

Soins intégratifs de l'hôpital au domicile dans les cancers à haut risque de dénutrition

Instaurer un programme Nutrition -APA dans quelles situations ?

Dr Pascal ARTRU
Institut de cancérologie
Hôpital Privé Jean Mermoz, Lyon

Dr Paméla FUNK-DEBLEDS
Centre Léon Bérard , Lyon

*UTN : Unité Transversale de Nutrition
DISSPO : Département Soins de Support PÔLE NUTRITION*



Liens d'intérêt

- **Dr Pascal ARTRU**

Consulting: Servier, Pierre Fabre, ASTRA-ZENECA, Amgen, MSD, BMS, Incyte, Baxter, Merck-Serono, Roche, Takeda

- **Dr Paméla FUNK-DEBLEDS**

Consulting : Asten, B Braun, Baxter, BMS, Nestlé, Nutricia, Viatris, Théradiol, Frésenius Kiabi

> 3 millions de personnes en France vivent avec un cancer ou en sont guéris



Dépendance de légère à sévère
(fatigue, alitement par intermittence,
alitement en permanence)

(1) INCa- <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France-03/10/2024>

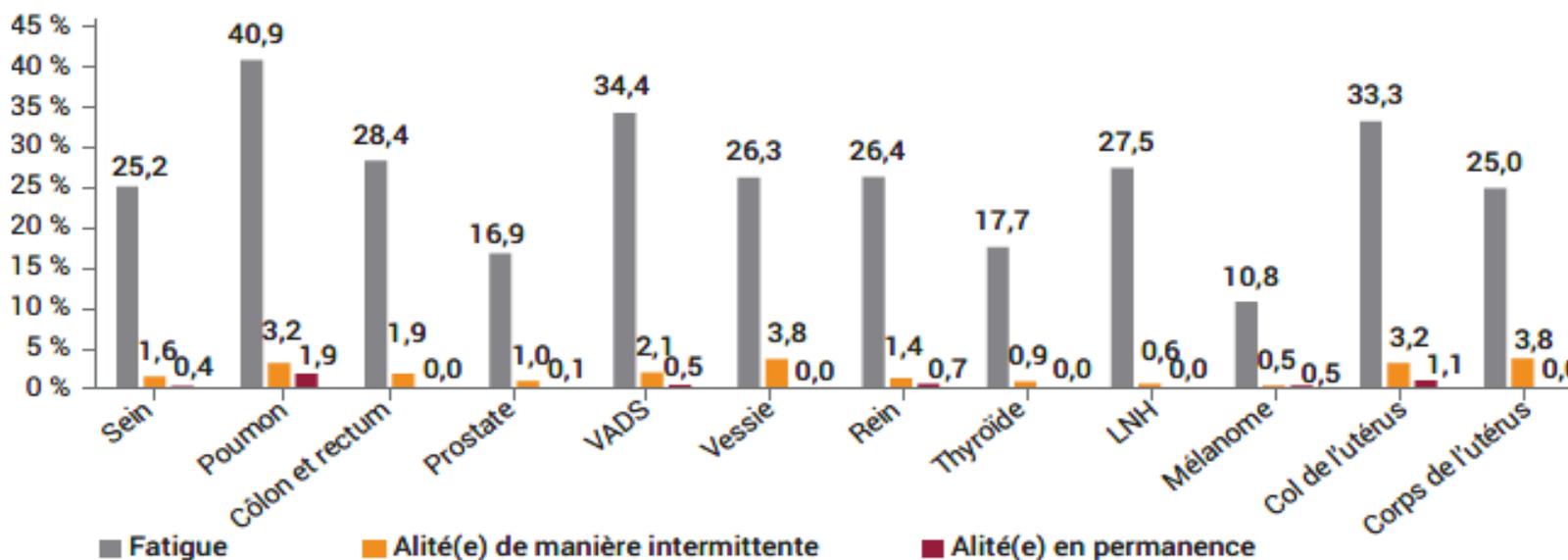
(2) INCa . La vie cinq ans après un diagnostic de cancer », juin 2018

L'après cancer : perte d'autonomie et dépendance, reflets du niveau d'activité physique



5 ans après le cancer, > 26 % des enquêtés en situation de dépendance de légère à sévère (fatigue, alitement par intermittence, alitement en permanence)

NIVEAUX DE DÉPENDANCE DÉCLARÉS PAR LES RÉPONDANTS SELON LA LOCALISATION (VICAN5 2016)

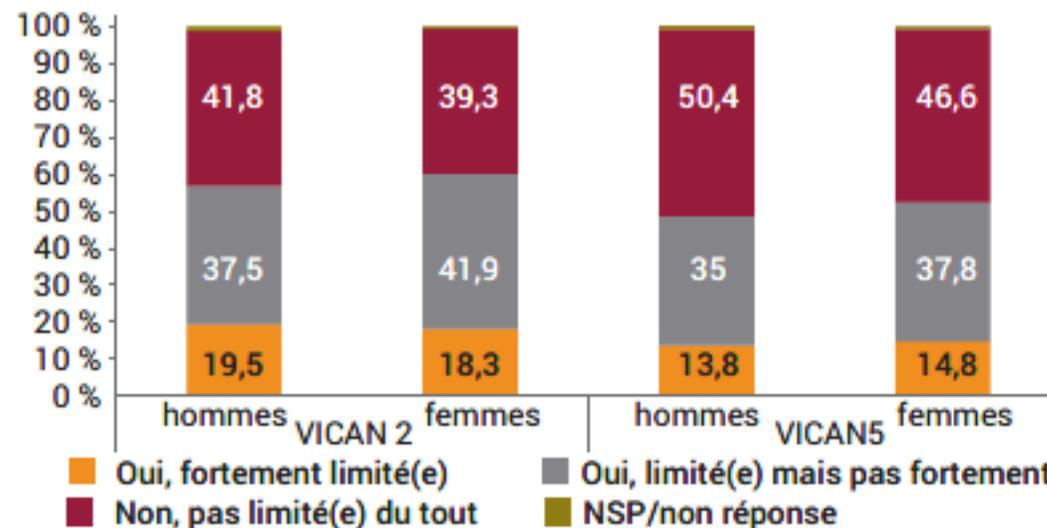


Champ : hommes et femmes, répondant à l'enquête VICAN5 (Np = 4 174).
Analyses : statistiques descriptives pondérées.

Prendre en compte le niveau d'activité physique dans l'après cancer

Une amélioration de l'activité physique entre 2 et 5 ans post diagnostic

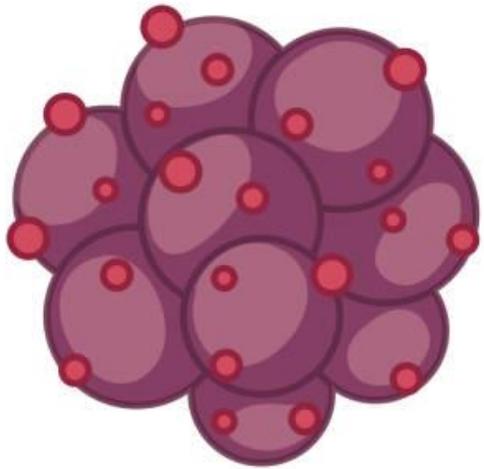
RESTRICTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE DEPUIS AU MOINS SIX MOIS À CAUSE D'UN PROBLÈME DE SANTÉ –
EVOLUTION ENTRE 2 ET 5 ANS (VICAN 16)



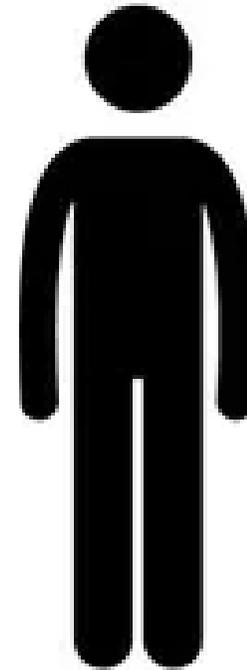
Champ : répondants à l'enquête VICAN2 (Np = 4 347) et répondants à l'enquête VICAN5 (Np = 4 174). Analyses : statistiques descriptives pondérées.

.... mais un impact de la maladie sur l'activité physique restant plus importante que la population générale

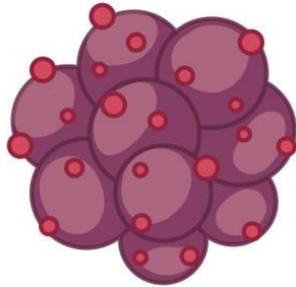
Urgence tumeur



Urgence patient



Urgence tumeur

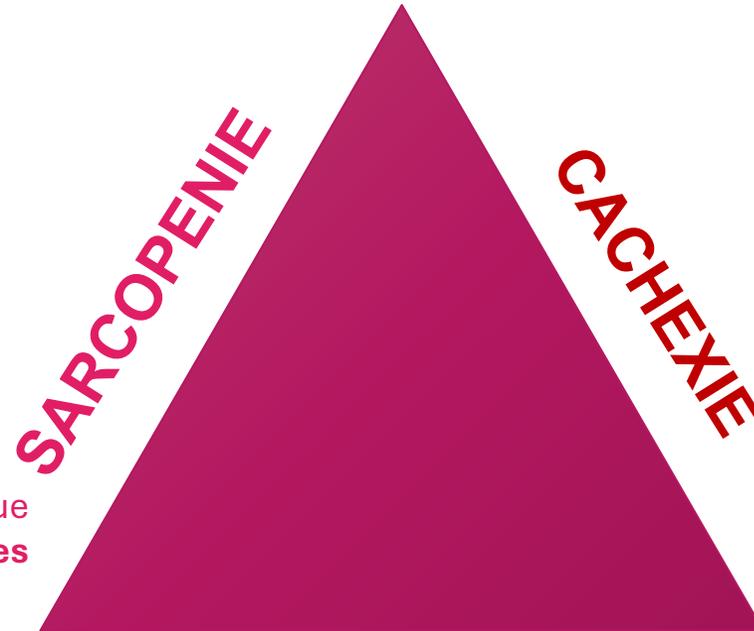


- Concept principalement gériatrique
- **Perte de masse et de fonction musculaires**

Urgence patient



- **Perte de muscle** et masse grasse
- Conduite par l'**inflammation**



DENUTRITION

- Non spécifique
- Basé sur la **perte de poids** et le niveau d'albumine
- Seuils en fonction de l'âge du patient

Définition de la cachexie cancéreuse

- **Syndrome paranéoplasique :**

Modifications métaboliques chez l'hôte induites par la tumeur

Perte de poids avec épuisement masse musculaire +/- masse grasse

- **Pronostic défavorable dans les cancers avancés** (pancréas, estomac, poumon, prostate, côlon, sein , leucémie)

- **Options thérapeutiques disponibles limitées**

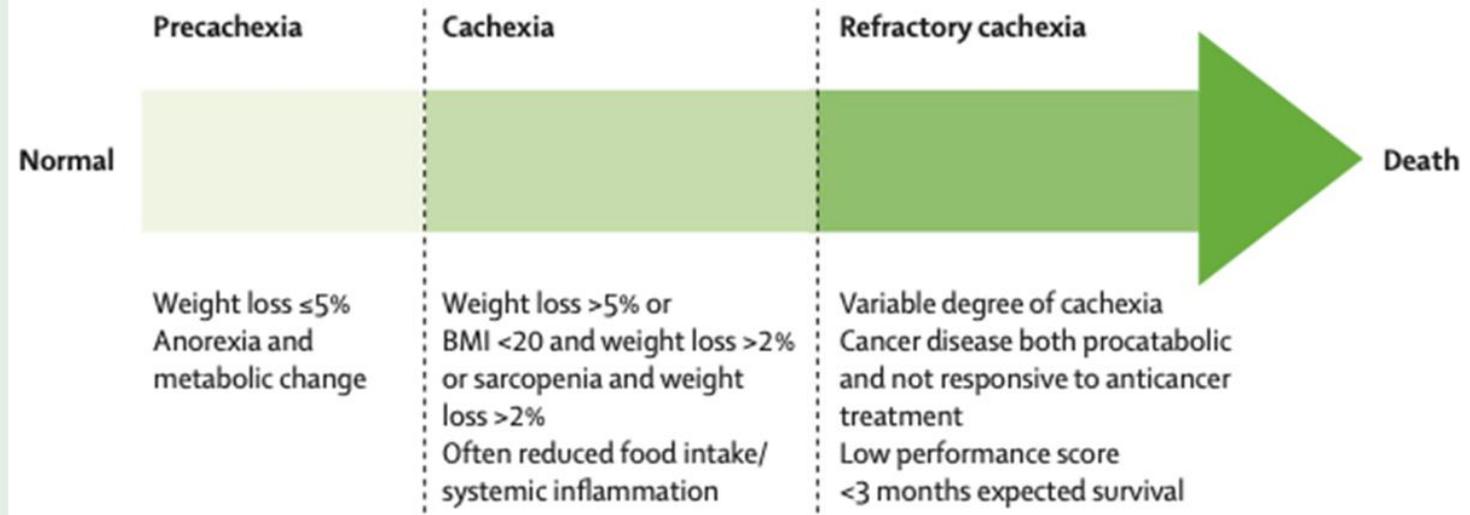
- **Non réversible par PEC nutritionnelle**

Panel: Diagnosis of cancer cachexia

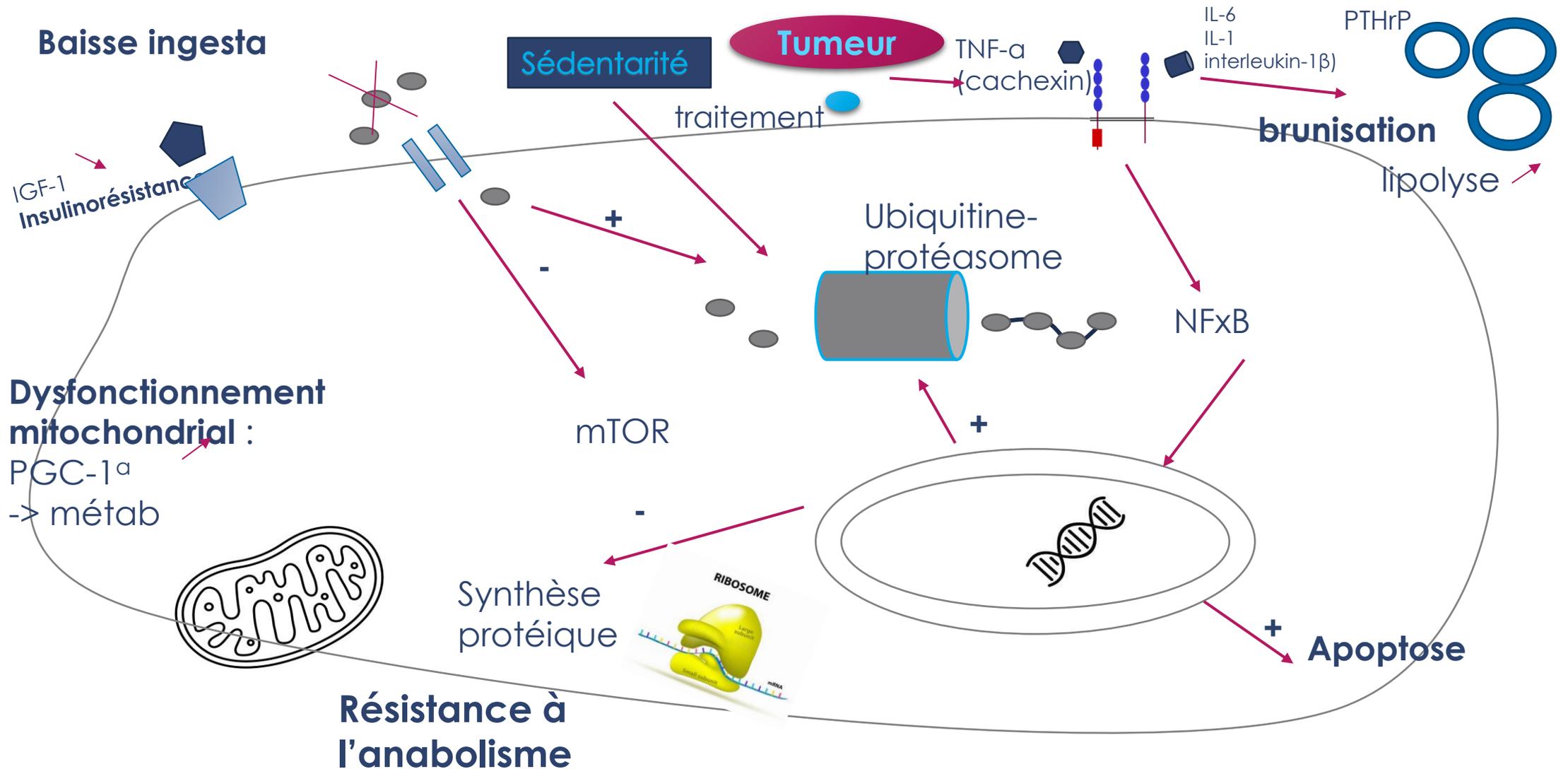
- Weight loss >5% over past 6 months (in absence of simple starvation); or
- BMI <20 and any degree of weight loss >2%; or
- Appendicular skeletal muscle index consistent with sarcopenia (males <7.26 kg/m²; females <5.45 kg/m²)* and any degree of weight loss >2%†

*Defined reference values (sex-specific) and standardised body composition measurements are essential to undertake assessment of skeletal muscle depletion. Although there is a paucity of reference values related to cancer-specific outcomes,^{29,30} a generally accepted rule is an absolute muscularity below the 5th percentile. This can be assessed as follows: mid upper-arm muscle area by anthropometry (men <32 cm², women <18 cm²);³¹ appendicular skeletal muscle index determined by dual energy x-ray absorptiometry (men <7.26 kg/m²; women <5.45 kg/m²);³² lumbar skeletal muscle index determined by CT imaging (men <55 cm²/m²; women <39 cm²/m²);³³ whole body fat-free mass index without bone determined by bioelectrical impedance (men <14.6 kg/m²; women <11.4 kg/m²).³⁴ †A direct measure of muscularity is recommended in the presence of fluid retention, a large tumour mass, or obesity (overweight).

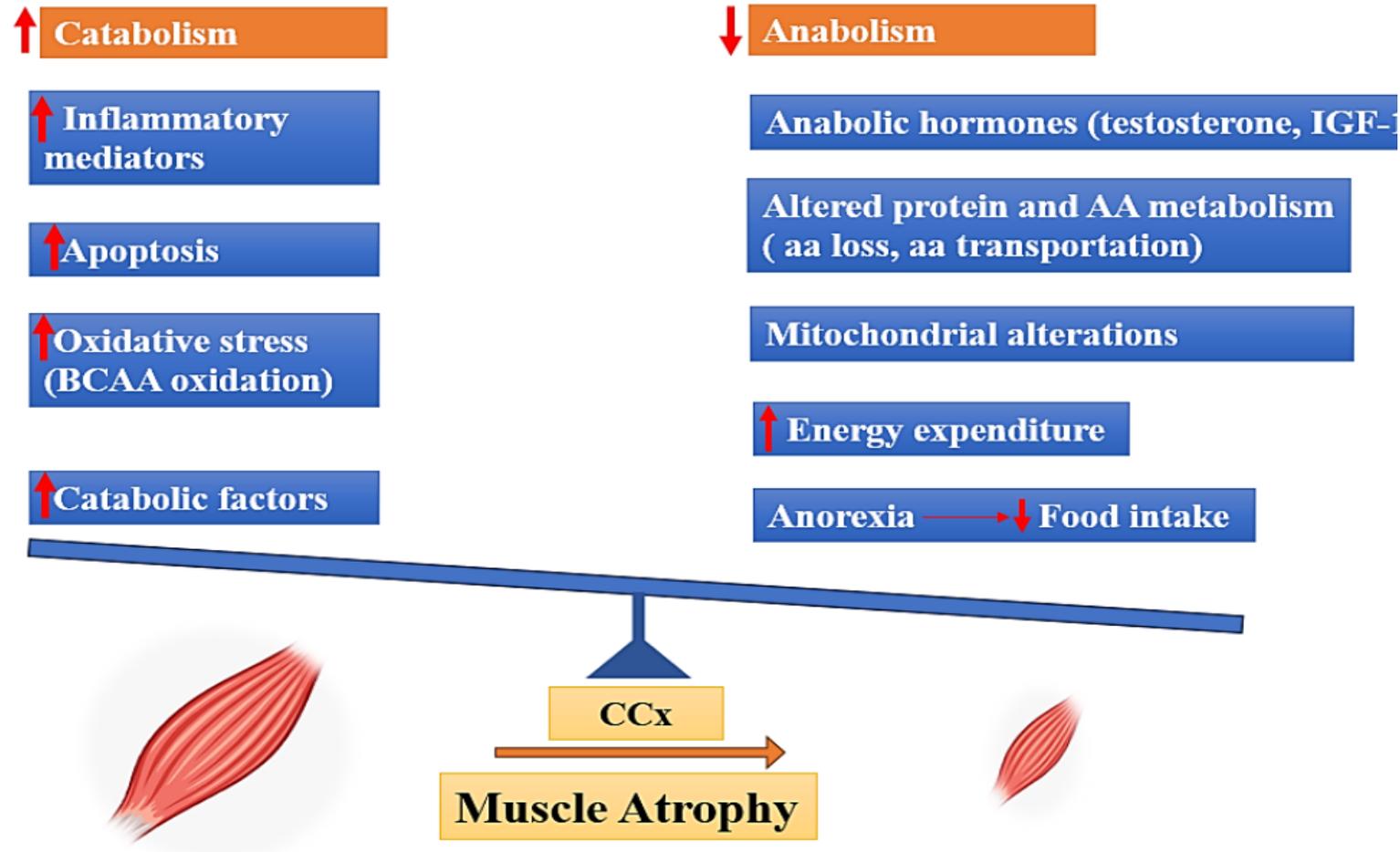
Consortium international



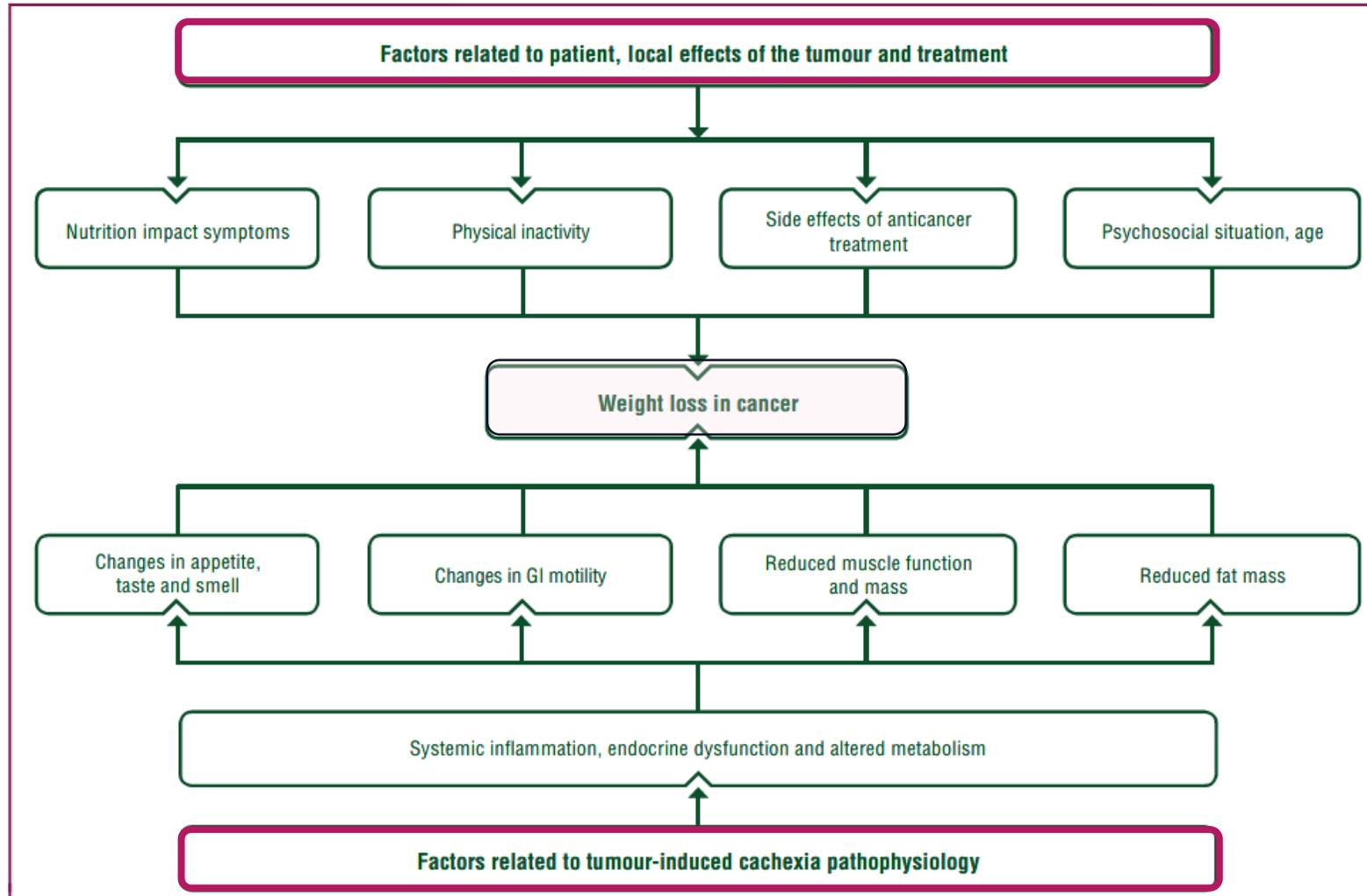
La compréhension de la cachexie reste un défi



Facteurs de l'atrophie de la masse musculaire dans la cachexie cancéreuse



Complexité des causes de perte de poids



Définition de la sarcopénie

= maladie du muscle => déficience musculaire

- Physiologique: à partir de 65 ans
- Pathologique: en contexte de catabolisme/ agression/maladie chronique (cancer)

La force musculaire: paramètre plus représentatif de la fonction musculaire

• **Définition :**

Probable sarcopenia is identified by Criterion 1.

Diagnosis is confirmed by additional documentation of Criterion 2.

If Criteria 1, 2 and 3 are all met, sarcopenia is considered severe.

1. Low muscle strength
 2. Low muscle quantity or quality
 3. Low physical performance
-

Diagnostic de sarcopénie : évaluer la situation physique



- Questionnaire SCAR-F (Malmstrom *et al.* 2016)
- VPP 42%, VPN 96% (Joerger 2016)

- Dynamomètre (<27Kg ou <16kg (Dodds 2014)
- 5 lever de chaise (> 15s) (Cesari 2009)

- DEXA : ASM/taille² < 5.45 kg/m² femmes et < 7.26 kg/m² hommes
- CT scan/IRM/Impédancemétrie/Echographie

- Test de marche 400m > 6sec ou non fini (Newman 2006)
- Vitesse de marche ≤0.8 m/s

ASM = appendicular skeletal muscle

EWGSOP2, Cruz-Jentoft, Age Ageing. 2018

Score Total SCAR-F ≥ 4 = Risque de sarcopénie

Avez-vous des difficultés à	Non = 0 point	Un peu = 1 point	Beaucoup /incapable = 2 Points
Lever/ Transporter 4,5kg			
Traverser une pièce			
Vous lever d'une chaise sans aide des mains			
Monter 10 marches d'escalier			
Combien de chutes ces 12 derniers mois?	Aucune = 0 point	1 à 3 chutes = 1 point	> 4 chutes = 2 points

Diagnostic de la dénutrition : Critères HAS 2019/2021

1 critère phénotypique + 1 étiologique

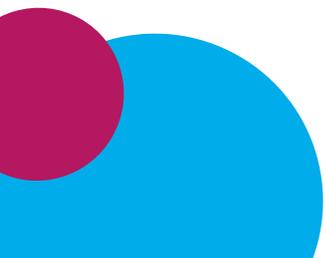
CLINIQUE !!!

Phénotypique	Etiologique
Perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ou ≥ 10 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie	Réduction de la prise alimentaire ≥ 50 % pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports ≥ 2 semaines par rapport à la consommation alimentaire habituelle (→ Score d'évaluation Facile des Ingesta –SEFI) ou aux besoins protéino-énergétiques estimés
IMC < 18,5 kg/m2 (< 22 kg/m2 si > 70 ans) (ne pas tenir compte IMC chez la personne obèse dénutrie)	Absorption digestive réduite (malabsorption/maldigestion)
Réduction quantifiée de la masse et de la fonction musculaires	Situation d'agression (hypercatabolisme protéique avec ou sans syndrome inflammatoire) : pathologie aiguë, chronique, maligne évolutive

La dénutrition et conséquences

- ❑ Altération de la qualité de vie (Hilmi et al., 2019)
- ❑ Diminution de la survie (Caan et al., 2017; Feliciano et al., 2017; Renfro et al., 2016)
- ❑ Augmentation complications post-opératoires (Hua et al., 2019)
- ❑ Augmentation du risque de toxicités de la chimiothérapie, de la radiothérapie et des thérapies ciblées (Klute et al., 2016; Mir et al., 2012)
- ❑ Diminution de l'efficacité des traitements (Jouinot, Vazeille, & Goldwasser, 2018)
- ❑ Augmentation du risque d'infections (Schneider et al., 2004)
- ❑ Augmentation de la durée d'hospitalisation et des coûts de soins (Hua et al., 2019; Pressoir et al., 2010)

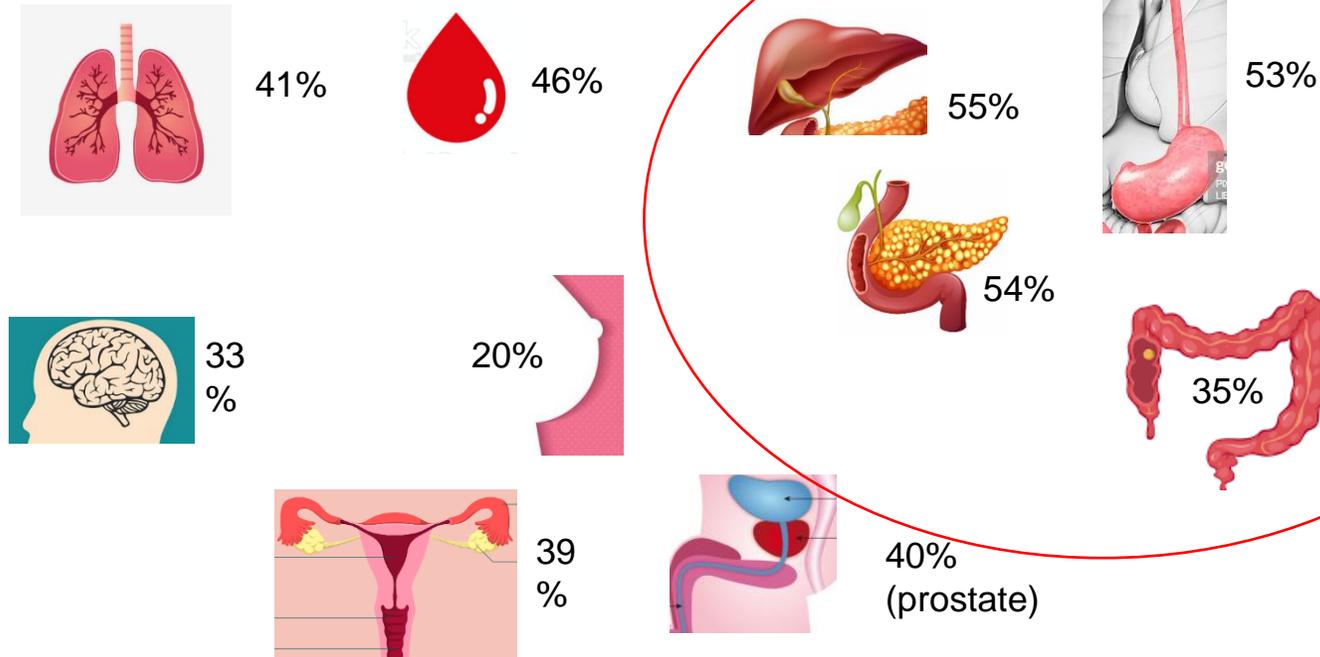
Dénutrition = perte de chances pour les patients !!



Dénutris un jour en départements d'oncologie, Nutrition Day

2197 patients, 30 centres, 27.6% > 70 ans, diagnostic <1 an chez 50.6%

Prévalence tous cancers : 39%



CAS CLINIQUE N° 1

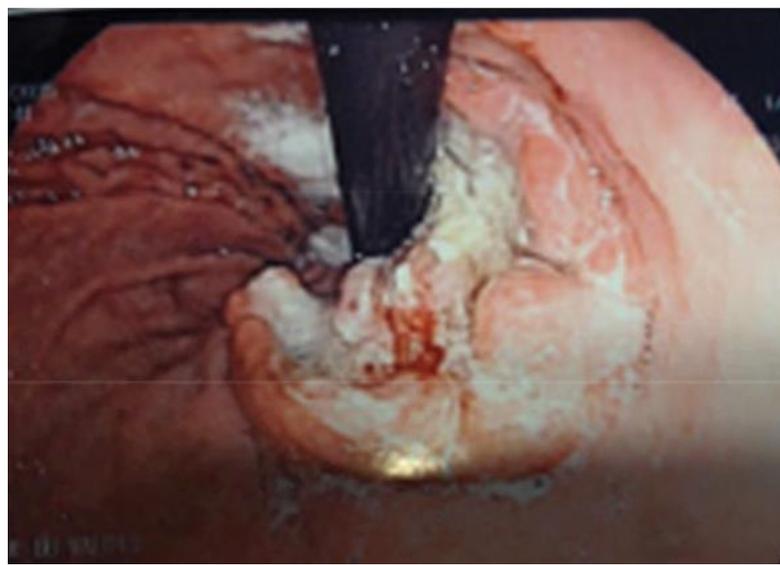
Mr Ped.. P

Mars 2023: Patient de 61 ans adressé pour adénocarcinome du cardia

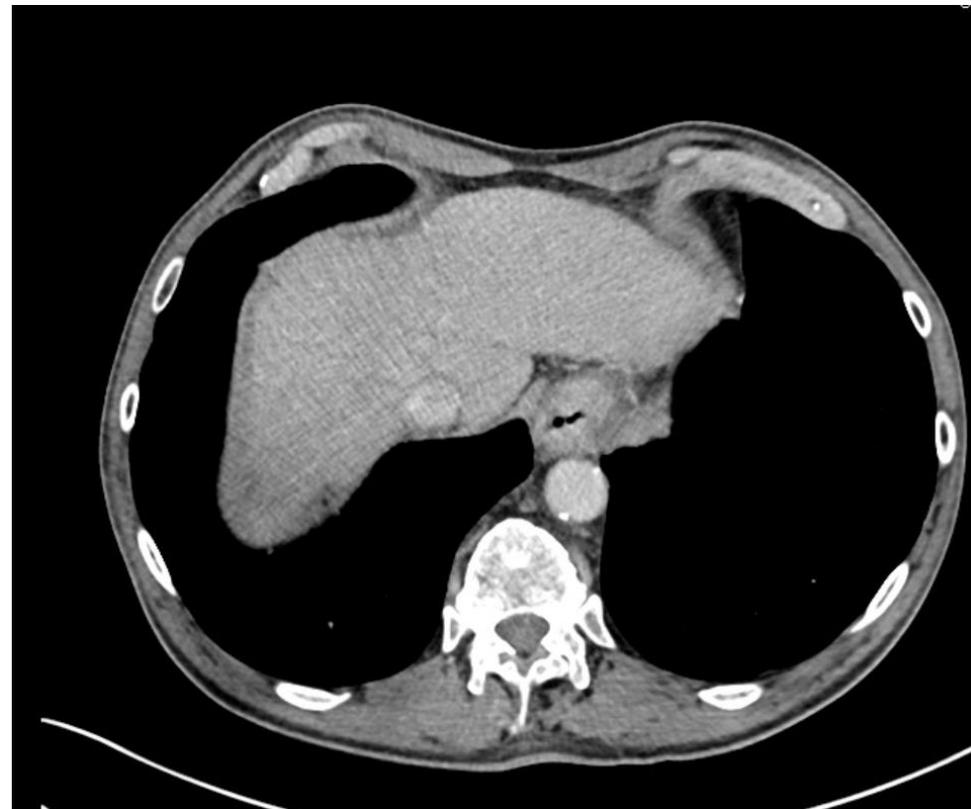
Depuis plusieurs mois dysphagie croissante aux solides

Gastroskopie du 25/01/23 : tumeur infranchissable

Scan Tap : pas de métastase



30 mars 2023



Mr Ped.. P

Prise en charge

- Patient OMS 1, symptomatique depuis 6 mois, dans un processus diagnostique depuis 2 mois
- Poids 62 Kg
- Taille 175 cm,
- Poids de forme 75 Kg → perte de 13 kg (-17%) en 6 mois
- Biologie correcte : Hb10.8 , CRP12 BH, cytolysse <2N ASAT>ALAT, GGT89
Albumine 31 , ACE CA 19-9 N, uracilémie N

Mr Ped.. P

Prise en charge

- Atcds médicaux : ACFA
- Atcds chirurgicaux : fractures
- Allergie : 0
- Tt en cours : beta-bloquant

- Tabagisme 30 PA, alcool > 40g/j
- Célibataire sans enfant, ouvrier agricole

- Atcds familiaux : Neg

Mr Ped.. P

Éléments décisionnels manquants ?

- Anapath.:
 - adénocarcinome
 - MSS , HER 2 : neg
 - CPS 4 , statut claudine 18-2 inconnu
- Bilan d'extension: intérêt PET scan ? Intérêt coelioscopie
- Statut nutritionnel ?
- Etat cardiaque ?

...Analyse de l'état nutritionnel

Evaluation de la sévérité de la dénutrition : Critères HAS 2019/2021

	Dénutrition Modérée 1 seul critère suffit	Dénutrition Sévère 1 seul critère suffit
Perte de poids	≥ 5 % et < 10% en 1 mois ou ≥ 10 % et < 15% en 6 mois ou ≥ 10 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie	≥ 5 % et < 10% en 1 mois ou ≥ 10 % et < 15% en 6 mois ou ≥ 10 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie
IMC (ne pas tenir compte IMC chez la personne obèse dénutrie)	17 < IMC < 18,5 kg/m² (20 ≤ IMC < 22 kg/m ² si > 70 ans)	IMC ≤ 17 kg/m²
Albuminémie *		Albuminémie ≤ 30 g/l

SEULEMENT POUR LA SEVERITE=> pronostic

*Mesure par immunonephélectrométrie ou immunoturbidimétrie
https://has-sante.fr/jcms/p_3118872/fr/diagnostic-de-la-denutrition-de-l-enfant-et-de-l-adulte

Recommandations nutritionnelles

Apports énergétiques: 25-30 kcal/kg/j

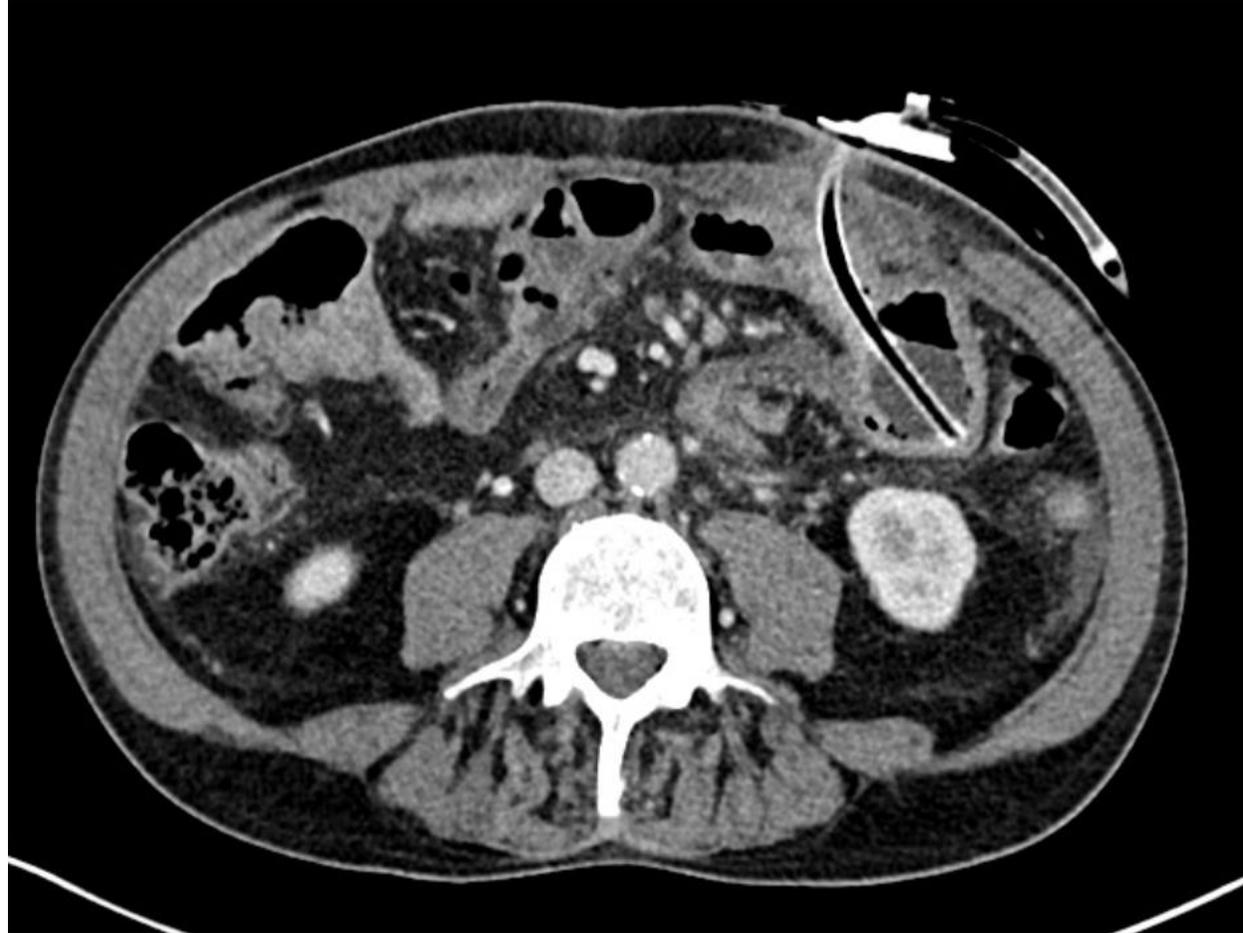
Apports protéiques : 1,2-1,5g de prot/kg/j

(ESPEN, SFNCM)

Mr Ped.. P

Coelioscopie Exploratrice

- Pas de carcinose, mais foie d'hépatopathie chronique
- Pose de PAC
- Mise en place d'une jéjunostomie d'alimentation
- Biopsie hépatique



Mr Ped.. P

RCP1

- Protocole FLOT : 4 cures néoadjuvantes
- NEAD (nutrition entérale à domicile)
- Réévaluation du projet chirurgical selon la réponse aux soins

Mr Ped.. P

CHIMIOThERAPIE NEOADJUVANTE

- FLOT 4 cures
- G-CSF pegylé systématique
- Tolérance classique

...MISE EN ROUTE NEAD

Mr Ped.. P

EVALUATION JUIN 2023

- Scan Tap : petite ascite (cirrhose décompensée)
- Anorexie OMS 2 mais moins dysphagique
- Biologie correcte mais TP 40 , albumine en baisse
ACE 5,8 , CA 19-9 N

Mr Ped.. P

RCP 2 → RADIOCHIMIOTHERAPIE

- ARCC du 20 juin au 10/8/23
- Poursuite de la chimiothérapie concomitante (Folfox)

Mr Ped.. P

SUIVI

- Septembre 2023 : réponse complète
- mais dysphagie sur sténose cicatricielle radique: multiples dilatations endoscopiques
- Décembre 2024 : RC et poids stable 65 Kg

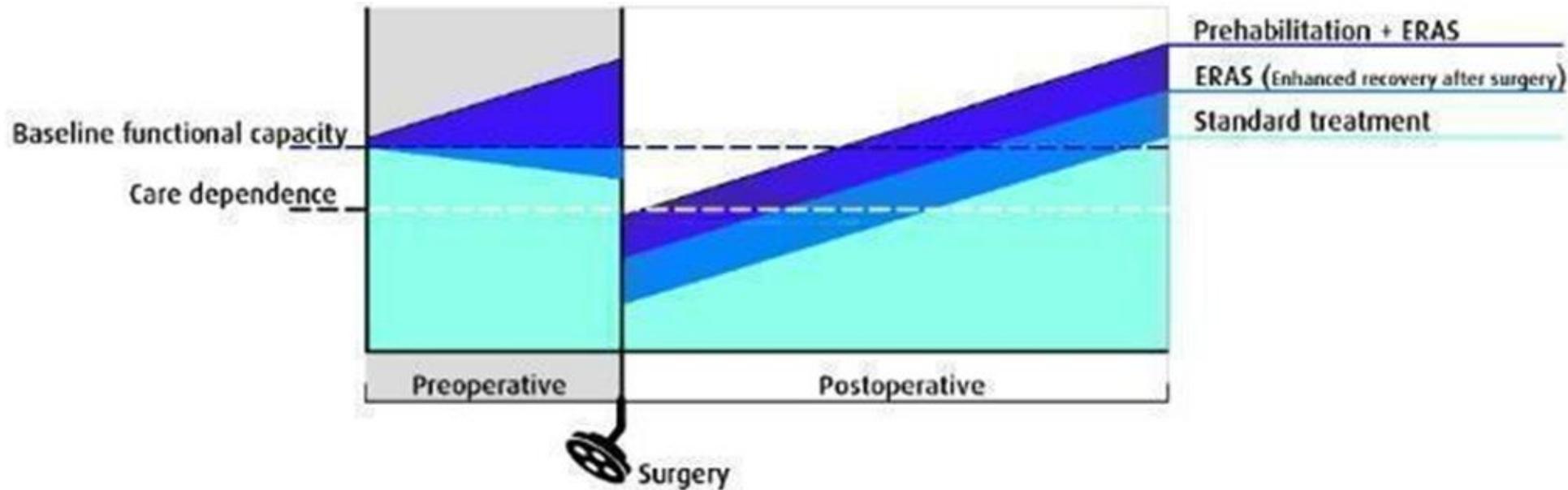
...Et si le patient avait été opérable ?

...Quelle prise en charge de sa
perte de poids et
situation nutritionnelle?

Risque sarcopénique et de complications post-opératoires en chirurgie onco-digestive

- Complications totales (RR = 1.87, P < 0.00001)
- Complications majeures (RR = 2.45, P = 0.002)
- Ré-admissions (RR = 2.53, P < 0.0001)
- Infections sévères (RR = 2.96, P = 0.04)
- Mortalité 30j (RR = 3.36, P = 0.001)
- Durée séjour (MD = 4.61, P = 0.001)

RAC : Réhabilitation Améliorée en Chirurgie



- **Enhanced recovery programs** : ensemble de soins centrés sur le patient afin d'améliorer rétablissement post chirurgical
- **Pour toutes les chirurgies** mais adaptation selon chirurgie +++

Préhabilitation / Réhabilitation

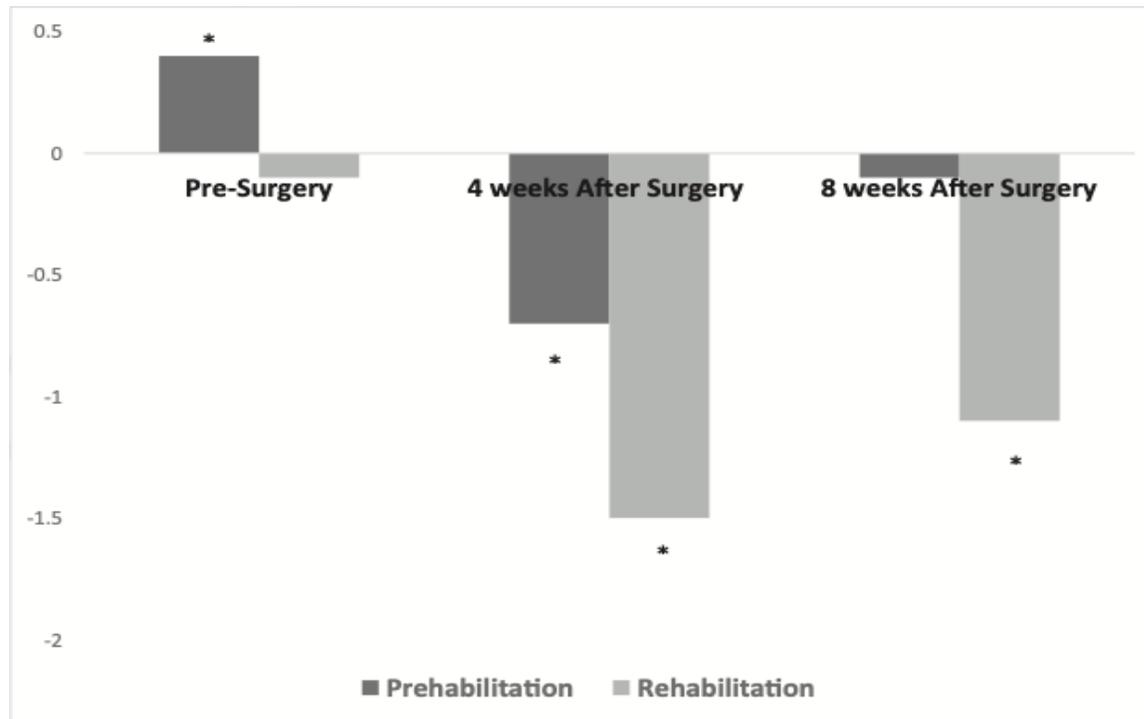


Fig. 1. Unadjusted mean changes in absolute lean mass of colorectal cancer surgery patients following prehabilitation or rehabilitation. *denotes statistically different compared to baseline ($p < 0.05$).

- **PEC preopératoire 4 sem vs post op seule 8 sem**
- **PEC trimodale :**
kiné, diététicienne , psychologue

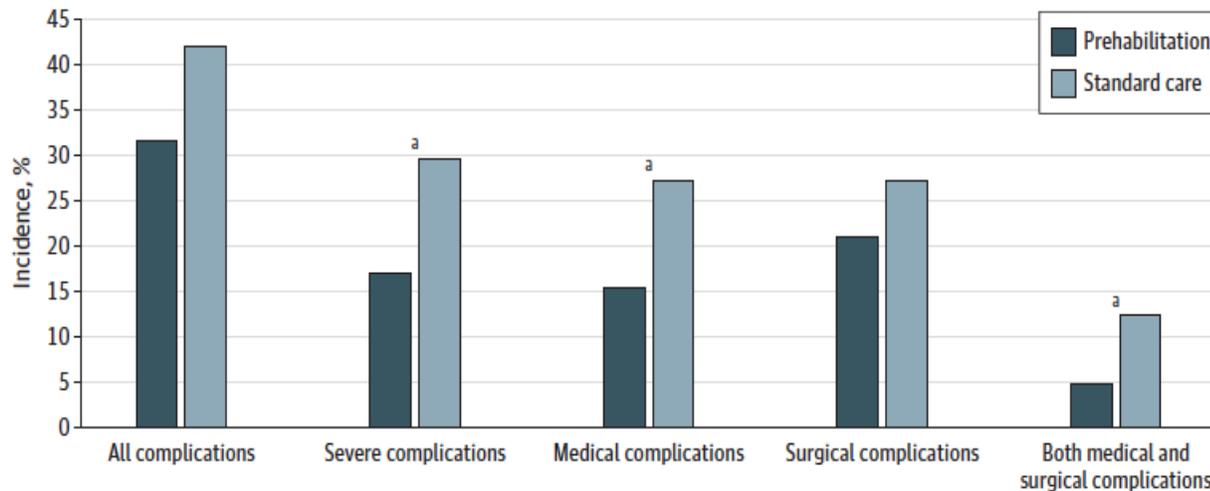
N=139 patients

CJP : changement en masse maigre

Gillis, Clin nutrition, 2018

Préhabilitation avant chirurgie : étude PREHAB

Figure 2. Complications Within 30 Days After Surgery



**=> Diminution de complications opératoires
17.1% vs 29.7% (p=0,02)**

Intervention multimodale 4semaines

Hospitalisation pour cancer colon :

- Arrêt tabac
- Activité physique 3x/sem (vélo)
- Psychologue
- Nutrition (1,5g prot + Kcal)

Nutrition péri-opératoire : Recommandations ESPEN 2021

<p>1) Evaluation nutritionnelle avant et après chirurgie majeure (grade GPP, forte 100%)</p>	<p>2) Nutrition artificielle pré et post-opératoire: chez les patients dénutris, ou si prise orale non possible pendant 5j, ou <50% pendant 7j. Privilégier l'entérale (GPP, forte 100%)</p>	<p>3) Prise orale post opératoire dans les quelques heures suivant la chirurgie (<24h) (A, fort 10%)</p>	<p>4) Rajouter une nutrition parentérale complémentaire si malgré prise orale + entérale apports <50% des besoins pendant 7 jours (GPP/A, forte 100%)</p>
<p>5) Nutrition entérale précoce (<24h) chez les patients dénutris, ou si prise orale non possible d'emblée, ou si on estime ingesta <50% des besoins pendant 7j :</p> <ul style="list-style-type: none">-patients digestif et ORL (A)-patients dénutris (GPP) <p>(accord 97%)</p>	<p>6) Immunonutrition périopératoire (ou au moins post opératoire) si chirurgie majeure carcinologique , si patients dénutris (B, 89%)</p>	<p>7) Sonde nasojéjunale ou la jéjunostomie devrait être envisagé chez tous les patients opérés en sus mésocolique, en particulier si dénutri (B, 95%)</p>	<p>8) Réévaluation nutritionnelle répétée Poursuite nutrition artificielle après hospitalisation si ingesta insuffisants (la jéjunostomie facilite la poursuite à domicile) (GPP, 97%)</p>

Défis et avantages des interventions nutritionnelles périopératoires



Figure 1. Facts and data for perioperative nutrition screening and therapy. Data drawn from Awad and Lobo⁶, Williams and Wischmeyer¹⁹, and Philipson et al.²⁰ R.I.P. indicates rest in peace.

Comment intégrer la PEC multimodale périopératoire?

PRE-OPERATOIRE

1) Evaluation :

- Hôpital de Jour : permet valorisation des intervenants APA/diet, etc
- Parcours : consultations dépistage (IDEC, diet., ELSA, etc)

2) PEC préhabilitation

- Non remboursée à domicile (sauf kiné)*
- Profiter de la période néoadjuvante ++
- A minima : conseils
- + anémie + sevrage + respiratoire

3) PEC nutrition selon grade nutritionnel

POST-OPERATOIRE

1) Protocoles ERAS

- Ablation sonde
- Limiter jeûne
- Lever précoce
- Limiter fluides

2) Réfléchir à la voie entérale jeûne prolongé (oesogastrique)

3) Ne pas oublier la période adjuvante

Le patient va reprendre une chimio?

CAS CLINIQUE N° 2

Me X..

PRESENTATION INAUGURALE

- Femme de 65 ans
- Mai 2024 : découverte DNID : régime volontaire – 8 kgs
Adressée aux urgences pour douleurs abdominales
- Découverte syndrome subocclusif sur tumeur corporeale du pancreas englobant le colon G

Scanner initial



Me X..

BILAN DIAGNOSTIQUE

- Echoendoscopie –ponction (alternative PBF)
- Pose de PAC
- Biologie CA 19-9 : 35 000 , ACE : 120,
cholestase modérée , biliruninémie N , uracilémie N

Me X..

ETAT CLINIQUE

- OMS 1
- Syndrome douloureux abdominal modéré

- Poids :71 Kg
- Taille : 171 cm
- Poids début 2024 :82 Kg

- Pas d'Actds personnels (rein unique) ou familiaux
- Traitement en cours : metformine

Me X..

RCP1

- Ponction adénocarcinome : MSS, RAS muté
- Chimiothérapie : protocole FOLFIRINOX en ambulatoire

Me X..

PRISE EN CHARGE INITIALE

- Démarrage protocole FOLFIRINOX en HDJ
- Mise sous morphinique avec interdoses
- Poursuite régime sans résidu et laxatif

Me X..

HOSPITALISATION POUR OCCLUSION COLIQUE

- Iléostomie terminale réalisée en urgence
- Suites difficiles

Me X..

C2 PROTOCOLE FOLFIRINOX

- Retard de chimio de 14 jours
- Perte de 5 Kg (8 Kg au total)
- Persistance douleurs abdominales

Me X..

PRISE EN CHARGE ADAPTEE

- Poursuite de la chimiothérapie
- Mise en route NPAD en HAD
- Mise en route programme APA

... Rôle de l'APA dans cette situation?

....Pourquoi et comment la proposer à la patiente ?

APACaP GERCOR : APA et K pancréas

Randomized Controlled Trial > J Natl Compr Canc Netw. 2023 Dec;21(12):1234-1242.e17.

doi: 10.6004/jnccn.2023.7065.

Effect of Adapted Physical Activity in Patients With Advanced Pancreatic Cancer: The APACaP GERCOR Randomized Trial

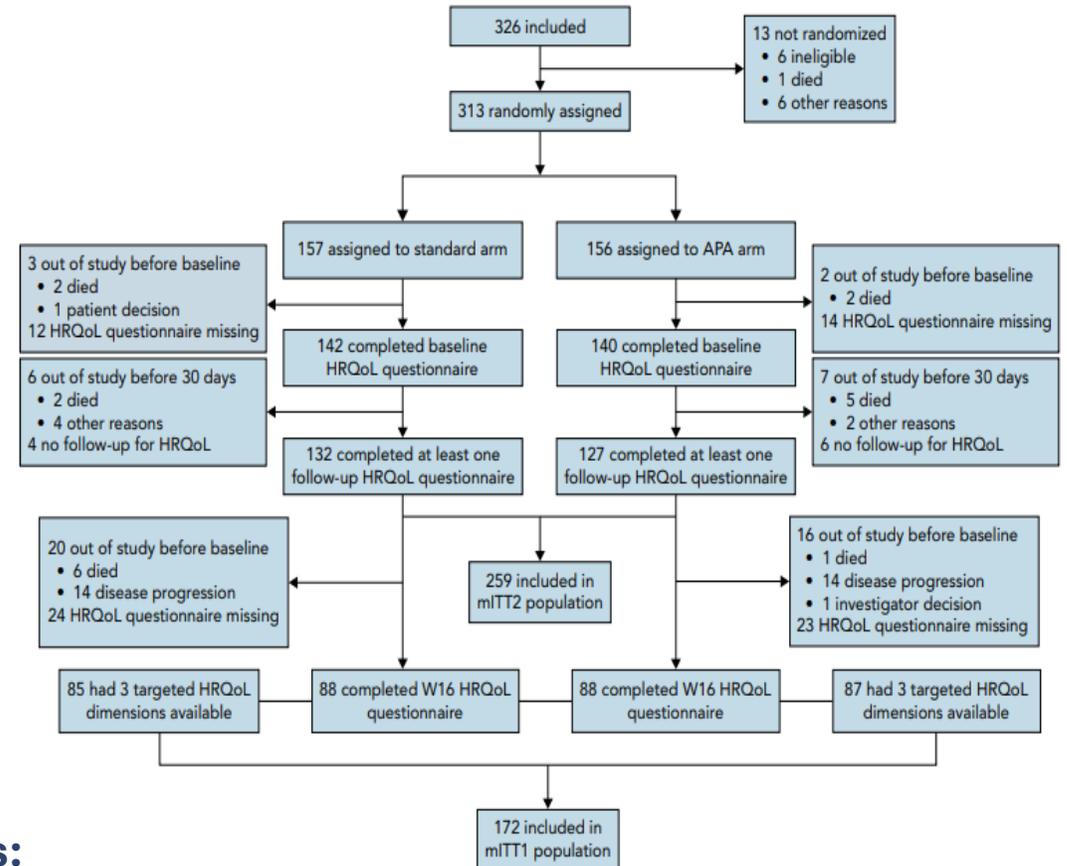
Cindy Neuzillet^{1, 2}, Olivier Bouché³, Christophe Tournigand⁴, Benoist Chibaudel⁵, Lucile Bauguion⁶, Leïla Bengrine-Lefevre⁷, Daniel Lopez-Trabada Ataz⁸, May Mabro⁹, Jean-Philippe Metges¹⁰, Denis Péré-Vergé¹¹, Thierry Conroy^{12, 13}, Astrid Lièvre¹⁴, Morgan Andre¹⁵, Françoise Desseigne¹⁶, François Goldwasser¹⁷, Julie Henriques^{18, 19}, Amélie Anota^{18, 20}, Pascal Hammel^{1, 21, 22}

Randomisée, multicentrique

Pancréas avancé

Intervention: APA 16 semaines

CJP : (EORTC QLQ 30) : 3 dimensions: global, physique et fatigue => non significatif



Résultats:

- Faisable!

- Amélioration de plusieurs dimensions du QLQ30 (en ITT): score fonctionnel, douleur, anorexie, insomnie

Impacts positifs de l'Activité Physique sur la vie des patients atteints de cancer

Revue de
36 articles publiés
en anglais entre
2017 et 2021

The impact of physical activity on particular areas of life in cancer patients		
<ul style="list-style-type: none"> ● Side effects of cancer treatment <ul style="list-style-type: none"> • PA reduce the side effects of treatment [7,17,20] • Chemotherapy and radiotherapy inhibit PA due to their side effects [17] 	<p style="text-align: center;">Fatigue</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regular PA combined with an appropriate diet reduce the fatigue [2] • The fatigue remained decreased one year after intervention [2] • PA has a significant effect on fatigue compared with usual cancer care among patients with breast and colorectal cancer [3,8,22] 	<p style="text-align: center;">Physical fitness, muscle strength, body weight</p> <ul style="list-style-type: none"> • PA improves aerobic fitness and upper-body strength, reduces BMI and body fat [3] • Combined aerobic and resistance exercise has been found to be associated with superior upper and lower body muscle endurance in breast cancer patients [8].
<p style="text-align: center;">Mental health</p> <ul style="list-style-type: none"> • PA has a positive impact on the mental health of cancer patients [7,31,32] • PA reduces anxiety and depression and have a positive impact on happiness [3,8] 	<p style="text-align: center;">Quality of life</p> <ul style="list-style-type: none"> • PA improves the physical and social QoL [2,3,7, 24-30] • Aerobic and resistance exercises improve QoL by reducing depression, fatigue and physical deconditioning [23] • Combined aerobic and resistance exercise performed during chemotherapy results in better longer-term QoL outcomes in breast and colorectal cancer patients, improving sleep quality, reducing anxiety and depression and having a positive impact on happiness [3,8]. 	
<p style="text-align: center;">Mortality, longer survival</p> <ul style="list-style-type: none"> • PA reduces mortality in colorectal, breast and prostate cancer patients [33-36] • It reduces the risk by 40-50% [33] • Moderate PA is associated with longer survival and reduced hazard of cancer-related mortality [34] 	<p style="text-align: center;">Recurrence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Combined aerobic and resistance exercise reduces the incidence of metabolic syndrome in cancer survivors, which is a risk factor for cancer recurrence [23,40] • Cancer patients meeting the minimum PAGAs both before and after their diagnosis have >50% reduced hazards of recurrence in comparison with patients not meeting this minimum at either time point [9] 	

Rôle des soignants : Informer tôt le patient et son entourage sur les intérêts de la pratique régulière d'AP

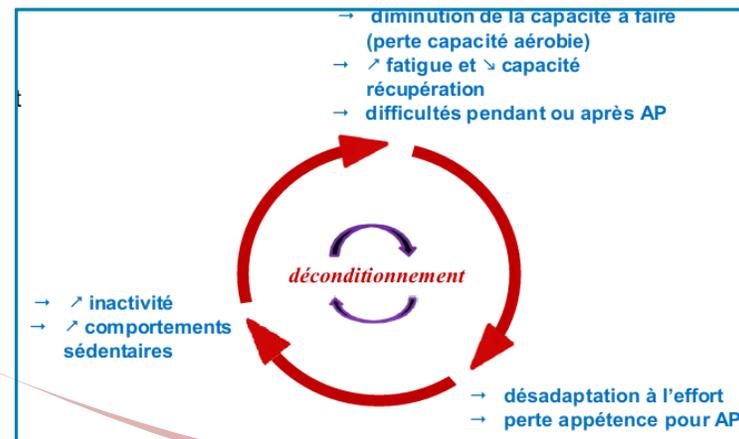
Inactivité physique =
niveau insuffisant d'AP d'endurance
aérobie d'intensité au moins modérée

Sédentarité =
- niveau AP faible ou nul
- ou excès d'activité avec dépense
énergétique proche de la dépense de
repos (ex : regarder écran TV ,
informatique , jeu vidéo , ..)

	Sédentaire	Non-sédentaire
physiquement INACTIF		
physiquement ACTIF		

**Déconditionnement = amplificateur
de vulnérabilité**

- Conséquences physiques ,
mentales , sociales liées à
l'inactivité physique , la sédentarité
et /ou la sous stimulation
intellectuelle ou sociale



Survenue

- Dès l'annonce du cancer
- Si diminution de l'AP habituelle
- Si arrêt du programme AP
volontaire
- Si AP non maintenue

Définition de l'Activité Physique Adaptée

Définition réglementaire
Art. D. 1172-1 du CSP
– décret n° 2016-1990
du **30.12.2016**

Dans un contexte d'activité du
quotidien, de loisir, de sport
ou d'exercices programmés

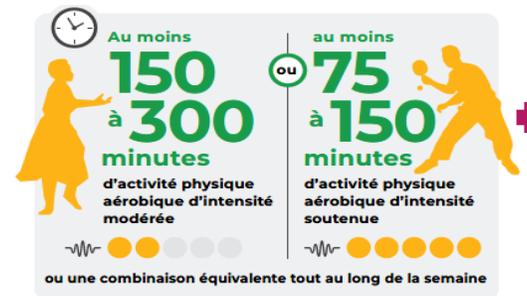
de mouvements corporels produits par
les muscles squelettiques,
basés sur les aptitudes et les
motivations des personnes ayant des
besoins spécifiques qui les
empêchent de pratiquer dans des
conditions ordinaires. ¹



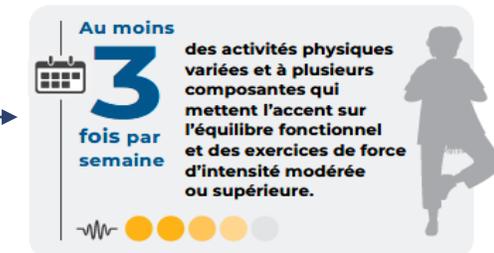
Recommandations OMS 2020 Adultes et personnes âgées souffrant d'affections chroniques ²

Survivants du cancer

(vessie, sein, rein, endomètre, colon,
adénocarcinome œsophage,
estomac)



Personnes âgées
Améliorer la capacité
fonctionnelle et
prévenir les chutes

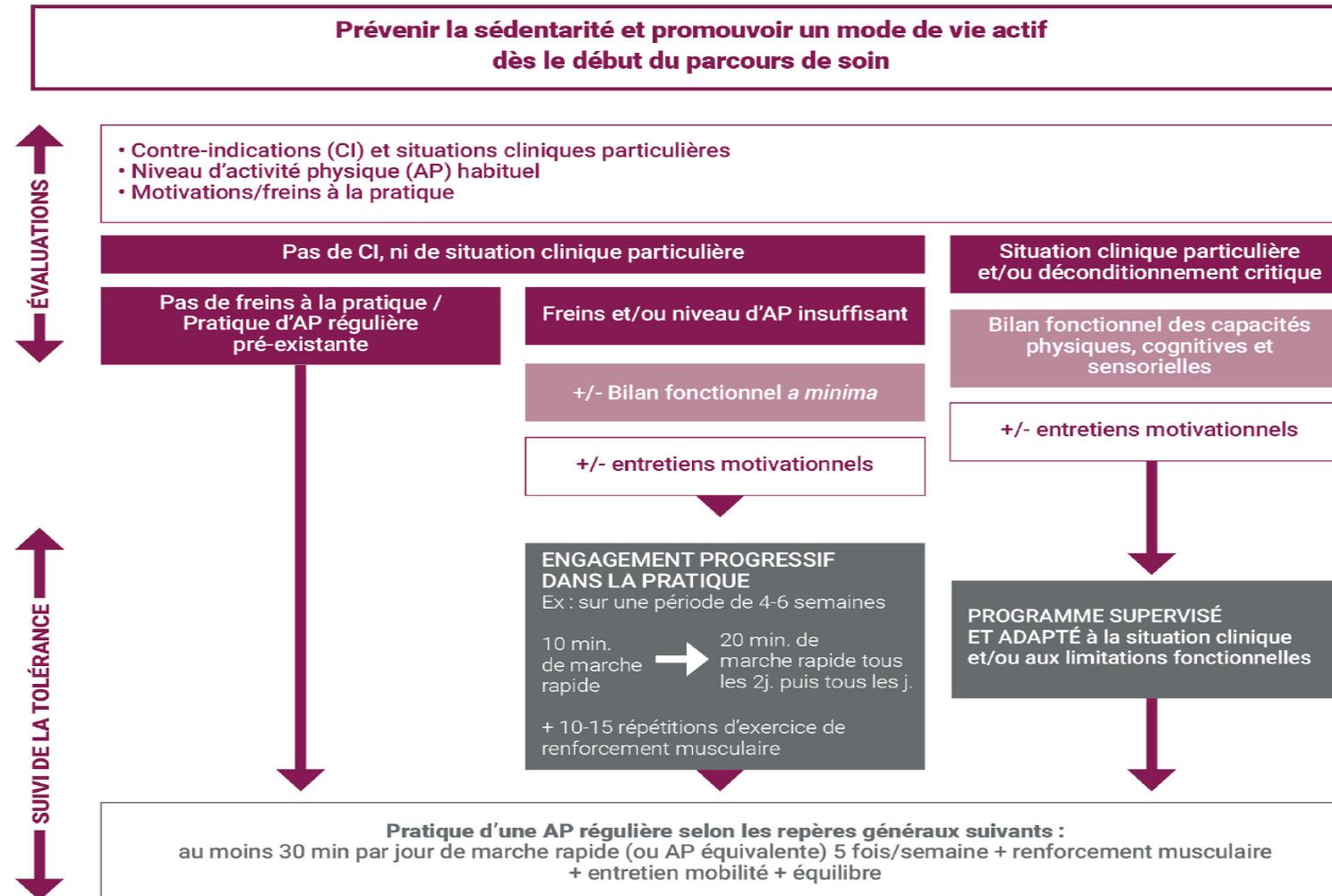


1) <https://www.legifrance.gouv.fr/>

2) Lignes directrices sur activités physique et sédentarité OMS, <https://www.who.int/europe/fr>

Intégration de la pratique physique dans le panier de soins oncologiques de support (INCa 2018)

Modalités de mise en oeuvre



BÉNÉFICES DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE PENDANT ET APRÈS CANCER DES CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES AUX REPÈRES PRATIQUES

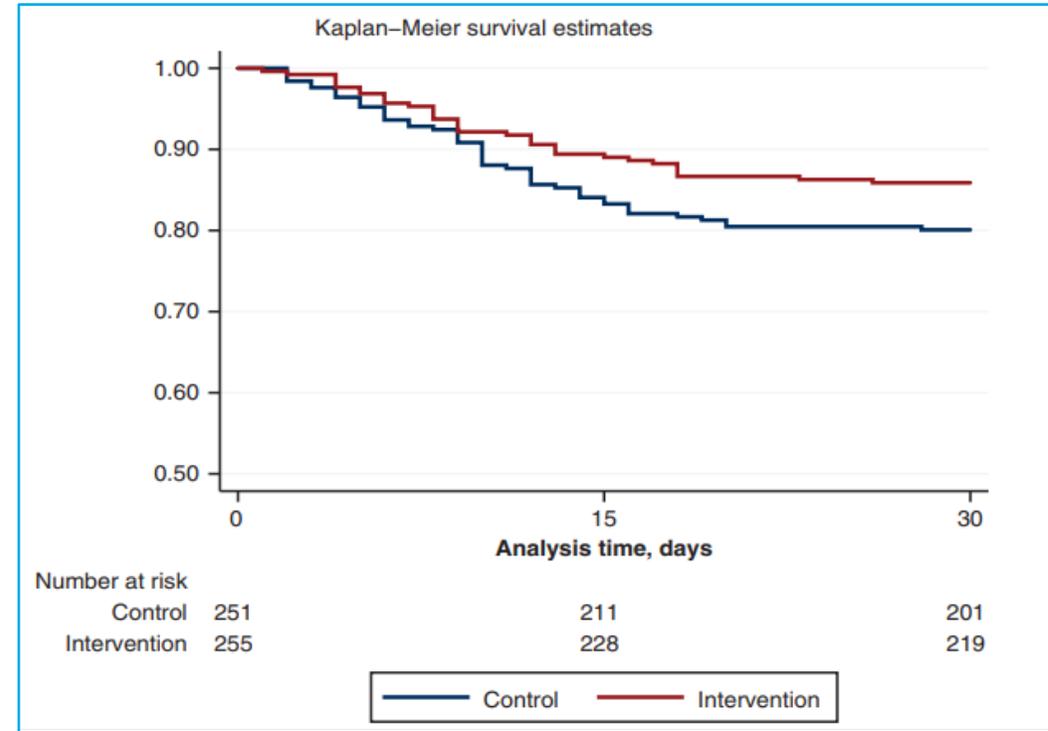


PEC nutrition en médecine (EFFORT)

- Phase III, randomisé, multicentrique
Intervention nutritionnelle vs groupe contrôle
- 506 patients K (héματο, poumon, digestif)
Hospitalisés pour diagnostic ou traitement (suisse)

CJP: diminution mortalité à 30j (indép)

CJS : amélioration fonction générale et QdV



	Control (N = 251)	Intervention group (N = 255)	Type of analysis	Regression analysis (adjusted) (95% CI), P value
Primary outcome				
All-cause mortality within 30 days	50 (19.9)	36 (14.1)	OR	0.57 (0.35-0.94), 0.027

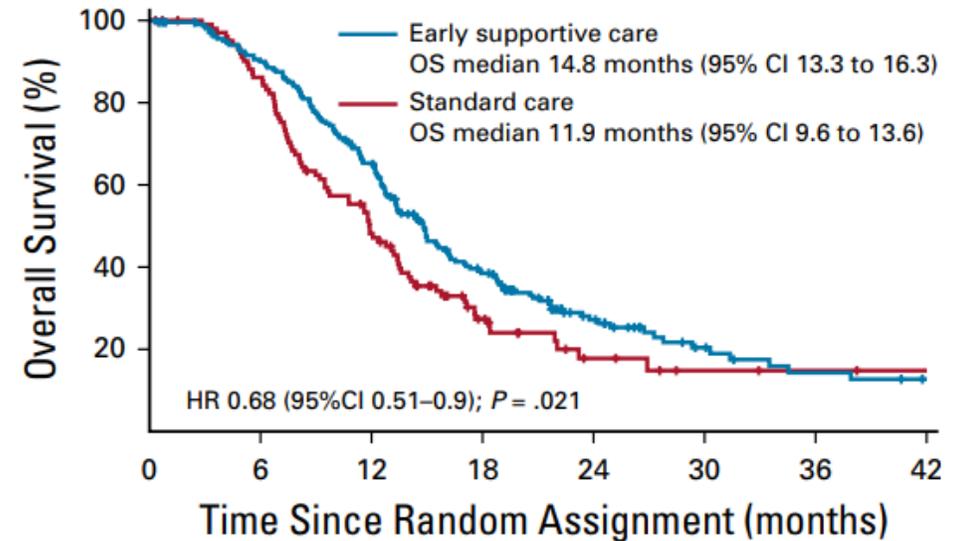
PEC nutrition en médecine

- Etude randomisée, monocentrique
- 328 patients oesogastriques métastatiques

Début PEC (CHINE)

Intervention: Diététicienne + Psychologue

CJP : augmentation de la survie globale et sans progression dans le groupe interventionnel



Number at risk		0	6	12	18	24	30	36	42
ESC	214	179	128	68	31	15	9	6	
SC	114	87	47	18	7	3	2	1	

Median OS was 14.8 months (95% CI, 13.3 to 16.3) (intervention) vs 11.9 months (95% CI, 9.6 to 13.6) (témoins) (HR, 0.68; 95% CI, 0.51 to 0.9; P = 0 .021)

Recommandations Nutrition et APA

NUTRITION

30-35kcal/kg/j

1,2-1,5g de prot/kg/j

Senesse, Nut Clin Metab, 2012
(ESPEN, SFNCM)

25-30 kcal/kg/j

Muscaritoli et al., Clin Nutr 2021

ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE

- Lutter contre sédentarité
- 30 min d'APA modérée (marche rapide) 5 fois/semaine
- Renforcement musculaire 2-3/sem
- Favoriser répétition
(engagement progressif, supervision)

....Mise en place de la NPAD

... Quelle surveillance et complications ?

Me X..

COMPLICATION NPAD

- Infection de PAC traitée par verrou antibiotique

ETUDE ALIM K

Etude prospective phase III multicentrique - France:

- 148 patients: nutrition parentérale, en cours de chimiothérapie, multi métastatique, espérance de vie <1an
- NP vs nutrition orale

Survie diminuée si NP : 3.12 vs 1.97mois

Plus d'effets secondaires (51% vs 41%)

⇒ **Pas de nutrition artificielle si espérance de vie <3mois**

Me X..

EVOLUTION

- Réponse majeure CA 19-9 : 103 (vs 39 000)
- Sevrage en NPAD
- Sevrage en morphinique

ACTIONS

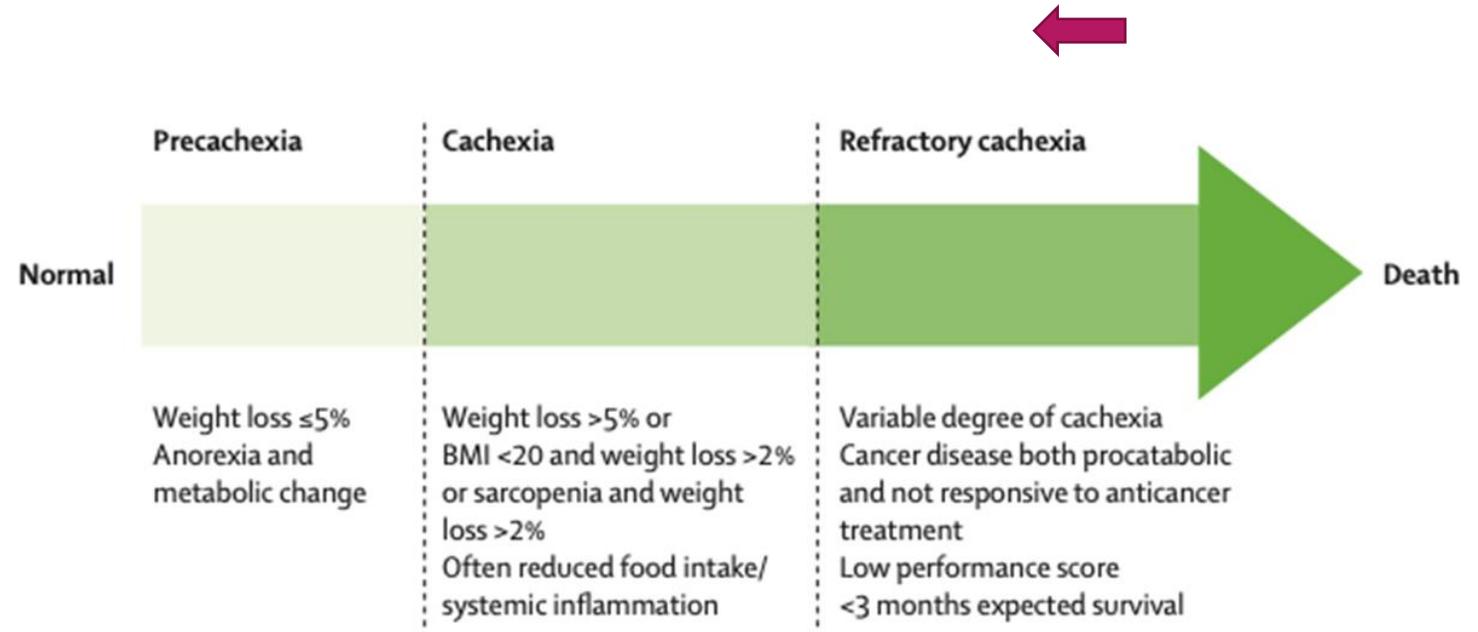
Place de Traitement anti cachexie?

Prise en charge nutritionnelles + APA précoces ++++

Dépistage précoce



Echelle SEFI



Dépistage IDECs + Parcours + soignants d'hospitalisation

MERCI !

