

Réseau Ville-Hôpital de Cancérologie du Val-de-Marne Ouest

Nutrition et pathologie néoplasique

DANS LES AFFECTIONS CANCÉREUSES

Avec le soutien
de la Ligue contre
le cancer
du Val-de-Marne



Mars 2004
revu en janvier 2006

TABLE DES MATIERES

RISQUE NUTRITIONNEL	1
NUTRITION PARENTERALE A DOMICILE (NPAD)	2
NUTRITION ENTERALE A DOMICILE (NEAD)	5
ALIMENTATION ENRICHIE, COMPLEMENTATION ORALE, MEDICAMENTS OREXIGENES	9
REFERENCES	12

Réseau Ville-Hôpital de Cancérologie du Val-de-Marne Ouest

Nutrition et pathologie néoplasique

Réseau Ville-Hôpital de Cancérologie
du Val-de-Marne Ouest

• Onco 94 Ouest

CHSP – 24 rue Albert Thuret
94 669 Chevilly-Larue Cedex

Tél : 01 46 63 00 33 Fax : 01 46 63 19 28

email : contact@onco94.com

Site internet : www.onco94.org

Association Loi 1901

n° SIRET : 443 872 411 00014 – n° APE : 913 E

GRUPE DE TRAVAIL ANIME PAR

- ◆ Dr Sami Antoun • Nutritionniste • IGR • Villejuif
- ◆ Mme Ginette Rossignol • Diététicienne • IGR • Villejuif

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

- ◆ Dr Frédéric Anxolabehere • Médecin généraliste • Villejuif
- ◆ M. Laurent Cenard • Coordonnateur Onco 94 Ouest • Chevilly-Larue
- ◆ M. Jean-Pierre Charré • Infirmier libéral • L'Hay les roses
- ◆ M. François Creachcadec • Infirmier libéral • Champigny-sur-Marne
- ◆ Dr Madeleine Favre • Médecin généraliste • Vincennes
- ◆ Dr Alain Felix • Médecin généraliste • Vitry-sur-Seine
- ◆ M. Patrick Gouyon • Infirmier libérale • Le Perreux-sur-Marne
- ◆ M. François-Yves Kereun • Infirmier libérale • Villeneuve-Le-Roi
- ◆ Mme Monyque-Marie Lecouteur • Infirmière libérale • Le Plessis-Robinson
- ◆ Dr Bernard Legouy • Médecin généraliste • Arcueil
- ◆ Dr Ali Mansouri • Médecin généraliste • Villejuif
- ◆ Dr Philippe Marian • Médecin généraliste • Arcueil
- ◆ M. John Pinte • Infirmier libéral • Vitry-sur-Seine
- ◆ Dr Pierre Ruffié • Oncologue thoracique • IGR • Villejuif
- ◆ M. Jean-François Ruys • Onco 94 Ouest • Chevilly-Larue
- ◆ Mme Sylvia Sanhueza • Infirmière libérale • Le Plessis Robinson
- ◆ Mme Béatrice Schaefer • Infirmière libérale • Créteil

RISQUE NUTRITIONNEL

Premier niveau

Tous acteurs de soins : médecin, infirmier(ère), diététicienne, aide soignant, auxiliaire de vie.

Évaluation	oui	non
IMC < 20,5 (Poids / Taille ²)		
Perte pondérale au cours des 3 derniers mois		
Diminution des apports alimentaires pendant la semaine qui précède l'évaluation		
Contexte clinique : <ul style="list-style-type: none"> ▼ chirurgie du tube digestif ▼ hospitalisation récente de durée > 2 semaines ▼ douleur non contrôlée ▼ asthénie, diminution performances physiques ▼ isolement social ▼ toxicité digestive radio et chimiothérapie (durée > 5 j) 		

Oui : s'il existe une seule réponse oui, l'évaluation niveau 2 est à faire

Non : si toutes les réponses sont non, évaluation rapprochée (poids, apports alimentaires hebdomadaires)

Évaluation niveau 2

Médecin traitant, médecine libérale

Présence d'anomalies biologiques	Situations néoplasiques particulières	Présence d'une diminution des apports énergétiques	Présence de situations catabolisantes
Taux plasmatiques Albumine < 35 g/l	Après chirurgie : gastrectomie, résections grêle (> 2 m.), colectomie	Toxicité digestive : diarrhée, mucite, vomissement (durée > 5 jours)	Hospitalisation récente de durée > 15 jours
Taux plasmatiques de transthyréline (préalb.) < 110 mg/l	Après greffe de cellules souches hématopoïétiques	Diminution des ingesta (infection)	Pathologie inflammatoire (infection) CRP > 50 mg/l ou traumatismes
	Tumeur ORL ou œsophagienne (dysphagie)	Douleur Isolement social, Diminution de mobilité	Décompensation de pathologie chronique : Insuff. cardiaque, BPCO cirrrose, diabète
OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON

Une seule réponse oui, la surveillance est rapprochée : poids, apports alimentaires.

Plusieurs réponses oui (>1) une assistance nutritionnelle associée à la surveillance est à envisager.

Avis nutritionniste si nécessaire : contact Onco Ouest 01 46 63 00 33

NUTRITION PARENTERALE A DOMICILE [NPAO]

Indications, prescriptions, surveillance

Indication : la nutrition parentérale à domicile peut être indiquée dans 5 situations

En pré opératoire :

La NA est indiquée pour les patients avec un amaigrissement >10% dans les 3 derniers mois.

En post opératoire :

La NP n'est pas nécessaire lorsque les procédures chirurgicales n'ont pas concerné le tube digestif (TD) ou uniquement sa partie distale.

Elle est recommandée :

1. patient amaigri (> 10% en 3 mois)
2. dans le cas particulier d'une NA préopératoire préalable
3. durée prévisible de la reprise de la N orale > 5 jours
4. lorsque la procédure chirurgicale est complexe, ou que la mise au repos du TD est nécessaire.

Situations pouvant compromettre l'autonomie nutritionnelle :

Gastrectomie, résections du tube digestif, syndrome de grêle court, entérite radique

Après une allo greffe de cellules souches hématopoïétiques

Situation palliative :

En présence d'une altération mécanique du transit digestif, en particulier en cas de carcinose péritonéale. Si la survie prévisible est > à 3 mois.

Besoins énergétiques, azoté et en micro nutriments

25-35 Kcal /kg/jours. Pour la majorité des patients : 1 500 à 2 200 Kcal / j
Il n'est pas nécessaire d'avoir des apports lipidiques quotidiens, l'apport de lipides minimal est de 2 x / semaine.

La supplémentation en éléments traces (ET) et en vitamines doit commencer avec la NP. Les besoins en Vit B1 et B6 sont augmentés chez les patients dénutris. Les apports en Zn, Se, et folinate de Ca sont systématiques 1 x / semaine ; ils sont administrés tout les 2 j en cas de pertes digestives.

Principes généraux de prescription

- L'administration continue et simultanée des 3 nutriments est recommandée.
- L'utilisation d'une pompe pour la perfusion des nutriments apporte plus de sécurité, mais nécessite la disponibilité de l'infirmière (alarme).
- Quand un apport supplémentaire d'électrolytes est nécessaire, celui ci doit se faire dans un soluté de cristalloïdes en « Y » et non dans la solution de nutrition.
- La NP est prescrite sur toute la durée du nyctémère, elle peut être cyclique. La vitesse de perfusion des émulsions à 20% ne doit pas dépasser 83 ml/h.

Surveillance

3

Avant de débiter la nutrition puis 1 fois / semaine

- **Données cliniques :** Poids
- **Données biologiques :** Ionogramme sanguin, P, Mg, Ca, TG, Cholestérol, Bilan hépatique, Bilirubine.

Si le patient est diabétique, la surveillance de la glycémie se fait plus rapprochée :
Albumine, Transthyréline (pré Albumine), C réactive protéine (CRP)

Complications

Les complications métaboliques sont fréquentes :

- L'hyperglycémie peut exister en l'absence d'antécédents de diabète.
- Des troubles hydro électrolytiques peuvent apparaître évoquant un syndrome de renutrition : Hypo K, hypo Mg, hypo P, carence en vit B1.
- Les anomalies du bilan hépatique sont fréquentes. On note une élévation modérée des transaminases, des phosphatases alcalines et de la bilirubine. La diminution des apports lipidiques améliore parfois les examens biologiques.
- Lorsque la NP est exclusive, l'échographie abdominale montre la présence d'un « sludge » ou « boue vésiculaire » de la vésicule biliaire.

Les complications infectieuses de dispositifs intraveineux
Conduite à tenir :

- **Devant un syndrome fébrile** chez un patient porteur d'un cathéter :
hémocultures en périphérie et sur le cathéter (en fonction des conditions locales) ; autres examens orientés, le cas échéant (ECBU, radiographie pulmonaire...)
En l'absence d'autre point d'appel, de signes de gravité (choc septique) et de signes locaux : attendre les résultats des hémocultures ; dans le cas contraire : hospitaliser.
- **Devant une réaction inflammatoire** au niveau de l'orifice d'entrée du cathéter :
il n'y a pas d'indication à le retirer en l'absence de pus.
- **Devant la présence de pus** au niveau de l'orifice d'entrée ou des signes de tunnelite : il faut hospitaliser rapidement le patient pour un retrait du dispositif.

4
Les complications mécaniques de dispositifs intraveineux :

- Absence de reflux et de débit ou absence de reflux associé à un débit faible :
éliminer une insertion incorrecte de l'aiguille de Huber, rincer 3 à 4 fois avec du sérum physiologique (seringue de 10 ml), si l'absence de débit persiste hospitalisation pour désobstruction.
- Thrombose des voies veineuses : (gros bras, cou empâté, température 38°, signes inflammatoires locaux) : écho doppler fait le diagnostic ⇒ hospitalisation.

Modalités pratiques

Apports Cal. souhaités (Kcal)	800 à 1000				1200	1500 à 1600	
Veine Périphérique	Clinomel N4-550	Péri Kabiven					
Veine Centrale			Kabiven 800	Clinomel N7 1000	Kabiven 1200	Kabiven 1600	Clinomel N7 1000
Volume (ml)	1500	1440	1026	1000	1540	2053	1500
N	5,5	5,4	5,4	6,6	8,1	10,8	9,9

G 5 % : 1000 ml (200 cal)

Electrolytes : Na Cl, K Cl, Phocytan, Sulfate de Magnésium

Vitamines : CERNEVIT (1 flacon) + Vit B1 (1 A) + VIT B6 (1 A) + Vit K (10 mg)

Eléments traces : DECAN (1 flacon)

NUTRITION ENTERALE A DOMICILE (NEAD)

La sonde d'alimentation, qui peut être naso gastrique, naso jéjunale, de gastrostomie ou de jéjunostomie est mise en place en milieu hospitalier. La NEAD est assurée, en ville par des prestataires de services.

Indications

- En préopératoire de chirurgie gastro-intestinale lourde si l'apport oral est diminué.
- En post-opératoire en cas de chirurgie lourde et de dénutrition sévère ou lorsque l'apport oral ne peut pas couvrir en 7 à 10 jours les 2/3 des besoins nutritionnels.
- Tumeurs des voies aéro digestives supérieures (VADS)

Modalités pratiques

● Les sondes :

La position de la sonde doit être contrôlée par radiographie, l'injection d'air n'apportant pas une sécurité suffisante, elle garderait sa place en l'absence de contrôle radiologique. Une marque indélébile doit être portée sur la sonde.

● Les mélanges nutritifs :

La plupart de ces mélanges sont dépourvus de lactose et de gluten afin d'en favoriser la tolérance. Les produits industriels sont classés en 3 groupes :

- Mélanges complets polymériques, composés de produits peu ou pas dégradés. Ils sont souvent utilisés en première intention. Plusieurs types de produits : normo calorique, hyper calorique, normo protidique, hyper protidique, enrichi en fibres
- Mélanges semi élémentaires (composés de produits dégradés)
- Mélanges élémentaires d'utilisation plus rare

● Administration des produits :

- Par gravité : administration en discontinu
- A l'aide de régulateur de débit : administration en continu (cyclique ou sur les 24 heures). Indication particulière : jéjunostomie, meilleur tolérance

● Conseils d'administration :

- Hygiène rigoureuse, lavage des mains avant toute manipulation
- Contrôle de la position de la sonde avant chaque utilisation (repérage de la marque, auscultation épigastrique de l'injection d'air)
- Vérifier la date de péremption des produits, l'aspect des produits.
- Les produits doivent être administrés et stockés à température ambiante.
- Utilisation d'une tubulure par jour
- Respecter le temps de passage (250 à 300 ml/h au maximum).

NUTRITION ENTERALE A DOMICILE (NEAD)

- Position assise ou semi assise pendant l'administration et 2 heures après la fin
- Ne pas mélanger les médicaments au soluté nutritif, les administrer séparément.
- Rincer la sonde avant et après chaque passage (20 ml d'eau environ).
- L'infirmier(e) est habilité(e) à changer la sonde naso gastrique (et non la gastrostomie ou jéjunostomie), en tenant compte de la prescription médicale.

Besoins nutritionnels et hybrides

- 35 à 45 kcal/kg/jour. Si le patient est dénutri l'apport énergétique sera débuté à 25 cal/Kg /jour et augmenté progressivement selon la tolérance digestive.
- Il est important de passer de l'eau en dehors des prises alimentaires, soit à l'aide d'une seringue, soit à l'aide d'une tubulure avec trocart sur une bouteille d'eau.

6
Contexte juridique et définition de la NEAD

La prise en charge est réservée aux patients associant un état de dénutrition avéré (perte de poids de 5% ou plus) ou un risque de dénutrition à une pathologie digestive ou extra digestive. La première ordonnance est établie par un médecin hospitalier exerçant dans un service spécialisé dans la prise en charge nutritionnelle pour une première période de 3 mois maximum.

Prestation globale (forfait de NEAD avec ou sans pompe 83/61 Euro). Un prestataire de service assure :

- La livraison et la mise à disposition à domicile des matériels nécessaires
- La fourniture des produits nutritifs, ce pour une période de 28 jours
- Prestation de service :
 - Gestion du dossier administratif du patient
 - Gestion de la continuité des prestations. Il donne conseils, éducation, fournitures des explications au patient et à ses proches. Il assure une visite un mois après la 1ère installation puis une visite 3 à 4 mois ensuite.

L'ordonnance précise : le nom du produit (quantités par jour), une tubulure / jour, une seringue / jour, un pied à sérum, un régulateur de débit, le type de sonde.

Surveillance

Entretien de la sonde et des soins de peau :

Sensation de ballonnements :

- Vérifier la position de la sonde (marque extérieure, radiographie).
- Fractionner si le passage se fait par gravité ou utiliser un régulateur de débit.
- Diminuer le débit (si le passage des produits se fait avec un régulateur de débit).
- Contrôler la vidange gastrique en mesurant le volume gastrique résiduel.

Nausées, vomissements :

- Vérifier qu'il n'existe pas de traitement émetisant.
- Fractionner si le passage se fait par gravité ou diminuer le débit (si régulateur de débit).
- Diminuer le volume si nécessaire et ré-augmenter progressivement.
- Mettre le patient en position semi assise pendant et après l'alimentation.
- Passer les produits à température ambiante.
- Arrêter de façon transitoire l'alimentation si le résidu gastrique est important.

Diarrhées :

- Attention fausses diarrhées sur fécalome
- Si le passage se fait par gravité, utiliser un régulateur de débit, diminuer le débit si le régulateur est déjà utilisé.
- Vérifier le traitement (antibiotiques, médicaments à effets laxatifs, chimiothérapie).
- Passer les produits à température ambiante.
- Recherche de toxine de clostridium (traitement par Flagyl®).
- Vérifier la position de la sonde (trop enfoncée en post pylorique).

Constipation :

- Augmenter l'apport de fibres, passer un jus de fruits dans la sonde le matin à jeun.
- Augmenter l'apport hydrique.
- Si possible, augmenter la mobilité du patient.
- Vérifier le traitement (morphiniques).

Reflux, régurgitations :

- Position assise ou semi assise pendant et après le passage des produits

NUTRITION ENTERALE A DOMICILE (NEAD)

Surveillance du ionogramme sanguin :

- Troubles hydro électrolytiques éventuels (syndrome de ré-nutrition)

Apparition de complications infectieuses :

- Infection à type de sinusite, parotidite, rhinopharyngite.
- Infection broncho pulmonaire par reflux

Complications des gastrostomies :

- Arrachement de la sonde est une urgence car l'orifice peut se refermer rapidement. Replacer une sonde de Foley urinaire non spécifique de nutrition.
- Obstruction de la sonde due en général à des rinçages insuffisants
- Abscès sur le trajet de la sonde, infection et fuite du liquide favorisés par un mauvais accolement des deux collerettes
- Infection pulmonaire par un reflux est possible

ALIMENTATION ENRICHIE, COMPLEMENTATION ORALE, MEDICAMENTS OREXIGENES

L'enrichissement de l'alimentation ou la prise de compléments alimentaires oraux (CAO) permet un apport supplémentaire en calories, protéines, vitamines et minéraux à l'alimentation traditionnelle.

Indications d'une alimentation enrichie ou de Compléments Alimentaires Oraux (CAO)

La prescription de CAO est régie par un contexte juridique bien défini. Les nutriments sont pris en charge pour les malades atteints de tumeurs ou d'hémopathies malignes présentant une dénutrition caractérisée par une perte de poids supérieure ou égale à 5 % du poids habituel. Cette supplémentation doit être prescrite lorsque les apports oraux quotidiens sont insuffisants (obstacle organique, cancer des voies aéro digestives supérieurs) ou lorsque les dépenses énergétiques sont augmentées.

Statut nutritionnel	Ingesta normaux	Ingesta diminués	Ingesta très diminués (<50%)
Normal		surveillance, réévaluation du SN	CAO d'emblée
Dénutrition modérée	surveillance, réévaluation du SN	CAO d'emblée	CAO ou NA si sujet âgé ou affection cachectisante
Dénutrition sévère	CAO d'emblée	CAO ou NA si sujet âgé ou affection cachectisante	NA d'emblée

Statut Nutritionnel : SN, Complément Alimentaire Oraux : CAO, Nutrition Artificielle : NA

Modalités pratiques

● Règles de base :

Fractionner l'alimentation en faisant des collations, éviter les entrées peu caloriques, éviter de boire pendant les repas.

● Alimentation enrichie :

De manière naturelle, certaines préparations peuvent être enrichies :

1. utiliser de la poudre de lait écrémé,
2. enrichir les potages en les mixant avec de la viande, du jambon, des œufs, ou de la poudre de protéines,
3. utiliser le plus souvent possible du fromage râpé sur les aliments.

10

● Complémentation orale :

Les CAO disponibles sont très variés dans leur composition, dans leur présentation et peuvent répondre aux différents besoins et goûts des patients.

Il est préférable de consommer ces suppléments en dehors des repas pour continuer à maintenir les repas habituels, ils peuvent être pris sous forme de collations (matinée, après-midi ou soirée).

▶ **Comment consommer ces suppléments ?**

Vérifier l'intégrité du conditionnement avant l'emploi, agiter les produits liquides avant de les boire, varier les produits, varier les arômes.

▶ **Comment conserver ces produits ?**

Avant ouverture la conservation se fait à température ambiante ; après ouverture le stockage se fait au réfrigérateur et la consommation dans les 24h.

▶ **Comment se procurer ces produits de complémentation orale ?**

Sur prescription médicale :

- A la pharmacie : prévenir le patient d'un dépassement éventuel qui serait à sa charge (Prix variable selon les pharmacies).
- Par l'intermédiaire de prestataires de service (généralement aucun frais pour le patient sauf pour des produits très spécifiques). Pas de frais de port si la prescription correspond à 1 produit par jour pendant 1 mois.

EFM Paris Nutrition : 01 44 74 91 90

BASTIDE : 0 800 506 509

AJC Médical : 01 42 19 92 20

Exemples de situations cliniques

- **Le patient s'alimente normalement, mange comme d'habitude, mais perd du poids** : Complémentation hyper protidique et hypercalorique

- **Le patient a moins d'appétit, mange moins qu'avant, perd du poids** : Complémentation hyper protidique et hypercalorique

- **Le patient a surtout un dégoût pour les aliments du type viandes, poissons, par ailleurs arrive à manger à peu près comme d'habitude** : Hyper protidique

- **Le patient a de la diarrhée** : Choisir un produit sans lactose

- **Le patient est constipé** : Choisir un produit enrichi en fibres

- **Le patient est diabétique** : Choisir un produit sans sucre

- **Le patient a un dégoût du lait** : Choisir des boissons fruitées plutôt que lactées

- **Le patient préfère le salé** : Penser aux potages

- **Le patient fait des fausses routes** : Utiliser des poudres épaississantes

Indications de l'utilisation des médicaments oréxigènes en cancérologie

On peut recommander d'utiliser l'acétate de mégestrol (Megace®, cp 160 mg), aux stades palliatifs, à la dose minimale est de 160 mg, si échec la dose de 480 mg (qui semble être la dose optimale) peut être utilisée.

REFERENCES

- ◆ *Bozetti F, Braga M, Gianotti L, Gavazzi C, Mariani L. Postoperative enteral versus parenteral nutrition in malnourished patients with gastrointestinal cancer: a randomised multicentre trial. Lancet 2001 ; 358 : 1487-1492.*
- ◆ *The veterans affairs total parenteral nutrition cooperative study group. Perioperative total parenteral nutrition in surgical patients. N Engl J Med 1991 ; 325 : 525-532.*
- ◆ *Fietkau R, Riepl M, Kettner H, Hinke A, Sauer R. Supportive use of megestrol acetate in patients with head and neck cancer during radio(chemo)therapy. Eur J Cancer 1997 ; 33 : 75-79.*
- ◆ *Anonymes. Conférence de consensus. Nutrition artificielle périopératoire en chirurgie programmée de l'adulte. Nutr Clin Métabol 1995 ; 9 : 1-148.*
- ◆ *Klein S, Kinney J, Jeejeebhoy K, Alpers D, Hellerstein M, Murray M, et al. Nutrition support in clinical practice : review of published data and recommendations for future research directions. Summary of a conference sponsored by the National Institute of Health, American Society for Parenteral and Enteral nutrition, and American Society for Clinical Nutrition. J Parenter Enteral Nutr 1997 ; 21 : 133-56.*
- ◆ *Klein S, Koretz RL. Nutrition support in patients with cancer : what do the data really show ? Nutr Clin Pract 1994 ; 9 : 91-100.*
- ◆ *Bozetti F, Cozzaglio L, Biganzoli E, Chiavenna G, De Cicco M, Donati D et al. Quality of life and length of survival in advanced cancer patients on home parenteral nutrition. Clin Nutr 2002 ; 21 : 281-8.*
- ◆ *Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer. Standards, options et recommandations 2001 pour la nutrition en situation palliative ou terminale de l'adulte porteur de cancer évolutif. Nutrition Clinique et Métabolique 2003 ; 17 : 174-196.*
- ◆ *Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer. Standards, options et recommandations pour la nutrition artificielle à domicile du malade cancéreux adulte. Nutrition Clinique et Métabolique 2003 ; 17 : 97-110.*
- ◆ *Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer. Standards, options et recommandations 2001 pour l'utilisation des médicaments orexigènes en cancérologie. Nutrition Clinique et Métabolique 2003 ; 17 : 36-50.*
- ◆ *Chevalier A. Soins et surveillance des abords digestifs pour l'alimentation entérale chez l'adulte en hospitalisation et à domicile. Nutrition Clinique et Métabolique 2001 ; 15 : 32-70.*
- ◆ *Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer. Bonnes pratiques diététiques en cancérologie : dénutrition et évaluation nutritionnelle. Nutrition Clinique et Métabolique 2002 ; 16 : 97-124.*

NOTES

Nutrition et pathologie néoplasique



Réseau Ville-Hôpital de Cancérologie du Val-de-Marne Ouest • Onco 94 Ouest
CHSP – 24 rue Albert Thuret – 94 669 Chevilly-Larue Cedex
Tél : 01 46 63 00 33 Fax : 01 46 63 19 28
email : contact@onco94.com - Site internet : www.onco94.org
Association Loi 1901 - n° SIRET : 443 872 411 00014 – n° APE : 913 E
La Ligue contre le cancer. Comité du Val-de-Marne Tél. : 01 48 99 48 97