Dénutrition et sujet âgé atteint de cancer :

Etat des lieux en région CVL

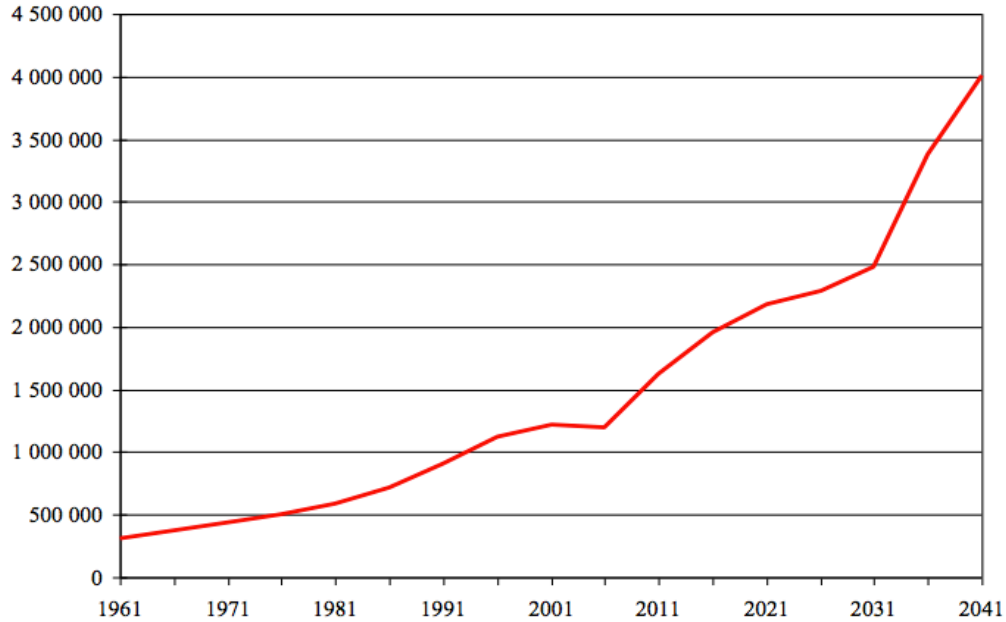
17ème Journée Annuelle du Réseau Oncocentre
Le 5 décembre 2019

Vittoria BALZANO
Interne DES Hépato-gastro-entérologie

CONTEXTE

Prévalence

- ≥ 75ans : cancer 5 fois plus fréquent; 2017: 99700 nouveaux cas



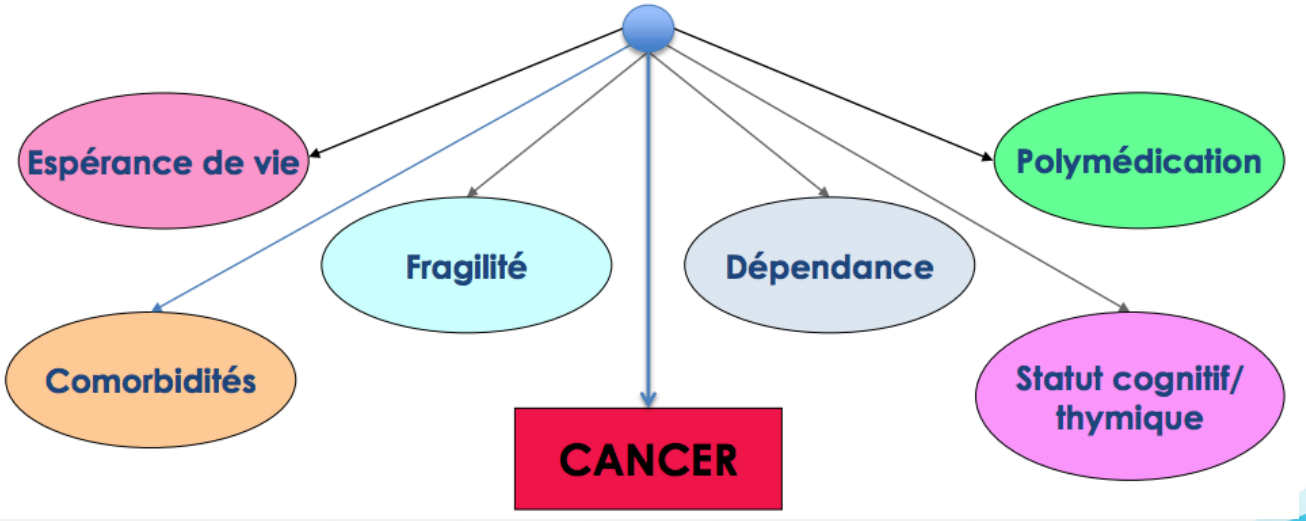
- 200 000 centenaires vivront en France métropolitaine en 2060 *(INSEE)*

Population de 85 ans et + en France *(INED)*

CONTEXTE

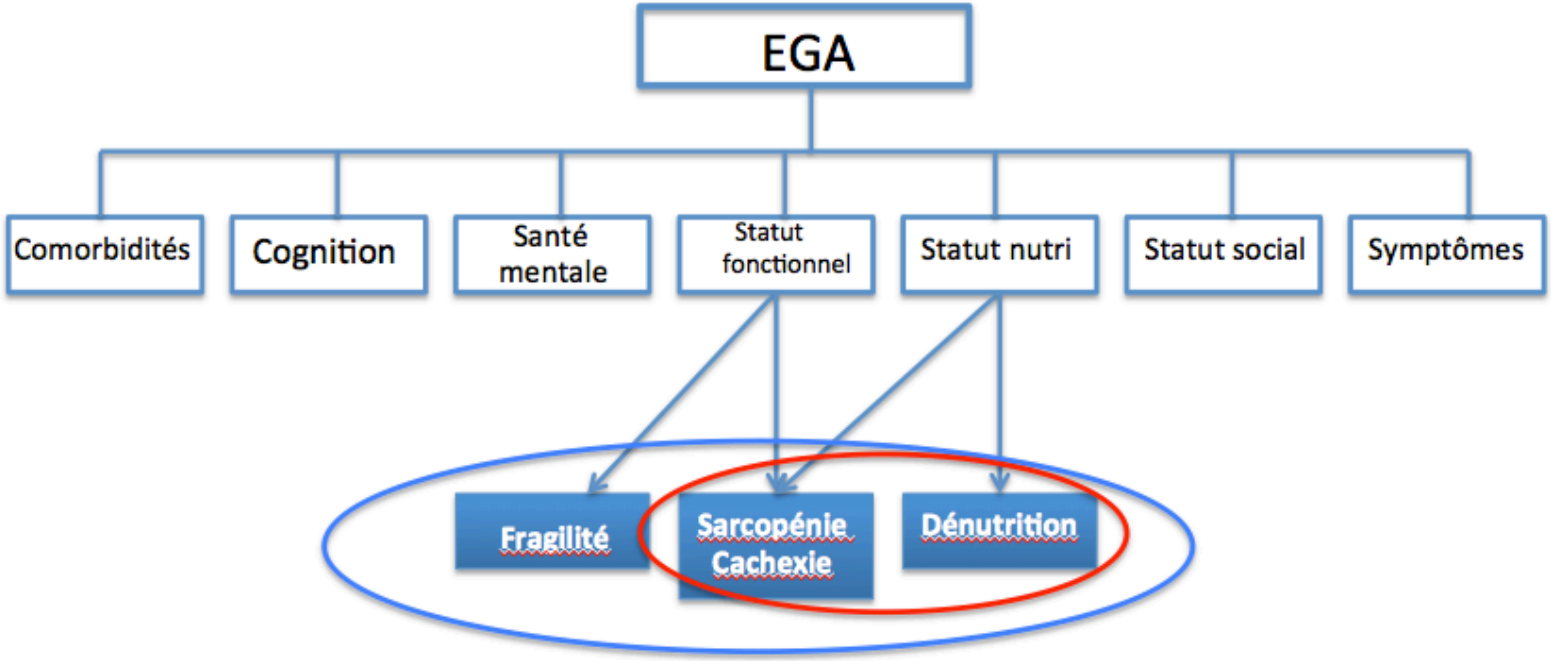
Problématiques de prise en charge

- Population hétérogène
- Fragilité (Fried) / vulnérabilité
  → EGA +++



CONTEXTE

Problématiques de prise en charge



Mesures nutritionnelles + activité physique

CONTEXTE

Prévalence

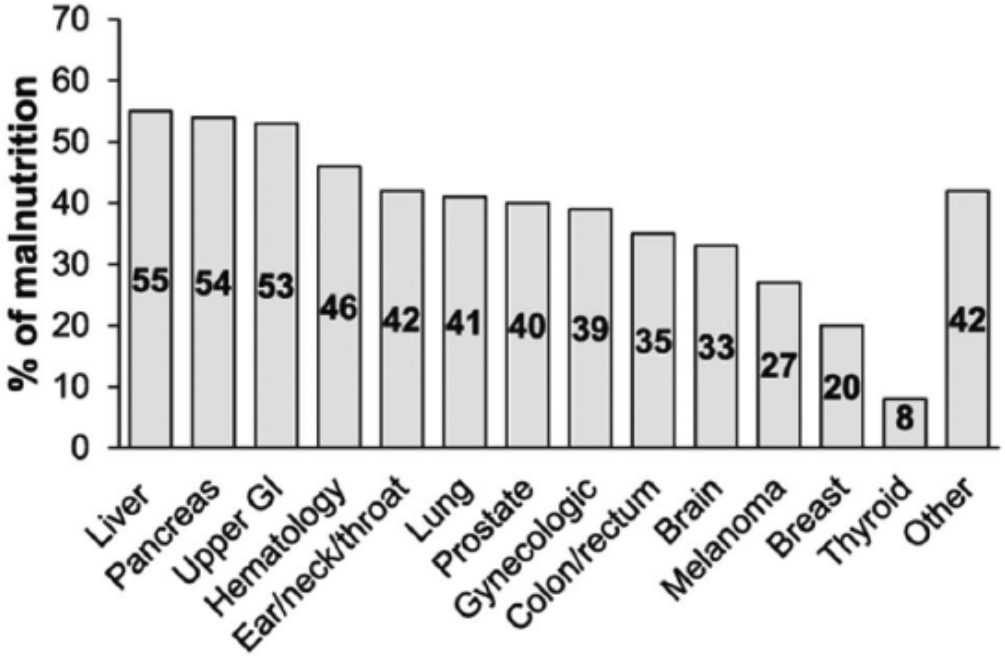
Fréquence des problèmes identifiés via l'EGA chez des patients âgés atteints de cancer (29 études):		
Autonomie:	PS ≥ 2	2-50%
	ADL	10-61%
	IADL	25-73%
Mobilité et risque de chutes:	troubles de la marche	34,5-48%
	risque de chute	47-55%
Etat nutritionnel:	perte de poids	7,7-70%
	MNA	9-83%
	IMC	10,7-46%
	albuminémie	34-61%
Etat cognitif:	MMSE	6-42%
Etat thymique:	GDS	10-65,3%
Comorbidités:	≥ 3 comorbidités	24-81%
Polymédication:	≥ 5 médicaments/ jour	48-67%
Environnement social:	seul à domicile	8,7-42%
	aides à domicile	15-39%

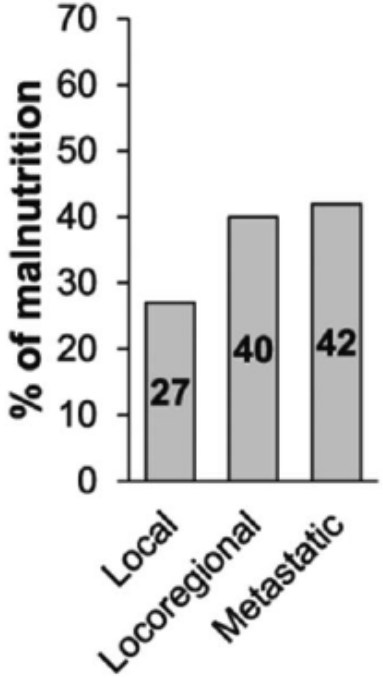
8 à 80%

Caillet P et al. Clin Interv Aging. 2014;9:1645-60

CONTEXTE

Prévalence

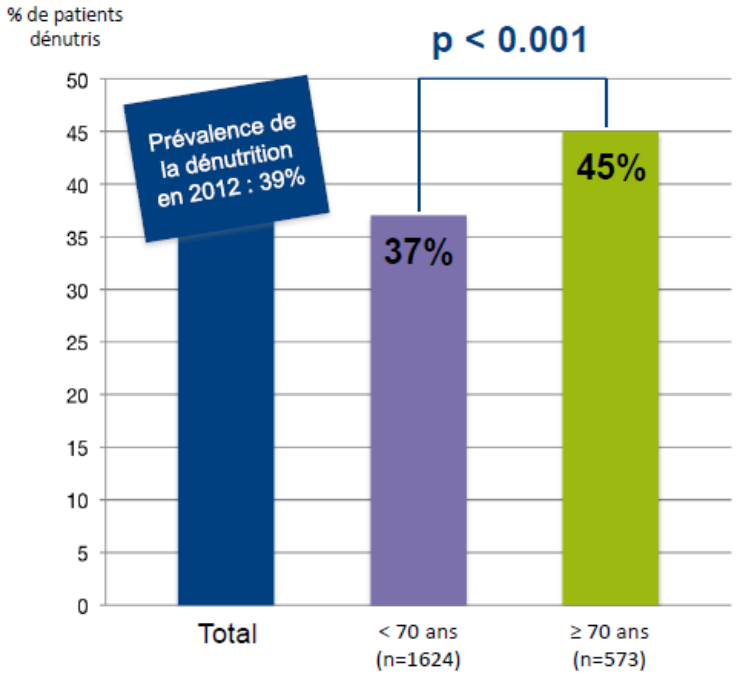


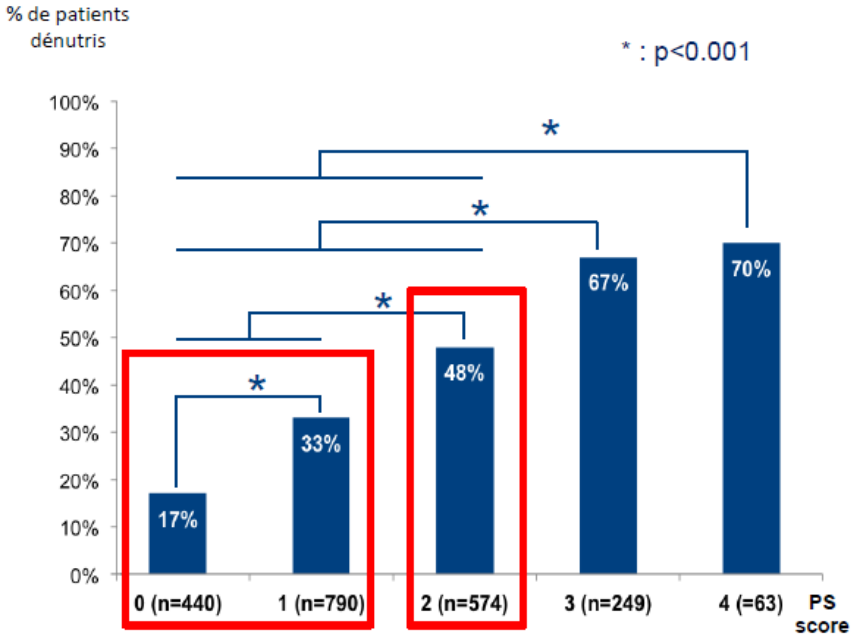


Gyan E, et al. J Parenter Enteral Nutr. 2018;42:255-260.
Hébuterne X, et al., Prevalence of malnutrition and current use of nutrition support in patients with cancer. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2014;38(2):196-204.

CONTEXTE

Prévalence





2197 patients, âge moyen: 61,5 (+/- 13 ans)

Cessot A, et al. Support Care Cancer. 2011;19(7):869-70.

CONTEXTE

Conséquences: la dénutrition impacte le pronostic

AVANT

PdP ≥ 5 %

Concerne entre 31 et 87 % des patients[2]

→ **CONSÉQUENCES LIÉES À LA PERTE DE POIDS**

- **Perte de la masse musculaire**
  → diminution de la **survie du** patient[3]

Début du traitement

PENDANT

PdP ≥ 5 % en oncologie médicale[1]

PdP ≥ 10 % en chirurgie[1]

→

- Augmentation du **risque de survenue de complications** post-opératoires
- Augmentation des **toxicités** de la **chimiothérapie** et de la **radiothérapie**.
- Augmentation des **infections**
- **Diminution de la survie**
- Altération de la qualité de vie

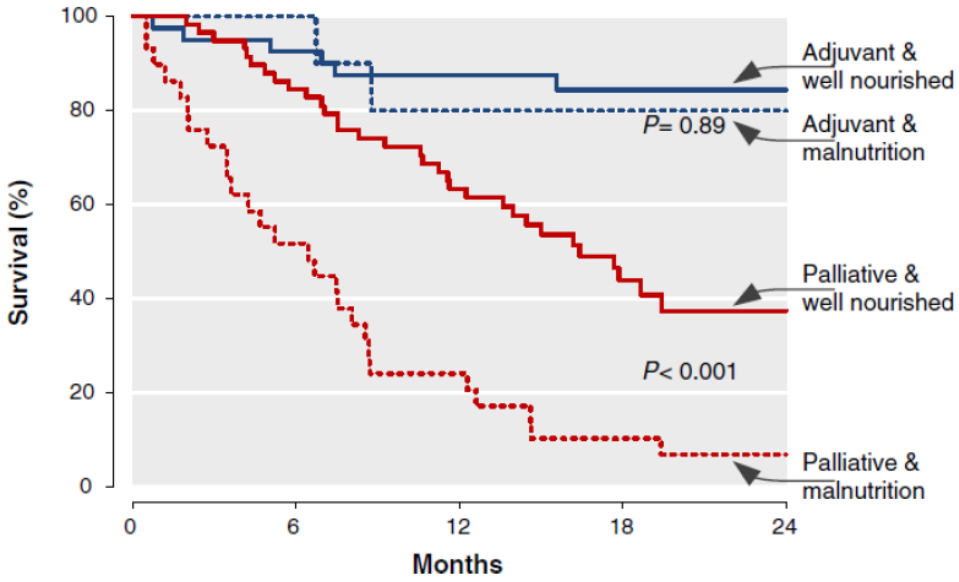
→ La dénutrition double le risque de mortalité à 1 an chez les patients âgés atteints de cancer

1. Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer. Recommandations professionnelles de la Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme (SFNEP). Novembre 2012.
2. Dewys WD, et al., Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. Eastern Cooperative Oncology Group.. Am J Med 1980;69(4):491-7.
3. Buskermolen S, et al. Weight loss of 5% or more predicts loss of fat-free mass during palliative chemotherapy in patients with advanced cancer: a pilot study. NutrCancer. 2012;64(6):826-32.
4. Ferrat E, et al. Predictors of 1-year mortality in a prospective cohort of elderly patients with cancer. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2015;70(9):1148-55.

CONTEXTE

Intérêt pronostique

- 143 patients avec CCR
- Traitement par CT
- 62% métastatiques
- MNA, GFI, MMS / Survie



Aaldriks AA, et al. J Geriatr Oncol. 2013;4(3):218-26.

CONTEXTE

Evaluation de l'état nutritionnel

- Evaluation systématique
- Poids, taille, albuminémie, transthyrétinémie

	Perte de poids en 1 mois	Perte de poids en 6 mois	IMC (kg/m²)	Albumine *Trans-thyrétine*
Adulte de plus de 70 ans				
Dénutrition MODEREE	≥ 5%	≥ 10%	< 21	< 35 g/L *< 0,16 g/L*
Dénutrition SEVERE	≥ 10 %	≥ 15 %	< 18	< 30 g/L *< 0,11 g/L*

- Mini Nutritional Assessment (MNA)

(HAS 2007)

Et en région Centre?

Prévalence et impact décisionnel de la dénutrition chez les patients âgés atteints de cancer

Focus en Région CVL

Objectifs:

- **Evaluer la prévalence** de la **dénutrition** chez les patients âgés avec cancer ayant eu une **EGP** en région CVL
- **Evaluer son impact** sur les propositions de prise en charge oncologique du gériatre

Méthode

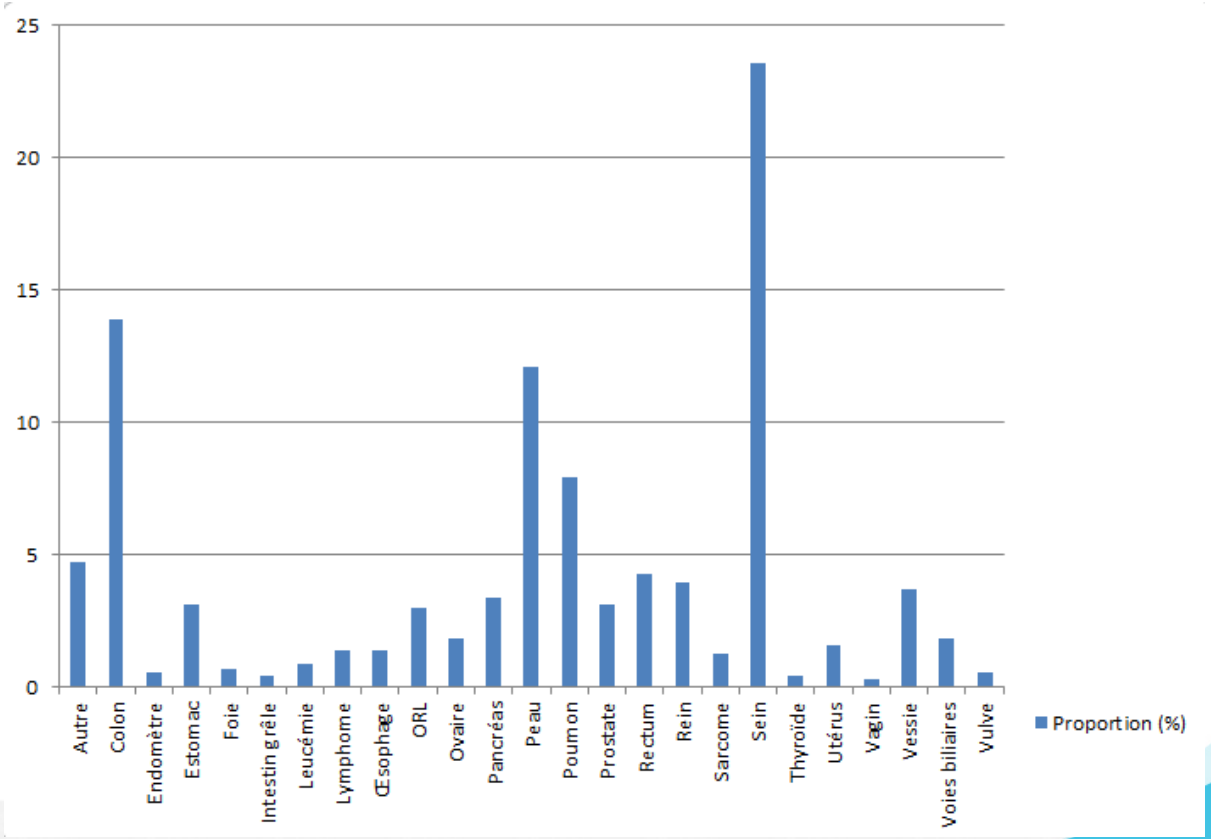
- Population: patients de ≥ 75 ans avec cancer en CVL, évalués par une EGP entre 2014-2017
- Analyse des données dans le **DCC**

  (nutritionnelles, fonctionnelles, co-morbidité(s), fragilité (groupes selon Balducci), traitement oncologique proposé par le gériatre)

- **Évaluation de la dénutrition** : ≥**1 critère d'après la définition de la HAS (2007)**
- Focus cancer colorectal (CCR) et cancer du sein

Résultats

- **704 patients ≥ 75 ans**
- âge moyen: 83.9 ans (75-102)
- 41% > 85 ans



Résultats

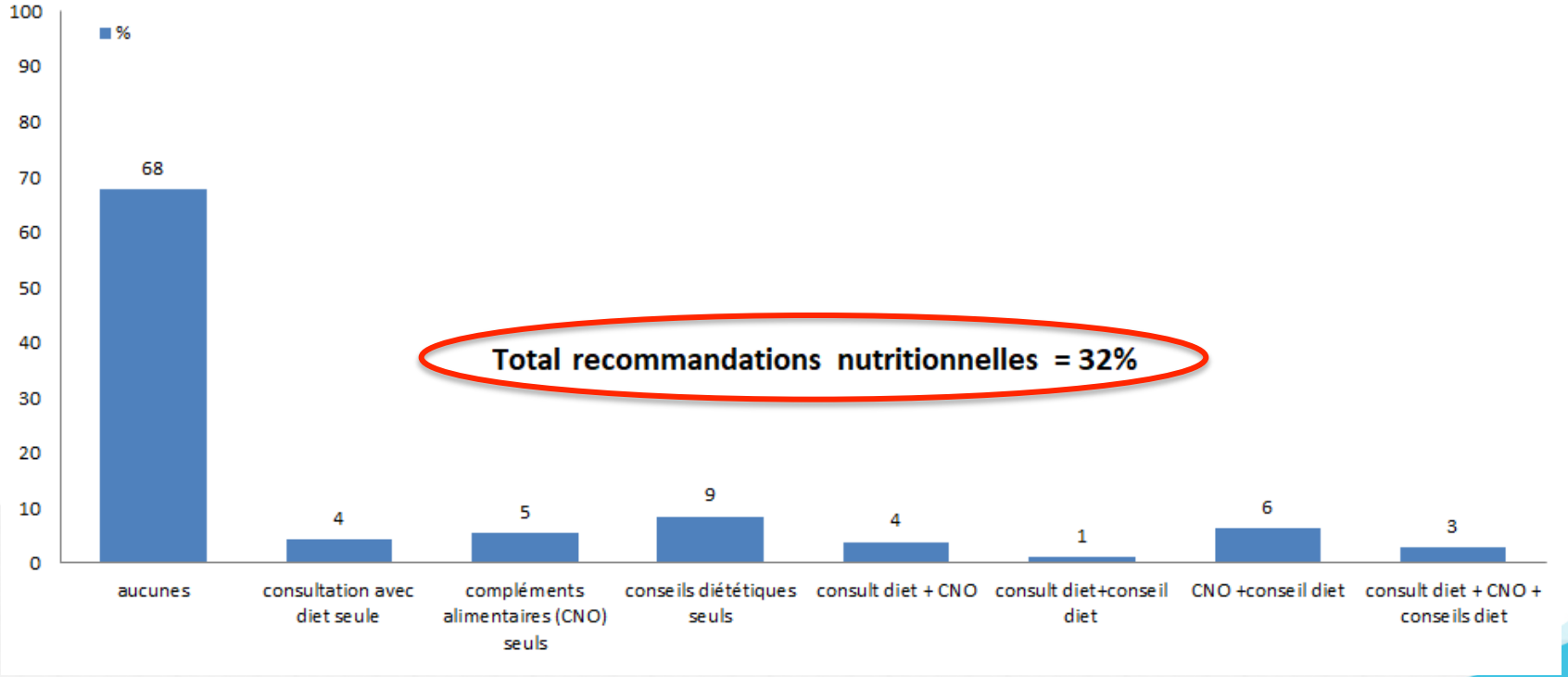
Population (n)	Dénutrition (%)
Tous cancers (704)	62,5
Cancer du sein (166)	55
Cancer colorectal (128)	71
Cancer de la peau (85)	80,3
Cancer du poumon (56)	52,9

facteur	Dénutris	Non dénutris	p
Statut métastatique	**75%**	49%	=0.002
≥ 1 co-morbidités	56%	**84%**	=0.000
Fragilité (Gr 3 Balducci)	14%	16%	NS
Tnt optimal selon stade	22%	20%	NS
Tnt symptomatique seul	24%	9%	NS

facteur	Dénutris	Non dénutris	p
Statut métastatique	57%	46%	NS
≥ 1 co-morbidités	**69%**	50%	=0.04 NS en multivarié
Fragilité (Gr 3 Balducci)	**36%**	8%	=0.001
Tnt optimal selon stade	13%	**35%**	=0.035
Tnt symptomatique seul	**35%**	4%	=0.006

Résultats

Prise en charge nutritionnelle



Résultats

Prise en charge nutritionnelle

- **Patients dénutris:**
  37% ont une recommandation nutritionnelle émise au moment de l'EGP

- Dénutris avec recos nutritionnelles vs dénutris sans recos:
  critères nutritionnels (IMC, MNA, albuminémie) comparables
  → à corréler au projet thérapeutique, état général (OMS, GIR, comorbidités)

- **Cancer colorectal: traitement standard optimal** (selon le stade de la maladie) **moins souvent recommandé si dénutrition** *(13 contre 35%, p= 0,035)*

En pratique …

RECOMMANDATIONS

Stratégie de prise en charge

- **SFNCM (2012)**

  30-35 kcal/kg/24h
- ESPEN

  20-25 kcal/kg/24 h pour les patients alités

  25-30 kcal/kg/24h pour les patients ambulatoires
- EQUATIONS

  Harris & Benedict, Black - Poids, taille, âge, sexe
- CALORIMETRIE

RECOMMANDATIONS

Stratégie de prise en charge

Plan Personnalisé de Soin (PPS) 9 : LE SUJET AGE

Dépistage de la dénutrition
Pesée systématique
Pourcentage de perte de poids[1]
IMC[2]
EVA des ingesta[3]
MNA[4]

Evaluation gérontologique standardisée[5]
Etat mental
Co-morbidités
Mobilité et autonomie
Médicaments
Grandes fonctions
Douleur
Contexte social

→

Aide à la décision thérapeutique

Suivi des recommandations adultes

Accompagnement gérontologique[6]

Plan Personnalisé de Soins (PPS) 9 : Le sujet âgé. SFNEP Oncology nutrition guidelines. (Senesse P and Hebuterne X ; Nutrition clinique et métabolisme 2012)

RECOMMANDATIONS

Conseils nutritionnels/ prescriptions

- Goût, couleurs, textures des plats
- Enrichissement des plats
- Collations
- Environnement
- Présence au moment des repas
- Éviter longue période de jeûne (nuit ++)

- Compléments nutritionnels oraux
- *Si ne suffit pas : nutrition artificielle, entérale ou parentérale*

Nutrition artificielle

Stratégie de prise en charge

- ***Une règle: tube digestif fonctionnel = il faut l'utiliser!***

- Nutrition entérale (NE): + physiologique, - morbide et - coûteuse

- En pratique, moins appliqué en oncogériatrie, toujours décider en fonction de l'état général et du projet thérapeutique derrière!

Plan Personnalisé de Soins (PPS) 9 : Le sujet âgé. SFNEP Oncology nutrition guidelines.
(Senesse P and Hebuterne X ; Nutrition clinique et métabolisme 2012)

Nutrition artificielle

Stratégie de prise en charge

NE ou NP en cancérologie?

Nutrition entérale	Nutrition parentérale
Cancer des VADS	Carcinose péritonéale avec syndrome occlusif
Séquelles de cancer digestif : Oesophagectomie, gastrectomie, DPC	Séquelles de cancer digestif : Grêle court, entérite radique, occlusion chronique
Chimiothérapies	
Greffes de moelle	
Pré-opératoire de chirurgie digestive	
Post-opératoire précoce de chirurgie digestive	Échec d'une NE bien conduite
Pré et post-opératoire de chirurgie non digestive	Complications digestives post-opératoires : abcès, fistules

X Hébuterne, C Bouteloup. Traité de nutrition artificielle de l'adulte 2006

En pratique… à Tours

L'expérience au CHU

- **1 diététicienne spécialiste patients séniors (L'Hermitage)**
- 3 diéts Onco/CORAD/hémato/pneumo/gynéco
  dont 1 en lien avec Trousseau (onco-gastro)

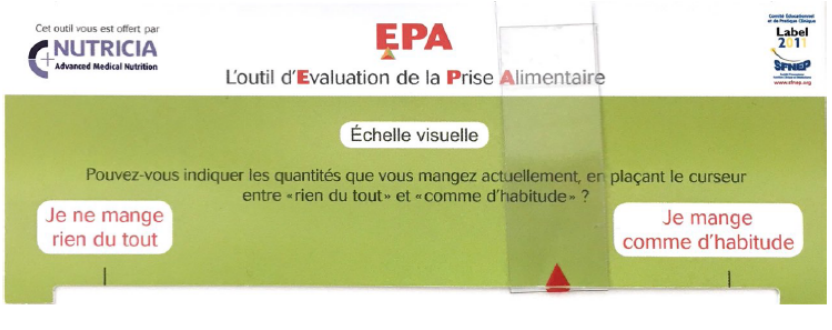
- <u>Hospi complète:</u>
  - évaluation dans le service (découverte maladie)
  - réévaluation au moment des consultations

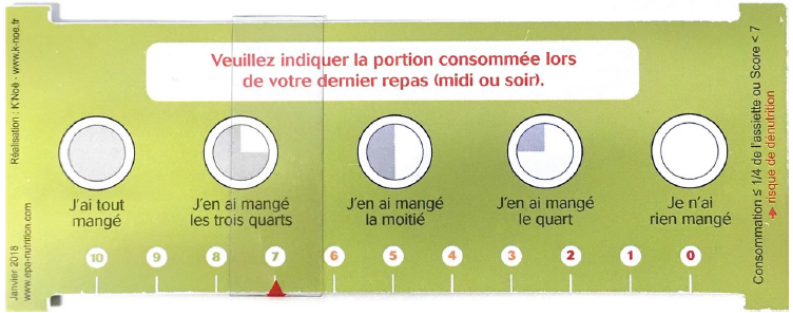
- <u>HJ onco</u>: patients réévalués à chaque intercure

En pratique… à Tours

L'expérience au CHU

- **La diéteticienne pose l'indication, discutée avec l'onco référent**
- Lien privilégié diét <-> prestataire (adaptation des prescriptions)
- **Menu séniors « plaisir »** avec options variées en terme de texture



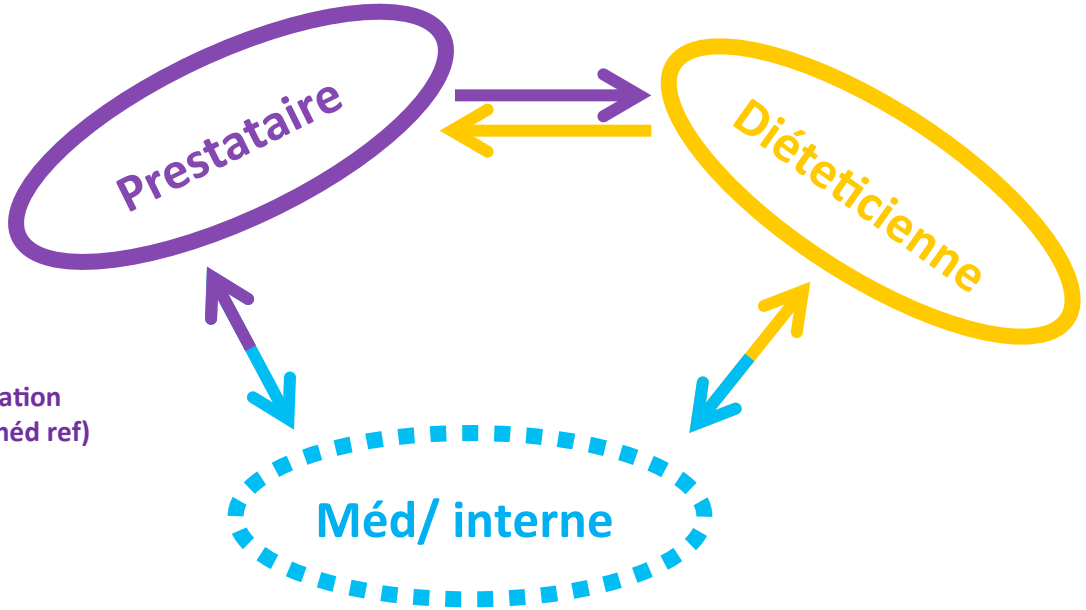


En pratique… à Tours

L’ expérience au CHU

HomePerf
ARAIR
NHC
LVL
AADAIRC
(HD Médical)
(Experf)…

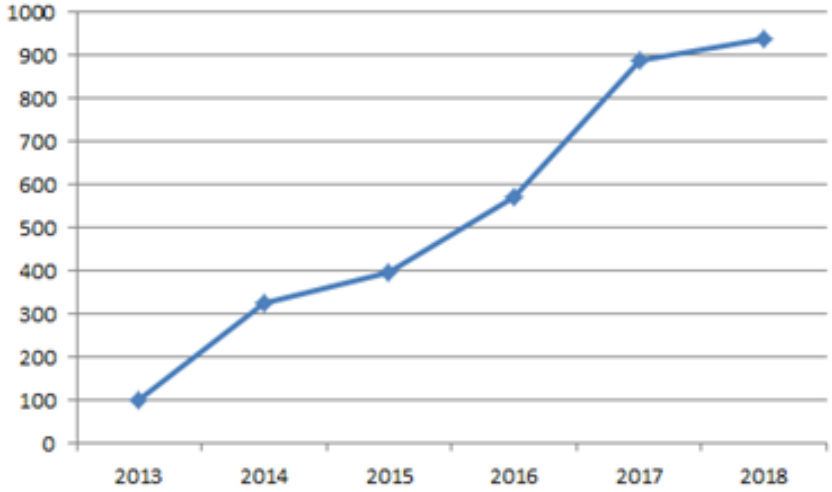
(Courriers CR réévaluation au domicile -> diét/ méd ref)



En pratique… à Tours

L'expérience au CHU

- **2018: transfert oncogastro de Trousseau à Bretonneau**
- Augmentation de l'activité en HJ d'onco ++
- Moyens humains constants
  (2,5 ETP; environ 15 patients / sem)
  -> majoration de la charge de travail
  -> nécessité de priorisation/adaptation
  => présence aux transmissions d'équipe (1 à 2fois/ sem)



Un grand merci à Laurène Quinette, Isabelle Aloin et Laura Couton pour leur aide

En pratique… à Tours

AU TOTAL

Encore des progrès à faire:

- Optimisation de la communication entre les différents acteurs
- Intégrer le dépistage de la dénutrition dans une démarche multi modale
  ←→ activité physique adapté (cf. sarcopénie) +++
  Panier des Soins de Supports en oncologie financé par l'Etat

- Cibler les bons patients, les pathologies les plus exposées
- Anticiper: évaluation nutritionnelle avant décision thérapeutique
  → **facilité par intégration du G8, renseigné de façon systématique avant RCP (à venir, pratique opposable)**

Merci pour votre attention!