

Prise en charge nutritionnelle en oncologie

Wikaryak Séverine, Lotteau Cécile
Diététiciennes au CHV

7ème Journée des Soins Oncologiques de Support dans les Hauts de France

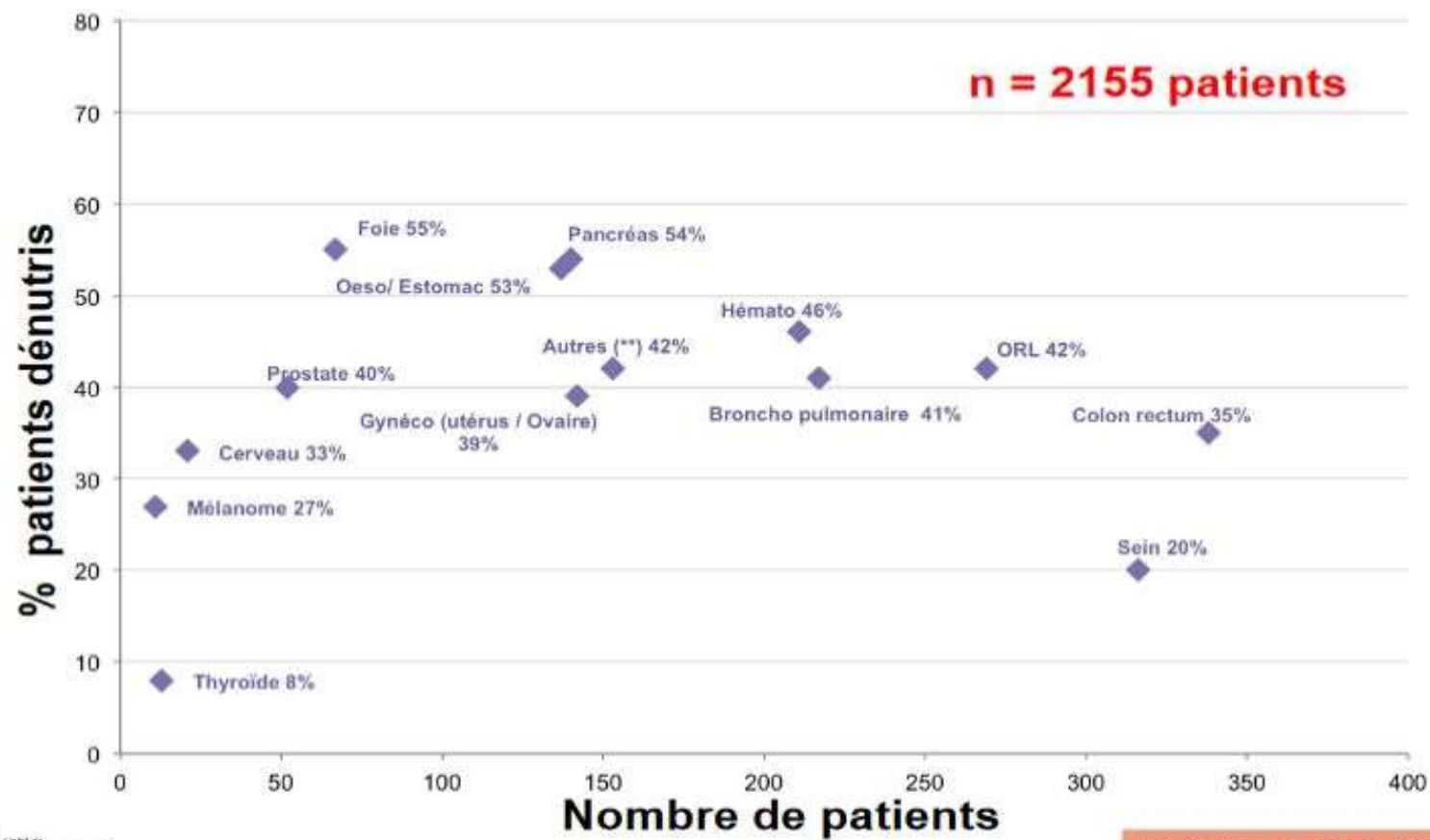


HÔPITAUX
HAINAUT
CAMBRÉSIS



Centre
Hospitalier de
Valenciennes

Étude Nutricancer 2



Données nécessaires au dépistage de la dénutrition

- * Age
- * Poids actuel dans les 48 h de l'admission puis 1 fois par semaine minimum
- * Poids de forme et temporalité
- * Pourcentage de perte de poids
- * Taille
- * IMC
- * Evaluation de la force de préhension (grip test)
- * Impédancemétrie



Interprétation des données au dépistage de la dénutrition et diagnostic

Diagnostic de la dénutrition de l'adulte (≥ 18 ans et < 70 ans)

Critères phénotypiques (1 seul critère suffit)

- Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- IMC $< 18,5$ kg/m².
- Réduction quantifiée de la masse musculaire et/ou de la fonction musculaire (cf. texte de la recommandation).

Critères étiologiques (1 seul critère suffit)

- Réduction de la prise alimentaire $\geq 50\%$ pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines, par rapport à la consommation alimentaire habituelle quantifiée ou aux besoins protéino-énergétiques estimés.
- Absorption réduite (maldigestion/malabsorption).
- Situation d'agression (hypercatabolisme protéique avec ou sans syndrome inflammatoire) : pathologie aiguë ou pathologie chronique évolutive ou pathologie maligne évolutive.

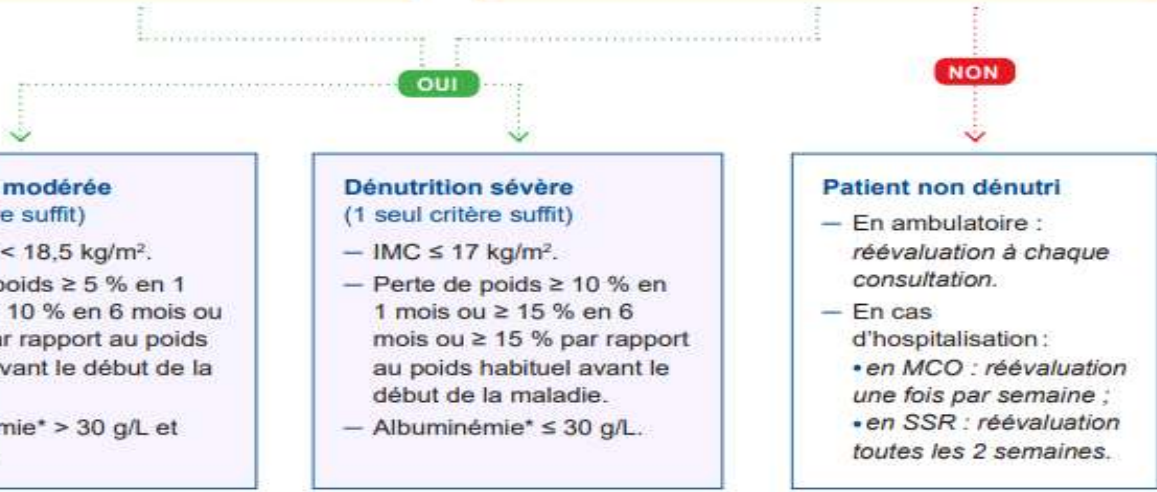
Force de préhension anormale si :

- Hommes :

- < 26 kg entre 18 et 69 ans
- < 27 kg après 70 ans

- Femmes:

- < 16 kg, quel que soit l'âge



Dénutrition modérée (1 seul critère suffit)

- $17 < \text{IMC} < 18,5$ kg/m².
- Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- Albuminémie* > 30 g/L et < 35 g/L.

Dénutrition sévère (1 seul critère suffit)

- $\text{IMC} \leq 17$ kg/m².
- Perte de poids $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois ou $\geq 15\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- Albuminémie* ≤ 30 g/L.

Patient non dénutri

- En ambulatoire :
réévaluation à chaque consultation.
- En cas d'hospitalisation :
 - en MCO : *réévaluation une fois par semaine ;*
 - en SSR : *réévaluation toutes les 2 semaines.*

Un seul critère de dénutrition sévère prime sur un ou plusieurs critères de dénutrition modérée.

* Mesure de l'albuminémie par immunonéphélométrie ou immunoturbidimétrie. Les seuils d'albuminémie sont à prendre en compte quel que soit l'état inflammatoire.

Diagnostic de la dénutrition de l'adulte (70 ans et plus)

Critères phénotypiques

(1 seul critère suffit)

- Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- IMC $< 22 \text{ kg/m}^2$.
- Sarcopénie confirmée par une réduction quantifiée de la force et de la masse musculaire (cf texte de la recommandation).

Critères étiologiques

(1 seul critère suffit)

- Réduction de la prise alimentaire $\geq 50\%$ pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport à la consommation alimentaire habituelle ou aux besoins protéino-énergétiques.
- Absorption réduite (malabsorption/maldigestion).
- Situation d'agression (avec ou sans syndrome inflammatoire) : pathologie aiguë ou pathologie chronique évolutive ou pathologie maligne évolutive.

OUI

NON

Dénutrition modérée

(1 seul critère suffit)

- $20 \leq \text{IMC} < 22$.
- Perte de poids $\geq 5\%$ et $< 10\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ et $< 15\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ et $< 15\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- Albuminémie* $\geq 30 \text{ g/L}$.

Dénutrition sévère

(1 seul critère suffit)

- IMC $< 20 \text{ kg/m}^2$.
- Perte de poids $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois ou $\geq 15\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- Albuminémie* $\leq 30 \text{ g/L}$.

Patient non dénutri

- En cas d'évènement clinique intercurrent (infection, chirurgie...) ou de diminution de l'appétit ou des consommations alimentaires, rapprocher la surveillance du poids, de l'appétit et des consommations alimentaires à une fois par semaine.

*Un seul critère de dénutrition sévère prime sur un ou plusieurs critères de dénutrition modérée. * Mesure de l'albuminémie par immunonéphélométrie ou immunoturbidimétrie. Les seuils d'albuminémie sont à prendre en compte quel que soit l'état inflammatoire.*

La cachexie cancéreuse.

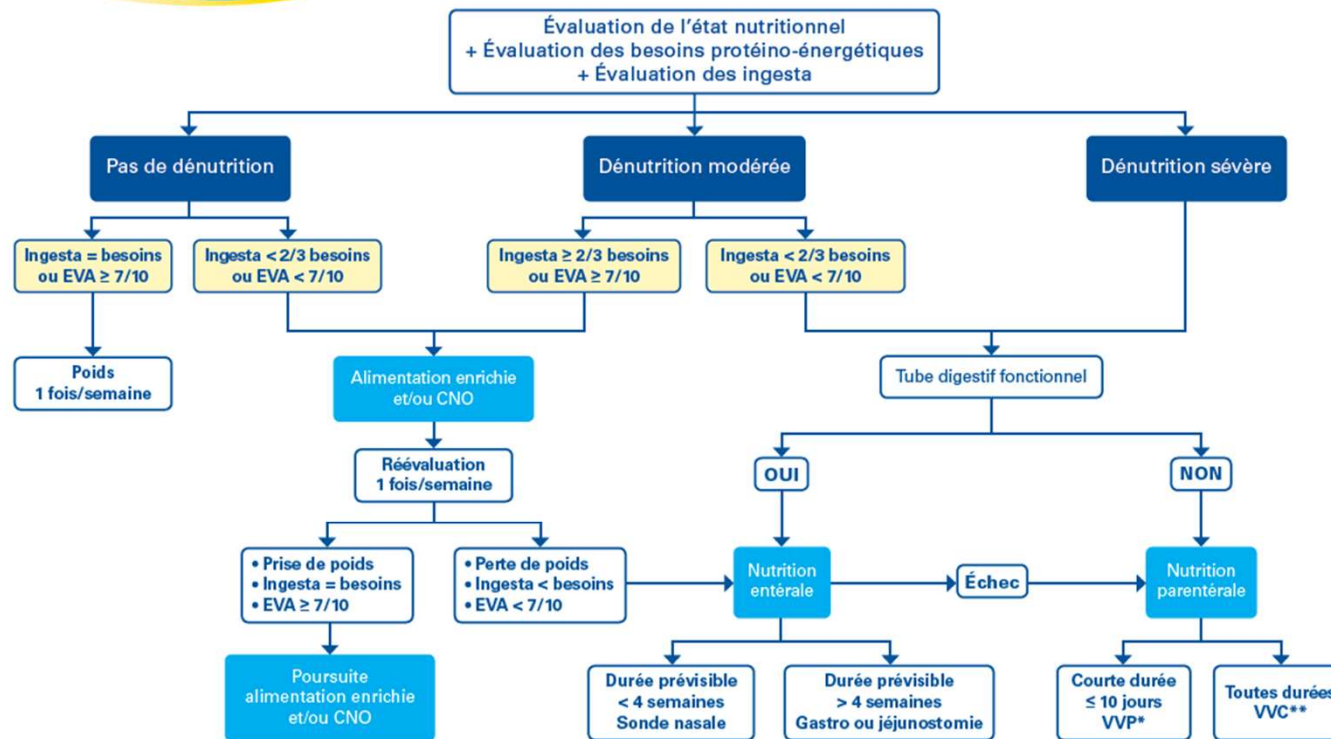
- Principalement dans les cancers du pancréas et de l'estomac
- Perte de 10 à 20% de leur masse corporelle.
- Plus sévère chez les hommes que chez les femmes.
- La cachexie diminue la réponse à la chimiothérapie
- Entraîne une altération de l'état général et une augmentation de la mortalité.
- La cause initiale de la cachexie n'est pas l'anorexie ou la diminution de l'apport calorique.
- Cette complication métabolique complexe est due principalement à une augmentation du catabolisme tissulaire; la synthèse protéique est diminuée et son catabolisme augmenté. La cachexie est facilement identifiée par la perte de poids, qui constitue le signe le plus visible avec la diminution des masses musculaires temporales du visage.

Arbre décisionnel du soin nutritionnel

Arbre décisionnel
du soin nutritionnel



Article référent : C Bouteloup et al.
Nutr Clin Metabol 2014;28
<http://www.sfnep.org>
<http://em-consulte.com/revue/nutcli>



EVA : échelle visuelle ou verbale analogique - CNO : compléments nutritionnels oraux - VVP : voie veineuse périphérique - VVC : voie veineuse centrale
*permet rarement de couvrir la totalité des besoins énergétiques
**sauf PICC (peripherally inserted central catheter) durée d'utilisation limitée à 6 mois

Estimation des ingesta et besoins nutritionnels en oncologie:

Ingesta: plusieurs possibilités:

- enquête alimentaire
- feuille de surveillance alimentaire
- SEFI



- outil interne notamment pour expliquer au patient la stratégie nutritionnelle



Les solutions dans mon parcours de soin



Besoins nutritionnels en oncologie

- ESPEN : 25 à 30 kcal/kg/jour et 1 à 1,5g de protéines /kg/j
- En pratique : 35 kcal/kg/jour et 1,2 à 1,5g de protéines /kg/j

Prise en charge nutritionnelle en oncologie au CHV

La prise en charge en Oncologie conventionnelle, soins de support ou ambulatoire est essentiellement pour des cancers digestifs type : pancréas, hépatique, colon, estomac et ou œsophage, ORL et gynécologique.

Depuis aout 2024, mise en place d'un protocole de coopération avec 4 niveaux de compétences

Protocole de coopération local du CHV médecin nutritionniste/diététicien

D1



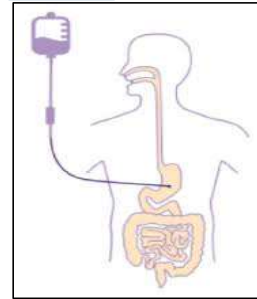
Prescription hospitalière de données d'évaluation nutritionnelle et interprétation de ces données

D2



Prescription hospitalière et de sortie d'un CNO

D3



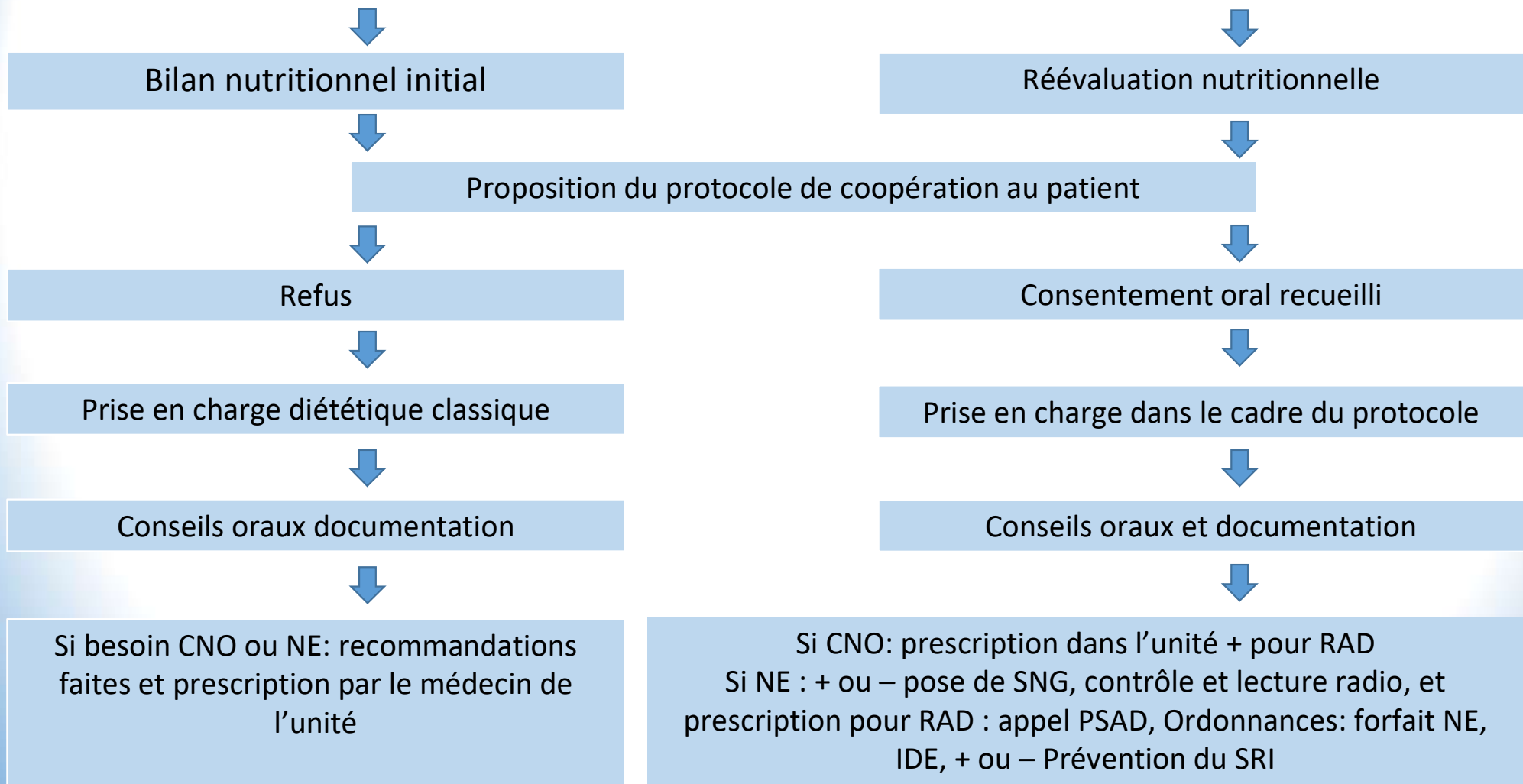
Organisation et prescription de sortie de nutrition entérale. Prescription de la prévention du SRI

D4



Pose de SNG
Prescription et interprétation de la radio de contrôle. (Hors cancéro ORL et troubles de la déglutition)
Remplacement du SNG et bouton de gastrostomie

Organisation en oncologie hospitalisation conventionnelle



Organisation en ambulatoire HJ ou Soins de Support

HJ

HJ SOS

1^{er} HJ post HJ d'annonce ou Suivi nutritionnel durant les traitements oncologiques

Bilan ou Suivi nutritionnel dans une prise en soin multidisciplinaire

Proposition de prise en charge dans le cadre du protocole de coopération

Maintien du suivi depuis l'hospitalisation
Lien de confiance
Transmission au médecin nutritionniste
Réévaluation programmée si besoin entre 1 à 4 semaines

Prise en soin multidisciplinaire:
Médecin, pharmacien clinicien
Psychologue, Kiné

Si Ok protocole:
Renouvellement ordonnances CNO ou NE
+ ou - changement de SNG

Si Ok protocole:
ordonnances CNO ou NE
+ ou- pose de SNG

Intérêt d'un protocole de coopération médecin/diététicien en oncologie



- ✓ Intégration dans l'équipe pluridisciplinaire d'oncologie améliorant la relation de confiance avec l'équipe et le patient.
- ✓ Si le niveau D4 est mis en place, fluidité et meilleure adhésion du patient à la stratégie nutritionnelle notamment quand il y a pose de SNG par le diététicien.
- ✓ Si mise en place de nutrition entérale, le contact avec le PSAD permet un RAD dans de bonnes conditions => prise de contact, transmission des ordonnances, organisation du suivi avec le délégué en consultation externe et le diététicien en HJ.

Intérêt du diététicien en oncologie

- Vigilance sur l'équilibre glycémique
- Vigilance sur l'utilisation des extraits pancréatiques
- Vigilance sur la voie d'abord de nutrition entérale à utiliser et les remplacements

Conclusion:

Intérêt de la prise en charge nutritionnelle précoce en oncologie:

- ✓ Maintien de l'état nutritionnel et de l'état général.
- ✓ Meilleure tolérance aux traitements oncologiques.
- ✓ Stabilisation du poids et / ou de l'amaigrissement voire reprise pondérale.
- ✓ Partie intégrante de la prise en soin oncologique avec alliance thérapeutique.
- ✓ Limiter le risque d'infection et la mortalité.

A associer avec de l'APA pour favoriser la reprise de masse musculaire



MERCI DE VOTRE ATTENTION