

**Les principaux problèmes alimentaires
du patient en oncologie**

GUIDE ET CONSEILS PRATIQUES

Avant-propos

Fin 2002, la Fondation contre le Cancer a réalisé une enquête auprès de diététiciens hospitaliers dans tout le pays, afin d'évaluer leurs connaissances et les besoins en matière de diététique oncologique. D'après cette enquête, 90 % des personnes interrogées n'ont jamais suivi une quelconque spécialisation en oncodiététique. La majorité des diététiciens jugeaient par conséquent souhaitable de proposer une formation complémentaire axée sur l'alimentation des personnes cancéreuses. Pour faciliter leur démarche au quotidien, ils ont également demandé de la documentation et un formulaire d'anamnèse oncologique en vue de recenser efficacement les divers problèmes alimentaires du patient cancéreux.

La Fondation contre le Cancer a en outre contacté des diététiciens indépendants exerçant dans l'ensemble de la Belgique et il est apparu que, chez ces derniers également, il existe une forte demande de formation en matière d'alimentation des personnes cancéreuses.

La Fondation contre le Cancer entend épauler de son mieux les patients cancéreux, de même que tous les professionnels chargés de leur dispenser des soins, jour après jour.

À l'initiative du vzw AKIO (Centre anversoïis de rencontre et d'information sur le cancer), un groupe d'experts constitué de diététiciennes d'hôpitaux anversoïis et de la spécialiste en nutrition de la Fondation contre le Cancer a ainsi vu le jour. Ce groupe de travail a rédigé le présent document, qui expose les problèmes rencontrés en oncodiététique, ainsi que le formulaire d'anamnèse correspondant et une présentation détaillée des différents troubles.

Lors de l'élaboration de ce document, les spécialistes ont choisi de prendre pour point de départ le trouble « causal » et non « factuel » dont se plaint le patient. À partir de là, le diététicien ou le nutritionniste peut déterminer si une intervention centrée sur l'alimentation est ou non requise.

Dans cette perspective, les troubles ont été divisés en 6 grands groupes :

MALABSORPTION

MALAISES

TROUBLES MÉCANIQUES

TROUBLES MÉTABOLIQUES

AUTRES

TROUBLES PSYCHOSOCIAUX

Ce document propose des conseils scientifiquement fondés, mais aussi des recommandations alimentaires tirées de l'expérience ou empiriques. Concrètement, ces dernières s'avèrent en effet précieuses lorsqu'il s'agit de préserver au mieux la qualité de vie du patient cancéreux, qui doit être au centre des soins dispensés.

Nous espérons sincèrement que ce document constituera un guide utile pour l'accompagnement de vos patients cancéreux, tant en milieu hospitalier qu'en dehors.

Les auteurs,

Lia Reynders, diététicienne en chef, ZNA Middelheim Antwerpen

Reinilde Van Loon, diététicienne en chef, AZ Sint-Augustinus Antwerpen

Christel Wellens, diététicienne, Universitair Ziekenhuis Antwerpen

Eva de Winter, nutritionniste, Fondation contre le Cancer

Remerciements

Les auteurs remercient chaleureusement les personnes mentionnées ci-après, pour le temps qu'elles ont bien voulu consacrer à la relecture du texte, ainsi que pour leurs critiques constructives. Les différents avis ont donc été harmonisés et intégrés au mieux dans cette version définitive du document.

Comité de révision

Dr Rutten, AZ Sint-Augustinus Antwerpen, Centre d'oncologie
Dr De Schepper, AZ Sint-Augustinus Antwerpen, Service de gastro-entérologie
Dr Vandebroek, AZ Sint-Augustinus Antwerpen, Centre d'oncologie
Dr Schrijvers, ZNA Middelheim Antwerpen, Service d'oncologie
Dr Nagels, Fondation contre le Cancer
Mme Callebaut, psychologue, Universitair Ziekenhuis Antwerpen
Mme Schiepers, psychologue, Fondation contre le Cancer
Mme Timmermans, diététicienne, UZ Gasthuisberg Leuven, Service d'oncologie

Toutes les recommandations formulées dans ce document doivent être appliquées et adaptées à chaque patient en particulier, en tenant compte du traitement, des contre-indications et des autres informations pertinentes figurant dans son dossier médical.
S'agissant des recommandations en matière d'alcool, le médecin traitant doit exclure préalablement toute contre-indication.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

L'utilité des conseils alimentaires en diététique oncologique

Pour une utilisation efficace de ce guide

Remarques essentielles

Évaluation de l'état nutritionnel du patient oncologique

Classification des problèmes alimentaires relevés chez les patients oncologiques

Lexique explicatif

TROUBLES

1. MALABSORPTION

1.1 Intolérance au lactose

1.2 Résection de l'intestin grêle

1.3 Iléostomie

1.4 Radio-entérite

1.5 Colostomie

1.6 Diarrhée

2. MALAISES

2.1 Anorexie

2.2 Aversions, altérations du goût et de l'odorat

2.3 Nausées et vomissements

2.4 Fatigue

3. TROUBLES MÉCANIQUES

3.1 Difficultés de mastication, odynophagie et dysphagie

3.2 Xérostomie

3.3 Formation de mucosités

3.4 Stomatite

3.5 Mucosite

3.6 (Sub)obstruction au niveau de la tête et du cou

3.7 Reflux gastro-œsophagien

3.8 Oesophagite

3.9 Résection de l'œsophage

3.10 Résection de l'estomac

3.11 Constipation

3.12 (Sub)obstruction de l'intestin

4. TROUBLES MÉTABOLIQUES

4.1 Prise de poids non désirée

4.2 Perte de poids non désirée

4.3 Perturbation de la glycémie

4.4 Hypertriglycémie

5. AUTRES

5.1 Immobilité

5.2 Œdème

5.3 Ascite

5.4 Urostomie

5.5 Risque d'infection accru

6. TROUBLES PSYCHOSOCIAUX

QUELQUES PISTES DE RÉFLEXION EN GUISE DE CONCLUSION...

ANNEXES

1. Fonctions normales de l'intestin grêle et du côlon
2. Illustration de la fonction du côlon
3. Iléostomie et colostomie
4. Diarrhée et sous-alimentation
5. Perte de poids induite par la tumeur

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Utilité des conseils alimentaires en diététique oncologique

Bien que le cancer ne se traduise pas intrinsèquement par un mauvais état nutritionnel, divers facteurs peuvent induire des modifications au niveau de l'alimentation. Le *processus cancéreux* en lui-même ou des *facteurs externes* sont susceptibles de jouer un rôle en la matière. Si l'on connaît les causes précises d'une modification des habitudes alimentaires, il devient plus simple d'adopter des mesures permettant de maintenir une alimentation (presque) normale et de prévenir ainsi une sous-alimentation générale ou spécifique.

L'influence du cancer sur l'état nutritionnel du patient se manifeste par une sous-alimentation générale ou spécifique due au processus cancéreux et peut être observée dans au moins trois types de situations faisant intervenir des mécanismes distincts : la localisation de la tumeur (par ex., un cancer de l'œsophage peut engendrer un mauvais état nutritionnel dans la mesure où il fait obstacle au passage des aliments), les malaises (provoqués par des modifications métaboliques dont la cause demeure largement inconnue : les troubles visés incluent notamment l'anorexie, les aversions, les altérations du goût et de l'odorat, les nausées et les vomissements, une grande fatigue) et les modifications métaboliques (par ex., une tumeur hypercatabolique, c'est-à-dire une tumeur, accompagnée ou non de métastases, induisant des modifications du métabolisme énergétique qui influencent le système faim-satiété).

On distingue par ailleurs trois grands facteurs externes susceptibles d'influencer le statut nutritionnel : le traitement (par ex., difficultés de mastication et de déglutition lorsque le patient a subi une intervention chirurgicale dans la région de la tête et du cou), la fréquence de l'alimentation (par ex., lorsque de nombreux examens perturbent le rythme des repas) et les problèmes psychosociaux (les sentiments de tension, de peur et de dépression enlèvent au patient toute « envie de manger »).

L'alimentation ne peut sans doute pas être considérée comme une thérapie anticancéreuse, dans le sens où elle n'a probablement aucune influence sur la rémission de la tumeur, l'apparition d'effets secondaires lors du traitement, les risques de récurrence et la formation de métastases, pas plus que sur la durée de la survie du patient.

L'alimentation peut toutefois être considérée comme un complément important du traitement : un bon état nutritionnel aurait une influence favorable sur la morbidité et la mortalité consécutives à une intervention chirurgicale, à un traitement par radio- et chimiothérapie, ainsi que sur l'immunité et le bien-être du patient, notamment parce qu'il est ainsi possible d'influencer l'ampleur des effets secondaires, ce qui permet de maintenir ou d'améliorer le quotidien et la qualité de vie générale du patient.

Pour une utilisation efficace de ce guide

Les deux schémas des pages suivantes doivent servir de référence : « Évaluation de l'état nutritionnel du patient oncologique » et « Classification des problèmes alimentaires relevés chez les patients oncologiques ». Pour l'anamnèse, utilisez l'organigramme (1^{er} diagramme) en guise de fil conducteur. Vous pourrez ainsi situer de façon rapide et exhaustive les problèmes dont souffre votre patient.

Dans nombre de cas, vous aboutirez au petit encadré « Conseil ». Le second schéma vous guide à travers les différents troubles dont se plaint le patient. Les conseils avancés pour remédier à ces plaintes, de même que le contexte sous-jacent, sont expliqués et commentés dans le texte qui suit.

Dans tous les autres cas, le conseil sera d'emblée formulé concrètement. Afin de garantir l'uniformité des conseils prodigués, des explications plus détaillées figurent dans le lexique que vous trouverez après les schémas.

Remarques importantes

- Pour tous les troubles évoqués précédemment, il y a lieu de prêter une attention toute particulière aux **apports en liquide**.

D'une part, et ce dans presque tous les cas, un apport additionnel de liquide est nécessaire pour assurer l'élimination des déchets du métabolisme via l'urine. Cela contribue également à atténuer les nausées.

D'autre part, il faut tenir compte des grandes quantités de liquide administrées au patient par le biais des perfusions, de la chimiothérapie et de l'alimentation parentérale. Il arrive ainsi qu'un patient admis à l'hôpital prenne plus de 3 kg par jour. Il est dès lors utile d'analyser les besoins en liquide sur la base du poids corporel : on considère généralement que 30 ml de liquide/kg constitue une norme valable.

Dans ce document, les besoins en liquide sont définis comme un « apport adéquat de liquide ».

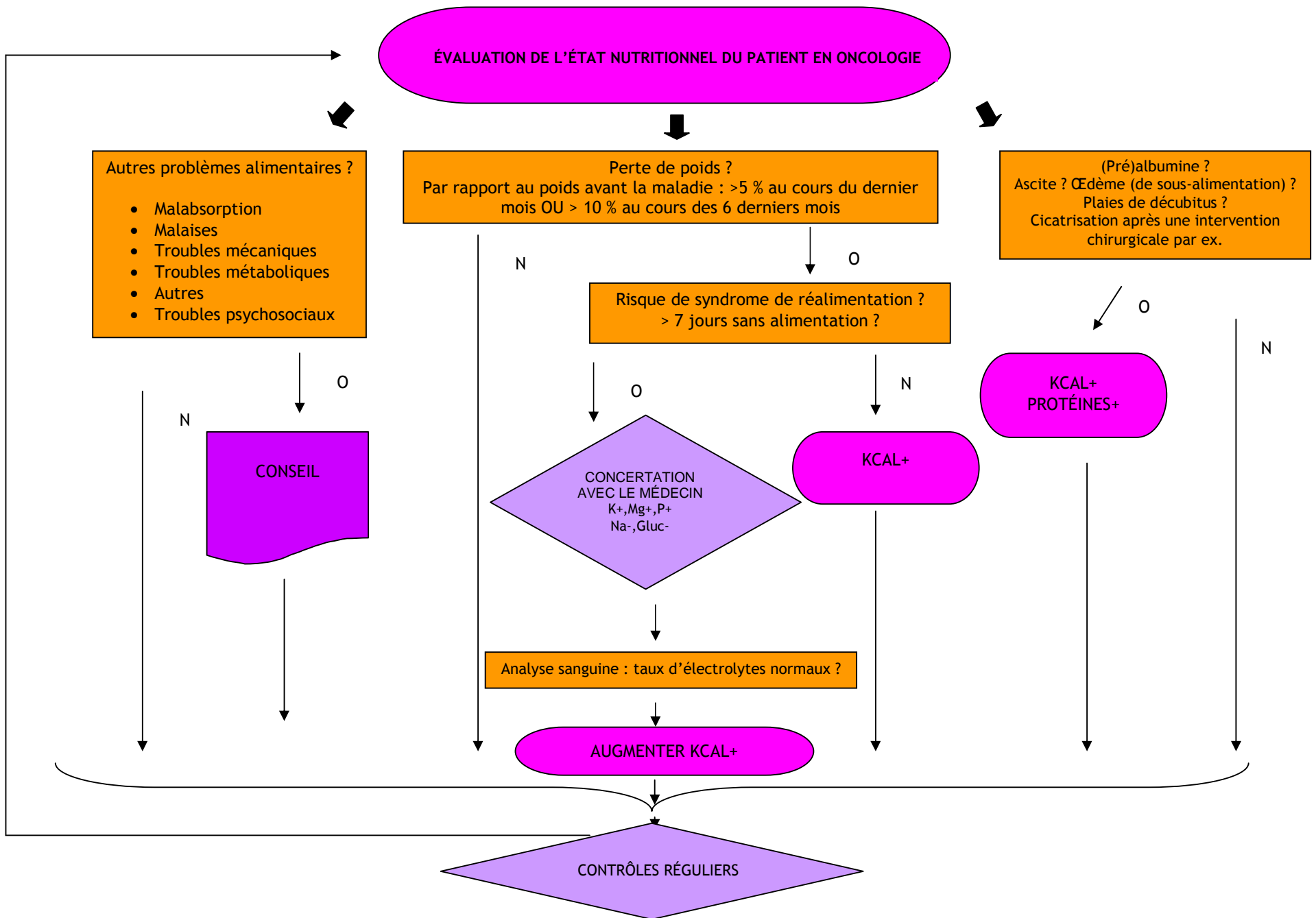
Nous parlons par ailleurs d'« alimentation adéquate » et d'« alimentation sur mesure ». Nous soulignons ci-dessous la différence essentielle qui distingue ces deux concepts d'une « alimentation saine ».

- **Alimentation adéquate**

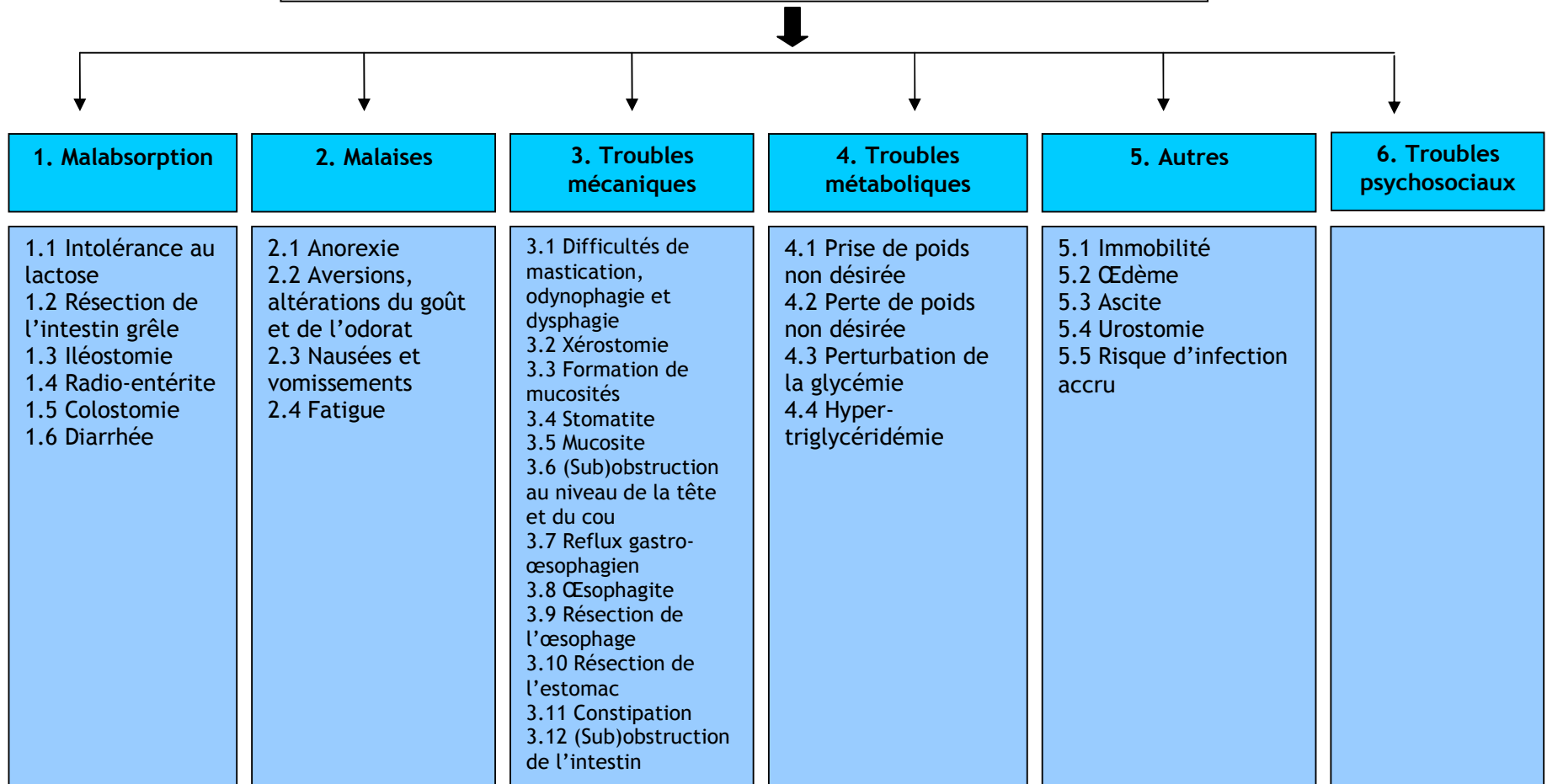
« Une alimentation adéquate fournit assez d'énergie et de nutriments pour maintenir l'état nutritionnel et est suffisante pour assurer le bon fonctionnement quotidien de l'organisme. Une alimentation adéquate se concentre sur la situation actuelle et sur les effets à moyen terme, sans viser une amélioration de la santé à long terme. La prévention des maladies cardiovasculaires, du diabète et du cancer n'est pas prioritaire. » (SOURCE : *Leidraad voor voedingsdeskundigen bij kanker*, voir bibliographie)

- **Alimentation sur mesure**

L'alimentation « sur mesure » a pour objectif premier d'assurer un bien-être optimal et de remédier aux troubles dont se plaint le patient, ou de mieux les gérer. Maintenir l'état nutritionnel et fournir suffisamment d'énergie et de nutriments pour garantir le bon fonctionnement quotidien de l'organisme ne sont nullement prioritaires. L'alimentation « sur mesure » vise des effets à court terme. (SOURCE : *Informatorium voor voeding en diëtetiek*, voir bibliographie)



CLASSEMENT DES PROBLÈMES ALIMENTAIRES CHEZ LES PATIENTS ONCOLOGIQUES



ALIMENTATION ORALE → COMPLÉMENTS → SUBSTITUTS → ALIMENTATION PAR SONDE → ALIMENTATION PARENTERALE (TOTALE)

Lexique explicatif

- **Syndrome de réalimentation et taux d'électrolytes**

Le syndrome de réalimentation ou refeeding syndrome peut survenir chez des patients restés longtemps sans manger lors de l'introduction d'une alimentation entérale.

La réalimentation stimule la libération d'insuline. L'insuline permet l'assimilation du glucose dans les cellules. En même temps que le glucose cependant, du phosphate, du magnésium et du potassium sont également absorbés dans la cellule. Il peut en résulter une hypophosphatémie, une hypokaliémie, une hypomagnésémie, une intolérance au glucose et une carence en vitamine B1.

Ces complications peuvent provoquer une insuffisance cardiaque, des arythmies et des troubles neurologiques à l'issue fatale.

Il est donc indispensable de suivre un schéma de réintroduction progressive de l'alimentation, de procéder à un contrôle quotidien de ces substances dans le sang pendant la phase de réalimentation progressive et de fournir au besoin un supplément. Un complément de vitamine B1 doit être administré d'office ⁽⁸⁾.

- **(Pré)albumine**

La préalbumine est un indicateur très général, mais préférable à l'albumine, pour déceler un état nutritionnel anormal : le taux de préalbumine diminue en effet plus rapidement que celui de l'albumine. Seul inconvénient : la détermination du taux de préalbumine est coûteuse.

- **Ascite**

Voir 5.3.

- **Œdème (de sous-alimentation)**

Voir 5.2.

- **Plaies de décubitus**

Des études ont démontré qu'en cas de plaies de décubitus, l'ajout de suppléments protéiques et énergétiques dans l'alimentation assure une guérison plus rapide. Plus la plaie est étendue, plus les besoins alimentaires sont importants. Les suppléments protéiques et énergétiques contribuent à la formation de nouveaux tissus irrigués par des vaisseaux sanguins, à la compensation de la perte de protéines par suintement au niveau de la plaie et à la production d'anticorps chargés d'assurer la résistance contre les infections.

L'arginine joue un rôle important dans la synthèse du collagène, la dilatation des vaisseaux sanguins et la formation des lymphocytes, de l'insuline et de l'hormone de croissance.

L'organisme produit habituellement suffisamment d'arginine mais, en cas de décubitus avancé, les besoins en arginine sont accrus et cette dernière devient un acide aminé essentiel (supplément : 5 à 30 g/jour).

À un stade avancé, les besoins en liquide seront également accrus en raison de la perte liquidienne via le liquide qui s'écoule de la plaie. Cette perte représente en moyenne 500 ml par jour.

Des micronutriments, principalement des antioxydants, du zinc et du fer, interviennent également dans la cicatrisation de la plaie. On préconise actuellement de s'en tenir aux apports journaliers recommandés (AJR).

- **Cicatrisation**

Il ressort de diverses études que les substances nutritives suivantes favorisent la cicatrisation des plaies :

- les substances énergétiques ;
- les protéines, qui compensent la perte de protéines, favorisent la formation des tissus et interviennent dans les réactions de défense ;
- les micronutriments, qui interviennent dans la formation des tissus.

1. MALABSORPTION

1.1 Intolérance au lactose

Contexte

Chez les patients cancéreux, l'intolérance au lactose est le plus souvent due à une

diarrhée prolongée ou à une radiothérapie au niveau des intestins.

Conseils

- 👉 Supplément en lactase, en concertation avec le médecin ;
- 👉 Limitation de l'apport en lactose :
 - Supprimer tous les types de lait contenant du lactose : lait de vache, de chèvre, de brebis et de jument ;
 - Certains fromages à pâte molle et à tartiner, le fromage blanc, le yaourt et la crème renferment une petite quantité de lactose, mais sont généralement bien tolérés. Si la diarrhée persiste, il est préférable d'y renoncer également ou de les remplacer par un produit à base de lait de soja ;
- 👉 Sources de calcium :
 - lait pauvre en lactose, lait de soja enrichi en calcium, fromages à pâte dure ;
 - les eaux riches en calcium et enrichies en calcium peuvent constituer une solution intéressante pour les patients qui n'aiment pas les produits laitiers ;
- 👉 Les fibres améliorent l'absorption du calcium au niveau de l'intestin.

1.2 Résection de l'intestin grêle

Contexte

Lorsque la résection concerne plus de 70 % de l'intestin grêle, on parle de « syndrome de l'intestin court ». Un tel raccourcissement

de l'intestin grêle provoque de graves problèmes d'absorption.

Conseils

- **Résection de l'iléon**

- 👉 Injections de vitamine B12 ;
- 👉 Supplément d'acide folique ;
- 👉 Un déficit chronique d'acide biliaire (dû à des pertes importantes) peut provoquer une diarrhée de sels biliaires et une diarrhée stéatogène. Voir également Diarrhée (1.6).

- **Résection importante de l'intestin grêle (jéjunum et iléon)**

Dans un premier temps, l'alimentation est habituellement administrée par voie parentérale ; ensuite, on passe progressivement à une alimentation par sonde et/ou orale, en veillant à :

- 👉 assurer des apports suffisants en liquides : des eaux riches en minéraux, de préférence ;
- 👉 surveiller les taux de vitamines (B, C, A, D, E, K) et de minéraux (Na, K, Mg, Zn) ;
- 👉 au besoin, administrer des suppléments de triglycérides à chaîne moyenne (MCT - Medium Chain triglycerides) et de dextrine-maltose en guise de source d'énergie additionnelle ;

De graves problèmes de digestion (lactose, graisses) et d'absorption (vidange) peuvent survenir si l'intestin est extrêmement court ; des limitations ne s'imposent que si elles sont nécessaires et à titre provisoire.

ATTENTION

Tenir compte, lors de la sortie de patients alimentés par sonde, du coût élevé de l'alimentation semi-élémentaire...

1.3 Iléostomie

Contexte

Dans le cadre d'une iléostomie, le gros intestin est a fonctionnel suite à une résection ou à un pontage provisoire et la

stomie est placée sur la dernière partie de l'intestin grêle. Les illustrations correspondantes figurent aux annexes 1 à 3.

Conseils

- 👉 Éviter tout excès de poids : les replis abdominaux empêchent en effet la bonne obturation de la stomie ;
- 👉 Alimentation saine et équilibrée : le patient choisit ce qu'il ou elle tolère ;
- 👉 Bien mâcher et couper les aliments en petits morceaux.

Un patient qui a subi une iléostomie perd beaucoup de liquide et de sel, car les selles ne sont pas ou peu épaisses ; il peut donc éprouver des vertiges et une grande fatigue. Il faut dès lors :

- 👉 Assurer des apports en liquides atteignant au moins 2,5 l/jour ;
- 👉 Adopter une alimentation riche en sel (\pm 14 à 15 g de sel par jour) ;
- 👉 Au fil du temps, l'intestin grêle reprendra de lui-même (en partie) la fonction du gros intestin et les selles redeviendront plus fermes.

Remarques importantes

• Selles liquides

- 👉 Certains aliments donnent une consistance plus épaisse aux selles : thé, riz, biscottes, pain grillé, flocons d'avoine, banane mûre, pomme râpée brunie, jus de pomme (de préférence non filtré), jus d'airelles, jus de carottes ;
- 👉 Demandez au patient d'établir une liste des aliments qui provoquent des selles trop liquides et invitez-le à éviter ***provisoirement*** ces aliments.

• Obstruction de la stomie

- 👉 Il importe de bien mâcher les aliments ;
- 👉 Les produits suivants peuvent provoquer une obstruction de la stomie : les fruits riches en fibres (mangue, agrumes, ananas frais), les légumes riches en fibres (céleri, asperges), les champignons, le maïs, la viande coriace et filandreuse, les noix, les cacahuètes, le pop-corn, les fruits secs (dattes, figes, pruneaux).

• Irritation de la peau

Les aliments suivants peuvent irriter la peau autour de la stomie, surtout lorsque les selles sont liquides : jus de citron et autres jus de fruits acides, plats très épicés, vinaigre.

- **Flatulence**

- 👉 La flatulence n'est pas nocive, mais est souvent gênante d'un point de vue social. La mesure dans laquelle certains produits provoquent la formation de gaz varie d'une personne à l'autre ;
- 👉 La consommation de lait et/ou de babeurre pourrait avoir un effet favorable ;
- 👉 Évitez d'avaler de l'air (mâcher du chewing-gum, fumer, manger trop rapidement) ;
- 👉 Aliments susceptibles de provoquer de la flatulence :
 - les choux (à l'exception du chou-fleur et des brocolis), les poireaux, les oignons, les légumineuses, l'ail, les choux de Bruxelles ;
 - les boissons contenant du gaz carbonique (bière, eau gazeuse, limonades, vin mousseux) ;
 - les aliments riches en sucres simples.

- **Odeurs**

- 👉 Les odeurs ne sont pas nocives, mais sont souvent gênantes d'un point de vue social ;
- 👉 Les aliments susceptibles de provoquer des odeurs sont les suivants : herbes aromatiques, épices, aliments très épicés, oignons, asperges, ail, poireaux, légumineuses, œufs, lait et poisson ;
- 👉 Certains médicaments peuvent également être à l'origine d'odeurs gênantes ;
- 👉 Il est possible d'éviter la formation d'odeurs en ajoutant une aspirine ou de l'huile aromatique dans la poche de la stomie.

- **Coloration**

- 👉 La coloration n'est pas nocive, mais est souvent gênante d'un point de vue social ;
- 👉 La couleur des selles dépend de ce que l'on a mangé. On observe notamment une coloration après avoir mangé des betteraves et des épinards ou après avoir bu du jus d'airelles ;
- 👉 Les médicaments à base de fer peuvent également induire une coloration.

ATTENTION

Déshydratation : minimum 1 l d'urine/24 h (cf. risque de calculs des voies urinaires) et ± 600 à 800 ml de matières fécales/24 h.

1.4 Radio-entérite

Contexte

Lors d'irradiation de la cavité abdominale, les dommages surviennent surtout au niveau de la portion terminale de l'iléon. On établit une distinction entre les symptômes aigus (une à trois semaines après la radiothérapie) et les complications chroniques ultérieures (qui surviennent deux mois, voire plusieurs années plus tard). Les troubles aigus se manifestent en raison d'une atrophie des villosités et de la formation d'œdème (consécutif à une obstruction des vaisseaux lymphatique) au niveau de la paroi intestinale, ce qui entraîne des crampes, une malabsorption et une diarrhée. Le dysfonctionnement iléal se traduit par une malabsorption des

graisses due à une moins bonne absorption des sels biliaires. L'atrophie des villosités peut provoquer une carence en vitamine B12 et une malabsorption du lactose. Le transit intestinal est accéléré. Tous ces troubles sont réversibles. Les complications chroniques sont dues à une nécrose de la paroi intestinale et sont irréversibles. Elles peuvent entraîner une vasculite, une ischémie et une fibrose au niveau de l'intestin. Les complications potentielles incluent des selles moins fréquentes, une (sub)obstruction, une perforation, une péritonite, l'apparition de fistules. Ces troubles sont irréversibles et souvent progressifs.

Conseils

- 👍 Adapter les conseils en fonction des troubles et des malabsorptions constatés ;
- 👍 Des régimes stricts pauvres en fibres ou en résidus (régime d'épargne intestinale) sont préconisés en cas de sténose (voir subobstruction 3.12) ;
- 👍 Limiter la consommation de légumes favorisant la formation de gaz et d'aliments contenant des fibres grossières (pain complet ou multicéréales, muesli, grandes quantités de crudités) peut avoir une influence favorable en cas de crampes intestinales ;
- 👍 Voir également Intolérance au lactose (1.1), Diarrhée (1.6), (Sub)obstruction de l'intestin (3.12).

Remarque importante

- 👍 En cas de radio-entérite, le risque de subobstruction (voir 3.12) est réel.

ATTENTION

- 👍 Chez certains patients, la limitation des apports en gluten permet d'atténuer les troubles. La suppression du gluten pendant deux semaines doit se traduire par une amélioration ; si ce n'est pas le cas, il est inutile de continuer. Si cette limitation apporte effectivement une amélioration, les apports en gluten doivent être restreint et bien répartis pendant toute la durée du traitement.

1.5 Colostomie

Contexte

Une colostomie est une terminaison artificielle située au niveau du côlon descendant ou sigmoïde.

Les illustrations correspondantes figurent aux annexes 1 à 3.

Conseils

- 👍 Boire beaucoup ;
- 👍 Alimentation riche en fibres ;
- 👍 La flatulence, la coloration et les odeurs ne sont pas nocives mais sont souvent gênantes d'un point de vue social. Pour les conseils, se reporter au paragraphe consacré à l'iléostomie (1.3).

1.6 Diarrhée

Contexte

Différentes causes (diarrhée, infection, malabsorption, pathologie du côlon...) peuvent engendrer différentes formes de diarrhée (diarrhée lipidique, diarrhée aqueuse, ...).

Lors de diarrhée, le patient émet une à plusieurs fois par jour des selles (aqueuses). La défécation peut être ou non associée à de la douleur ou à une vidange gastrique accélérée, à une accélération du passage de la nourriture au travers de l'intestin, à un

mauvais mélange avec la bile et le suc pancréatique, à une diminution de la sécrétion pancréatique ou à une multiplication bactérienne excessive. La diarrhée consécutive à une chimiothérapie a un caractère temporaire. Dès que les cellules gastriques et intestinales se sont régénérées, la diarrhée disparaît.

L'illustration correspondante figure à l'annexe 4.

Conseils

- **Pour la plupart des types de diarrhée**

- 👉 Suffisamment de liquide (2 à 3 l) ;
- 👉 Suffisamment de sodium ;
- 👉 Suffisamment de potassium.

- **Interrogatoire**

- 👉 Diarrhée = aiguë ou chronique ?
- 👉 Interroger le patient sur les médicaments, produits alimentaires naturels, aliments fonctionnels et nutriments (compléments alimentaires sous des formes d'administration pharmaceutique non enregistrées) qu'il prend. Ceux-ci peuvent en effet influencer le fonctionnement de l'intestin et la flore intestinale.
- 👉 Cause (interroger le médecin) ?
- 👉 Action ?

- **Classification**

Diarrhée aiguë (= le plus souvent infectieuse) = apparition brutale, durée : < 2 à 3 semaines

- 👉 Compenser les pertes considérables en liquide et minéraux : utilisation de boissons et d'aliments riches en sodium (bouillon, eaux fortement minéralisées,...), d'aliments riches en potassium (jus de tomate, bananes, chocolat noir, poudre de cacao, ...), liquides pour réhydratation orale, boissons isotoniques ;
- 👉 Alimenter et entretenir la flore intestinale par des pré- et probiotiques ;
- 👉 Ne pas forcer la consommation d'aliments.

Diarrhée chronique = durée : > 3 à 6 semaines

- 👉 Alimentation saine et équilibrée, MAIS le patient doit choisir les aliments qu'il supporte ;
- 👉 Ne limiter l'alimentation qu'en cas de troubles digestifs ;
- 👉 Utilisation d'aliments qui augmentent la consistance des selles tels que eau de riz, jus de carottes, bananes écrasées, pomme râpée (pectine), flocons d'avoine ;
- 👉 Limitation des aliments qui stimulent la motricité intestinale : repas copieux et riches en graisses, café, bière, boissons contenant du gaz carbonique, aliments favorisant la formation de gaz ;
- 👉 Les airelles, les mûres, le chocolat noir et le thé peuvent avoir un effet constipant en raison de la présence de tannins ;
- 👉 Les nutriments et aliments qui accélèrent le transit intestinal sont : café fort, pruneaux, rhubarbe, agrumes ou jus d'agrumes et aliments riches en graisses ;
- 👉 Les nutriments et aliments qui ralentissent le transit intestinal sont : fibres hydrosolubles (pectine, inuline) et fibres alimentaires fines (pain demi-gris, riz complet, pâtes complètes).

On distingue :

- **Diarrhée de fermentation - diarrhée osmotique**

- Symptômes :

Selles abondantes, de couleur claire, d'odeur acide.

- Cause :

Excédent d'hydrates de carbone dans l'intestin (fructose, lactose, saccharose, sorbitol, ...) dû à un déficit enzymatique ou à une multiplication bactérienne excessive.

- Conseils alimentaires :

- 👉 La suppression des sucres concernés pendant une semaine doit engendrer une amélioration. Si ce n'est pas le cas, rechercher une autre cause ;
- 👉 Voir également les conseils lors d'intolérance au lactose (1.1.)

- **Diarrhée de putréfaction**

- Symptômes :

Selles liquides, de couleur sombre, avec une odeur d'œuf pourri.

- Cause :

Excédent de protéines non digérées dans l'intestin suite à une digestion insuffisante des protéines et/ou à une réduction de la capacité de résorption.

- Conseils alimentaires :

- 👉 la limitation des apports en protéines n'a aucun sens car la production de protéines endogènes subsiste ;
- 👉 les protéines animales et de soja sont plus digestes que les protéines végétales ;
- 👉 traitement médicamenteux uniquement.

- **Diarrhée graisseuse**

- Symptômes :

Selles volumineuses, pâteuses, de couleur grise, d'aspect brillant et avec une odeur fortement acide. Les graisses sont difficiles à éliminer et laissent des traces dans les toilettes.

- Cause :

Excédent de graisses au niveau intestinal suite à un déficit en enzymes digestives (pancréatiques) et/ou en sels biliaires.

- Conseils alimentaires :

- 👍 Alimentation pauvre en graisses ;

- 👍 Utilisation de graisses à base de triglycérides à chaîne moyenne comme source calorique.

- Remarques importantes :

- 👍 Discuter avec le médecin d'une éventuelle complémentation en vitamines liposolubles (en solution/émulsion aqueuse) et en calcium ;

- 👍 Discuter avec le médecin de l'administration correcte (moment, répartition) d'enzymes pancréatiques et/ou d'anti-acides.

- **Diarrhée motrice**

- Symptômes :

Selles liquides, fréquentes, émises brutalement.

- Cause :

Arrivée trop rapide des aliments dans l'intestin et/ou transit intestinal accéléré dus à une hyperthyroïdie, à un syndrome carcinoïde, à la résection de l'estomac, à la nervosité, au syndrome du côlon irritable, à certains médicaments et laxatifs, à des substances produites par les tumeurs, ...

- Conseils alimentaires :

- 👍 Alimentation équilibrée, contenant suffisamment de fibres et de liquide ;

- 👍 Attention à la consommation de mono- et de disaccharides ;

- 👍 Prébiotiques pour leur action régulatrice sur le transit intestinal.

- **Diarrhée inflammatoire**

- Symptômes :

Diarrhée associée à de la fièvre, à la présence de globules blancs dans les selles, à des douleurs abdominales.

- Cause :

Pathologie intestinale inflammatoire (Maladie de Crohn, colite ulcéreuse), radio-entérite, allergie ou hypersensibilité alimentaires.

- Conseils alimentaires :

- 👍 Les conseils varient en fonction de la cause.

- **Diarrhée sécrétoire**

- Symptômes :

- Évacuation importante de selles liquides.

- Cause :

- Sécrétion accrue de suc intestinal due à la présence de bactéries, de virus, d'acides gras non résorbés, de substances produites par les tumeurs, à certains laxatifs et à une croissance bactérienne excessive, avec pour conséquence une quantité accrue de sels biliaires non conjugués et d'acides gras non résorbés au niveau du côlon.

- Conseils alimentaires :

- 👍 Administration de liquide, de préférence sous forme de liquides pour réhydratation orale ou de boissons isotoniques pour sportifs ;

- 👍 Conseils alimentaires adaptés uniquement en cas de troubles digestifs.

- **Diarrhée de débordement ou diarrhée paradoxale (voir également « Constipation »)**

- = en réalité une forme très sévère de constipation

- Symptômes :

- Alternance de selles dures et liquides, vomissement de fécalome.

- Cause :

- Les fécalomes (amas de matières fécales très dures) perturbent le transit des matières fécales. Par décomposition bactérienne des selles, celles-ci se liquéfient et passent le long des amas de matières fécales dures.

- Conseils alimentaires :

- 👍 La priorité consiste à tenter de traiter la constipation ;

- 👍 Alimentation mixée (réduite en fine purée, sans fibres) à liquide et même auto-alimentation (sans fibres).

ATTENTION

Obstruction = arrêt de l'alimentation

2. MALAISE

2.1 Anorexie

Contexte

Anorexie signifie littéralement « manque d'appétit » ou « diminution de la sensation de faim ». On parle d'anorexie lorsque l'ingestion spontanée de nourriture par le patient est inférieure à 80 % de sa consommation habituelle avant sa maladie.

Le degré d'anorexie chez la plupart des patients cancéreux est en relation avec la progression de la tumeur.

85 % des patients qui souffrent de cancer avancé présentent de l'anorexie.

En dehors d'un certain nombre de causes démontrables associées à la maladie proprement dite et au traitement, on ne sait toujours pas de manière claire ce qui perturbe l'équilibre faim-satiété lors de cancer.

Conseils

- 👉 Stimuler une activité physique non violente (en plein air) ;
- 👉 Veiller à la présentation des repas et à un environnement calme lors de ceux-ci ;
- 👉 Conseiller des aliments qui stimulent l'appétit tels que jus de fruits et apéritifs (en quantité limitée), bouillon (faire attention aux aversions !), sorbets, quelques tranches de pomme, chewing-gum ;
- 👉 Expérimenter des recettes, jouer sur les couleurs, ajouter des épices, ... Lors de la préparation des repas ;
- 👉 Varier suffisamment l'alimentation ;
- 👉 Mâcher suffisamment et éviter d'avaler de l'air ;
- 👉 Éviter de consommer des quantités importantes d'aliments riches en fibres en raison de la sensation rapide de satiété qu'ils procurent ;
- 👉 Toujours avoir à portée de main de petites quantités de ses en-cas favoris ;
- 👉 Ne pas boire juste avant le repas ou pendant celui-ci ;
- 👉 Veiller à un apport suffisant de liquides, de préférence sous forme de boissons fortement énergétiques.

Remarques importantes

- 👉 Tenir compte des éventuelles aversions et perturbations du goût et de l'odorat, voir également 2.2.
- 👉 Envisager si nécessaire une complémentation par des modules alimentaires, une alimentation liquide ou une alimentation par sonde.

2.2 Aversions, perturbations du goût et de l'odorat

Contexte

Les tumeurs situées dans la bouche, la radiothérapie au niveau de la tête et du cou et plusieurs cytostatiques peuvent affecter l'épithélium, les nerfs responsables du goût et de l'odorat et les glandes salivaires.

Une perturbation du goût et de l'odorat est une cause possible des *aversions*, mais également une association négative entre certains aliments et des expériences désagréables vécues pendant la maladie ou le traitement.

Les perturbations du goût et de l'odorat et les aversions peuvent se manifester de manière très différente selon les individus et présenter des fluctuations importantes. Elles peuvent persister longtemps après une chimiothérapie, mais finissent le plus souvent par disparaître. Dans certains cas, par exemple lors de laryngectomie partielle, la perception olfactive ou gustative peut se trouver affaiblie de manière persistante.

Conseils

- 👉 Informer le patient que des variations importantes des préférences alimentaires peuvent survenir pendant le traitement et que ce phénomène n'a rien d'anormal ;
- 👉 Importance d'une bonne hygiène buccodentaire ;
- 👉 Expérimenter des plats et des préparations ;
- 👉 Varier les types d'aliments et leur texture ;
- 👉 En cas d'affaiblissement de la perception gustative, des exhausteurs de goût comme le glutamate monosodique (vetsin®) peuvent s'avérer utiles ;
- 👉 Tester des aliments au goût neutre (produits laitiers et produits à base de céréales, fruits, salades, plats froids) ;
- 👉 Des aliments dotés d'un goût puissant ou très épicés peuvent contribuer à masquer un goût désagréable, de même que la menthe, le basilic, le citron, les sauces aigres-douces, ... ;
- 👉 Éviter temporairement les plats qui provoquent une aversion ;
- 👉 Sont souvent à l'origine d'aversion : plats chauds et cuits au four, fritures, viande rouge, poisson, bacon, brocoli, chou-fleur, oignon et choux de bruxelles ;
- 👉 Lorsque les aliments ont un goût trop acide :
 - préparer les légumes avec une sauce à base de lait ;
 - préparer les fruits en compote ;
- 👉 Lorsque les aliments ont un goût métallique :
 - boire suffisamment (à condition qu'il n'y ait pas de contre-indications) ;
 - les limonades acides donnent une sensation de fraîcheur dans la bouche ;
 - fruits frais comme l'ananas ;
 - éviter les odeurs de cuisine en faisant préparer les repas par d'autres personnes ;
 - remplacer la viande par du poisson, des œufs et des produits laitiers ;
 - sucer des bonbons au citron ou à la menthe ou mâcher du chewing-gum, éventuellement sans sucre (voir Xérostomie, 3.2) ;
- 👉 Les cosmétiques, les fleurs, les odeurs de tabac et les produits de nettoyage provoquent également souvent des aversions.

Remarques importantes

- 👉 Déficits susceptibles d'induire des altérations du goût :
 - Zn : lors de sous-alimentation généralisée, de perte par sudation ou de perte urinaire après une intervention chirurgicale lourde
 - B2 : stomatite angulaire, glossite
 - B3 : stomatite, glossite
- 👉 Si nécessaire, discuter avec le médecin d'une alimentation temporaire par sonde.

2.3 Nausées et vomissements

Contexte

Tous les traitements ne provoquent pas des nausées ou des vomissements.

En outre, il faut établir une distinction entre ces deux phénomènes.

Le vomissement est un réflexe induit par le centre du vomissement au niveau du cerveau, par conduction de stimuli via des neurotransmetteurs. Les nouveaux anti-émétiques, les inhibiteurs des récepteurs de la sérotonine, inhibent ces neurotransmetteurs, grâce à quoi il est possible de combattre de plus en plus efficacement les vomissements excessifs. Les vomissements en réaction à un traitement peuvent se manifester de manière aiguë (dans les heures qui suivent), tardive (après 1 ou 2 jours) ou conditionnée ou anticipée (avant le

traitement suite à l'anxiété, au stress ou à des expériences antérieures négatives).

Les nausées durent habituellement plus longtemps et sont plus difficiles à soulager. Elles peuvent avoir différentes causes, notamment des perturbations de la digestion et du métabolisme, la présence de produits de dégradation (urémie, cétose, hypercalcémie), la déshydratation, les effets indésirables des médicaments et le stress.

Les nausées sans vomissements sont souvent plus désagréables pour le patient que celles qui s'accompagnent de vomissements parce que les vomissements peuvent amener une sensation de soulagement.

Conseils

- 👉 Bonne hygiène buccale ;
- 👉 Lors de nausées : inspirer lentement et profondément par le nez ;
- 👉 Manger et boire ce dont on a envie ;
- 👉 Ne pas se forcer à manger ou à boire ;
- 👉 Manger aux moments où les nausées sont moins fortes (y compris éventuellement pendant la nuit) ;
- 👉 Boire à petites gorgées, de préférence des boissons sucrées ;
- 👉 Parfois, les nausées sont plus fortes à jeun, d'où l'utilité de recourir à des en-cas ;
- 👉 Éviter de mélanger plats chauds et froids au cours d'un même repas ;
- 👉 S'arrêter de manger en cas de nausées importantes ;
- 👉 Se reposer après les repas, de préférence en position assise ;
- 👉 Éviter les odeurs susceptibles d'aggraver les nausées : odeurs de nourriture, d'épices, parfums, produits de nettoyage, fumée, ... ;
- 👉 Veiller à des apports suffisants en liquides ;
- 👉 Ne pas boire juste avant le repas ou pendant celui-ci. Attendre une heure après les repas pour boire ou consommer des aliments liquides ;
- 👉 Sucrer un glaçon peut contribuer à soulager une crise brutale de nausées et éventuellement empêcher les vomissements ;
- 👉 Réduire les nausées matinales en mangeant un peu de pain grillé sans garniture avant de se lever ;

- 👉 Si les nausées persistent, le patient doit alors aborder le problème avec son médecin ;
- 👉 Les conseils lors d'aversions et de perturbations du goût et de l'odorat (2.2) peuvent également d'avérer utiles.

Remarques importantes

- 👉 En cas de nausées après radiothérapie :
Ne pas manger ou boire juste après le traitement. Prendre ses repas de préférence au moment où l'on supporte à nouveau la nourriture, par exemple tard le soir le jour du traitement. Lors de radiothérapie de l'estomac, il est de toute manière préférable de ne rien manger ou boire au cours des deux premières heures qui suivent la radiothérapie pour éviter de provoquer des nausées. Ensuite, il est conseillé de commencer par du thé et une biscotte, un yaourt, une tasse de soupe ou de bouillon. Si on supporte ce premier en-cas, on peut ensuite essayer de prendre un repas, de préférence peu copieux.
- 👉 En cas de nausées après chimiothérapie :
Manger ce que l'on peut les jours de traitement et compenser entre les cycles de traitement.

2.4 Fatigue

Contexte

La fatigue est l'un des symptômes les plus fréquents chez les patients cancéreux (78 à 96 %). La fatigue associée au cancer est une fatigue extrême que le sommeil ne suffit pas à éliminer. On se sent fatigué même en ne faisant rien. Les causes de cette fatigue sont complexes. Le traitement, les médicaments, l'anémie, la perte de poids, l'anorexie, les altérations du métabolisme, la réduction des taux d'hormones, la souffrance psychologique, l'incapacité à trouver le sommeil, l'inactivité, la douleur, les infections et

la présence d'autres problèmes médicaux en plus du cancer pourraient jouer un rôle. L'une des principales causes de fatigue lors de cancer est l'anémie consécutive à la chimiothérapie, à la radiothérapie ou aux médicaments. Des facteurs psychologiques peuvent également jouer un rôle non négligeable, de même que les perturbations de la routine quotidienne et du schéma de sommeil durant le traitement. Même après guérison, la fatigue peut encore persister longtemps.

Conseils

- 👉 Laisser à d'autres le soin de cuisiner ou de préparer les repas : manger exige déjà suffisamment d'énergie ;
- 👉 Disposer de repas tout préparés (repas livrés à domicile, plats cuisinés à réchauffer, plats que l'on a préparé et congelé soi-même à des moments où l'on se sentait moins fatigué, ...)
- 👉 Lors de fatigue très importante, opter pour des repas riches en énergie et ayant une consistance molle ou liquide ;
- 👉 Veiller à des apports suffisants en liquides ;
- 👉 Aménager les heures de visite en fonction des heures de repas et des périodes de repos plutôt que l'inverse.

Remarques importantes

- 👉 Orienter le patient vers un spécialiste qui l'aidera à trouver le juste équilibre entre repos et activité. Pour plus d'information : www.fatigue.be, un site Web très intéressant qui propose de nombreuses informations, notamment un guide pratique contre la fatigue et un agenda contre la fatigue.

3. TROUBLES MÉCANIQUES

3.1 Difficultés de mastication, odynophagie et dysphagie

Contexte

Lors de tumeurs de la bouche, de la gorge (pharynx) et du larynx, le patient peut rencontrer des difficultés de déglutition suite à la douleur dans la gorge ou à des

problèmes de passage. Il existe également un risque accru d'erreur de lieu. Les tumeurs de la cavité buccale ne produisent souvent des symptômes douloureux qu'à un stade avancé.

Conseils

- 👉 Toujours examiner attentivement les possibilités du patient avant de passer automatiquement à des aliments moulus, réduits en purée ou à une alimentation totalement liquide. En outre, la mastication a un effet favorable sur la production salivaire et le sens du goût ;
- 👉 Donner au patient un maximum de conseils de préparation, de recettes et de suggestions de menus pour éviter une alimentation simplifiée, monotone et pauvre en calories.

• Difficultés de mastication

- 👉 Aliments mous ou tartinables ;
- 👉 En cas de difficultés de mastication, opter pour des aliments mous (viande moulue, hachés en tout genre, poissons sans arêtes, œufs brouillés,...) ;
- 👉 Le fait d'avaler sans les mâcher des légumes riches en fibres (céleri blanc, asperges, poireaux, fenouil, ...) peut provoquer des problèmes digestifs.

• Difficultés de déglutition

- 👉 Aliments tartinables à semi-liquides ;
- 👉 Conseil alimentaire en concertation avec le logopède ;
- 👉 On peut épaissir les boissons que le patient a tendance à avaler de travers avec un liant au goût neutre, ne contenant pas d'amidon, de manière à éviter qu'il ne soit déjà décomposé dans la bouche par l'amylase salivaire ;
- 👉 La crème convient particulièrement bien pour rendre les préparations plus onctueuses ; une cuillerée à soupe de crème ou d'huile (d'olive) avant chaque repas peut aider à ce que les aliments glissent mieux ;
- 👉 Programme adapté avec possibilité de faire parvenir les aliments à l'arrière de la bouche, par exemple en utilisant une petite cuiller à long manche ;
- 👉 En cas de difficultés de déglutition importantes, de déglutition douloureuse ou de risque accru d'erreur de lieu, les aliments de consistance pâteuse, les puddings ou les purées posent moins de problèmes ;
- 👉 On peut alterner les bouillies et puddings avec une pâte de pain (pain avec garniture molle mélangé à du bouillon, de l'eau ou du lait de manière à obtenir une bouillie épaisse) ;
- 👉 On peut conseiller le poisson ou les œufs brouillés comme alternative à la viande hachée ;
- 👉 Utiliser éventuellement des aliments mixés tout préparés ;

- 👉 Se nettoyer et se rincer la bouche après avoir mangé - et non pas continuellement en mangeant.
- **Alimentation totalement liquide**
- 👉 Alimentation semi-liquide à totalement liquide ;
- 👉 Une alimentation liquide n'est généralement indiquée que lors de rétrécissement important de l'œsophage ;
- 👉 Veiller à ce que les boissons absorbées par le patient lui apportent suffisamment de calories et/ou de vitamines et de minéraux (jus de fruits et de légumes, eau avec de la grenadine, limonades, ...) ;
- 👉 Veiller à une alternance suffisante entre repas salés (sel !) et produits laitiers ;
- 👉 Il est souvent indispensable de fournir au patient un schéma journalier judicieusement calculé. Lors d'alimentation liquide, le risque de déficit en énergie, en minéraux et en vitamines (surtout en fer) est réel ;
- 👉 Recourir éventuellement à des modules et/ou à des compléments alimentaires.

3.2 Xérostomie

Contexte

La sécheresse buccale ou xérostomie apparaît lorsque la production salivaire diminue en quantité et en qualité. La production de salive liquide disparaît et il se forme au lieu de celle-ci une salive épaisse et filamenteuse. Ce type de symptômes surviennent habituellement après radiothérapie. Les symptômes peuvent être persistants si les grosses glandes salivaires ont été exposées à de fortes doses de radiations.

Lors de xérostomie, la production salivaire tombe à moins de 20 ml par jour (contre normalement 500 à 600 ml/24 heures, pH compris entre 7 et 8). Heureusement, les techniques d'irradiation ont évolué de telle sorte que les deux glandes parotides se situent beaucoup moins dans le champ d'irradiation, ce qui fait que la xérostomie devient moins fréquente.

Conseils

- 👉 Veiller à une bonne hygiène buccale ;
- 👉 Boire fréquemment de petites quantités : l'eau, le thé au citron, la tisane de camomille, les jus de fruit, les boissons gazeuses ou la bière brune donnent souvent une sensation agréable ;
- 👉 Adapter son alimentation en termes de consistance, de température, d'épices piquants, de sel, de sucre, d'acidité, de boissons gazeuses ;
- 👉 Mâcher des produits frais et acides tels que concombre, pommes, tomates, ananas, melon, cornichons ou petits oignons ;
- 👉 Sucrer des glaçons préparés avec des jus de fruits non sucrés, des glaçons, des bonbons acidulés, des pastilles de menthe ou mâcher du chewing-gum (sans sucre) ;
- 👉 En cas de sensation de bouche pâteuse, remplacer de temps en temps l'eau par du yaourt, du lait battu, de la bière de table ou de la bière brune (en quantité modérée).

Remarques importantes

- 👉 Les principales fonctions de la salive sont : l'élimination des bactéries et des aliments de la bouche (clairance salivaire), la protection mécanique des dents et de la muqueuse buccale et la régulation du pH de la cavité buccale (pouvoir tampon). En outre, la salive exerce également une fonction antimicrobienne et joue un rôle dans la déminéralisation et la reminéralisation de l'émail dentaire. Comme la mastication stimule la sécrétion salivaire, pour la prévention des caries, il est également conseillé de manger lentement et de grignoter régulièrement des aliments durs. L'utilisation de chewing-gum sans sucre peut également s'avérer utile de ce point de vue ;
- 👉 Ne pas passer trop rapidement à une alimentation liquide qui réduira encore l'activité des glandes salivaires encore ;
- 👉 Utiliser éventuellement de la salive artificielle.

3.3 Formation de mucosités

Contexte

Les tumeurs de la cavité buccale peuvent engendrer une production accrue de mucus.

Conseils

Lors de tumeurs du pharynx ou du larynx, la déglutition du mucus peut s'avérer difficile. Conseils :

- 👉 Veiller à une bonne hygiène buccale ;
- 👉 Certains aliments peuvent apporter un certain soulagement : les produits frais et acides (ananas, cornichons, concombre, petits oignons, pommes, tomates, ...), la bière de table brune, les boissons gazeuses ;
- 👉 Le lait et le chocolat peuvent favoriser la formation de mucus ;
- 👉 Selon de nombreux patients, les produits laitiers acides, le lait additionné de miel, mais aussi le lait de soja stimulent moins cette formation.

ATTENTION

- 👉 Parfois, un aérosol d'un produit ou médicament neutre apporte un certain soulagement. Le résultat visé est la dessiccation des mucosités.

3.4 Stomatite

Contexte

La stomatite se limite à une inflammation de la muqueuse buccale.

Déshydratation, mauvais état nutritionnel, mauvaise hygiène buccale, effets indésirables des médicaments, dérèglements

émotionnels tels qu'anxiété et dépression, infections et radio- et chimiothérapie adjuvantes ou palliatives peuvent provoquer des douleurs buccales.

Conseils

- 👉 Veiller à une bonne hygiène buccale ;
- 👉 Boire avec une paille lorsque boire normalement est trop douloureux ;
- 👉 Laisser refroidir à température ambiante les boissons chaudes ;
- 👉 Les boissons ou aliments glacés peuvent soulager grâce à leur effet anesthésiant ;
- 👉 Adapter son alimentation en termes de consistance, de température, d'épices piquants, de sel, de sucre, d'acidité, de boissons gazeuses ;
- 👉 Éviter les produits durs, qui risquent d'endommager la muqueuse buccale ;
- 👉 La crème permet d'adoucir le goût ;
- 👉 Boire de l'eau après chaque aliment ou boisson consommé.

ATTENTION

- 👉 Lors de tumeurs de la tête et du cou, envisager une alimentation par sonde.

3.5 Mucosite

Contexte

La mucosite est une réaction inflammatoire qui s'étend généralement à l'ensemble du tractus gastro-intestinal, de la bouche à l'anus. La mucosite apparaît le plus souvent suite à une chimiothérapie (surtout lors d'utilisation d'anthracyclines, de 5FU et de méthotrexate).

Un traitement rapide est indiqué parce que la mucosite peut être extrêmement douloureuse et par conséquent mener rapidement à une réduction de la consommation d'aliments. La mucosite est généralement de courte durée (quelques jours).

Conseils

- 👉 Veiller à une bonne hygiène buccale (pour plus d'information : <http://www.tandarts.be/patienteninfo>) ;
- 👉 Voir également les conseils lors de difficultés de mastication, d'odynophagie et de dysphagie (3.1) ;
- 👉 Voir également les conseils lors de douleur buccale et de maux de gorge (3.4) ;
- 👉 Lubrifier les coins de la bouche et les lèvres avec de la vaseline non acide ou un baume pour les lèvres ;
- 👉 Le champagne ou le vin mousseux peuvent aider à dissoudre les croûtes dans la bouche ;
- 👉 Le champagne ou le vin mousseux sont souvent bien tolérés et appréciés par les patients qui présentent ce type de symptômes ;
- 👉 Prendre un peu de sorbet, de glace ou sucer un glaçon avant le repas pour leur effet analgésique ;
- 👉 Se rincer la bouche dix minutes avant le repas avec une solution buccale légèrement anesthésiante ;
- 👉 Adopter une alimentation crémeuse.

3.6 (Sub)obstruction au niveau de la tête et du cou

Contexte

Suite à l'extension des tumeurs de la cavité buccale ou de l'œsophage, le passage des aliments peut se trouver fortement perturbé, voire devenir totalement impossible. Lorsque la tumeur est réduite ou éliminée ou lorsque l'on dilate le passage

par la mise en place d'une prothèse de soutien, on peut revenir progressivement d'une alimentation par sonde à une alimentation liquide, puis en purée et, finalement, à une alimentation normale.

Conseils

- **Subobstruction**

- 👉 Boire beaucoup et régulièrement ;
- 👉 Choisir des aliments de consistance adaptée ;
- 👉 Lors de troubles de la déglutition : voir conseils lors de difficultés de mastication, d'odynophagie et de dysphagie (3.1).

- **Obstruction**

- 👉 Alimentation par sonde (par gastrostomie).

Remarques importantes

- 👉 Lors de troubles de la déglutition, le réflexe de déglutition peut s'apprendre avec l'assistance d'un logopède. On peut utiliser des épaississants spéciaux.

3.7 Reflux gastro-œsophagien

Contexte

Le reflux gastro-œsophagien peut apparaître parce que le sphincter inférieur de l'œsophage ne remplit plus correctement sa fonction ou a été éliminé chirurgicalement. Une autre cause est la gastroparèse ou

l'obstruction de l'intestin grêle. Les symptômes sont une douleur à l'arrière du sternum, une sensation de réplétion après les repas, de la régurgitation, des nausées et des vomissements.

Conseils

- 👉 Le sphincter inférieur de l'œsophage fonctionne moins bien lorsque l'on consomme :
 - des repas volumineux et/ou riches en graisses ;
 - de l'alcool ;
 - des substances carminatives (présentes dans la menthe, l'oignon, l'aneth et l'ail) ;
 - des xanthines (que l'on trouve dans le café, le thé, le chocolat et le coca-cola) ;
 - du tabac.

- 👉 Prévenir la distension de l'estomac en évitant :
 - les boissons gazeuses ;
 - les repas trop volumineux ;
 - les aliments qui favorisent la formation de gaz (choux, légumineuses, poireaux, oignons).

- 👉 Prévenir le reflux gastrique :
 - combattre la constipation ;
 - maigrir en cas d'excédent de poids ;
 - prendre le dernier repas de la journée 2 à 3 heures avant le coucher ;

- 👉 Pour éviter l'irritation locale, en cas de symptômes, cesser de consommer les aliments suivants :
 - café ;
 - jus de fruits ;
 - plats épicés ;
 - boissons alcoolisées.

Remarques importantes

- 👉 Éviter de se plier, de s'enrouler ou de se replier sur soi-même ;
- 👉 Relever de 10 à 15 cm la tête du lit et dormir avec un oreiller.

3.8 Œsophagite

Contexte

En pratique, on distingue six types d'œsophagite :

- 👉 Œsophagite de reflux peptique : lors d'insuffisance du sphincter inférieur de l'œsophage ;
- 👉 Œsophagite à *Candida* : infection par *Candida albicans*, qui peut survenir chez les patients gravement malades, surtout après un traitement prolongé aux antibiotiques, ainsi que lors d'immunosuppression consécutive à une maladie (par exemple le sida) ou à certains médicaments comme les immunosuppresseurs, les corticostéroïdes et les cytostatiques
- 👉 Œsophagite par irradiation : provoquée par la radiothérapie lors de tumeurs de la tête et du cou, de carcinome pulmonaire, de carcinome de l'œsophage ;
- 👉 Œsophagite virale : se rencontre chez les patients traités par des immunosuppresseurs et atteints du sida ;
- 👉 Œsophagite de reflux tryptique : se rencontre lors de reflux de contenu duodéal ou jéjunal contenant de la bile après résection de l'estomac ou lors de reconstruction par création d'un conduit gastrique après résection de l'œsophage ;
- 👉 Œsophagite par atteinte accidentelle ou volontaire de la paroi œsophagienne par des acides forts ou de la soude.

Conseils

- **Œsophagite de reflux peptique**
 - 👉 Voir conseils lors de reflux gastro-œsophagien (3.7).
- **Autres formes**
 - 👉 Boire suffisamment ;
 - 👉 Éviter les aliments acides (ph) : jus de fruits et limonades gazeuses ;
 - 👉 Adapter la consistance lors de problèmes de transit ;
 - 👉 Adapter la température des aliments ;
 - 👉 Adoucir les saveurs fortes (épices piquantes, sel et sucre).

3.9 Résection de l'œsophage

Contexte

Lors de résection de l'œsophage, on effectue la reconstruction en créant un conduit gastrique. On donne à l'estomac la forme d'un tube que l'on étire ensuite vers le haut. La suture avec l'œsophage se situe au niveau du thorax ou du cou. Des sténoses peuvent se

former à l'endroit de l'anastomose, ce qui nécessite une dilatation.

Lorsqu'une reconstruction par création d'un conduit gastrique est impossible, on peut utiliser une partie du côlon ou du jéjunum.

Conseils

- 👉 Boire beaucoup ;
- 👉 Adapter la consistance des aliments ;
- 👉 Mâcher très soigneusement ;
- 👉 En cas de ralentissement de la vidange gastrique : limiter les graisses ;
- 👉 Des phénomènes de vidange (dumping) sont possibles (3.10).

Remarques importantes

- 👉 Parfois, il peut s'avérer nécessaire de recourir à une complémentation en vitamines et minéraux.

3.10 Résection de l'estomac

Contexte

Il existe deux types de résection de l'estomac : totale et distale. La première est utilisée lors de carcinome du cardia ou de l'estomac ; on élimine alors également la partie inférieure de l'œsophage. On sectionne le nerf vague. Un

ralentissement de la vidange gastrique est dès lors possible. Des problèmes de passage peuvent apparaître par sténose au niveau de la suture. Une résection distale de l'estomac est parfois réalisée lors de carcinome de l'estomac.

Conseils

- **Conseils généraux**

- 👉 Manger lentement et bien mâcher ;
- 👉 Limiter la quantité de liquide pendant les repas à un verre ou une tasse.

- **Conseils spécifiques**

- 👉 **Phytobézoar**
 - = Amas d'aliments végétaux non digérés ;
 - = Symptômes : sensation de réplétion, douleur, amaigrissement, mauvaise haleine, éventuellement constipation.
 - Bien mâcher et consommer des crudités coupées très finement ;
 - Éviter les légumes riches en fibres : asperges, céleri en branches, champignons, rhubarbe ;
 - Éviter les fruits riches en fibres : ananas, peaux d'agrumes, mangues, pêches, nectarines ;
 - Consommer du jus de papaye et d'ananas : ils contiennent des enzymes, la « papaine » et la « broméline », capables de dissoudre les fibres alimentaires ;
 - Si pas de problèmes de vidange (dumping) : absorber suffisamment de liquide après les repas.
- 👉 **Syndrome de vidange (dumping)**
 - = Vidange précoce apparaît par surcharge osmotique trop rapide du jéjunum, environ 15 à 30 minutes après le repas ;
 - = Les symptômes sont une sensation de ballonnement, de la douleur, des nausées, des palpitations cardiaques, des suées, une sensation d'oppression.
 - = Vidange tardive apparaît parce que les sucres simples sont trop rapidement absorbés et engendrent une production excessive d'insuline avec pour conséquence une hypoglycémie 1,5 à 2 heures après le repas ;
 - = Les symptômes sont des suées, des fringales, de l'agitation, des palpitations cardiaques, une perte de conscience.
 - Repas fréquents et peu abondants ;
 - Suffisamment de fibres : à la fois solubles (effet de ralentissement de la motricité et de l'absorption du glucose) et insolubles (liaison complexe d'eau, d'acides biliaires) ;
 - Éviter les sucres simples rapidement résorbables ;
 - Ne pas boire pendant les repas ;
 - Accroître éventuellement la quantité grasse dans l'alimentation ;
 - Ajouter éventuellement de la pectine, de l'acarbose, du guar ou des glucomannanes.



Conséquences métaboliques

- = Souvent malabsorption et mauvaise digestion. Cela peut être à l'origine d'une perte de poids, d'une moins bonne absorption (Fe, Ca, vitamine B12, acide folique, vitamine D) et de troubles de la digestion du lactose (diarrhée de fermentation) et des graisses (diarrhée graisseuse). L'absence de « facteur intrinsèque » engendre une malabsorption de la vitamine B12.
- Lors d'intolérance au lactose : voir les conseils à ce propos (1.1), ainsi que les conseils lors de diarrhée de fermentation (1.6) ;
- Lors d'élimination excessive de graisse, ne pas limiter la consommation de graisses, mais en rechercher la cause et tenter d'y remédier : multiplication bactérienne excessive, insuffisance pancréatique relative, transit trop rapide.
- En accord avec le médecin, recourir à des enzymes pancréatiques et à des anti-acides (moment et répartition) ;
- Prendre des produits contenant du fer et de l'acide folique ;
- Prendre suffisamment de vitamines liposolubles en solution/émulsion aqueuse ;
- La vitamine b12 ne peut être administrée qu'en injections ;
- Lors de vomissements biliaires (uniquement après résection de l'estomac Billroth II) : nombreux repas peu copieux, se coucher sur le côté gauche après les repas et ne pas limiter les graisses.

3.11 Constipation

Contexte

La constipation lors de cancer est due aux médicaments (surtout les opiacés, mais aussi la codéine, les sédatifs et les antiémétiques).
En outre, elle peut avoir pour cause des apports insuffisants en liquides et une consommation alimentaire trop limitée.
Des obstructions dues à la croissance tumorale ou à des rétrécissements après

chirurgie ou radiothérapie, la chimiothérapie, le manque d'exercice physique et le fait de rester au lit, la faiblesse généralisée qui diminue la force de pression disponible pour déféquer, l'anxiété, le stress et la dépression peuvent également être à l'origine de la constipation.

Conseils

- 👉 Traitement médicamenteux en accord avec le médecin ;
- 👉 Veiller à des apports suffisants de liquides ;
- 👉 Si pas de contre-indication : conseils classiques lors de constipation.

ATTENTION

- 👉 Ne pas conseiller une alimentation plus riche en fibres si la constipation est due à un ralentissement de la fonction intestinale provoquée par des médicaments analgésique !
- 👉 Subobstruction, voir 3.12 !

3.12 (Sub)obstruction intestinale

Contexte

Par extension de tumeurs de la cavité abdominale, le transit intestinal peut se trouver fortement perturbé, voire totalement bloqué. Lors de constipation au niveau de l'intestin grêle, le risque d'obstruction totale

est plus important car le passage est plus étroit.

Les conseils alimentaires doivent être adaptés à la sévérité de la sténose.

Conseils

- **Subobstruction**

- 👉 Boire beaucoup et régulièrement ;
- 👉 Aliments susceptibles de provoquer une obstruction : légumes riches en fibres, champignons, noyaux et pelures de fruits, noix et noisettes, viande filandreuse et coriace, ... ;
- 👉 Éviter les aliments contenant des fibres ;
- 👉 Manger lentement et bien mâcher ;
- 👉 Choisir éventuellement des aliments de consistance adaptée ;
- 👉 En cas de sténose importante, adopter une alimentation (semi-)liquide pauvre en fibres (voir radio-entérite 1.4).

- **Obstruction**

- 👉 Arrêter l'alimentation orale et recourir à une alimentation par sonde ou parentérale.

4. TROUBLES MÉTABOLIQUES

4.1 Prise de poids non désirée

Contexte

La prise de poids lors de cancer est surtout liée à l'hormonothérapie, dont on a de bonnes raisons de penser qu'elle réduit le métabolisme basal. Une partie de la prise de poids peut dans ce cas également s'expliquer par une rétention d'eau. En association avec une stimulation de l'appétit par l'hormonothérapie et une réduction de l'activité physique en raison de la

maladie, ce phénomène est susceptible d'engendrer relativement rapidement une prise de poids. Comme l'hormonothérapie doit parfois se poursuivre pendant plusieurs années, une intervention rapide est conseillée, avec pour objectif de limiter l'augmentation de poids. Ce point doit également être expliqué au patient.

Conseils

- 👉 Alimentation saine, restreindre légèrement les apports énergétiques et, surtout, jouer sur le pouvoir rassasiant des aliments.

ATTENTION

- 👉 Prévoir des apports en calcium au moins égaux à la dose recommandée en raison du risque accru d'ostéoporose.
- 👉 Œdèmes lors de cancers hormono-dépendants ou non hormono-dépendants.

4.2 Perte de poids non désirée

Contexte

La perte de poids lors de cancer peut avoir différentes causes. La principale distinction

consiste à déterminer si la perte de poids est ou non induite par la tumeur.

- **Perte de poids ou cachexie induite par la tumeur**

La cachexie est l'un des symptômes les plus épuisants et les plus sévères associés au cancer : le patient se sent comme vidé de toute son énergie, la sensation de bien-être se trouve fortement réduite, la qualité de vie est sensiblement altérée et, de plus, la dépendance vis-à-vis des autres augmente. La cachexie s'observe surtout en présence de tumeurs malignes des poumons, de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin et du pancréas, mais on la rencontre en association avec toutes les tumeurs à un stade préterminal.

L'illustration correspondante figure à l'annexe 5.

Symptômes

- perte de poids, tant sous forme de graisse que de tissu musculaire, et même de masse osseuse
- anorexie (voir 2.1)
- sensation rapide de satiété (voir conseils concernant l'anorexie)
- asthénie
- anémie

Causes :

- réaction pseudo-inflammatoire complexe de l'organisme vis-à-vis de la tumeur, dans laquelle les cytokines jouent un rôle important ;
- substances produites par la tumeur elle-même engendrant de la cachexie ;
- augmentation du métabolisme ;
- modification du métabolisme des protéines, des lipides et des hydrates de carbone :

Modification du métabolisme des hydrates de carbone : accélération du renouvellement du glucose

Conséquence d'une part d'une production accrue de lactate par le tissu tumoral et musculaire, lequel est transformé en glucose dans le foie, transformation qui exige une grande quantité d'énergie. D'autre part, une moins bonne réponse à l'insuline se traduit par une plus faible résorption. La néoglucogenèse est également augmentée.

Modification du métabolisme des protéines : accélération du renouvellement des protéines

La synthèse des protéines musculaires diminue et leur dégradation augmente. Une augmentation de la synthèse protéique au niveau du foie compense la néoglucogenèse accrue et l'utilisation en tant que source d'énergie. Il en résulte une perte de masse maigre.

Modification du métabolisme des lipides : augmentation de la décomposition des lipides

La décomposition des lipides est la conséquence d'une augmentation de l'oxydation des graisses. Cette oxydation n'est plus contrariée par la résorption du glucose, comme c'est le cas chez les personnes en bonne santé, avec pour conséquence une perte de masse adipeuse.

Conseils

- 👉 Phase de traitement
En concertation avec le médecin traitant :
 - alimentation adéquate
 - enrichissement en énergie
 - compléments alimentaires
 - alimentation par sonde

- 👉 Phase palliative
 - alimentation « sur mesure »

Remarques importantes

Il existe dans le commerce des compléments alimentaires enrichis en EPA spécifiquement adaptés aux personnes malades. Se reporter aux illustrations à la fin de cette brochure pour des explications supplémentaires sur leur mécanisme d'action. Le recours à des compléments alimentaires enrichis en EPA peut être envisagé lors de perte de poids induite par la tumeur, mais uniquement en concertation avec le médecin traitant et en l'absence de contre-indications.

- **Perte de poids non induite par la tumeur**

Une perte de poids non désirée réversible peut avoir différentes causes telles que anorexie, nausées et vomissements, diarrhée, altérations du goût, fatigue, difficultés de déglutition, stress, etc.

Conseils

- 👉 Rechercher les causes et adapter les conseils en conséquence.

Remarques importantes

- 👉 Les études indiquent que seuls 68 % des patients cancéreux hospitalisés sont pesés... Et pourtant, une perte de poids non désirée sévère constitue un important paramètre objectif d'un mauvais état nutritionnel. Comme certains patients ont déjà perdu du poids au début du traitement, il est important de partir du poids initial du patient avant sa maladie. Il va de soi également que l'on ne part pas du poids idéal, puisque celui-ci ne fournit aucune indication sur l'évolution du statut nutritionnel. On parle de sous-alimentation sévère lorsque la perte de poids atteint plus de 5 % en un mois ou plus de 10 % en six mois
- 👉 Pesée hebdomadaire : on parle de sous-alimentation sévère lorsque la perte de poids atteint plus de 5 % en un mois ou plus de 10 % en six mois
- 👉 Déterminer en concertation avec les dispensateurs de soins et la famille si le contrôle du poids contribue au traitement.

ATTENTION

- 👉 Des œdèmes peuvent masquer une perte de poids. Un regard clinique au niveau de la cavité abdominale (ascite) et des membres inférieurs peut contribuer à estimer la fiabilité de la détermination du poids.

4.3 Perturbation de la glycémie

Contexte

Une perturbation de la glycémie lors de cancer est le plus souvent la conséquence d'un traitement par des corticostéroïdes ou d'altérations métaboliques.

Les corticostéroïdes - homologues de l'insuline - rendent les tissus périphériques insensibles à l'insuline, avec pour conséquence une hyperglycémie. Cette élévation de la glycémie disparaît le plus souvent après l'arrêt de ces médicaments.

En outre, on observe parfois une accélération du renouvellement du glucose. Elle résulte d'une part d'une production accrue de lactate par le tissu tumoral et musculaire, lequel est transformé en glucose dans le foie, transformation qui exige une grande quantité d'énergie. D'autre part, une moindre réponse à l'insuline se traduit par une plus faible résorption. La néoglucogenèse est également augmentée.

Conseils

- 👉 Suppression des sucres rapides sans limitation des apports énergétiques ;
- 👉 La prévention des maladies cardio-vasculaires, généralement prise en compte dans les régimes destinés aux diabétiques, ne constitue certainement pas une priorité en pareil cas.

4.4 Hypertriglycémie

Contexte

L'élévation des triglycérides lors de cachexie associée au cancer est la conséquence de la perturbation du métabolisme des graisses (voir également 4.2).

L'hypertriglycémie peut également être la conséquence de certains traitements anti-tumoraux spécifiques comme l'interféron lors de tumeur de Grawitz (hypernéphrome).

Conseils

- 👍 Pas d'alcool ;
- 👍 Alimentation enrichie en énergie ;
- 👍 Pas de limitation des graisses.

ATTENTION

- 👍 L'hypertriglycémie peut également être la conséquence de certains traitements anti-tumoraux spécifiques comme l'interféron lors d'hypernéphrome.

5. AUTRES

5.1 Immobilité

Contexte

Lorsque la mobilité diminue et que le patient veut rester autonome le plus longtemps possible, les conseils ci-dessous peuvent s'avérer utiles. L'assistant(e) social(e) et le médecin

généraliste jouent un rôle essentiel dans l'organisation de l'assistance. Il faut également tenir compte des possibilités financières du patient.

Conseils

- 👉 Laisser à d'autres le soin de cuisiner ou de préparer les repas, le simple fait de manger exige parfois déjà suffisamment d'énergie ;
- 👉 Toujours avoir sous la main des repas simples ou tout préparés ;
- 👉 Voir également les conseils lors de fatigue (2.4).

Remarques importantes

- 👉 L'idéal serait que quelqu'un soit chargé de surveiller en permanence l'état nutritionnel et les conditions de vie du patient.

5.2 Œdème

Contexte

Des œdèmes apparaissent lorsque l'organisme accumule davantage de liquide qu'il n'en élimine. Chez les patients cancéreux, ils ont le plus souvent pour cause une hypoprotéinémie consécutive à une perte protéique excessive à des apports protéiques insuffisants. Ils sont

fréquemment dus à une combinaison des deux.

Des œdèmes peuvent également apparaître suite à une perturbation du drainage lymphatique après évidement ganglionnaire ou par compression des vaisseaux lymphatiques par la tumeur.

Conseils

- 👉 Corriger les apports en protéines et en calories en se basant sur une anamnèse ciblée ;
- 👉 Ne limiter le sodium et l'eau que sur prescription du médecin.

ATTENTION

- 👉 Lorsque les apports caloriques sont insuffisants, un enrichissement en protéines ne sera d'aucune utilité.
- 👉 La limitation du sodium peut avoir une influence négative sur la consommation de nourriture.

5.3 Ascite

Contexte

De l'ascite peut survenir par hypoalbuminémie (voir également 5.2), maladie péritonéale ou à cause de la tumeur elle-même ou de métastases au niveau des vaisseaux lymphatiques du diaphragme, qui empêchent le drainage des liquides. Une surpression à l'intérieur

de la cavité abdominale peut engendrer des troubles des fonctions digestives se manifestant par des symptômes tels que de l'anorexie, une sensation rapide de satiété, de l'oppression et des brûlures d'estomac.

Conseils

- 👉 Limiter les apports en liquides et en sel n'a aucun sens ici car la cause est totalement différente de celle de l'ascite chez les patients non cancéreux ;
- 👉 Une alimentation riche en calories (éventuellement des injections intraveineuses d'albumine) permet parfois de réduire l'ascite ;
- 👉 Choisir des aliments à haute densité énergétique puisque des repas abondants sont pratiquement impossibles.

ATTENTION

- 👉 L'ascite peut également être la conséquence d'une hypoalbuminémie, d'une cirrhose hépatique et d'une décompensation cardiaque.

5.4 Urostomie

Contexte

Une urostomie est une stomie au niveau des voies urinaires. Les patients porteurs d'une urostomie ont souvent tendance à boire moins pour limiter la quantité

d'urine produite. On veillera à accorder toute l'attention requise à ce phénomène car il engendre un risque accru d'infections.

Conseils

- 👉 Consommation de liquide : au moins 2 l/jour ;
- 👉 Les odeurs (asperges, œufs) et la coloration (betterave rouge) ne sont pas nocives mais peuvent poser problème d'un point de vue social ;
- 👉 En raison de son caractère fortement acide, la canneberge (ou le jus de canneberge) sous forme de comprimés peut contribuer à la prévention des infections. La canneberge et l'airelle contiendraient une substance qui empêche les bactéries de se fixer aux cellules des voies urinaires et à la paroi vésicale, ce qui limite leur multiplication. En cas de symptômes persistants, il convient bien évidemment de consulter un médecin.

5.5 Risque d'infection accru

Contexte

La neutropénie (un faible taux de globules blancs dans le sang) entraîne souvent un risque d'infection accru chez les malades. Les traitements par radiothérapie et chimiothérapie détruisent les cellules qui se multiplient rapidement, ce qui est une caractéristique des cellules tumorales. Mais ils affectent également des cellules normales, comme celles qui régénèrent le sang et produisent les globules blancs. En effet, ces cellules se multiplient rapidement elles aussi. Cet effet est souvent observé dans le cadre d'une chimiothérapie seule, mais il est le plus

marqué lors d'un traitement combinant la radio- et la chimiothérapie. Or, les globules blancs jouent un rôle protecteur essentiel contre les infections. La diminution du taux de globules blancs entraîne par conséquent un risque infectieux accru. Parallèlement aux mesures d'hygiène personnelle, au respect de certaines règles de vie et aux efforts visant à réduire les risques de blessure et d'infection, divers conseils alimentaires peuvent aussi contribuer à limiter ce risque. Les conseils suivants répondent à cette nécessité de limiter une consommation excessive de germes.

Conseils

IMPORTANT

Les informations concernant le risque accru d'infection peuvent légèrement varier d'un hôpital à l'autre.

Le plus important est de conseiller au patient de suivre en priorité les conseils qui lui sont donnés par son médecin ou diététicien(ne).

- 👉 Choisir toujours des aliments emballés en portion individuelle ou en petit conditionnement, comme les paquets de sauce individuels, des petites portions, etc. ;
- 👉 Vérifier toujours les dates limites de consommation des produits et préférer ceux qui ont la date la plus lointaine ;
- 👉 Veiller à ce que les emballages des produits soient bien fermés et étanches ;
- 👉 Ne pas acheter d'aliments en conserve dont les boîtes sont gonflées ou endommagées ;
- 👉 Préférer des conserves à ouverture facile (avec anneau) ;
- 👉 Prendre des précautions lors du transport des produits surgelés et des produits frais. Ils doivent être transportés dans un sac isotherme, un frigo box ou une glacière et remis le plus rapidement possible au froid ;
- 👉 La durée de transport doit être la plus courte possible (moins de deux heures) ;
- 👉 Respecter scrupuleusement les conseils de conservation figurant sur l'emballage des aliments ;
- 👉 Changer quotidiennement les essuies mains et les essuies de vaisselle. Il est même préférable d'utiliser du papier essuie-tout à la place de ces derniers ;

- 👉 Nettoyer le réfrigérateur une fois par semaine ;
- 👉 Toujours se laver les mains avant de cuisiner et/ou de manger ;
- 👉 Veiller à ce que le repas soit préparé dans un endroit propre, avec du matériel propre ;
- 👉 Bagues et bijoux doivent être enlevés avant de cuisiner ;
- 👉 Être particulièrement prudent lors de manger en dehors et essayer malgré tout de respecter ces mesures de précaution ;
- 👉 adopter une alimentation équilibrée adapté aux besoins : une sous-nutrition amoindrit la résistance aux infections. Pas de produits dégraissés ou light.

EN GENERAL ...

En général, tout ce qui est cuit, servi chaud et consommé immédiatement ne pose pas de problème.

Pendant, la cuisson doit être à température haute et suffisamment longue. Le micro-onde ne cuit pas mais peut malgré tout être utilisé pour réchauffer les conserves, les plats préparés et surgelés.

<Source: Institut Bordet, Service diététique>

- 👉 éviter les aliments suivants durant la période de neutropénie :

Viandes - volailles - poissons - oeufs

- viandes ou volailles crus ou mal cuits ;
 - abats, tripes et gibiers faisandés ;
 - poissons crus ou mal cuits, y compris sushis et sashimis ;
 - poisson fumé, consommé froid ;
 - les préparations industrielles ou traiteurs comme salades de poisson, salade de viande, salade de poulet, américain nature ou préparé,... ;
 - crustacés et mollusques, crus ou inclus dans une préparation ;
 - tofu ;
 - œufs crus et aliments à base d'œufs crus comme la mayonnaise artisanal, la mousse au chocolat, le tiramisu,... ;
- MAIS PERMIS SONT la mayonnaise industrielle en conditionnement individuel, les charcuteries cuites comme du jambon ou filet de poulet sous vide en emballage individuel, le surimi.**

Produits laitiers - fromages - desserts lactés

- les fromages à base de lait cru (non pasteurisés ou traités différemment) ;
 - les fromages aux herbes, à croûte fleurie, de chèvre ;
 - les fromages à croûte fleurie ou persillée ;
 - les probiotiques ;
- MAIS PERMIS SONT les produits pasteurisés, fromages fondus, fromage à pâte dure pressé cuite .**
- lait, produits laitiers, les yaourts et de crème fraîche à base de lait cru ;
- MAIS PERMIS SONT les produits pasteurisés et UHT : lait, lait aromatisé, lait chocolaté, lait battu, yaourt thermisé, crème, riz au lait .**
- desserts et pâtisseries préparés avec de la crème fraîche et crème pâtissière (car les œufs ne sont pas suffisamment cuits) ;
- MAIS PERMIS SONT les desserts lactés industriels .**
- glaces artisanales (salon de dégustation, marchand ...) ;
- MAIS PERMIS EST la glace simple (sans fruits secs et oléagineux) type vanille ou fruité si produite de façon industriel et proposé en conditionnement individuel .**

Féculents - biscuits

- mueslis et graines si consommé en l'état ;
 - pain au levain ;
- MAIS PERMIS SONT les pains multicéréales et les pains provenant de boulangerie industriel .**

Légumes - fruits

- légumes et/ou fruits crus ;
 - jus de fruits et de légumes non pasteurisés ;
 - soupes froides, à base de fruits et/ou de légumes frais ;
 - fruits surgelés, secs et oléagineux ;
 - fruits et légumes avariés, trop mûrs ou abîmés ;
 - kiwi ;
- MAIS PERMIS SONT les fruits frais à grosse pelure comme l'orange, la banane, l'ananas, la mangue, le melon,**

Matières grasses

- beurre
- MAIS PERMIS en petit conditionnement et U.H.T ou du beurre frigotartinable. Privilégiez la margarine U.H.T.**

Boissons

- ne buvez jamais à la bouteille ou à la canette. Utilisez un verre propre ou une paille ;
 - thé glacé (en poudre), café ou punch instantané ;
- MAIS PERMIS SONT le café lyophilisé et le punch instantané en dosette individuel .**
- bière non pasteurisée (brassage maison et certaines bières provenant de petites brasseries) ;
 - potages déshydratés à reconstituer.

Divers

- pralines ;
- MAIS PERMIS SONT le chocolat en emballage individuel type mignonnette .**
- chips ;
- MAIS PERMIS SONT les chips au sel .**
- noix crues et noix grillées dans leur coque ;
 - les aromates, les épices et le poivre noir doivent être ajouté en début de préparation et non pour rectifier un assaisonnement ;
 - miel non pasteurisé ;
 - levure de bière ;
 - tous les aliments contenant des moisissures, comme les fromages bleus, même utilisés pour la confection de sauces ;
 - tous les préparations traiteur, junk food ou des snackbars (pita, sandwich garnis...) ;
 - tous les aliments manipulés et/ou préparés avec des mains non lavées préalablement ;
 - tous les aliments préparés laissés 2 heures ou plus à température ambiante ;
 - tous les aliments préparés il y a plus de 24 heures ;
 - tous les aliments dont la date de péremption est dépassée.

La Fondation contre le Cancer remercie les services diététiques de l'institut Bordet à Bruxelles et du CHC St. Joseph à Liège d'avoir partagé leur expérience et d'avoir aidé à la constitution de ces conseils.

6. TROUBLES PSYCHOSOCIAUX

Contexte

Ce chapitre envisagera successivement les différents stades de l'*examen*, du *diagnostic* et du *traitement*. Ils seront traités séparément parce que, à chacun de ces stades, le *patient* se trouve confronté à des problèmes spécifiques.

Nous accorderons notre attention d'une part aux soins palliatifs et d'autre part à la vie après la fin d'un traitement réussi. Il existe un certain nombre de directives sur lesquelles le *diététicien* peut se baser pour conseiller le plus efficacement possible son patient.

Conseils

- **Examen**



Patient

Pendant la phase d'examen, le patient sera amené à subir différents tests au cours desquels, dans la plupart des cas, le mot « cancer » ne sera pas encore prononcé. Beaucoup de patients ressentent cette période d'attente des résultats comme particulièrement stressante.



Diététicien(ne)

L'assistance d'un(e) diététicien(ne) s'avère parfois déjà nécessaire lorsque, par exemple, un rétrécissement de l'œsophage ou un carcinome du côlon non encore diagnostiqués engendrent des problèmes d'alimentation. A ce stade, précisément parce que le diagnostic n'a pas encore été posé, la manière d'aborder le patient ne pose pas encore de « problème » au dispensateurs de soins. Au cours de cette phase, les patients peuvent ressentir des symptômes de tension.

- **Diagnostic**



Patient

Apprendre que l'on est atteint d'un cancer est pour la plupart de personnes une nouvelle choquante et une expérience traumatisante. Le patient peut se poser énormément de questions, y compris à propos de la cause de sa maladie : est-ce arrivé parce qu'il fumait trop, parce qu'il se tracassait de manière excessive, parce qu'il consommait trop de viande traitée aux hormones ou pour une autre raison... Les études psychosociales nous apprennent que le fait de se trouver confronté à une maladie potentiellement mortelle peut engendrer de la part du patient un certain nombre de réactions psychologiques négatives qui seront envisagées en détail ci-après. L'adaptation au cancer est vécue différemment par chacun. Les facteurs qui font qu'une personne réagit d'une certaine manière à la communication du diagnostic et s'y adapte à sa façon sont principalement la personnalité, les circonstances et transformations survenues antérieurement dans son existence, son âge, son réseau social et les caractéristiques de la maladie.

- Refus

Un grand nombre de patients, lorsqu'ils se trouvent confrontés au cancer, réagissent initialement par un « Non, ce n'est pas vrai, cela ne peut pas m'arriver, pas à moi ». Cette première réaction d'incrédulité et même de refus est parfaitement normale et constitue même un mécanisme de survie extrêmement utile. Elle laisse au patient le temps d'intégrer progressivement des informations particulièrement inquiétantes. Si le refus persiste trop longtemps, il risque néanmoins de faire obstacle à la prise en charge de la maladie.

- Colère
Des sentiments de colère, de contrariété, d'envie et de dépit font partie du processus normal d'acceptation de la maladie. Une question qui revient très fréquemment lors du combat contre la maladie est : « Pourquoi moi ? ».
 - Anxiété
Les personnes atteintes d'un cancer peuvent se trouver confrontées à de nombreux sujets d'inquiétude. Les craintes les plus fréquentes lors de cancer sont : la mort, la déchéance, la mutilation ou la perte d'autonomie, la peur de la réaction de son entourage face à la maladie, ... L'anxiété est en soi une émotion utile : elle libère de l'énergie pour réagir au sentiment de menace que l'on ressent. Si les sentiments d'anxiété dominent l'existence et continuent à perturber le fonctionnement quotidien normal, cela pose néanmoins certains problèmes. L'organisme se trouve alors en permanence soumis à un certain niveau d'alerte qui engendre finalement un épuisement psychologique.
 - Honte et solitude
Le tabou à propos du cancer a beaucoup diminué au cours de ces dix dernières années. Néanmoins, chez certains patients, il peut exister un sentiment de honte vis-à-vis de la maladie ou de certains effets de la maladie ou du traitement. Comme la routine quotidienne est totalement désorganisée et que la maladie devient le centre des préoccupations du patient, celui-ci peut se laisser envahir par un sentiment d'isolement. Ainsi, par exemple, le patient peut, lors de certaines formes de cancer qui nécessitent une alimentation par sonde ou d'autres modes d'alimentation hors norme, se sentir seul suite au fait de ne plus pouvoir prendre ses repas avec ses proches.
 - Perte de contrôle
En raison de leur maladie, les patients peuvent, par la force des choses, se trouver dans une situation de dépendance accrue. Divers aspects de leur existence peuvent temporairement échapper, du moins en partie, à leur contrôle : leurs émotions, leur corps, leur avenir, leur situation financière. Cette perte de contrôle peut également concerner des points en rapport avec l'alimentation, par exemple le fait de baver parce que l'on ne parvient plus à contrôler sa bouche et sa gorge ou l'incontinence fécale peuvent être ressentis comme extrêmement gênants.
 - Perte d'estime de soi suite à une maladie qui affecte son propre corps, ses capacités, ses relations avec les autres
Certaines formes de cancer lié au sexe (tumeurs gynécologiques, cancer du sein, cancer de la prostate) peuvent mettre en péril le sentiment d'estime de soi. De même, une perte de poids importante ou, au contraire, une prise de poids significative due, par exemple, à un traitement par des corticostéroïdes, peut avoir un effet négatif sur le sentiment d'estime de soi que l'on ressent par rapport à son propre corps. Cela peut accroître encore l'importance que l'on accorde à la prise de nourriture (« je dois y arriver » ou « je dois maigrir »), ce qui ne fait qu'aggraver la tension à ce propos.
- 👉 Diététicien(ne)
Les personnes à qui l'on annonce le diagnostic de cancer se trouvent confrontées à une grande quantité d'informations qui peuvent s'avérer difficiles à intégrer. En tant que diététicien, lorsque l'on se trouve amené à donner des conseils alimentaires à un patient au cours de la période initiale qui suit l'annonce du diagnostic, il est important de veiller tout particulièrement à ce que les informations soient parfaitement comprises car il existe un risque que, immédiatement après le diagnostic, cette personne ne soit guère réceptive à de nouvelles informations. Si l'on constate que le patient a du mal à comprendre les informations, on essaiera de déterminer s'il suffit de les lui répéter ou s'il est nécessaire d'envisager un autre rendez-vous ultérieurement, à un moment où il se sentira plus calme.

- **Traitement**



Patient

Les patients chez qui l'on vient de diagnostiquer une maladie grave voient leur existence basculer du jour au lendemain. Un traitement contre le cancer, quel qu'il soit, représente pour la plupart des patients une lourde charge sur le plan psychologique. De brusques sautes d'humeur ou des changements de leur état d'esprit peuvent survenir à n'importe quel moment du traitement. Il est tout à fait normal qu'un patient se sente déprimé, éprouve de l'anxiété ou se montre tendu. Certaines personnes peuvent présenter de brusques crises de larmes sans aucune raison, alors que d'autres resteront parfois totalement impassibles face à certaines situations.

Ces phénomènes de changements d'état d'esprit ou de sautes d'humeur varient d'une personne à l'autre. Ils peuvent persister pendant toute la durée du traitement. Même après le traitement, le patient peut encore se sentir fortement déprimé. Il est évident que *faire face* à une nouvelle aussi catastrophique exige un effort pratiquement surhumain. Par ailleurs, une telle situation entraîne un certain nombre de conséquences pratiques importantes ; mais la première phase se caractérise trop souvent par un *programme particulièrement chargé*. Ainsi, les patients soumis quotidiennement à une radiothérapie devront probablement endurer de longs trajets et des attentes prolongées, ce qui, dans les circonstances où ils se trouvent, peut s'avérer extrêmement pénible. Et les rendez-vous de contrôle dans une ou plusieurs polycliniques sont aussi bien souvent une source de tension.

Un autre facteur qui peut représenter un fardeau supplémentaire au cours du traitement est le *comportement d'évitement* de la part de l'entourage du patient.

Les personnes atteintes de cancer recherchent la chaleur du contact avec d'autres pour éviter de se sentir seules face à leur situation. Malheureusement, rares sont ceux qui sont capables de leur apporter cette chaleur. Beaucoup de gens ont tendance à fuir les personnes atteintes de cancer. Ils se sentent mal à l'aise face à elles. Même les médecins et le personnel infirmier ont parfois de telles réactions d'évitement.

Le partenaire, les enfants, les membres de la famille et les amis ont souvent peur d'aborder le sujet de la maladie parce qu'ils craignent que cela ne perturbe encore davantage le malade. Ils recourent souvent à d'échappatoires, à des prétextes pour éviter de se trouver confronté au cancer. Après un premier afflux de lettres, de visites et d'autres petites attentions, leur arrivée se tarit progressivement. Le malade cancéreux peut alors se retrouver dans une situation d'isolement.



Diététicien(ne)

Pour éviter des situations telles que décrites ci-dessus, il est important que tous les partenaires *discutent* entre eux dès le début du cancer et de tout ce qui s'y rapporte. Lors de ces conversations, on s'efforcera dans la mesure du possible de *manifester son attention*, de *refléter les sentiments* et de *transmettre des messages à la première personne*. Ces techniques favorisent le dialogue parce que l'interlocuteur se sent alors compris et est donc plus disposé à poursuivre la communication. Ces trois éléments sont expliqués ci-dessous.

- **Manifester son attention**

Manifester son attention face à ce que l'interlocuteur est en train de vous expliquer peut se faire en faisant simplement « hm, hm... » ou en disant « Oui... ? », « Oh... ? », ou encore en répétant un mot de la phrase qu'il vient de prononcer (« Douleur... ? », « Mourir... ? »), en se rapprochant de lui et en le regardant avec des yeux interrogateurs, ou en lui disant quelque chose comme « Je suppose que cela vous a pris beaucoup de temps... ».

Vous indiquez ainsi clairement à votre interlocuteur que vous considérez ce qu'il vient de vous dire comme important et que vous êtes prêt à poursuivre cette discussion, du moins s'il le souhaite. Vous ne l'obligez à rien et vous susciterez alors moins de résistance que si, par exemple, vous posiez des questions telles que :

« Pourquoi pensez-vous maintenant à la mort ? » ou « Comment en êtes-vous arrivé à vous inquiéter maintenant à l'idée de mourir ? »

- **Refléter les sentiments**
Lorsque quelqu'un souhaite vous communiquer quelque chose, il ne vous est possible de lui donner l'impression de le partager que si vous percevez également quelque chose de son point de vue intérieur. Pour cela, il ne suffit pas d'écouter les mots qu'il prononce, mais il faut également s'efforcer d'écouter « entre les lignes » et tenter ensuite de refléter ses propres sentiments. Cette manière de se mettre à la place de quelqu'un va bien au-delà de la tentative de comprendre la signification objective du message de l'autre. Il s'agit essentiellement de rechercher la signification profonde de ce que votre interlocuteur vous fait connaître de son point de vue intérieur. Si vous reflétez les sentiments de votre interlocuteur, il aura l'impression d'être réellement écouté et compris, d'être parvenu à vous faire « partager » également la véritable signification de ce qu'il souhaitait vous communiquer. Il vous faut à tout prix éviter des commentaires du type « Je sais » et « Après tout, ce n'est pas si grave ». On utilise souvent ce genre de formules toutes faites comme une manière de se débarrasser du problème. L'autre le ressentira alors comme une fin de non-recevoir.
- **Message à la première personne**
Trop souvent, dans un dialogue, on fait usage de messages à la deuxième personne. Les messages à la deuxième personne renvoient le problème à l'autre. L'interlocuteur est pénible, ennuyeux, désobligeant, désagréable, ...Il se sent alors agressé et risque fort de contre-attaquer. Il ou elle réagira à son tour en vous agressant. Cela peut dès lors se terminer par une dispute. Voici quelques exemples de messages à la deuxième personne : « Vous devriez à présent... », « Comment se fait-il que vous... », ... Pour éviter des querelles, pour permettre un dialogue constructif, il est préférable de transmettre un message à la première personne lorsque le comportement de votre interlocuteur vous gêne. Vous lui faites ainsi savoir que vous avez également un problème, que vous vous sentez mal à l'aise et vous invitez alors votre interlocuteur à rechercher une solution à votre problème.

Un message à la première personne comporte trois parties :

- Il décrit le comportement de l'autre, sans pour autant émettre un jugement à ce propos.
par exemple « Lorsque vous élevez la voix »
 - Il décrit l'effet que ce comportement a sur vous.
par exemple « je ne suis plus capable de vous dire le moindre mot »
 - Il décrit ce que vous ressentez.
par exemple. « parce que je me sens blessé. »
- **Savoir quelles sont les possibilités en matière d'assistance**
Dans le domaine des soins oncologiques, il devient de plus en plus courant d'adopter une approche pluridisciplinaire face à un problème. Lors de problèmes nutritionnels dont l'origine est une cause psychosociale, il peut être utile de conseiller au patient l'intervention d'un psychologue. Celui-ci peut apporter un soutien non négligeable. *Des contacts réguliers avec d'autres personnes confrontées au même problème* peuvent également être utiles en cas de difficultés à accepter la situation. Il est donc important que le diététicien sache quelles sont les possibilités qui existent en matière d'assistance.

- **Vivre après le cancer**



Patient

Le malade a besoin de temps pour s'adapter à la nouvelle réalité qui s'est présentée à lui après le diagnostic. Ce n'est qu'avec le temps qu'il apprendra à faire face aux conséquences de sa maladie. Les émotions en rapport avec le fait d'être malade vont s'atténuer progressivement avec le temps. Beaucoup de patients disent que, après une confrontation avec le cancer, la menace demeure palpable, même lorsque le traitement est terminé et que le pronostic est favorable. La fatigue peut également persister un certain temps après le traitement.

👉 Diététicien(ne)

Les patients se plaignent régulièrement de ce que, après la fin du traitement, leur entourage s'attend à ce que le chapitre du cancer soit rapidement clos, alors que le malade, lui, sent qu'il lui faudra pour cela davantage de temps. En tant que prestataire de soins, il faut impérativement veiller à ne pas tomber dans ce piège : notre rôle est de stimuler la malade à reprendre une vie « normale », mais en restant malgré tout attentif à ses inquiétudes ou aux symptômes résiduels.

• Soins palliatifs

👉 Patient

Lorsqu'une guérison n'est plus envisageable, on entre dans le domaine des soins palliatifs. L'essentiel est alors de prodiguer des soins visant à assurer un confort optimal. L'approche de la mort représente une lourde charge affective non seulement pour le patient, mais également pour sa famille et pour les dispensateurs de soins qui l'entourent. On constate très souvent que l'importance de la communication non verbale augmente au cours de cette phase : on peut parfaitement manifester son engagement ou son attention sans pour autant recourir aux mots.

👉 Diététicien(ne)

Les soins palliatifs constituent souvent un domaine difficile en raison de la charge affective associée à la mort, y compris pour le diététicien. Il est souvent conseillé, au cours de cette phase, de donner la priorité à l'écoute, d'éviter de vouloir absolument proposer immédiatement des directives alimentaires ou de mettre en évidence les comportements alimentaires anormaux. Être à l'écoute du patient et aborder à son rythme les questions qu'il se pose et les symptômes qu'il ressent constitue la principale tâche du diététicien au cours de cette phase.

Faire face aux réactions

Il incombe notamment au diététicien de mettre en application les recommandations qui précèdent afin de réduire la charge à supporter par le patient. On trouvera ci-après un certain nombre de directives pour faire face de la meilleure manière possible aux réactions du patient.

- Refus

On doit respecter, de la part du patient cancéreux, le désir de ne rien savoir, de refuser d'admettre la réalité, et s'efforcer de se conformer à son rythme d'acceptation progressive de sa maladie.

- Colère

Le message ici est d'être à l'écoute du patient et parfois de tolérer sa colère même si elle est irrationnelle, en sachant que le fait d'exploser peut lui donner une bouffée d'oxygène et l'aider à supporter son fardeau. Ceci n'est possible qu'à condition d'avoir fait face honnêtement à notre propre angoisse face à la mort et d'avoir passé attentivement en revue nos propres mécanismes de défense, qui interviendront peut-être dans notre souci du patient.

- Incertitude

L'incertitude peut être éliminée par une bonne *information*. *Respecter* les stratégies du patient orientées vers la quête d'informations, telles que : demande d'explications, d'informations, besoin de récapituler toutes les informations, d'agir activement. A côté de cela, le diététicien doit également *déployer des initiatives* pour pouvoir répondre à toutes les demandes d'information.

Accorder toute l'attention requise aux demandes du patient comme à celles de sa famille et des personnes qui le soignent à propos de l'alimentation à adopter pendant le traitement et du retentissement que celle-ci peut avoir sur l'évolution de la maladie. Ce sont surtout les proches du patient qui sont susceptibles de se soucier (parfois exagérément) de ses habitudes alimentaires et de l'évolution de son poids. Ne pas avoir peur d'encourager le patient à poser des questions sur son alimentation actuelle et sur ce à quoi il doit s'attendre dans le futur. Il est fréquent que l'entourage du patient, plein de bonnes intentions, lui fournisse des informations trop abondantes et parfois contradictoires. Il est dès lors justifié de la part du patient de présenter ces informations à un(e) diététicien(ne) pour éliminer les discussions stériles, la confusion et les inquiétudes excessives.

- Sentiments négatifs tels qu'anxiété, dépression, ...
L'information ne suffit pas à éliminer ces sentiments négatifs. On peut les rendre plus supportables à condition de les reconnaître et d'en *parler*. Remarquer et dire tout haut qu'un patient semble tendu, anxieux ou sombre, que c'est parfaitement compréhensible et qu'il en a le droit peut déjà apporter une certaine aide. Généralement, un patient sera beaucoup plus réceptif si l'on remarque ses émotions et que l'on n'hésite pas à lui en parler.
- Perte de contrôle et perte d'estime de soi
Il est important de la part du prestataire de soins de laisser au patient le plus possible d'indépendance et d'autonomie dans la mesure où cela représente une part importante de son estime de soi. On impliquera également le patient dans les décisions relatives aux directives alimentaires : on recherchera ensemble ce qu'il est possible de faire dans une situation donnée. En cas de perte de poids importante due à des problèmes de malaise ou de prise de poids significative, le patient doit également avoir le sentiment d'être *accepté* par le diététicien en tant que spécialiste tel qu'il est à ce moment précis.
Les *stratégies orientées vers l'information comme les stratégies émotionnelles* peuvent s'avérer efficaces.
On doit parfois, dans le souci de l'alimentation, mettre l'accent sur la fourniture d'informations, et parfois au contraire laisser davantage place aux émotions.
- Acceptation
Cela peut parfois faire du bien au patient de simplement s'asseoir à côté de lui et lui prendre la main. Il est important de lui donner l'impression qu'il n'est pas seul, c'est un soulagement pour lui de savoir que quelqu'un restera auprès de lui jusqu'au bout.

Stratégies de prise en charge

La prise en charge est définie comme la manière dont quelqu'un fait face au stress. Autrement dit, que font ou ne font pas les patients cancéreux pour faire face à l'effrayante réalité de la maladie ? On trouvera ci-dessous la liste d'un certain nombre de stratégies de prise en charge (mécanismes visant à faire face) utilisées par les patients cancéreux. Cette liste nous vient du Dr A. Clarysse et concerne les patientes atteintes de cancer du sein, mais les stratégies de prise en charge décrites sont applicables à tous les patients cancéreux.

1. Obtention d'informations sur la maladie et son traitement. L'information constitue l'arme la plus efficace contre l'anxiété et donne l'impression de maîtriser la situation. Le patient pose énormément de questions à l'équipe médicale, achète des livres, consulte ses amis ou cherche à contacter des personnes qui ont vécu la même expérience. Il veut participer activement à la prise en charge de sa maladie. On donne au groupe de personnes qui réagissent de cette manière face à leur maladie le nom de « *monitors* ».
2. D'autres font confiance à la médecine et à leur médecin traitant, dont ils ne mettent absolument pas en doute la compétence. Ils adoptent un rôle passif et partent du principe que l'on prendra soin d'eux. Des informations trop détaillées rendent ces personnes anxieuses et les font paniquer. On appelle ce groupe de personnes des « *blunters* ».

3. Par la dénégation, le patient ignore une réalité inquiétante et pénible sur le plan psychologique. Cela lui permet de gagner du temps pour réunir la force psychologique nécessaire à pouvoir regarder la réalité en face et se laisser progressivement pénétrer par elle, de manière à ne pas se laisser broyer. De ce point de vue, la dénégation est utile et normale, il s'agit d'une étape à traverser. La dénégation de longue durée et obstinée peut être dangereuse si elle a pour conséquence que le malade refuse un avis médical ou un traitement.
4. Rechercher un soutien est indispensable à de nombreux patients cancéreux au cours de leur processus de prise en charge. Le soutien le plus important est celui du partenaire, des membres de la famille et des amis. Le partenaire surtout, dans la mesure où il est concerné par toutes les décisions prises depuis le début et parce qu'il se trouve en première ligne pour assumer la responsabilité de soutenir moralement le patient. Certains trouvent un soutien important dans le contact avec des personnes qui ont vécu la même expérience au sein de groupes d'entraide.
5. Chercher un sens à la maladie et profiter le mieux possible de la vie est également une stratégie de prise en charge. On peut par exemple choisir de s'occuper tranquillement de tout autre chose, parfois des choses tous à fait ordinaires que l'on avait envie de faire depuis longtemps ou le fait de s'impliquer dans un groupe d'entraide, d'aider les autres.
6. Les patients peuvent également se tourner vers des mécanismes de prise en charge qu'ils avaient déjà utilisés avec succès lors de situations de crise antérieures. Les personnes qui ont été précédemment amenées à faire face à des situations de stress au cours de leur existence, plutôt que d'esquiver le problème, prendront mieux en charge le processus cancéreux.
7. L'acceptation stoïque de la maladie est également une possibilité. Le patient accepte sa souffrance sans se plaindre. Souvent parce qu'il pense que c'est là ce que l'on attend de lui. Le patient réprime alors ses émotions. Ce n'est pas une manière saine d'aborder le problème parce qu'il est alors impossible de parvenir à un équilibre psychologique. Se rendre responsable de sa maladie - une réaction qui est parfois associée à un intense sentiment de culpabilité - ou en rejeter la responsabilité sur les autres est une stratégie qui rend également l'adaptation plus difficile.

Conclusion

Lorsqu'un problème alimentaire semble avoir une cause psychosociale, il est particulièrement important de partir de la manière dont le patient ressent sa maladie en explorant les problèmes et les solutions possibles.

Quelques pistes de réflexion en guise de conclusion...

La stratégie en matière de conseil alimentaire du patient oncologique repose surtout sur les signes de soutien et la lutte contre les symptômes. Une alimentation saine n'est donc pas toujours une priorité.

Dans l'ère du multimédia dans laquelle nous vivons et dans un monde où l'on se sent de plus en plus concerné par sa santé, surtout parmi les plus de 40 ans, la tâche du diététicien ou du spécialiste de la nutrition consiste à fournir au consommateur et au patient des informations exactes. D'autre part, le diététicien ou le spécialiste de la nutrition doit également se montrer ouvert à d'autres schémas alimentaires. Le patient oncologique n'a nul besoin d'une approche « doctorale ».

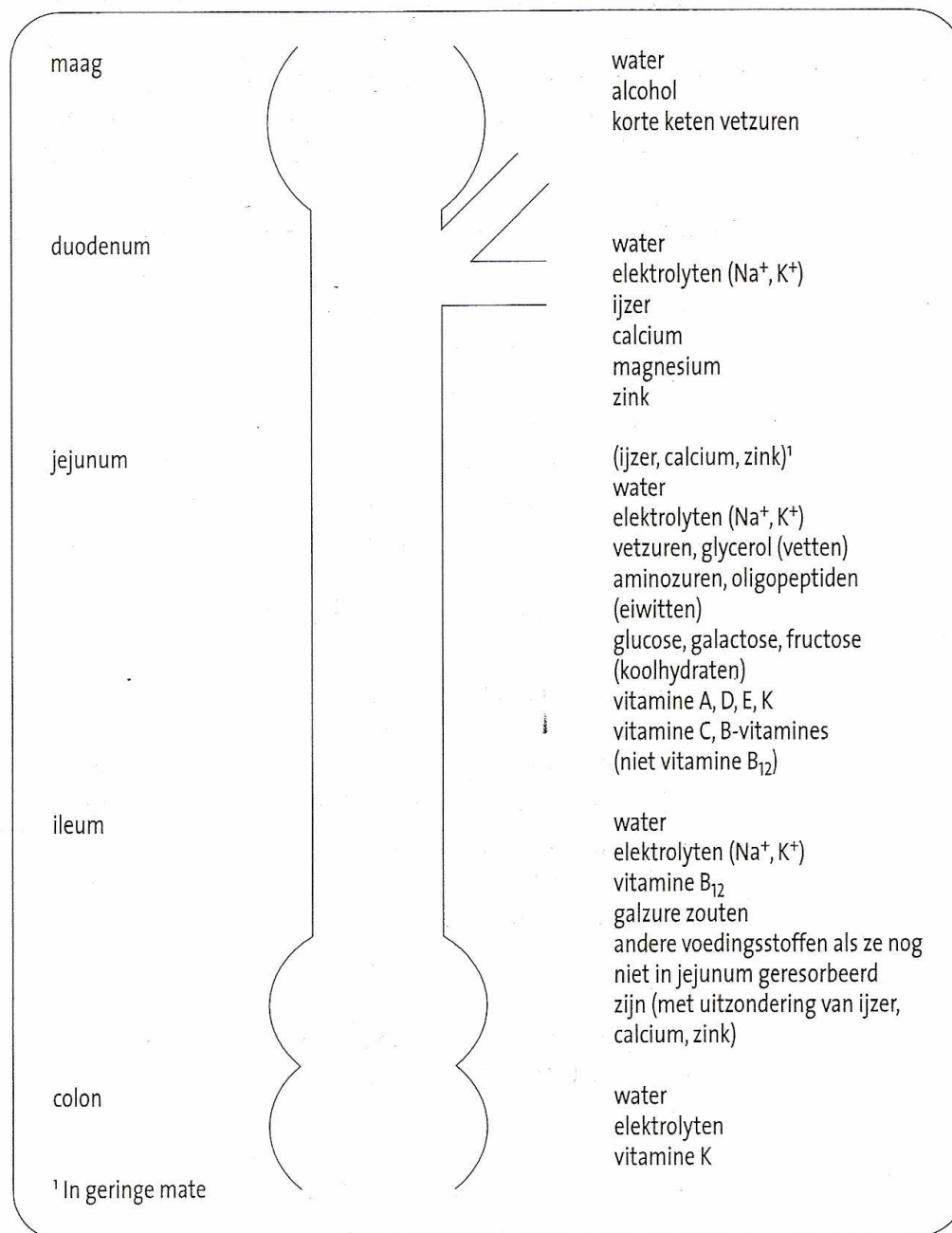
Une connaissance approfondie et la fourniture d'informations claires, adaptées au patient, vous permettront de gagner la confiance de celui-ci. Et, chose non moins importante : vous réduirez ainsi la crainte de problèmes alimentaires.

En guise de conclusion, prévoyez toujours suffisamment de temps pour transmettre les informations et proposez également des recettes pratiques et des conseils culinaires.

Pour des informations de fond supplémentaires, des outils pratiques et des informations sur les formations, congrès, etcetera dans le domaine de l'oncodiététique, nous vous invitons à consulter le site Web de la Fondation contre le Cancer, www.cancer.be > Cancers > Vivre mieux pendant un cancer > Le plaisir de manger.

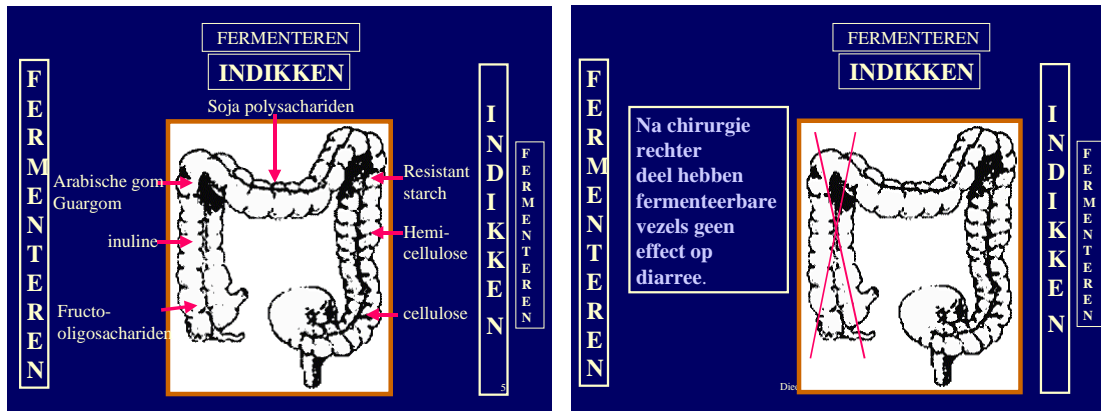
ANNEXES

1. Fonctions normales de l'intestin grêle et du côlon



SOURCE : N.E. Stegeman, *Resorptie van voedingsstoffen en gal*, 1997.

2. Aperçu de la fonction du côlon



3. Iléostomie et colostomie

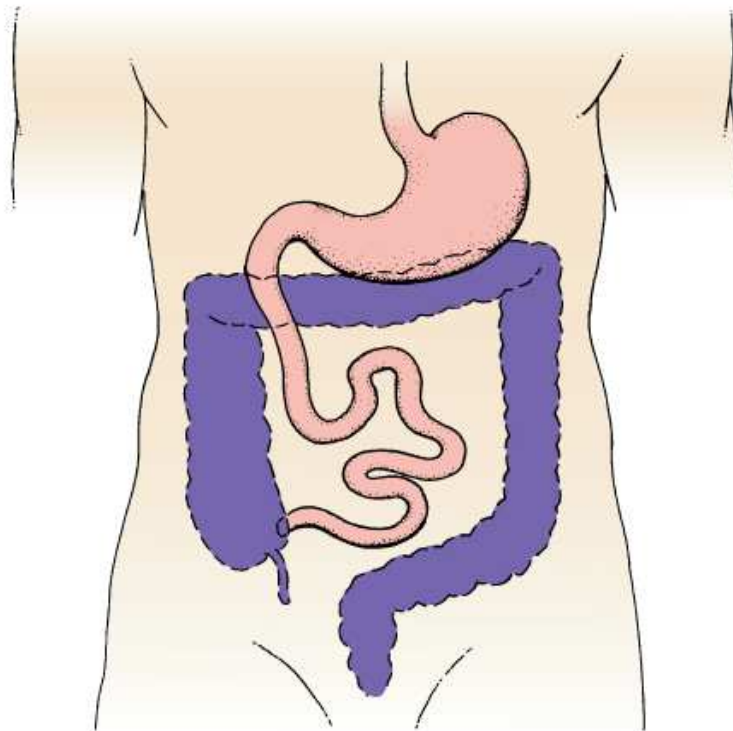


Figure 48-1 An ileostomy.

Copyright © 2005 Lippincott Williams & Wilkins. Instructor's Resource CD-ROM to Accompany Timby/Smith's Essentials of Nursing: Care of Adults and Children.

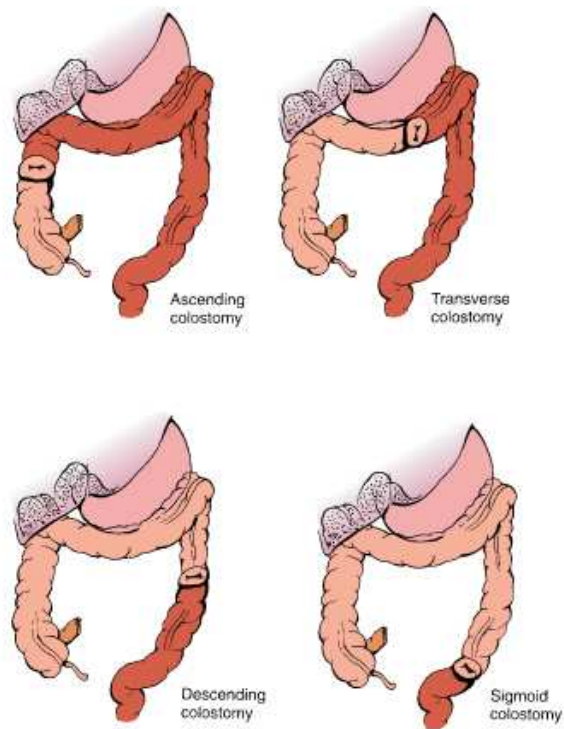
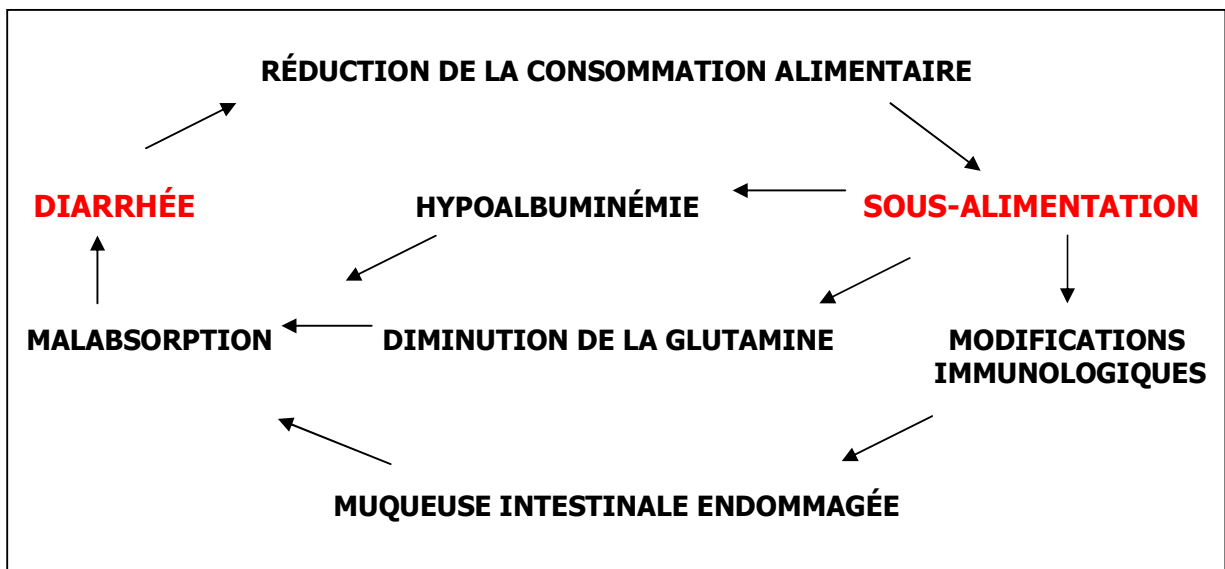


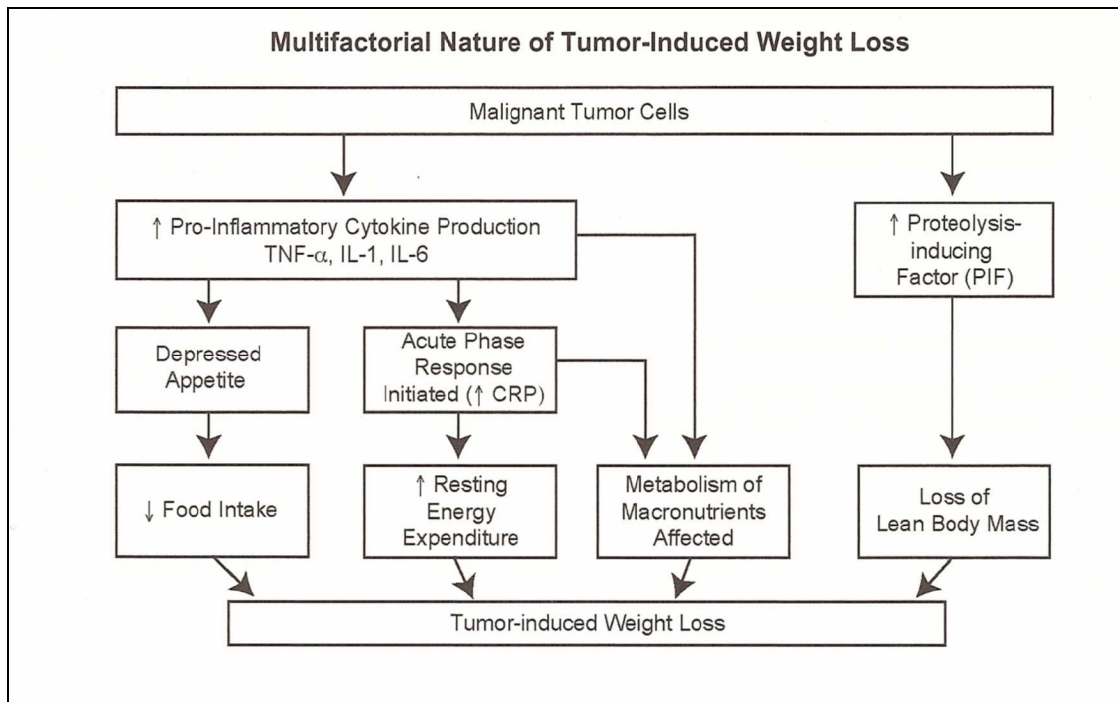
Figure 48-5 Various colostomies.

Copyright © 2005 Lippincott Williams & Wilkins. Instructor's Resource CD-ROM to Accompany Timby/Smith's Essentials of Nursing: Care of Adults and Children.

4. Diarrhée et sous-alimentation



5. Perte de poids induite par la tumeur



Nutritional Alterations in Cachexia and Starvation		
Variable	Cachexia	Starvation
Body weight	normal/↓	↓
Body cell mass	↓↓↓	↓
Body fat	↓↓	↓↓↓
Energy intake	↓↓↓	↓↓↓
Total energy expenditure	↓	↓↓
Resting energy expenditure	↑↑	↓↓↓
Protein synthesis	↑/↓	↓↓↓
Protein degradation	↑↑↑	↓↓↓
Serum insulin	↑↑↑	↓↓↓
Serum cortisol	↑↑	-

↑-increase; ↓-decrease; - no change

Adapted from Kotler, 2000

SOURCE : Abbott Laboratories, *Monographie produit Prosure*, juin 2002.

BIBLIOGRAPHIE

1. Arens U. et al., *Voeding die baadt, voeding die schaadt*, Reader's Digest, Brussel, 1997.
2. Baird S.B. et al., *Cancer Nursing, A comprehensive textbook*, W.B. Saunders Company, 1991.
3. Beijer S. et al., *Voedingsgids voor mensen met kanker*, De Toorts Haarlem, 1994.
4. Centrum Huisartsengeneeskunde, *Interuniversitaire cursus Palliatieve Zorg*, UIA, Antwerpen, 1996.
5. Daenens P. et al., *Bijzondere voeding*, Garant Leuven/Apeldoorn, 1999.
6. De Fever F., *Omgaan met kanke basisboek*, Garant, Leuven/Apeldoorn, 1996.
7. DeVita V.T. et al., *Cancer. Principles & Practice of Oncology*, Philadelphia, Lippencott Company, 3rd Ed.
8. Doornink N. et al., *Leidraad voor voedingsdeskundigen bij kanker*, De Toorts, Haarlem, 1999.
9. Douwes A.C., *Voeding en gezondheid, deel 25 : Ondervoeding in het ziekenhuis*, Stasse, Wolhuis, 1993.
10. Elsevier gezondheidszorg, *Dieetbehandelingsrichtlijnen*, Elsevier, Maarssen.
11. Fondation Québécoise du Cancer, *Eating well for a healthier life*, Quebec, 1996.
12. Groenwald S.L et al., *Cancer Nursing. Principles and Practice*, Boston - London, Jones and Bartlett Publishers, 3rd Ed.
13. *Informatorium voor voeding en diëtetiek*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Zaventem, X.
14. Integraal Kankercentrum Amsterdam, *Als eten niet meer vanzelfsprekend is*, Amsterdam, 1999.
15. Ligue suisse contre le cancer, *Quand manger devient difficile*, Bern, 1999.
16. Monda Heshusius, *Leven met kanker. Een wegwijzer voor patiënten en hun naasten*, Tirion, Baarn, 1995.
17. Nederlandse Kankerbestrijding, *Goede voeding bij kanker*, Amsterdam, 1998.
18. Nutricia, *Vademecum deel 1 : Voeding en Gezondheid*, Elsevier/De tijdstroom, X.
19. Nutricia, *Vademecum deel 2 : Voeding en Ziekte*, Elsevier/De tijdstroom, X.
20. Otto S.E., *Oncology Nursing*, Mosby, 2nd Ed.
21. Otto S.E., *Oncology Nursing*, Mosby-Year Book, Inc., 1991.
22. *Palliatieve hulpverlening, zakboekje voor professionelen*, Pelckmans, 1997.

23. Société Canadienne du Cancer, *Guide alimentaire pour les femmes atteintes d'un cancer du sein*, Toronto, 1999.
24. Société Canadienne du Cancer, *Guide alimentaire pour les personnes vivant avec un cancer*, Toronto, 1999.
25. Stasse-Wolthuis M. et al., *Kanker en voeding*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Zaventem, 1993.
26. Stegeman N.E., *Voeding bij gezondheid en ziekten*, Wolters Noordhof, Groningen, 1997.
27. Toth-van den Berg J. et al., *De kankerpatiënt*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/zaventem, 2001.
28. Trefpunt zelfhulp, *Zelfhulpgids 1998/1999*, Lannoo nv., Tielt, 1998.
29. *Voeding en gezondheid, deel 26 : Kanker en voeding*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Zaventem.
30. *Voeding en gezondheid, deel 30 : Voeding in de thuiszorg*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Zaventem.
31. *Voeding in de praktijk*, Bohn, Scheltema & Holkema.
32. Weytens Sus, *Goed verzorgd, beter gevoel*, Belgische Federatie tegen Kanker, 2001.