

# Dénutrition et cancer

*Dr Riana Rakotoarimanana  
Hôpital neuchâtelois  
La Chaux-de-Fonds*

## Introduction

La perte de poids est souvent un symptôme précoce dans les pathologies tumorales. C'est très souvent, avec la perte d'appétit, un facteur d'alerte qui va mener aux investigations permettant de poser le diagnostic. Jusqu'à 80% des patients atteints de cancers vont perdre du poids au cours de la maladie et on peut estimer que 20% des patients vont décéder des effets de la dénutrition plutôt que des effets de la tumeur. Par ailleurs et contrairement à l'idée établie, la dénutrition semble être un phénomène précoce dans la maladie cancéreuse et c'est à ce stade qu'elle a le plus de chance d'être prise en charge avec succès.

La prise en charge nutritionnelle au cours des maladies cancéreuses a été longtemps controversée, sur la base du principe qu'il ne fallait pas « nourrir la tumeur ». Cette notion est surtout issue d'études réalisées sur des lignées cellulaires et des animaux de laboratoire ainsi que d'études étudiant l'effet de la nutrition parentérale sur certains paramètres de croissance tumorale. Il existe très peu de données concernant l'assistance nutritionnelle utilisée majoritairement actuellement, à savoir l'alimentation orale fractionnée, les suppléments nutritifs oraux et la nutrition entérale. Il existe par contre de nombreuses études sur les effets délétères de la dénutrition en général et au cours des maladies oncologiques.

Lorsqu'elle est présente la dénutrition est associée à un facteur de mauvais pronostic. On peut mettre en évidence chez ces patients une dégradation de la qualité de vie et de l'état fonctionnel ainsi qu'une augmentation de la durée de séjour à l'hôpital, des hospitalisations imprévues et de la mortalité. Du point de vue strictement oncologique un mauvais état nutritionnel est associé à une diminution de la tolérance aux traitements qui doivent alors plus souvent être interrompus, raccourcis ou atténués, avec des conséquences potentiellement négatives sur l'évolution de la maladie.

## Mécanismes de la dénutrition

La dénutrition liée aux maladies cancéreuses repose sur deux phénomènes principaux : la carence d'apport et les altérations métaboliques.

La carence d'apports est principalement consécutive à l'anorexie qui accompagne très fréquemment la maladie. A cela peuvent s'ajouter des facteurs spécifiques liés à la tumeur (par ex. dysphagie sur Ca ORL ou des voies digestives) ou au traitement (mucite sur radiothérapie, nausées sur chimiothérapie, etc.).

Sur le plan métabolique il existe souvent une réaction inflammatoire systémique dont l'intensité a d'ailleurs une valeur pronostique négative. Le métabolisme basal n'est pas constamment augmenté mais affecté de façon très variée en fonction du type et de l'extension de la tumeur. Il existe par contre d'autres altérations métaboliques indépendantes de l'état inflammatoire, parmi lesquelles une augmentation de la lipolyse, de la protéolyse et une baisse de la protéogénèse.

Au total on observe chez les patients oncologiques un ensemble de perturbations du métabolisme, induites directement par la tumeur ou par l'hôte en réponse à la tumeur et qui vont entraîner une augmentation des besoins et des pertes que le patient ne peut pas compenser en raison d'apports insuffisants. Ceci va entraîner un tableau de perte parfois extrêmement rapide de la masse lipidique et musculaire dont l'aboutissement final est un tableau de dénutrition très sévère, souvent désignée sous le nom de « cachexie cancéreuse ».

## Traitements

Il existe souvent un laps de temps entre la pose du diagnostic et la mise en route du traitement. Cette période devrait être mise à profit pour évaluer les patients sur le plan nutritionnel et mettre en route une stratégie nutritionnelle qui doit s'intégrer à la situation globale.

Une fois choisi le traitement combine souvent plusieurs modalités thérapeutiques (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie) et se déroule sur plusieurs semaines. Ceci permet

de suivre ces patients étroitement sur le plan nutritionnel.

Une thérapie nutritionnelle est recommandée :

- chez tous les patients dénutris (perte de poids non volontaire > à 5%, sévère si >10%).
- Chez tous les patients qui ne pourront pas manger pour une durée > à sept jours.
- Chez tous les patients qui ne pourront pas couvrir au moins 60% de leur besoins pendant plus de dix-jours.

De manière générale il est plus difficile de traiter une dénutrition lorsqu'elle est avancée et ceci est particulièrement vrai dans les pathologies oncologiques où de nombreux facteurs interfèrent non seulement avec la prise en charge nutritionnelle mais également avec son efficacité. Il est donc d'autant plus important de repérer et traiter ces patients de façon précoce.

Une partie du traitement va majoritairement sur les moyens d'augmenter les apports énergétiques. L'anorexie liée au cancer étant multifactorielle (état dépressif réactionnel, dysphagie, effets secondaires des traitements,...) elle est difficile à prendre en charge. Une consultation spécialisée de nutrition permet d'évaluer l'état nutritionnel et de mettre en place certaines mesures simples (fractionnement, enrichissement, adaptation des textures, évitement des mets trop épicés ou trop chauds, évitement des odeurs trop prononcées). La prescription de suppléments nutritifs oraux est utile pour compléter les apports mais il est important de se renseigner au préalable quant aux modalités de remboursement et de tenir le patient informé de cet aspect. Si les apports (évalués par une diététicienne) restent insuffisants après ces mesures, une assistance nutritionnelle (par voie entérale chaque fois que c'est possible) devrait être mise en route.

Parmi les médicaments seuls les stéroïdes ont démontré des effets réellement stimulateurs de l'appétit mais sans amélioration objective de l'état nutritionnel (prise de poids mais pas de muscle !) et au prix d'effets secondaires importants. Ils ne sont donc pas recommandés en pra-

tique courante ou seulement pour des cas précis et des durées courtes (inférieures à deux semaines).

De nombreuses substances sont à l'étude pour essayer d'agir sur les modifications métaboliques. Certaines substances semblent prometteuses (par ex. les acides gras n-3 tels que l'acide eicosapentaénoïque ou EPA), mais il existe encore trop peu d'études bien conduites pour recommander de façon systématique la prescription de ce type de supplément alimentaire.

## Cas particuliers

Les personnes atteintes de pathologies tumorales représentent un éventail de patients extrêmement varié selon le type, la localisation, le stade et l'agressivité de la tumeur mais également le type, la durée et l'objectif du traitement mis en route. Nous allons évoquer deux situations particulières, les patients porteurs d'un cancer ORL et les patients devant subir une opération.

Les patients porteurs d'un cancer ORL sont particulièrement à risque sur le plan nutritionnel car tant la pathologie que son traitement vont entraver de façon majeure sa capacité à couvrir ses besoins. Par ailleurs certaines comorbidités associées à ce type de cancer (éthylotabagisme) peuvent encore aggraver le tableau.

Lorsqu'on la recherche la dénutrition est présente chez près de 90% de ces patients. Elle peut être préexistante en raison des symptômes liés au cancer ou s'installer en cours de traitement en raison des effets secondaires ou de l'évolution de la pathologie de base.

La problématique nutritionnelle devrait être intégrée à la prise en charge globale et discutée chez tous ces patients avant la mise en route du traitement. Le recours à une nutrition entérale en particulier devrait être systématiquement évoqué avec le patient car elle permet de diminuer la perte de poids et les épisodes de déshydratation. La nutrition entérale peut se faire par sonde nasogastrique ou gastrostomie percutanée (PEG). En cas de nutrition entérale d'une durée prévisible supérieure à quatre semaines (par exemple chez un patient avec des difficultés majeures d'alimentation

déjà présentes avant le début du traitement), la PEG devrait être l'abord de choix. Certains centres recommandent même la pose d'une PEG avant le début du traitement chez tous les patients car la sonde nasogastrique est souvent mal tolérée du point de vue psychologique (risque d'isolement social) et physique (en cas de mucite par exemple).

Pour le suivi, tant les médecins que les équipes infirmières et les techniciens en radiologie médicale ont un rôle central à jouer. L'observation de la situation nutritionnelle de patients pris en charge par le service de radiothérapie de l'HNe-La Chaux-de-Fonds fera d'ailleurs l'objet début 2008 d'un mémoire de fin d'étude de deux étudiants de la filière diététique de la Haute Ecole de Santé de Genève.

Certains patients oncologiques doivent bénéficier d'une chirurgie plus ou moins lourde. Or la dénutrition augmente la mortalité et la morbidité péri-opératoires, essentiellement en raison de complications infectieuses. Un bénéfice de l'assistance nutritionnelle sur les complications infectieuses post-opératoires a pu être démontré, que ce soit avec des produits standards voire des immunonutriments spécifiques (arginine, acide gras n-3, glutamine...) dans certaines situations.

Ces études permettent de recommander la mise en route d'une assistance nutritionnelle au moins sept à dix jours avant l'opération chez tout patient sévèrement dénutri, même si l'opération doit être repoussée.

De même chez tous les patients devant subir une chirurgie majeure (œsophagectomie, duodéno-pancréatectomie,...) une immunonutrition dans les cinq à sept jours préopératoires est recommandée, ceci quel que soit l'état nutritionnel. Ces patients devraient donc être adressés à une consultation spécialisée de nutrition avant l'opération.

## Aspect éthique

L'aspect éthique de la mise en route ou non de l'assistance nutritionnelle chez des patients souffrant de pathologies oncologiques avancées est un sujet trop vaste pour être abordé ici mais on peut mentionner que chez les patients dont l'espérance de vie attendue est inférieure

à deux ou trois mois il n'y a pas d'indication à une assistance nutritionnelle à visée curative. Par contre une adaptation de l'alimentation et des textures visant le confort et le plaisir alimentaire garde tout son sens.

## Conclusion

Les patients oncologiques sont une population-cible chez qui il est important d'évaluer l'état nutritionnel. S'il est vrai que la dénutrition sévère accompagne très souvent les tableaux cliniques des pathologies tumorales avancées et dépassées, la dénutrition qui survient au cours des maladies oncologiques ne témoigne pas systématiquement d'une progression de la maladie et ne doit pas être perçue comme un « mal nécessaire », une étape inévitable dans le parcours du patient.

Des mesures simples à base de conseils diététiques (pour enrichir l'alimentation et adapter les textures), la prescription de suppléments nutritifs oraux doivent être évalués chez tous les patients dénutris ou à risque de dénutrition.

Dans certaines situations des mesures spécifiques doivent être discutées, en particulier :

- le recours à une nutrition entérale chez les patients souffrant de cancer ORL lorsque que les effets du traitement les empêchent de couvrir leurs besoins par voie orale.
- La mise en route d'une assistance nutritionnelle sept à dix jours avant une chirurgie majeure chez tout patient sévèrement dénutri, quitte à repousser la chirurgie.
- la prescription d'une immunonutrition cinq à sept jours chez tout patient avant une chirurgie majeure, quel que soit l'état nutritionnel.

## Références

- ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition : Non-surgical oncology*, Clinical Nutrition (2006) 25, 245-259.
- Traité de nutrition artificielle de l'adulte*. Troisième édition, Springer, 2007.
- Chapitre 55 : *Physiopathologie de la cachexie cancéreuse*.
- Chapitre 56 : *Prise en charge nutritionnelle de la cachexie cancéreuse*.
- Chapitre 57 : *Nutrition et traitement du cancer*.
- Prise en charge nutritionnelle d'un malade porteur d'un cancer ORL*. P. Coti Bertrand, I. Larpin, M. Jordan, I. Bordier, M. Roulet, Nutrition clinique et métabolisme (19) 2004 156-160.