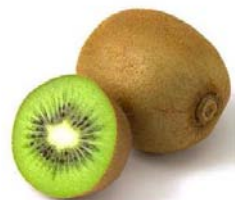


6^{ème} journée CLAN de Toulouse

NUTRITION ET CANCER

Effets secondaires des
traitements

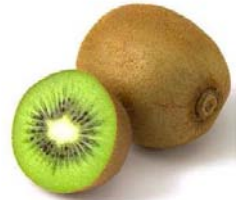
Adaptations nutritionnelles



Gaëlle SORIANO, diététicienne ORL

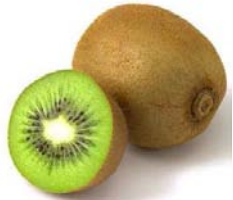
Sophie FRAZAO, diététicienne UTNC

La maladie cancéreuse



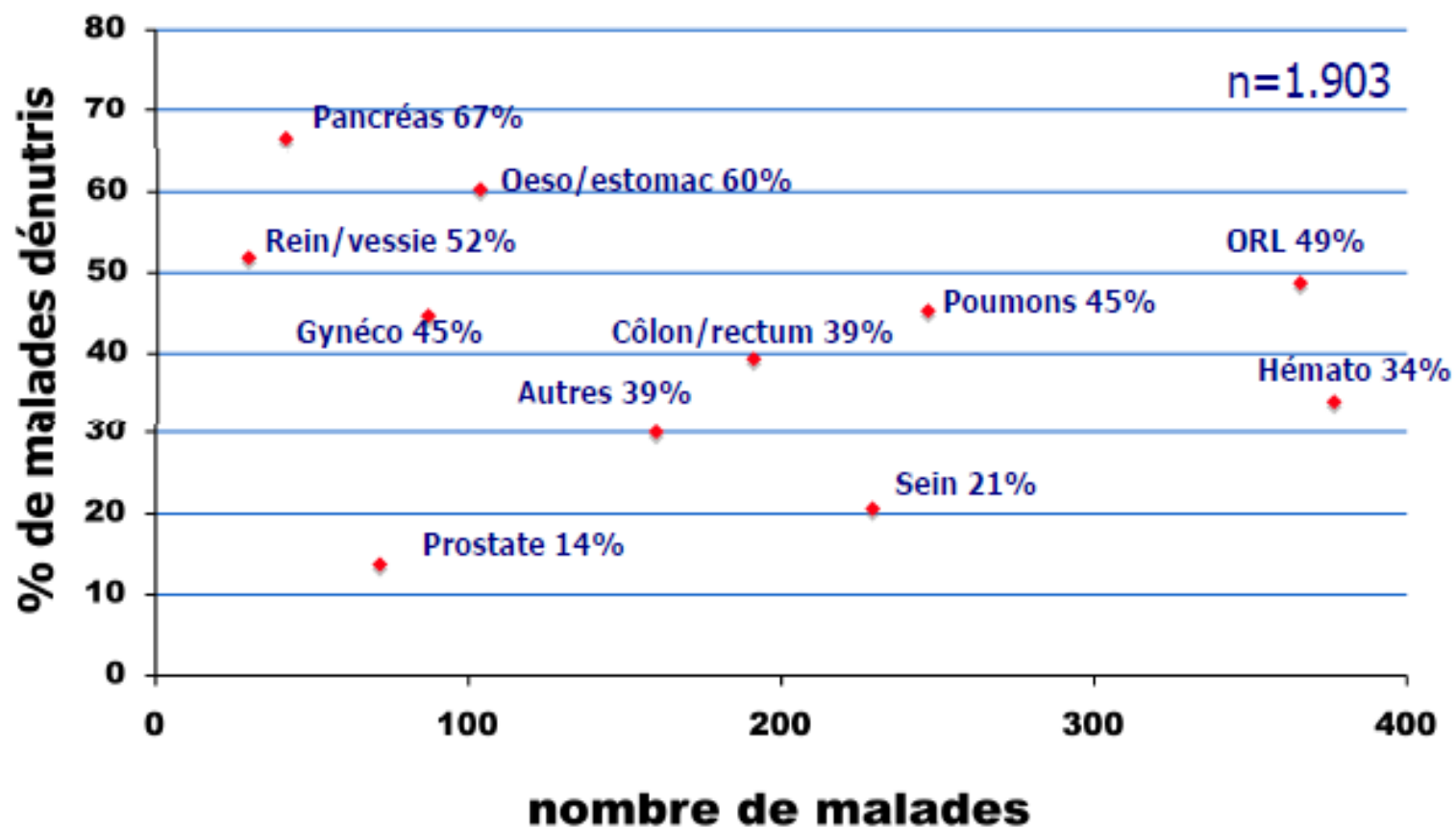
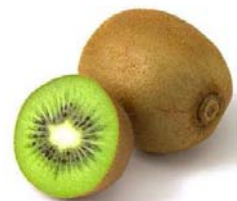
- Augmentation des dépenses énergétiques
- Perturbations métaboliques ➔ diminution masse musculaire et masse grasse
- Asthénie
- Anorexie
- ➔ **Dénutrition fréquente avant, pendant et après le traitement**

La maladie cancéreuse

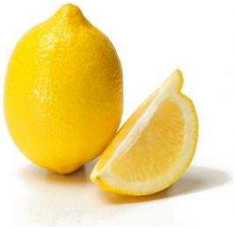
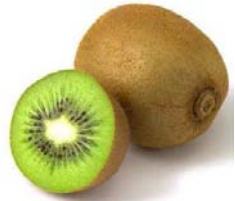


- Prévalence globale de la dénutrition tous cancers confondus : 40 %
- Chiffres variables selon :
 - Les types de cancer
 - Le stade de la maladie
 - Les traitements mis en œuvre ...

Prévalence de la dénutrition dans la pathologie cancéreuse



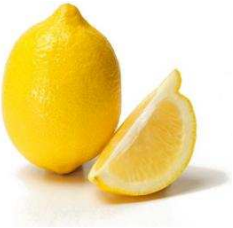
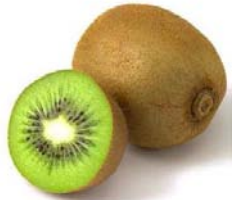
Prévalence de la dénutrition mesurée « un jour donné » chez 1903 malades
Hébuterne et al. Etude Nutricancer



Conséquences de la dénutrition

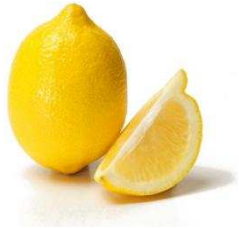
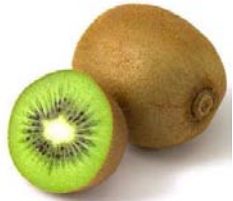
- ✎ la tolérance et l'efficacité des traitements
- ✎ la qualité de vie
- ✎ pronostic indépendamment de la maladie tumorale. La dénutrition serait directement responsable du décès de 5 à 25 % des patients

Traitements



- Chirurgie
 - Radiothérapie
 - Tête et cou
 - Médiastinale
 - Abdominale
 - Chimiothérapie
 - Hormonothérapie
 - Immunothérapie
- ➔ Leurs effets secondaires mettent en péril l'équilibre nutritionnel du patient.

Prise en charge nutritionnelle



- Elle doit être précoce, systématique et personnalisée au patient

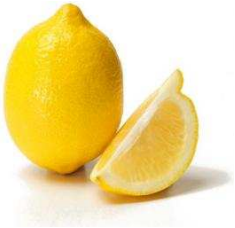


➔ Standards, Options, Recommandations : Bonnes pratiques diététiques en cancérologie

- Dénutrition et évaluation nutritionnelle
- La consultation
- Des patients atteints des voies aéro-digestives supérieures
- La prestation alimentaire



Intérêt de la prise en charge nutritionnelle



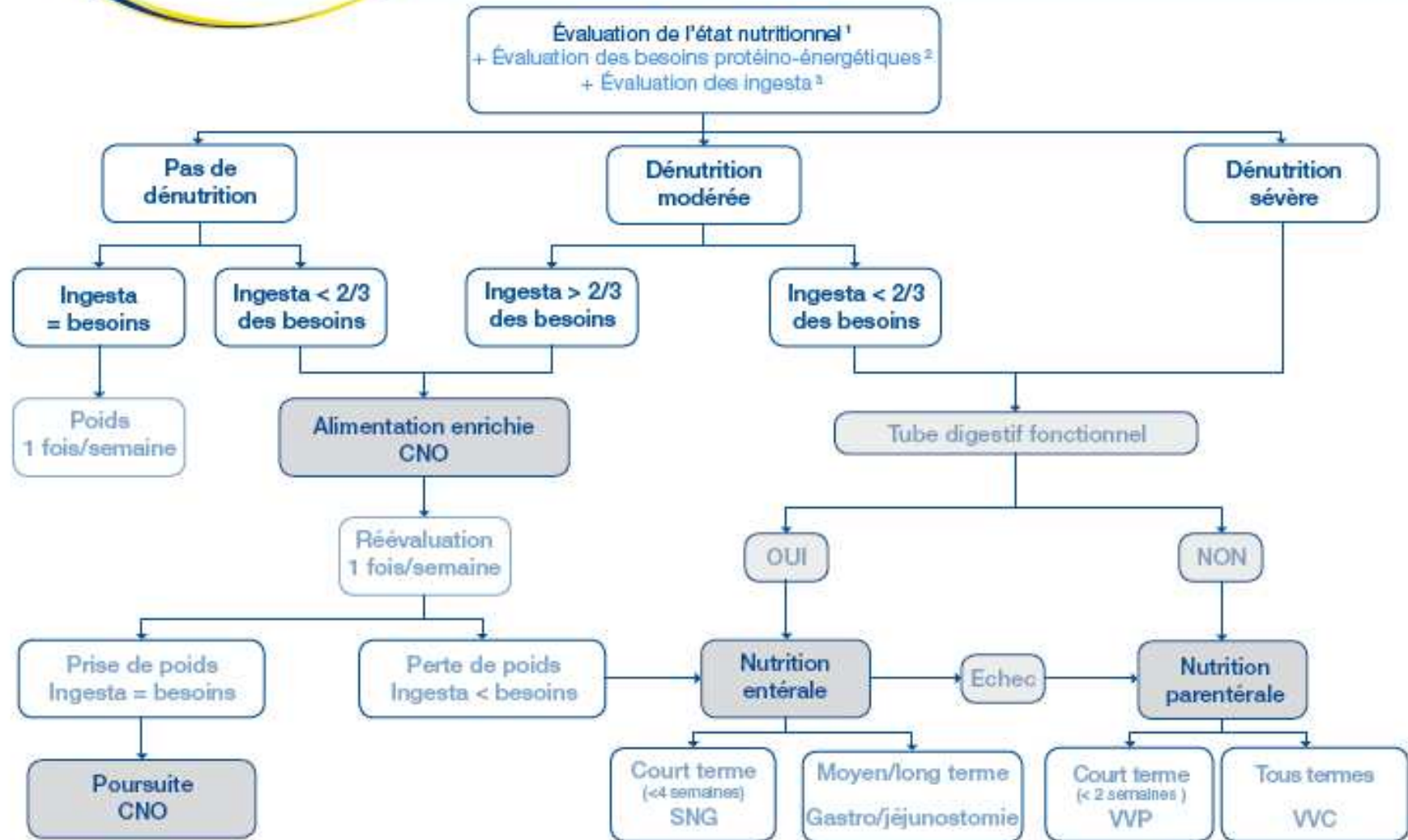
- Etude

- 186 patients cancéreux
- Perte de poids moyenne 16.8 %
- Prise en charge nutritionnelle :
 - 1 patient sur 2 stabilise le poids,
 - améliore certains paramètres biologiques (alb et transferrinémie) de 80 % des patients dont la survie supérieure à 6 semaines

Réf :

- Bachmann P. Nutrition au cours des radiothérapies et chimiothérapie. Nutrition Clinique et Métabolisme 2001, 15:308-17
- Langer CJ, Hoffman JP, Ottery FD. Clinical significance of weight loss in cancer patients: rationale for the use of anabolic agents in the treatment of cancer-related cachexia. Nutrition 2001 ; 17 : S1-20.

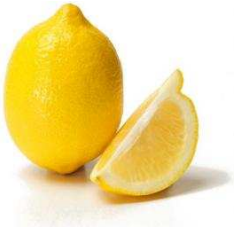
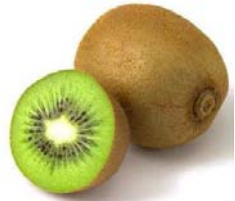
Arbre décisionnel du soin nutritionnel



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

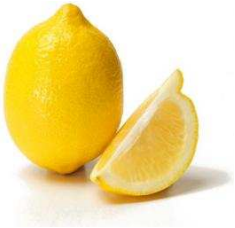
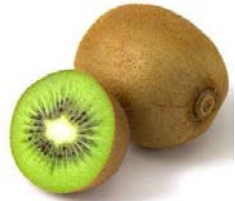
Effets secondaires de la chirurgie

A COURT TERME



- Période de jeûne
 - Avant examens pré-opératoires
 - Après anesthésie
- Intervention chirurgicale
 - Jeûne post-op (variable ++ selon équipe)
 - Reprise alimentaire progressive
 - Hypercatabolisme : augmentation de la DER(+ 10 à 20 %) - amplifié par douleurs, agitations, complications, fièvre

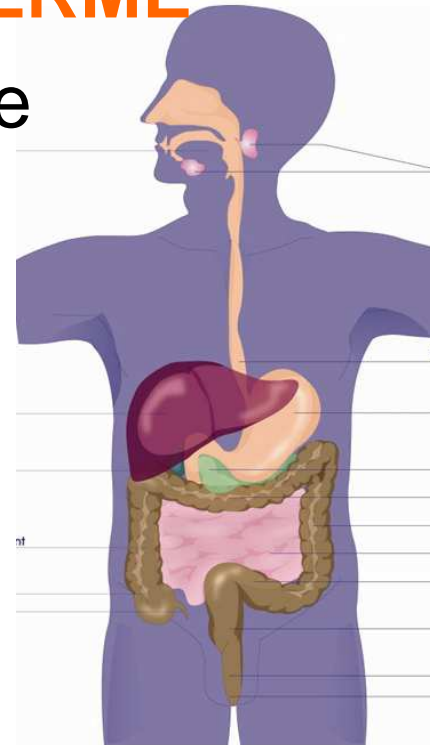
Effets secondaires de la chirurgie



A MOYEN et LONG TERME

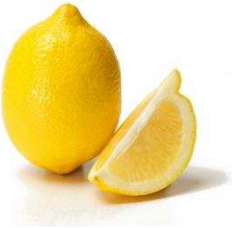
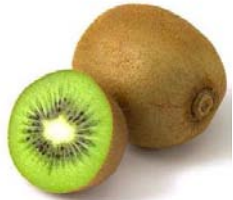
- Variables selon le type de chirurgie :

- VADS
- Œsophage
- Estomac
- Pancréas
- Intestin grêle
- Colon



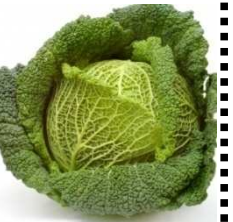
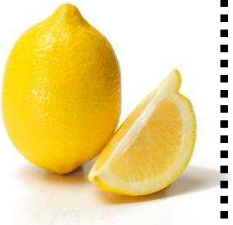
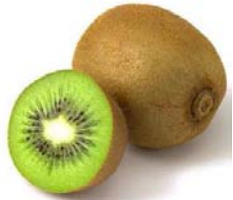
➔ **Conséquences** : dysphagie, reflux, satiété précoce, dumping syndrom, malabsorption, diarrhées, constipation

Effets secondaires de la chimiothérapie



- Quelque soit le site de la tumeur primitive
 - Toxicité sur les tissus sains à renouvellement rapide (muqueuses buccale, digestive, bourgeons du goût)
 - Variable selon protocole (dose-dépendant/drogue dépendant)
 - Majore les effets secondaires de la radioTT
- ➔ **Conséquences** : altération flore intestinale (diarrhées, constipation), troubles du goût et de l'odorat, nausées, vomissements.

Effets secondaires de la radiothérapie



ORL

Mucite
Altération product° de salive
Modification goût /odorat
Tbles de la
masticat°/déglutit°
Stomatite > Ulcérations

ABDOMINO- PELVIENNE

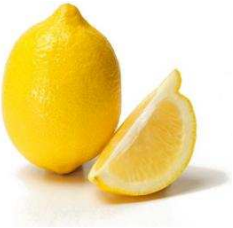
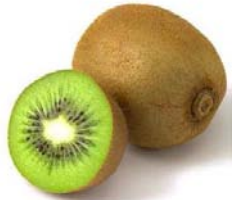
Vomissements
Diarrhées
Douleurs abdominales
Entérite radique chronique
> malabsorption

MEDIASTINALE

Oesophagite (>ulcérée)
Odynophagie
Evolue parfois vers sténose
de l'œsophage ou fistule
oesophagienne

Les effets secondaires
peuvent durer plusieurs
semaines après la fin de la
radioTT voire être
séquellaires

En résumé



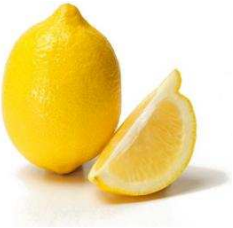
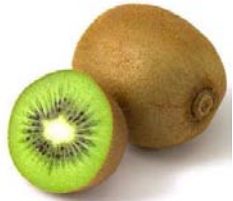
Baisse des apports
alimentaires

- Anorexie
- Dysphagie
- Malabsorption

Augmentation des
dépenses énergétiques

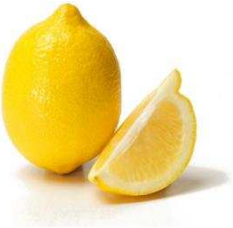
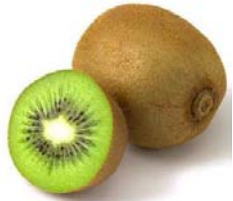
- Hypercatabolisme

Adaptations nutritionnelles



- Perte d'appétit
- Nausées, vomissements
- Dysphagie, odynophagie
- Constipation, diarrhées

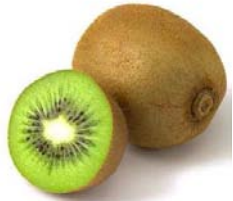
Connaître le patient



Outre l'état nutritionnel et les besoins nutritionnels, il faut évaluer :

- Habitudes alimentaires (régimes, choix des aliments, fractionnement, adaptation de son alimentation)
 - Type de mangeur
 - Perception de son poids, de son corps
 - Définir un objectif de poids à atteindre/à conserver
- ➔ **S'adapter** : permet de faciliter l'adhésion au support nutritionnel

Perte d'appétit

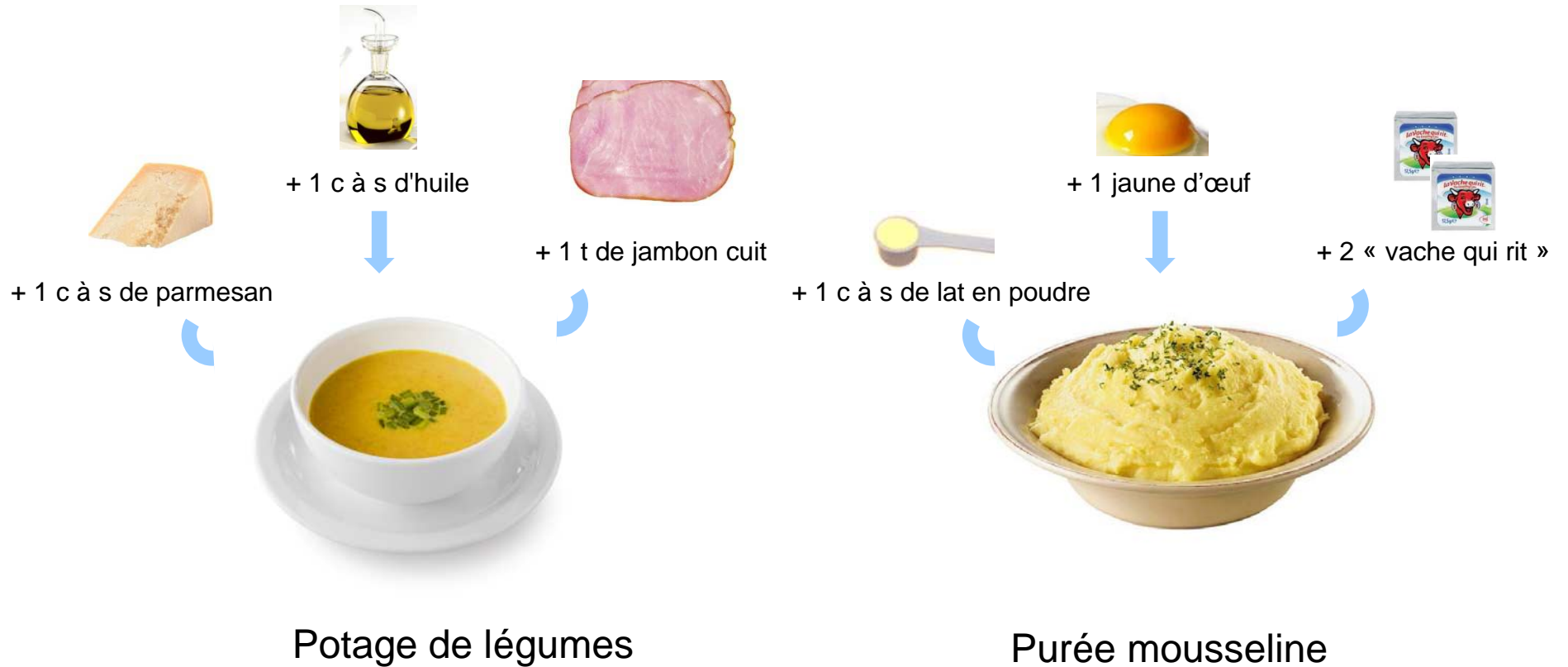


Un maximum de kcalories sous un faible volume

- Fractionnement
- Stop régimes restrictifs
- Enrichissement des plats
- Supplémentation orale



Enrichissement



50 kcal → 280 kcal 190 kcal → 500 kcal

Les protéines : point trop n'en faut !

Complémentation nutritionnelle orale

	Unité	Kcalories	Protéines	Nombre
Boissons lactées	200 – 300 ml	260 – 720	11 – 30	20
Jus de fruits	200ml	250 – 330	8 – 11	5
Crèmes	125 – 230 g	150 – 324	6 – 22	7
Compotes	125 – 200 g	200 – 300	6 – 10	3
Potages	200ml	200 – 300	8 – 14	4
CNO édulcorés	125 – 200 g	170 – 300	8 – 15	6
Plats mixés	300 – 450 g	300 – 550	11 – 30	6

Apport calorico-azoté



=



+



Crème HP (125g)



=



Boisson fruitée HC (200ml)



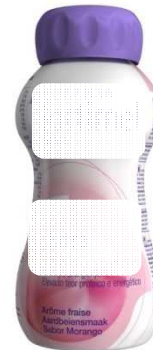
=



+



Boisson lactée HP/HC (200 ml)



=

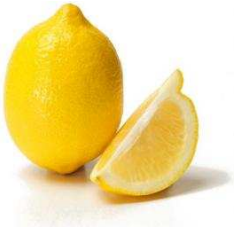
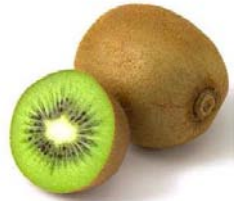


+



Boisson lactée HP/HC (300 ml)

Dysphagie, Odynophagie



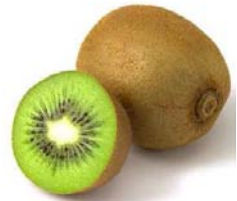
Adaptation du bol alimentaire

- *Défaut de transport/défaut de protection des voies aériennes*
- Modification de la consistance : normale > facile > molle > moulinée > mixée > liquide
- Modification de la texture : lisse (sauces, MG)
- Liquides épaissis ou gélifiés



Aliments acides, salés, sucrés, épicés

Dysphagie, Odynophagie



Modalités du repas

Durée < 45 min (selon fatigue)

Ustensiles adaptés (verre, etc.)

Installation à table, position de tête

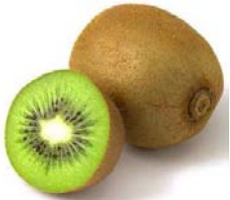
Mise en bouche (volume, rapidité)



Travail en collaboration
avec orthophoniste



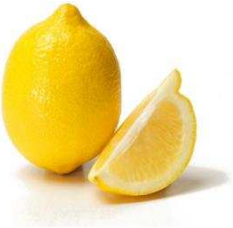
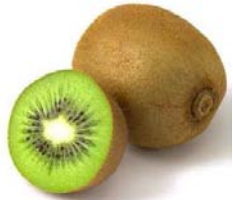
Nausées et vomissements: origines



- Traitement → perturbations de la digestion et du métabolisme
- Déshydratation
- Stress

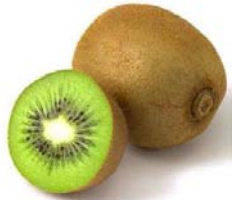
- Aigus dans les 24h après traitement
- Retardés 24h à 5j après du traitement
- Anticipés survenant avant traitement

Nausées et vomissements: Prise en charge



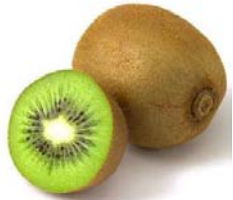
- Repas léger la veille du traitement et éloigner la prise alimentaire des séances
- Fractionner alimentation (toutes les 2 h)
- Eviter odeurs (repas froids, choix des aliments), ventiler la pièce
- Boire en dehors des repas
- Choisir des aliments lisses et épais pour lester l'estomac (semoule épaisse, purée de légumes...)
- Eviter les aliments trop gras, épicés, sucrés
- Sucrer un glaçon au moment de la crise
- Encourager le rattrapage durant les périodes moins troublées

Diarrhées : origines



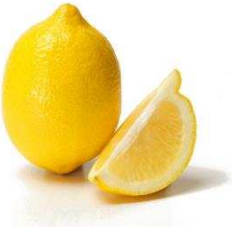
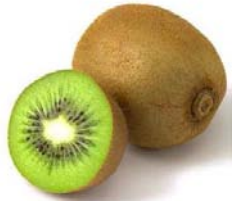
- Chimiothérapie
- Radiothérapie (complications aiguës → atrophie villositaire ou chroniques → nécrose intestinale → malabsorption)
- Chirurgie (résection plus ou moins étendues → malabsorption)

Diarrhées : prise en charge



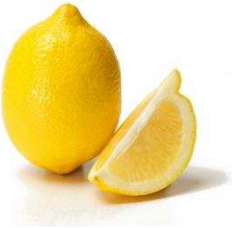
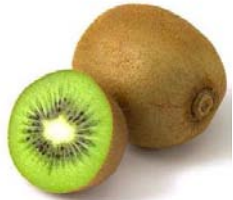
- Diarrhées aiguës (< 3 semaines)
 - Compenser les pertes en liquides et minéraux (boissons et aliments riches en Na, riches en K, boissons isotoniques)
 - Entretenir la flore intestinale (yaourt ou probiotique)

Diarrhées : prise en charge



- Diarrhées chroniques (> 3 à 6 semaines)
 - Choix des aliments suivant la tolérance du patient → pas de régime restrictif
 - Aliments qui augmentent la consistance des selles (eau de riz, jus de carottes, bananes écrasées, pomme râpée, flocon d'avoine)
 - Limiter aliments qui stimulent la motricité intestinale (repas copieux et riches en MG, café, boissons gazeuses)
 - Aliments qui ralentissent le transit (fibres hydrosolubles (pectine et inuline), fibres alimentaires fines (pain, riz et pâtes complètes)
- ➔ associées à un amaigrissement et à une altération de l'état général → malabsorption

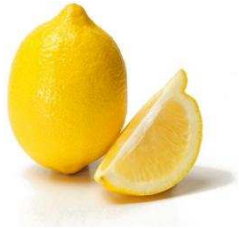
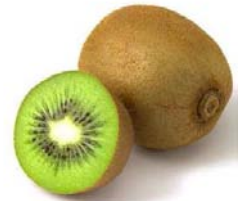
Constipation : prise en charge



- Apport hydrique suffisant et régulier
- Aliments riches en fibres sauf en cas de subocclusion intestinale (alimentation semi-liquide pauvre en fibres)
- Exercice physique
- Traitement médicamenteux



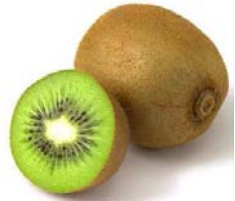
Au CHU



- 4500 à 5000 repas servis par jour (hors petit déjeuner)
- Concept de restauration repensé dans un esprit d'amélioration de la qualité en 2010
 - Prestations revues pour le petit déjeuner et les repas
 - Une production réorganisée en faisant appel à une société extérieure pour les plats principaux (chaîne froide)
 - Une nouvelle répartition des tâches



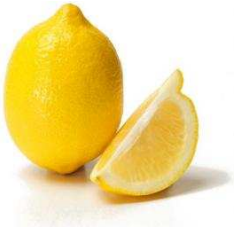
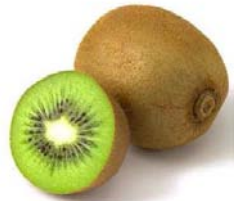
Au CHU



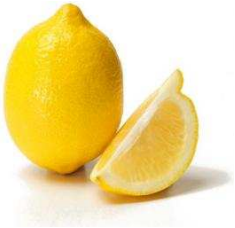
- Evaluation menée par l'UTNC en onco-pneumo
 - Les patients hospitalisés couvraient environ 60 % de leurs besoins
 - 40 % insatisfaits des la prestation restauration (odeur, goût, présentation...)

Au CHU

- Menus froids proposés à l'ensemble des patients fabriqués en cuisine satellite



Au CHU



- Action pilote en onco-pneumo et hémato pédiatrique :
 - Le patient choisit son plat cuisiné à H-1 ou moins (congélateur et stock dans le service, remise en t°)
 - Le plateau est servi avec le HO et le plat cuisiné désoperculé (odeur diluée, pas de film sur le plateau)
 - Possibilité pour certains patients de transférer le contenu dans une assiette en porcelaine
 - respect des règles HACCP

