

Prise en charge nutritionnelle d'un patient avec cancer ORL

Présentation: P. Coti Bertrand

Experts : P. Bachmann – S.
Schneider

Modérateur : M. Roulet

Objectifs éducationnels

Pour la prise en charge nutritionnelle d'un patient avec cancer ORL, il est bon de connaître:

Les facteurs de diminution de la prise alimentaire

Les critères de choix de la nutrition artificielle

L'attitude face à la dépendance alcoolo-tabagique

Les complications des différentes modalités du traitement oncologique

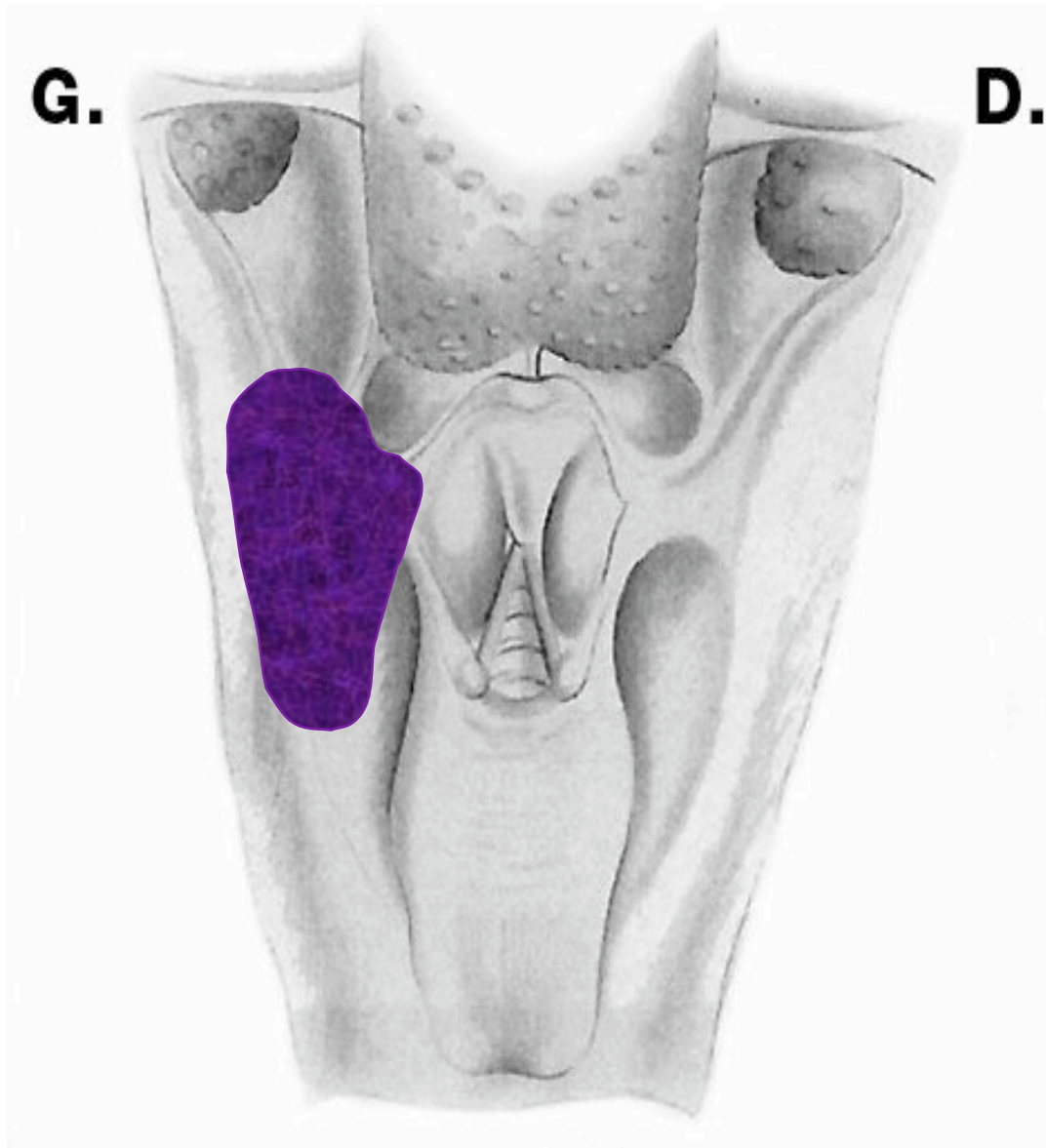
Histoire clinique initiale

- Homme de 58 ans, marié, sans contact avec ses 2 enfants. Chauffeur de poids lourd, en invalidité depuis 1995 pour des lombalgies chroniques
- Dépendance tabagique (50 cigarettes/jour depuis 40 ans)
- Dépendance alcoolique (> 5 dl vin /jour + 3 apéritifs) avec multiples fractures, maladie de Dupuytren
- Poids de forme: 73.0 kg Taille: 1.83 m
IMC: 21.8

- Avril 2002: consultation chez son médecin traitant
 - toux, dysphonie, dysphagie légère aux solides et aux liquides
 - perte de 6 kg durant les 6 derniers mois
 - lésion exophytique de la région des 3 replis à gauche
- Mai 2002: hospitalisation
 - Panendoscopie avec biopsies et scanner cervico-thoraco-abdominal
 - Carcinome épidermoïde invasif moyennement différencié de l'hypopharynx latéral et postérieur gauche T4 N2 M0 (ganglions métastatiques jugulo-carotidiens infracentimétriques bilatéraux)

G.

D.



Bilan biologique à l'admission

- Hémoglobine : 151 g/L
- VGM : 97 FL
- Leucocytes : 7 G/L
- Plaquettes : 232 G/L
- Na : 138 mmol/L
- K : 3.7 mmol/L
- Créatinine : 62 μ mol/L
- Glycémie : 5.4 mmol/L
- CRP : 18 mg/L
- TP : 100 %
- Albuminémie : 37 g/L
- ASAT : 58 UI/L
- ALAT : 32 UI/L
- γ -GT : 233 UI/L

Anamnèse alimentaire

- Lever le matin vers 10-11 h
- 2 repas / jour
- Alimentation variée, de texture normale sauf la viande qui est hachée
- Consommation des 2/3 de la portion habituelle

Rappel

1 seule réponse par question

Question 1

D'après vous, quel est son apport spontané calorique et protéique ?

1. 3 000 Kcal/j et 100 g/j de protéines
2. 2 000 Kcal/j et 70 g/j de protéines
3. 1 500 Kcal/j et 35 g/j de protéines
4. 500 Kcal/j et 35 g/j de protéines
5. Je ne sais pas

Ingesta

- Inappétence
 - consommation des 2/3 de la portion habituelle
 - 1500 Kcal/j pour des besoins théoriques de 2000 Kcal/j
- Parodontose et dysphagie légère
 - surtout aux solides diminution de la viande
 - 35 g/j de protéines → pour des besoins théoriques de 80 g/j
- OH chronique
 - déficit potentiel en vitamines et en micronutriments

Nutrition et cancer ORL

48 patients avec cancer ORL suivis sur 2 ans

- Moyenne d'âge 67 ans
- Radiothérapie (92%) + **chimiothérapie** (27%) ou chirurgie (59%)
- Malnutrition = 51%
 - BMI < 20
 - Perte de poids > 5%
 - Albuminémie < 33 g/L
- Evaluation de la prise alimentaire / 2 jours
 - 31% non fiables
 - 48% apports < 80% besoins théoriques

- **Survie à 2 ans**
 - **35 % chez les malnutris / 64 % chez les bien nourris (p < 0.01)**
- **Qualité de vie (EORTC QLQ-C30)**
 - **Troubles de la déglutition:** score 52 pour perte poids > 5% *versus* score 18 pour poids stable (p < 0.01)
 - **Inappétence:** score de 49 chez les patients qui vont décéder *versus* score de 20 chez les survivants (p < 0.01)

Alcool et nutrition

OH chronique

– Poids

- augmenté lors de consommation modérée
- diminué lors de consommation excessive

– Déficits spécifiques

- vitamines B1, B6, C, A, D, E
- magnésium
- zinc, sélénium

Maillot F et al. Pathol Biol 2001; 49(9):636-8.

Question 2

Sur quel critère simple appréciez-vous le degré de dénutrition de ce patient ?

1. Le poids actuel
2. La perte de poids en fonction du temps
3. L'indice de Buzby
4. La masse maigre évaluée par bio-impédancemétrie
5. Je ne sais pas

Dénutrition modérée à sévère

- **Perte de poids en fonction du temps**
7 kg soit 10% du poids de forme en 6 mois
- **IMC**
19.7
- **Indice de Buzby (NRI)**
 $1,519 \times \text{alb} + 0,417 \times (\text{poids actuel} / \text{habituel}) \times 100 = 93,9$
- **Mesure des plis**
 - PCT 6.2 mm (10^{ème} percentile)
 - CMB 213.5 mm (< 5^{ème} percentile)
- **Bio-impédancemétrie**
 - MG 17 kg (>25^{ème} percentile)
 - MM 48.8 kg (= 5^{ème} percentile)

Indice de Buzby = NRI

$$\text{NRI} = 1,519 \times \text{alb} + 0,417 \times (\text{poids actuel/habituel}) \times 100$$

Dénutrition

	absente		modérée		sévère
Score	100	97,5		83,5	50

Patient
93.9

Buzby GP et al. Am J Clin Nutr 1988;47(2suppl):366-81.

Evaluation nutritionnelle et cancer ORL

64 patients avec cancer ORL suivis sur 3 ans

- Chirurgie + radiothérapie
- 63% de complications post-opératoires
- **Perte de poids > 10% en pré-opératoire est un facteur prédictif de la morbidité post-opératoire**

Question 3

Quel est votre approche nutritionnelle dans cette phase pré-opératoire ?

1. Aucune, excepté la prescription de vitamines
2. Vous adaptez l'alimentation orale et prescrivez des suppléments nutritifs oraux pour le domicile
3. Vous posez une sonde naso-gastrique pour nourrir le patient à domicile
4. Vous prolongez l'hospitalisation pour débuter une nutrition parentérale
5. Je ne sais pas

Consensus de nutrition péri-opératoire

- Conférences de consensus française, italienne et américaine
- Essais randomisés

7 à 10 jours de nutrition pré-opératoire réduisent de ~10% le taux de complications post-opératoires chez les patients sévèrement

Evolution

- Dans l'attente de son intervention chirurgicale, le patient est rentré à domicile avec
 - une adaptation de son alimentation orale (fractionnement et texture hachée pour la viande)
 - 2 suppléments nutritifs oraux: + 600 Kcal et + 25 g de protéines /j
 - 1 complément de vitamines et de micronutriments
- Le bilan de l'infirmière à domicile à 1 semaine montre que le patient est compliant. La prise en charge nutritionnelle en cours est maintenue

Question 4

Le patient vous dit: « Je n'ai aucun problème avec l'alcool et je bois comme tout le monde ». Que faites-vous?

1. Rien
2. Vous lui interdisez toute consommation d'alcool
3. Vous lui proposez une rencontre avec l'unité d'alcoologie
4. Vous lui conseillez de réduire sa consommation d'alcool et de bien s'hydrater (eau !)
5. Je ne sais pas

Alcool et morbidité - mortalité postopératoires

- Durée de séjour aux SI prolongée de 8 jours (sepsis et pneumonie)
- Spies CD. Acta Anaesthesiol Scand 1996;40:649-56.
- En cas de DT
- morbidité et mortalité \times de 2 à 3 fois
- Tonnesen H. Br J Surg 1999;86:869-74.
- 25% de succès de reconstruction mandibulaire avec lambeau (versus 85% si pas de DT)
- Gallivan KH. Arch Fac Plast Surg 2001; 3(4):264-6.

Evolution

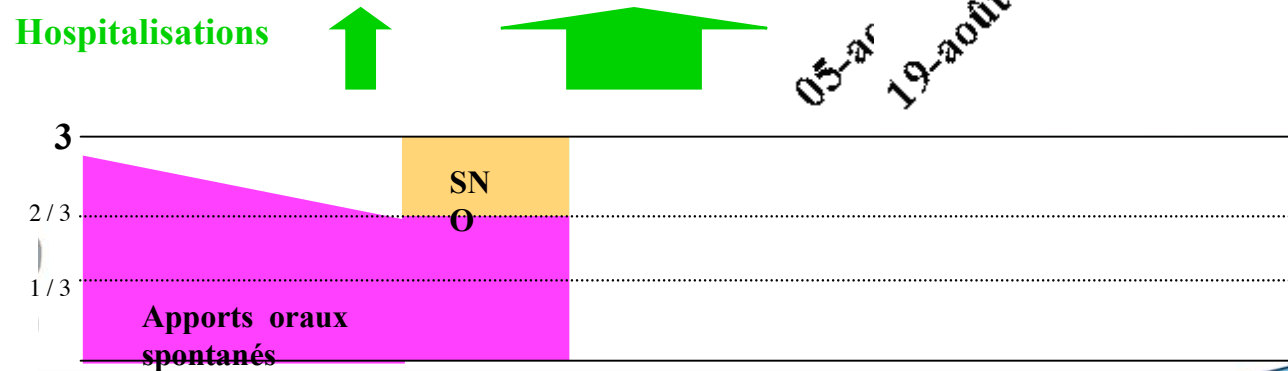
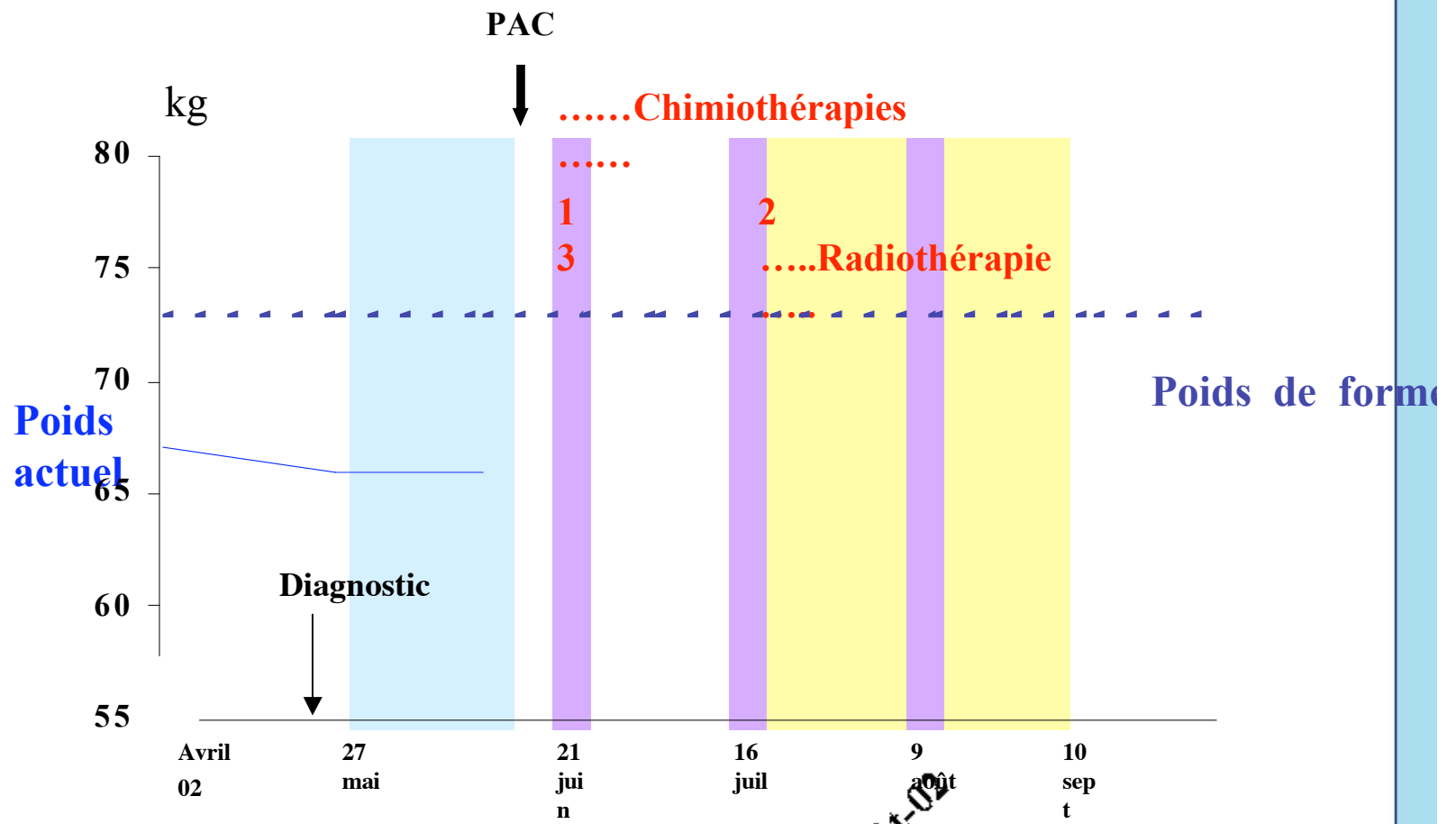
- Nous lui avons recommandé de réduire le plus possible sa consommation alcoolique et de bien s'hydrater surtout dans les jours précédant l'opération
- Nous lui avons prescrit des suppléments de vitamines B1, B6 en plus du complément de vitamines et de micronutriments
- Il est réhospitalisé début juin pour son intervention chirurgicale

A l'hôpital

- Dysphagie modérée
- Status local: progression de la tumeur
- Nouvelle panendoscopie: atteinte de la paroi latérale droite du pharynx
- Nouveau concilium oncologique: renonciation au traitement chirurgical au profit d'un traitement curatif de chimio-radiothérapie

Programme oncologique

- Chimiothérapie
 - 3 cures de fluorouracil / cisplatine sur 5 jours et toutes les 3 semaines
- Radiothérapie
 - dès la 2ème cure de chimiothérapie
 - dose totale de 50 Gy du cou et 20 Gy sur la masse tumorale et les ganglions
 - fractionnement sur 6 semaines
- Pose d'une chambre à cathéter implantable (PAC)



Appports

énergétiques

Question 5

Quel est votre projet nutritionnel ?

1. Utiliser le PAC pour NP
2. Poser une GEP pour NE
3. Poursuivre l'alimentation orale fractionnée et SNO
4. Perfuser du G5% + vitamine B1 par voie périphérique
5. Je ne sais pas

Nutrition entérale

- Une GEP est posée par les médecins ORL avant le début du traitement de chimiothérapie et radiothérapie
- Une NE est démarrée avec 500 ml d'une diète polymérique avec fibres, en complément de l'alimentation orale spontanée

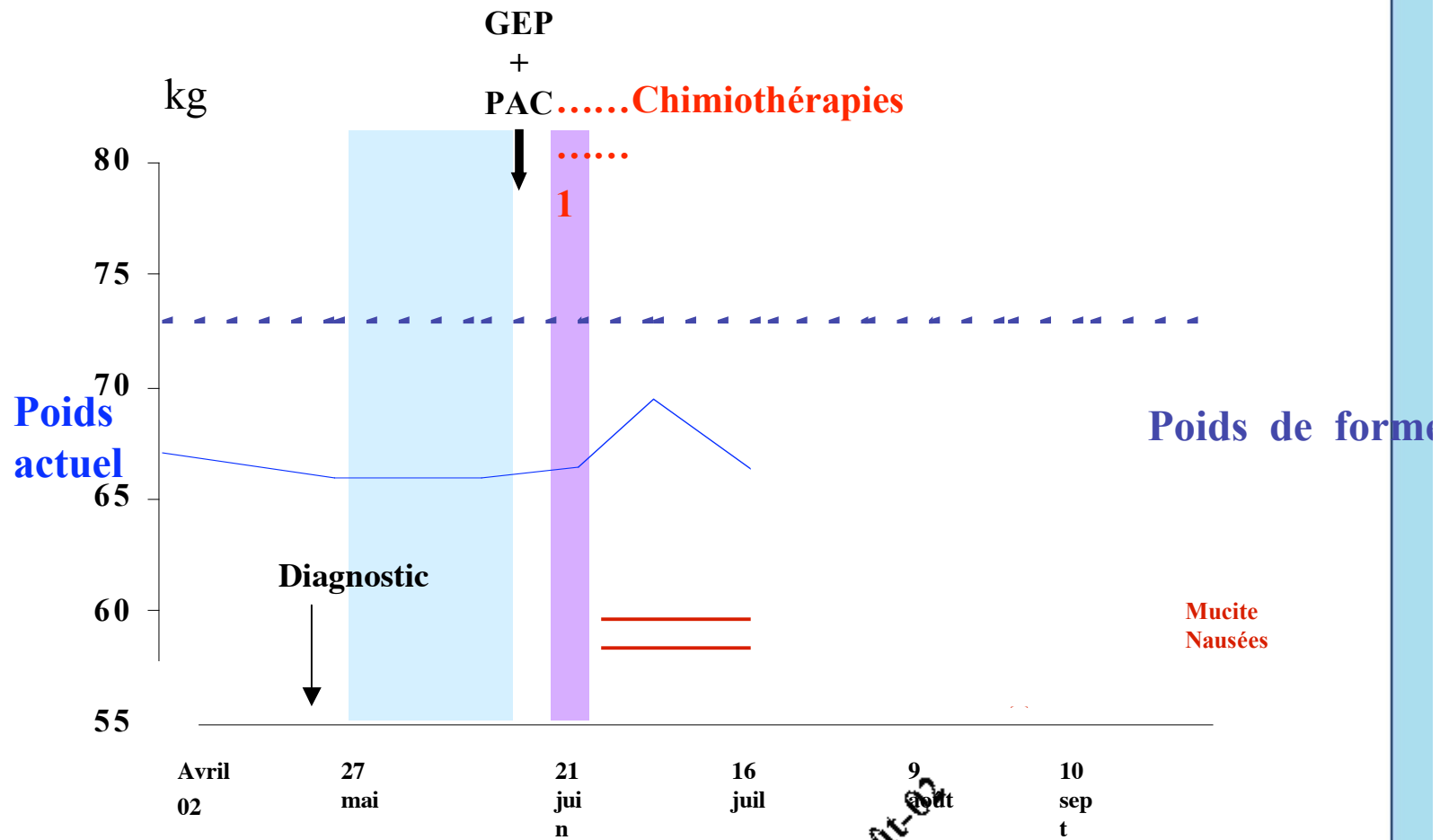
GEP et radiothérapie

45 patients avec cancer ORL traités par radiothérapie de 66 à 70 Gy

- **Groupe contrôle *versus* GEP posée si**

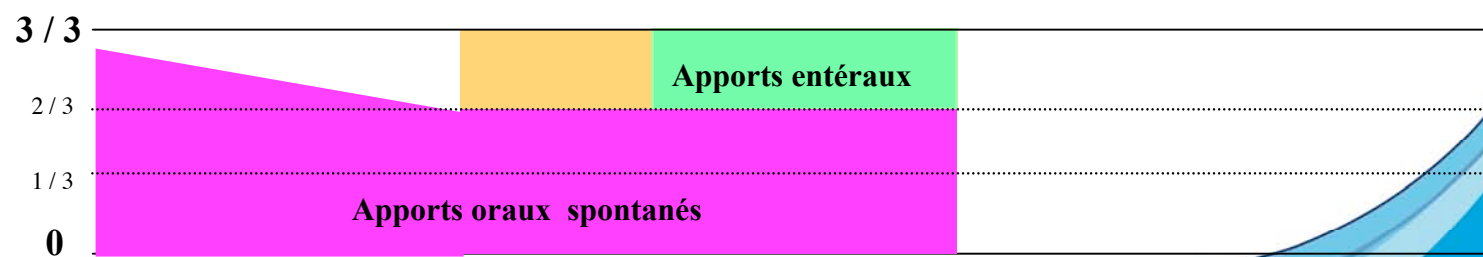
- perte de poids > 10%
- BMI < 20
- > 70 ans

- **Perte de poids** **6,1% *versus* 3,5%**
(p<0.01)
- **Déshydratation** **18% *versus* 0%**
(p<0.01)
- **Mortalité (par déshydratation)** **4,4% *versus* 0% NS**



Apports

énergétiques



Question 6

Parmi toutes les complications ci-dessous, laquelle redoutez-vous le plus chez ce patient durant la radio-chimiothérapie combinée ?

1. Douleurs locales
2. Mucite, diarrhée
3. Déshydratation
4. Delirium tremens
5. Je ne sais pas

1ère hospitalisation non programmée

- Altération majeure de l'état général
 - **Déshydratation**
 - Asthénie
 - Nausées
 - Diarrhée
- Odynophagie, aphagie: mucite IV
- 500 ml diète polymérique avec fibres / 48 h
- 500 ml d'eau / 24 h

Traitement

- **Réhydratation**
 - 1000 ml de solution gluco-saline / GEP
- **Antalgiques**
 - Morphine
 - Gargarismes de solution alcaline + antimycotique
- **Anti-émétique**
- **Nutrition**
 - Alimentation orale liquide

Question 7

A ce stade, quel type de nutrition prescrivez-vous?

1. Une nutrition entérale avec diète polymérique standard
2. Une nutrition entérale avec diète polymérique + fibres
3. Une nutrition entérale avec diète immuno-modulatrice
4. Une nutrition entérale associée à une nutrition parentérale
5. Je ne sais pas

Nutrition entérale

- **Nutrition entérale** avec 1000 ml d'une diète
 - Polymérique
 - Fibres de guar
 - Hypercalorique
- **Alimentation orale** liquide / mixée
 - ~ 500 Kcal / 24 h
- **Hydratation**
 - 500 à 1000 ml / 24 h

Fibre de guar et transit

Fibre hydrosoluble régulatrice du transit

Slavin J.L. Nutrition 2003;19:549-52.

- Lors de **diarrhée**

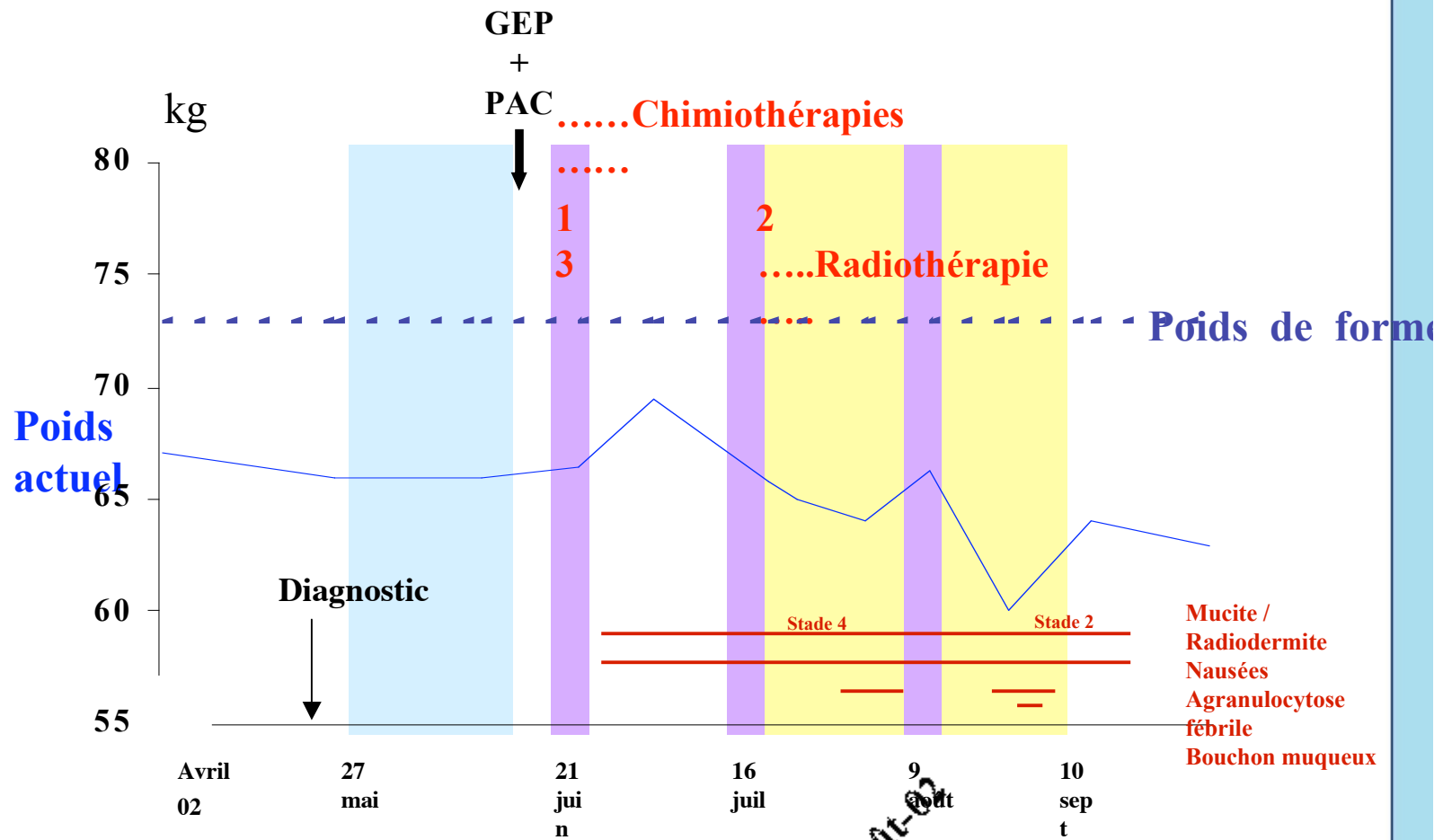
- diminution lors de nutrition entérale totale

Homann HH. JPEN 1994;18:486-90.

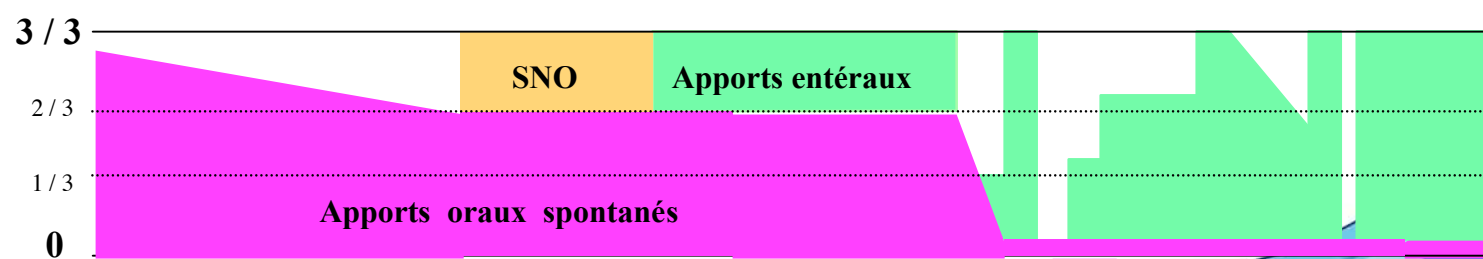
- incidence réduite chez les patients septiques avec une nutrition entérale

Spapen H. Clin Nutr 2001;20:301-5.

- Lors de **constipation**



Apports énergétiques



Fin du traitement oncologique

- Le patient pèse 63 kg
 - IMC 18.8
 - perte de poids / poids de forme 14%
- Vous envisagez de retirer la GEP chez ce patient dès que
 - son alimentation orale couvrira ses besoins caloriques et protéiques
 - son poids aura augmenté de 10%

Question 8

Quand pensez-vous que la GEP pourra être retirée ?

1. Dès la sortie de l'hôpital
2. 1 mois après la sortie de l'hôpital
3. 3 mois après la sortie de l'hôpital
4. 6 mois minimum après la sortie de l'hôpital
5. Je ne sais pas

Séquelles des traitements du cancer ORL

1761 / 3500 questionnaires

- Cancer ORL avec chirurgie radicale + radiothérapie (42%)

- Après 6 mois ou plus

Troubles de la déglutition

• Absents	22%
• Légers	17%
• Modérés	24%
• Importants	16%
• Sévères	11%

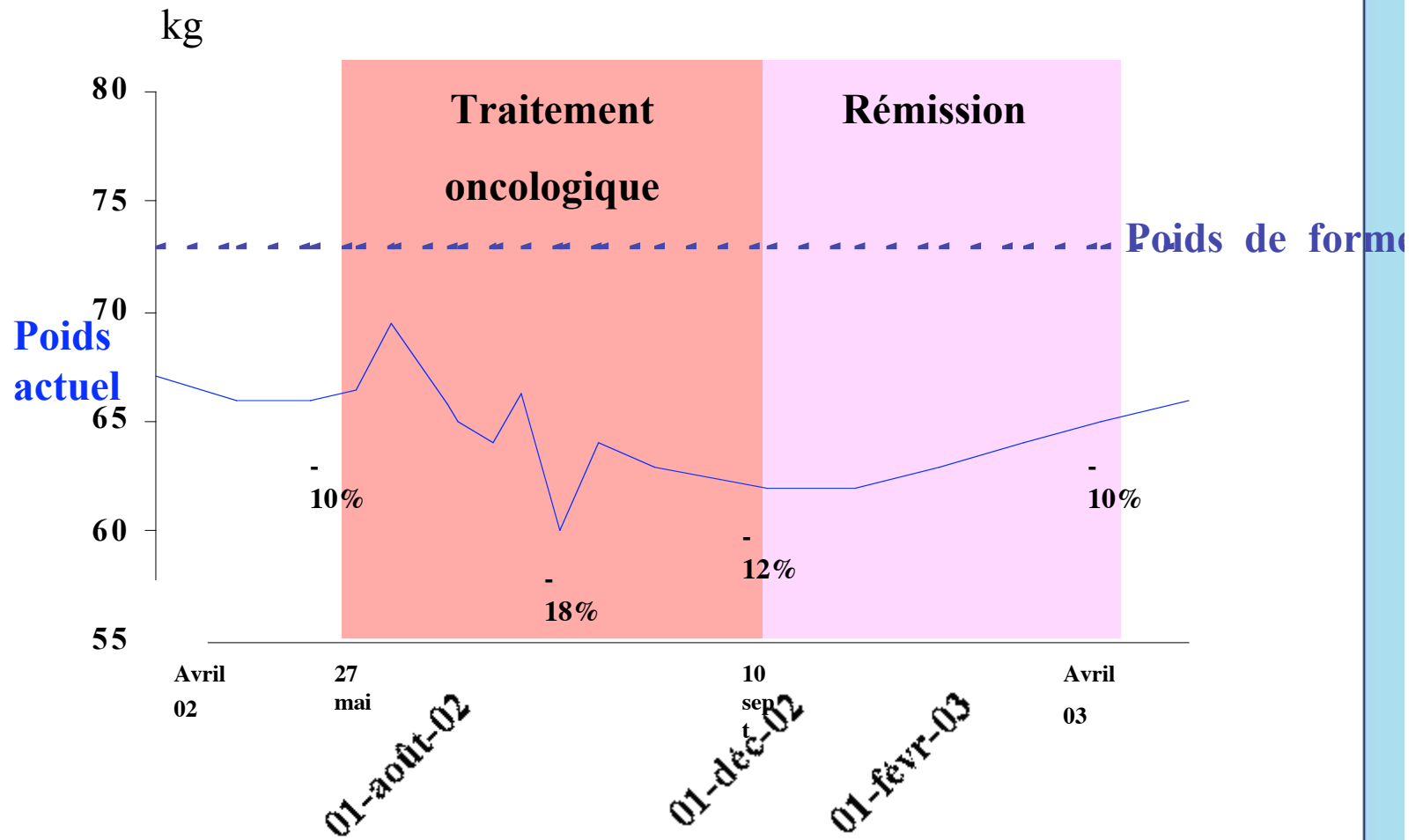
- Troubles de la déglutition secondaires à
 - dentition, perte mandibulaire, perte mobilité de la langue, xerostomie

Catamnèse

6 mois plus tard

- Panendoscopie avec biopsies et CT scanner cervico-thoracique: **rémission complète**
- Persistance des symptômes
 - Dysphagie sur sténose oesophagienne inflammatoire et asialie entravant aussi la parole (ce qui ne gêne pas son épouse !!)
 - Edentation partielle: les prothèses ne sont toujours pas adaptées

- Alimentation orale spontanée
 - 500 Kcal et 15 g de protéines /j
- Nutrition entérale par la GEP
 - 1000 ml /j d'une diète polymérique hypercalorique
- Boissons
 - 2 000 ml de thé froid, coca, café
 - Toujours pas de problème avec l'alcool !



Apports

énergétiques

