



Dr Anne RICHARD  
Présidente de la SFAP

**Comité scientifique :**  
Dr Guillemette Laval, Présidente  
CHU Grenoble (38)  
GLaval@chu-grenoble.fr

Dr Sylvie Chapiro  
Hôpital P. Brousse – Villejuif (94)  
sylvie.chapiro@pbr.aphp.fr

Dr Laure Copel  
Institut M. Curie – Paris (75)  
laure.copel@curie.net

Dr Véronique Danel-Brunaud  
Hôpital R. Salengro – Lille (59)  
veronique.danel@chru-lille.fr

Dr Sarah Dauchy  
Institut G. Roussy – Villejuif (94)  
sdauchy@igr.fr

Dr Nathalie Denis-Delpierre  
CHU Nantes (44)  
Nathalie.denis@chu-nantes.fr

Dr Frédéric Guirimand  
Maison J. Garnier – Paris (75)  
fguirimand@adc.asso.fr

Dr Jean-Michel Lassaunière  
Hôpital Hôtel Dieu – Paris (75)  
jean-michel.lassauniere@orange.fr

Dr Aude Le Divenah  
H Necker-Enfants malades Paris (75)  
Aude.ledivenah@nck.aphp.fr

Dr Nathalie Michenot  
CH Versailles (78)  
boutiniere@orange.fr

Dr Jean-Christophe Mino  
Observatoire national de la fin de vie – Paris (75)  
jc-mino@croix-saint-simon.org

Dr Sylvie Rostaing  
Hôpital St Antoine, Paris (75)  
Sylvie.rostaing@sat.aphp.fr

Evelyne Malaquin-Pavan, cadre de santé  
Hôpital C. Celton – Issy les Moulineaux (92)  
evelyne.malaquin-pavan@ccl.aphp.fr

Elisabeth Gudmer, cadre de santé  
CHU Montpellier (34)  
e-gudmer@chu-montpellier.fr

Marie-Claude Dayde, Infirmière libérale  
Colomiers (31)  
mc.dayde@wanadoo.fr

Jérôme Alric, psychologue  
CHU Montpellier (34)  
j-alric@chu-montpellier.fr

Hélène Brocq, psychologue  
CHU Nice (06)  
Brocq.h@orange.fr

Tanguy Chatel, sociologue  
La Celle Saint Cloud (78)  
t.chatel@cegetel.net

Paula La Marne, philosophe  
Rouen/Caen (76/14)  
Paule.la-marne@ac-rouen.fr

Catherine Perrotin, philosophe  
Centre Interdisciplinaire d'Éthique – Lyon (69)  
cperrotin@univ-catholyon.fr

**AVIS 010 du 14 mai 2012**  
**DU COMITE SCIENTIFIQUE DE LA SFAP**  
**Concernant des recommandations pour les professionnels de santé sur**  
**« Nutrition et Cancer, Questions d'actualité ».**

**Réalisation SFNEP avril 2012**  
**Coordination Pierre SENESSE et Xavier HEBUTERNE**

**Objet :** Demande de validation d'un travail pluridisciplinaire par des professionnels de la santé de la Société Francophone de Nutrition et Métabolisme et de l'Institut National du Cancer.

**Préambule :**

Il s'agit d'un texte émanant d'un groupe d'experts. Il est construit autour de 9 grandes questions d'actualité incluant, par question, plusieurs chapitres documentés et chaque fois ponctués par des conclusions, une rubrique finale « recommandations », des tableaux et des annexes quand nécessaire. Un lexique donné au départ rappelle les sigles et termes utilisés. A chaque fois, le contexte d'une chirurgie, d'une radiothérapie ou d'une chimiothérapie ou radiochimiothérapie est précisé, de même que le stade évolutif de la maladie curative, palliative non avancée, palliative avancée ou phase terminale.

**L'avis du Comité scientifique**, après étude du dossier, travail à partir des rapporteurs et réunion téléphonique avec 8 de ses membres le 14/05/2012 est le suivant :

**Excellent travail avec informations utiles aux professionnels impliqués dans la prise en charge en Nutrition et Cancer et choix des questions traitées pertinent. La présentation et la rédaction du document sont claires et sans ambiguïté. Les aspects très précis issus des données de la littérature ne peuvent qu'apporter l'adhésion aux recommandations.**

Des compléments de texte (*écriture italique*) sont proposés comme suit :

- 1. synthèse, méthode (page 9) avec ajout d'une précision concernant l'importance des avis d'expert :** L'élaboration de ces recommandations repose sur une analyse exhaustive de la littérature selon la méthode RPC (Recommandations pour la Pratique Clinique), de la HAS ([www.has.sante.fr](http://www.has.sante.fr)). *La référence exclusive aux données de la littérature ne permet pas cependant de rendre compte de la diversité de toutes les situations cliniques. Le recours aux avis d'experts permet un point de vue complémentaire.*



2. **Place de la nutrition artificielle, phase terminale, complément du paragraphe pour amener la notion de personne de confiance, des directives anticipées, de la valeur symbolique de la nutrition en conséquence, de la complexité des décisions d'arrêt de traitement ainsi que le retentissement de telles décisions sur le patient et la famille :** Au texte déjà en place page 18 (la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005... arrêt est nécessaire.) et avant la phrase écrite en caractère gras qui sera également modifiée, la proposition est la suivante : *La personne de confiance, si elle existe, doit être consultée, ainsi que les directives anticipées si le malade en a fait la rédaction et s'il n'est pas en mesure de donner son avis au moment de la discussion. En effet, la nutrition a une fonction symbolique forte pour nombre de patients et leurs proches ce qui ajoute à la difficulté de prise de décision d'arrêt, de limitation ou de non prescription de la nutrition artificielle. En cas de décision d'arrêt de nutrition et dans l'esprit de l'accompagnement en soins palliatifs, il est essentiel de rappeler que la décision d'arrêt de nutrition a toujours des impacts psychiques importants sur les patients et ses proches. La nutrition maintient la personne dans le monde des vivants et c'est cet équilibre qui peut être modifié. Ainsi, on doit veiller à ce que cette décision ne vienne pas faire naître ou renforcer un deuil anticipé. En tout état de cause et conformément à la loi, la décision pluridisciplinaire doit être notifiée dans le dossier du patient ainsi que le processus de prise de décision collégiale.*
3. **Quand et comment évaluer l'état nutritionnel d'un malade atteint de cancer, introduction, précision sur les équipes de soins transversales avec ajout d'une parenthèse page 21 afin d'insister clairement sur le rôle des équipes mobiles de soins palliatifs :** Enfin, les progrès thérapeutiques en cancérologie et le développement des soins ambulatoires nécessitent une grande réactivité des équipes de soins transversales (*professionnels et équipes de recours en soins de support et équipes mobiles de soins palliatifs*).
4. **Quand et comment prescrire des compléments nutritionnels oraux, introduction fin du 2<sup>ème</sup> paragraphe, ajouter une phrase :** Dans ce cas, il peut parfois éviter le recours à la nutrition artificielle. *L'utilisation des CNO est cependant parfois limitée par leur acceptabilité par les patients.* En ville, le nouvel arrêté...
5. **question 7, orexigènes et autres médicaments anticachexisants, introduction, ajout d'une phrase concernant la recherche d'un lien entre anorexie et symptômes mal contrôlés, page 251, ligne 8 :** L'anorexie est liée à la fois à la tumeur... *L'anorexie et la réduction des ingestats peuvent également être liées à des symptômes mal contrôlés (douleur, état dépressif...) qui devront être*



*systématiquement recherchés et pris en compte dans la prise en charge globale du patient. Aucun produit ne peut prétendre...*

6. **Question 7, produits nécessitant des études prospectives randomisées, NORSET, ajout d'une précision rappelant l'indication princeps des antidépresseurs, page 258 :** D'autres inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, notamment la paroxétine, sont empiriquement proposés. *Nous rappelons au demeurant que l'indication princeps de ces modules est l'état dépressif majeur. Celui-ci est à rechercher systématiquement devant une anorexie sévère.*
7. **Question 7, recommandations page 263, précision concernant les posologies de prednisolone pour son action orexigène invitant à la prudence de manière à ne pas prolonger un traitement par corticoïdes qui n'est pas bénéfique pour le patient au long cours du fait de l'échappement sur l'effet de l'appétit et des risques d'effets indésirables.** La phrase devient comme suit : la prednisolone (grade B) en traitement de courte durée (2 semaines à ~~4 semaines~~) a une dose initiale entre 30 et 60 mg/jour (0,5 mg/kg/jour) (ou la dexaméthasone 4 à 8 mg/jour) *avec nécessaire réévaluation pour une poursuite du traitement n'excédant pas 4 semaines* (avis d'experts).

#### **Deux questions en suspens :**

1. Pour le paragraphe Phase terminale du chapitre Synthèse page 18 : pourquoi juste nommer la nutrition parentérale comme faisant partie des traitements et ne pas nommer aussi la nutrition entérale ? N'est-ce pas aussi considérée comme un possible traitement ? Ecrire plutôt « nutrition artificielle » ?
2. pour les critères biologiques et index et outils spécifiques de dépistage de la dénutrition, pourquoi ne pas nommer le PINI encore utilisé en gériatrie et en soins palliatifs (Pronostic Inflammatory and Nutritional Index : orosomucoïde X C-Réactive Protéine / albumine X préalbumine) ? Voici un article de référence, Dr Noel-Guillet et col, Médecine Palliative 2008 ;7: 260-265