

«L'alimentation fait partie du traitement en oncologie»

Pendant un traitement contre le cancer, l'alimentation joue un rôle de premier plan, en induisant notamment une meilleure tolérance aux traitements. Le point avec deux spécialistes du RHNE.

PAR BRIGITTE REBETEZ



La doctresse Monica Pinto (à gauche) et Lauriane Donier, diététicienne, préviennent que la dénutrition engendre une perte de masse musculaire et donc d'une partie de la capacité du patient à résister au cancer. GUILLAUME PERRET

Il n'existe pas de régime miracle pour guérir le cancer, mais l'alimentation constitue un véritable allié pour affronter la maladie et ses traitements: elle aide le corps à tenir le cap, à mieux supporter les soins et à maintenir une meilleure qualité de vie. Il n'empêche, on trouve quantité de mythes et conseils dommageables sur les réseaux sociaux, internet et même dans des livres (lire encadré). Comment démêler le vrai du faux? Les explications de la Dre Monica Pinto, médecin cheffe de clinique au service d'endocrinologie et diabétologie, et Lauriane Donier, diététicienne cheffe d'unité au Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNE).

Pourquoi le rôle de l'alimentation est-il si important avec le cancer?

Dre Monica Pinto: Les cas de dénutrition sont fréquents en

oncologie. Souvent la perte de poids a déjà commencé quand le diagnostic de cancer est posé. Les gens associent généralement la dénutrition à la phase terminale de la maladie, mais elle survient bien avant. Entre 30% et 50% des patients oncologiques sont dénutris, voire 70% pour certains cancers (œsophage, estomac ou pancréas notamment). Il est donc utile de faire un dépistage dès que l'on découvre la maladie: la dénutrition augmente la mortalité (entre 20% et 30% des décès liés au cancer sont imputables à une dénutrition plutôt qu'à la maladie elle-même), la durée des séjours hospitaliers, les complications et les infections.

Lauriane Donier: Il faut agir sur la dénutrition dès le diagnostic oncologique, sinon le patient continue à perdre de la masse musculaire et donc une partie de sa capacité à résister

«L'état nutritionnel va déterminer quelles thérapies peuvent être proposées et tolérées.»

DRE MONICA PINTO
MÉDECIN CHEFFE DE CLINIQUE AU SERVICE
D'ENDOCRINOLOGIE ET DIABÉTOLOGIE

au cancer. L'alimentation fait partie intégrante des soins en oncologie: elle ne guérit pas la maladie mais un bon état nutritionnel permet une meilleure tolérance aux traitements et améliore la qualité de vie.

Dre M. P.: L'état nutritionnel va déterminer quelles thérapies peuvent être proposées et

tolérées: un patient dénutri risque de ne pas pouvoir être opéré ou recevoir certaines thérapies (chimio-, immuno- ou radiothérapie par exemple), car les interventions ne seraient pas supportées.

Pourquoi cette dénutrition?

Dre M. P.: Le cancer modifie le métabolisme et provoque un état inflammatoire – un patient peut perdre du poids même en continuant de manger comme à son habitude. Plusieurs facteurs sont en cause: les besoins en énergie (calories) et en protéines augmentent, amenant l'organisme à puiser dans les réserves musculaires; en parallèle, les apports sont souvent diminués (manque d'appétit, troubles de la déglutition, nausées/vomissements, modifications du goût...), certains de ces effets étant imputables aux traitements oncologiques.

Des mythes et des pseudo-nutritionnistes

Inadaptés voire carrément néfastes, quantité de conseils erronés circulent sur l'alimentation et le cancer. Des mythes parmi les plus fréquents? Se priver de sucre, jeûner (pour prétendument affamer la tumeur), prendre des compléments alimentaires «miracle»... «Il y a beaucoup de confusion derrière ces théories», regrette la Dre Monica Pinto. «Supprimer le sucre n'empêche pas l'organisme d'en produire en utilisant d'autres substrats, notamment des composants du muscle. Mais ça va entraîner un processus de dénutrition, sans pour autant éliminer le cancer.»

Méfiance aussi avec les pseudo-conseils de «coaches de vie» et autres «nutritionnistes» autoproclamés, qui profitent de la situation de vulnérabilité des patients. N'importe qui peut s'improviser nutritionniste (appellation non protégée légalement en Suisse), contrairement au titre de diététicien (diplôme HES) qui est un professionnel de la santé réglementé, expert en nutrition thérapeutique, reconnu par les assurances.

Pourquoi tant de fausses croyances? «L'alimentation est l'un des rares domaines où les patients peuvent être acteurs de leur traitement», analyse Lauriane Donier.

«Ils ont tendance à aller chercher des informations, mais on trouve tout et n'importe quoi sur internet et les réseaux sociaux. En consultation, nous les accompagnons vers un ajustement de leurs perceptions.» Le but étant d'éviter une dénutrition qui entraînerait des conséquences délétères (diminution de la tolérance, voire interruption ou suspension de traitements).

Comment faire pour conjuguer plaisir, besoins alimentaires et contraintes dues à la maladie?

L. D.: Nous privilégions une approche individuelle en considérant le projet global des patients, en concertation avec l'équipe médico-soignante. Notre priorité, c'est que le patient puisse continuer à se nourrir par la bouche, en mettant en place une alimentation fractionnée (plusieurs petits repas) et enrichie en énergie et protéines. Au besoin, il faudra adapter les textures si la personne éprouve des troubles de la déglutition. Si cela est insuffisant, une assistance nutritionnelle est prescrite en première intention avec des suppléments nutritionnels oraux thérapeutiques.

Dre M. P.: L'étape suivante consiste à prescrire une alimentation entérale par sonde qui permet de combler des déficits énergétiques plus importants. L'assistance nutritionnelle est toujours adaptée au quotidien du patient, qui peut rester autonome dans sa gestion à domicile, préservant sa qualité de vie. Nous essayons au maximum de permettre aux patients de garder l'alimentation comme un plaisir et pas comme une contrainte supplémentaire.

Doit-on exclure certains aliments, en privilégier d'autres?

L. D.: Il n'y a pas d'interdit en tant que tel. On personnalise les conseils nutritionnels, l'objectif étant que le patient ait suffisamment d'énergie globale et de protéines. Attention, il n'est plus question, dans un contexte oncologique actif, d'une alimentation standard: durant la maladie, on met la pyramide alimentaire de côté momentanément et on se focalise sur l'énergie, les protéines et le plaisir de manger.

Vos conseils quand l'appétit diminue?

L. D.: Nous privilégions des recommandations individualisées et impliquons les patients et leurs proches. Le but, c'est que tout le monde aille dans le même sens en gardant le patient au centre. Si le patient a peu d'appétit, on lui conseille de fractionner et d'enrichir son alimentation et on l'encourage à manger ce qu'il aime – même si ce sont des pâtes ou des glaces trois fois par jour. Nous mettons en place des stratégies avec le patient selon les symptômes et effets secondaires qu'il présente, par exemple manger froid si les odeurs le dégoûtent. Mais pour que l'organisme en tire profit, un autre élément est crucial: il faut continuer à bouger dans la mesure du possible pour maintenir la masse musculaire.

Est-ce que tous les patients oncologiques voient une diététicienne?

Dre M. P.: Le Réseau hospitalier neuchâtelois dispose d'une filière oncologie-nutrition. Les patients sont dès la première consultation en oncologie adressés aux diététiciens si l'indication est présente (localisation de la tumeur, état nutritionnel, symptômes...) Le suivi nutritionnel est poursuivi pendant et après les traitements, car les effets secondaires peuvent perdurer.

CONFÉRENCE PUBLIQUE

«Alimentation en oncologie: démêler les mythes et renforcer l'essentiel», c'est le thème de la conférence publique qui sera donnée jeudi 21 mai (19h) à l'auditorium de l'hôpital Pourtalès (Neuchâtel) par la Dre Monica Pinto et Lauriane Donier. Entrée libre.

La conférence sera diffusée en direct sur la page Facebook du RHNE.