



## Atelier 4

Prise en charge nutritionnelle du patient adulte atteint  
de cancer : les recommandations professionnelles 2012

Dr Corinne BOUTELOUP, CHU Estaing  
Pr Marie-Paule VASSON, CLCC Jean Perrin.

## Cas clinique

Un malade porteur d'un cancer ORL

# Histoire 1

---

- ❑ Monsieur B., 48 ans, consulte son médecin traitant pour des douleurs à la mastication.
- ❑ Antécédents
  - Appendicectomie dans l'enfance.
  - Tabagisme sevré depuis 2 mois (débuté à 15 ans ;30 paquets-années)
  - Alcoolisme sevré depuis 3 ans (60 g/jour).
- ❑ Aucun traitement
- ❑ Examen clinique :
  - ulcération du plancher buccal antérieur
  - adénopathie cervicale

# Histoire 2

---

- Consultation spécialisée
  - Panendoscopie ORL : lésion suspecte du plancher buccal antérieur, au niveau du versant lingual de la gencive inférieure avec mobilité dentaire du secteur incisif inférieur.
  - Biopsie : carcinome épidermoïde infiltrant
  
- Bilan d'extension : pas d'autre localisation.
- Bilan biologique : CRP = 10 mg/L; Albuminémie = 36 g/L ; reste normal
  
- RCP : prise en charge chirurgicale : pelvectomie antérieure avec lambeau de muscle peaucier et évidement ganglionnaire cervical fonctionnel bilatéral.
  
- Consultation d'anesthésie :
  - Poids = 78 kg ; Taille = 1,80 m.
  - Poids de forme = 81 kg il y a encore quelques semaines

# Question 1

**Quel est le grade nutritionnel (GN) de ce patient ?**

1. GN1
2. GN2
3. GN3
4. GN4

# Question 1

**Quel est le grade nutritionnel (GN) de ce patient ?**

1. GN1

2. GN2

3. GN3

4. GN4

# Réponse 1

---

## Recommandations de bonnes pratiques cliniques sur la nutrition périopératoire **Nutr Clin Métabol 2010**

- Le grade nutritionnel est défini sur :
  - ↳ les facteurs de risque de dénutrition
  - ↳ l'état nutritionnel : dénutrition avérée ou pas de dénutrition
  - ↳ le risque attendu de morbidité de la chirurgie.
  
- Le grade nutritionnel permet de proposer une stratégie nutritionnelle adaptée.

# Facteurs de risque

---

## *Facteurs de risque liés au patient (comorbidités)*

---

Âge > 70 ans ←

Cancer

Hémopathie maligne

Sepsis

Pathologie chronique

  Digestive

  Insuffisance d'organe (respiratoire, cardiaque, rénale, intestinale, pancréatique, hépatique)

  Pathologie neuromusculaire et polyhandicap

  Diabète

  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

---

# Facteurs de risque

Recommandations de bonnes pratiques cliniques sur la nutrition périopératoire *Nutr Clin Métabol* 2010

*R1* : Les facteurs pouvant induire une dénutrition **doivent** être recherchés (Tableau 1).

*R2* : Tout patient présentant au moins un facteur de risque de dénutrition **doit** bénéficier d'une évaluation de son état nutritionnel.



- L'évaluation nutritionnelle doit être intégrée au dispositif d'annonce (avis d'experts)



# Evaluation de l'état nutritionnel

---

## Recommandations professionnelles SFNEP Nutrition et cancer NCM décembre 2012

- Poids : à chaque visite ou hospitalisation et tracé dans le dossier
- Perte de poids par rapport (grade B)
  - au poids habituel (avant la maladie),
  - ou au poids de forme
  - ou poids il y a 6 mois
- IMC : pas seul car peu sensible et peu spécifique (grade B)
- Circonférence musculaire brachiale : si rétention hydrosodée (avis d'expert)
- Evaluation des ingesta : au minimum EVA visuelle ou verbale, au mieux consultation diététique (avis d'expert)

# Diagnostic de dénutrition

---

Recommandations de bonnes pratiques cliniques sur la nutrition périopératoire

Nutr Clin Métabol 2010

Recommandations professionnelles SFNEP Nutrition et cancer

Nutr Clin Métabol 2012

## **Dénutrition cliniquement pertinente**

c'est-à-dire pouvant entraîner des complications postopératoires et des conséquences médicoéconomiques :

- Perte de poids récente d'au moins 10 %
- ou IMC  $\leq 18,5$
- ou albuminémie  $< 30$  g/L indépendamment de la CRP

# Diagnostic de dénutrition

Recommandations de bonnes pratiques

Nutr Clin Métabol 2010

Recommandations professionnelles SFM

Nutr Clin Métabol 2012

Notre patient

- IMC =  $78/1,8^2 = 24$

- Perte de poids = 3 kg soit 3,7 %

- Alb = 36 g/L

## Dénutrition cliniquement pertinente

c'est-à-dire pouvant entraîner des complications post-opératoires et des conséquences médicoéconomiques :

- Perte de poids récente d'au moins 10 %
- ou IMC  $\leq 18,5$
- ou albuminémie  $< 30$  g/L indépendamment de la CRP

Pas de dénutrition

# Stratification du risque nutritionnel

---

Recommandations de bonnes pratiques cliniques sur la nutrition périopératoire **Nutr Clin Métabol 2010**

Grade nutritionnel 1 (GN 1)	Patient non dénutri ET chirurgie non à risque élevé de morbidité ET pas de facteur de risque de dénutrition
Grade nutritionnel 2 (GN 2)	Patient non dénutri ET présence d'au moins un facteur de risque de dénutrition OU chirurgie avec un risque élevé de morbidité
Grade nutritionnel 3 (GN 3)	Patient dénutri ET chirurgie non à risque élevé de morbidité
Grade nutritionnel 4 (GN 4)	Patient dénutri ET chirurgie avec un risque élevé de morbidité

# Stratification du risque nutritionnel

Notre patient

Recommandation  
périopératoire

- ❑ pas de dénutrition
- ❑ un facteur de risque de dénutrition : le cancer.
- ❑ chirurgie envisagée considérée à faible risque de morbidité.

Grade nutritionnel 1 (GN 1)	Patient non dénutri ET chirurgie non à risque élevé de morbidité ET pas de facteur de risque de dénutrition
Grade nutritionnel 2 (GN 2)	Patient non dénutri ET présence d'au moins un facteur de risque de dénutrition OU chirurgie avec un risque élevé de morbidité
Grade nutritionnel 3 (GN 3)	Patient dénutri ET chirurgie non à risque élevé de morbidité
Grade nutritionnel 4 (GN 4)	Patient dénutri ET chirurgie avec un risque élevé de morbidité

## Question 2

---

**Avant la chirurgie, quelle prise en charge pour ce patient ?**

1. Une prise en charge nutritionnelle n'est pas nécessaire.
2. Une pharmaconutrition préopératoire est recommandée.
3. Une nutrition artificielle préopératoire systématique est recommandée.
4. Des conseils diététiques éventuellement associés à des compléments nutritionnels oraux sont recommandés.

## Question 2

---

**Avant la chirurgie, quelle prise en charge pour ce patient ?**

1. Une prise en charge nutritionnelle n'est pas nécessaire.
2. Une pharmaconutrition préopératoire est recommandée.
3. Une nutrition artificielle préopératoire systématique est recommandée.
4. Des conseils diététiques éventuellement associés à des compléments nutritionnels oraux sont recommandés.

# Réponse 2

---

## Prise en charge nutritionnelle pré-opératoire

- ❑ **Recommandations de bonnes pratiques cliniques sur la nutrition périopératoire**  
*Nutr Clin Métabol 2010*  
« tout patient GN2 doit probablement bénéficier d'une prise en charge nutritionnelle préopératoire : conseils diététiques et compléments nutritionnels oraux (CNO) »
- ❑ **Recommandations professionnelles SFNEP Nutrition et cancer**  
*Nutr Clin Métabol 2012*  
« Il est recommandé un conseil diététique personnalisé intégrant, si nécessaire, la prescription de CNO pour tout patient GN2 ou GN3 (avis d'expert) »  
« Pour les patients GN2, en pré-opératoire, une nutrition artificielle n'est pas recommandée (grade A) »



# Réponse 2

---

## Conseil diététique/ Compléments nutritionnels oraux

- D'autant plus efficaces qu'ils sont précoces pour éviter l'apparition ou l'aggravation d'une dénutrition et le recours à la nutrition artificielle
  
- **Le conseil diététique personnalisé**
  - réalisé par un expert en nutrition tout au long du traitement ; plusieurs consultations diététiques.
  - alimentation adaptée aux symptômes rencontrés (adaptation de texture, enrichissement éventuel,...)
  - objectif : maintenir le poids

# Réponse 2

---

## Conseil diététique/ Compléments nutritionnels oraux

### □ Les CNO

- prescription adaptée, expliquée, contrôlée
- toujours associés à un conseil diététique personnalisé
- indiqués si conseils diététiques et gestion efficace des symptômes (douleur, troubles de déglutition) sont insuffisants pour maintenir les apports
- peu d'études contrôlées avec CNO standards : efficacité sur les paramètres nutritionnels, plus ou moins sur la morbidité, la qualité de vie

Rana Clin Nutr 1992; Keele Gut 1997; Beattie Gut 2000 ;  
Smedley Br J Surg 2004

# Réponse 2

---

## Pharmaconutrition

### □ Recommandations professionnelles SFNEP Nutrition et cancer

*Nutr Clin Métabol 2012*

- **Pas de recommandation** concernant la pharmaconutrition **préopératoire** dans les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS).

Essais cliniques en cours.

- **Glutamine** : « **en préopératoire** d'une chirurgie oncologique programmée, il n'est **pas recommandée** de prescrire de la GLN quelle que soit la voie d'administration (grade B) »

# Histoire 3

---

- ❑ La chirurgie est réalisée et se déroule sans complication.
- ❑ Le chirurgien indique que l'alimentation orale sera reprise dans une semaine de façon progressive.

# Question 3

---

**Quelles mesures faut-il prendre pour ce patient ?**

1. Le laisser à jeun au moins 48 heures.
2. Réaliser une nutrition entérale par sonde naso-gastrique.
3. Atteindre la cible énergétique en 8 jours minimum.
4. Prescrire une pharmaconutrition enrichie en arginine.

# Question 3

---

**Quelles mesures faut-il prendre pour ce patient ?**

1. Le laisser à jeun au moins 48 heures.
2. Réaliser une nutrition entérale par sonde naso-gastrique.
3. Atteindre la cible énergétique en 8 jours minimum.
4. Prescrire une pharmaconutrition enrichie en arginine.

# Réponse 3 : 1 est faux

---

## Nutrition orale ou entérale post-opératoire précoce

Recommandations de bonnes pratiques cliniques sur la nutrition périopératoire

Nutr Clin Métabol 2010

*R27*: Il **est recommandé** de reprendre le plus rapidement possible, au cours des 24 premières heures postopératoires, une alimentation orale, selon la tolérance du patient, sauf contre indication chirurgicale.

# Nutrition entérale précoce en post-opératoire

Beier-Holgersen R,

Boesby S Gut 1996

ECR double insu ; 60 patients

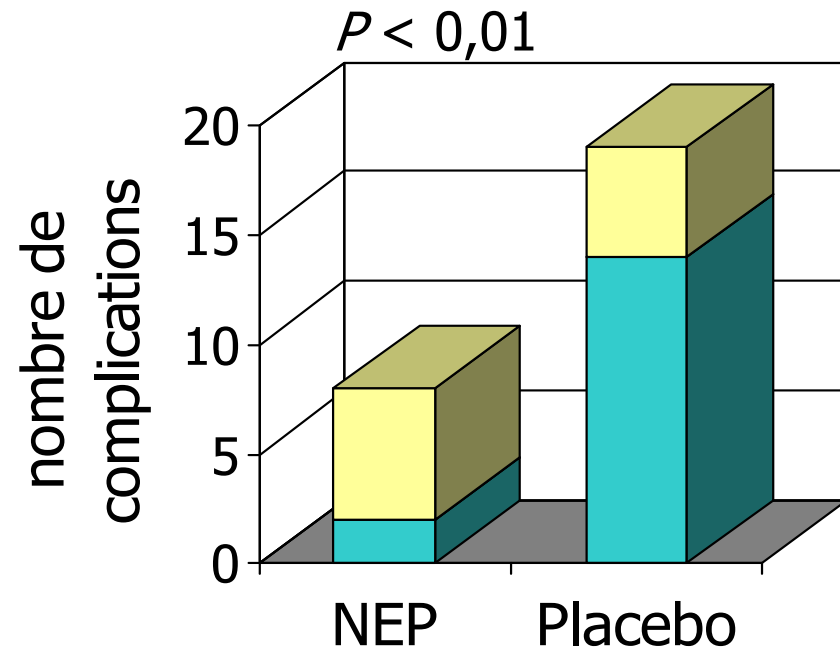
chirurgie digestive majeure

NE précoce vs jeun

- ▣ Réduction de la durée d'hospitalisation (8 j vs 11,5 j)  $p=0,08$
- ▣ Réduction du coût global de 25%

## Complications post-opératoires

■ infectieuses ■ non-infectieuses

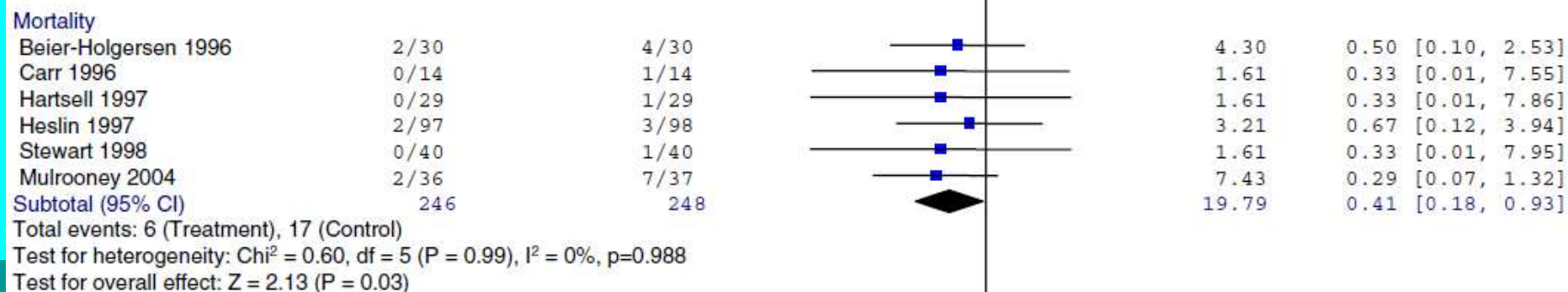




# NE ou NO précoce (24h) vs jeûne en postopératoire de chirurgie digestive

Lewis SJ et al. *J Gastrointest Surg* 2009 Revue systématique et Méta-analyse : 13 ECR ; 1173 patients

## Mortalité



+ suggère une diminution des complications infectieuses et de la durée d'hospitalisation

# Réponse 3 : 2 est vrai

---

## Prise en charge nutritionnelle postopératoire

Recommandations de bonnes pratiques cliniques sur la nutrition périopératoire

Nutr Clin Métabol 2010

Recommandations professionnelles SFNEP Nutrition et cancer

Nutr Clin Métabol 2012

### **Chez le patient GN2**

- « Une assistance nutritionnelle postopératoire d'une durée inférieure à 7 jours n'est pas recommandée. »
- « en postopératoire, une nutrition artificielle est recommandée si les apports oraux sont inférieurs à 60 % des besoins depuis 7 jours (grade C). »
- « Il faut probablement instaurer une assistance nutritionnelle précoce si les apports alimentaires prévisibles seront inférieurs à 60% des besoins au cours des 7 jours postopératoires. »

# Réponse 3 : 2 est vrai

---

## Choix du type d'assistance nutritionnelle

Recommandations de bonnes pratiques cliniques sur la nutrition périopératoire

Nutr Clin Métabol 2010

Recommandations professionnelles SFNEP Nutrition et cancer

Nutr Clin Métabol 2012

*R19*: Lorsqu'une assistance nutritionnelle préopératoire est indiquée, la nutrition entérale est à privilégier chez tout patient dont le tube digestif est fonctionnel ; dans ce cas, la nutrition parentérale **n'est pas recommandée**.

La nutrition parentérale

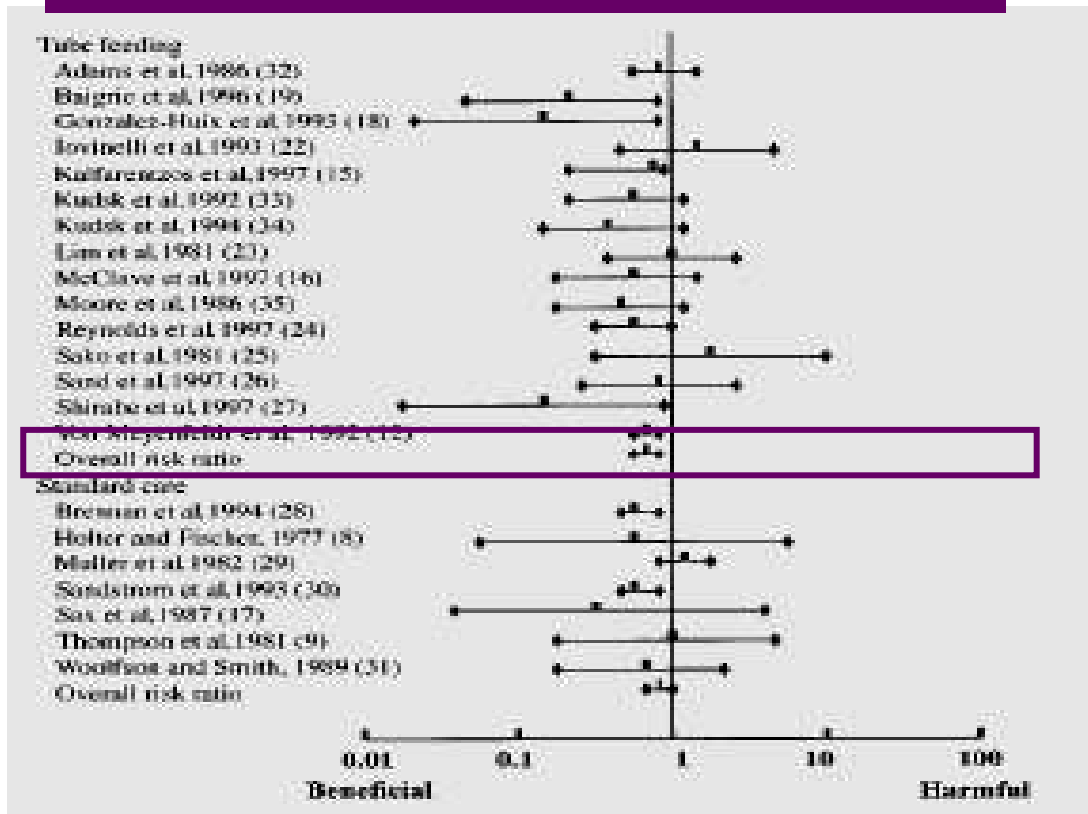
- expose à plus de complications notamment infectieuses
- est moins physiologique
- est plus coûteuse
- n'est pas plus efficace sur le plan nutritionnel

# NE ou NP : morbidité

## Braunschweig et al AJCN 2001 méta-analyse

27 études (13 dans cancer) ; 1828 patients (895 NE; 934 NP)

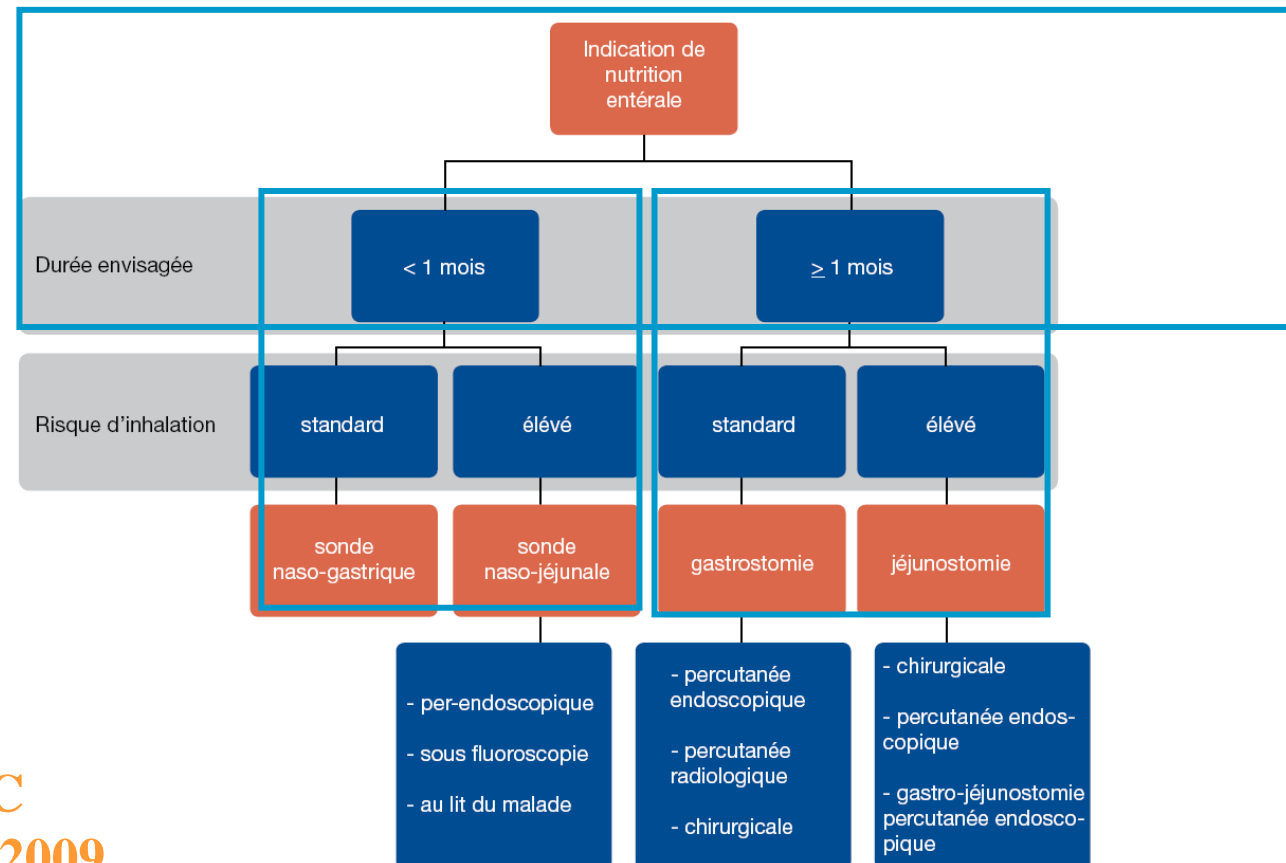
Complications infectieuses  
RR = 0,64 (0,54-0,76)



Autres complications  
et mortalité : NS

# Choix sonde nasale ou gastrostomie

Abords digestifs pour la nutrition entérale de l'adulte



S Schneider et CEPC  
de la SFNEP, NCM 2009

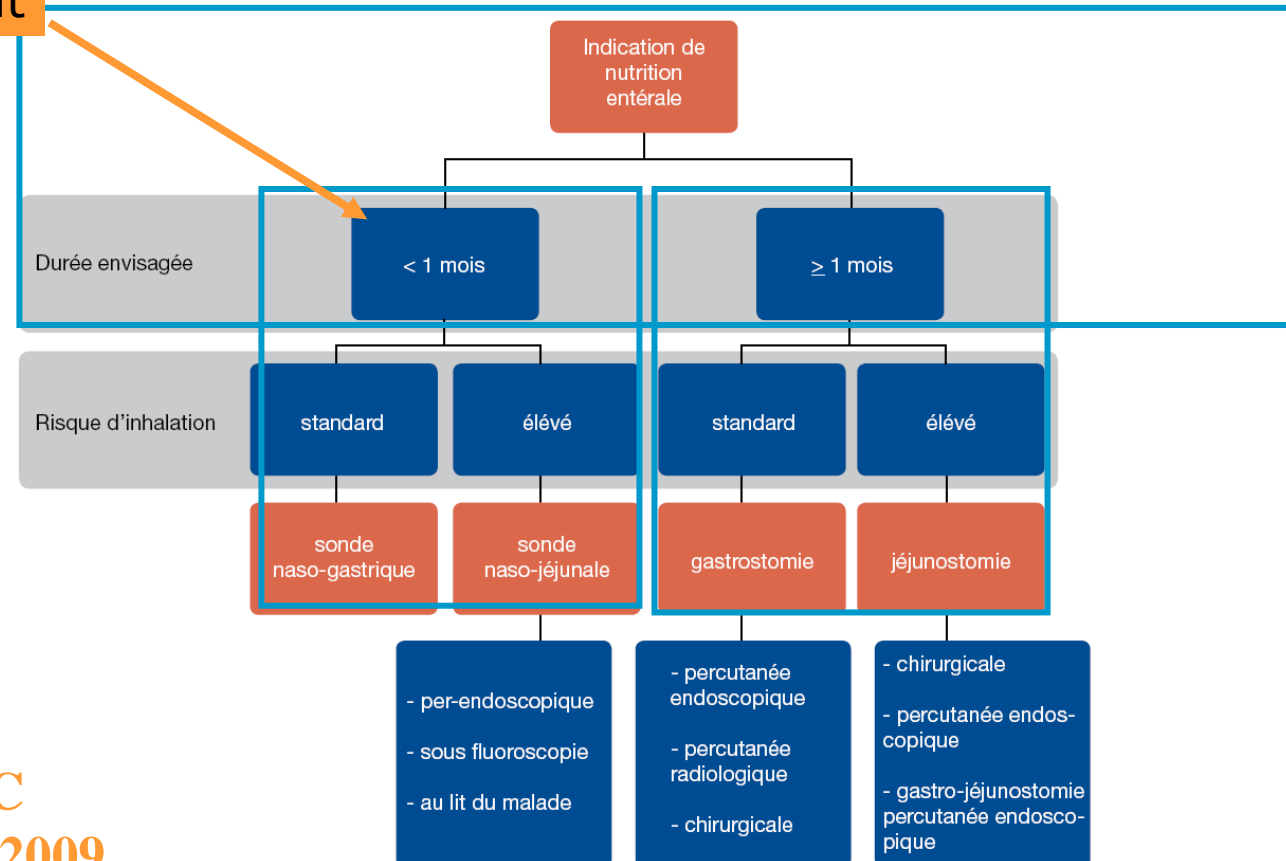
# Choix sonde nasale ou gastrostomie

Abords digestifs pour la nutrition entérale de l'adulte



Probable  
chez notre patient

Sonde en  
silicone ou  
polyuréthane  
Ch 8-10  
(max 12 si  
médicaments)



S Schneider et CEPC  
de la SFNEP, NCM 2009

# Réponse 3 : 3 est faux

---

## Syndrome de renutrition inappropriée

### Patients à risque

Critères du National Institute for Health and Clinical Excellence

**Présence d'un critère parmi les suivants :**

- IMC < 16
- Perte de poids involontaire de plus de 15% dans les 3 à 6 derniers mois
- Apport nutritionnel faible ou nul depuis plus de 10 jours
- Concentrations plasmatiques basses de potassium, phosphore ou magnésium avant renutrition

**Présence de 2 critères ou plus parmi les critères suivants :**

- IMC < 18,5
- Perte de poids involontaire de plus de 10% dans les 3 à 6 derniers mois
- Apport nutritionnel faible ou nul depuis plus de 5 jours
- Alcoolisme chronique ou thérapeutiques en cours telle qu'insuline, chimiothérapie, antiacides ou diurétiques

# Syndrome de renutrition inappropriée

---

## Prévention

### Evaluer et corriger les déficits nutritionnels préexistants

#### Avant de débuter la renutrition

- ❑ Examen clinique : recherche des signes de dénutrition, oedèmes
- ❑ Bilan biologique : P, Mg<sup>++</sup>, Na<sup>+</sup> et K<sup>+</sup> plasmatiques et urinaires, urée et créatinine plasmatiques, glycémie.
- ❑ Corriger les déficits plasmatiques en électrolytes
- ❑ Supplémenter systématiquement en :
  - Phosphore, Magnésium, Vitamines dont thiamine (B1) si alcoolisme chronique, Oligoéléments
  - Potassium : selon la kaliémie et la kaliurèse
- ❑ Contrôler les apports en Na<sup>+</sup> et en eau en fonction de la clinique (œdèmes)



# Syndrome de renutrition inappropriée

---

## Prévention

### Mise en oeuvre de la renutrition

- Renutrition très progressive
- Pendant les 3 premiers jours
  - 10-15 kcal/kg/j sans dépasser 500 kcal
  - Limiter les apports en glucides à 1,5 g/kg/j avec un apport en continu afin de prévenir une hypoglycémie post-stimulation insulinique.
  - Limiter les apports en sodium et le volume hydrique pour éviter la formation d'œdèmes.
- Pendant les 7 à 14 jours suivants
  - Augmenter les apports calorico-azotés par palier pour atteindre les apports cibles
  - Ne pas dépasser 4 g/kg/j d'apport glucidique

# Syndrome de renutrition inappropriée

---

## Prévention

### Mise en oeuvre de la renutrition

- Surveillance clinique et biologique
  - Pendant les 3 premiers jours : quotidiennement  
clinique : poids, oedèmes, TA, pulsations  
biologie : P, Mg<sup>++</sup>, Na<sup>+</sup> et K<sup>+</sup> sanguins et urinaires, urée et créatinine sanguines, glycémie.
  - Pendant toute la période d'augmentation des apports : à chaque palier d'augmentation, la surveillance clinique et biologique est impérative.

**Plus la dénutrition est chronique et sévère,  
plus le risque de SRI est élevé  
plus la surveillance clinique et biologique doit être rapprochée**

# Réponse 3 : 3 est faux

---

- ❑ Pas à risque de syndrome de renutrition inappropriée  $\Rightarrow$  possible d'atteindre rapidement la cible énergétique en 72h.
- ❑ Pour le patient atteint de cancer, **en périopératoire**,  
Apports énergétiques recommandés = 25 à 30 kcal.kg<sup>-1</sup>.j<sup>-1</sup>  
Apports protéiques recommandés = 1,2-1,5 g.kg<sup>-1</sup>.j<sup>-1</sup>  
Recommandations professionnelles SFNEP Nutrition et cancer  
*Nutr Clin Métabol 2012*  
Pour ce patient, apports oraux des premiers jours nuls  
 $\Rightarrow$  apports énergétiques cibles en NE : 30 kcal.kg<sup>-1</sup>.j<sup>-1</sup> .

# Réponse 3 : 4 est vrai

---

Recommandations professionnelles Nutrition et cancer **NCM 2012**  
ESPEN Guidelines NE **Clin Nutr 2006**

- ❑ **En postopératoire** de chirurgie oncologique des voies aérodigestives supérieures, **il est recommandé** de prescrire une pharmaconutrition enrichie en arginine (grade B)

NE postopératoire + Arginine à dose élevée (20 g/j)

**DeLuis et al Eur Rev Med Pharmacol Sci 2009**

Complications postopératoires : NS

↘ fistules postopératoires (5,2 % vs 17,6 % ; p=0,026)

↘ durée hospitalisation : -12 jours (p = 0,03)

**Felekis et al Nutr Cancer 2010**

↗ survie globale et survie sans récurrence

# Histoire 4

---

- ❑ Le patient a repris l'alimentation orale à J7 ; la NE a été diminuée à partir de J8 et arrêtée à J10. Le malade est sorti à domicile. Poids de sortie 77 kg.
- ❑ L'anatomopathologie de la pièce opératoire conclut à un cancer épidermoïde pT1 pN1 avec recoupe positive, N0 pour les curages droit et gauche.
- ❑ Il n'y a pas d'embol vasculaire ni d'infiltration des filets périnerveux. La limite antérieure de résection est en zone tumorale, l'autre limite est en zone saine.
- ❑ En RCP, une radiochimiothérapie concomitante est décidée.

## Question 4

---

**Parmi les propositions suivantes, quelle est la proposition vraie ?**

1. Une gastrostomie est toujours recommandée en cas de radiochimiothérapie des voies aérodigestives supérieures.
2. La technique de pose de la gastrostomie est sans importance.
3. La pose de la gastrostomie en cours de radiochimiothérapie présente des risques.
4. Vous débutez systématiquement une nutrition entérale.

## Question 4

---

**Parmi les propositions suivantes, quelle est la proposition vraie ?**

1. Une gastrostomie est toujours recommandée en cas de radiochimiothérapie des voies aérodigestives supérieures.
2. La technique de pose de la gastrostomie est sans importance.
3. La pose de la gastrostomie en cours de radiochimiothérapie présente des risques.
4. Vous débutez systématiquement une nutrition entérale.

## Réponse 4 : 1 est faux

---

- ❑ La pose d'une gastrostomie avant traitement par radiochimiothérapie pour un cancer des VADS **n'est pas systématique**  
Recommandations professionnelles Nutrition et cancer **NCM 2012**
- ❑ En cas de néoplasie des VADS traitée par radiochimiothérapie à visée curative, **la pose d'une gastrostomie est recommandée** :
  - Chez le patient non dénutri **si le champ d'irradiation inclut la sphère oro-pharyngée** (gastrostomie prophylactique) (avis d'expert)
  - **Chez le patient dénutri** quel que soit le site du champ d'irradiation (Grade C/avis d'expert)



# Réponse 4 : 1 est faux

---

- ❑ La pose d'une gastrostomie avant traitement par radiochimiothérapie pour un cancer des VADS **n'est pas systématique**

Recommandations professionnelles Nutrition et cancer **NCM 2012**

- ❑ En cas de néoplasie des VADS traitée par radiochimiothérapie à visée curative, **la pose d'une gastrostomie est recommandée** :
  - Chez le patient non dénutri **si le champ d'irradiation inclut la sphère oro-pharyngée** (gastrostomie prophylactique) (avis d'expert)
  - **Chez le patient dénutri** quel que soit le site du champ d'irradiation (Grade C/avis d'expert)



Cas de notre patient

# Réponse 4 : 2 faux

---

- ❑ Risque potentiel de greffe tumorale sur le site de la gastrostomie avec GPE en technique pull (sonde à collerette) - 1 à 2 % des cas  
Cruz I et al *Gastrointest Endosc* 2005  
Joubert C et al *Nutr Clin Metab* 2007  
⇒ préférer autre technique de GPE « Introducer » ou « Push »  
ou une gastrostomie percutanée radiologique (GPR)
- ❑ A l'ablation (quand la sonde est devenue inutile) :  
nécessité de récupérer la collerette car risque d'occlusion ( blocage dans l'intestin grêle)  
⇒ privilégier les sondes avec collerette extractible  
ou les sondes à ballonnet des GPE « Introducer » ou des GPR  
Flori N et al *Nutr Clin Metabol* 2011

# Réponse 4 : 3 est vrai

---

- ❑ La pose d'une gastrostomie pendant le traitement par radiochimiothérapie semble augmenter le risque d'infection locale jusqu'à 41 %

*Corry et al. Head Neck 2009*

- ❑ Dans le cas d'une radiochimiothérapie à visée curative, infection ⇒ interruption de traitement  
⇒ perte de chance

*Ang J Clin Oncol*

- ➔ Ne pas poser de gastrostomie au cours du traitement par radiochimiothérapie.
- ➔ « si une gastrostomie est envisagée, la chimiothérapie devra être faite à distance de la pose (un minimum de 15 jours de délai avant et après la pose) en raison du risque infectieux (avis d'expert), la sonde nasogastrique permettant d'alimenter le patient dans l'intervalle »

*Recommandations professionnelles Nutrition et cancer NCM 2012*

# Réponse 4 : 4 est faux

---

- ❑ La NE n'est pas systématique ;
- ❑ Critères décisionnels :
  - Si l'alimentation orale ne couvre pas les besoins.
  - En cas de perte de poids supérieure à 5 % par rapport au poids habituel, au poids de forme ou au poids six mois auparavant
- ❑ La pose de la sonde est « prophylactique ».

# Histoire 5

---

- ❑ La cavité buccale étant dans le champ de la radiothérapie, le patient bénéficie de la mise en place d'une gastrostomie.
- ❑ Quinze jours après le début du traitement, le patient se plaint d'une douleur importante à la déglutition
- ❑ A l'examen : mucite.
- ❑ Alimentation orale possible uniquement pour les liquides.
- ❑ Apports oraux  $\approx$  1000 kcal/jour
- ❑ Poids = 75 kg.

⇒ Une nutrition entérale est débutée.

## Question 5

---

**Parmi les propositions suivantes, quelles sont les propositions vraies ?**

1. Le patient présente une mucite grade 3.
2. L'objectif principal de la nutrition entérale est d'éviter une perte de poids.
3. Les apports énergétiques totaux recommandés sont de 25 kcal/kg par jour pendant le traitement.
4. Le suivi diététique doit être poursuivi.

# Question 5

---

**Parmi les propositions suivantes, quelles sont les propositions vraies ?**

1. Le patient présente une mucite grade 3.
2. L'objectif principal de la nutrition entérale est d'éviter une perte de poids.
3. Les apports énergétiques totaux recommandés sont de 25 kcal/kg par jour pendant le traitement.
4. Le suivi diététique doit être poursuivi.

# Réponse 5 : 1 vrai

---

## □ Classification de l'OMS

Grade 0	Absence
Grade 1	Erythème et muqueuse sèche + alimentation normale
Grade 2	Vésicules, ulcérations minimales et érythème + absorption possible d'aliments solides
Grade 3	Ulcérations + dysphagie + absorption d'aliments liquides uniquement
Grade 4	Nécrose et mucite diffuses + absence d'alimentation orale



## Réponse 5 : 2 faux

---

- ❑ Dans le cadre d'un traitement à visée curative, l'objectif principal de la NE est de **permettre la faisabilité du projet thérapeutique complet** en limitant la survenue des complications liées à celui-ci.
- ❑ Plusieurs études ont montré que le nombre de jours d'interruption de traitement chez les patients traités par radiochimiothérapie pour un cancer des VADS est significativement moins important si le patient est porteur d'une gastrostomie.
- ❑ Les interruptions de la chimiothérapie semblent en limiter l'efficacité en diminuant la survie des patients

# Réponse 5 : 3 faux

---

En oncologie médicale,

- ❑ Les besoins énergétiques sont de 30 à 35 kcal.kg<sup>-1</sup>.j<sup>-1</sup>
- ❑ Les besoins en protéines sont de 1,2 à 1,5 g.kg<sup>-1</sup>.j<sup>-1</sup>.
- ❑ Il est recommandé d'atteindre au minimum ces besoins (grade C)
- ❑ Ces besoins sont même probablement encore plus élevés en cas de radiochimiothérapie pour cancer des VADS.
- ❑ Les besoins énergétiques quotidiens de notre patient sont de 2500 kcal par jour environ.

## Réponse 5 : 4 vrai

---

- ❑ La NE atteindra 1500 kcal par jour, en 3 jours, pour couvrir les besoins du patient.
- ❑ Le suivi diététique devra être poursuivi chaque semaine
  - pour évaluer l'évolution des apports oraux,
  - pour surveiller le poids
  - pour renouveler les conseils diététiques.
- ❑ La mucite risque de s'aggraver et les apports oraux risquent de diminuer.

Dans ce cas, il faudra augmenter les apports protéino-énergétiques par voie entérale.

# Histoire 6

---

- ❑ NE nocturne à la pompe ; 1L solution hyperénergétique, normoprotéique
- ❑ Au cours du traitement, aggravation de la mucite avec arrêt complet de l'alimentation ⇒ NE exclusive. Poids = 76 kg.
- ❑ ↗ apports entéraux : 1,5 litre de solution nutritive hypercalorique et hyperprotidique = 2250 kcal (30 kcal/kg/j) ; 112,5 g protéines (1,5 g/kg/j)  
1 litre la nuit sur 10-12 h (85-100 ml/heure) + 500 ml à 12h (180-250 ml/h)
- ❑ Bonne tolérance : pas de symptôme digestif haut ; constipation modérée.
- ❑ Trois semaines après la fin de la radiothérapie :
  - ↘ douleurs buccales
  - Troubles du goût persistants mais ↗ apports oraux.
  - ⇒ ↘ progressive de la NE puis arrêt
- ❑ Poids stabilisé à 78 kg ⇒ Retrait de la gastrostomie



# Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer

*Recommandations professionnelles de la Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme (SFNEP)*

Novembre 2012

Avec la participation du réseau National Alimentation Cancer Recherche (*réseau NACRe*)



<http://www6.inra.fr/nacre/Le-reseau-NACRe/Outils-pour-professionnels>

# Plan personnalisé de soins (PPS) 1 : ÉVALUATION NUTRITIONNELLE SYSTÉMATIQUE

(en consultation et en hospitalisation)

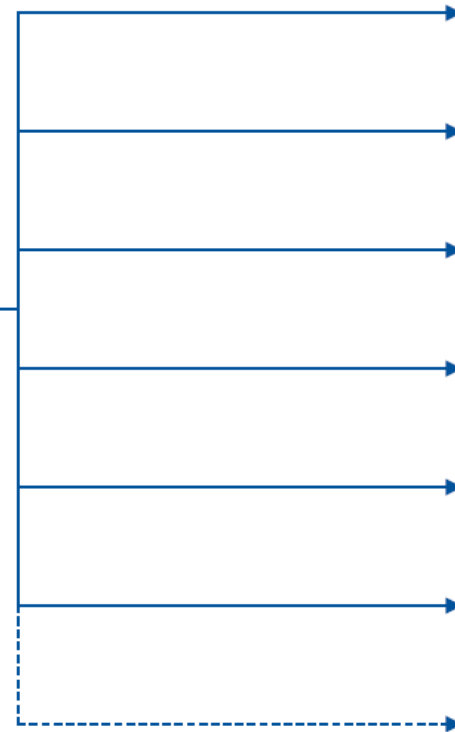
## Dans toutes les situations<sup>1</sup>:

Pesée systématique  
Pourcentage de PDP<sup>2</sup>  
IMC<sup>3</sup>  
EVA des ingesta<sup>4</sup>

En plus, pour la chirurgie, en pré-opératoire :  
Albuminémie

## Si utilisation d'index :

PG-SGA<sup>5</sup> / SGA<sup>6</sup> / MNA<sup>7</sup> (Personnes âgées)



Chirurgie (PPS 2 et 3)

Radiothérapie ou  
radio-chimiothérapie (PPS 4 et 5)

Chimiothérapie (PPS 6)

Situation palliative, palliative  
avancée et terminale (PPS 7)

Greffe de cellules souches  
hématopoïétiques (PPS 8)

Le sujet âgé (PPS 9)

Cancer du sein à un  
stade précoce (PPS 10)

<sup>1</sup> Évaluation réalisée selon le contexte par le médecin, les soignants, le diététicien dans le cadre d'un conseil diététique ;

<sup>2</sup> PDP : perte de poids. Notifier en pourcentage la différence entre le poids actuel par rapport au poids habituel ou au poids de forme ou dans les 6 mois qui précèdent le diagnostic ou le geste chirurgical ;

<sup>3</sup> IMC : indice de masse corporelle. Il ne doit pas être utilisé seul par manque de sensibilité et de spécificité ;

<sup>4</sup> Échelle analogique visuelle ou verbale des ingesta : patient à risque si EVA < 7 ;

<sup>5</sup> PG-SGA : patient generated subjective global assessment ;

<sup>6</sup> SGA : subjective global assessment ;

<sup>7</sup> MNA : mini nutritional assessment.

# Plan personnalisé de soins (PPS) 2 : CHIRURGIE À MORBIDITÉ ÉLEVÉE<sup>1</sup> (phase préopératoire<sup>2</sup>)

## Consultation chirurgicale ou anesthésique

### Évaluation Soignants

PDP<sup>3</sup> ≥ 10 %  
ou  
IMC<sup>4</sup> < 18,5  
(< 21 pour personnes  
âgées de 70 ans ou plus)  
ou  
Albuminémie < 30 g/L

Dénutri  
(GN 4)<sup>5</sup>

Non dénutri  
(GN 2)

### Toutes chirurgies

**Nutrition artificielle péri-opératoire<sup>6</sup> :**  
7 à 10 jours préopératoire et 7 jours  
postopératoire, si possible par voie entérale

Décision de la voie d'abord à la consultation  
pour le postopératoire. **La voie entérale doit  
être privilégiée.**

**Conseil diététique personnalisé +/- CNO<sup>7</sup>  
en préopératoire**

**Nutrition artificielle systématique non  
recommandée**

### Chirurgie digestive (*tube*)

**Pharmaconutrition  
préopératoire : 5 à 7 jours**

<sup>1</sup> Propositions des experts : oesophagectomie, duodéno pancréatectomie, 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 ;

<sup>2</sup> Pour la partie périopératoire immédiate et postopératoire, se référer au texte long et aux recommandations nationales du périopératoire (*J Visc Surg.* 2012;149(5):e325-36) ;

<sup>3</sup> PDP : perte de poids ;

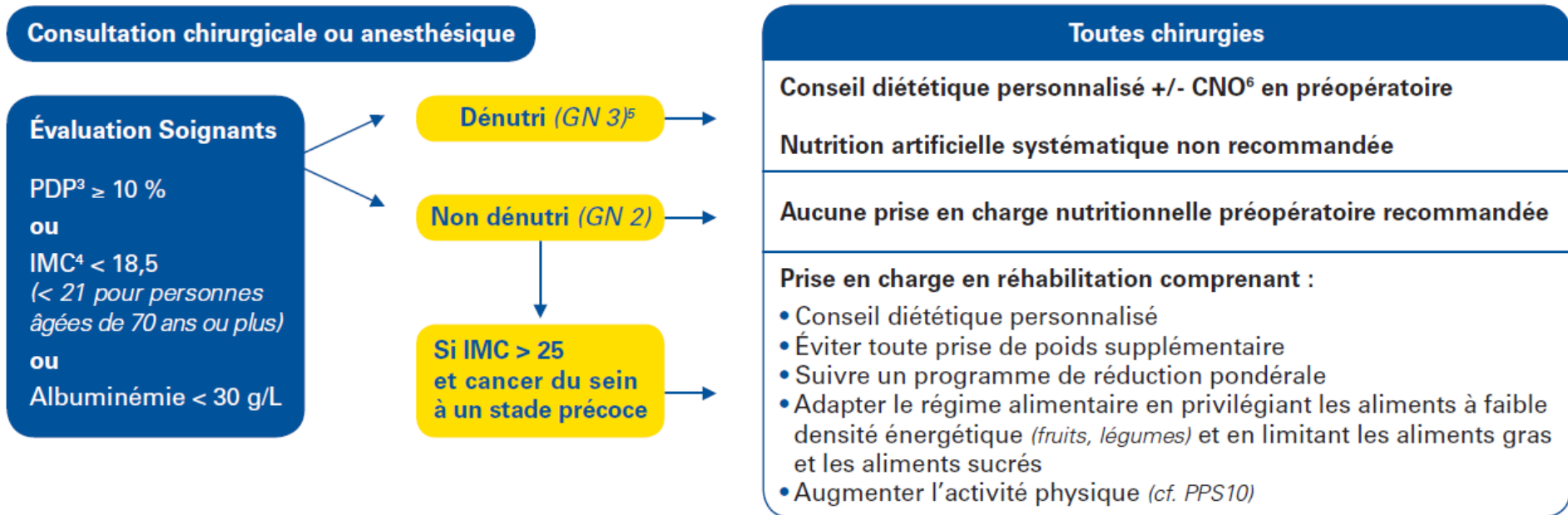
<sup>4</sup> IMC : indice de masse corporelle ;

<sup>5</sup> GN : grade nutritionnel ;

<sup>6</sup> Apports recommandés : 25 à 30 kcal.kg<sup>-1</sup> par jour si le patient maintient une alimentation orale ; 30 kcal.kg<sup>-1</sup> par jour si le patient ne s'alimente plus per os, apports en protéines de 1,2 à 1,5 g.kg<sup>-1</sup> par jour ;

<sup>7</sup> CNO : compléments nutritionnels oraux (hors pharmaconutrition).

# Plan personnalisé de soins (PPS) 3 : CHIRURGIE À FAIBLE MORBIDITÉ<sup>1</sup> (phase préopératoire<sup>2</sup>)



<sup>1</sup> Toutes les chirurgies autres que : oesophagectomie, duodéno pancréatectomie, 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 ;

<sup>2</sup> Pour la partie périopératoire immédiate et postopératoire, se référer au texte long et aux recommandations nationales du périopératoire (*J Visc Surg. 2012;149(5):e325-36*) ;

<sup>3</sup> PDP : perte de poids ;

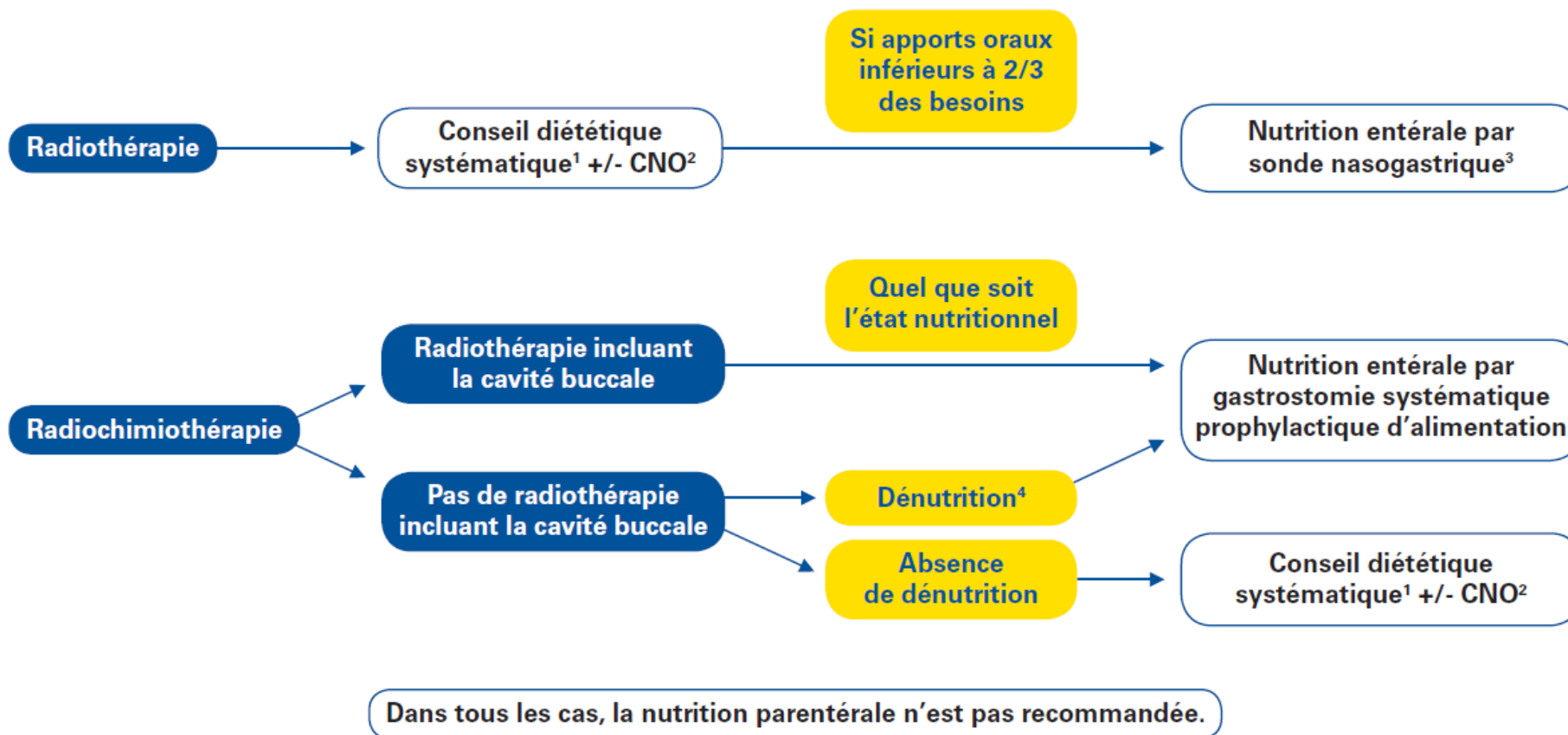
<sup>4</sup> IMC : indice de masse corporelle ;

<sup>5</sup> GN : grade nutritionnel ;

<sup>6</sup> CNO : compléments nutritionnels oraux (hors pharmanutrition).



# Plan personnalisé de soins (PPS) 4 : RADIOTHÉRAPIE OU RADIOCHIMIOTHÉRAPIE DES TUMEURS DES VADS



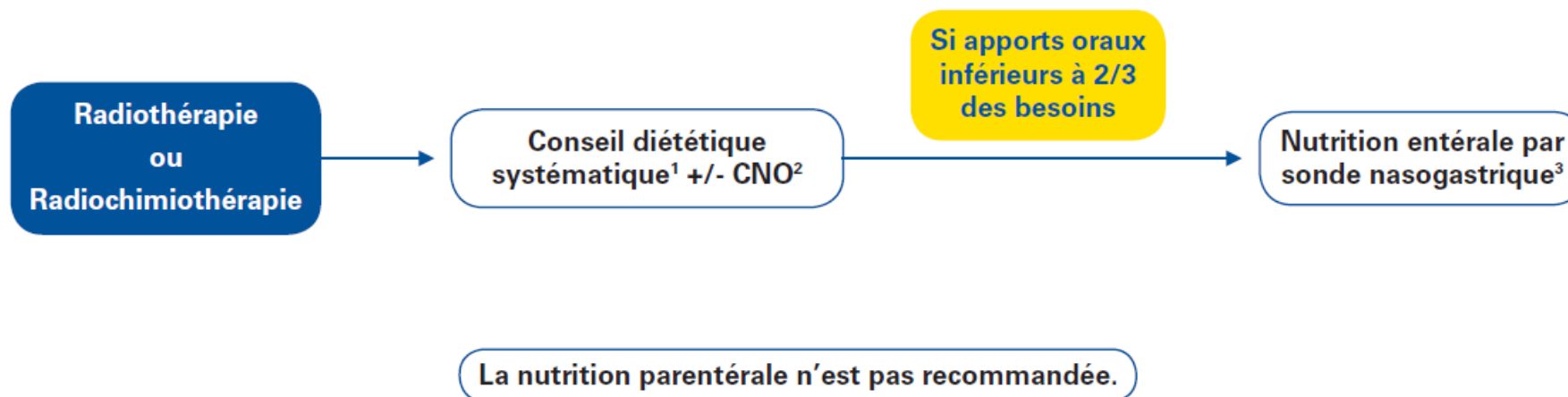
1 Le conseil diététique (ou nutritionnel) personnalisé est réalisé par un expert en nutrition tout au long du traitement ;

2 CNO : compléments nutritionnels oraux (hors pharmanutrition) ;

3 Sonde nasogastrique : utiliser des sondes de charrière de 10 french ou moins en silicone ou polyuréthane ;

4 Perte de poids (PDP)  $\geq 5\%$  ; indice de masse corporelle (IMC)  $< 18,5$  ou  $< 21$  pour personnes âgées de 70 ou plus.

# Plan personnalisé de soins (PPS) 5 : RADIOTHÉRAPIE OU RADIOCHIMIOTHÉRAPIE DES TUMEURS DU TUBE DIGESTIF

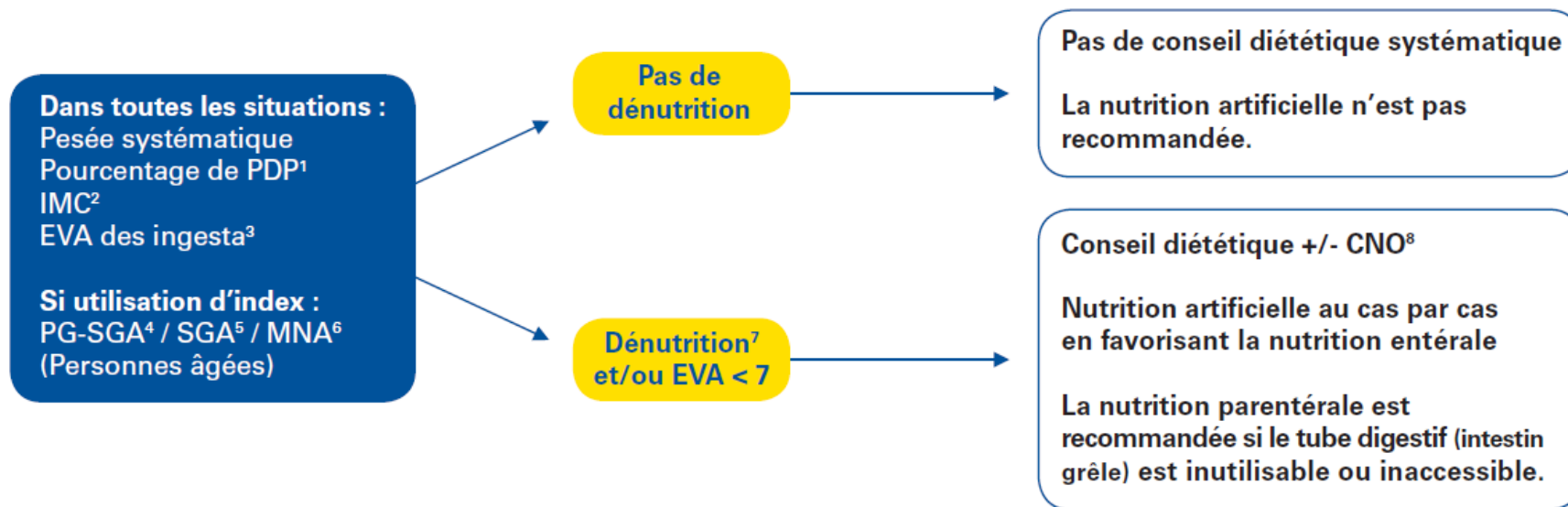


<sup>1</sup> Le conseil diététique (ou nutritionnel) personnalisé est réalisé par un expert en nutrition tout au long du traitement ;

<sup>2</sup> CNO : compléments nutritionnels oraux (hors pharmaconutrition) ;

<sup>3</sup> Sonde nasogastrique : utiliser des sondes de charrière de 10 french ou moins en silicone ou polyuréthane.

# Plan personnalisé de soins (PPS) 6 : **CHIMIOTHÉRAPIE CURATIVE**



**1** PDP : perte de poids. Notifier en pourcentage la différence entre le poids actuel par rapport au poids habituel ou au poids de forme ou dans les 6 mois qui précèdent le diagnostic. Une perte de poids  $\geq 5\%$  définit la dénutrition dans cette situation ;

**2** IMC : 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** Échelle analogique visuelle ou verbale des ingesta : elle est significative si  $< 7$  ;

**4** PG-SGA : patient generated subjective global assessment ;

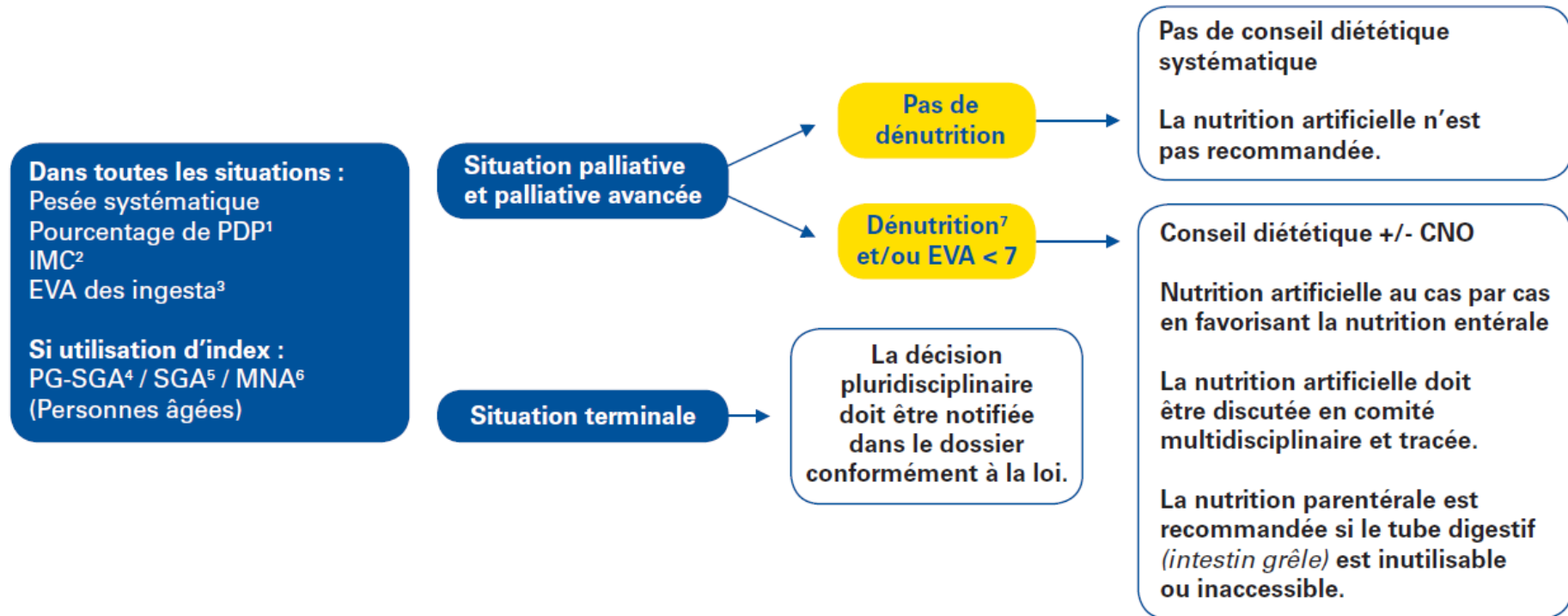
**5** SGA : subjective global assessment ;

**6** MNA : mini nutritional assessment ;

**7** PDP  $\geq 5\%$  ; 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 pharmanutrition).

# Plan personnalisé de soins (PPS) 7 : SITUATION PALLIATIVE, PALLIATIVE AVANCÉE ET PHASE TERMINALE



1 PDP : perte de poids. Nnotifier en pourcentage la différence entre le poids actuel par rapport au poids habituel ou au poids de forme ou dans les 6 mois qui précèdent le diagnostic. Une perte de poids  $\geq 5\%$  définit la dénutrition dans cette situation ;

2 IMC : 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 Échelle analogique visuelle ou verbale des ingesta : elle est significative si  $< 7$  ;

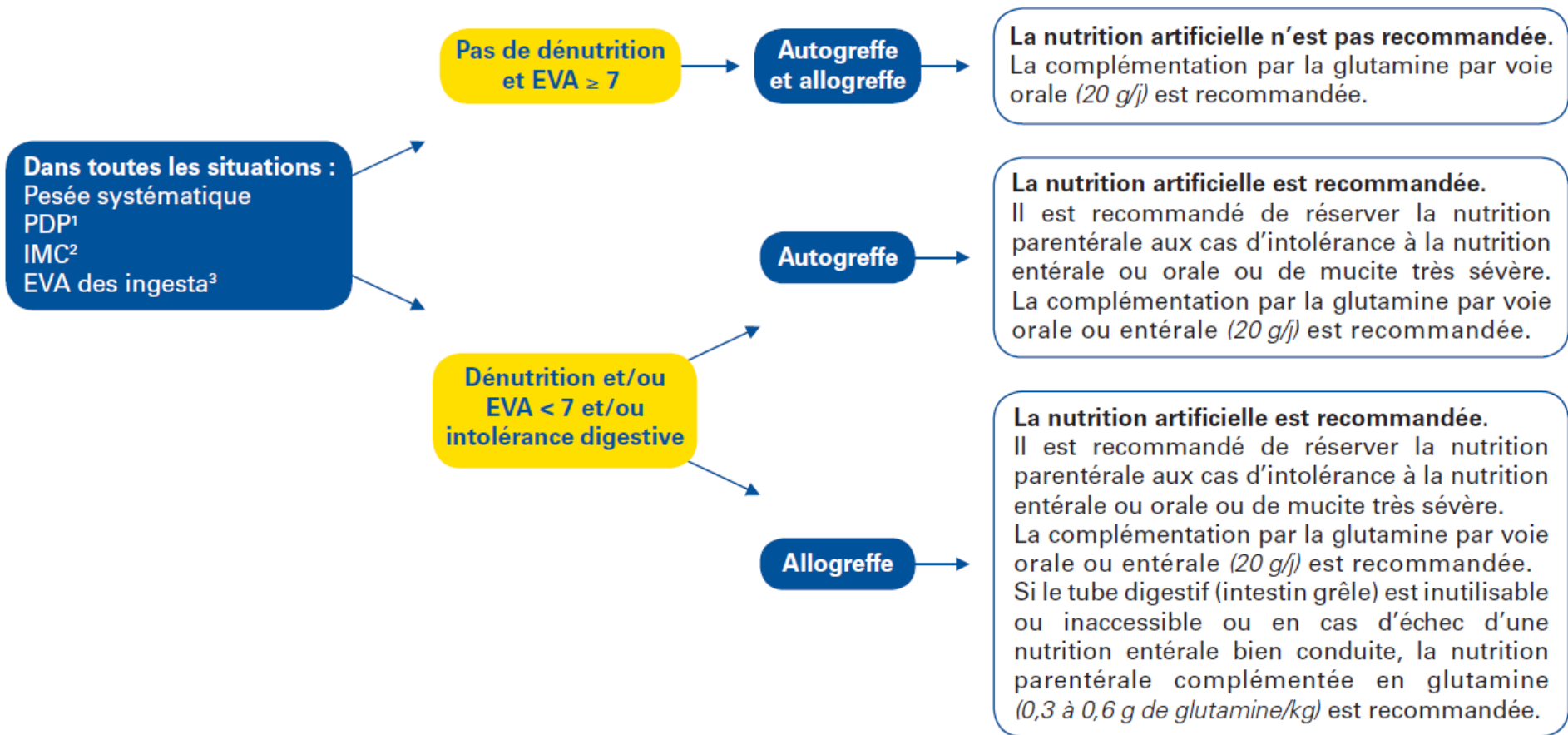
4 PG-SGA : patient generated subjective global assessment ;

5 SGA : subjective global assessment ;

6 MNA : mini nutritional assessment ;

7 PDP  $\geq 5\%$  ; 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 soins (PPS) 8 : GREFFE DE CELLULES SOUCHES HEMATOPOÏTIQUES

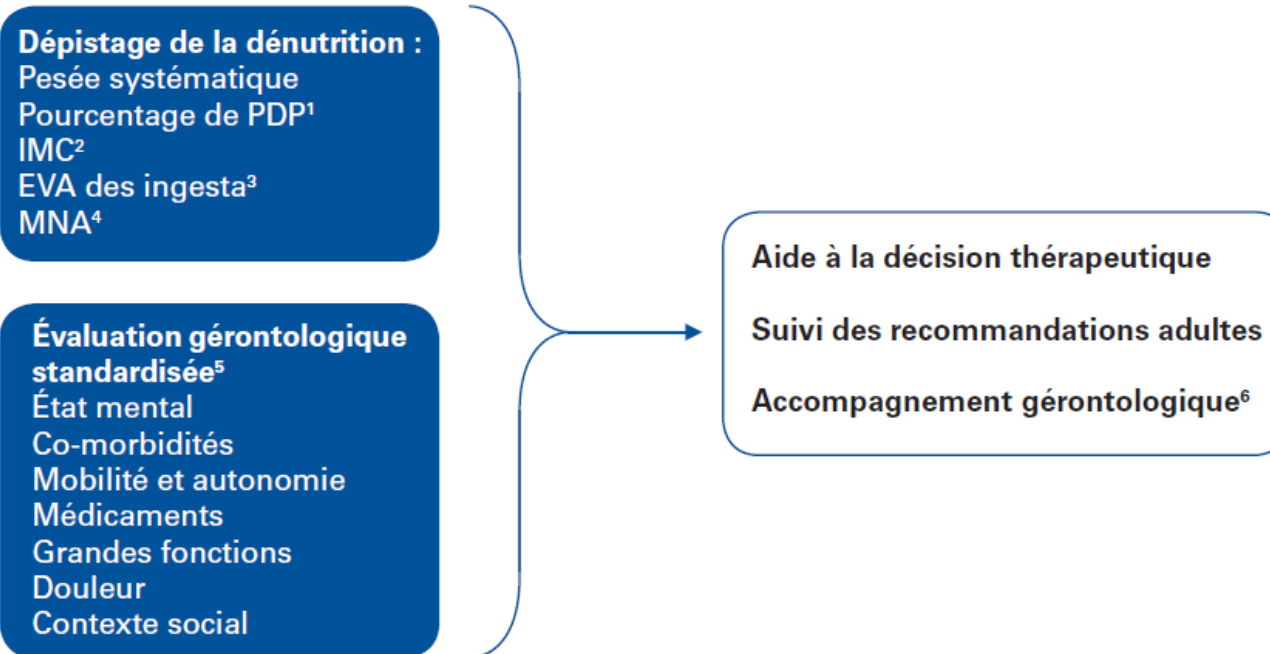


<sup>1</sup> PDP : perte de poids. Notifier en pourcentage la différence entre le poids actuel par rapport au poids habituel ou au poids de forme ou dans les 6 mois qui précèdent le diagnostic. Une perte de poids  $\geq 5\%$  définit la dénutrition dans cette situation ;

<sup>2</sup> IMC : 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 ;

<sup>3</sup> Échelle analogique visuelle ou verbale des ingesta : elle est significative si  $< 7$ .

# Plan personnalisé de soins (PPS) 9 : LE SUJET ÂGÉ



1 PDP : perte de poids. Notifier en pourcentage la différence entre le poids actuel par rapport au poids habituel ou au poids de forme ou dans les 6 mois qui précèdent le diagnostic.  
Une perte de poids  $\geq 5\%$  définit la dénutrition dans cette situation ;

2 IMC : 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 Échelle analogique visuelle ou verbale des ingesta: elle est significative si  $< 7$  ;

4 MNA : mini nutritional assessment ;

5 Évaluation proposée à tous en attendant la validation d'outil de dépistage des personnes nécessitant cette prise en charge.

# Plan personnalisé de soins (PPS) 10 : CANCER DU SEIN À UN STADE PRÉCOCE EN RADIOTHÉRAPIE ET/OU CHIMIOTHÉRAPIE

Dans toutes les situations :  
IMC<sup>1</sup>

Si IMC<sup>1</sup> > 25

## Prise en charge en réhabilitation comprenant :

- Conseil diététique personnalisé
- Éviter 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<sup>2</sup>

<sup>1</sup> IMC : indice de masse corporelle ;

<sup>2</sup> 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. Un MET-heure correspond à la dépense d'énergie d'une personne assise.