

PRISE EN CHARGE DES CANCERS DIGESTIFS CHEZ LE SUJET AGE PLACE DE LA NUTRITION DANS LE PARCOURS DE SOINS

Dr Audrey Le Hénaff, Médecin nutritionniste GHBS Lorient



PLAN

- INTRODUCTION
- DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES
- CONSEQUENCES DE LA DENUTRITION ET ENJEUX
- CRITERES DIAGNOSTIQUES DE LA DENUTRITION DU SUJET AGE
- PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE ET PLACE DANS LE PARCOURS DE SOIN DES CANCERS DIGESTIFS CHEZ LE SUJET AGE
- CONCLUSION



INTRODUCTION

- Au cœur du **programme personnalisé de soins**, une **évaluation globale multidimensionnelle**
 - l'évaluation gériatrique approfondie: EGA
 - dont l'objectif est de guider le projet thérapeutique de manière *adaptée, ciblée et proportionnée*
 - **La nutrition tient une place importante dans cette évaluation**
 - élément du *projet thérapeutique et médical*
 - et aussi *une dimension des soins oncologiques de support*

Pourtant, la dénutrition est **encore largement sous diagnostiquée et sous-traitée**
- > Quelle place de la nutrition dans le programme personnalisé de soins en oncogériatrie?**



DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

- **Prévalence plus élevée de la dénutrition** chez les sujets âgés

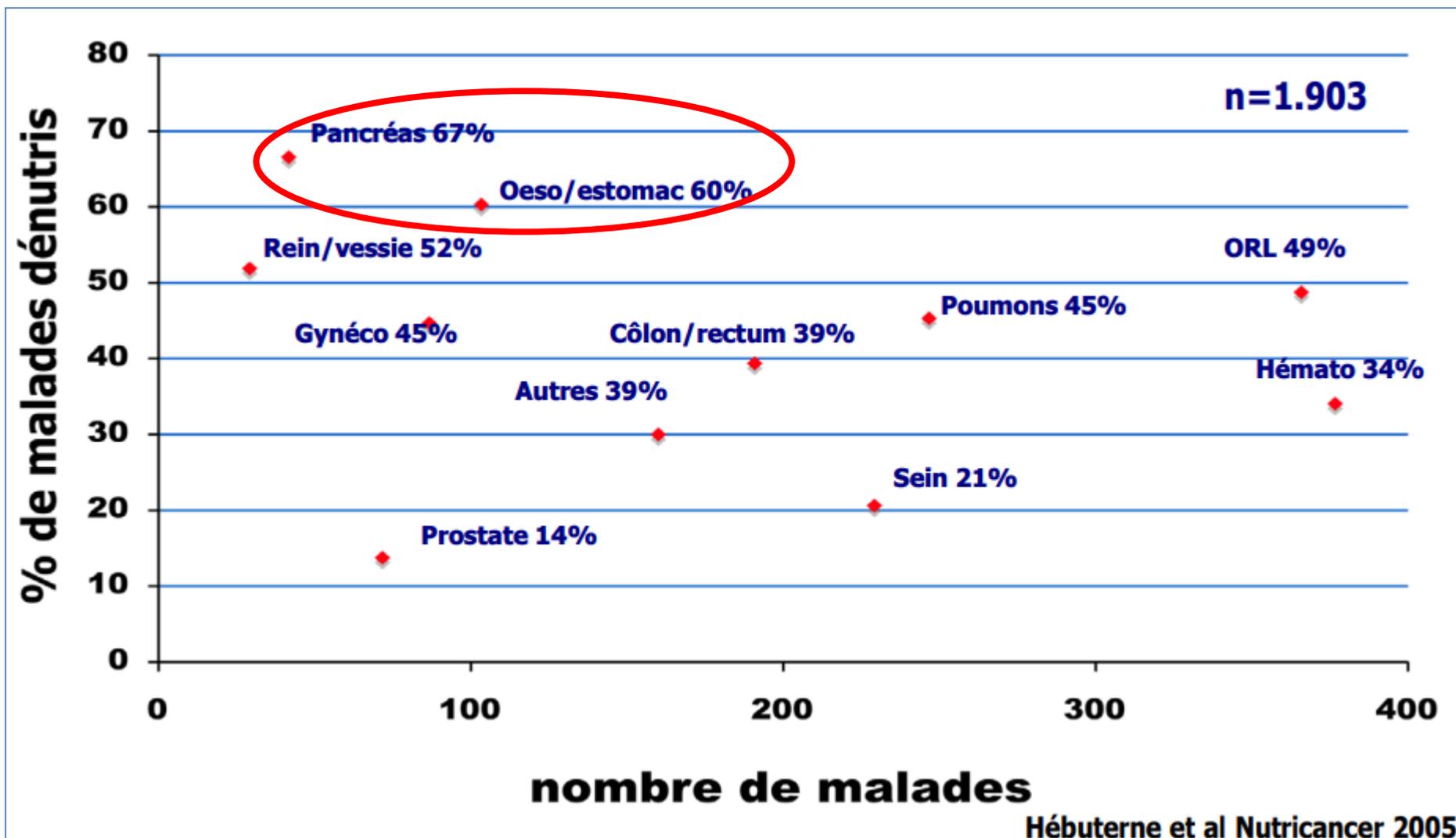
- ✓ modifications physiologiques liées au vieillissement
- ✓ accumulation des pathologies
- ✓ aggravation par les médicaments, les régimes
- ✓ dépendance et isolement social



- **L'incidence des cancers est 11 fois plus importante** après 65 ans
->**le risque de dénutrition du sujet âgé atteint de cancer est accru comparativement au sujet plus jeune**

- **Prévalence élevée de la dénutrition en cancérologie digestive**

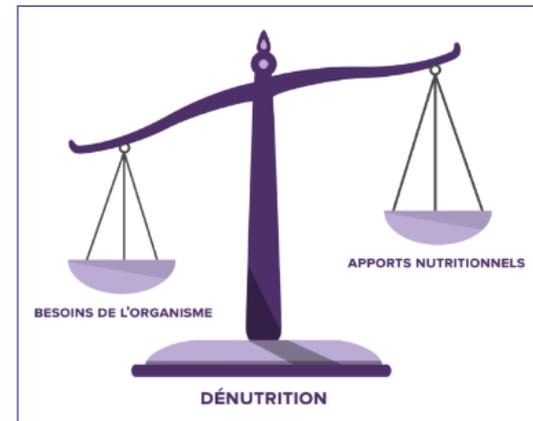
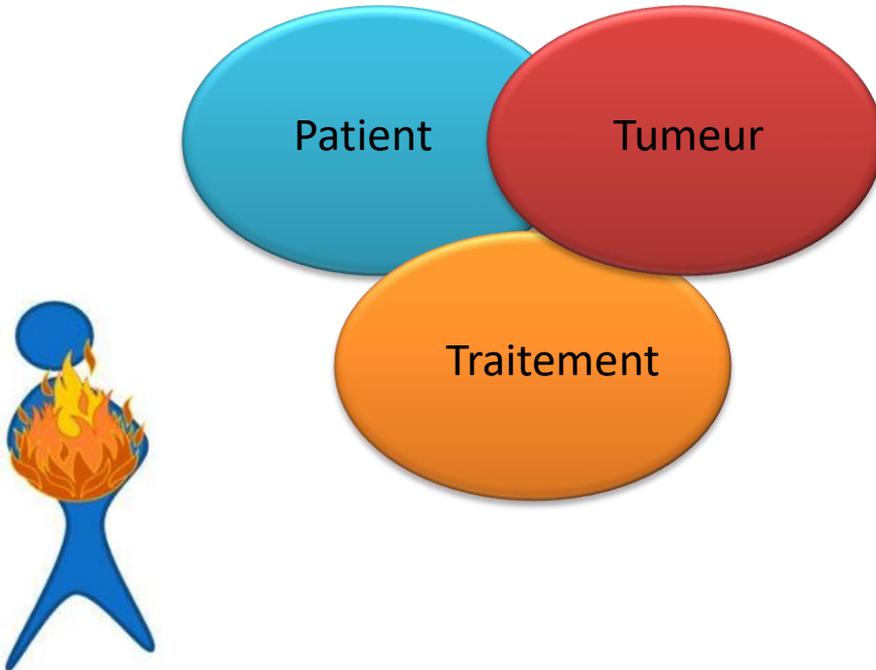
Prévalence de la dénutrition selon le type de cancer



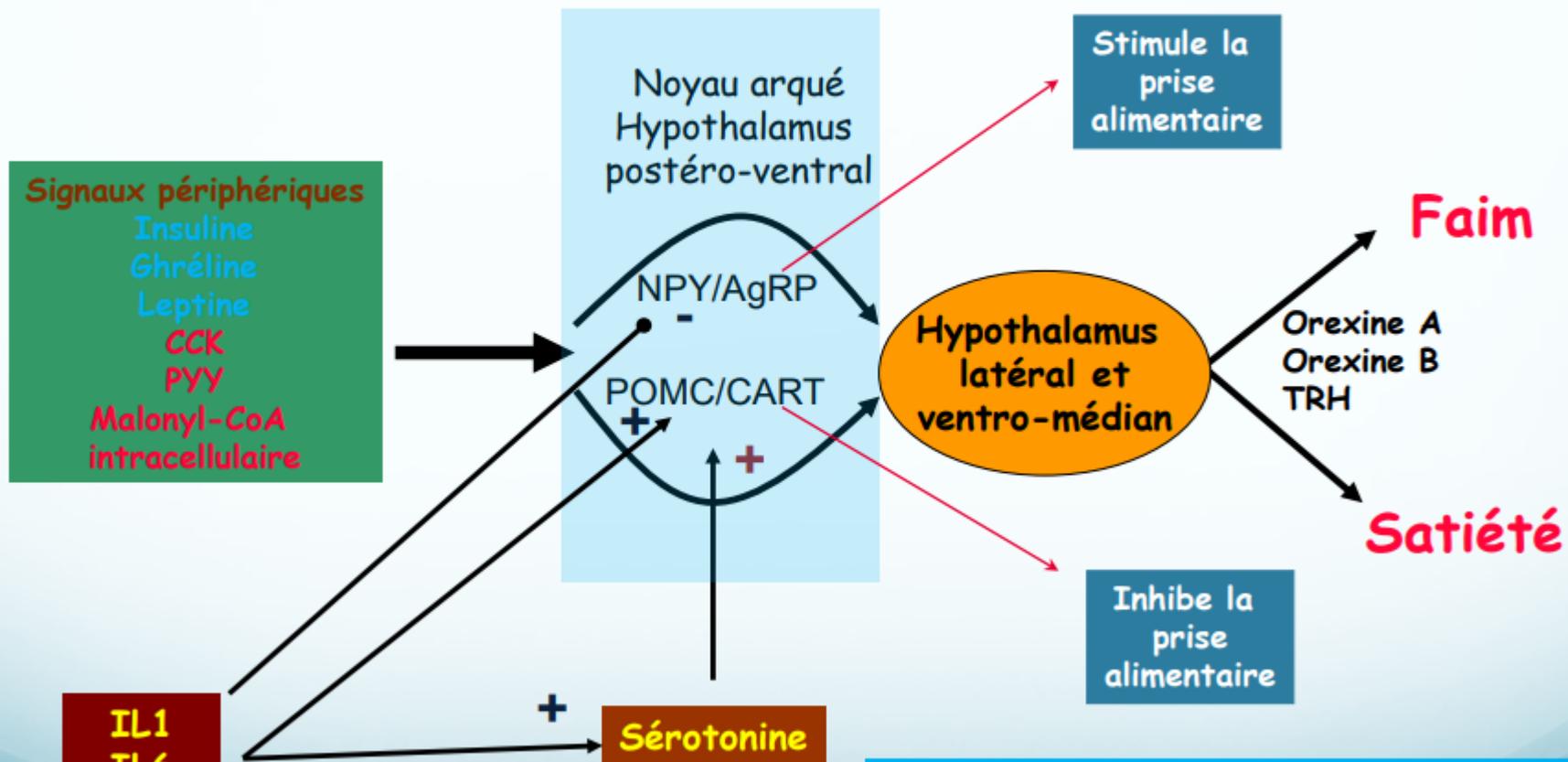
Hébuterne et al Nutricancer 2005

Causes de la dénutrition au cours du cancer

- **La perte d'appétit (anorexie)**
- Les conséquences des traitements
- Les troubles métaboliques liés à la tumeur



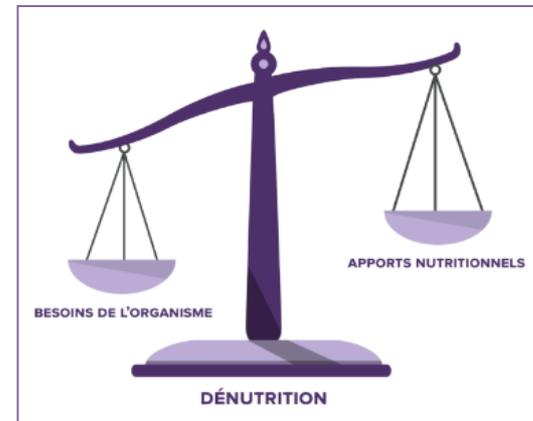
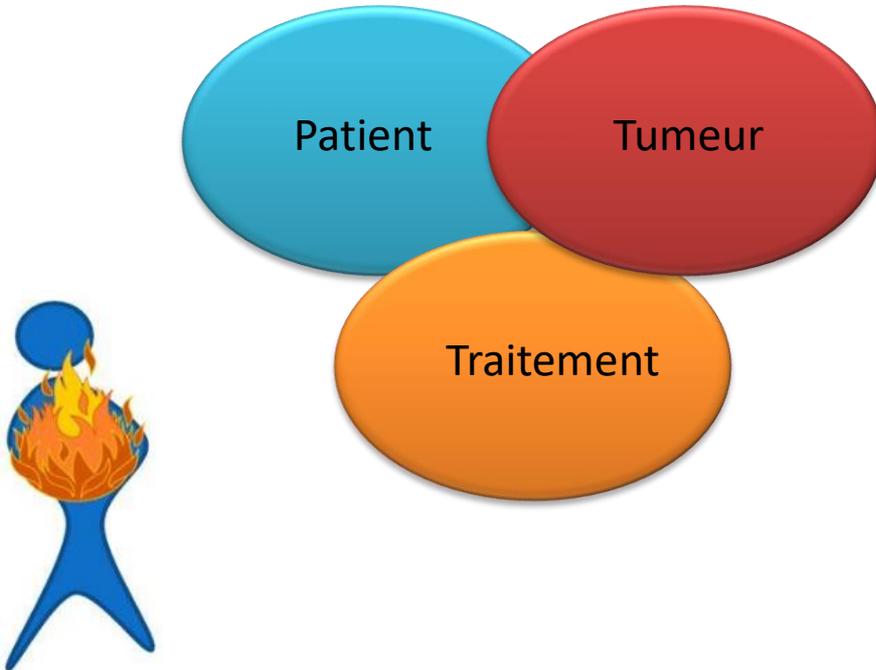
Physiopathologie des troubles du contrôle de l'appétit chez le malade cancéreux



NPY : neuropeptide Y
AGRP : Agouti-related peptide
POMC : pro-opiomelanocortin
CART : cocaine and amphetamin regulated transcript
TRH : thyrotropin-releasing hormone

Causes de la dénutrition au cours du cancer

- La perte d'appétit (anorexie)
- Les conséquences des traitements
- Les troubles métaboliques liés à la tumeur





CONSEQUENCE DE LA DENUTRITION ET ENJEUX

FACTEUR DE RISQUE INDÉPENDANT D'ACCROISSEMENT DE LA MORBIDITÉ ET DE LA MORTALITÉ

> Altération des différentes fonctions physiologiques essentielles (musculaire, immunitaire, cicatrisation)



> Fonte de la masse musculaire



> Risque de chute



> Infections



> Retentissement psychique et relationnel



> La mort quand la perte de masse protéique excède 50 %



Chez les patients atteints de cancer, la dénutrition altère leur pronostic:
dégradation de la qualité de vie, augmentation des complications du traitement et diminution de la survie



CRITERES DIAGNOSTIQUES DE LA DENUTRITION DU SUJET AGE

DÉNUTRITION CHEZ L'ADULTE DE 18 À 69 ANS
ET LA PERSONNE DE 70 ANS ET PLUS

Diagnostic, prise en charge et surveillance
d'après les recommandations de la HAS (2019¹ et 2021²)



DEFINITION

- Etat d'un organisme en **déséquilibre nutritionnel**
- caractérisé par un **bilan énergétique et/ou protéique négatif**
- conduisant à :
 - des **effets délétères sur les tissus** avec des changements mesurables des fonctions corporelles et/ou de la composition corporelle,
 - associés à une **aggravation du pronostic des maladies**, à une **diminution de la qualité de vie**
 - et, plus particulièrement chez les personnes âgées, à une **augmentation du risque de dépendance**.

Étape 1 ——— DIAGNOSTIC DE LA DÉNUTRITION

Critères phénotypiques

au moins 1 critère



Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie



IMC $< 18,5 \text{ kg/m}^2$

IMC $< 22 \text{ kg/m}^2$ ←



Réduction quantifiée de la **masse** et/ou de la **fonction musculaire** (voir fiche dénutrition SFNCM)

Sarcopénie confirmée (voir fiche dénutrition SFNCM) ←



Critères étiologiques

au moins 1 critère



Réduction de la prise alimentaire $\geq 50\%$ pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction pendant plus de 2 semaines (évaluation facilitée par l'utilisation du Score d'Evaluation Facile des Ingesta, SEFI[®]) par rapport à la consommation alimentaire habituelle quantifiée ou aux besoins protéino-énergétiques estimés



Diminution de l'**absorption digestive**



Situations d'agression (pathologies aiguë, chronique évolutive ou maligne évolutive)

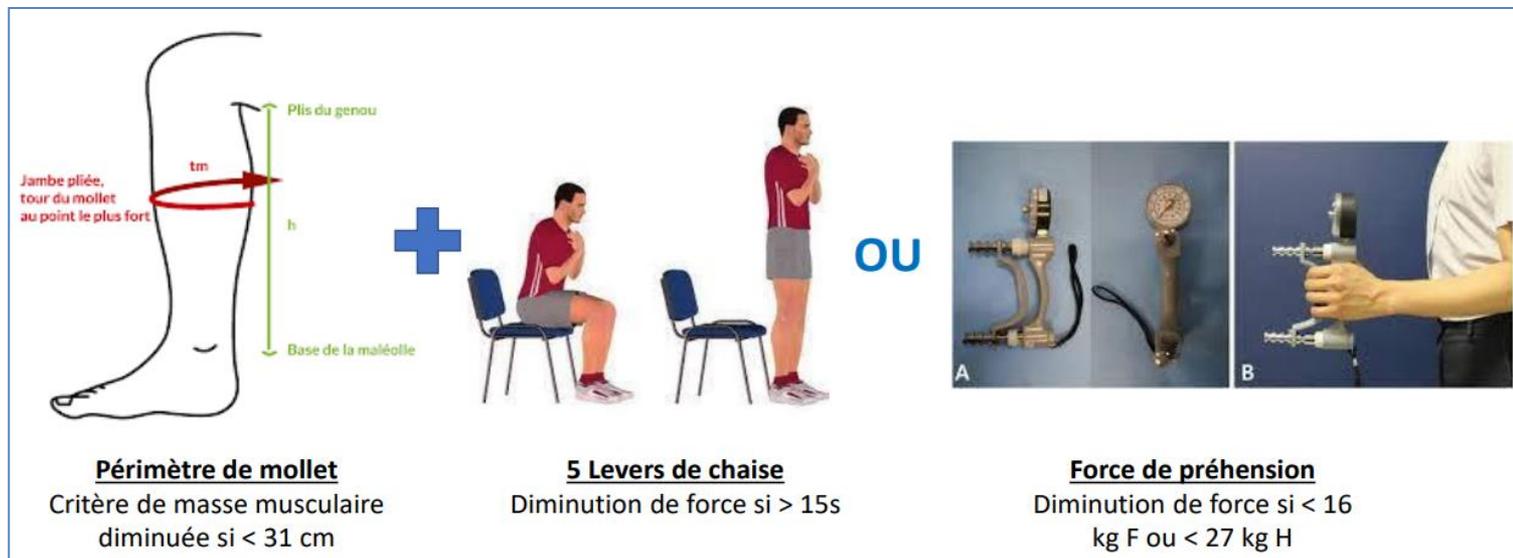
Cas particulier de la personne obèse dénutrie : ne pas tenir compte de l'IMC

● Adulte de 18 à 69 ans

● Personne de 70 ans et plus

■ Consensus européen (EWGSOP 2019) définissant la sarcopénie confirmée comme l'association d'une réduction de la force et de la masse musculaires

RÉDUCTION DE LA FORCE MUSCULAIRE (au moins 1 critère)	Hommes	Femmes
5 levers de chaise en secondes	> 15	
Force de préhension (dynamomètre) en kg	< 27	< 16
ET RÉDUCTION DE LA MASSE MUSCULAIRE (au moins 1 critère) ^{***}	Hommes	Femmes
Masse musculaire appendiculaire en kg	< 20	< 15
Index de masse musculaire appendiculaire en kg/m ²	< 7	< 5,5



The diagram illustrates three methods for assessing muscle mass and strength. On the left, a blue arrow points to a diagram of a human leg with the calf circumference measurement. A red oval labeled 'tm' indicates the measurement point at the widest part of the calf. A green vertical line labeled 'h' indicates the distance from the knee fold to the base of the ankle. In the center, a blue plus sign is followed by an illustration of a person performing a chair rise test, sitting on a chair and standing up. On the right, a blue 'OU' (OR) is followed by two photographs of dynamometers, labeled 'A' and 'B', used for measuring grip strength.

Périmètre de mollet
Critère de masse musculaire diminuée si < 31 cm

5 Levers de chaise
Diminution de force si > 15s

Force de préhension
Diminution de force si < 16 kg F ou < 27 kg H

Étape 2

DÉTERMINATION DE LA SÉVÉRITÉ DE LA DÉNUTRITION

Dénutrition modérée

1 seul critère suffit



Perte de poids $\geq 5\%$ et $< 10\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ et $< 15\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ et $< 15\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie



$17 < \text{IMC} < 18,5 \text{ kg/m}^2$
 $20 \leq \text{IMC} < 22 \text{ kg/m}^2$



$30 < \text{albuminémie} < 35 \text{ g/l}$ ou $\text{albuminémie} \geq 30 \text{ g/l}$ (mesure par immunonéphélométrie ou immunoturbidimétrie) quel que soit l'état inflammatoire

Dénutrition sévère

1 seul critère suffit



Perte de poids $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois ou $\geq 15\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie



$\text{IMC} \leq 17 \text{ kg/m}^2$
 $\text{IMC} < 20 \text{ kg/m}^2$ ←



$\text{Albuminémie} \leq 30 \text{ g/l}$ ou $< 30 \text{ g/l}$ (mesure par immunonéphélométrie ou immunoturbidimétrie) quel que soit l'état inflammatoire

Cas particulier de la personne obèse dénutrie : ne pas tenir compte de l'IMC

IMC : Indice de masse corporelle

● Adulte de 18 à 69 ans

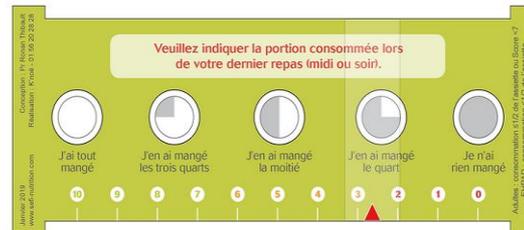
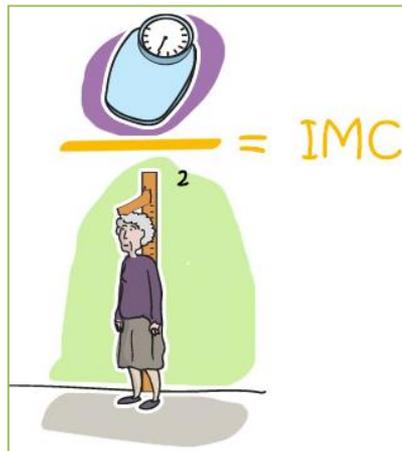
● Personne de 70 ans et plus

Étape 3:

Surveillance de l'évolution de l'état nutritionnel

- Quel que soit le statut nutritionnel, la surveillance repose sur :
 - la mesure du poids ;
 - le calcul de l'IMC ;
 - l'évaluation de l'appétit ;
 - l'évaluation de la consommation alimentaire ;
 - la force musculaire.

- En ville : 1 fois par mois à domicile et à chaque consultation.
- À l'hôpital MCO et SSR : à l'entrée, puis au moins une fois par semaine, et à la sortie.
- En EHPAD et USLD : à l'entrée, puis au moins une fois par mois, et à la sortie.





PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE ET PLACE DANS LE PARCOURS DE SOIN DES CANCERS DIGESTIFS CHEZ LE SUJET AGE (1)

1) DEPISTAGE

"Dès le diagnostic, intégrés au dispositif d'annonce et réalisés tout au long des traitements"

- **Poids** : pesée systématique à chaque consultation
- **Pourcentage de perte de poids**
- **IMC**
- **Evaluation des ingesta**, exemple : SEFI
- **Mesure de la masse et de la fonction musculaire**
- **Albuminémie**



Conception : Pr. Florent Thibault
Réalisation : Kineo - 01 95 20 79 24
Janvier 2019
www.sefi-nutrition.com

Jeune : consommateurs s'02 de la tablette ou Score < 7
Adultes : consommateurs s'02 de la tablette ou Score < 7
+ distribution ou Requeste de distribution

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

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
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



PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE ET PLACE DANS LE PARCOURS DE SOIN DES CANCERS DIGESTIFS CHEZ LE SUJET AGE (2)

2) QUELS BESOINS NUTRITIONNELS ?

Chez un patient atteint d'un cancer selon la phase thérapeutique, l'ESPEN recommande :

- un apport en protéines de 1.2 à 1.5g/kg/j.
- en oncologie médicale : 30 à 35 Kcal/kg de poids/jour
- en péri-opératoire : 25 à 30 Kcal/kg de poids/jour

- Pour les stades avancés
- Chez les patients en fin de vie





PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE ET PLACE DANS LE PARCOURS DE SOIN DES CANCERS DIGESTIFS CHEZ LE SUJET AGE (3)

3) PRISE EN CHARGE

☐ MODALITES GENERALES

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES (2007)

Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée

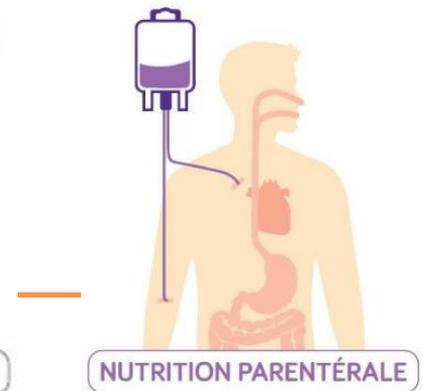
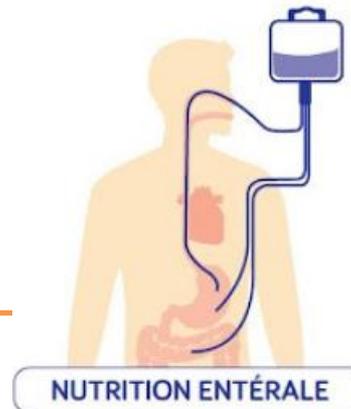
3 niveaux de prise en charge:

1. Optimisation des apports oraux spontanés

Conseils nutritionnels, fractionnement et enrichissement de l'alimentation

2. Compléments nutritionnels oraux

3. Nutrition artificielle



☐ SELON LA PHASE THERAPEUTIQUE

➤ en cas de chirurgie:
*prise en charge nutritionnelle
périopératoire*



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

Nutrition clinique et métabolisme 25 (2011) 48–56

NUTRITION CLINIQUE
et MÉTABOLISME

Recommandations

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 »

French clinical guidelines on perioperative nutrition. Update of the 1994 consensus conference on "Perioperative artificial nutrition after elective surgery in adults"

Cécile Chambrier^{a,*}, François Sztark^b, groupe de travail de la Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNEP) et de la Société française d'anesthésie et réanimation (SFAR)

^a Service de nutrition clinique intensive, hôpital de la Croix-Rousse, Hospices civils de Lyon, 103, grande rue de la Croix-Rousse, 69004 Lyon, France

^b Service d'anesthésie réanimation I, groupe hospitalier Pellegrin, CHU de Bordeaux, place Amélie-Raba-Léon, 33076 Bordeaux cedex, France

Disponible sur Internet le 12 mai 2011

1^{ère} étape: déterminer le **grade nutritionnel (GN)**

- Facteur de risque de dénutrition
- Etat nutritionnel
- Risque lié à l'acte chirurgical

Évaluation du grade nutritionnel du patient

GRADE NUTRITIONNEL 1 (GN 1)	<u>Patient non dénutri</u> ET chirurgie sans risque élevé de morbidité ET pas de facteur de risque de dénutrition
GRADE NUTRITIONNEL 2 (GN 2)	<u>Patient non dénutri</u> ET présence d'au moins un facteur de risque de dénutrition OU chirurgie avec risque élevé de morbidité
GRADE NUTRITIONNEL 3 (GN 3)	<u>Patient dénutri</u> ET chirurgie sans risque élevé de morbidité
GRADE NUTRITIONNEL 4 (GN 4)	<u>Patient dénutri</u> ET chirurgie à risque élevé de morbidité

Critères de dénutrition (GN 3 et 4) :

- Perte de poids récente > 10 %
- IMC ≤ 18,5 (ou < 21 au delà de 70 ans)
- Albumine < 30 g/L

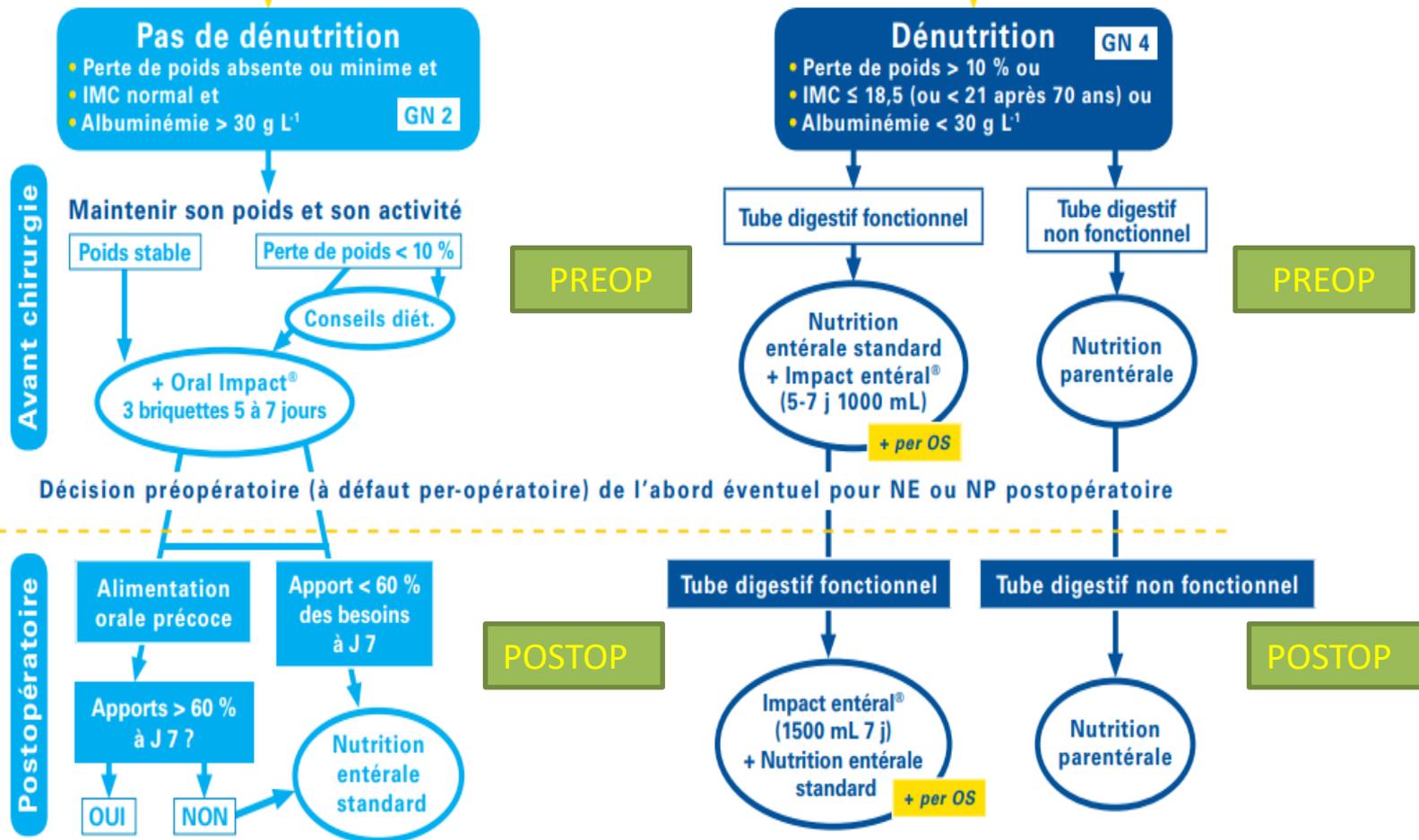
Facteurs de risque liés au patient (comorbidités)

Âge > 70 ans
Cancer
Hémopathie maligne
Sepsis
Pathologies chroniques Digestive, diabète, insuffisance d'organe, pathologie neuromusculaire et polyhandicap, syndrome inflammatoire
VIH/SIDA
Antécédent de chirurgie digestive majeure (grêle court, pancréatectomie, gastrectomie, chirurgie bariatrique)
Syndrome dépressif, troubles cognitifs, démence, syndrome confusionnel
Symptômes persistants Dysphagie, nausée-vomissement-sensation de satiété précoce, douleur, diarrhée, dyspnée
Facteurs de risques liés à un traitement (traitement à risque)
Traitement à visée carcinologique (chimiothérapie, radiothérapie)
Corticothérapie > 1 mois
Polymédication > 5

2^{ème} étape: définir le mode de prise en charge

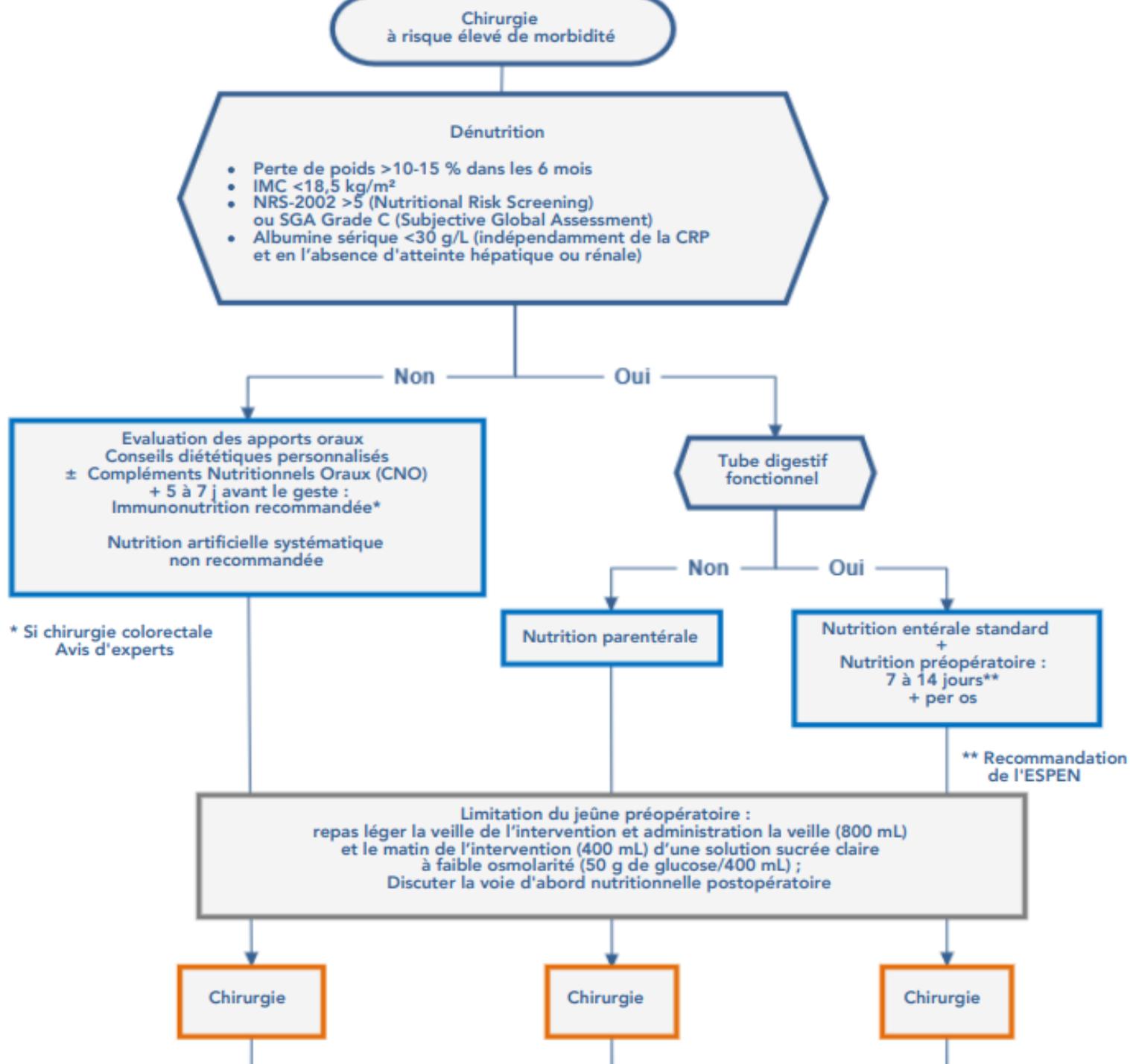
Selon le GN et pré/postop.

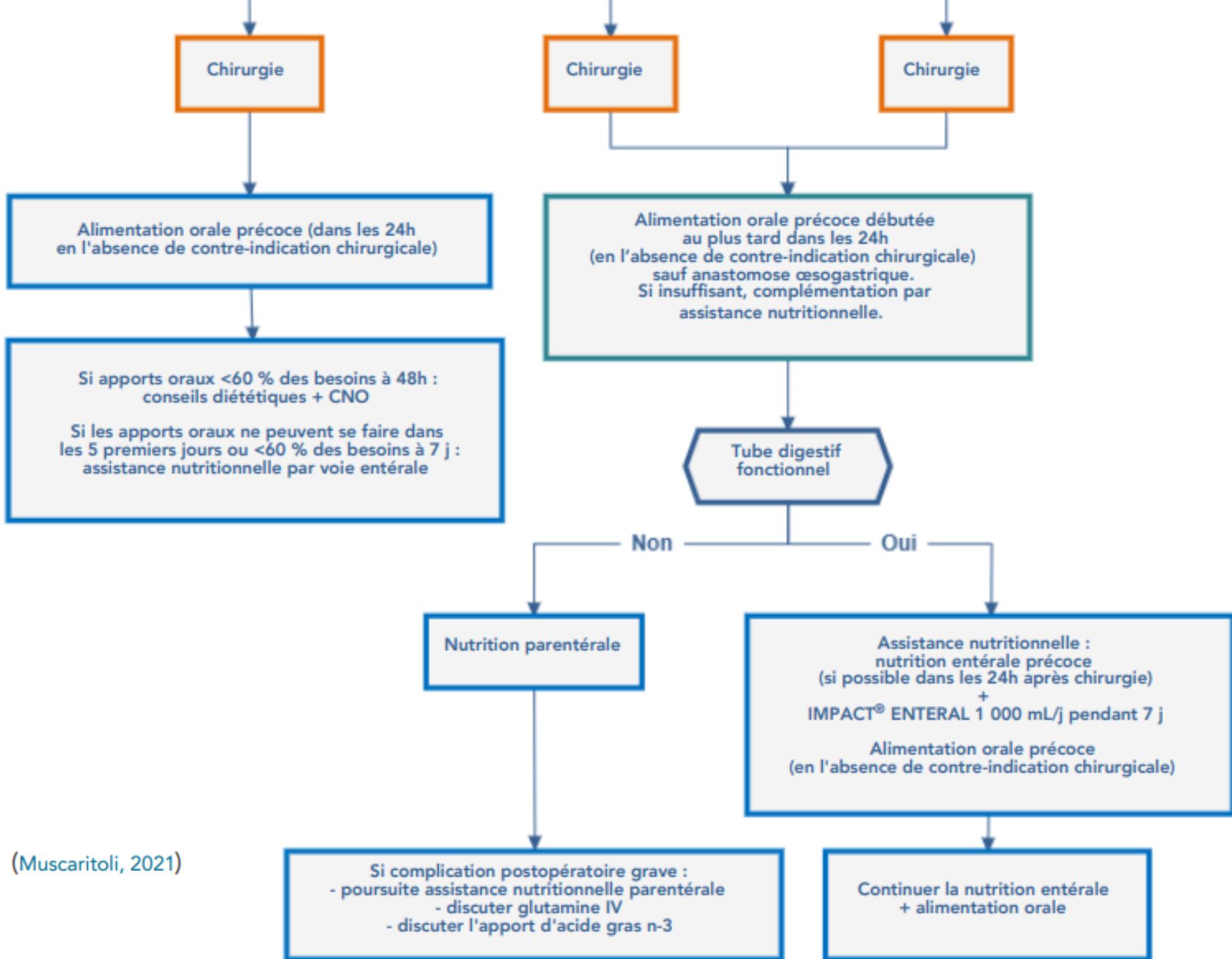
Chirurgie gastro-intestinale du cancer



Prise en charge nutritionnelle en cas de chirurgie

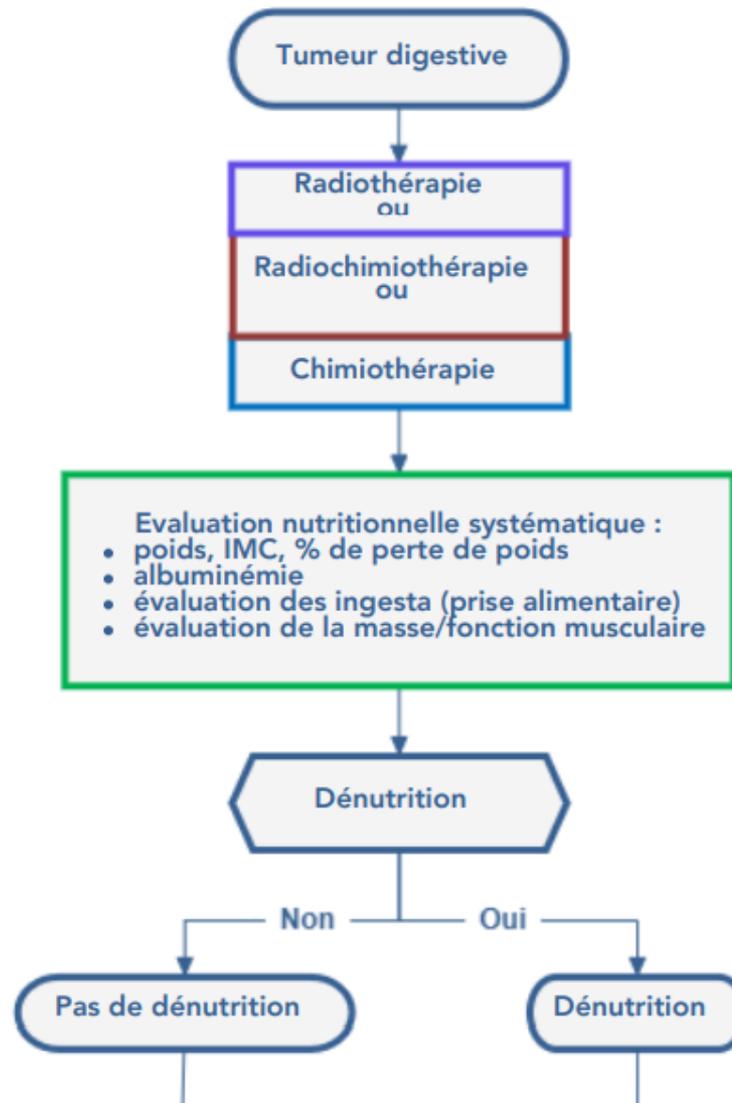
Schéma synthèse

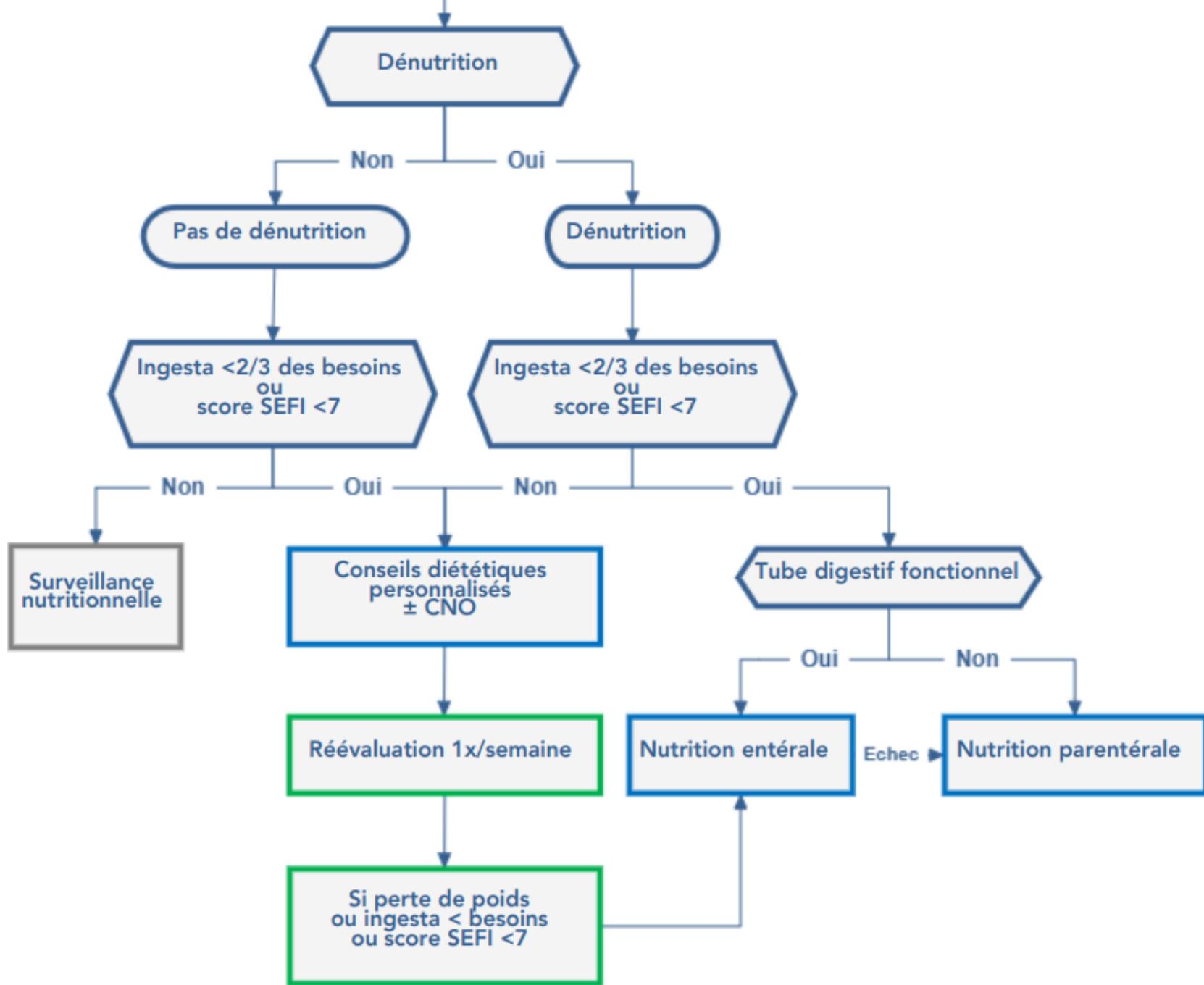




(Muscaritoli, 2021)

➤ prise en charge nutritionnelle
en cas de radiothérapie, radiochimiothérapie
ou chimiothérapie:





Ou plus simplement...

■ Prise en charge : arbre décisionnel du soin nutritionnel proposé par la SFNCM³

Évaluation de l'état nutritionnel + Évaluation des besoins protéino-énergétiques
+ Évaluation des ingesta

Pas de dénutrition

Ingesta = besoins
ou EVA $\geq 7/10$

Poids
1 fois/semaine

Ingesta < 2/3 besoins
ou EVA < 7/10

Alimentation enrichie
et/ou CNO

Réévaluation
1 fois/semaine

• Prise de poids
• Ingesta = besoins
• EVA $\geq 7/10$

Poursuite
alimentation enrichie
et/ou CNO

• Perte de poids
• Ingesta < besoins
• EVA < 7/10

Dénutrition modérée

Ingesta $\geq 2/3$ besoins
ou EVA $\geq 7/10$

Ingesta < 2/3 besoins
ou EVA < 7/10

Dénutrition sévère

Tube digestif
fonctionnel

OUI
Nutrition entérale

Durée prévisible
< 4 semaines
Sonde nasale

Durée prévisible
> 4 semaines
Gastro- ou jéjunostomie

✗
échec

NON
Nutrition parentérale

Courte durée
 ≤ 10 jours
VVP**

Toutes durées
VVC***

➤ CONCLUSION

- ❖ fréquence élevée de la dénutrition au cours des cancer digestifs
- ❖ La personne âgée est plus sensible à la dénutrition que les sujets plus jeunes

Pourtant, sa prise en charge est encore insuffisante:

-> Les conseils nutritionnels et la réévaluation de l'état nutritionnel à chaque consultation doivent être systématique!

- ❖ La nutrition devrait occuper une **place incontournable dans la prise en charge globale et multidisciplinaire** du patient :
 - ***sur le plan médical***, elle **améliore la survie** et **diminue la toxicité des traitements**,
 - ***et sur le plan des soins de support***, elle **améliore la qualité de vie** des malades et de leurs proches.

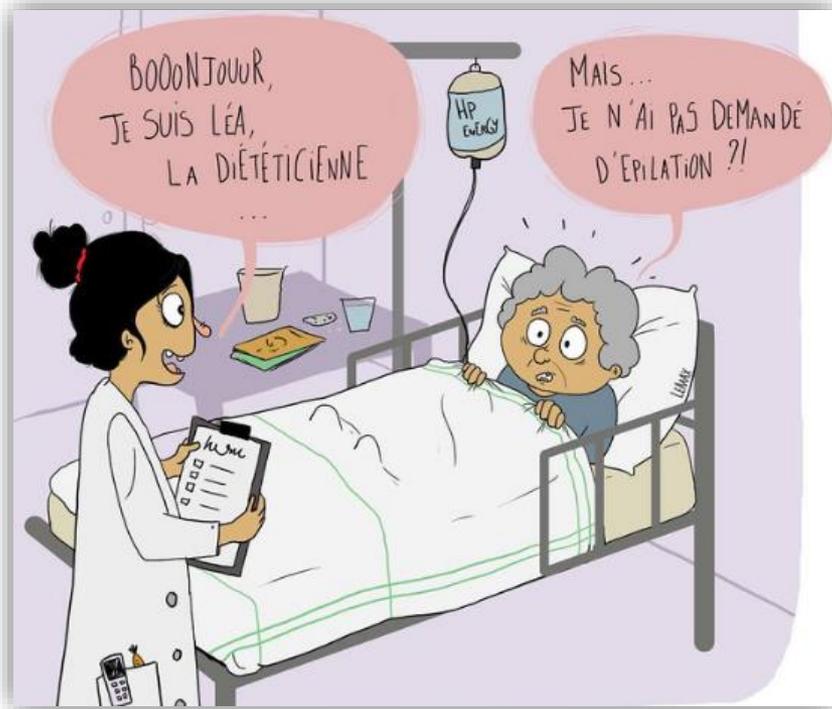
- ❖ Dans nos organisations de soins, en ville comme à l'hôpital, demeure **l'enjeu de prévenir, de diagnostiquer et de traiter la dénutrition** :

En oncogériatrie: score d'évaluation G8

- pour identifier les patients pour qui une évaluation gériatrique approfondie (EGA) est requise
- et définir le programme personnalisé de soins

-> Au cœur de ce parcours de soins, les diététiciens et médecins nutritionnistes sont des alliés sur lesquels les équipes médico-soignantes peuvent s'appuyer

Merci de votre attention



Des questions?

a.leruyetlehenaff@ghbs.bzh