

Evaluation de la faisabilité et intérêts de la nutrition entérale chez l'allogreffé de moelle



Objectifs de l' Etude

- **Optimiser la prise en charge nutritionnelle des patients allogreffés de moelle**
- **Etude prospective** : faisabilité de la NE et analyse des bénéfices cliniques pendant l' hospitalisation et à distance de la transplantation ?
- Elaboration d' un **protocole** et **formation du personnel**
- **Evaluation de la faisabilité** de la NE (nbre de SNG posées/échecs/durée ...)
- **Conséquences de la NE** (> 7 jours) versus pas NE (< 5 jours) sur
 - l' état nutritionnel (paramètres cliniques et biologiques)
 - les troubles digestifs fréquemment rencontrés après l' allogreffe,
 - la tolérance et l' absorption des médicaments immunosuppresseurs,
 - Le risque infectieux (nombre d' épisodes infectieux bactériens ou fongiques)
 - La survenue de GVH digestive
 - la survie des patients à 3 mois
- **Evaluation du ressenti** de la NE par des questionnaires auprès :
 - des patients
 - du personnel soignant



Protocole de NE

PROTOCOLE DE NUTRITION ENTERALE EXCLUSIVE OU NON EN HEMATOLOGIE POUR LES PATIENTS ALLOGREFFES

| | | |
|-------------|--|----------|
| Référence : | Date d'approbation pour application : Février 2011 | Page 1/2 |
| Version : | | |

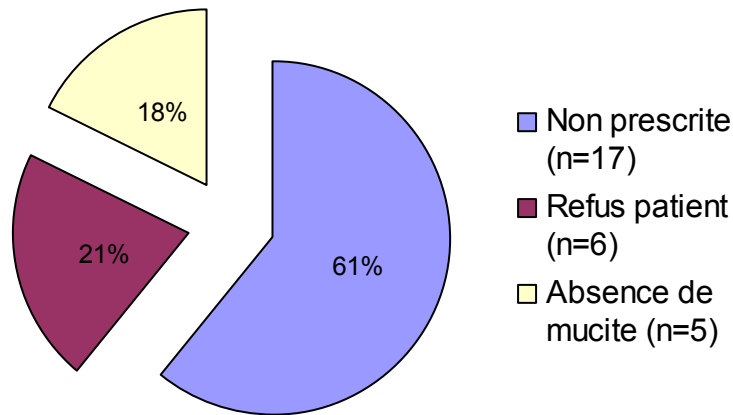
| Jour | J1-J2 Quelque soient les apports oraux | J3-J4 si apports oraux < 1500 kcal/J | J5-J6 si apports oraux < 1250 kcal/J | A partir de J7 si apports oraux < 1000 kcal/J | Dès que les apports oraux sont < 500 kcal/j | Après J7 si nécessaire |
|-------------------------|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---|---|---|
| Mélange nutritif | Isocalorique (1kcal/ml) NUTRISON 1.0 | Isocalorique (1kcal/ml) NUTRISON 1.0 | Isocalorique (1kcal/ml) NUTRISON 1.0 | Isocalorique (1kcal/ml) NUTRISON 1.0 | Hypercalorique (1,5kcal/ml) NUTRISON ENERGY | NUTRISON ENERGY et NUTRISON 1.0 |
| Volume | 250 ml | 500 ml | 750 ml | 1000 ml | 1000 ml | Pour un total d'apport de 35 à 40 kcal/kg/J |
| Apport énergétique | 250 kcal | 500 kcal | 750 kcal | 1000 kcal | 1500 kcal | Selon volume instillé |
| Protéines | 10g | 20g | 30g | 40g | 60g | Selon volume instillé |
| Débit d'instillation | 25ml/h | 50ml/h | 65ml/h | 80ml/h | 80ml/h | Ne pas dépasser 125ml/h |
| Durée d'instillation | 12H | 12H | 12H | 12H30 | 12H30 | Selon volume instillé |
| Horaires d'instillation | 20H-8H | 20H-8H | 20H-8H | 19H30-8H | 19H30-8H | A débiter à 8H |



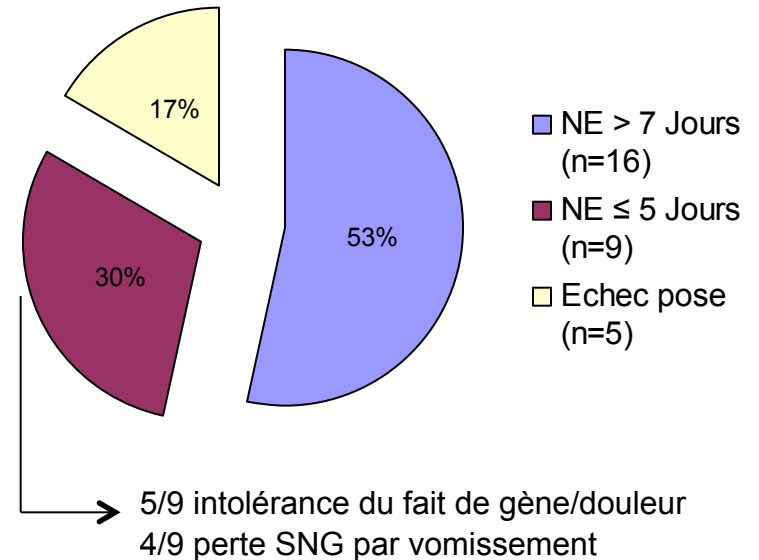
Faisabilité de la pose de SNG chez les patients allogreffés

- Etude chez **60 patients allogreffés** entre juin 2010 et avril 2013 pour une hémopathie maligne (LA +++) avec un conditionnement à haut risque de mucite

Pas de pose de SNG n=30 (50%)

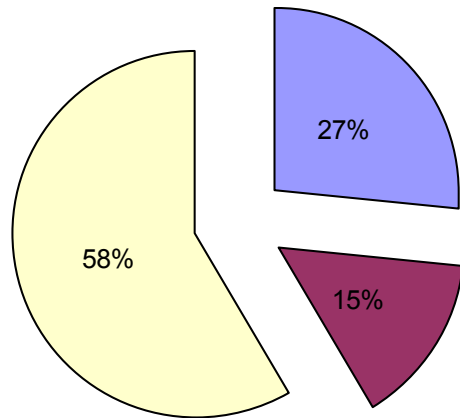


Pose de SNG n=30 (50%)



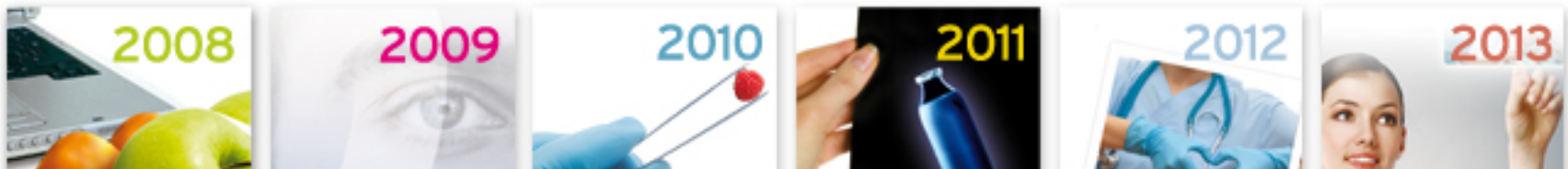
Effets de la NE chez les patients allogreffés (n=60)

- NE > 7 Jours (n=16)
- NE ≤ 5 Jours (n=9)
- Pas de NE (n=35)



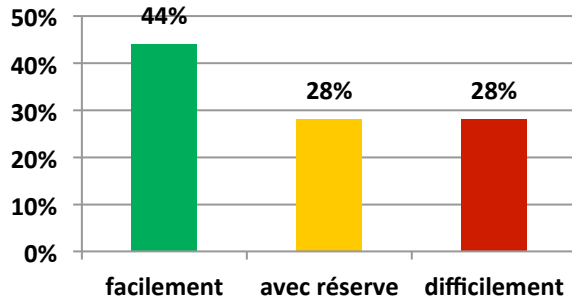
Critères nutritionnels biologiques à analyser
Pas de différence en survie à J100 et à long terme

| | NE ≤ 5 jours n=44 | NE > 7 jours (8-25 j) n=16 | p value |
|---|----------------------|-------------------------------|----------------------------|
| Age (médiane, extrêmes) | 41.2 (17-66) | 34.8 (18-62) | 0.35 |
| Mucite grade médian | 2 | 3 | 0.33 |
| durée médiane | 12 | 13 | 0.62 |
| Recours à la NP | 16 (36%) | 3 (18.7%) | 0.33 |
| Perte de poids (%) | | | |
| à la sortie d'aplasie | 8.96 | 2.73 | 2.3x10⁻⁵ |
| à J30 | 10.5 | 3.58 | 1.3x10⁻⁵ |
| à J60 | 8.6 | 3.17 | 0.007 |
| à J90 | 8.5 | 3.98 | 0.14 |
| GVH grade ≥2 | 17 (38.5%) | 5 (31%) | 0.71 |
| GVH digestive | 9 (20.4%) | 2 (12.5%) | 0.55 |
| Episodes infectieux hors aplasie | 19 (43%) | 4 (25%) | 0.37 |
| Diarrhées en sortie d'aplasie | 23 (52.3%) | 2 (12.5%) | 0.05 |
| Tbles digestifs à la reprise de l'alimentation | 20 (45.5%) | 2 (12.5%) | 0.08 |
| Malabsorption Ciclosporine | 10/41 (24.4%) | 1 (6.25%) | 0.18 |
| Reconstitution hématopoïétique | | | |
| médiane PNN > 500/ mm ³ | 17.5 | 17 | 0.59 |
| médiane PLQ > 20 G/L | 14 | 14 | 0.57 |

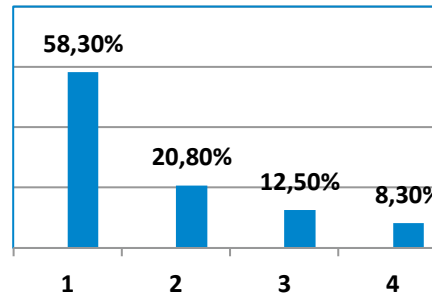


RESSENTI DES PATIENTS (n=25)

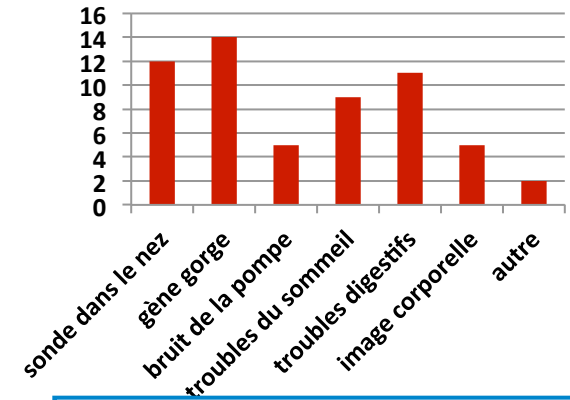
Acceptation de la sonde au départ



Nombre de poses de sonde



Inconforts cités par les patients

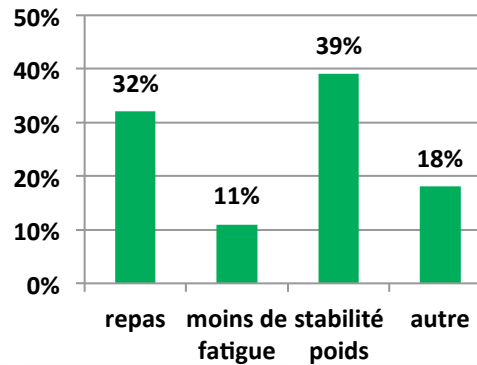


Informations suffisantes ?

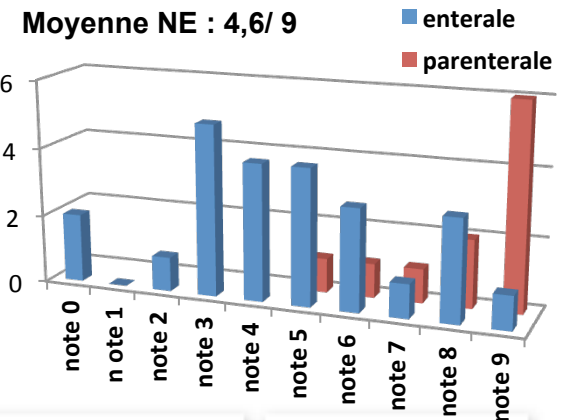
oui **91,80%**
non **8,20%**

vidéo pas assez réaliste, possibilité de repose de la sonde, information au moment de la pose

Points positifs cités



Tolérance de la nutrition artificielle



Perception de la nutrition entérale

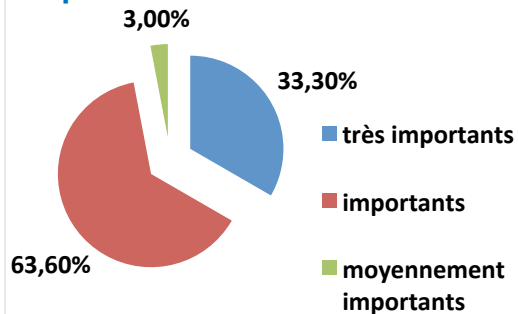
aide **52%**
contrainte supplémentaire **48%**



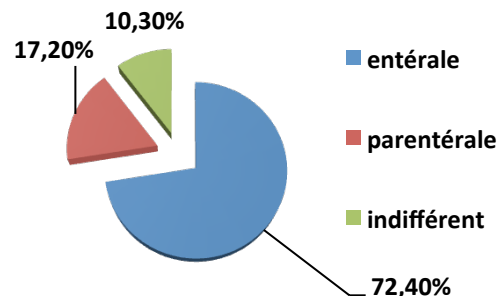
Ressenti du personnel soignant

- **Méthodologie:** 1 questionnaire en début d'étude (n=20) et en fin d'étude (n= 35)
- **Résultats :** population : 65% IDE identique sur les 2 périodes, AS (29%) et cadres (6%):
 - ➔ Peu d' IDE formées ou expérimentées (1/2), souhait d' avoir une formation (80%)
 - ➔ Besoin de connaître l'intérêt de la NE pour argumenter auprès du patient (travail supplémentaire)
 - ➔ **Image de la NE par les soignants à modifier :** associée à 2/3 de termes positifs ou neutres mais aussi à 1/3 de termes négatifs tels que « gavage », √ de termes tels que « soin agressif, invasif, régressif , barbare» mais plutôt « gêne ».
 - ➔ IDE non convaincue ➔ réticences chez le patient

Importance soins nutritionnels



Soins les plus contraignants



Quelques remarques sur l'évolution du ressenti chez 4 personnes:

- Efficace pour certains patients (poids)
- Les études montrent l'intérêt
- Meilleure prise en charge de la dénutrition (mucite)
- Pas si contraignant et difficile que cela



Conclusions

- **La faisabilité de la NE chez le patient allogreffé reste limitée:**
 - 27% des patients ayant une indication et 37% des patients ayant eu une prescription de SNG bénéficient d'une NE > 7 jours sur la période d'étude
 - Soins difficiles à accepter par les patients (contrainte supplémentaire/mucite/tbles digestifs post-greffe)
 - **Intérêts pour les patients allogreffés par réduction des risques post-greffe:**
 - de dénutrition dans les premiers mois
 - des symptômes / troubles digestifs persistants après résolution de la mucite
 - de GVH digestive (tendance à confirmer)
 - infectieux post-greffe (tendance à confirmer)
- ➔ Amélioration de la qualité de vie ?
- **Progrès à poursuivre au sein de l'équipe médicale et paramédicale :**
 - Nécessité de continuer à communiquer et à former sur les avantages de la NE
 - Accompagner le personnel et les patients pour un meilleur soin global:
 - Ecouter et faire exprimer
 - Développer la formation du personnel
 - Adapter/améliorer le protocole (indications, timing de pose de SNG, traitement anti-émétique ...)
 - Créer des supports écrits



Remerciements



Service d' Hématologie et de thérapie cellulaire

Hôpital Saint Antoine, Paris

- Pr Mohamad Mohty
- Dr Aurélie Gomez
- L' équipe soignante
- Les patients



Service de diététique et l' ELAN Saint Antoine

- Mme Véronique Laubé
- Pr Cosnes



Laboratoire Frésenius

- Prix ACTICLAN

