



**Guide des bonnes pratiques cliniques pour les
infirmières en oncologie**

La nutrition chez les personnes atteintes de cancer



European Oncology Nursing` Society

Projet NutriCaNurse

Groupe de travail :

Virpi Sulosaari (EONS), Président

Sara Torcato Parreira (EONS), Judith Beurskens (ESPEN), Adele Hug (EFAD) et Alessandro Laviano (ESPEN)

Iveta Nohavová (EONS), Responsable de projet

Ce document contient des informations portant sur la nutrition chez les adultes atteints de cancer, et s'adresse aux infirmières en oncologie. Les recommandations sont basées sur les données disponibles lorsqu'elles existent, ainsi que sur les bonnes pratiques conseillées. Cependant, les données manquent sur certains points, pour lesquels des études complémentaires sont nécessaires ; ces points sont surlignés dans le texte. Bien que la préparation, la rédaction et la présentation de ce guide aient fait l'objet du plus grand soin, EONS rejette toute responsabilité en cas d'erreur ou d'omission dans les informations qu'il contient, et nous invitons l'ensemble des participant(e)s à exercer leur bon sens de professionnel lors de l'utilisation de ces informations dans leur pratique clinique.

La Medical Nutrition International Industry Association (MNI) a accordé une subvention spécifique à caractère pédagogique à la réalisation de ce livret, dont la production a toutefois été réalisée en toute indépendance par le Groupe de travail du projet. La MNI a effectué une relecture finale informelle, et le Groupe de travail en a accepté ou rejeté les commentaires en toute indépendance.

Table des matières

I Introduction	4
II Terminologie.....	6
III Causes et conséquences de la malnutrition	8
IV Dépistage et évaluation de la malnutrition chez les personnes atteintes de cancer.....	10
V Principes du traitement de la malnutrition.....	13
VI Recommandations nutritionnelles afin d’aider les personnes atteintes de cancer à bien manger, pendant et après le traitement.....	24
Remarques	29
Lectures recommandées	29
Abréviations	29
Références	31

I Introduction

L'objectif de ce livret est de présenter des informations au sujet des connaissances, des aptitudes et des compétences en matière de nutrition à l'intention des infirmières prenant en charge des adultes atteints de cancer, et de les accompagner dans leur pratique clinique.

La malnutrition concerne plus de 50 % des patients atteints de cancer, et plus de 80 % des patients avec métastase ou dont la maladie est à un stade avancé. La prévalence globale de la malnutrition, tous types de cancer confondus, est d'environ 40 % (2). La néoplasie est la deuxième cause de mortalité dans le monde, et l'on s'attend à ce que le nombre de nouveaux cas augmente considérablement dans les décennies à venir (3). La malnutrition est un important facteur de morbidité et de mortalité (3, 5, 6), et pourrait être due à la fois à la maladie et au traitement (7). Il est donc primordial d'entreprendre des interventions nutritionnelles au plus tôt pour éviter ou atténuer les situations susceptibles de nuire à l'état nutritionnel des personnes atteintes de cancer (3). La malnutrition est associée à un diagnostic moins précis, à une moindre qualité de vie et à de plus faibles chances de survie (8). On estime que c'est la malnutrition plutôt que la tumeur proprement dite qui est responsable du décès de 10 à 20 % des patients atteints de cancer (3). Un patient atteint de cancer qui est bien nourri tolère mieux le traitement, jouit d'une meilleure qualité de vie, subit moins d'effets secondaires/toxiques du fait du traitement oncologique, et suit donc mieux le traitement (3, 6).

Tandis que le cancer entraîne souvent une perte de poids, de plus en plus de patients démarrant un traitement oncologique sont déjà en surpoids ou obèses, ou présentent des complications associées à la prise de poids et suivent un traitement à cet égard (5, 9). Un patient peut à la fois être obèse et souffrir de malnutrition durant son traitement. De plus, les personnes survivant à un cancer et étant en surpoids ou obèses peuvent être plus susceptibles de développer d'autres maladies, ou un cancer secondaire (10, 11). Il est donc essentiel que les infirmières en oncologie aient ces données à l'esprit, évaluent soigneusement l'état nutritionnel d'un patient en surpoids, surveillent les signes de malnutrition et dispensent des conseils pour mener une vie saine, si le contexte s'y prête, dès le début du traitement oncologique.

La détection et le traitement de la malnutrition représentent un défi pluridisciplinaire. La Société européenne de nutrition clinique et métabolisme (ESPEN <https://www.espen.org/>) s'est penchée sur l'importance de la collaboration entre les membres des équipes pluridisciplinaires, en vue d'identifier au plus tôt la malnutrition par le biais du dépistage, de planifier les meilleures interventions possibles et d'assurer le suivi du patient sur l'ensemble de la prise en charge du cancer (3, 4). La nutrition est un élément essentiel des soins de support, de réadaptation et palliatifs. Au sein de l'équipe pluridisciplinaire, les infirmières en oncologie jouent un rôle important et souvent pluriel dans leur prise en charge des patients atteints de cancer, ainsi que dans l'après-traitement, et s'efforcent de leur prodiguer les meilleurs soins possibles.

Les infirmières en oncologie interagissent fréquemment avec les patients, du diagnostic jusqu'au suivi post-traitement, et passent généralement plus de temps avec eux que la plupart des professionnels de santé (14). Les infirmières en oncologie sont donc bien placées pour renseigner et conseiller les personnes atteintes de cancer, et répondre à leurs éventuelles questions pendant et après le traitement (14). Par ailleurs, les infirmières en oncologie adoptent une approche globale, centrée sur la personne, et encouragent l'autogestion. Les infirmières sont aussi bien placées pour jouer un rôle crucial dans la détection et le dépistage précoces de la malnutrition. Les soins nutritionnels doivent donc être considérés comme faisant partie des pratiques infirmières globales en oncologie. Selon la Fédération européenne des associations de diététiciens (EFAD <http://www.efad.org/en-us/home/>), les diététiciens peuvent, en travaillant main dans la main avec les infirmières, leur apprendre à bien réagir aux questions de nutrition complexes, travailler en

tandem avec elles pour adapter les soins nutritionnels aux besoins de chaque patient, et encourager les infirmières à participer aux études sur la nutrition.

Recommandations générales en matière de nutrition

Souvent, il est inutile de modifier radicalement le régime des personnes atteintes de cancer pendant leur traitement. De simples conseils nutritionnels aux patients suffisent généralement, et les infirmières sont bien placées pour les accompagner en leur donnant des conseils adéquats pour se gérer de façon autonome.

Les points importants de la pratique infirmière en oncologie

- Les soins nutritionnels sont un aspect fondamental de la pratique infirmière en oncologie.
 - La malnutrition est très courante chez les personnes atteintes de cancer, et peut survenir à toutes les phases d'un cancer.
 - La malnutrition peut influencer considérablement les résultats cliniques des traitements oncologiques.
 - La malnutrition a une incidence sur la qualité de vie des personnes atteintes de cancer.
 - La détection et la prise en charge précoces de la malnutrition peuvent faciliter le rétablissement et améliorer le diagnostic.
-
- Évaluez les besoins nutritionnels de tous les patients.
 - Dispensez à tous les patients des conseils généraux sur l'adoption d'un mode de vie sain et sur la salubrité alimentaire.
 - Identifiez les risques et les signes de malnutrition.
 - Identifiez les patients qui ont besoin d'aide pour s'alimenter.
 - Aidez le patient et l'aidant participant aux soins, et communiquez-leur des informations qui leur

II Terminologie

Les directives de l'ESPEN sur la malnutrition chez les patients atteints de cancer, lesquelles comprennent une définition de la malnutrition, ont été actualisées en 2017 et 2021 (3, 4). Par la suite, la Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) a publié, en 2019, ses recommandations relatives aux critères de diagnostic de la malnutrition, dont les critères phénotypiques et étiologiques (15, encadré 2). Il est recommandé de tenir compte des critères étiologiques pour orienter les interventions et anticiper les résultats. Ces critères vont dans le sens d'une classification de la malnutrition en quatre catégories diagnostiques basées sur l'étiologie. Les critères de la GLIM reposent sur une approche consensuelle du diagnostic de la malnutrition chez l'adulte dans un contexte clinique à une échelle globale. La malnutrition implique souvent une cachexie cancéreuse (encadré 1). Le syndrome d'anorexie-cachexie cancéreuse (SACC) est un syndrome plurifactoriel courant qui peut toucher jusqu'à 80 % des personnes atteintes de cancer, quel que soit leur poids, et notamment les personnes à un stade avancé de la maladie (16).

La perte de poids induite par un cancer est probablement due à plusieurs facteurs. Elle peut recouvrir au moins trois syndromes cliniques spécifiques et cumulatifs : la malnutrition, la cachexie et la sarcopénie. La malnutrition est un déséquilibre nutritionnel conduisant à des effets néfastes sur le poids et les fonctions. La cachexie désigne la présence d'un syndrome inflammatoire, tandis que la sarcopénie est la perte de masse musculaire, de puissance et de fonctions (17).

Encadré 1. Définition de la malnutrition et de la cachexie liée à une maladie (4, p. 1188)

Définition de la malnutrition liée à une maladie (ESPEN)

« Pathologie découlant de l'activation d'une inflammation systémique par une maladie sous-jacente. La réponse inflammatoire provoque une anorexie et une dégradation des tissus, qui peuvent à leur tour entraîner une perte de poids, une altération de la composition corporelle et un déclin des fonctions physiques. Le déséquilibre énergétique et la perte de muscles squelettiques sont dus à l'association d'apports alimentaires inadaptés et à des perturbations métaboliques qui peuvent être dérivées de la tumeur ou de l'hôte. »

Définition de la cachexie (ESPEN)

« La cachexie est un syndrome de dépérissement plurifactoriel, caractérisé par une perte de poids involontaire s'accompagnant d'une perte de masse musculaire squelettique, avec ou sans perte de masse grasse ; ce dépérissement ne peut être inversé par les soins nutritionnels conventionnels, et peut conduire à des handicaps fonctionnels. »

Encadré 2. Critères pour le diagnostic de la malnutrition

Catégories diagnostiques basées sur l'étiologie	Les cinq grands critères de la malnutrition selon la GLIM
• <i>Malnutrition liée à une maladie chronique avec inflammation</i> • <i>Malnutrition liée à une maladie chronique avec inflammation minime ou sans inflammation perçue</i> • <i>Malnutrition liée à une maladie ou une blessure aiguë avec inflammation sévère</i> • <i>Malnutrition liée à la faim, y compris à une famine/pénurie alimentaire associée à des facteurs socioéconomiques ou environnementaux</i>	• <i>Perte de poids non intentionnelle</i> • <i>Indice de masse corporelle (IMC) bas</i> • <i>Réduction de la masse musculaire</i> • <i>Réduction des apports alimentaires</i> • <i>Assimilation et fardeau de la maladie/inflammation</i>

Les points importants de la pratique infirmière en oncologie - terminologie

- La malnutrition est un déséquilibre nutritionnel conduisant à des effets néfastes sur le poids et les fonctions.
 - La perte de poids liée au cancer peut entraîner une malnutrition, une cachexie ou une sarcopénie.
 - Les critères de la GLIM précisent sur quoi fonder le diagnostic de la malnutrition.
 - Les critères étiologiques servent à orienter les interventions et anticiper les résultats.
- Soyez au fait de l'étiologie pouvant conduire à la malnutrition.
- Évaluez, surveillez et consignez les informations concernant l'état nutritionnel de vos patients.

III Causes et conséquences de la malnutrition

La malnutrition est une pathologie très courante (3), sous-estimée et plurifactorielle, qui peut survenir à toute étape de la maladie (2). La diminution des apports alimentaires et les perturbations métaboliques sont systématiquement constatées (3, 18). La malnutrition implique souvent une cachexie cancéreuse, qui se caractérise par un dépérissement progressif des muscles ne pouvant être totalement inversé par des soins nutritionnels conventionnels. Cette pathologie s'accompagne souvent d'une anorexie, d'une diminution des apports alimentaires, de perturbations métaboliques et de fatigue, ainsi que de troubles des fonctions immunitaires et physiques, qui peuvent nuire à l'état du patient (8). Ainsi, tous les patients cachectiques sont mal nourris, mais tous les patients mal nourris ne sont pas forcément cachectiques (19).

Chez les personnes atteintes de cancer, la malnutrition est due à plusieurs facteurs (tableau 1). Les traitements pour le cancer associent des traitements systémiques, tels que la chimiothérapie, et des traitements par immunothérapie, radiothérapie ou chirurgicaux. On sait qu'ils produisent des symptômes limitant les apports nutritionnels, entravant l'alimentation et troublant les processus digestifs. Ils peuvent donc avoir une profonde incidence sur l'état nutritionnel du patient (19, 21). En outre, manger est une activité sociale qui joue un rôle psychologique important ; l'anorexie et la perte de poids peuvent être un sujet d'inquiétude chez les patients et leurs proches (18).

Tableau 1. Causes de la malnutrition (3, 7, 18, 19, 21)

Causes de la malnutrition
Apports nutritionnels inadaptés dus à la maladie ou à des symptômes liés au traitement influant sur la nutrition, dont : fatigue, sécheresse buccale (xérostomie) ou ulcères/lésions buccaux, difficulté à mâcher, salive épaisse, dysphagie, mucosité induite par la radiothérapie/chimiothérapie, douleurs abdominales, nausées, vomissements, altération du goût, perte d'odorat et d'appétit, satiété précoce, constipation, et diarrhées dues à des infections ou à la malabsorption.
Modification des goûts : changement de préférences alimentaires/évitement ou aversion alimentaire
Oesophagite
Entérite radique aiguë ou chronique
Hausse des besoins énergétiques et protéiniques
Effets locaux, tels qu'infiltration tissulaire ou obstruction et douleurs
Altération de l'absorption et du métabolisme des nutriments, de la dépense énergétique de repos et des fonctions des organes
Cytokines et hormones pro-inflammatoires produites par la tumeur ou le corps en réaction à la tumeur (syndrome inflammatoire systémique)
Changements émotionnels et psychologiques entraînant une aversion alimentaire et une réduction des apports alimentaires
Baisse de l'activité physique
Isolement social
Stress ou maladie psychologique
Perte de revenus

La malnutrition est une cause importance de morbidité et de mortalité (3, 5, 6, 22, 53), et est associée à un diagnostic moins précis et à une qualité de vie moindre (3). La malnutrition peut avoir des conséquences néfastes considérables sur les résultats cliniques, financiers et centrés sur la personne, comme les toxicités et la durée de l'hospitalisation (24). Les résultats négatifs peuvent aussi être dus à des apports alimentaires inadaptés, à une baisse de l'activité physique et à des perturbations cataboliques (3). La malnutrition peut altérer les effets anticancéreux de divers traitements (6) (tableau 2).

Tableau 2. Conséquences de la malnutrition chez les personnes atteintes de cancer (3, 6, 22, 24, 25)

Conséquences de la malnutrition
Toxicité accrue des traitements
Réduction ou interruption de traitement
Performances physiques amoindries
Augmentation de la durée de l'hospitalisation
Hausse de la morbidité et de la mortalité
Ralentissement de la cicatrisation
Baisse de la qualité de vie
Fatigue

Les points importants de la pratique infirmière en oncologie - causes et conséquences de la malnutrition

- La malnutrition et les problèmes liés à l'alimentation sont causés par plusieurs facteurs, à la fois par la maladie et le traitement.
 - La malnutrition peut avoir de nombreuses conséquences, dont certaines peuvent être évitées.
- Soulignons que tous les patients cachectiques sont mal nourris, mais que tous les patients mal nourris ne sont pas forcément cachectiques.
 - Conseiller le patient et l'aidant sur le risque de malnutrition.
 - Informer et soutenir le patient pour l'aider à éviter et à gérer de façon autonome les problèmes de nutrition.
 - Demander l'avis du patient au sujet de son alimentation, de ses problèmes éventuels et de ce qui, selon lui, peut en être à l'origine.
 - Établir une représentation du contexte social du patient, et identifier une ou des personnes qui pourraient l'aider à son domicile si besoin.
 - Éviter que l'alimentation ne devienne un facteur de stress pour le patient et ses proches.
 - Remarque : chez certaines personnes atteintes de cancer (spécifiquement le cancer du sein), le traitement accroît l'appétit, et de nombreuses personnes ont alors du mal à maintenir un poids corporel idéal. Conseillez-les sur ce qu'est un régime sain et sur l'activité physique dès le début de ce type de traitement (voir chapitre VI).

IV Dépistage et évaluation de la malnutrition chez les personnes atteintes de cancer

Le processus de soins nutritionnels (figure 1) peut être décrit comme un processus en quatre temps : dépistage et évaluation de la malnutrition, interventions, suivi et bilan. Le processus de soin peut être adapté aux différents environnements médicaux. Il est du devoir de l'équipe pluridisciplinaire de veiller à ce que les besoins nutritionnels du patient soient satisfaits, et de lui dispenser des soins personnalisés et de qualité (encadré 3). L'évaluation nutritionnelle doit être systématique et réalisée au moyen d'outils d'évaluation standardisés, sur tous les patients et dans tous les environnements médicaux. Le dépistage, l'évaluation et l'aiguillage nutritionnels centrés sur la personne sont des éléments importants de la pratique infirmière lors de la prise en charge des personnes atteintes de cancer, puis dans l'après-traitement.

Toutes les personnes atteintes de cancer n'ont pas besoin d'aller voir un diététicien. Cependant, une perte de poids non intentionnelle importante et certains types de cancer, comme les cancers de la tête et du cou, doivent inciter à orienter rapidement le patient vers un diététicien, à réaliser une évaluation nutritionnelle plus poussée et à établir un plan de soins nutritionnels personnalisé (54). Les outils d'évaluation nutritionnelle facilitent l'identification des personnes atteintes de cancer qui bénéficieraient de l'aide d'experts en nutrition. Dans les centres oncologiques, il est important que les personnes atteintes de cancer puissent consulter rapidement des experts en nutrition.

Figure 1. Processus de soins nutritionnels (adapté de Cederholm et al. 2017 ⁽²⁶⁾)



L'évaluation précise de la malnutrition peut éviter à la fois le sous-traitement et le surtraitement de la malnutrition (27). Le dépistage nutritionnel sert à déterminer le risque de malnutrition. Il génère des informations préliminaires et diffère de l'évaluation nutritionnelle, qui rend ensuite possible le diagnostic effectif de la malnutrition et peut être réalisée à l'aide des critères de la GLIM. L'évaluation nutritionnelle porte sur la cause, la sévérité et le type de malnutrition (26, encadré 4). Le poids des patients doit être mesuré et consigné à chaque rendez-vous hospitalier, afin de surveiller l'IMC et de vérifier le pourcentage de perte de poids non intentionnelle (54). Des outils permettent d'évaluer le risque de malnutrition, et de surveiller l'état nutritionnel du patient (tableau 3). Le tableau est basé sur le groupe de patients original pour lequel l'outil a été élaboré. Toutefois, ces outils peuvent aussi être utilisés dans d'autres environnements médicaux,

comme les hôpitaux de jour. L'encadré 5 contient des conseils pratiques pour réaliser une évaluation rapide. L'optimisation de l'hydratation pendant le traitement d'un cancer nécessite également une évaluation et une planification préalables des besoins (55).

Tableau 3. Exemples d'outils de dépistage ^(27, 28, 29, 30, 60)

Instrument	Conçu pour
Évaluation globale subjective générée par le patient (PG-SGA)*	Personnes atteintes de cancer
Dépistage des risques nutritionnels (NRS-2002)**	Patients hospitalisés
Mini-évaluation nutritionnelle (MNA)***	Personnes âgées
Outil de dépistage universel de la malnutrition (MUST)****	Patients adultes de la communauté
Questionnaire court d'évaluation nutritionnelle (SNAQ)*****	Patients hospitalisés

* Jager-Wittenaar & Ottery 2017, ** Bozzetti et al. 2012, ***Gioulbasani et al. 2011, **** Boléo-Tomé et al. 2011, *****Kruizenga et al. 2005

Encadré 3. Approche pluridisciplinaire ^(3, 4)

Les directives de l'ESPEN recommandent une approche en équipe pluridisciplinaire (EPD) pour :

Dépister, chez tous les patients atteints de cancer, les risques nutritionnels dès le début de leur prise en charge, indépendamment de leur IMC et de leurs antécédents en termes de poids ; refaire des dépistages réguliers pour surveiller l'état nutritionnel.

Étoffer l'évaluation nutritionnelle en y incluant des indicateurs de l'anorexie et de la composition corporelle, des biomarqueurs inflammatoires, de la dépense énergétique de repos et des fonctions

Encadré 4. Évaluation nutritionnelle ^(3, 4, 26)

Les domaines d'évaluation

- 1) Cause, sévérité et type de malnutrition
- 2) Évaluation des apports nutritionnels par rapport aux besoins nutritionnels, et symptômes influant sur la nutrition présents
- 3) Évaluation du poids corporel, de la surface corporelle et de la composition corporelle
- 4) Évaluation de la masse et des fonctions musculaires ; fonctions immunitaires et cognitives/facteurs psychosociaux

Les points importants de la pratique infirmière en oncologie - dépistage et évaluation de la malnutrition

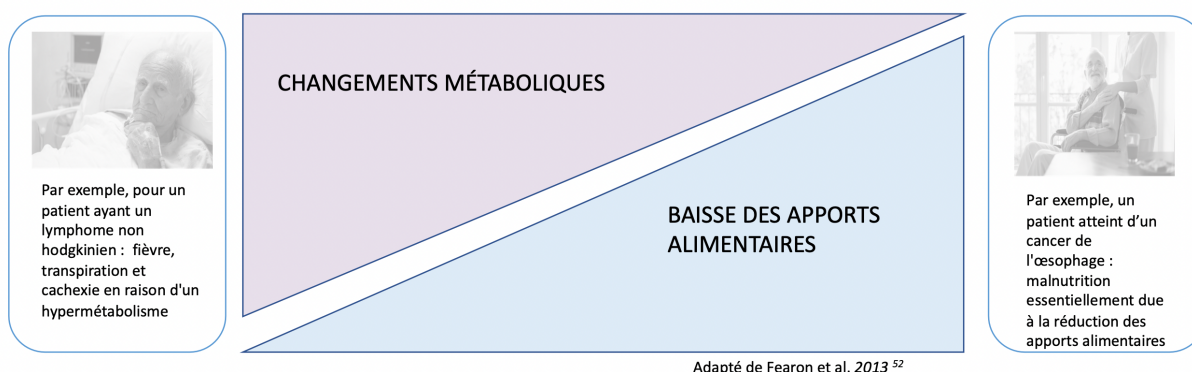
- Le dépistage, l'évaluation et l'aiguillage nutritionnels centrés sur la personne sont des éléments importants de la pratique infirmière.
 - L'évaluation nutritionnelle doit être réalisée sur tous les patients atteints de cancer, dans tous les milieux médicaux et sociaux.
-
- Remarque : quel que soit l'instrument, une évaluation globale est fondamentale.
 - Optez pour un instrument validé et basé sur la protocole d'évaluation du risque de malnutrition de l'unité de soins.
 - Demandez aux patients de se faire peser et de faire consigner leur poids à chaque rendez-vous hospitalier.
 - Prenez les devants au sein de l'EPD et orientez le patient vers d'autres services spécialisés, en fonction de ses besoins individuels, afin d'éviter de plus gros problèmes : oncologue, diététicien, kinésithérapeute, psychothérapeute, assistant social, etc.
 - Si possible, utilisez le même outil pour surveiller l'état nutritionnel du patient.

V Principes du traitement de la malnutrition

Les personnes atteintes de cancer ont besoin d'une assistance nutritionnelle pour prévenir et traiter la malnutrition, améliorer l'efficacité du traitement, atténuer les effets indésirables des traitements anticancéreux et améliorer la qualité de vie (3). Le traitement exhaustif de la cachexie cancéreuse passe par une approche pluridisciplinaire et multi-ciblée, qui vise à évaluer les signes objectifs et à atténuer les symptômes dans le but, en premier lieu, de répondre aux besoins physiologiques et psychologiques du patient (12). Dans la pratique infirmière, il est important d'adopter une approche permettant de répondre proactivement aux besoins nutritionnels des patients tout au long du parcours de soin. La gestion de la malnutrition contribuera à ce que les patients tolèrent le traitement, et à améliorer la qualité de vie des patients et des aidants. Il est primordial que les infirmières en oncologie comprennent comment les patients vivent leur maladie sur les plans physique et émotionnel. La malnutrition peut fortement influencer leur rétablissement et leur capacité à fonctionner normalement au quotidien, ainsi que leurs relations interpersonnelles (54). L'aiguillage centré sur la personne est l'un des éléments-clés de la pratique infirmière en oncologie (9). Dans la pratique infirmière, les interventions psychosociales ont pour but d'alléger le fardeau émotionnel lié au cancer, et de permettre aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches de se prendre en main.

Les interventions nutritionnelles visent à maintenir, voire améliorer, les apports nutritionnels, et à atténuer les troubles métaboliques en vue d'entretenir la masse musculaire squelettique et les fonctions physiques, de diminuer le risque d'une réduction ou d'une interruption des traitements anticancéreux programmés, de stabiliser le poids, de limiter les symptômes et d'améliorer la qualité de vie (3). Ces interventions doivent être choisies et personnalisées, en mettant en balance les bénéfices et les risques pour chaque patient (12). Les patients atteints de cancer du tube digestif, de la tête et du cou, du foie et des poumons sont les plus susceptibles de souffrir de malnutrition (3). La planification du traitement passe par la compréhension du mécanisme qui sous-tend la malnutrition (4) (figure 2). Il est indispensable que les infirmières sachent détecter au plus tôt une malnutrition liée à une maladie, conseiller les patients sur leur régime et les orienter, s'il y a lieu, pour obtenir une assistance diététique (54). Les infirmières en oncologie sont également bien placées pour soutenir et conseiller les personnes atteintes de cancer, de façon individualisée, sur la gestion des difficultés liées à la nutrition dans leur quotidien.

Figure 2. Exemple de mécanisme à l'origine de la malnutrition.



La *préhabilitation* est une forme de prise en charge de la malnutrition. Il s'agit d'une intervention de santé pluridisciplinaire qui permet aux personnes atteintes de cancer de se préparer au traitement en encourageant des comportements sains, notamment en recommandant de faire de l'exercice, en fonction des besoins, et en préconisant des interventions nutritionnelles et psychologiques. Elle s'inscrit dans le cadre du parcours global de soin, qui vise à donner aux personnes atteintes de cancer les moyens d'optimiser leur résilience face au traitement, et d'améliorer leur santé à long terme (32). Il est aussi important d'aider les personnes atteintes de cancer à entretenir leur masse musculaire et leurs fonctions physiques. C'est pourquoi l'*activité physique* est recommandée (3).

Les soins nutritionnels doivent toujours s'accompagner d'activités physiques (3). Une activité physique modérée, supervisée par des professionnels, ne présente aucun risque pour les patients atteints de cachexie cancéreuse, et est recommandée pour entretenir et améliorer la masse musculaire (12). L'activité physique et les interventions diététiques seules ou associées à une bonne gestion pharmacologique donnent des résultats prometteurs, et peuvent être recommandées en fonction de l'expertise clinique (33). Il est conseillé de maintenir ou d'accroître le volume d'activité physique chez les patients atteints de cancer, afin d'entretenir la masse musculaire, les fonctions physiques et les processus métaboliques (3). L'activité physique peut prendre la forme d'activités quotidiennes normales, d'exercices aérobies, d'exercices de musculation (4) et de techniques visant à augmenter la masse musculaire et/ou la force musculaire. Compléter les exercices aérobies par des exercices de musculation individualisés permet d'entretenir la force musculaire et la masse musculaire (3).

Les interventions visant à traiter la malnutrition englobent la nutrition médicale, les conseils en nutrition, l'exercice physique et le contrôle des symptômes influant sur la nutrition (SIN) (3, 4, 18). Le traitement de la cachexie cancéreuse passe par un traitement complet basé sur une approche pluridisciplinaire et multiciblée, dont le but est d'évaluer les signes objectifs et d'apaiser les symptômes (12).

Assistance nutritionnelle

Les personnes atteintes de cancer ont besoin de conseils nutritionnels adaptés, cohérents et fondés sur des preuves (57). L'objectif de l'assistance nutritionnelle est de garantir des apports énergétiques et nutritionnels adéquats, en permettant à la personne atteinte de cancer de manger des aliments normaux, de profiter de l'acte de manger, et de participer à des repas avec autrui dans le cadre d'une vie sociale normale (3).

Les principales interventions nutritionnelles employées pour les personnes atteints de cancer sont: les conseils en nutrition dispensés par un diététicien ou autre professionnel de santé correctement formé (comme une infirmière) ; la nutrition médicale, à savoir les compléments nutritionnels oraux (CNO) ; la nutrition entérale via l'alimentation par sonde ; et la nutrition parentérale. Les compléments nutritionnels oraux (CNO) sont des liquides, semi-solides ou poudres stériles fournissant des macro et micronutriments. Les infirmières sont en contact fréquent et régulier avec les patients, et se chargent souvent du dépistage nutritionnel initial, de prodiguer des conseils de nature générale, d'orienter les patients vers un oncologue ou un diététicien, et de les aider à mettre en œuvre et à compléter les recommandations nutritionnelles et médicales (58). Les infirmières sont également bien placées pour identifier les personnes qui ont besoin d'aide pour s'alimenter. Les infirmières et autres professionnels de santé doivent également tenir compte des particularités individuelles et culturelles, des facteurs sociaux et financiers, et communiquer au patient des informations spécifiques sur le contenu de leur alimentation à chaque étape du traitement (25).

La première forme d'assistance nutritionnelle doit être le conseil en nutrition, afin d'aider le patient à gérer les symptômes et de l'encourager à consommer des aliments et des fluides mieux tolérés et riches en énergie (3). Il est prouvé que la consommation de compléments nutritionnels oraux et les conseils diététiques

améliorent l'appétit et les résultats nutritionnels chez les patients suivant un traitement contre le cancer (34). Lorsque l'appétit s'améliore, les apports énergétiques et protéiniques ou les portions augmentent, d'où une amélioration ou une stabilisation du poids. L'insuffisance des apports protéiniques est un élément-clé du traitement de la malnutrition chez les personnes atteintes de cancer. Chez les patients atteints de cancer présentant un SACC, les CNO peuvent être recommandés pour améliorer la qualité de vie et les apports nutritionnels, et mieux supporter d'autres aspects du SACC (33).

Chez les patients atteints de cachexie qui sont capables de s'alimenter, l'assistance nutritionnelle doit consister en des conseils diététiques, à aider le patient à choisir des aliments à haute teneur énergétique et protéinique, à enrichir les aliments (p. ex. en y ajoutant de l'huile/de la matière grasse, des poudres de protéine) et à utiliser des compléments nutritionnels oraux (12). L'assistance nutritionnelle, et notamment la supplémentation immonutritionnelle, peut réduire les complications infectieuses, la morbidité et la durée de l'hospitalisation sans influencer la mortalité. Par immonutrition, on entend la modulation de l'activité du système immunitaire ou des conséquences de l'activation du système immunitaire, à l'aide de nutriments ou d'aliments spécifiques. C'est une option qui peut s'avérer sûre et préférable pour les patients atteints de cancer bien nourris qui doivent se faire opérer de leur cancer (6).

Les dernières directives préconisent des apports protéiniques plus élevés (1 à 1,5 g/kg/jour), car cela peut avoir des effets bénéfiques vis-à-vis de la tolérance et de l'efficacité du traitement (3, 22). Il faut aussi tenir compte des besoins en hydratation. Des liquides peuvent et doivent être ingérés entre les repas pour éviter la déshydratation (59). On considère qu'en l'absence de mesure individuelle, la dépense énergétique journalière (DEJ) des patients atteints de cancer est similaire à celle des sujets sains, et oscille généralement entre 25 et 30 kcal/kg/jour. Chez les patients perdant du poids et faisant de l'insulinorésistance, il est recommandé de diminuer la part d'énergie tirée des lipides au profit d'énergie tirée des glucides. Le but est d'accroître la densité énergétique du régime, et de diminuer la charge glycémique (3).

À ce stade, on manque de données pour affirmer que certains nutriments peuvent présenter des bénéfices supplémentaires pour les soins nutritionnels classiques. Il est prouvé que les acides gras oméga-3 sont moins inflammatoires que les acides gras oméga-6, et pourraient donc renforcer le potentiel anabolique des soins nutritionnels. Les CNO enrichis en oméga-3 augmentent considérablement le poids corporel des patients atteints de cancer qui suivent une chimiothérapie (35). En outre, des études ont montré que les CNO enrichis en oméga-3 renforcent les fonctions musculaires chez les patients atteints de cancer des poumons qui suivent une chimiothérapie (36), et qu'ils peuvent aussi avoir un effet positif sur la survie (37). L'ESPEN (3) recommande que les apports en vitamines et en minéraux soient approximativement équivalents aux apports journaliers recommandés, et décourage l'utilisation de micronutriments fortement dosés. Il peut être nécessaire de tenir compte de la déficience en vitamine D dans l'optimisation de l'efficacité des compléments protéiniques (22), mais il s'agit là d'un domaine nouveau de l'assistance nutritionnelle qui nécessite des études approfondies.

Nutrition artificielle

La nutrition artificielle est appropriée si le patient n'est pas en mesure de s'alimenter correctement. Le choix entre nutrition entérale (NE) et parentérale (NP) dépend de la faisabilité de la nutrition entérale, et de sa tolérance par le patient. La décision dépend également de la localisation et de l'étendue de la tumeur, des complications, du plan de traitement et de son but, du pronostic, de l'état physique global du patient, de son âge et de la durée de l'assistance nutritionnelle (22). Il est possible d'associer plusieurs voies d'alimentation pour maximiser les effets (12). Il est essentiel d'impliquer la personne atteinte de cancer et l'équipe pluridisciplinaire au processus décisionnel. Les préférences du patient quant au type de nutrition doivent

être prises en compte (25, 12). Le risque de syndrome de renutrition doit être pris en compte lorsque le patient se voit prescrire une nutrition artificielle (encadré 6).

La NE est privilégiée chez une personne atteinte de cancer lorsque l'alimentation par voie orale est inadaptée ou que la personne est déjà mal nourrie, dès lors que son tube digestif est fonctionnel (3). L'alimentation entérale par sonde est indiquée dans les cas de dysphagie sévère et d'apports énergétiques insuffisants. L'alimentation par sonde ne doit être proposée aux patients souffrant de cachexie que si le tube digestif inférieur fonctionne ; sinon, il faut privilégier la NP (12). Si le choix leur est donné, les patients semblent préférer la sonde de gastrostomie (comme une gastrostomie endoscopique percutanée (GEP)) à la sonde naso-gastrique (SNG). Chez les patients à risque élevé, l'alimentation prophylactique par sonde peut maintenir l'état nutritionnel et éviter une interruption du traitement (3). Si le patient a besoin de plus de 4 semaines de nutrition entérale, une GEP est préférable à une SNG. Pour les patients ayant besoin d'une alimentation par sonde, le dépistage régulier de la dysphagie et sa gestion sont recommandés, de même qu'encourager le patient et lui apprendre à entretenir sa fonction de déglutition (3).

La nutrition parentérale doit être prise en charge par une équipe de spécialistes, et adaptée aux besoins particuliers du patient (3, 12). *Si la nutrition orale demeure insuffisante malgré les conseils, les compléments nutritionnels oraux et la nutrition entérale, la nutrition parentérale peut être nécessaire.*

Les critères proposés pour la progression des mesures nutritionnelles proposés sont les suivants :

- 1) les apports alimentaires devraient être insuffisants (<50 % des besoins) pendant plus de 10 jours en raison d'une opération ou d'une chimiothérapie/radiothérapie ;
- 2) les apports alimentaires sont inférieurs de plus de 50 % aux besoins pendant plus d'une à deux semaines ;
- 3) on s'attend à ce qu'un patient sous-alimenté ne soit pas en mesure de manger/d'absorber suffisamment de nutriments pendant une longue durée, en raison du traitement ; et
- 4) la masse tumorale elle-même entrave l'absorption orale et la progression des aliments dans la partie supérieure du tube digestif (22).

Encadré 6. Prévention du syndrome de renutrition

Si l'absorption d'aliments par voie orale a fortement diminué pendant un laps de temps prolongé, il est nécessaire d'augmenter doucement la nutrition sur plusieurs jours, et de prendre des précautions supplémentaires pour éviter un syndrome de renutrition. ⁽³⁸⁾

L'identification de symptômes liés à la nutrition, notamment aux premiers stades de la prise en charge globale du cancer, facilite la prévention proactive de la malnutrition (28) et améliore le rétablissement, la qualité de vie et le pronostic (3). Il importe de veiller à ce que tous les patients atteints de cancer aient accès à des conseils nutritionnels. Les infirmières en oncologie sont bien placées pour soutenir et conseiller les personnes atteintes de cancer, de façon individualisée, sur la gestion des difficultés liées à la nutrition dans leur quotidien.

Les personnes atteintes de cancer peuvent ressentir des effets secondaires et des effets toxiques dus au traitement qui sont susceptibles de nuire à leur aptitude à manger. Les interventions à destination des patients doivent donc être ciblées en vue de limiter les effets secondaires liés au traitement, et de formuler des stratégies pour favoriser l'absorption d'aliments (25). Les effets secondaires courants peuvent être atténués à l'aide d'interventions infirmières ciblées : conseils nutritionnels, conseils sur l'autogestion comme la santé buccale, assistance psychologique, éducation du patient et accompagnement.

Bien manger avant, pendant et après le traitement peut aider les personnes atteintes de cancer à se sentir mieux, à rester en forme et à atténuer les symptômes des effets secondaires des traitements. Le traitement peut avoir pour effets indésirables spécifiques l'anorexie, la satiété précoce, les nausées et les mucosités/œsophagites. Le tableau 4 et la figure 3 présentent des conseils alimentaires et des stratégies spécifiques pour la gestion des symptômes que rencontrent fréquemment les patients lors du traitement. Le but global est de les aider à gérer leurs symptômes en veillant à ce que les objectifs nutritionnels caloriques et protéiniques (39) soient atteints.

Tableau 1 : Causes et stratégies de gestion des symptômes influant sur la nutrition (SIN) chez les patients atteints de cancer (12, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 47)

SIN	Causes diverses	Traitement médical	Stratégies nutritionnelles
Interventions infirmières : - Assister le patient et le conseiller sur la manière de manger plus facilement, pour éviter que l'alimentation ne devienne un facteur de stress - L'aider à s'alimenter si nécessaire, et l'assister et le conseiller sur les questions de santé buccale - Évaluer et gérer les douleurs et les effets secondaires gastro-intestinaux des traitements - Dispenser des conseils nutritionnels, informer et apporter une assistance psychosociale aux personnes atteintes de cancer et à leurs aidants.			
Perte d'appétit (anorexie) Satiété précoce	Nombreuses thérapies anticancéreuses systémiques (TAS) Radiothérapie (RT) Nausées Constipation Anxiété Cachexie cancéreuse Phase terminale de la maladie	Médicaments : Corticostéroïdes Progestatifs (acétate de mégestrol et acétate de médroxyprogestérone) Nausées : antiémétique Constipation : laxatifs CNO (compléments nutritionnels oraux [médicaux])	Prendre de petits repas fréquents contenant des aliments et liquides à haute teneur énergétique et protéinique Prendre de petits repas fréquents et régulièrement, et ne pas attendre d'avoir faim Maximiser les apports lorsque la faim est à son paroxysme Absorber des liquides entre repas au lieu de pendant les repas Manger lentement et bien mâcher Assistance à la nutrition orale et CNO adéquats (compléments nutritionnels oraux [médicaux])

SIN	Causes diverses	Traitement médical	Stratégies nutritionnelles
Nausées et vomissements (N&V)	TAS RT Constipation Post-opératoire Anxiété Occlusion intestinale subaiguë ou aiguë	Antiémétiques Traiter la cause : p. ex. laxatifs, modification du traitement médicamenteux (heures de prise, type et dosage), occlusion intestinale Faire coïncider les repas avec les médicaments contre la nausée (lorsque l'effet est le plus fort) Soins buccaux locaux	Idem ci-dessus Limiter l'exposition aux arômes des aliments Choisir des aliments froids ou à température ambiante pour atténuer les arômes Éviter les aliments provoquant une boulimie
Mucosité (inflammation/ulcération du système digestif, candidoses)	TAS/RT La sécheresse buccale peut aussi causer une mucosité orale	Arrêt du tabagisme pour les fumeurs Contrôle de la glycémie et traitement approprié Soins buccaux locaux Application locale Traitement antifongique Antalgiques si besoin CNO (compléments nutritionnels oraux) NE (nutrition entérale) ou NP (nutrition parentérale) dans les cas extrêmes	Choisir des aliments mous, froids ou à température ambiante Modification de la texture des aliments Hydratation adéquate Éviter les aliments épicés et acides, ainsi que les aliments croustillants ou difficiles à mâcher Ajouter du liquide en ajoutant des vinaigrettes ou des sauces Assistance à la nutrition orale et CNO adaptés
Modification des préférences alimentaires et du goût : impression que les aliments ont un goût de « carton » ou « métallique », sont fades, sensibilité accrue	Très courante avec les TAS RT (notamment chez les patients atteints d'un cancer de la tête et du cou)	Limité	Ajouter des saveurs aux aliments ou les atténuer Se concentrer sur les aliments aux saveurs faciles à absorber (p. ex. sans saveur, sucrés, aigres) Proposer des CNO avec différentes saveurs Utiliser des couverts en plastique pour atténuer le goût métallique Choisir des aliments aux textures variées

SIN	Causes diverses	Traitement médical	Stratégies nutritionnelles
Mucosité (inflammation/u lcération du système digestif, candidoses)	TAS/RT La sécheresse buccale peut aussi causer une mucosité orale	Arrêt du tabagisme pour les fumeurs Contrôle de la glycémie et traitement approprié Soins buccaux locaux Application locale Traitement antifongique Antalgiques si besoin CNO (compléments nutritionnels oraux) NE (nutrition entérale) ou NP (nutrition parentérale) dans les cas extrêmes	Choisir des aliments mous, froids ou à température ambiante Modification de la texture des aliments Hydratation adéquate Éviter les aliments épicés et acides, ainsi que les aliments croustillants ou difficiles à mâcher Ajouter du liquide en ajoutant des vinaigrettes ou des sauces Assistance à la nutrition orale et CNO adaptés
Dysphagie	RT Cancer proprement dit Phase terminale de la maladie	Évaluation de la douleur et traitement adapté Évaluation des besoins de traitement de la dysphagie : Dilatation œsophagienne Endoprothèse œsophagienne Orientation vers un orthophoniste	Modification des textures Poudre épaississante de produit liquide Assistance à la nutrition orale et prescription de CNO adaptés NE - prophylactique / réactive NP dans les cas extrêmes
Constipation	Analgésiques basés sur des opiacés Les antagonistes spécifiques au récepteur 5HT ₃ comme l'ondansétron peuvent entraîner de la constipation (41). Certaines chimiothérapies (p. ex. les vinca-alcaloïdes) Maladies du péritoine	Laxatifs/émollients fécaux	Augmenter la part de fibres (introduction progressive) Hydratation adéquate (Optimiser l'activité physique)

SIN	Causes diverses	Traitement médical	Stratégies nutritionnelles
Diarrhée	TAS RT pelvienne/abdominale Colite induite par l'immunothérapie Malabsorption (stéatorrhée) Diarrhée acide biliaire (DAB) Fécalome avec débordement Pathologie actuelle - maladie/syndrome inflammatoire de l'intestin Infection (neutropénie)	Médicaments : Anti-diarrhéiques (p. ex. loperamide, codéine phosphate) Corticostéroïdes Traitement substitutif d'enzymes pancréatiques (TSEP), (les enzymes pancréatiques sont des produits médicaux, par voie orale) Séquestrants d'acide biliaire (groupe de résines utilisées pour lier certains composants de la bile dans le tractus gastro-intestinal, par voie orale) Autre : Réduction du dosage TAS/RT Antibiotiques en cas d'infection intestinale En cas de colite induite par l'immunothérapie, consulter les directives pluridisciplinaires pour (42)	Optimisation des médicaments/séquestrants d'acide biliaire/optimisation et heures de prise d'un TSEP Les régimes pauvres en fibres ne sont pas indiqués dans la plupart des cas, dont la RT pelvienne Modification des apports en fibres, p. ex. augmentation des aliments riches en fibres solubles Assistance si diagnostic préalable de maladie/syndrome inflammatoire de l'intestin Carnet alimentaire Essayer un régime pauvre en lactose (généralement temporaire) Hydratation adéquate/boissons isotoniques (si indiquées) Limiter les aliments provoquant une boulimie (peut inclure la caféine, l'alcool, le sorbitol) Régime pauvre en lipides si indiqué et approprié vis-à-vis d'une DAB
Hyperglycémie	Diabète non contrôlé Diabète non diagnostiqué Hyperglycémie/diabète induit par des stéroïdes TAS, inhibiteur de tyrosine kinase	Médicaments hypoglycémiques appropriés	Le « régime spécial diabète » classique est généralement inadapté dans ce type de cas La sensibilisation aux glucides peut être utile Conseils adaptés en matière de gestion hypoglycémique si la personne est à risque Informations et orientation vers un spécialiste du diabète si besoin

SIN	Causes diverses	Traitement médical	Stratégies nutritionnelles
Douleurs	Localisation de la douleur Intervention chirurgicale RT Constipation	Analgésiques adéquats Traiter la cause	Évaluer la douleur et administrer des antalgiques avant les repas si manger/boire est douloureux La douleur elle-même peut causer une anorexie : le fait de rassurer le patient et le contrôle adéquat de la douleur peuvent donc faciliter l'alimentation
Dépression et/ou anxiété	Diagnostic Traitement Progression de la maladie Pathologie préexistante	Médicaments Thérapie appropriée	Objectifs nutritionnels réalistes Autogestion à travers l'alimentation et l'hydratation Optimiser les apports nutritionnels pour répondre aux besoins particuliers de la personne

Les infirmières en oncologie en première ligne, qui s'occupent directement des patients, sont souvent très bien placées pour dispenser des conseils pratiques et réalistes en matière de nutrition. Cela suffit souvent à améliorer l'appétit, l'état nutritionnel et à éviter la malnutrition chez les personnes atteintes de cancer (figure 3). En accompagnant et en informant le patient, l'infirmière en oncologie peut grandement contribuer à son autogestion en matière de nutrition.

Figure 3. Conseils pratiques en matière d'assistance à la nutrition orale mettant l'accent sur les aliments ⁽⁴⁷⁾

Suggestions pour améliorer les apports (énergétiques et protéiniques) par voie orale

Si vous mangez... des légumes, une purée, des haricots ou des plats en sauce

Ajoutez...

- Huile
- Lait entier ou enrichi
- Margarine
- Fromage
- Œufs (durs ou à ajouter à une sauce salée)

Si vous mangez... un en-cas

- Arachides et graines
- Pain aux fruits avec beurre/margarine
- Tartine aux céréales complètes avec beurre d'arachide et banane en rondelles
- Yaourt nature riche en matières grasses avec graines et/ou fruits secs
- Granola
- Barres d'arachides
- Bâtonnets de légumes ou pain pita aux céréales complètes avec houmous ou guacamole
- Tartine ou bagel avec œufs brouillés, thon ou saumon

Si vous mangez... une salade - Ajoutez...

- Avocat en tranches, arachides, graines et légumineuses
- Vinaigrette à l'huile
- Poissons gras, viande maigre ou de volaille cuite
- Houmous
- Pommes de terre nouvelles
- Œufs durs
- Une portion de pain (idéalement complet) avec du beurre/de la margarine

Si vous mangez... un sandwich, des tartines ou des biscuits salés

Ajoutez...

- Une couche épaisse de fromage frais, fromage blanc, beurre d'arachide ou houmous
- Une garniture d'avocat en tranches et de thon ou de poulet

Si vous mangez... un dessert ou des céréales pour petit-déjeuner

Ajoutez...

- Arachides ou graines
- Fruits secs
- Banane
- Lait entier ou enrichi
- Yaourt à la grecque ou nature

Si vous mangez... un ragoût, un plat à base de viande ou une soupe

Ajoutez...

- Lentilles ou haricots
- Riz, nouilles ou pâtes (idéalement complètes ou semi-complètes)
- Plus de viande maigre, poisson ou alternatives à la viande comme le tofu
- Plus d'huile à la cuisson
- Yaourt à la grecque ou crème fraîche avant de servir
- Une portion de pain (idéalement complet) ou des pommes de terre avec du beurre/de la margarine

Survivants du cancer

Les problèmes nutritionnels liés à un cancer peuvent occasionner des effets cliniques sur le long terme. Un cancer entraîne souvent une perte de poids ; toutefois, de plus en plus de patients sont en surpoids ou obèses au moment où ils démarrent leur traitement anticancéreux (5). Soulignons que la malnutrition peut survenir quel que soit le poids, et qu'elle passe souvent inaperçue tout en étant plus visible chez les personnes en surpoids (10).

L'obésité, dont la prévalence est très élevée chez certains patients atteints de cancer et survivants du cancer, peut également influencer les résultats cliniques au cours du traitement en cachant la malnutrition, et peut être un facteur de risque de récurrence du cancer et de moindres chances de survie pour certains cancers (39). Cependant, le cancer est souvent diagnostiqué plus tardivement chez les personnes en surpoids, et se trouve alors à un stade avancé; de plus amples recherches sont donc nécessaires pour éclairer le lien entre poids et évolution des cancers.

Ainsi, il est important d'identifier les patients risquant d'être confrontés à des difficultés liées à la prise de poids et aux comorbidités associées à l'obésité, lorsqu'ils sont déjà dans la phase de traitement. Il faut les aider au plus tôt à adopter un mode de vie sain (régime, activité physique) (10).

Les points importants de la pratique infirmière en oncologie - principes du traitement de la malnutrition

- Les principales interventions sont les interventions médicales (CNO, NE, NP), les conseils nutritionnels, l'activité physique et la gestion des symptômes influant sur la nutrition (SIN).
 - Les effets secondaires courants dus au traitement peuvent être atténués à l'aide d'interventions infirmières ciblées, dont des interventions non pharmacologiques, une assistance psychosociale, l'éducation du patient et l'accompagnement.
 - La nutrition orale est préférable à la nutrition entérale, elle-même préférable à la nutrition parentérale.
 - La nutrition entérale est privilégiée pour les personnes atteintes de cancer si leur tube digestif est fonctionnel. Cependant, la nutrition parentérale peut se révéler nécessaire si la nutrition orale demeure inopérante malgré les conseils, les compléments nutritionnels oraux et la nutrition entérale.
 - Il est primordial, dans la pratique infirmière, de continuer à orienter le patient tout au long de la phase d'accompagnement post-traitement oncologique, en employant une approche centrée sur la personne.
-
- Adoptez une approche infirmière permettant de répondre proactivement aux besoins nutritionnels des patients tout au long du parcours de soin.
 - Sachez quels sont les antécédents du patient, par exemple le diabète ou d'autres comorbidités pouvant influencer l'évolution du cancer et à prendre en compte dans le plan de guérison.
 - Établissez un schéma des habitudes nutritionnelles du patient avant et pendant le traitement et la maladie.
 - Soyez sensible à ce que ressentent les patients sur les plans physique et émotionnel, car ce ressenti peut influencer leur alimentation, leur état nutritionnel et le développement de la malnutrition.
 - En cas de problème, réfléchissez à ses causes potentielles, impliquez le patient, trouvez des solutions ensemble et encouragez-le à s'autogérer.

- Formulez un plan avec le patient et l'EPD.
- Aidez le patient à s'alimenter si besoin.
- Conseillez le patient sur l'amélioration de ses apports liquides.
- Prodiguez des conseils nutritionnels au moment de l'éducation dispensée avant la sortie de l'hôpital, collaborez avec le médecin généraliste et le centre médical de proximité, et orientez le patient vers les services sociaux et un service d'aide à domicile (p. ex. livraison de repas à domicile) si nécessaire.
- Accompagnez le patient et donnez-lui des renseignements personnalisés concernant la gestion des difficultés liées à la nutrition propres à son quotidien.
- Soutenez le patient et encouragez-le à être physiquement actif.

VI Recommandations nutritionnelles afin d'aider les personnes atteintes de cancer à bien manger, pendant et après le traitement

Comme nous l'avons vu, des conseils, une éducation et un aiguillage nutritionnels adaptés et efficaces sont nécessaires tout au long de la prise en charge du cancer (39). La malnutrition est courante lors du traitement d'un cancer, bien que de nombreux patients tolèrent bien le traitement et puissent manger « normalement ». Pour d'autres, il est possible de prévenir ou de traiter la malnutrition. Les personnes atteintes de cancer peuvent avoir besoin de conseils et d'aide pour bien manger.

Les stratégies nutritionnelles et les régimes pouvant contribuer à une meilleure gestion du cancer ont fait l'objet de nombreuses recherches, mais rares sont celles qui ont mené à des résultats concluants (22). Un patient qui se voit diagnostiquer un cancer peut être enclin à changer son régime : le moment est alors propice à son éducation (48). Il existe de nos jours un grand nombre de régimes plébiscités susceptibles d'intéresser les personnes atteintes de cancer, tel que le régime cétogène isocalorique (49). Certaines études ont, il est vrai, produit des résultats prometteurs (49), mais dans l'ensemble, ces régimes semblent être peu suivis, et leurs avantages n'ont rien d'évident ; à l'inverse, ils peuvent retarder le traitement et déboucher sur une malnutrition. Les professionnels de santé doivent donc être conscients des résultats mitigés en matière d'efficacité, de tolérabilité et de sécurité des régimes cétogènes et autres régimes restrictifs (49, 50). En outre, les infirmières en oncologie doivent orienter les patients qui souhaitent essayer ce type de régime vers un diététicien spécialisé en oncologie, afin de bénéficier des conseils et du suivi d'un spécialiste.

Survivants du cancer

Suite au traitement et tout au long de l'après-traitement, les personnes qui ont un cancer ou ont été atteintes d'un cancer sont susceptibles de ne pas suivre les recommandations nutritionnelles officielles pour les survivants du cancer, ce qui peut entraîner une récurrence et nuire à leur survie (39). La réduction des comorbidités et l'amélioration de la qualité de vie (QdV) chez les personnes ayant survécu à un cancer passent désormais par des interventions incitant à rester en bonne santé, en vue d'améliorer leur bien-être. Les recommandations diététiques à l'intention des personnes ayant survécu à un cancer doivent donc comprendre des conseils pour une alimentation saine (10). Il convient par ailleurs de prêter une attention particulière aux conseils diététiques sur le long terme, eu égard à leurs effets positifs sur le traitement des cancers et sur la nature chronique de la pathologie (9). Le rôle que pourraient jouer divers facteurs liés au mode de vie, comme la qualité du régime, dans la diminution des effets tardifs et à long terme du cancer et de leur traitement, suscite un intérêt grandissant. Toutefois, on manque encore de preuves solides pour déterminer si tel ou tel régime est préférable.

Par rapport au reste de la population, les survivants du cancer ont non seulement plus de risques de développer des tumeurs malignes secondaires, mais aussi des comorbidités. À ce jour, les interventions diététiques semblent n'avoir que peu d'influence (voire aucune) sur le risque de mortalité ou de tumeurs malignes secondaires. Il est ainsi difficile, lorsque l'on encourage l'adoption de comportements sains, de déterminer la contribution qu'apportent divers facteurs individuels à la santé globale et au bien-être ; des recherches complémentaires sont nécessaires (10).

Les survivants du cancer pourraient avoir à gagner à mieux suivre les recommandations en matière de prévention des cancers. L'ESPEN, le Fonds mondial de recherche contre le cancer et le Code européen contre le cancer prodiguent des conseils similaires : augmenter la part de fibres, augmenter la part des fruits et légumes, éviter les viandes transformées, manger moins de viande rouge et limiter les boissons sucrées (10).

Les directives de l'ESPEN recommandent

- Participation à une activité physique régulière
- Maintenir un poids idéal (IMC entre 18,5 et 25 kg/m²), et
- Un mode de vie sain avec un régime basé sur les légumes, les fruits et les céréales complètes, et pauvre en matières grasses saturées, viande rouge et alcool.

Voici quelques points importants concernant la nutrition et le régime alimentaire chez les survivants du cancer :

Prendre des mesures pour se maintenir à son poids idéal : Conserver une activité physique et manger sainement.

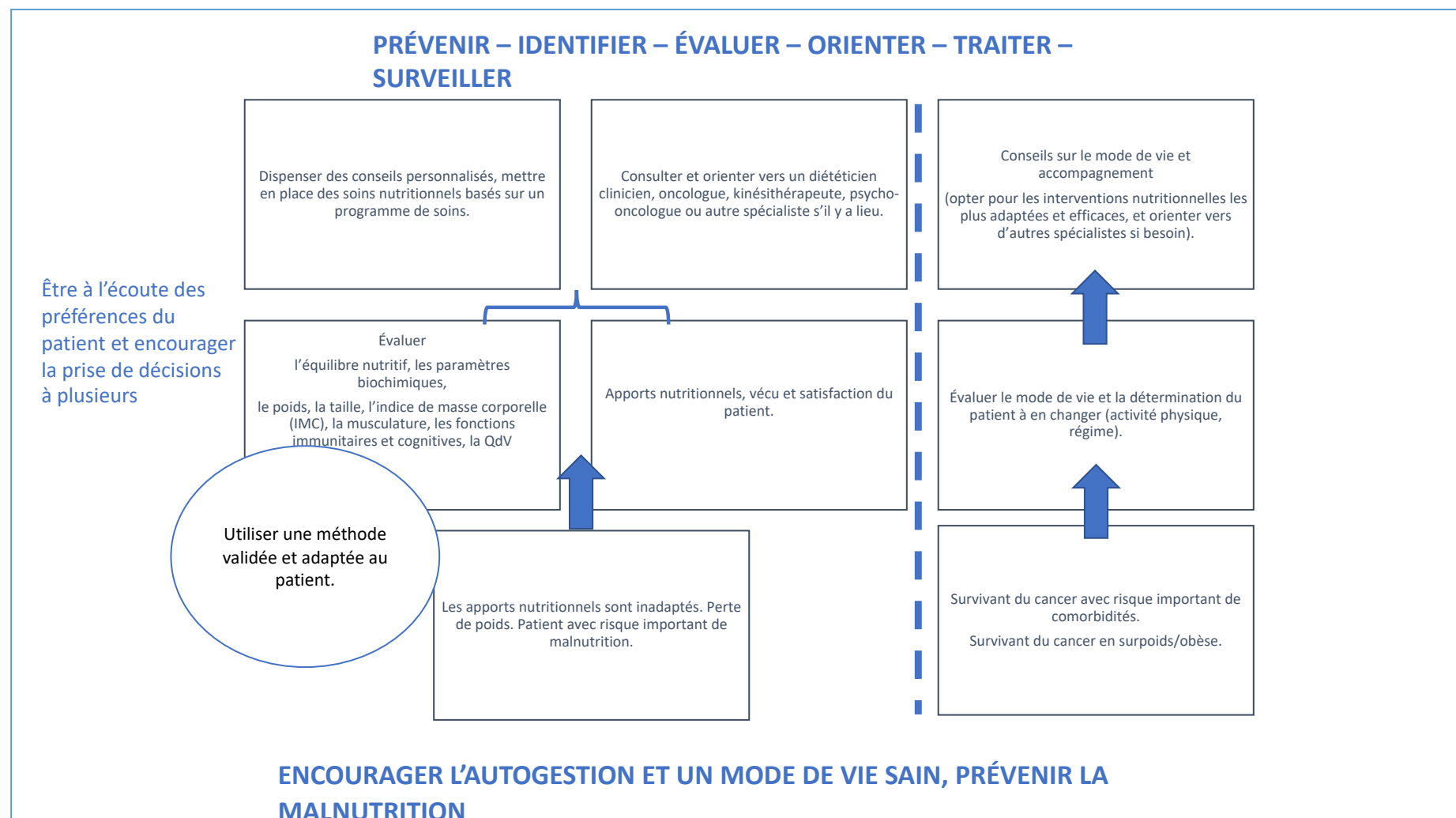
Adopter un régime sain : Manger beaucoup de céréales complètes, légumineuses, légumes et fruits. Limiter les aliments très caloriques (riches en sucres ou lipides), et éviter les boissons sucrées. Éviter les viandes transformées, limiter la viande rouge et les aliments à forte teneur en sel.

Bon nombre de survivants du cancer sont plus susceptibles de contracter d'autres pathologies chroniques (10), comme les maladies cardiovasculaires. Les recommandations relatives aux quantités et aux types de lipides, de protéines et de glucides, qui visent à réduire le risque de maladies cardiovasculaires, sont donc également valables pour les survivants du cancer, notamment si leur poids corporel est supérieur ou égal aux recommandations (51). Les survivants du cancer doivent suivre un régime sain, caractérisé par d'importants apports en fruits, légumes, légumineuses, arachides et graines, et éviter les aliments transformés et de type fast-food. Les compléments alimentaires ne sont à envisager qu'en cas de carence nutritionnelle (52). Les survivants du cancer doivent être encouragés à intégrer à leur régime des aliments riches en acides gras oméga-3, car ceux-ci diminuent le risque de maladies cardiovasculaires et le taux de mortalité global. Pour satisfaire les besoins en protéines, les aliments à privilégier sont les aliments pauvres en matières grasses saturées et riches en nutriments essentiels, en composés phytochimiques et en fibres, tels que les légumes, les fruits et les céréales complètes ; les légumineuses doivent représenter la majorité des apports en glucides (51). Si une personne a du mal à mettre en place ces changements du fait du traitement oncologique (ex : formation d'une stomie), il peut être bon de l'orienter vers un diététicien.

Les points importants de la pratique infirmière en oncologie - recommandations nutritionnelles pour les personnes atteintes de cancer : bien manger pendant et après le traitement

- Les survivants du cancer doivent suivre un régime sain, caractérisé par d'importants apports en fruits, légumes, légumineuses, arachides et graines, et éviter les aliments transformés et de type fast-food.
- Avoir conscience que de nombreux patients tolèrent bien le traitement et peuvent manger « normalement ».
- Changer de mode de vie n'est pas facile et peut être vécu comme une contrainte par le patient.
- Accompagner le patient dans la modification de ses habitudes, en collaboration avec un diététicien, et identifier des objectifs réalistes pour le patient.
- Prodiguer des conseils aux personnes atteintes de cancer et les aider à bien manger pendant les traitements.
- Encourager les personnes ayant survécu à un cancer à suivre les recommandations générales en matière de prévention du cancer, comme celles du Code européen contre le cancer.

Figure 4. Cadre pour la pratique infirmière en matière de nutrition des personnes atteintes de cancer



Remarques

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Lectures recommandées

Recommandations de l’American Cancer Society pour une alimentation saine

ESMO. Cachexie cancéreuse chez les patients adultes : directives cliniques pratiques de l'ESMO

Directives de l'ESPEN sur la nutrition chez les patients atteints de cancer

Code européen contre le cancer

Macmillan Cancer Support

Fonds mondial de recherche contre le cancer

Fonds mondial de recherche contre le cancer

Abréviations

DAB

Diarrhée acide biliaire

IMC	Indice de masse corporelle
SACC	syndrome d'anorexie-cachexie cancéreuse
EFAD	Fédération européenne des associations de diététiciens
NE	Nutrition entérale
EONS	European Oncology Nursing Society
ESPEN	Société européenne de nutrition clinique et métabolisme
GLIM	Global Leadership Initiative on Malnutrition
EPD	Équipe pluridisciplinaire
MNA	Mini-évaluation nutritionnelle
MUST	Outil de dépistage universel de la malnutrition (Malnutrition Universal Screening Tool)
SIN	Symptômes influant sur la nutrition
NRS-2002	Dépistage des risques nutritionnels
CNO	Compléments nutritionnels oraux (liquides prêts à être absorbés ou poudres pouvant être préparées sous forme de boisson. Généralement utilisés en complément d'aliments normaux.)
TSEP	Traitement substitutif d'enzymes pancréatiques
PG-SGA	Évaluation globale subjective générée par le patient
NP	Nutrition parentérale
QdV	Qualité de vie
DEJ	Dépense énergétique journalière
RT	Radiothérapie
TAS	Thérapies anticancéreuses systémiques
SNAQ	Questionnaire court d'évaluation nutritionnelle

Références

1. Muscaritoli M, et al. Prevalence of malnutrition in patients at first medical oncology visit: the PreMiO study. *Oncotarget* 2017 ; 8 : 79884–79896.
2. Righini CA, et al. Assessment of nutritional status at the time of diagnosis in patients treated for head and neck cancer. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2013 ; 130(1) : 8–14.
3. Muscaritoli M, et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clin Nutr* 2021 ; 5, 2898–2913.
4. Arends J, et al. ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. *Clin Nutr* 2017 ; 36 : 1187–1196.
5. Baracos VE. Cancer-associated malnutrition. *Eur. J. Clin. Nutr* 2018 ; 72 : 1255–1259.
6. Zhang X, et al. Effects of nutritional support on the clinical outcomes of well-nourished patients with cancer: a meta-analysis. *Eur J Clin Nutr* 2020 ; 13 : 1389–1400.
7. Tu MY, et al. Effects of an intervention on nutrition consultation for cancer patients. *Eur J Cancer Care* 2013 ; 22 : 370–376.
8. Lee JLC, et al. Nutrition intervention approaches to reduce malnutrition in oncology patients: a systematic review. *Support Care Cancer* 2016 ; 24 : 469–480.
9. Witham G. Nutrition and cancer: issues related to treatment and survivorship. *Br J Community Nurs* 2013 ; Suppl Nutrition 20 : 20–24.
10. Bihari S et al. Dietary interventions for adult cancer survivors. *Cochrane Database Syst Rev* 2019 ; 11,CD011287.
11. Sierpina V, et al. Nutrition, metabolism, and integrative approaches in cancer survivors. *Semin Oncol Nurs* 2015 ; 32 : 42–52.
12. Campbell P, et al. Recognizing European cancer nursing: Protocol for a systematic review and meta-analysis of the evidence of effectiveness and value of cancer nursing. *J Adv Nurs* 2017 ; 73 : 3244–3253.
13. Van Veen MR, et al. Improving Oncology Nurses' Knowledge About Nutrition and Physical Activity for Cancer Survivors. *Oncol Nurs Forum* 2017 ; 44 : 488–496.
14. Cederholm T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr* 2019 ; 38 : 1–9.
15. Tarricone R, et al. Impact of cancer anorexia-cachexia syndrome on health-related quality of life and resource utilisation: A systematic review. *Crit Rev Oncol Hematol* 2016 ; 99 : 49 – 62.
16. Cruz-Jentoft AJ, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing* 2018 ; 48 : 16–32.
17. Granda-Cameron C, et al. Clinical Framework for Quality Improvement of Cancer Cachexia. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2018 ; 5 : 369–376.
18. Muscaritoli M, et al. Consensus definition of sarcopenia, cachexia and pre-cachexia: joint document elaborated by Special Interest Groups (SIG) “cachexia-anorexia in chronic wasting diseases” and “nutrition in geriatrics”. *Clin Nutr* 2010 ; 29 : 154–159.
19. Van Cutsem E, et al. The causes and consequences of cancer-associated malnutrition. *Eur J Oncol Nurs* 2005 ; 9 (Suppl 2) : 51–63.
20. Santarpia L, et al. Nutritional screening and early treatment of malnutrition in cancer patients. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2011 ; 2 : 27–35.
21. Ravasco P. Nutrition in Cancer Patients. *J Clin Med* 2019 ; 8 : 1211.
22. Zhang X, et al. Malnutrition and overall survival in older adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. *J Geriatr Oncol* 2019 ; 10 : 874–883.
23. Isenring E, et al. Updated evidence-based practice guidelines for the nutritional management of patients receiving radiation therapy and/or chemotherapy. *Nutr Diet* 2013 ; 70 : 322–332.
24. Sean LC, et al. Effects of nutritional counselling on anthropometric measures in adult patients with cancer undergoing treatment and their perception and satisfaction level: a comprehensive systematic review. *JBI Libr Syst Rev* 2011 ; 9 : 886–924.
25. Cederholm T, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr* 2017 ; 36 : 49–64.
26. Sealy MJ, et al. Content validity across methods of malnutrition assessment in patients with cancer is limited. *J Clin Epidemiol* 2016 ; 76 : 125–136.
27. Jager-Wittenaar H, et al. Assessing nutritional status in cancer: role of the Patient-Generated Subjective Global Assessment. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2017 ; 20 : 322–329.
28. Bozzetti F, et al. The nutritional risk in oncology: a study of 1,453 cancer outpatients. *Support Care Cancer* 2012 ; 20 : 1919–1928.
29. Gioulbasanis I, et al. Baseline nutritional evaluation in metastatic lung cancer patients: Mini Nutritional Assessment versus weight loss history. *Ann Oncol* 2011 ; 22 : 835–845.
30. Boléo-Tomé C, et al. Teaching nutrition integration: MUST screening in cancer. *Oncologist* 2011 ; 16 : 239–245.
31. Simcock R. Principles and guidance for prehabilitation within the management and support of people with cancer. 2019. Disponible à l'adresse https://cdn.macmillan.org.uk/dfsmedia/1a6f23537f7f4519bb0cf14c45b2a629/1532-source/prehabilitation-for-people-with-cancer-tcm9-353994?_ga=2.163223806.332547047.1614171838-1573269784.1614171838

32. Khanh-Dao Le L. Cancer Anorexia Cachexia Syndrome: Non-Pharmacological Management. Evidence Summary. The Joanna Briggs Institute EBP Database 2018 ; JBI@Ovid. 2019JBI21119.
33. Ukovic B, et al. Nutrition interventions to improve the appetite of adults undergoing cancer treatment: a systematic review. *Support Care Cancer* 2020 ; 28 : 4575-4583.
34. de van der Schueren MAE, et al. Systematic review and meta-analysis of the evidence for oral nutritional intervention on nutritional and clinical outcomes during chemo(radio)therapy: current evidence and guidance for design of future trials. *Ann Oncol* 2018 ; 1,29 : 1141-1153.
35. Laviano A, et al. Targeted Medical Nutrition in Pre-Cachectic Patients with Non-Small-Cell Lung Cancer: A Subgroup Analysis. *Nutr Cancer* 2020 ; 10 : 1–2.
36. Laviano A, et al. Safety and Tolerability of Targeted Medical Nutrition for Cachexia in Non-Small-Cell Lung Cancer: A Randomized, Double-Blind, Controlled Pilot Trial. *Nutr Cancer* 2020 ; 72 : 439-450.
37. Mehanna HM, et al. Refeeding syndrome: what it is, and how to prevent and treat it. *BMJ* 2008 ; 336 (7659) : 1495-1498.
38. Greenlee H, et al. Helping Patients Eat Better During and Beyond Cancer Treatment: Continued Nutrition Management Throughout Care to Address Diet, Malnutrition, and Obesity in Cancer. *Cancer J* 2019 ; 25 : 320–328.
39. Chang WP, et al. Does the Oral Administration of Ginger Reduce Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting? *Cancer Nurs* 2019 ; 42 : 14–23.
40. Hug A. Oncology 2020. Disponible à l'adresse <https://aymes.com/blogs/papers-and-articles/oncology>
41. Powell N, et al. British Society of Gastroenterology endorsed guidance for the management of immune checkpoint inhibitor-induced enterocolitis. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2020 ; 5(7) : 679–697.
42. Rehwaldt M, et al. Self-care strategies to cope with taste changes after chemotherapy. *Oncol Nurs Forum* 2009 ; 36 : 47-56.
43. Wedlake L, et al. Randomized controlled trial of dietary fiber for the prevention of radiation-induced gastrointestinal toxicity during pelvic radiotherapy. *Am J Clin Nutr* 2017 ; 5 : ajcn150565.
44. UKONS. Acute Oncology Initial Management Guidelines. 2020. Disponible à l'adresse : https://www.ukons.org/site/assets/files/1134/oncology_haematology_24_hour_triage.pdf
45. Österlund P, et al. Lactose intolerance associated with adjuvant 5-fluorouracil-based chemotherapy for colorectal cancer. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004 ; 2 : 696–703.
46. Hug, D. 2020. Nutritional care & dietetic recommendations. Presentation in NutriCaNurse webinar.
47. Beeken RJ, et al. What about diet? A qualitative study of cancer survivors' views on diet and cancer and their sources of information. *Eur J Cancer Care* 2016 ; 25 : 774–783.
48. Erickson N, et al. Systematic review: isocaloric ketogenic dietary regimes for cancer patients. *Med Oncol* 2017 ; 34 : 72.
49. Huebner J, et al. Counseling patients on cancer diets: a review of the literature and recommendations for clinical practice. *Anticancer Res* 2014 ; 34 (1) : 39-48.
50. Fong E. Cancer Survivor: Diet Composition. The Joanna Briggs Institute EBP Database 2019a ; JBI@OvidJBI13265.
51. Fong E. Cancer Survivor: Dietary Supplements. The Joanna Briggs Institute EBP Database 2019b ; JBI@Ovid:JBI13264.
52. Fearon K, et al. Understanding the mechanisms and treatment options in cancer cachexia. *Nat Rev Clin Oncol* 2013 ; 10 (2) : 90e9.
53. Donald M, Borthwick D Assessment and management of malnutrition in patients with lung cancer. *Cancer Nursing Practice* 2016 ; 15 (8) : 27-32.
54. DeNysschen C, Platek ME, Hemler D, Aronoff N, Zafron ML. Optimal Nutrition and Hydration Through the Surgical Treatment Trajectory. *Semin Oncol Nurs* 2017 ; 33 (1) : 61-73.
55. Coolbrandt A, et al. Characteristics and effectiveness of complex nursing interventions aimed at reducing symptom burden in adult patients treated with chemotherapy: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Nurs Stud* 2014 ; 51(3) : 495-510.
56. Arends J, et al. Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. 2021 ; accepté pour publication.
57. Murphy JL, et al. The provision of nutritional advice and care for cancer patients: a UK national survey of healthcare professionals. *Support Care Cancer* 2021 ; 29 (5) : 2435-2442.
58. Xu X, Parker D, Ferguson C, Hickman L. Where is the nurse in nutritional care? *Contemp Nurse* 2017 ; 53 (3) : 267-270.
59. Rock CL, et al. Nutrition and physical activity guidelines for cancer survivors. *CA Cancer J Clin* 2012 ; 62 (4) : 243-74.
60. Kruizenga HM, et al. Development and validation of a hospital screening tool for malnutrition: the short nutritional assessment questionnaire (SNAQ). *Clin Nutr* 2005 ; 24 (1) : 75-82.



Ce livret s'inscrit dans le cadre du projet pédagogique NutriCaNurse de l'European Oncology Nursing Society (EONS). Ce projet a été réalisé en partenariat avec la Société européenne de nutrition clinique et métabolisme (ESPEN) et la Fédération européenne des associations de diététiciens (EFAD). La Medical Nutrition International Industry Association (MNI) a accordé une subvention spécifique à caractère pédagogique à ce projet.

