




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



La dénutrition chez le patient âgé porteur d'un cancer urologique

Denutrition in the elderly patient with urologic cancer

A. Ghisolfi-Marque

Pôle gériatrique, Hôpital de jour, CHU de Toulouse, 170, avenue de Casselardit, 31300 Toulouse, France

MOTS CLÉS

Sujets âgés ;
Dénutrition
protéino-
énergétique ;
Cancer

Résumé

La dénutrition chez le sujet âgé atteint de cancer est une complication fréquente et grave. De mécanisme complexe et multifactoriel, associant des causes imputables à la pathologie néoplasique, à des facteurs liés au vieillissement, elle est à l'origine d'une surmortalité pour ces patients.

Il est indispensable de rechercher systématiquement une dénutrition chez tous les patients âgés, dans le cadre de l'évaluation gériatrique standardisée, en utilisant les critères diagnostiques de l'HAS : perte de poids, Indice de masse corporelle et Mini Nutritional Assessment.

Le traitement de la dénutrition doit être intégré au projet thérapeutique et doit donc prendre en compte la dimension éthique. En fonction des possibilités d'alimentation orale spontanée, le choix du support nutritionnel sera orienté vers la voie orale : alimentation enrichie, fractionnée associée si besoin à une complémentation orale hypercalorique ; ou vers la voie entérale. Quel que soit le traitement nutritionnel choisi, l'évaluation de sa tolérance et de son efficacité est indispensable.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Elderly subjects;
Protein/energy
denutrition;
Cancer

Abstract

Denutrition in the elderly subject with cancer is a frequent and serious complication. With a complex and multifactorial mechanism, associating causes that are attributable to neoplastic disease with factors related to aging, denutrition is the source of excessive morbidity for these patients.

One must systematically search for denutrition in all elderly patients in a standardized gerontological assessment, using the diagnostic criteria set out by the French National

Correspondance.

Adresse e-mail : ghisolfi-marque.a@chu-toulouse.fr



Health Authority: weight loss, body mass index, and the Mini Nutritional Assessment. Treatment of denutrition should be integrated into the therapeutic project and should therefore take the ethics dimension into account. Depending on the patient's capacity for spontaneous oral feeding, the choice of nutritional sources will be oriented toward oral nutrition: enriched, fractionated food intake, associated if need be with high-calorie oral complementation; or toward enteral feeding. Whatever nutritional treatment is selected, its tolerance and efficacy must be assessed.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Les sujets âgés représentent une forte proportion des patients hospitalisés pour prise en charge d'un cancer et plus particulièrement d'un cancer urologique : ainsi, les cancers de la prostate donnent lieu au plus grand nombre de journée d'hospitalisation pour les plus de 75 ans [1]. De 4 à 10 % des sujets âgés à domicile et près d'un sujet âgé sur deux à l'entrée à l'hôpital, présentent une dénutrition protéino-énergétique [2]. Les maladies et plus particulièrement les pathologies cancéreuses altèrent l'état nutritionnel des patients âgés ; ainsi pour Terret et al., plus de 65 % des sujets âgés hospitalisés pour cancer de la prostate sont dénutris ou à risque de dénutrition [3].

La cachexie liée au cancer

La cachexie cancéreuse est un phénomène complexe et multifactoriel [4]. Après 75 ans, elle peut être due, comme chez le sujet jeune à une anorexie psychogène, à la tumeur maligne elle-même, à la sécrétion par l'hôte de substances cachectisantes. Les traitements vont également contribuer à la constitution de la dénutrition par l'intermédiaire de l'hyper-catabolisme généré et des périodes de jeûne ou de réduction des apports alimentaires (Fig. 1).

Le vieillissement en soi n'est pas synonyme de dénutrition, mais les modifications physiologiques liées à l'avance en âge vont avoir des conséquences nutritionnelles multiples et intriqués [5]. Aux conditions socio-économiques vont venir s'ajouter des troubles de la dentition, des modifications du goût et de l'odorat, des troubles de l'appétit et de la satiété responsable d'une diminution des prises alimentaires. Les perturbations de l'anabolisme protidique empêchent l'organisme âgé de reconstituer ses réserves après une agression. Les modifications de l'appétit correspondent à l'incapacité pour le sujet âgé de répondre de manière appropriée à une phase de restriction alimentaire (tel le jeûne). Cette inadaptation est responsable de la non reprise spontanée du poids à la levée du stress et aboutit en l'absence de prise en charge nutritionnelle appropriée à la constitution d'une malnutrition protéino-énergétique. Ainsi, la tumeur, élément agresseur, hyper-catabolisant et anorexigène pour un sujet âgé fragile, précipite la survenue d'une dénutrition. Les conséquences propres de la dénutrition vont être complétées par la situation carcinologique, contribuant à l'accroissement de la morbidité et de la mortalité des malades âgés (Fig. 2) : augmentation de la fréquence des complications, diminution de la tolérance aux traitements et altération de la qualité de vie [6].

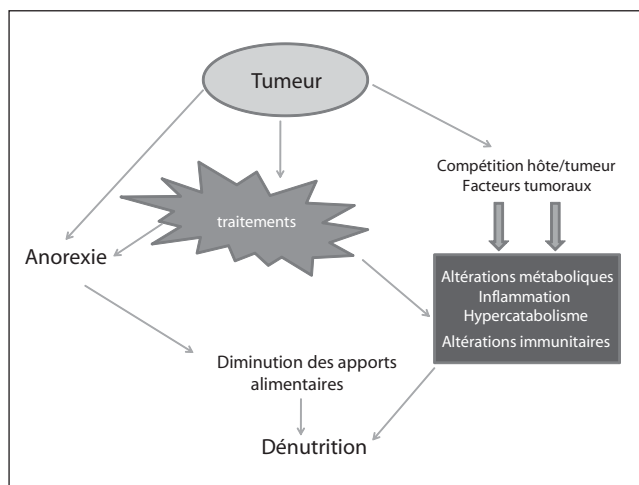


Figure 1. Mécanismes de la cachexie cancéreuse (adapté d'après Nitemberg et al. 2001). (compléter la réf. bibliographique à demander à l'auteur)

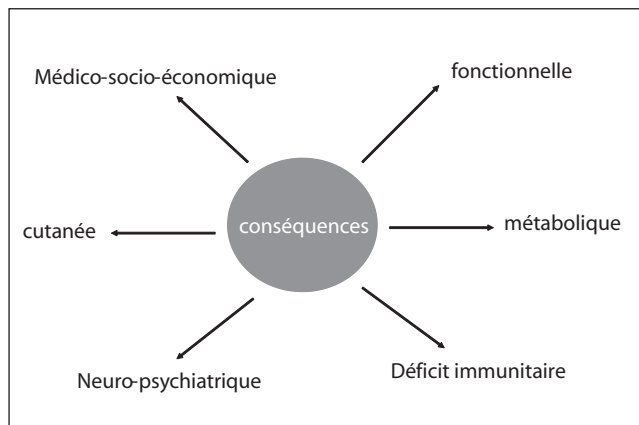


Figure 2. Conséquences de la dénutrition du sujet âgé.

Critères cliniques de dénutrition

Il est donc indispensable de dépister toutes les situations à risque de dénutrition et de diagnostiquer le cas échéant une dénutrition chez tous les sujets âgés pris en charge pour un cancer urologique. Les critères diagnostic de la dénutrition (Tableau 1) du sujet âgé ont été publiés en 2007 [7]. Il s'agit de mesures anthropométriques (perte de poids exprimée en pourcentage, Indice de Masse Corporelle (IMC)), de marqueurs biologiques (albuminémie) et du

Tableau 1 Critères diagnostics de la dénutrition

Dénutrition	Dénutrition sévère
- Perte de poids : $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois	- Perte de poids : $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois
- Indice de masse corporelle : IMC < 21	- IMC < 18
- Albuminurie < 35g/l	- Albuminurie < 30g/l
- MINA™-global < 17	

questionnaire Mini Nutritional Assessment (MNA). Le diagnostic de dénutrition repose sur la présence d'un ou plusieurs de ces critères simples. L'albuminémie ne peut être interprétée qu'en tenant compte de l'état inflammatoire évalué par le dosage de la protéine C réactive. L'IMC n'apparaît pas comme un indicateur sensible chez le patient âgé atteint de cancer [8]. La perte de poids exprimée en pourcentage est donc un point clé du diagnostic. La réalisation du MNA, intégrée à l'Évaluation Gérontologique Standardisée (EGS) présente l'intérêt dans sa version longue, de comporter des items diététiques permettant d'approcher la prise alimentaire du sujet âgé. La perturbation de chacun de ces critères diagnostiques est corrélée à un risque accru de mortalité chez le patient âgé cancéreux.

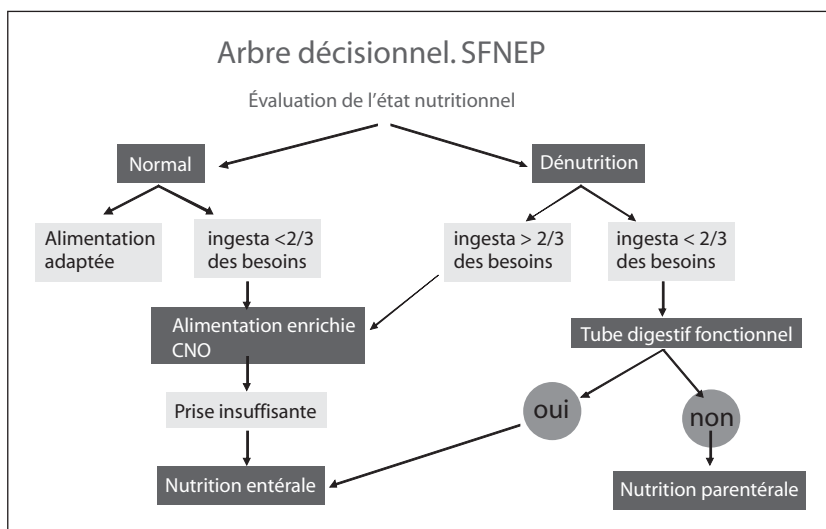


Figure 3. Choix du support nutritionnel.

Principes thérapeutiques de la dénutrition

Bien que la restauration de la masse maigre soit plus lente chez le sujet âgé, la mise en place précoce d'un traitement nutritionnel est recommandée chez le patient âgé dénutri ou à risque nutritionnel [9]. La prise en charge nutritionnelle est conditionnée par le projet thérapeutique. La discussion éthique, les résultats de l'EGS doivent aider à sa détermination. Lorsqu'une attitude curative est décidée, lorsqu'un traitement est choisi visant à améliorer la qualité de vie du patient, la nutrition doit faire partie intégrante du traitement. Le choix du support nutritionnel est orienté par les possibilités d'alimentation par voie orale, l'anorexie, la sévérité de la dénutrition (Fig. 3). La voie orale sera toujours privilégiée ; le recours à une alimentation enrichie, fractionnée dans le but de majorer la densité calorique, sera proposé en première intention. Si cette démarche est insuffisante, la prescription de compléments nutritifs oraux hypercaloriques sera discutée. La nutrition entérale sera indiquée lorsque l'alimentation orale est impossible ou insuffisante, tandis que la nutrition parentérale sera réservée aux rares situations où le tube digestif est non fonctionnel. En ce qui concerne la chirurgie, il est recommandé de procéder à une renutrition, orale ou entérale des sujets dénutris en pré-opératoire [6]. Le jeûne et l'alitement postopératoire seront limités au maximum afin de favoriser la reprise fonctionnelle.

Conclusion

Au risque nutritionnel lié au cancer vient s'ajouter chez le sujet âgé aux modifications physiologiques du vieillissement expliquant la forte prévalence de la dénutrition. Celle-ci est responsable par elle-même d'une augmentation de la morbidité, d'une moindre tolérance aux traitements et d'une altération de la qualité de vie. Inclus dans l'Évaluation Gérontologique Standardisée, le dépistage et le diagnostic de la dénutrition sont indispensables et doivent permettre la mise en route d'un traitement nutritionnel adapté, partie intégrante du projet thérapeutique global.

Conflit d'intérêts : aucun.

Références

- [1] Pillet N, Goldberg S, Piaux S, Genty B. Prise en charge hospitalière des patients âgés atteints de cancer en France en 2005. *Oncologie*. 2007;9:196-9.
- [2] Belmin J. Malnutrition protéino-énergétique du séniör : une hospitalisation fréquente après une hospitalisation. *La Revue de Gériatrie* 2006;31:1-5.
- [3] Terret C, Albrand G, Droz JP. Geriatric assessment in elderly patients with prostate cancer. *Clin Prostate Cancer* 2004;2:236-40.
- [4] Argilés JM. Cancer associated malnutrition. *EUR J Onco Nurs*. 2005;9(S2):539-50.

- [5] Morley JE. Anorexia, body composition and aging. *Curr Opin in Clin Nutr Metab Care*. 2001;4:9-13.
- [6] Gianotti L, Braga M. Nutrition peri-opératoire chez le patient cancéreux. *Nutr Clin Métab*. 2001;15:298-307.
- [7] HAS. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. *Recommandations*. 2007.
- [8] Marin Cano MM, Gomez Candela C, Castillo Rabaneda R, Lourenço Noqueirat T, Pardo Masferrer J. Nutritional risk evaluation and establishment of nutritional support in oncology patients according to the protocol of the Spanish nutrition and cancer group. *Nutr.Hosp*. 2008;23(5):458-68.
- [9] Hardy C, Wallace C, Khansur T, Vance RB, Thigpen JT, Balducci L. Nutrition, cancer and aging: an annotated review. II. Cancer cachexia and aging. *J AG Soc*. 1986;34(3):319-28.