewar H, Horvath R. Refeeding syndrome In : Todorovic VE, Micklewright AN, eds. A pocket guide to clinical nutrition. British Dietetic Association. 2001
25. Mehanna H, Moledina J, Travis J. Refeeding syndrome: what it is, and how to prevent and treat it. BMJ. 2008;336(7659):1495-1498.
26. Guex E, Coti Bertrand P. Syndrome de renutrition inappropriée (SRI). Nutrition Clinique et Métabolisme. 2011;25(1):42-44.
27. Leboulanger C, Laudrin M, Tessier C, Dussaux-Garin L. P274: Consultation ortho-diététique : premiers résultats. Nutrition Clinique et Métabolisme. 2014;28:S213.
28. Tessier C, Leboulanger C, Laudrin M, Dussaux-Garin L. P275: Prise en charge des troubles de la déglutition : association de compétences orthophoniques et diététiques. Nutrition Clinique et Métabolisme. 2014;28:S213-S214.
29. Erdil A, Saka M, Ates Y, Tuzun A, Bagci S, Uygun A et al. Enteral nutrition via percutaneous endoscopic gastrostomy and nutritional status of patients: Five-year prospective study. Journal of Gastroenterology and Hepatology. 2005;20(7):1002-1007.
30. Fayemendy P, Barnoud D, Jesus P. Parcours de soins en nutrition entérale, de l'hôpital au domicile. Nutrition Clinique et Métabolisme. 2016;30(4):359-371.
31. Galmiche M, Monpetit S, Fintoni J, Schneider S, Hébuterne X. Bilan de 15ans de nutrition entérale à domicile en France : évolution des indications et des pratiques. Nutrition Clinique et Métabolisme. 2016;30(2):122.
32. Arnoud D, Fayemendy P. Parcours de soins en nutrition parentérale, de l'hôpital au domicile. Nutrition Clinique et Métabolisme. 2016;30(4):372-384.
33. Reimund, J. M., Duclos, B., Scheer, O., Dron, K., & Baumann, R. Prise en charge nutritionnelle du patient cancéreux. Hépatogastro & Oncologie Digestive. 1998;5(6): 415-22.
34. Rier H, Jager A, Sleijfer S, Maier A, Levin M. The Prevalence and Prognostic Value of Low Muscle Mass in Cancer Patients: A Review of the Literature. The Oncologist. 2016;21(11):1396-1409.
35. Senkal M, Zumbob V, Bauer K. Outcome and Cost-effectiveness of Perioperative Enteral Immunonutrition in Patients Undergoing Elective Upper Gastrointestinal Tract Surgery. Archives of Surgery. 1999;134(12):1309.
36. Felekis D, Eleftheriadou A, Papadakis G, Bosinakou I, Ferekidou E, Kandiloros D et al. Effect of Perioperative Immuno-Enhanced Enteral Nutrition on Inflammatory Response, Nutritional Status, and Outcomes in Head and Neck Cancer Patients Undergoing Major Surgery. Nutrition and Cancer. 2010;62(8):1105-1112.
37. Weimann A, Braga M, Carli F, Higashiguchi T, Hübner M, Klek S et al. ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. Clinical Nutrition. 2017;36(3):623-650.

# Annexe 1 [36]

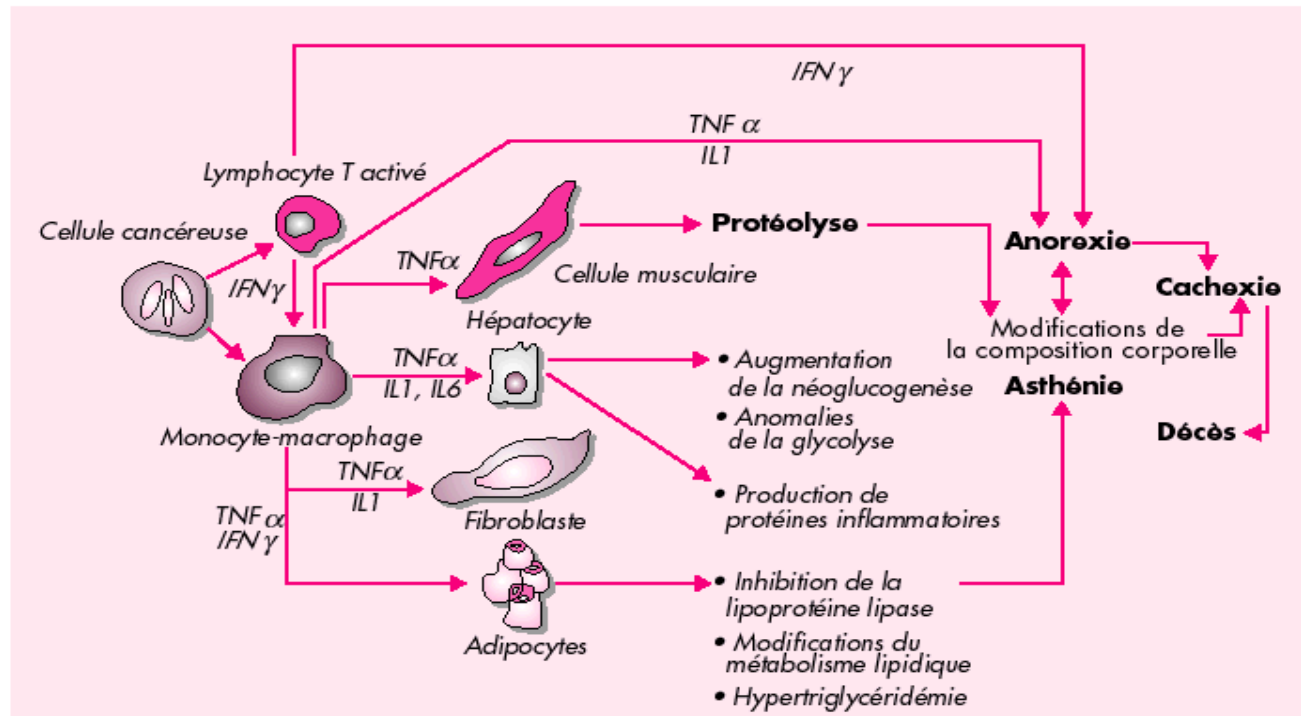


Figure 2. Conséquences métaboliques de l'activation de la production des cytokines inflammatoires et de l'interféron-gamma au cours du cancer.

**Dénutrition liée à la maladie :** Conduit à la cachexie cancéreuse.

- Métabolisme protéique : réduction de l'anabolisme protéique et augmentation du catabolisme + synthèse hépatique de protéine de l'inflammation au dépens des protéines de l'anabolisme.
- Métabolisme lipidique : augmentation de la lipolyse
- Métabolisme glucidique : activation de la néoglucogénèse + insulino-résistance des tissus périphériques
- Dépense énergétique de repos augmentée selon le degré d'inflammation

Ces 4 éléments correspondent au **syndrome de détournement métabolique**. Ils sont conditionnés par la réaction inflammatoire et l'action de certaines cytokines comme  $TNF\alpha$ ,  $IL-6$  et  $IL-1$ . Ils peuvent être activés par la tumeur elle-même et aggravés par les traitements anti-tumoraux.

## Annexe 2

### Physiopathologie SRI

