L’alimentation en situation palliative

Journée BEJUNE des soins palliatifs

S. Jeanneret Brand/29 octobre 2026

Bonjour maman!

Tu as pu manger aujourd'hui ?

Ce patient fait des fausses routes !

Elle va se déshydrater et se dénutrir, il faut l'hospitaliser…

La kaliémie est trop basse, il faut le substituer

J'ai de la fièvre, je tousse, je respire mal…

J'ai mal dans la gorge, cette sonde me fait mal !

Il faut manger si tu veux reprendre des forces ?

Cette patiente a besoin d'une sonde naso-gastrique pour que je puisse lui administrer une chimiothérapie



Ce patient ne couvre pas ses besoins, il faut lui prescrire des SNO

Vous n'avez pas fini votre plateau ?
Vous n'avez pas faim ?

Est-ce qu'il faut arrêter la nutrition parentérale ?

Docteur,
Il ne mange plus, ne boit presque rien…
Il va mourir de faim et de soif !

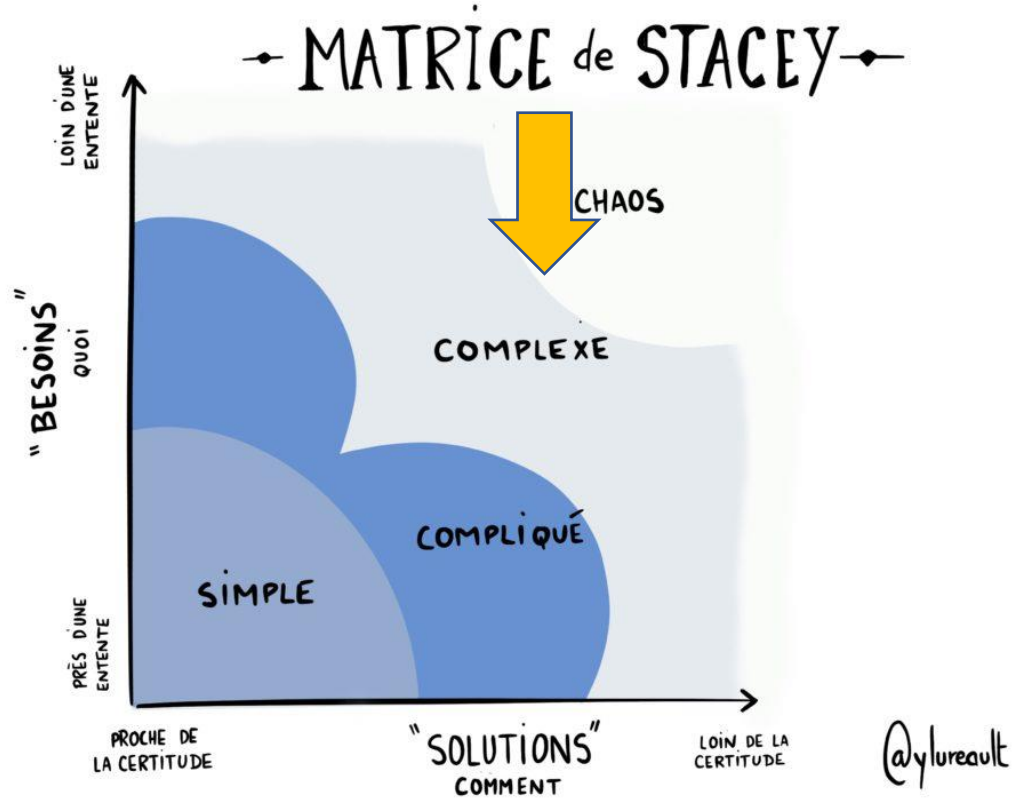
Pourquoi vous ne lui posez pas une perfusion ?

Je suis fatiguée, je n'ai pas faim, je n'en peux plus de ce Fresubin

Je n'ai pas faim, tout me dégoute !

A cela, se rajoute encore

L’aspect émotionnel important
Des angoisses fondées et infondées
Les (faux)espoirs
Les (fausses)croyances
Une anxiété provoquée
La vision culturelle
L’inconfort global
L’impact sur la qualité de vie
…





That is the question…

Contexte



Patients avec une maladie chronique avancée, incurable

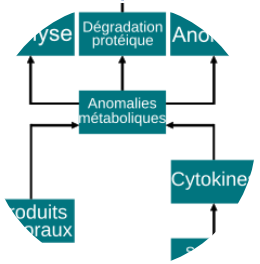


Cachexie présente dans

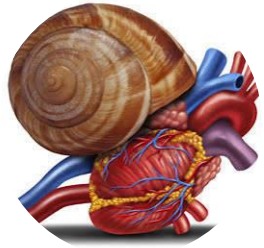
50 à plus de 80 % des cas



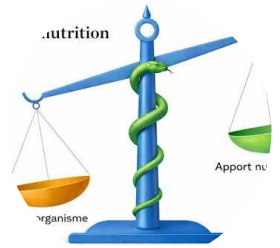
20-30 % souffrent d'anorexie



50-80 % dans un contexte oncologique



20-40 % dans les infections chroniques, les insuffisances d'organe (cœur, foie, rein, poumon), les maladies auto-immunes, le SIDA…



Risque de dénutrition

Définitions

Anorexie



Inappétence, perte d'appétit, diminution de l'«instinct alimentaire», diminution de l'apport alimentaire.

Aboutit à une perte pondérale et une dénutrition.

Sensation subjective, mais en général à partir d'une diminution de 75 % de l'apport alimentaire normal

Cachexie

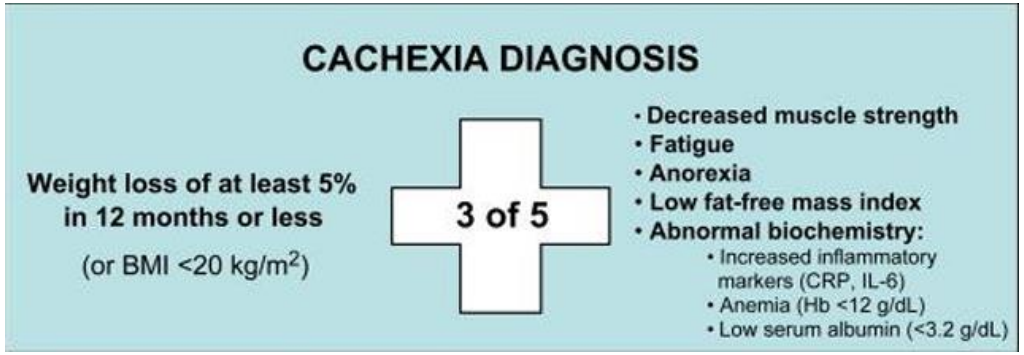


Syndrome métabolique complexe associé à une maladie chronique sous-jacente et caractérisé par une perte pondérale involontaire, en lien avec une perte de masse musculaire et/ou de masse tissulaire adipeuse.

La plupart du temps, due à une **inflammation systémique**, des **altérations métaboliques** et des **changements neuro-hormonaux**.

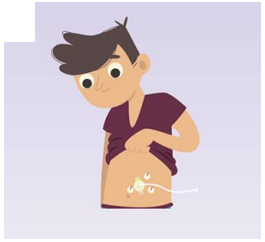
Aboutit à une perte fonctionnelle, une diminution de la tolérance aux effets secondaires des traitements, une diminution de la qualité de vie et de la survie.

Elle n'est pas (entièrement) réversible par une renutrition ou un apport calorique augmenté.



Nutrition artificielle







- Nutrition parentérale
- Nutrition entérale
  - Voie orale
  - Par sonde naso-gastrique
  - Par PEG ou PEJ

<u>Rappel :</u>
La nutrition artificielle est un **traitement médical**, soumis à un encadrement légal, qui doit avoir **une indication claire** car provoque des **effets secondaires** qu'il faut connaître, savoir détecter/surveiller/gérer :

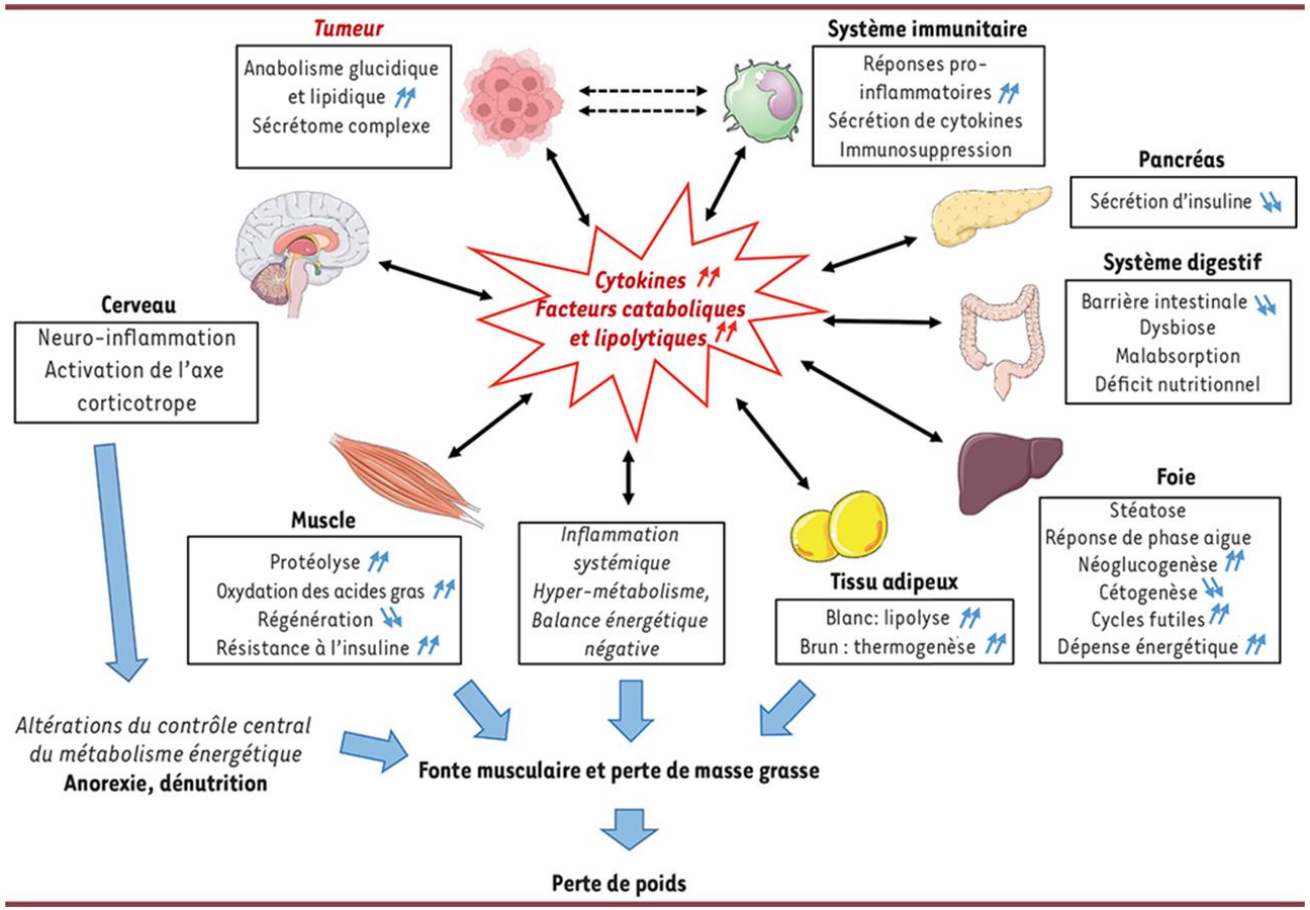
- Syndrome de renutrition inapproprié,
- Risque de reflux avec pneumonies d'aspiration,
- Infections,
- Nausées, diarrhées, fatigue…

Lorsque les patients n’arrivent plus assurer leurs apports nutritionnels, la majorité des professionnels de santé pense qu’il faut utiliser la **nutrition artificielle** pour maintenir la vie.

Est-ce vraiment toujours juste de réfléchir comme cela ?

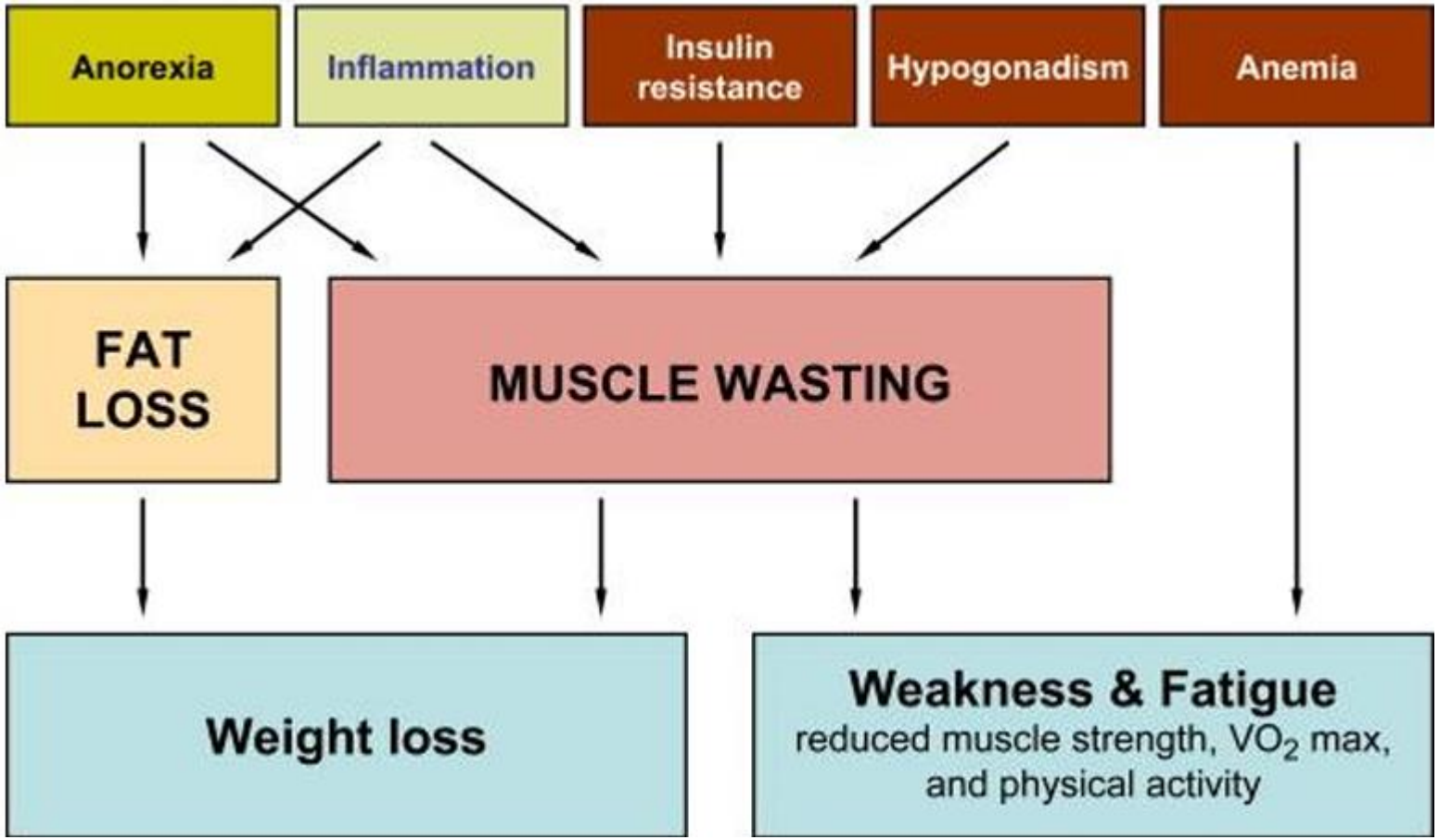
Physiopathologie de la cachexie «primaire»

Etat hypercatabolique lié à une réponse inflammatoire chronique →



- Inflammation = **cytokines pro-inflammatoires** (TNF-alpha, IL-1 beta, IL-6…)
- Altération du métabolisme énergétique et des nutriments (augmentation du métabolisme de repos = déficit énergétique) et **résistance à l'insuline**
- Dégradation altérée des protéines, avec augmentation de la **protéolyse musculaire** (activation de la voie ATP-ubiquitine-protéasome)
- Perte de masse grasse et **lipolyse**, avec facteur tumoral "lipid-mobilizing factor" qui pourrait sensibiliser le tissu adipeux aux stimuli lipolytiques
- Insuffisance cardiaque : Médiateurs neuro-hormonaux (catécholamines, cortisol, peptides natriurétiques), cytokines pro-inflammatoires, insulino-résistance…
- BPCO : Stress oxydatif, hypoxie, inflammation chronique, déconditionnement…
- Insuffisance rénale : Inflammation systémique, anomalie hormonales, augmentation des dépenses énergétiques, insulinorésistance, acidose métabolique…

Cachexie «primaire»



Comment prendre en charge la cachexie?



Le patient cachectique ne s’alimente plus car il souffre d’une maladie incurable, chronique et évolutive…
Il n’est pas malade ou mourant parce qu'il ne mange plus

OBJECTIF :

Maintenir et/ou gagner :
- de la qualité de vie

- Du muscle ?

DEPISTAGE

Commencer les interventions tôt dans l'évolution de la maladie, en particulier dans les groupes à risque
- **Suivi régulier du poids**
- **Communication**
- **Connaissance du patient**

EVALUATION

Peu d'outils validés spécifiques. NRS peu adapté…
- **ESAS**
- **Mini nutritional Assesement - MNA, Malnutrition Universal Screening Tool – MUST, Scored Patient-Generated Subjective Global Assessement – PGSGA**
- **Réflexion sur le pronostic**
- **Mesures de la sarcopénie**
- **Impédancemétrie…**

TRAITEMENT

- **En particulier des «Nutritional Impact Symptoms»**

► Causes multiples
=
Prise en charge individualisée et multimodale

Nutritional Impact symptoms (NIS)

Englobent un large spectre de manifestations, très fréquentes !



Manger

- Troubles de la déglutition
- Fausses routes
- Xérostomie
- Sténose œsophagienne
- Problèmes dentaires
- Dysgueusie
- Stomatites
- Paralysie des membres supérieurs
- Dépendance aux autres
- Problèmes financiers



Symptômes digestifs

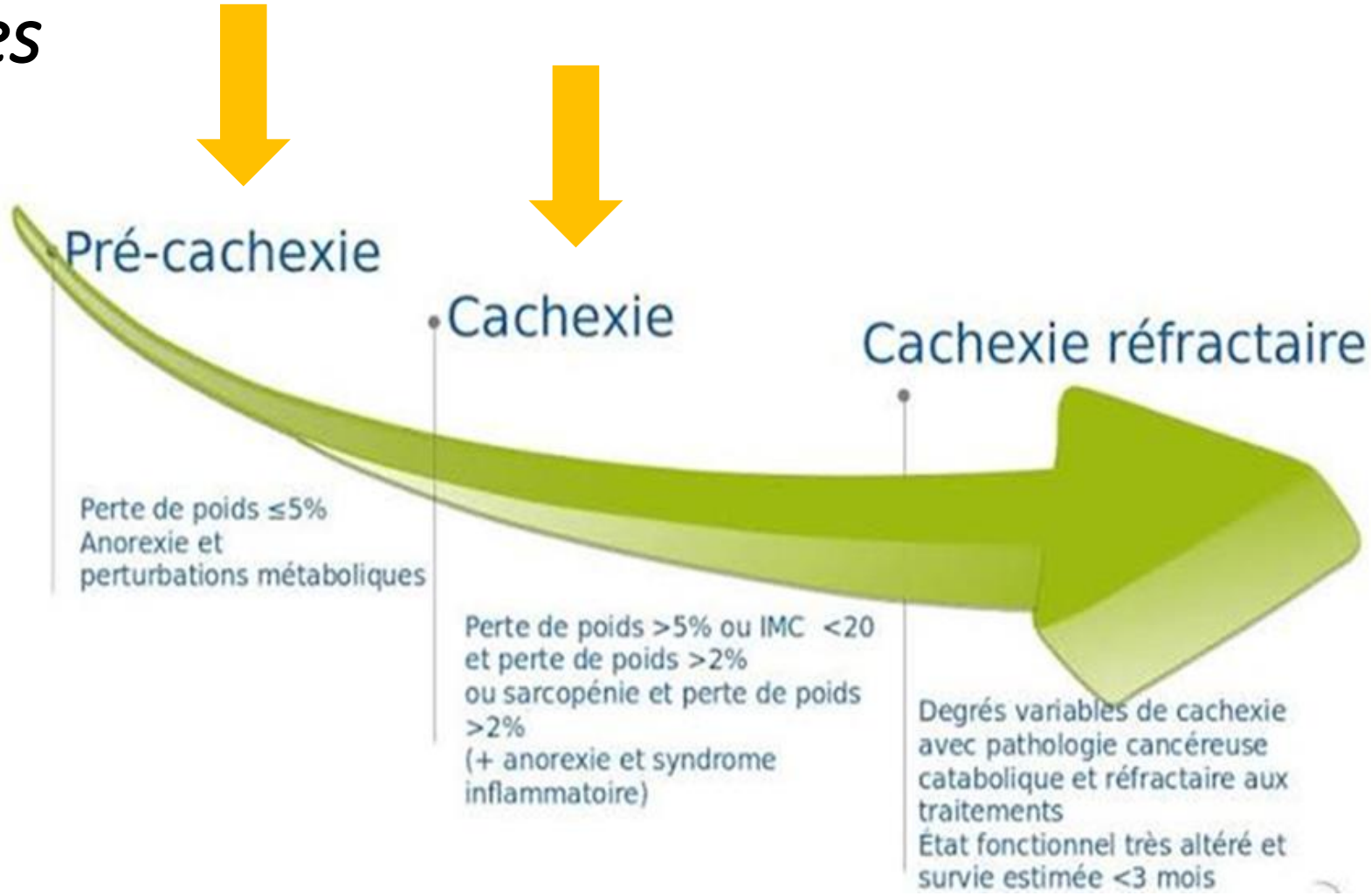
- Nausées
- Constipation
- Diarrhées
- Gastroparésie
- Satiété précoce
- Iléus
- Sténoses
- Obstructions
- Ascite
- Oedèmes
- Malabsorption
- …



Symptômes généraux

- Douleurs
- Fatigue
- Fièvre
- Infections
- Anxiété
- Dépression
- Delirium
- Vertiges
- Troubles du sommeil
- Dyspnée
- Toux
- …

Stades


Pré-cachexie
Cachexie
Cachexie réfractaire
Perte de poids ≤5%
Anorexie et
perturbations métaboliques
Perte de poids >5% ou IMC <20
et perte de poids >2%
ou sarcopénie et perte de poids
>2%
(+ anorexie et syndrome
inflammatoire)
Degrés variables de cachexie
avec pathologie cancéreuse
catabolique et réfractaire aux
traitements
État fonctionnel très altéré et
survie estimée <3 mois

Interventions selon le stade de la cachexie

Pré cachexie

- Contrôle du poids régulier
- Conseils d'alimentation (Aliments riches en protéines, petits repas nombreux fractionnés) , Ne pas forcément manger «sain», mais manger «énergie» !
- Place pour les SNO
- Activité physique
- Réadaptation oncologique

Cachexie

Envisager un traitement complet →

- Alimentation artificielle à discuter
- Traitement médicamenteux à tester

Peser toujours le pour et le contre

Prendre en compte les risques et effets secondaires

Communiquer ☺

Cachexie réfractaire

- Mesures psycho-sociales et éducatives
- Contrôle des symptômes

A ce stade, aucune efficacité de la nutrition - parentérale ou entérale – n'a été démontrée dans la littérature.

Poursuivre l'administration de nutrition artificielle est parfois même contre-productive et peut augmenter les symptômes.

► Savoir s'abstenir !



Manger

- Soins de bouche adaptés
- Dentiste
- Salive artificielle
- Texture des aliments adaptée
- Menus adaptés
- Aide lors des repas
- …



Digestif

- Antimicrobiens
- Anti-nauséeux
- Laxatifs adaptés
- Antisécrétoires
- Pro kinétiques
- Spasmolytiques
- IPP, protecteurs gastriques
- Etc…



Symptômes généraux

- Antalgiques adaptés
- Anxiolytiques
- Anti-dépresseurs
- Soutien psychologique
- Ecoute
- Communication
- Empathie
- …

Recommandations de prise en charge

Interventions nutritionnelles :

- Conseils diététiques spécialisés
- Alimentation artificielle ciblée

Interventions pharmacologiques :

- Corticoïdes
- Analogues de la progestérone
- Olanzapine
- Mirtazapine
- Cannabinoïdes
- Ponsegromab ? (inhibiteur sélectif de la protéine GDF-15)
- A suivre…

Approche individualisée et multidisciplinaire :

- Mesures préventives !
- Indications aux traitements oncologiques et autres interventions agressives ?
- Soutien psychologique
- Communication et explications
- Réflexions éthiques

En cas de démence avancée :

En cas de perte de capacité à se nourrir seul :

Aucun bénéfice à une nutrition artificielle

En cas de difficultés d'acceptation :

Tester l'alimentation artificielle, mais avec des objectifs clairs et sur un temps limité.

Réévaluation et stop si les objectifs ne sont pas atteints.

Traitement

TABLE 1. Summary of Recommendations for the Treatment of Cancer Cachexia in Patients With Advanced Cancer

Intervention	Strength of Recommendation	Strength of the Evidence	Benefits[a]	Harms[a]
Nutritional interventions				
Dietary counseling[25,26,37]	Moderate in favor	Low	Moderate	Low
Parenteral or enteral nutrition (routine use)[31,42]	Moderate against	Low	Low	Moderate to high
Omega-3 fatty acids[26,29,40]	No recommendation	Low	Low	Low
Vitamins, minerals, and other dietary supplements[38]	No recommendation	Low	Low	Low
Pharmacologic interventions				
Progesterone analogs[30,33,35,36,43]	Moderate in favor	Intermediate	Moderate	Moderate
Corticosteroids[43]	Moderate in favor	Intermediate	Moderate	Moderate
Anamorelin[24,32,68]	No recommendation (not commercially available)	Intermediate	Moderate	Low
Olanzapine[56]	No recommendation	Low	Moderate	Low
Androgens[36,43,59]	No recommendation	Low	Moderate	Low
Thalidomide[34,36]	No recommendation	Low	Low	Low
NSAIDs[39,41]	No recommendation	Low	Low	Low
Cyproheptadine[43]	No recommendation	Low	None	Low
Cannabinoids[36,43]	Weak against	Low	None	Low
Melatonin[36,43]	Weak against	Low	None	Low
TNF inhibitors[36,43]	Moderate against	Intermediate	None	Moderate
Hydrazine sulfate[43]	Strong against	Intermediate	None	Moderate
Other interventions				
Exercise[27]	No recommendation	Low	Unknown	Unknown

Abbreviations: NSAIDs, nonsteroidal anti-inflammatory drugs; TNF, tumor necrosis factor.

[a]Categorization of benefits and harms was based on use of the intervention for cancer cachexia in the populations that were enrolled in randomized controlled trials.

Informations
pour les médecins
Décembre 2023

smartermedicine
Choosing Wisely Switzerland

Liste «Top 5»
Soins Palliatifs

La Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs fait les cinq recommandations suivantes:

N°3

Chez les patients atteints d'une maladie ou d'un cancer en phase avancée et souffrant de dénutrition, ne pas introduire systématiquement une nutrition artificielle.

Une nutrition artificielle ne doit être proposée aux patients atteints d'une maladie évolutive avancée qu'après avoir examiné - avec le patient - le pronostic de la maladie et les avantages escomptés en termes de qualité de vie et potentiellement de survie, ainsi que la charge associée à la nutrition.

L'apport alimentaire devrait plutôt dépendre du plaisir, du goût et du bien-être du patient. Il convient d'expliquer aux patients et à leurs proches que l'apport de nourriture contre l'anorexie du patient réduit le bien-être et ne prolonge pas la vie, sauf dans certaines situations telles que les patients atteints de sclérose latérale amyotrophique.

Chez les patients en fin de vie, il est peu probable que la nutrition artificielle soit bénéfique pour la plupart d'entre eux.

Nutrition in different stages of palliative and hospice care



Dans une situation palliative avancée

« Il y a un instant où la mort a toutes les cartes, et où elle abat d'un seul coup les 4 as sur la table»

Christian Bobin









Merci de votre attention ☺

Sources



- Essentiels de médecine palliative Le B.a.-ba des soins palliatifs, Steffen Eychmüller, Emmanuel Tamches, Ed hogref
- ESPEN practical guideline on ethical aspects of medical nutrition, Clinical nutrition 2026
- ESPEN practical guideline : Clinical Nutrition in cancer, Clinical nutrition 2021
- Nutrition artificielle en situation palliative avancée : quels enjeux et quelles recommandations ?, Drs Mona Elamy, Arthur Escher, Alicia Rey et Boris Quentin, Rev Med Suisse 2022;18:497-7
- Indications à la nutrition artificielle chez les patients en soins palliatifs, Drs Pautex Sophie, Genton Graf Laurence, Swiss Medical Forum, 2019, vol 19, n° 4950, p. 800-802
- Cachexia consensus conference, 2007
- Fearon et al. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. Lancet Oncol.2011 May; 12(5):489-95
- L’homme étoilé, A la vie, 2020, Ed Calmann-Levy
- Google image
- UpToDate AI