

Nutrition et cancer

Vers un meilleur soin oncologique



Préface

Quel objectif ?

Cette brochure résume les informations indispensables sur le couple «cancer et nutrition» afin de permettre aux soignants d'optimiser leur pratique professionnelle.

Au sommaire :

- Alimentation et prévention des cancers (p. 4-7)
- Cancers, traitements oncologiques et nutrition (p. 8-16)
- Alimentation et risque de récurrence (p. 17)
- Soins nutritionnels non optimaux en oncologie (p. 18-19)
- Conseils pratiques (p. 20)
- Bibliographie (p. 21).

Le cancer modifie profondément le quotidien et le futur des patients et de leur entourage. Il peut péjorer leur vécu physique et psychique, et a souvent des conséquences au niveau social et financier. Il génère des peurs objectives ou subjectives liées à la maladie et aux traitements.

L'alimentation étant indissociable de la vie, lorsque cette dernière est menacée, il est logique que surviennent de multiples questions. Elles portent sur les relations entre le cancer et l'alimentation et son impact sur les traitements, sur le choix et la tolérance aux aliments, et sur la place d'un soutien nutritionnel, d'aliments «thérapeutiques», et sur l'équilibre alimentaire pour prévenir les récurrences.

Les soignants sont constamment sollicités pour répondre aux nombreuses questions des patients, dont certaines concernent l'alimentation et les suppléments nutritifs oraux. Il existe des réponses fondées scientifiquement, mais l'acquisition rapide de nouvelles connaissances rend difficile l'information des patients. Il existe aussi des questions sans réponse consensuelle, mais pour lesquelles les fausses croyances sont nombreuses et peuvent se révéler dangereuses.

Les Hôpitaux universitaires de Genève ont initié OncoNut, un programme multidisciplinaire de prise en charge nutritionnelle des patients atteints de cancer, du diagnostic à la rémission ou à la récurrence. Le but est d'optimiser la réponse et la tolérance aux traitements oncologiques, et de préserver l'état nutritionnel, indissociable de l'intégrité des fonctions physiques et de la qualité de vie, tout en essayant de respecter les contraintes sociales et environnementales du patient. OncoNut est structuré autour d'une analyse des connaissances nutritionnelles des patients et des soignants et d'une approche pro-active des acteurs de soins dans la stratégie décisionnelle.

Le comité scientifique

Introduction

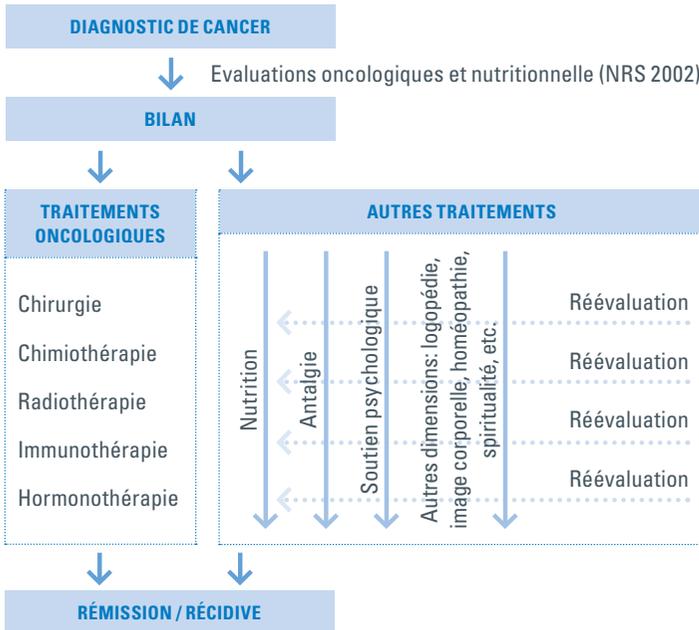
Le diagnostic de cancer nécessite une évaluation initiale de la situation oncologique et non-oncologique du patient dans son environnement. Elle permet d'établir un bilan global afin de déterminer les stratégies thérapeutiques les plus adaptées. La prise en charge nutritionnelle vise à favoriser la réponse et la tolérance aux traitements oncologiques, à préserver l'état nutritionnel, indissociable de l'intégrité des fonctions physiques, psychiques et de la qualité de vie. Les décisions thérapeutiques seront adaptées à l'évolution du patient grâce à des réévaluations régulières.

La prise en charge nutritionnelle fait partie intégrante de l'approche du soin. La stratégie thérapeutique dépendra des facteurs nutritionnels, oncologiques et individuels du patient et de ses conditions de vie. Les connaissances en matière de nutrition du médecin traitant et des soignants, ainsi que du patient et de ses proches permettent d'engager un soin nutritionnel efficace et adapté afin d'améliorer l'évolution clinique et de préserver la qualité de vie du patient.

Info +

La multidisciplinarité, ainsi que l'implication du patient et de son entourage sont des facteurs critiques d'amélioration du soin global.

Figure 1 – Prise en charge multidisciplinaire longitudinale



Alimentation et prévention des cancers

Chaque année en Suisse, 35'000 nouveaux cas de cancers sont diagnostiqués, dont la moitié concerne la prostate, le sein, le côlon-rectum et les poumons. Les principaux facteurs favorisant la survenue du cancer sont comportementaux (alimentation, alcool, tabac, ...) et environnementaux (exposition à certaines substances ou radiations, infection virale, ...). L'histoire familiale et le terrain génétique font partie de facteurs de risques de nombreux cancers (sein, utérus, côlon-rectum, notamment). Une alimentation variée et équilibrée, une activité physique régulière et le maintien d'un poids dans les normes diminuent la survenue de certains cancers.

Implication de l'alimentation dans la survenue de cancer

L'alimentation est associée à environ 30 % des cancers dans les pays industrialisés, et l'excès de poids et l'inactivité physique jouent un rôle étiologique important. Selon le type de cancer, l'alimentation peut être un facteur de risque ou jouer un rôle protecteur.

Tableau 1 – Cancers : facteurs de risque et facteurs protecteurs

TYPE DE CANCER	FACTEURS DE RISQUE	FACTEURS PROTECTEURS
Estomac	Produits fumés, séchés ou salés Consommation de sel	Fruits et légumes frais Céréales complètes
Côlon-rectum	Viande rouge et charcuteries Consommation d'alcool Surpoids et obésité Graisse abdominale	Activité physique Fruits et légumes frais Céréales complètes
Sein	Sédentarité Consommation d'alcool Alimentation riche en graisse Surpoids et obésité	Activité physique Prévention de l'obésité Allaitement
Col de l'utérus	Obésité Tabagisme Infection par le papillomavirus humain	Fruits et légumes frais

Compléments alimentaires et cancer

Toute utilisation de compléments alimentaires (gélules contenant du fer, magnésium, iode et autres minéraux, ou des extraits de plantes comme thé vert et gingembre, ...) et de suppléments vitaminiques (gélules de vitamines A, B, C, E, ...) est déconseillée dans la prévention du cancer, sauf en cas de carence médicalement démontrée.

Le surdosage en micronutriments présente des risques, ainsi la prise de suppléments en vitamine A, sous forme de bêta-carotène, augmente la mortalité et celle en acide folique le risque de cancers du côlon et de la prostate. Le métabolisme des micronutriments peut être détourné au profit des cellules cancéreuses. Les compléments alimentaires peuvent diminuer l'efficacité des traitements (par ex : antioxydants en radiothérapie), et sont donc contre-indiqués en phase de traitement actif sauf en cas de carences prouvées et symptomatiques.

Des aliments «anti-cancer» ?

Aucune preuve scientifique n'a démontré l'existence d'aliment «anti-cancer» ou «miracle». Le cancer étant une pathologie d'origine multifactorielle, son développement ne semble pas être ralenti par la consommation régulière d'un seul aliment. Une alimentation variée et équilibrée semble la meilleure option pour prévenir les cancers.

Recommandations aux patients

La prise chronique de compléments alimentaires et suppléments vitaminiques est déconseillée dans la prévention du cancer. Les besoins en vitamines et minéraux devraient être couverts par l'alimentation. Une supplémentation transitoire de quelques semaines est sans risque en dehors des traitements oncologiques. Les experts de la prévention du cancer recommandent une activité physique régulière (30 minutes par jour) et une alimentation variée et équilibrée.

Tableau 2 – Recommandations nutritionnelles pour la prévention du cancer

ALIMENTATION RICHE EN	ALIMENTATION PAUVRE EN	ALIMENTATION MODÉRÉE À NULLE EN
<p>Céréales complètes 1 x par jour ou plus</p> <p>Légumineuses 1 x par semaine ou plus</p> <p>Fruits et légumes frais 2 x 120g de fruits par jour 3 x 120g de légumes par jour</p>	<p>Viandes rouges et charcuterie 2 x par semaine ou moins</p> <p>Graisses animales 10g de beurre par jour</p> <p>Produits sucrés et gras 1 x par jour</p>	<p>Boissons alcoolisées 1 verre (1 dl de vin) par jour maximum pour les femmes, 2 verres (2 dl de vin) par jour maximum pour les hommes</p>

En bref pour le patient

- Maintenez un poids stable et/ou dans les normes.
- Pratiquez une activité physique régulière.
- Diminuez ou supprimez votre consommation de tabac et d'alcool.
- Mettez toutes les chances de votre côté avec une alimentation :
 - riche en céréales complètes, légumineuses, fruits et légumes frais
 - pauvre en viandes rouges, charcuteries, graisses animales, produits sucrés, gras et/ou salés.
- Consultez un/e diététicien/ne ou un médecin nutritionniste.



La pyramide alimentaire suisse

Sucreries, snacks salés & alcool

En petites quantités.

Huiles, matières grasses & fruits à coque

Chaque jour une petite quantité d'huile et fruits à coque. Beurre/margarine avec modération.

Produits laitiers, viande, poisson, œufs & tofu

Chaque jour 3 portions de produits laitiers et 1 portion de viande/poisson/œufs/tofu ...

Produits céréaliers, pommes de terre & légumineuses

Chaque jour 3 portions. Produits céréaliers de préférence complets.

Légumes & fruits

Chaque jour 5 portions de couleurs variées.

Boissons

Chaque jour 1–2 litres de boissons non sucrées. Privilégier l'eau.



Chaque jour au moins 30 minutes de mouvement et suffisamment de détente.

Cancers, traitements oncologiques et nutrition

Le cancer est devenu une maladie chronique grâce aux progrès des chimiothérapies, des traitements biologiques, des techniques chirurgicales et de radiothérapie. L'amélioration de la survie ainsi obtenue s'associe une détérioration de l'état nutritionnel, sous forme de dénutrition ou des différentes formes de cachexie cancéreuse. Les conséquences sont une augmentation de la morbi-mortalité, une diminution de l'efficacité et de la tolérance des traitements oncologiques, ainsi qu'une altération de la qualité de vie et une augmentation des coûts thérapeutiques et de la durée de séjour hospitalier.

La problématique nutritionnelle englobe la prise en charge des patients souffrant de dénutrition ou de cachexie, ainsi que de surpoids ou d'obésité (préexistants ou engendrés par le cancer et/ou ses traitements). Une prise en charge nutritionnelle adaptée au patient et à sa maladie, permet d'améliorer son état nutritionnel, sa tolérance aux traitements et sa qualité de vie.

Cancer et dénutrition

La dénutrition est une complication fréquente du cancer et de ses traitements, et sa prévalence varie entre 30 et 80 % selon le type de cancer, de patient et les outils de mesure. Elle est rarement diagnostiquée et traitée, car elle est considérée à tort comme faisant partie de l'évolution de la maladie. Une étude sur les techniques d'évaluation nutritionnelle a révélé que 87 % des radio-oncologues utilisent uniquement le poids corporel pour évaluer la dénutrition chez les patients atteints de cancer.

Impact clinique de la dénutrition

La dénutrition protéino-énergétique est causée par un déséquilibre entre les besoins et les apports nutritionnels. Ce déséquilibre est d'autant plus important en cas de cancer, car les besoins énergétiques sont accrus et les apports diminués par la pathologie, les investigations et les traitements. La dénutrition se caractérise cliniquement par des effets secondaires mesurables tels une perte de poids, une diminution de la masse musculaire et/ou grasse, une susceptibilité accrue aux infections opportunistes et la sévérité de la toxicité de la radio-chimiothérapie (ex: anémie, agranulocytose pour la chimiothérapie).

La classification de la dénutrition est faite en fonction de son niveau de sévérité (légère, modérée ou sévère) et de la cinétique de son apparition (lente, rapide). La dénutrition affecte non seulement la survie des patients, causant le décès dans 5 à 25 % des cancers, mais aussi leur qualité de vie et engendre des coûts de prise en charge thérapeutique élevés.

Physiopathologie de la cachexie cancéreuse

La cachexie cancéreuse est un syndrome métabolique complexe caractérisé par une perte de masse musculaire principalement avec ou sans perte de masse grasse, le plus souvent associée à une anorexie, une asthénie, une inflammation et une résistance à l'insuline induite par le cancer. La cachexie touche 30 % des patients, tous cancers confondus et 52 % des patients atteints de cancer ORL, et péjore leur état général et leur qualité de vie. Elle induit une réduction des apports alimentaires, entraînant une fatigue importante et une baisse de l'activité physique. Les patients entrent dans un cercle vicieux dangereux, qui finalement entraîne le décès.

La cachexie cancéreuse est divisée en plusieurs stades : pré-cachexie, cachexie et cachexie réfractaire (Tableau 3). Le support nutritionnel est bénéfique lors des deux premiers stades, alors qu'il ne permet pas d'améliorer l'état nutritionnel au stade de cachexie réfractaire, du fait d'une «résistance à la renutrition». Cette variabilité de réponse nutritionnelle souligne la nécessité de procéder à une évaluation précoce du risque nutritionnel, de manière systématique lors du diagnostic de cancer, puis répétée tout au long de la prise en soin.

Tableau 3 – Présentation clinique des différentes formes de cachexie cancéreuse

	SYMPTÔMES, CLINIQUE	Bon état nutritionnel
Pré-cachexie	Perte de poids ≤5% Anorexie Modifications métaboliques	
Cachexie	Perte de poids >5% ou IMC<20 et Perte de poids >2% Réduction des apports alimentaires Inflammation systémique	
Cachexie réfractaire	Degré de cachexie variable Maladie ne répondant pas au traitement «Karnofsky performance status» bas Espérance de vie <3 mois	

Info +

L'évaluation du risque nutritionnel s'effectue lors de la prise de contact avec le patient (première consultation ou entrée à l'hôpital).

Évaluation du risque nutritionnel

Une évaluation précoce du risque nutritionnel permet de détecter la présence et/ou le risque de développer ou péjorer une dénutrition protéino-énergétique. Les outils de dépistage du risque nutritionnel recommandés par la Société Européenne de Nutrition Clinique et Métabolisme (ESPEN) sont le *Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002)* (p. 23) validé en milieu hospitalier, le *Mini Nutritional Assessment (MNA)* validé chez les personnes âgées de plus de 65 ans, et le *Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)* validé chez les patients ambulatoires. La prise alimentaire doit être évaluée, car c'est un des principaux déterminants de la dénutrition.

En milieu hospitalier, le NRS 2002 permet de réaliser une évaluation du risque nutritionnel en quelques minutes et de déterminer l'indication ou non à une prise en charge nutritionnelle, immédiate ou différée, partielle ou maximale. Ce score repose sur l'indice de masse corporelle (IMC = poids (kg)/taille (m)²), la perte de poids, la consommation alimentaire, l'âge du patient et le degré de sévérité de la maladie.

Prise en charge nutritionnelle des patients dénutris ou à risque de dénutrition

Il est recommandé d'anticiper l'apparition de la dénutrition, grâce à un dépistage précoce, puis d'initier une intervention. La prise en charge des patients dénutris ou à risque de dénutrition commence par des conseils diététiques, visant à améliorer la qualité et la quantité de l'alimentation. En cas d'échec de l'alimentation enrichie et fractionnée ou lors de dénutrition grave, le recours à une nutrition artificielle est nécessaire.

Tableau 4 – Propositions d'intervention visant à modifier le poids au cours d'une hormonothérapie.

	IMC (KG/M ²)	INTERVENTION
Poids dans les normes	entre 18,5 et 24,9	maintien du poids
Excès de poids	entre 25 et 29,9	perte de poids de 3 à 5 kg
Obésité	≥ 30	perte de poids de 10% du poids habituel

Une consultation diététique peut aider à atteindre ces objectifs.

Buts d'une prise en charge nutritionnelle adaptée

- Améliorer la tolérance et l'efficacité du traitement oncologique
- Prévenir la détérioration des fonctions mentale et physique
- Réduire les complications engendrées par la maladie
- Diminuer la durée de séjour hospitalier
- Promouvoir la guérison et diminuer la durée de convalescence
- Rétablir un bon état nutritionnel
- Réduire les coûts directs et indirects

Alimentation orale

Elle est toujours privilégiée, car elle est plus agréable, physiologique et permet de préserver les fonctions du tube digestif. En cas d'alimentation insuffisante, les techniques à privilégier sont l'enrichissement des mets (ajout de crème, beurre, fromage, huile, poudre de protéines, ...) et le fractionnement des prises alimentaires (nombreux petits repas denses en énergie pour améliorer la tolérance et limiter les conséquences liées à la satiété précoce).

Info +

Lorsque le patient ne parvient pas à couvrir la totalité de ses besoins avec une alimentation adaptée, il est possible d'enrichir les mets, de fractionner les repas et de proposer des suppléments nutritifs oraux.

Info +

En Suisse, la nutrition artificielle (entérale et parentérale à domicile inclus) est remboursée par les caisses maladies. Les suppléments nutritifs oraux sur prescription médicale et livrés par un «HomeCare» reconnu par la Société suisse de nutrition clinique (SSNC) et la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie (SVK) sont remboursés depuis juillet 2012.

Nutrition artificielle

La nutrition artificielle se présente sous deux formes : la nutrition entérale - suppléments nutritifs oraux ou par sonde - et la nutrition parentérale - cathéter veineux ou chambre implantable (DAVI). La mise en place d'une nutrition artificielle est indiquée pour compenser des apports nutritionnels inférieurs aux besoins, notamment lorsque l'alimentation orale sera insuffisante ou impossible en raison du cancer et/ou des traitements prévus. D'après les *Recommandations de bonnes pratiques cliniques* publiées par la Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme (SFNEP) et la Société Française d'Anesthésie et Réanimation (SFAR), un patient est considéré comme présentant une dénutrition clinique pertinente pouvant entraîner des complications postopératoires et des conséquences médico-économiques s'il présente :

- un IMC inférieur ou égal à 18,5 ou un IMC inférieur à 21 chez le sujet de plus de 70 ans
- ou une perte de poids récente d'au moins 10 %
- ou une albuminémie inférieure à 30 g/L indépendamment de la protéine C-réactive (CRP).

Suppléments nutritifs oraux (SNO)

Ils sont efficaces pour prévenir ou traiter la dénutrition et compléter une alimentation orale insuffisante. Ces médicaments se présentent sous forme de boissons en emballages de 150 à 300 ml, contenant des calories, protéines, vitamines et minéraux (N.B. : il ne s'agit pas des compléments alimentaires mentionnés précédemment). L'utilisation de SNO est indiquée lorsque le tube digestif fonctionne, et que l'état de conscience et la déglutition sont satisfaisants, ainsi que lors de renutrition pré-opératoire et de réalimentation postopératoire des patients dénutris ou à haut risque de dénutrition.

La prescription de SNO est un ordre médical précédé d'une évaluation de l'état nutritionnel et les consignes suivantes doivent être données au patient :

- Il s'agit d'un médicament à prendre à distance des repas (90 minutes avant ou après un repas, par ex : 10h, 16h ou 22h) pour éviter de perturber la prise alimentaire spontanée
- L'arôme est choisi par le patient, la texture adaptée au handicap
- Le SNO doit être agité avant ouverture, servi frais et à l'aide d'une paille (selon la préférence du patient)

Nutrition entérale (NE)

Lorsque l'alimentation orale supplémentée demeure impossible ou insuffisante et que le tube digestif fonctionne, la technique choisie est la nutrition entérale par sonde, car elle est plus physiologique, moins invasive et risquée (infection) que la nutrition parentérale. Une solution de nutrition standard est généralement administrée par sonde naso-gastrique ou, lorsque le tractus digestif supérieur n'est pas fonctionnel, par stomie digestive (gastrostomie ou jéjunostomie).

Nutrition parentérale (NP)

La nutrition parentérale doit être réservée aux contre-indications, impossibilités ou échecs de la NE :

- Obstruction digestive aiguë ou chronique
- Malabsorption sévère (anatomique ou fonctionnelle) qui rend la nutrition orale ou entérale inefficace (ou insuffisante)
- Diarrhée sévère
- Hémorragie digestive active
- Echec d'une NE bien conduite (douleurs, vomissements)
- Refus du patient

Impact de la nutrition artificielle sur la croissance tumorale

La nutrition artificielle fournit le corps en nutriments. La croissance de la tumeur est influencée entre autres par l'apport nutritionnel, mais elle est avant tout contrôlée par les traitements oncologiques et le système immunitaire. Les traitements oncologiques sont d'autant plus efficaces et mieux tolérés que l'état nutritionnel est bon.

Syndrome de renutrition inapproprié

Le syndrome de renutrition inapproprié met la vie du patient en danger. Il survient lors d'une reprise de l'alimentation trop riche en énergie suite à une période prolongée de jeûne, à une perte de poids rapide, en présence d'une dénutrition ou d'une déplétion en minéraux. Plus la dénutrition est sévère, plus la renutrition doit être progressive et surveillée (valeurs sériques de K, PO₄, Mg) pour des raisons de sécurité.

Info +

La nutrition parentérale peut être administrée par voie veineuse centrale ou périphérique pour couvrir la totalité des besoins du patient ou en complément d'une nutrition orale ou entérale insuffisante.

Info +

Une assistance nutritionnelle péri-opératoire (10 à 14 jours avant, et post-opératoire selon l'évolution de la capacité à se réalimenter oralement) est préconisée pour tout patient dénutri. Une assistance nutritionnelle post-opératoire est indiquée chez les patients dans l'incapacité de s'alimenter durant plus de 7 jours ou présentant une complication post-opératoire grave.

Prise en charge nutritionnelle spécifique à certains traitements oncologiques

La combinaison des traitements (chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie) est requise pour la plupart des cancers. Elle s'accompagne d'altérations métaboliques et physiques pouvant induire une dénutrition. L'état nutritionnel est un facteur prédictif de la tolérance et des risques associés au traitement. Un bon état nutritionnel a un impact favorable sur la qualité de vie des patients.

Chirurgie

Le stress et la réaction inflammatoire induits par la chirurgie péjorent l'état nutritionnel. La localisation de la résection (ORL, tube digestif) représente une entrave à l'alimentation et/ou à l'absorption des nutriments. Un apport calorique insuffisant pendant plus de 14 jours entraîne une surmortalité. En cas de chirurgie carcinologique digestive, quel que soit l'état nutritionnel pré-opératoire, une nutrition favorisant la défense immunitaire (immunonutrition) pré-opératoire pendant 5 à 7 jours est indiquée.

Chimiothérapie

La plupart des chimiothérapies provoque une altération des muqueuses buccale et digestive. Les effets secondaires tels les stomatites, les œsophagites, les nausées, les dysgueusies (modifications du goût) et les diarrhées sont d'intensité variable. Ils diminuent les apports nutritionnels et/ou l'absorption.

Radiothérapie

90 % des patients recevant une irradiation de la sphère ORL, de l'œsophage ou des bronches présentent une dénutrition causée par une dysphagie ou odyndysphagie (trouble ou douleur à la déglutition), la dysgueusie et la dysosmie (troubles de l'odorat). Cette dénutrition résulte d'une diminution de la prise alimentaire, elle-même associée à un pronostic défavorable (interruption de traitement ou diminution des doses).

Alimentation et gestion des symptômes liés au cancer et à ses traitements

Anorexie

L'anorexie liée au cancer concerne jusqu'à 75 % des patients lors de la découverte de la tumeur. La perte d'appétit et la satiété précoce sont les principales causes de la diminution des apports alimentaires.

Nausées et vomissements

Les nausées et les vomissements font partie des effets secondaires induits par la chimiothérapie. Une médication adaptée peut diminuer ces effets. En cas de gastrite et de reflux gastro-œsophagien, une administration de la nutrition entérale à débit lent et continu atténue ces effets indésirables.

Diarrhée et constipation

La diarrhée est une complication des chimiothérapies et radiothérapies, rapportée par 40 % des patients sous nutrition entérale. Le débit d'administration de la nutrition élevé, le type de solution, et d'éventuels laxatifs ou antibiotiques, sont fréquemment en cause. Ces effets secondaires peuvent être prévenus ou limités.

La constipation est liée à un apport hydrique insuffisant (moins d'1 à 1,5 l/j), une alimentation pauvre en fibres, une immobilisation physique, une gastroparésie et l'utilisation d'opiacés. En cas d'apports alimentaires très faibles, les selles seront de volume diminué et moins fréquentes (2 à 3 selles/semaine).

Fatigue

La fatigue est présente chez 60-96 % des patients lors de traitement du cancer. Elle menace la qualité de vie des patients. Une activité physique régulière permet de diminuer la fatigue ressentie.

Jeûne et toxicité de la chimiothérapie

Selon des études réalisées dans des modèles cellulaires et animaux, un jeûne court (48h) pourrait potentialiser l'effet de la chimiothérapie sur les cellules cancéreuses, tout en offrant une certaine protection des cellules saines contre les effets indésirables. Les données sur l'homme sont actuellement insuffisantes pour recommander le jeûne avant la chimiothérapie.

Prise en charge nutritionnelle des patients en excès de poids ou obèses

L'excès de poids et l'obésité sont des facteurs de risques du cancer et de ses récives, sans exclure le risque de dénutrition. La dénutrition de la personne en excès de poids ou obèse peut atteindre des stades graves, et la perte pondérale est banalisée à tort par le patient et par les soignants. Les modifications métaboliques liées au cancer sont également présentes chez

Info +

La réduction des apports nutritionnels et les troubles métaboliques liés au cancer et à ses traitements influencent négativement l'état nutritionnel. La majeure partie des patients atteints de cancer est concernée durant son traitement.

ces patients et leur excès de poids ne prévient pas une perte de masse musculaire. En revanche, chez la personne âgée, l'excès de poids et l'obésité deviennent des facteurs diminuant la mortalité.

Cancer, traitements oncologiques et prise de poids

Plusieurs facteurs sont responsables de la prise de poids : chimiothérapie, stress, fatigue, dépression, douleurs, thérapies adjuvantes et hormonothérapie.

Les traitements anti-hormonaux ont pour but de diminuer la croissance de certaines tumeurs (sein, prostate). Parmi les nombreux effets secondaires (ménopause induite, andropause, bouffées de chaleur, baisse de libido, changements d'humeur, sudations nocturnes, sécheresse de la peau et des muqueuses), une prise de poids est à déplorer, sous forme d'une augmentation de la masse grasse accompagnée d'une perte de masse musculaire. La prise de poids et la modification de la répartition des graisses ont des effets sur le métabolisme, sur l'image corporelle et touchent davantage les femmes que les hommes. Il est raisonnable de proposer une éventuelle modification du poids, en tenant compte de l'IMC au début de l'hormonothérapie (Tableau 4).

En bref pour le patient

- La nutrition par sonde complète l'alimentation et vous permet de manger ce qui vous fait plaisir.
- Les suppléments nutritifs oraux sont à consommer frais, avec une paille et à distance des repas.
- Nausées ? Mangez avant de vous lever (biscuits secs sur la table de nuit, dans le sac à main).
- Diarrhée et constipation ? Des solutions existent, demandez à votre médecin.
- Fatigue intense ? Ne baissez pas les bras, une activité physique redonne du tonus.
- Consultez un/e diététicien/ne ou un médecin nutritionniste.

Alimentation et risque de récurrence

Suite au traitement d'un cancer et en dehors des phases actives de traitement, le risque de récurrence existe. Les mêmes recommandations alimentaires qu'en prévention primaire doivent être appliquées.

Recommandations pour le patient

- Maintenir un poids dans les normes (IMC entre 20 et 25 kg/m²) ou limiter la prise de poids.
- Pratiquer une activité physique modérée 30 minutes par jour, 5 jours par semaine.
- Favoriser la consommation de fruits et légumes, de céréales complètes et de légumineuses (lentilles, haricots, ...).
- Limiter la consommation de boissons sucrées et d'aliments à haute densité calorique (sodas, barres chocolatées, ...).
- Limiter la consommation quotidienne d'alcool à 2 verres pour les hommes et 1 verre pour les femmes.
- Ne pas recourir aux compléments alimentaires et suppléments vitaminiques pour prévenir le cancer, mais seulement en cas de déficit.
- Pour les mamans, allaiter si possible de manière exclusive pendant les 6 premiers mois (bénéfique pour la mère et l'enfant).

Soin nutritionnel non optimal des patients atteints de cancer

Malgré la prévalence importante de la dénutrition et ses effets délétères, le dépistage systématique puis la prise en charge nutritionnelle des patients atteints de cancer restent insuffisants. Dans l'étude *Nutricancer* (1'074 patients), moins de 50 % des patients à risque de dénutrition ont bénéficié d'une prise en charge nutritionnelle et seuls 25 % des patients des Hôpitaux Universitaires de Genève bénéficiaient d'une évaluation nutritionnelle à leur admission. Plus récemment, l'évaluation de la qualité de la prise en charge nutritionnelle dans ce même hôpital a révélé que 2 patients dénutris sur 3 ne bénéficiaient pas d'un support nutritionnel. Un manque de protocole de prise en soin et des pratiques nutritionnelles entre les différents services et acteurs du réseau de soins a également été souligné.

Les raisons d'une prise en charge nutritionnelle déficiente sont multiples

La prise en charge nutritionnelle sous-optimale en oncologie est attribuée à divers facteurs :

- Connaissances nutritionnelles insuffisantes (patients, proches, soignants)
- Méconnaissance des recommandations des sociétés savantes de nutrition
- Coopération et attribution des responsabilités du soin insuffisantes
- Nutrition considérée comme non prioritaire
- Manque de temps

Ces facteurs doivent être évalués et, dans la mesure du possible, maîtrisés car ils favorisent le développement ou l'aggravation de la dénutrition.

Manque d'information sur la relation «cancer-nutrition»

L'accès à une information de qualité est essentiel pour la compréhension du soin et son exécution. Le sentiment d'avoir une emprise sur un événement facilite l'anticipation et l'adaptation, diminue le stress et réduit les effets secondaires. L'application des conseils nutritionnels dispensés par des professionnels de la santé expérimentés permet d'éviter la détérioration de l'état nutritionnel des patients traités par radiothérapie.

Les patients atteints de cancer s'estiment insuffisamment informés, et préfèrent passer dix minutes avec un professionnel de la santé plutôt que de recevoir de l'information écrite.

La consultation nutritionnelle individuelle permet un soin personnalisé de qualité, mais sa disponibilité est insuffisante dans la plupart des institutions. L'ensemble des professionnels de la santé doit être impliqué dans l'optimisation de l'information aux patients.

En bref pour le patient

- La nutrition fait partie intégrante du traitement de votre cancer et vos questions sur l'alimentation ne doivent pas rester sans réponse.
- Vous avez des doutes, des interrogations ?
Posez vos questions : nous vous répondrons ou vous orienterons auprès d'un collègue compétent.

Conseils pratiques pour optimiser la prise en charge

Info +

Le soin nutritionnel doit être intégré à chaque étape de la prise en charge oncologique, dès le diagnostic, afin de prévenir la détérioration de l'état nutritionnel et ses effets délétères et pour soutenir la qualité de vie des patients.

Approfondir ses connaissances nutritionnelles en oncologie

Une évaluation nutritionnelle systématique et régulière des patients atteints de cancer et une intervention précoce ciblée lors de déficit sont recommandées par la Société Européenne de Nutrition Clinique et Métabolisme (ESPEN). Des «recommandations» pour l'évaluation nutritionnelle et l'utilisation de la nutrition entérale et parentérale sont disponibles gratuitement sur le site [➔ www.espen.org](http://www.espen.org)

La Société Suisse de Nutrition Clinique (SSNC) organise chaque année à Genève trois jours de formation sur le thème *Oncologie et nutrition* pour les professionnels de santé. Informations: [➔ www.ssnc.ch](http://www.ssnc.ch)

OncoNut – un programme interdisciplinaire d'optimisation du soin nutritionnel des patients atteints de cancer

Depuis 2009, le Groupement des Oncologues Genevois, les Hôpitaux universitaires de Genève et la Ligue Genevoise contre le Cancer collaborent au sein d'OncoNut pour optimiser l'intervention nutritionnelle chez les patients atteints de cancer, du diagnostic à la rémission ou à la récurrence. Ce projet qualité, interdisciplinaire et longitudinal, s'articule autour de deux actions :

1. Une amélioration des outils d'information sur la nutrition et le cancer à disposition des patients, de leurs proches et des professionnels de la santé
2. La création, puis l'implémentation de Pratiques Professionnelles Optimales (PPO) consensuelles, créées à partir des recommandations européennes de nutrition en tenant compte des contraintes des structures de soins

Cette approche proactive et interdisciplinaire de création de PPO a été volontairement choisie pour augmenter l'acceptation et l'application des recommandations : les professionnels de santé sont rendus «acteurs» des pratiques créées et peuvent s'investir dans l'amélioration des soins prodigués. L'impact d'OncoNut sera publié dès 2013.

Bibliographie

- Ancellin R, Barrandon E, Druesne-Pecollo N, Latino-Martel P. *Nutrition et prévention des cancers : des connaissances scientifiques aux recommandations*. Brochure du Programme national nutrition santé. 2009. Disponible: www.inra.fr/nacre/le_reseau_nacre/publications/synthese_pnns_nutrition_prevention_des_cancers
- Arends J, et al. *ESPEN guidelines on enteral nutrition: non-surgical oncology*. Clin Nutr 2006;25:245-59
- Bjelakovic G, et al. *Antioxidant supplements for prevention of mortality in healthy participants and patients with various diseases*. Cochrane Database Syst Rev 2008:CD007176
- Bouchardy C, et al. *Le cancer en Suisse : Etat et évolution de 1983 à 2007*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique 2011. Disponible: www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.html?publicationID=4242
- Bozzetti F, et al. *ESPEN Guidelines on parenteral nutrition: non surgical oncology*. Clin Nutr 2009;28:445-54
- Braga M, et al. *ESPEN guidelines on parenteral nutrition: Surgery*. Clin Nutr 2009;28:378-86
- Chambrier C, et al. *French clinical guidelines on perioperative nutrition. Update of the 1994 consensus conference on perioperative artificial nutrition for elective surgery in adults*. J Visc Surg 2012;149:325-36
- DeCicco PV, et al. *Determination of malnourishment in the head and neck cancer patient: assessment tools and nutrition education of radiation oncologists*. Support Care Cancer 2011;19:123-30
- Fearon K, et al. *Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus*. Lancet Oncol 2011;12:489-95
- Joly C et al. *Soin nutritionnel intégré au soin oncologique: un besoin d'optimisation*. Rev Méd Suisse 2011;7:2252-6
- Kaikani W, et al. *Consequences of a comorbidity often neglected in oncology: Malnutrition*. Bull Cancer 2009;96:659-64
- Kondrup J, et al. *ESPEN guidelines for nutrition screening 2002*. Clin Nutr 2003;22:415-21
- Kroenke CH, et al. *Weight, Weight Gain, and Survival After Breast Cancer Diagnosis*. J Clin Oncol 2005:1370-8
- Kyle UG, et al. *Increased length of hospital stay in underweight and overweight patients at hospital admission: a controlled population study*. Clin Nutr 2005;24:133-42

Laviano A, et al. *Toxicity in chemotherapy -when less is more.* N Engl J Med 2012;366:2319-20

Marin Caro MM, et al. *Nutritional intervention and quality of life in adult oncology patients.* Clin Nutr 2007;26:289-301

Muscaritoli M, et al. *Consensus definition of sarcopenia, cachexia and pre-cachexia: Joint document elaborated by Special Interest Groups (SIG) «cachexia-anorexia in chronic wasting diseases» and «nutrition in geriatrics».* Clin Nutr 2010;29:154-9

Questions de Nutrition Clinique de l'Adulte à l'usage de l'interne et du praticien. Les Editions de la Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme (SFNEP). Coordinateurs Comité Educationnel et de Pratique Clinique de la SFNEP. Quilliot D, Bachmann P, Bouteloup C, Guex E, Petit A, Thibault R, Zeanandin G. 2012

Ravasco P, et al. *Does nutrition influence quality of life in cancer patients undergoing radiotherapy?* Radiother Oncol 2003;67:213-20

Senesse P, et al. *Nutritional support during oncologic treatment of patients with gastrointestinal cancer: Who could benefit?* Cancer Treat Rev 2008;34:568-75

Spiro A, et al. *The views and practice of oncologists towards nutritional support in patients receiving chemotherapy.* Br J Cancer 2006;95:431-4

Velthuis MJ, Agasi-Idenburg SC, Aufdemkampe G, Wittink HM. *The effect of physical exercise on cancer-related fatigue during cancer treatment: a meta-analysis of randomised controlled trials.* Clin Oncol (R Coll Radiol). 2010 Apr;22(3):208-21

Wannamethee SG, et al. *Decreased muscle mass and increased central adiposity are independently related to mortality in older men.* Am J Clinical Nutrition 2007;86:1339-46

World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective.* Washington DC: AICR 2007. Disponible : www.dietandcancerreport.org/

World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. *Continuous update project Colorectal cancer report 2010 summary.* Washington DC: AICR 2011. Disponible : www.wcrf.org/cancer_research/cup/key_findings/colorectal_cancer.php2010

Score du risque nutritionnel (NRS 2002)

A - DÉTÉRIORATION DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL		POINTS
Normal 0 point	Etat nutritionnel normal apport nutritionnel 75-100% des besoins	
Degré 1 Léger 1 point	Perte de poids > à 5% en 3 mois ou apport nutritionnel au-dessous de 50-75% des besoins dans la semaine précédente	
Degré 2 Modéré 2 points	Perte de poids > à 5% en 2 mois ou BMI entre 18,5-20,5 et détérioration de l'état général ou apport nutritionnel entre 25-50% des besoins dans la semaine précédente	
Degré 3 Sévère 3 points	Perte de poids > à 5% en 1 mois (ou > 15% en 3 mois) ou BMI < 18,5 et détérioration de l'état général ou apport nutritionnel entre 0-25% des besoins dans la semaine précédente	
B - GRAVITÉ DE LA MALADIE (STRESS)		POINTS
Normal 0 point	Absence de maladie métabolique: besoins nutritionnels normaux	
Degré 1 Léger 1 point	Patient avec une maladie chronique qui doit être hospitalisé par suite de complications. Se sent faible mais peut se lever normalement, par ex : Fracture de la hanche, patients chroniques et présentant des complications aiguës: cirrhose, BPCO, tumeurs malignes, dialyse, diabète. Les besoins protéiques sont augmentés mais peuvent être couverts la plupart du temps par l'alimentation ou par des SNO.	
Degré 2 Modéré 2 points	Patient alité la plupart du temps, des suites de sa maladie, par ex : Accidents vasculaires cérébraux, pneumonie sévère, chirurgie abdominale majeure. Les besoins protéiques sont augmentés et nécessitent une nutrition artificielle la plupart du temps.	
Degré 3 Sévère 3 points	Traumatisme crano-cérébral, polytraumatisme, brûlures graves, transplantation de moelle (allogreffe), patients en soins intensifs (score APACHE> 10).	
C - AGE DU PATIENT : SI > 70 ANS, AJOUTER 1 POINT		POINTS
Total des points (A+B+C)		

Interprétation du total des points (score):

≥ 3 points : entreprendre une assistance nutritionnelle

Informations

Des questions sur OncoNut?

Pour toutes vos questions en lien avec ce projet novateur interdisciplinaire et longitudinal d'intégration du soin nutritionnel au soin oncologique:

Hôpitaux universitaires de Genève

Unité de nutrition

✉ Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4

1211 Genève 14

☎ 022 372 39 49

nutrition.secretariat@hcuge.ch

Contacts et adresses utiles

La Ligue contre le Cancer propose divers services et animations en lien avec la nutrition et l'alimentation des patients. Renseignez-vous auprès de votre ligue cantonale : 📍 www.liguecancer.ch

Vous cherchez un(e) diététicien(ne)?

Contactez les diététiciens de l'hôpital le plus proche et discutez des possibilités de prise en charge. Vous trouverez également la liste de tous les diététiciens indépendants de Suisse sur 📍 www.asdd.ch

Impressum

Brochure rédigée par Mathilde Chappuis, Unité de nutrition, Dre Nathalie Jacquelin-Ravel, Unité de nutrition, Caroline Joly, Centre d'oncologie, Dre Angela Pugliesi-Rinaldi, Service d'oncologie, Dr Ronan Thibault, Unité de nutrition, les membres du comité de pilotage et du groupe de travail du programme interdisciplinaire d'optimisation du soin nutritionnel, des patients atteints de cancer OncoNut, et par de nombreux généreux contributeurs à Genève et en Suisse.

Brochure éditée avec le soutien de

SANOFI ONCOLOGY 