

La nutrition entérale en oncologie


Vicky Rousseau , diététiste-nutritionniste

CISSS du Bas-St-Laurent, région Rimouski

Programme de lutte contre le cancer

23 octobre 2015

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

Québec 

Statistiques

- * «La **malnutrition** est présente chez environ 60% des patients ayant un cancer et plus de 20% des décès est attribué à la malnutrition.»
- * «La diminution des apports chez les patients peut mener à la **dénutrition**, diminuer la **réponse aux traitements** et augmenter le risque de **complications** post-opératoires».
- * «Une **intervention nutritionnelle précoce** pourrait diminuer l'effet catabolique de la maladie et les **effets secondaires** des traitements, en plus d'améliorer la **qualité de vie**.»



* La nutrition entérale

Différents niveaux de prise en charge nutritionnelle

Plan de la présentation

- * Indications, contre-indications
- * Avantages
- * Choix du site d'alimentation
- * Modes et systèmes d'administration
- * Types de préparation de nutrition entérale
- * Frais engendrés
- * Évaluation de la tolérance
- * Complications possibles
- * Travail d'équipe
- * Conclusion

Gavage ou nutrition entérale ?

Définition de «gavage»

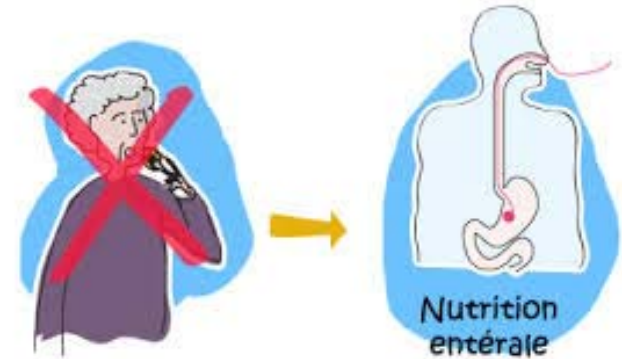
- * Action de faire ingurgiter un grand excès d'aliments à des animaux ou des humains, soit par force soit par incitation.
- * Introduction d'aliments dans l'estomac à l'aide d'un tube, en vue de suralimenter certains malades.

Définition de «nutrition entérale»

- * Méthode de substitution de l'alimentation orale permettant d'apporter tous les nutriments nécessaires à l'organisme afin d'atteindre un état nutritionnel correspondant aux besoins du patient, par une sonde introduite dans le tube digestif par voie nasale ou via une stomie digestive.

Indications

Quand les apports per-os sont :
insuffisants, impossibles ou contre-indiqués



- * Troubles neurologiques
(AVC, dysphagie sévère, traumatisme crânien, SEP, déficit cognitif, SLA, etc.)
- * Troubles gastro-intestinaux
(syndrome de l'intestin court, fistule, obstruction œsophagienne, pancréatite aiguë, etc.)
- * Dysgueusie sévère limitant les apports

Indications (suite)

- * Alimentation orale comblant **moins de 60 % des besoins nutritionnels** durant plus de 7 à 10 jours ou anticipée
- * Hypermétabolisme (infection, plaies, cancer généralisé)
- * Dysphagie sévère reliée à un cancer de la sphère ORL
- * Insuffisance organique (hépatique, respiratoire, cardiaque, coma)
- * Traitement en période post-opératoire
- * Perte de poids sévère, involontaire

JUGEMENT CLINIQUE

Contre-indications

- * Iléus de durée prolongée (intestin grêle)
- * Diarrhée sévère ou fistule à haut débit
- * Hémorragies digestives sévères
- * Vomissements réfractaires
- * Péritonite diffuse
- * Ischémie ou occlusion gastro-intestinale
- * Capacité d'absorption insuffisante au niveau du tube digestif (< 100 cm jéjunum, < 150 cm iléon et absence de valve iléo-cæcale)
- * Instabilité hémodynamique (choc hypovolémique ou septique)
- * Refus de l'utilisateur

Avantages de débuter une nutrition entérale précoce

- * Stopper la malnutrition et combler les besoins nutritionnels
- * Maintien de l'intégrité des voies digestives
- * Atténuation de la réaction hypermétabolique
- * Cicatrisation des plaies
- * Amélioration de l'état hydrique
- * Diminution de la durée de séjour
- * Amélioration du système immunitaire
- * Meilleure tolérance aux traitements de RT/CT
- * Diminution de la mortalité chez la patients ventilés

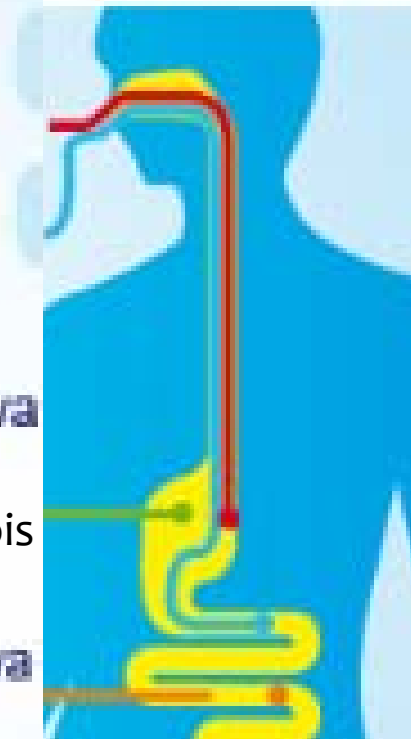
Choix du site d'administration

Dépend de plusieurs facteurs:

- * Endroit où est situé le cancer
- * Risque d'aspiration , capacité déglutition
- * Opérations chirurgicales (subies ou à venir) par le patient
- * Traitements + effets secondaires
- * Profil socio-économique (soutien, âge, hygiène)
- * Durée prévue de la nutrition entérale
- * Fonctionnement du tube digestif
- * État général du patient (état cognitif)

Emplacement de la sonde

- La sonde naso-gastrique, qui pénètre par une narine et va directement dans l'estomac.*
- La sonde naso-duodénale, qui pénètre par une narine et va directement dans l'intestin (duodénum) au-delà de l'estomac.
- La sonde de gastrostomie, qui pénètre par la paroi abdominale et va directement dans l'estomac (posée par voie endoscopique, radiologique ou moins souvent chirurgicale). durée envisagée > 3 mois
- La sonde de jéjunostomie, qui pénètre par la paroi abdominale et va directement dans l'intestin (jéjunum), posée par voie chirurgicale



↓ Moins de risque d'aspiration, de problèmes de fuite, d'irritation, de No/Vo, de ballonnements mais le risque de diarrhée est supérieur.

Gastrostomie/Jéjunostomie

- * **Sonde chirurgicale**

ouverture (stomie) dans la paroi abdominale. Maintenu en place par un point de suture ou un ballon gonflé autour de la sonde.

- * **Sonde percutanée radiologique**

mise en place par un radiologiste, sous rayon X.

- * **Sonde endoscopique percutanée (PEG ou PEJ)**

Mise en place par le chirurgien et le gastro-entérologue à l'aide d'un endoscope.

Avantages: sonde invisible sous les vêtements, plus d'autonomie, moins de risque d'obstruction, mais plus de risques d'infection

Systeme d'administration

Systeme ouvert (gravite/pompe/seringue)

- * Temps suspension de 6 heures maximum
- * Demande plus d'entretien et de manipulation, ↑ contamination
- * Une tubulure aux 3 jours



Systeme ferme (pompe)

- * ↓ risque de contamination et d'infection*
- * Demande une certaine habileté à comprendre l'électronique
- * Temps de suspension maximum 48 heures
- * Une tubulure aux 24-48 heures.

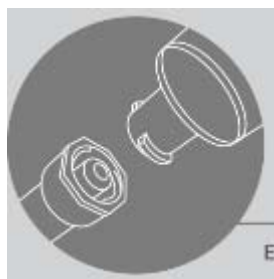
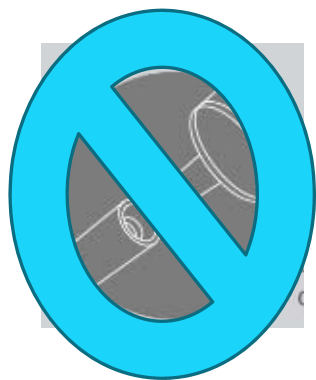


Pompes



Spike Right® PLUS et ENFit™

- * Nouvelles normes de conception pour un bon raccordement



Méthode/Mode d'administration

Mode	Durée	Administration	Avantages	Désavantages
Continu	16 à 24 heures	pompe	-bonne tolérance -limite les risque syndrome réalimentation	-mobilité du patient restreinte
Nocturne ou cyclique	10-12 heures	pompe	-mobilité accrue durant le jour -favorise transition vers alimentation per-os	-Risque d'aspiration - Peut nuire au sommeil
Bolus ou Intermittent (sonde gastrique)	1 heure de 3 à 4 fois par jour	pompe, gravité ou seringue	-mobilité accrue du patient -simule l'horaire des repas	-Risque d'intolérance digestive

Formules disponibles pour la nutrition entérale

- * **Polymériques (standard):**

- * Nutren 1.5 (1.5 cal/cc) sans résidu
- * Jevity 1.5 (1.5 cal/cc) avec fibres
- * IsoSource 1.5 (1.5 cal/cc) avec fibres

- * **Semi-élémentaires (peptides) :**

- * Peptamen 1.5 (1.5 cal/cc) sans résidu
- * Peptamen AF (1.2 cal/cc) sans résidu
- * Vital Peptide 1.5 (1.5 cal/cc) sans résidu

- * **Maladies rénales :**

- * Suppléna (2 cal/cc) pour néphropathies chroniques non dialysées
- * Novasource rénal (2 cal/cc) hyper-protéiné, bas en K⁺ , bas en Po₄



Comment faire son choix?

Composantes de la préparation nutritive

- * Protéines: de 6 à 25% de l'énergie (intactes, partiellement hydrolysées, acides aminés libres)
- * Lipides: à chaînes longues vs moyennes (TCM)
- * Glucides: de 28% à 90% de l'énergie
- * Vitamines, minéraux et oligo-éléments
- * Fibres: solubles vs insolubles, attention à l'hydratation
- * Si patient sous chimio, attention à : arginine, glutamine, oméga-3 et antioxydants

Caractéristiques physiques

- * Viscosité et osmolalité du produit



BENEPROTEIN®

Fabriqué à partir d'isolat de protéines de lactosérum à 100% (lait de vache)
Contient de la leucine, un acide aminé facile à digérer et qui stimule la synthèse protéique musculaire.

1 sachet = 1 mesure = 6g protéines = 1 œuf

À ajouter dans:

Lait, soupe, boissons fouettées, pouding, purée de fruits, yogourt, sauce, jus, pommes de terre, etc.

Via tube d'alimentation entérale :

Irriguer avec 30 ml d'eau + diluer la poudre dans au moins 20 ml d'eau + administrer à la seringue + irriguer avec 30 ml d'eau.

* Remboursé si le patient consomme déjà des suppléments liquides prescrits par le médecin.

Frais reliés à la nutrition entérale

Tubulures, frais couverts par:

- * Programme ministériel d'alimentation entérale (remplir formulaire disponible sur leur site)
- * Aide sociale (se référer aux TS)

Solution de nutrition entérale, frais couverts par:

- * RAMQ (formulaire médicaments d'exception)
- * Assurance privée (appeler directement afin de valider couverture)
- * Anciens combattants

Pompe, prêt directement via les compagnies (valeur de 1000\$)

Tige à soluté prêtée par le CLSC



CHU Sainte-Justine
*Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant*

Pour l'amour des enfants

Université 
de Montréal

Évaluer la tolérance à la nutrition entérale

- * Symptômes gastro-intestinaux
- * État hydrique
- * Examen physique (11 régions):
 - * Masse adipeuse sous-cutanée
 - Région orbitale, supérieure du bras, thoracique et lombaire
 - * Masse musculaire
 - Région temporale, claviculaire, acromiale, scapulaire, dorsale de la main, patellaire, antérieure de la cuisse et mollet supérieur
- * Accumulation de fluides
- * Statut fonctionnel (force de préhension, AVD/AVQ, examen physio)
- * Poids, résultats d'examens de laboratoires (PV)
- * Apports vs besoins

Albumine et Transthyrétine

Historiquement liées au statut nutritionnel.

- * Maintenant connu que l'**inflammation** est la variable la plus importante qui affecte le métabolisme des protéines hépatiques.
- * État inflammatoire augmente les besoins et provoque l'inappétence

Actuellement:

- * Indicateurs de morbidité, mortalité et du *risque* de malnutrition
- * Ne déterminent pas un diagnostic de malnutrition
- * Influencées par l'état hydrique du patient
- * Indicateurs de récupération après une maladie chronique ou aigüe

Troubles intestinaux

Diarrhée causée par:

- * Début trop rapide
- * Trouble d'absorption des nutriments
- * Règles d'hygiène non respectées
- * Utilisation abusive de laxatifs
- * Mauvaise position de la sonde
- * Antibiotiques, chimiothérapie, radiothérapie

Trucs: 40 ml Certo liquide dilué dans 60 ml d'eau via sonde

Constipation causée par:

- * Manque d'eau
- * Faibles apports en fibres
- * Manque d'activité physique qui ralentit le transit (alitement)
- * Prise de narcotiques
- * Fécalome
- * Chimiothérapie, radiothérapie

Troubles gastriques

**Nausées, vomissements, ballonnements, crampes, RGO
causés par:**

- * Mauvaise position de la sonde
- * Position du patient non optimale lors de l'administration
- * Débit trop rapide
- * Chimiothérapie ou radiothérapie
- * Vidange gastrique retardée
- * Intolérance alimentaire

Qu'arrive-t-il lorsqu'il y a un syndrome de réalimentation?

a) $\text{Po}_4 \downarrow$ Mg \downarrow K \downarrow

b) \uparrow Ca Mg \downarrow Hb \downarrow

c) \uparrow Cl \downarrow Po_4 K \uparrow

d) \uparrow Urée \downarrow K Ca \downarrow

Syndrome de réalimentation

Perturbations électrolytiques induites par l'initiation de la nutrition entérale $\text{Po}_4 \downarrow$ $\text{Mg} \downarrow$ $\text{K}^+ \downarrow$

- * Causé par une arrivée massive du glucose (hyperglycémie) via la nutrition entérale = électrolytes du sang migrent vers l'espace intracellulaire
- * Augmentation conversion ADP en ATP pour produire énergie = $\downarrow \text{PO}_4$
- * Peut provoquer problèmes cardiaques, neurologiques et décès
- * Fréquent en oncologie car apports alimentaires insuffisants, perte de poids importante, ROH et/ou stress physiologique.

Syndrome de réalimentation (suite)

- * Si les électrolytes sont ↓ avant de débuter la nutrition entérale, on les replete + ajout de thiamine (B1).
- * Si les ions chutent après le début, on reste au même débit et on replete les ions par bolus.
- * **Éléments de surveillance:**
 - * Si condition rénale adéquate, ↑ graduellement les apports hydriques (risque œdème ↑ par pression osmotique)
 - * Biochimie à prévoir dans les jours suivants l'introduction du soutien nutritionnel
 - * Cycles glycémiques

Entretien de la tubulure/ Obstruction

Faire l'entretien 1 fois/semaine

Matériel nécessaire :

- * 1 capsule d'enzyme pancréatique (Cotazym)
- * 1 comprimé de bicarbonate de sodium ou
½ c. à thé de « Petite Vache»
- * 50 ml d'eau chaude

Procédure

- * Dissoudre le Cotazym et le bicarbonate dans l'eau.
- * À l'aide d'une seringue, introduire cette préparation dans le tube rapidement et fermer l'embout du tube.
- * Attendre 5 à 8 minutes et rincer le tube avec 60 mL d'eau.
- * Ne pas utiliser de boisson gazeuse ou de jus pour déboucher le tube.

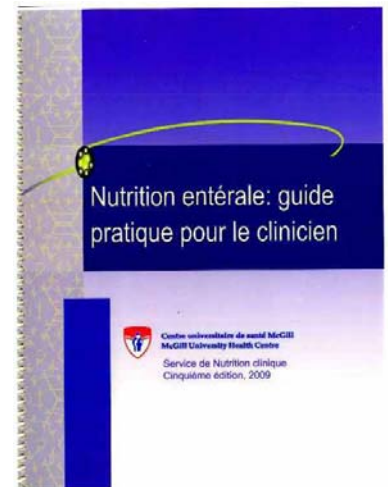
Équipe interdisciplinaire

- * Importance du travail interdisciplinaire afin d'assurer des soins nutritionnels de première qualité au patient
- * Équipe: médecins, nutritionniste, infirmières pivot, personnel infirmier, pharmacien et autres
- * Il faut s'adapter et personnaliser nos recommandations
- * Patient partenaire



Références

- * www.cancer.ca
- * www.infinityfeedingpump.com/enfit
- * www.stayconnected.org
- * www.nestlehealthscience.ca
- * www.nutritioncare.org
- * Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ)
- * American Society for parenteral and enteral nutrition (ASPEN)
- * American Institute for Cancer Research (AICR)
- * Oncology Nutrition for Clinical Practice, 2013
- * Nutrition entérale: guide pratique pour le clinicien, 2009



Merci de votre attention !

