

Prise en charge nutritionnelle des patients âgés atteints de cancer

Pourquoi la dénutrition ?

Age + cancer

⇒ **Double risque de dénutrition**

➤ Prévalence de la dénutrition

- Fréquente
- Mal évaluée
- Fonction de la localisation tumorale (très élevée pour les tumeurs des VADS)
- Fonction de l'extension tumorale
- Augmente avec l'âge

Les causes de la dénutrition liées à l'âge

- **Modifications physiologiques:** goût, odorat, état bucco-dentaire , modifications métaboliques...
- **Environnement psychosocial:** isolement, absence de convivialité, diminution des ressources, dépression...
- **Perte d'autonomie fonctionnelle:** déficit moteur (difficulté d'approvisionnement, à la préparation des repas), fatigue,
- **Polymédication** et parfois régimes abusifs

Les causes de la dénutrition liées au cancer

- Carences d'apports: obstacles mécaniques, anorexie, perturbations du goût et de l'odorat, troubles digestifs, fatigue, dépression, douleur
- Augmentation des besoins: hypercatabolisme, syndrome de détournement métabolique (compétition métabolique hôte/tumeur), traitements agressifs, stress, fatigue, angoisse, douleur

Conséquences de la dénutrition

➤ Morbidité

- Augmentation des complications infectieuses
- Augmentation des complications des traitements
- Augmentation du risque d'interruption des traitements
- Diminution de la qualité de vie [*HJN Andrevev et al. Eur J Cancer 1998*]

➤ Mortalité

- Diminution de la survie [*De Wys et al. Am J Med 1980*]

Evaluation de l'état nutritionnel chez le patient cancéreux: [S.O.R. Bonnes pratiques diététiques en cancérologie]

➤ Evaluation systématique minimale

- Données cliniques (standard)
- Taille, poids actuel, poids de forme, variations pondérales (%) (standard)
- Evaluation de la prise alimentaire (qualitative, quantitative) (+ niveau socio-économique, environnement psycho-social)
- Calcul de l'Indice de Masse Corporelle (option) (IMC < 18.5)
- Utilisation du MNA (option)
- Evaluation des capacités fonctionnelles: PS, Karnofsky (option)
- Evaluation des troubles digestifs (option)

➤ Évaluations complémentaires: pas de standard !

Évaluations complémentaires



➤ Scores cliniques et nutritionnels

- Mini Nutritional Assesement
- Indice de Detsky
- Auto évaluation nutritionnelle globale subjective

➤ Données biologiques

- Albuminémie: Demi vie longue : 20 joursA associer à la CRP
Interprétation difficile en contexte inflammatoire; Diminution
corrélée à une augmentation des complications et de la mortalité
- Préalbuminémie: Demi vie courte : 2 jours
Le meilleur marqueur de l'efficacité d'une renutrition
- Transferrine: Demi vie intermédiaire : 8 jours
 - Plus rapidement sensible à la dénutrition que l'albumine
 - Mais production augmentée par l'anémie
- Indice de Buzby (NRI) ,PINI, impédancemétrie

Critères diagnostiques de dénutrition

(H.A.S. dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, 2007)



➤ Dénutrition

- Perte de poids: \geq ou =5% en 1 mois ou \geq ou =10% en 6 mois
- IMC $<$ 21
- Albuminémie $<$ 35g/l (corrélé à la CRP)
- MNA $<$ 17

➤ Dénutrition sévère

- Perte de poids: \geq ou =10% en 1 mois ou \geq ou =15% en 6 mois
- IMC $<$ 18
- Albuminémie $<$ 30 g/l (corrélé à la CRP)

Surveillance nutritionnelle



■ Standards

- **Mesure régulière du poids !!!**
- Recherche d'oedèmes et d'ascite
- Calcul des rations calorico-azotées
- Amélioration des capacités fonctionnelles

■ Options

- Dosage albumine et préalbumine
- Evaluation des capacités fonctionnelles (PS)
- Evaluation du PINI (index combinant une protéine inflammatoire et une protéine sensible à l'état nutritionnel)

Apports quotidiens recommandés



Besoins nutritionnels (énergétiques et protidiques) au moins équivalents à ceux de l'adulte

Dépense énergétique plus importante avec l'âge pour une même activité

- Eau: 35 à 40 ml d'eau/kg/jour - Sensation soif diminuée, réduction concentration des urines, incontinence (réduction spontanée), laxatifs, diurétiques
- Énergie : 30-40/kg/jour (soit 1600 à 2400 Kcal/jour)
- Protéines : 1,2 - 1,5 g/jour (soit 0,15-0,30g azote/kg/jour)
- + Calcium (1200mg 24h), Vitamine D

Prise en charge nutritionnelle



Fonction de l'état nutritionnel du patient, du niveau des apports alimentaires spontanés, des handicaps associés, de l'avis du patient et ou de son entourage, des considérations éthiques

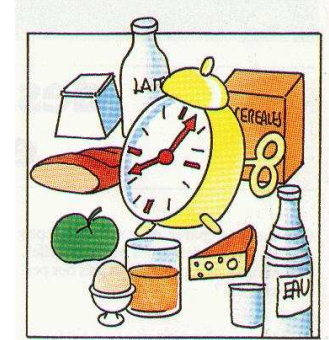
- **Privilégier la voie orale autant que possible :**
 - Conseils nutritionnels
 - Complémentation orale

- **Assistance nutritionnelle:**
 - Alimentation entérale
 - Alimentation parentérale

- **Prise en charge des symptômes associés:** douleurs, dépression, troubles digestifs....

Conseils nutritionnels

- Soigner l'environnement du repas: présentation, variété, convivialité ,
- Organiser une aide au repas
- Manger ce qui fait plaisir
- Adapter l'alimentation: assaisonnement, onctuosité, texture,...
- Fractionner l'alimentation , éviter une période de jeûne nocturne trop longue
- Moduler les régimes restrictifs,
- Réévaluer la prescription de médicaments
- Enrichir l'alimentation en protéines et en calories (œuf, fromage, poudre de lait...) (crèmes, beurre, laitages au lait entier...)

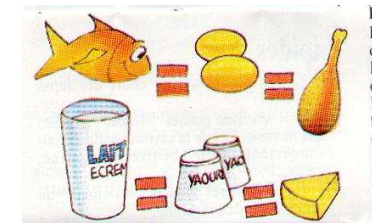


Modifications du goût et de l'odorat

Saveur amère, goût métallique, modification des seuils de perception du salé, sucré, hypersensibilité aux odeurs, aversions alimentaires

Adapter l'alimentation

- supprimer les aliments pour lesquels il y a aversion
- remplacer la viande par des équivalents, si dégoût
- préférer les poissons, œufs, laitages, féculents, si goût métallique. Commencer les repas par des aliments acidulés
- préparer des repas froids si les odeurs écoœurent,



Troubles du transit



Constipation:

Rechercher les causes: alitement, traitements, compression ...

- Alimentation riche en fibres et correctement hydratée
 - boire suffisamment
 - augmenter les légumes verts et fruits cuits, fruits secs
 - associer céréales complètes et légumes secs selon tolérance digestive
 - augmenter l'activité si possible



- Si compression tumorale, alimentation pauvre en fibres

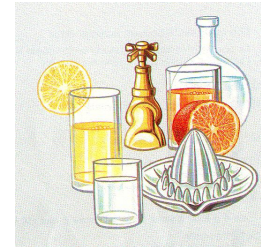
Troubles du transit



Diarrhées: pas d 'attitude standard

activités enzymatiques modifiées, atteintes villositaires, malabsorptions

- Lutter contre la déshydratation
- Alimentation pauvre en résidus, en fibres
 - privilégier: riz, pâtes, carottes, viandes et poissons maigres, fromages pâte cuite, coing..;
 - éviter: lait et laitages, fruits et légumes, céréales complètes, graisses cuites
- Réintroduire dès que possible laitages, fruits et légumes tendres et bien cuits, pain
- Mesurer le degré d'inconfort pour éviter les restrictions alimentaires de longue durée



Dysphagies, mucites



Liées à la localisation de la tumeur, aux chimiothérapies, aux irradiations des voies aéro digestives supérieures

➤ Conséquences de la radiothérapie de la sphère ORL:

- Extractions dentaires: mastication difficile
- Sécrétion salivaire: sécheresse buccale et déglutition difficile
- Muqueuses: destruction de l'épithélium, brûlures et dysphagies
- Langue: dysgueusie, hypersensibilité à l'amer et l'acide

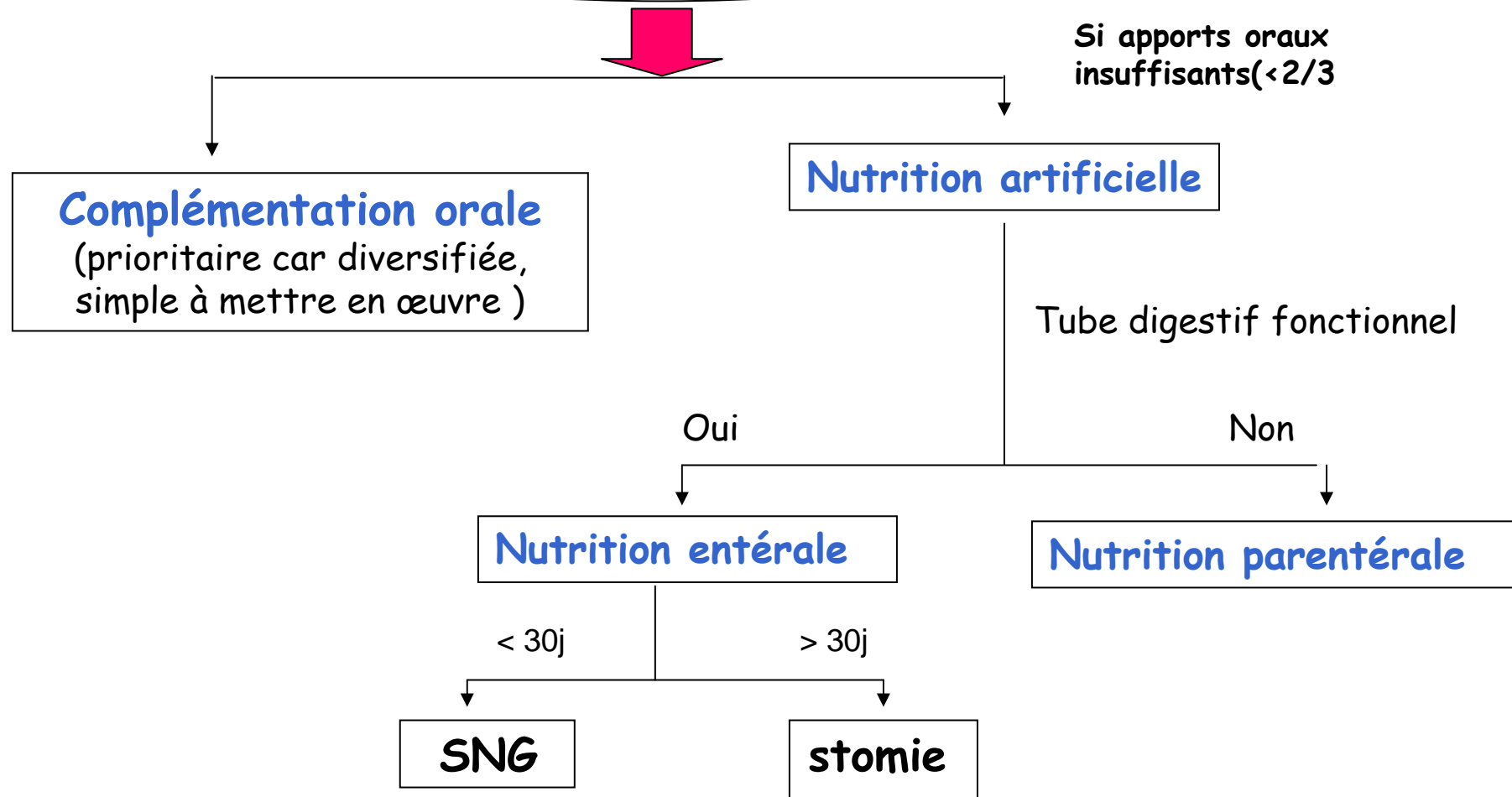
➤ En pratique:

- Éviter les aliments irritants, trop secs, durs, les assaisonnements prononcés
- Proposer des préparations onctueuses (lubrifiant)
- Modifier la texture, attention à la valeur calorique
- Fractionner et enrichir l'alimentation

Mesures d'assistance nutritionnelle



Perte pondérale > 10% Intervention nutritionnelle !!!



Complémentation orale:



➤ Lorsque l'alimentation reste insuffisante

- Proposer des produits hyper caloriques et ou hyper protidiques, les présenter comme élément de soin
- Tenir compte des goûts des patients (formes et parfums variés)
- Accompagner la prescription de conseils pratiques
- S'assurer de leur tolérance

➤ Arrêté du 02/12/2009

- Inscrits sur la L.P.P.R. pour tous les adultes répondant aux critères de dénutrition
- Remboursement forfaitaire, sur prescription médicale, varie en fonction du taux énergétique
- Pharmacie ou via prestataire de service

- Accès digestif
 - SNG (< 30j), c°: ulcérations nasales et oesophagiennes
 - Stomies: gastrostomie, jéjunostomie / pose radiologique ou chirurgicale
- Mélange nutritif
 - Mélange +/- concentré en azote et calories + vitamines, + électrolytes, + oligoéléments +/- fibres
- Modalités d'administration
 - Gravité / pompe - débit fonction de la tolérance digestive
- Entretien de l'accès digestif: soins cutanés, fixation, rinçage
- Effets indésirables: régurgitations, diarrhées
- Prise en charge à domicile: Arrêté du 20 Sept 2000

- Voie d'abord:
 - Périphérique: courte durée, mélange nutritif faible osmolarité < 800 mOsm/l
 - Centrale ++
- Mélange:
 - poches industrielles multicompartiments (prescriptions simplifiées, diminution manipulations)
 - Mélanges ternaires: A.A, glucides, lipides +/- électrolytes
 - Ne contiennent pas de vitamines (notamment vit K) et oligoéléments
- Modalités d'administration
 - Sur pompe
- Complications: carences, stéatose, polyurie nocturne
- Prise en charge à domicile: Pas d'inscription sur la liste des produits et prestations remboursables

Ethique et nutrition artificielle



- S.O.R: « en règle générale, la mise en route d'une NA ne se justifie pas si l'espérance de vie du patient est < 3 mois et l'atteinte fonctionnelle permanente sévère (Karnofsky < 50%, PS > 2) »
- Rq : + facile de ne pas mettre en route que d'arrêter
- Rq : prise en compte de l'état cutané

En conclusion



Pour une prise en charge nutritionnelle efficace:

- Une évaluation systématique de l'état nutritionnel, s'inscrit dans 1 évaluation gériatrique globale standardisée
- Des conseils alimentaires adaptés, le suivi, l'adhésion du patient
- Une bonne collaboration entre les différents acteurs
- La mesure régulière du poids (standard)
- Alerter le référent médical si apports énergétiques insuffisants (standard)