

Guide de poche

Dépistage de la dénutrition en oncologie ambulatoire



Destiné aux médecins, aux diététicien(ne)s ASDD,
au personnel infirmier et aux professionnels médico-
thérapeutiques



Fachgruppe Deutschschweiz
Onkologie



krebsliga



Onkologiepflege Schweiz
Soins en Oncologie Suisse
Cure Oncologica Svizzera



Société Suisse de Nutrition Clinique
Gesellschaft für Klinische Ernährung der Schweiz
Società Svizzera della Nutrizione Clinica

Concernant ce guide de poche

Le guide de poche «Dépistage de la dénutrition en oncologie ambulatoire» s'adresse aux professionnels soignants et médicothérapeutiques travaillant dans le domaine de l'oncologie en collaboration avec des diététicien(ne)s ASDD.

Son contenu repose sur la littérature scientifique et des modèles connus, présentés ici de manière adaptée pour être utilisés dans la pratique quotidienne de l'oncologie ambulatoire.

L'algorithme facilite l'identification précoce de la dénutrition et présente la prise en charge nutritionnelle structurée au moyen du processus de soins en nutrition (PSN). Ce guide de poche sert d'outil d'aide conceptuelle et de manuel de référence.

Il a été élaboré par le groupe spécialisé Oncologie de l'Association suisse des diététiciens (ASDD) en collaboration avec Praevcare GmbH et le centre de lutte contre le cancer ZeTuP Rapperswil-Jona ainsi qu'avec d'autres partenaires novateurs.

Table des matières

Équipe nutritionnelle	4
Données factuelles sur l'oncologie & la nutrition	5
Dénutrition chez les patients atteints d'un cancer	6
Dénutrition - critères GLIM 2019	8
Cachexie cancéreuse	10
Sarcopénie	13
Dépistage de la dénutrition: PG-SGA SF	16
Algorithme: dépistage et processus de soins en nutrition (PSN)	20
Conseils pratiques	22
Bibliographie	23
Informations complémentaires et liens	24
Tableaux d'évaluation de la perte de poids (PG-SGA SF)	26
Mentions légales	28

Équipe nutritionnelle¹

Groupe de travail Nutrition

Oncologue: _____

Diététicien(ne) ASDD: _____

Assistant(e) médical(e): _____

Infirmier(ère): _____

Physiothérapeute: _____

Psychologue: _____

Autres services

Home Care Service: _____

Service de repas: _____

Soins à domicile: _____



Données factuelles sur l'oncologie & la nutrition²⁻⁵



Jusqu'à présent, il n'existe aucun **outil de dépistage du risque nutritionnel standardisé** dans le domaine ambulatoire en Suisse.



20 à 30% des patients atteints de cancer **meurent des conséquence d'une cachexie.**



15 à 20% des patient(e)s présentent déjà des **signes de dénutrition** au **moment du diagnostic.**



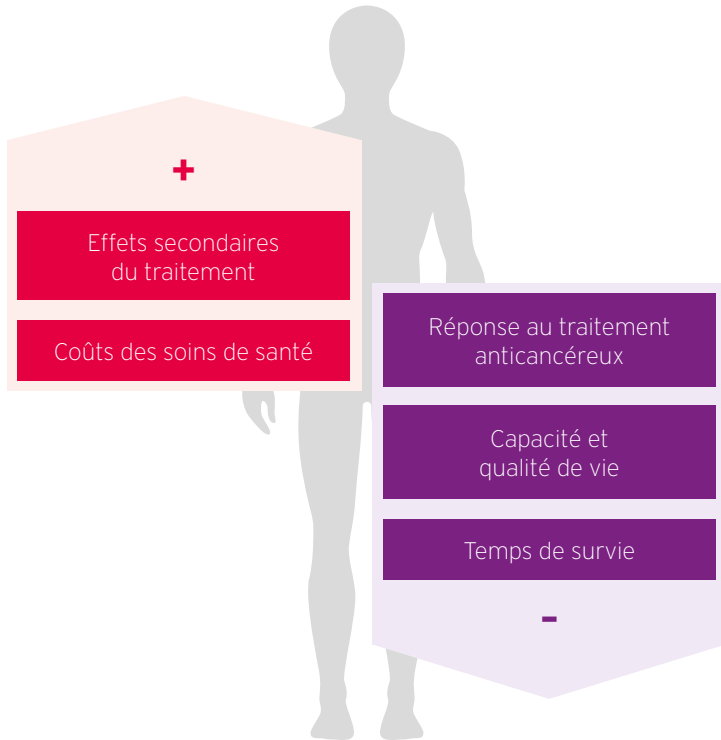
La dénutrition touche **80%** des patient(e)s atteint(e)s d'un **cancer avancé** et **85 à 90%** des patient(e)s en **phase terminale.**



Seuls **1/3** des patient(e)s oncologique(s) dénutri(e)s reçoivent une **thérapie nutritionnelle.**

Dénutrition chez les patient(e)s oncologiques^{1,3-8}

L'identification et le traitement tardif de la dénutrition peuvent avoir un **impact négatif** sur l'**évolution de la maladie**, la **capacité à supporter le traitement** et le **pronostic de la maladie**.



Anorexie

Prise alimentaire réduite par:

- Une mauvaise régulation de l'appétit et des symptômes tels que nausées, vomissements, douleurs dues à la tumeur et son traitement
- Un problème d'apport / d'absorption par ex. du à une mucite, des obstructions gastro-intestinales, etc.

Pré-cachexie / cachexie

Perte de poids renforcée par:

- Une réaction inflammatoire systématique induite par des cytokines pro-inflammatoires

Sarcopénie

Caractérisée par:

- Une diminution marquée de la masse et de la fonction musculaires
- Un signe indiquant clairement une cachexie associée à un cancer

Attention:

Une sarcopénie peut également se produire chez les personnes en surpoids et obèses et passer inaperçue à cause de l'eau / du tissu adipeux du corps.

Adapté d'après^{6,7}

Ces trois pathologies peuvent survenir à différents degrés et simultanément chez les patient(e)s souffrant d'un cancer.

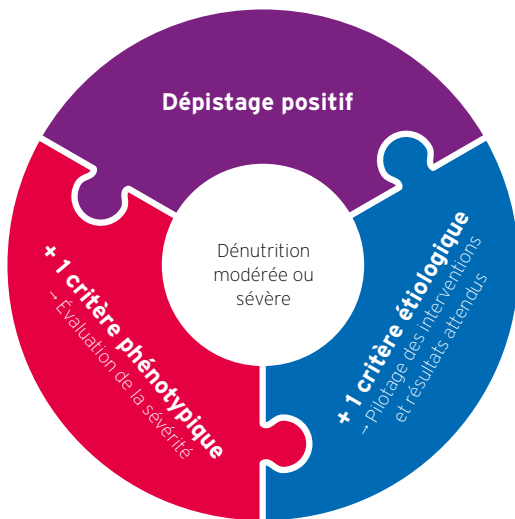


Dénutrition^{1,9-11}

Définition

- Apports nutritionnels insuffisants qui entraînent une modification de la composition corporelle (diminution de la masse maigre) et de la masse cellulaire.
- Cette modification entraîne à son tour une réduction des fonctions physiques et mentales et engendre un effet néfaste sur l'évolution clinique de la maladie.

Critères diagnostiques selon GLIM 2019



Dépistage avec des instruments validés (voir pages 16-19): résultat positif

+ 1

Critères phénotypiques

	Perte de poids involontaire	Faible IMC	Perte de masse musculaire
Dénutrition modérée	≥ 5% dans les 6 derniers mois ou 10 - 20% en > 6 mois.	< 20 kg/m ² , si < 70 ans. < 22 kg/m ² , si ≥ 70 ans. <i>Population asiatique:</i> < 18.5 kg/m ² , si < 70 ans. < 20 kg/m ² , si ≥ 70 ans.	Déficit léger à modéré mesuré avec une méthode validée: 1. DEXA, BIA, TDM ou IRM ^a 2. Examen physique, tour du bras ou du mollet 3. Mesure de la force de préhension
Dénutrition sévère	> 10% dans les 6 derniers mois ou > 20% en > 6 mois.	< 18.5 kg/m ² , si < 70 ans. < 20 kg/m ² , si ≥ 70 ans. <i>Population asiatique:</i> ^b < 17 kg/m ² , si < 70 ans. < 17.8 kg/m ² , si ≥ 70 ans.	Déficit sévère mesuré avec une méthode validée: - La mesure de la masse musculaire à la priorité, force de préhension uniquement si une mesure n'est pas possible selon la 1 ^{re} ou 2 ^e méthode! - Valeurs limites, voir page 13

Critères étiologiques

+ 1

Prise alimentaire ou résorption réduite	Maladie ou inflammation
≤ 50% des besoins > 1 semaine ou	Affection aiguë ou
Toute diminution d'apport > 2 semaines (quelle que soit la quantité en moins) ou	Traumatisme ou
Affection gastro-intestinale chronique ayant une influence sur la prise de nourriture ou la résorption / indicateurs supplémentaires: symptômes GI ^b	Inflammation chronique liée à la maladie / mesures complémentaires: CRP, albumine, pré-albumine

^a DEXA = Dual Energy X-Ray Absorptiometry / BIA = analyse par bioimpédance / TDM = tomodensitométrie / IRM = imagerie à résonance magnétique

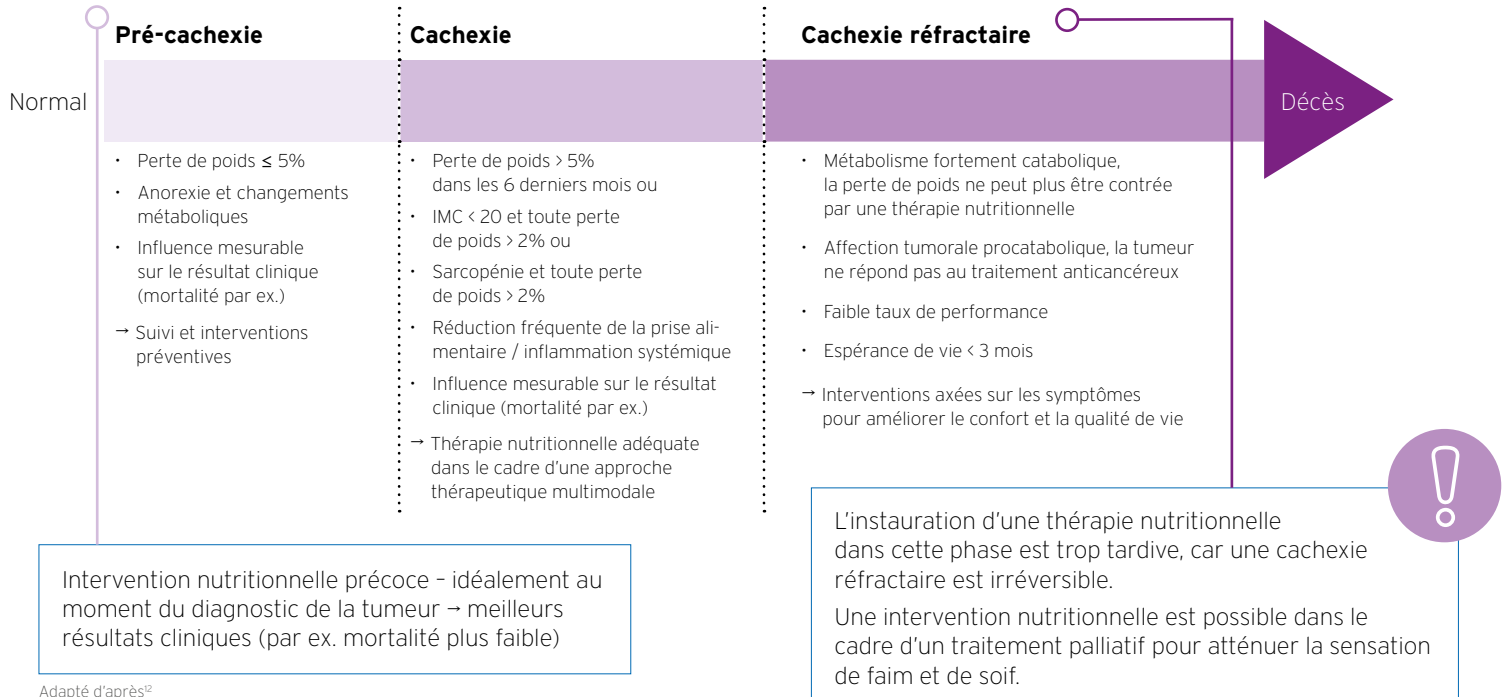
^b p. ex. dysphagie, nausées, vomissements, diarrhées, constipation ou douleurs abdominales

Cachexie cancéreuse^{1,3,6-8,12}

Définition

- Il s'agit d'un syndrome multifactoriel qui se manifeste dans le cadre d'une perte de poids involontaire à la suite d'une fonte musculaire progressive avec ou sans perte de masse grasse.

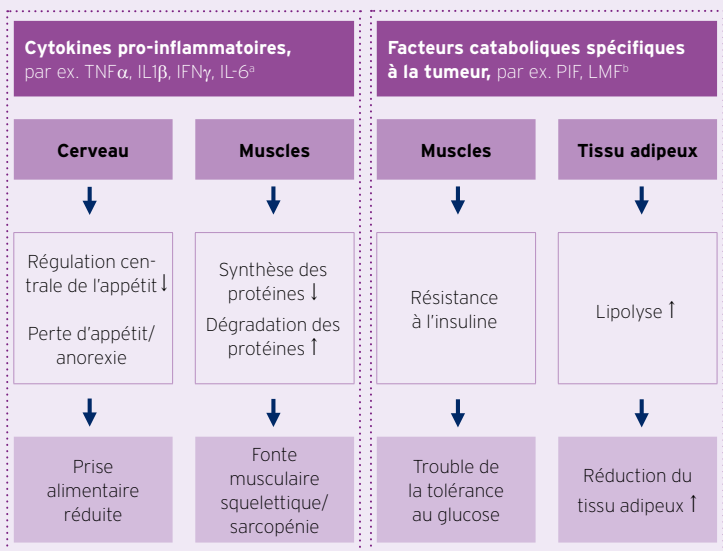
- La cachexie peut être définie comme un type de dénutrition chronique associée à une maladie. Son apparition peut notamment être influencée par des inflammations systémiques.



Adapté d'après¹²

La cachexie cancéreuse provoque des troubles métaboliques^{1,3,8,12-14}

Combinaison entre réaction de défense de l'hôte et production de facteurs cataboliques spécifiques par la tumeur



^aTNF= facteur de nécrose tumorale; IL= Interleukine; IFN= Interféron

^bPIF= facteur induisant la protéolyse (Proteolysis Inducing Factor); LMF= facteur mobilisant les lipides (Lipid Mobilizing Factor)

Adapté d'après^{18,24}

Sarcopénie^{1,8,15,16}

Définition

- Perte progressive de la masse (inférieure au 5^e percentile), de la force et de la fonction musculaire avec des conséquences indésirables telles que chutes, fractures, défaillances corporelles et décès.
- La sarcopénie peut être due à l'âge (sarcopénie primaire), à la maladie, à l'inactivité ou à la dénutrition (sarcopénie secondaire).
- La sarcopénie est un signe clair de cachexie associée à un cancer.
- **Attention:** La masse musculaire est un meilleur indicateur pour le pronostic que la masse corporelle totale → **même en cas de surpoids / obésité!**

Ensemble de critères diagnostiques de l'European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP)

Test	Valeur limite	Évaluation en cas de valeur limite positive + mesures recommandées
1. Questionnaire SARC-F ^a	≥ 4 points	Signe de sarcopénie + 2. Mesurer la force musculaire
2. Mesurer la force musculaire (par ex. force de préhension avec dynamomètre)	Force de préhension: ♀ < 16 kg ♂ < 27 kg	Sarcopénie probable + Prendre des mesures ^b contre une sarcopénie probable (même si aucun autre examen diagnostique n'est possible) + 3. Mesurer la masse musculaire, si possible
3. Mesurer la masse musculaire (par ex. BIA, DEXA)	ASM ^c oder ASM ^d : ♀ < 15 kg ou < 55 kg/m ² ♂ < 20 kg ou < 7 kg/m ²	Sarcopénie diagnostiquée + Mesures contre la sarcopénie ^b + 4. Évaluer la performance physique, si possible / nécessaire
4. Évaluer la performance physique (vitesse de marche par ex.)	Vitesse de marche: ≤ 0,8 m/s	Sarcopénie sévère + Mesures contre la sarcopénie ^b

^a Questionnaire Simple Five-Item

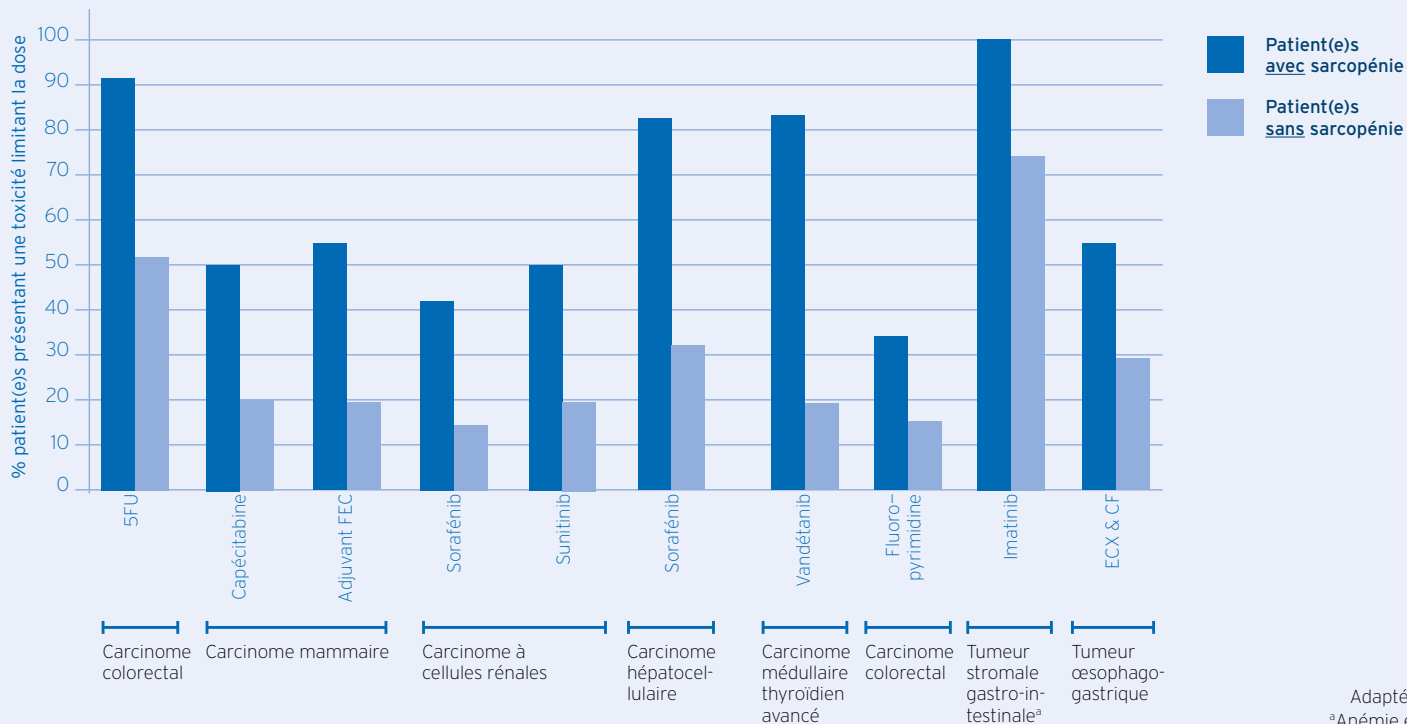
^b par ex. apport d'énergie et de protéines et exercice suffisants

^c ASM = masse maigre appendiculaire

^d ASMI = indice de masse maigre appendiculaire

La sarcopénie réduit l'efficacité d'une thérapie¹⁷

Elle est associée à une plus grande incidence de toxicité limitant la dose (effets indésirables tels que nausées, vomissements, œdèmes, douleurs musculaires, etc.)



Adapté d'après¹⁷
^aAnémie et fatigue

Dépistage régulier de la dénutrition^{1,10,18-22}

Au début du traitement de la tumeur et toutes les 4 à 8 semaines par un outil d'évaluation validé (p. ex. PG-SGA SF)

PG-SGA SF

Patient **G**enerated-**S**ubjective **G**lobal **A**ssessment
Short **F**orm



C'est un outil de dépistage précis et simple pour identifier une dénutrition chez les patient(e)s atteint(e)s d'un cancer, en ambulatoire comme à l'hôpital.



Couvre tous les domaines des définitions conceptuelles de la dénutrition de l'ESPEN et de l'ASPEN.



C'est un outil de dépistage standardisé, validé et rapide à mettre en œuvre.



Scannez le code QR ou cliquez sur l'icône pour accéder directement à l'espace de téléchargement de l'outil de dépistage



Comprend 4 domaines: poids, prise alimentaire, symptômes (nausée, diarrhée, appétit, etc.) ainsi que les capacités physiques et fonctionnelles (basé sur l'indice ECOG^a).

^a indice de performance ECOG = Eastern Cooperative Oncology Group



Pratique, facile à comprendre et disponible dans plusieurs langues.



Peut être rempli par les patient(e)s dans la salle d'attente (temps estimé: 2 - 5 min max.)



Facilite le dépistage par le (la) patient(e) (auto-évaluation), sensibilise et renforce la prise de conscience des capacités personnelles.

Évaluation PG-SGA SF²²

Effectuée par un personnel qualifié et en tenant compte des informations suivantes.

Plus d'informations sur l'évaluation et l'explication du questionnaire se trouvent à la page 24.

1. Poids / évaluation de la perte de poids

- Calculer l'évolution du poids sur 1 mois, si non disponible évolution sur 6 mois – voir tableau à part (deux dernières pages de ce guide)
- Ajout d'un point supplémentaire pour la perte de poids au cours des deux dernières semaines



Perte de poids en 1 mois	Points	Perte de poids en 6 mois
10% ou plus	4	20% ou plus
5 - 9.9%	3	10 - 19.9%
3 - 4.9%	2	6 - 9.9%
2 - 2.9%	1	2 - 5.9%
0 - 1.9%	0	0 - 1.9%

2. Prise alimentaire / définition d'une prise alimentaire «normale»

- Correspond à une alimentation orale qui répond aux besoins



3. Symptômes / gestion optimale des symptômes

- Intervention nutritionnelle de première ligne importante



4. Capacités physiques et fonctionnelles / basé sur l'indice de performance ECOG

- Déficit fonctionnel modéré, survenu récemment, ou grave comme signe d'alerte d'une éventuelle dénutrition



Résultats du PG-SGA SF & mesures recommandées²²

0 - 1	Pas d'intervention requise à ce stade. Réévaluation régulière et systématique tout au long du traitement (voir page suivante).
2 - 3	Un(e) diététicien(ne) ASDD, un(e) infirmier(ère) ou un(e) médecin donne au (à la) patient(e) et à sa famille des informations concernant l'intervention pharmacologique sur la base des indications dans le questionnaire sur les symptômes (encadré 3) et le cas échéant selon les valeurs de laboratoire.
4 - 8	Nécessite l'intervention d'un(e) diététicien(ne) ASDD en collaboration avec un(e) infirmier(ère) ou un(e) médecin, selon les symptômes (encadré 3).
≥ 9	Indique un besoin urgent de mettre en place un traitement symptomatique amélioré et / ou des interventions nutritionnelles.

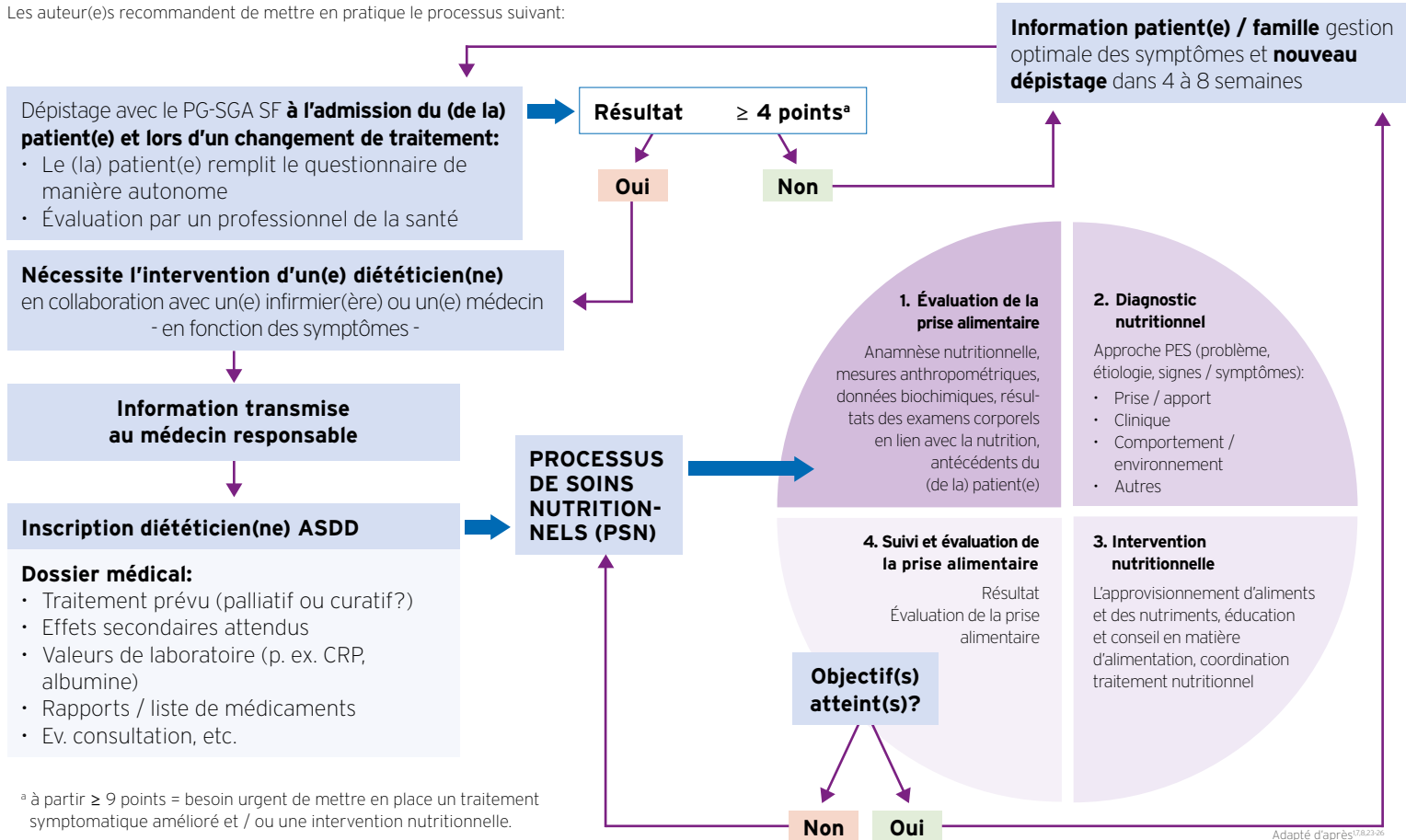
Source: adapté pour la Suisse à partir de la version allemande [pt-global.org/?page_id=6098](https://www.pt-global.org/?page_id=6098)

Algorithme: dépistage et processus de soins en

Un parcours thérapeutique standardisé facilite sa mise en œuvre.

Les auteur(e)s recommandent de mettre en pratique le processus suivant:

nutrition (PSN)^{1,7,8,23-26}



^a à partir ≥ 9 points = besoin urgent de mettre en place un traitement symptomatique amélioré et / ou une intervention nutritionnelle.

Recommandations pour la mise en œuvre	Avantages potentiels pour les patient(e)s et l'équipe thérapeutique
<ul style="list-style-type: none"> • Définir les responsabilités au sein de l'équipe nutritionnelle • Formation interne régulière par des diététicien(ne)s ASDD • Dépistage (PG-SGA SF) à l'admission du (de la) patient(e) et lors d'un changement de traitement ainsi que toutes les 4 à 8 semaines 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Suivi complet des patient(e)s au travers d'une collaboration étroite dans un groupe de travail interdisciplinaire ✓ Implication et sensibilisation précoce des patient(e)s et de leurs proches (prise de conscience renforcée, capacités personnelles) ✓ Meilleure qualité de vie et plus grande aptitude à supporter le traitement ✓ Meilleur résultat thérapeutique en identifiant la dénutrition à un stade précoce
<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer un processus de remise et de restitution pour le dépistage/formulaire de dépistage (PG-SGA SF) aux patient(e)s / proches (accueil ou consultation) • Évaluation du dépistage PG-SGA-SF par un professionnel de la santé; à partir de ≥ 4 points: information transmise au médecin responsable ou appel direct au (à la) patient(e) et recommandation ou clarification nécessaire concernant l'inscription à une consultation diététique ASDD 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Méthode de travail efficace, standardisée et ciblée (algorithme) et gain de temps ✓ Développement des connaissances et clarification des questions ✓ Communication améliorée au sein de l'équipe nutritionnelle ✓ Allègement de la charge de travail de l'équipe thérapeutique grâce à la contribution de l'équipe d'accueil (assistant(e)s médicaux(ales)) ✓ Collecte interne des données pour les propres statistiques et publications scientifiques

1. Arends J, Strasser F, Gonella S, et al. (2021). Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. ESMO OPEN CANCER HORIZONS, 6(3), 1-8.
2. Planas M, Alvarez-Hernández J, León-Sanz M, et al. (2016). Prevalence of hospital malnutrition in cancer patients: a sub-analysis of the PREdyCES® study. Support Care Cancer, 24(11):429-435.
3. Von Haehling S, Arends J, Hacker U, Blum D. (2017). Kachexie bei Tumorerkrankungen - Erkennen und multimodal behandeln. Kachexie bei Tumorerkrankungen. München: Springer Medizin Verlag GmbH, 2017.
4. Muscaritoli M, Lucia S, Farcotenti A, et al. (2017). Prevalence of malnutrition in patients at first medical oncology visit: the PreMO study. Oncotarget, 10(8):4579884-79896.
5. Hauner H, Kocis A, Jaekel B, Martignoni M.E., Hauner D., Holzapfel C. (2020). Häufigkeit eines Risikos für Mangelernährung bei Patienten in onkologischen Schwerpunktpraxen - eine Querschnittserhebung. Tumordiagnostik & Therapie, 41, 117-125.
6. Arends J, Baracos V, Bertz H, et al. (2017). ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. Clinical Nutrition, 36(5), 1187-1196.
7. Muscaritoli M, Arends J & Aapro M. (2019). From guidelines to clinical practice: a roadmap for oncologists for nutrition therapy for cancer patients. Therapeutic Advances in Medical Oncology, 11, 175883591988008.
8. Arends J, et al. (2015). S3 Leitlinie Klinische Ernährung in der Onkologie. Aktuel Ernährungsmed, 40, e-e74.
9. Cederholm T, Jensen G L, Correia M I T D, et al. (2019). GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. Clinical Nutrition, 38(1), 1-9.
10. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, et al. (2017). ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. Clinical Nutrition, 36(1), 49-64.
11. Maeda K, Ishida Y, Nonogaki T & Mori N. (2020). Reference body mass index values and the prevalence of malnutrition according to the Global Leadership Initiative on Malnutrition criteria. Clinical Nutrition, 39, 180e-184.
12. Fearon K, Strasser F, Anker S D, et al. (2011). Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. The Lancet Oncology, 12(5), 489-495.
13. Aoyagi T, Terracina K.P, Raza A, et al. (2015). Cancer cachexia, mechanism and treatment. World Journal of Gastrointestinal Oncology, 7(4), 17.
14. Arglés J M, Busquets S, Stemmler B, & López-Soriano F, J. (2014). Cancer cachexia: understanding the molecular basis. Nature Reviews Cancer, 14(11), 754-762.
15. Cruz-Jentoft A, J. Bahat, G, Bauer, et al. (2018). Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age and Ageing, 48(1), 16-31.
16. Woo J, Leung J, & Morley J E. (2014). Validating the SARC: A Suitable Community Screening Tool for Sarcopenia? Journal of the American Medical Directors Association, 15(9), 630-634.
17. Prado C M, Cushen S J, Orsso C E, & Ryan A M. (2016). Sarcopenia and cachexia in the era of obesity: clinical and nutritional impact. Proceedings of the Nutrition Society, 75(2), 188-198.
18. Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, et al. (2021). ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. Clinical Nutrition, 40, 2898-2913.
19. Jager-Wittenaar H, deBats H.F, Welink-Lamberts B.J., et al. (2020). Self-Completion of the Patient-Generated Subjective Global Assessment Short Form Is Feasible and Is Associated With Increased Awareness on Malnutrition Risk in Patients With Head and Neck Cancer. Nutrition in Clinical Practice, 35(2), 353-362.
20. Jager-Wittenaar H, & Ottery F D. (2017). Assessing nutritional status in cancer. Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care, 20(5), 322-329.
21. Abbott J, Teleni L, McKavanagh D, et al. (2016). Patient-Generated Subjective Global Assessment Short Form (PG-SGA SF) is a valid screening tool in chemotherapy outpatients. Supportive Care in Cancer, 24(9), 3883-3887.
22. Erickson N, Storck L J, Kolm A, et al. (2019). Tri-country translation, cultural adaptation, and validity confirmation of the Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment. Supportive Care in Cancer, 27(9), 3499-3507.
23. Gongora V & Huber S. (2020). Ernährungs-Screening und Nutrition Care Process. Algorithmus aus Mangelernährung in der ambulanten Onkologie. Screening und Interventionskonzept. Unpublished manuscript, 178.
24. Gabrielson D K, Scalfidi D, Leung E, et al. (2013). Use of an Abridged Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (abPG-SGA) as a Nutritional Screening Tool for Cancer Patients in an Outpatient Setting. Nutrition and Cancer, 234-239.
25. Swan W, L, Vivanti A, Hake-Smith N A, et al. (2017). Nutrition Care Process and Model Update: Toward Realizing People-Centered Care and Outcomes Management. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 117(12), 2003-2014.
26. Reber E, Gomes F, Vasiloglou M.F., et al. (2019). Nutritional Risk Screening and Assessment. Journal of Clinical Medicine, 8(7), 1065.
27. Balstad TR, Bye A, Jenssen C.R., et al. (2019). Patient interpretation of the Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) Short Form. Patient Preference and Adherence, Volume 13, 1391-1400.

Informations complémentaires et liens

Le matériel éducatif pour le questionnaire PG-SGA SF est disponible sur la plateforme PT-Global sous „Resources / Educational Materials“.



Informations sur le PG-SGA SF pour les professionnels de la santé^{21,24,27}

Sauf indication contraire, seule une option est requise.

Lorsque deux options appropriées sont trouvées, seule « la plus mauvaise » compte pour le nombre total de points (exception encadré 1 & 3 / somme de tous les points).

Dans l'encadré 2, la réponse « nourriture normale » n'est pas très précise. Si nécessaire, le personnel médical peut donc demander au (à la) patient(e) ce qu'est pour lui (elle) une alimentation normale couvrant les besoins.

Les patient(e)s lisent parfois très vite ou sautent des mots, ce qui peut influencer / modifier les résultats du questionnaire.

Directives

Société américaine de nutrition parentérale et entérale (ASPEN)



Société allemande de médecine nutritionnelle (DGEM) (également disponible sous forme d'appli)



Société européenne d'oncologie médicale (ESMO)



Société européenne pour la nutrition clinique et le métabolisme (ESPEN) (également disponible sous forme d'appli)



Nutrition

Diététicien(ne)s ASDD indépendant(e)s



Société Suisse de Nutrition Clinique (SSNC): liste des prestataires certifiés HomeCare en Suisse



Processus de soins en nutrition (PSN): pour les diététicien(ne)s ASDD



Nutripoint: documents, outils et liens pour diététicien(ne)s ASDD



Association suisse des diététicien(ne)s ASDD



Formulaire de prescription diététique ASDD



Oncologie

Ligue suisse contre le cancer: informations pour les patient(e)s souffrant d'un cancer et leurs proches



Soins en Oncologie Suisse: pour le personnel soignant en oncologie



Outil de dépistage PG-SGA-SF traduit en plusieurs langues



Practice-Based Evidence in Nutrition (PEN): réponses factuelles aux questions de la pratique quotidienne



Société Suisse d'Oncologie Médicale (SSOM)



Évaluation de la perte de poids (PG-SGA SF)²³

Poids initial il y a 1 mois en kg	Perte de poids (PP) en 1 mois en kg				
	0 - 0.8	0.8 - 1.2	1.2 - 2.0	2.0 - 4.0	4.0
40	0 - 0.8	0.8 - 1.2	1.2 - 2.0	2.0 - 4.0	4.0
45	0 - 0.9	0.9 - 1.3	1.4 - 2.2	2.3 - 4.5	4.5
50	0 - 1.0	1.0 - 1.5	1.5 - 2.5	2.5 - 5.0	5.0
55	0 - 1.0	1.1 - 1.6	1.7 - 2.7	2.8 - 5.4	5.5
60	0 - 1.1	1.2 - 1.7	1.8 - 2.9	3.0 - 5.9	6.0
65	0 - 1.2	1.3 - 1.9	2.0 - 3.2	3.3 - 6.4	6.5
70	0 - 1.3	1.4 - 2.0	2.1 - 3.4	3.5 - 6.9	7.0
75	0 - 1.4	1.5 - 2.2	2.3 - 3.7	3.8 - 7.4	7.5
80	0 - 1.5	1.6 - 2.3	2.4 - 3.9	4.0 - 7.9	8.0
85	0 - 1.6	1.7 - 2.5	2.6 - 4.2	4.3 - 8.4	8.5
90	0 - 1.7	1.8 - 2.6	2.7 - 4.4	4.5 - 8.9	9.0
95	0 - 1.8	1.9 - 2.8	2.9 - 4.7	4.8 - 9.4	9.5
100	0 - 1.9	2.0 - 2.9	3.0 - 4.9	5.0 - 9.9	10.0
105	0 - 2.0	2.1 - 3.0	3.2 - 5.1	5.3 - 10.9	10.5
110	0 - 2.1	2.2 - 3.2	3.3 - 5.4	5.5 - 10.9	11.0
115	0 - 2.2	2.3 - 3.3	3.5 - 5.6	5.8 - 11.4	11.5
120	0 - 2.3	2.4 - 3.5	3.6 - 5.9	6.0 - 11.9	12.0
125	0 - 2.4	2.5 - 3.6	3.8 - 6.1	6.3 - 12.4	12.5
% PP	0 - 1.9	2.0 - 2.9	3.0 - 4.9	5.0 - 9.9	≥ 10.0
Points PG-SGA	0	1	2	3	4

Poids initial il y a 6 mois en kg	Perte de poids (PP) en 6 mois en kg				
	0 - 0.8	0.8 - 2.4	2.4 - 4.0	4.0 - 8.0	8.0
40	0 - 0.8	0.8 - 2.4	2.4 - 4.0	4.0 - 8.0	8.0
45	0 - 0.9	0.9 - 2.7	2.7 - 4.5	4.5 - 9.0	9.0
50	0 - 1.0	1.0 - 3.0	3.0 - 5.0	5.0 - 10.0	10.0
55	0 - 1.0	1.1 - 3.2	3.3 - 5.4	5.5 - 10.9	11.0
60	0 - 1.1	1.2 - 3.5	3.6 - 5.9	6.0 - 11.9	12.0
65	0 - 1.2	1.3 - 3.8	3.9 - 6.4	6.5 - 12.9	13.0
70	0 - 1.3	1.4 - 4.1	4.2 - 6.9	7.0 - 13.9	14.0
75	0 - 1.4	1.5 - 4.4	4.5 - 7.4	7.5 - 14.9	15.0
80	0 - 1.5	1.6 - 4.7	4.8 - 7.9	8.0 - 15.9	16.0
85	0 - 1.6	1.7 - 5.0	5.1 - 8.4	8.5 - 16.9	17.0
90	0 - 1.7	1.8 - 5.3	5.4 - 8.9	9.0 - 17.9	18.0
95	0 - 1.8	1.9 - 5.6	5.7 - 9.4	9.5 - 18.9	19.0
100	0 - 1.9	2.0 - 5.9	6.0 - 9.9	10.0 - 19.9	20.0
105	0 - 2.0	2.1 - 6.2	6.3 - 10.4	10.5 - 20.9	21.0
110	0 - 2.1	2.2 - 6.5	6.6 - 10.9	11.0 - 21.9	22.0
115	0 - 2.2	2.3 - 6.8	6.9 - 11.4	11.5 - 22.9	23.0
120	0 - 2.3	2.4 - 7.1	7.2 - 11.9	12.0 - 23.9	24.0
125	0 - 2.4	2.5 - 7.4	7.5 - 12.4	12.5 - 24.9	25.0
% PP	0 - 1.9	2.0 - 5.9	6.0 - 9.9	10.0 - 19.9	≥ 20.0
Points PG-SGA	0	1	2	3	4

© 2022, ASDD groupe spécialisé Oncologie & Praevcare GmbH, 2^{me} édition révisée.
Tous droits réservés. Copie, transmission et utilisation uniquement avec indication de la source.

Contenu élaboré par

- Praevcare GmbH, Pfäffikon SZ; praevcare.ch
- Centre de lutte contre le cancer ZeTuP, Rapperswil-Jona SG; zetup.ch



Direction du projet

- Sylvia Huber, BSc Nutrition et diététique

Avec la collaboration de

- Dr méd. Matthias Egger, FMH Médecine interne et hématologie, oncologie médicale (DE)
- Dr méd. Rudolf Morant, FMH Médecine interne, hématologie et oncologie
- Victoria Góngora, MSc Nutrition clinique, MAS Nutrition et santé
- Melina Nigg, MSc Science de la diététique clinique
- Alexandra Schmid, BSc Nutrition et diététique
- Kerstin Zuk, dipl. oec.-troph. FH

Relecture par

- Société Suisse de Nutrition Clinique SSNC; geskes.ch
- Ligue suisse contre le cancer; liguecancer.ch
- Soins en Oncologie Suisse; onkologiepflege.ch
- Société Suisse d'Oncologie Médicale SSOM; sgmo.ch

Clause de non-responsabilité

En raison de l'évolution médicale continue, aucune garantie ne peut être accordée et aucune responsabilité engagée quant à l'exactitude, l'exhaustivité et l'actualité permanente des informations mises à disposition dans ce guide.

Les entreprises suivantes ont soutenu financièrement l'élaboration de ce guide de poche.

L'indépendance des éditeurs était à tout moment pleinement garantie.