



ELSEVIER  
MASSON



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com

**NUTRITION CLINIQUE  
et MÉTABOLISME**

Nutrition clinique et métabolisme 29 (2015) 126–131

Développement professionnel continu

## Nutrition et cancer : pourquoi intervenir avant 5 % de perte de poids ?

*Nutrition and cancer: Why take care of before 5% weight loss?*

Xavier Hébuterne<sup>a,\*,b</sup>

<sup>a</sup> Service de gastro-entérologie et nutrition clinique, hôpital de l'Archet 2, CHU de Nice, 151, route de Saint-Antoine, 06200 Nice, France

<sup>b</sup> Université de Nice Sophia-Antipolis, 28, avenue Valrose, 06103 Nice, France

Disponible sur Internet le 13 avril 2015

### Résumé

La prévalence de la dénutrition est élevée au cours du cancer et elle est en moyenne de l'ordre de 40 %. Ces données sont obtenues avec les critères habituels qui notamment font référence à une perte de poids de 10 % ou plus. Cependant, si l'on considère qu'un malade qui présente une perte de poids de 5 % est déjà à risque nutritionnel, la prévalence de la dénutrition est supérieure à 55 %. Enfin, seuls 15 % des malades pris en charge pour cancer n'ont pas perdu de poids. La synthèse de la littérature suggère qu'en oncologie médicale, une perte pondérale de 5 % est associée à une altération du pronostic des malades (augmentation de la morbidité et de la mortalité). De nombreuses études démontrent qu'au cours de la radiothérapie et de la radiochimiothérapie, une prise en charge diététique active basée sur le conseil diététique, associé ou non à la prise de compléments nutritionnels oraux, permet d'améliorer le pronostic des malades. Les données au cours de la chimiothérapie sont moins convaincantes mais la plupart des études ont proposé une prise en charge insuffisante chez des malades déjà dénutris. Au cours des radiochimiothérapies pour cancers des voies aérodigestives supérieures, la mise en place prophylactique d'une gastrostomie, avant toute intervention nutritionnelle, est associée à un meilleur pronostic pour le patient et est recommandée. En chirurgie, la prise en charge nutritionnelle préopératoire est recommandée chez les malades dénutris et non dénutris qui doivent bénéficier d'une chirurgie majeure et la réalimentation postopératoire précoce est associée à une réduction des complications infectieuses et de la mortalité.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

*Mots clés* : Dénutrition ; Conseils diététiques ; Nutrition entérale ; Gastrostomie ; Intervention précoce

### Abstract

The prevalence of malnutrition is high in cancer and is on average around 40%. These data are obtained with the usual criteria that refer in particular to a weight loss of 10% or more. However, if we consider that a patient with a 5% weight loss is already at nutritional risk, the prevalence of protein-energy malnutrition is above 55%. Finally, only 15% of cancer patients have not lost any weight. The analysis of medical literature suggests that in medical oncology, a weight loss of 5% is associated with an alteration of the patient's prognosis (increased morbidity and mortality). Many studies show that, during radiotherapy and chemo-radiotherapy, dietetic counselling, associated or not with the use of oral nutritional supplements, can improve the prognosis of patients. During chemotherapy, data are less convincing but most studies have proposed insufficient support in already malnourished patients and more studies are needed. During radio-chemotherapy for cancers of the upper aerodigestive tract, prophylactic placement of a gastrostomy, before any nutritional intervention, is associated with a better prognosis for the patient and is recommended. In surgery, the nutritional preoperative load is recommended in malnourished and non-malnourished patients before major surgery and early postoperative oral or enteral nutrition is associated with a reduction in infectious complications and mortality.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

*Keywords*: Malnutrition; Dietetic advice; Enteral nutrition; Gastrostomy; Early intervention

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [hebuterne.x@chu-nice.fr](mailto:hebuterne.x@chu-nice.fr)

## 1. Introduction

L'une des premières conséquences cliniques de la dénutrition au cours du cancer est la perte de poids. Elle justifie le plus souvent une intervention nutritionnelle mais se pose la question du seuil de perte de poids qui doit déclencher cette prise en charge. Dans cet article, nous aborderons cinq points : la prévalence de la dénutrition selon le seuil de perte pondérale, les conséquences de la dénutrition selon le seuil de perte de poids, la prise en charge précoce par voie orale à l'aide de conseils diététiques, la prise en charge précoce par voie entérale par gastrostomie prophylactique au cours des cancers des voies aérodigestives supérieures et enfin la nutrition périopératoire.

## 2. Prévalence de la dénutrition selon le seuil de perte pondérale

La prévalence de la perte de poids est liée principalement au type de tumeur et au statut évolutif [1]. Dans l'étude princeps de Dewys et al. [2], réalisée chez des patients en chimiothérapie pour des tumeurs de stade 2 et 3, une perte de poids (oui vs non) était présente dans 92 % des cas pour le pancréas, 90 % pour l'estomac, 70 % pour le côlon, 63 % pour le poumon, 55 % pour la prostate, 54 % pour les sarcomes et 49 % pour le cancer du sein [2]. Les recommandations concernant la personne âgée, définies par la Haute Autorité de santé (HAS) en 2007, définissent des seuils de dénutrition modérée et sévère selon le niveau de perte de poids et le délai d'apparition (perte de poids de 5 % en un mois ou 10 % en six mois pour une dénutrition modérée et perte de poids de 10 % en un mois ou 15 % en six mois pour une dénutrition sévère) [3]. Dans l'étude Nutricancer [4], des résultats similaires étaient retrouvés (Fig. 1) et la prévalence de la dénutrition était de 39 % si l'on utilisait comme critères un pourcentage de perte de poids  $\geq 10\%$  associé à un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 18,5 ou 21 chez les plus de 70 ans. En utilisant les mêmes critères d'IMC avec une perte de poids  $\geq 5\%$ , la prévalence de la dénutrition était de 54,6 %. En interrogeant 1903 patients un jour donné pris en charge pour leur cancer, 15 % affirmaient avoir un poids stable, 33,5 % une perte de poids modérée entre 0 et 5 % et les autres une perte de poids de plus de 5 %. Ainsi, une prise en charge

diététique précoce déclenchée dès que le patient signale avoir perdu du poids devrait être destinée à 85 % des malades atteints de cancer.

## 3. Conséquences de la dénutrition selon le seuil de perte de poids

Dans la grande majorité, des études réalisées chez les malades atteints de cancer, quelle que soit la situation considérée (périopératoire, radiothérapie, chimiothérapie, palliatif, palliatif avancé), la perte de poids (en analyse uni- et/ou multi-variée) est associée significativement à la morbidité périopératoire, aux toxicités de la radiothérapie ou de la chimiothérapie et à la durée d'hospitalisation. La perte de poids est aussi un facteur de mauvais pronostic en termes de survie globale, de survie sans récurrence et de qualité de vie [1].

### 3.1. En chirurgie

En chirurgie, la prévalence de la perte de poids au seuil de 10 % varie de 2,4 à 20 %. La perte de poids, définie au seuil de 10 % par rapport au poids de forme, habituel, ou dans les six mois, est associée à une augmentation significative de la morbidité postopératoire, de la mortalité avec une réduction de la survie, une augmentation du temps d'hospitalisation. La plupart des données sont observées au cours des études rétrospectives. Une étude prospective a cependant mis en évidence une association entre des complications postopératoires infectieuses et une perte de poids à 10 % ou plus, et une association entre tous types de complications et une perte de poids à 15 % ou plus [5].

### 3.2. En oncologie médicale

En oncologie médicale, l'incidence de la perte de poids varie de 8,2 à 87 % selon les pathologies, les stades évolutifs et la définition du seuil de perte de poids. La prévalence la plus élevée concerne les patients métastatiques à un stade évolué sans traitement de chimiothérapie ou les cancers gastriques sous chimiothérapie. En analyse multivariée, lorsque la perte de poids est associée à la survie ou aux toxicités, le seuil pronostique de perte de poids est alors défini soit en variable dichotomique (oui vs non), soit au seuil de 5 %. Le seuil de 10 % est identifié beaucoup plus rarement. Enfin, selon les études, le poids est analysé en kg, en variable continue, à des seuils de  $\pm 2\%$  ou dans un score composite au seuil de 15 %. En analyse multivariée, il n'est pas identifié de seuils différents de pronostic selon la perte de poids. Ces études permettent de conclure qu'en oncologie médicale, une altération du pronostic est observée chez les malades à partir d'une perte de poids de 5 %.

## 4. Place et intérêt de la prise en charge diététique précoce chez les malades porteurs d'un cancer

La Société francophone de nutrition clinique et métabolisme (SFNEP) a, dans ses recommandations pour la pratique clinique (RPC), émis des recommandations très précises dans ce domaine [6].

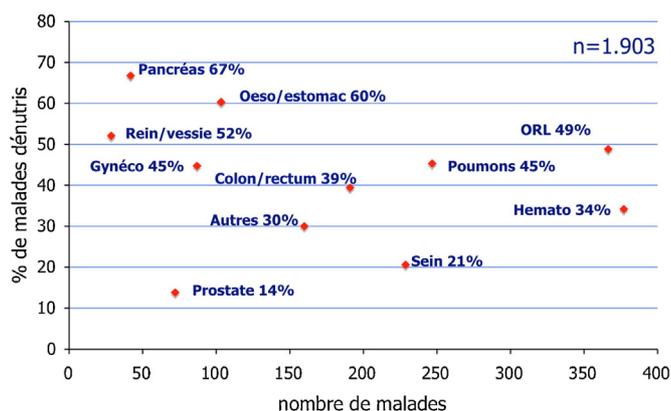


Fig. 1. Prévalence de la dénutrition chez les malades atteints de cancer [3].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2688713>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2688713>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)