

JFHOD

15/18 MARS
PARIS
2012



Adénocarcinome du bas œsophage (et du cardia)

Nutrition en attendant le traitement

Corinne Bouteloup
Service de Médecine Digestive et Hépatobiliaire
CHU Clermont-Ferrand

Conflits d'intérêts

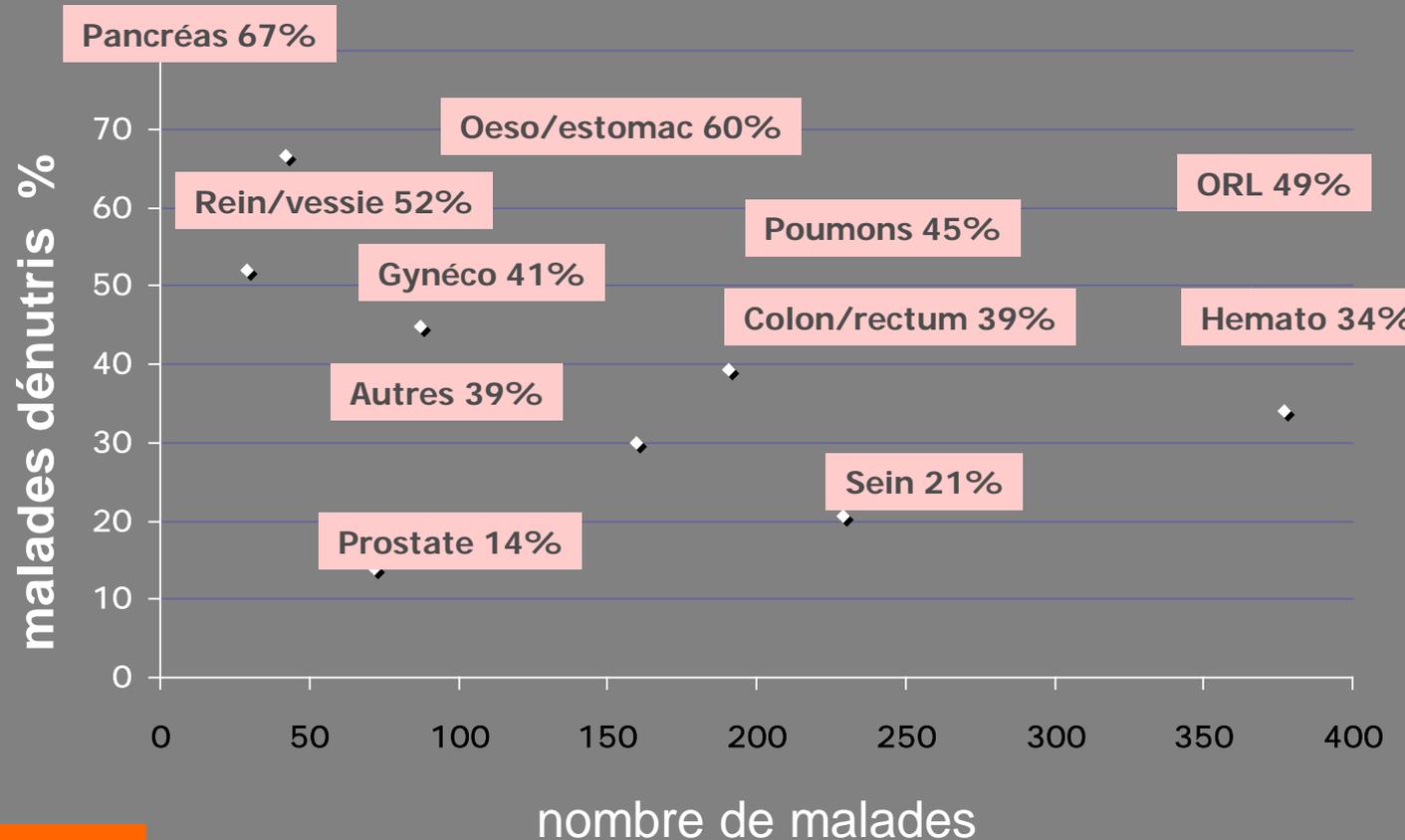
- Nutricia Nutrition Clinique
- Nestlé
- Fresenius Kabi
- Baxter

Objectifs pédagogiques

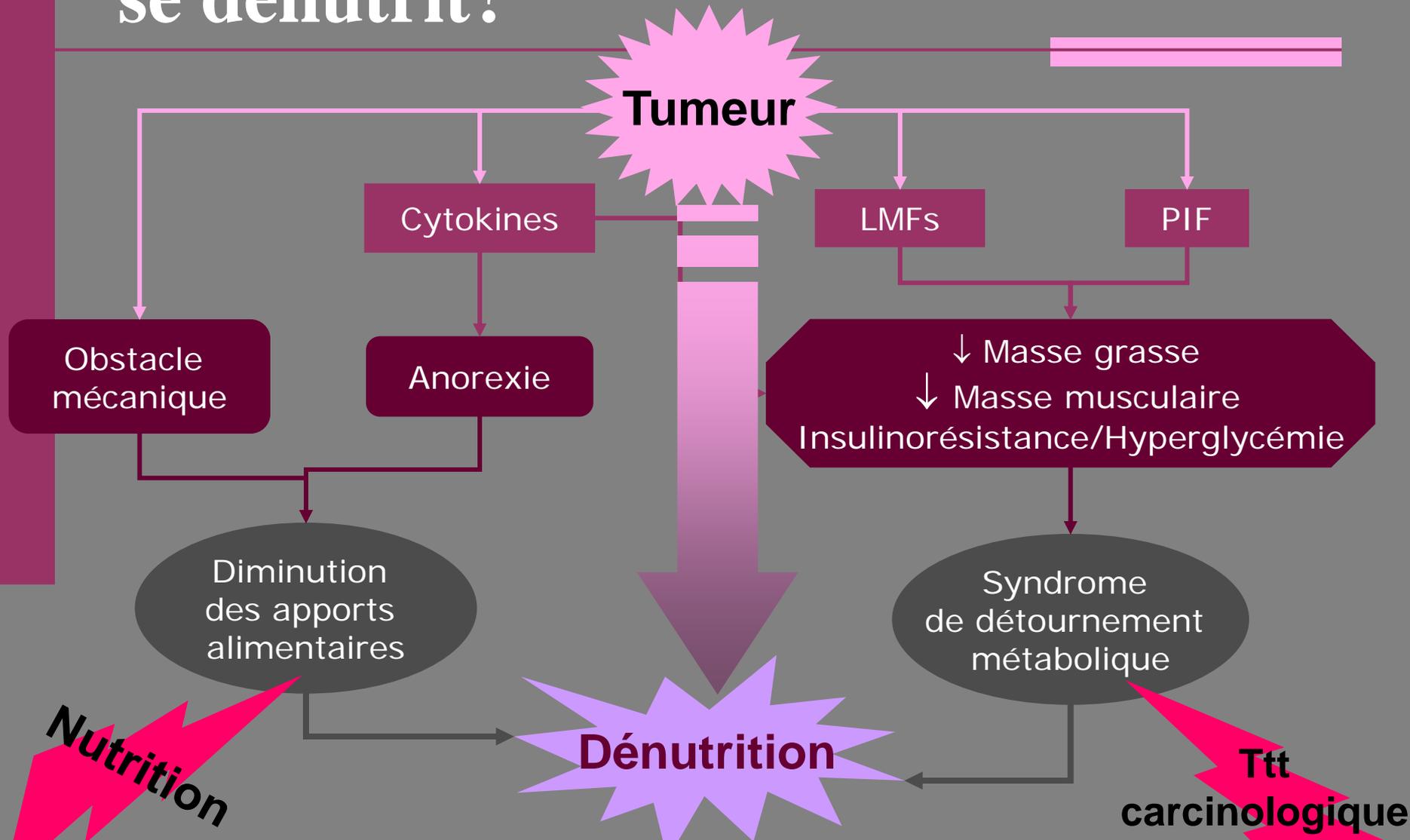
- Comment évaluer simplement l'état nutritionnel
- Connaître le retentissement de la dénutrition sur la morbidité des traitements (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie)
- Définir les indications et les modalités de la « re » nutrition pré thérapeutique

Cancer et dénutrition sont étroitement liés

n=1903 ; Dénutrition = 39 %



Pourquoi le malade atteint de cancer se dénutrit?



Comment évaluer l'état nutritionnel?

■ Pourquoi?

- Dépister les patients à risque de dénutrition
- Dépister les patients déjà dénutris
⇒ prise en charge nutritionnelle adaptée

■ Quand?

- Dès la prise en charge initiale
- Tout au long du traitement
- Au décours du traitement

Critères cliniques de dénutrition en cancérologie

	Adulte < 70 ans	Sujet âgé ≥ 70ans
Poids	<u>En chirurgie</u> PP ≥ 10 %	PP ≥ 5 % en 1 mois
Perte de poids	<u>En oncologie médicale</u> PP ≥ 5 %	PP ≥ 10 % en 6 mois
Indice de masse corporelle IMC P/T ²	seuil habituel < 18,5 non valide 20? 21?	IMC < 21
Mini Nutritional Assessment MNA		< 17
Evaluation des apports alimentaires EVA	< 7	< 7

SFNEP, RPC Nutrition et cancer 2012 ; en cours de validation INCA

HAS, RPC Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition de la personne âgée ; avril 2007

Critères biologiques de dénutrition en cancérologie

	Adulte < 70 ans	Sujet âgé ≥ 70 ans
Albumine g/L	<u>En chirurgie</u> < 30 <u>En oncologie médicale</u> < 35	< 35
Protéine C Réactive mg/L	> 5	
Glasgow Pronostic Score modifié m-GPS	2 CRP > 10 mg/L et alb < 35 g/L	

SFNEP, RPC Nutrition et cancer 2012 ; en cours de validation INCA

HAS, RPC Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition de la personne âgée ; avril 2007

Quelles sont les conséquences de la dénutrition?

- Cause majeure de morbidité et de mortalité
- Facteur pronostique reconnu

- Augmentation de la morbidité des chimiothérapies
 - Augmentation du risque de toxicité
 - Diminution de la réponse au traitement

Augmentation de la morbidité chirurgicale

Nozoe et al EJSO 2002

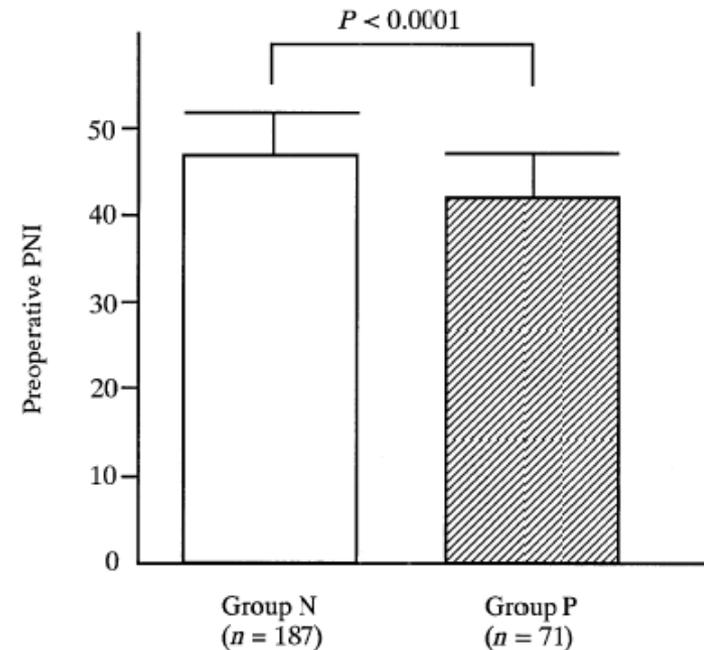
258 cancers de l'œsophage

71 (27,5%) patients avec complications postopératoires

PNI (Pronostic Nutritional Index) = $10 \times \text{Albumine} - 0,005 \times \text{Lymph}$,
calculé en préopératoire.

Groupe P = avec complications
post-opératoires

Groupe N = sans complications



Augmentation de la mortalité en chimiothérapie

Andreyev et al Eur J Cancer 1998

1555 patients ; chimiothérapie pour des cancers digestifs localement avancés ou métastatiques

Effet de la perte de poids à l'initiation du traitement

	Pas de perte de poids	Perte de poids	<i>P</i>
Survie sans récurrence Médiane (mois)	6,3	5,1	<0,0001
Survie globale Médiane (mois)	11,9	7,6	<0,0001

Effet de la stabilisation de la perte de poids entre J0 et J120 (n=233)

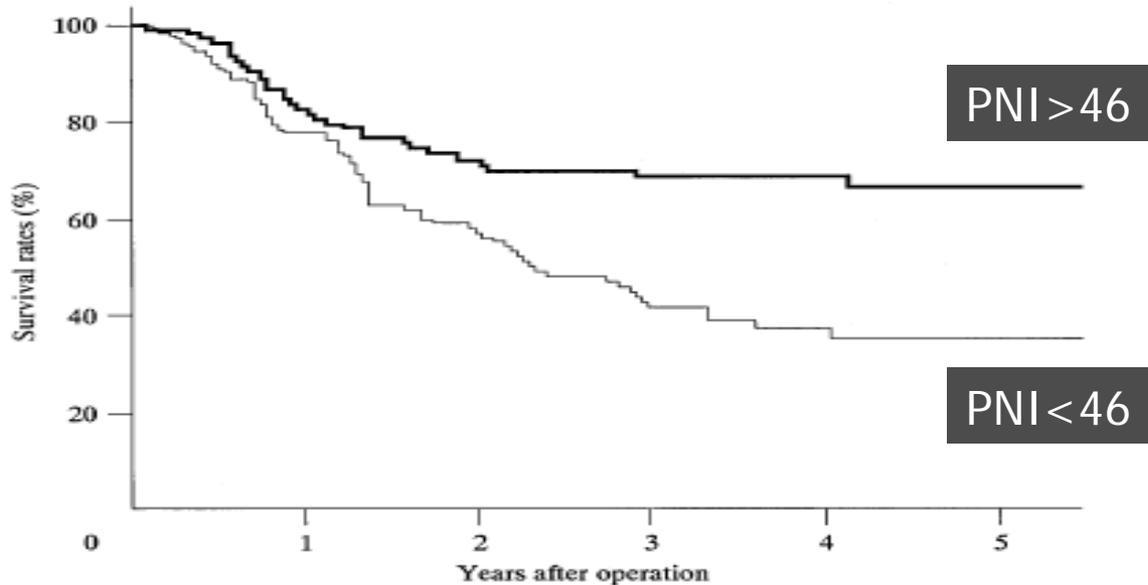
	Arrêt de perte de poids	Poursuite de perte de poids	<i>P</i>
Survie sans récurrence Médiane (mois)	13,7	8,5	0,0003
Survie globale Médiane (mois)	15,7	8,1	0,0004

Augmentation de la mortalité en chirurgie

Nozoe et al EJSO 2002

258 cancers de l'œsophage opérés

PNI (Pronostic Nutritional Index; albumine et lymphocytes) en préopératoire



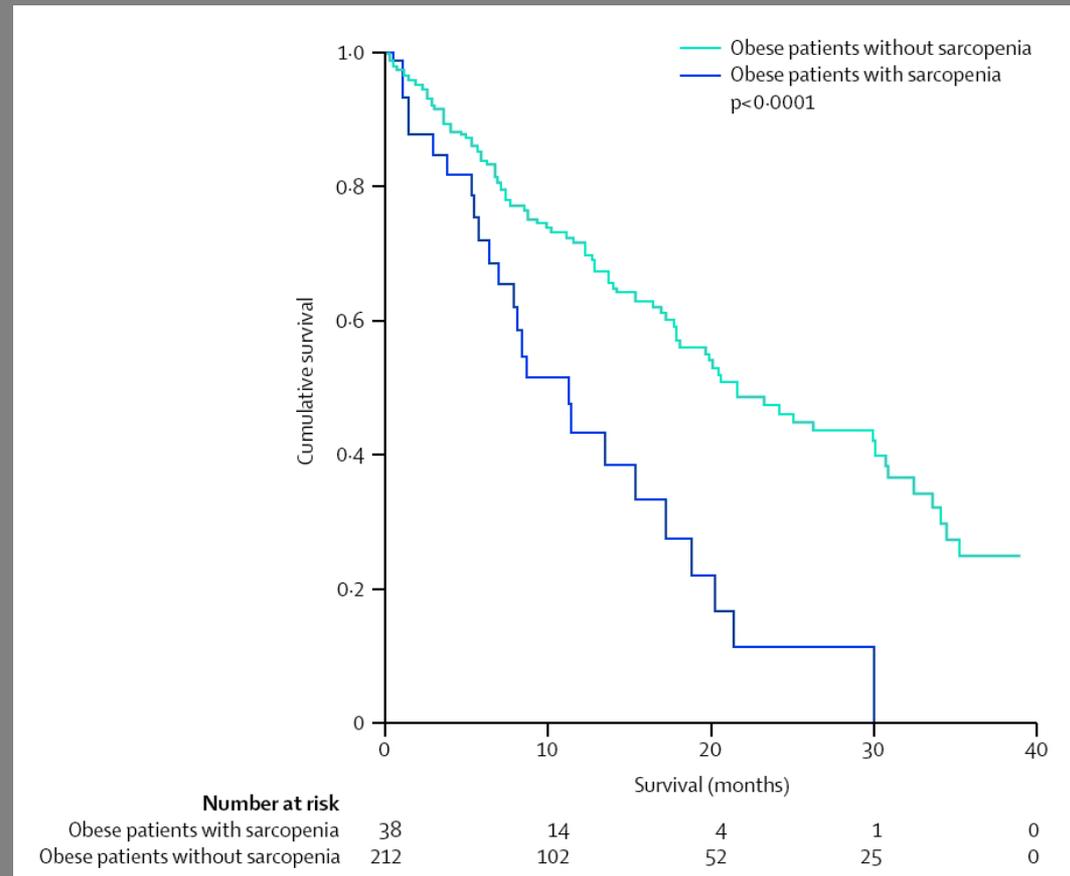
Analyse multivariée
PNI = facteur pronostique indépendant de survie ($P=0,009$)

Figure 2 Survival in patients with PNI values of more than 46 (thick line) was significantly better than that of patients with PNI values of less than 46 (thin line, $P=0.0001$).

Survie des malades obèses avec ou sans sarcopénie

250 malades obèses traités par chimiothérapie pour tumeur solide digestive ou pulmonaire

Analyse multivariée
Obésité sarcopénique =
facteur prédictif
indépendant significatif de
mortalité



La dénutrition altère la qualité de vie

Nourrissat et al Eur J Cancer 2008

Saint-Etienne/Clermont-Ferrand ; 907 patients (cancer sein, poumon, colon, ovaires) ; EORTC-QLQ30

Table 3 – Mean quality of life scores (QLQC-30) as a function of weight loss

	Mean quality life score				p ^a
	Weight loss <10%		Weight loss ≥10%		
	n	Mean	n	Mean	
Global quality of life (n = 883)	622	62.8	261	48.8	<0.001
Functional aspects					
Physical functions (n = 883)	621	76.7	262	61.9	<0.001
Functional handicap (n = 864)	610	71.3	254	53.3	<0.001
Emotional functions (n = 873)	612	72.3	261	67.2	0.004
Cognitive functions (n = 881)	617	79.9	264	74.2	<0.001
Social functions (n = 870)	613	76.5	257	61.3	<0.001
Symptoms					
Fatigue (n = 875)	614	36.6	261	55.4	<0.001
Nausea, Vomiting (n = 888)	624	10.1	264	21.3	<0.001
Pain (n = 877)	621	22.4	256	32.9	<0.001
Dyspnoea (n = 882)	620	23.4	262	31.4	0.001
Insomnia (n = 888)	625	30.3	263	30.9	0.812
Loss of appetite (n = 883)	622	17.3	261	46	<0.001
Constipation (n = 884)	623	16.9	262	27.6	<0.001
Diarrhoea (n = 886)	623	12.4	263	17.2	0.018
Financial problems (n = 884)	625	10.3	259	12.2	0.272

a t-test.

Conséquences de la dénutrition

- Diminution des capacités fonctionnelles
- Augmentation des coûts
 - Coûts des complications
 - Augmentation de la durée d'hospitalisation
 - Augmentation du nombre de réhospitalisation

Prise en charge nutritionnelle pré-thérapeutique

- Précoce dès la phase diagnostique
- Pendant le bilan d'extension
- Modalités à adapter
 - à l'état nutritionnel initial
 - au traitement

Prise en charge nutritionnelle pré-thérapeutique

Chimiothérapie et radiochimiothérapie

■ Privilégier les conseils diététiques

± compléments nutritionnels oraux (CNO) hypercaloriques et hyperprotéinés

■ Rôle de la diététicienne +++

- Conseils pour l'alimentation à texture modifiée, enrichie
- Conseils sur CNO (améliorer l'observance)

■ Suivi systématique rapproché avec évaluation nutritionnelle régulière

⇒ adapter la prise en charge

Prise en charge nutritionnelle pré-thérapeutique

Chimiothérapie et radiochimiothérapie

- Pas de nutrition artificielle en routine
- Indications de la nutrition artificielle
 - dénutrition sévère
 - échec de la prise en charge diététique avec des apports oraux insuffisants durant plus d'une semaine
 - cancer obstructif ORL ou de l'œsophage
 - mucite sévère attendue
- Préférer la nutrition entérale à la nutrition parentérale

Arends J et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition. Clin Nutr 2006

Senesse P et al Cancer Treatment Reviews 2008

Bozetti F et al. ESPEN guidelines on parenteral nutrition. Clin Nutr 2009

Prise en charge nutritionnelle pré-thérapeutique

Chirurgie

Recommandations de la SFNEP-SFAR Chambrier Nutr Clin Métab 2010

- Risque nutritionnel à évaluer avant le geste chirurgical (4 groupes nutritionnels GN)
- Patient non dénutri (GN2)
« il doit probablement bénéficier d'une prise en charge nutritionnelle préopératoire par **conseils diététiques et CNO** ».
- Patient dénutri (GN4)
« il doit recevoir une **assistance nutritionnelle (NE ou NP) d'au moins 7 jours** ; la nutrition entérale est à privilégier chez tout patient dont le tube digestif est fonctionnel ; dans ce cas, la NP n'est pas recommandée ».

Prise en charge nutritionnelle pré-thérapeutique

Chirurgie

- Chirurgie digestive carcinologique lourde = indication d'immunonutrition

Chambrier C et al Nutr Clin Métab 2010

Weimann A et al ESPEN Guidelines Clin Nutr 2006

- ↓ complications infectieuses
- ↓ durée H

Gianotti et al Gastroenterology 2002

Mudge L et al Dis Esophagus 2011

En pratique

- quel que soit l'état nutritionnel
- en pré-opératoire pendant 7 jours

IMPACT® oral ou entéral : 1000 kcal/j (3 briquettes ou 2 poches de 500

Avis de Commission d'Evaluation des Produits et Prestations ; HAS 15 juin 2006

Conclusion

- L'adénocarcinome de l'œsophage est un cancer à haut risque de dénutrition.
- La dénutrition a un rôle pronostic majeur dans la morbi-mortalité du patient atteint de cancer.
- L'évaluation de l'état nutritionnel est indispensable.
 - réalisable sur des critères simples, applicables en pratique clinique.
 - à intégrer à la prise en charge initiale du patient
 - à répéter régulièrement pendant tout le traitement et le suivi
 - permet de décider de la mise en place et du type de support nutritionnel puis de l'adapter.

Points forts

- La dénutrition est responsable d'une augmentation de la morbidité postopératoire, de la toxicité de la radiothérapie et de la chimiothérapie et d'une diminution de la survie.
- Chez le patient atteint de cancer, une évaluation nutritionnelle doit être faite dès le début de la prise en charge puis tout au long du suivi et doit comporter systématiquement une évaluation de la perte de poids.
- Instaurée dès la phase diagnostique pour éviter l'apparition ou l'aggravation d'une dénutrition, la prise en charge nutritionnelle repose en premier lieu sur le conseil diététique, plus ou moins associé à des compléments nutritionnels oraux.
- En préopératoire, pour diminuer le risque de complications postopératoires, le patient doit recevoir une immunonutrition de 5 à 7 jours, qu'il soit ou non dénutri.
- Avant radiochimiothérapie, une prise en charge nutritionnelle est indispensable, reposant sur le conseil diététique chez le patient non dénutri et sur la nutrition artificielle, de préférence entérale, en cas de dénutrition, d'échec du conseil diététique ou de dysphagie importante.