Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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

Nutrition clinique et métabolisme 26 (2012) 159–164

NUTRITION CLINIQUE et MÉTABOLISME

Recommandations professionnelles

Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer : propositions de Plans Personnalisés de Soins (PPS) intégrant les recommandations

SFNEP oncology nutrition guidelines for medical practitioners

Pierre Senesse[a,*], Xavier Hébuterne[b], le groupe de travail[1]

[a] *Service de gastro-entérologie et nutrition, CRLCC Val-d'Aurelle, 208, avenue des Apothicaires-Parc-Euromédecine, 34298 Montpellier cedex 5, France*
[b] *Gastro-entérologie et nutrition, faculté de médecine, université de Nice Sophia-Antipolis, CHU de Nice, 06202 Nice cedex 03, France*

Disponible sur Internet le 21 novembre 2012

Groupe de travail :

- Patrick Bachmann, CRLCC Léon Bérard, 28, rue Laennec, 69008 Lyon, France ;
- René Jean Bensadoun, CHU de Poitiers, BP 577, 86021 Poitiers cedex, France ;
- Isabelle Besnard, CHU de Nice et faculté de médecine, université de Nice Sophia-Antipolis, 06202 Nice cedex 03 ;
- Isabelle Bourdel-Marchasson, centre Henri-Choussat, hôpital Xavier-Arnozan, 33604 Pessac cedex, France ;
- Corinne Bouteloup, CHU Clermont Ferrand, 58, rue Montalembert, 63000 Clermont Ferrand, France ;
- Pascal Crenn, CHU, 104, boulevard Raymond-Poincaré, 92380 Garches, France ;
- François Goldwasser, AP–HP, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 750014 Paris, France ;
- Olivier Guérin, CHU de Nice et faculté de médecine, université de Nice Sophia-Antipolis, 06202 Nice cedex 03 ;
- Paule Latino-Martel, INRA, CRJ, bâtiment 400, 78352 Jouy-en-Josas cedex, France
- Jocelyne Meuric, Institut Curie, 26, rue d'Ulm, 75005 Paris, France ;
- Françoise May-Levin, Ligue nationale contre le cancer, 14, rue Corvisart, 75013 Paris, France ;
- Mauricette Michallet, centre hospitalier Lyon-Sud, 165, chemin du Grand-Revoyet, 69495 Pierre-Benite cedex, France ;
- Marie Paule Vasson, CRLCC Jean Perrin, 58, rue Montalembert, BP 392, 63000 Clermont-Ferrand, France.

Groupe de relecture :

- les groupes coopérateurs sollicités étaient :
  - la Fédération française de cancérologie (FFCD),
  - le Groupe coopérateur multidisciplinaire en oncologie (GERCOR),
  - le Groupe de radiothérapeutes et oncologues tête et cou (GORTEC),
  - l'Interclan des centres de lutte contre le cancer (CLCC)
  - la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP),
  - la Société francophone de nutrition clinique et métabolisme (SFNEP),
  - la Société française de radiothérapie oncologique (SFRO) ;

- nous remercions tout particulièrement les personnes suivantes pour leurs commentaires :
  - Florence Boranian, diététicienne (Saint-Joseph, Paris),
  - Didier Cupissol, oncologue (Centre Val-d'Aurelle, Montpellier),
  - Nicolas Flori, gastro-entérologue (Centre Val-d'Aurelle, Montpellier),
  - Laurence Garin, gastro-entérologue (PSPH, Rennes)v
  - Renaud Garrel, chirurgien (CHU, Montpellier),
  - Chloé Janiszewski, diététicienne (Centre Val-d'Aurelle, Montpellier),
  - Guillemette Laval, soins palliatifs (CHU de Grenoble),
  - Stéphane Lopez, médecin généraliste en radiothérapie (APHP, La Pitié-Salpêtrière),
  - May Mabro, oncologue (CHU, hôpital Foch, Suresnes),
  - André Petit, nutritionniste (CHU, Rouen),
  - Yohann Pointreau, chirurgien (CHU, Tours),

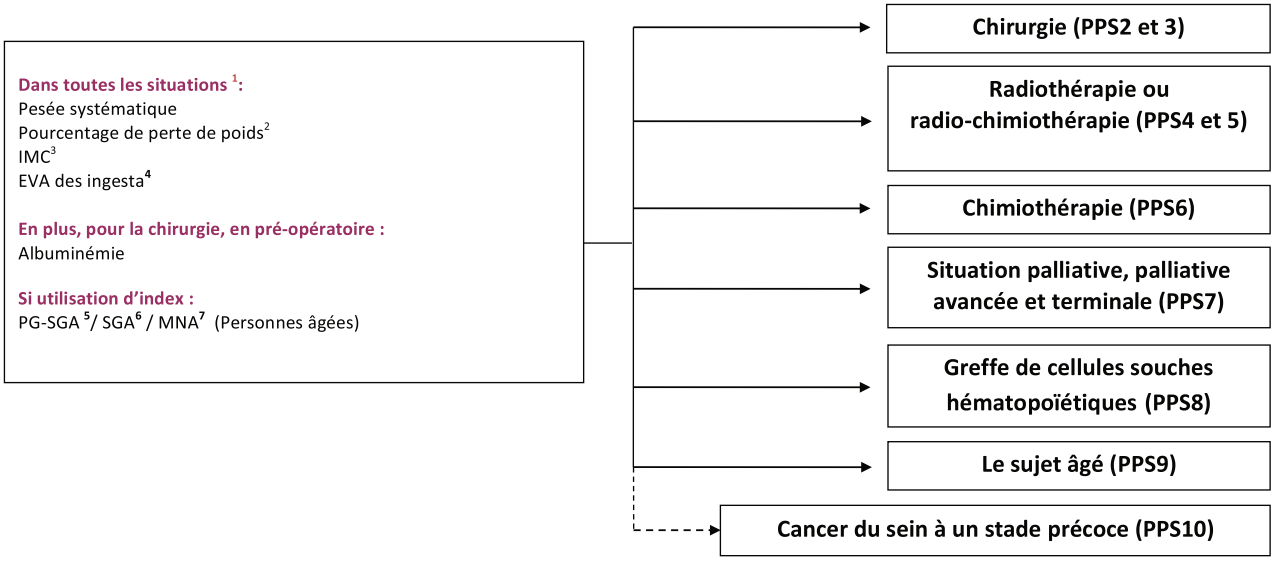
* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : Pierre.Senesse@montpellier.unicancer.fr (P. Senesse).

[1] Pour la Société francophone de nutrition clinique et métabolisme, http://www.sfnep.org/.

0985-0562/$ – see front matter © 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
http://dx.doi.org/10.1016/j.nupar.2012.10.003

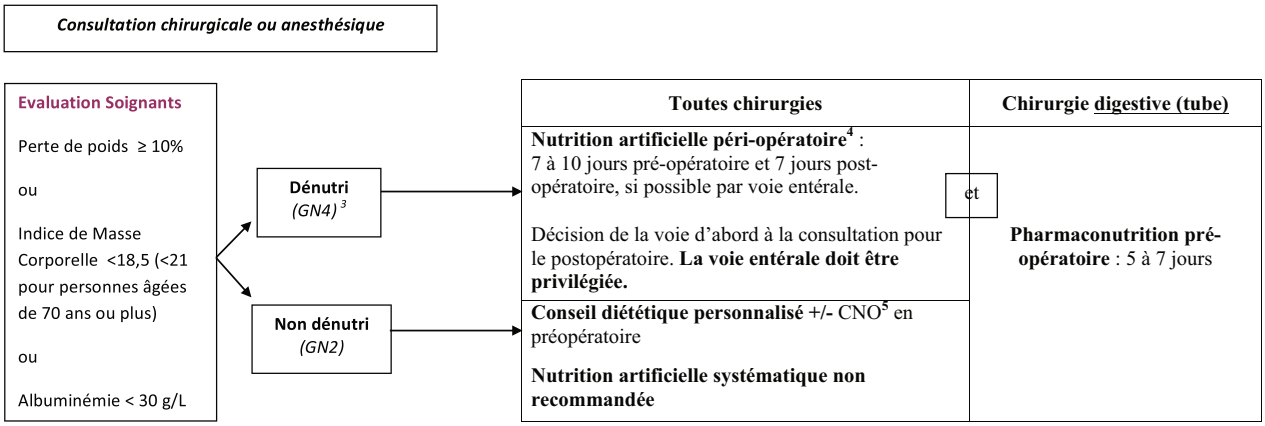
- Bruno Raynard, médecin gastro-entérologue et hépatologiste (Villejuif, Paris),
- Yohann Pointreau, chirurgien (CHU, Tours),
- Florence Rollot-Trad, gériatre (Institut Curie, Paris),
- Valérie Royer-Garabige, diététicienne (Institut Curie, Paris).

Plan Personnalisé de Soin (PPS) 1 : ÉVALUATION NUTRITIONNELLE SYSTÉMATIQUE (en consultation et en hospitalisation)



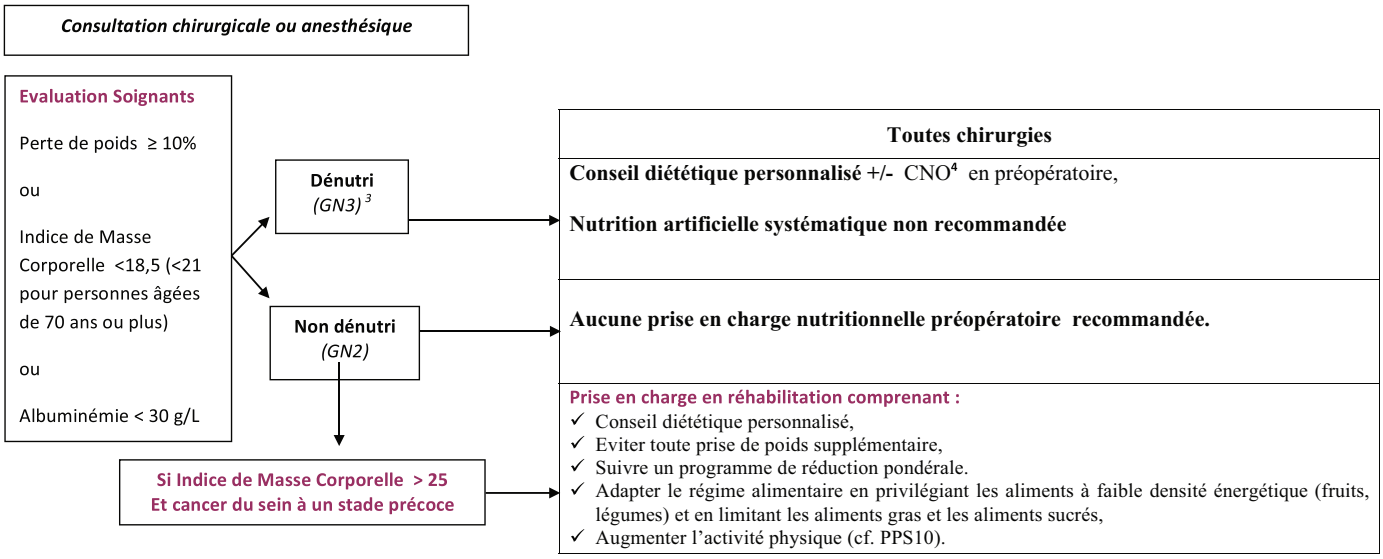
[1] Evaluation réalisée selon le contexte par le médecin, les soignants, le diététicien dans le cadre d'un conseil diététique.
[2] Perte de poids : notifier en pourcentage le delta entre le poids actuel par rapport au poids habituel ou au poids forme ou dans les 6 mois qui précèdent le diagnostic ou le geste chirurgical
[3] Indice de Masse Corporelle : il ne doit pas être utilisé seul par manque de sensibilité et de spécificité
[4] Echelle analogique visuelle ou verbale des ingesta : patient à risque si EVA < 7.
[5] PG-SGA : Patient Generated Subjective Global Assessment
[6] SGA : Subjective Global Assessment
[7] MNA : Mini Nutrional Assessment.

Plan Personnalisé de Soin (PPS) 2 : CHIRURGIE A MORBIDITE ÉLEVÉE[1] (phase préopératoire[2])



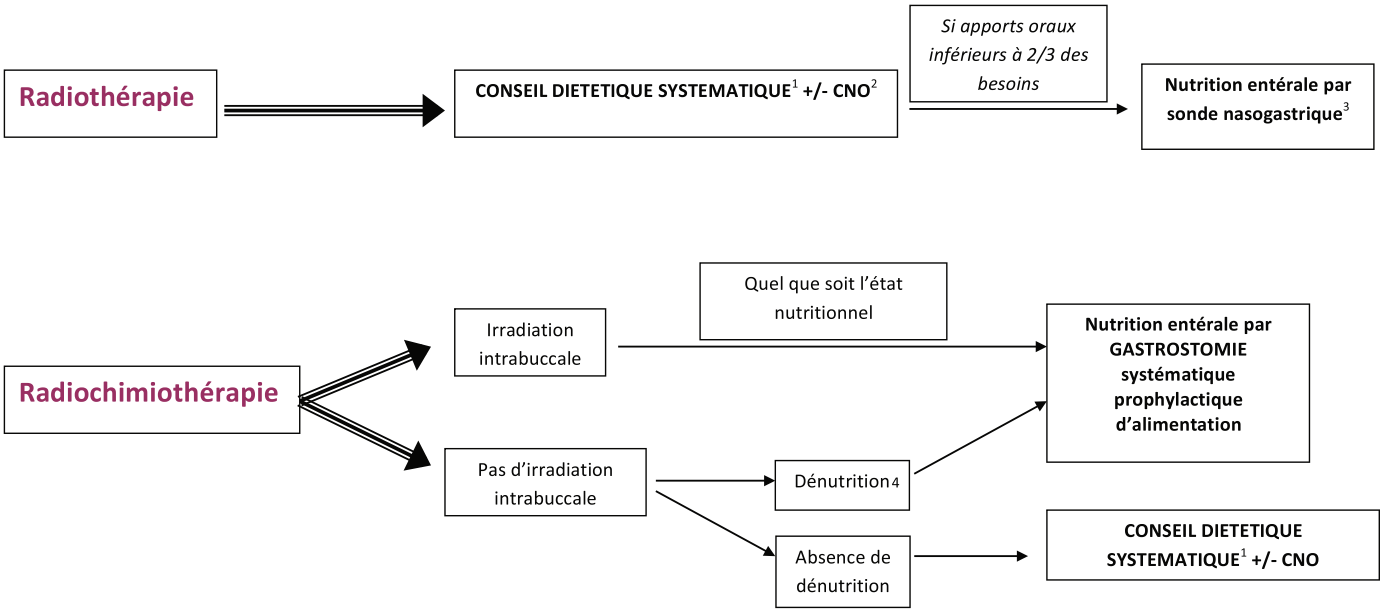
[1] Propositions des experts : oesophagectomie, duodénopancréatectomie, pelvectomie avec geste digestif ou urinaire, gastrectomie totale pour cancer, hépatectomie sur cirrhose, hépatectomie si > à 3 segments, résection antérieure du rectum, hémicolectomie +/- autre geste (sauf stomie), +/- âge ≥ à 80 ans, iléostomie, chimiohyperthermie intrapéritonéale, résection étendue du grêle, geste digestif sur carcinose, geste digestif sur cirrhose
[2] Pour la partie **périopératoire immédiate et postopératoire**, se référer au texte long et aux recommandations nationales du périopératoire (Nut Clin Biol Metabol :2010 :12)
[3] GN : Grade Nutritionnel
[4] Apports recommandés : 25 à 30 kcal.kg^{-1}.j^{-1} si le patient maintient une alimentation orale ; 30 kcal.kg^{-1}.j^{-1} si le patient ne s'alimente plus per os, apports en protéines de 1,2 à 1,5 g.kg^{-1}.j^{-1}
[5] CNO : Compléments Nutritionnels Oraux (hors pharmaconutrition)

Plan Personnalisé de Soin (PPS) 3 : CHIRURGIE A FAIBLE MORBIDITÉ[1] (phase préopératoire[2])



[1] Toutes les chirurgies autres que : oesophagectomie, duodénopancréatectomie, pelvectomie avec geste digestif ou urinaire, gastrectomie totale pour cancer, hépatectomie sur cirrhose, hépatectomie si > à 3 segments, résection antérieure du rectum, hémicolectomie +/- autre geste (sauf stomie), +/- âge ≥ à 80 ans, iléostomie, chimiohyperthermie intrapéritonéale, résection étendue du grêle, geste digestif sur carcinose, geste digestif sur cirrhose
[2] Pour la partie **périopératoire immédiate et postopératoire**, se référer au texte long et aux recommandations nationales du périopératoire (Nut Clin Biol Metabol :2010 :12)
[3] GN : Grade Nutritionnel
[4] CNO : Compléments Nutritionnels Oraux (hors pharmaconutrition)

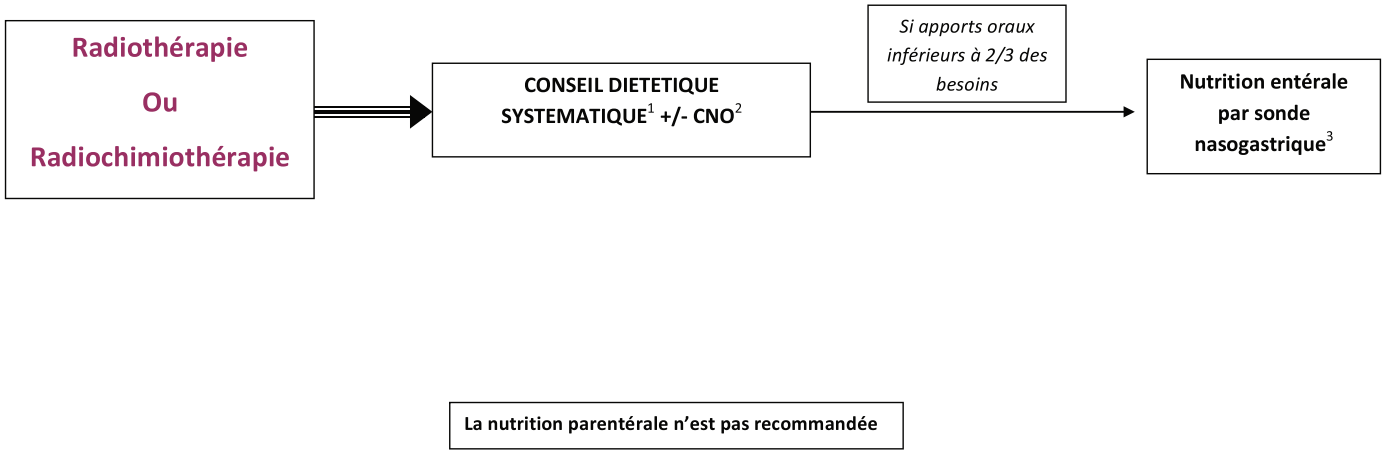
Plan Personnalisé de Soin (PPS) 4 : RADIOTHÉRAPIE OU RADIOCHIMIOTHÉRAPIE DES TUMEURS DES VADS



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

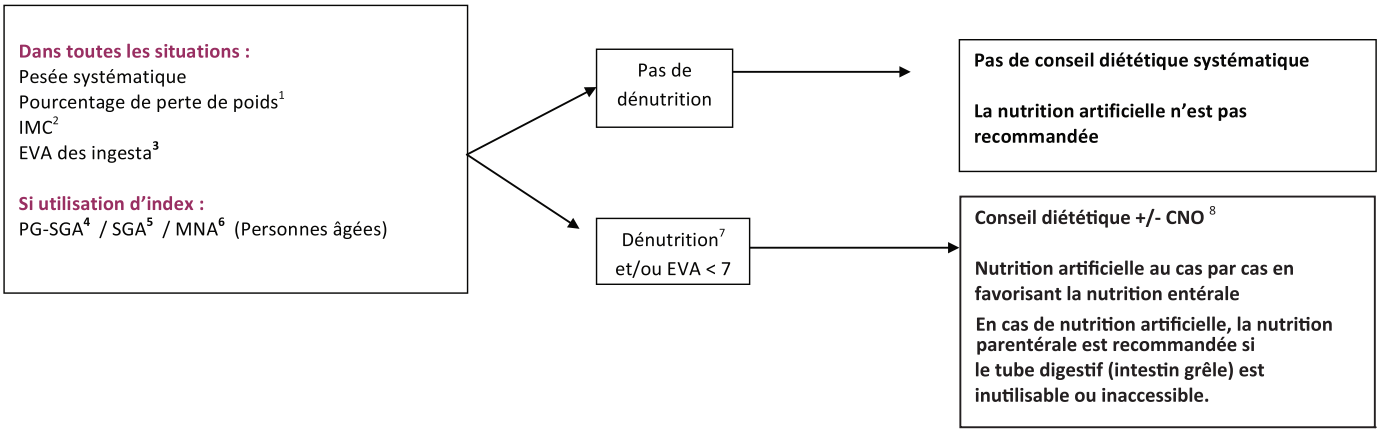
[1] Conseil diététique : Le conseil diététique (ou nutritionnel) personnalisé est réalisé par un expert en nutrition tout au long du traitement
[2] CNO : Compléments Nutritionnels Oraux (hors pharmaconutrition)
[3] Sonde naso-gastrique : utiliser des sondes de charrière de 10 french ou moins en silicone ou polyuréthane
[4] Perte de poids ≥ 5 % ; IMC <18,5 ou <21 pour personnes âgées de 70 ou plus

Plan Personnalisé de Soin (PPS) 5 : RADIOTHÉRAPIE OU RADIOCHIMIOTHÉRAPIE DES TUMEURS DU TUBE DIGESTIF



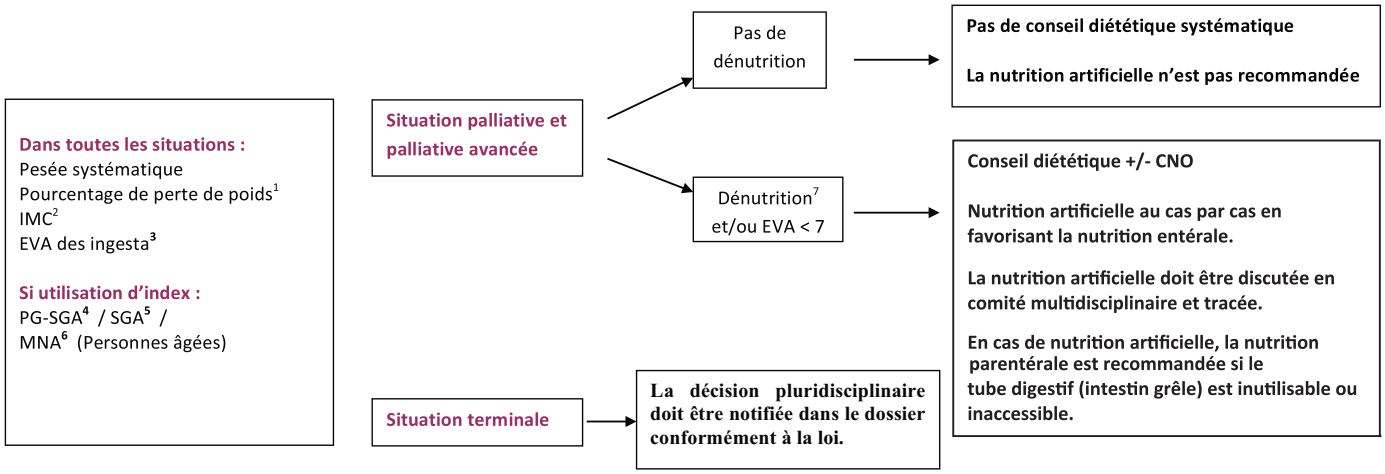
[1] Conseil diététique : Le conseil diététique (ou nutritionnel) personnalisé est réalisé par un expert en nutrition tout au long du traitement
[2] CNO : Compléments Nutritionnels Oraux (hors pharmaconutrition)
[3] Sonde naso-gastrique : utiliser des sondes de charrière de 10 french ou moins en silicone ou polyuréthane

Plan Personnalisé de Soin (PPS) 6 : CHIMIOTHERAPIE CURATIVE



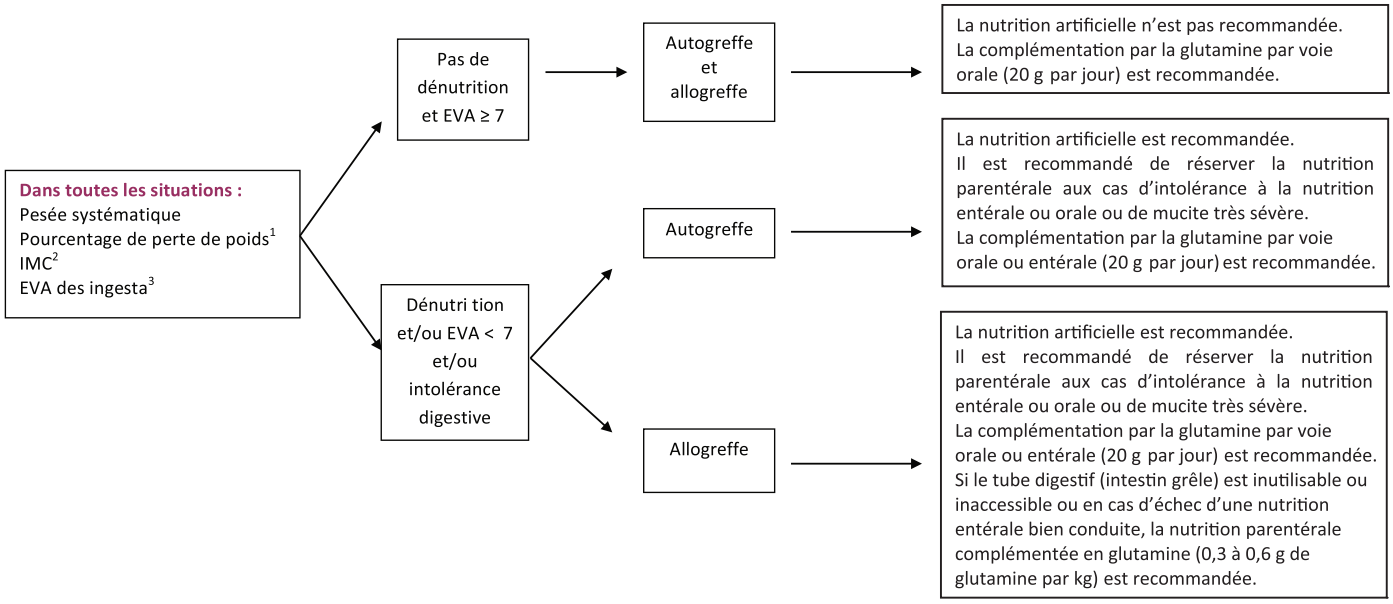
[1] Perte de poids : notifier en pourcentage le delta entre le poids actuel par rapport au poids habituel ou au poids forme ou dans les 6 mois qui précèdent le diagnostic. Une perte de poids ≥ 5% définie la dénutrition dans cette situation.
[2] Indice de Masse Corporelle : il ne doit pas être utilisé seul par manque de sensibilité et de spécificité ; il est significatif d'une dénutrition s'il est <18,5 pour les personnes de moins de 70 ans ou <21 pour les personnes âgées de 70 ans ou plus
[3] Echelle analogique visuelle ou verbale des ingesta : elle est significative si < 7
[4] PG-SGA : Patient Generated Subjective Global Assessment
[5] SGA : Subjective Global Assessment
[6] MNA : Mini Nutrional Assessment
[7] Perte de poids ≥ 5 % ; IMC <18,5 pour les personnes de moins de 70 ans ou <21 pour les personnes âgées de 70 ans ou plus
[8] CNO : Compléments Nutritionnels Oraux (hors pharmaconutrition)

Plan Personnalisé de Soin (PPS) 7 : SITUATION PALLIATIVE, PALLIATIVE AVANCEE ET PHASE TERMINALE



[1] Perte de poids : notifier en pourcentage le delta entre le poids actuel par rapport au poids habituel ou au poids forme ou dans les 6 mois qui précèdent le diagnostic. Une perte de poids ≥ 5% définie la dénutrition dans cette situation.
[2] Indice de Masse Corporelle : il ne doit pas être utilisé seul par manque de sensibilité et de spécificité ; il est significatif d'une dénutrition s'il est <18,5 pour les personnes de moins de 70 ans ou <21 pour les personnes âgées de 70 ans ou plus
[3] Echelle analogique visuelle ou verbale des ingesta : elle est significative si < 7
[4] PG-SGA : Patient Generated Subjective Global Assessment
[5] SGA : Subjective Global Assessment
[6] MNA : Mini Nutrional Assessment
[7] Perte de poids ≥ 5 % ; IMC <18,5 pour les personnes de moins de 70 ans ou <21 pour les personnes âgées de 70 ans ou plus

Plan Personnalisé de Soin (PPS) 8 : GREFFE DE CELLULES SOUCHES HEMATOPOÏETIQUES



[1] Perte de poids : notifier en pourcentage le delta entre le poids actuel par rapport au poids habituel ou au poids forme ou dans les 6 mois qui précèdent le diagnostic. Une perte de poids ≥ 5% définie la dénutrition dans cette situation.
[2] Indice de Masse Corporelle : il ne doit pas être utilisé seul par manque de sensibilité et de spécificité ; il est significatif d'une dénutrition s'il est <18,5 pour les personnes de moins de 70 ans ou <21 pour les personnes âgées de 70 ans ou plus
[3] Echelle analogique visuelle ou verbale des ingesta : elle est significative si < 7.

Plan Personnalisé de Soin (PPS) 9 : LE SUJET AGE

Dépistage de la dénutrition
Pesée systématique
Pourcentage de perte de poids[1]
IMC[2]
EVA des ingesta[3]
MNA[4]

Evaluation gérontologique standardisée[5]
Etat mental
Co-morbidités
Mobilité et autonomie
Médicaments
Grandes fonctions
Douleur
Contexte social

→ Aide à la décision thérapeutique

Suivi des recommandations adultes

Accompagnement gérontologique[6]

[1] Perte de poids : notifier en pourcentage le delta entre le poids actuel par rapport au poids habituel ou au poids forme ou dans les 6 mois qui précèdent le diagnostic. Une perte de poids ≥ 5% définie la dénutrition dans cette situation.
[2] Indice de Masse Corporelle : il ne doit pas être utilisé seul par manque de sensibilité et de spécificité ; il est significatif d'une dénutrition s'il est <21 pour les personnes âgées de 70 ans ou plus
[3] Echelle analogique visuelle ou verbale des ingesta: elle est significative si < 7.
[4] MNA : Mini Nutrional Assessment
[5] Evaluation proposée à tous en attendant la validation d'outil de dépistage des personnes nécessitant cette prise en charge

Plan Personnalisé de Soin (PPS) 10 : CANCER DU SEIN A UN STADE PRECOCE EN RADIOTHERAPIE ET/OU CHIMIOTHERAPIE

Dans toutes les situations :
Indice de masse corporelle (IMC)

→ **Si IMC > 25**

→ **Prise en charge en réhabilitation comprenant :**
- ✓ Conseil diététique personnalisé,
- ✓ Eviter toute prise de poids supplémentaire,
- ✓ Suivre un programme de réduction pondérale.
- ✓ Adapter le régime alimentaire en privilégiant les aliments à faible densité énergétique (fruits, légumes) et en limitant les aliments gras et les aliments sucrés,
- ✓ Augmenter l'activité physique[1].

[1] L'activité physique adaptée consiste en un exercice régulier d'une heure, trois fois par semaine avec une dépense de l'ordre de 4 à 6 MET-heure (marche rapide, gymnastique adaptée) par tranche de 15 minutes à 50 à 90% de la fréquence cardiaque maximale théorique égale à 220, moins l'âge.
1 MET Heure correspond à la dépense d'énergie d'une personne assise