

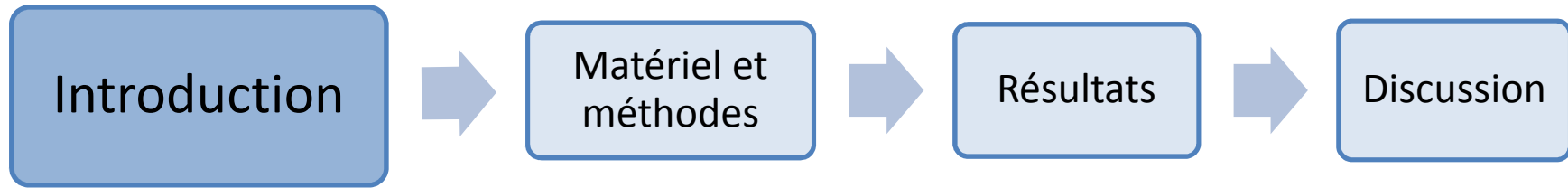
# Evaluation de la gastrostomie précoce dans la prise en charge des tumeurs osseuses primitives malignes de l'enfant.

Journée POHO  
30/06/2017

Présentée par Chloé Henry

Directrice de mémoire : Mme le Professeur Gandemer Virginie.



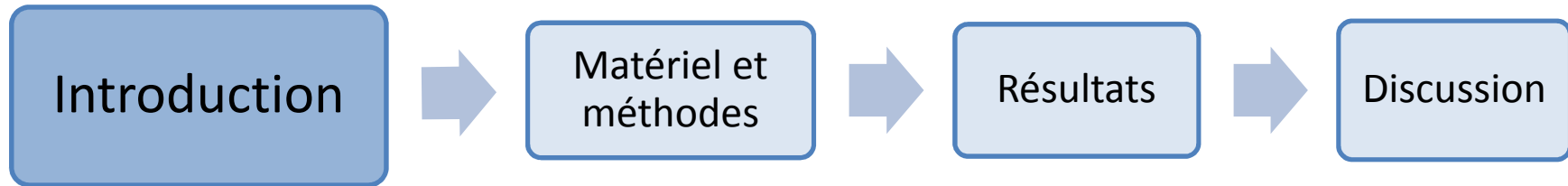


- Prévalence de la malnutrition protéino-énergétique en oncologie pédiatrique : 6 à 50%.
- Enfants à haut risque de dénutrition notamment si traitements intensifs, chimiothérapies émétisantes (tumeurs osseuses malignes).
- Conséquences de la malnutrition.

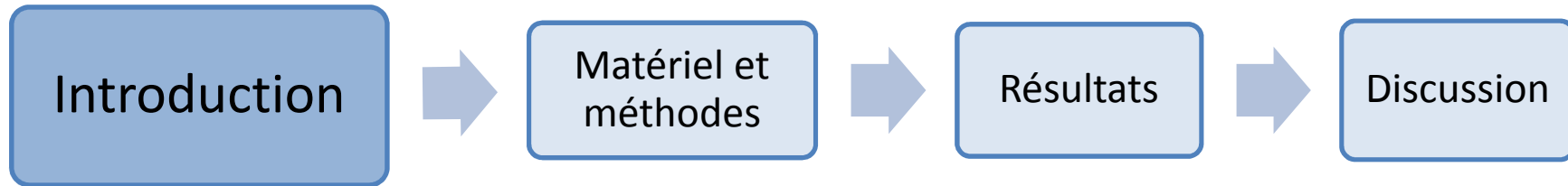
*Hingorani P. Pediatr Blood Cancer. 2011.*

*Martin E. Arch Pédiatrie. 2006.*

*Loeffen E a. H. Support Care Cancer. 2015.*



- Différents supports nutritionnels : compléments alimentaires oraux, nutrition parentérale, nutrition entérale sur SNG ou gastrostomie.
- Peu de données quant à leurs indications.
- Bénéfices/risques de chacun.

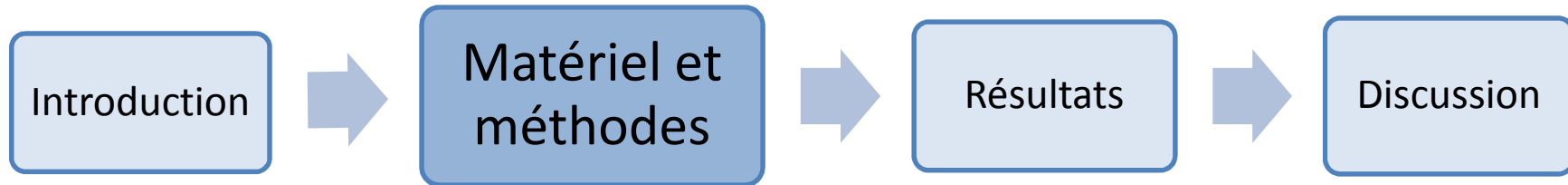


### Objectifs principaux

- **Evaluation de la faisabilité et des bénéfices nutritionnels de la gastrostomie précoce en vue d'une nutrition entérale lors de la prise en charge de tumeurs osseuses primitives malignes de l'enfant.**

### Objectifs secondaires

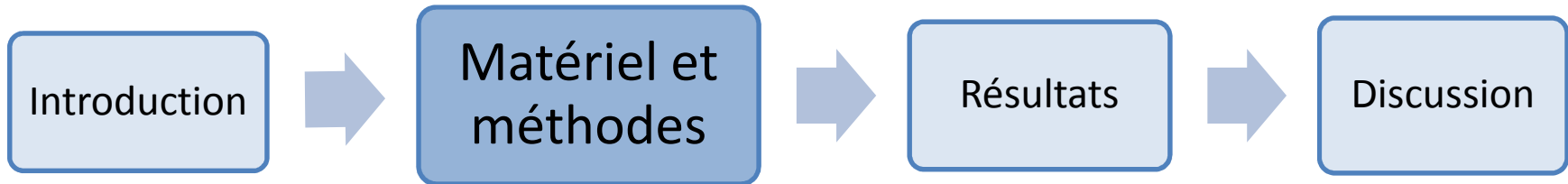
- **Evaluation de son impact sur l'intensité des traitements, la survenue de complications, la survie à 4 ans.**



- **Type d'étude :**

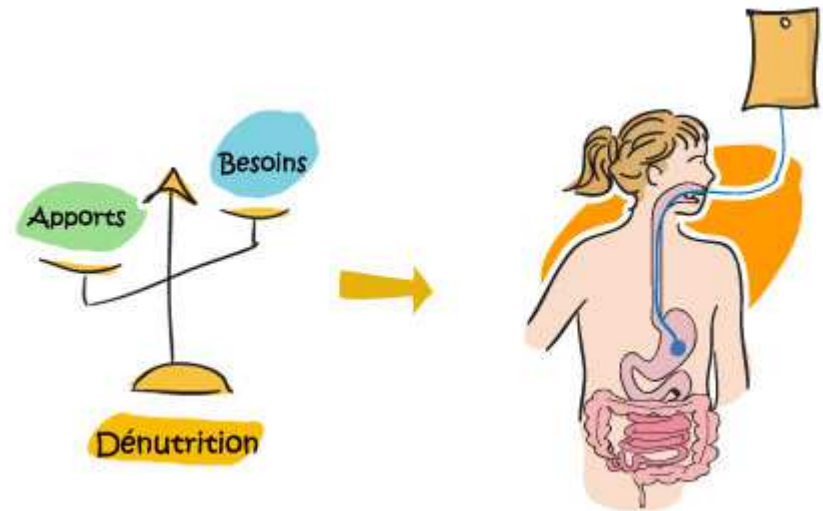
- Rétrospective, multicentrique, comparative.
- Centres d'oncologie pédiatrique du Grand Ouest.
- Du 1<sup>er</sup> janvier 2003 au 31 décembre 2013.

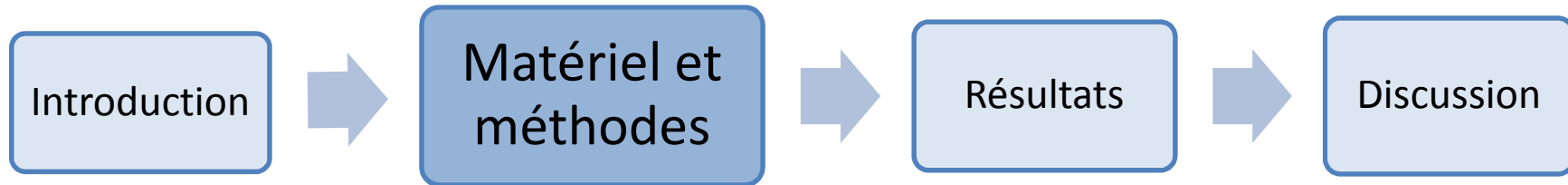
Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"><li>- Age &lt; 20 ans.</li><li>- Diagnostic initial de tumeur osseuse primitive maligne.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Absence de contingent osseux.</li><li>- Absence de suivi.</li></ul>



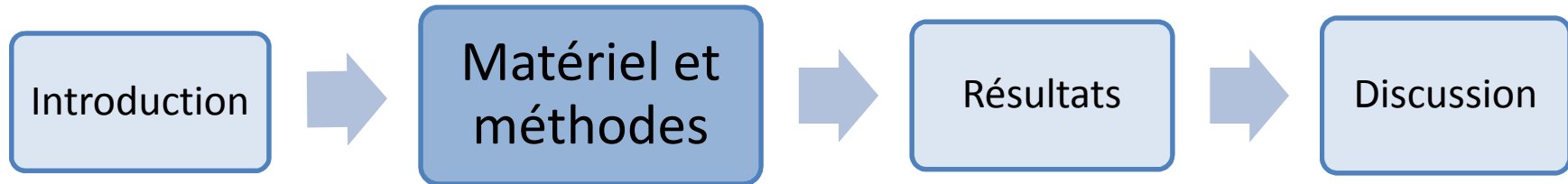
- **Comparaison de 3 groupes de patients :**

- Gastrostomie précoce.
- SNG.
- Aucun des 2.



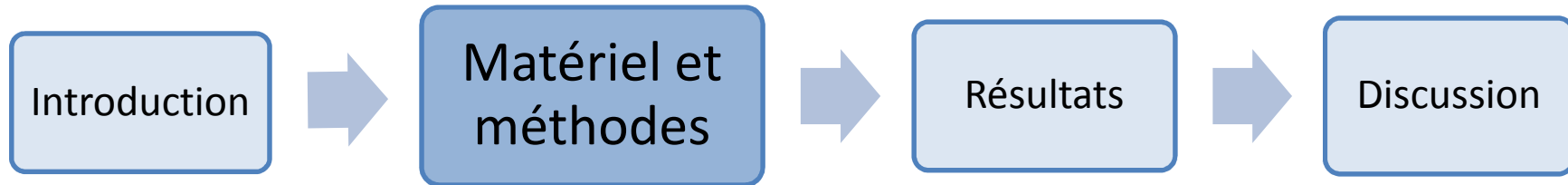


- **Évaluation nutritionnelle :**
  - Indices de Waterlow P/T (dénutrition aiguë) et T/A (dénutrition chronique).
  - Indice de masse corporelle.
  - Z-scores.
- **Temps :**
  - Au diagnostic, 3 mois avant la chirurgie, à la chirurgie, 3 mois après la chirurgie, fin de traitement, 6-12 mois après.



- Évaluation des complications de la gastrostomie précoce.
- Évaluation de la tolérance des traitements.
- Évaluation des complications liées à la prise en charge.





### **Critères de jugements principaux**

- Dynamique des Z-scores des paramètres nutritionnels.
- Fréquence des complications de la gastrostomie précoce.

### **Critères de jugements secondaires**

- Modifications du programme thérapeutique.
- EFS et OS à 4 ans.

Introduction



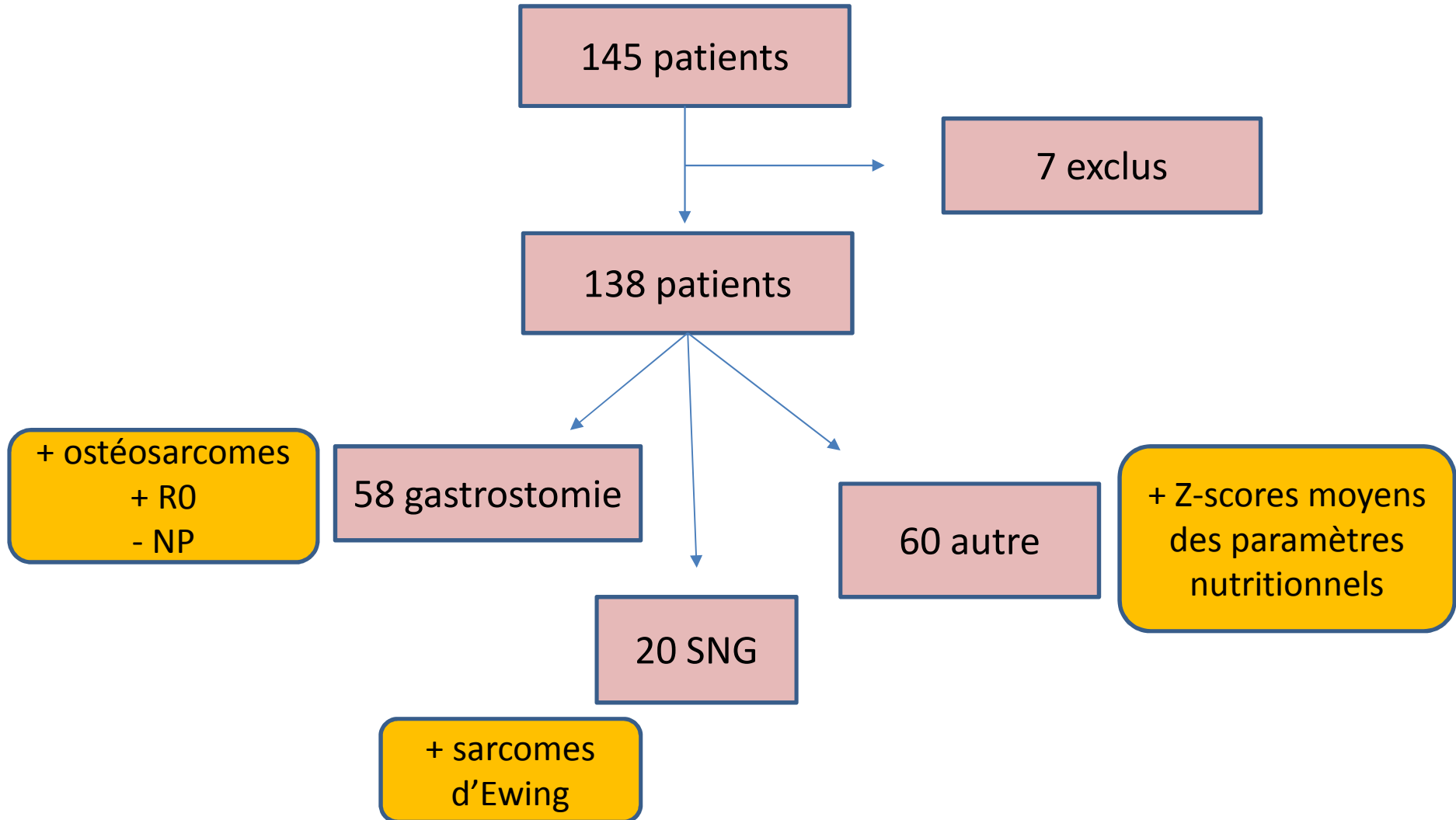
Matériel et méthodes

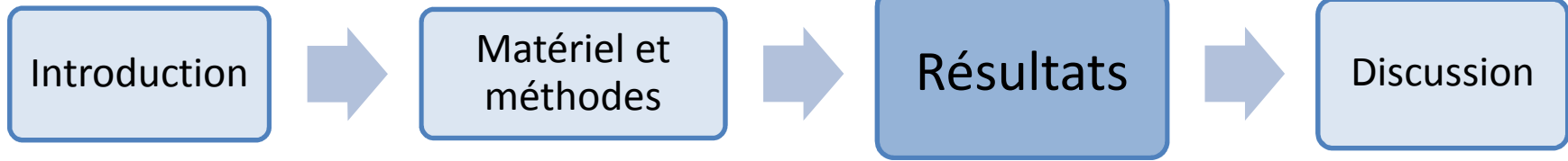


Résultats



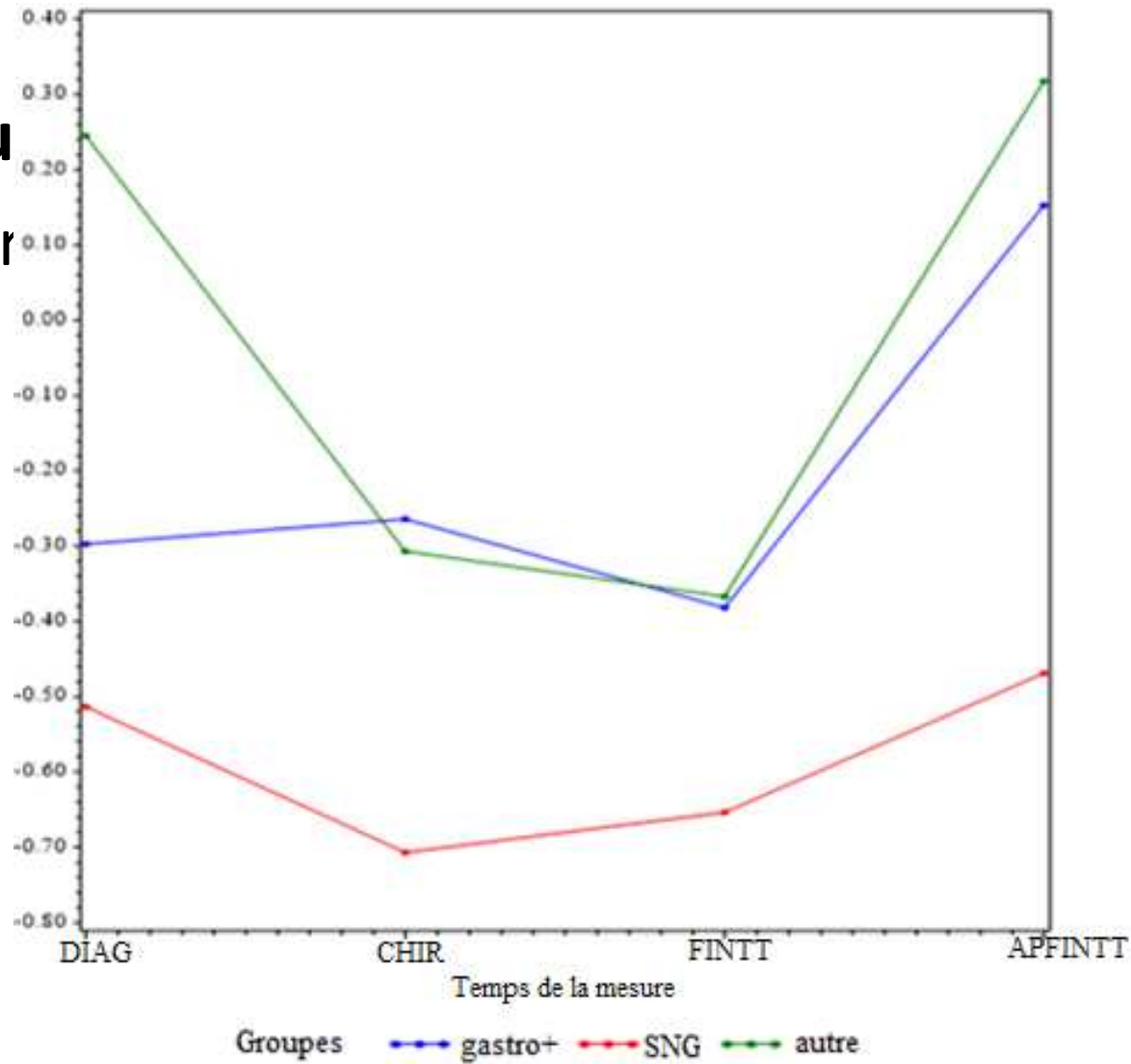
Discussion

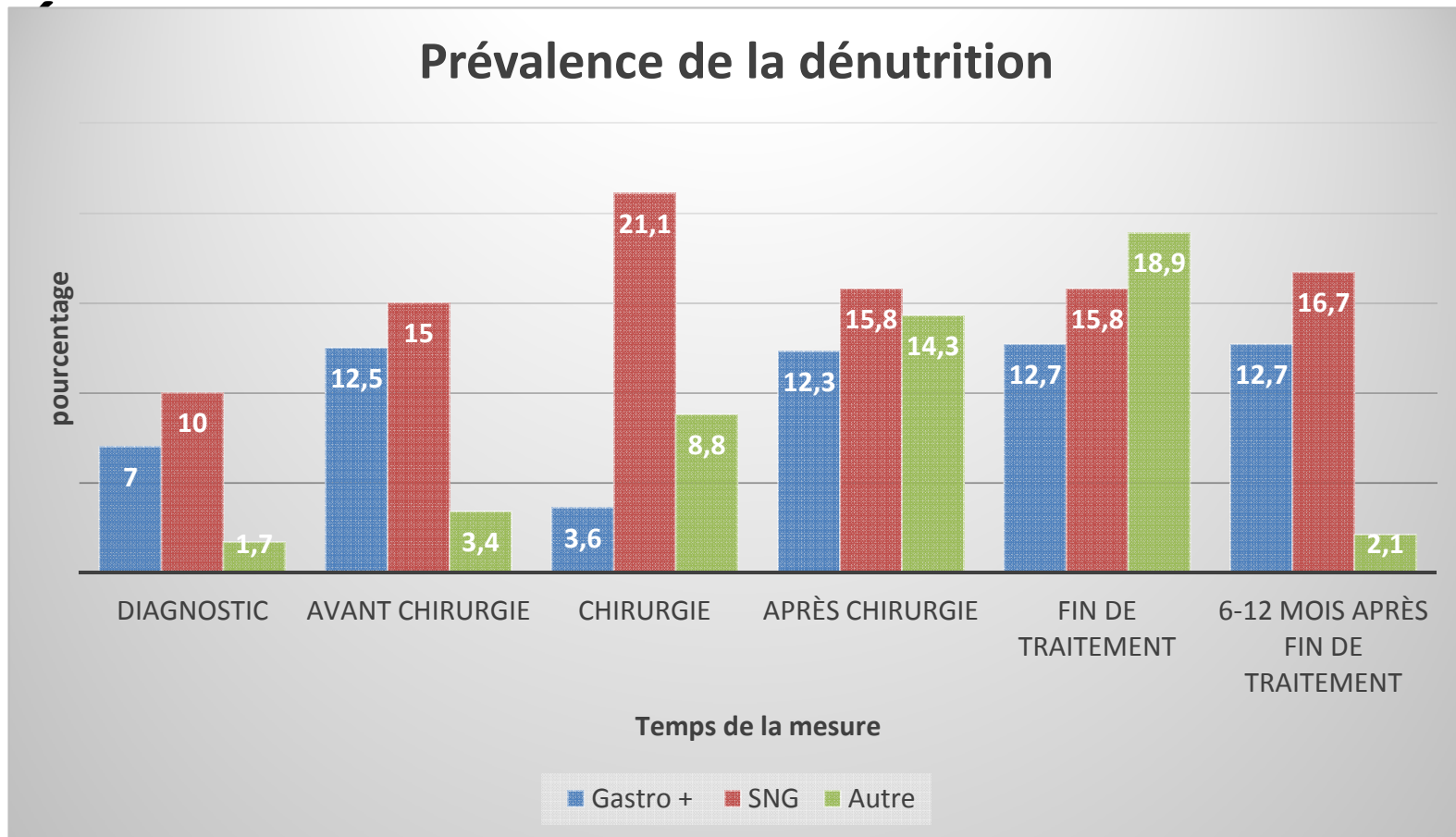
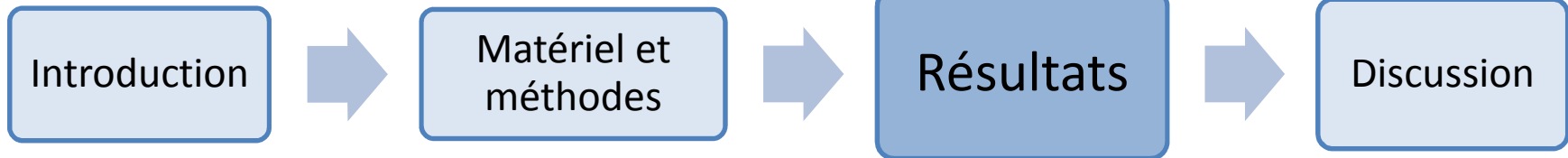


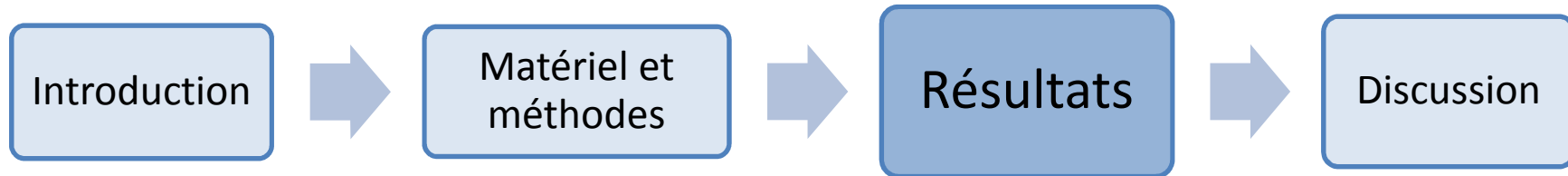


- **Évalu**  
– Var

IMC.



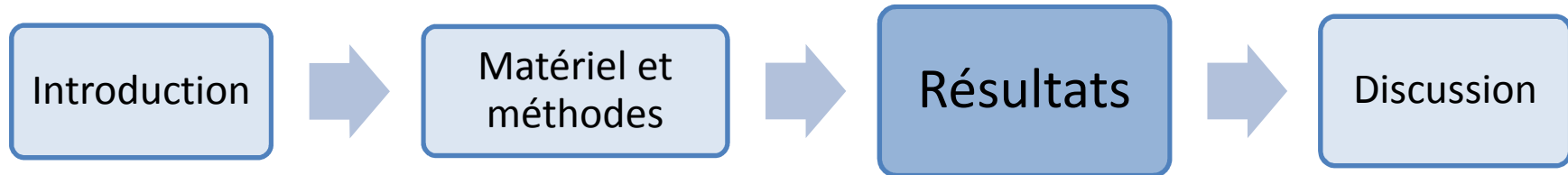




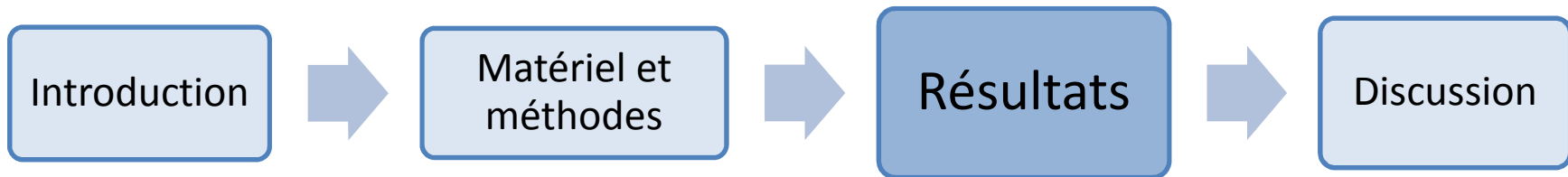
- **Complications de la gastrostomie :**

- 63,8% des patients ont présenté au moins une complication.
- 82 complications pour 58 patients.
- 92,7% lors d'épisodes d'aplasie fébrile, de mucite ou d'infection.

Type de complication	%
Inflammation	77
Infection systémique	9,8
Complication majeure	9,7



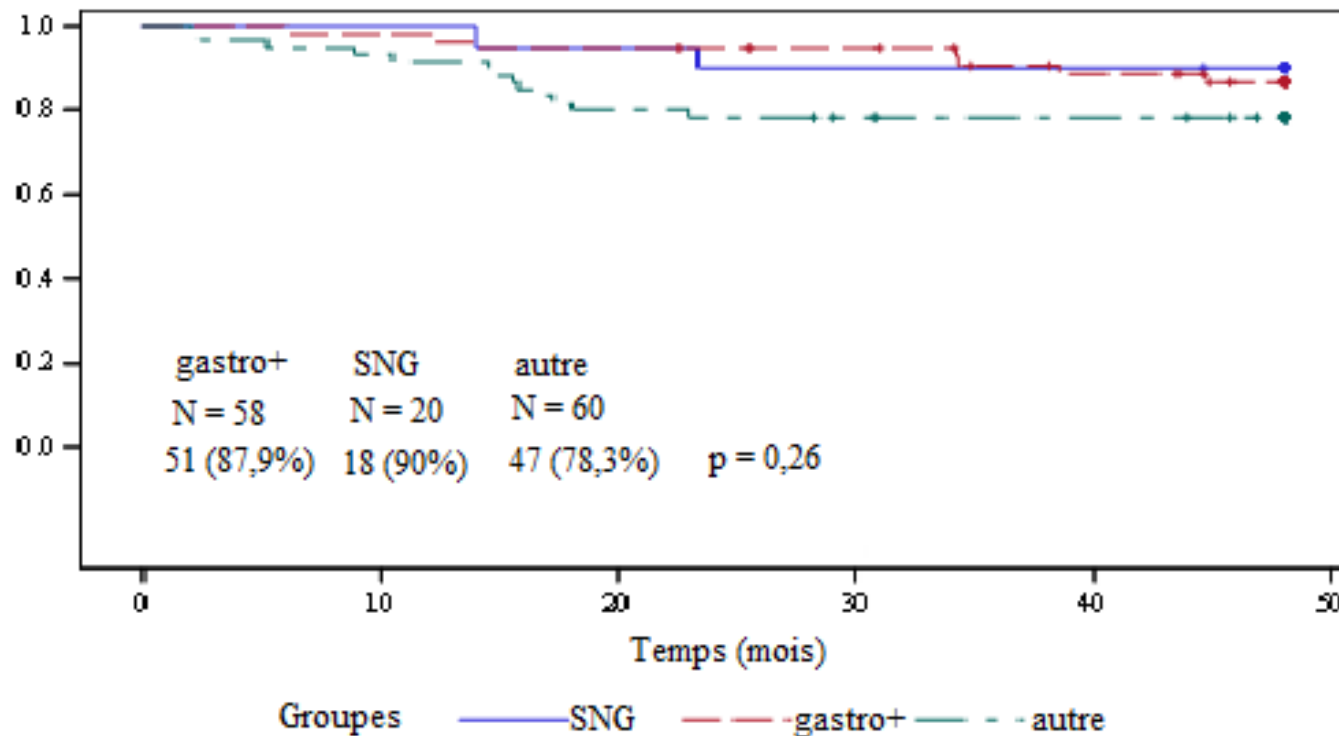
- **Tolérance du traitement :**
  - Pas de différence de délais ou de retard de traitements.
  - Plus de modifications du schéma de chimiothérapie postopératoire dans le groupe « gastrostomie ».
- **Complications du traitement :**
  - Pas de différence du nombre, de la durée des hospitalisations.

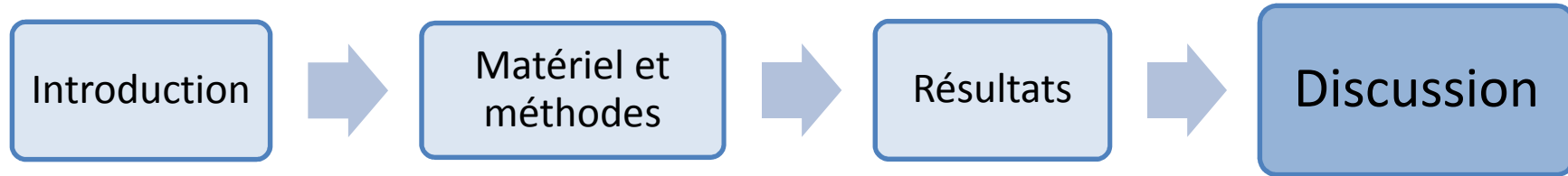


- **EFS et OS à 4 ans :**

- Pas de différence.

- Analyse multivariée : pas d'effet «groupe ».



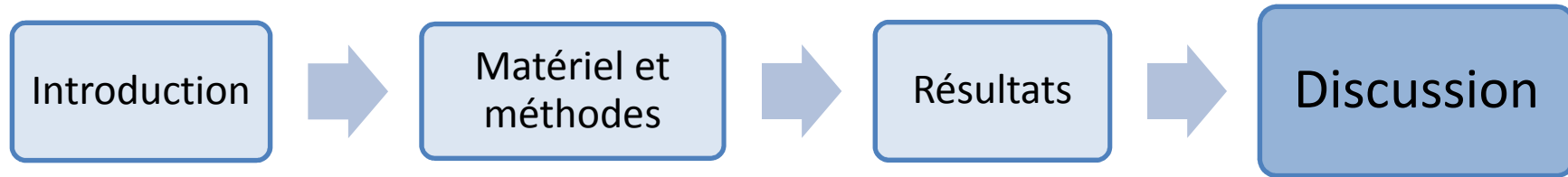


- **Efficacité de la gastrostomie précoce sur le plan nutritionnel :**
  - Stabilisation du statut nutritionnel.
  - Evite dégradation du statut nutritionnel au début de la prise en charge (vs pas de soutien nutritionnel ou SNG).
  - Meilleure que SNG?
- Mais complications (surtout mineures).

*Barron MA et al. Med Pediatr Oncol. 2000.  
Schmitt F et al. Pediatr Blood Cancer. 2012.  
Aquino VM et al. J Pediatr. 1995.*

*Mathew P et al. J Pediatr Hematol Oncol. 1996.  
Parbhoo DM. Pediatr Blood Cancer. 2011.*

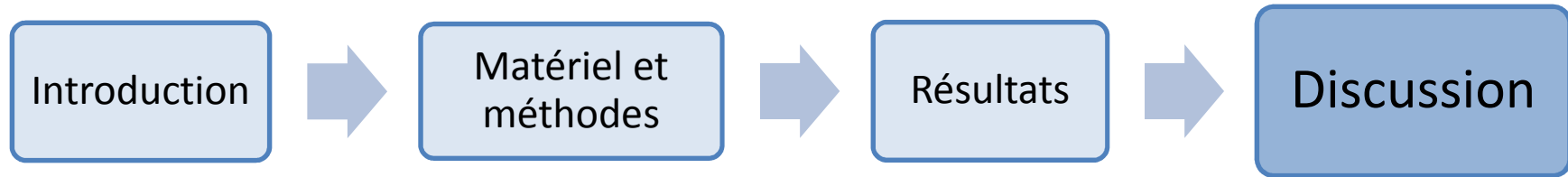




- Pas d'augmentation des complications même si statut nutritionnel au diagnostic moins bon.
- Pas de différence OS et EFS à 4 ans même si plus de modifications du traitement.
- Diminution utilisation de la nutrition parentérale.

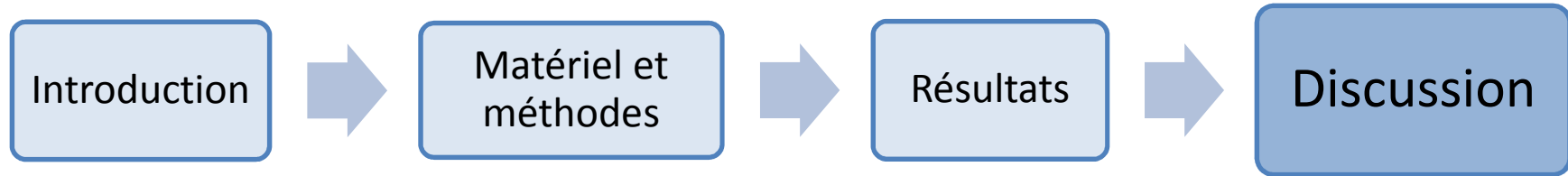
*Hingorani P et al. Pediatr Blood Cancer. 2011.*

*Taj MM et al. Pediatr Hematol Oncol. 1993.*



- **Points forts :**

- Cohorte importante.
- Homogénéité (pathologies, âge, traitements, prévalence de dénutrition).
- Comparaison.
- Utilisation de Z-scores.



- **Points faibles :**

- Rétrospective.
- Déséquilibre des groupes de pathologies / Z-scores moyens des paramètres nutritionnels au diagnostic.
- Biais de sélection.

## Conclusion

- Importance de l'évaluation et de la prise en charge nutritionnelle **précoce** surtout en pédiatrie.
- Mise en place précoce d'une nutrition entérale si patient présente un Z-score IMC < -1 DS ou systématique?
- Nécessité de travaux prospectifs :
  - Séquelles esthétiques.
  - Effets à longs termes de la nutrition entérale/poids.
  - Qualité de vie SNG/gastrostomie.