



SFNEP

Société Francophone
Nutrition Clinique et Métabolisme
Nourrir l'Homme malade

Évaluation des pratiques professionnelles en nutrition clinique

**PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE
DES CANCERS DES VOIES AÉRODIGESTIVES SUPÉRIEURES**

2013

PRÉSENTATION

Membres du groupe de travail

Patrick Bachmann ^{a,*}, Georges Romero ^a, Sophie Deneuve ^c, Pauline Coti Bertrand ^{d,b},
Esther Guex ^{d,b}, Dominique Caldari ^{e,b}, Ronan Thibault ^{f,b}, Gilbert Zeanandin ^{g,b}, Didier Quilliot ^h,

Auteur correspondant

Dr Patrick Bachmann
patrick.bachmann@lyon.unicancer.fr

a / Département d'anesthésie-réanimation-nutrition, CRLCC Léon-Bérard, 28, rue Laennec, 69373 Lyon cedex 08, France

b / Comité éducationnel et de pratique clinique (CEPC) de la SFNEP, France

c / Département de chirurgie, CRLCC Léon-Bérard, 28, rue Laennec, 69373 Lyon cedex 08, France

d / Service d'endocrinologie, nutrition clinique, CHUV, 46, rue du Bugnon, 1011 Lausanne, Suisse

e / Clinique médicale pédiatrique, hôpital Femme-Enfant-Adolescent, CHU de Nantes, 7, quai Moncousu, 44093 Nantes cedex 01, France

f / Unité de nutrition, hôpitaux universitaires de Genève, rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, 1211 Genève 14, Suisse

g / Pôle digestif, unité de support nutritionnel, hôpital l'Archet 2, CHU de Nice, 151, route Sainte-Antoine-de-Ginestière, BP 3079, 06202 Nice cedex 3, France

h / Unité transversale de nutrition, service de diabétologie, maladies métaboliques et nutrition, CHU de Nancy-Brabois, 54500 Vandœuvre-lès-Nancy, France

PRÉFACE

Les patients porteurs de cancer sont fréquemment dénutris, même si, dans les pays occidentaux, cette dénutrition est souvent masquée par un surpoids ou une obésité. Le traitement du cancer s'accompagne le plus souvent d'une aggravation de la dénutrition dont les conséquences sont, pour les patients, une réduction de la qualité de vie, une augmentation de la morbidité et de la mortalité, un traitement sous-optimal, et pour la société, une augmentation des coûts en particulier liés à l'augmentation des durées d'hospitalisation et de la dépendance accrue du sujet âgé. Parmi les patients porteurs de cancer, ceux présentant une tumeur des voies aérodigestives supérieures (VADS) sont particulièrement exposés à la dénutrition, du fait du terrain, du siège de la tumeur, de la toxicité et des séquelles des traitements. La récupération fonctionnelle est le plus fréquemment incomplète après mise en rémission. En Europe, trois patients sur quatre porteurs de tumeur des VADS présentent comme facteur de risque une consommation régulière d'alcool et de tabac. La consommation chronique d'alcool majore le risque de dénutrition, de complications et de mortalité périopératoire, de récurrence et globalement aggrave le pronostic. La prise en charge de cette addiction est indissociable du traitement nutritionnel.

Le sevrage du tabac est lui aussi indispensable car une consommation importante est un facteur d'augmentation de la dépense énergétique; par ailleurs, le tabac a un effet anorexigène, sa consommation est associée à des perturbations du goût et de l'odorat, du transit qui peuvent aggraver le déficit nutritionnel. La poursuite du tabac est surtout un des facteurs majeurs de récurrence.

Des recommandations récentes sur la prise en charge nutritionnelle au cours des traitements du cancer ^[1] et en période périopératoire ont été élaborées ^[2]. Elles constituent le référentiel de base pour la prise en charge nutritionnelle des patients. Cette prise en charge doit être instituée dès le diagnostic, adaptée à l'évolution du patient et se poursuivre jusqu'à stabilisation après réhabilitation en fin de traitement ; elle doit être intégrée dans le programme personnalisé de soin (PPS) dès le diagnostic.

Le bilan d'un patient porteur d'une tumeur des VADS doit comporter, dès la suspicion du diagnostic, une évaluation nutritionnelle par des outils simples et consensuels, comprenant des données objectives, mesurables de manière répétée, et permettant de décider de la prise en charge. Cette évaluation doit être couplée au diagnostic des addictions et à une évaluation sociale. Ainsi, une prise en charge adaptée peut être déclinée en fonction du traitement envisagé (*chirurgie et/ou radiothérapie et/ou chimiothérapie ou thérapies ciblées*). Les principales étapes sont la consultation initiale permettant d'évoquer le diagnostic, l'endoscopie confirmant le diagnostic et l'extension locale, les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) décidant des traitements et le traitement lui-même: chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie. Ces traitements se succèdent généralement dans un ordre variable selon les cas.

L'évolution nutritionnelle et fonctionnelle liée à la toxicité, à la durée des handicaps et aux séquelles possibles, doit être anticipée au moment de l'initiation de ces traitements. Des valeurs seuils pour les paramètres nutritionnels doivent être fixées selon les traitements et l'évolution prévisible. Par exemple, la mise en place prophylactique d'une sonde de gastrostomie pour la nutrition entérale (NE) doit être décidée en fonction des seuils consensuels de ces paramètres.

Chaque hospitalisation imprévue (*toxicité du traitement, infections, complications de chirurgie...*) doit faire rechercher des signes de gravité nécessitant de réajuster le programme de soin nutritionnel. L'évaluation comporte la recherche de facteurs de risque nutritionnels et la mesure de paramètres objectifs. Parmi les facteurs de risque, la réduction significative des apports nutritionnels, inférieurs ou égaux aux deux tiers des besoins, qu'elle soit présente ou prévisible pour une durée supérieure à une semaine, qu'elle soit mesurée lors d'une consultation diététique ou estimée par une valeur inférieure à 7/10 sur l'échelle de la prise alimentaire (EPA®), est une indication de NE. Les autres facteurs de risque fais antanticiper une NE sont multiples. Même s'ils ne sont pas toujours consensuels, ces facteurs de risque doivent être identifiés dans des protocoles de soins servant de base à la décision; il s'agit en particulier d'un âge supérieur à 70 ans, d'un pourcentage de perte de poids (% PdP) supérieur à 5%, d'une diminution de la prise alimentaire (EPA® <7), d'une intoxication alcoolique chronique sévère (>60g/j), d'une tumeur T3-T4 de l'oropharynx ou d'une tumeur du cavum, de la présence d'une dysphagie sévère prolongée, de signes de déshydratation, de douleurs intenses... La définition de la dénutrition repose sur des paramètres simples et objectifs qui sont repris par les recommandations de pratique clinique ^[1,2]. De manière générale, un patient est considéré comme dénutri s'il présente une perte de poids par rapport à un poids antérieur (*ou en 6 mois*) d'au moins 10%. Néanmoins, en oncologie médicale, il est considéré qu'une perte de poids d'au moins 5% altère le pronostic et augmente le risque de toxicité des traitements ^[1]. De même, un sujet avec un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 18,5 chez l'adulte ou 21 chez le sujet de plus de 70 ans, est considéré comme dénutri. Pourtant, l'obésité (IMC \geq 30) altère le pronostic et, dans certaines études, est associée à un risque accru de dénutrition ^[3,4]. L'IMC seul, qui ne dépiste qu'environ 10 à 15% des patients dénutris en cancérologie, ne doit pas être utilisé seul pour le dépistage de la dénutrition du fait de son manque de sensibilité et de spécificité (*grade B des recommandations nutrition cancer ^[1]*) mais reste utile pour dépister les sujets obèses. La mesure des paramètres biologiques peut, à elle seule, suffire à définir une dénutrition : ainsi, selon les critères retenus par la Haute Autorité de santé en 2003 (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denuitration_recos_2006_09_25_14_20_46_375.pdf) et en 2007 (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_denuitration_personnes_agees.pdf), une albuminémie inférieure à 30g/L avant 70 ans et à 35g/L après 70 ans, en l'absence de syndrome inflammatoire, définit une dénutrition. En oncologie médicale, le seuil d'albuminémie basse affectant le pronostic est proche de 35g/L ^[1] ; en revanche, en préopératoire, quel que soit le niveau d'inflammation, une albuminémie inférieure à 30g/L est associée à un risque accru de morbidité et signe une dénutrition ^[2]. La prise en charge dépend donc, du risque, de la présence ou non d'une dénutrition, et du traitement anticancéreux instauré.

La prise en charge nutritionnelle préopératoire est indiquée selon le grade nutritionnel (GN) : GN4 correspond à un patient dénutri candidat à une chirurgie avec risque élevé de morbidité, GN3 à un patient dénutri avec chirurgie à faible risque et GN2 à un patient non dénutri candidat à une chirurgie à risque élevé de morbidité. Le patient GN4 doit bénéficier d'un support nutritionnel artificiel préopératoire de sept à dix jours (*entéral en principe pour les patients avec cancer des VADS*) et ce support doit être poursuivi en postopératoire. Ainsi, en cas de chirurgie, une perte de 10% ou plus est une indication de NE préopératoire avant chirurgie majeure. Le patient GN3 doit bénéficier d'un support nutritionnel artificiel qui ne doit pas faire différer la chirurgie. Le patient GN2 doit bénéficier de conseils diététiques préopératoires et, si besoin, de la prescription de compléments nutritionnels oraux (CNO) (*par exemple, en présence d'un amaigrissement inférieur à 10% ou d'apports insuffisants*). La prise en charge nutritionnelle postopératoire doit être anticipée en préopératoire, et le bilan préopératoire doit permettre de prévoir le type d'assistance nutritionnelle et la voie d'abord qui sera utilisée (*sonde nasale, stomie pour la chirurgie des VADS*) [5]. En chirurgie oncologique des VADS, en particulier lors de traitement combiné à la radiothérapie, la gastrostomie préthérapeutique est probablement la technique de choix ; elle doit être posée avant le début du traitement oncologique (*Recommandation 23* [5]). En postopératoire, la NE est requise en cas de dénutrition préalable et/ou lorsque l'alimentation orale ne couvrira pas les 2/3 des besoins pendant une semaine ou plus [2].

En cas de radiothérapie des VADS, les conseils diététiques personnalisés, intégrant si nécessaire la prescription de CNO, sont recommandés (*Grade B*), car ils apportent un bénéfice en termes de toxicité, de qualité de vie, d'état nutritionnel et d'apports nutritionnels [1]. En cas de chimiothérapie, les conseils diététiques personnalisés, intégrant si nécessaire la prescription de CNO, sont recommandés en cas de dénutrition et/ou diminution des ingesta (*EPA® <7*) et/ou à la demande du patient ou de sa famille (*avis d'experts du fait de données insuffisantes de la littérature*). Une perte de poids de 5% par rapport à un poids antérieur étant un facteur mauvais pronostic en cancérologie, une prise en charge nutritionnelle adaptée est requise. En cas de néoplasie des VADS traitée par une radiochimiothérapie à visée curative dont le champ d'irradiation inclut la sphère oropharyngée, que le patient soit dénutri (*Grade C*) ou non dénutri (*avis d'experts*), il est recommandé de proposer la mise en place prophylactique d'une gastrostomie d'alimentation [1]. La mise en place prophylactique d'une gastrostomie doit s'accompagner d'une prise en charge diététique et orthophonique non seulement pour optimiser les apports nutritionnels, pour prévenir et éviter les complications de la NE, mais aussi pour assurer le maintien des fonctions masticatoires et de déglutition pendant toute la période de traitement et de récupération [6]. Cette mise en place prophylactique de gastrostomie permet de réduire les risques d'hospitalisations imprévues pour dénutrition et/ou déshydratation.

PROMOTEURS

Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNEP).

SOURCES

Les sources sont les suivantes :

- Recommandations professionnelles : nutrition chez le patient adulte atteint de cancer ; recommandations. Élaborées sous l'égide de la Société francophone de nutrition clinique et métabolisme (SFNEP), coordonnées par le Dr Pierre Senesse et le Pr Xavier Hébuterne, et publiées dans la revue Nutrition Clinique et Métabolisme en 2012 (volume 26 ; numéro 4 ; pages 149-302).
- Recommandations de bonnes pratiques cliniques sur la nutrition périopératoire. Actualisation 2010 de la conférence de consensus de 1994 sur la « Nutrition artificielle périopératoire en chirurgie programmée de l'adulte » ; élaborées sous l'égide de la SFNEP et de la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar), coordonnées par le Dr Cécile Chambrier et le Pr François Sztark, et publiées dans la revue Nutrition Clinique et Métabolisme en 2012 (volume 24 ; numéro 4 ; pages 145-216).

CIBLES PROFESSIONNELLES

Les médecins, personnels paramédicaux des services diététiques, de radiothérapie, de chirurgie, de médecine, de consultation, participant à l'accueil, à la prise en charge et au suivi des patients porteurs de cancers des VADS.

PATIENTS CONCERNÉS

Tout patient porteur d'un cancer des VADS traité en hospitalisation, en ambulatoire ou suivi en consultation ou à domicile.

UTILISATION DES CRITÈRES D'ÉVALUATION ET D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES

La HAS a publié de nombreuses méthodes d'amélioration de la qualité (cf. www.has-sante.fr). Parmi celles-ci, un audit ciblé (état des lieux) couplé à un chemin clinique (CC) ^[7] a été choisi pour l'évaluation et l'amélioration de la prise en charge en cancérologie des VADS. Le CC est appelé clinical pathway ou critical pathway ou integrated care pathway, dans les pays anglo-saxons. Ce CC décrit, pour un patient donné, ici porteur de cancer des VADS, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient au sein de l'institution ou du réseau de soins. Cette méthode vise à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge pluridisciplinaire de patients présentant un problème de santé comparable. Elle repose sur la description d'une prise en charge optimale et efficace à partir des règles de bonnes pratiques. Cette méthode contribue à :

- réduire la variabilité non justifiée de la prise en charge ;
- s'approprier les recommandations professionnelles ;
- mettre en œuvre des protocoles validés de prise en charge des patients ;
- améliorer la continuité et la délivrance de soins de qualité aux patients ;
- améliorer la coordination et la communication entre les acteurs de cette prise en charge ;
- rationaliser les soins et la gestion des risques.

Le CC se traduit comme une liste des actes à réaliser ou comme un document à intégrer au dossier du patient. Il se présente sous la forme d'un dossier papier ou informatisé qui est documenté au fur et à mesure de la prise en charge de chaque patient. Le CC est une méthode d'amélioration de la qualité des soins. Comme toutes les méthodes d'amélioration, le CC permet de comparer une pratique clinique à une démarche optimale. Le CC comme démarche d'amélioration de la qualité (AQ) s'inscrit dans le modèle proposé par W.E. Deming. Ce modèle comprend 4 étapes distinctes qui se succèdent indéfiniment : planifier, faire, analyser, améliorer :

- planifier : une démarche AQ et des critères sont choisis ;
- faire : la démarche AQ est mise en œuvre ;
- analyser : le praticien analyse sa pratique en référence aux critères sélectionnés et selon la démarche AQ adoptée ;
- améliorer : les professionnels mettent en œuvre des actions correctrices en vue d'améliorer leur organisation et leurs pratiques. Ils en évaluent périodiquement l'impact.

Dès lors que des professionnels s'impliquent dans une démarche d'AQ, ils s'engagent dans la voie de l'évaluation/amélioration de leurs pratiques.

Références

- [1] Senesse P, Bachmann P, Bensadoun RJ, Besnard I, Bourdel-Marchasson I, Bouteloup C, et al. Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer. *Nutr Clin Metab* 2012;26(4):151–8.
- [2] Chambrier C, Sztark F, Groupe de travail de la Société francophone de nutrition clinique et métabolisme (SFNEP) et de la Société française d'anesthésie et réanimation (Sfar). Recommandations de bonnes pratiques cliniques sur la nutrition périopératoire. Actualisation 2010 de la conférence de consensus de 1994 sur la « Nutrition artificielle périopératoire en chirurgie programmée de l'adulte ». *Ann Fr Anesth Reanim* 2011;30(4):381–9.
- [3] Pressoir M, Desné S, Berchery D, Rossignol G, Poiree B, Meslier M, et al. Prevalence, risk factors and clinical implications of malnutrition in French Comprehensive Cancer Centers. *Br J Cancer* 2010;102(6):966–71.
- [4] Ottoson S, Zackrisson B, Kjellén E, Nilsson P, Laurell G. Weight loss in patients with head and neck cancer during and after conventional and accelerated radiotherapy. *Acta Oncol* 2013;52:711–8.
- [5] Coti Bertrand P, Bachmann P, Petit A, Sztark F. Prise en charge nutritionnelle préopératoire. *Nutr Clin Metab* 2010;24(4):167–72.
- [6] Bachmann P, Quilliot D. Faut-il prévenir ou traiter la dénutrition associée aux cancers ORL, quand et comment? *Nutr Clin Metab* 2014;28(1): 73–8.
- [7] Haute Autorité de santé. Chemin clinique; une méthode d'amélioration de la qualité; 2004. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/chemin_clinique_guide.pdf