

PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE DES CANCERS BRONCHIQUES



B. Bailleau
diététicienne
31 mai 2012



PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

Dans le plan cancer 2003-2007 la mesure 42 prévoit le développement des soins de support.



PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

OBJECTIF: Eviter la dénutrition

Cas de cancer des voies respiratoires: 60 à 90 % des patients sont ou deviennent dénutris

- **La dénutrition** → dégradation de l'état général (cachexie)
- altère la qualité de vie
- impact sur les systèmes de défense
- peut diminuer la réponse aux traitements
- augmente la toxicité des traitements
- déshydratation



EPIDÉMIOLOGIE

Multifactorielle

- Cancer: anorexie, douleur, dyspnée, anxiété, dépression
- Chimiothérapie
- Altération du goût et de l'odorat
- Dysphagies
- Nausées, vomissements
- Constipation
- Diarrhée
- Radiothérapie



PHYSIOPATHOLOGIE

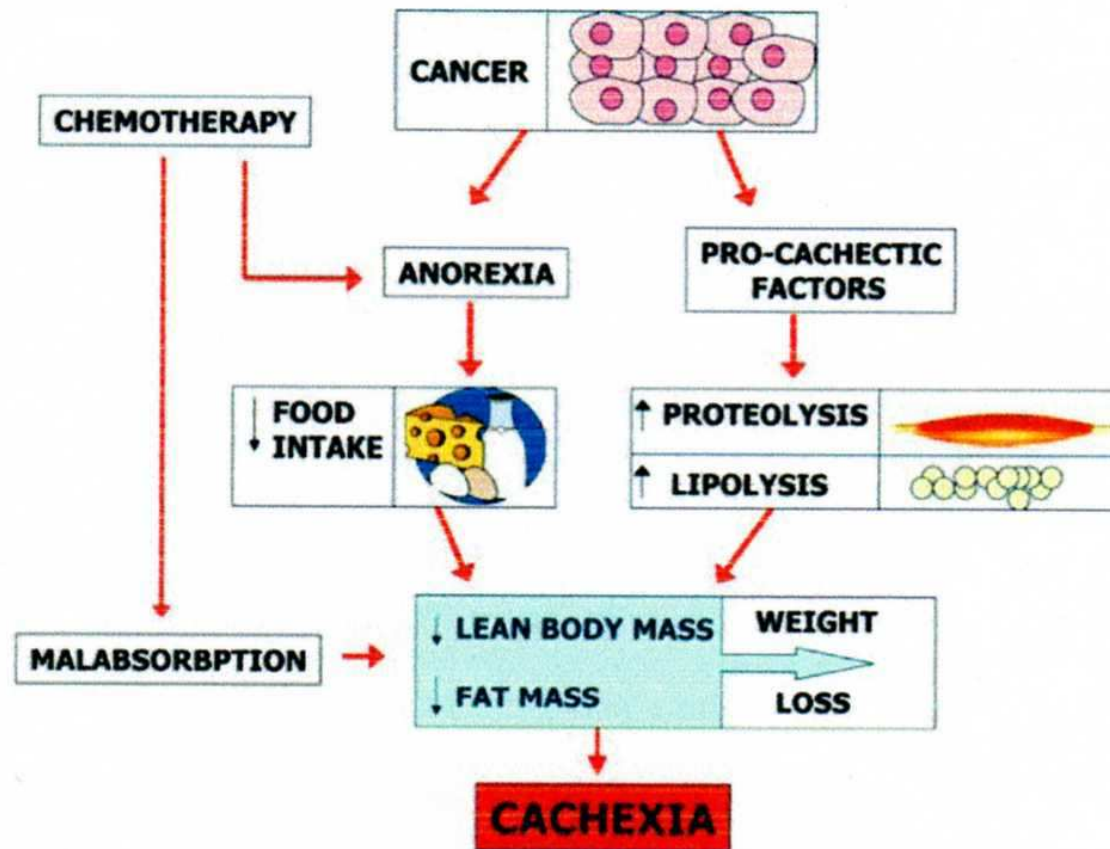


Fig. 1 – The pathogenesis of cancer cachexia is multifactorial.



PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

- **Paramètres cliniques**

- Taille
- Poids actuel et poids habituel → le plus utilisé dans le service
- Indice de masse corporelle

- **Paramètres biologiques**

- Albuminémie
- Protéine C réactive

- **Index de risque nutritionnel**

- $NRI: (1,519 \times \text{albumine g/l}) + 41,7 \times \text{poids actuel/poids habituel}$

Pas de dénutrition: $> 97,5$ dénutrition modérée: $83,5$ à $97,5$ dénutrition sévère: $< 83,5$



PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

U.T.N.C.
Unité Transversale
de Nutrition Clinique

Hôpital Rangueil
H2 – 5^{ème} étage



CODER E44 : Dénutrition modérée

CODER E43 : Dénutrition sévère

IMC		< 70 ans		≥ 70 ans	
		≤ 17		< 21	< 18
et / ou Perte de poids involontaire en %	En 1 mois	≥ 5	≥ 10	≥ 5	≥ 10
	En 6 mois	≥ 10	≥ 15	≥ 10	≥ 15
et/ou Albuminémie g/l		< 30	< 20	< 35	< 30
si MNA		< 17			

OUTIL DE DIAGNOSTIC

U.T.N.C
Unité Transversale
de Nutrition Clinique
Hôpital Rangueil
H2 - 5^{ème} étage



DIAGNOSTIC

Taille (m)	DENUTRITION		OBESITE
	Age < 70 ans	Age > 70 ans	Age < 70 ans
1,40	33	41	59
1,42	34	42	60
1,44	35	44	62
1,46	36	45	64
1,48	37	46	66
1,50	38	47	68
1,52	39	49	69
1,54	40	50	71
1,56	41	51	73
1,58	42	52	75
1,60	44	54	77
1,62	45	55	79
1,64	46	56	81
1,66	47	58	83
1,68	48	59	85
1,70	49	61	87
1,72	50	62	89
1,74	51	64	91
1,76	53	65	93
1,78	54	67	95
1,80	55	68	97
1,82	56	70	99
1,84	58	71	101
1,86	59	73	104
1,88	60	74	106
1,90	61	76	108

Pour les valeurs en dehors de cette grille, demander le calcul (interne, IDE)


**PAR RAPPORT AU POIDS ACTUEL,
SI LE POIDS IL Y A 1 MOIS OU 6 MOIS ETAIT SUPERIEUR
A LA VALEUR DANS LA COLONNE :
IL Y A DENUTRITION**

Poids actuel	Poids il y a 1 mois	Poids il y a 6 mois
45	47	50
47	49	52
49	51	54
51	54	56
53	56	58
55	58	61
57	60	63
59	62	65
61	64	67
63	66	69
65	68	72
67	70	74
69	72	76
71	75	78
73	77	80
75	79	83
77	81	85
79	83	87
81	85	89
83	87	91
85	89	94
87	91	96
89	93	98

Pour les valeurs en dehors de cette grille, demander le calcul (interne, IDE)

PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

Indispensable: taille, poids habituel, poids actuel

Annonce du diagnostic  1 ère hospitalisation
1er contact avec la diététicienne

- ***Poids habituel conservé*** : évaluation nutritionnelle rapide et conseils simples
- ***Légère perte de poids*** : évaluation chiffrée « des consommations » → % de diminution des apports énergétiques → prévenir la dénutrition
- ***Dénutrition avérée*** : évaluation des consommations : si \leq à 2/3 des apports habituels: prise en charge diététique.

(Prescription d'un orexigène?)




PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

IMC normale : 18,5 - 25

Calcul du pourcentage de perte de poids :

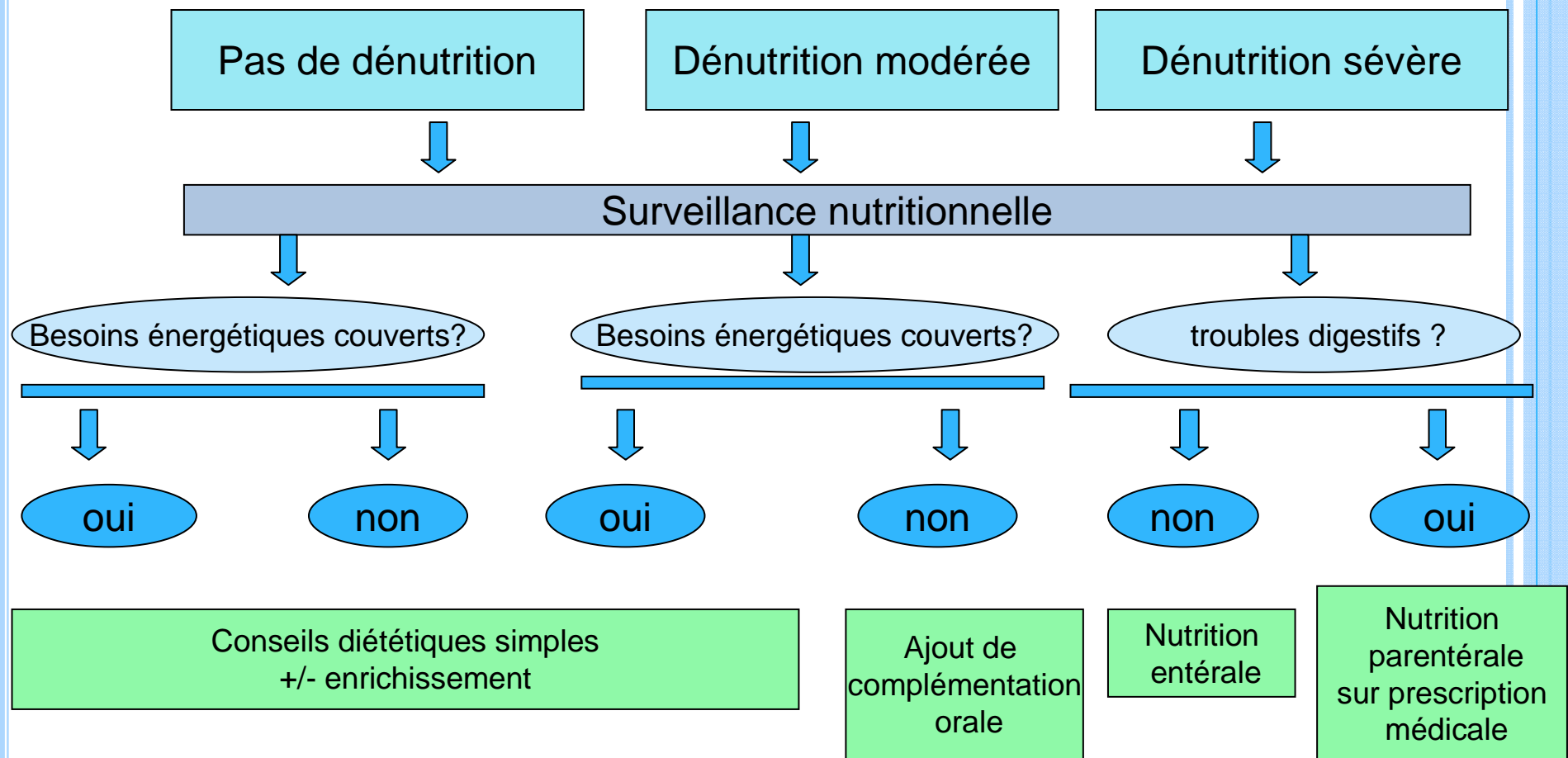
perte de poids (en kilos)/poids habituel : $\geq 5\%$ en 1 mois
et/ou $\geq 10\%$ en 6 mois → dénutrition

- ***Evaluation des besoins énergétiques***  ≥ 30 kcalories x kilo de poids habituel ou (IMC idéal à $\square 22$)
- ***Evaluation des besoins protidiques*** : 0,8g à 1,25g par kilo de poids
- ***Evaluation de l'hydratation*** : (40 ml /kg)
- ***Prise en compte de l'état du patient***: digestif, dentition, mucite, mycose, dysphagie...
- ***Social***: seul ou non, qui fait la « cuisine »....



PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

1^{ère} évaluation nutritionnelle

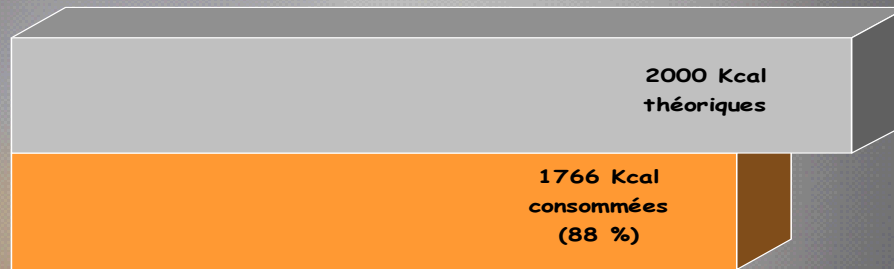


PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

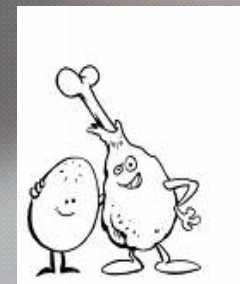
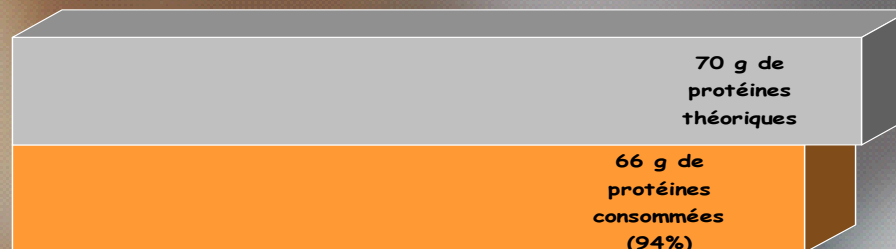


4. Enquête de la perte de poids chez les patients suivant une chimiothérapie en hôpital de jour

Estimation calorique à domicile



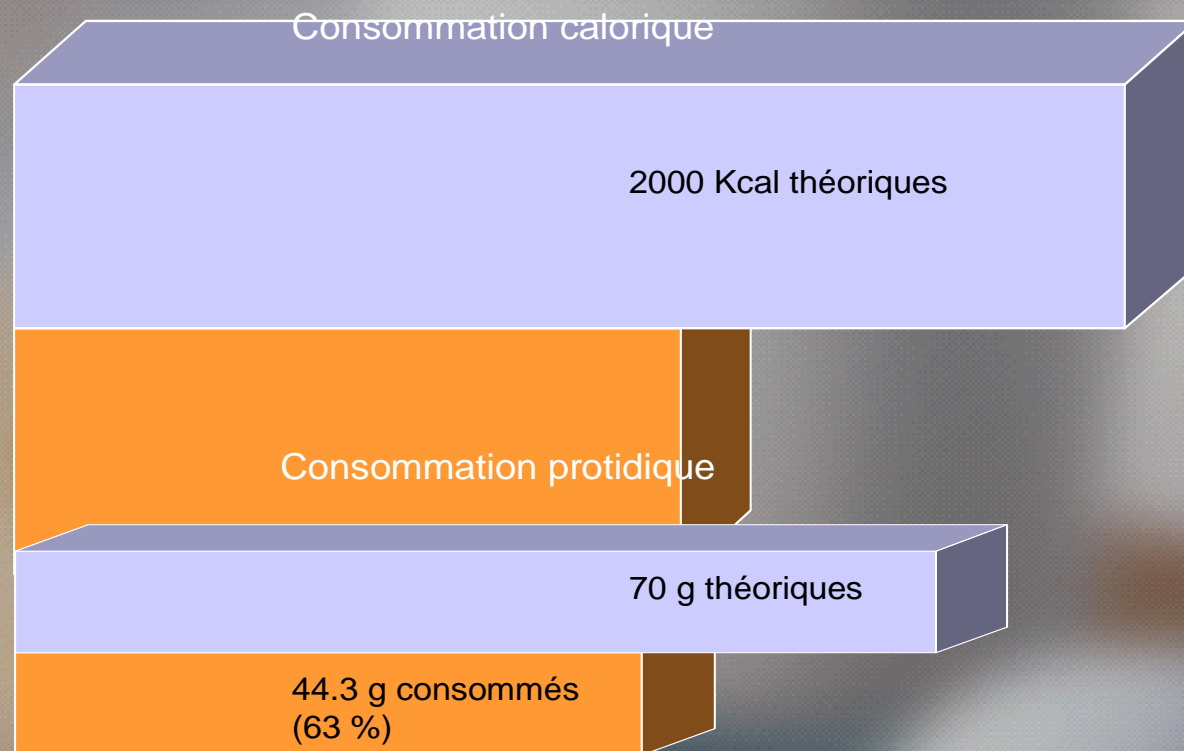
Estimation protidique à domicile



Prise en charge nutritionnelle



2. Enquête quantitative et qualitative de la prise alimentaire en hospitalisation traditionnelle



PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

Objectif: stopper la perte de poids et couvrir les besoins nutritionnels

- ***Enrichissement*** : aliments denses en calories de faible volume
- ***Exclure les régimes restrictifs***
- ***Fractionner*** : 3 repas principaux + 2-3 collations
- ***Consistance adaptée*** (tendre à molle)
- Tenir compte du ***goût*** des patients et de leur ***état digestif***
- Proposer des ***menus sans odeurs*** (ex: repas froids, aliments neutres)
- Si insuffisant: prescription de ***Compléments nutritionnels oraux***



PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

Complémentation orale

- **Lactés liquides** (avec ou sans lactose)
ex: 200ml pour 300 kcal, 20g de protides ,
400 kcal , 20g de protides
300ml pour 600kcal, 30g de protides, 300ml pour 725kcal
- **Entremets** 125 à 200g → 200 à 300kcal , 10 à 15 g de protides.
- **Jus de fruits** 200ml → 250 à 300kcal , 0 Lipide, 8g de protides
- **Potages** 200ml → 300kcal, 12 à 15g de protides
- **Biscuits** (nutri-énergie) 56g → 285 kcal, 6g de protides
- **Plats mixés** 300g → 300 à 550 kcal, 21 à 30g de protides

Important: conseiller de ne les prendre qu'après la période de nausées.

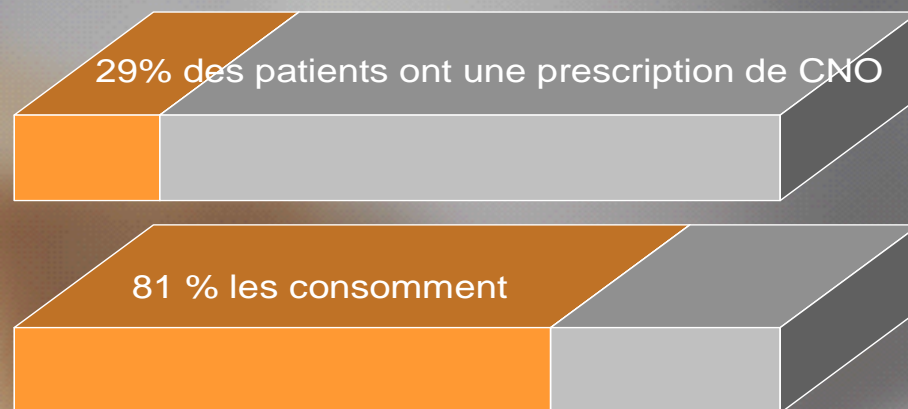
(Si insuffisant, compléter avec une nutrition artificielle: **entérale** ou **parentérale**)

PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE



4. Enquête de la perte de poids chez les patients suivant une chimiothérapie en hôpital de jour

Les CNO



PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

Nutrition entérale

- **Tube digestif fonctionnel** → alimentation **entérale** (SNG ou gastrostomie)

- *Mélanges polymériques, nutriments peu ou pas dégradés*

- digestion complète dans le tube digestif (*avec ou sans fibre*)

- *Mélanges semi-élémentaires, nutriments partiellement dégradés et hydrolysés*

- **Tube digestif non fonctionnel** → alimentation **parentérale**



PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

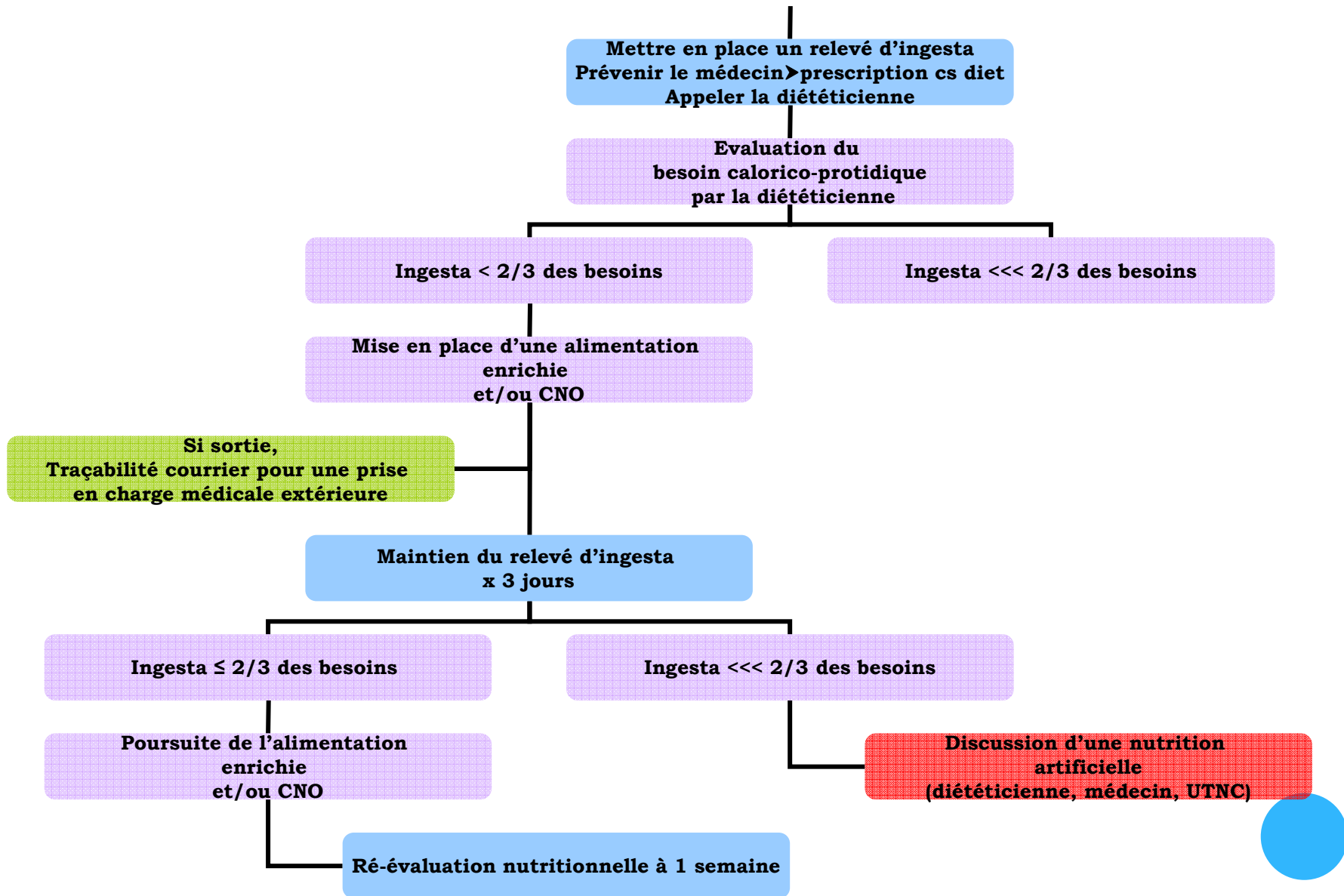
Nutrition parentérale

- Si apports ≤ 1200 kcal durée \leq à 10 jours: voie veineuse périphérique ou centrale
- Si apports ≥ 1200 kcal durée \geq à 10 jours: voie centrale obligatoire

Mélanges ternaires	Mélanges binaires
Acides aminés + glucides +lipides -kabiven: 1litre \longrightarrow 900 kcal -olimel N7: 1litre \longrightarrow 1200 kcal 1litre 500 \longrightarrow 1800kcal <i>Rajouter polyvitamines et oligoéléments</i>	Acides aminés + glucides -Aminomix: 1litre 500 \longrightarrow 1020 kcal 2 litres \longrightarrow 1360kcal <i>Rajouter polyvitamines et oligoéléments</i>



Prise en charge de la dénutrition



PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

PROJET RESTAURATION

Amélioration de la restauration dans le service d'onco-pneumologie:

- Horaires des repas flexibles
- Multiplication de plats surgelés mis à disposition
- Hygiène et traçabilité (protocole)
- Collations multiples (chaudes et/ou froides)
- Vaisselle non plastifiée.....



CAS CLINIQUE

Mme P. Simone, 56 ans, adénocarcinome bronchique, 1m63, poids habituel 66kg, poids actuel 58kg à la 1^{ère} cure de chimiothérapie, IMC: 21,8 perte de poids: 12,12% en 10 semaines. Besoins \geq 1900kcal, 60g de protides.

C1	C2	C3	C4	C5	C6
58kg	58kg	59kg	56,5	58kg	59,5kg
Anorexie +/- nausées <i>Conseils: enrichir alimentation (ne veut pas de CNO)</i>	Poids stable +/- anorexie <i>Revu conseils et alimentation fractionnée</i>	Mycose (3 jours) <i>consistance lisse , accepte CNO</i> <i>Répond au traitement</i>	Dysphagie <i>Accepte SNG 1000kcal la nuit + oral: \geq 900 Kcal</i>	A ↓de250ml (6 nuits) <i>Ingesta: 1400 kcal + 750 AE, 2150kcal dont 400 de CNO</i>	Reprise de poids <i>Proposition de garder l'AE jusqu' à reprise complète de l'appétit</i>

Consultation à 1 mois : 60 kg, suppression de l'alimentation entérale.

CONCLUSION

- **Une bonne prise en charge de la dénutrition permet:**
 - Une amélioration de la qualité de vie du patient et de son entourage
 - Une meilleure tolérance des traitements
 - Un risque moins important d'infections
 - Une hospitalisation plus courte



Merci de votre attention

