ÉDITORIAL

Nutrition du malade cancéreux : il est temps de s'en soucier

Nutrition of cancer patient: time to care

X. Hébuterne¹

Service de gastroentérologie et nutrition, CHU de Nice, université de Nice Sophia-Antipolis,
F-06202 Nice cedex 03, France

Correspondance : xavier.hebuterne@unice.fr

Les relations entre la maladie cancéreuse et l'alimentation sont établies depuis longtemps. De nombreuses études épidémiologiques, confortées par des arguments expérimentaux et parfois des études interventionnelles, ont établi des liens entre certains aliments ou plutôt certaines typologies alimentaires et la survenue d'un cancer. De plus, la relation entre l'obésité et le risque de cancer est maintenant bien démontrée. À l'inverse, la dénutrition est si communément associée à la maladie tumorale qu'elle est souvent considérée comme partie intégrante de l'évolution des cancers et donc banalisée. Il est pourtant admis que bon nombre de malades cancéreux décèdent de cachexie et que la dénutrition limite la tolérance et l'efficacité des traitements. La prévalence globale de la dénutrition, tous cancers confondus, est de l'ordre de 40 %. Elle est la même qu'il y a 30 ans et elle est particulièrement importante au cours des cancers digestifs et des cancers ORL (Fig. 1) [3]. Chez un malade cancéreux, une perte de poids supérieure à 15 % est constamment associée à une altération du pronostic indépendamment de la maladie tumorale. La dénutrition serait directement responsable du décès des malades dans 5 à 25 % des cas [9].

Au cours des dix dernières années, la prévalence du cancer a augmenté alors que la mortalité a diminué. Les progrès thérapeutiques ont été considérables, et dans certaines situations métastatiques, la médiane de survie a été multipliée par 3 ou 4. Il est possible d'affirmer que dans certains cas, une maladie autrefois constamment mortelle a été transformée en maladie chronique. Certains malades reçoivent, par exemple, une chimiothérapie au long cours qui, sans les guérir, permet une stabilisation prolongée de leur cancer. Ainsi, dans certaines situations, le problème nutritionnel qui était marginal compte tenu du pronostic effroyable des malades est passé au premier plan. Par ailleurs, l'âge n'est plus un obstacle au traitement des malades, et l'on sait bien que le sujet âgé présente des particularités métaboliques qui augmentent le risque de dénutrition. La maladie, d'une part, les traitements, d'autre part, et enfin le temps se conjuguent pour détériorer de manière synergique la situation nutritionnelle des malades. Chez un malade cancéreux, l'anorexie est au premier plan favorisée par des troubles du goût très fréquents et la stimulation du système pro-opiomélanocortine qui inhibe la prise alimentaire [5]. Dans une enquête récente réalisée un jour donné chez 1 023 malades, plus de 50 % affirmaient manger moins, et autant disaient avoir présenté une modification du goût depuis le début de leur maladie [2]. Il est choquant de voir le peu de chercheurs qui s'intéressent à ce problème pourtant crucial. Des désordres métaboliques complexes et les conséquences de la maladie et celles des traitements sur le tube digestif favorisent également la dénutrition. Enfin, la dénutrition est également iatrogène favorisée par la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie, mais aussi par les hospitalisations répétées des malades.

Alors que les réunions de concertations pluridisciplinaires, les consultations d'annonce, les programmes personnalisés de soins se généralisent et qu'il ne viendrait à l'esprit de personne de ne pas proposer une prise en charge psychologique adaptée et de ne pas

¹ Président de la SFNEP.

Fig. 1
Prévalence de la dénutrition mesurée « un jour donné » chez 1 903 malades cancéreux. Étude Nutricancer [1]

Fig. 2
Type de prise en charge nutritionnelle proposée (conseils : conseils nutritionnels ; CNO : compléments nutritionnels oraux) à des malades cancéreux (n = 1 023) non sélectionnés interrogés « un jour donné », en fonction de leur ingesta évalués à l'aide d'une échelle visuelle analogique (EVA ; 0 : ingesta nuls ; 10 : ingesta normaux). Étude Nutricancer [4]

traiter efficacement la douleur des malades, la prise en compte de la dénutrition est souvent absente dans les unités de cancérologie ou alors trop tardive et inadaptée. Dans la même enquête [2], moins de 50 % des malades qui affirmaient manger moins de la moitié de leur ration habituelle avaient reçu des conseils nutritionnels ou des compléments nutritionnels oraux (Fig. 2). Cela peut facilement être expliqué par la rareté des diététiciennes dans les unités de cancérologie, alors que pratiquement aucun poste n'a été créé dans le cadre du plan cancer. Dans de nombreuses situations, la supériorité de la nutrition entérale sur la nutrition parentérale est bien démontrée, et cette dernière doit être strictement réservée aux situations d'insuffisance intestinale et en cas d'échec de la nutrition entérale [10]. Bien qu'elle soit souvent techniquement possible [1], même dans des cas où son utilisation était autrefois impensable [8], la nutrition entérale est largement sous-employée dans la prise en charge nutritionnelle des malades cancéreux. Au cours des cancers ORL, la mise en place précoce d'une gastrostomie percutanée endoscopique, pratique maintenant courante, a révolutionné la prise en charge des malades en permettant des traitements agressifs impossibles, il y a quelques années [6]. Cette expérience devrait servir d'exemple pour les autres cancers, et la nutrition entérale devrait être plus largement utilisée, si besoin dans le cadre d'essais cliniques démontrant son efficacité sur le devenir des malades. Enfin, la nutrition périopératoire a fait la preuve de son efficacité et il est maintenant démontré que l'immunonutrition pré- et périopératoire réduit la morbidité des malades cancéreux opérés [4]. On peut se demander combien de services de chirurgie ont systématisé ce genre d'approche pourtant très efficace.

Devant ce constat, la Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNEP) va animer, avec le soutien de la Haute Autorité de santé (HAS) et de l'Institut national du

cancer (INCa), un groupe de travail qui devra élaborer des recommandations de pratiques cliniques pour la prise en charge nutritionnelle des malades cancéreux. Ces recommandations, qui seront disponibles dans le courant de l'année 2010, permettront grâce à un consensus formalisé d'experts, de faire le point sur les évidences dans le domaine et d'établir un document de référence. La labellisation de l'INCa et de l'HAS permettra d'aboutir à un document officiel et opposable. Il conviendra bien sûr de réfléchir aux mesures d'évaluation des retombées de ces documents en matière de prise en charge de la dénutrition.

Mais les mesures pour lutter contre la dénutrition des malades cancéreux ne doivent pas s'arrêter là. L'élaboration de programmes de recherche clinique est indispensable. En particulier, pour convaincre les oncologues de l'utilité de la nutrition chez leurs malades, il faut des preuves qui, il faut bien le reconnaître, ne sont pas présentes dans tous les domaines. Il est important de démontrer, comme l'ont par exemple fait Ravasco et al. [7], qu'un programme de soutien nutritionnel précoce bien conduit permet d'améliorer le pronostic et la qualité de vie des malades. Le PHRC national thématique sur le cancer semble être à cet égard parfaitement adapté à ce type d'étude. Par ailleurs, les équipes de recherche qui s'intéressent à la dénutrition devraient, entre autres, s'impliquer dans la compréhension des mécanismes de survenue de l'anorexie et des troubles du goût au cours du cancer. Le conseil d'administration de la SFNEP devra avec l'INCa, réfléchir à des mesures incitatives qui pourraient, par exemple, prendre la forme d'appels à projets thématiques.

Ce numéro spécial de la revue *Oncologie* consacré à la thématique « Nutrition et cancer », réalisé avec le concours de la SFNEP, démontre l'intérêt croissant que portent désormais les oncologues à la nutrition et participera à une prise de conscience collective de cet aspect essentiel des soins oncologiques de support.

Références

1. Boulton-Jones JR, Lewis J, Jobling JC, Teahon K (2004) Experience of postpyloric feeding in seriously ill patients in clinical practice. *Clin Nutr* 23: 35-41
2. Hébuterne X, Lemarié E, Michallet M, et al. (2007) Effets des cancers sur l'état nutritionnel et la prise alimentaire : la perception des malades. *Nutr Clin Metab* 21: S39
3. Hébuterne X, Lemarié E, Michallet M, et al. (2006) Prévalence de la dénutrition au cours du cancer : une enquête nationale un jour donné. *Nutr Clin Metab* 20: S86
4. Heys SD, Walker LG, Smith I, Eremin O (1999) Enteral nutritional supplementation with key nutrients in patients with critical illness and cancer: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Ann Surg* 229: 467-77
5. Lavano A, Meguid M, Rossi-Fanelli F (2003) Cancer anorexia: clinical implications, pathogenesis, and therapeutic strategies. *Lancet Oncol* 4: 686-94
6. Piquet MA, Ozsahin M, Larpin I, et al. (2002) Early nutritional intervention in oropharyngeal cancer patients undergoing radiotherapy. *Support Care Cancer* 10: 502-4
7. Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Vidal PM, Camilo ME (2005) Dietary counseling improves patient outcomes: a prospective, randomized, controlled trial in colorectal cancer patients undergoing radiotherapy. *J Clin Oncol* 23: 1431-8
8. Seguy D, Berthon C, Micol JB, et al. (2006) Enteral feeding and early outcomes of patients undergoing allogeneic stem cell transplantation following myeloablative conditioning. *Transplantation* 82: 835-9
9. Senesse P, Assenat E, Schneider SM, et al. (2008) Nutritional support during curative treatment of patients with gastrointestinal (GI) cancer: who could benefit?. *Cancer Treat Rev* 34: 568-75
10. Zaloga GP (2006) Parenteral nutrition in adult inpatients with functioning gastrointestinal tracts: assessment of outcomes. *Lancet* 367: 1101-11