



Support nutritionnel au cours des carcinoses péritonéales

Patrick BACHMANN

Unité de nutrition-DISSPO, CRLCC L Bérard
28, rue Laennec – 69373 – LYON Cedex 08.



Conflits d'intérêt : Frésenius-Kabi, Baxter,
Nutricia, Nestlé, BBraun, Bard, Pérouse

Le principal challenge est la prise en charge des manifestations occlusives

Surviennent dans l' évolution

- De 10 à 28% des cancers colorectaux,
- De 20 à 50% des cancers ovariens
- Cancers digestifs (estomac, pancréas)
- Cancers métastatiques (sein, mélanome,....)
- Tumeurs intrapéritonéales (pseudomyxomes, sarcomes,...)

Patient avec signes d'occlusion et antécédents de cancer :

Examen clinique :

- Tableau aigu : urgence chirurgicale
- Ancienneté de symptômes

Imagerie :

- Diagnostic et cause de l'occlusion
- Localisé ou multiple, iléal ou colique

Condition du patient

- Âge (réel/physio)
- Karnofsky / PS
- Évolution tumorale : traitement antérieur et options possibles
- Dénutrition/cachexie
- Comorbidités
- Ascite

Procédure invasive ?

- Endoscopie, radiologie interventionnelle, coelio..
- Possibilité anesthésie
- Risque de morbidité

Prise de décision

- Cause de l'occlusion (mécanique/fonctionnelle)
- Possibilité réaliste d'améliorer les symptômes
- Avis du patient
- Décider PEC de meilleur rapport bénéfice/risque (éviter PEC futile)

Occlusion digestive accessible à un geste invasif

- En cas de chirurgie programmée, respecter les recommandations (RFE SFAR-SFNEP 2010 sur la prise en charge pré et postopératoire)

Occlusion digestive non accessible à un geste invasif

- Dans tous les cas optimiser le traitement médical des symptômes
- Corriger les troubles hydro-électrolytiques et carences en micronutriments
- Rassembler les éléments de prise de décision pour débiter un support nutritionnel adapté.

Éléments de décision pour débuter le support nutritionnel adapté

- Guideline (Kc) Europ. Assoc. for Palliative Care
 - état général et histoire évolutive,
 - signes cliniques liés ou non à la déshydratation-dénutrition,
 - maintien d'une alimentation orale,
 - espérance de vie escomptée,
 - attitude psychologique vis-à-vis de la prise en charge,
 - ~~fonction digestive et~~ voie possible d'administration,
 - besoins et disponibilité des structures de NA.

Faut-il débiter une nutrition parentérale ?

- Va-t-elle apporter du confort ? **Qualité de vie**
 - La nutrition va-elle améliorer les symptômes ?
Fatigue, douleurs, vie relationnelle, soif, faim ...
 - Pour quels effets secondaires et quelles contraintes
- Qui compromet la survie à court terme : Cancer, défaut alimentation ? **Quantité de vie**
- Quels moyens sont disponibles pour réaliser la NP (accès veineux, domicile) ?
- Quelle est la demande du patient ?

Survie escomptée des occlusions sans support parentéral ?

■ Moyenne de 48 jours

Mercadante S, et al. 2007 J Pain Symptom Manage;33:217-23

■ Médiane 31,5 et 44 jours pour les 68 patients de SALTO (2/3 cas avec $IK \geq 50$)

Laval G et al, 2012, Bull Cancer, 99:E1-9

■ Scores fonctionnels : survie < 3 mois

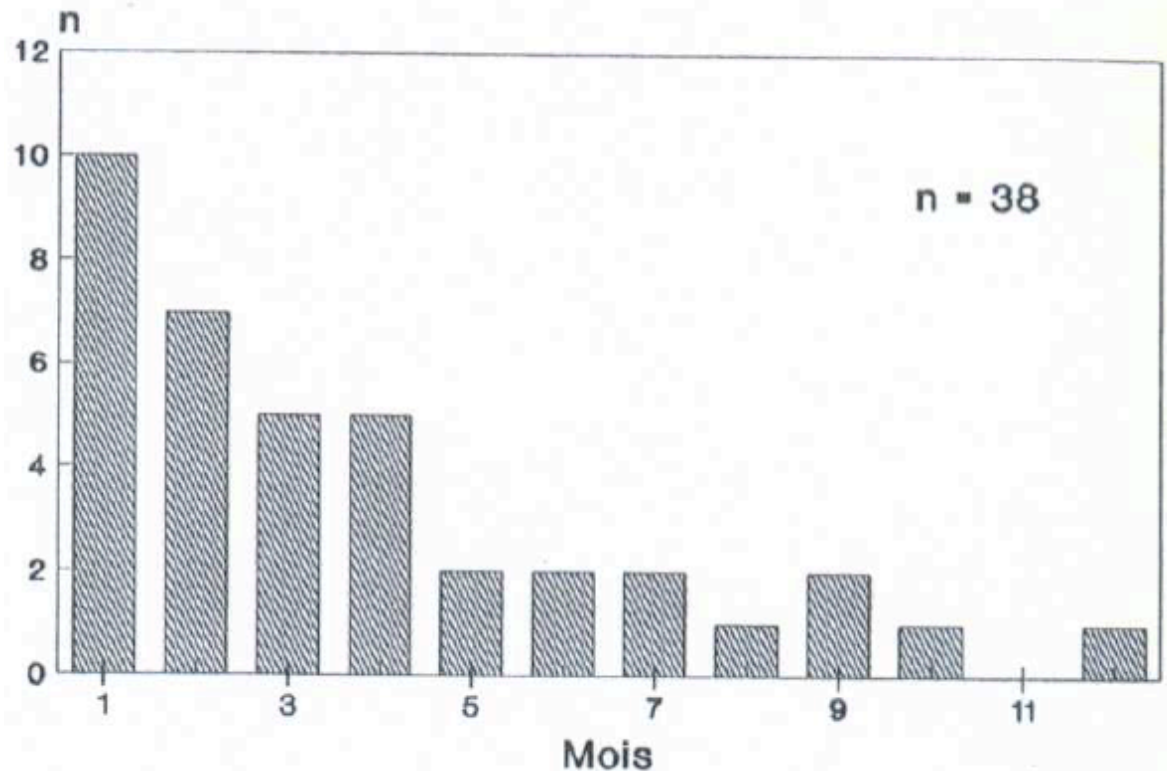
○ Indice de Karnosky $\geq 50\%$ = 86 jours

○ Performance status (ECOG) PS 2

soit $IK 60-70\%$ ou temps au lit < 50% = 100 à 140 jours

Alimentation orale de confort et traitement médical

- 38 patients survie moyenne 3,7 mois, 24 % ont une survie ≥ 6 mois. Pas de SNG, pas de NP.
- *"Patients were encouraged to eat and drink freely. Most of them choose a mainly liquid diet, and with appropriate control of vomiting, dehydration was not a problem"*



Alimentation orale de confort et traitement médical

- Alimentation "lisse" ou liquide sans résidu par petites portions réparties sur la journée en fonction des symptômes
- Traitement médical maximum (octréotide)
- Hydratation éventuelle si risque de deshydratation (SC)

RPC nutrition-cancer : Situations palliative et palliative avancée

- La mise en route d'une nutrition artificielle n'est pas recommandée (**avis d'experts**).
 - si l'espérance de vie du patient est < à 3 mois et
 - si l'atteinte fonctionnelle permanente est sévère (I. Karnofsky \leq 50% ou performance status \geq 3)
- La NP est recommandée si le tube digestif est inutilisable ou inaccessible (**grade C**).
 - La meilleure indication de la nutrition parentérale est la présence d'une carcinose péritonéale (syndrome occlusif non opérable empêchant l'alimentation).

Survie et QdV selon les scores pronostiques en NP

- Survie médiane : 152 patients en occlusion

- 28,5 jours (6–252) si IK \leq 40 vs

- 81 jours (15–1269) si IK \geq 50 (p = 0,0001)

Santarpia L. 2006 Nutrition 22:360-6

- Amélioration ou stabilité de l'IK (42% + 51%) des cas si survie > 3 mois (p=0,01)

Cozzaglio L. et al, 1997 JPEN, 21:339-42

- Qualité de vie améliorée

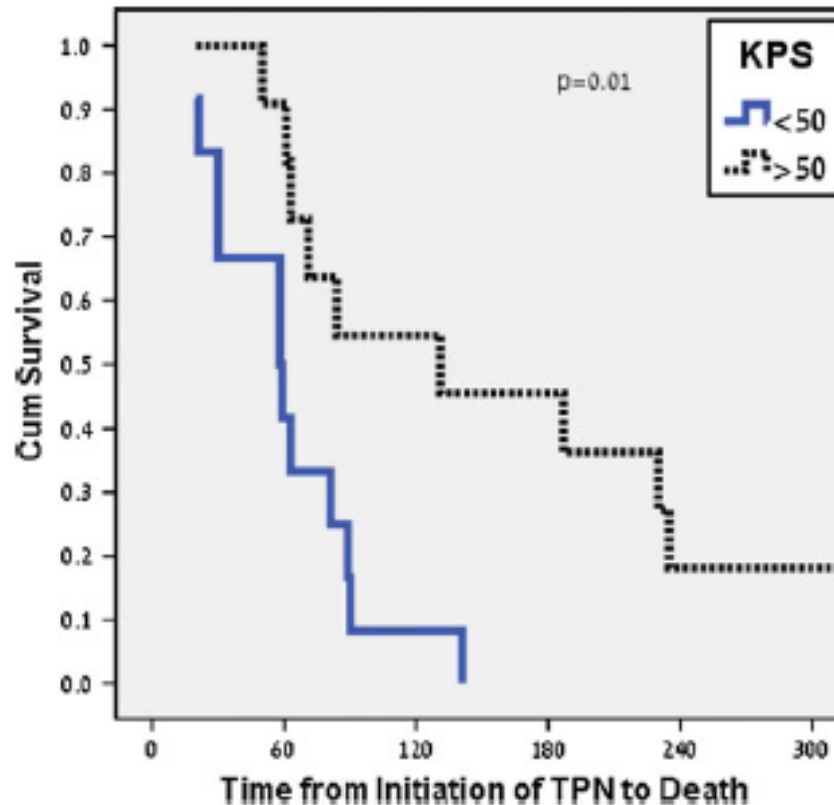
- Dans 68 % des cas si survie > 3 mois

- Dans 9 % si survie < 3 mois

Cozzaglio L. et al, 1997 JPEN, 21:339-42

Survie selon le score de Karnosky

- 62 jours (20–141) vs 211 jours (50–783)



Nutrition parentérale et occlusion digestive

	Nbre	Occlus	Cancers	S. méd. (moy)	Survie prolongée
Cozzaglio L. 1997 JPEN 21:339-42	75	66 %	Divers	4 mois	55% survie > 3 mois Max 15 mois
Bozzetti F. 2002 Clin Nutr 21:281-8	69	84 %	Digestif, div. Gynécolog.	4 mois	1/3 survie > 7 mois Max 14 mois
Hoda D. 2005 Cancer 103:863-8	52	38 %	Divers	5 mois	Max 35 & 77 mois (ovaire - carcinoïde)
Santarpia L. 2006 Nutrition 22:360-6	152	100 % (ou subO.)	Divers	1,5 mois	24% survie > 3 mois Max 42 mois
Brard L. 2006 Gyn Oncol 103:176-80	55	100 %	Ovaire	NP+ (28) 72 jrs NP- (27) 41 jrs*	Max 16 mois (485 j) Rétrosp. *(p=0,01)
Fan BG. 2007 JPEN 31:508-10	115	100 %	Digestif, div.	(6,5 mois)	1/10 survie > 12 mois Max 42 & 48 mois (V)
Soo I. 2008 Ap Phy Nutr Met 33:102-6	38	84,2 %	Digestif, div. Gynécolog	(5,4 mois)	Ovaire 34% (8,23 ± 5 m)
Chermesh I. 2011 Med Oncol 28:83-8	28	100 %	Divers	4,6 mois	1/3 survie > 3 mois Max 26 mois (783 j)

Décider de la prescription d' un support parentéral

- Multidisciplinaire (RCP soins de support)
- Fixer des objectifs :
 - Amélioration fonctionnelle
 - Amélioration des symptômes
- Informer sur les risques de la technique
- Informer que le support ne peut pas empêcher la cachexie de s' accentuer si la tumeur progresse
- **Réévaluer à court terme le bénéfice (15 j.)**

Nutrition parentérale et occlusion digestive : comment ?

- Associée à un traitement médical optimal
- Réduire l'invasion dans la vie quotidienne et assurer un risque minimal
 - Réduire le nombre de jours de perfusion
 - Réduire les risques et effets secondaires liés au traitement
 - Réévaluer périodiquement la prescription et les bénéfices

Nutrition parentérale et occlusion, comment ? Peu de volume !

- *“High levels of oral or parenteral fluids may result in more bowel secretions.” **
- Majoration des œdèmes et ascite
- Inconfort des mictions nocturnes
- Inconvénients :
 - Surveillance stricte du bilan hydrique
 - Maintien d’ un apport oral possible

Nutrition parentérale et occlusion, comment ? Quelle qualité ?

- 25 à 35 Kcal/Kg/jour selon activité
- Pas de spécificité documentée
 - Apport azoté
 - Oméga-3
- Corriger les déficits (Vit D, Mg par ex)
- Prévenir et traiter les complications :
 - Infections
 - Hyperglycémies
 - Hépatique

Nutrition parentérale : Savoir arrêter !

- Les bénéfices éventuels de la nutrition parentérale doivent être réévalués à intervalles réguliers ou
- Chaque fois qu'une complication liée à la technique ou à la maladie survient (accord d'experts).
- Décision multidisciplinaire et à réévaluer (traitement futile)

Conclusion

- Recommandations sur avis d'experts
- Aucune analyse médico-économique
- Peu de recherche malgré fréquence d'un tel traitement
- Recommandations SFAP à paraître