



Nutrition et cancer, aspects pratiques

Patrick BACHMANN

*Département Anesthésie-Réanimation-Nutrition
Département Cancer - Environnement - Nutrition
CRLCC L Bérard 28 rue Laennec 69008 - LYON*



Conflits d'intérêt : Fresenius, Baxter, Nestlé, Nutricia

Cancer : Dénutrition / Obésité

- 1545 hospitalisés (59,3 ± 13,8 ans, H/F 0,75)
- 30,9 % de dénutris (12,2% dénutris sévères)
- 60,4 % ont perdu du poids dans les 6 mois

Facteurs indépendants associées à la dénutrition			
Facteurs	Odds ratio	IC 95%	Valeur p
IMC ≥ 30	1,58	1,08-2,31	0,018
PS ≥ 2	2,71	2,30-6,7	< 0,01
Kc. digestifs	3,39	1,89-6,10	< 0,01
Kc Tête et Cou	2,28	1,53-3,41	< 0,01

Cancer - Dénutrition : conséquences

- 1545 hospitalisés (59,3 ± 13,8 ans, H/F 0,75)
- + 36 % Antibiothérapie (35,5 vs 22,8%; $p < 0,001$)
- + 31 % DMS (19,3±19,4 vs 13,3±19,4 ; $p < 0,0001$)

Mortalité chez 1545 patients hospitalisés

	Dénutris (30,9 %)	Statut normal	valeur p
Mortalité 2 mois	26,7 %	11,8 %	< 0,0001

En analyse multivariée, seule la **dénutrition sévère** est associée à une augmentation de mortalité

OR 2,47 ; IC 95% 1,40-4,36 ; $p = 0,002$

Conséquences de la dénutrition

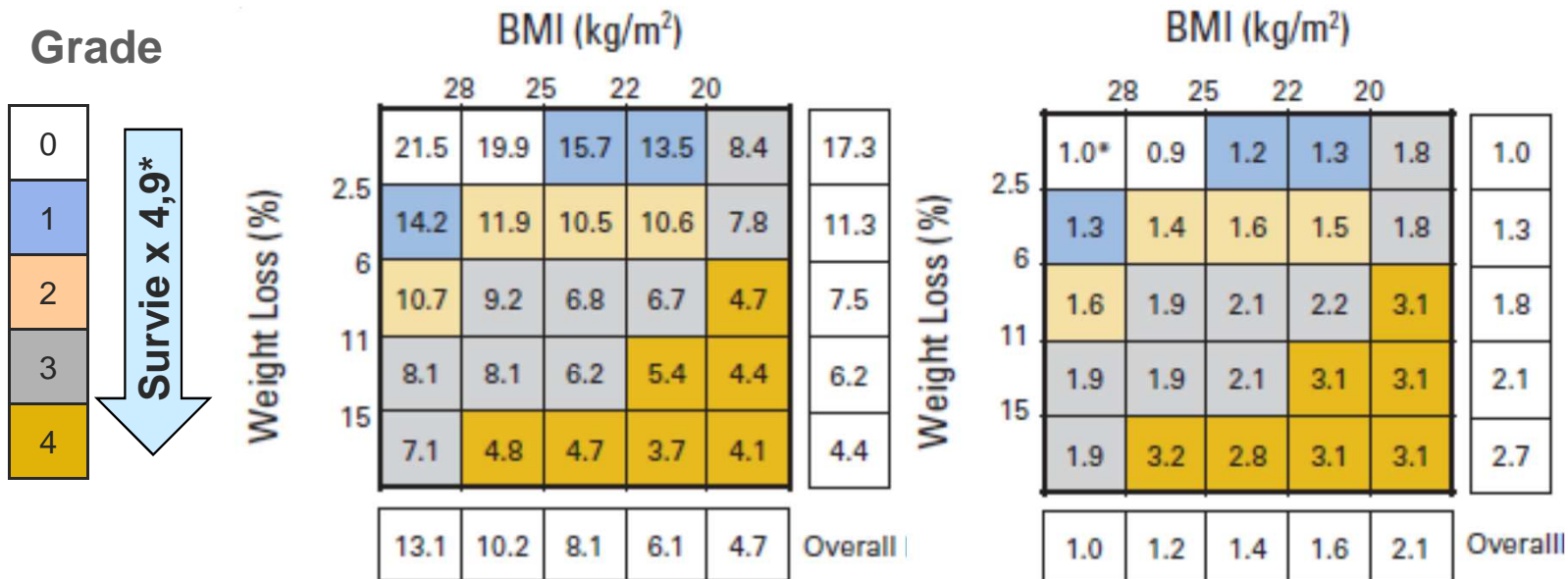
- Atteinte fonctionnelle (Qualité de vie)
- Morbidité supérieure
- Traitement sous optimal
- Mortalité supérieure
- Coûts supérieurs

Survie selon IMC et perte de poids

- 8160 patients de séries publiées / validation : 2693 pts CRLCC Montpellier

Survie médiane en mois

Estimation brute du HR



* Différence survie médiane 20,9 mois(0) à 4,3(4) et pour VADS x 12,8

Martin L et al, 2014, JCO, <http://jco.ascopubs.org/cgi/doi/10.1200/JCO.2014.56.1894>

Guidelines ESPEN 2014 (Méthode GRADE)

■ Screening régulier dès le diagnostic

- Apports nutritionnels
- Variations pondérales
- IMC

FORTE – NP très bas

■ Si le screening est anormal, il faut réaliser une évaluation qualitative et quantitative

- Apports nutritionnels
- Symptômes en rapport avec l'état nutritionnel
- Capacités fonctionnelles
- Degré d'inflammation systémique

FORTE – NP très bas

Guidelines ESPEN 2014 (Méthode GRADE)

- Chez les sujets dénutris ou à risque de dénutrition, il faut mettre en place des interventions visant à augmenter les apports nutritionnels oraux
 - Conseils diététiques
 - Traitement des troubles et symptômes réduisant la prise alimentaire
 - Compléments nutritionnels oraux

FORTE – NP bas

Radiothérapie (+/- chimio) cancer colorectal

- 3 x 37 patients randomisés
 - Groupe 1 Conseils Diététiques avec prescription d'une « diète thérapeutique »
 - Adaptation de l'alimentation habituelle selon les préférences du patient,
 - Adapté sur le bilan régulier des ingestats, des restrictions alimentaires,
 - Visant l'amélioration des symptômes, des troubles de l'absorption ou de la digestion,
 - Visant des apports caloriques de 1,5 x la DER estimée, et protéiques de 0,8 à 1 gr/kg de poids.

Radiothérapie (+/- chimio) cancer colorectal

- 3 x 37 patients randomisés entre 3 groupes

CS diététiques
Hebdomadaire

Groupe 1



Radiothérapie
6 semaines

Groupe 2

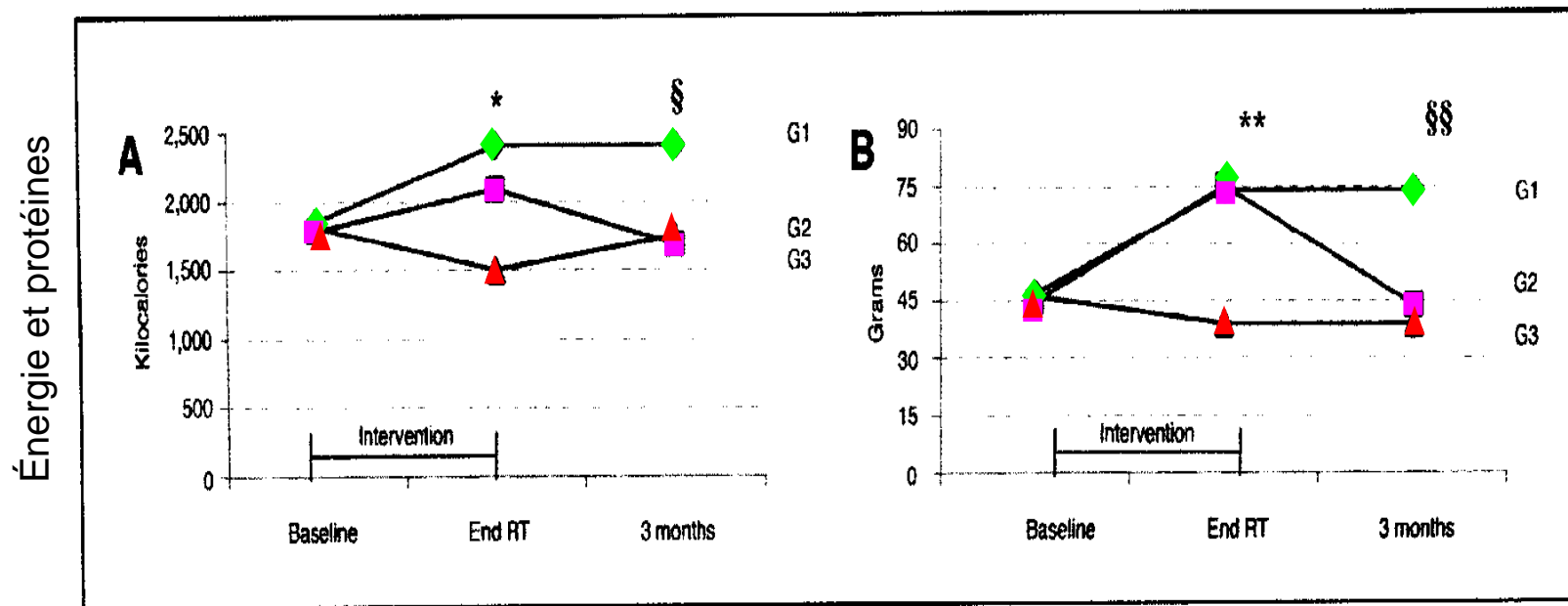
2 CNO/ jour

Groupe 3

« usual diet »

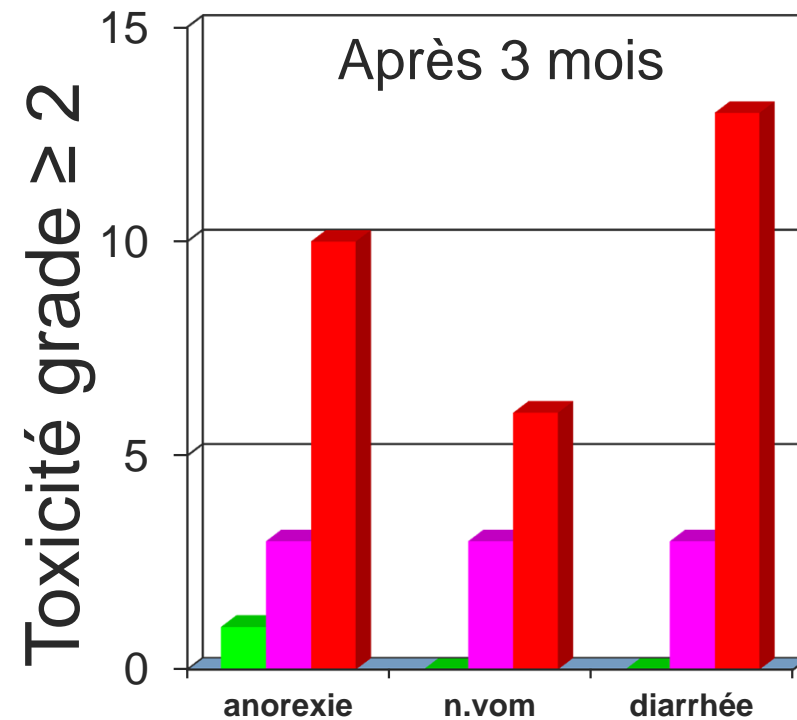
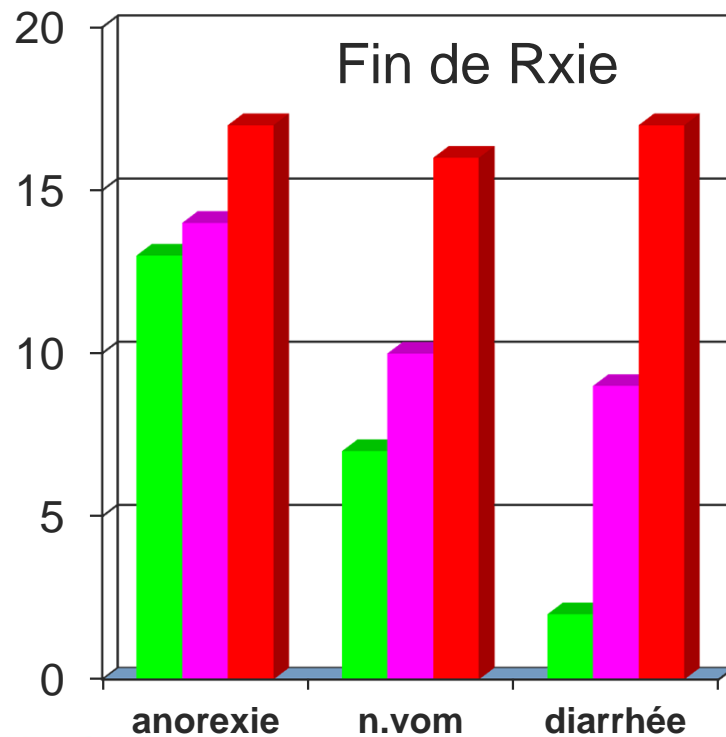
Radiothérapie (+/- chimio) cancer colorectal

■ : ◆ Conseil diététique / ■ Compléments Oraux / ▲ Alimentation à volonté



Radiothérapie (+/- chimio) cancer colorectal

■ : ◆ Conseil diététique / ■ Compléments Oraux / ▲ Alimentation à volonté



Radiothérapie (+/- chimio) cancer colorectal

- 3 x 37 patients randomisés entre 3 groupes

CS diététiques
Hebdomadaire
Groupe 1

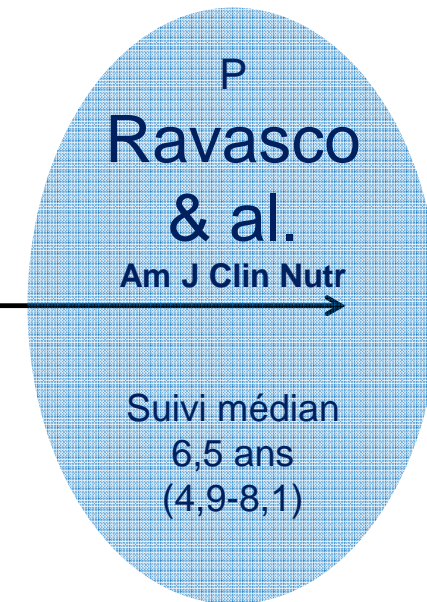


Groupe 2

2 CNO/ jour

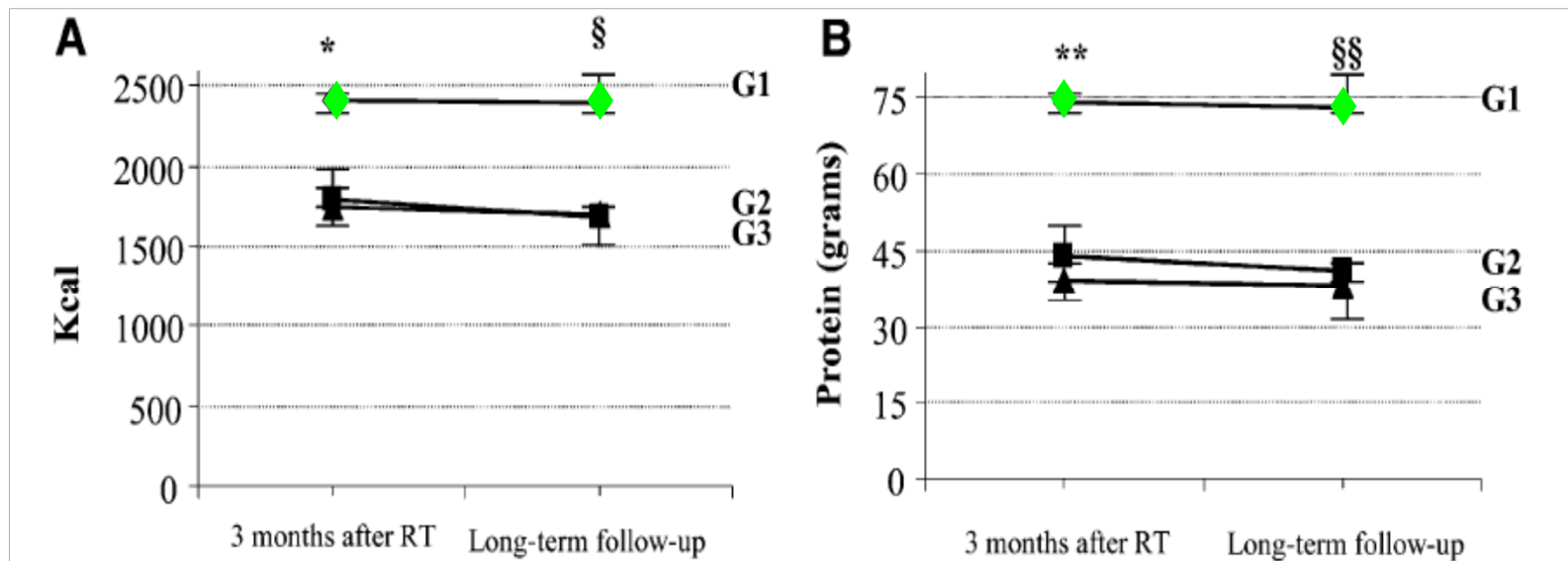
Groupe 3

« usual diet »

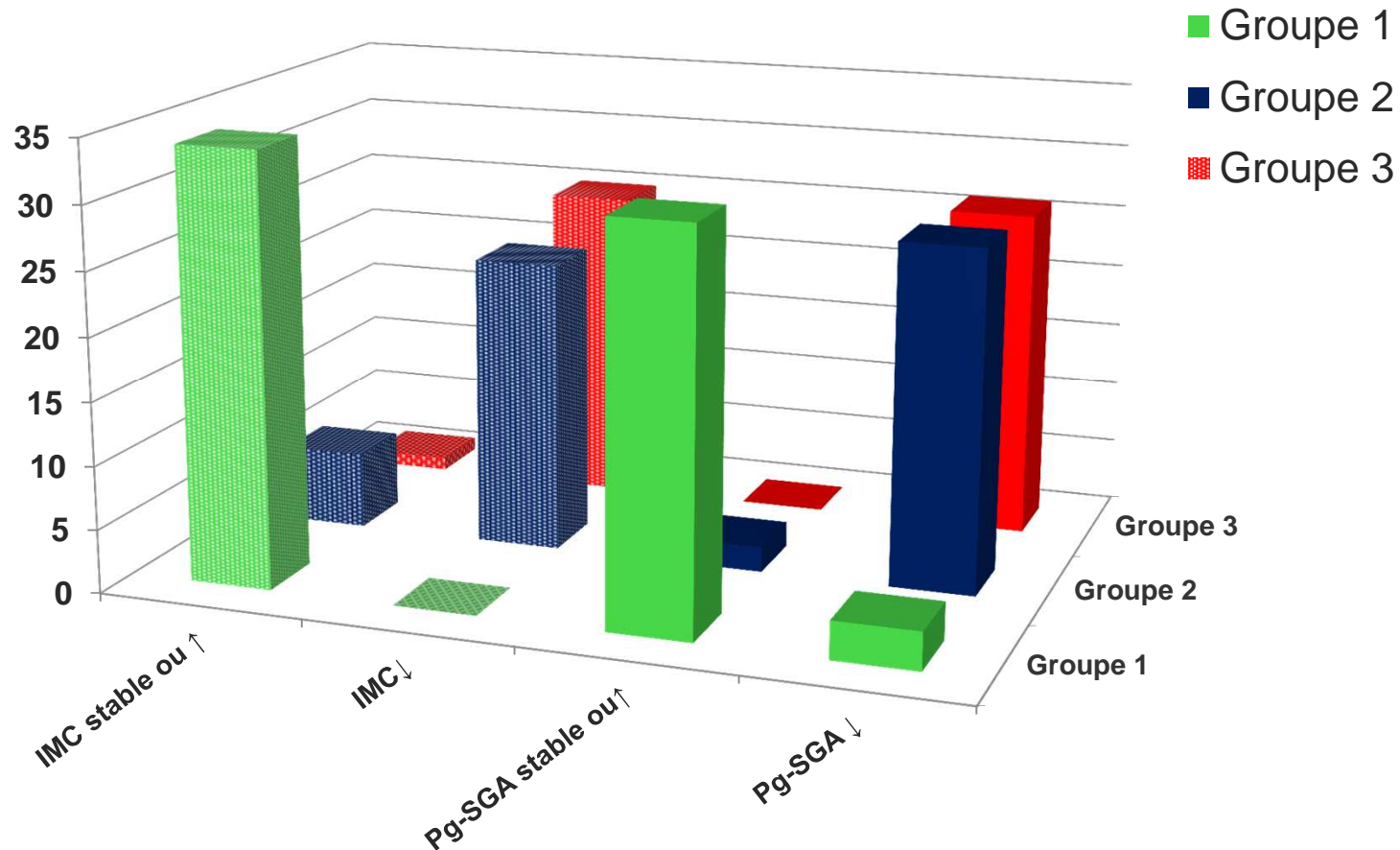


Radiothérapie (+/- chimio) cancer colorectal

- 3 x 37 patients randomisés entre 3 groupes
- ◆ Conseil diététique / ■ Compléments Oraux / ▲ Alimentation à volonté



Cancer colorectal : suivi à long terme



Cancer colorectal : suivi à long terme

(1) Conseil diététique

7,3 ans

3/37 décès

19% MP – Rec.

(2) CNO

6,5 ans

8/37 décès

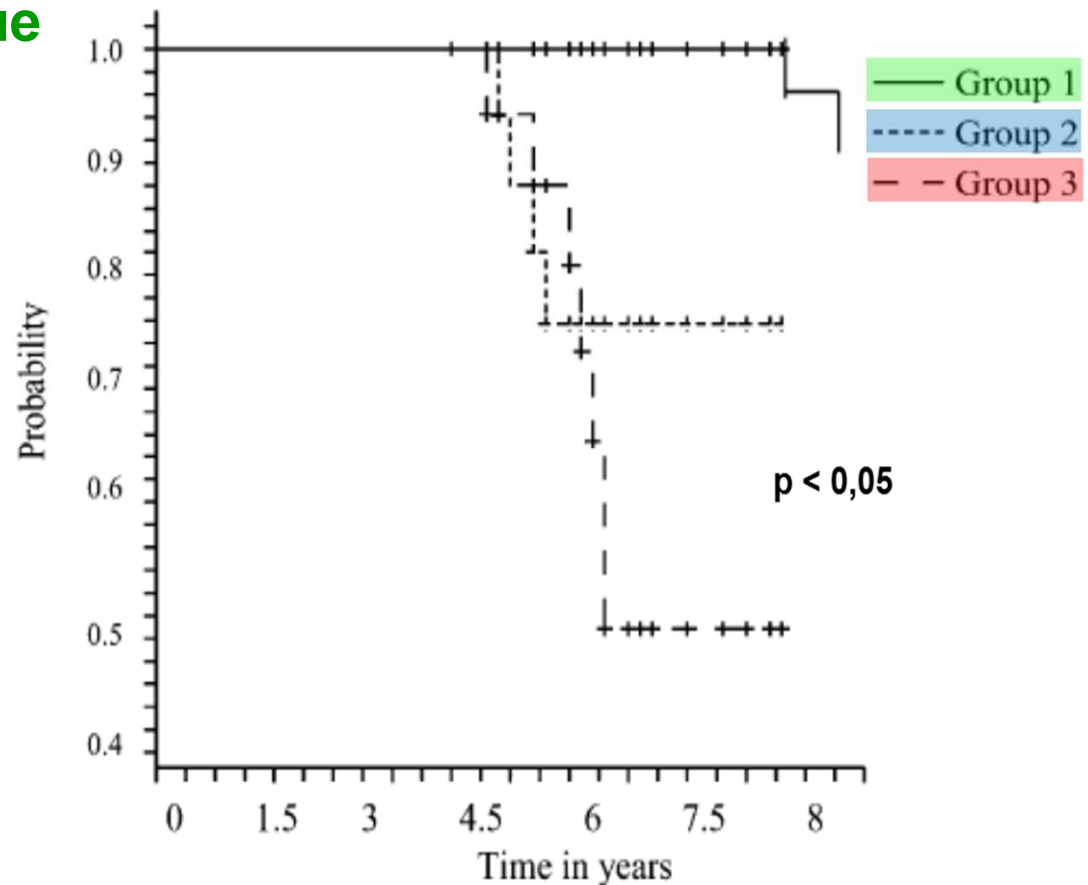
31% MP – Rec.

(3) Contrôles

4,9 ans

11/37 décès

58% MP – Rec.



Causes de cet effet bénéfique ?

- Efficacité > de la radio-chimiothérapie ?
 - Moins de toxicité, donc de réduction de doses
 - Moins d'arrêts de traitement
 - Efficacité anti-tumorale accrue ?
- Meilleur état nutritionnel
 - Maintien de masse maigre
 - Maintien de masse grasse
 - Situation nutritionnelle plus favorable en cas de rechute

Régimes « anti-cancer »

- Aucune donnée scientifique humaine en faveur d'une amélioration clinique en matière de lutte contre la maladie
- **Il n'est pas recommandé** d'instituer des régimes restrictifs de type « anticancer » chez les patients dénutris ou à risque de dénutrition

FORTE – NP bas

Education thérapeutique du patient

- Finalités : acquisition et maintien
 - De compétences d'auto-soins
 - De compétences d'adaptation
- Mise en œuvre
 - Elaboration du diagnostic éducatif
 - Définition du programme personnalisé et priorités d'apprentissage
 - Planifier et mettre en œuvre les séances
 - Evaluer les compétences acquises et le déroulement du programme.
- Assurer un suivi médical et éducatif

Comment ? Guidelines ESPEN 2014

■ Apports énergétiques

- Dépense énergétique totale similaire à celle du sujet sain : **25 - 30 Kcal/kg/jour** **FORTE – NP bas**

■ Apports protéiques

- Supérieurs à **1 gr/kg/jour** **FAIBLE – NP modéré**
- Si possible de **1,5 gr/kg/jour**

■ Choix des substrats énergétiques

- Pour la plupart des patients recommandations générales **FORTE – NP bas**
- A un stade avancé en cas de perte de poids un apport de 35 – 50% de lipides est recommandé

Comment ? Guidelines ESPEN 2014

- Il est possible d'utiliser, chez les patients sous chimiothérapies à risque de perte de poids, les AG n-3 pour améliorer l'appétit, les apports nutritionnels, la masse maigre et le poids.

FAIBLE – NP modéré

- Orexigènes : Il est possible d'utiliser les corticostéroïdes ou les progestatifs pour améliorer l'appétit de patients anorexiques pour de courtes périodes et en connaissance des effets secondaires délétères (en particulier musculaires pour C)

FAIBLE – NP élevé

Comment ? Guidelines ESPEN 2014

- La nutrition entérale (NE) est recommandée si l'apport oral reste insuffisant malgré l'intervention nutritionnelle **et**
- La nutrition parentérale (NP) est recommandée dans ce cas si la NE n'est pas suffisante ou possible. **FORTE – NP modéré**
- Chez les cancéreux au stade palliatif avancé, il n'est recommandé d'utiliser les interventions nutritionnelles que si bénéfique > risque et le patient le désire. **FORTE – NP bas**

Guidelines ESPEN 2014 Act. Physique

- Au cours la nutrition entérale en radiothérapie des VADS, il est recommandé d'éduquer et inciter les patients à maintenir leur fonction de déglutition.

FORTE – NP bas

Au cours des traitements

■ Nutrition entérale

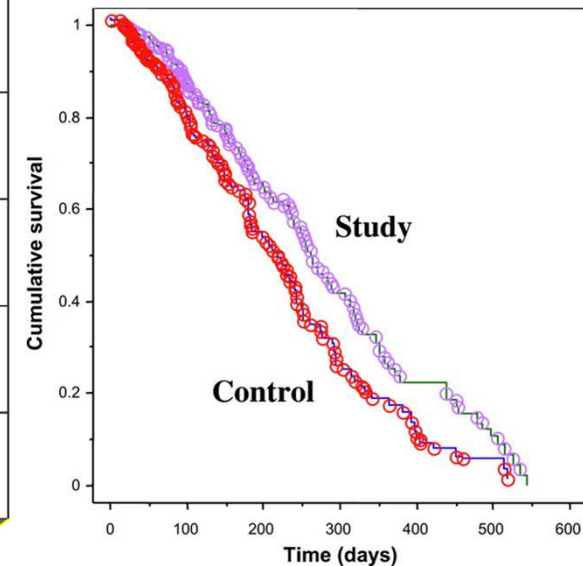
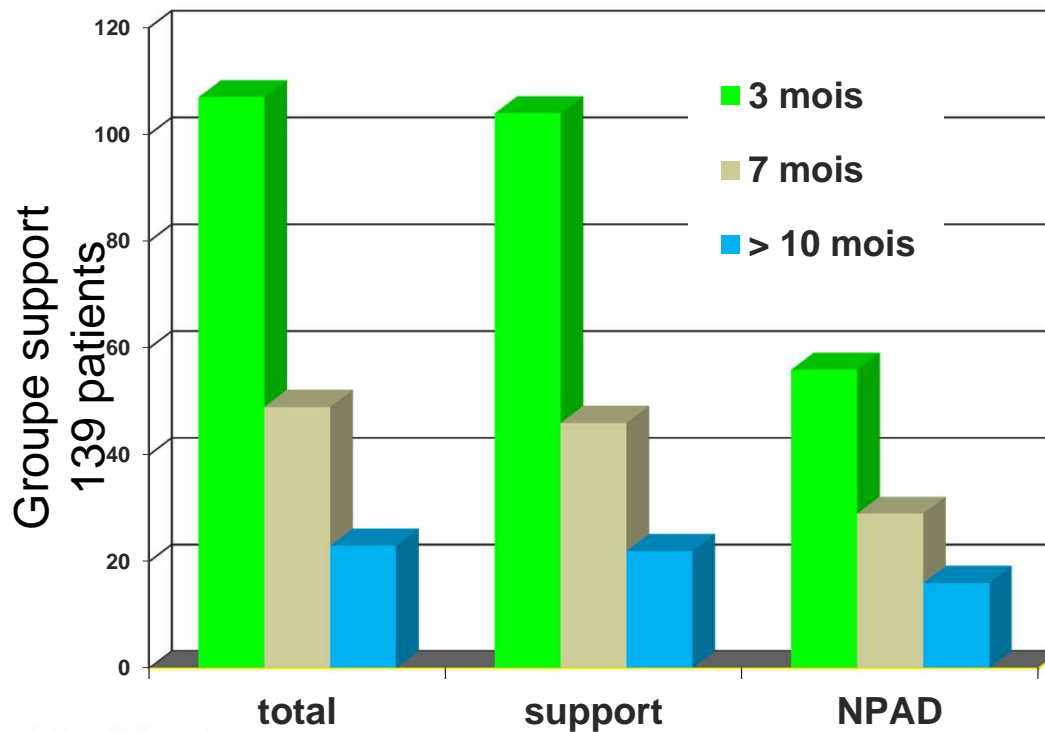
- Sonde nasale si durée < 4-6 semaines
- Abord digestif direct si plus prolongée
- Groupes sélectionnés de patients (âge, IMC faible, toxicité attendue,)

■ Nutrition parentérale

- Recours si NE insuffisante ou impossible
- Risque infectieux +++ / autres
- Réduire le nombre de jour de perfusions
- Coût >

Effet fonctionnel du support nutritionnel

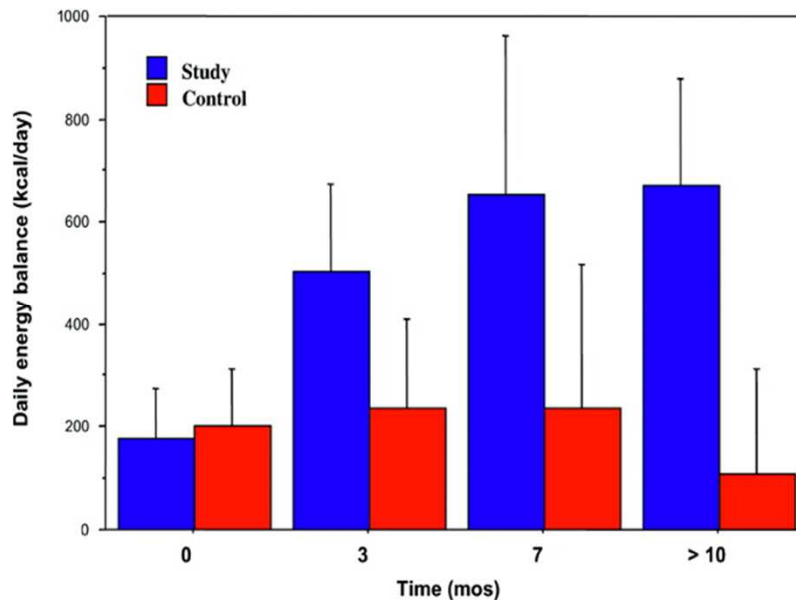
- 309 pts randomisés support nutritionnel CNO si apport oral < 90% des besoins [1.4 x REE], NP si < 70-80% vs contrôle



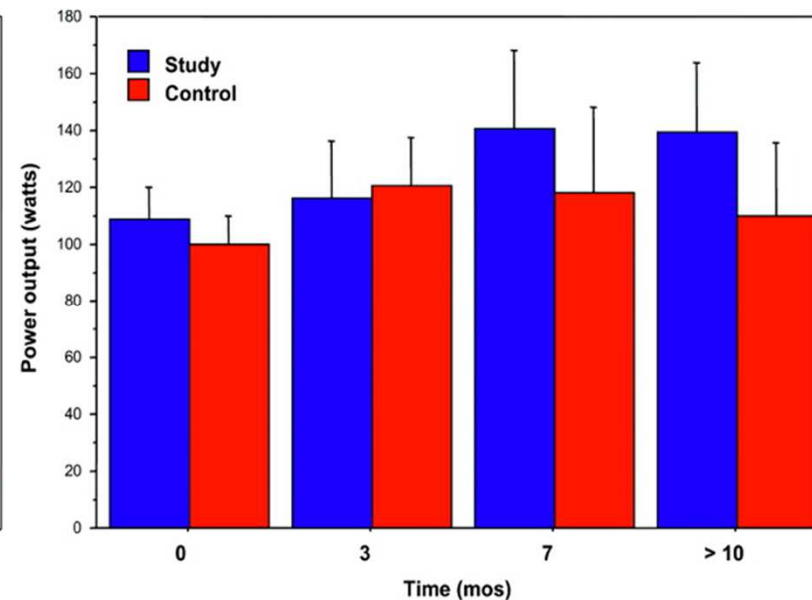
Effet fonctionnel du support nutritionnel

- 309 pts randomisés support nutritionnel CNO si apport oral < 90% des besoins [$1.4 \times \text{REE}$], NP si < 70-80% vs contrôle

Balance énergétique groupe support nutritionnel vs contrôle ($p < 0.001$)



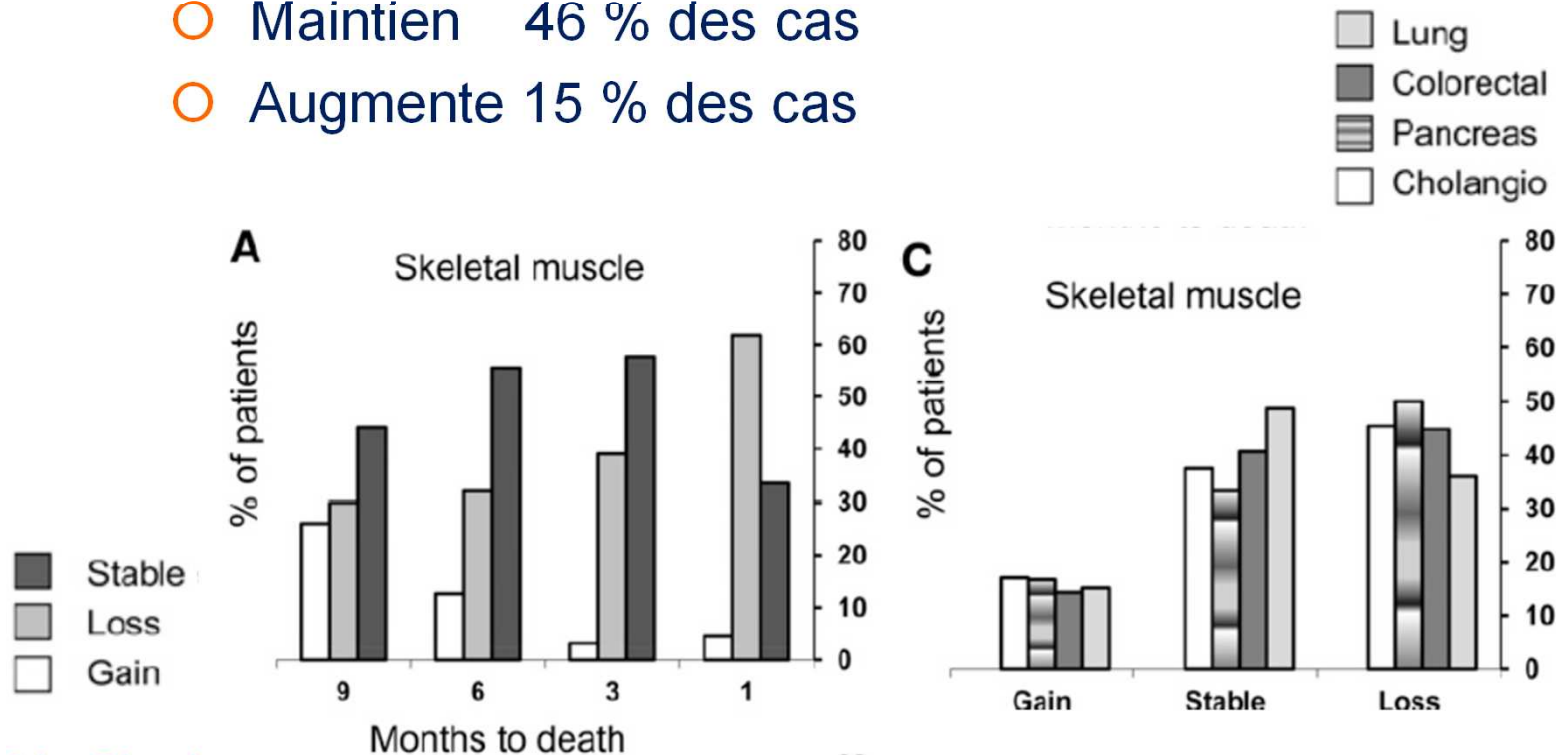
Capacité maximale d'exercice groupe support nutritionnel vs contrôle ($p < 0.04$)



Amélioration de la masse musculaire

■ 386 patients au stade avancé avec scanners répétés : étude TDM masse musculaire en L3

- Maintien 46 % des cas
- Augmente 15 % des cas



Amélioration de la masse musculaire

- Potentiel d'anabolisme musculaire jusqu'à un stade avancé de la maladie, jusqu'à environ 90 jours du décès.
- Gains de masse musculaire les plus importants chez les patients :
 - Maladie stable ou en réponse partielle
 - Surtout si les symptômes et la douleur s'améliorent
 - Si l'alimentation s'améliore
 - Si les capacités fonctionnelles s'accroissent

Guidelines ESPEN 2014 Act. Physique

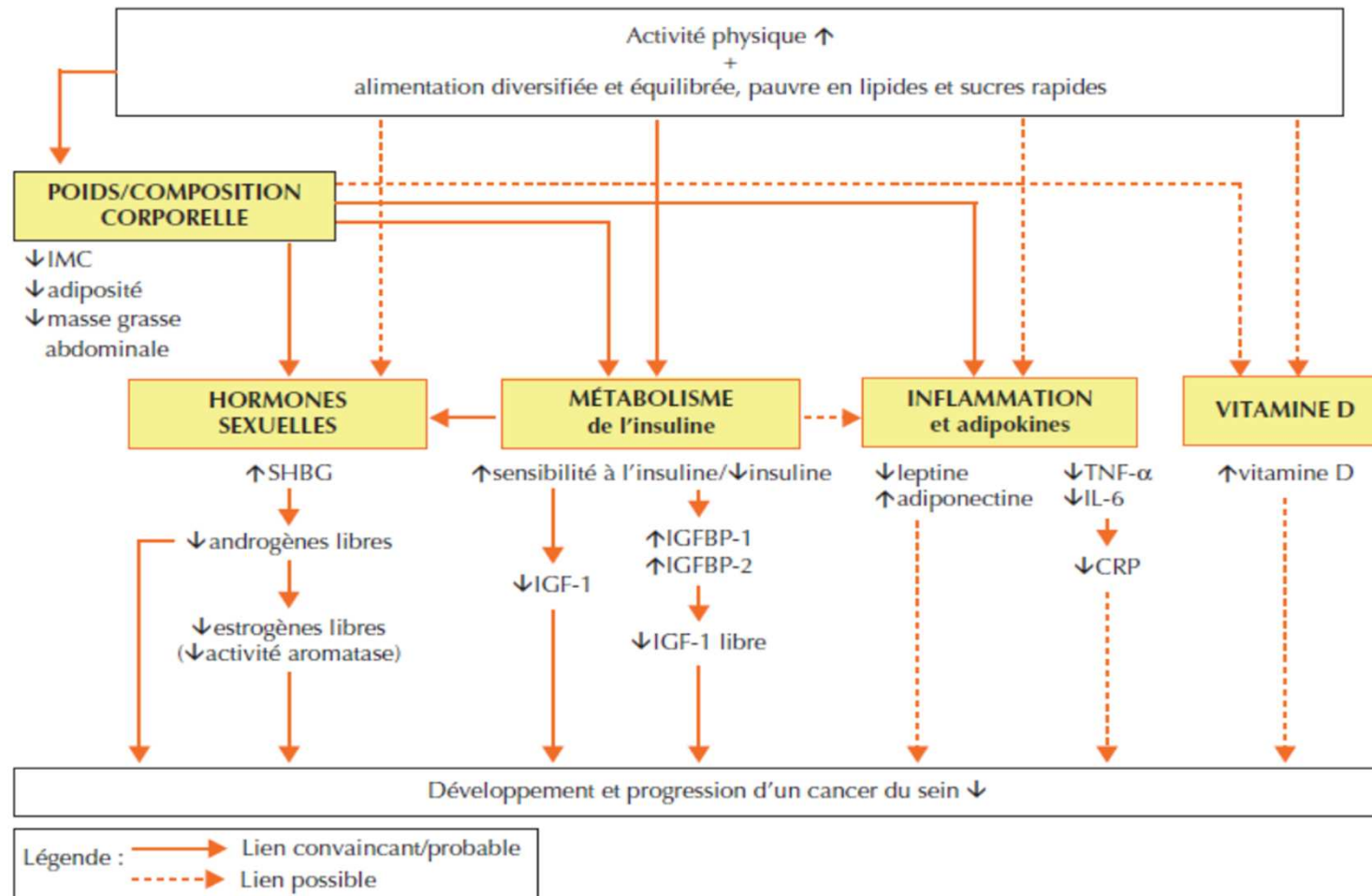
- Le maintien ou l'augmentation de l'activité physique est recommandée pendant et après traitement pour améliorer :
 - La masse musculaire
 - Les fonctions physiques
 - Le profil métabolique

FORTE – NP élevé

Effets de l'activité physique

- Amélioration de la qualité de vie
- Amélioration des symptômes (fatigue,...)
- Amélioration profil métabolique
 - Spécialement en cas d'obésité, réduit le risque d'obésité sarcopénique.
- Maintien masse et fonction musculaire
- Mortalité globale et spécifique ?
 - Sein (16 études / 40000 femmes), colorectum (7 études / 8000 pts), prostate (1 étude / 2700 pts)

Effets physiopathologiques attendus



Après guérison d'un cancer

■ Lutter contre l'obésité et la sédentarité

- **Il est recommandé** après traitement du cancer de maintenir ou retrouver un poids adapté, et une alimentation saine (riche en fruits, légumes et pauvre en graisses, surtout animales, et alcool)
- **Il est recommandé** de pratiquer une AP régulière et d'éviter la sédentarité

FORTE – NP bas

■ Vitamines et éléments traces

- **Il faut** couvrir les besoins quotidiens recommandés et ne pas administrer de fortes doses en dehors de carences avérées.

FORTE – NP bas

Conclusion

- Prise en charge dès le diagnostic
- Mobiliser l'ensemble des compétences
- Discours commun à tous les intervenants
- Programmes stricts planifiés, évalués inclus dans le projet thérapeutique.
- Passant aussi par une modification des comportements du patient qui doit devenir acteur de son traitement.