

AUDIT DE LA PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE EN CANCÉROLOGIE



*I. Larivière, M. Daouphars, S. Traversier, C. Farcy, O. Rigal
Centre Henri Becquerel, ROUEN*



Introduction

dénutrition = souvent révélatrice d'un cancer
impact majeur sur pronostic + qualité de vie

- *Augmentation* :
 - durée d'hospitalisation
 - risque d'infections et de complications
 - risque de toxicité induite par la chimiothérapie
- *Diminution* :
 - réponse au traitement

Dewys et al., 1980; Meguid et al., 1986; Edington et al., 2000; Jagoe et al., 2001.

Objectifs

**PREVALENCE DE LA DENUTRITION
= ETAT DES LIEUX**

**EVALUATION
DE LA PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE**

selon les recommandations du PNNS 2003, HAS 2003, SFNEP 2006



Mettre en place un **monitoring nutritionnel** adapté

Matériels et Méthodes

Etude prospective menée en février 2009

Analyse de tous les patients hospitalisés dans 6 services

HEMATOLOGIE

- Hospitalisation conventionnelle
- Secteur protégé
- Secteur des greffes hématopoïétiques

ONCOLOGIE

- Chirurgie ORL
- Hospitalisation de semaine
- Hospitalisation conventionnelle

1 service / « 1 jour donné »

1- RECUEIL

INFORMATIONS MEDICALES

âge, sexe
taille, poids
anamnèse
biologie : albumine

PRESCRIPTIONS DE NUTRITION

PRISES ALIMENTAIRES JOURNALIERES

(Aides soignantes)

2- EXTRACTION

MARQUEURS DE DEPISTAGE

IMC ; perte de poids ; NRI
(>70ans: Geriatric NRI)

BESOINS THEORIQUES

ÉNERGETIQUES

1,30 x équation de Harris-Benedict [1918]

PROTEIQUES

- dénutris = 1,50 x poids (kg)
- non-dénutris = 1,20 x poids (kg)

[Traité de nutrition artificielle de l'adulte, 2007]

HB: - Homme (kcal/j) : $66 + (13,7 \times P) + (5 \times T) - (6,8 \times A)$;
- Femme (kcal/j) : $655 + (9,6 \times P) + (1,8 \times T) - (4,7 \times A)$
où : P = poids en kg, T = taille en cm, A = âge en années.

APPORTS JOURNALIERS REELS

(diététique)

3- ANALYSE

EVALUATION DE L'ETAT NUTRITIONNEL = PREVALENCE DE LA DENUTRITION

NRI : <70ans

= $1,519 \times \text{albuminémie (g/L)} + 41,7 \times (\text{poids actuel} / \text{poids habituel})$

N: NRI > 97,5
DM: $83,5 < \text{NRI} < 97,5$
DS: NRI < 83,5

[Buzby, 1980]

GNRI : > 70ans

= $[1,489 \times \text{Albumine (g/L)}] + [41,7 \times (\text{poids} / \text{poids idéal})]$

N: GNRI > 92
DM: $82 < \text{GNRI} < 92$
DS: GNRI < 82

[Bouillanne, 2005]

EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

QUANTITATIVE

Rapport entre besoins théoriques et apports journaliers réels.

QUALITATIVE

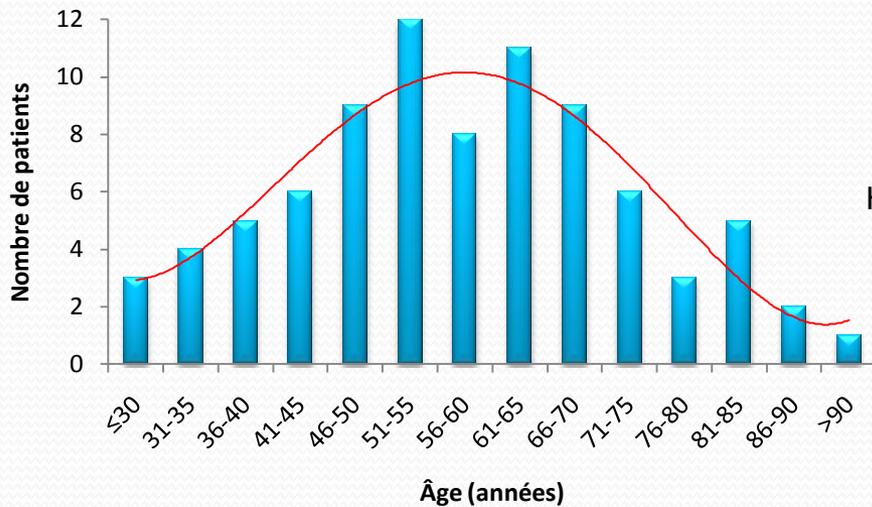
DM: compléments oraux
DS: nutrition artificielle (nutrition entérale+++)

Résultats

n=83

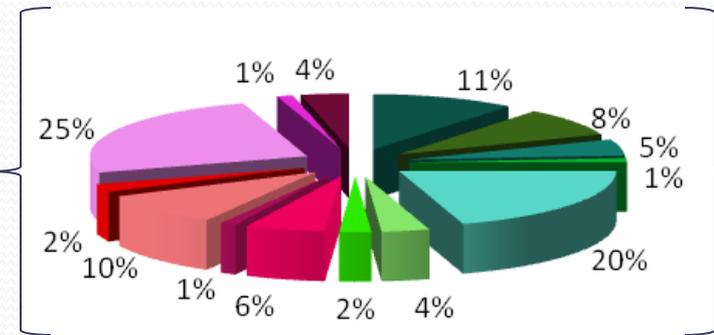
ratio homme/femme : 52%/48%

âge moyen : 58 ans



hématologie (49%) et oncologie (51%)

HEMATO
n=41



ONCO
n=45

- MM
- Hogkin - LH
- LNH
- MDS
- LA
- LC
- DIVERS HEMATO
- SEIN
- GENITO-URINAIRE
- CEREBRAL
- POUMON
- ORL
- SARCOMES
- THYROÏDE

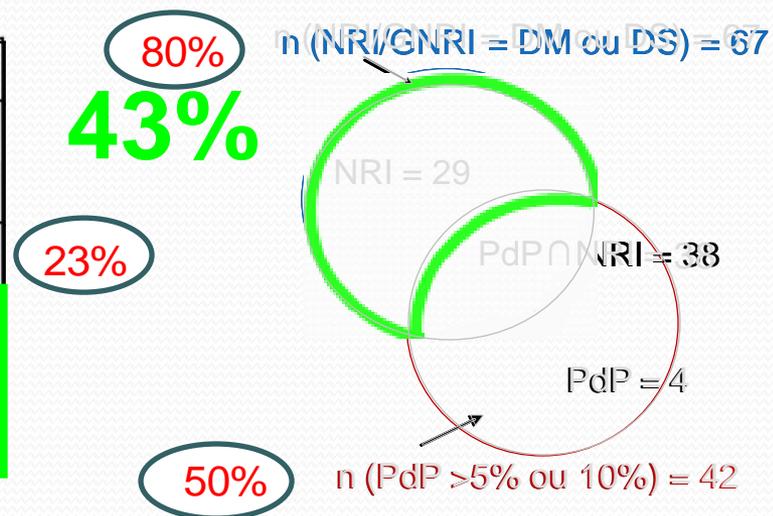
1. ÉVALUATION DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL

- QUELS OUTILS ?

IMC versus NRI / GNRI

		NRI / GNRI		
		Pas de dénutrition (N)	Dénutrition Modérée (DM)	Dénutrition Sévère (DS)
IMC	<18,5 ou <21	0	8	11
	normal	9	21	8
	surpoids	3	8	5
	obèse	5	6	0

Perte de poids (PdP) versus NRI / GNRI



→ Dénutrition « cachée », non détectée hormis par le NRI/GNRI

1. ÉVALUATION DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL

- ÉTAT DES LIEUX ?

Pas de dénutrition (N)

20%

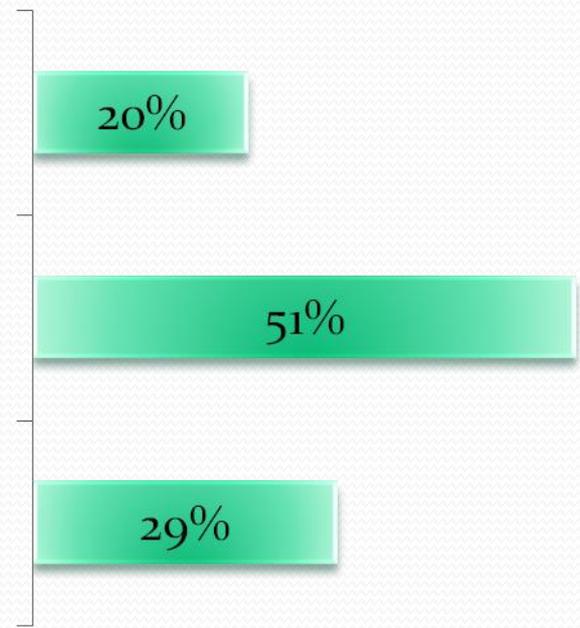
Dénutrition Modérée (DM)

51%

Dénutrition Sévère (DS)

29%

**Patients dénutris
= 80%**

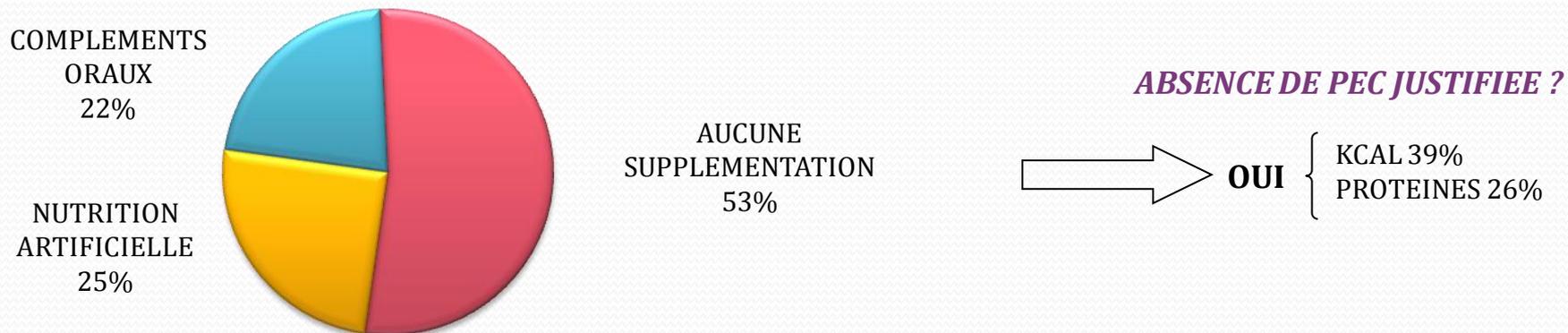


2. ÉVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE QUANTITATIVE

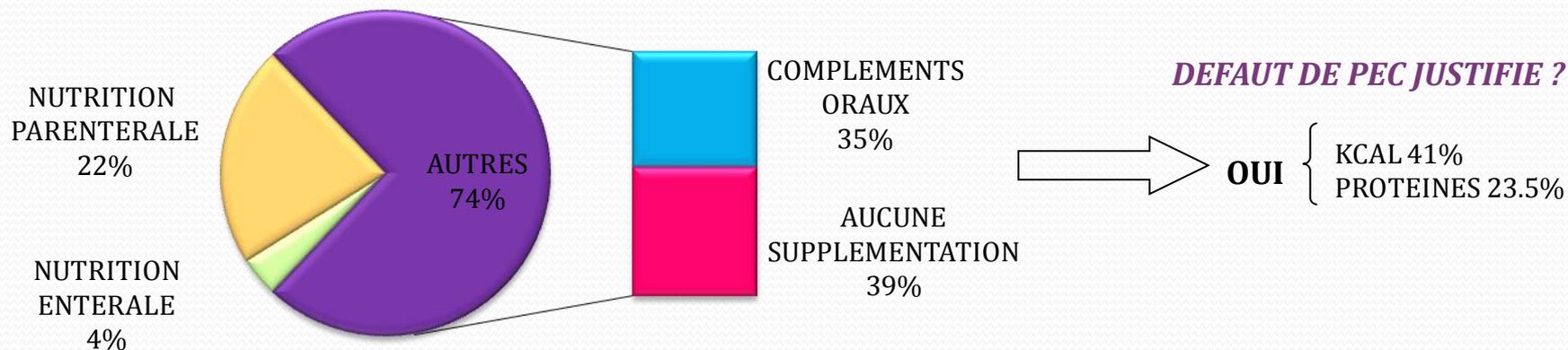
(seuil = 5%)		Pas de dénutrition	Dénutrition Modérée	Dénutrition Sévère	PEC globale
CONFORME	KCAL	24%	49%	57%	46%
	PROTEINES	17,5%	37%	43%	31%
NON- CONFORME	KCAL	76%	51%	43%	54%
	PROTEINES	82,5%	63%	57%	69%

2. ÉVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE QUALITATIVE

• DÉNUTRITION MODÉRÉE



• DÉNUTRITION SÉVÈRE



Discussion

✘ Sous-estimation de l'incidence de la dénutrition

→ répercussion sur la prise en charge nutritionnelle

✘ 49% d'aide nutritionnelle

80% de dénutrition + patients non-dénutris avec une alimentation insuffisante

✘ Recours insuffisant à la nutrition entérale

→ **Pratiques varient selon les habitudes plus qu'au cas par cas**

- Hématologie : aucune nutrition entérale

- Secteur de greffe hémato : nutrition parentérale (57%)

- Soins palliatifs : compléments oraux (67%)

→ **Place de la nutrition entérale ?**

Conclusion

Importance du **NRI** comme **outil d'évaluation**

Nécessité de **sensibiliser** l'ensemble des acteurs de soins à la pratique d'un **monitoring nutritionnel quel que soit le stade du cancer**.

Le **pharmacien** est un acteur important de ce projet, en particulier par sa participation au fonctionnement du **CLAN**.

AUDIT DE LA PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE EN CANCÉROLOGIE



*I. Larivière, M. Daouphars, S. Traversier, C. Farcy, O. Rigal
Centre Henri Becquerel, ROUEN*

