

Nutrition du malade cancéreux : il est temps de s'en soucier

Objectifs pédagogiques

- Connaître l'impact de la dénutrition sur la prise en charge
- Savoir évaluer et corriger la dénutrition dans le cadre du traitement des cancers digestifs

Les relations entre la maladie cancéreuse et l'alimentation sont établies depuis longtemps. De nombreuses études épidémiologiques, confortées par des arguments expérimentaux et parfois des études interventionnelles, ont établi des liens entre certains aliments ou plutôt certaines typologies alimentaires et la survenue d'un cancer. De plus, la relation entre l'obésité et le risque de cancer est maintenant bien démontrée. À l'inverse, la dénutrition est si communément associée à la maladie tumorale qu'elle est souvent considérée comme partie intégrante de l'évolution des cancers et donc banalisée. Il est pourtant admis que bon nombre de malades cancéreux décèdent de cachexie et que la dénutrition limite la tolérance et l'efficacité des traitements. La prévalence globale de la dénutrition, tous cancers confondus, est de l'ordre de 40 %. Elle est la même qu'il y a 30 ans et elle est particulièrement importante au cours des cancers digestifs et des cancers ORL (Fig. 1) [1]. Chez un malade cancéreux, une perte de poids supérieure à 15 % est constamment associée à une altération du pronostic indépendamment de la maladie tumorale. La

dénutrition serait directement responsable du décès des malades dans 5 à 25 % des cas [2].

Au cours des dix dernières années, la prévalence du cancer a augmenté alors que la mortalité a diminué. Les progrès thérapeutiques ont été considérables et dans certaines situations métastatiques, la médiane de survie a été multipliée par 3 ou 4. Il est possible d'affirmer que, dans certains cas, une maladie autrefois constamment mortelle a été transformée en maladie chronique. Certains malades reçoivent par exemple une chimiothérapie au long cours qui, sans les guérir, permet une stabilisation prolongée de leur cancer. Ainsi, dans certaines situations, le problème nutritionnel qui était marginal compte tenu du pronostic effroyable des malades est passé au

X. Hébuterne

premier plan. Par ailleurs, l'âge n'est plus un obstacle au traitement des malades et l'on sait bien que le sujet âgé présente des particularités métaboliques qui augmentent le risque de dénutrition. La maladie, d'une part, les traitements, d'autre part, et enfin le temps se conjuguent pour détériorer de manière synergique la situation nutritionnelle des malades. Chez un malade cancéreux, l'anorexie est au premier plan favorisée par des troubles du goût très fréquents et la stimulation du système pro-opiomélanocortine qui inhibe la prise alimentaire [3]. Dans une enquête récente réalisée un jour

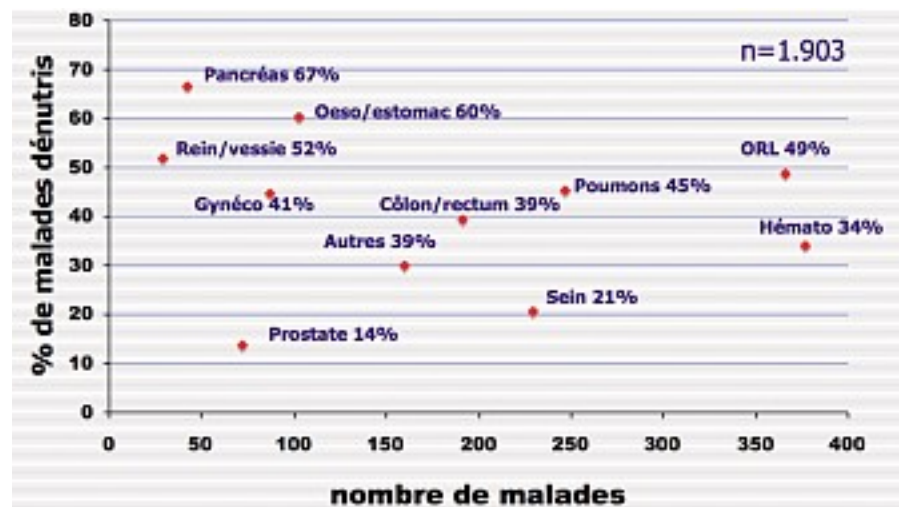


Figure 1. Prévalence de la dénutrition mesurée « un jour donné » chez 1903 malades cancéreux. Étude Nutricancer (1)

■ X. Hébuterne (✉)

Hôpital de l'Archet 2 gastroentérologie, B.P. 3079, 06202 Nice, Cedex 3
E-mail : hebuterne.x@chu-nice.fr

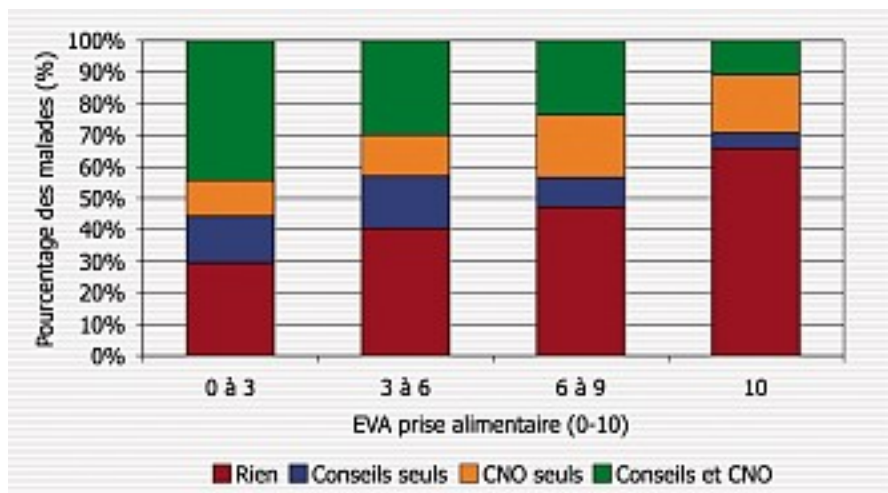


Figure 2. Type de prise en charge nutritionnelle proposée (Conseils : conseils nutritionnels ; CNO : compléments nutritionnels oraux) à des malades cancéreux (n = 1023) non sélectionnés interrogés « un jour donné », en fonction de leur ingesta évalués à l'aide d'une échelle visuelle analogique (EVA ; 0 : ingesta nuls ; 10 : ingesta normaux). Étude Nutricancer (4)

donné chez 1023 malades, plus de 50 % affirmaient manger moins et autant disaient avoir présenté une modification du goût depuis le début de leur maladie [4]. Il est choquant de voir le peu de chercheurs qui s'intéressent à ce problème pourtant crucial. Des désordres métaboliques complexes et les conséquences de la maladie et celles des traitements sur le tube digestif favorisent également la dénutrition. Enfin, la dénutrition est également iatrogène, favorisée par la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie, mais aussi par les hospitalisations répétées des malades.

Alors que les réunions de concertations pluridisciplinaires, les consultations d'annonce, les programmes personnalisés de soins se généralisent et qu'il ne viendrait à l'esprit de personne de ne pas proposer une prise en charge psychologique adaptée et de ne pas traiter efficacement la douleur des malades, la prise en compte de la dénutrition est souvent absente dans les unités de cancérologie ou alors trop tardive et inadaptée. Dans la même enquête [4], moins de 50 % des malades qui affirmaient manger moins de la moitié de leur ration habituelle avaient reçu des conseils nutritionnels ou des compléments nutritionnels

oraux (Fig. 2). Ceci peut facilement être expliqué par la rareté des diététiciennes dans les unités de cancérologie, alors que pratiquement aucun poste n'a été créé dans le cadre du plan cancer. Dans de nombreuses situations, la supériorité de la nutrition entérale sur la nutrition parentérale est bien démontrée et cette dernière doit être strictement réservée aux situations d'insuffisance intestinale et en cas d'échec de la nutrition entérale [5]. Bien qu'elle soit souvent techniquement possible [6], même dans des cas où son utilisation était autrefois impensable [7], la nutrition entérale est largement sous-employée dans la prise en charge nutritionnelle des malades cancéreux. Au cours des cancers ORL, la mise en place précoce d'une gastrostomie percutanée endoscopique, pratique maintenant courante, a révolutionné la prise en charge des malades en permettant des traitements agressifs impossibles il y a quelques années [8]. Cette expérience devrait servir d'exemple pour les autres cancers et la nutrition entérale devrait être plus largement utilisée, si besoin dans le cadre d'essais cliniques démontrant son efficacité sur le devenir des malades. Enfin, la nutrition périopératoire a fait la

preuve de son efficacité et il est maintenant démontré que l'immunonutrition pré- et périopératoire réduit la morbidité des malades cancéreux opérés [9]. On peut se demander combien de services de chirurgie ont systématisé ce genre d'approche pourtant très efficace.

Devant ce constat, la Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNEP) va animer, avec le soutien de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'Institut National du Cancer (INCa), un groupe de travail qui devra élaborer des recommandations de pratiques cliniques pour la prise en charge nutritionnelle des malades cancéreux. Ces recommandations, qui seront disponibles dans le courant de l'année 2011, permettront grâce à un consensus formalisé d'experts de faire le point sur les évidences dans le domaine et d'établir un document de référence. La labellisation de l'INCa et de l'HAS permettra d'aboutir à un document officiel et opposable. Il conviendra bien sûr de réfléchir aux mesures d'évaluation des retombées de ces documents en matière de prise en charge de la dénutrition.

Mais les mesures pour lutter contre la dénutrition des malades cancéreux ne doivent pas s'arrêter là. L'élaboration de programmes de recherche clinique est indispensable. En particulier, pour convaincre les cancérologues de l'utilité de la nutrition chez leurs malades il faut des preuves qui, il faut bien le reconnaître, ne sont pas présentes dans tous les domaines. Il est important de démontrer, comme l'ont par exemple fait Ravasco et al. [10], qu'un programme de soutien nutritionnel précoce bien conduit permet d'améliorer le pronostic et la qualité de vie des malades. Le PHRC national thématique sur le cancer semble être à cet égard parfaitement adapté à ce type d'étude. Par ailleurs, les équipes de recherche qui s'intéressent à la dénutrition devraient, entre autres, s'impliquer dans la compréhension des mécanismes de survenue de l'anorexie et des troubles du goût au cours du cancer.

Références

1. Hébuterne X, Lemarié E, Michallet M, Beauvillain de Montreuil C, Goldwasser F. Prévalence de la dénutrition au cours du cancer : une enquête nationale un jour donné. *Nutr Clin Metab*, 2006;20:S86.
2. Senesse P, Assenat E, Schneider SM et al. Nutritional support during curative treatment of patients with gastrointestinal (GI) cancer: who could benefit? *Cancer Treatments Reviews* 2008;34:568-75.
3. Lavano A, Meguid M, Rossi-Fanelli F. Cancer anorexia: clinical implications, pathogenesis, and therapeutic strategies. *Lancet Oncology* 2003;4:686-94.
4. Hébuterne X, Lemarié E, Michallet M, C. Beauvillain de Montreuil C, Goldwasser F. Effets des cancers sur l'état nutritionnel et la prise alimentaire : la perception des malades. *Nutr Clin Metab* 2007;21:S39.
5. Zaloga GP. Parenteral nutrition in adult inpatients with functioning gastrointestinal tracts: assessment of outcomes. *Lancet* 2006;367:1101-11.
6. Boulton-Jones JR, Lewis J, Jobling JC, Teahon K. Experience of post-pyloric feeding in seriously ill patients in clinical practice. *Clin Nutr* 2004;23:35-41.
7. Seguy D, Berthon C, Micol JB et al. Enteral feeding and early outcomes of patients undergoing allogeneic stem cell transplantation following myeloblastic conditioning. *Transplantation* 2006;82:835-9.
8. Piquet MA, Ozsahin M, Larpin I et al. Early nutritional intervention in oropharyngeal cancer patients undergoing radiotherapy. *Support Care Cancer* 2002;10:502-4.
9. Heys SD, Walker LG, Smith I, Eremin O. Enteral nutritional supplementation with key nutrients in patients with critical illness and cancer: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Ann Surg* 1999;229:467-77.
10. Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Vidal PM, Camilo ME. Dietary counseling improves patient outcomes: a prospective, randomized, controlled trial in colorectal cancer patients undergoing radiotherapy. *J Clin Oncol* 2005;23:1431-8.

Les 5 points forts

- ❶ En cancérologie digestive, la prévalence de la dénutrition est élevée (perte de poids > 5 % en 1 mois ou 10 % en 6 mois et/ou IMV < 18,5 chez l'adulte ou 21 chez le sujet de plus de 70 ans). Elle est de 39 % au cours des cancers colo-rectaux, de 60 % au cours des cancers de l'œsophage et de l'estomac et de 66 % au cours du cancer du pancréas.
- ❷ La dénutrition augmente de manière indépendante la morbidité et la mortalité d'un malade porteur d'un cancer digestif. La tolérance des traitements est diminuée du fait de la dénutrition.
- ❸ Chez un malade qui doit être opéré d'un cancer digestif, l'immunonutrition préopératoire diminue de 50 % les complications postopératoires. Elle doit être :
 - a) orale pendant 7 jours si le patient n'est pas dénutri ;
 - b) entérale ou parentérale de 7 à 10 jours s'il est dénutri.
- ❹ Chez un malade en cours de radiothérapie ou de chimiothérapie pour un cancer digestif, une prise en charge diététique active par une permet de limiter la perte pondérale.
- ❺ Au cours de la chimiothérapie pour cancer digestif, la nutrition parentérale systématique n'améliore pas le pronostic du malade et augmente le risque de complication infectieuse.