



Atelier d'échanges de pratiques

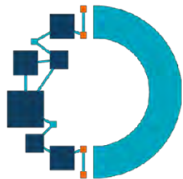
« Nutrition après-cancer »

Programme sensibilisation SOS - PSGAC

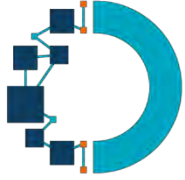
20 et 24 juin 2024

Pierre VAN CUYCK
Florence URBANIAK
Onco-NA : Sylvie BARRAU

Webconférence



Bonjour et
bienvenue à tous !



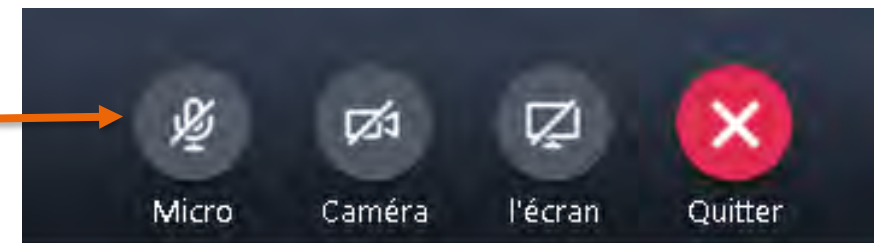
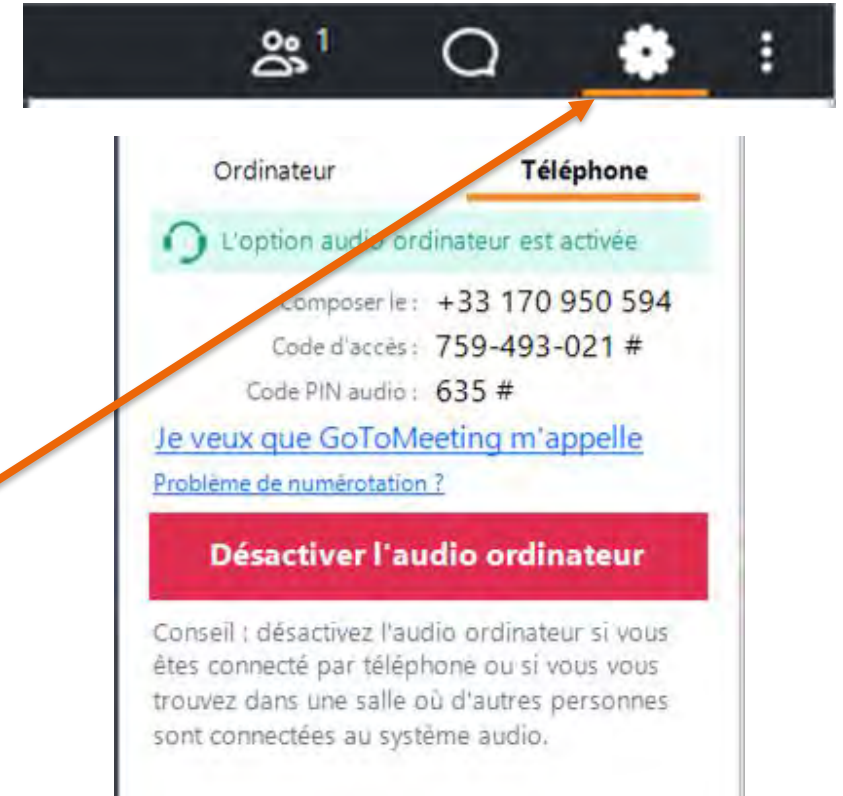
Consignes webconférence

Durant les interventions

- **Merci de vérifier que votre micro est bien désactivé :**

Si problème de son, passer par le téléphone en cliquant ici et en suivant les instructions

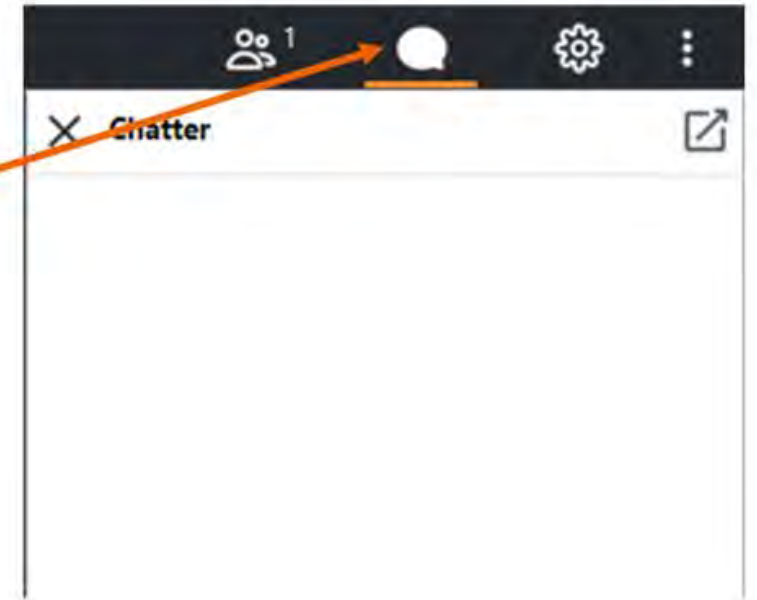
Désactiver votre micro pendant les interventions



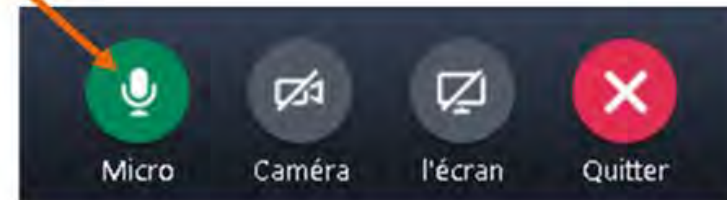


Poser des questions

- Utiliser le Chat



- Ouvrir votre micro pour prendre la parole



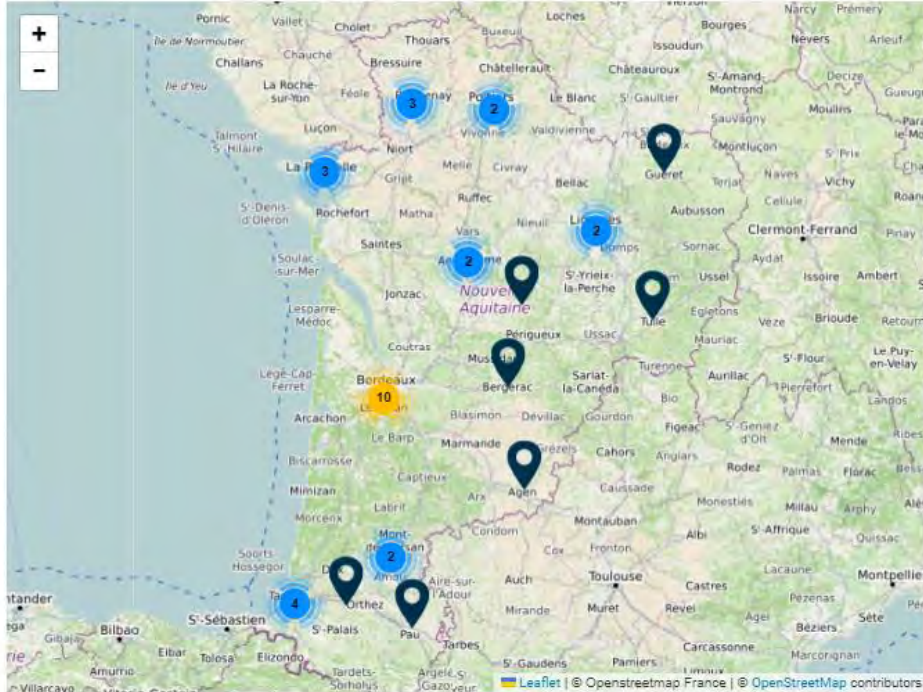
Les 33 structures homologuées par l'ARS dans le « Parcours de soins global après-cancer » sont recensées dans **l'annuaire** régional des Soins Oncologiques de Support (*site internet www.onco-nouvelle-aquitaine.fr*)


Annuaire

Structures et offre de soins en cancérologie


Structures et offre de soins en cancérologie


Structures et offre de soins en cancérologie





AUTRES ANNUAIRES RÉGIONAUX 




Q Mot(s) clé(s) : ville, code postal, soin...

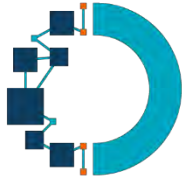
Départements 

Types de structures 

Traitements du cancer 

Prises en charge spécifiques 

Parcours de soins global après-cancer   

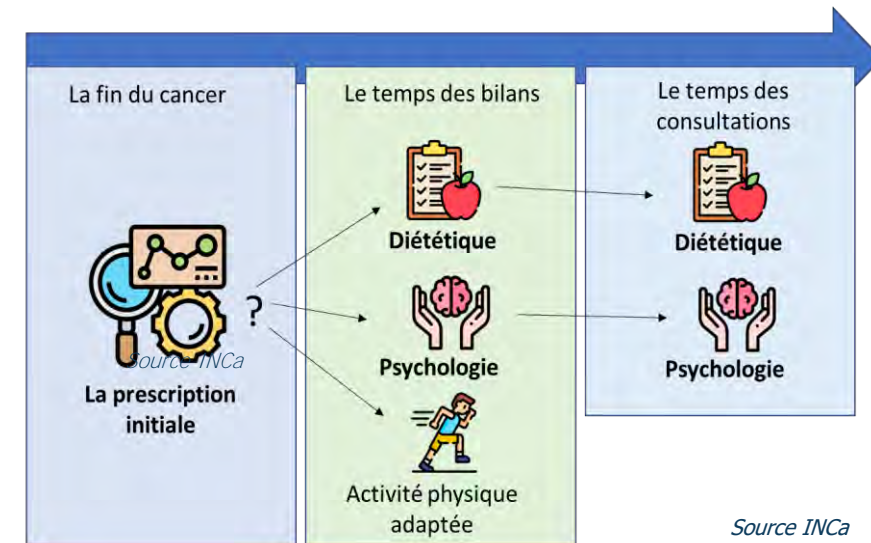


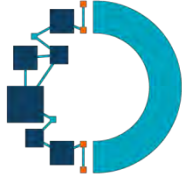
Contexte national

Dispositif Parcours de Soins Global Après-cancer

Décret du 22 décembre 2020 et Instruction du 27 janvier 2021 :

- **Parcours de soins global au plus tôt après le traitement d'un cancer pour :**
 - améliorer la qualité de vie des patients
 - réduire les risques de séquelles
 - prévenir les rechutes
- **Cibles :**
 - Patients atteints de cancer en ALD
 - Jusqu'à 12 mois après la fin du traitement actif du cancer (Patients sous traitements adjuvants inclus)
 - Sur prescription médicale par: oncologue, pédiatre ou médecin généraliste
- **Contenu :**
 - Bilan +/- séances d'accompagnement psychologique
 - Bilan +/- séances de suivi diététique
 - Bilan d'Activité Physique Adaptée (APA)
 - > Forfait de 180€/an/personne

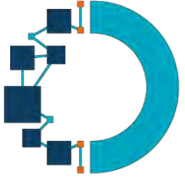




Contexte régional

Dispositif Parcours de Soins Global Après-cancer

- **Dispositif piloté par les ARS en région**
- **3 Appels à Candidature en 2021, 2022 et 2023 :**
 - CHU, CLCC, CH, cliniques, associations, SMR, MSP...
 - Convention entre structures retenues et ARS
- Onco-Nouvelle-Aquitaine mandaté par **l'ARS** pour mettre en place une sensibilisation sur les SOS des professionnels impliqués qui doivent y assister dans les 2 ans qui suivent la mise en **œuvre** du dispositif
- Programme :
 - 1^{ère} phase: Tronc commun « Parcours **d'un** patient atteint de cancer »
webinaire accessible via le replay
 - 2^{ème} phase : Ateliers **d'échanges** de pratiques par profession !
(Nutrition/Soutien psychologique/APA)

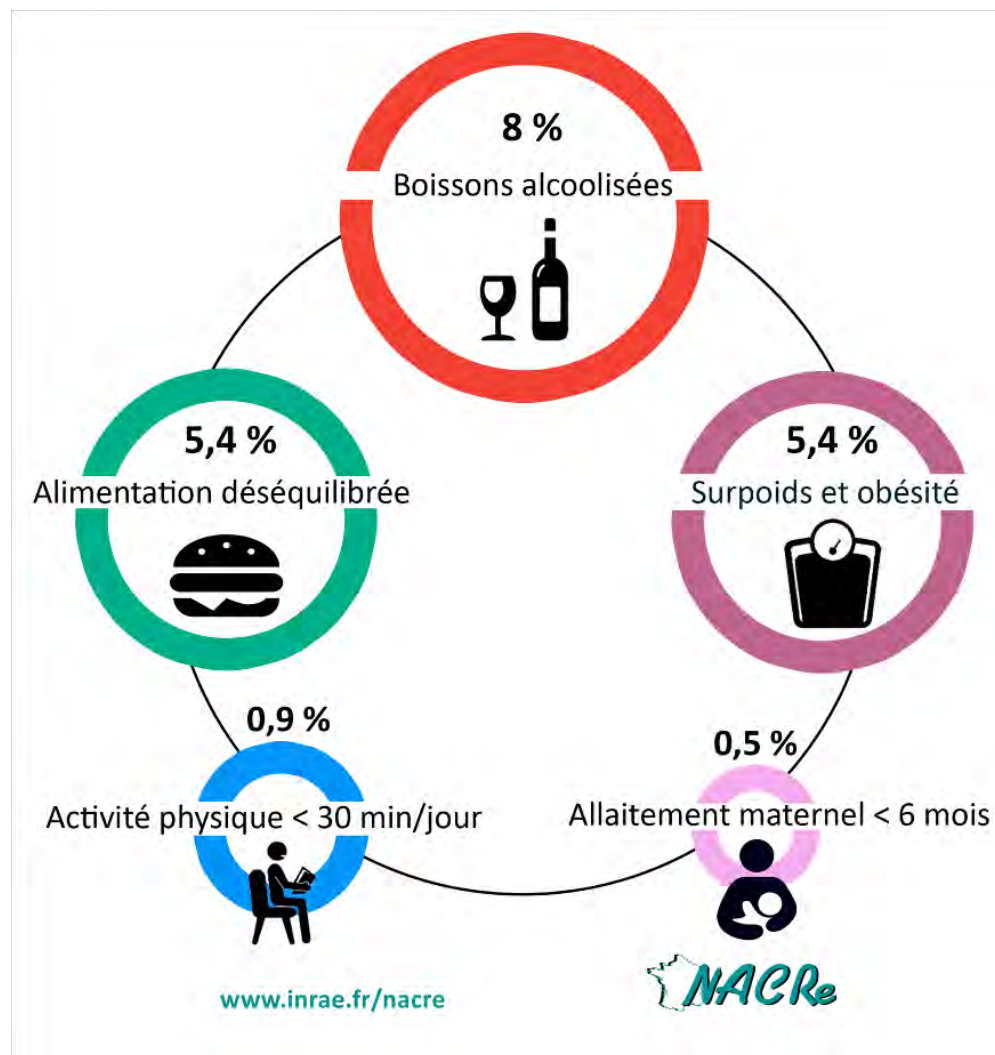


Ordre Du Jour

- Introduction
- Quels outils pour le soin nutritionnel post cancer
- Quiz
- Echanges et mise en pratique autour de cas cliniques
- Vraies et fausses idées sur alimentation et cancer

Introduction

LES FACTEURS DE RISQUES



Comment établir le lien entre nutrition et cancer ?

Expertises scientifiques collectives internationales



(CIRC/IARC)

Agents suspectés d'être cancérogènes pour l'Homme (profession, environnement, habitudes)

- Données d'exposition
- Etudes sur le cancer chez l'Homme
- Etudes de cancérogenèse expérimentale chez l'animal
- Mécanismes et autres données pertinentes
- Evaluation du niveau de preuve

Group 1 : cancérogène	→ alcool, charcuteries
Group 2A : probablement cancérogène	→ viande rouge
Group 2B : possiblement cancérogène	
Group 3 : non classifiable	
Group 4 : probablement non cancérogène	

10

<http://monographs.iarc.fr>



(WCRF/AICR)

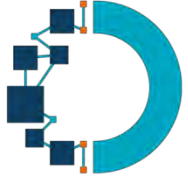


2018

Facteurs nutritionnels susceptibles d'augmenter ou diminuer le risque de cancer

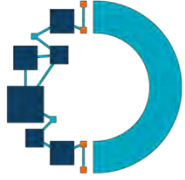
- Revue systématique des publications et méta-analyse des résultats (études d'intervention, cohortes, cas-témoins)
- Evaluation indépendante par un panel d'experts internationaux
- Etablissement du niveau de preuve
 - études épidémiologiques : qualité, hétérogénéité, cohérence
 - plausibilité biologique

Convaincant		→ recommandations
Probable		
Limité		
Non concluant		
Effet substantiel peu probable		



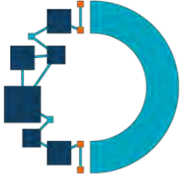
Quels outils pour le suivi nutritionnel ?

Tour de table/ participation



Quels outils pour le suivi nutritionnel ?

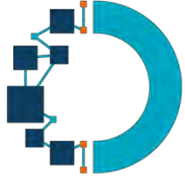
- Le PNNS 4
- Les fiches SOS
- Les fiches AFDN
- Les recos de bonnes pratiques SFNCM/HAS
- Les outils de relevés d'ingesta (word, EPA, SEFI, interrogatoire alimentaire...)



Pour commencer : un quiz !

En cancérologie

- A. Peu de patients sont dénutris (toute phase de prise en charge et tout type de cancer inclus)
- B. La dénutrition peut augmenter les risques de toxicités des traitements
- C. La prise en charge diététique ne peut être fait que par un(e) diététicienne ou un expert en nutrition
- D. La dénutrition se mesure essentiellement par la perte de poids
- E. Il ne faut pas trop « nourrir » la tumeur

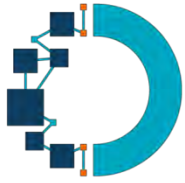


Pour commencer : un quiz !

En cancérologie

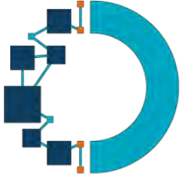


- A. Peu de patients sont dénutris (toute phase de prise en charge et tout type de cancer inclus)
- B. La dénutrition peut augmenter les risques de toxicités des traitements
- C. La prise en charge diététique ne peut être fait que par un(e) diététicienne ou un expert en nutrition
- D. La dénutrition se mesure essentiellement par la perte de poids
- E. Il ne faut pas trop « nourrir » la tumeur



Influence de la dénutrition sur le pronostic en cancérologie

- **Augmentation du risque d'infection nosocomiale**
- Augmentation de complications mineures et majeures post-opératoires
- Augmentation des complications de la chimiothérapie et radiothérapie
- Diminution de la réponse à la chimiothérapie
- Diminution de la qualité de vie après traitement (chirurgie, RT ou chimiothérapie)
- Augmentation du coût des soins



Dépistage de la dénutrition

- Dépistage de la dénutrition
 - Pour tous les patients
 - Par tous les professionnels intervenant
 - **Intensifier le dépistage de la dénutrition dès l'annonce du diagnostic pour permettre une prise en charge précoce et l'orientation vers un diététicien**

Quand ?

A toutes les étapes

Consultation préopératoire, lors des suivis post opératoires, en début de radiothérapie, lors des venues pour chimiothérapies, consultation soins de support...

Comment ?

Avec un interrogatoire du patient et des outils simples:

- **Cinétique/variation du poids (critère HAS) : si perte $\geq 5\%$: altération du pronostic** ▪ Evaluation
- EPA (Echelle de Prise Alimentaire) : si EPA < 7 : risque de dénutrition donc orientation
- **L'anamnèse : apports nutritionnels quotidiens, difficultés alimentaires, évaluation de l'appétence** du patient

Terminologie et définitions

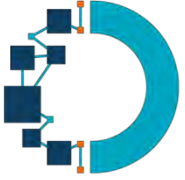
Les recommandations nutrition et cancer ont pour objectif de permettre à tous les soignants d'aborder la prise en charge nutritionnelle des patients atteints de cancer avec objectivité et efficacité. Toutefois, des recommandations n'ont d'intérêt que si elles sont mises en pratique.

La finalité de ce chapitre est d'établir une terminologie commune essentielle pour une compréhension consensuelle des textes.

- **L'anorexie** correspond à la perte de l'appétit.
- La **cachexie** est la dégradation profonde de l'état général, accompagnée d'un amaigrissement important et d'une sarcopénie.
- La **cachexie cancéreuse** est un syndrome métabolique d'étiologie multifactorielle, associé à une dénutrition et dont la correction nécessite le traitement de la tumeur.
- **Le conseil diététique personnalisé** est réalisé par un expert en nutrition tout au long du traitement. En général, le conseil diététique personnalisé intègre plusieurs consultations diététiques. La consultation diététique intègre l'évaluation de l'état nutritionnel et des ingesta et les conseils diététiques adaptés aux besoins identifiés.

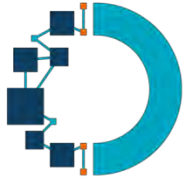
Littérature anglophone : dietary advice. Le terme « dietary counselling » désigne la prise en charge diététique active tout au long du traitement.

Nutrition chez le patient atteint de cancer (2013)

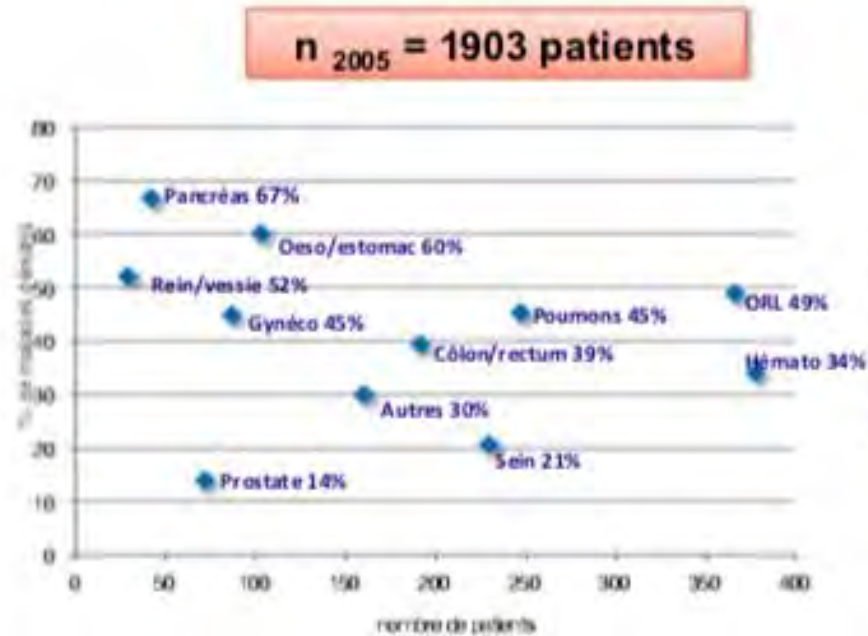


Dénutrition : définition

- La **dénutrition** résulte d'un déséquilibre entre les apports et les besoins protéino-énergétiques de l'organisme.
- Ce déséquilibre entraîne des pertes tissulaires ayant des conséquences fonctionnelles délétères. Il s'agit d'une perte tissulaire involontaire. L'amaigrissement se différencie de la dénutrition par le caractère non délétère de la perte pondérale. Il peut être volontaire ou non.
- - Obésité : excès de masse grasse
- - Dénutrition : perte de masse maigre



Prévalence de la dénutrition en fonction de la localisation tumorale

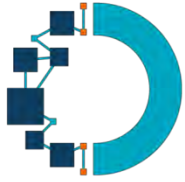


Prévalence de la dénutrition : 39%



**Une photographie de la dénutrition en oncologie
un jour donné en 2005 et 2012**


Résultats 3 - Interaction avec les traitements du cancer/effets pendant la maladie

N° NCT Type d'essai (n patients)	Localisation tumorale	Métastatique	Condition nutritionnelle	Traitement anticancéreux	Groupe intervention [durée]	Résultats cliniques	Référence
NCT01304251 Contrôlé randomisé (13)	Sein	Non	Excl : IMC < 19, diabète	CT	Jeûne intermittent 24 h avant et 24 h après chimiothérapie [4,5 mois]	Pas de différence significative toxicité grade I/II et II/IV	De Groot 2015
- Rétrospectif non contrôlé (10)	Divers	Oui	-	CT	Jeûne intermittent 48 à 140 h avant et 5 à 56 h après chimiothérapie [NS]	↘ significative fatigue et faiblesse entre les cycles sans et avec jeûne intermittent	Safdie 2009
- Contrôlé randomisé (19)	Prostate	Non	Excl : IMC ≤ 25, diabète	-	Restriction calorique 1200-2000 kcal/j, lipides <30 % et perte de poids > à 0,5 kg/semaine [1,5 mois]	Perte de poids (-1,7 vs 0,9) p=0,048, ↔ IMC, ↘ 46 % des ingesta caloriques vs 11 %	Wright 2013
NCT00689975 Contrôlé randomisé, prévention tertiaire (90)	Sein (rémission > 3 mois)	Non	Incl : IMC > 25	-	Restriction calorique de 600 kcal/besoins énergétiques calculés + activité physique adaptée [6 mois]	perte de poids (-1,09 vs 0,4) ; variation IMC (-0,5 vs -0,2) ; ↘ + importance du tour de taille et du rapport hanche-taille ; ↗ + importante qualité de vie et VO2 max vs groupe contrôle	Scott 2013
- Rétrospectif non contrôlé (2 enfants)	Cérébrale	Non	-	-	Régime cétogène (70 et 88 kcal/kg + TCM) [2 mois]	↗ cholestérol, triglycérides, acides gras libres ; ↘ 22 % rapport tumeur/cortex	Nebeling 1995
- Rétrospectif non contrôlé (6)	Glioblastome	Non	Excl : diabète	Chir + RT + CT	Régime cétogène (Glucides 8 % /Lipides 77 % /Protéines 15 %) [3 à 12 mois]	↘ poids de 0,5 à 21 kg	Champ 2014
NCT00444054 Prospectif non contrôlé (10)	Divers	Oui	Excl : maigreur ou perte de poids trop importante	-	Régime cétogène (Glucides <5 %) [28 jours]	↘ poids 3,3 kg (moyenne) en 4 semaines ; 4 patients : progression maladie ; 5 patients : stabilisation ; 1 patient : rémission partielle	Fire 2012
- Prospectif non contrôlé (16)	Divers	Oui	-	-	Régime cétogène (Glucides < 70 g/j et 20 g/repas) + compléments alimentaires avec huiles végétales et yaourts fermentés [> 1,5 mois]	A 2 mois (7 patients) stabilisation score global et score fonctionnel, dégradation des scores symptômes digestifs, fatigue et douleur [EORTC QLQ-C30] ; ↘ poids moyen de 2 kg (7 patients) ; ↔ albumine ; 2 décès, 6 progressions de la maladie, 5 stabilisations et 3 perdus de vue	Schmidt 2011
NCT00575146 Prospectif non contrôlé (20)	Glioblastome	Non	Excl : diabète	-	Régime cétogène (Glucides <60g)+ compléments alimentaires avec huiles végétales et yaourts fermentés [4 mois]	3 patients/20 stop à 2-3 semaines pour altération de la qualité de vie lié au régime cétogène	Rieger 2014
NCT01535911 Prospectif non contrôlé (7)	Glioblastome	Non	Excl : diabète	-	Régime cétogène (plusieurs régimes différents) [NS]	2 patients : progression de la maladie ; 5 patients : stabilisation ; 1 patient : rémission ; ↘ IMC de 1,0-5,6 kg/m ² (4 patients/7)	Schwartz 2015
NCT01092247 Non randomisé contrôlé (9)	Glioblastome	Non	-	CT	Régime cétogène (ratio 4:1) [2 à 31 mois]	Présence de corps cétoniques chez le groupe régime cétogène : validation de l'utilisation de la spectrométrie RMN pour détecter les corps cétoniques ; progression de la maladie : 4 patients/5 versus 2 patients/4	Artzi 2017
- Prospectif non contrôlé (6)	Divers	Oui	Incl : 18 ≤ IMC ≤ 34 Excl : diabète	RT ou RCT	Régime cétogène (Glucides < 50 g/j, Lipides 80 %, ratio 2:1) [32 à 73 jours]	↘ appétit (6 patients), altération globale qualité de vie (3 patients/5), ↘ poids (-3,6 à 0,84 kg) (significatif uniquement pour 2 patients) ; ↘ masse musculaire (-1,13-0,022 kg/semaine (3 patients/4)	Klement 2016c
NCT01716468 Prospectif non contrôlé (17)	Divers	Oui	Excl : IM < 22	-	Régime « cétogène » (glucides entre 20 et 40g/j) = Atkins modifié	A 2 semaines, observance > 11 (patients/17). A 16 semaines, 8 patients/11 ont perdu du poids en moyenne -12,3 kg ou -15 % (↔ glycémie et albuminémie). A 4 semaines, pas de modification de la qualité de vie (6 patients). A 4 semaines, 5 patients progressaient et 6 étaient stables ou en réponse partielle, et à 16 semaines, 4 patients étaient stables ou en réponse partielle.	Tan-Shalaby 2016



Dénutrition : critères HAS de la dénutrition

 LES FORMATIONS EN SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT 


 **Diagnostiquer la dénutrition**

- **Présence d'au moins 1 critère phénotypique et 1 critère étiologique**

Critère phénotypique	Critère étiologique
<ul style="list-style-type: none">➤ Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou 10% en 6 mois par rapport au poids avant la maladie➤ IMC $< 18,5$➤ Réduction quantifiée de la masse ou fonction musculaire*	<ul style="list-style-type: none">➤ Réduction de la prise alimentaire $\geq 50\%$ pdt + d'1 semaine ou toute réduction pdt + de 2 semaines (par rapport à la consommation habituelle ou aux besoins)➤ Absorption réduite (maldigestion, malabsorption)➤ Situation d'agression (pathologie aigue, pathologie chronique évolutive, pathologie maligne évolutive)

Source: HAS 2019

* Force de préhension, vitesse de marche, mesure de la surface musculaire...



Les critères phénotypiques

Ensemble des traits **observables** d'un organisme



- Poids / taille
- Composition corporelle: évaluation de la masse musculaire
- Fonction musculaire: évaluation de la force



MÉTHODES (1 seule suffit)	Hommes	Femmes
Force de préhension en kg (dynamomètre)	< 26	< 16
Vitesse de marche sur 4 mètres en m/s	< 0,8	< 0,8

MÉTHODES (1 seule suffit)	Hommes	Femmes
Indice de surface musculaire en L3 (3 ^e vertèbre lombaire) en cm ² /m ² (scanner, IRM)	52,4	38,5
Indice de masse musculaire en kg/m ² (bio impédancemétrie)	7,0	5,7
Indice de masse non grasse en kg/m ² (bio impédancemétrie)	< 17	< 15
Masse musculaire appendiculaire en kg/m ² (DEXA)	7,23	5,67

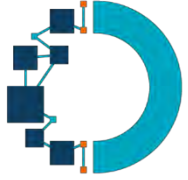
Les critères étiologiques

Causes et facteurs des maladies

- Réduction des apports alimentaires
- Absorption réduite
- ...
- Situation **d'agression**

Origine
endogène

Origine
exogène



Echanges autour des cas cliniques

- CAS CLINIQUE : CANCER VADS
- CAS CLINIQUE : CANCER SEIN

Michel, 58 ans

Histoire

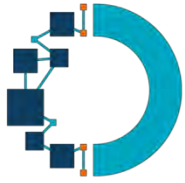
Cancer VADS

Fin de radiothérapie

Modification du goût et appétit (transmission IDE)

T : 1,76m

Poids : 52kg



Les recos AFSOS, Dénutrition/réalimentation et cancer (VADS)

44 à 88% pendant et après radiothérapie

Mucite, hyposialie, nausées, altérations des capacités de déglutition et du goût, sécheresse buccale, douleurs, anorexie...

L'étiologie de la dénutrition dans les cancers est toujours multifactorielle et résulte [7] :

- d'une insuffisance des apports protéino énergiques,
- et/ou d'une augmentation des dépenses énergétiques,
- ou d'une combinaison des deux processus.

Spécificités ORL [8,9] :

- diminution des apports du fait de l'altération de l'alimentation orale :
- douleurs de la bouche et/ou gorge,
- altération de la cavité buccale,
- altération de la salive, du goût et parfois de l'odorat,
- altération de la mastication (problèmes dentaires, diminution de mobilité des structures de la bouche).
- augmentation des besoins protéino énergétiques:
- effets des fausses routes avec inhalations bronchiques,
- sollicitation des mécanismes de défenses immunitaire



1/3 des patients en nutrition artificielle à domicile

- Dépistage de la dénutrition
 - Pour tous les patients
 - Par tous les professionnels intervenant
 - **Intensifier le dépistage de la dénutrition dès l'annonce du diagnostic pour permettre une prise en charge précoce et l'orientation vers un diététicien**
- Quand ?
A toutes les étapes
Consultation préopératoire, lors des suivis post opératoires, en début de radiothérapie, lors des venues pour chimiothérapies, consultation soins de support...
- Comment ?
Avec un interrogatoire du patient et des outils simples:
- **Cinétique/variation du poids (critère HAS) : si perte $\geq 5\%$: altération du pronostic**
- Evaluation
- EPA (Echelle de Prise Alimentaire) : si EPA < 7 : risque de dénutrition donc orientation
 - **L'anamnèse : apports nutritionnels quotidiens, difficultés alimentaires, évaluation de l'appétence du patient**

Michel est-il dénutri ?
Quels sont les éléments manquants ?

Michel, 58 ans

Sarcopénie



Michel, 58 ans

Éléments
manquants

IMC = 16,9

Poids de forme : 71 kg

SEFI : 6

Albumine : 28 g/l

Texture adaptés/ troubles déglutition

DIAGNOSTIC DE LA DÉNUTRITION chez l'adulte de >70 ans¹

Critères phénotypiques

au moins 1 critère



Perte de poids **≥ 5% en 1 mois** ou **≥ 10% en 6 mois** ou **≥ 10% par rapport au poids habituel** avant le début de la maladie



IMC **< 18,5 kg/m²**



Réduction quantifiée de la **masse** et/ou de la **fonction musculaire** (cf. tableau ci-contre)



Critères étiologiques

au moins 1 critère



Réduction de la prise alimentaire **≥ 50 % pendant plus d'1 semaine**, ou toute réduction pendant **plus de 2 semaines** (évaluation facilitée par l'utilisation du Score d'Evaluation Facile des Ingesta SEFI®) par rapport à la consommation alimentaire habituelle quantifiée ou aux besoins protéino-énergétiques estimés



Diminution de l'**absorption digestive**



Situations d'agression (pathologies aiguë, chronique évolutive ou maligne évolutive)



■ Critères de réduction de la masse et/ou de la fonction musculaire

MÉTHODES (1 seule suffit)	Hommes	Femmes
Force de préhension en kg (dynamomètre)*	< 26	< 16
Vitesse de marche sur 4 mètres en m/s	< 0,8	< 0,8
Indice de surface musculaire en L3 (3 ^e vertèbre lombaire) en cm ² /m ² (scanner, IRM)	52,4	38,5
Indice de masse musculaire en kg/m ² (bio-impédancemétrie)**	7,0	5,7
Indice de masse non grasse en kg/m ² (bio-impédancemétrie)**	< 17	< 15
Masse musculaire appendiculaire en kg/m ² (DEXA)	7,23	5,67

*Voir fiche « Évaluation de la force musculaire (préhension) par dynamométrie » disponible sur www.sfnm.org

**Voir fiche « Évaluation de la composition corporelle par bio-impédancemétrie » disponible sur www.sfnm.org

■ Consensus européen (EWGSOP 2019) définissant la sarcopénie confirmée comme l'association d'une réduction de la force et de la masse musculaires

RÉDUCTION DE LA FORCE MUSCULAIRE (au moins 1 critère)	Hommes	Femmes
5 levers de chaise en secondes	> 15	
Force de préhension (dynamomètre) en kg	< 27	< 16
ET RÉDUCTION DE LA MASSE MUSCULAIRE (au moins 1 critère)***	Hommes	Femmes
Masse musculaire appendiculaire en kg	< 20	< 15
Index de masse musculaire appendiculaire en kg/m ²	< 7	< 5,5

***Les méthodes les plus couramment utilisées dans la littérature pour estimer la réduction de la masse musculaire sont la DEXA et la bio-impédancemétrie. D'autres techniques sont validées pour mesurer la masse musculaire (tels le scanner, l'IRM ou l'échographie musculaire), mais les seuils restent à définir. Concernant l'anthropométrie, un tour de mollet < 31 cm est proposé.

DÉTERMINATION DE LA SÉVÉRITÉ DE LA DÉNUTRITION

Dénutrition modérée

1 seul critère suffit



Perte de poids $\geq 5\%$ et $< 10\%$ en **1 mois** ou $\geq 10\%$ et $< 15\%$ en **6 mois** ou $\geq 10\%$ et $< 15\%$ par **rapport au poids habituel** avant le début de la maladie



IMC **entre 17 et 18,5 kg/m²**



Albuminémie **entre 30 g/l et 35 g/l** (mesure par immunonéphélométrie ou immunoturbidimétrie)

Dénutrition sévère

1 seul critère suffit



Perte de poids $\geq 10\%$ en **1 mois** ou $\geq 15\%$ en **6 mois** ou $\geq 15\%$ par **rapport au poids habituel** avant le début de la maladie

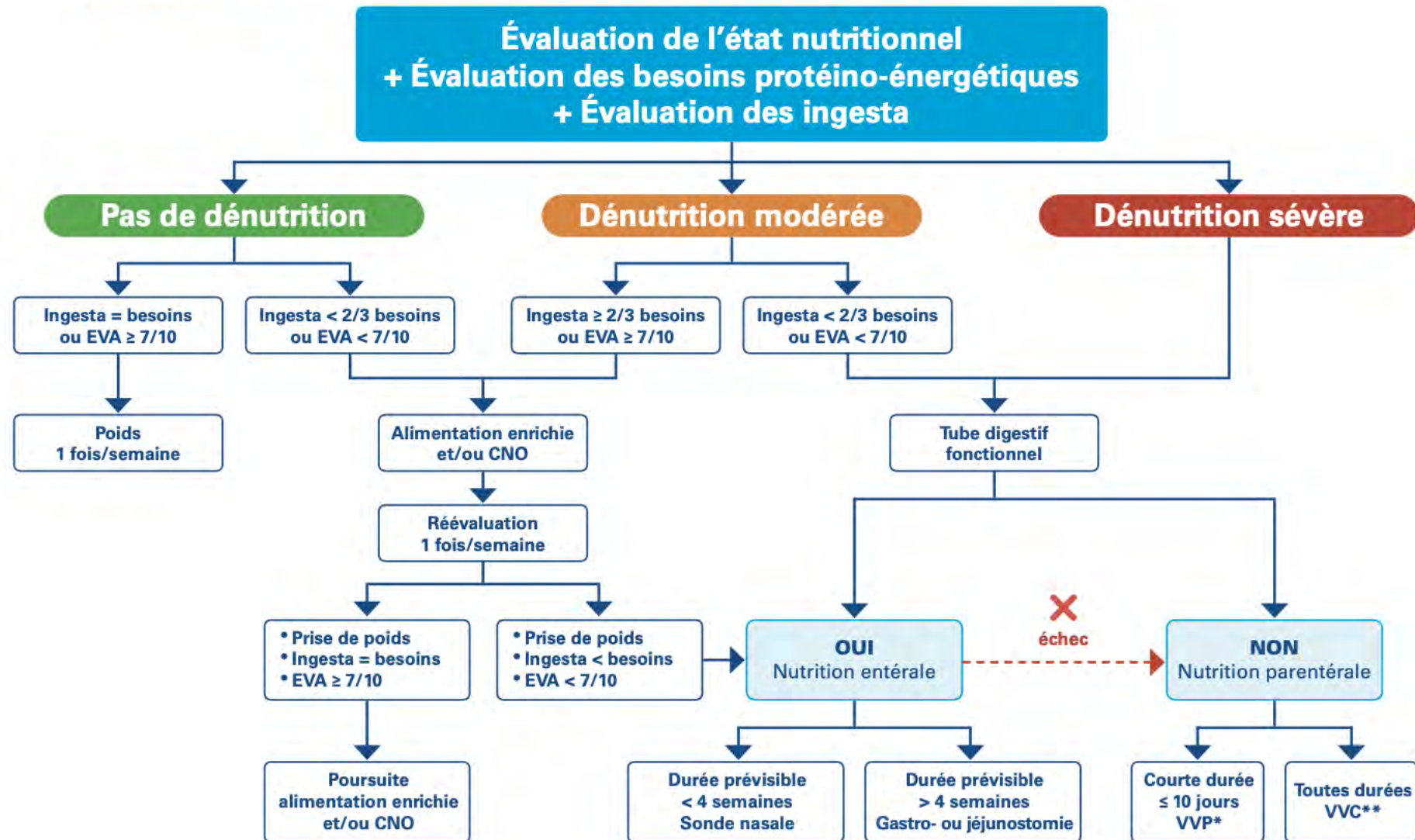


IMC ≤ 17 kg/m²

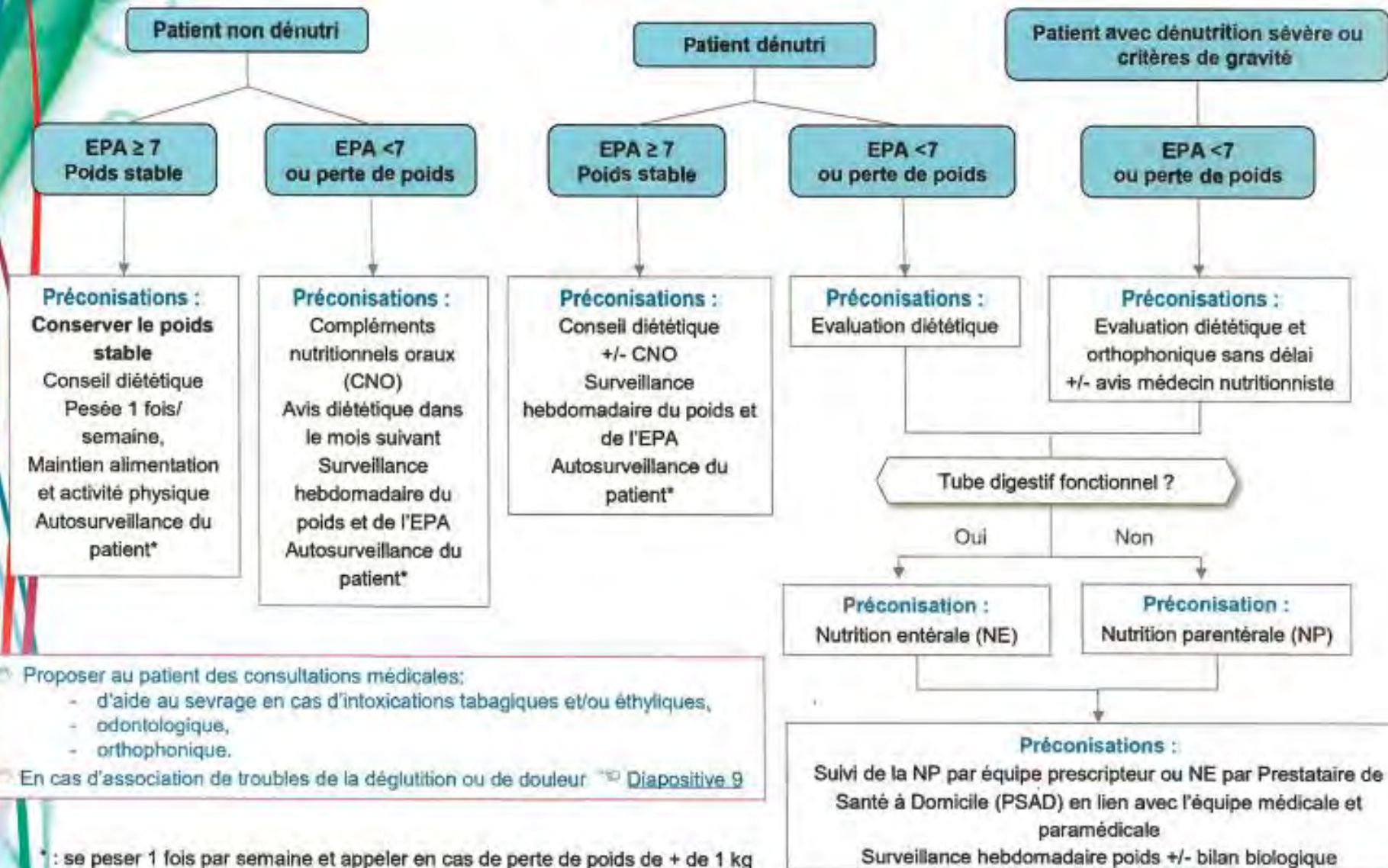


Albuminémie ≤ 30 g/l (mesure par immunonéphélométrie ou immunoturbidimétrie)

■ Prise en charge : arbre décisionnel du soin nutritionnel
proposé par la SFNCM³



Conduite à tenir



Proposer au patient des consultations médicales:

- d'aide au sevrage en cas d'intoxications tabagiques et/ou éthyliques,
- odontologique,
- orthophonique.

En cas d'association de troubles de la déglutition ou de douleur [Diapositive 9](#)

* : se peser 1 fois par semaine et appeler en cas de perte de poids de + de 1 kg

Recours à la nutrition entérale?

Pour toute nutrition artificielle, en première intention

Lorsque le tube digestif est fonctionnel

Décision pluri-professionnelle

A faire accepter par patient et famille

Voie d'abord

Suivi par PSAD

Nutrition entérale : apports

cible: 30-35 kcal/kg/j

En tenant compte de la prise calorique orale
poids idéal, poids ajusté, poids mesuré

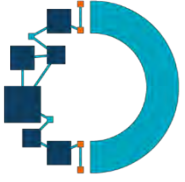
Protéines: 1 à 1,5g/kg/j

fibres?

donc HP, HC, concentration selon le poids,

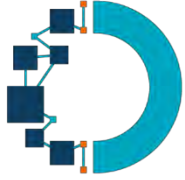
Intérêt des palliers???

Micronutriments (parfois en plus de la NE dans les dénutritions sévères)



Autre situation

- EPA = 7
- IMC =18
- Poids stable
- N'aime pas les CNO lactés
- Mise en place aide à domicile par A Sociale



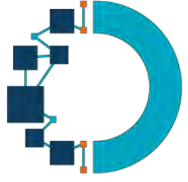
Autre situation

- 71 ans
- EPA = 4
- IMC =21
- Poids stable
- Dépression
- Dynamomètre : 20

suivi HdJ

Alcoolisme chronique, VO
GPE

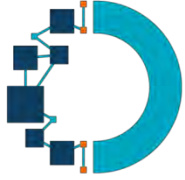
perte de poids progressive,
lente mais 10kg en 1 an (95
vers 85)



synthèse

situations variées
beaucoup d'acteurs
de nombreux facteurs de
risque nutritionnels
un suivi régulier
coordination?

Cas clinique : Mme F 46 ANS



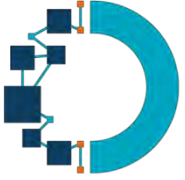
Cas clinique

Mme F., 46 ans

- Patiente de 56 ans
- Cancer du sein
- Sous hormonothérapie
- Elle pèse 60 kg pour 1m64.

Comment évaluer l'état nutritionnel ?

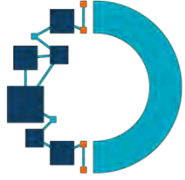
- A. Comparer le poids de forme et le poids actuel
- B. **Demander l'évolution du poids sur 1 mois et/ou 6 mois**
- C. Calculer le pourcentage de perte de poids



Cas clinique

Mme F, 46 ans

- Comment calcule-t-on le pourcentage de perte de poids ?
- A : $(\text{poids actuel} - \text{poids de forme}) / \text{poids actuel} * 100$
- B: $(\text{poids actuel} - \text{poids de forme}) / \text{poids forme} * 100$
- C : $(\text{poids de forme} - \text{poids actuel}) / \text{poids forme} * 100$
- D : $(\text{poids de forme} - \text{poids actuel}) / \text{poids actuel} * 100$



Cas clinique

Mme F, 46 ans

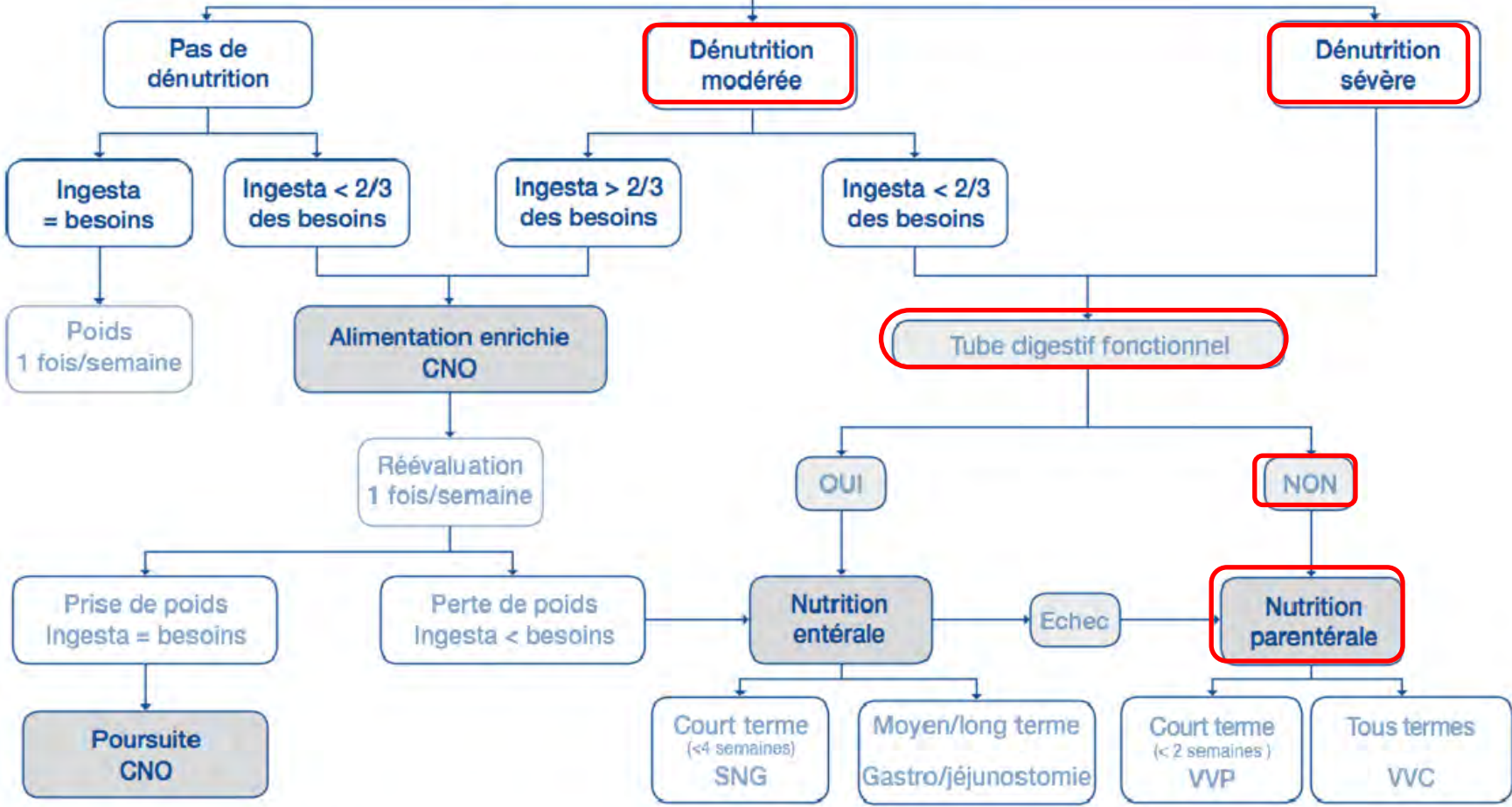
Evaluation porte sur :

- le contrôle du poids
- le suivi diététique
- **la diminution voire arrêt de la consommation d'alcool**
- **la pratique de l'activité physique et prévention de la sédentarité**

Arbre décisionnel du soin nutritionnel



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



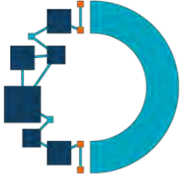
CNO : compléments nutritionnels oraux ; SNG : sonde naso-gastrique ; VVP : voie veineuse périphérique ; VVC : voie veineuse centrale

Annexe 1 : Évaluation des *ingesta* Evaluation des Prises Alimentaires EPA

Tout patient signalant un score d'*ingesta* < 8/10 apprécié par EVA doit bénéficier d'une évaluation et d'une prise en charge diététique.



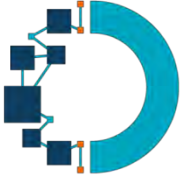
Activité physique
et nutrition dans
la prise en charge
du cancer colo-
rectal (2015)



Cas clinique

Mme F, 46 ans

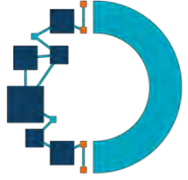
- Les traitements sont terminés, Mme F, 56 ans a été mise sous hormonothérapie et a pris du poids ?
 - **Quelle est votre attitude ?**
- A. Je propose des conseils diététiques adaptés
- B. Rien car ce sont les traitements
- C. Augmenter son activité physique



Cas clinique

Mme F, 46 ans

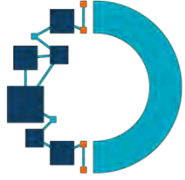
- Les traitements sont terminés, Mme F, 56 ans a été mise sous hormonothérapie et risque de prendre du poids ?
 - A. Je propose des conseils diététiques adaptés
 - B. Rien car ce sont les traitements
 - C. Augmenter son activité physique



Cas clinique

Mme F, 46 ans

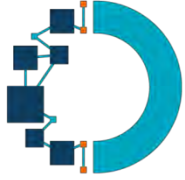
- La chimiothérapie adjuvante est à l'origine d'une diminution de la dépense énergétique de repos .
- Les changements hormonaux de la ménopause (chimio-induite ou non) sont susceptibles d'influencer le métabolisme et entraîner ainsi une prise de poids.
- Des études ont également observé une baisse du niveau d'activité physique après le diagnostic de cancer du sein en lien avec l'arrêt de l'activité professionnelle et donc un mode de vie plus sédentaire



Cas clinique

Mme F, 46 ans.

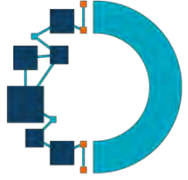
- Recommander **d'adapter l'alimentation** en privilégiant les aliments à faible densité énergétiques (fruits et légumes)
- Limiter les aliments gras et sucrés
- Privilégier les aliments riches en fibres tels que les céréales complètes, les légumes secs, fruits et légumes
- Augmenter progressivement AP
- Attirer régulièrement **l'attention** des patients sur **l'importance d'apports** journalier suffisants en calcium et vitamine D



Cas clinique

Mme F, 46 ans.

- Ne pas recourir aux compléments alimentaires sauf indication médicale
- Ne pas recourir aux extraits et décoctions de champignons et plantes médicinaux chinois
- Ne pas recourir à des régimes restrictifs ni au jeûne thérapeutique



Cas clinique

Mme F, 46 ans

La perte de poids chez les patientes en surveillance post-cancer du sein est possible

Des études ont démontré qu'une perte de poids modeste est possible et améliore les résultats de survie chez les femmes atteintes d'un cancer du sein localisé. Les recommandations suggèrent que ces patientes devraient recevoir des conseils nutritionnels dès le diagnostic, dans l'objectif de permettre d'éviter une prise de poids associée au traitement.



LE TRAITEMENT DU CANCER DU SEIN CONSEILS EN CAS DE PRISE DE POIDS



Le cancer du sein est un cancer hormono dépendant. En effet, la croissance de certaines tumeurs du sein est favorisée par les hormones féminines telles que l'oestrogène. Les traitements par hormonothérapie consistent alors en l'administration de médicaments qui vont neutraliser les hormones, et éviter le risque de récurrence. Ces traitements peuvent, dans une grande majorité des cas, entraîner une prise de poids. Il est conseillé de consulter un diététicien ou un médecin nutritionniste dès l'annonce du diagnostic afin de limiter cette prise de poids. Cette plaquette vous permettra de disposer de quelques conseils concernant votre alimentation dans le but de réduire les apports énergétiques et de privilégier les aliments à faible densité énergétique.

PRODUITS CEREALIERS

Tous les jours en favorisant les produits complets

Apporte de l'énergie (glucides)

Les féculents, consommés en quantité raisonnable, ne font pas grossir. Ce sont les accompagnements associés. (sauce, fromage, beurre...)

VIANDE

Limitier la consommation de viande rouge* à 500g/semaine et privilégier la consommation de viande blanche

Préserve le muscle (protéines)
Limite la fatigue (fer)

POISSON ET FRUITS DE MER

2 fois par semaine dont un poisson gras

Préserve le muscle (protéines)
Source de « bonnes graisses » indispensables à l'organisme

CHARCUTERIE

Limitier au maximum la consommation de charcuterie (aliment gras)

ŒUFS

2 à 4 œufs / semaine

PRODUITS SUCRES

A limiter
Seul groupe ne présentant aucun intérêt nutritionnel



FRUITS ET LEGUMES

5 portions par jour au minimum

Lutte contre la fatigue
Régule le transit et la sensation de faim

Toutes formes (frais, surgelés, en conserve...)
Jus de fruit : favoriser le « pur jus » et limiter la consommation à 1 verre par jour
Attention : les yaourts ou biscuits aux fruits ne comptent pas pour une portion

FRUITS A COQUE

(SANS SEL AJOUTÉ)

Une petite poignée par jour (noix, noisettes, amandes, pistaches...)

LEGUMINEUSES

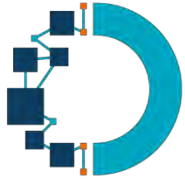
2 fois par semaine

Riches en protéines, vitamines, minéraux et fibres

PRODUITS LAITIERS

2 par jour

Préserve le capital osseux (calcium)
Préserve le muscle (protéines)
Les tailles de portion recommandées sont : 150 mL de lait, 125 g de yaourt, 30 g de fromage.
Limitier la consommation de fromage et de lait entier.



Vraies et fausses idées sur alimentation et cancer



Intérêt du public

- Le cancer nous préoccupe (peut nous toucher personnellement, toucher nos proches)
- L'alimentation est un domaine familier (tout le monde a un avis sur l'alimentation)

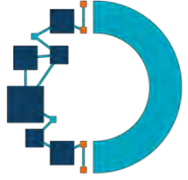
Intérêt de santé publique

- Des facteurs modifiables permettant d'agir
- Des preuves suffisantes pour faire des recommandations

Intérêt économique

- Des médias en quête de notoriété et de profit
- Des soi-disant experts (ouvrages, stages, consultations)

Comment s'y retrouver ? A qui se fier ? Que retenir ?



VRAI - FAUX

« Il faut manger bio pour réduire le risque de cancer » ?



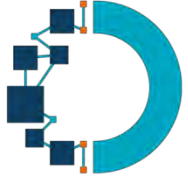
« Il faut manger bio pour réduire le risque de cancer » ?

VRAI ET FAUX

Les résidus de pesticides contenus dans les fruits et les légumes ne présentent pas de risque démontré vis-à-vis du cancer si la réglementation est respectée.

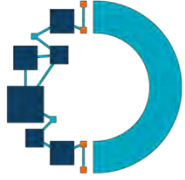
Concernant les OGM, ceux commercialisés à ce jour ne présentent pas de danger identifié pour l'Homme.

Manger «bio» n'est pas à la portée de tous. En revanche, la fraîcheur des produits l'est (circuit court). S'il ne vous est pas possible de faire le marché souvent, privilégiez les aliments surgelés.



VRAI - FAUX

« Les additifs alimentaires sont cancérigènes » ?

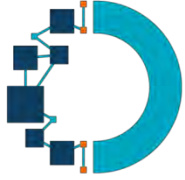


« Les additifs alimentaires sont cancérigènes » ?

VRAI ET FAUX

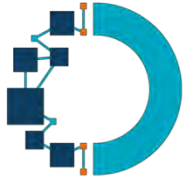
Dans l'état actuel des connaissances, les additifs alimentaires n'augmentent pas le risque de cancer. Toutefois, par principe de précaution, il est préférable de les limiter.

Les édulcorants font partie des additifs les plus consommés (aspartam, cyclamate, saccharine, stevia...). Veillez à limiter les doses journalières



VRAI - FAUX

« Certaines plantes aromatiques ou épices (thym, curcuma, ail...) ont un intérêt particulier vis-à-vis de la protection du cancer » ?



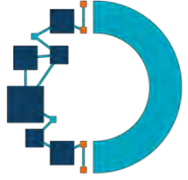
« Certaines plantes aromatiques ou épices (thym, curcuma, ail...) ont un intérêt particulier vis-à-vis de la protection du cancer » ?

VRAI ET FAUX

Certains microconstituants des plantes aromatiques et des épices présentent des propriétés potentiellement intéressantes. Cependant, les effets n'ont été observés que sur l'animal et sur des cellules isolées au cours d'expérimentations.

Certaines plantes, de part leurs propriétés anti-oxydantes, ne devraient pas être consommées lors de radiothérapie et peuvent interférer de façon dangereuse avec certaines chimiothérapies (ex : Valériane, Ginkgo...)

Aucun complément alimentaire sans l'avis médical



VRAI - FAUX

Les superaliments, par exemple riches en antioxydants sont anti-cancer ?



Les superaliments, par exemple riches en antioxydants sont anti-cancer ?

La mode des antioxydants : depuis les années 90, la promotion des aliments/CA riches en antioxydants (grenade, curcuma, corossol, baie de goji...) a pris un essor considérable.

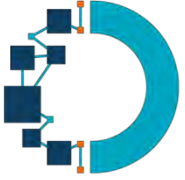
Les études : les **CA antioxydants** sont décevants (méta-analyses d'essais randomisés) et pas dénués de risque. Les antioxydants en excès peuvent devenir pro-oxydants : β -carotène et vit E \nearrow la mortalité ; pas d'association entre vit C, Se et Zn et MCV et cancer (incidence et mortalité); β -carotène \nearrow risque de cancer du poumon et estomac (fumeurs, ou expo. à l'amiante).

CA doses > AJR \Rightarrow **effet néfaste et toxique pendant les ttt** (\searrow action de ttt basés sur un effet oxydant (radiothérapie, et certains antibiotiques antitumoraux))

La réglementation : seule l'allégation « contribue à protéger contre le stress oxydatif » est autorisée pour Cu, Mn, Se, Zn, Vit B12, C et E ; polyphénols dans l'huile d'olive (Efsa 2012).

Ccl : Super-aliments loin d'être démontrés ! **Consommer des fruits et légumes variés et pas de CA !**

FAUX



VRAI - FAUX

« Le thé vert protège du cancer » ?

« Le café favorise l'apparition du cancer » ?



« Le thé vert protège du cancer » ?

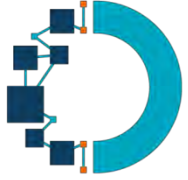
« Le café favorise l'apparition du cancer » ?

La catéchine, substance présente dans le thé vert, a la propriété de bloquer la croissance des cellules cancéreuses et leur aptitude à se disséminer. L'effet bénéfique chez l'Homme n'est pas prouvé scientifiquement.

le thé vert peut augmenter la toxicité de traitements de chimiothérapie et réduire l'efficacité de la chimio- ou de la radiothérapie."

Une consommation élevée de café pourrait être impliquée dans la survenue du cancer de la vessie. Cet effet délétère n'a pas été prouvé concernant les cancers de l'estomac, du pancréas, du foie, de la prostate et du sein.

VRAI ET FAUX

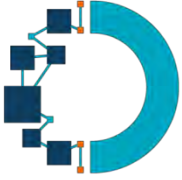


Interactions entre l'alimentation et les médicaments

- Le jus de pamplemousse : à éviter au cours des chimiothérapies car il contient des substances qui ont la capacité d'inhiber le cytochrome P3A4 (CYP3A4). Il en résulte une augmentation de la toxicité de certaines chimiothérapies (type : Taxol®, Taxotère®, Holoxan®, Navelbine®, Tarceva®, Iressa®, etc.) et un risque de surdosage [28].
- Le millepertuis : il est à l'inverse un inducteur du CYP3A4 et diminue l'efficacité du traitement.
- Le thé vert : actuellement, on ne connaît pas de bénéfice associé à la consommation de thé vert pendant les traitements du cancer. À l'inverse, on sait que le thé vert peut augmenter la toxicité de traitements de chimiothérapie et réduire l'efficacité de la chimiothérapie ou de la radiothérapie [29]. Il est donc plus prudent d'éviter de consommer du thé vert le jour du traitement, ainsi que les deux jours qui le précèdent et le suivent.
- Compléments alimentaires et aliments « anti-cancer » : la consommation de compléments alimentaires ou d'aliments « miracles » (curcuma, spiruline...) n'est pas recommandée. Il n'a pas été démontré d'effets bénéfiques pendant la maladie et certains compléments peuvent réduire l'efficacité de traitements anticancéreux. Les allégations anti-cancer pour certains compléments alimentaires proviennent d'études réalisées uniquement sur des cellules et des animaux et n'ont jamais confirmé leur bénéfice anticancer sur l'Homme.

L'AFSOS a réédité en 2019 un livret reprenant tous les risques d'interactions entre la phytothérapie et les traitements anticancéreux pouvant répondre aux questions des patientes³.

³ . www.afsos.org : question phytothérapie Volume 2.

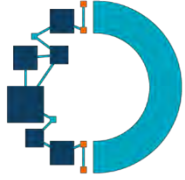


Et le soja ?

La fraction protéique du soja contient des phytoestrogènes (isoflavones) présent en quantité abondante dans le soja et les aliments dérivés.

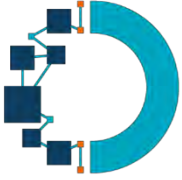
Il peut s'inscrire dans une alimentation équilibrée et diversifiée mais un apport élevé en phytoestrogènes (supérieur à 1 mg/kg par jour) à partir d'aliments à base de soja ou de compléments alimentaires n'est pas recommandé

La lécithine de soja, l'huile de soja ou la sauce soja peuvent être consommées librement. Par ailleurs, les haricots mungo (pousses de soja) ne contiennent pas de phytoestrogènes



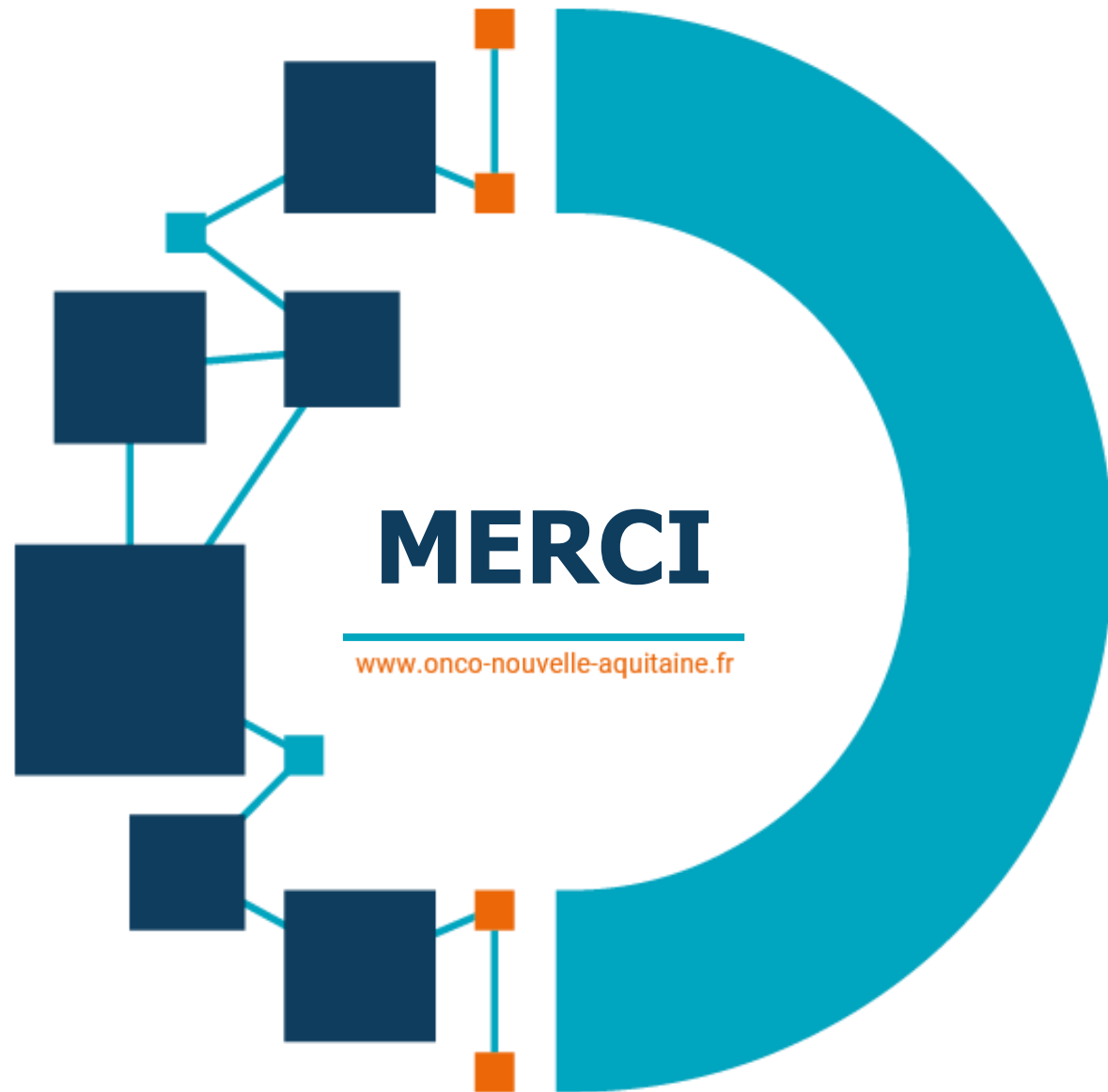
Bibliographies

- Haute Autorité de Santé. Diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte. 2019. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3118872/fr/diagnostic-de-la-denuitrition-de-l-enfant-et-de-l-adulte
- Réseau Nacre. Décrypter comprendre : soja et cancer du sein. 2019. <https://www6.inrae.fr/nacre/Zoom-sur/decrypter-comprendre-sojacancer-sein> . Réseau National Alimentation Cancer Recherche. Expertise collective Jeûne, régimes restrictifs et cancer, professionnels de santé – Novembre 2017.
- Réseau Nacre. Jeûne, régimes restrictifs et cancer : revue systématique des données scientifiques et analyse socio-anthropologique sur la place du jeûne en France.
- NACRE INCa DGS. Nutrition et prévention des cancers : des connaissances scientifiques aux recommandations INCa 2009



Pour en savoir plus :

- www.onco-nouvelle-aquitaine.fr
- www.inrae.fr/nacre
- www.Afdn.org
- https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2017/12/D%C3%A9nutrition_r%C3%A9alimentation-et-cancer_AFSOS.pdf
- www.afsos.org
- www.sfncm.org



MERCI

www.onco-nouvelle-aquitaine.fr