

L'alimentation et la nutrition

Guide des soins palliatifs

du médecin **vaudois**

n° 4 🍷 2008

En bref

Identifier et traiter une dénutrition	4
---	---

Quelques conseils pratiques

Recommandations générales pour l'alimentation	5
---	---

Boîte à outils

Indice de Karnofsky	6
Performance status de l'OMS	6
Score de risque nutritionnel	7
Critères statiques et dynamiques de dénutrition	8
Classification de la dénutrition selon l'indice de masse corporelle	8
Grille d'évaluation de l'état buccal	8

En savoir plus

Sur l'alimentation et la nutrition en soins palliatifs

1. Définitions	9
2. Représentations et valeurs symboliques de l'alimentation	9
3. Anorexie	9
4. Satiété précoce	11
5. Dénutrition	12
6. Support nutritionnel artificiel	14

Sur les soins de bouche

1. Principes généraux	16
2. Evaluation de l'état buccal	16
3. Prévention et traitement	16
4. Solutions à disposition	17

Suggestions de suppléments nutritionnels oraux et autres compléments	18
---	----

Quelques références utiles	19
----------------------------------	----

Sommaire

Guide des soins palliatifs

du médecin vaudois

n° 4 2008

Auteurs

Catherine Rousset
Diététicienne
CTR de Chamblon
EHNV, site de Chamblon
1436 Chamblon
catherine.rousset@ehnv.ch

D^{resse} Lila Saïah
CTR de Chamblon
EHNV, site de Chamblon
1436 Chamblon
lila.saiah@ehnv.ch

D^{resse} Christel Tran
Département de médecine interne, CHUV
1011 Lausanne
christel.tran@chuv.ch

D^r Maurice Baechler
CTR de Chamblon
EHNV, site de Chamblon
1436 Chamblon
maurice.baechler@ehnv.ch

D^r Bernard Pantet
Rue Saint-Roch 18
1400 Yverdon-les-bains
drpantet@bluewin.ch

Editeurs

D^{resse} Claudia Mazzocato
Service de soins palliatifs
Département de médecine interne, CHUV
1011 Lausanne
claudia.mazzocato@chuv.ch

D^r Stéphane David
Ch. de Pierrefleur 7
1004 Lausanne
stephane.david@svmed.ch

Reviewer

D^{resse} Pauline Coti Bertrand
Unité de nutrition clinique, CHUV
1011 Lausanne
pauline.coti@chuv.ch

Alimentation et nutrition ne sont pas synonymes

Quand l'appétit va, tout va! Voilà l'un de ces nombreux dictons de la sagesse populaire qui associe santé et alimentation.

Le souci d'une alimentation adaptée chez le malade et le traitement par la nourriture existent d'aussi loin que peuvent remonter nos sources: il s'agit du domaine clinique de la nutrition. La science médicale a passé progressivement des conseils de régime d'Hippocrate aux études diététiques actuelles qui chiffrent en terme d'espérance de vie le bénéfice d'un régime adapté. Le médecin intègre donc volontiers la prise de nourriture à une démarche nutritionnelle et la classe comme un traitement médical.

Nous savons pourtant tous combien le domaine de la nourriture échappe au rationnel. Il est profondément enraciné dans nos traditions sociales et festives, associé de manière indélébile à nos représentations symboliques. Les patients et leur famille considèrent l'alimentation comme un lien à la vie, un soin élémentaire.

Il n'est donc pas étonnant que la question de l'alimentation induise des défis éthiques en soins palliatifs. Nutrition et alimentation ne sont pas synonymes. L'une porte un regard normatif sur l'apport alimentaire, l'autre est partie intégrante de l'accompagnement du patient ouvrant un champ de créativité qui valorise le plaisir sensoriel quel que soit le stade d'évolution de la maladie.

Le présent cahier est le fruit d'une collaboration interdisciplinaire menée par l'équipe de soins palliatifs de Chamblon. Il répond en tous points à l'objectif d'une utilisation au chevet du malade: les auteurs vous offrent leur savoir et leurs compétences en un résumé très digeste...



D^{esse} Claudia Mazzocato



D^r Stéphane David



En bref

Identifier et traiter une dénutrition

Dépistage d'un risque de dénutrition ou d'une dénutrition avérée

- Anamnèse
 - Poids, évolution au cours du temps
 - Habitudes et apports alimentaires
 - Anorexie, autres symptômes
 - Représentations, valeurs symboliques de l'alimentation pour le patient et ses proches
- Examen clinique
 - Poids, œdèmes, ascite
 - Masse musculaire et adipeuse
 - Signes de carence
- Mesures anthropométriques
 - Indice de masse corporelle (BMI): cave si < 18,5 kg/m²
- Examens para-cliniques
 - Albuminémie: cave si < 30g/L
- Scores
 - Score de Karnofsky / Performance status de l'OMS (p. 6)
 - Score nutritionnel (p. 7): cave si > 3

Analyse du problème

- Risque de dénutrition? Dénutrition avérée?
- Phase de la maladie?
- Représentations pour le patient et ses proches?
- Qualité de vie actuelle?
- Anorexie? Autres symptômes?

Définition des objectifs

- Avec le patient et ses proches, en termes de:
 - Prévention
 - Qualité de vie
 - Apports nutritionnels

Stratégies nutritionnelles

Patient non dénutri

1. Prévention (information du patient et des proches, contrôle du poids, des symptômes) et suivi régulier
2. Recommandations générales (voir Quelques conseils pratiques p. 5)
3. Soins de bouche (voir p. 16)
4. Apports alimentaires suffisants
5. Traitement d'une éventuelle anorexie:
 - Apéritifs
 - Dexaméthasone 4-6 mg/j PO ou
 - Acétate de mégestrol (Mégestat[®]) 160 mg/j PO et/ou
 - Métoclopramide 10-20 mg PO/SC 4-6x/j

Patient à risque élevé de dénutrition

- Idem points 1 à 5
- Intervention nutritionnelle envisageable (évaluation et conseils spécialisés)

Patient dénutri en situation palliative

- Idem points 1 à 5
- Compléments nutritifs par voie orale, enrichissement des repas: bénéfices de ces mesures à évaluer
- Si mesures non réalisables ou inefficaces, bénéfices et désavantages d'une éventuelle alimentation entérale à peser

Patient dénutri en situation terminale

- Idem points 1 à 5
- Compléments nutritifs par voie orale, si le patient le souhaite
- Eviter les progestatifs de synthèse
- Eviter, sauf cas exceptionnels, l'alimentation entérale

Quelques conseils pratiques et recommandations générales sur l'alimentation

- *Prévenir la dénutrition est essentielle: lorsque qu'elle s'est installée, réalimenter le patient est quasi impossible.*

Concernant le patient

- *Identifier et traiter l'anorexie et les autres symptômes potentialisant cette dernière (douleur, dyspnée, nausées, vomissements, constipation, anxiété, etc.).*
- *Assurer une bonne hygiène buccale, adapter les prothèses, éviter la sécheresse buccale, traiter les stomatites.*
- *Éviter la satiété, respecter les désirs, les habitudes et les goûts du patient; rechercher ce qui lui procure du plaisir à manger.*
- *Ne pas forcer un patient à manger sinon s'alimenter deviendra pour lui une corvée, un déplaisir à l'origine d'une satiété précoce.*

Concernant les repas

- *Favoriser la convivialité des repas, dans un lieu accueillant et calme.*
- *Assurer une bonne installation du patient, en position assise si possible.*
- *Lui donner un temps suffisamment long pour manger.*
- *Préparer des repas attrayants (couleur, aspect, odeur).*
- *Rechercher la texture la plus appropriée, en gardant aussi longtemps que possible une texture normale; une texture semi liquide peut être utile lors d'asthénie intense: les aliments émincés, bien cuits, réduits en purée facilitent leur ingestion.*
- *Éviter les odeurs fortes, les flatulents, les boissons gazeuses.*
- *Préférer les mets froids, rafraîchissants, les jus de fruits, les jus de légumes relevés.*
- *Privilégier le meilleur repas (par exemple, le petit déjeuner).*
- *Limiter la prise de médicaments avant les repas.*
- *Limiter les boissons durant les repas, en privilégiant leur prise en dehors des repas.*
- *Fractionner les repas, sans imposer un horaire strict; encourager le patient à manger chaque fois qu'il a envie, lui laisser à disposition des aliments à grignoter.*
- *Enrichir les repas en intégrant du beurre, de la crème, des huiles végétales, du sucre, du miel, du séré, du fromage râpé, du lait en poudre, du lait de poule, du milk-shake, etc.*

Concernant l'entourage, la famille

- *Encourager l'implication et la collaboration de l'ensemble du personnel: l'alimentation fait partie du traitement et du confort du patient palliatif.*
- *S'assurer tant auprès des soignants que des proches de la bonne compréhension de la problématique et des objectifs fixés.*
- *Informers le patient, ses proches du peu d'impact de l'alimentation sur le cours de la maladie, afin de les rassurer et d'éviter toute pression inutile sur celui-ci.*

Boîte à outils

Indice de Karnofsky

	<i>Score (%)</i>
Normal, aucun signe fonctionnel, pas de signe de maladie	100
Peut mener une activité normale, les signes et symptômes de la maladie sont minimes	90
Peut mener une activité normale mais avec des efforts, les signes ou symptômes de la maladie sont minimes. Totalement autonome	80
Peut se prendre en charge mais incapable de mener une activité normale ou de travailler. Autonome, mais à stimuler	70
Nécessite une aide occasionnelle, mais peut prendre en charge la plupart de ses besoins personnels. Semi autonome	60
Nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents. Semi autonome	50
Handicapé, nécessite une aide et des soins particuliers. Dépendant	40
Sévèrement handicapé. Dépendant	30
Etat grave. Nécessite un soutien actif. Absence totale d'autonomie	20
Moribond, processus fatal progressant rapidement	10
Décédé	0

Performance status de l'OMS

Davantage utilisé mais moins précis que l'Indice de Karnofsky

Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie sans aucune restriction	0
Activité physique diminuée mais malade ambulatoire et capable de mener un travail. Toute activité physique pénible est exclue	1
Malade ambulatoire et capable de prendre soin de lui-même mais incapable de travailler. Alité ou en chaise moins de 50% de son temps de veille	2
Capable seulement de quelques soins, alité ou en chaise plus de 50% de son temps de veille	3
Incapable de prendre soin de lui-même, alité ou en chaise en permanence	4

Score de risque nutritionnel

Evalue le besoin d'une assistance nutritionnelle

A Détérioration de l'état nutritionnel		B Gravité de la maladie (stress)	
	Points		Points
Pas de détérioration	0	Pas de stress	0
Degré 1 (léger)	1	Degré 1 (léger)	1
<ul style="list-style-type: none"> • Perte pondérale > 5% en 3 mois ou • A mangé un peu moins au cours de la dernière semaine (50-75% des repas usuels censés couvrir les besoins nutritionnels) 		<ul style="list-style-type: none"> • Fracture de la hanche • Patients chroniques présentant des complications aiguës (cirrhose, BPCO, dialyse, diabète, tumeurs malignes, etc.) 	
Degré 2 (modéré)	2	Degré 2 (modéré)	2
<ul style="list-style-type: none"> • Perte pondérale > 5% en 2 mois ou • BMI entre 18,5 et 20,5 et détérioration de l'état général ou • A mangé moins de la moitié de sa ration au cours de la dernière semaine (25-50% des repas usuels censés couvrir les besoins nutritionnels) 		<ul style="list-style-type: none"> • Opérations importantes de l'abdomen • Accident vasculaire cérébral • Pneumonies graves 	
Degré 3 (grave)	3	Degré 3 (grave)	3
<ul style="list-style-type: none"> • Perte pondérale > 5% en 1 mois ou • BMI < 18,5 et détérioration de l'état général ou • N'a pratiquement rien mangé au cours de la dernière semaine (0-25% des repas usuels censés couvrir les besoins nutritionnels) 		<ul style="list-style-type: none"> • Traumatisme cranio-cérébral • Polytraumatisme • Brûlures graves • Transplantation de moelle (allogreffe), Patients aux soins intensifs (score APACHE > 10) 	
C Age du patient			
Si > 70 ans, ajouter 1 point			1

Total des points (A+B+C)*

D'après Kondrup J, et al. *Clinical Nutrition* 2003; 22 : 321-336.

* ≥ 3 points: discuter une assistance nutritionnelle; < 3 points: envisager une assistance nutritionnelle si le patient doit subir une intervention chirurgicale importante et que son score est en passe d'augmenter à 3 points ou plus en phase post-opératoire (sensibilité 96%, spécificité 51%)

Critères dynamiques et statiques de dénutrition

	<i>Perte pondérale</i>	<i>BMI</i>
Dénutrition absente	< 10%	
Dénutrition modérée	10-20%	< 18,5 kg/m ²
Dénutrition sévère	> 20%	< 16 kg/m ²

Classification de la dénutrition selon l'IMC

	<i>Grade</i>	<i>Indice de masse corporelle (kg/m²)</i>
Maigre	I	17-18,5
Dénutrition	II	16-16,9
	III	13-15,9
	IV	10-12,9
	V	< 10
Décès chez la femme		9-11
Décès chez l'homme		10-12

Grille d'évaluation de l'état buccal

<i>Nom, prénom</i>				
	<i>Score 1 Absence d'altération</i>	<i>Score 2 Altérations modérées</i>	<i>Score 3 Altérations sévères</i>	<i>Total</i>
Voix	Normale	Sèche et rauque	Difficultés à parler	
Déglutition	Normale	Douleur à la déglutition	Impossible	
Lèvres	Lisses, rosées et humides	Sèches et fissurées	Ulcérations et/ou saignements	
Langue	Rose et humide Présence des papilles	Pâteuse Moins de papilles avec apparence lustrée moins colorées	Fissurée, boursoufflée, nécrosée	
Salive	Transparente	Visqueuse, épaisse, de mauvaise qualité	Absente	
Muqueuses	Roses et humides	Inflammatoires avec inclusion de plaques blanches, pas d'ulcération	Ulcérations et/ou saignements	
Gencives	Roses, fermes et bien dessinées	Inflammatoires, oedémateuses	Saignements spontanés ou à la pression	
Dents	Propres et sans débris	Plaques et débris bien localisés (entre les dents)	Plaques et débris généralisés et dents abîmées	
Score total			 /24

D'après le guide d'évaluation bucco-dentaire du Centre médical de l'Université du Nebraska. Permet un suivi de l'évolution de l'état de la bouche; le score à atteindre est de 8/24 (soins d'hygiène et de confort assurés).

En savoir plus sur l'alimentation et la nutrition

1. Définitions

- Dénutrition:
 - Apport protéino-énergétique insuffisant par rapport aux besoins physiologiques entraînant des conséquences fonctionnelles négatives de sévérité variable.
 - Lors de dénutrition sévère, il y a toujours des déficits nutritionnels spécifiques associés (fer, acide folique, vitamine B12, zinc, etc.).
 - Est une maladie en soi et non seulement une complication de l'affection de base.
- Malnutrition:
 - Apports alimentaires déséquilibrés par sous-alimentation (carence) ou par suralimentation (excès).
- Maigreur:
 - Etat clinique caractérisé par un poids inférieur à une valeur de référence.
- Cachexie:
 - Etat de maigreur pathologique accompagné d'une asthénie profonde et d'une dysfonction des organes.
- Syndrome d'anorexie-cachexie:
 - Syndrome paranéoplasique caractérisé par une perte pondérale > 5% par rapport au poids avant la maladie associée à une fonte grasseuse et musculaire, une anorexie, des nausées chroniques et fréquemment une asthénie.
 - Touche plus de la moitié des malades en phase avancée de leur cancer et 80% de ceux en phase terminale.

2. Représentations et valeurs symboliques de l'alimentation

- L'alimentation est source de vie, symbole de croissance, de force, d'énergie.
- Nourrir le patient peut être considéré par les proches et les soignants comme un devoir de solidarité, un acte d'humanité, de compassion.
- Ne plus être alimenté peut inspirer au patient un sentiment d'abandon.
- Ne plus s'alimenter peut évoquer la décrépitude, une mort prochaine, inéluctable.
- L'alimentation est un besoin fondamental; en fin de vie elle peut être l'une des dernières sources de plaisir; elle est également une composante importante de la vie sociale.
- Du fait des différentes cultures, religions, croyances il est important de prendre en compte la singularité de chaque patient, en intégrant ses représentations et ses perspectives par rapport à la nourriture dans la prise en charge nutritionnelle.
- L'acharnement nutritionnel, la pression insistante «*il faut que tu manges, c'est pour ton bien*» peut entraîner une satiété précoce, un dégoût de toute nourriture, un profond désarroi.
- Rechercher et cerner les représentations et valeurs de la nourriture du patient et de ses proches et leurs différences peut éclairer certaines difficultés, conflits ou divergences de vues quant à la prise en charge adoptée ou proposée.

3. Anorexie

Se définit comme une diminution ou une perte de l'appétit, une absence de désir de manger; elle se distingue de la satiété précoce, d'une intolérance alimentaire ou de la peur de s'alimenter provoquée par des troubles du transit; elle affecte 62 à 76% des patients palliatifs.

3.1 Physiopathologie et étiologies

- Anorexie primaire:
 - Composante du syndrome d'anorexie-cachexie.
 - Induite par le relâchement de cytokines, cachectines et autres peptides par la tumeur et le système immunitaire.
 - Modifications complexes du métabolisme des hydrates de carbone, des graisses, des protéines et du métabolisme énergétique secondaires à la libération de ces peptides.
 - Egalement présente dans d'autres pathologies avancées, telles que le SIDA, la BPCO ou l'insuffisance cardiaque.
- Anorexie secondaire:
 - Réduction de la prise alimentaire de diverses origines.
 - Fréquemment associée à l'anorexie primaire.

Etiologies courantes de l'anorexie secondaire

Atteintes buccales	<ul style="list-style-type: none"> • Sécheresse buccale • Altération du goût • Prothèse dentaire mal adaptée • Candidose orale, œsophagienne, etc.
Troubles du transit	<ul style="list-style-type: none"> • Nausées, vomissements • Gastroparésie, dysautonomie neuro-végétative • Constipation • Occlusion digestive
Maladies infectieuses	
Médicaments Traitements oncologiques	<ul style="list-style-type: none"> • AINS • Opioïdes • Antibiotiques • Diurétiques • Psychotropes • Chimiothérapie, radiothérapie
Autres symptômes	<ul style="list-style-type: none"> • Douleurs • Toux • Hoquet • Anxiété, dépression • Troubles cognitifs

3.2 Traitement

Il associe les traitements étiologiques de l'anorexie secondaire, chaque fois que possible, les approches non pharmacologiques (voir Recommandations générales p. 5) et les approches symptomatiques, tels que les orexigènes et les prokinétiques.

3.2.1 Apéritifs (vin, porto, vermouth)

- *Aperto* = ouvert.
- Les apéritifs consommés avant un repas stimulent l'appétit.

3.2.2 Corticostéroïdes

- Améliorent l'appétit, la sensation de bien-être, l'asthénie.
- Réduisent les nausées et vomissements.
- Pas d'effet sur la prise pondérale, l'état nutritionnel ou la survie.
- Effets rapides mais de courte durée, de trois à quatre semaines; indiqués chez le patient à un stade avancé de sa maladie, sur une période de deux à trois semaines, ou chez le patient à un stade terminal.

- Dexaméthasone (Dexacortin[®], Fortecortin[®]) 4 à 6 mg/j PO en une à deux doses matin, midi
- ou prednisone (Prednisone[®]) 25 à 50 mg/j PO le matin pendant une semaine puis diminution par paliers jusqu'à la dose minimale efficace; stop si inefficace après une semaine de traitement.



- Eviter leur prescription le soir en raison de leur effet excitant.
- Candidose orale et/ou œsophagienne.
- Décompensation diabétique, rétention hydrosodée.
- Troubles neuro-psychologiques (dépression, hypomanie, delirium).

3.2.3 Progestatifs de synthèse

- Améliorent l'appétit, la prise alimentaire, la sensation de bien-être (moins puissants que les corticostéroïdes) et la condition physique.
- Induisent une prise pondérale par rétention hydrique et augmentation du tissu adipeux.
- Réduisent les nausées et vomissements.
- Pas d'effet sur la survie.
- Délai d'action plus lent que les corticoïdes mais plus durable: ne pas interrompre un test d'efficacité avant dix jours et possibilité de poursuite du traitement au-delà de trois mois si efficace; indiqués chez le patient dont la survie est estimée supérieure à trois mois.
 - Acétate de mégésterol (Mégestat[®]) 160 mg/j PO; posologie initiale à doubler voire tripler en cas de réponse insuffisante en une à trois semaines; dose maximale: 1600 mg/j répartie en trois prises
 - ou acétate de medroxy progestérone (Farlutal[®]) 500 mg 1×/j à 1000 mg 2×/j PO.



- Risques thrombo-emboliques élevés.
- Œdèmes, HTA, bouffées de chaleur.
- Constipation.
- Solliciter un avis oncologique chez les patients présentant des tumeurs intra-abdominales étendues ou hormono-sensibles.
- Coût élevé.



- Intérêt limité voire controversé chez les patients palliatifs souffrant d'un syndrome d'anorexie-cachexie de:
- Cyproheptadine (Periactine[®])
 - Pizotifène (Moségor[®])
 - Sulfate d'hydrazine
 - Canabinoïdes

3.2.4 Prokinétiques

- Diminuent la satiété, les nausées et l'anorexie.
 - Métoclopramide (Primperan[®]) 10 à 20 mg PO/SC 4-6×/j
 - ou domperidone (Motilium[®]) 10 à 20 mg PO 3×/j.



- Métoclopramide
 - Effets extra-pyramidaux
 - Contre-indiqué en association avec antiparkinsoniens et anticholinergiques
- Domperidone
 - Interactions médicamenteuses pharmacocinétiques (CYT P450)

4. Satiété précoce

Se définit comme une sensation d'un estomac plein dès le début du repas, indépendamment de la quantité d'aliments ingérés, entraînant fréquemment l'arrêt du repas. Contrairement à l'anorexie, la satiété précoce est rarement détectée ou comprise comme des nausées chroniques, malgré sa prévalence élevée.

4.1 Physiopathologie

- Etiologie centrale:
 - changement du goût,
 - variation du rythme journalier alimentaire,
 - aversion à la nourriture.
- Etiologie périphérique:
 - ralentissement de la vidange gastrique et plénitude gastrique,
 - altération des récepteurs sensoriels mésentériques.
- Origine mixte fréquente.

4.2 Traitement

- Similaire à celui de l'anorexie.
- Fractionner le bol alimentaire journalier en plusieurs petits repas à forte valeur nutritive.

5. Dénutrition

- Définie comme un apport protéino-énergétique insuffisant par rapport aux besoins physiologiques, elle est le plus souvent consécutive à une anorexie primaire et secondaire.
- La plupart des pathologies chroniques évolutives se compliquent, au cours de leur évolution, d'un état de dénutrition. Ses conséquences sont multiples:
 - morbidité accrue entraînant le cercle vicieux dénutrition - pathologie - dénutrition,
 - altération de la qualité de vie,
 - risque accru de dépression, d'irritabilité, d'asthénie, d'apathie,
 - risques infectieux augmentés,
 - altération de l'image de soi,
 - perte d'autonomie,
 - risque accru d'escarre, d'hémorragie, de fracture,
 - moins bonne réponse aux traitements oncologiques,
 - mortalité accrue.

5.1 Prévention

- Réalimenter un patient palliatif dénutri est rarement possible. Prévenir la dénutrition est donc essentiel. Les acteurs de cette prévention sont le patient et ses proches, soutenus par le réseau de soins (médecin traitant, CMS, diététicienne, oncologue et nutritionniste).
- Facteurs de risque:
 - Type de pathologie: 80% des patients atteints d'un cancer pancréatique, gastrique, ORL ou œsophagien, 50% des patients atteints d'un cancer pulmonaire, d'insuffisance respiratoire chronique ou d'une insuffisance rénale terminale et 30% des patients atteints d'un lymphome développent une dénutrition.
 - Jeune et grand âge.
 - Type de traitements, en particulier oncologiques.
 - Dépression, isolement social.
- Mesures préventives:
 - Informer le patient des moyens disponibles en cas de perte pondérale > 5% du poids corporel habituel: diététicienne, suppléments nutritifs oraux, voire nutritionniste et/ou alimentation entérale.
 - Suivi régulier du poids.
 - Contrôle des symptômes pouvant contribuer à une anorexie (nausées, douleurs abdominales, constipation, etc.).
 - Encourager/assurer une bonne hygiène buccale.

5.2 Dépistage

La dénutrition est sous diagnostiquée. La sensibilité du jugement clinique est faible (36 à 55%). Un dépistage précoce et systématique garantit la préservation du capital énergétique (masse grasse) et fonctionnel (masse maigre) du patient. Les outils recommandés sont simples et aisément applicables en cabinet.

- Anamnèse:
 - Précise le poids usuel, la perte de poids, l'importance de la perte et à quand celle-ci remonte; une perte de poids > 10% par rapport au poids usuel dans les six derniers mois traduit une dénutrition sévère.
 - Recherche une anorexie, des facteurs potentialisateurs de celle-ci (voir Etiologies courantes de l'anorexie secondaire p. 10), une réduction des apports alimentaires (solides, liquides), un retentissement sur l'état général et les capacités fonctionnelles.
 - Explore les représentations et valeurs symboliques que le patient et ses proches attribuent à la nourriture.
- Examen clinique:
 - Mesure le poids actuel, en tenant compte de la présence éventuelle d'œdèmes ou d'ascite.
 - Évalue les réserves adipeuses (inspection/palpation des bras, cuisses, abdomen), la masse musculaire (biceps, quadriceps).
 - Recherche des signes évocateurs de carence (pâleur, glossite, sécheresse cutanée, perte de cheveux, ongles cassants).
- Mesures anthropométriques:
 - Indice de masse corporelle ou Body Mass Index (BMI): $BMI = \text{poids [kg]} / \text{taille}^2 [\text{m}^2]$; les valeurs normales données par l'OMS se situent entre 18,5 et 24,9 kg/m².
 - La mesure du pli cutané tricipital a un intérêt limité en pratique clinique.
- Examens paracliniques:
 - Albuminémie: sa demi-vie étant de l'ordre de vingt jours, elle apprécie l'état nutritionnel à moyen terme; < 30 g/L, sans atteinte hépatique, elle signe une dénutrition protéique sévère associée à une mortalité accrue.
 - Pré-albumine, retinol-binding protein, transferrine: autres marqueurs fréquemment utilisés mais peu spécifiques.



→ L'interprétation des valeurs des marqueurs biologiques doit prendre en compte un éventuel syndrome inflammatoire et l'état d'hydratation: la concentration plasmatique des protéines nutritionnelles diminue avec l'inflammation et l'hémodilution.

- Scores nutritionnels:
 - Permettent de pallier au manque de spécificité et de sensibilité des marqueurs de la dénutrition pris isolément.
 - Nutritional Risk Score (NRS) ou score de risque nutritionnel (voir Boîte à outils p. 7): score effectuable en moins de trois minutes; n'identifie pas la dénutrition mais le besoin ou non d'une assistance nutritionnelle; indication validée à une intervention nutritionnelle si score > 3.

5.3 Principes généraux de la prise en charge nutritionnelle

- En soins palliatifs, l'alimentation ne se résume pas à un apport nutritif suffisant. Elle est également et surtout la recherche de la qualité de vie par le plaisir qu'elle peut apporter et par sa dimension conviviale et sociale.
- A chaque étape de la maladie, les objectifs pour l'alimentation doivent être posés en termes de:
 - Qualité de vie (plaisir, confort, indépendance, image de soi, etc.).
 - Prévention (faciliter les apports, éviter ou retarder la dénutrition et ses complications, assurer une bonne hygiène buccale) et soulagement des symptômes contributifs.
 - Apports nutritionnels.

- Les objectifs sont fixés avec le patient et ses proches, en intégrant dans la stratégie nutritionnelle les besoins psychologiques, sociaux et spirituels de ce dernier. Il n'y a pas de stratégie prédéterminée en fonction du stade d'évolution de la maladie ou du degré de nutrition, mais une démarche qui pèse les bénéfices de l'intervention nutritionnelle et ses risques et difficultés, les bénéfices devant l'emporter.

5.4 Prise en charge nutritionnelle par voie orale

- Son objectif est de fournir un niveau d'apport énergétique suffisant en plus des objectifs de confort, de plaisir et de contrôle des symptômes.
- En pratique:
 - Appliquer les recommandations générales (voir Quelques conseils pratiques p. 5).
 - Collaborer avec l'entourage, la famille, une diététicienne.
 - Les suppléments nutritifs oraux permettent d'améliorer les symptômes associés à la soif et à la faim et d'accroître la prise alimentaire; en phase avancée d'une maladie, leur prescription peut être indiquée chez un patient préoccupé par l'insuffisance d'apport énergétique.
 - Les orexigènes stimulent l'appétit de certains patients, mais n'ont pas d'effets démontrés sur la survie ni sur un gain de masse maigre (voir Anorexie p. 9).

6. Support nutritionnel artificiel (entéral/parentéral)

6.1 Introduction d'une alimentation artificielle

- L'indication d'une assistance nutritionnelle entérale est pesée sur la base de ses bénéfices et risques attendus et en fonction du stade d'évolution de la maladie. Cette décision devrait être prise aussi précocement que possible, chez un patient dont l'espérance de vie est prolongée et l'alimentation orale durablement insuffisante.

Bénéfices et risques d'une nutrition entérale

<i>Bénéfices potentiels</i>	<i>Risques/effets secondaires possibles</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration fonctionnelle (fatigue, activité, immunité) 	<ul style="list-style-type: none"> • Majoration des symptômes digestifs
<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la qualité de vie 	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de troubles de la déglutition
<ul style="list-style-type: none"> • Adjuvant lors de traitements carcinolytiques palliatifs avec toxicité digestive 	<ul style="list-style-type: none"> • Complications des abords digestifs
<ul style="list-style-type: none"> • Allongement de la survie (si décès en rapport avec dénutrition et non la progression tumorale) 	<ul style="list-style-type: none"> • Complications métaboliques
<ul style="list-style-type: none"> • Soulagement des symptômes (faim, soif, troubles digestifs, inconfort lors de la prise alimentaire, faiblesse musculaire) 	<ul style="list-style-type: none"> • Incompréhension entre celui qui prépare et le patient qui n'arrive pas à manger
<ul style="list-style-type: none"> • Soulagement de troubles psychiques (image de soi, angoisse vis-à-vis de l'impossibilité de se nourrir, plaisir en rapport avec les aliments) 	<ul style="list-style-type: none"> • Angoisse, peur à l'idée de ne pas réussir à se nourrir
	<ul style="list-style-type: none"> • Excessive médicalisation technique responsable de perturbations de la vie relationnelle et sociale

- En pratique:
 - La mise en place d'une nutrition entérale/parentérale relève d'une réflexion pluridisciplinaire et éthique.
 - Le support nutritionnel entéral peut être instauré et poursuivi de manière ambulatoire avec la mise en place d'un réseau (médecin traitant, CMS et Unité de nutrition clinique, par exemple).
 - Son indication est réévaluée régulièrement sur la base des inconforts et complications potentiels.
 - La nutrition parentérale n'est en principe indiquée qu'en cas d'échec ou d'impossibilité de réaliser une nutrition entérale.
- Le support nutritionnel artificiel n'est pas recommandé lors de:
 - Phase terminale de la maladie.
 - Situations oncologiques avec un score de Karnofsky < à 50% (voir Boîte à outils p. 6).
 - Démence.

6.2 Limitation/arrêt d'une nutrition artificielle

- Interrompre une nutrition artificielle peut être difficile car celle-ci est souvent considérée comme une composante des soins de base; de plus, l'alimentation véhicule des valeurs symboliques et émotionnelles parfois prépondérantes dans la prise de décision.
- Les circonstances d'une telle décision peuvent être:
 - Une demande du patient ou des proches.
 - Lorsque le bénéfice du support nutritionnel n'est plus reconnu.
 - Lors de la survenue d'une complication de la nutrition artificielle.
 - Lorsque l'état nutritionnel est stable ou en amélioration.
- En pratique:
 - L'arrêt de l'alimentation doit être anticipé, préparé et accompagné par un dialogue et une écoute attentive.
 - La décision est prise de façon multidisciplinaire.
 - Chaque situation est singulière et ne peut être rapportée à des recommandations universelles.
 - La décision d'arrêt de la nutrition artificielle est reconsidérée régulièrement; il est donc important de fixer des dates de suivi: après sept à dix jours, réévaluer si les symptômes se sont aggravés du fait de cet arrêt.
 - Lorsque le bénéfice du support nutritionnel n'est plus reconnu, il est important d'informer les proches que la décision prise n'est pas synonyme d'abandon mais résulte de la reconnaissance du processus irréversible d'une fin de vie.

6.3 Dimensions éthiques de la nutrition artificielle

- La pratique de la nutrition artificielle chez le patient en fin de vie est sujette à beaucoup d'interrogations: ce questionnement doit être l'occasion d'une démarche d'accompagnement et de dialogue avec le malade, ses proches et les soignants.
- Les principes éthiques (autonomie, bienfaisance, non malfaisance et justice) prévalent dans la prise de décision. Il en résulte un projet médical à même de répondre au mieux aux intérêts du patient et acceptable pour les soignants et les proches.
 - Le patient, correctement informé des bénéfices et des risques, est seul habilité à décider.
 - Si le patient est inconscient, les directives anticipées et/ou l'avis du représentant thérapeutique sont pris en compte.
 - L'intervention nutritionnelle ne doit pas être futile et les bénéfices proportionnés aux risques éventuels.
- Le patient et les proches souhaitent fréquemment que la nutrition artificielle soit poursuivie; dans les situations où son bénéfice n'est plus reconnu, il revient au médecin de prendre la décision; l'avis d'un collègue et le caractère pluridisciplinaire de la discussion peuvent être d'une grande aide.

+ En savoir plus sur les soins de bouche

1. Principes généraux

- Les soins de bouche sont une composante essentielle des soins au patient en situation palliative. Lorsqu'ils sont réalisés régulièrement, que les symptômes sont contrôlés et que le plaisir à s'alimenter est valorisé, la majorité des patients prennent leurs repas jusqu'au jour du décès.
- Ces soins assurent une hygiène buccale adéquate au patient qui ne peut le faire ou qui ne s'alimente plus, avec comme objectifs de:
 - assurer le confort,
 - maintenir les caractéristiques physiologiques de la cavité buccale,
 - prévenir toute complication, inflammation, lésion ou infection,
 - rétablir l'intégrité de la muqueuse et la capacité fonctionnelle de la cavité buccale.
- La bouche est un organe symbole: organe de la parole, de l'alimentation, du goût, du plaisir, de la respiration, de communication et de sensualité; la bouche a un rôle primordial dans l'aspect du visage, la mimique, le sourire.

2. Evaluation de l'état buccal

- L'état de la cavité buccale d'un patient est très régulièrement évalué. L'oxygénothérapie et de nombreux médicaments assèchent les muqueuses. La bouche est également fréquemment le siège d'infections opportunistes.
- L'évaluation peut se faire à l'aide d'une grille, telle que celle de l'université du Nebraska (voir p. 8). Celle-ci permet de suivre l'évolution de l'état buccal et d'apprécier le résultat des soins. Le score à atteindre est de 8/24 (soins d'hygiène et de confort assurés).

3. Prévention et traitement

- Soins effectués au minimum 3 x/j; fréquence à augmenter selon l'état buccal.
- Après évaluation de l'état de la bouche, les différentes situations possibles et leur traitement sont les suivantes:

<i>Problèmes</i>	<i>Produits / actions</i>
Prévention des infections Diminution de la plaque dentaire	<ul style="list-style-type: none"> • Chlorhexidine aqueuse
Bouche sèche	<ul style="list-style-type: none"> • Compresse humide • Humidifier avec de l'eau ou eau pulvérisée • Glaçons à sucer • Faire mâchouiller pour stimuler la production de salive (bonbon, chewing-gum)
Bouche douloureuse	<ul style="list-style-type: none"> • Humidifier avec de l'eau ou eau pulvérisée • Solution Bichsel • Alimentation glacée ou froide • Anesthésique de contact (à distance des repas, par exemple Xylocaïne visqueuse 1%)

<i>Problèmes</i>	<i>Produits / actions</i>
Croûtes et dépôts	<ul style="list-style-type: none"> • Humidifier avec de l'eau ou eau pulvérisée • Solution Bichsel • Eau oxygénée 3% • Brossage de la langue et des joues • Vaseline sur les croûtes et les lèvres
Lésions non infectées et infectées	<ul style="list-style-type: none"> • Humidifier avec de l'eau ou eau pulvérisée • Solution Bichsel • Eau oxygénée à 3% • Autre traitement sur prescription médicale
Lèvres sèches	<ul style="list-style-type: none"> • Vaseline (fait un masque hermétique neutre) • Bepanthène pommade
Langue noire et papilleuse ou avec croûtes	<ul style="list-style-type: none"> • Brossage de la langue • Humidifier avec de l'eau ou eau pulvérisée • Solution Bichsel • Eau oxygénée 3%

4. Solutions à disposition

- Solution soins de bouche aromatisée stérile Bichsel de 100 ml:
 - 0,7 g de bicarbonate de sodium → diminution de l'acidité de la salive,
 - 0,45 g de NaCl → humidification de la muqueuse,
 - 0,125 ml d'aromatisant à la banane → amélioration du goût,
 - 100 ml d'eau.
- Autres solutions:
 - Solutions avec additifs spécifiques selon les pathologies (xylocaïne, corticostéroïdes, antiallergiques).
 - Glaçons à base de jus d'ananas pour sécheresse buccale chez patients en soins palliatifs principalement.
 - Brossage des dents et nettoyage quotidien des appareils dentaires.



- Solutions à éviter:
- Solution CESCO: longtemps utilisée, n'est plus recommandée.
 - Produits alcooliques, chlorhexidine, citrons, agrumes, Bétadine® à éviter lors de bouche sèche ou de lésions des muqueuses.
 - Produits à base de beurre de cacao et autres sticks à lèvres (ne sont pas neutres)

Suggestions de suppléments nutritionnels oraux (SNO) et autres compléments

Noms et marques	Composition Intérêt nutritionnel	Utilisation	Remarques
Clinutren 1.5 boisson Nestlé	2 dl: 300 Kcal, 11 g protéines 6 arômes (Type «yaourt liquide») complément protéino-énergétique	Hors des repas	<ul style="list-style-type: none"> • Limiter l'écoeurement dû à l'odeur en buvant frais, à la paille
Clinutren fruit Nestlé	2dl: 225 Kcal, 7,5g protéines 3 arômes (type jus de fruits) complément protéino-énergétique	Hors des repas	<ul style="list-style-type: none"> • Plus fluide • Plus d'acidité • Moins de choix d'arôme
Surveillance:	Ne doivent pas se substituer aux repas, ni entraîner une diminution de la prise alimentaire aux repas (fractionner si nécessaire). Difficilement pris en charge par les caisses maladie (limite l'utilisation à domicile, par exemple: prix Clinutren 1.5 les 4 flacons CHF 17.80).		
Poudre de protéines	95 à 98% de protéines selon les marques	Poudre ajoutée aux préparations maison (potages, purées, compotes, yaourts,...)	<ul style="list-style-type: none"> ! Dosage à respecter pour garder la neutralité du goût
Surveillance:	Pour une bonne utilisation des protéines (rôle de structure, masse musculaire, et non à des fins énergétiques) ce complément doit être associé à un apport énergétique global suffisant (utilisation délicate à domicile)		
Jemalt 13/13 Novartis	Ovomaltine enrichie en fer, vitamines et minéraux	Hors des repas + lait, eau ou jus de fruits	Goût malt ++
Autres spécialités			
Bénéfiber Novartis	Fibres solubles (guar) Régulateur du transit intestinal (diarrhées et/ou constipation)	Poudre ajoutée à de l'eau ou jus de fruits	<ul style="list-style-type: none"> ! Effet différent d'un patient à l'autre (contrôle médical) Dosage à adapter/personne
Glaçons à sucer (ananas)	Soulage les symptômes en cas de mycose, bouche sèche, douleur de déglutition	A partir de jus ou de tisanes édulcorées au miel	<ul style="list-style-type: none"> ! En cas de lésions, choisir les arômes les plus doux
Sodas au cola	Soulage les nausées	En fonction des effets recherchés	<ul style="list-style-type: none"> ! Effet différent d'une personne à l'autre

Quelques références utiles

KONDRUP J, ALLISON SP, ELIA M, VELLAS B, PLAUTH M; Educational and clinical practice committee, European society of parenteral and enteral nutrition (ESPEN) et al. Nutritional risk screening. *Clinical Nutrition* 2003; 22 (3) : 321-336.

BACHMANN P. Nutrition et soins palliatifs en cancérologie. *Nutrition Clinique et Métabolisme* 2006; 137-141.

STRASSER F. Eating-related disorders in patients with advanced cancer. *Support Care Cancer* 2003; 11 : 11-20.

CHIOLÉRO RL, CHIOLÉRO M, COTI-BERTRAND P. Questions éthiques en nutrition. *Traité de nutrition artificielle de l'adulte. 3^e ed. Springer* 2007 : 1157-1161.

D'HEROUVILLE D., Nutrition et hydratation en fin de vie. *Gastroentérol Clin Biol* 2004; 28 : 26-30.

FLNCC (Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer), Standards – Options et recommandations. Bonnes pratiques diététiques en cancérologie: dénutrition et évaluation nutritionnelle août 1999; www.fnlcc.fr

Ressources en soins palliatifs

Equipes mobiles en soins palliatifs (EMSP)

Les EMSP sont des équipes interdisciplinaires à la disposition des médecins traitants, des infirmières, des équipes, des infirmières ressources en soins palliatifs dans les soins aux patients palliatifs à domicile, en EMS, en hôpitaux ou en institutions pour personnes handicapées.

EMSP Arc (Ouest)

079 783 23 56 • aubspal@ehc.vd.ch

EMSP Arcos (Centre)

021 314 16 01 • emsp@hospvd.ch • <http://www.arcosvd.ch>

EMSP Ascor – FSC (Est)

079 366 96 86 • eqmobsoinspal@bluewin.ch • <http://www.reseau-ascor.ch>

EMSP Nord – Broye

079 749 37 39 • emsp@rezonord.net

Service de soins palliatifs/CHUV

021 314 02 88 • soins.palliatifs@chuv.ch • <http://www.chuv.ch>

Equipe pédiatrique cantonale de soins palliatifs et de soutien DMCP – CHUV

079 772 59 81 • patricia.fahrni-nater@chuv.ch

Autres adresses utiles

EHC Hôpital d'Aubonne

021 821 41 11 • dominique.anwar@ehc.vd.ch

EHNV – Site Chamblon

024 447 11 11 • maurice.baechler@ehnv.ch • <http://www.ehnv.ch>

EHNV – Site Orbe

024 442 61 11 • jose.arm@ehnv.ch • <http://www.ehnv.ch>

Fondation Rive-Neuve

021 967 16 16 • danielle.beck@riveneuve.ch • <http://www.rive-neuve.ch>

Hôpital de Lavaux, Unité de soins palliatifs

021 799 01 11 • gerard.pralong@hopitaldelavaux.ch

Hôpital Riviera, Site de Mottex soins palliatifs

021 943 94 11 • etienne.rivier@hopital-riviera.ch

Centre de diffusion – Service de soins palliatifs – CHUV

021 314 51 67 • spl.diffusion-soinspalliatifs@chuv.ch



Photo Joël François Pons

Maurice Baechler, Lila Saiah, Christel Tran, Catherine Rousset et Bernard Pantet.