

L'Alimentation : le traitement oublié



Laurence Lefèbvre, Diététicienne
spécialisée en oncologie
et
Asuncion Ballarin, stomathérapeute
en nutrition clinique
Hopital ERASME
25/11/2018

3 situations :



L'alimentation

Avant

Pendant

Après

un cancer

Pourquoi ?



1. Diminuer le risque de l'apparition d'un cancer
2. Diminuer le risque de l'apparition d'autres maladies

Comment?



1. Maintenir un poids sain
2. Avoir une activité physique régulière
3. Avoir une alimentation équilibrée et la plus variée possible

- Pas ou peu d'alcool
- Limiter la viande rouge et les charcuteries (salaisons)
- Consommer 5 à 8 portions de fruits et légumes par jour (en variant le plus possible)
- Consommer des produits à base de céréales complètes

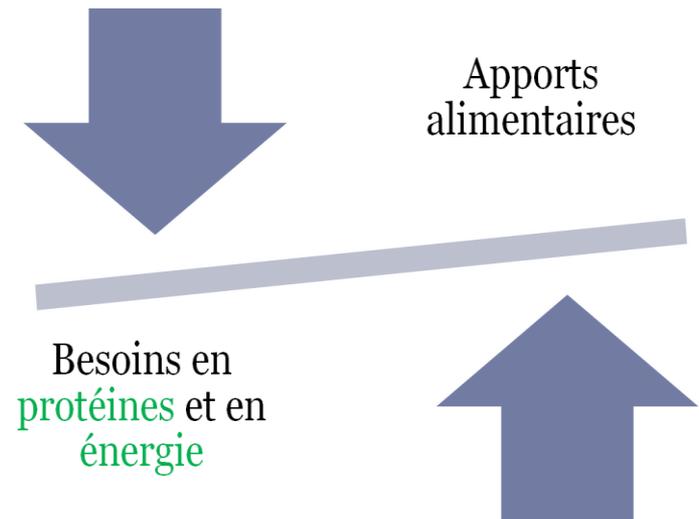


L'alimentation



Lutter contre la dénutrition est la priorité absolue

« La dénutrition correspond à un état pathologique de perte de tissu musculaire et/ou adipeux résultant, en cancérologie, à la fois d'une réduction de l'alimentation orale mais aussi d'anomalies métaboliques telles que l'inflammation, l'hypermétabolisme et l'hypercatabolisme. Signes cliniques associés : perte de pds de >2% ou 5 % avec sarcopénie ou inflammation».

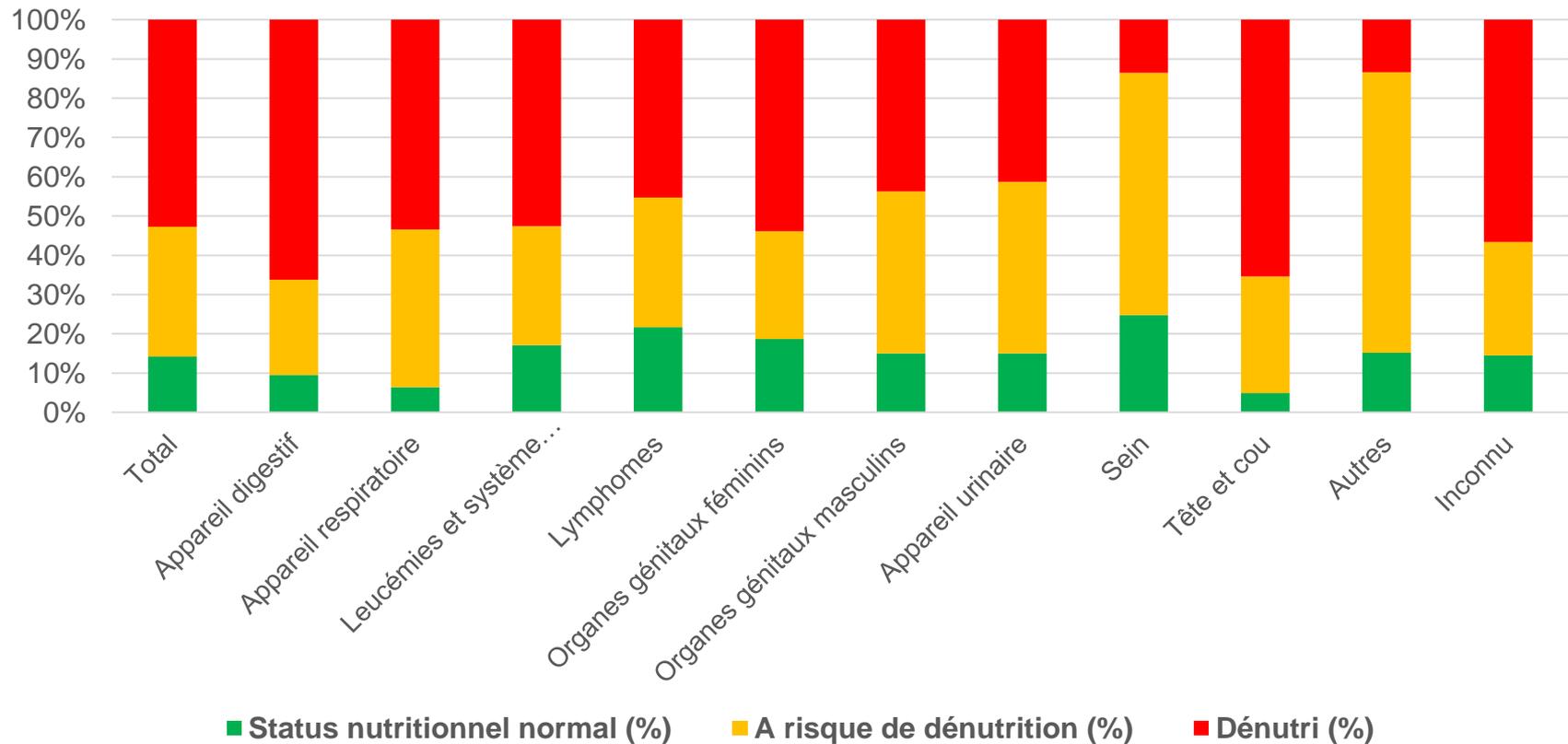


- La prévalence de la dénutrition est de 40% tous cancers confondus. Elle est la même qu'il y a 30 ans.¹
- Une perte de poids supérieure à 15% est associée à une altération du pronostic indépendamment de la maladie tumorale.²
- La dénutrition serait directement responsable du décès des malades dans 5-25% des cas.²

¹ Hébuterne X., Nutr Clin Metab, 2006

² Senesse P., Cancer Treat Rev

Etat nutritionnel en fonction du type de cancer



Charette N & al, Nut Clin Biol 2014

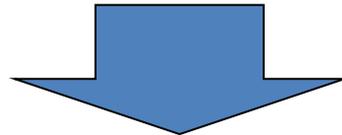


1. La maladie (troubles métaboliques, patho. anorexigène)
2. Les traitements (effets secondaires)
3. La dépression
4. Le temps (app. maladie et prise en charge)



1. ↑ du taux inflammatoire
2. ↓ du dosage des traitements
3. Altération de la qualité de vie
4. ↑ de la durée d'hospitalisation
5. Perte de mobilité
6. ↑ de la mortalité

- Lutter contre la dénutrition
 1. Dépistage rapide du risque de dénutrition (avant qu'elle ne s'installe).
 2. Evaluer les patients ttes les semaines : la dénutrition peut s'installer en court d'hospitalisation.
 3. Assurer un suivi des patients dénutris au min. 1x par semaine.
 4. Donner des conseils pratiques pour l'enrichissement des repas (nat, poudres, SNO).
- Lutter contre les effets secondaires (E.S.)
 1. Personnaliser l'alimentation en fct. des E.S.
 2. Limiter les interdits alimentaires mais adapter l'alimentation à la tolérance du patient.



Référer en consultation onco-diététique

Date:

Nom de l'infirmière :

Evaluation de l'état nutritionnel de :

Etiquette patient



Pds:Kg

Taille:M

B.M.I. :Kg/m²

Perte de poids involontaire :Kg en combien de tps:

Document à transmettre au service diététique

Par mail ou fax : laurence.lefebvre@erasme.ulb.ac.be ou 02/555.65.93

B3 - 1	Efficacy of nutritional intervention
Strength of recommendation STRONG	<i>We recommend nutritional intervention to increase oral intake in cancer patients who are able to eat but are malnourished or at risk of malnutrition. This includes dietary advice, the treatment of symptoms and derangements impairing food intake, and offering oral nutritional supplements.</i>
Level of evidence	Moderate
Questions for research	effect of advice and ONS on outcome

Arbre décisionnel du soin nutritionnel

Évaluation de l'état nutritionnel¹
+ Évaluation des besoins protéino-énergétiques²
+ Évaluation des ingesta³

Pas de
dénutrition

Dénutrition
modérée

Dénutrition
sévère

Ingesta
= besoins

Ingesta < 2/3
des besoins

Ingesta > 2/3
des besoins

Ingesta < 2/3
des besoins

Poids
1 fois/semaine

Alimentation enrichie
CNO

Tube digestif fonctionnel

Réévaluation
1 fois/semaine

OUI

NON

Prise de poids
Ingesta = besoins

Perte de poids
Ingesta < besoins

Nutrition
entérale

Echec

Nutrition
parentérale

Poursuite
CNO

Court terme
(<4 semaines)
SNG

Moyen/long terme
Gastro/jéjunostomie

Court terme
(< 2 semaines)
VVP

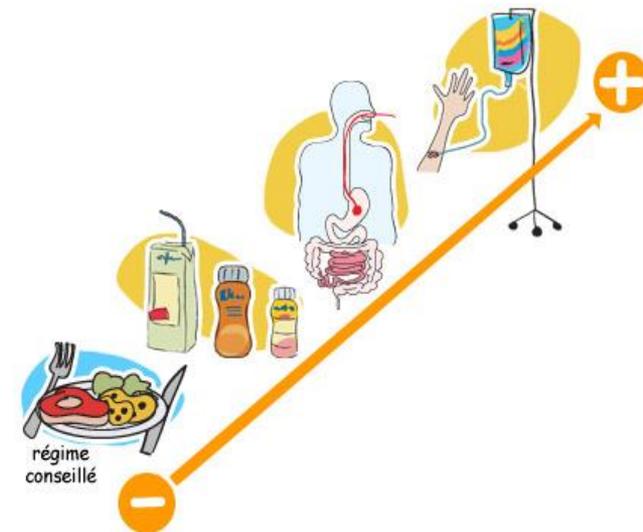
Tous termes
VVC

Veiller à combler les besoins nutritionnels:

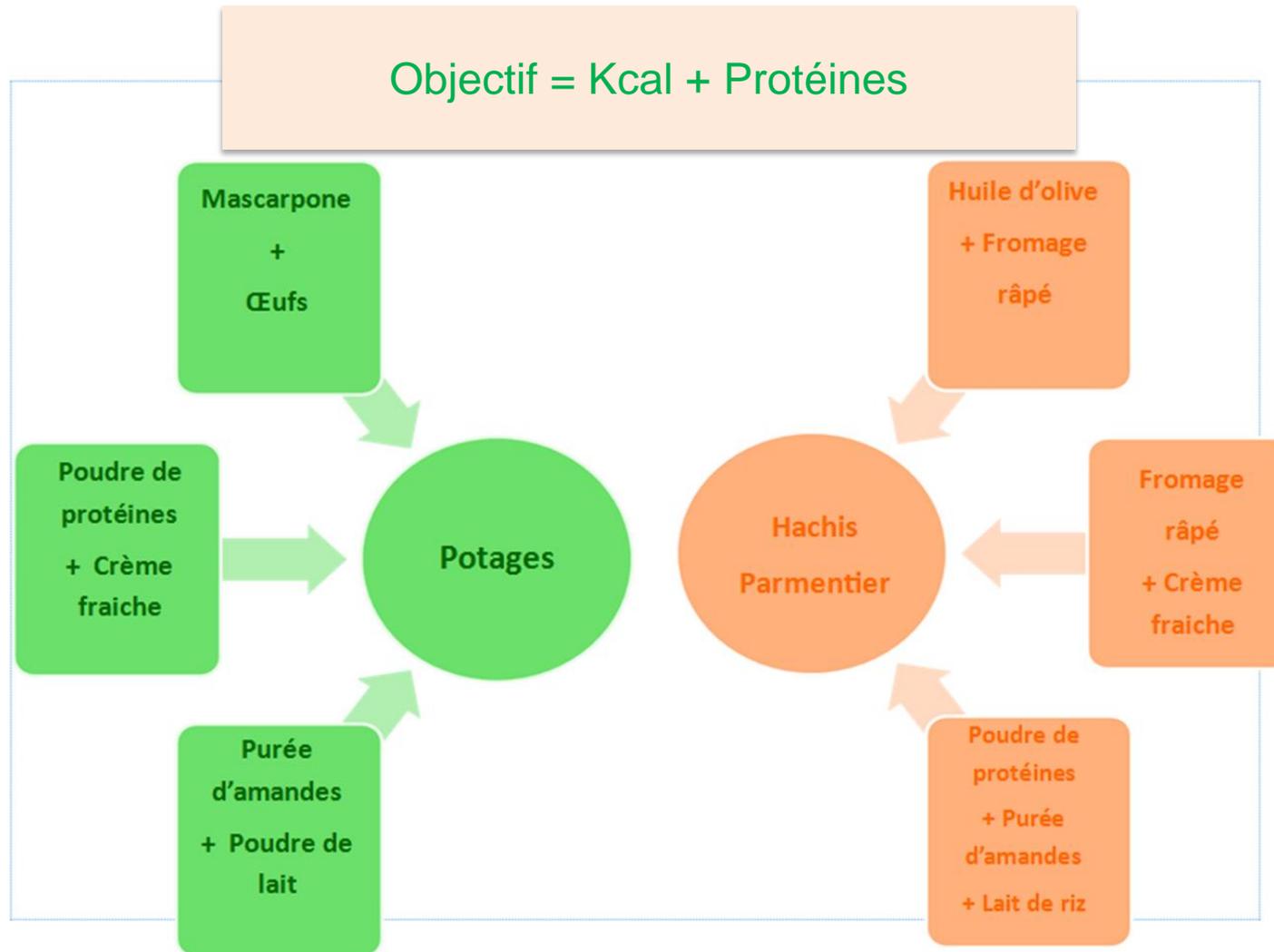
30 à 35 kcal/kg/j et 1,2 à 1,5 g de prot/kg et par j*

Outils:

- Adaptation de l'alimentation aux goûts du patient
- Enrichissement naturel (œuf, crème, fromage,...)
- Fractionnement de l'alimentation (6-8 r)
- Adaptation des textures si besoin
- Utilisation de poudres modulaires
- Utilisation de CNO 
- Utilisation de nutrition médicalisée NE, TPN



* traité de nutrition clinique SFNEP 2016





Atelier de cuisine destiné aux patients atteints d'un cancer

Ateliers orchestrés par un chef de cuisine et une diététicienne travaillant en oncologie

- Réaliser des recettes enrichies, simples et rapides à reproduire
- Utiliser différents types d'enrichissements protéino-caloriques pour chaque recette.
- Proposer des recettes reproductibles et interchangeables.



ALIMENTATION ET CANCER ATELIER DE CUISINE

Encadré par Julie Verbeke, chef Colours Kitchen
et Laurence Lefèbvre, diététicienne -Hôpital Erasme

PROGRAMME:

Un cours de cuisine destiné aux patients atteints d'un cancer (ou à un aidant proche) axé sur des techniques d'enrichissement de l'alimentation.

Apprenez à cuisiner vous-même des recettes simples, appétissantes et bénéfiques pour votre santé.

Dégustation et échange autour des plats préparés.

Vendredi 21 octobre 2016
de 10h30 à 13h30

Atelier Co-oking
Rue Henri-Joseph Genesse 34
1070 Anderlecht

INSCRIPTION et INFORMATIONS :

Julie Verbeke de Colours Kitchen
0475/69.64.97

julie@colourskitchen.com

10€ par atelier

B4 - 1	Exercise in combination with nutrition
Strength of recommendation STRONG	<i>We recommend maintenance or an increased level of physical activity in cancer patients during and after curative anticancer treatment to support muscle mass, physical function and metabolic pattern.</i>
Level of evidence	High
Questions for research	effect of physical activity on outcome



Réalisation d'un travail de fin d'étude commun entre une future diététicienne et une future Kinésithérapeute : « Déterminer l'impact sur la masse musculaire d'une prise en charge Couplée Kiné/diététique chez des patients hospitalisés pour une pathologie hématologique maligne à l'hôpital ERASME».

Le jeûne

Les compléments alimentaires non prescrits

La restriction glucidique

Lutter contre les idées reçues pouvant mettre en péril l'avenir des patients

B3 - 2	Low efficacy of special diets
Strength of recommendation STRONG	<i>We recommend against dietary provisions like “anticancer diets” which restrict energy intake in patients with or at risk of malnutrition.</i>
Level of evidence	Low
Questions for research	

L'alimentation



un cancer

« L'alimentation équilibrée aide le corps à se défendre
contre la maladie »



Conseils pour la prévention primaire



Promouvoir l'activité physique



Contrôle de poids (ex: K du sein)

Alimentation variée et naturellement riche en vitamines et antioxydants



- Le ralentissement de l'accroissement des cellules tumorales
- La promotion de l'apoptose
- L'inhibition de l'angiogénèse



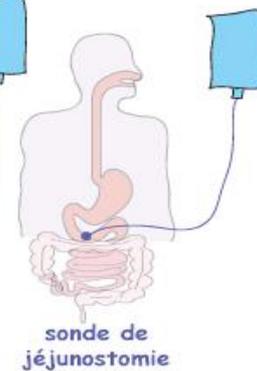
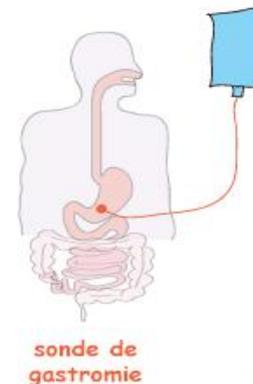
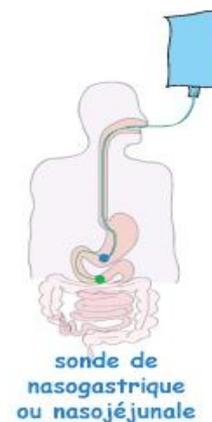
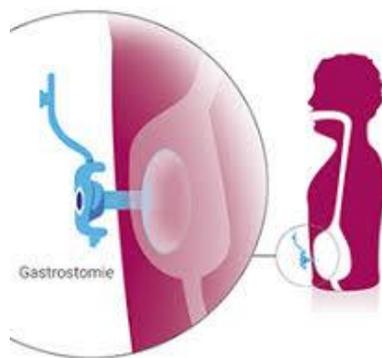
- Meilleure tolérance des traitements
- Meilleure récupération fonctionnelle suite aux traitements
- Aspects psychologiques : amélioration de l'image corporelle et de la qualité de vie

« Un programme de soutien nutritionnel bien conduit permet d'améliorer le pronostic et la qualité de vie des malades »

B3 - 3	Modes of nutrition
Strength of recommendation STRONG	<i>We recommend enteral nutrition if oral nutrition remains inadequate despite nutritional interventions, and parenteral nutrition if enteral nutrition is not sufficient or feasible.</i>
Level of evidence	Moderate
Questions for research	effect of EN or PN or combinations on outcome

Dénutri, incapable de maintenir une alimentation orale couvrant 60% ses besoins pendant plus de 7 à 10 jours

La voie entérale est à privilégier sauf si le tube digestif n'est pas fonctionnel, inaccessible

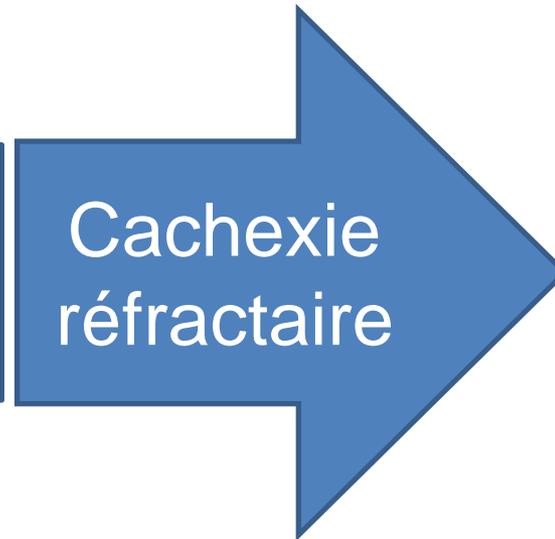


Support nutritionnel



Pré-
Cachexie

Cachexie



Décès

Perte de poids \leq 5%
Anorexie

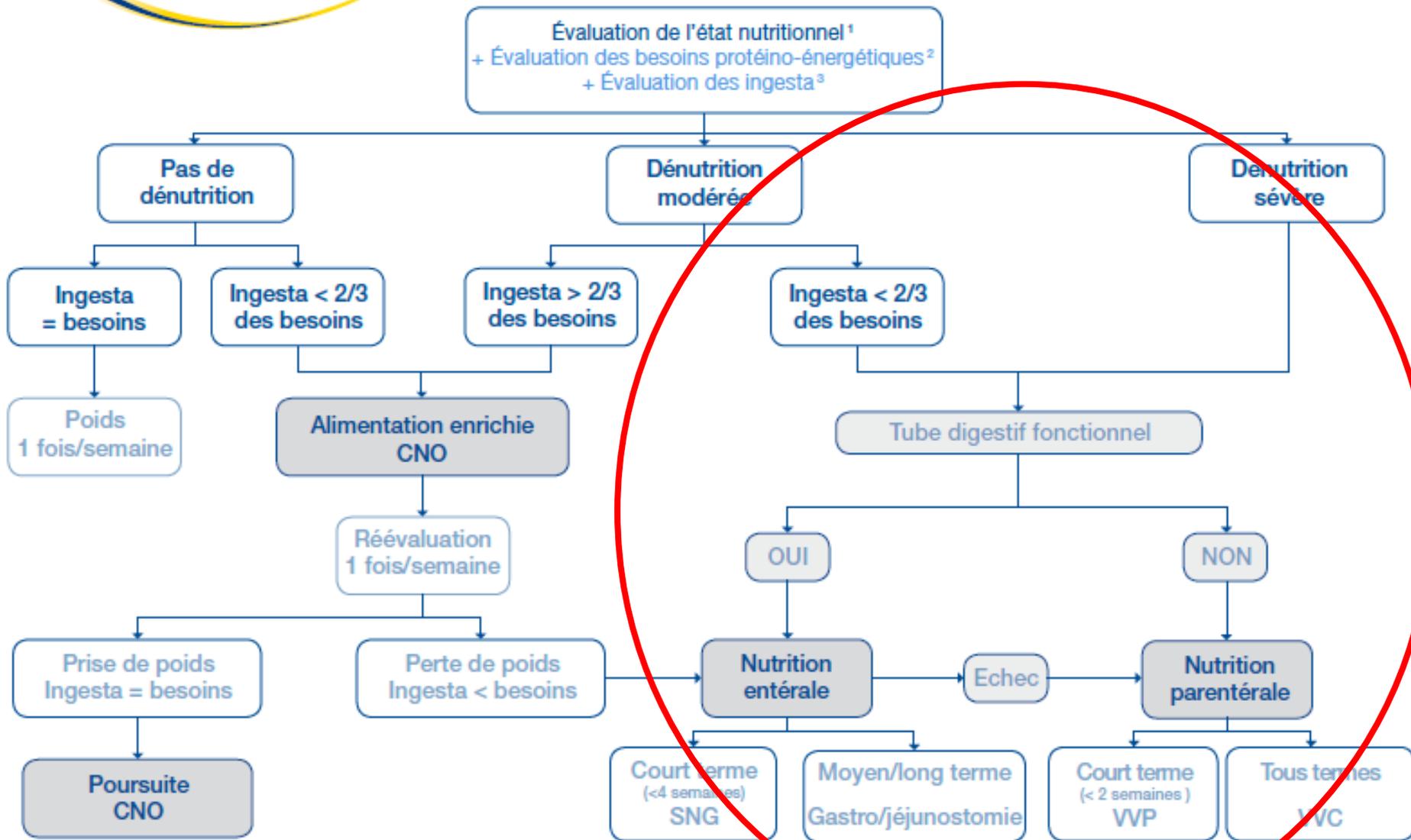
Perte de poids $>$ 5%
IMC $<$ 20
Sarcopénie

Cachexie
Pas de réponse aux traitements
anticancéreux
KS $<$ 50%
Survie estimée à $<$ 3 mois

Dépistage de la dénutrition



Arbre décisionnel du soin nutritionnel



Alimentation entérale

1) Court terme < 2 à 3 semaines

SNG

SNJ (positionnée dans le jéjunum par voie endoscopique)

Polyuréthane (6 à 8 sem.)

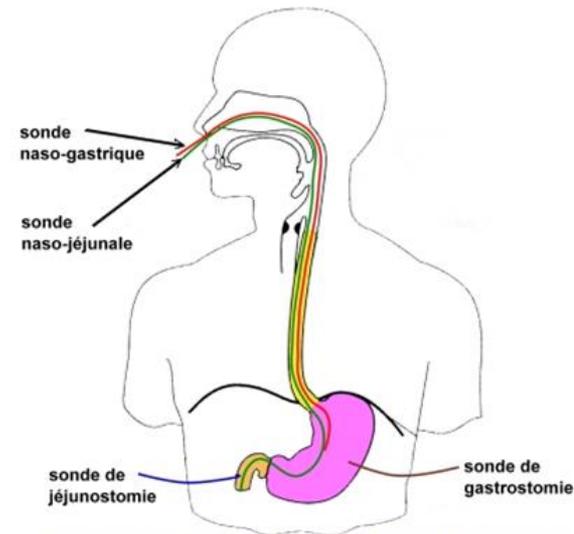
Silicone

2) Long terme > 1 mois

Gastrostomie

Jéjunostomie

Gastrojéjunostomie



Les différentes sondes utilisées pour l'alimentation entérale

Guidelines ESPEN, 2005
HEBUTERNE X., *Clinical Nutrition*, n° 24, 2005, p849

SNG

Souple

Polyuréthane ou silicone

Charrière 8 à 12 ou 14 FR

Soins:

- Soins du nez, bouche
- Fixation : pink tape
- Mobilisation, contrôle de la position
- Rinçage de la sonde

Repère au marqueur
indélébile sur la sonde

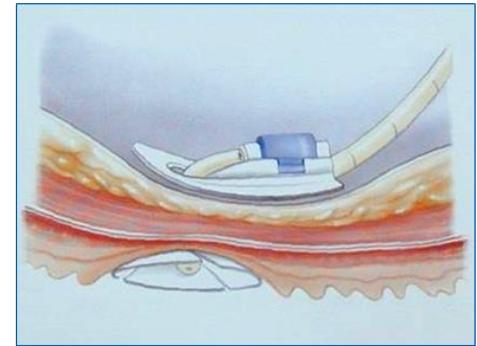


Comment est-elle proposée?
Augmente la prise alimentaire!



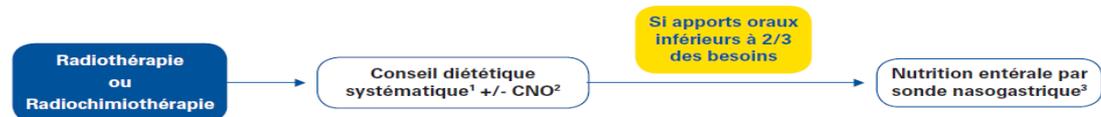
- Recommandations dans le cancer des voies aérodigestives supérieures

- NE fait partie du traitement
- Néoplasie ORL et gastro**
 - Radio et chimiothérapie
 - Gastrostomie



Recommandation de l'ESPEN

- Hématologie**
 - Greffe de cellules souches
 - Leucémie aigue (jour 1 post-chimio)
 - Sonde nasogastrique



La nutrition parentérale n'est pas recommandée.

**Le syndrome de renutrition
inapproprié**
Pneumonie d'inhalation
Diarrhées
Nausées, vomissements
Constipation
**Obstruction des sondes
médicament par sonde**
Complications cutanées et fuites



Administration

- Position du patient
 - ✓ Position assise ou semi-assise
 - ✓ Flacon 1m au-dessus de la tête si gravité
- Conservation des produits
 - ✓ Température ambiante si non ouvert
 - ✓ 24H au frigo si ouvert
 - ✓ Administration sur 24H maximum
- Rinçage
 - ✓ Avant et après alimentation et médicaments
 - ✓ 1x/8H si sonde non utilisée (dépend du calibre)



- Site d'alimentation
- Mode d'administration
 - Pompe/bolus/gravité
 - Continu/discontinu
 - Diurne/nocturne
- Calculer les besoins, prescrire les produits
- Vitesse d'administration, tolérance



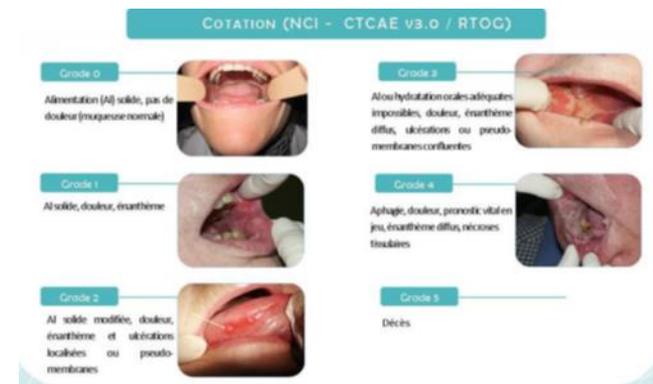
Privilégier la tolérance à la NE plutôt que l'abondance car risque de tout laisser tomber

- Administration de médicaments par sonde
- Règles d'hygiène, soins
- Complications

- Inflammation de la muqueuse qui recouvre l'intérieur des cavités et des viscères. C'est une des toxicités chimio et/ou radio induites. Ces lésions peuvent aller jusqu'à la nécrose.
- La mucite buccale est également appelée stomatite.

- Chimio et radiothérapie
- Augmentation de la mucite
 - 43% des mucites (chimio)
 - 21% des mucites (radiothérapie)

- Complications
 - Diminution de la tolérance thérapeutique
 - Interruption du traitement
 - Augmentations des infections
 - Augmentation de la durée de séjour



- Diarrhée, nausée, vomissement
- Malabsorption
 - TPN
- Existe une classification
 - Stade 1 à 4
 - Si plus de 6 nausées: TPN
 - Si plus de 7 selles/jour : TPN
 - Douleur empêche de manger
 - Privilégié la NE



Nutrition entérale ou nutrition parentérale en cancérologie?

Nutrition entérale

Cancer des VADS

Séquelles de cancer digestif:
oesophagectomie, gastrectomie, DPC

Chimiothérapies

Grefe de moelle

Pré-op de chirurgie digestive

Post-op précoce de
chirurgie digestive

CHIP

Pré-op et post-op de
chirurgie non digestive

Nutrition parentérale

Séquelles de cancer digestif: grêle
court, entérite radique, occlusion
chronique

Carcinose péritonéale avec
syndrome occlusif

Echec d'une nutrition entérale
bien conduite

Complications digestives post-
opératoires sévères : abcès, fistules...

VADS : voies aéro-digestives supérieures; DPC : duodéno-pancréatocomie céphalique; CHIP : chimio-hyperthermie intra-péritonéale

- L'assistance nutritionnelle est souvent nécessaire chez les malades cancéreux

- La voie entérale doit être privilégié en cas de dénutrition sévère

- En situation palliative
 - L'assistance nutritive peut être proposé :
 - Incapacité de se nourrir
 - Pronostic sup. à 3 mois
 - État général



L'ALIMENTATION LE PREMIER TRAITEMENT