

Prise en charge nutritionnelle en cancérologie digestive

Ce référentiel, dont l'utilisation s'effectue sur le fondement des principes déontologiques d'exercice personnel de la médecine, a été élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire de professionnels des réseaux régionaux de cancérologie de Lorraine (ONCOLOR), d'Alsace (CAROL) et de Franche-Comté (ONCOLIE) en tenant compte des recommandations nationales, et conformément aux données acquises de la science au **24 avril 2018**.

1. Généralités

- Ce référentiel concerne la prise en charge nutritionnelle des patients présentant un cancer digestif.
- Il s'appuie sur les **recommandations d'experts** :
 - de l'**ESPEN** (The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism),
 - de la **SFAR** (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation),
 - de la **SFNEP** (Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme)
 - et sur le référentiel "**Nutrition chez le patient atteint de cancer**" de l'**AFSOS** (Association Francophone des Soins Oncologiques de Support).
- Les cancers digestifs et plus particulièrement de l'œsophage, de l'estomac et du pancréas sont des cancers **à haut risque de dénutrition**. La dénutrition pouvant être présente avant même le début des traitements mais également apparaître tout au long de la prise en charge. Le surpoids ou une obésité peuvent masquer une dénutrition.
- L'évaluation du statut nutritionnel et le dépistage de la dénutrition doivent s'inscrire dans le projet thérapeutique multidisciplinaire du patient atteint de cancer digestif. Ils doivent être réalisés dès le diagnostic, intégrés au dispositif d'annonce et réalisés tout au long des traitements.
- Selon les résultats de l'évaluation nutritionnelle, une consultation spécialisée doit être demandée auprès d'une diététicienne nutritionniste et selon la gravité auprès d'un médecin compétent en nutrition.
- La chirurgie digestive à elle seule peut entraîner une dénutrition en raison :
 - des modifications anatomiques (gastrectomie partielle ou totale, duodéno pancréatome....)
 - des modifications fonctionnelles (hormonales et enzymatiques) qui ont une action sur l'absorption digestive.
Ces modifications pouvant induire une diminution de l'appétit ou une augmentation de la sensation de satiété, une maldigestion...

2. Objectifs

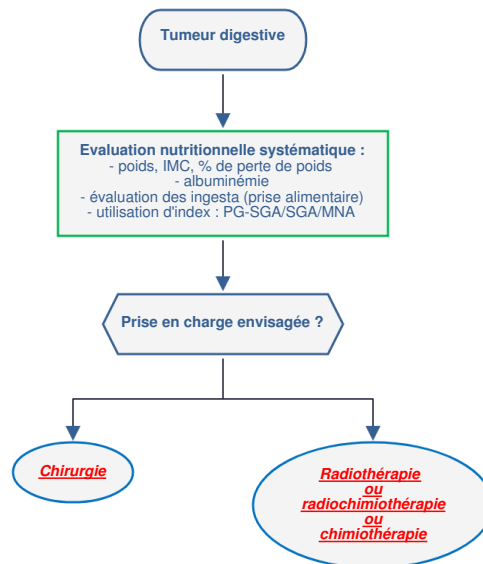
- Evaluer le risque de dénutrition et l'état nutritionnel du patient :
 - dépistage
 - diagnostic.
- Préciser les indications de prise en charge nutritionnelle selon :
 - l'état nutritionnel du patient
 - la phase thérapeutique
 - et le suivi nutritionnel.
- Préciser les modalités de prise en charge nutritionnelle et le suivi nutritionnel.

3. Evaluation

3.1. Dépistage

- **Recherche des facteurs de risque nutritionnels** : troubles de la mastication, de la déglutition, dysgueusie, dyosmie, mucite...
- **Evaluation du statut nutritionnel** : par les soignants, le diététicien nutritionniste, le médecin nutritionniste.
 - Poids: pesée systématique à chaque consultation sur la même balance ou à domicile dans les mêmes conditions.
 - Pourcentage de perte de poids : poids habituel – poids actuel / poids habituel x 100
 - IMC : Poids (kg) /taille ² (m)
 - Evaluation des ingestas (échelle analogique ou verbale) : **échelle EPA**
 - Albuminémie en g/L
 - Utilisation d'index :
 - **PG-SGA** (Patient Generated-Subjective Global Assessment)
 - **SGA** (Subjective Global Assessment)
 - **MNA** (Mini Nutritional Assessment)

→[Télécharger la fiche récapitulative de la SFNEP](#)



3.2. Diagnostic nutritionnel

- En oncologie, la perte de poids >5 % et en chirurgie la perte de poids >10 % induisent une augmentation du risque de complications postopératoires, de toxicité de la chimiothérapie et de la radiothérapie, une diminution de la survie et altèrent la qualité de vie.
- La diminution de la prise alimentaire de 30 % soit une EVA <7 majore le risque de dénutrition.
- **Dénutrition :**
 - perte de poids récente >5 % en 1 mois ou 10 % dans les 6 mois ou
 - IMC ≤ 18,5 ou 21 (>70 ans) ou
 - albuminémie <30 g/L indépendamment de la PCR.
- **Les besoins nutritionnels :**
 - chez un patient atteint d'un cancer selon la phase thérapeutique :
 - en oncologie médicale : 30 à 35 Kcal/kg de poids/jour
 - en périopératoire : 25 à 30 Kcal/kg/jour
 - les besoins protéiques : 1,2 à 1,5 g de protéines/kg de poids/jour.
- **Syndrome de renutrition inappropriée (SRI) :**
 - Lors d'une dénutrition ou d'une perte de poids ou des apports oraux négligeables, il est recommandé une prise en charge spécifique par une équipe experte en raison du risque de syndrome de renutrition inappropriée.
 - **Définition :** ensemble des manifestations adverses cliniques et biologiques observées à la renutrition par voie orale, entérale ou parentérale des patients dénutris ou ayant subi un jeûne ou une restriction alimentaire prolongée
 - **Patients à risque de SRI :** le National Institute for Health and Clinical Excellence a défini des critères majeurs et mineurs à rechercher afin de permettre une meilleure identification des patients à risque de SRI :
 - **critères majeurs : risque élevé de SRI si un critère ou plus :**
 - BMI <16 kg/m²
 - perte de poids involontaire supérieure à 15 % en 3 à 6 mois
 - jeûne ou nutrition très réduite supérieur à 10 jours
 - niveaux bas de potassium, phosphore ou magnésium avant la renutrition.
 - **critères mineurs : risque élevé de SRI si 2 critères ou plus :**
 - BMI > 18,5 kg/m²
 - perte de poids involontaire de 10 à 15 % en 3 à 6 mois
 - jeûne ou nutrition très réduite entre 5 et 10 jours
 - antécédents d'alcoolisme, d'insulinothérapie, de chimiothérapie, de traitement diurétique et antiacides.

→ [A télécharger gratuitement : application pour l'aide à la prise en charge nutritionnelle des patients \(SFNEP\)](#)

4. Indications de prise en charge nutritionnelle

4.1. Selon l'état nutritionnel

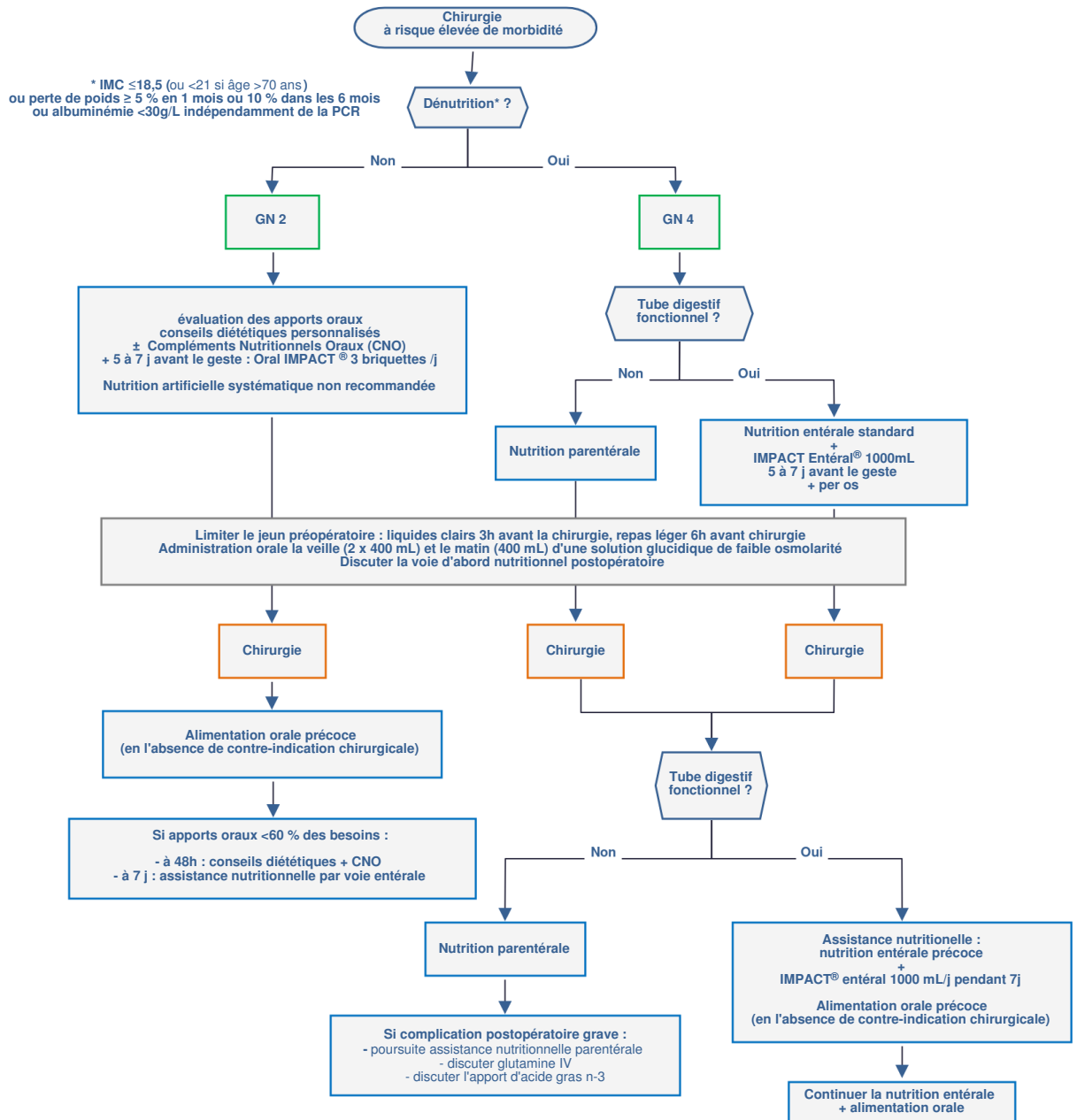
- **Stratification du risque nutritionnel :**
 - Grade nutritionnel 1 (**GN1**) = patient non dénutri **ET** chirurgie non à risque élevé de morbidité **ET** pas de facteur de risque de dénutrition.
 - Grade nutritionnel 2 (**GN2**) = patient non dénutri **ET** présence d'au moins un facteur de risque de dénutrition **OU** chirurgie avec un risque élevé de morbidité
 - Grade nutritionnel 3 (**GN3**) = patient dénutri **ET** chirurgie non à risque élevé de morbidité

- Grade nutritionnel 4 (GN4) = patient dénutri ET chirurgie à risque élevé de morbidité.

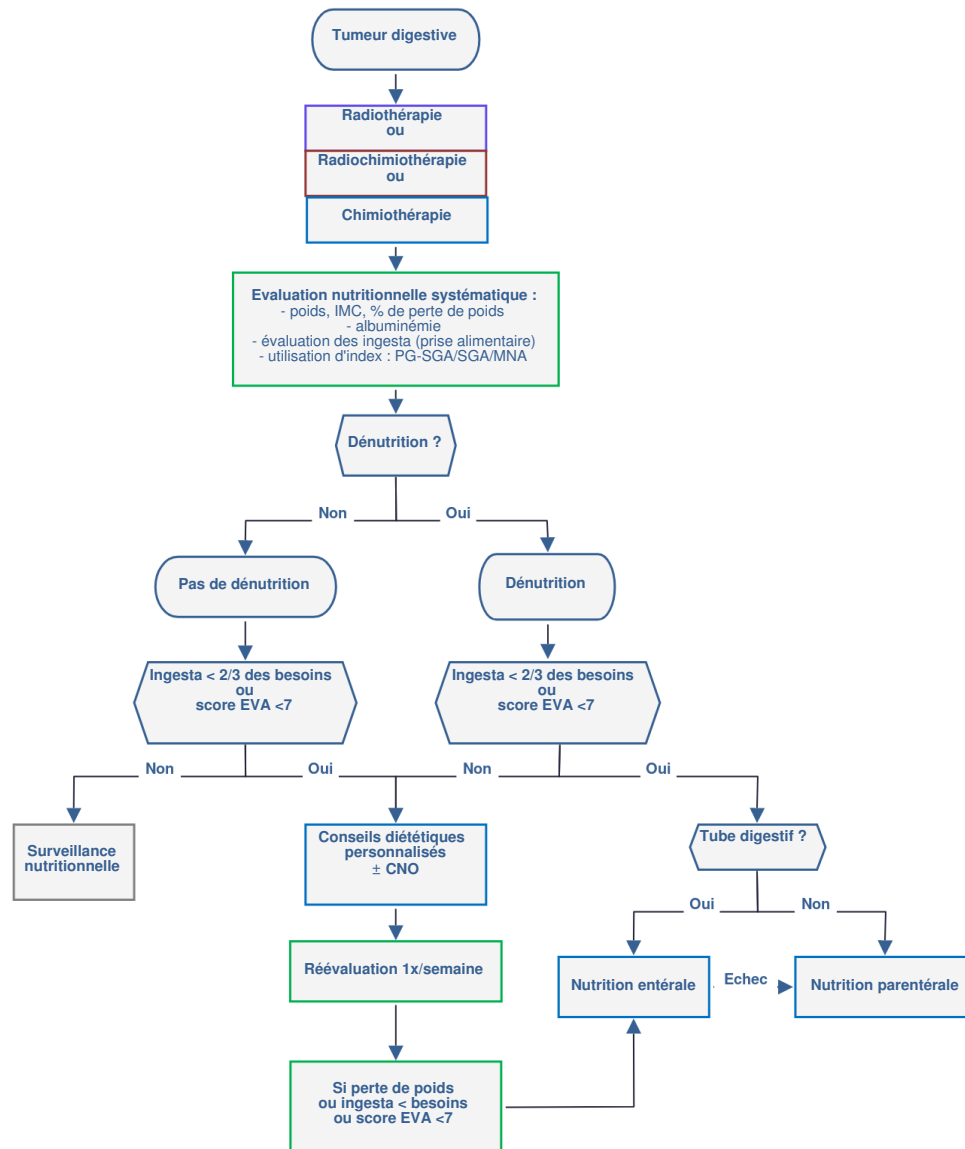
4.2. Selon la phase thérapeutique

4.2.1. En cas de chirurgie

- La chirurgie en cancérologie est à risque élevé de morbidité : les 2 grades retenus sont GN2 et GN4 (non dénutri/dénutri)



4.2.2. En cas de radiothérapie, radiochimiothérapie ou chimiothérapie



5. Mode de prise en charge nutritionnelle

- Le conseil diététique personnalisé est réalisé par un expert en nutrition tout au long du traitement. Il intègre l'évaluation nutritionnelle, la prise d'ingesta et les conseils diététiques adaptés aux besoins identifiés.
- La nutrition artificielle comporte la nutrition entérale utilisant la voie digestive (sonde nasogastrique, nasojejunale, gastrostomie ou jéjunostomie) et la nutrition parentérale qui utilise une voie veineuse centrale.
- Lorsque la nutrition artificielle est indiquée et notamment en périopératoire, la voie d'abord doit être discutée. La nutrition entérale sera toujours privilégiée sauf si le tube digestif est non fonctionnel ou inaccessible, dans ce cas la nutrition parentérale sera retenue mais l'indication devra être fréquemment réévaluée.

6. Conséquences nutritionnelles de la chirurgie digestive

- La chirurgie digestive engendre des modifications anatomiques (gastrectomie partielle ou totale, duodéno pancréatectomie...) et des modifications fonctionnelles (motricité, hormonale et enzymatique...) qui ont une action sur l'absorption digestive. Elle peut donc majorer le risque de dénutrition déjà induit par les traitements oncologiques.
- Les conséquences nutritionnelles de la chirurgie digestive doivent être connues de façon à les dépister, les prévenir et adapter une prise en charge précoce.

6.1. Conséquences fonctionnelles

SYNDROME	MECANISMES	CONDUITE A TENIR
Anorexie	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution de la sécrétion de ghréline 	<ul style="list-style-type: none"> • Conseils diététiques personnalisés
Syndrome du petit estomac	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction de la capacité de réservoir de l'estomac et trouble de la vidange gastrique par vagotomie 	<ul style="list-style-type: none"> • alimentation fractionnée • mastication +++ • boisson en dehors des repas • apports en fibres

SYNDROME	MECANISMES	CONDUITE A TENIR
Dumping syndrome	<ul style="list-style-type: none"> • Arrivée brutale du chyme hyperosmotique dans le grêle provoquant un appel d'eau et d'électrolytes, libération inappropriée de peptides digestifs • Vagotomie avec accélération de la vidange des liquides 	<ul style="list-style-type: none"> • alimentation fractionnée • mastication +++ • boisson en dehors des repas • éviter les aliments déclencheurs de symptômes (selon patient)
Hypoglycémies tardives réactionnelles (2 à 3 heures après un repas)	<ul style="list-style-type: none"> • Sécrétion d'insuline réactionnelle excessive à l'arrivée massive et brutale du glucose et absorption rapide provoquant une franche hyperglycémie 	<ul style="list-style-type: none"> • Eviter la consommation isolée d'aliments à index glycémique élevé
Diarrhée motrice	<ul style="list-style-type: none"> • Suppression de la pompe antro-pylorique post gastrectomie • Ralentissement de la vidange gastrique avec accélération de la vidange des liquides et du transit intestinal 	<ul style="list-style-type: none"> • mastication • ralentisseur de transit 1/2h avant le repas • hydratation
Diarrhée de malabsorption	<ul style="list-style-type: none"> • Asynchronisme entre l'arrivée du bol alimentaire dans le grêle et les sécrétions biliopancréatiques • Insuffisance pancréatique exocrine par résection pancréatique • Pullulation microbienne par déconjugaison des sels biliaires dans anse afférente • Défaut de stimulation de la sécrétion pancréatique par vagotomie 	<ul style="list-style-type: none"> • régime hypercalorique et hyperprotidique • extraits pancréatiques au début de repas et pendant le repas • cure séquentielle d'antibiotiques • hydratation

6.2. Conséquence métabolique

SYNDROME	MECANISMES	PRISE EN CHARGE / TRAITEMENTS
Diabète	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance pancréatique endocrine 	<ul style="list-style-type: none"> • Antidiabétiques oraux ou insuline

6.3. Conséquences nutritionnelles

SYNDROME	MECANISMES	PRISE EN CHARGE / TRAITEMENTS
Amaigrissement	<ul style="list-style-type: none"> • maldigestion • carence d'apport • troubles fonctionnels 	<ul style="list-style-type: none"> • conseils diététiques • traitement des diarrhées • CNO ou assistance nutritionnelle
Carence en vitamines liposolubles	<ul style="list-style-type: none"> • carence d'apport • insuffisance pancréatique exocrine • asynchronisme de sécrétion biliopancréatique 	<ul style="list-style-type: none"> • extraits pancréatiques • supplémentation en vitamine D • supplémentation en vitamines K, E, A (en fonction des dosages)
Carence en vitamine B12	<ul style="list-style-type: none"> • carence d'apport • malabsorption • pullulation microbienne 	<ul style="list-style-type: none"> • apport en vitamine B12 • extraits pancréatiques • traitement de la pullulation microbienne
Carence en fer, zinc sélénium, B1, B9	<ul style="list-style-type: none"> • carence d'apport • malabsorption liée aux montages chirurgicaux 	Supplémentation adaptée
Ostéopénie/ostéoporose	<ul style="list-style-type: none"> • carence d'apport en calcium, phosphore, magnésium • carence en vitamine K 	<ul style="list-style-type: none"> • apport en calcium et vitamine D • correction des troubles du phosphore, magnésium et vitamine K

6.4. Supplémentation en micronutriments et extraits pancréatiques en fonction du type de chirurgie

TYPE de CHIRURGIE	SUPPLEMENTATION SYSTEMATIQUE	SUPPLEMENTATION EVENTUELLE
Œsophagectomie polaire supérieure	/	<ul style="list-style-type: none"> vitamine B12 fer zinc extraits pancréatiques
Œsophagectomie coloplastie	<ul style="list-style-type: none"> vitamine B12 fer calcium et vitamine D extraits pancréatiques 	<ul style="list-style-type: none"> zinc cuivre vitamines A, E K
Gastrectomie partielle	/	<ul style="list-style-type: none"> vitamine B12 fer zinc extraits pancréatiques
Gastrectomie totale	<ul style="list-style-type: none"> vitamine B12 fer calcium et vitamine D extraits pancréatiques 	<ul style="list-style-type: none"> zinc cuivre vitamines A, E K
DPC ou pancréatectomie	<ul style="list-style-type: none"> vitamine D et calcium extraits pancréatiques 	<ul style="list-style-type: none"> vitamines A, E, K, B12 fer
SPC	/	<ul style="list-style-type: none"> vitamines A, D, E, K extraits pancréatiques
Résection de grêle étendue (grêle restant >2 m)	/	<ul style="list-style-type: none"> vitamines A, D, E, K, B12 calcium et fer zinc magnésium sélénium
Résection iléale	<ul style="list-style-type: none"> vitamine B12 (si résection >60 cm) 	<ul style="list-style-type: none"> vitamine B12 (si résection <60 cm) vitamines A, D, E, K calcium

6.5. Surveillance nutritionnelles biologiques en fonction du type de chirurgie

- Avant chaque chirurgie, un dépistage des carences est à réaliser de façon systématique puis la fréquence de la surveillance est fonction du type de chirurgie.

TYPE de CHIRURGIE	Calcium, phosphore, magnésium, cuivre, zinc, sélénium	Vitamine B12	Vitamines liposolubles (A, D, E, K)	Vitamines hydrosolubles
Œsophagectomie polaire supérieure	2 fois / an	2 fois / an	1 fois / an	2 fois / an
Œsophagectomie avec coloplastie	2 fois / an	2 fois / an	2 fois / an	2 fois / an
Gastrectomie totale et partielle	2 fois / an	2 fois / an	2 fois / an	2 fois / an
DPC ou pancréatectomie	2 fois / an	2 fois / an	2 fois / an	2 fois / an
Colectomie	2 fois / an	/	/	/
Résection courte iléale (<60 cm)	2 fois / an	2 fois / an	/	/
Résection longue (>60 cm)	2 fois / an	2 fois / an	2 fois / an	2 fois / an

7. Bibliographie

- Melchior JC, Hanachi M.
Syndrome de renutrition
Traite de nutrition artificielle : chapitre 66 ; Edition Springer Paris mai 2016.
- Séguy D.
Conséquences nutritionnelles de la chirurgie digestive
Traité de nutrition artificielle de l'adulte, chapitre 87 ; Edition Springer Paris 2016.
- Zeanandin G, Quilliot D.
Conséquences nutritionnelles de la chirurgie digestive ?
Questions de Nutrition clinique de l'adulte. QNC 14. Les éditions de la SFNEP "Nourrir l'Homme Malade".