

Outils pour une évaluation personnalisée des besoins en SOS

**Sophie BETTING - Diététicienne, Cadre adjoint ,
Centre Georges François Leclerc**

**Carine LANTERNIER - Infirmière d'information et de coordination
(3C), CHU de Dijon**

Vendredi 07 octobre 2022

-
Dijon

SOS

- « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie **conjointement** aux traitements oncologiques ou onco-hématologiques spécifiques lorsqu'il y en a »

Circulaire DHOS/SDO/2001/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.

- Le « **panier des soins de support** » (rapport INCa 2016) : soins considérés comme indispensables au parcours de soins du patient : 9 validés au niveau national :(impact positif sur l'état de santé des patients, contribuant à l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être). Remboursement en totalité ou partiel par l'assurance maladie.

4 soins « socle »

- DOULEUR
- DIETETIQUE ET NUTRITION
- PSYCHOLOGIQUE
- SOCIAL : familial et professionnel

5 soins « complémentaires »

- activité physique
- préservation de la fertilité
- prise en soins des troubles de la sexualité
- conseils d'hygiène de vie
- soutien psychologique proches et aidants

+ SOINS PALLIATIFS

- repérage - évaluation - proposition dès l'annonce du diagnostic et le début de la prise en soins (PPS)
- réévaluation des besoins tout au long du parcours du patient : pendant ou après la phase active des traitements ou en phase avancée
- après cancer : bilan fonctionnel et motivationnel d'activité physique + bilan diététique et/ou psychologique pouvant donner lieu à des consultations de suivi dédiées.



Accompagner le patient tout au long du parcours de soins afin d'optimiser l'efficacité de ses traitements et de préserver sa qualité de vie.

OUTILS

© Soins oncologiques de support des patients adultes atteints de cancer / **Référentiel** organisationnel national /avis d'experts, octobre 2021



Inca octobre 2021 (groupe d'experts) => téléchargeable sur le site :
<https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Referentiel-organisationnel-national-Soins-oncologiques-de-support-des-patients-adultes-atteints-de-cancer>

- définit au niveau national les principes organisationnels liés à la mise en œuvre du parcours de soins de support du patient.
- propose des grilles de repérage et d'évaluation des besoins en soins de support destinés aux patients et aux professionnels de santé.

Schéma n° 1 : Organisation du repérage et de l'évaluation des besoins en soins de support



Source INCa

PHASE ACTIVE

APRES
TRAITEMENTS

GRILLE de repérage de 1er niveau

(à remplir par le patient par auto-questionnaire ou par un professionnel
Proposée a chaque fois que cela sera nécessaire

questions de repérage
de 2^e niveau
(par un professionnel
de santé)

orientation vers des
professionnels de
soins de support

- **GRILLE DE REPÉRAGE DE 1er NIVEAU DES BESOINS EN SOINS DE SUPPORT, [PENDANT LA PHASE ACTIVE DES TRAITEMENTS](#)**
- **GRILLE DE REPÉRAGE DE 1er NIVEAU DES BESOINS EN SOINS DE SUPPORT [Auto-questionnaire Patient dans la phase de l'après-cancer](#)**
- **GRILLE DE REPÉRAGE DE 1er ET 2e NIVEAU DES BESOINS EN SOINS DE SUPPORT PENDANT LA PHASE ACTIVE DE TRAITEMENT [Version Professionnels de santé](#)**
- **GRILLE DE REPÉRAGE DE 1er ET 2e NIVEAU DES BESOINS EN SOINS DE SUPPORT APRÈS LA PHASE ACTIVE DE TRAITEMENT [Version Professionnels de santé](#)**
- **Téléchargeables sur le site de l'INCa e-cancer.fr – rubrique soins de support pour les professionnels de santé.**

Un guide méthodologique destiné aux professionnels est en annexe 5 dans le référentiel:

- précise, pour chaque soin de support, l'objectif visé par les questions ainsi que les points de vigilance sur lesquels il faut porter une attention particulière dans l'analyse des questionnaires, en distinguant deux périodes :
 - l'annonce du cancer et la phase active des traitements
 - la phase de l'après-cancer

La durée moyenne de remplissage de l'auto-questionnaire patient et du questionnaire proposé par le professionnel de santé est estimée à 20 minutes.

PENDANT LA PHASE ACTIVE DES TRAITEMENTS

Auto-questionnaire Patient « Pendant la phase active des traitements »

Date de remplissage du questionnaire :

Identification du patient :

Civilité : Madame Monsieur Mademoiselle

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° de téléphone :

Courriel :

Nous vous remercions de bien vouloir répondre à ce questionnaire.

Vos réponses permettront aux professionnels de santé qui vous suivent de vous proposer des soins de support. Ces soins visent à améliorer votre qualité de vie, la tolérance et l'efficacité du traitement.

Les informations que vous transmettez permettront d'identifier vos besoins en soins oncologiques de support puis de vous proposer un accompagnement personnalisé par des professionnels.

Compréhension de la maladie et du traitement

(0 = Pas du tout d'accord et 10 = Tout à fait d'accord)

- 1 Les informations concernant ma maladie (et son évolution) sont suffisantes et complètes. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 2 Les informations concernant les traitements sont compréhensibles et claires. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 3 J'ai reçu des informations sur les directives anticipées et/ou les soins palliatifs. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 4 Je me sens soutenu(e) par mon entourage pour bien comprendre ce qui m'arrive. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nutrition

- 5 Si l'on considère qu'avant l'annonce de ma maladie, je mangeais « 10 sur 10 », je mange actuellement sur une échelle de 0 à 10 (0 = je ne mange rien et 10 = je mange des quantités comme d'habitude) à ? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 6 Mon poids habituel (avant l'annonce de la maladie) : kg
Mon poids actuel : kg
Ma taille : m
- 7 J'ai des difficultés à avaler
 Oui Non
- 8 J'ai des nausées/vomissements/diarrhées qui impactent ma prise alimentaire
 Oui Non



Compréhension de la maladie et du traitement

(0 = Pas du tout d'accord et 10 = Tout à fait d'accord)

Objectif des questions posées : évaluer la compréhension, l'intelligibilité des informations liées à la prise en charge de la personne.

Points de vigilance : la compréhension par le patient est nécessaire à l'adhésion et l'observance des traitements proposés, ainsi qu'au renforcement de l'implication du patient dans la co-construction du parcours. Les points de vigilance sont à inscrire dans le dossier du patient. Les questions proposées s'intègrent dans un dispositif d'annonce de la maladie et d'accompagnement du patient. Elles ne remplacent pas une écoute active des patients, par exemple par l'infirmier d'annonce, mais permettent une expression potentielle de besoins.

- | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 | Les informations concernant votre maladie (et son évolution) sont-elles suffisantes et complètes ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | <input type="radio"/> |
| 2 | Les informations concernant les traitements sont-elles compréhensibles et claires ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | <input type="radio"/> |
| 3 | Vous avez reçu des informations sur les directives anticipées et/ou les soins palliatifs. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | <input type="radio"/> |
| 4 | Vous sentez-vous soutenu(e) par votre entourage pour bien comprendre ce qui vous arrive ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | <input type="radio"/> |

Si la ou les réponses s'orientent vers « Pas du tout d'accord » :

- Informer de l'existence des associations de patients, patient partenaire, Espaces de rencontre et d'information (ERI) ;
- Informer des soutiens et accompagnements possibles (soutien psychologique, médecin traitant, infirmiers, assistante sociale, équipes mobiles de soins palliatifs, etc.) ;
- Si besoin, réexpliquer les informations qui ont été jugées incomplètes ou peu claires.

- Reperer et prevenir la denutrition ou la prise de poids sachant que l'etat nutritionnel est en lien direct avec la survie du patient ;
- Les questions n° 7 et 8 permettent de rechercher un problème fonctionnel et/ou une complication des traitements qui peuvent perturber l'alimentation.
- Le suivi de régimes restrictifs en dehors d'un avis médical (question n° 9) peut présenter un risque comme celui de la dénutrition et nécessite un avis médical.

La dénutrition a pour conséquences de :

- perturber le déroulement des traitements (arrêt ou report des traitements) ;
- entraîner une perte de chance pour le patient ;
- augmenter le risque de complications postopératoires et la toxicité des traitements ;
- augmenter la morbidité (infections) et la mortalité.

Il est recommandé de dépister la dénutrition systématiquement à chaque consultation et lors des hospitalisations.

Il est conseillé d'éviter la prise de poids chez les patients en poids normal ou en excès de poids. Il est cependant inapproprié de faire perdre du poids aux patients ayant une surcharge pondérale pendant les traitements du fait du risque associé de perte de masse musculaire et de dénutrition. La prise en charge d'un surpoids est réalisée après les traitements actifs du cancer. Attention : même en surpoids, le patient peut présenter une dénutrition.

Point de vigilance :

- Si la réponse est inférieure à 7 à la question 5 (ci-dessous) et/ou une réponse « OUI » aux questions n° 7/8/9, il convient alors de :
 - réaliser une évaluation de 2^e niveau immédiatement ;
 - alerter le médecin référent et/ou la diététicienne.
- Il est important de **contrôler le poids du patient (le peser)** à chaque consultation, et de **tracer** la courbe d'évolution de poids et de tenir compte de sa variation tout au long du parcours.
- Il faut être vigilant à ce que le patient en surpoids/obèse ne prenne pas de poids.
- Il faut être vigilant à ce qu'un patient en surpoids peut être dénutri.

Questions de repérage de 2^e niveau

1 – Peser le patient (tracer le suivi de l'évolution du poids)

2 – Perte de poids (en kg)

Si % perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois, orientation pour suivi nutritionnel.

3 – Taille en m

4 – IMC : $P \text{ (kg)} / T^2 \text{ (cm)}$

Si $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ ou 21 pour les personnes de plus de 70 ans (critère de dénutrition), orientation vers une consultation diététique/nutritionnelle

Si $> 25 \text{ kg/m}^2$ (critère de surpoids/obésité), selon le cancer, orientation vers une consultation diététique/nutritionnelle

5 – Des changements des habitudes alimentaires ont-ils été observés ?

– À l'annonce de la maladie : Oui Non

– Pendant les traitements : Oui Non

– Depuis l'arrêt des traitements : Oui Non

6 – Une réduction de la masse musculaire et/ou de la fonction musculaire a-t-elle été identifiée ? (lorsque les normes et/ou les outils sont disponibles).

Oui Non (si oui = critère de dénutrition)



Activité physique [= activités physiques quotidiennes (marche, ménage, jardinage, vélo...) et activités sportives]

Objectif des questions posées : évaluer la diminution du niveau d'activité physique (temps passé à bouger) et l'augmentation des comportements sédentaires (temps passé assis ou allongé), et la capacité à être et rester actif de façon autonome.

Points de vigilance :

- Constater une réduction du style de vie actif permet de repérer au plus tôt un risque de déconditionnement physique, à éviter autant que possible. Celui-ci constitue un facteur de risque de fatigue, de dégradation de la qualité de vie, et de la composition corporelle (perte de masse musculaire et prise de masse grasse).
- Il est important de conseiller systématiquement au patient de bouger et d'être le plus possible en mouvement dans son quotidien.
- Si la réponse à la question n° 13 est ≥ 5 , et si la réponse à la question n° 12 est « OUI » et/ou si la réponse à la question n° 14 indique un **besoin de soutien**, il faut alors orienter le patient vers un professionnel spécialisé d'activité physique (enseignant en APA et masseur kinésithérapeute¹) pendant les traitements.
- Signaler les co-morbidités et autres limitations à prendre en compte pour l'adaptation de l'activité physique.

11 Avant l'annonce de la maladie, sur une échelle de 0 à 10, vous étiez pas du tout actif(ve) = 0 à vous étiez très actif(ve) = 10 ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12 Depuis l'annonce de votre maladie, êtes-vous moins actif(ve) physiquement ?

Oui Non

13 En ce moment, avez-vous des difficultés à être actif(ve) au quotidien entre 0 (= aucune difficulté) et 10 (= difficulté extrême) ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14 En ce moment, vous sentez-vous capable de poursuivre, reprendre ou débiter une activité physique régulière seul(e) ?

Oui Non

15 Lors d'une journée ordinaire, en ce moment passez-vous en moyenne :

Plus de 7 h assis(e)
 Moins de 7 h assis(e)

Fatigue

Objectif des questions posées : la fatigue est le symptôme le plus fréquemment ressenti par les patients, et qui affecte leur qualité de vie. Les patients ne l'expriment pas souvent, jugeant la fatigue comme « normale ». La fatigue est souvent sous-estimée, sous-évaluée et sous-diagnostiquée.

Points de vigilance :

Si la réponse à la question n° 16 est ≥ 4 , ou que le patient indique des troubles du sommeil, il convient de réaliser une évaluation complémentaire par le médecin référent ou traitant.

16 Sur une échelle de 0 à 10, comment évaluez-vous votre fatigue entre 0 (= pas de fatigue) et 10 (= fatigue extrême) ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Psychologie

- 17 Êtes-vous triste ?
 Souvent Parfois Rarement Jamais
- 18 Êtes-vous angoissé(e) ou anxieux(se) ?
 Souvent Parfois Rarement Jamais
- 19 Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ou anxieux(se) au cours de votre vie ?
 Oui Non
Si oui, avez-vous eu ou avez-vous un suivi psychologique pour vos difficultés psychiques ?
 Oui Non
- 20 Prenez-vous un traitement (anxiolytique ou antidépresseur) en ce moment ?
 Oui Non
- 21 Êtes-vous déjà suivi(e) par un professionnel
 Oui Non
- 22 Ressentez-vous le besoin d'un soutien psychologique ?
 Oui Non

Questions de repérage de 2^e niveau

Réaliser une évaluation en utilisant l'échelle de l'HADs « Hospital Anxiety and Depression scale » (*Annexe 3a*). Le score obtenu permettra d'orienter le patient vers le médecin, des pratiques psychocorporelles, ou le psychiatre et le psychologue.

Tout score ≥ 8 à l'échelle HADs nécessite d'orienter vers une consultation médicale (médecin traitant ou psychiatre) ou vers un psychologue.

 **Douleur**

Objectifs des questions posées : Dépister, prévenir, traiter et réévaluer la douleur. En effet, la douleur est souvent sous-estimée, sous-évaluée et sous-diagnostiquée.

Points de vigilance : Impact sur la vie quotidienne, intensité et fréquence de la douleur, nouvelles douleurs, rechercher les causes, antécédents de douleur chronique, cancers ou métastases potentiellement algiques (pancréas, ORL, petit bassin, métastases osseuses, etc.).

Si score ≥ 3 aux questions n° 24 et 25 et/ou réponse « oui » aux questions n° 26 et 27, alors poser les questions de 2^e niveau et la situation du patient doit être signalée.

23 Ressentez-vous des douleurs ces derniers jours ?

Oui Non

24 Si oui, vous évaluez vos douleurs avec une note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de **vos douleurs maximales au cours des 8 derniers jours** (la note 0 correspond à pas de douleur, et la note 10 correspond à la douleur maximale imaginable)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

25 Si oui, vous évaluez vos douleurs avec une note de 0 à 10 qui décrit le mieux votre **douleur habituelle au cours des 8 derniers jours** (la note 0 correspond à pas de douleur, et la note 10 correspond à la douleur maximale imaginable)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

26 Cette douleur...

... perturbe-t-elle votre sommeil ?

Oui Non Non concerné(e)

... perturbe-t-elle vos activités habituelles ?

Oui Non Non concerné(e)

27 Prenez-vous un traitement en ce moment pour vos douleurs ?

Oui Non Non concerné(e)

28 Si oui, le traitement vous soulage-t-il ?

Complètement partiellement pas du tout

Questions de repérage de 2^e niveau

1 – S'agit-il d'une douleur connue et identifiée ?

Oui Non

2 – Est-elle permanente ?

Oui Non

3 – Est-elle déclenchée par :

• Les mouvements ?

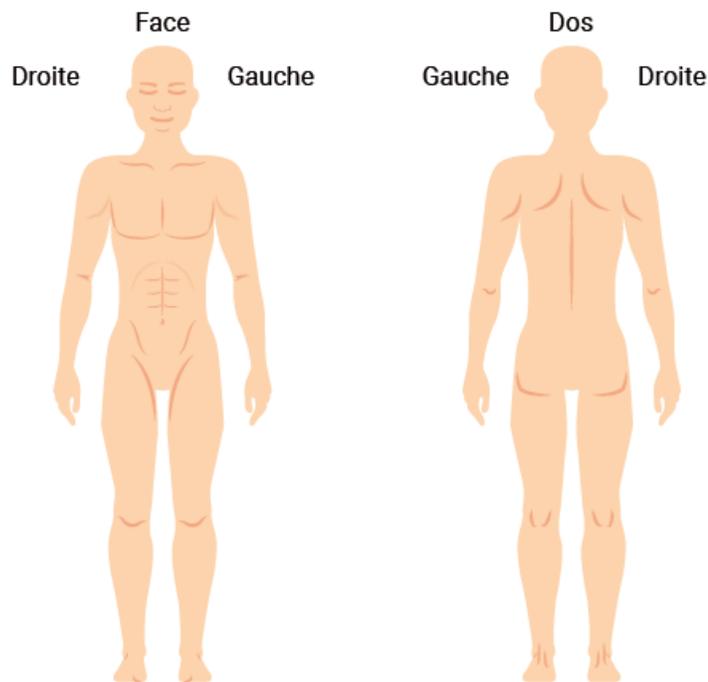
Oui Non

• Les soins ?

Oui Non

• Autres (précisez) ?

4 – Localisation : Indiquez sur ce schéma où se trouve votre douleur en noircissant la zone.



5 – Accès douloureux paroxystiques ?

L'Accès douloureux paroxystiques (ADP) correspond à une augmentation transitoire de la douleur, de survenue rapide (moins de 3 minutes), de courte durée (de 30 minutes à 1 heure en moyenne) d'intensité sévère à insupportable, survenant sur un fond de douleur stable, chez des patients recevant un traitement opioïde de fond. On différencie « les accès douloureux prévisibles » lorsque la douleur est liée à des actions volontaires du patient (ex la marche) involontaire (ex la toux) ou procédurale, des accès douloureux non prévisibles.

Oui Non

Si oui, nombre par 24 heures ?

6 – Échelle numérique de 0 à 10 sur la dernière semaine (0 = pas de douleur, 10 = douleur extrême) :

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Moyenne :	<input type="radio"/>										
Minimum :	<input type="radio"/>										
Maximum :	<input type="radio"/>										

7 – DN4 ≥ 4 ? Oui Non (Annexe 5b).

Le DNA est utile dans le dépistage d'une composante neuropathique de la douleur qui permet d'adapter le traitement

8 – Traitement actuel :

• Observance (faire préciser la posologie prise, l'horaire...) :

• Effets indésirables :



Social, familial et professionnel

Objectif des questions posées : dépister précocement les difficultés familiales, financières et professionnelles pour anticiper les actions avant que la situation sociale s'aggrave avec la maladie.

Points de vigilance : patient sans couverture sociale, sans ouverture de droit, en perte d'autonomie, isolé, en situation de précarité financière et sociale, présence d'enfants ou d'adolescents, la salubrité de l'habitat, patient avec un faible niveau de littératie en santé², ressortissant étranger.

2. La **littératie en santé** recouvre « les caractéristiques personnelles et les ressources sociales nécessaires des individus et des communautés afin d'accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information et les services pour prendre des décisions en santé » – Agence Nationale de Lutte contre l'illettrisme. Illettrisme. De quoi parle-t-on ? : Les définitions. Lyon : Agence Nationale de Lutte contre l'illettrisme.



Habitudes de vie

Objectif des questions posées :

- Évaluer l'autoconsommation de médicaments et la consommation de tabac et/ou d'alcool ;
- Repérer les facteurs de risque du cancer ;
- Repérer certains facteurs de mauvais pronostic du cancer ;
- Évaluer le risque de complications des traitements ;
- Proposer rapidement un accompagnement au sevrage.
- Il est important de rappeler que des moyens existent pour accompagner l'arrêt du tabac et soulager les symptômes du sevrage.

Points de vigilance :

- Constaté une consommation de tabac (réponse « oui » à la question 38) nécessite une orientation vers un professionnel pour un accompagnement au sevrage tabagique.
- L'arrêt du tabac permet de réduire les risques péri-opératoires et certaines toxicités liées aux traitements, d'améliorer le pronostic, favoriser la qualité de la cicatrisation, réduire les risques de nouveaux cancers primitifs et d'améliorer la qualité de vie.
- **Une consommation de plus de 10 verres par semaine (question 40)** nécessite une évaluation de 2^e niveau pour évaluer le risque et l'orientation éventuelle vers un spécialiste. Le questionnaire FACE est à réaliser et, en fonction du score, l'intervention peut être brève et réalisée par le médecin traitant ou l'addictologue.
- **Si une automédication est repérée (question n° 37)**, une information sur les risques de l'automédication doit être réalisée lors d'une consultation médicale ou par un pharmacien.

37 Est-ce que...

... vous prenez des médicaments sans prescription de votre médecin (automédication comme par exemple la prise d'antidouleur, d'anti-inflammatoires, de somnifères...)

Oui Non

... vous prenez d'autres traitements ou compléments (phytothérapie, compléments alimentaires...)

Oui Non

38 Fumez-vous ?

Oui Non

Si oui, quelle(s) substance(s) ?



Santé sexuelle



Actions Thérapeutiques

Questionnaire après-cancer (toujours avec 1^{er} et 2^e degré et guide méthodologique)

- Compréhension des modalités de surveillance de la maladie
- Actions d'éducation thérapeutique
- Psychologie
- Santé sexuelle
- Maintien et retour à l'emploi

Rééducation ou réadaptation

Objectif des questions posées : prévenir, traiter et compenser les déficiences, les difficultés fonctionnelles, le handicap, et améliorer la qualité de vie.

Points de vigilance : douleurs, déficiences circulatoire, respiratoire, motrice, alimentaire, sphinctérienne.

- 7 Avez-vous perdu une ou des capacités (marcher, attraper, entendre, voir, parler, avaler, toucher, déficience visuelle auditive, langage...)?
 Oui Non
Si oui, laquelle/lesquelles ?
- 8 Vos traitements (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) ont-ils eu des conséquences sur vos activités quotidiennes ?
 Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord
- 9 Avez-vous des difficultés (fuite, douleur, etc.) avec vos appareillages (stomie, sonde, oxygène, ou autre dispositif) ?
 Oui Non Non concerné(e)

Parcours de Soins ➡ Parcours de Santé ➡ Parcours de Vie

- Même support pour tous DCC/meilleure traçabilité?
 - Application web ?
 - ANNUAIRE/RÉPERTOIRE RÉGIONAL DES RESSOURCES EN SOS
 - Assurer une meilleure visibilité de l'existence et de l'offre en SOS
 - Ne pas oublier l'après cancer !
 - Attention à la multiplicité des intervenants, mais plutôt assurer une continuité pour éviter les ruptures= importance de la coordination/articulation avec les structures hospitalières et extrahospitalières,
- Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 : faire évoluer le panier de soins de support actuel en fonction des études existantes (ajout socio esthétique? – APA socle ?- les aidants)



Outils pour une évaluation personnalisée des besoins en SOS: Allo Diet!

Vendredi 07 octobre 2022

-
Dijon

Sophie Betting - Diététicienne

Ce que l'on sait...

- 84% des patients ont connu une perte de poids au cours de leur maladie cancéreuse (*Hebuterne X et al, 2015, Nutrition and cancer: Pourquoi intervenir avant 5% de perte de poids? Nutrition Clinique et métabolique, 29(2):126-3*)
- 40% des patients atteints de cancer dénutris (*Hebuterne X et al, 2014, Prevalence of malnutrition and current use of nutrition support in patients with cancer. JPEN. 38 : 196-204*)
- l'amélioration du statut nutritionnel et la PeC diététique permettent aux patients de mieux supporter les traitements et participent à l'amélioration de la QvT et de la survie (*Ravasco P., Monteiro-Grillo I., Camilo M. (2012), « Individualized nutrition intervention is of major benefit to colorectal cancer patients : long-term follow-up of a randomized controlled trial of nutritional therapy » 1-3 AJCN. November 7*)

Les plans personnalisés de soins

ÉVALUATION
NUTRITIONNELLE
SYSTÉMATIQUE

CHIRURGIE À
MORBIDITÉ
ÉLEVÉE

CHIRURGIE À
FAIBLE
MORBIDITÉ

RTH OU RTH/CT
DES TUMEURS
DES VADS

RTH OU RTH/CT
DES TUMEURS
DU TUBE
DIGESTIF

CHIMIOTHÉRAPIE
CURATIVE

SITUATION
PALLIATIVE,
PALLIATIVE
AVANCÉE ET
PHASE
TERMINALE

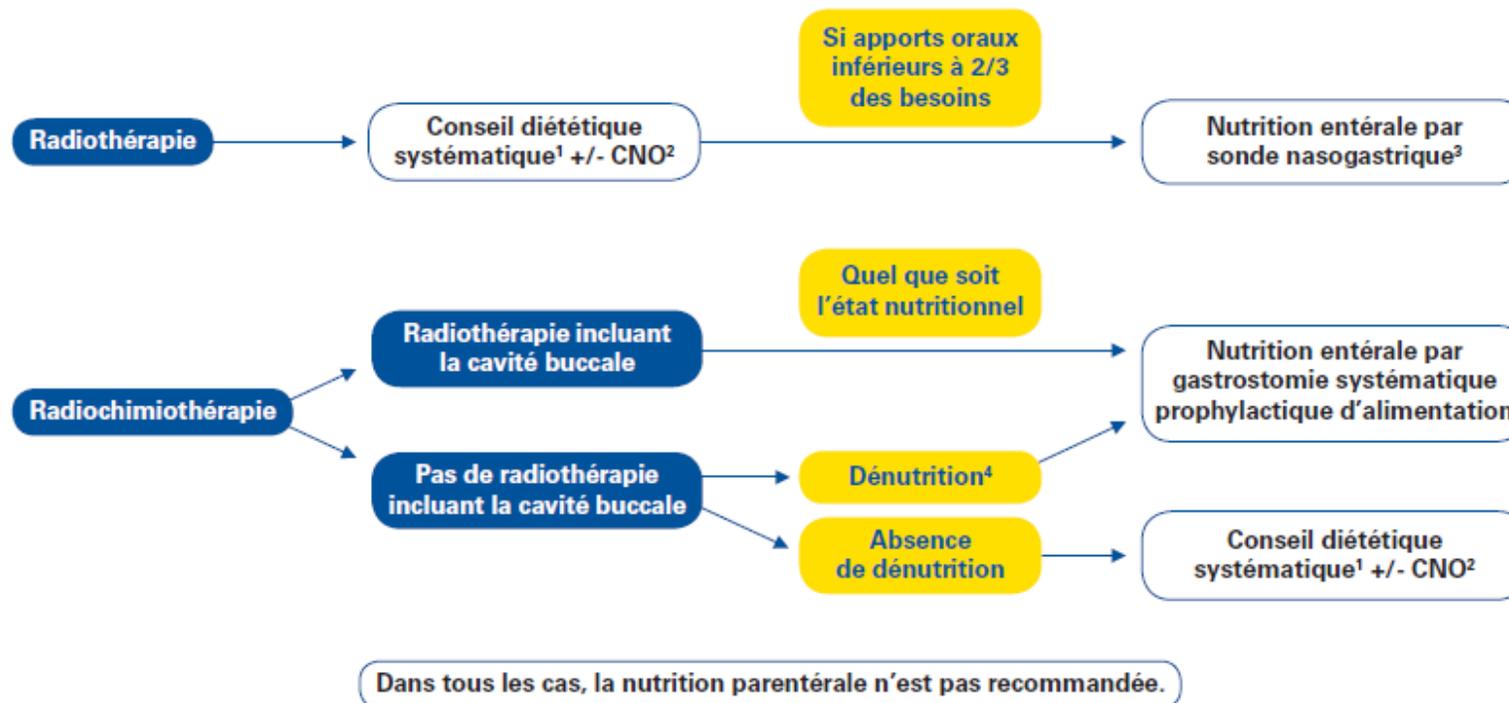
GREFFE DE
CELLULES
SOUCHES
HEMATOPOÏÉTIQUES

LE SUJET ÂGÉ

CANCER DU
SEIN À UN
STADE
PRÉCOCE EN
RADIOTHÉRAPIE
ET/OU
CHIMIOTHÉRAPIE

Textes longs des recommandations « Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer » SFNEP 2012, publiés dans la revue Nutrition clinique et métabolisme 2012;26(4):149-164.

Plan personnalisé de soins (PPS) 4 : RADIOTHÉRAPIE OU RADIOCHIMIOTHÉRAPIE DES TUMEURS DES VADS



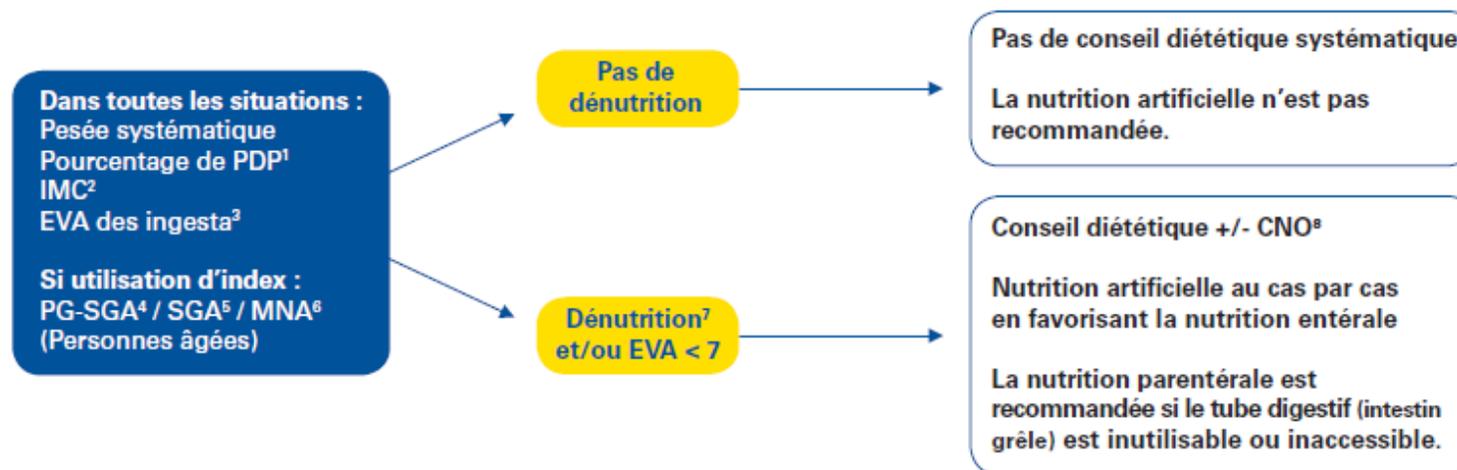
¹ Le conseil diététique (ou nutritionnel) personnalisé est réalisé par un expert en nutrition tout au long du traitement ;

² CNO : compléments nutritionnels oraux (hors pharmanutrition) ;

³ Sonde nasogastrique : utiliser des sondes de charrière de 10 french ou moins en silicone ou polyuréthane ;

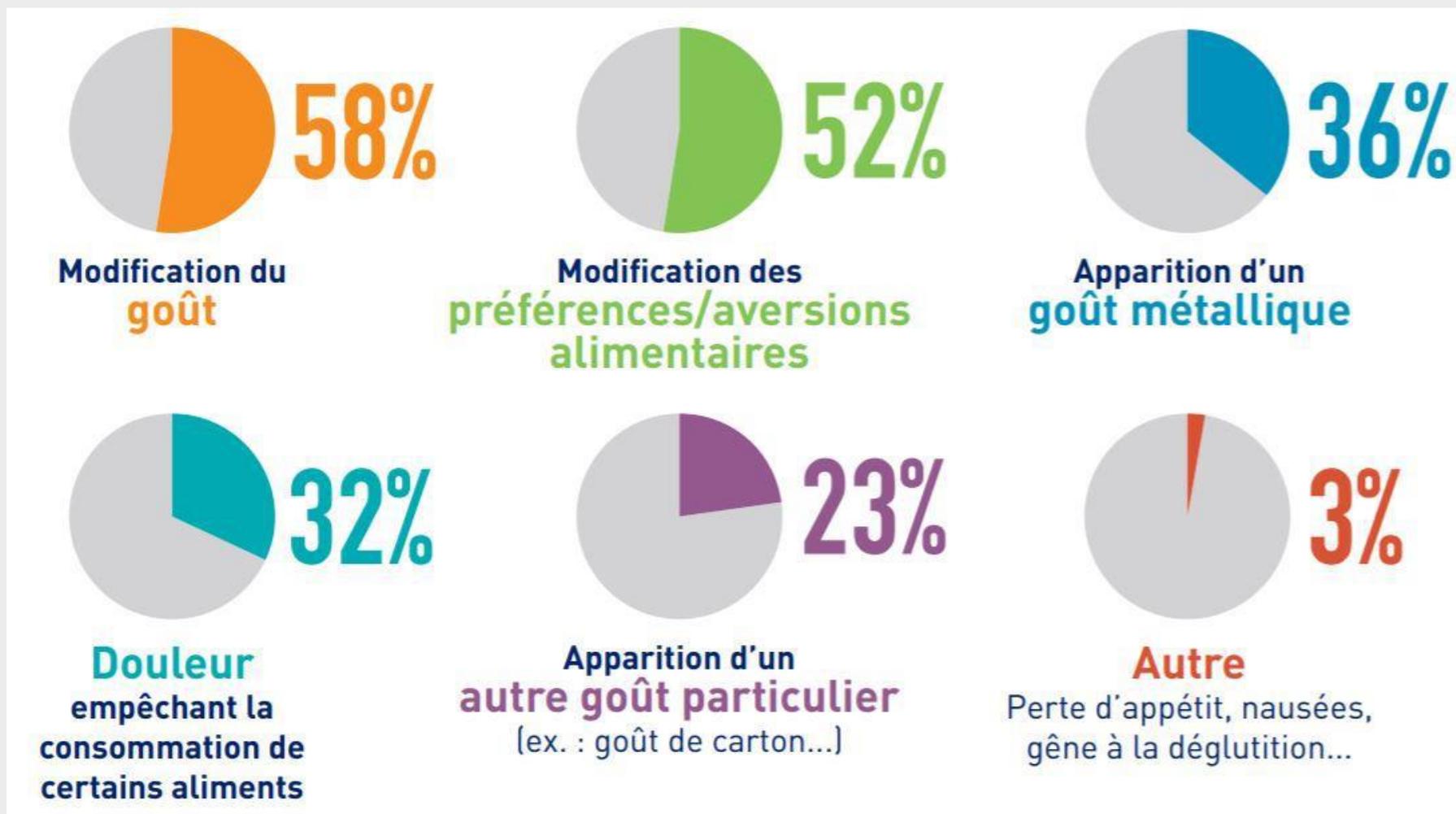
⁴ Perte de poids (PDP) ≥ 5 % ; indice de masse corporelle (IMC) < 18,5 ou < 21 pour personnes âgées de 70 ou plus.

Plan personnalisé de soins (PPS) 6 : CHIMIOTHÉRAPIE CURATIVE



- 1** PDP : perte de poids. Notifier en pourcentage la différence entre le poids actuel par rapport au poids habituel ou au poids de forme ou dans les 6 mois qui précèdent le diagnostic. Une perte de poids $\geq 5\%$ définit la dénutrition dans cette situation ;
- 2** IMC : indice de masse corporelle. Il ne doit pas être utilisé seul par manque de sensibilité et de spécificité ; il est significatif d'une dénutrition s'il est $< 18,5$ pour les personnes de moins de 70 ans ou < 21 pour les personnes âgées de 70 ans ou plus ;
- 3** Échelle analogique visuelle ou verbale des ingesta : elle est significative si < 7 ;
- 4** PG-SGA : patient generated subjective global assessment ;
- 5** SGA : subjective global assessment ;
- 6** MNA : mini nutritional assessment ;
- 7** PDP $\geq 5\%$; IMC $< 18,5$ pour les personnes de moins de 70 ans ou < 21 pour les personnes âgées de 70 ans ou plus ;
- 8** CNO : compléments nutritionnels oraux (hors pharmanutrition).

Le traitement entraîne une modification du goût et des préférences alimentaires liées au traitement chez 3 patients sur 4



« Habitudes alimentaires des patients atteints d'un cancer », Étude Nestlé Opinion Way, Janvier 2020.

Evaluation de la prise alimentaire



Question à poser au patient :
Pouvez-vous indiquer les quantités que vous mangez actuellement, en plaçant le curseur entre « rien du tout » et « comme d'habitude » ?



Consigne à donner au patient :
Veillez indiquer la portion consommée lors de votre dernier repas (midi ou soir).

<https://www.sefi-nutrition.com/utiliser-sefi>

Evaluation de la force de préhension ou HANDGRIP test

INTÉRÊTS

- Mesure de la force musculaire, plus précisément de la force de préhension (« handgrip »).
- Utilisable comme critère phénotypique diagnostique de la dénutrition chez l'adulte de 18 à 69 ans (voir fiche dénutrition SFNCM) et, en association avec la mesure de la masse musculaire appendiculaire pour définir une sarcopénie confirmée, chez la personne de 70 ans et plus.^{1,2}

MÉTHODES

Matériels

Les dynamomètres hydrauliques à main Jamar® sont présentés ici car ils sont les « gold standard »² utilisés dans les études cliniques. Mais d'autres matériels sont utilisables en pratique clinique



Méthode de référence point par point²

Position de la personne	Assise sur une chaise avec accoudoirs, dos appuyé contre le dossier, pieds à plat sur le sol 1
Position des bras	Avant-bras posés sur les accoudoirs (à 90° avec le bras) 1
Position des poignets	Poignets dépassant juste des accoudoirs, poignets en position neutre pouce vers le haut 1
Préhension du dynamomètre	Tenir l'instrument à la verticale, pouce d'un côté de la poignée, les autres doigts serrent la poignée (à régler à la taille de la main) 2. La base du dynamomètre doit reposer sur la paume de la main de l'examineur 3
Encouragement	« Je veux que vous pressiez aussi fort que possible et aussi longtemps que vous le pouvez jusqu'à ce que je vous dise stop » « Serrez, serrez, serrez, stop » (quand l'aiguille cesse de monter)
Nombre d'essais	3 fois de chaque côté, en alternance
Valeur utilisée	Valeur maximale obtenue avec les 6 essais

Méthode alternative

Au lit du patient en position assise 4 ou en position allongée 5

Position générale de la personne

Mesure en position assise sur chaise avec accoudoirs



MÉTHODE DE RÉFÉRENCE

Mesure en position assise au lit du malade



méthode alternative

Mesure en position allongée au lit du malade



méthode alternative

Interprétation¹

Force de préhension en kg anormale si :

Hommes	Femmes
♂ < 26	♀ < 16

Pour établir le diagnostic de la dénutrition, il est nécessaire d'identifier en plus de la réduction de la force de préhension, un critère étiologique, et chez la personne de 70 ans et plus, d'établir le diagnostic de sarcopénie confirmée² (voir fiche dénutrition SFNCM).

https://www.sfncm.org/images/ies/Outils/SFNCM-Fiche_handgrip_A5_HD.pdf

Dépistage de la dénutrition (<70ans)

Critères phénotypiques (1 seul critère suffit)

- Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- IMC $< 18,5$ kg/m².
- Réduction quantifiée de la masse musculaire et/ou de la fonction musculaire (cf. texte de la recommandation).

Handgrip

Critères étiologiques (1 seul critère suffit)

- Réduction de la prise alimentaire $\geq 50\%$ pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport à la consommation alimentaire habituelle quantifiée ou aux besoins protéino-énergétiques estimés. **SEFI**
- Absorption réduite (maldigestion/malabsorption).
- Situation d'agression (hypercatabolisme protéique avec ou sans syndrome inflammatoire) : pathologie aiguë ou pathologie chronique évolutive ou pathologie maligne évolutive.

OUI

NON

Dénutrition modérée (1 seul critère suffit)

- $17 < \text{IMC} < 18,5$ kg/m².
- Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- Albuminémie* > 30 g/L et < 35 g/L.

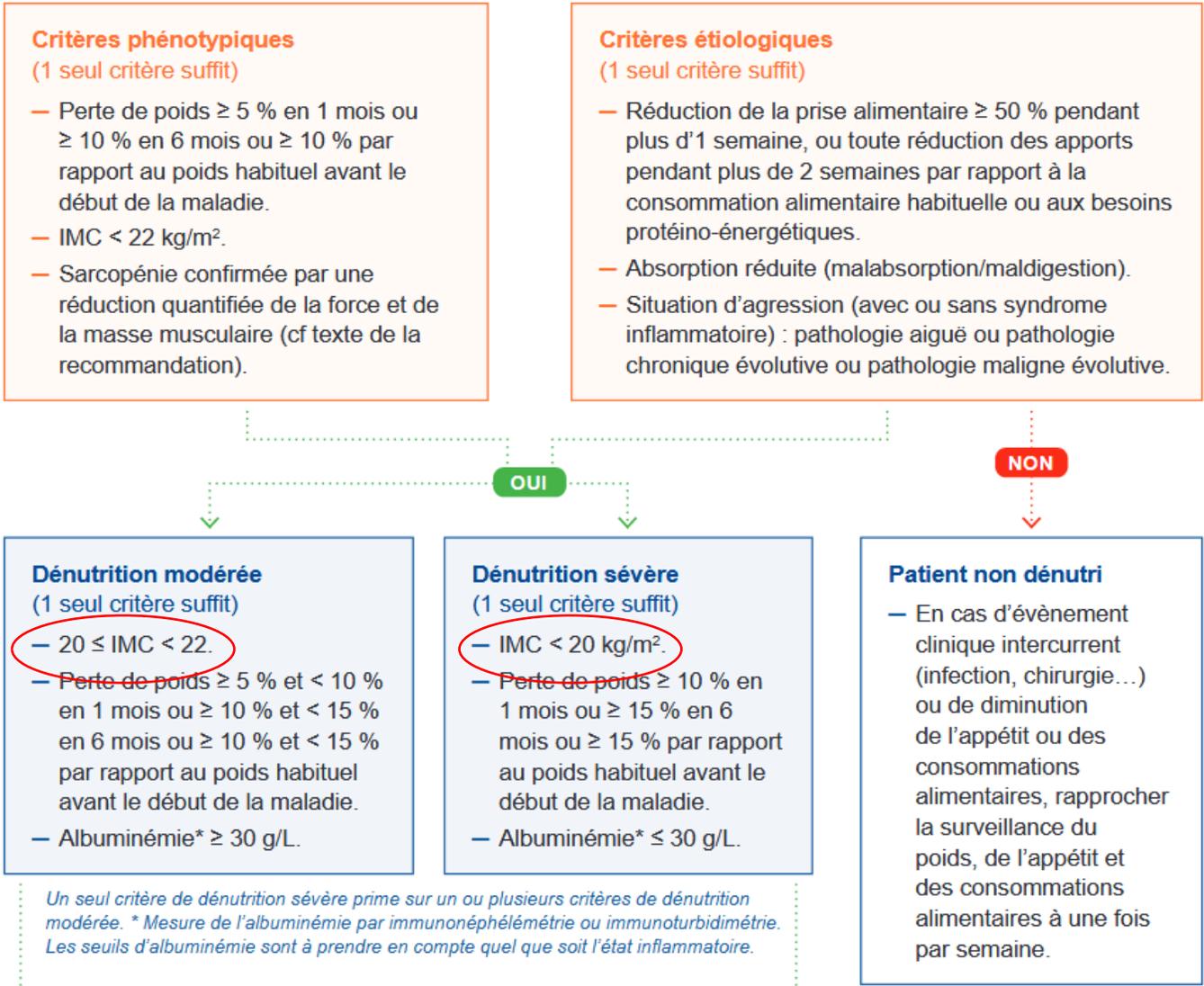
Dénutrition sévère (1 seul critère suffit)

- $\text{IMC} \leq 17$ kg/m².
- 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.
- Albuminémie* ≤ 30 g/L.

Patient non dénutri

- En ambulatoire :
réévaluation à chaque consultation.
- En cas d'hospitalisation :
 - en MCO : *réévaluation une fois par semaine ;*
 - en SSR : *réévaluation toutes les 2 semaines.*

Dépistage de la dénutrition (>70ans)



Travail en équipe SOS

10ème journée
régionale en
Soins Oncologiques
de Support

Evaluation de l'état nutritionnel:

Pesée + Handgrip + SEFI + **évaluation de la symptomatologie**
perte de poids, IMC
Albuminémie pour grader

Apporter une réponse adaptée au patient:

Accompagnement nutritionnel
Accompagnement social
Accompagnement psychologique
Prise en charge de la douleur
Reconditionnement physique (APA)...

**Je vous laisse méditer sur
cette interrogation?**

Parfait / inefficace
Imparfait / efficace