



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 xxx (2016) xxx–xxx

Revue générale

Prise en charge nutritionnelle dans les parcours de soins des cancers[☆]

Nutrition in cancer care pathways

Patrick Bachmann^{a,*}, Amandine Bertrand^c, Pascale Roux^a, Commission nutrition et parcours de soins de la SFNEP¹

^a Unité de nutrition et diététique, CRLCC L.-Bérard, 28, rue Laennec, 69373 Lyon cedex 08, France

^b Commission nutrition et parcours de soins de la SFNEP, tour CIT, 3, rue de l'Arrivée, BP05, 75749 Paris cedex 15, France

^c Service de pédiatrie, institut d'hématologie et d'oncologie pédiatrique, 28, promenade Léa-et-Napoléon-Bullukian, 69008 Lyon, France

Reçu le 29 septembre 2016 ; reçu sous la forme révisée le 12 octobre 2016 ; accepté le 23 octobre 2016

Résumé

Du fait de l'amélioration de la survie, le cancer est aujourd'hui, dans bien des cas, une pathologie chronique. Une prise en charge nutritionnelle appropriée est nécessaire à tous les stades de la maladie. Pendant la phase de traitement curatif et de consolidation, elle vise à prévenir ou corriger une dénutrition afin de permettre la réalisation des traitements oncologiques les plus appropriés. Pendant la phase des traitements palliatifs, le maintien d'un bon état nutritionnel est le garant d'une meilleure qualité de vie, d'une moindre toxicité des traitements et probablement d'une survie plus prolongée. Après traitement, chez le patient guéri ou en rémission, de nombreux patients conservent des séquelles qui sont des facteurs de risque de dénutrition au long cours (troubles de la déglutition, sensoriels, de la vidange gastrique, séquelles de résection digestive, malabsorption. . .). De plus, les facteurs nutritionnels de risque de cancer (manque d'activité physique, mauvaise hygiène alimentaire, surpoids ou obésité, par exemple) persistent généralement après la guérison, voire se sont aggravés, et ils bénéficieraient d'une prise en charge qui est trop souvent négligée ; cette dernière vise alors à réduire le risque de récurrence ou de second cancer et à diminuer le risque de comorbidité. Ce document dresse un état des lieux de l'existant et des besoins au regard des recommandations de pratique clinique existantes ; il émet des propositions pour une prise en charge rationalisée dans les parcours de soins de cancérologie.

© 2016 Association pour le développement de la recherche en nutrition (ADREN). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Diététique ; Nutrition artificielle ; Activité physique ; Dénutrition ; Obésité

Abstract

Thanks to the increase of survival rate, cancer is now considered a chronic disease. All the efforts have to be put up in the establishment of nutritional care at every stage of the disease. During curative and consolidation treatments, nutritional care prevents or balances malnutrition to

[☆] Devant la publication de nombreux parcours de soins concernant différentes maladies chroniques considérées comme à haut risque de dénutrition, le comité administratif de la SFNEP a souhaité entamer une réflexion sur la place de la nutrition dans les parcours de soins existants et a créé une Commission nutrition et parcours de soins au sein de sa société. Cet article a été rédigé, discuté et validé par les membres de cette commission.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : patrick.bachmann@lyon.unicancer.fr (P. Bachmann).

¹ Commission nutrition et parcours de soins de la SFNEP : Pauline Coti-Bertrand, coordinatrice (centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne, Suisse). Patrick Bachmann (CRLCC Léon-Bérard, Lyon, France). Didier Barnoud (centre hospitalier Lyon-Sud, hospices civils de Lyon, Pierre-Bénite, France). Claudette Dieuleveut (La Fonzielle, Vauzeroux, France). Béatrice Dubern (hôpital Trousseau, HUEP/AP-HP, Paris, France). Véronique Hennequin (centre de nutrition ardennais, Charleville-Mézières, France). Francisca Joly (hôpital Beaujon, AP-HP, Clichy, France). Jean-Charles Preiser (hôpital universitaire Erasme, Bruxelles, Belgique). Didier Quilliot (CHU de Nancy-Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy, France). Agathe Raynaud-Simon (département de gériatrie Bichat-Beaujon-Bretonneau, AP-HP, Paris, France). Florence Rossi-Pacini (coordination générale des soins, Assistance publique-Hôpitaux de Marseille, Marseille, France). Bénédicte Seigne-Dartois (CHRU, Lille, France).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nupar.2016.10.124>

0985-0562/© 2016 Association pour le développement de la recherche en nutrition (ADREN). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

allow appropriate oncologic treatment to be carried out. During the palliative stages of the disease, nutrition care aims to keep patients in a better physical condition to face treatment toxicity and most likely to increase survival. At the end of the treatment, patients often keep sequela that could lead to long-term malnutrition. Moreover, cancer-associated nutritional risk factors (lifestyle with lack of physical activity and/or poor diet, overweight and obesity for instance) usually last after treatment and are eventually worsened. Patients could take advantage from a better care to reduce the risk of relapse or other comorbidities. This article summarizes the current situation and needs in relation to the existing clinical practice guidelines. Proposals are made for a more rational care along the oncological pathways of treatments.

© 2016 Association pour le développement de la recherche en nutrition (ADREN). Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Dietetic; Artificial nutrition; Physical activity; Malnutrition; Obesity

Commission nutrition et parcours de soins de la SFNEP

Pauline Coti-Bertrand, coordonatrice, nutrition clinique, service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme, CHU vaudois, rue du Bugnon 46, 1011, Lausanne, Suisse.

Patrick Bachmann, unité de nutrition et diététique, CRLCC Léon-Bérard, 28, rue Laennec, 69373, Lyon cedex 08, France.

Didier Barnoud, unité transversale de nutrition, service de nutrition clinique intensive, hospices civils de Lyon, centre hospitalier Lyon Sud, chemin du Grand-Revoynet, 69310, Pierre-Bénite, France.

Claudette Dieuleveut, La Fonzille, 79420, Vausseroux, France.

Béatrice Dubern, service de nutrition et gastro-entérologie pédiatriques, hôpital Trousseau, HUEP, AP-HP, 26, avenue du Dr-Arnold-Netter, 75012, Paris, France.

Véronique Hennequin, centre de nutrition ardennais, 17, rue Saint-Louis, 08000, Charleville-Mézières, France.

Francisca Joly, pôle des maladies de l'appareil digestif, gastro-entérologie, MICI et assistance nutritive, hôpital Beaujon, 100, boulevard du Général-Leclerc, 92110, Clichy, France.

Jean-Charles Preiser, service des soins intensifs, hôpital universitaire Erasme, 808, route de Lennik, 1070, Bruxelles, Belgique.

Didier Quilliot, unité transversale de nutrition, service de diabétologie, maladies métaboliques et nutrition, CHU de Nancy-Brabois, rue du Morvan, 54500, Vandœuvre-lès-Nancy, France.

Agathe Raynaud, département de gériatrie Bichat, hôpital Beaujon – Bretonneau, AP-HP, 46, rue Henri-Huchard, 75018, Paris, France.

Florence Rossi-Pacini, coordination générale des soins, Assistance publique-Hôpitaux de Marseille, 80, rue Brochier, 13354, Marseille cedex 05, France.

Bénédicte Seignez-Dartois, unité de nutrition artificielle à domicile, service de nutrition, CHRU de Lille, avenue Prof-Emile-Laine, 59037, Lille cedex, France.

1. Introduction

Le cancer est devenu dans bien des cas une maladie chronique. Du fait de l'amélioration des traitements, les patients bénéficient dans les formes de mauvais pronostic ou métastatiques d'une succession de traitements médicaux et/ou d'interventions qui cumulent leurs risques d'atteintes

fonctionnelles et nutritionnelles. Dans les formes de bon pronostic, les traitements ont des conséquences ou parfois même des séquelles qui vont retentir sur la vie ultérieure du patient guéri. La dénutrition est ainsi un état pathologique fréquent au cours des cancers : précédant parfois le diagnostic, elle peut conduire à celui-ci ; presque constante à un stade avancé de la maladie, elle pourrait être la cause directe d'un décès sur cinq. Cette dénutrition est la conséquence de la présence de la tumeur et des effets secondaires et/ou séquelles des traitements. À un stade précoce de la maladie, c'est l'insuffisance des apports nutritionnels, liée à l'anorexie, aux éventuels effets de la tumeur sur les voies digestives, aux toxicités des traitements, qui domine l'étiologie de la dénutrition. À un stade avancé de la maladie, les perturbations métaboliques et inflammatoires prennent une place de plus en plus importante et viennent inhiber la possibilité de stabiliser ou d'améliorer l'état fonctionnel et nutritionnel par un apport suffisant de nutriments, même administré par les techniques de nutrition artificielle. Dans ce dernier cas, les techniques de nutrition artificielle (NA) peuvent devenir futiles ou responsables de complications et doivent être allégées, ou suspendues.

La nutrition est l'ensemble des processus par lesquels un être vivant transforme des aliments pour assurer son fonctionnement. L'étude de la nutrition en pathologie ne se limite pas à l'alimentation mais porte aussi sur les modifications physiopathologiques, fonctionnelles et de composition corporelle liées à cette pathologie. La prise en charge nutritionnelle du sujet atteint de cancer tient compte des modifications induites par la présence de la tumeur et les effets de son traitement. Cette prise en charge nutritionnelle fait l'objet de recommandations nationales et internationales, mais il existe une grande discordance entre la pratique clinique et ces recommandations et d'un lieu de soin à un autre. Les principaux points de discordance portent sur l'absence de précocité et de répétition du dépistage des troubles de l'état nutritionnel, sur l'utilisation de la NA, en particulier la sous-utilisation de la nutrition entérale (NE) et l'excès de prescription de la nutrition parentérale (NP) souvent prescrite en lieu et place de cette NE, sur la méconnaissance des personnes soignées ou guéries concernant les effets de leur comportement nutritionnel sur l'évolution de la maladie (par exemple, les conséquences de la dénutrition, de la sédentarité, de la consommation de compléments alimentaires antioxydants...).

Dans ce document, les principaux points critiques du parcours de soin nutritionnel des personnes atteintes de cancer sont décrits, et une courte [annexe 1](#) résumant la prise en charge nutritionnelle générale est proposée pour être insérée dans les

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8589399>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8589399>

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