

# Cachexie cancéreuse: causes mécaniques et métaboliques, médication et trucs diététiques (1)

Renée Dugas MD

soins palliatifs

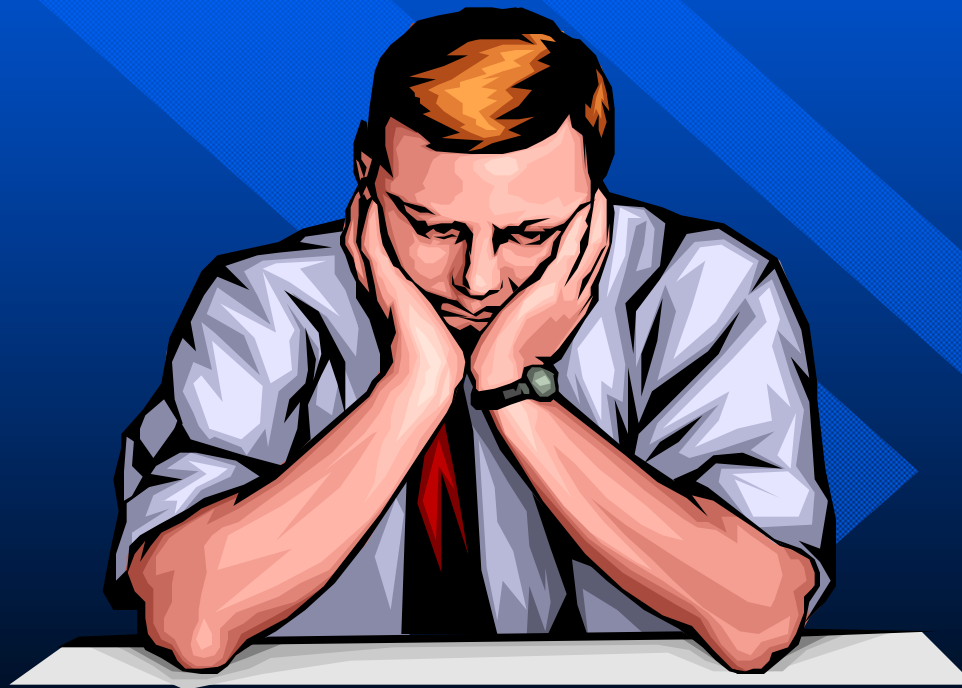
CHUM Hôpital Notre-Dame

# Définition

- Syndrome métabolique complexe caractérisé par une perte de poids progressive et involontaire.
- Anorexie est reliée à la perte d'appétit et à la diminution de l'alimentation.
- Cachexie est reliée à la perte de poids et à l'asthénie.
- Syndrome retrouvé chez 50-90% des patients (dépendant des études) en phase terminale.

# Présentation clinique

- Asthénie caractérisée par une faiblesse généralisée, associée à une perte musculaire squelettique et cardiaque, accompagnée d'une fatigue intellectuelle



# Présentation clinique

- L'anorexie est le résultat de phénomènes centraux (hypothalamiques) et périphériques (digestifs).
- La malnutrition est associée à l'anorexie et ne peut être corrigée par une hyperalimentation.
- La malnutrition est accentuée par la compétition entre la tumeur et l'hôte pour les nutriments.
- L'hypermétabolisme subséquent (non relié à la grosseur tumorale) exagère une non efficacité énergétique.

# La malnutrition

- L'anorexie semble plutôt être le résultat que la cause de la perte de poids.
- La cachexie s'intensifie à travers un mécanisme impliquant l'anorexie dans une sorte de feedback aboutissant au décès.
- La TPN (l'alimentation parentérale) dans ces situations favorise la prise de poids en augmentant l'œdème et non les muscles.

# La malnutrition

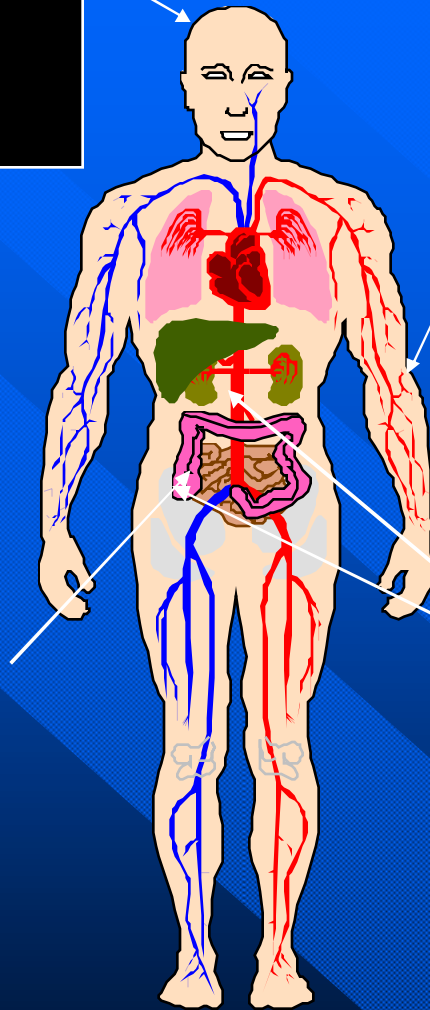
- Le fardeau tumoral provoque des changements métaboliques ressemblant à ceux trouvés dans les situations d'infection ou de trauma.
- Il y a aussi les atteintes digestives avec tableau + ou - évident d'occlusion.
- Il y a les effets secondaires des traitements avec nausée etc...

SNC:

douleur, nausée, goût,  
odorat, distension gast.  
↑ sécrétion CRH

Traitements :

nausée, anorexie,  
mucosite, entérite  
↓ vidange gastr.



Tumeur:

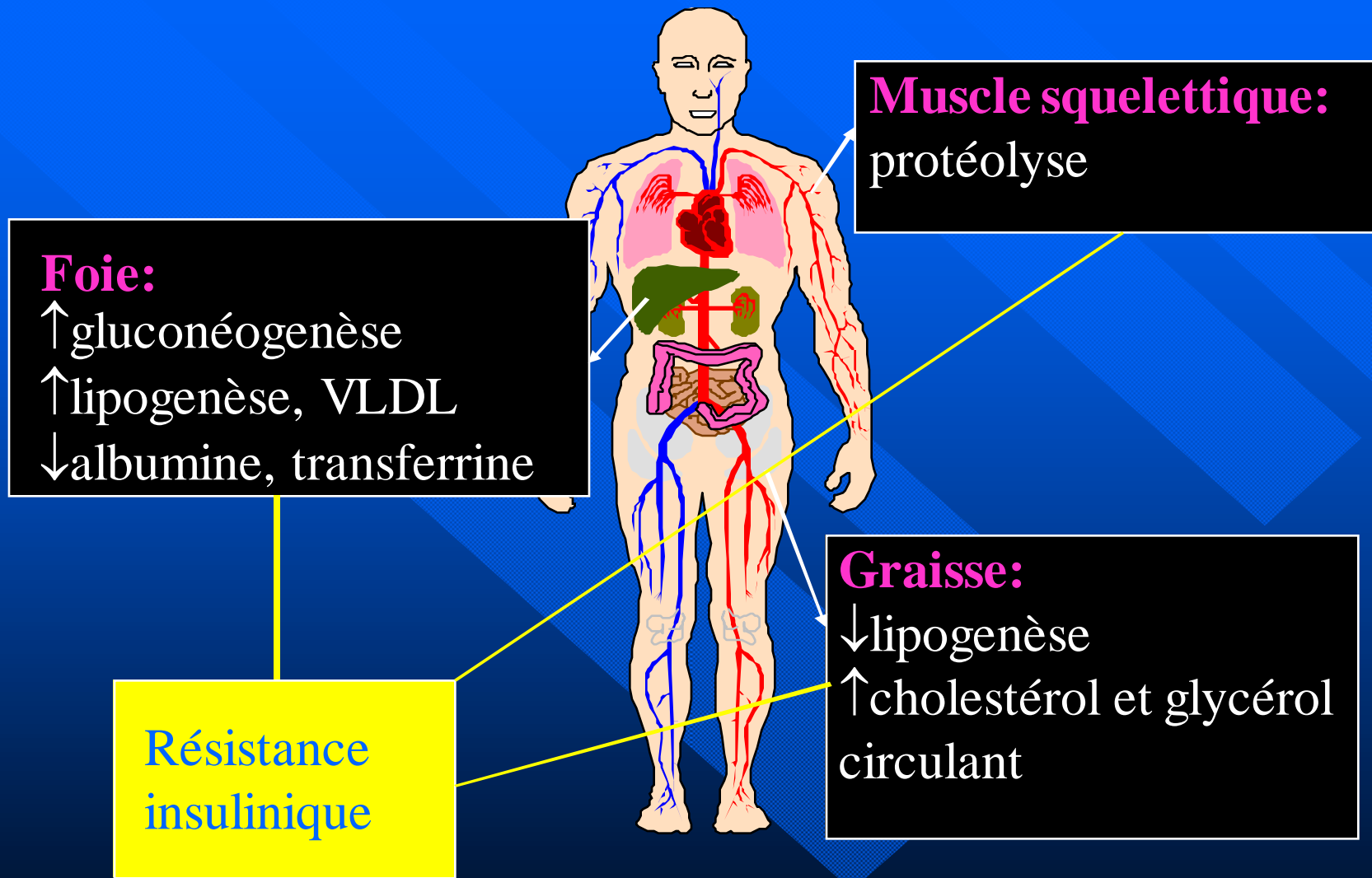
Changements  
métaboliques  
Occlusion directe

Médiateurs endogènes:  
macrophages, cell. Tum.  
→ TNF, IL-1, IL-6...

# La perte musculaire

- La dégradation protéique musculaire est probablement l'événement métabolique le plus important dans la cachexie cancéreuse.
- Au niveau hépatique, il y a diminution de la production d'albumine et de transferrine.





# Stratégies médicamenteuses

- Les médicaments stimulant l'appétit et diminuant l'anorexie.
- Les médicaments favorisant un renversement des dérangements métaboliques associés à la croissance tumorale.



# Stratégies médicamenteuses: les stimulants de l'appétit

## ■ Les stéroïdes progestatifs:

(acétate de mégestrol) 160-480 mg die

- Ils augmentent le poids au niveau graisseux et non au niveau musculaire.
- Il y a possibilité d'œdème périphérique.
- Il y a un faible risque (5%) de thrombophlébite.
- Ils diminuent les nausées et les vomissements.
- Ils ne sont pas associés à une meilleure survie.

# Stratégies médicamenteuses: les stimulants de l'appétit

## ■ Les corticostéroïdes:

(dexaméthasone et prednisolone )

- Ils stimulent l'appétit comme les progestatifs.
- Ils favorisent une augmentation de poids (non statistiquement inférieure au Mégace).
- Ils sont moins bien tolérés en général par les patients.

# Stratégies médicamenteuses: les stimulants de l'appétit

## ■ Les corticostéroïdes:

(dexaméthasone et prednisolone )

- Ils sont efficaces à petites doses
- Dexaméthasone 2 à 4 mg die
- Prednisolone 10 à 25 mg die
- Prix abordable
- Ils sont surtout utilisés dans la phase terminale

# Nausée et vomissement

## ■ Causes:

médicamenteuse et irritation du CTZ

## ■ Médication:

butyrophénones ou phénothiazine tel que

» halopéridol (Haldol<sup>©</sup>) 1 à 5 mg s.c. die à q.i.d.

» prochlorpérazine ( Stémétil<sup>©</sup>) 10 mg s.c. ou ir q.i.d.

» méthotriméprazine ( Nozinan<sup>©</sup>) 5 à 10 mg die à b.i.d.

# Constipation

## ■ Causes:

- sténoses intestinales multiples
- atonie musculaire médicamenteuse
- pseudo-occlusion colique par envahissement rétropéritonéal ou paranéoplasie

## ■ Colyte: recette maison pratique,

- donner 1 litre à prendre à jeun, le matin en dedans d'une heure; il peut être aromatisé avec du jus d'orange concentré et prescrit aux 4 à 7 jours dépendant de la situation clinique.

# Occlusion

- Causes: blocage par causes intra-intestinales ou extra-intestinales
- Médication:
  - » octréotide (Sandostatin<sup>©</sup>), utile dans les 2 situations, 50 à 200 µg t.i.d.
  - » dexaméthasone (Décadron<sup>©</sup>), utile surtout dans les situations extra-intestinales, probablement par action anti-inflammatoire et diminution de l'œdème



# Stratégies médicamenteuses: les stimulants de l'appétit

## ■ Les prokinétiques:

(Métoclopramide et Domperidone) 5 à 10 mg t.i.d. ou q.i.d.

- Utiles lorsqu'il y a un retard de la vidange gastrique : la distension gastrique inhibe l'alimentation
- Ils contrôlent la nausée secondaire.
- Prudence dans les situations de sub-occlusion et d'occlusion.

# Stratégies nutritionnelles

- Hydrater avec de petites quantités fréquemment , 30 à 60 cc aux demi-heures
- Avoir de petits contenants agréables présentés sur des petits cabarets
- Confectionner des bonbons durs et des pop-sicles (ils fondent lentement).



# Stratégies nutritionnelles

- Eviter un estomac surchargé ou trop vide et garder la bouche hydratée, permet à un patient de contrôler la faim.
- Il est toujours permis de mastiquer et de sucer le jus d'une nourriture aimée et d'en retirer toute la valeur nutritive.
  - les sucres simples sont absorbés au niveau buccal

# Stratégies nutritionnelles

- Le confort du patient prime, qu'il prenne du poids ou non .
- Le contrôle des symptômes bloquant l'alimentation (la nausée) est indissociable du confort.
- Le maintien d'une alimentation d'allure naturelle prévaut sur le calcul nutritif....

# Stratégies nutritionnelles

- Offrir aux heures une portion agréablement présentée,
  - permet un contrôle nursing ou une visite amicale
- Les petits repas sont mieux tolérés
- Nourrissent mieux que trois repas laissés à demi terminés .

# Stratégies nutritionnelles

- Ils diminuent le risque de trouver un patient continuellement affamé et découragé de se voir manger si peu...
- La grosseur des plats doit être adaptée à la grosseur des portions



# Stratégies nutritionnelles

- Confectionner des pop-sicles, permet de faire accepter plus facilement un 30 ml/hre
- Des gélaitines nutritives peuvent être préparées avec les suppléments genres boissons aux fruits: portion de 60 ml





# Stratégies nutritionnelles

- Ils sont analgésiques dans les situations de mucosites.
- Ils permettent de diminuer certains goûts mal tolérés.

# Stratégies nutritionnelles

- Prévoir le plaisir de mastiquer une nourriture sans l'avaler lorsqu'il y a occlusion digestive (ex: ca ORL, œsophage, gastrique, etc. ...)
- Ceci peut être offert au patient recevant un gavage.
- Il y a une absorption des sucres simples au niveau buccal.

# Stratégies nutritionnelles

- Dans les occlusions hautes, malgré tous les trucs essayés,
  - certains patients apprécieront une gastrostomie de décompression pour s'hydrater à volonté
- mais il est extrêmement important de vérifier avec eux ce qu'ils attendent de cette technique : un repas solide bloque

# Stratégies nutritionnelles

- Dans les occlusions oesophagiennes, la gastrostomie permet une prolongation de survie
  - » il est important de vérifier avec le patient ce qu'il est prêt à accepter comme complication possible attachée à une survie prolongée:  
envahissement local avec possibilité de plaies et écoulement, saignements...

# Stratégies nutritionnelles

- Ne pas forcer les patients sous gavage:
  - il y a fuite au pourtour de la gastrostomie lorsque l'on force un volume que l'intestin n'est plus capable de digérer
- Dans les dernières semaines, il devient difficile de donner plus de 20 ml/hre de gavage.
  - Ils sont cessés dans les derniers jours car mal tolérés.

# Stratégies nutritionnelles

- La constipation d'apparition récente est un facteur de mauvais pronostic:
  - surtout s'il n'y a pas de changement médicamenteux majeur.



# Stratégies nutritionnelles

- Eviter la surhydratation chez un patient en occlusion terminale:
  - elle ne fait qu'augmenter le troisième espace
- Bien expliquer au patient et aux autres intervenants le plan de diète et le pourquoi des restrictions:
  - vomir continuellement n'est pas agréable

# Conclusion

- Être à l'écoute des désirs de nos patients
- S'ajuster dans la mesure du possible pour assurer leur confort

