

# Prise en charge des patients âgés atteints de cancer

## Nutrition

J. COBIGO-DAVID - F. DAYOT

# 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

\* Cf Enquêtes hôpital Bellier

# Enquêtes hôpital Bellier

## ➤ Évaluation de l'état bucco dentaire en soins gériatriques

- Interrogatoire et observation du patient: douleurs, inconfort, difficultés à réaliser ses soins d'hygiène, plainte sociale
- Besoin de soin constaté par le soignant : déficit en auto-soins et utilisation d'1 grille OAG (oral assessment guide)

**Sur 694 personnes incluses, 306 auraient dû bénéficier d'1 avis odontologique**

## ➤ Enquête de satisfaction sur le déjeuner en salle à manger

- Manger ensemble améliore l'appétit selon plus de 61% des personnes. La perception des repas s'en trouve améliorée.

# 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, HAS dénutrition protéino énergétique chez la personne âgée]

## ➤ 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 < 21)
- Utilisation du MNA (option)
- Evaluation des capacités fonctionnelles: PS, Karnofsky (option)
- Evaluation des troubles digestifs (option)

## ➤ Évaluations complémentaires: pas de standard !

# Critères diagnostiques de dénutrition (H.A.S.)

dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée)

## ➤ Dénutrition

- Perte de poids: > ou =5% en 1 mois ou > ou =10% en 6 mois
- IMC <21
- Albuminémie < 35g/ l
- MNA < 17

## ➤ Dénutrition sévère

- Perte de poids: > ou =10% en 1 mois ou > ou =15% en 6 mois
- IMC <18
- Albuminémie < 30 g/l

# Surveillance nutritionnelle



- Standards

- **Mesure régulière du poids !!!**
- Recherche d'oedèmes et d'ascite
- Calcul des rations calorico-azotées (intérêt des fiches de suivi alimentaire notamment en institution)

# 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

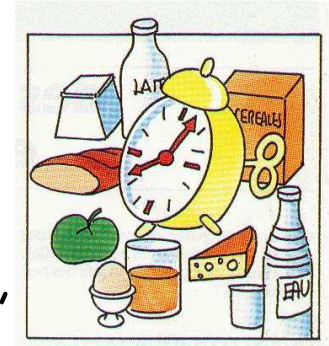
- Eau: 35 à 40 ml d'eau/kg/jour - Sensation soif diminuée, réduction concentration des urines, incontinence (réduction spontanée), laxatifs, diurétiques
- Énergie : 30-45/kg/jour (soit 1600 à 2400 Kcal/jour)
- Protéines : 1.2-1.8 g/jour (soit 0.15-0.30g azote/kg/jour)
- + Calcium (1200mg 24h), Vitamine 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

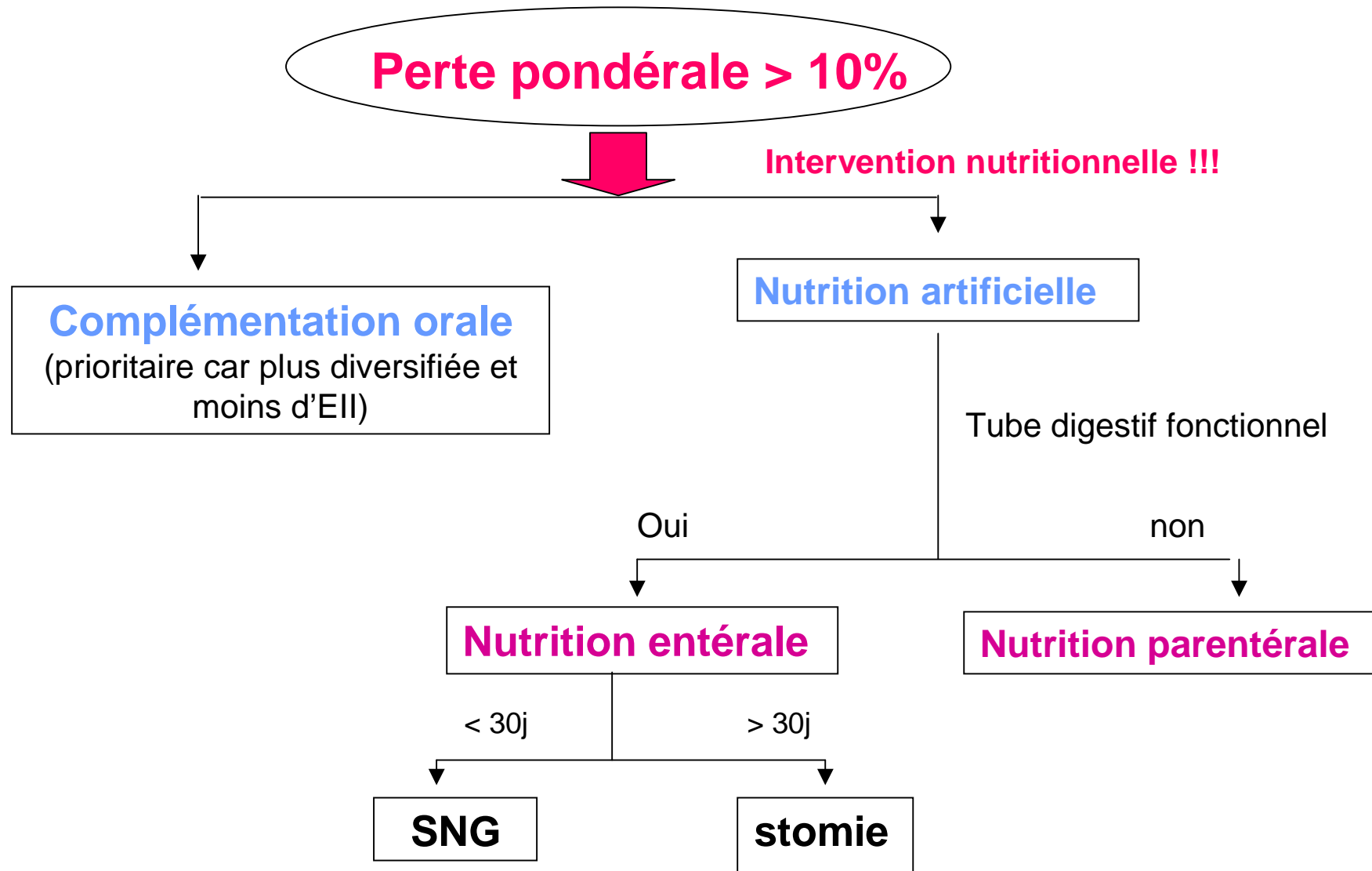
- Privilégier la voie orale autant que possible :
  - Conseils nutritionnels:
  - Complémentation orale
  
- Assistance nutritionnelle:
  - Alimentation entérale
  - Alimentation parentérale
  
- Prise en charge des symptômes associés: douleurs, dépression, troubles digestifs....

# 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

# Mesures d'assistance 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 25/05/00

- Inscrits sur la L.P.P.R. pour 5 pathologies
- Remboursement forfaitaire, sur prescription médicale, varie en fonction du taux énergétique
- Pharmacie ou via prestataire de service



# Nutrition entérale

- 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

# Nutrition parentérale

- 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