

Recommandations professionnelles

Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer : stratégie thérapeutique en cas de dénutrition du sujet âgé

SFNEP oncology nutrition guidelines: Therapeutic strategy for the management of undernutrition in the elderly

Isabelle Bourdel-Marchasson^{a,*}, Olivier Guérin^b, le groupe de travail¹

^a Pole de gérontologie clinique, CHU de Bordeaux, université Bordeaux-Segalen, RMSB; UMR 5536, CNRS, RMSB, UMR 5536, 33000 Bordeaux, France

^b Université de Nice Sophia-Antipolis, unité CNRS UMR6267/INSERM U998, pôle de gérontologie, département gériatrie aigüe et thérapeutique, CHU de Nice, hôpital de Cimiez, 4, avenue Reine-Victoria, 06000 Nice, France

Disponible sur Internet le 20 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 ;
- Corinne Bouteloup, CHU de 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 ;
- Xavier Hébuterne, CHU de Nice et faculté de médecine, université de Nice Sophia-Antipolis, 06202 Nice cedex 03, France ;
- 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 ;

- Pierre Senesse, CRLCC Val d'Aurelle, 208, avenue des Apothicaires, parc Euromédecine, 34298 Montpellier cedex 5, 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),
- Renaud Garrel, chirurgien (CHU, Montpellier),

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : isabelle.bourdel-marchasson@chu-bordeaux.fr
(I. Bourdel-Marchasson).

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

- Chloé Janiszewski, diététicienne (Centre Val-d'Aurelle, Montpellier),
- Guillemette Laval, soins palliatifs (CHU, Grenoble),
- Stéphane Lopez, médecin généraliste en radiothérapie (AP-HP, La Pitié-Salpêtrière),
- May Mabro, oncologue (CHU, hôpital Foch, Suresnes),
- André Petit, nutritionniste (CHU, Rouen),
- Yann Pointreau, chirurgien (CHU, Tours),
- Bruno Raynard, médecin gastro-entérologue et hépatologue (Villejuif, Paris),
- Florence Rollot-Trad, gériatre (Institut Curie, Paris),
- Valérie Royer-Garabige, diététicienne (Institut Curie, Paris).

1. Généralités sur le cancer et les personnes âgées

L'incidence des cancers est 11 fois plus importante après 65 ans qu'avant cet âge et la mortalité due au cancer augmenterait après 70 ans [1].

En dehors des pathologies cancéreuses, l'âge augmente le nombre de comorbidités, de médicaments et le nombre de syndromes gériatriques comme la démence, les chutes et les troubles de la marche, la dépression, la dénutrition, la sarcopénie, la dépendance et l'incontinence. La dénutrition apparaît chez la personne âgée comme un facteur pronostique défavorable qu'elle soit porteuse de cancer ou non [2].

La dénutrition tient, par ailleurs, une place importante dans le concept de fragilité. Le patient fragile est celui à risque de perte d'autonomie, d'hospitalisation, d'entrée en institution d'hébergement et aussi à risque accru de mortalité. Le phénotype fragile a été défini par Fried selon cinq critères cliniques diversement associés : marche lente, asthénie, perte de poids, faible activité physique, faiblesse musculaire [3]. Ces états sont causalement interdépendants [4]. Si on ajoute à ces cinq critères, les critères « trouble cognitif » et « dépression », la prédiction de la dépendance future est meilleure mais uniquement avec la variable « trouble cognitif » [3]. Les critères de fragilité peuvent varier d'un groupe scientifique à l'autre mais gardent en commun, l'asthénie, la perte de poids, une marche lente, facteurs très fréquemment retrouvés lors d'un cancer et liés à l'état nutritionnel, directement pour la perte de poids, indirectement pour l'asthénie, la vitesse de marche lente, la faiblesse musculaire et la diminution de l'activité physique. De plus, certains groupes associent la diminution des apports alimentaires aux critères de fragilité, ce qui est clairement relié à la dénutrition. Chez le sujet âgé la prise en compte de ce concept de fragilité dans les choix thérapeutiques apparaît comme légitime, et en particulier chez le sujet atteint de cancer [5]. Il est cependant nécessaire de rappeler que la plupart des sujets âgés et un grand nombre de très âgés ne sont pas fragiles.

2. Objectifs

Décrire les particularités des personnes âgées de plus de 70 ans ayant un cancer dans le domaine de la nutrition : critères et prévalence de la dénutrition, valeur pronostique de la

dénutrition pour le patient et les effets des interventions nutritionnelles associées ou non avec l'évaluation gériatrique.

3. Méthodes

La base de travail est constituée par les recommandations de la International Society of Geriatric Oncology (SIOG) et de l'European Organization for Research and Treatment of Cancer, Elderly Task Force (EORTC) pour la prise en charge du patient âgé porteur d'un cancer. La base de données Medline sur la période 1995–2010 a été explorée par les mots-clés : *older / elderly / ageing / geriatrics* (ou remplacé par limites : supérieur à 65 ans ou supérieur à 80 ans) et *neoplasm* ou *cancer* associés aux mots clés suivants : *anorexia, cachexia, undernutrition, malnutrition, prognosis factors, nutrition support, nutritional intervention, mini nutritional assessment*. Les langues choisies étaient l'anglais et le français.

En raison de l'évolution dans le temps de la notion de personnes âgées, les études pour des patients de plus de 65 ans ont également été retenues. La limite d'âge en gériatrie n'est pas consensuelle, donc les planchers d'âge évoluent entre 65 et 75 ans selon les études.

3.1. L'évaluation gériatrique standardisée (EGS)

L'EGS est considérée comme un outil de prise en compte de la fragilité [6]. L'EGS réalise le dépistage et la prise en charge multidisciplinaire des problèmes de santé et de qualité de vie chez les personnes âgées poly-pathologiques, dites fragiles (Tableau 1). Chez la personne âgée, la dénutrition peut ne pas être uniquement liée au cancer mais à d'autres pathologies ou à des traitements inadaptés. La dénutrition peut même être présente avant le cancer. La polypathologie est plus fréquente chez la personne âgée. En conséquence, les recommandations de la SIOG [7] comme celles de l'EORTC [8] sur la prise en charge du patient âgé atteint de cancer font peu référence à la dénutrition mais sont plutôt orientées sur l'évaluation globale. Ils indiquent la nécessité d'effectuer une évaluation gériatrique de manière à évaluer, d'une part, le pronostic personnel du patient et, d'autre part, à mettre en place la prise en charge des pathologies et états révélés par l'évaluation dont la prise en charge de la dénutrition lorsqu'elle est détectée [8].

Cette évaluation permet d'identifier trois profils classiques de vieillissement : le vieillissement réussi (le plus fréquent jusqu'à l'âge de 80 ans) dont les sujets sont à rapprocher des sujets plus jeunes, le vieillissement intermédiaire ou vulnérable dont les sujets présentent une réserve fonctionnelle altérée, et le vieillissement fragile où l'autonomie pour les activités basales de la vie quotidienne (identifiées par les Activity Daily Living [ADL]) sont atteintes. Ces profils ont été identifiés en oncogériatrie par L. Balducci et J. Yates [9]. L'étude de McCorkle et al. (prospective interventionnelle), a montré l'efficacité de l'intervention gériatrique dans l'amélioration du pronostic du patient âgé atteint de cancer pour les cancers évolués tandis que pour les stades précoces aucun bénéfice n'a pu être observé [10]. Les auteurs ont comparé une intervention de soins à domicile basée sur l'EGS à des soins usuels chez 375 personnes de plus de 60 ans après

Tableau 1
Guide d'évaluation gérontologique standardisé pour la prise en charge globale (accord d'experts).

Domaines	Outils	Actions
<i>Nutrition</i>	MNA [®] (0–14) Perte de poids Évaluation des ingesta	Dénutrition si < 8, Enquête étiologique Enquête étiologique Soutien nutritionnel adapté, consultation diététique Activité physique
	Troubles de déglutition	Enquête étiologique Rééducation et suivi Adaptation des textures Éventuellement nutrition entérale
	État bucco-dentaire	Soins dentaires et hygiène Adaptation des textures Éventuelle prothèse
<i>Biologie, état inflammatoire</i>	NFS, Albumine, CRP Dosages vitaminiques	Soutien nutritionnel adapté Complémentation
<i>État mental</i>		
Démence	MMS (Mini Mental Status)	Consultation mémoire
Dépression	GDS-15 (Geriatric Depression Scale)	Traitement dépression
Syndrome confusionnel	CAM (Confusion Assessment Method)	Recherche étiologique et nursing
<i>Polypathologie</i>	Examen clinique	Hiérarchisation des pathologies et consultations adaptées
<i>Médicaments</i>	Comptage Relation bénéfice/risque Recherche effets indésirables et interactions Autonomie dans la gestion du traitement	Révision du traitement Adaptation des posologies à la clairance de la créatinine Aide à la prise de médicaments
<i>État fonctionnel</i>	ADL (activités de la vie quotidienne ou besoins de base dont prise d'un repas préparé) IADL (activités instrumentales dont courses et préparation des repas) Déficits sensoriels	Aide à la personne Aides techniques Aide ménagère, auxiliaire de vie sociale Portage de repas Aides techniques Interventions médico-chirurgicales, adaptation environnement
<i>Social</i>	Entourage Ressources financières et sociales Besoins et capacités des aidants	Aide à l'obtention d'aide financière publique ou privée (aide sociale, APA, caisse de retraite, mutuelles ou assurances privées) Mise en place, suivi du plan d'aide

chirurgie pour cancer. Aucun détail n'est cependant donné pour les modalités d'un soutien nutritionnel.

Conclusion : l'évaluation de l'état nutritionnel d'un sujet âgé atteint de cancer ne se conçoit qu'au sein d'une évaluation gérontologique globale utilisant les outils de l'EGS, l'intrication des fragilités rendant illusoire une approche uniquement nutritionnelle.

3.2. Évaluation de l'état nutritionnel

Le dépistage de la dénutrition du patient âgé atteint de cancer est le même que celui d'une personne âgée non atteinte de cancer. Les critères ont été définis récemment par la HAS 2007 et sont : une perte de poids de plus de 5 % du poids du corps en un mois ou de 10 % du poids du corps en six mois ou IMC < 21 ou une albuminémie inférieure à 35 g/L ou un *mini nutritional assessment* (MNA) complet inférieur à 17 [1,3,8]. Le MNA est un outil multidimensionnel associant des paramètres nutritionnels cliniques et des indicateurs de qualité de vie [11].

Le MNA complet paraît de plus être un facteur pronostique [11] (niveau de preuve 2). Il permet de classer les patients en normo-nutris (MNA complet > 23,5), à risque de dénutrition (MNA complet compris entre 17 et 23,5) ou dénutris (MNA complet < 17). L'intérêt de cet outil est l'identification de sujets non dénutris mais qui présentent un risque de le devenir, et notamment lors de la survenue d'une pathologie cancéreuse. Ce groupe à risque doit bénéficier d'une surveillance et d'une prise en charge spécifique, même si aucune étude actuellement n'existe sur ces sujets (avis d'experts). Depuis les recommandations de la HAS en 2007, le MNA dit « dépistage » a été modifié avec la possibilité d'utiliser la circonférence du mollet au lieu de l'IMC et est nommé MNA[®]. De plus il est maintenant validé pour être utilisé dans le diagnostic de dénutrition [12]. Le sujet est dénutri si le MNA[®] est entre 0 et 7 inclus, à risque de dénutrition entre 8 et 11 et sans problème nutritionnel entre 12 et 14. Les autres critères explicités plus haut de dépistage de la dénutrition au sein de l'EGS sont similaires à ceux utilisés chez le patient plus jeune.

Conclusion : l'évaluation de l'état nutritionnel d'un sujet âgé atteint de cancer n'est pas différente de celle d'un sujet âgé sans cancer. Elle est également très proche de celle du sujet plus jeune, en y ajoutant le MNA et en tenant compte des normes différentes telles qu'elles sont définies par les recommandations de la HAS d'avril 2007.

3.3. La prévalence de la dénutrition chez le sujet âgé atteint de cancer

Une série rétrospective (niveau de preuve 4) portant sur 826 patients âgés de plus de 65 ans (mais d'un âge moyen de 80 ans) hospitalisés a montré que les patients porteurs d'un cancer (15 %) avaient plus fréquemment un score MNA[®] < 11 que les autres (Tableau 2). Ils étaient 69,6 % chez les malades hospitalisés atteints de cancer versus 53,3 % chez les malades non atteints de cancer, $p < 0,05$ [13], ce qui traduit un risque de dénutrition plus fréquent [13].

Dans une autre étude, les patients âgés atteints d'un cancer de prostate étaient plus souvent dénutris que ceux qui avaient un adénome, avant chirurgie : 37,5 % avaient perdu plus de 3 kg dans les trois mois comparé à 2,5 % ($p < 0,05$) et 10 % étaient dénutris au MNA complet[®] (contre aucun pour les porteurs d'adénome NS), et 50 % étaient à risque toujours sur le critère MNA contre 7,5 % (NS) [14] (niveau 3).

La prévalence de la dénutrition chez les patients âgés en traitement par chimiothérapie palliative a été estimée entre 4 et 25 % [15,16]. Toutefois, ces écarts sont probablement liés à des populations différentes.

Plusieurs études montrent que parmi les patients atteints de cancer, la dénutrition tend à être plus fréquente chez les sujets âgés que chez les plus jeunes [12,17].

Dans l'étude de Toliuse et al., deux groupes ont été comparés, en prospectif. Il s'agissait de 40 hommes entre 65 et 94 ans, atteints de cancer de prostate, comparés à 40 hommes (65–85 ans) ayant une hyperplasie prostatique (HP) : 50 % présentaient un risque de dénutrition au MNA contre 7,5 % dans le groupe HP. Par ailleurs, 57,5 % avaient des symptômes digestifs contre 20 % dans le groupe HP, avec, pour les patients symptomatiques, une influence sur l'appétit dans les deux groupes ($p < 0,05$) [14] (niveau de preuve 3).

L'étude française des centres de lutte contre le cancer portant sur 1545 patients dont 23 % de plus de 70 ans n'a pas montré plus de dénutrition chez les plus âgés (35,0 % comparé à 29,7 %) mesuré par la perte de poids et l'indice de masse corporelle [18] (niveau de preuve 2, étude prospective).

Parmi une cohorte rétrospective de niveau 4 réalisée auprès de 409 patients dont 76 de plus de 75 ans en indication de pancréatectomie pour cancer, les plus âgés étaient plus souvent dénutris : leur masse corporelle et leur taux d'albumine préopératoire étaient plus faibles que chez les plus jeunes ($p = 0,005$ et $p = 0,002$). Les complications étaient plus fréquentes (72 % chez les plus âgés contre 48 % $p < 0,001$) et plus sévères ($p = 0,006$), la durée de séjour plus longue ($p < 0,001$) et la nécessité de soins de suite plus fréquente (45 % chez les plus âgés contre 6 %) [17].

Conclusion : la dénutrition des sujets âgés atteints de cancer est fréquente. Même s'ils ne sont pas dénutris au diagnostic,

le risque de dénutrition apparaît cependant très important au cours de la prise en charge. Les aspects nutritionnels doivent être systématiquement étudiés lors de la prise en charge initiale d'un sujet âgé atteint de cancer et intégrés dans une EGS et réévalués au cours du suivi.

3.4. La dénutrition, facteur pronostique

Les études qui ont évalué l'impact de la dénutrition sur le pronostic dans des groupes de patients âgés atteints de cancer sont rares (Tableau 2). Le fait d'être à risque de dénutrition ou dénutri était un facteur de risque indépendant de décès pour des patients d'oncogériatrie recevant une chimiothérapie [16,19]. Dans l'étude d'Aaldricks [19] (202 patients de plus de 70 ans atteints de cancer et traités par chimiothérapie, toute localisation, tout stade), une dénutrition, diagnostiquée par un MNA complet[®] < 17 concernait 3 % des sujets, et un risque de malnutrition (MNA complet[®] 17–23,5) 30 %. Les patients dénutris ou à risque de malnutrition avaient un risque de décès augmenté (OR = 2,19, 95 % CI [1,42–3,39]) après le début de la chimiothérapie et avaient un risque accru de ne pas recevoir le traitement prévu ($p = 0,001$). Cette étude de cohorte a un niveau de preuve 2. Parmi une autre série de patients recevant une chimiothérapie palliative pour cancer gastro-œsophagien, l'albumine sérique ne se révélait pas être un marqueur pronostique à la différence du score de Karnofsky et de la présence de symptômes en relation avec le cancer [15] (niveau de preuve 2 prospectif observationnel multicentrique). Cependant, une série rétrospective de 1372 patients de plus de 65 ans traités par chimiothérapie pour divers types de cancer a montré qu'un niveau bas d'albumine sérique (seuil 35 g/L) était associé à une moins bonne survie, une moins bonne réponse thérapeutique, plus de toxicités sévères, indépendamment des caractéristiques du cancer [16] (niveau de preuve 4). Le taux plasmatique de la CRP n'était pas précisé. Dans une série rétrospective (niveau de preuve 4) de 3113 patients ayant bénéficié d'une pancréatectomie pour cancer, 17 % avaient plus de 75 ans [20]. Ceux-ci ont présenté plus fréquemment des complications ($p < 0,001$) (syndrome confusionnel, complications infectieuses, retard de reprise du transit, complications cardiaques, transfert en unités de soins intensifs). La durée de séjour était plus longue, la mortalité hospitalière plus élevée chez les plus de 75 ans ($p = 0,64$). À l'issue de l'hospitalisation, 16 % des plus jeunes et 48 % des plus âgés ont nécessité un soutien nutritionnel entéral ($p < 0,005$) mais les résultats de l'évaluation nutritionnelle qui a amené à cette thérapeutique ne sont pas présentés. Il est à noter que les auteurs ne spécifient pas les moyens diagnostiques de dénutrition ayant conduit à la décision de soutien nutritionnel.

Conclusions : la dénutrition est un facteur pronostique pour tous les patients âgés atteints de cancer, particulièrement en cas de localisations digestives (grade B). Cependant, il n'existe pas d'étude comparant l'impact de la dénutrition sur le pronostic des patients âgés atteints de cancer versus les patients plus jeunes.

Tableau 2
Les principales études cliniques concernant les sujets âgés avec cancer et la nutrition.

Étude	Intervention	Design de l'étude	Population				Résultats	Niveau de preuve
			Nombre de patients	Type	Âge	Type de cancer		
<i>Prévalence de la dénutrition</i>								
Retornaz [23]	Observation	Prospective Cas-témoins	826 dont 144 avec cancer	Hôpital	81,7 (ET 7,9) pour ceux avec cancer	Tous	MNA [®] < 11 si cancer 69,6 % versus autres patients 53,3 % ; $p < 0,005$	3
Toliusiene [25]	Observation	Rétrospective Cas-témoins	80 dont 40 avec cancer	Hôpital	72 (65–94)	Prostate	MNA complet [®] 22,2 si cancer prostate et 26,1 chez les autres, $p < 0,05$	3
Laky [11]	Observation	Prospective	194	Hôpital	58,7 (ET 14,4)	Gynécologique	Âge moyen des patients malnutris (selon le Subjectif Global Assesment) plus élevé 63,7 si cancer versus 57,2ans ; $p = 0,007$	3
Pressoir [22]	Observation	Prospective Multicentrique	1545 23 % > 70 ans	Hôpital	59,3 (ET 13,8)	Tous	Prévalence malnutrition plus de 70 ans 35,0 % versus 29,7 % ; $p = 0,08$	2
Pratt [21]	Observation	Rétrospective	409 Dont 76 > 75 ans	Hôpital	79 (75–90) pour les patients âgés	Pancréas	BMI 24,4 chez les plus de 75 ans versus 26,0 ; $p = 0,05$ Albuminémie chez les plus de 75 ans, 36 g/L versus 39 g/L chez les autres ; $p = 0,02$	4
<i>Nutrition, facteur pronostique</i>								
Aaldriks [1]	Observation	Suivi de cohorte	202	Hôpital Ambulatoire	77 ans (ET 4,22) (71–92)	Tous	Risque de décès MNA complet [®] < 24 point versus 24-30 HR = 2,19 IC95 % (1,42–3,39) ; $p < 0,001$	2
Lord [16]	Observation	Prospective Multicentrique	120	Hôpital Ambulatoire	> 65 ans	Œsophage et estomac	Albumine basse (seuil non défini) n'est pas un facteur pronostique HR = 1,7 IC95 % [0,83–2,58] ; $p = 0,187$	2
Pentheroudakis [20]	Observation	Rétrospective Multicentrique	1372	Hôpital Ambulatoire	> 65 ans Bon état général	Sein, colorectal Poumon non à petites cellules	Albumine ≤ 35 mg/> 35 Augmente la mortalité HR = 1,70 IC95 % [1,33–2,17] ; $p < 0,001$ Diminue la réponse thérapeutique HR = 0,48 IC95 % [0,27–0,83] ; $p = 0,009$ Augmente le risque de toxicité sévère grade III/IV HR = 1,65 IC95 % [1,06–2,56] ; $p = 0,027$	3
Lightner [13]	Observation	Rétrospective	3113 dont 17 % de plus de 75 ans	Hôpital	> 75 ans	Pancréas	Nutrition entérale post-opératoire plus fréquente > 75 ans/48 % versus 16 % ; $p < 0,005$	4
<i>Intervention</i>								
McCorkle [17]	Évaluation gériatologique standardisée	Prospective randomisée	375	Ambulatoire	> 60 ans	Tous	Risque de décès témoin versus intervention (modèle de Cox) : OR : 2,04 (CI : 1,33 to 3,12 ; $p = 0,001$)	2

3.5. Aspects sociaux

Tandis que la dénutrition et en particulier la perte de poids sont reconnues comme facteurs de mauvais pronostic, une étude prospective de cohorte (niveau de preuve 4) a montré que les patients de plus de 70 ans (30 patients toutes localisations), et leurs proches considéraient la perte de poids comme un élément positif et espéraient ne pas reprendre leur poids antérieur. Par ailleurs, ils ne discutaient pas des problèmes diététiques avec leur médecin et enfin étaient souvent séduits par les allégations santé de certains aliments ou compléments alimentaires. Enfin, les altérations du déroulement des repas qui durent plus longtemps, les modifications du goût et de l'appétit, les difficultés mastocatoires, leur font renoncer à manger en société. Cela pourrait contribuer à accentuer leur isolement social lié à la pathologie [21]. La même équipe a montré les difficultés éprouvées par les patients et leur famille, quel que soit leur sexe, à continuer à assurer la planification et la préparation des repas. En particulier le sentiment de frustration de la personne qui prépare les repas, quand ceux-ci ne sont pas ingérés ou que le patient ne mange pas ce qu'il faut [22] (niveau de preuve 4). Les couples vivaient avec beaucoup de charge émotionnelle les difficultés alimentaires liées au cancer. Cela montre l'importance d'associer les proches (aidants naturels ou professionnels) à la stratégie nutritionnelle et diététique, après une bonne information, pour assurer sa réussite.

Conclusion : l'entourage revêt un caractère important dans les aspects nutritionnels lors de la prise en charge des patients âgés atteints de cancer. Les aidants naturels et professionnels au domicile doivent bénéficier d'une information, en plus des éléments standards d'éducation thérapeutique pour le patient lui-même (grade C).

3.6. Le soutien nutritionnel

Peu de travaux ont étudié spécifiquement l'effet d'une prise en charge nutritionnelle chez le patient âgé atteint de cancer (Tableau 2).

3.6.1. Conseil diététique

Un essai clinique prospectif randomisé (niveau de preuve 1) de conseils nutritionnels visant à améliorer la qualité de l'alimentation des patients survivants d'un cancer du sein ou de la prostate s'est révélé efficace [23]. 182 patients âgés de plus de 65 ans ont été enrôlés 18 mois après le diagnostic. Seul le score de qualité global était amélioré par rapport au groupe témoin. Une étude prospective de petite taille confirme une bonne observance des conseils diététiques ciblés sur les symptômes par les patients âgés (proportion de 0,60 à 0,70) [24].

3.6.2. Compléments nutritionnels oraux (CNO)

Il n'y a pas d'essai spécifique sujet âgé atteint de cancer sur ce sujet. Toutefois, pour les patients âgés hospitalisés non atteints de cancer, une méta-analyse regroupant 62 études objectivait un bénéfice à l'utilisation des CNO [25]. Une réduction de la mortalité n'était observée que pour les patients définis comme

dénutris. Il n'y a pas de données dans cette méta-analyse se référant à la présence d'un cancer.

La nutrition entérale nécessite une compréhension du patient et une adhésion au traitement. Une évaluation gériatrique globale semble donc un préalable nécessaire (cf. chapitre 1).

Un audit (niveau de preuve 4) publié en 2008 chez 1866 patients atteints de cancers des voies aérodigestives supérieures, en traitement nutritionnel par nutrition entérale (1637 sondes nasogastriques, 177 sondes naso-entérales [SNE], 241 gastrostomie percutanée endoscopique [GPE], n'a pas montré d'influence de l'âge sur le taux de réussite de la mise place de la nutrition. Le pronostic n'a pas été évoqué dans ce travail. Le taux de réussite de la nutrition entérale a été de 96 % [95 %CI : 95–97 %] et le taux de complications immédiates de 3 % [95 %CI : 2–4 %] [26].

Dans un autre travail rétrospectif (niveau de preuve 4) de 2009 portant sur 102 patients recevant une radio-chimiothérapie pour cancer de la tête et du cou, la nutrition entérale tendrait à être plus fréquemment conservée à distance du traitement oncologique avec l'augmentation en âge (comparaison inférieure à 40 ans, 40–49, 50–60 et plus de 61 ans $p=0,8$) [27]. La nutrition était généralement bien tolérée, avec cependant 11,8 % de remplacement de sonde, 8,8 % d'infections et 5,9 % de douleurs.

Une revue systématique des essais publiés évaluant la NE par gastrostomie de patients âgés (avec ou sans cancer) n'a pas mis en évidence de différence de survie par rapport aux groupes témoins chez les patients institutionnalisés [28]. Une tendance à une augmentation du risque de mortalité était constatée chez les plus âgés et chez ceux qui étaient porteurs d'un cancer. Cependant la faible qualité méthodologique des cinq essais pris en compte ne permettait pas aux auteurs de conclure (pas de calcul d'OR, niveau de preuve 4).

3.6.3. Nutrition parentérale

Les données de la littérature sont inexistantes en oncogériatrie.

3.6.4. Immunonutrition

Les données de la littérature sont inexistantes en oncogériatrie.

Conclusion : il existe très peu d'essais interventionnels spécifiques à la personne âgée. Par défaut, les recommandations sont celles prévalant chez la personne plus jeune. Il est recommandé de développer des essais cliniques prospectifs de soutien nutritionnel intégré dans une prise globale (avis d'expert).

Recommandations

Le risque de dénutrition du sujet âgé (≥ 70 ans) atteint de cancer est accru comparativement au sujet plus jeune.

Il est recommandé que le plan de soin nutritionnel soit intégré à un plan de soins gériatriques global (avis d'experts).

Le plan de soin gériatologique doit être défini à partir d'une évaluation gériatologique globale multidomaine (état mental, co-morbidités, médicaments, mobilité et autonomie, nutrition, douleur, grandes fonctions, contexte social) utilisant des outils spécifiques standardisés proposés à tous les patients de plus de 70 ans en attendant qu'un outil de dépistage du besoin d'évaluation soit validé. L'évaluation gériatologique est utilisée aussi comme aide à la décision thérapeutique. Le plan de soins gériatologique accompagne la personne pendant l'ensemble de la prise en charge de son cancer.

Dans les centres en disposant, il est recommandé de s'appuyer sur les unités de coordination en oncogériatrie (UCOG) (avis d'experts).

Actuellement, par manque d'études spécifiques dans cette population, les recommandations générales doivent s'appliquer (avis d'experts).

Il est recommandé de développer des programmes de recherche spécifiques (avis d'experts).

Références

- [1] Yancik R. Cancer burden in the aged: an epidemiologic and demographic overview. *Cancer* 1997;80:1273–83.
- [2] Wallace J, Schwartz R, Lacroix A. Involuntary weight loss in older outpatients: incidence and clinical significance. *J Am Geriatr Soc* 1995;43:329–37.
- [3] Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56(3):M146–56.
- [4] Blanc-Bisson C, Fonck M, Rainfray M, Soubeyran P, Bourdel-Marchasson I. Undernutrition in elderly patients with cancer: target for diagnosis and intervention. *Crit Rev Oncol Hematol* 2008;67(3):243–54.
- [5] Kumar Pal S, Katheria V, Hurria A. Evaluating the older patient with cancer: understanding frailty and the geriatric assessment. *CA Cancer J Clin* 2010;60(2):120–32.
- [6] Chen CC, Kenefick AL, Tang ST, McCorkle R. Utilization of comprehensive geriatric assessment in cancer patients. *Crit Rev Oncol Hematol* 2004;49(1):53–67.
- [7] Extermann M, Aapro M, Bernabei R, et al. Use of comprehensive geriatric assessment in older cancer patients: recommendations from the task force on CGA of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG). *Crit Rev Oncol Hematol* 2005;55(3):241–52.
- [8] Pallis AG, Fortpied C, Wedding U, et al. EORTC elderly task force position paper: approach to the older cancer patient. *Eur J Cancer* 2010;46(9):1502–13.
- [9] Balducci L, Yates J. General guidelines for the management of older patients with cancer. *Oncology* 2000;14:221–7.
- [10] McCorkle R, Strumpf NE, Nuamah IF, et al. A specialized home care intervention improves survival among older post-surgical cancer patients. *J Am Geriatr Soc* 2000;48(12):1707–13.
- [11] Guigoz Y, Lauque S, Vellas BJ. Identifying the elderly at risk for malnutrition. The mini nutritional assessment. *Clin Geriatr Med* 2002;18(4):737–57.
- [12] Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA[®]-SF): a practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging* 2009;13:782–8.
- [13] Retornaz F, Seux V, Sourial N, et al. Comparison of the health and functional status between older inpatients with and without cancer admitted to a geriatric/internal medicine unit. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007;62:917–22.
- [14] Toliusiene J, Lesauskaite V. The nutritional status of older men with advanced prostate cancer and factors affecting it. *Support Care Cancer* 2004;12:716–9.
- [15] Lord SR, Hall PS, McShane P, Brown J, Seymour MT. Factors predicting outcome for advanced gastroesophageal cancer in elderly patients receiving palliative chemotherapy. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2010;22:107–13.
- [16] Pentheroudakis G, Fountzilas G, Kalofonos HP, Hellenic Cooperative Oncology Group. Palliative chemotherapy in elderly patients with common metastatic malignancies: a Hellenic cooperative oncology group registry analysis of management, outcome and clinical benefit predictors. *Crit Rev Oncol Hematol* 2008;66:237–47.
- [17] Pratt WB, Gangavati A, Agarwal K, et al. Establishing standards of quality for elderly patients undergoing pancreatic resection. *Arch Surg* 2009;144:950–6.
- [18] Pressoir M, Desno S, Berchery D, et al. Prevalence, risk factors and clinical implications of malnutrition in French comprehensive cancer centres. *Br J Cancer* 2010;102:966–71.
- [19] Aldriks AA, Maartense E, le Cessie S, et al. Predictive value of geriatric assessment for patients older than 70 years, treated with chemotherapy. *Crit Rev Oncol Hematol* 2010;79:212–5.
- [20] Lightner AM, Glasgow RE, Jordan TH, et al. Pancreatic resection in the elderly. *J Am Coll Surg* 2004;198:697–706.
- [21] Locher JL, Robinson CO, Amos Bailey F, et al. The contribution of social factors to undernourishment in older adults with cancer. *J Support Oncol* 2009;7:168–73.
- [22] Locher JL, Robinson CO, Bailey F, et al. Disruptions in the organization of meal preparation and consumption among older cancer patients and their family caregivers. *Psychooncology* 2010;19:967–74.
- [23] Clutter Snyder D, Sloane R, Haines PS, et al. The diet quality index-revised: A tool to promote and evaluate dietary changes among older cancer survivors enrolled in a home-based intervention trial. *J Am Diet Assoc* 2007;107:1519–29.
- [24] Durrieu J, Blanc-Bisson C, Fonck M, et al. Huit fiches pratiques de conseil nutritionnel pour répondre aux besoins des patients âgés au cours de leur traitement de chimiothérapie: étude INOGAD. *Oncologie* 2011;13:83–9.
- [25] Milne AC, Potter J, Vivanti A, Avenell A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. *Cochrane Database Syst Rev* (online) 2009;2. CD003288.
- [26] Shastri YM, Shirodkar M, Mallath MK. Endoscopic feeding tube placement in patients with cancer: a prospective clinical audit of 2055 procedures in 1866 patients. *Aliment Pharmacol Ther* 2008;27:649–58.
- [27] Lawson JD, Gaultney J, Saba N, Grist W, Davis L, Johnstone PA. Percutaneous feeding tubes in patients with head and neck cancer: rethinking prophylactic placement for patients undergoing chemoradiation. *Am J Otolaryngol* 2009;30:244–9.
- [28] Mitchell SL, Tetroe JM. Survival after percutaneous endoscopic gastrostomy placement in older persons. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2000;55:M735–9.