

LA NUTRITION DANS LA PRISE EN CHARGE DES CANCERS DES POUMONS

Réflexion à partir d'un cas clinique

Dr Hela Skhiri . Oncologue médicale
Mr Romain Santos ferreira. diététicien

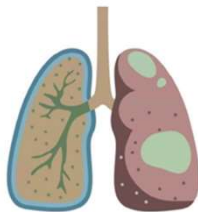
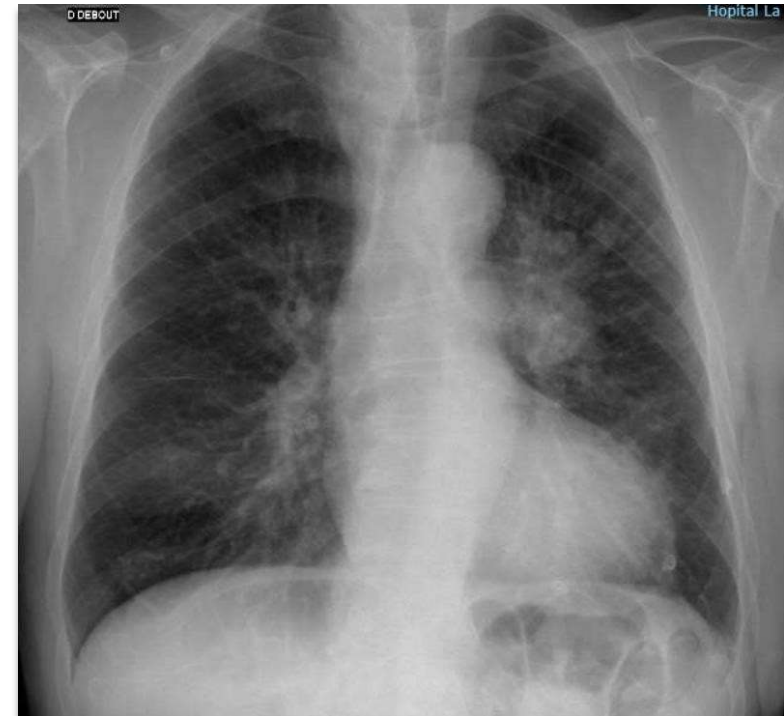
Pole régionale de cancérologie . Chu de Poitiers .

17ème Journée InterCLAN Poitou-Charentes - Le 23 mai 2025 -Saintes



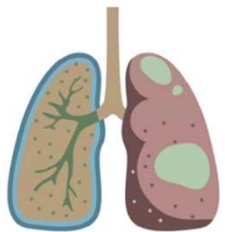
PRÉSENTATION DU CAS CLINIQUE

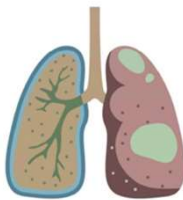
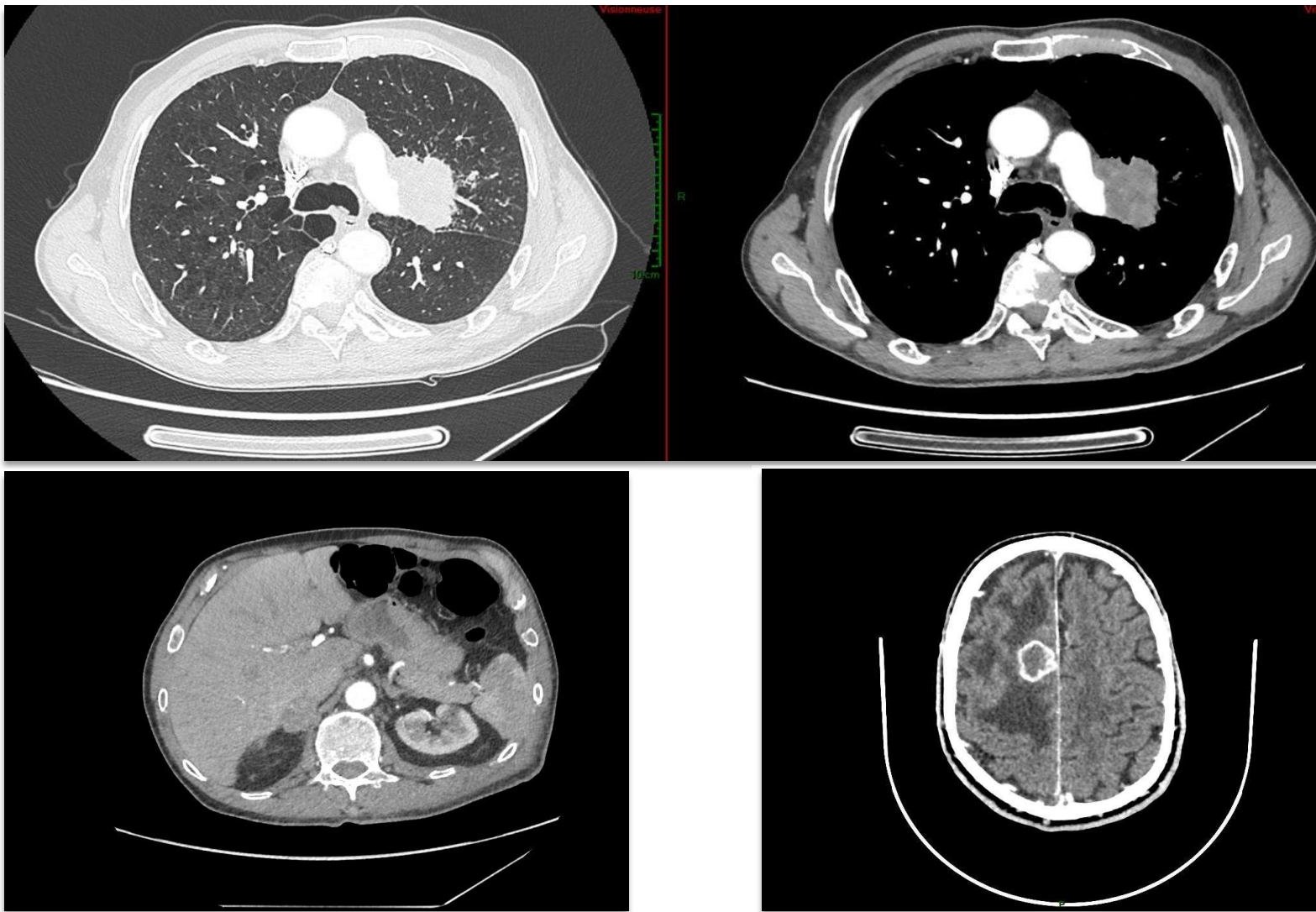
- Homme de 70 ans
- Tabac actif 50 PA
- Retraité traducteur
- ATCD familiaux :
 - père cancer du pharynx à 62 ans
- Pas de traitement médicamenteux
- Contexte de perte appétit , perte de connaissance révélant masse LSG
- OMS 1
- Poids : 62 kg (poids de forme 68 kg) , taille : 1,70 m
IMC 21,4 kg/m²



TDM CTAP

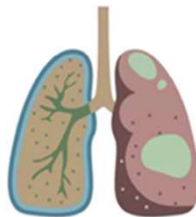
- Masse pulmonaire lobaire supérieure gauche à extension hilare gauche
- Des micronodules lobaires supérieurs gauches suspects
- Lésions surrénaliennes bilatérales
- Lésion intra-cérébrale droite de 24 mm de grand axe avec œdème péri-lésionnel





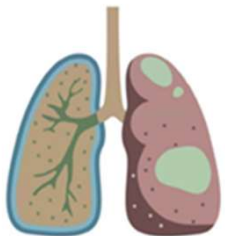
RÉSULTATS BIOLOGIQUES

- CRP : 8 mg/mL
- Albumine : 32 g/L
- NFS : Hb 13,2 g/dL ; PNN 9020/mm³ ; Lymphocytes 1590/mm³
- Créatinine sérique : 66 µmol/L



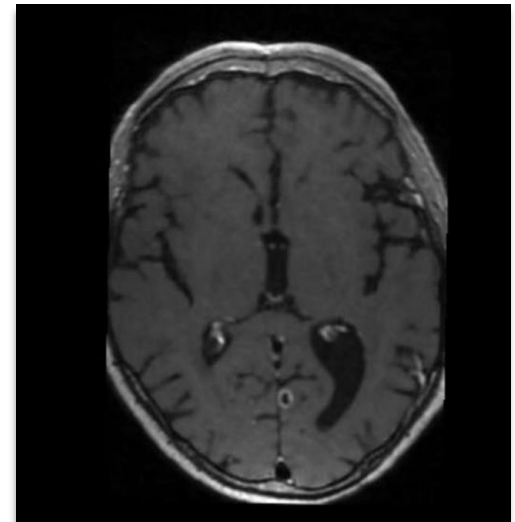
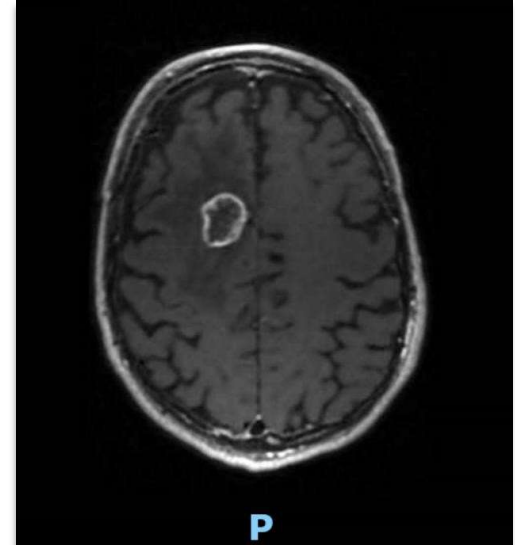
DIAGNOSTIC

- Carcinome épidermoïde infiltrant moyennement différencié, non kératinisant (p40+, TTF1-)
- PD-L1 100 % des cellules tumorales
- TNM retenu : cT4N0M1c (surrénales, cérébral)



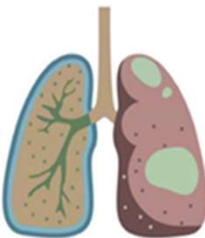
RÉSULTATS DU BILAN COMPLÉMENTAIRE

- IRM cérébrale : IRM encéphalique en faveur de deux localisations secondaires
- EEG : nle
- Évolution simple sous corticothérapie 60 mg/kg



STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES ONCOLOGIQUES PROPOSÉES

- Radiothérapie cérébrale stéréotaxique
- Traitement systémique :
 - A . Immunothérapie en monothérapie



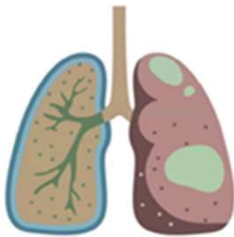
BILAN PRÉ THÉRAPEUTIQUE AVANT TRAITEMENT PAR IMMUNOTHÉRAPIE

Reco AURA 2024

Recommandations

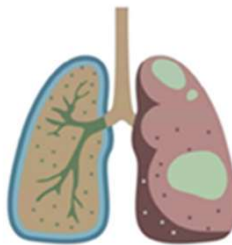
Le bilan paraclinique initial recommandé avant de débuter une immunothérapie anti-cancéreuse est :

- NFS, bilan hépatique, fonction rénale, ionogramme
- Glycémie à jeun
- Cortisolémie, TSH, T4
- Troponine
- Sérologies VIH, VHB et VHC
- ECG
- EFR complète



PLACE DE L'ÉVALUATION NUTRITIONNELLE DANS LA PRISE EN CHARGE DU CANCER DU POUMON

- La dénutrition sévère est présente au diagnostic chez 18 % des patients atteints d'un cancer broncho-pulmonaire (CBP) [1].
- Une prise en charge nutritionnelle est à discuter de façon systématique et le recours à la nutrition artificielle (NA) est fortement recommandé si nécessaire



Recueil de données

Mode de vie :

Vit avec une femme, Elle cuisine et fait les courses. Autonome en tant normal. Diminution d'activité récente, avec l'asthénie.

Données anthropométriques :

Poids : 62 kg (poids de forme 68 kg) , taille : 1,70 m IMC 21,4 kg/m²
Variation de poids : 8,8%

Données biologiques :

Albumine : 32 g/L



Enquête alimentaire et besoins théoriques

Monsieur mange de tout. Pas d'allergie alimentaire. Signale une diminution d'appétence pour la viande rouge.

SEFI 6. Décrit une diminution des apports alimentaires depuis plus de 2 semaines.

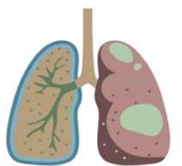
Apports per os : 1600 kcal et 65g de protéines

Monsieur signale aussi une faiblesse musculaire. Asthénie plus importante.

BESOINS THEORIQUES :

30 à 35 kcal/kg/jour et 1,2 à 1,5g de protéines/kg/jour soit : 1860 à 2170 kcal et 75g à 95g de protéines/jour

Rappel sur la dénutrition



Rappel sur la dénutrition



Étape 2

DÉTERMINATION DE LA SÉVÉRITÉ DE LA DÉNUTRITION

Dénutrition modérée

1 seul critère suffit

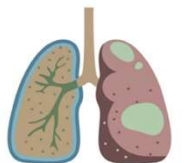
-  Perte de poids $\geq 5\%$ et $< 10\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ et $< 15\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ et $< 15\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie
-  $17 < \text{IMC} < 18,5 \text{ kg/m}^2$
 $20 \leq \text{IMC} < 22 \text{ kg/m}^2$
-  $30 < \text{albuminémie} < 35 \text{ g/l}$
 $\text{ou albuminémie} \geq 30 \text{ g/l}$
(mesure par immunonéphélométrie ou immunoturbidimétrie) quel que soit l'état inflammatoire

Dénutrition sévère

1 seul critère suffit

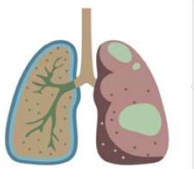
-  Perte de poids $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois ou $\geq 15\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie
-  $\text{IMC} \leq 17 \text{ kg/m}^2$
 $\text{IMC} < 20 \text{ kg/m}^2$
-  Albuminémie $\leq 30 \text{ g/l}$ ou $< 30 \text{ g/l}$
(mesure par immunonéphélométrie ou immunoturbidimétrie) quel que soit l'état inflammatoire

Cas particulier de la personne obèse dénutrie : ne pas tenir compte de l'IMC



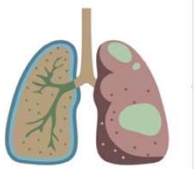
Discussion : Quelle modalité de prise en charge ?

- ☐ **Enrichissements ?**
- ☐ **CNO ?**
- ☐ **Nutrition entérale ?**
- ☐ **Nutrition Parentérale ?**
- ☐ **Alimentation hypocalorique ?**
- ☐ **Régime cétogène (riche en graisses et pauvre en glucides) ?**

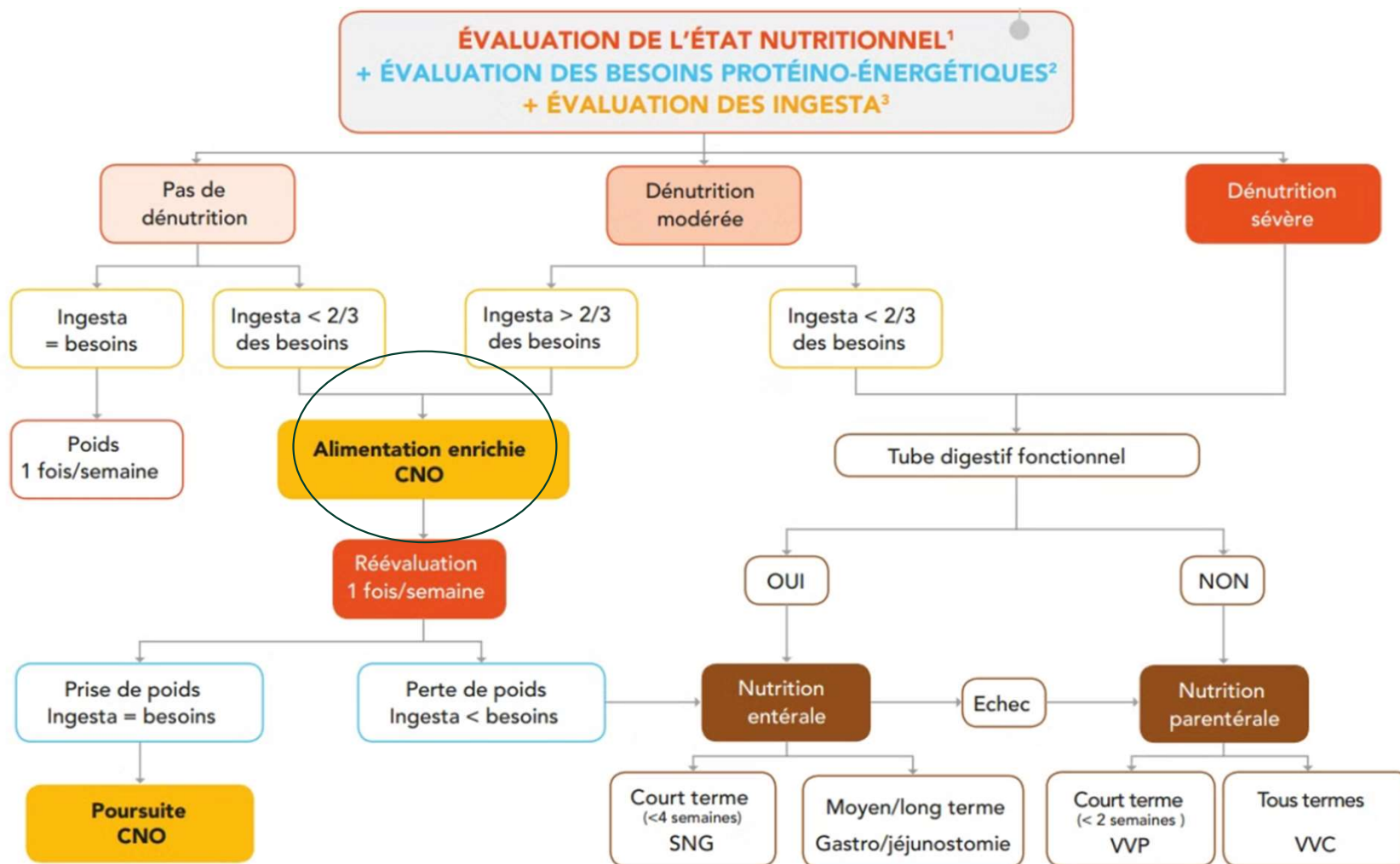


Discussion : Quelle modalité de prise en charge ?

- ☐ Enrichissements
- ☐ CNO
- ☒ ~~Nutrition entérale ?~~
- ☒ ~~Nutrition Parentérale ?~~
- ☒ ~~Alimentation hypocalorique ?~~
- ☒ ~~Régime cétogène (riche en graisses et pauvre en glucides) ?~~



Arbre décisionnel



CNO : compléments nutritionnels oraux ; **SNG** : sonde naso-gastrique ; **VVP** : voie veineuse périphérique ; **VVC** : voie veineuse centrale

Comment et avec quoi enrichir ?



Beurre



Huile



Crème



Fromage



Jaune d'œuf



Lardons, saucisson



Confiture



Miel



Sucre



Pâte à tartiner



Autres produits gras
et sucrés



Lait entier



Yaourts au lait entier



Fromage blanc à 40% MG



Petits suisses



Graines

Les féculents/légumes

Beurre

Fromage râpé

Huile

Lait en poudre
pour la purée

Jaune d'œuf pour
la purée

Les produits laitiers

Lait en poudre
dans les
yaourts/FB

Lait en poudre
dans les boissons
lactées

Compote

Lait en poudre +
sucre (surtout en
gériatrie)

Les potages

Beurre

Crème fraîche

Lait en poudre

Jaune d'œuf

Gruyère

Jambon mixé

Viande/poisson/œuf

Sauce
(béchamel,
beurre blanc
etc...)

Régimes restrictifs
(diabète, IRC...)



Texture du repas



A adapter et réévaluer

Présentation du repas



Les CNO



complément
nutritionnel
plaisir



Conseils de consommation

Les boissons lactées

- À consommer fraîches ou à température ambiante.
- Peuvent être chauffées.
- Peuvent être mélangées à du chocolat ou du café.
- Gout neutre pour lutter contre le goût métallique
- Milk shake E et glace HP

Les jus de fruits

- À consommer de préférence bien frais.
- À diluer avec de l'eau.
- Peuvent être dilués avec de l'eau pétillante.

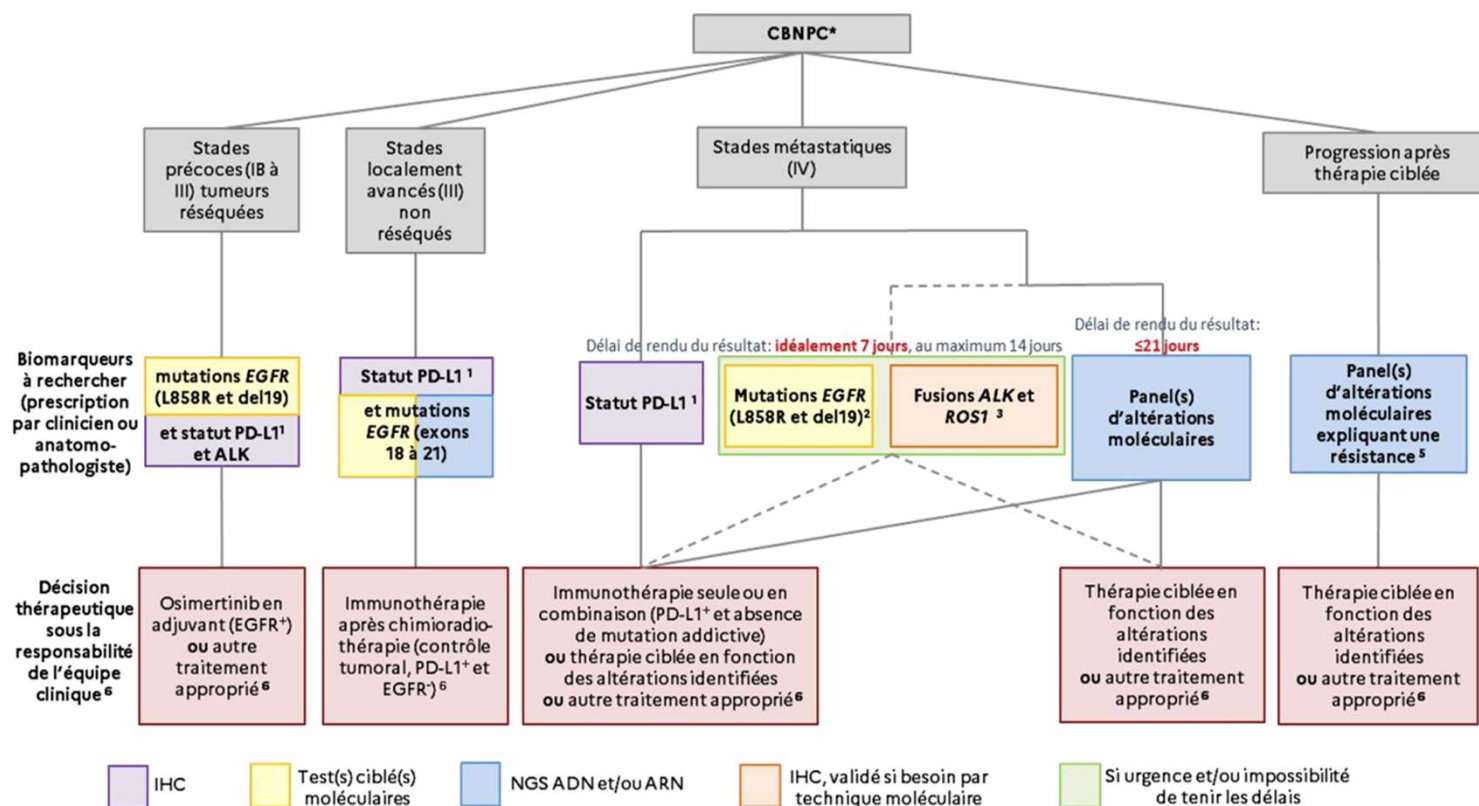
Les crèmes hyperprotéinées

- À consommer de préférence fraîches.
- Au petit déjeuner, le midi ou le soir, et même à 16 h avec un petit café ou une madeleine.

MON ALIMENTATION

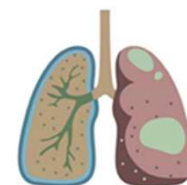


STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES DU CANCER DES POUMONS MÉTASTATIQUES



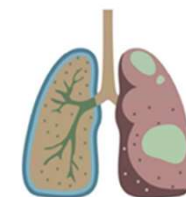
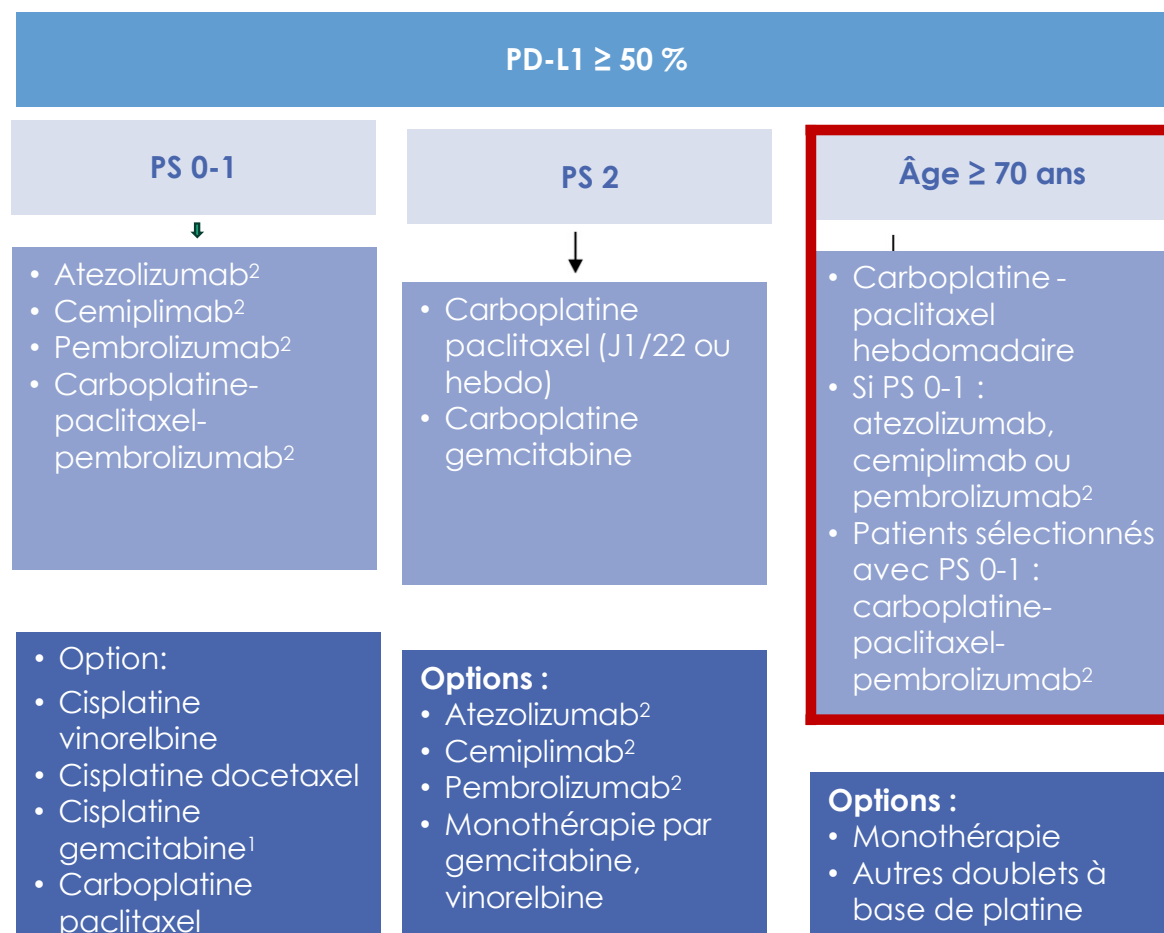
CBNPC : cancer bronchique non à petites cellules.

1. INCa. Patients atteints d'un cancer bronchique non à petites cellules / Indications des tests moléculaires en vue de la prescription de traitements de précision, Synthèse, collection Recommandations et référentiels, Institut national du cancer, janvier 2023. : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Patients-atteints-d-un-cancer-bronchique-non-a-petites-cellules-indications-des-tests-moleculaires-en-vue-de-la-prescription-de-traitements-de-precision>



RECO AURA EN L1 CBNPC ÉPIDERMOÏDE PD-L1 $\geq 50\%$

Reco AURA



HISTOIRE DE L' IMMUNOTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DU CANCER



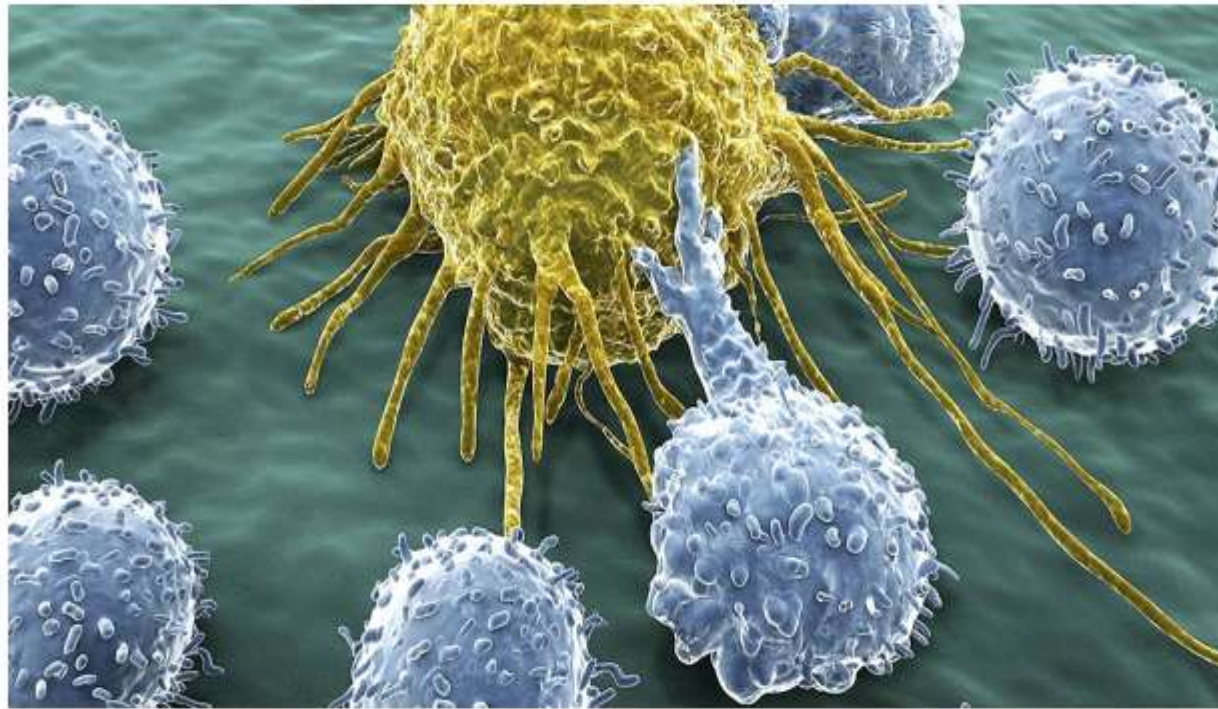
Le Docteur James Allison et le Professeur Tasuku Honjo : prix Nobel de Médecine en octobre 2018 pour

« leur découverte du traitement du cancer par inhibition de la régulation immunitaire négative »

Début des recherches en 1996 dans son laboratoire (Cancer Research Laboratory) à l'université de Californie à Berkeley.

2010 : mise en évidence d'un effet thérapeutique majeur de l'utilisation d'un tel anticorps chez des patients présentant un mélanome métastatique.

MÉCANISME D'ACTION DE L' IMMUNOTHÉRAPIE



– Lymphocyte attaquant une cellule tumorale

MÉCANISME D'ACTION DE L' IMMUNOTHÉRAPIE

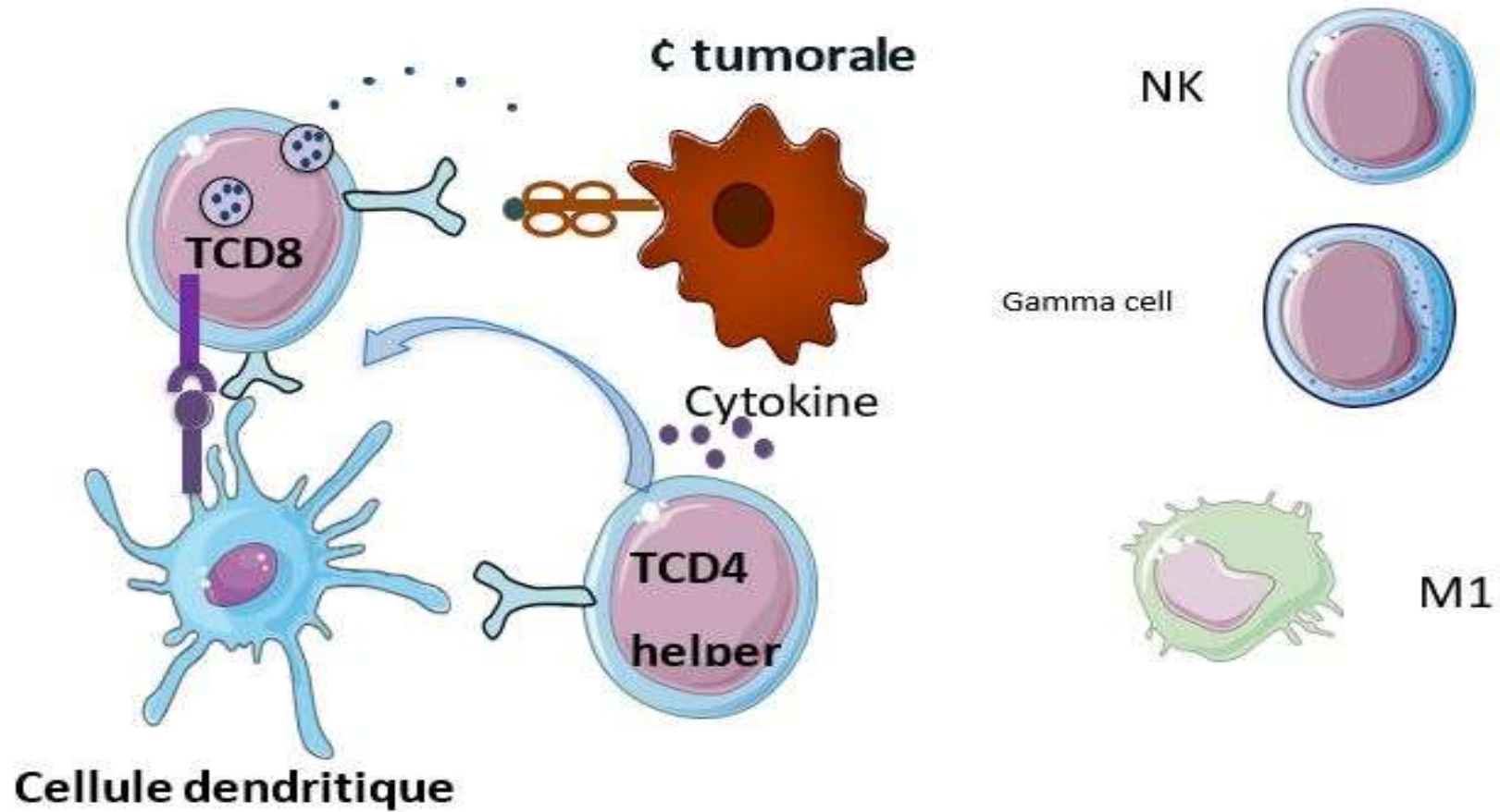
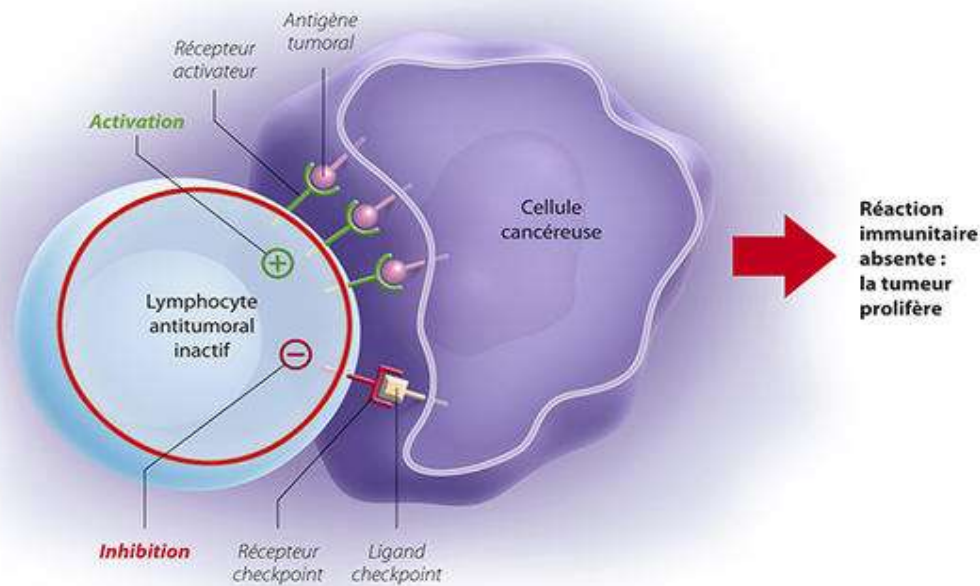
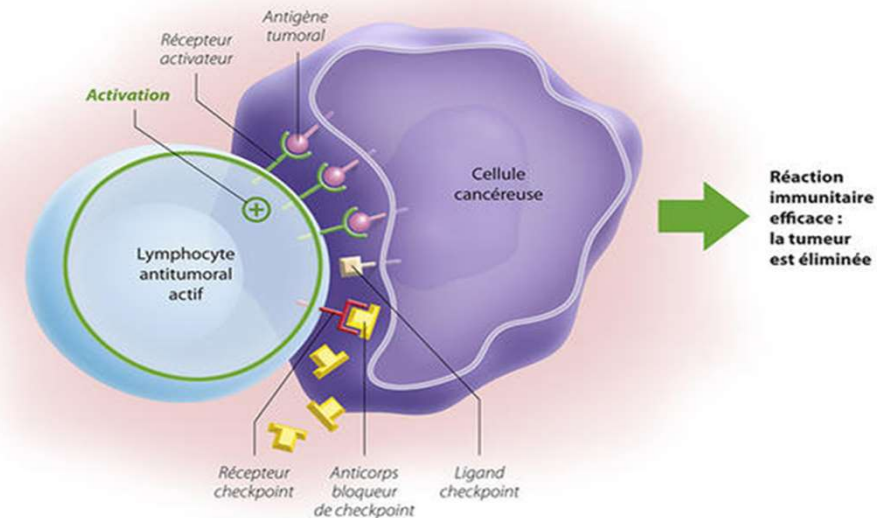


Figure 1 les acteurs de la réponse immunitaire anti tumorale

MÉCANISME D ACTION DE L'IMMUNOTHÉRAPIE



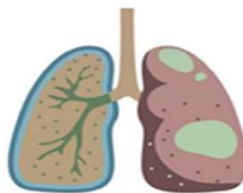
Reconnaissant les antigènes tumoraux de la cellule cancéreuse, le lymphocyte antitumoral devrait s'activer et provoquer la destruction de cette cellule. Mais il est bloqué par les ligands checkpoint de la cellule cancéreuse fixés à ses récepteurs checkpoint.



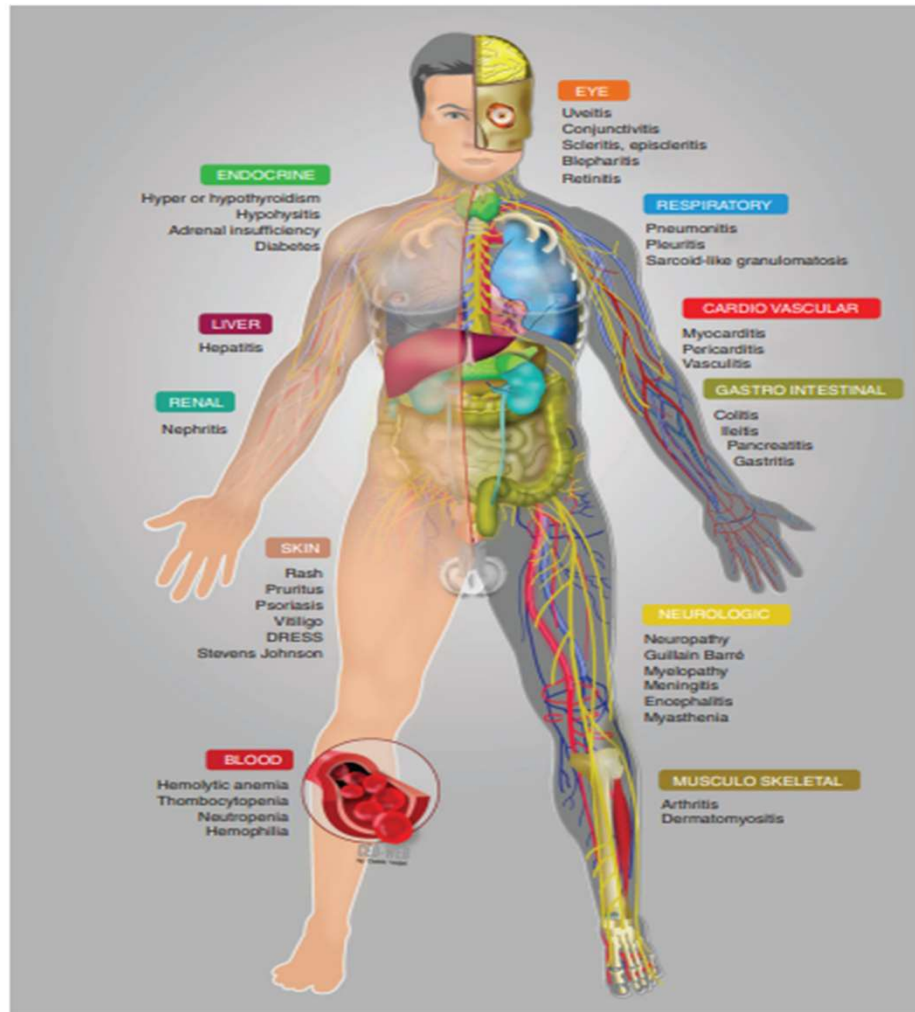
Après injection au patient, l'anticorps bloqueur de checkpoint se lie au récepteur checkpoint du lymphocyte empêchant le ligand checkpoint de s'y fixer : l'inhibition du lymphocyte antitumoral est alors bloquée.

SUITE CAS CLINIQUE

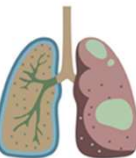
- **Décision thérapeutique : immunothérapie en monothérapie**
- **Evolution:**
 - stable sur le plan respiratoire
 - Tolérance médiocre des traitements :
syndrome grippal - **diarrhée grade 3** - asthénie grade 2,
dysthyroïdie grade 2 - Perte de 5 kg après 3 cycles



TOXICITÉS LIÉES À L'IMMUNOTHÉRAPIE

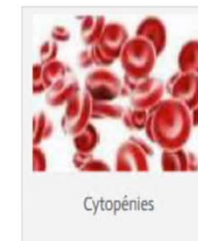
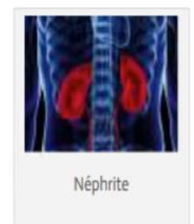
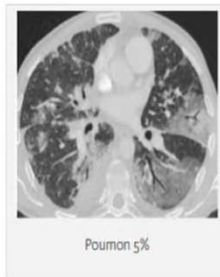
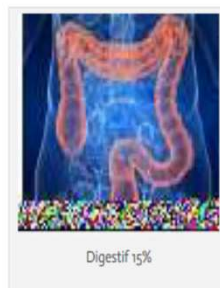


Michot JM. EJC 2016



TOXICITÉS LIÉES À L'IMMUNOTHÉRAPIE

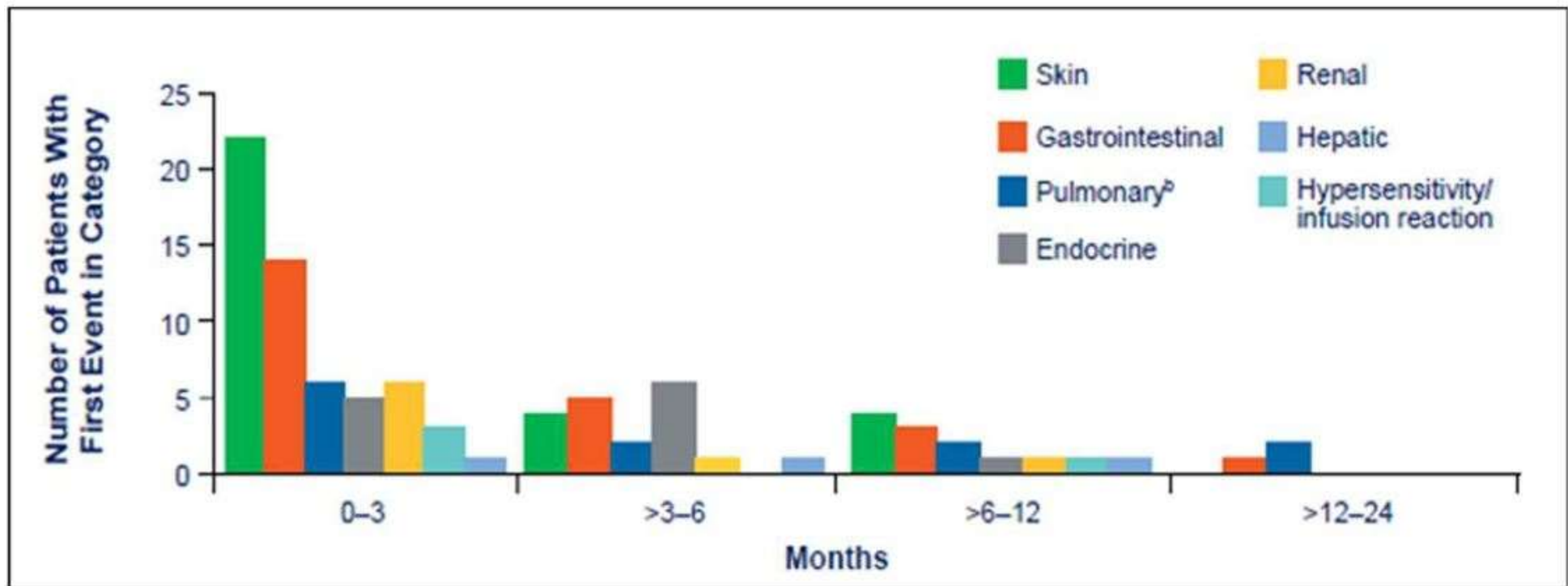
ASTHÉNIE : 20%
CUTANÉE : 15%
DIGESTIVE : 15%
PULMONAIRE : 5%
HÉPATIQUE : 5%
DYSTHYROIDIE : 5 À 10 %



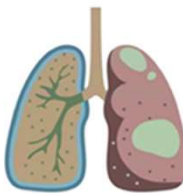
LES TOXICITÉS LES PLUS SÉVÈRES SONT RARES : INFÉRIEURES À 1%

Les toxicités potentiellement les plus sévères sont heureusement beaucoup plus rares : inférieures à 1%

TOXICITÉS LIÉES À L' IMMUNOTHÉRAPIE

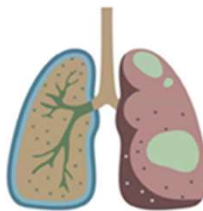


Weber et al,. (2012). Management of immune related adverse events and kinetics of response with ipilimumab, JCO



TOXICITÉS SPÉCIFIQUES LIÉES À L'IMMUNOTHÉRAPIE

- Colite sous immunothérapie : diarrhée importante amélioration partielle sous traitement symptomatique .
- Diagnostic : Une coloscopie + une biopsie
- l'examen anatomopathologique : une infiltration lymphocytaire massive de la muqueuse
- Traitement de la colite : corticothérapie à forte dose entre 4 à 6 semaines + régime alimentaire adapté



Pour rappel

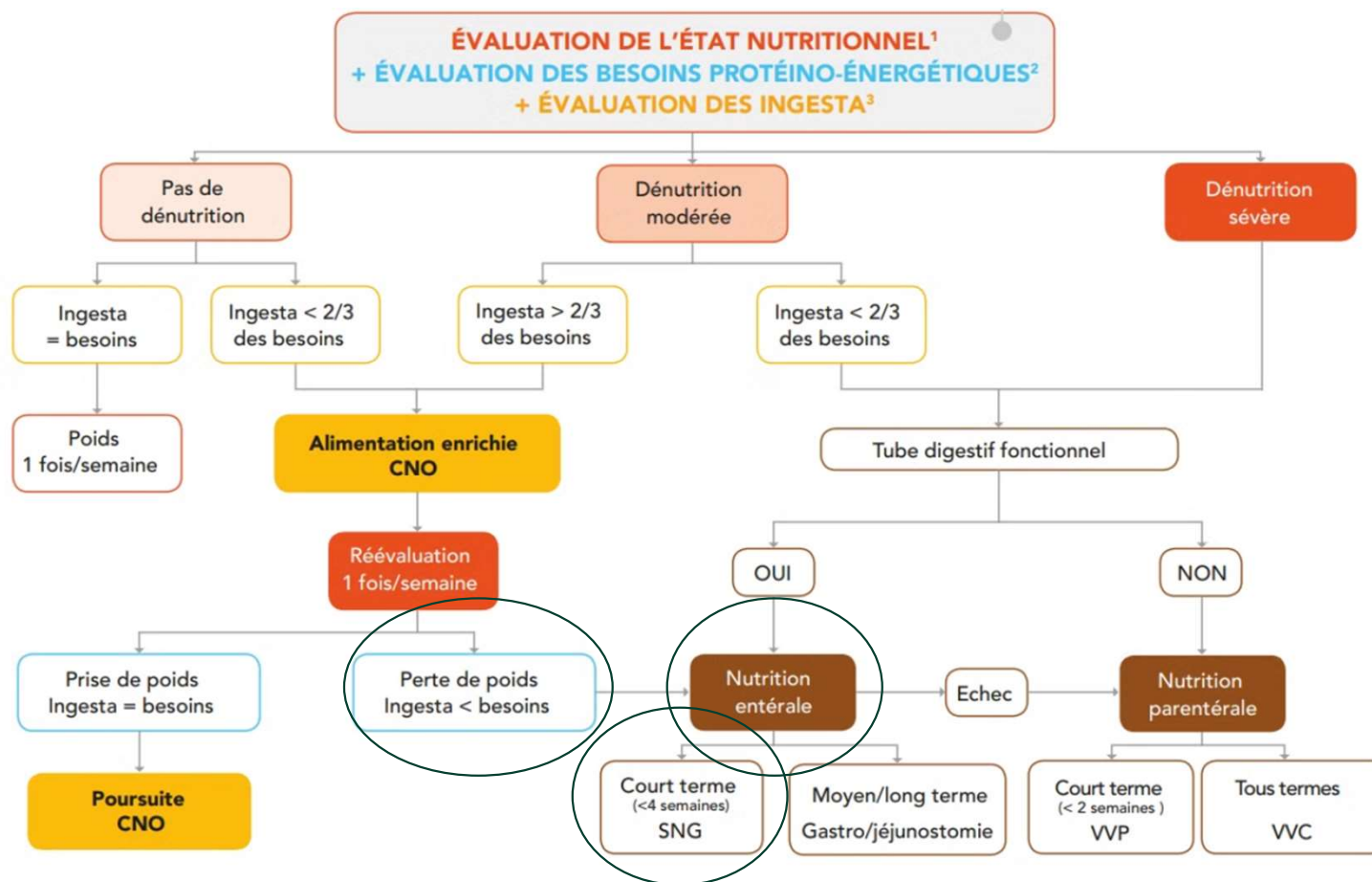
- Diarrhée, perte de 5 kg supplémentaire, albumine à 28 g/L et anorexie ++ = Aggravation de l'état nutritionnel
 - Prise en charge de la diarrhée : alimentation PFI voir anti-diarrhéique, traitements médicamenteux, et probiotique
- ⇒ Amélioration de la diarrhée mais anorexie qui perdure.
- ⇒ Monsieur signale un dégoût des CNO et à peur de les reprendre (pense que les CNO lactés/crèmes peuvent lui donner la diarrhée)

Discussion : Quelle modalité de prise en charge ?

- ☐ **Poursuite de l'enrichissement et essaie de convaincre le patient de prendre des CNO ?**
- ☐ **Nutrition entérale par SNG ?**
- ☐ **Nutrition entérale par GPR/GPE ?**
- ☐ **Nutrition Parentérale ?**



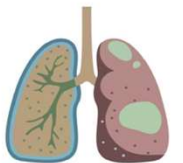
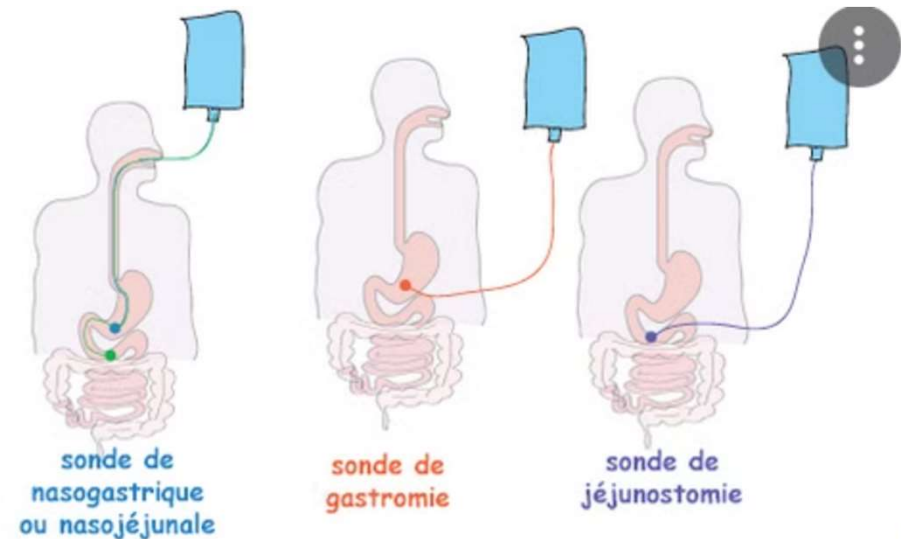
Arbre décisionnel



CNO : compléments nutritionnels oraux ; SNG : sonde naso-gastrique ; VVP : voie veineuse périphérique ; VVC : voie veineuse centrale

Discussion : Quelle modalité de prise en charge ?

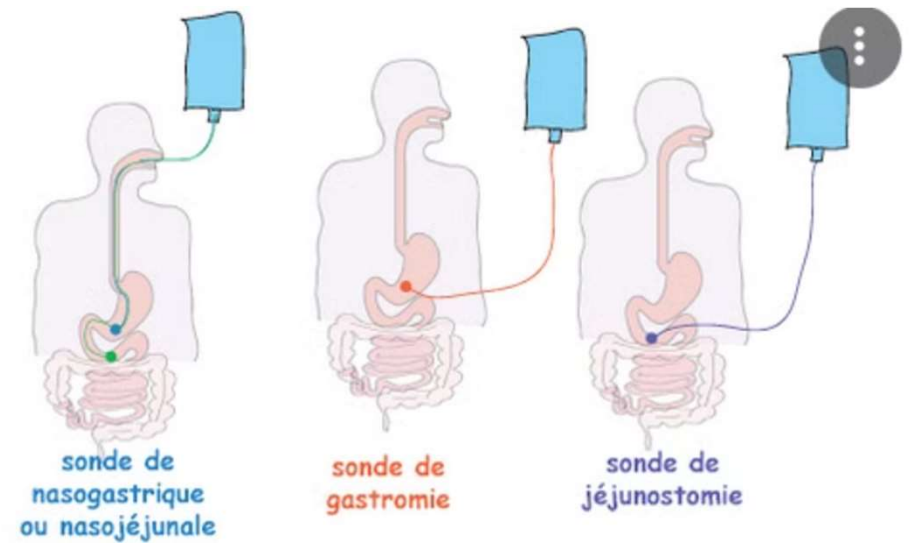
- ☒ ~~Poursuite de l'enrichissement et essaie de convaincre le patient de prendre des CNO ?~~
- ☐ **Nutrition entérale par SNG**
- ☒ ~~Nutrition entérale par GPR/GPE ?~~
- ☒ ~~Nutrition Parentérale ?~~



La Nutrition Entérale

Administration de nutriments directement dans le tube digestif du patient. Cela peut être au niveau de l'estomac ou de l'intestin (Jéjunum).

Il y a différents types de sonde : les SNG ou J, ou les GPE/ GPR et jéjunostomie

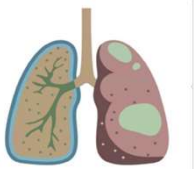


Différents types de produits

Les polymériques	Les semi-élémentaires	Les spécifiques
Les standards Peuvent être hypo, iso ou hypercaloriques Hypo, normo ou hyperprotéinés Avec ou sans fibres Exemple : Mégareal, Nutrison Energy, Fresubin original	Pas de protéines mais de petits peptides. En cas de diarrhée, malabsorption, ... Hyperprotéinés et caloriques Exemple : peptamen HN	Escarres (avec arginine) Diabète (même si la dénutrition prime) Insuffisance rénale Immuno (impact)

Discussion : Quelle modalité de prise en charge ?

- ❑ **On débute la NE avec 1 L d'un coup car monsieur a perdu beaucoup de poids et est dénutris sévèrement**
- ❑ **On débute la NE progressivement**



Discussion : Quelle modalité de prise en charge ?

- ☒ ~~On débute la NE avec 1 L d'un coup car monsieur a perdu beaucoup de poids et est dénutris sévèrement~~
- ☐ On débute la NE progressivement



Attention au Syndrome de Renutrition Inapproprié
ou SRI



Le SRI (Syndrome de renutrition inapproprié)

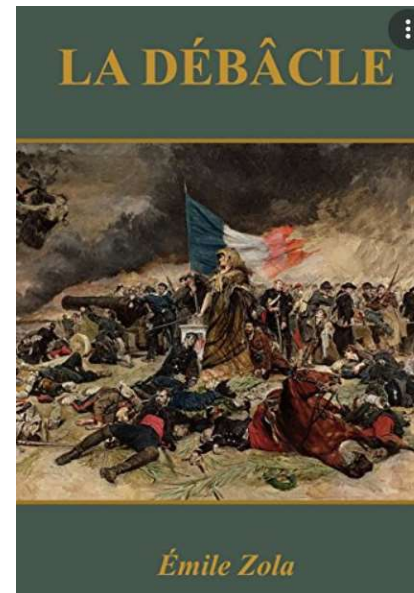
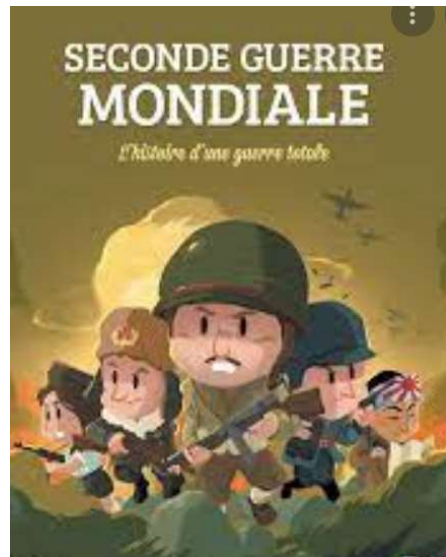
A) Définition

Situation pathologique qui intervient lorsque le patient est réalimenté trop rapidement.

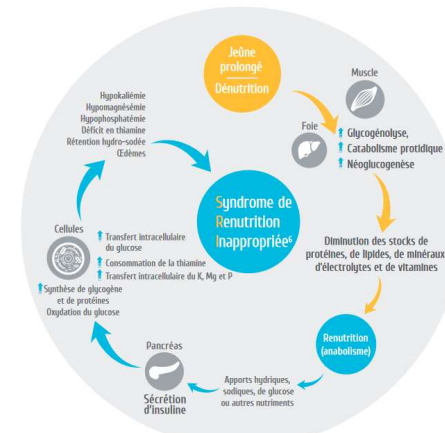
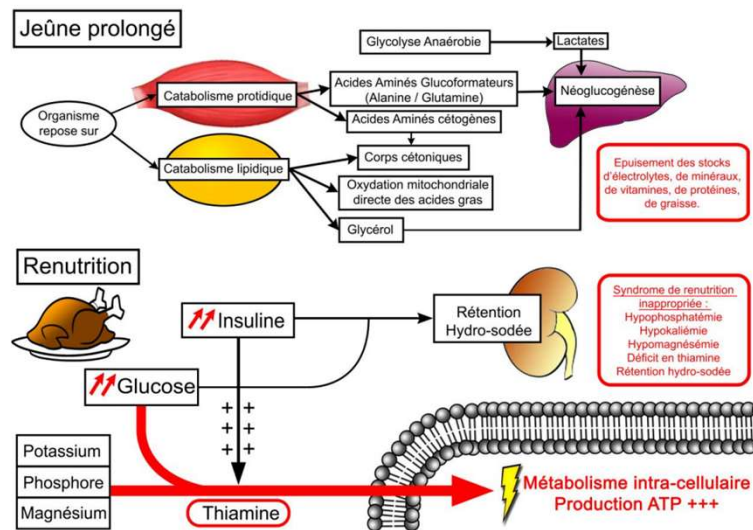
Il se manifeste par différents signes et symptômes, dont le principal est la chute brutale des concentrations sanguine en minéraux (phosphore, potassium, magnésium, sodium...) et vitamine (b1). Il peut apparaître lors d'une réalimentation par voie orale, entérale ou parentérale.

Attention il est souvent méconnu et sous estimé

B) Un peu d'histoire



« Ce samedi là, d'ailleurs, la disette cessa. La nuit tomba, qu'on mangeait encore, et l'on mangea jusqu'au lendemain matin. Beaucoup en crevèrent. »



Le SRI est initié après un jeûne prolongé ou un état de dénutrition ; ces situations induisent une diminution de la production d'insuline et augmentation de la glycogénolyse, du catabolisme protidique et de la néoglucogénèse. La diminution des stocks de protéines, lipides, vitamines et minéraux dans les cellules et surtout les cellules hépatiques, cardiaques, neuronales et musculaires s'accompagne d'une diminution intracellulaire en P, K, Mg et Ca. La renutrition brutale entraîne un apport en énergie provoquant l'augmentation de la glycémie induisant une sécrétion d'insuline responsable d'un transfert intracellulaire, avec celui de glucose, de P, K, Mg, Ca, au dépend du secteur extra-cellulaire dans lequel ces derniers s'effondrent. L'utilisation de la vit B1 conduit à une carence aiguë.

Les troubles ioniques qui en résultent entraînent un risque vital via troubles du rythme cardiaque, rétention hydrosodée, acidose métabolique, paralysie/atonie/tremblements. Ces complications métaboliques et cliniques définissent le SRI.

le SRI ou Syndrome de Renutrition Inapproprié

Identifier les facteurs de risque de SRI définis par le NICE^a

Toutes les pathologies sont concernées, d'où l'importance de l'évaluation nutritionnelle itérative.

Soit 1 critère majeur

IMC < 16 kg/m²

Perte de poids involontaire > 15 %
au cours des 3 à 6 derniers mois

Forte réduction ou absence de l'apport
nutritionnel depuis plus de 10 jours

Faible concentration sérique de
magnésium, phosphate ou potassium
avant le début de la renutrition



Soit au moins 2 critères mineurs

IMC < 18,5 kg/m²

Perte de poids involontaire > 10 %
au cours des 3 à 6 derniers mois

Forte réduction ou absence de l'apport
nutritionnel depuis plus de 5 jours

Alcoolisme chronique ou utilisation des
médicaments suivants : insuline, agents
chimiothérapeutiques, antiacides ou
diurétiques



Les critères
de
dépistage

le SRI ou Syndrome de Renutrition Inapproprié

Manifestations cliniques associées aux déficits hydro-électrolytiques observées lors du SRI ^{1,3}			
Système	Symptômes	Système	Symptômes
 Cardiaque	Diminution du débit cardiaque ^P Défaillance cardiaque ^P Augmentation de la sensibilité à la digoxine ^K Hypotension artérielle ^K Troubles du rythme ^{P Na} Torsades de pointe ^{Mg K}	 Neurologique	État confusionnel ^{P Mg} Tétanie ^{P Mg} Épilepsie ^P Coma ^P Ataxie ^{Mg} Vertiges ^{Mg} Convulsions ^{Mg}
 Digestif	Anorexie ^{K Mg} Diarrhée ^{K Mg} Constipation ^{K Mg} Nausées ^K Douleurs abdominales ^{Mg}	 Hématologique	Anémie hémolytique ^P Thrombocytopénie ^P Pancytopenie ^P Dysfonction des leucocytes ^P
 Neuromusculaire	Aréflexie ostéotendineuse ^P Myalgie ^P Rhabdomyolyse ^P Fatigabilité et au stade ultime paralysie ^K Crampes ^{Mg Na} Faiblesse et fatigabilité musculaires ^{Mg Na} Paresthésie ^{Mg}	 Hépatique	Insuffisance hépatocellulaire ^P
 Respiratoire	Hypocontractilité diaphragmatique ^P Insuffisance respiratoire aiguë ^{P K Mg Na} Hypoventilation ^{K Mg} Œdème aigu du poumon ^{Na}	 Rénal	Nécrose tubulaire aiguë ^P Acidose métabolique ^P Insuffisance rénale ^{Na} Œdèmes ^{Na}

Comment prendre en charge ?

Dépister

- Utiliser les critères de NICE
- Contrôler le bilan sanguin

Supplémenter

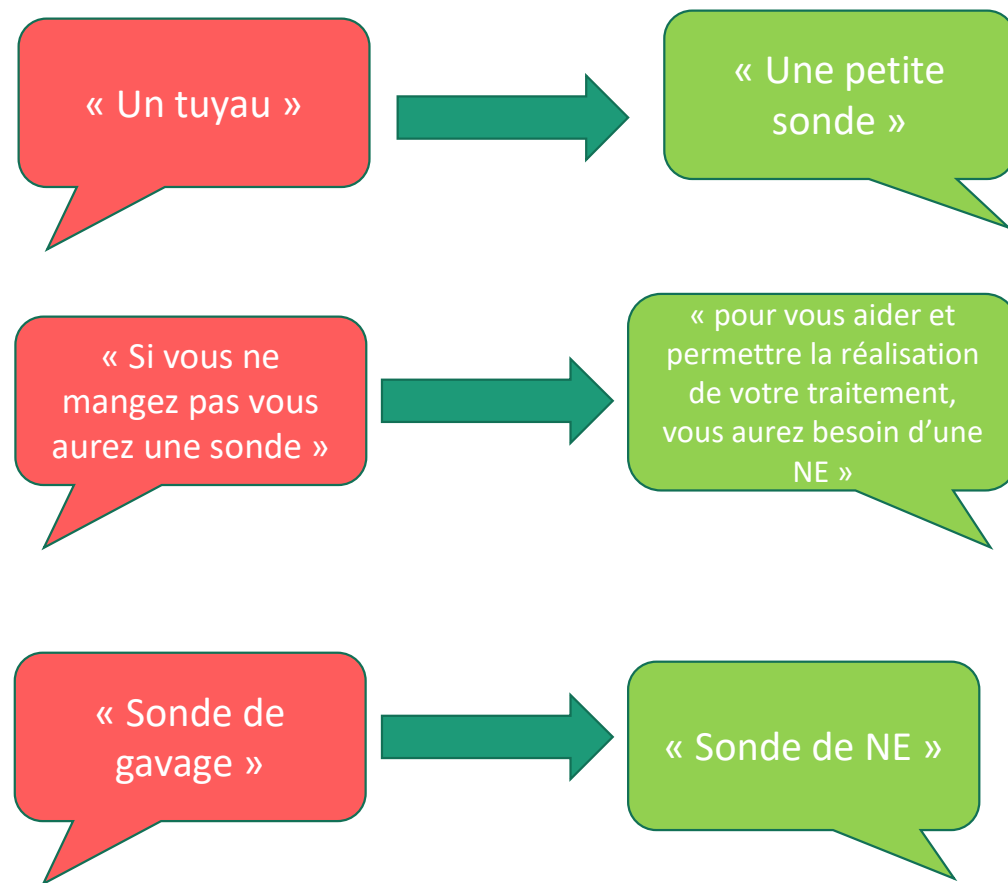
- Au CHU de Poitiers : Phosphore, potassium, magnésium, et vitamine B1/B6/PP (ou B3), cernevit et nutryelt (Per os ou IV)
- Même si le bilan sanguin est correct au début de la renutrition
- Supplémentations à poursuivre pendant 5 à 10 jours
- Attendre que le iono sanguin soit correcte avant de débiter la NE

Progressif

- Augmentation de 250 kcal en 250 kcal
- Contrôle du potassium + phosphore + magnésium + BH avant **CHAQUE AUGMENTATION**
- **SURVEILLANCE DES SIGNES CLINIQUES ET BIOLOGIQUES**



Discussion avec patient, diet, médecin, IDE, AS de la SNG



TOUTE L EQUIPE MEDICALE ET
PARAMEDICALE DOIT SOUTENIR L IDEE

J1 : Pose de SNG, contrôle
radio, test à l'air puis à
l'eau si radio ok,
Débuter les
supplémentations même
si NE non débuté

J2 : SNG en place, iono
ok => Début de la NE
avec 250 ml de Fresubin
Original à 30 ml/h.
Prévoir une bio pour
demain

J3 : iono ok et bonne
tolérance => Début de
la NE avec 500 ml de
Fresubin Original à 50
ml/h. Prévoir une bio
pour demain

Réévaluation diet et
bonne tolérance

Apparition de
diarrhée

?

Discussion : Quelle modalité de prise en charge ?

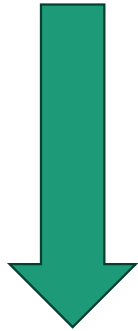
- ☐ Arrêt de la NE, retrait de la SNG et passage en NPE ?
- ☐ Diminution du débit ?
- ☐ Changer de produit ?
- ☐ Utiliser de l'eau salée pour rincer la sonde ?
- ☐ Augmenter l'apport hydrique
- ☐ Reprise des traitements anti diarrhéique et faire copro ?
- ☐ Temporiser et voir l'évolution ?



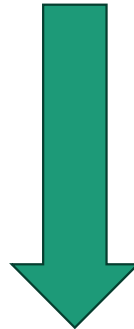
Discussion : Quelle modalité de prise en charge ?

- ☒ ~~Arrêt de la NE, retrait de la SNG et passage en NPE ?~~
- ☒ ~~Diminution du débit ?~~
- ☐ Changer de produit ?
- ☐ Utiliser de l'eau salée pour rincer la sonde ?
- ☐ Augmenter l'apport hydrique ?
- ☐ Reprise des traitements anti diarrhéique et faire copro ?
- ☒ ~~Temporiser et voir l'évolution ?~~

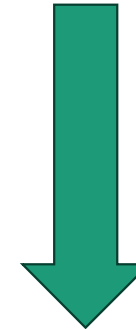




80 % de fibres solubles
et 20% d'insolubles

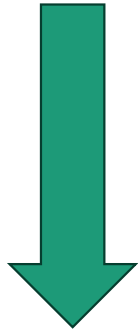


100% de Fibres
Solubles +
probiotiques



Mélange « pré
digéré » avec des
oligopeptides, des
TCM, et des glucides
simples

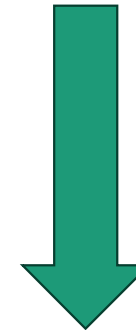




80 % de fibres solubles
et 20% d'insolubles



100% de Fibres
Solubles +
probiotiques

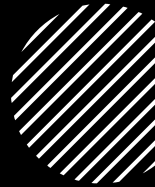


Mélange « pré
digéré » avec des
oligopeptides, des
TCM, et des glucides
simples





*D'autres
conseils pour
la prise en
charge de la
diarrhée sous
NE*



Utiliser de l'eau salée pour rincer la SNG
(réabsorption de l'eau)



Diminuer le débit



Attention à l'osmolarité des produits utilisés



Utiliser des probiotiques



Traitement spécifique (traitement pro diarrhée ?
Anti-diarrhéique ?)



Nutrition Clinique et Métabolisme

Volume 17, Issue 1, 1 March 2003, Pages 51-55



La nutrition artificielle en pratique

Conduite pratique devant une diarrhée en nutrition entérale



J4 : passage de 500
ml de Nutrison
Energy Multi Fibres
à 50 ml/h + eau
salée

Diminution de la
diarrhée
Per os : 500 kcal et
25g de protéines

J5 : passage de 750
ml de Nutrison
Energy Multi Fibres
à 60 ml/h + eau
salée

reprise per os : 1000
kcal et 50g de
protéines, Sensation de
satiété précoce lors
des repas

?

Discussion : Quelle modalité de prise en charge ?

- ☐ Arrêt de la NE, retrait de la SNG?
- ☐ Augmentation de la NE et du débit ?
- ☐ Changer de produit ?
- ☐ Passer la NE la nuit ?
- ☐ Diminution de la quantité de NE ?



Rappel BESOINS THEORIQUES :

30 à 35 kcal/kg/jour et 1,2 à 1,5g de protéines/kg/jour soit :
1860 à 2170 kcal et 75g à 95g de protéines/jour



Discussion : Quelle modalité de prise en charge ?

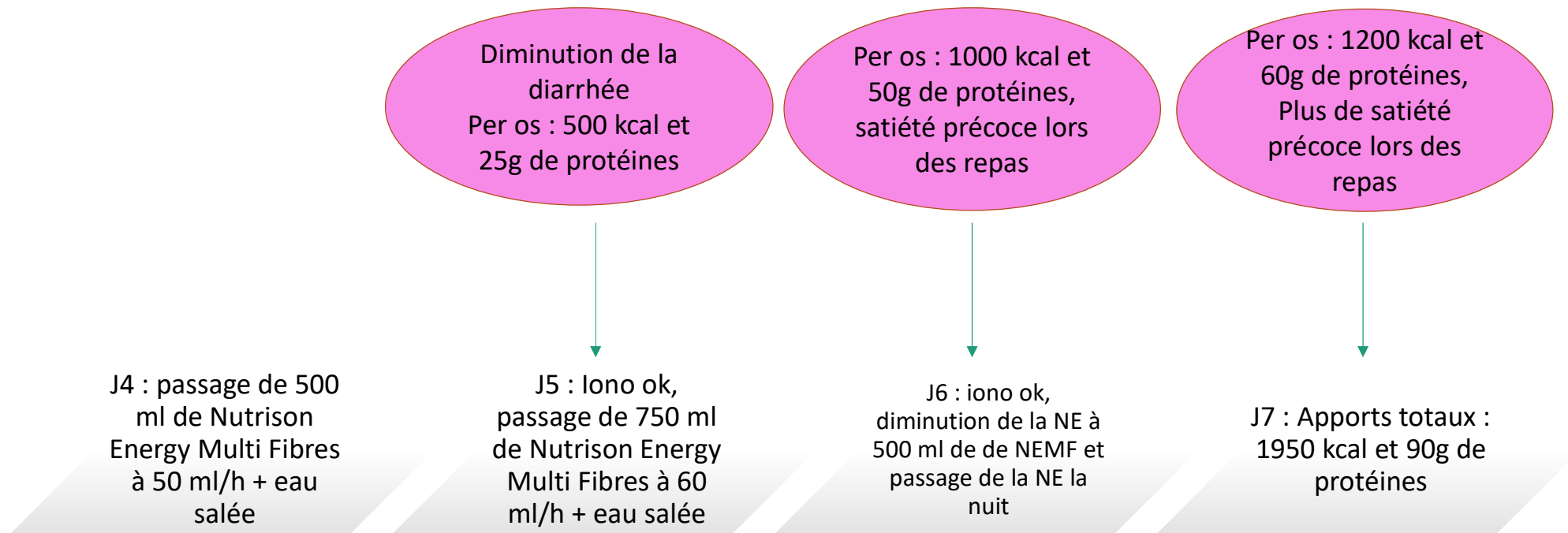
- ☒ ~~Arrêt de la NE, retrait de la SNG?~~
- ☒ ~~Augmentation de la NE et du débit ?~~
- ☒ ~~Changer de produit ?~~
- ☐ Passer la NE la nuit ?
- ☐ Diminution de la quantité de NE ?



Rappel BESOINS THEORIQUES :

30 à 35 kcal/kg/jour et 1,2 à 1,5g de protéines/kg/jour soit :
1860 à 2170 kcal et 75g à 95g de protéines/jour





Rappel BESOINS THEORIQUES :

30 à 35 kcal/kg/jour et 1,2 à 1,5g de protéines/kg/jour soit :
1860 à 2170 kcal et 75g à 95g de protéines/jour



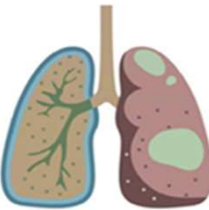
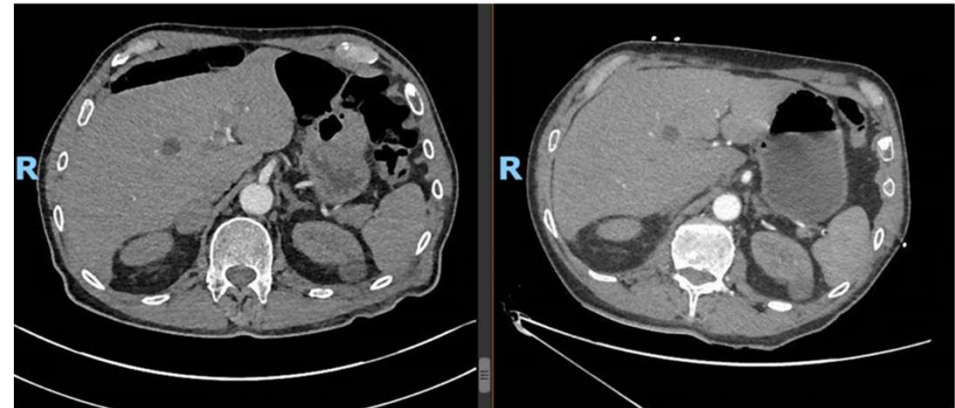
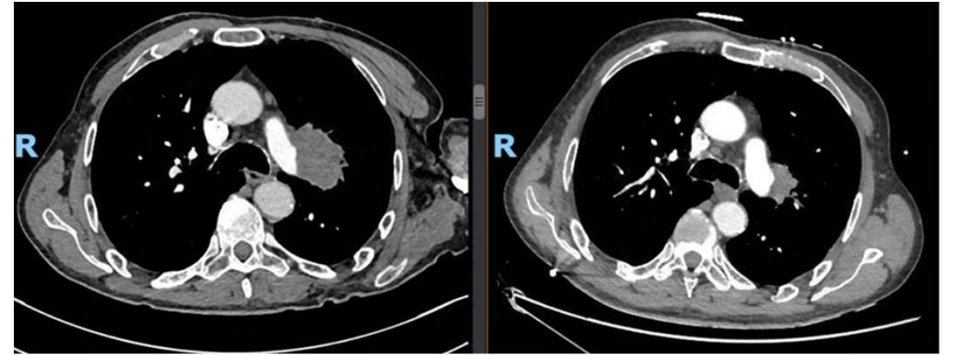
-
- Besoins couverts
 - Patient sortant au domicile
 - Allô presta pour NE au domicile
 - Conseils enrichissements donnés (**accentuation sur les calories pour bien absorber les protéines**)

- 30 à 40 kcal pour 1g de protéines
- CUD des protéines 70%



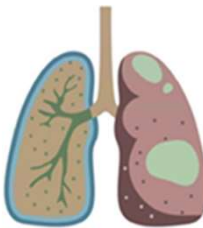
SUITE CAS CLINIQUE

- Efficacité : RP après 3 cycles
- Arrêt après 8 injections, devant suspicion myocardite liée à l'immunothérapie



SUITE CAS CLINIQUE

- Nouvelle évaluation clinique après 1 de l'arrêt de l'immunothérapie
- Patient toujours en réponse clinique et radiologique complète
- Poursuite surveillance



Idées reçues que M. a entendues

1) Les cellules cancéreuses se nourrissent de sucre, il faut donc le supprimer

☐ vrai ?

☐ Faux ?

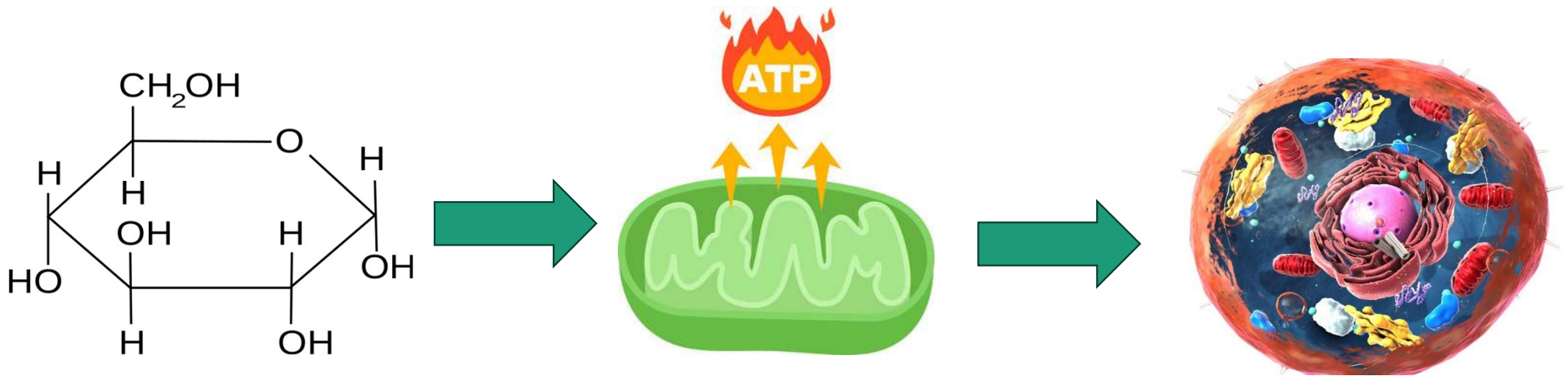


Réponse 1

Les cellules du corps humain brûlent des sucres pour se développer et se multiplier, mais le fait de manger des aliments sucrés ne fait pas croître les cellules cancéreuses plus rapidement.



Société
canadienne
du cancer



Idées reçues que M. a entendues

1) Les cellules cancéreuses se nourrissent de sucre, il faut donc supprimer le sucre.

☒ —vrai ?

☐ Faux ?

2) Consommer des aliments anticancer type curcuma, choux et autres aliments anti-oxydants permettent de tuer les cellules cancéreuses de manière naturelle.

☐ vrai ?

☐ Faux ?





Réponse 2

- “ Il n’y a actuellement **pas suffisamment de preuves** pour indiquer que le curcuma pourrait guérir le cancer.
- MAIS , Selon quelques études, le curcuma pourrait apaiser certains effets secondaires de la radiothérapie et de la chimiothérapie”



Question phytothérapie

Répondre aux patients
atteints de cancer



Groupement des SFSCS



- **L'Association Française des Soins Support**
- Livret de recommandations sur la Phytothérapie.
- **LA SFNCM** : l'intérêt de la phytothérapie/ anti-oxydants est surtout démontré dans la prise en charge palliative

Conclusion :
Beaucoup d'études sont
faites sur certains
micronutriments/micro
constituants contenu
dans les aliments mais :

- Uniquement chez les animaux
- Il faudrait consommer des quantités astronomiques pour avoir un effet intéressant (5 à 10 cuillères à soupe de curcuma/jour ou 5 brocolis/jour et tous les jours, idem pour tomate, ail etc) pour lutter contre le cancer
- Attention aux interactions médicamenteuses
- L'AFSS a démontré que certains aliments pourraient aider à mieux supporter les traitements et leurs effets secondaires

Idées reçues que M. a entendues

1) Les cellules cancéreuses se nourrissent de sucre, il faut donc supprimer le sucre.

☒ ~~vrai ?~~

☐ Faux ?

2) Consommer des aliments anticancer type curcuma, choux et autres aliments anti-oxydants permettent de tuer les cellules cancéreuses de manière naturelle.

☒ ~~vrai ?~~

☐ Faux ?

3) Le jeun avant la chimio est une bonne chose

☐ vrai ?

☐ Faux ?





Vrai ou faux ?



Le bénéfice de ce type de régime a-t-il été démontré chez l'Homme ?

NON, les résultats des études menées uniquement chez l'animal ne sont pas extrapolables à l'Homme. Des études chez l'Homme sont encore nécessaires. Des études isolées ne permettent pas de recommander ces régimes. En santé publique, seule l'évaluation de l'ensemble des résultats disponibles, par un groupe d'experts, permet de faire le point sur les connaissances.

Même si ces régimes n'ont pas d'effets bénéfiques sur le cancer, peut-on en conclure que cela ne peut pas faire de mal ?

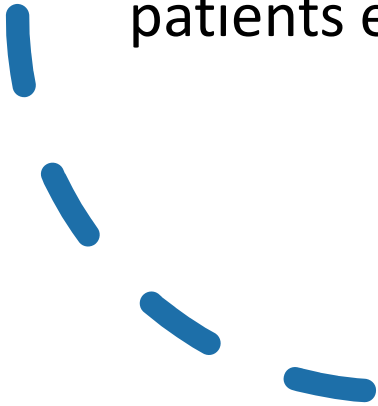
NON, certaines études ont rapporté des effets délétères de ce type de régime chez les patients, comme une diminution de l'efficacité des traitements anticancéreux, ainsi qu'un risque d'aggravation de la dénutrition et de la sarcopénie.

En cas de pratique du jeûne ou d'un régime restrictif, faut-il en parler à son médecin ?

OUI, pratiquer le jeûne ou un régime restrictif pendant un cancer n'est pas anodin. Si le médecin est informé, il pourra mettre en place une évaluation et une surveillance diététique et nutritionnelle, indispensables pour prévenir le risque de dénutrition.



- Pas d'étude en France qui prouve un bénéfice.
- Certaines études américaines/allemandes parlent du bien fait du jeûn dans certains types de cancer (études réalisées dans des structures médicales spécifiques). Avenir ?
- Par contre on sait que la dénutrition aggrave l'état de santé des patients et empêche d'administrer les traitements.



Idées reçues que M. a entendues

1) Les cellules cancéreuses se nourrissent de sucre, il faut donc supprimer le sucre.

☒ ~~vrai ?~~

☐ Faux ?

2) Le jus de radis noir est très riches en anti-oxydants donc boire un verre/jours permet de détruire les cellules cancéreuses.

☒ ~~vrai ?~~

☐ Faux ?

3) Le jeûne avant la chimio est une bonne chose.

☒ ~~vrai ?~~

☐ Faux ?

4) Les vitamines sont très importantes, il faut en prendre en supplémentation tous les jours même sans avis médical.

☐ vrai ?

☐ Faux ?



Réponse : Exemple de la vitamine A

- une consommation excessive en B-carotène augmente de manière convaincante le risque de cancer du poumon »(WCRF/AICR, 2007)

« Focus sur les mécanismes

À forte dose (>20 mg/jour*), et en cas d'exposition à la fumée de tabac, le bêta-carotène, peut exercer un effet co-cancérogène impliquant divers mécanismes, notamment :

- une activation des pro-cancérogènes du tabac en molécules cancérogènes,
- un effet pro-oxydant avec la production de radicaux libres pouvant altérer l'ADN » réseau NACRES



**En France, chez les adultes de 18 à 79 ans, l'apport moyen journalier de bêta-carotène via l'alimentation (fruits, légumes...) est de 2,69 mg [4]. En sachant que la teneur maximale recommandée en bêta-carotène dans les compléments alimentaires est de 7mg/jour, la prise simultanée de plusieurs compléments alimentaires contenant du bêtacarotène, ou le non-respect de la posologie, pourrait ainsi aboutir à des apports élevés*

Rappel besoins : 750 µg d'ER par jour pour les hommes et de 650 µg pour les femmes.



POUR UN AVENIR SANS CANCER DES POUMONS

