

1^{er} COLLOQUE
d'Accompagnement et de
Soins Palliatifs de
NOUVELLE-AQUITAINE

Samedi 17
Nov. 2018
Université de
BORDEAUX



“Goûts, saveurs
et faim de vie”

Programme

“Goûts, saveurs
et faim de vie”



1^{er} COLLOQUE
d'Accompagnement
et de Soins Palliatifs
de NOUVELLE-
AQUITAINE

Samedi 17 Nov. 2018
Université de BORDEAUX



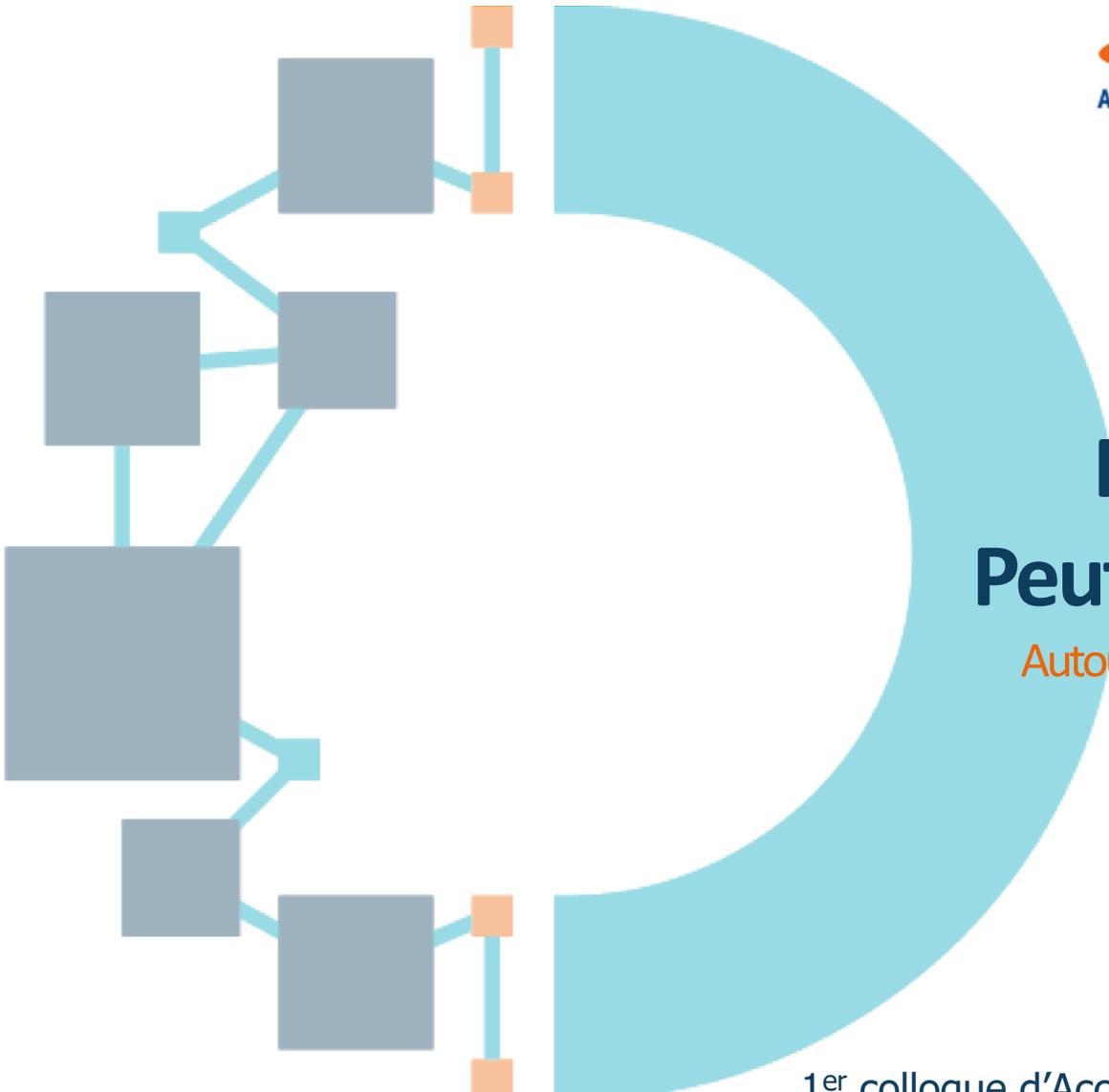
Organisé par :

PALLIUM



Avec le soutien de :





Atelier 5

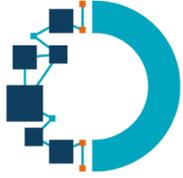
Faim de vie et cancer : Peut-on faire la fine bouche ?

Autour de 2 cas illustrés par les référentiels de l'AFSOS

Samedi 17 octobre 2018

Université de Bordeaux

1^{er} colloque d'Accompagnement et de soins palliatifs de Nouvelle-Aquitaine
CASPARNA



Florence Urbaniak

Diététicienne-Nutritionniste

Cabinet libéral

Poitiers

Laurence Digue

Oncologue médicale

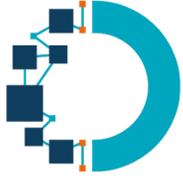
et

Médecin coordonnateur

Réseau Onco-Nouvelle-

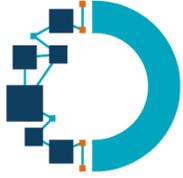
Aquitaine





Tour de table

Site AFSOS : www.afsos.org



Accueil » Référentiels recommandations » Découvrir tous les référentiels

Déclinaison pratique des recommandations destinée à harmoniser les pratiques habituelles, les référentiels inter-réseaux (RIR) en soins oncologiques de support sont élaborés et actualisés à partir des recommandations existantes dans le cadre d'une collaboration entre l'AFSOS et les réseaux de cancérologie.

 LA LISTE COMPLÈTE DES RÉFÉRENTIELS PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE

Plus de 70 référentiels !

LES RÉFÉRENTIELS EN SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT

TROUVEZ LES RÉFÉRENTIELS QUI VOUS INTÉRESSENT

RECHERCHE PAR MOTS :

OK

PAR THÈME :

Sélectionnez un thème ...



PAR SYMPTÔME :

Sélectionnez un symptôme ...



URGENCE EN CANCÉROLOGIE



Syndrome confusionnel

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR



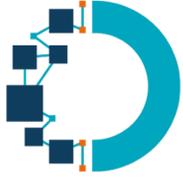
Prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte

SANTÉ SEXUELLE ET FERTILITÉ



Cancer et fertilité

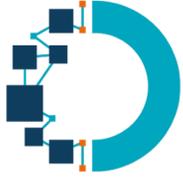
www.afsos.org/referentiels-recommandations



Site AFSOS : www.afsos.org



Ces référentiels concernent **toutes les phases**
de la maladie cancéreuse,
du diagnostic à la guérison ou stade palliatif

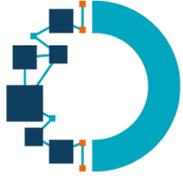


Evènements AFSOS



- 1^{ère} journée sur les SOS en Nouvelle-Aquitaine
 - Vendredi 5 avril 2019 à Angoulême
 - Plénière et ateliers

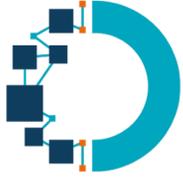
- Soirée annuelle sur les SOS
 - Mardi 2 juillet 2019 à Bordeaux
 - Thérapies alternatives ?



Référentiels AFSOS



- J2R (Journées Référentiels Réseaux)
 - 13 et 14 décembre 2018 à Chartres



13 & 14 décembre 2018

Chambre de Commerce et d'Industrie - Chartres

9^{èmes}

Journées des Référentiels en Soins Oncologiques de support



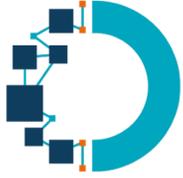
Organisées par :



AU PROGRAMME

- > Place des infirmiers-ères libéraux dans l'accompagnement
- > Limites des thérapies ciblées
- > Place des thérapies complémentaires
- > Le deuil
- > Corticothérapie et oncologie
- > Socio-esthétique
- > Symptômes articulaires liés aux traitements du cancer

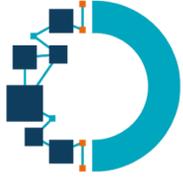




Référentiels AFSOS

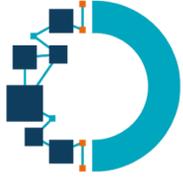


- J2R (Journées Référentiels Réseaux)
 - 13 et 14 décembre 2018 à Chartres
- Référentiel Deuil(s) en relecture nationale
 - Si intéressée : laurence.digue@onco-na.fr
 - Deadline 28/11/2018



Onco-Nouvelle-Aquitaine

- Réseau régional de Cancérologie
Fusion de Rohlim, Onco Poitou-Charentes et réseau d'Aquitaine
Réseau de coordination des acteurs en cancérologie
Pas de prise en charge de patients
- Aide pour professionnels sur le plan régional
groupe de travail (reco, référentiels,...)
aide pour réunions
- Site internet: www.onco-na.fr
Contact : laurence.digue@onco-na.fr

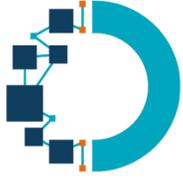


Pour commencer : un quiz !

En cancérologie



- A. Peu de patients sont dénutris (toute phase de prise en charge et tout type de cancer inclus)
- B. La dénutrition peut augmenter les risques de toxicités des traitements
- C. La prise en charge diététique ne peut être fait que par un(e) diététicienne ou un expert en nutrition
- D. La dénutrition se mesure essentiellement par la perte de poids
- E. Il ne faut pas trop « nourrir » la tumeur



Pour commencer : un quiz !

En cancérologie



- A. Peu de patients sont dénutris (toute phase de prise en charge et tout type de cancer inclus)
- B. La dénutrition peut augmenter les risques de toxicités des traitements
- C. La prise en charge diététique ne peut être fait que par un(e) diététicienne ou un expert en nutrition
- D. La dénutrition se mesure essentiellement par la perte de poids
- E. Il ne faut pas trop « nourrir » la tumeur

Pourquoi un référentiel nutrition

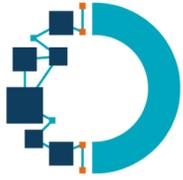


- Selon les études, de 30 à 50 % des patients atteints de cancer (*hors néoplasies cutanées*) sont amaigris et potentiellement dénutris avant le début du traitement,
- tout particulièrement en cas de tumeur des voies aérodigestives supérieures (VADS), de l'estomac, du poumon, du pancréas, des ovaires et en hématologie lourde. Ces chiffres n'ont pas changé depuis 30 ans.
-
- Le performance status (PS), communément réalisé en oncologie, n'évalue pas l'état nutritionnel (*un tiers des patients avec un PS de niveau 1 et 50 % des patients avec un PS de niveau 2 sont dénutris*).
- D'ailleurs, l'évaluation de la perte pondérale est réalisée pour seulement 10 % des patients.
- L'absence d'évaluation et de prise en charge peut être préjudiciable au patient. L'absence d'évaluation nutritionnelle initiale suggère aussi que, dans un certain nombre de cas, la prise en charge nutritionnelle est inadaptée (*en termes de besoins et de balance bénéfice/risque notamment*).

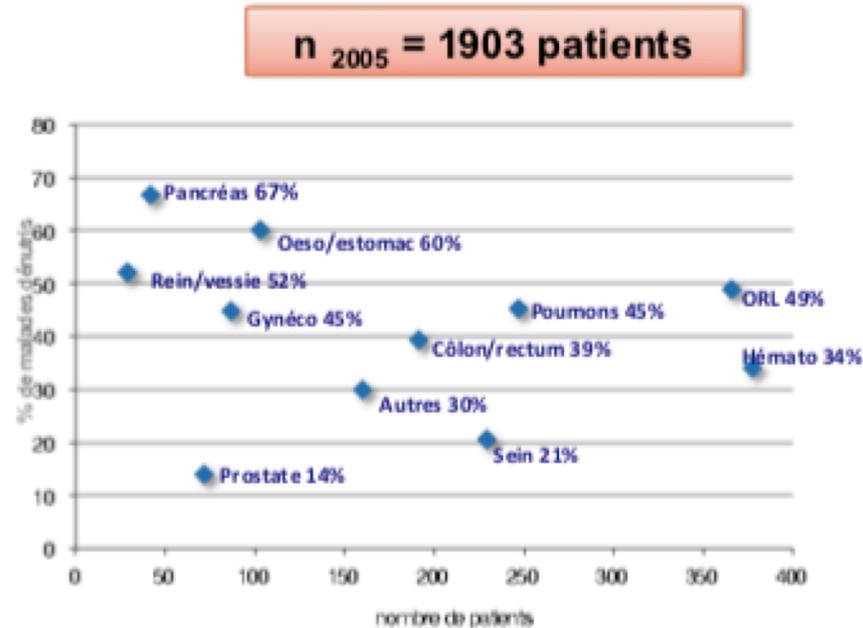
Ces recommandations, adressées à tous les soignants en cancérologie et à tous les patients adultes atteints de cancer, ont pour objectifs :

- de préciser comment réaliser le dépistage et le diagnostic de la dénutrition chez le patient atteint de cancer ;
- d'intégrer et de préciser les indications de la prise en charge nutritionnelle du patient pendant la maladie, en phase curative, palliative et palliative avancée, en cohérence avec le traitement oncologique ;
- de préciser les modalités des différentes formes de support nutritionnel dans ces diverses circonstances.

Nutrition chez le patient atteint de cancer (2013)

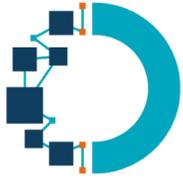


Prévalence de la dénutrition en fonction de la localisation tumorale



Prévalence de la dénutrition : 39%

**Une photographie de la dénutrition en oncologie
un jour donné en 2005 et 2012**



Influence de la dénutrition sur le pronostic en cancérologie



- Augmentation du risque d'infection nosocomiale
- Augmentation de complications mineures et majeures post-opératoires
- Augmentation des complications de la chimiothérapie et radiothérapie
- Diminution de la réponse à la chimiothérapie
- Diminution de la qualité de vie après traitement (chirurgie, RT ou chimiothérapie)
- Augmentation du coût des soins



Terminologie et définitions

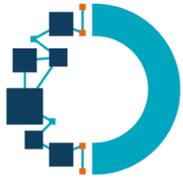
Les recommandations nutrition et cancer ont pour objectif de permettre à tous les soignants d'aborder la prise en charge nutritionnelle des patients atteints de cancer avec objectivité et efficacité. Toutefois, des recommandations n'ont d'intérêt que si elles sont mises en pratique.

La finalité de ce chapitre est d'établir une terminologie commune essentielle pour une compréhension consensuelle des textes.

- **L'anorexie** correspond à la perte de l'appétit.
- La **cachexie** est la dégradation profonde de l'état général, accompagnée d'un amaigrissement important et d'une sarcopénie.
- La **cachexie cancéreuse** est un syndrome métabolique d'étiologie multifactorielle, associé à une dénutrition et dont la correction nécessite le traitement de la tumeur.
- **Le conseil diététique personnalisé** est réalisé par un expert en nutrition tout au long du traitement. En général, le conseil diététique personnalisé intègre plusieurs consultations diététiques. La consultation diététique intègre l'évaluation de l'état nutritionnel et des ingesta et les conseils diététiques adaptés aux besoins identifiés.

Littérature anglophone : dietary advice. Le terme « dietary counselling » désigne la prise en charge diététique active tout au long du traitement.

Nutrition chez le patient atteint de cancer (2013)

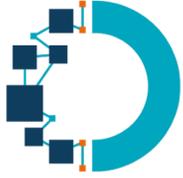


Objectifs de la nutrition thérapeutique en cancérologie

Le but de la nutrition thérapeutique est de maintenir l'état nutritionnel, à but préventif et curatif de la dénutrition, pour éviter l'apparition de complications en rapport avec l'état carenciel et diminuer les comorbidités des traitements oncologiques.

En situation curative, la nutrition thérapeutique a pour but de favoriser la faisabilité complète des protocoles thérapeutiques, donc de réduire ainsi l'incidence des complications des traitements tout en limitant les complications propres du support nutritionnel.

En situation palliative, la nutrition thérapeutique a pour objectif principal le maintien ou l'amélioration de la qualité de vie.



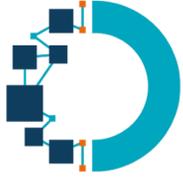
1^{er} cas clinique



Le ventre plus gros que les yeux : que proposer en cas d'occlusion ?

Référentiels :

- Nutrition chez le patient atteint de cancer (2013)
- Occlusion digestive sur carcinose péritonéale (2013)
- Activité physique et nutrition dans la prise en charge du cancer colo-rectal (2015)
- Quand associer une approche palliative spécialisée pour les patients adultes atteints de cancer ? (2016)
- Prise en charge des nausées/vomissements chimio-induits (2017)



Cas clinique

Mme F., 56 ans

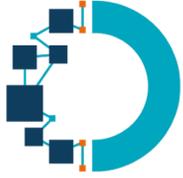


Une patiente de 56 ans est atteinte d'un cancer du colon localisé.

Elle va subir une colectomie droite.

Elle pèse 112 kg pour 1m63.

Son IMC (indice masse corporelle) est à 42,1.



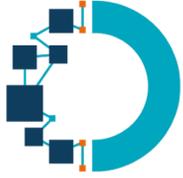
Cas clinique

Mme F., 56 ans



Comment calcule t-on l'IMC ?

- A. Poids (en kg) / Taille (en m)
- B. Taille (en kg) / Poids (en m)
- C. Poids (en kg) / Taille² (en m)
- D. Taille (en m) / Poids² (en m)
- E. IMC normal entre 18,5 et 25



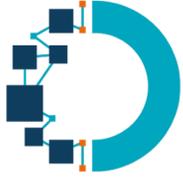
Cas clinique

Mme F., 56 ans



Comment calcule t-on l'IMC ?

- A. Poids (en kg) / Taille (en m)
- B. Taille (en kg) / Poids (en m)
- C. Poids (en kg) / Taille² (en m)
- D. Taille (en m) / Poids² (en m)
- E. IMC normal entre 18,5 et 25



Cas clinique

Mme F., 56 ans



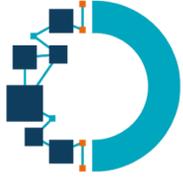
Une patiente de 56 ans est atteinte d'un cancer du colon.

Elle va subir une colectomie droite.

Elle pèse 112 kg pour 1m63. Son IMC est à 42,1.

A. L'IMC (indice de masse corporelle) peut être utilisé seul pour une évaluation nutritionnelle

B. Une patiente obèse peut être dénutrie



Cas clinique

Mme F., 56 ans



Une patiente de 56 ans est atteinte d'un cancer du colon.

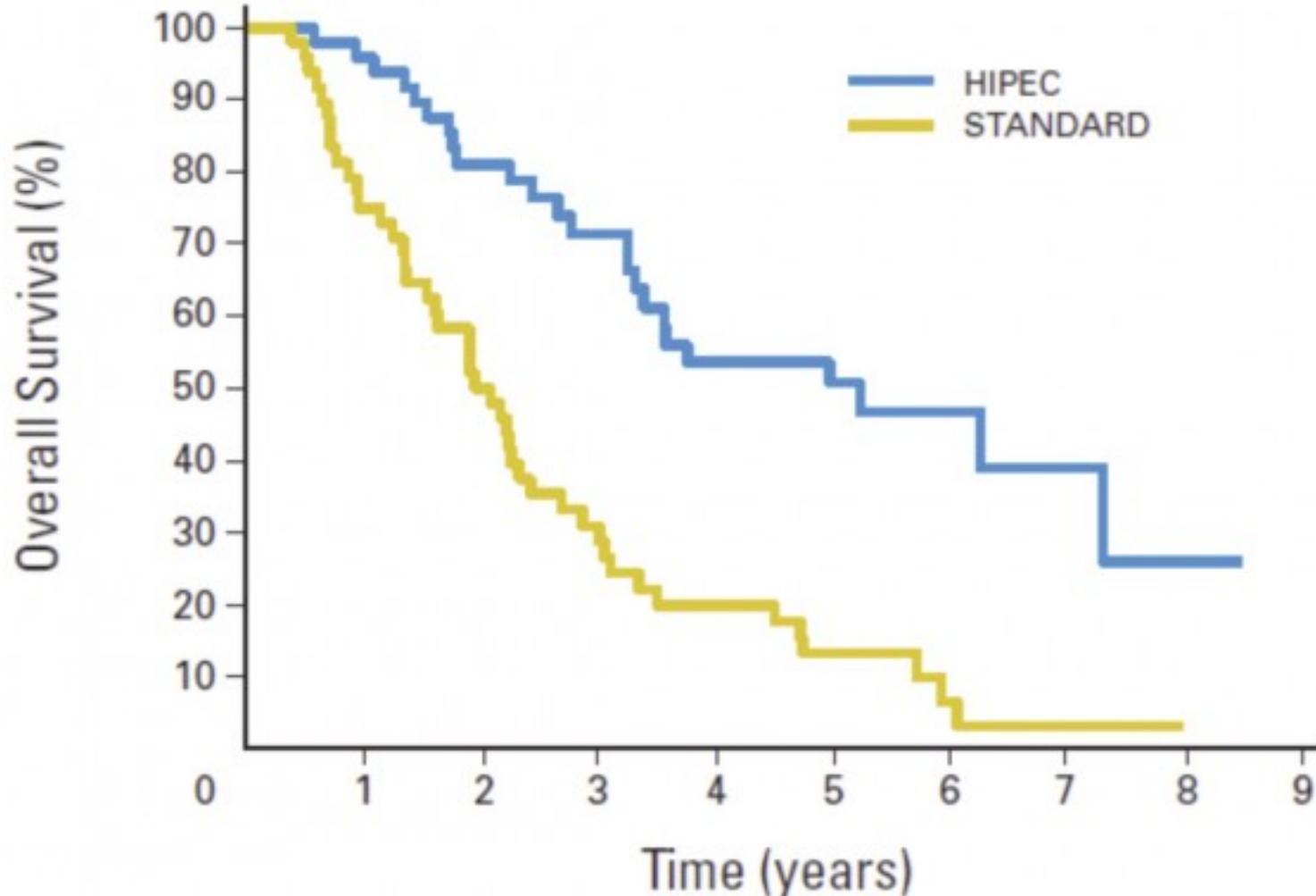
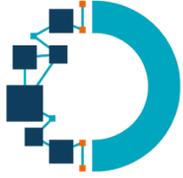
Elle va subir une colectomie droite.

Elle pèse 112 kg pour 1m63. Son IMC est à 42,1.

A. L'IMC (indice de masse corporelle) peut être utilisé seul pour une évaluation nutritionnelle

B. Une patiente obèse peut être dénutrie

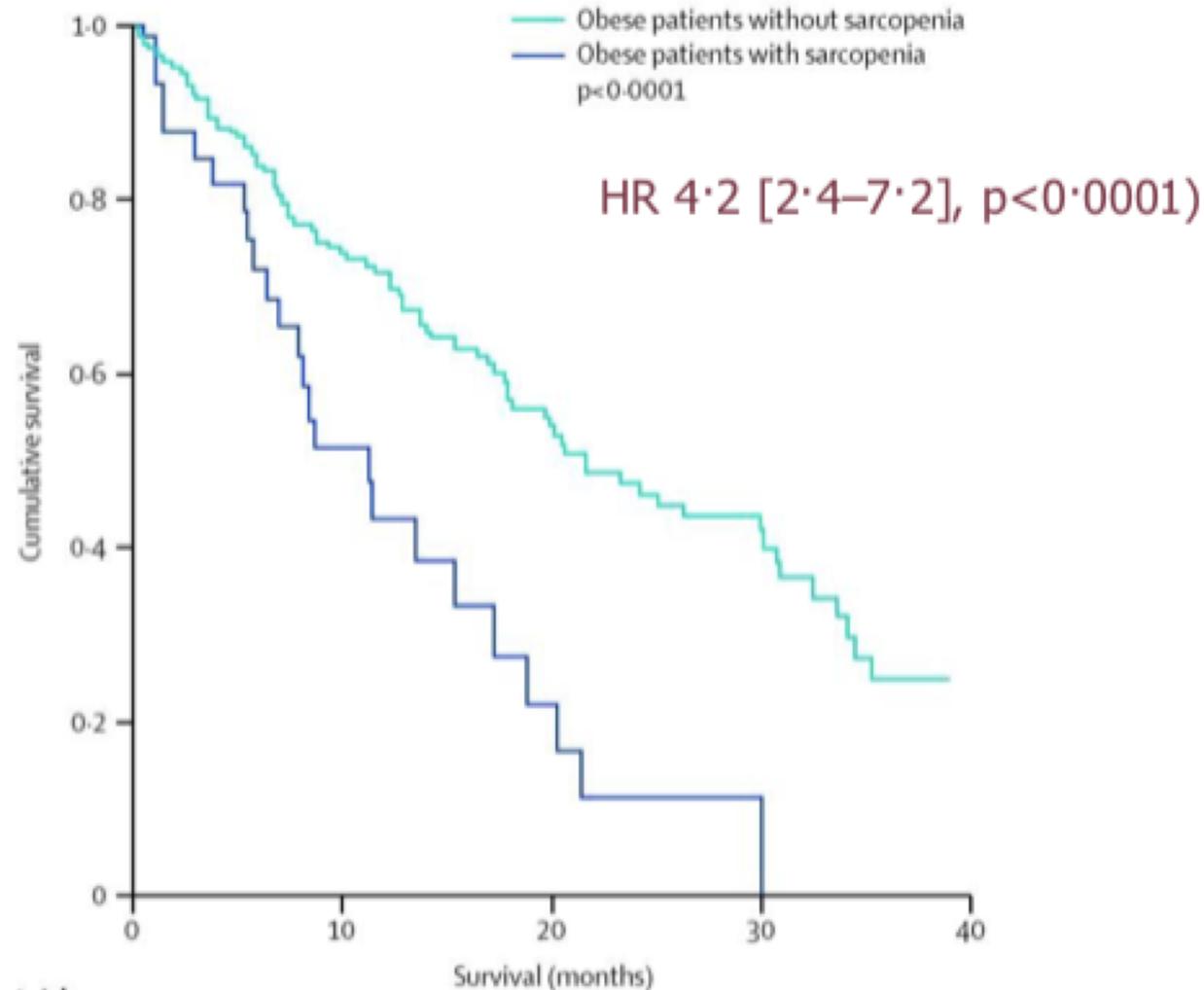
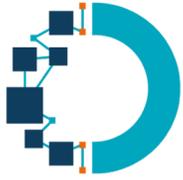
Survie cancer du colon en fonction de la chimiothérapie



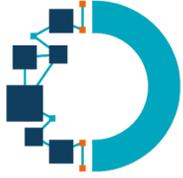
At risk

HIPEC	48	46	35	28	20	16	6	3	2
STANDARD	48	36	24	13	9	6	2	1	

Survie de malades obèses avec cancer digestif ou pulmonaire en cours de chimiothérapie en fonction de leur masse musculaire



	Number at risk				
	0	10	20	30	40
Obese patients with sarcopenia	38	14	4	1	0
Obese patients without sarcopenia	212	102	52	25	0



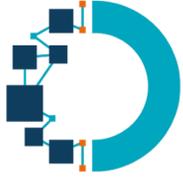
Cas clinique

Mme F, 56 ans



Comment évaluer l'état nutritionnel d'un patient en surpoids ?

- A. Comparer le poids de forme et le poids actuel
- B. Ce n'est pas la peine car en surpoids
- C. Demander l'évolution du poids sur 1 mois et/ou 6 mois
- D. Calculer le pourcentage de perte de poids



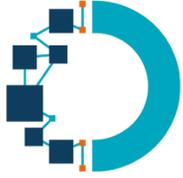
Cas clinique

Mme F, 56 ans



Comment évaluer l'état nutritionnel d'un patient en surpoids ?

- A. Comparer le poids de forme et le poids actuel
- B. Ce n'est pas la peine car en surpoids
- C. Demander l'évolution du poids sur 1 mois et/ou 6 mois
- D. Calculer le pourcentage de perte de poids



Cas clinique

Mme F, 56 ans



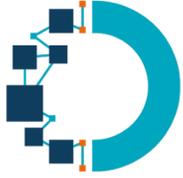
Comment calcule-t-on le pourcentage de perte de poids ?

A : $(\text{poids actuel} - \text{poids de forme}) / \text{poids actuel} * 100$

B: $(\text{poids actuel} - \text{poids de forme}) / \text{poids forme} * 100$

C : $(\text{poids de forme} - \text{poids actuel}) / \text{poids forme} * 100$

D : $(\text{poids de forme} - \text{poids actuel}) / \text{poids actuel} * 100$



Cas clinique

Mme F, 56 ans



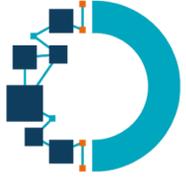
Comment calcule-t-on le pourcentage de perte de poids ?

A : $(\text{poids actuel} - \text{poids de forme}) / \text{poids actuel} * 100$

B: $(\text{poids actuel} - \text{poids de forme}) / \text{poids forme} * 100$

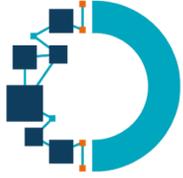
C : $(\text{poids de forme} - \text{poids actuel}) / \text{poids forme} * 100$

D : $(\text{poids de forme} - \text{poids actuel}) / \text{poids actuel} * 100$



Intérêt de la prise en charge en pré-opératoire





Intérêt de la prise en charge en pré-opératoire

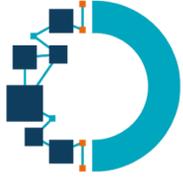


Référentiels inter régionaux en Soins Oncologiques de Support

Annexe 3 Stratification préopératoire du risque nutritionnel

Grade nutritionnel 1 (GN 1)	Patient non dénutri ET chirurgie non à risque élevé de morbidité ET pas de facteur de risque de dénutrition
Grade nutritionnel 2 (GN 2)	Patient non dénutri ET présence d'au moins un facteur de risque de dénutrition OU chirurgie avec un risque élevé de Morbidité
Grade nutritionnel 3 (GN 3)	Patient dénutri ET chirurgie non à risque élevé de morbidité
Grade nutritionnel 4 (GN 4)	Patient dénutri ET chirurgie avec un risque élevé de morbidité

Remarque : le cancer est un facteur de risque de dénutrition. En cancérologie, les patients sont de grade nutritionnel 2, 3 ou 4.



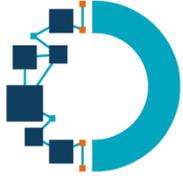
Place de la pharmac nutrition/En chirurgie

Les données de la littérature objectivent une **réduction significative de la morbidité postopératoire** par l'utilisation de certains pharmac nutriments :

- **en préopératoire d'une chirurgie digestive oncologique programmée et à risque**, que le patient soit dénutri ou non, il est **recommandé de prescrire pendant 5 à 7 jours, un mélange nutritif utilisable par voie digestive contenant une association de pharmac nutriments (L-arginine, acides gras oméga-3 et nucléotides) (grade A)** ;

IMPACT® (Mélange nutritif hyperprotidique enrichi en arginine, ARN, EPA-DHA)

**IMPACT ORAL : 3 / jour
ou IMPACT ENTERAL : 1000 Kcal**



Place de la pharmaconutrition/En chirurgie

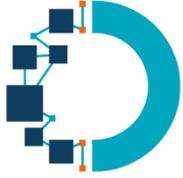
Les données de la littérature objectivent une **réduction significative de la morbidité postopératoire** par l'utilisation de certains pharmaconutriments :

IMPACT® (Mélange nutritif hyperprotidique enrichi en arginine, ARN, EPA-DHA)

Ou IMPACT ORAL : 4 à 5 /j
IMPACT Entéral : 1500 Kcal

à compléter par un autre apport oral spontané ou un apport entéral protéino-énergétique complémentaire pour couvrir les besoins nutritionnels du patient.

- ✓ chez le patient dénutri, il est recommandé de **poursuivre la prescription d'un mélange nutritif utilisable par voie digestive** contenant une association de pharmaconutriments (*L-arginine, acides gras oméga-3 et nucléotides*). Il faut compléter cette pharmaconutrition par un apport protéino-énergétique suffisant pour couvrir les besoins nutritionnels du patient (*grade A*) ;



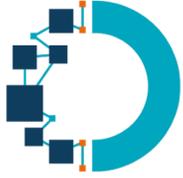
Cas clinique

Mme F., 56 ans

Phase palliative

Malheureusement, 6 mois après la chirurgie, la patiente présente une poursuite de son cancer avec une carcinose péritonéale.

Elle va avoir une chimiothérapie par FOLFIRI et Avastin.



Cas clinique

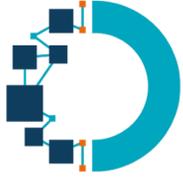
Mme F, 56 ans



La 1^{ère} cure de chimiothérapie entraîne à domicile des nausées et vomissements, avec diarrhées.

Quelle est votre attitude ?

- A. Rien car a déjà reçu un traitement anti-émétique avant, pendant et après la chimiothérapie
- B. Rien car est en surpoids
- C. J'appelle son médecin traitant
- D. J'appelle son oncologue
- E. J'appelle la/le psychologue



Cas clinique

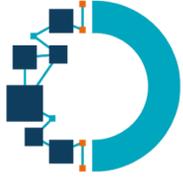
Mme F, 56 ans



La 1^{ère} cure de chimiothérapie entraîne à domicile des nausées et vomissements, avec diarrhées.

Quelle est votre attitude ?

- A. Rien car a déjà reçu un traitement anti-émétique avant, pendant et après la chimiothérapie
- B. Rien car est en surpoids
- C. J'appelle son médecin traitant
- D. J'appelle son oncologue
- E. J'appelle la/le psychologue



Folfiri-Avastin



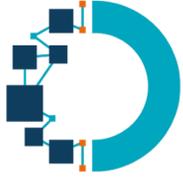
Chimio Modérément Émétisant (MEC)

Jour 1	Jours 2,3
<ul style="list-style-type: none">✓ Aprepitant 125 mg✓ Sétron (au choix cf. annexe 1)✓ Corticoïde	<ul style="list-style-type: none">✓ Aprepitant 80 mg (J2-J3)
OU	
<ul style="list-style-type: none">✓ Rolapitant 180 mg✓ Sétron (au choix cf. annexe 1)✓ Corticoïde	



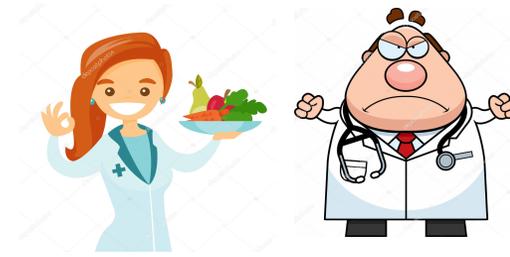
Remarque : Netupitant et Rolapitant ont une demi-vie longue. Leur prise unique à J1 permet une prophylaxie des NVCI retardés sur plusieurs jours. **Varuby®**

Prise en charge des
nausées-vomissements
chimio-induits
2017

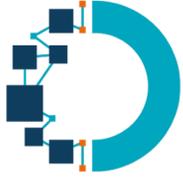


Conseils aux patients

Règles Hygiéno-diététiques



**Prise en charge des
nausées-vomissements
chimio-induits
2017**



Folfiri-Avastin

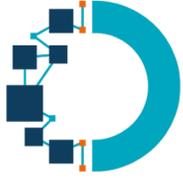
Et quoi d'autres si nausées-vomissements?



Acupuncture en onco-hématologie

Indications en onco-hématologie

SYMPTOMES	NIVEAU DE PREUVE (HAS) *
NAUSÉES ET VOMISSEMENTS CHIMIO INDUITS (N/V) <i>L'acupuncture est indiquée en complément des traitements conventionnels dans la prise en charge des N/V induits par la chimiothérapie, en particulier les N/V aigus</i> <i>Peu de données évaluent l'acupuncture dans les N/V retardés</i> <i>Les traitements conventionnels utilisés et décrits dans la littérature ne font pas référence aux traitements de dernière génération (anti NK1 type aprepitant)</i>	A
ANXIÉTÉ – DÉPRESSION	B
BOUFFÉES DE CHALEUR <i>Intérêt notamment de l'acupuncture pour les femmes atteintes de cancer du</i>	B



L'hypnose en onco-hématologie

Indications

=> Avant le traitement spécifique:

- ⇒ **Les examens complémentaires de diagnostic et de suivi:** biopsies, radiologiques, endoscopiques, radiothérapeutiques et médecine nucléaire (ex: claustrophobie...)
- ⇒ **Accompagnement en amont de phases de traitements**

=> A tous les stades du traitement :

- ⇒ **Traitement de chirurgie***: pose de site implantable, tumorectomie, curage axillaire, mastectomie, reconstruction mammaire, pose et dépose de prothèse mammaire .

***Avantages** : pas d'anesthésie générale avec ses effets secondaires, moindre saignement per-opératoire, stabilité hémodynamique, bon rétablissement post-opératoire, moins de consommation d'antalgiques et d'anxiolytiques en rapport avec l'intervention

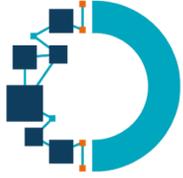
⇒ **Effets secondaires de la chimiothérapie** (nausées, vomissements, asthénie)

⇒ **Effets secondaires de la radiothérapie** (asthénie)

⇒ **Bouffées de chaleur secondaires aux traitements hormonaux**

⇒ **Sevrage tabagique**

⇒ **Douleur aigüe et chronique**: névralgie de la face et du cou, algie de la face, douleurs séquellaires post chirurgicales ou de radio/chimiothérapie, membre fantôme, neuropathie intercostobrachiale, actes invasifs (ponction lombaire, pleurale, pose de SNG...) ...etc



Cas clinique

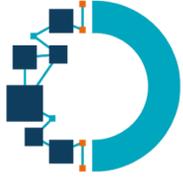
Mme F, 56 ans



Malgré la chimiothérapie, la patiente est en occlusion.

Quels sont les signes de l'occlusion ?

- A. Nausées/vomissements
- B. Douleurs abdominales
- C. Arrêt du transit et des gaz
- D. Météorismes
- E. Niveaux hydro-aériques à la radiographie ou scanner



Cas clinique

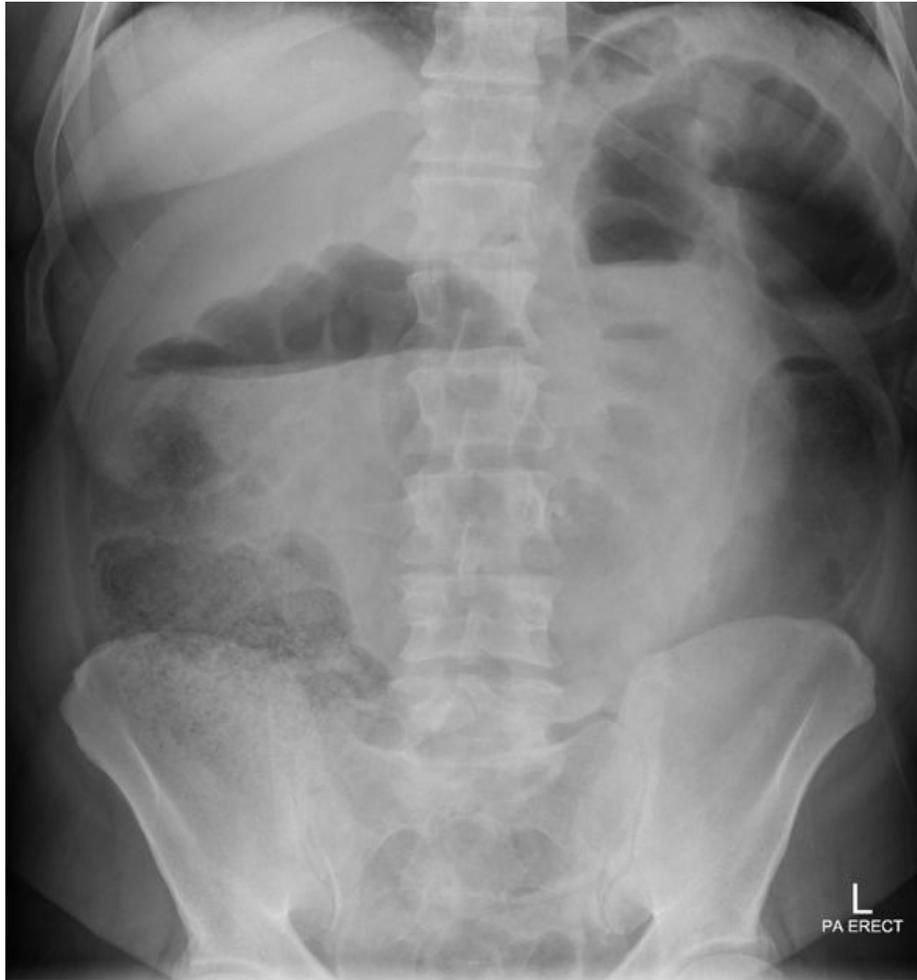
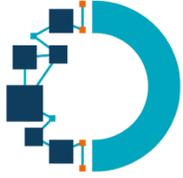
Mme F, 56 ans

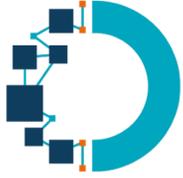


Malgré la chimiothérapie, la patiente est en occlusion.

Quels sont les signes de l'occlusion ?

- A. Nausées/vomissements
- B. Douleurs abdominales
- C. Arrêt du transit et des gaz
- D. Météorismes
- E. Niveaux hydro-aériques à la radiographie ou scanner





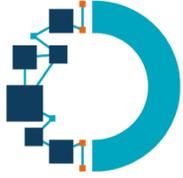
Cas clinique

Mme F., 56 ans



La patiente est très gênée par cette occlusion (nausées/vomissements), et cela nécessite son hospitalisation. Comment améliorer la situation?

- A. Arrêter toute alimentation
- B. Lui proposer une sonde naso-gastrique
- C. La sandostatine IV n'a pas montré son efficacité dans l'occlusion
- D. La mettre sous corticoïdes
- E. Ne pas utiliser d'opioïdes si douleur



Cas clinique

Mme F., 56 ans



La patiente est très gênée par cette occlusion (nausées/vomissements), et nécessite son hospitalisation. Comment améliorer la situation?

- A. Arrêter toute alimentation
- B. Lui proposer une sonde naso-gastrique
- C. La sandostatine IV n'a pas montré son efficacité dans l'occlusion
- D. La mettre sous corticoïdes
- E. Ne pas utiliser d'opioïdes si douleur

STRATEGIE THERAPEUTIQUE (3)

Occlusion digestive

→ Mise en place d'une sonde nasogastrique :

Vivement recommandé si risque d'inhalation et/ou vomissements itératifs et répétés
mais non imposée d'emblée

Après information et accord du patient : en phase initiale

- l'aspiration soulage partiellement les symptômes : douleur, nausées, vomissements et permet d'éviter certaines complications : inhalation...
- Idéalement, étape transitoire avant de juger de l'efficacité des traitements médicamenteux
- aspiration douce

S'assurer d'une mise en place confortable avec anesthésique local et si besoin, anxiolyse (exemple : benzodiazépines sub-linguale, midazolam SC ou IV...)

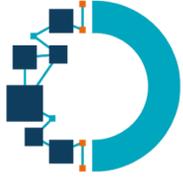
Pas de compensation systématiques des pertes mais quantification des apports parentéraux (autoriser les prises de liquides *per os* (en quantifiant les apports))

Évaluation quotidienne : état clinique, volume d'aspiration réel (déduction faite des apports), souhaits du patient. Exemples sur expérience :

- si volumes >500 mL : maintien de la SNG, gastrostomie de décharge ?
- si volumes ≤ 500 mL : siphonage, réévaluation à 48h
- si volumes ≤ 500 mL pendant 24h à 48h : retrait possible de la sonde d'aspiration



Occlusion
digestive sur
carcinose
péritonéale (2013)



TRAITEMENT MEDICAL SYMPTOMATIQUE

→ Approche pharmacologique multimodale permettant une synergie entre les médicaments utilisés

Associe

- corticoïdes
- anti-sécrétoires
- antiémétiques
- antalgiques et co-antalgiques
- hydratation, nutrition
- (ponction d'ascite)

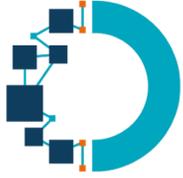
Objectifs, soulagement des symptômes

- contrôle antalgique
- contrôle des nausées et des vomissements, savoir « accepter » parfois 1 à 2 vomissements/jour

Evaluation régulière, traitement ajusté quotidiennement si besoin



Occlusion digestive sur carcinose péritonéale (2013)



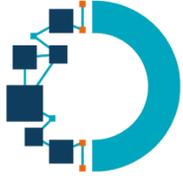
Cas clinique

Mme F., 56 ans



Après la mise en place du traitement et de la SNG, la patiente est mieux et a faim. Que lui dites-vous ?

- A. Qu'il est contre-indiqué de manger
- B. Qu'elle peut manger ce qu'elle veut sans limite
- C. Que la texture doit être adaptée



Cas clinique

Mme F., 56 ans



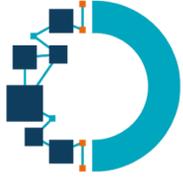
Après la mise en place du traitement et de la SNG, la patiente est mieux et a faim. Que lui dites-vous ?

- A. Qu'il est contre-indiqué de manger
- B. Qu'elle peut manger ce qu'elle veut sans limite
- C. Que la texture doit être adaptée



Alimentation légère, repas fractionnés, texture mixée, pauvre en résidus

Ex : purée de pomme de terre, légumes pauvres en fibre



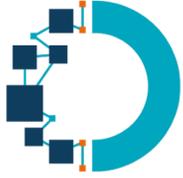
Cas clinique

Mme F., 56 ans

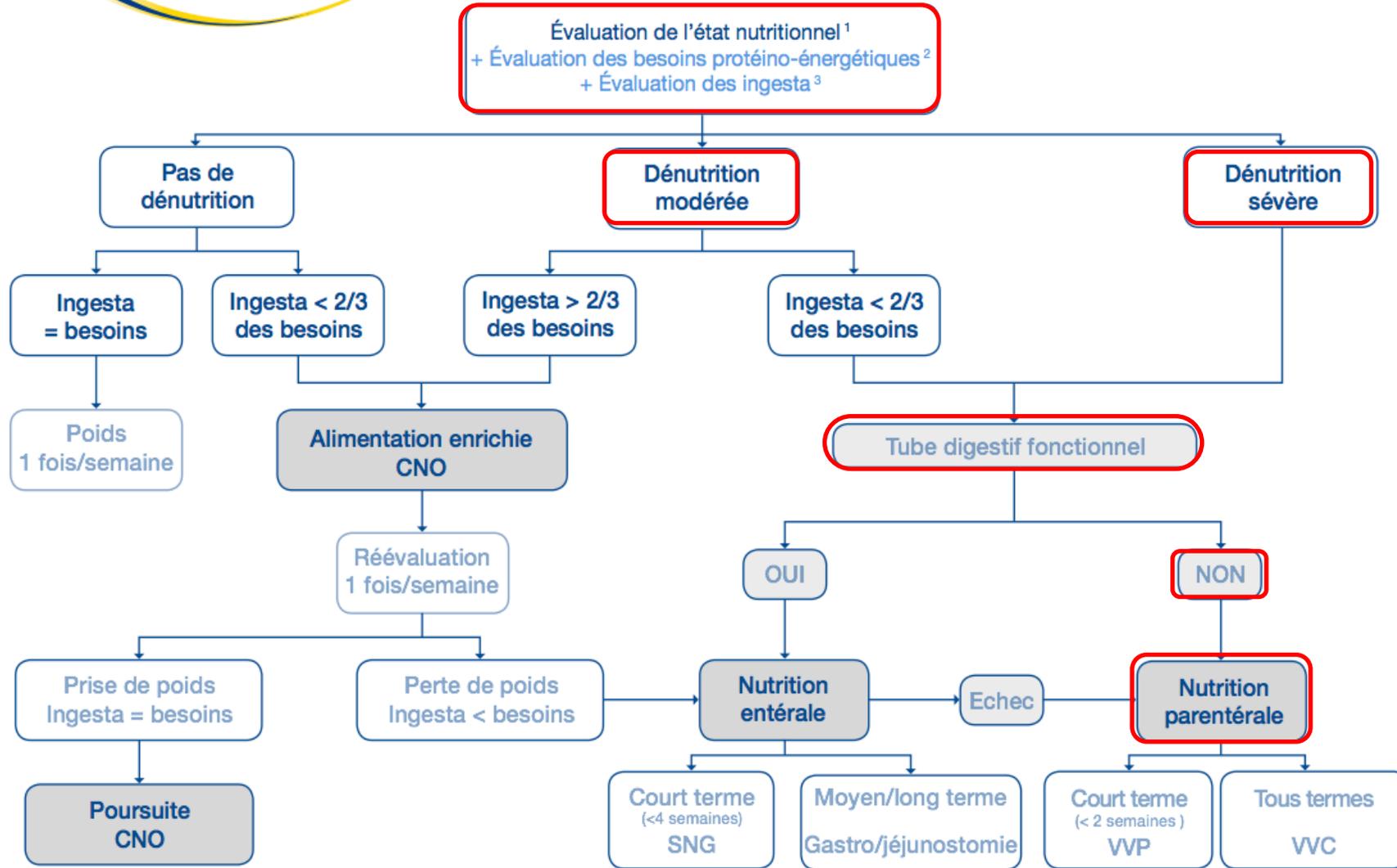


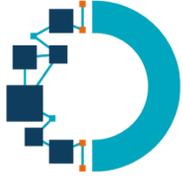
Enfin, il lui est proposé une nutrition parentérale.

- A. Quelles sont les indications de la nutrition parentérale ?
- B. Est-ce que cette indication est justifiée ?



Arbre décisionnel du soin nutritionnel





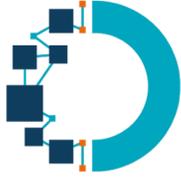
Cas clinique

Mme F., 56 ans



Enfin, il lui est proposé une nutrition parentérale.
Quels sont les apports nutritionnels conseillés ?

- A. En Kcalories
- B. En azote
- C. En protéines



Classification IMC (HAS)

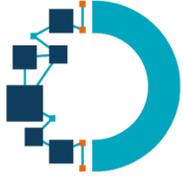


HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Table d'indice de masse corporelle (IMC)

L'indice de masse corporelle (IMC) permet d'estimer l'excès de masse grasse dans le corps et de définir la corpulence. Plus l'IMC augmente et plus les risques liés à l'obésité sont importants. Pour le calculer, il suffit de diviser le poids (en kg) par la taille (en mètres) au carré. $IMC (kg/m^2) = poids (kg) / taille (m) \times taille (m)$

Taille (en mètres)	60	62	64	66	68	70	72	74	76	78	80	82	84	86	88	90	92	94	96	98	100	102	104	106	108	110	112	114	116	118	120	122	124	126	128	130	132	134	136	138	140	142	144	146	148	150	152	154	156	158	160	162										
2,10	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37													
2,08	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38											
2,06	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38												
2,04	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39											
2,02	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40										
2,00	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41									
1,98	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41								
1,96	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42							
1,94	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	43	43						
1,92	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	44	44					
1,90	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	44	44	45					
1,88	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	44	44	45	46					
1,86	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	44	44	45	46	47	47			
1,84	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	44	44	45	46	47	48	48			
1,82	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	44	44	45	46	47	48	49	49			
1,80	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	44	44	45	46	47	48	49	49	50			
1,78	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	44	44	45	46	47	48	49	49	50	51			
1,76	19	20	21	21	22	22	23	23	24	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	44	44	45	46	47	48	49	50	50	51	52	52		
1,74	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	44	44	45	46	47	48	49	50	50	51	52	53	54	
1,72	20	21	21	22	22	23	23	24	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	44	44	45	46	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	
1,70	21	21	22	22	23	23	24	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	44	44	45	46	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	
1,68	21	22	22	23	23	24	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	44	44	45	46	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	57
1,66	22	22	23	23	24	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	44	44	45	46	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	58
1,64	22	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	44	44	45	46	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	59	60	
1,62	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	44	44	45	46	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	
1,60	23	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	44	44	45	46	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	63
1,58	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	44	44	45	46	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65
1,56	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37																																				



Dénutrition : définition



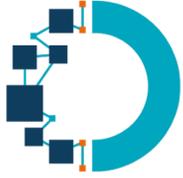
La **dénutrition** résulte d'un déséquilibre entre les apports et les besoins protéino-énergétiques de l'organisme.

Ce déséquilibre entraîne des pertes tissulaires ayant des conséquences fonctionnelles délétères. Il s'agit d'une perte tissulaire involontaire. L'amaigrissement se différencie de la dénutrition par le caractère non délétère de la perte pondérale. Il peut être volontaire ou non.

- Obésité : excès de masse grasse
- Dénutrition : perte de masse maigre



Surveillance glycémie (obèse/NP/corticoïdes)



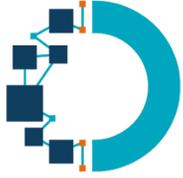
Cas clinique

Mme F. , 56 ans



Quelle est une des complications dans les jours qui suivent la mise en place de la NP à surveiller attentivement ?

- A. Complication infectieuse
- B. Complication métabolique
- C. Complication hydroélectrolytique
- D. Syndrome de renutrition inappropriée



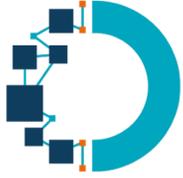
Cas clinique

Mme F. , 56 ans



Quelle est une des complications dans les jours qui suivent la mise en place de la NP à surveiller attentivement ?

- A. Complication infectieuse
- B. Complication métabolique
- C. Complication hydroélectrolytique
- D. Syndrome de renutrition inappropriée



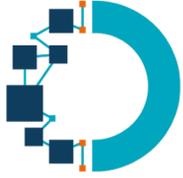
Syndrome de renutrition inappropriée



Dénutrition et apport énergétique (glucose)+++
Augmentation synthèse (protéines, glycogène, graisses)
Augmentation besoins (phosphates, magnésium, thiamine)



Hypophosphorémie, hypokaliémie, hypomagnésémie,
rétention hydrosodée, hypovitaminose B1



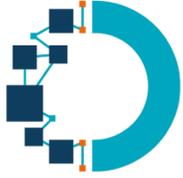
Cas clinique

Mme F. , 56 ans



Quelles sont les facteurs de risque du syndrome de renutrition ?

- A. IMC >20
- B. Jeûne > 10 jours
- C. Perte de poids > 10 %



Cas clinique

Mme F. , 56 ans



Quelles sont les facteurs de risque du syndrome de renutrition ?

- A. IMC >20
- B. Jeûne > 10 jours
- C. Perte de poids > 10 %



Facteurs de risque du syndrome de renutrition inappropriés selon NICE 2006

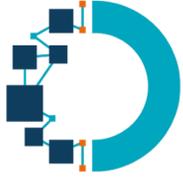


Critères majeurs (un ou plusieurs)

- Index de masse corporelle $< 16 \text{ Kg/m}^2$
- Perte pondérale involontaire: $> 15\%$ en 3-6 mois
- Aucune ingesta ou ingesta limitées pendant > 10 jours
- Hypophosphatémie ou hypokaliémie ou hypomagnésémie avant la renutrition

Critères mineurs (deux ou plusieurs)

- Index de masse corporelle entre 16 et $18,5 \text{ kg/m}^2$
- Perte pondérale involontaire: $> 10\%$ en 3-6 mois
- Aucune ingesta ou ingesta limitées pendant > 5 jours
- Histoire d'abus d'alcool ou médicaments (insuline, chimiothérapie, antiacide, diurétiques)



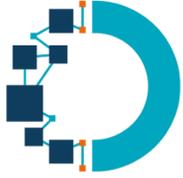
Cas clinique

Mme F. , 56 ans



La patiente est rentrée à son domicile. Quelle est la surveillance de la NP à domicile ?

- A. Aucune
- B. Bilan sanguin, hépatique
- C. Fièvre



Cas clinique

Mme F. , 56 ans

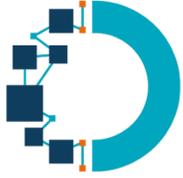


La patiente est rentrée à son domicile. Quelle est la surveillance de la NP à domicile ?

A. Aucune

B. Bilan sanguin, hépatique

C. Fièvre



Cas clinique

Mme F. , 56 ans

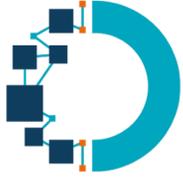


Nutrition parentérale à domicile :

Durée de la prescription : 2 semaines, puis 1 mois

Surveillance biologique

Temps de perfusion?



Cas clinique

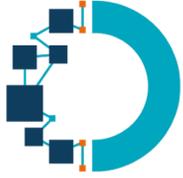
Mme F., 56 ans



Plusieurs lignes de chimiothérapie sont réalisées, mais n'améliorent pas la patiente, qui est toujours en occlusion.

Il est décidé, en concertation avec la patiente, d'arrêter définitivement la chimiothérapie.

Elle est donc en soins palliatifs exclusifs.

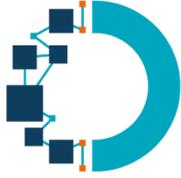


Cas clinique

Mme F., 56 ans



Dans ce cadre, l'équipe soignante propose d'arrêter la nutrition parentérale. Les proches de la patiente veulent savoir pourquoi.



Situation palliative, palliative avancée et phase terminale

Bilan dans toutes les situations :

- Pesée systématique
- Pourcentage de PDP¹
- IMC²
- EVA des ingesta³
- Si utilisation d'index : PG-SGA⁴ / SGA⁵ / MNA⁶
- (Personnes âgées)

Situation terminale

La décision pluridisciplinaire doit être notifiée dans le dossier conformément à la loi

Situation palliative et palliative avancée

Pas de dénutrition

- Pas de conseil diététique systématique
- La nutrition artificielle n'est pas recommandée.

Dénutrition⁷ et/ou EVA <7

- Conseil diététique +/- CNO⁸
- Nutrition artificielle au cas par cas en favorisant la nutrition entérale.
- La nutrition parentérale est recommandée si le tube digestif (intestin grêle) est inutilisable ou inaccessible.

1 PDP : perte de poids. Notifier en pourcentage la différence entre le poids actuel par rapport au poids habituel ou au poids de forme ou dans les 6 mois qui précèdent le diagnostic. Une perte de poids . 5 % définit la dénutrition dans cette situation ;
2 IMC : indice de masse corporelle. Il ne doit pas être utilisé seul par manque de sensibilité et de spécificité ; il est significatif d'une dénutrition si l'est < 18,5 pour les personnes de moins de 70 ans ou < 21 pour les personnes âgées de 70 ans ou plus ;
3 Echelle analogique visuelle ou verbale des ingesta : elle est significative si < 7 ;
4 PG-SGA : patient generated subjective global assessment ;
5 SGA : subjective global assessment ;
6 MNA : mini nutritional assessment ;
7 PDP . 5 % ; IMC < 18,5 pour les personnes de moins de 70 ans ou < 21 pour les personnes âgées de 70 ans ou plus.

Nutrition chez le patient atteint de cancer (2013)

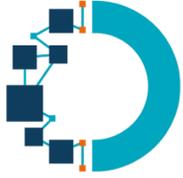


Référentiels inter régionaux en Soins Oncologiques de Support

Place de la nutrition/Phase terminale.

- La nutrition artificielle systématique n'est pas recommandée (*avis d'experts*).
- Conformément à la loi, la **décision pluridisciplinaire doit être notifiée dans le dossier du patient** ainsi que le processus de prise de décision collégiale (*avis d'experts*).
- Il est recommandé de **réévaluer la décision** tracée au minimum de façon hebdomadaire (*avis d'experts*).

Nutrition chez le patient atteint de cancer (2013)



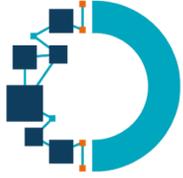
Cas clinique

Mme F., 56 ans



A l'arrêt de la nutrition parentérale, la patiente a à nouveau faim. Elle a tjs sa SNG.

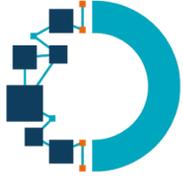
Que proposez-vous?



Alimentation plaisir



- Soins de bouche aromatisés
- Autoriser l'alimentation texture adaptée même si SNG
- Rôle de l'hydratation en fin de vie
 - si soif
 - problème de surcharge





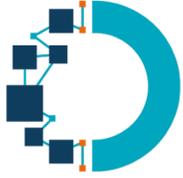
2^e cas clinique :

La bouche des goûts :

Que proposer chez le patient avec un cancer ORL?

Référentiels :

- Nutrition chez le patient atteint de cancer (2013)
- Prise en charge des modifications de la capacité olfactive, gustative et/ou de la déglutition dans les cancers ORL (2016)
- Dénutrition et réalimentation dans les cancers des VADS (2017)



Cas clinique 2

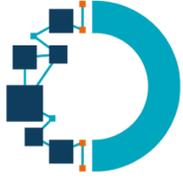
M. P., 62 ans



M. P, 62 ans, qui présente un cancer de la base de langue inopérable va être traité par radio-chimiothérapie concomitante.

Dans ses antécédents, on note un alcoolisme sevré et un tabagisme toujours actif (40 PA).

Le patient est un ancien cuisinier à la retraite.



Cas clinique

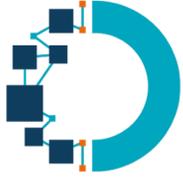
M. P., 62 ans



Le patient présente une perte de poids de 10 kg (61 → 51kg), taille 1m70.

Que proposez-vous ?

- A. Un bilan nutritionnel avec un(e) diététicienne
- B. Un bilan de déglutition avec orthophoniste ou kiné
- C. En attendant, vous préférez ne pas mettre en place de complément alimentaire



Cas clinique

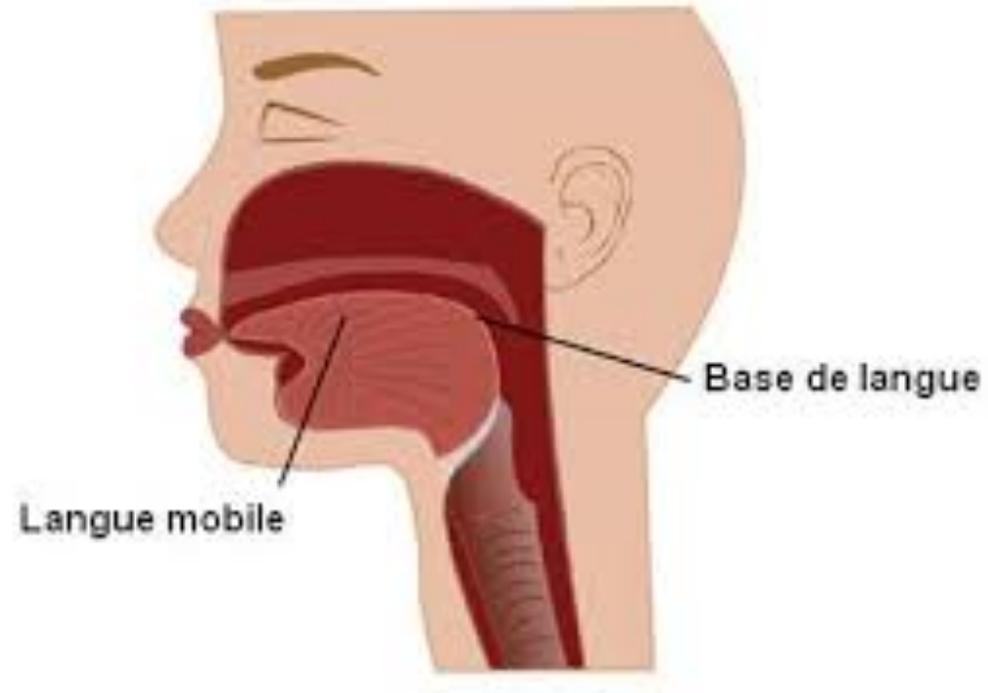
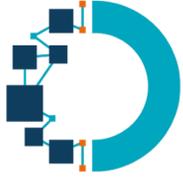
M. P., 62 ans

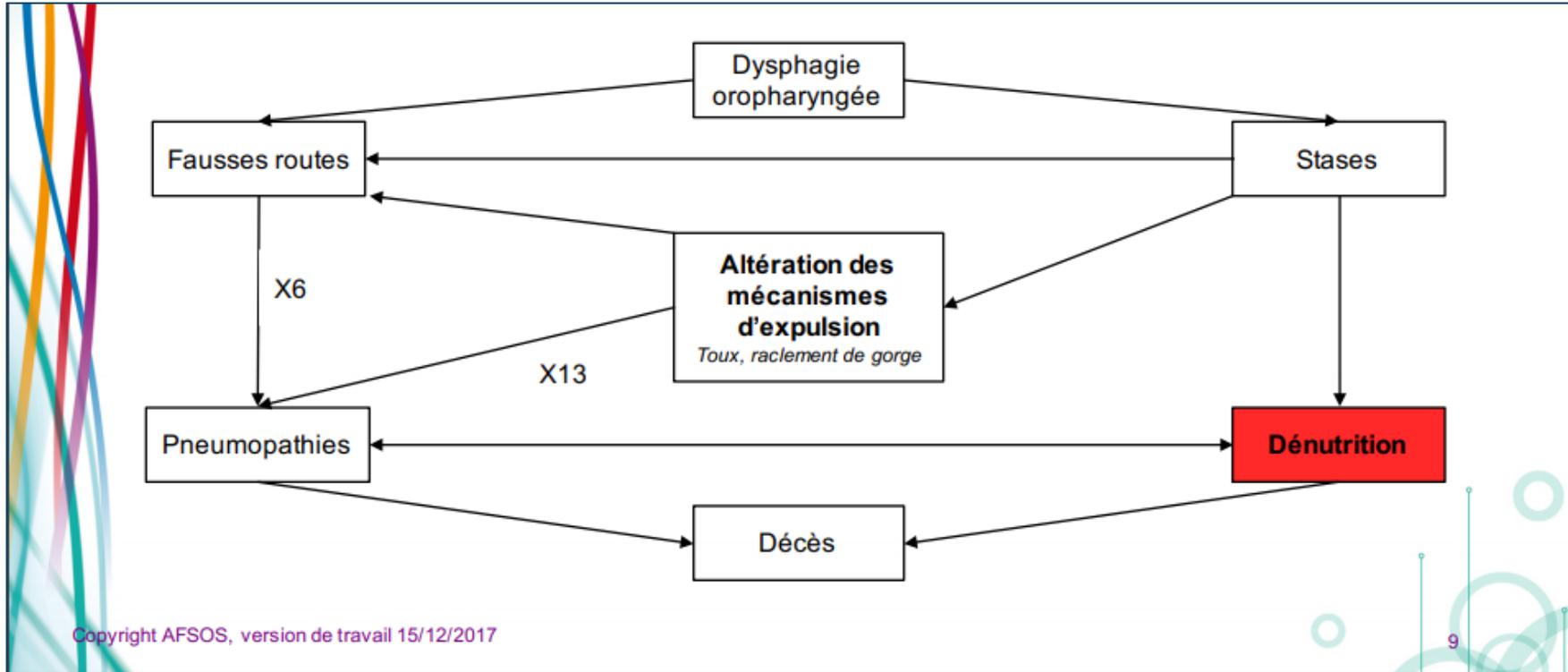
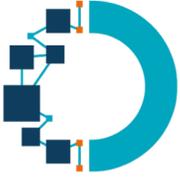


Le patient présente une perte de poids de 10 kg (61 → 51kg), taille 1m70.

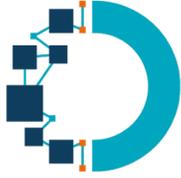
Que proposez-vous ?

- A. Un bilan nutritionnel avec un(e) diététicienne
- B. Un bilan de déglutition avec orthophoniste ou kiné
- C. En attendant, vous préférez ne pas mettre en place de complément alimentaire





Dénutrition et réalimentation dans les cancers des VADS (2017)



Introduction

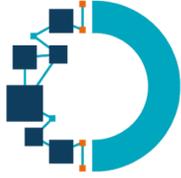
La dénutrition est très fréquente chez les patients traités pour un cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS) [1]:

- **avant le début des traitements** : 30 à 50 % des patients atteints d'un cancer ORL sont dénutris.
- **pendant et après la radiothérapie** : peut concerner jusqu'à 44 à 88 % des patients.

[2] [3] [4]

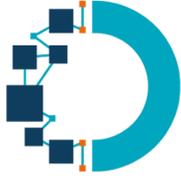
Tous les patients atteints d'un cancer des VADS, qu'ils soient dénutris, en poids stable ou en surcharge pondérale, sont à risque sur le plan nutritionnel, sont à évaluer et à surveiller dès le début de la prise en charge.

Les patients atteints de cancer de l'hypopharynx, de l'oropharynx, de la cavité buccale et du larynx supra glottique, ont le plus grand risque de dénutrition [5]. La perte d'appétit, les difficultés liées à la dysphagie ou aux douleurs, la modification du goût, les aversions alimentaires sont significativement associées à un amaigrissement rapide.



Comment faire le diagnostic de dénutrition et le diagnostic de dénutrition sévère chez un malade atteint de cancer ?

- La **réduction des ingesta** est un facteur majeur de dénutrition dans le cadre du cancer.
- L'**évaluation systématique des ingesta** est recommandée au minimum à l'aide d'une échelle analogique (*EVA*) (*visuelle ou verbale*) (*grade C*) et au mieux par une consultation diététique (avis d'experts).



Annexe 1 : Évaluation des *ingesta* Evaluation des Prises Alimentaires EPA

Tout patient signalant un score d'*ingesta* < 8/10 apprécié par EVA doit bénéficier d'une évaluation et d'une prise en charge diététique.



Copyright AFSOS, version du 11/12/15

Activité physique et nutrition dans
la prise en charge du cancer colo-
rectal (2015)



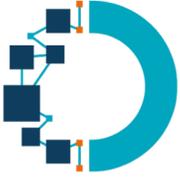
Quels apports énergétiques et protidiques sont recommandés ?

- 20 à 25 kcal/kg/jour et 0,8 g de P/kg/jour
- 25 à 30 kcal/kg/jour et 1,2 g à 1,5 g de P/kg/jour
- 30 à 35 kcal/kg/jour et 1,2 g à 1,5 g de P/kg/jour



Quels apports énergétiques et protidiques sont recommandés ?

- 20 à 25 kcal/kg/jour et 0,8 g de P/kg/jour
- 25 à 30 kcal/kg/jour et 1,2 g à 1,5 g de P/kg/jour
- 30 à 35 kcal/kg/jour et 1,2 g à 1,5 g de P/kg/jour



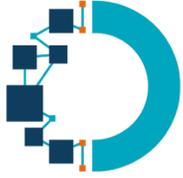
Besoins énergétiques et protéiques au cours de la prise en charge du cancer chez l'adulte ?

- Les besoins nutritionnels sont les quantités de nutriments nécessaires pour maintenir un état nutritionnel stable et une activité biologique adaptée.
- Théoriquement, cela correspond à un équilibre entre les apports énergétiques et protéiques, d'une part, et les dépenses, d'autre part.

Pour le patient atteint de cancer, les besoins protéino-énergétiques totaux sont :

- environ de 25 à 30 kcal.kg⁻¹ par jour en périopératoire
- et de 30 à 35 kcal.kg par jour en oncologie médicale.
- Les besoins en protéines sont de 1,2 à 1,5 g.kg⁻¹ de protéines par jour (1g d'azote (N)=6,25 g de protéines).

Il est recommandé, en cancérologie, d'atteindre au minimum ces besoins (grade C).



Cas clinique

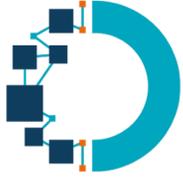
M. P., 62 ans



Le patient présente quelques troubles de la déglutition et une dénutrition sévère.

Que proposez-vous ?

- A. Des compléments alimentaires oraux (CNO)
- B. Une nutrition parentérale
- C. Une nutrition entérale
- D. Toutes les réponses ci-dessus



Cas clinique

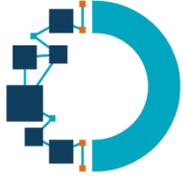
M. P., 62 ans



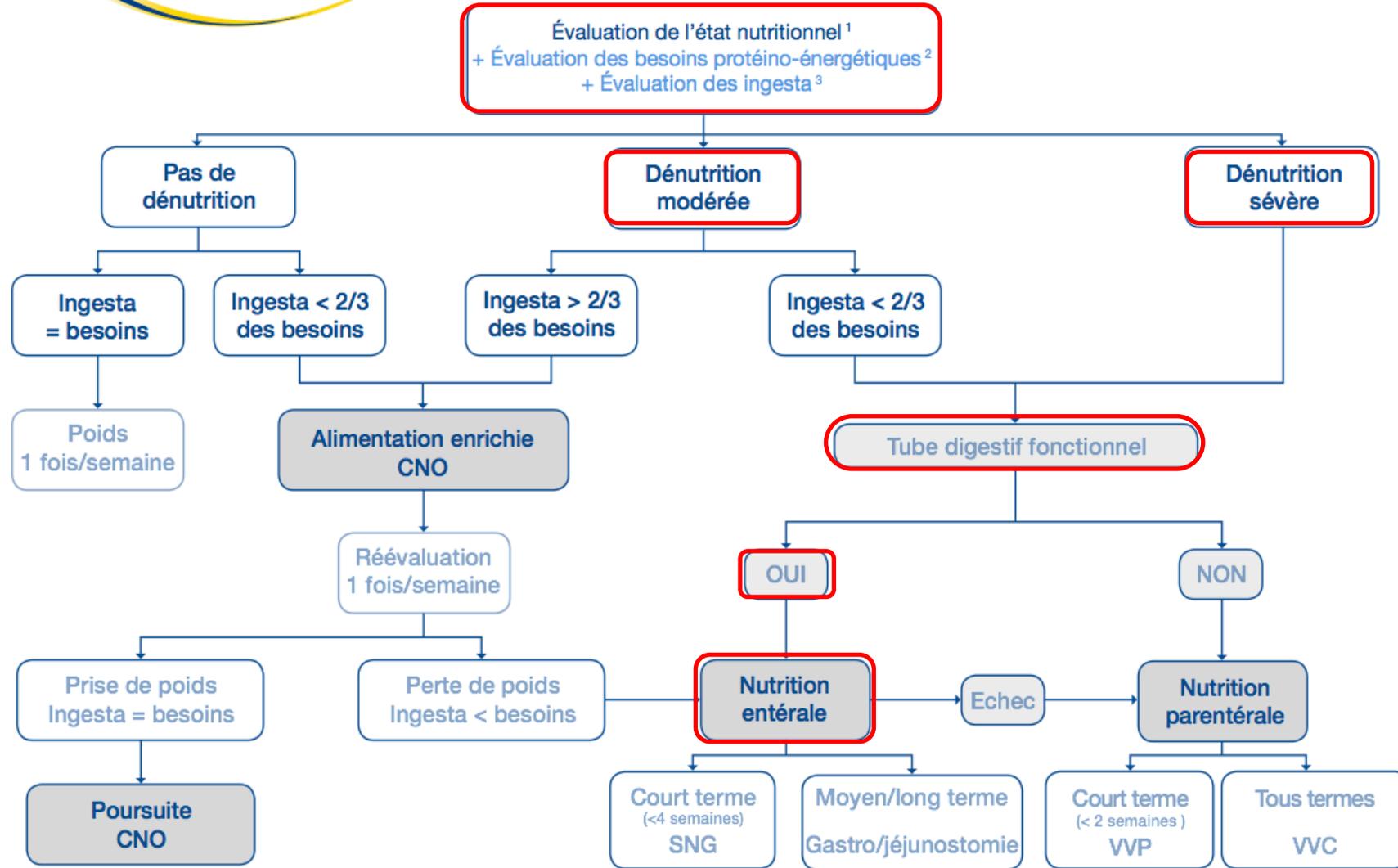
Le patient présente quelques troubles de la déglutition et une dénutrition sévère.

Que proposez-vous ?

- A. Des compléments alimentaires oraux (CNO)
- B. Une nutrition parentérale
- C. Une nutrition entérale
- D. Toutes les réponses ci-dessus

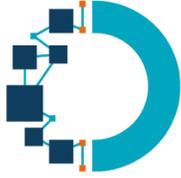


Arbre décisionnel du soin nutritionnel



CNO : compléments nutritionnels oraux ; SNG : sonde naso-gastrique ; VVP : voie veineuse périphérique ; VVC : voie veineuse centrale

CEPC PRO 09-02



Radiothérapie ou radio- chimiothérapie des tumeurs VADS

Radiothérapie

- Conseil diététique systématique¹ +/- CNO²
- Si apports oraux inférieurs à 2/3 des besoins
- Nutrition par sonde nasogastrique³; **durée < 3 semaines**

*1 Le conseil diététique (ou nutritionnel) personnalisé est réalisé par un expert en nutrition tout au long du traitement ;
2 CNO : compléments nutritionnels oraux (hors pharmaconutrition) ;
3 Sonde nasogastrique : utiliser des sondes de charrière de 10 french ou moins en silicone ou polyuréthane ;
4 Perte de poids (PDP) ≥ 5 % ; indice de masse corporelle (IMC) < 18,5 ou < 21 pour personnes âgées de 70 ou plus. 6 CNO : compléments nutritionnels oraux (hors pharmaconutrition).*

Copyright AFSOS, version validée le 20/12/2013

Radiochimiothérapie

Radiothérapie incluant la cavité buccale

Quel que soit l'état nutritionnel

Nutrition entérale par gastrostomie systématique prophylactique d'alimentation

radiothérapie n'incluant la cavité buccale

Dénutrition⁴

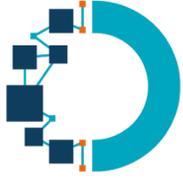
Nutrition entérale par gastrostomie systématique prophylactique d'alimentation

Absence de dénutrition

Conseil diététique systématique¹ +/- CNO²

Dans tous les cas, la nutrition parentérale n'est pas recommandée

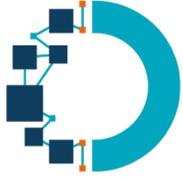
Nutrition chez le patient atteint de cancer (2013)



Prescription de CNO compléments nutritionnels oraux

Favoriser l'observance

- **Adapter les saveurs des CNO aux goûts du malade** (salé, sucré, lacté ou non), **varier les arômes et les textures**
- **Adapter les CNO aux handicaps éventuels** (troubles de déglutition, difficulté de préhension des objets, etc.).
- **Présenter au patient les CNO comme un traitement de la dénutrition**, insister sur les **bénéfices attendus** et sur le fait que **leur prise est transitoire**
- **Conseiller les patients :**
 - les CNO doivent être pris **en dehors** des repas (collations) et non à la place des repas
 - servir les CNO à la **bonne température** pour faciliter l'acceptation : les produits sucrés sont plus souvent appréciés s'ils sont servis frais. Pour les CNO à servir chauds, il est souvent possible de les réchauffer au bain marie ou au four à micro ondes ;
 - une fois ouvert, le complément peut être conservé 2 heures à température ambiante et jusqu'à 24 heures au réfrigérateur



Prescription de compléments nutritionnels oraux CNO

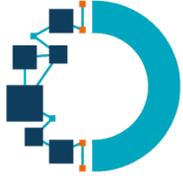
- Sur liste LPPR (liste des produits et prestation remboursable)
 - *CNO pour adultes : mélange hyperprotidique et hyperénergétique pour un apport de 400 kcal/j et 30g/j de protéines ; 2 unités/j pendant 4 semaines (qsp)*
 - Arrêté du 2 décembre 2009
 - Selon critères de dénutrition
 - Pour un mois (avec recommandation d'évaluation à 2 semaines)
 - Pris en charge par la sécurité sociale



Prescription de compléments nutritionnels oraux CNO

Tableau 2 - Critères diagnostiques de dénutrition.

CRITÈRES DE PRISE EN CHARGE ⁴	PATIENTS DE MOINS DE 70 ANS	PATIENTS DE PLUS DE 70 ANS
Perte de poids (par rapport à une valeur antérieure)	<ul style="list-style-type: none">• $\geq 5\%$ en 1 mois• ou $\geq 10\%$ en 6 mois	<ul style="list-style-type: none">• $\geq 5\%$ en 1 mois• ou $\geq 10\%$ en 6 mois
IMC (Indice de Masse Corporelle)	<ul style="list-style-type: none">• $\leq 18,5 \text{ kg/m}^2$ (hors maigreur constitutionnelle)	<ul style="list-style-type: none">• $\leq 21 \text{ kg/m}^2$
Albuminémie		<ul style="list-style-type: none">• $< 35 \text{ g/l}$
MNA (<i>Mini Nutritional Assessment</i>)		<ul style="list-style-type: none">• ≤ 17 (/30)



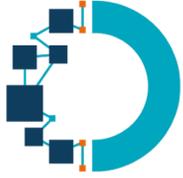
Cas clinique

M. P., 62 ans



Il est décidé de proposer au patient une nutrition entérale.
Quels sont les arguments pour la **sonde naso-gastrique** ?

- A. Facile à poser
- B. Hospitalisation nécessaire pour surveillance les premiers jours
- C. Début de nutrition rapide
- D. Peut être conservée sur une longue période



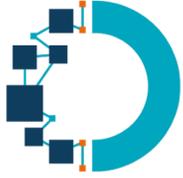
Cas clinique

M. P., 62 ans



Il est décidé de proposer au patient une nutrition entérale.
Quels sont les arguments pour la **sonde naso-gastrique** ?

- A. Facile à poser
- B. Hospitalisation nécessaire pour surveillance les premiers jours
- C. Début de nutrition rapide
- D. Peut être conservée sur une longue période



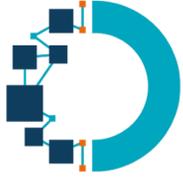
Cas clinique

M. P., 62 ans



Il est décidé de proposer au patient une nutrition entérale.
Et quels sont les arguments pour la **gastrostomie** ?

- A. Facile à poser
- B. Hospitalisation nécessaire pour surveillance les premiers jours
- C. Début de nutrition rapide
- D. Peut être conservée sur une longue période



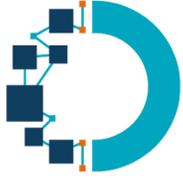
Cas clinique

M. P., 62 ans



Il est décidé de proposer au patient une nutrition entérale.
Et quels sont les arguments pour la **gastrostomie** ?

- A. Facile à poser
- B. Hospitalisation nécessaire pour surveillance les premiers jours
- C. Début de nutrition rapide
- D. Peut être conservée sur une longue période



Cas clinique



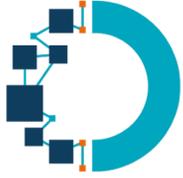
Il est décidé de poser au patient une sonde naso-gastrique.



Pose de sonde naso-gastrique



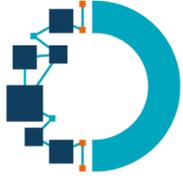
- Prévenir le patient : soins non douloureux mais plutôt désagréable, besoin de sa participation
- Préparer le patient
 - Lui décrire les différentes étapes
 - Le faire participer (boire/respirer...)
 - Lui dire que l'on s'arrête dès qu'il le souhaite
 - Le faire sous MEOPA ? ou prémédication
- Patient assis tête demi-fléchie
- Noter le repère
- Contrôler
 - Cliniquement
 - ASP



Pose de sonde



- Il faut que l'équipe soit persuadée de l'intérêt de la NE !
- Importance d'éduquer rapidement le patient à s'en servir

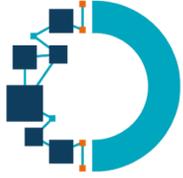


Cas clinique

M. P., 62 ans



La tumeur de la base de langue du patient progresse 2 mois après la fin de la radio-chimiothérapie. Il est décidé de débuter une chimiothérapie palliative et de poser une gastrostomie.



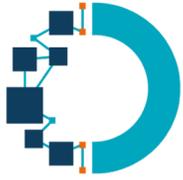
Comment pose-t-on une gastrostomie ?



- Par voie percutanée +++
 - Par voie radiologique
 - Par voie endoscopique
- Par voie endoscopique
- Par voie chirurgicale



De plus
en plus
invasif

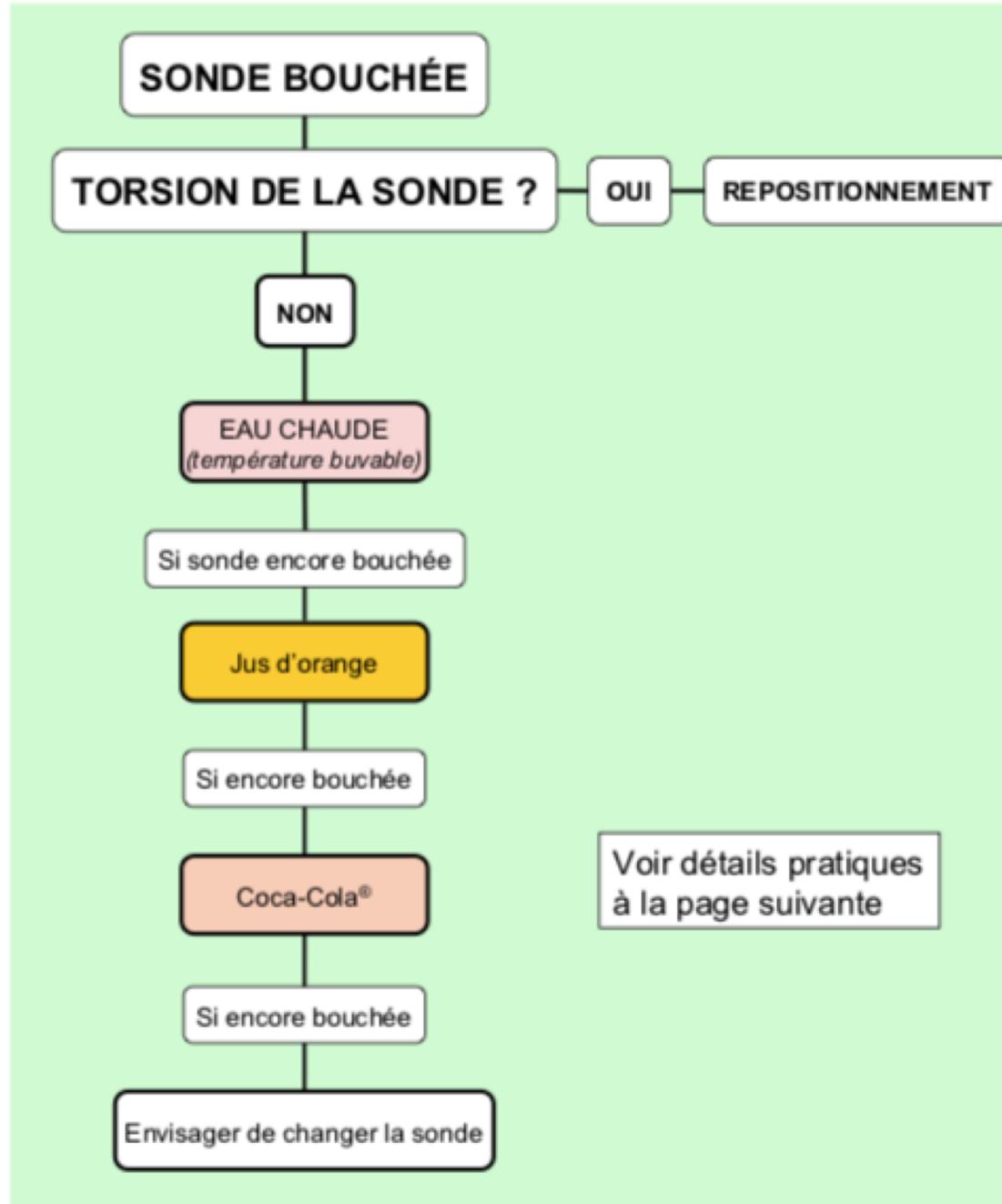
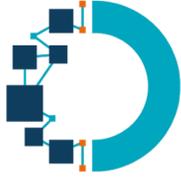


Sonde gastrique et/ou gastrostomie à domicile : complications

- Si elle tombe ?
- Si elle bouge ?
- Si reflux ?
- Si diarrhée ?
- Si se bouche ?



MARCHE À SUIVRE EN CAS D'OBSTRUCTION DE LA SONDE



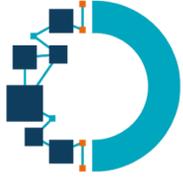
- Attention aux médicaments passés via la sonde
 - Galénique !
 - Rinçage !



Et l'hydratation ?

Pas que les rinçages !





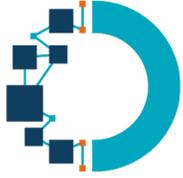
Cas clinique

M. P., 62 ans



Le patient continue à cuisiner pour ses proches, mais vit très mal le fait de ne pas pouvoir manger avec eux.

Que proposez-vous?

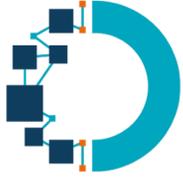


Cas clinique

M. P., 62 ans



L'état du patient s'aggrave. Quels sont pour vous les éléments poussant à arrêter définitivement la nutrition entérale ?



Cas clinique

M. P., 62 ans



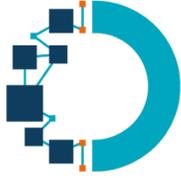
L'état du patient s'aggrave. Quels sont pour vous les éléments poussant à arrêter définitivement la nutrition entérale ?

- l'alitement permanent
- Les RGO
- L'état neurologique ...
 - risque majeur de pneumopathie d'inhalation
 - Continuer à l'hydrater



Et si on a le temps





Accueil > Les différentes catégories de soins de support > Nutrition et cancer : Comment bien se nourrir ?

Nutrition et cancer : Comment bien se nourrir ?

Comment trouver un équilibre nutritionnel et conserver le plaisir de manger ? Alimentation et cancer sont l'objet de nombreuses préoccupations des patient-e-s. Partout en France, des associations vous accompagnent et vous aident à adapter votre alimentation.

NUTRITION ET CANCER, TROUVER UN NOUVEL ÉQUILIBRE

Cuisiner pour soi ou pour les autres, cultiver son appétit et sa gourmandise, maintenir son poids, respecter les nouveaux besoins de son corps : la nourriture est une préoccupation quotidienne, essentielle à toutes les étapes de la maladie. Objectif : que celle-ci reste un plaisir plutôt qu'une contrainte ! Et, pour cela, vous n'êtes pas seul-e.

Perte d'appétit, modification de la perception des goûts, troubles digestifs : un cancer peut impacter votre nutrition sur différents aspects.

Alimentation et cancer doivent donc trouver leur équilibre, pour éviter les pertes de poids et conserver un bon état nutritionnel. Retrouver son appétit et retrouver le goût de manger sont les premiers pas pour mieux vivre avec un cancer.

ALIMENTATION ET CANCER : S'ALIMENTER PENDANT LES TRAITEMENTS

Contrairement à certaines idées reçues, **il n'existe aujourd'hui aucune étude scientifique prouvant l'existence d'aliments contre le cancer.** Toutefois, pendant un cancer, surveiller son alimentation et bien choisir ses aliments est essentiel. Car certains aliments peuvent au contraire accentuer les intolérances durant les traitements.⁽¹⁾

Adopter une alimentation équilibrée pendant un cancer, c'est adapter son apport en énergie tout en conservant le plaisir de manger.

Faire au moins 3 repas par jour, varier les menus pour éviter les carences, privilégier les fruits et légumes, éviter l'alcool et limiter les aliments trop gras, salés ou sucrés, prendre le temps de manger (pendant 20 minutes au moins), boire de l'eau au cours de la journée. Des conseils simples valables pour tous, qui deviennent essentiels avec un cancer.

Une alimentation adaptée au [cancer et une activité physique](#) régulière participent à un équilibre digestif préservé.⁽²⁾

NUTRITION ET CANCER : COMMENT ÊTRE ACCOMPAGNÉ-E ?

Vous avez des questions sur **l'alimentation et le cancer** ? Besoin d'être guidé-e ? L'appétit vous fait défaut ou vous perdez le plaisir de manger ?

En connaissant mieux votre corps, vous adoptez les bons réflexes alimentaires. Vous retrouvez votre équilibre personnel et retrouvez votre plaisir de manger ! Choisir d'être accompagné-e, c'est aussi prendre soin de soi.

Conseils culinaires, ateliers de cuisine, astuces pour mieux faire face à la perte d'appétit : autant de services et activités proposés par les associations référencées sur La Vie Autour.

RECHERCHEZ UNE ASSOCIATION & LOCALISEZ-VOUS !

Pour vous localiser appuyer sur le bouton ou indiquez la ville où vous résidez.

Si vous appuyez sur le bouton et acceptez de vous géolocaliser pour connaître les associations les plus proches, soyez informé que vos données de géolocalisation ne sont traitées que le temps nécessaire pour identifier sur la carte les associations en question. Elles ne sont pas conservées et sont immédiatement effacées.

J'accède à la carte interactive sans me localiser



Grégory Cuilleron

CUISINIER

Son domaine, c'est le plaisir. Grégory vous présente des recettes faciles à préparer pour vous aider à conserver l'envie et le plaisir de manger pendant les traitements.

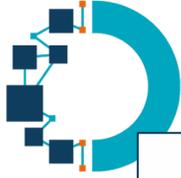
Alix Mottard-Goerens

DIÉTÉTICIENNE

Son domaine, c'est la santé. Alix donne des conseils et astuces pour vous aider à mieux gérer les troubles alimentaires les plus fréquents liés aux effets indésirables des traitements contre le cancer.



MIEUX
dans mon
assiette
AVEC LE CANCER



ALIMENTATION & CANCER

40%

C'EST LA PRÉVALENCE DES PATIENTS
ATTEINTS DE CANCER DÉNUTRIS ⁽²⁾

[En savoir plus](#)

Les effets secondaires entraînent souvent une modification des habitudes alimentaires qui peuvent induire une perte d'appétit et mener à la dénutrition. Ces troubles sont variables d'un patient à l'autre et différents selon les traitements.

Il existe des astuces simples à connaître et des recettes gourmandes faciles à préparer pour contourner les troubles alimentaires liés aux effets secondaires de vos traitements et conserver vos habitudes alimentaires le plus longtemps possible. Ce site a été conçu pour concilier besoin et plaisir alimentaire tout au long du traitement et de la maladie.

Les recommandations qu'il contient ne doivent pas se substituer à l'avis de votre équipe médicale

CONSEILS & RECETTES

LA PERTE D'APPÉTIT

La perte d'appétit peut être attribuée aux traitements, à leurs effets secondaires, à la douleur, à l'anxiété ou à la maladie elle-même.



La perte d'appétit

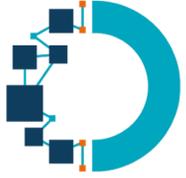
LA PERTE D'APPÉTIT

CONSEILS & RECETTES

LES ALTÉRATIONS DU GOÛT

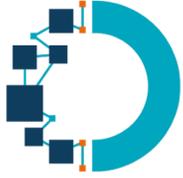
L'altération du goût peut revêtir plusieurs formes : une perte de goût totale ou partielle, une perception erronée comme une amplification du sucré, de ...





Et les régimes ?





Et les régimes ?

Vrai ou faux ?



« Le jeûne améliore l'efficacité de la chimiothérapie et en réduit les effets secondaires » ?

- Vrai
- Faux



Et les idées reçues sur alimentation et cancer?

Vrai ou faux ?



« Le jeûne améliore l'efficacité de la chimiothérapie et en réduit les effets secondaires »

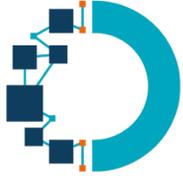
FAUX Si des études sur des cellules ou des animaux ont montré un intérêt du jeûne sur la chimiothérapie, les données scientifiques actuelles ne permettent pas de recommander le jeûne avant une chimiothérapie chez l'Homme.

Le jeûne représentant un risque d'entraîner ou d'aggraver une dénutrition (perte de poids et perte de masse musculaire), il n'est pas recommandé de jeûner au cours d'une chimiothérapie.

Plaquette d'information à destination du grand public

www.onco-nouvelle-aquitaine.fr

onglet du site Onco-Poitou-Charentes



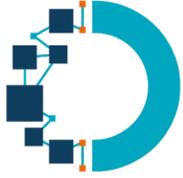
Et les régimes ?

Vrai ou faux ?



« Certaines plantes aromatiques ou épices (thym, curcuma, ail ...) ont un intérêt particulier vis-à-vis de la protection du cancer »

- Vrai
- Faux



Et les régimes ?

Vrai ou faux ?



« Certaines plantes aromatiques ou épices (thym, curcuma, ail...) ont un intérêt particulier vis-à-vis de la protection du cancer »

VRAI
FAUX

Certains microconstituants des plantes aromatiques et des épices présentent des propriétés potentiellement intéressantes. Cependant, les effets n'ont été observés que sur l'animal et sur des cellules isolées au cours d'expérimentations.

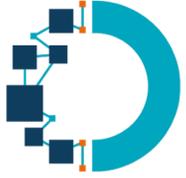
Certaines plantes, de part leurs propriétés anti-oxydantes, ne devraient pas être consommées lors de radiothérapie et peuvent interférer de façon dangereuse avec certaines chimiothérapies (ex : Valériane, Ginkgo...)

Ne prenez aucun complément alimentaire sans l'avis de votre médecin.

Plaquette d'information à destination du grand public

www.onco-nouvelle-aquitaine.fr

onglet du site Onco-Poitou-Charentes



NUTRITION ET CANCER

