

À propos d'un cas : testez vos connaissances  
Prise en charge nutritionnelle d'une ascite chyleuse

*Nutritional management of chylous ascitis*

Gilbert Zeanandin<sup>a,\*</sup>, Ronan Thibault<sup>b,c</sup>, Dominique Caldari<sup>b,d</sup>, Pauline Coti<sup>b,e</sup>, Esther Guex<sup>b,e</sup>,  
Patrick Bachmann<sup>b,f</sup>, Didier Quilliot<sup>b,g</sup>

<sup>a</sup> Unité de support nutritionnel, service de gastroentérologie, pôle digestif gynécologie et obstétrique, centre agréé de nutrition parentérale à domicile, hôpital L'Archet 2, CHU de Nice, 151, route Saint-Antoine-de-Ginestière, BP 3079, 06202 Nice cedex 3, France

<sup>b</sup> Comité éducationnel et de pratique clinique (CEPC) de la SFNEP, France

<sup>c</sup> Unité de nutrition, service d'endocrinologie, de diabétologie et de nutrition, CHU de Rennes, 35000 Rennes, France

<sup>d</sup> Clinique médicale pédiatrique–hématologie–oncologie pédiatrique, hôpital Femme–Enfant–Adolescent, CHU de Nantes, 44093 Nantes cedex 01, France

<sup>e</sup> Service d'endocrinologie, de diabétologie, de métabolisme–nutrition clinique, centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, Suisse

<sup>f</sup> Unité de nutrition, CRLCC Léon-Bérard, 69373 Lyon cedex 08, France

<sup>g</sup> Unité transversale de nutrition, service de diabétologie, des maladies métaboliques et de nutrition, CHU Nancy-Brabois, 54500 Vandœuvre-lès-Nancy, France

Reçu le 15 décembre 2015 ; accepté le 18 décembre 2015

Disponible sur Internet le 10 février 2016

## Résumé

L'ascite chyleuse est une cause rare d'ascite. La majorité du temps, elle résulte de la lésion d'un canal lymphatique lors d'une chirurgie digestive ou uro-génitale, plus rarement elle est la conséquence d'un obstacle au drainage du flux lymphatique (processus néoplasique). Les conséquences nutritionnelles sont graves et conditionnent le pronostic évolutif. La dénutrition est liée à l'obligation d'exclure les acides gras alimentaires pour freiner la lymphorrhée. Le diagnostic repose sur le contexte et sur l'analyse cytologique et biochimique du liquide d'ascite. Le traitement lie intimement la prise en charge de l'état nutritionnel et de la cause sous-jacente. Le recours à une alimentation orale ou à une nutrition entérale pauvre en triglycérides à chaînes longues et enrichie en triglycérides à chaînes moyennes est une option thérapeutique majeure de l'ascite chyleuse. © 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés** : Dénutrition ; Triglycérides à chaîne moyenne ; Nutrition parentérale ; Nutrition entérale

## Abstract

Chylous ascitis is a rare cause of ascitis. Most of the time, it results of retroperitoneal lymph node or duct dissection during abdominal or urological surgery; it is rarely due to lymphatic obstruction (neoplasia). Nutritional damage is major and severely impairs prognosis. Malnutrition is due to the necessity to avoid fatty acid in meal to reduce chylous leakage. Diagnosis is based on patient's clinical history and cytologic and biochemical ascitis analyses. Treatment combines the correction of nutritional status and therapy of the causative disease. Oral diet or enteral nutrition with low content of long chain triglyceride, thus enriched in medium chain triglyceride, is the major therapeutic option of chylous ascitis. © 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**Keywords**: Malnutrition; Medium chain triglycerides; Parenteral nutrition; Enteral nutrition

M. S., âgé de 55 ans, marié, père de deux enfants, gérant d'un restaurant gastronomique, est admis le 31/10/2015 en

service de gastroentérologie pour prise en charge d'un ictère franc sans fièvre, survenu deux semaines auparavant et d'accentuation progressive. S'y associent une décoloration des selles et des urines foncées. Il décrit depuis un mois des douleurs abdominales, épigastriques, transfixiantes vers le haut du dos (en regard des vertèbres du rachis thoracique T3-T4).

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [gilbert.zeanandin@gmail.com](mailto:gilbert.zeanandin@gmail.com) (G. Zeanandin).

M. S. n'a aucun antécédent médico-chirurgical et comme antécédent familial, il est relevé un cancer de la prostate chez le père. Le poids à l'admission est de 85 kg pour une taille de 1,70 m. À l'interrogatoire, il rapporte un poids habituel de 88 kg. L'entretien diététique permet d'évaluer les apports oraux moyens à 1800 kcal/j.

Le bilan biologique affiche les paramètres suivants : NFS normale ; TP normal bas à 70 % ; fonction rénale, lipasémie, ASAT, ALAT normales ; gamma-GT = 656 UI/L (N = 0–30) ; phosphatases alcalines = 530 UI/L (N = 30–120) ; bilirubinémie totale = 50 µmol/L (N = 2–18) dont conjuguée = 40 µmol/L (N = 0–4) ; glycémie à jeun = 1,35 g/L (N = 0,7–1,1) ; CRP = 8 mg/L (N < 5), albuminémie = 40 g/L (N = 40–60).

Dès son admission, le patient bénéficie d'une échographie abdominale qui note une dilatation globale des voies biliaires intra- et extra-hépatiques, une vésicule biliaire alithiasique augmentée de volume, un foie sans dysmorphie particulière. Le reste des organes n'est pas visualisé du fait de l'interposition d'air.

Au troisième jour, une tomodensitométrie abdomino-pelvienne injectée met en évidence une masse tumorale de 3 cm se développant au contact de la tête du pancréas, comprimant la voie biliaire principale et la terminaison du canal pancréatique principal. Elle n'envahit pas le pédicule vasculaire hépatique. Il existe des adénomégalies satellites, mais pas de lésions d'allure suspecte sur les autres organes de la cavité abdominale. Le diagnostic le plus probable est un cancer de la tête du pancréas. Une chirurgie curative est décidée en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

## 1. Question 1

Concernant l'état nutritionnel et le grade nutritionnel (GN) de ce patient, quelle est la proposition exacte ?

- Dénutrition et GN3
- Dénutrition et GN4
- Absence de dénutrition et GN1
- Absence de dénutrition et GN3
- Absence de dénutrition et GN2

La réponse exacte est : e.

### Commentaires

La situation péri-opératoire est celle pour laquelle les liens entre dénutrition et conséquences postopératoires sont les mieux documentés. La Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) et la Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNEP) ont actualisé les recommandations de bonnes pratiques cliniques (RBPC) en nutrition péri-opératoire en 2010 [1]. Dans ces RBPC, la dénutrition est définie pour un adulte de moins de 70 ans soit par un IMC  $\leq 18,5$  (pour un sujet de moins de 70 ans), soit par un pourcentage de perte de poids récente d'au moins 10 %, soit par une albuminémie inférieure à 30 g/L indépendamment de la CRP [2]. Surpoids et obésité peuvent être associés à une dénutrition ; dans ces cas où l'IMC est pris en défaut, le pourcentage de perte de poids est le critère clinique le plus pertinent de dépistage d'un état de dénutrition. Ainsi, ce patient n'est pas considéré comme présentant une

Tableau 1

Facteurs de risque de dénutrition pré- et postopératoire.

Facteurs de risque liés au patient (co-morbidités)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Âge &gt; 70 ans</li> <li>Cancer</li> <li>Hémopathie maligne</li> <li>Sepsis</li> <li>Pathologie chronique Digestive</li> <li>Insuffisance d'organe (respiratoire, cardiaque, rénale, intestinale, pancréatique, hépatique)</li> <li>Neuromusculaire et polyhandicap</li> <li>Diabète</li> <li>Syndrome inflammatoire</li> <li>VIH/sida</li> <li>Antécédent de chirurgie digestive majeure (grêle court, pancréatectomie, gastrectomie, chirurgie bariatrique)</li> <li>Syndrome dépressif, troubles cognitifs, démence, syndrome confusionnel</li> <li>Symptômes persistants</li> <li>Dysphagie</li> <li>Nausée-vomissement-sensation de satiété précoce</li> <li>Douleur</li> <li>Diarrhée</li> <li>Dyspnée</li> </ul>
Facteurs de risques liés à un traitement (traitement à risque)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Traitement à visée carcinologique (chimiothérapie, radiothérapie)</li> <li>Corticothérapie &gt; 1 mois</li> <li>Polymédication &gt; 5</li> </ul>

Tableau 2

Risque nutritionnel du patient en période péri-opératoire.

Grade nutritionnel 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patient non dénutri</li> <li>ET chirurgie non à risque élevé de morbidité</li> <li>ET pas de facteur de risque de dénutrition</li> </ul>
Grade nutritionnel 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patient non dénutri</li> <li>ET présence d'au moins un facteur de risque de dénutrition ou chirurgie avec un risque élevé de morbidité</li> </ul>
Grade nutritionnel 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patient dénutri</li> <li>ET chirurgie non à risque élevé de morbidité</li> </ul>
Grade nutritionnel 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patient dénutri</li> <li>ET chirurgie avec un risque élevé de morbidité</li> </ul>

dénutrition « cliniquement pertinente » : son indice de masse corporelle (IMC) est égal à 29,4 indiquant un surpoids ; le pourcentage de perte de poids est de 3,4 % sur les deux derniers mois ( $[\text{poids de forme} - \text{poids actuel} / \text{poids de forme}] \times 100$ ) ; l'albuminémie est à 40 g/L.

Le grade nutritionnel (GN) est une classification des patients en attente d'une chirurgie programmée qui repose sur l'état nutritionnel actuel, les différents facteurs de risque de dénutrition péri-opératoire et le risque lié à l'acte chirurgical (chirurgie à risque faible ou élevé de morbidité) (Tableaux 1 et 2). Toute chirurgie digestive carcinologique est retenue comme une chirurgie à risque élevé de morbidité.

Les réponses « a » et « d » sont fausses : le GN3 ne s'applique qu'à un patient dénutri, et candidat à une chirurgie à risque faible de morbidité.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2687104>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2687104>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)