



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com

NUTRITION CLINIQUE
et MÉTABOLISME

Nutrition clinique et métabolisme 24 (2010) 196–205

Revue générale

Prise en charge nutritionnelle périopératoire du patient obèse

Perioperative nutritional support in obese patients

Didier Quilliot*, Olivier Ziegler

Unité transversale de nutrition, service de diabétologie, maladies métaboliques et nutrition, CHU de Nancy, rue de Morvan,
54500 Vandœuvre-les-Nancy, France

Reçu le 1^{er} octobre 2010 ; accepté le 5 octobre 2010

Disponible sur Internet le 24 novembre 2010

Résumé

Les recommandations nutritionnelles périopératoires du sujet obèse présentées dans ce texte tentent de tenir compte des données de la littérature suivantes et de leur possibilité de mise en pratique. On constate que le sujet obèse est faussement considéré comme à haut risque opératoire ou à risque de mortalité en réanimation. L'obésité commune est, au contraire, associée à une diminution du risque de mortalité postopératoire. Aussi la perte de poids avant chirurgie est un facteur de risque de complications postopératoires chez le sujet obèse comme chez le sujet de poids normal. Du fait de carences vitaminiques plus fréquentes (vitamines B1, B12, B9, A, C, D et E) et d'une possible sarcopénie, ils sont potentiellement dénutris. Avant et après chirurgie, il convient d'être particulièrement attentif au déficit en vitamine B1 qui peut être majoré après chirurgie viscérale, de même que le déficit en vitamine B12. Le déficit en fer est également plus fréquent. Il est important d'éviter tout régime restrictif chez le sujet obèse âgé avant chirurgie quelle qu'elle soit, en raison de la fréquence de la sarcopénie dans cette population. Chez le sujet obèse, les besoins en énergie et en protéines sont difficiles à établir. Les besoins en protéine devraient théoriquement être indexés sur la masse maigre. Il est recommandé d'utiliser un poids normalisé pour un IMC théorique de 25 à 30 kg/m². La perte de masse maigre est un problème considérable chez le sujet obèse durant la période postopératoire. L'objectif principal de la nutrition des obèses est donc de freiner le catabolisme protéique et d'assurer l'équilibre de la balance protéique.

© 2010 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Obésité ; Chirurgie bariatrique ; Dénutrition ; Sarcopénie ; Micronutriments

Abstract

Recommendations for perioperative nutrition in obese subjects require considering the following evidences. Obesity has long been falsely considered a risk factor for poor outcomes from a variety of surgical procedures, yet recent studies of critically and chronically ill patients suggest that overweight and obese patients may paradoxically have better outcomes than normal weight patients. Preoperative weight loss should be considered as a risk factor of postoperative complications in obese subjects as in normal weight patients. Obese patients could be malnourished because of vitamin deficiencies and of sarcopenia. The prevalence of vitamin deficiencies in the morbidly obese population prior to surgery is high, especially for vitamins B1, B12, B9, A, C, D and E. Standard of care should include perioperative thiamine replacement, especially in case of prolonged vomiting. Vitamin B12 deficiency could appear fast after gastric or ileal surgery, and iron deficiency is more frequent. Low caloric diet is not recommended in obese subjects before surgery, especially for the elderly, because of the frequent sarcopenia in this population. Energy and protein recommendations are not easy to be determined in obese subjects. Recommended allowance for protein should be defined according of the fat free mass, which is not easy to evaluate in clinical practice. So it is recommended to use a normalized weigh for a theoretic BMI between 25 and 30 kg/m². The loss of muscle mass can be very fast in the postoperative period in these subjects. The nutritional objective of care is to preserve skeletal muscle mass and to enhance the protein balance.

© 2010 Published by Elsevier Masson SAS.

Keywords: Obesity; Bariatric surgery; Malnutrition; Sarcopenia; Micronutrients

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : d.quilliot@chu-nancy.fr (D. Quilliot).

L'obésité est définie par un indice de masse corporelle (IMC) (poids/T²) supérieur ou égal à 30 kg/m², de grade 1 entre 30 et 34,9 kg/m², grade 2 entre 35 et 39,9 kg/m², et de grade 3 ou obésité massive si l'IMC est supérieur à 40 kg/m². L'obésité est un facteur de risque connu de morbi-mortalité. La prévalence de l'obésité augmentant dans la population, elle augmente également dans les services de chirurgie et de réanimation. Le clinicien confronté à cette maladie doit-il considérer ces patients à haut risque ? L'obésité associée ou non à des co-morbidités justifie-t-elle d'une prise en charge particulière en pré- et post-opératoire ?

L'obésité est indiscutablement un facteur de risque de morbi-mortalité. En revanche, en cas d'agression infectieuse, traumatique, ou chirurgicale, l'augmentation des réserves énergétiques sous forme de masse grasse mais également de masse maigre, pourrait constituer un atout, une protection. Des données récentes permettent de clarifier une littérature parfois discordante. En effet, les premières études s'intéressant au sujet obèse agressé ont montré que l'obésité était associée à une augmentation du risque de complications postopératoires, notamment infectieuses [1], ou respiratoires [2]. En revanche, peu de données sur la mortalité postopératoire des sujets obèses étaient disponibles. Récemment, une importante étude prospective de cohorte [3] comportant plus de 100 000 patients s'est focalisée sur les risques de mortalité postopératoire.

1. L'obésité est-elle un facteur de risque opératoire ?

1.1. Études de mortalité en chirurgie générale

Mullen et al. [3] ont analysé la relation corpulence/mortalité dans une population de 118 707 patients inclus dans une base de données de 121 hôpitaux américains ; l'objectif étant de colliger des informations pour améliorer la prise en charge chirurgicale (National Surgical Quality Improvement Program [NSQIP]). Les patients inclus ont subi une intervention de chirurgie générale (non bariatrique) entre 2005 et 2006. L'effet de la corpulence a été analysé, ajusté ou non sur les facteurs de risque associés. Après ajustement, le risque de mortalité lié à l'IMC formait une courbe en « U ». Les risques les plus élevés étaient observés pour les patients dénutris et pour les patients présentant une obésité de grade 3 (IMC < 20 ou > 40 kg/m²) et les risques les plus faibles pour les patients ayant un surpoids ou une obésité modérée (IMC de 25 à 35 kg/m²). Ces deux dernières catégories étaient même associées à un risque moindre par rapport aux sujets de poids normal : surcharge pondérale : *odds ratio* (OR) = 0,85 ; intervalle de confiance à 95 % (IC) = 0,75–0,99, obésité modérée : OR = 0,73 ; IC 95 % = 0,57–0,94.

Une étude suisse portant sur un nombre moins important de patients ($n = 6336$) opérés au sein d'une seule institution n'avait pas retrouvé ces résultats [4]. Le risque de mortalité et de complications associé à l'obésité n'était pas significativement différent par rapport à celui de la population de poids normal. Néanmoins, dans cette étude, la proportion de sujets obèses était faible (12,8 % des 6336 patients étaient obèses et 1,7 % avaient une obésité massive), ainsi que le nombre d'événements. De

même, dans une étude en réanimation [5], portant sur 946 sujets ayant subi une intervention chirurgicale et admis en réanimation (490 patients étant restés plus de trois jours), l'IMC n'avait pas d'influence sur le taux de mortalité après ajustement sur différentes variables (diabète, âge, *chronic health score*, besoins en insuline). On observait cependant une augmentation progressive du risque de complications, notamment du risque d'infections locales, parallèlement à l'augmentation de l'IMC.

1.2. Études des complications après une chirurgie spécifique

Plusieurs études ont analysé la relation entre corpulence et risque de complications postopératoires après différents types d'intervention, cardiovasculaires, urologiques, transplantation, chirurgie viscérale. . .

1.2.1. Chirurgie cardiovasculaire

Dans le même programme d'études du NSQIP [6], la morbi-mortalité après chirurgie vasculaire a fait l'objet d'une analyse spécifique, portant sur 14 centres et 7543 patients opérés pour différentes indications : revascularisation périphérique (24,6 %), anévrisme (17,4 %), artères cervicales (17,3 %), amputation (9,4 %) et autres (31,3 %). Le nombre d'événements étaient importants (22 % de complications et 3,9 % de décès). La relation IMC et risque de mortalité décrivait une courbe en « U », comme dans l'étude de chirurgie générale [3]. La population à moindre risque de mortalité et de complications (infections, thrombo-embolie, complications rénales) était celle ayant un IMC compris entre 30 et 35 (OR = 0,63 ; $p = 0,023$) et le risque de complications était le plus élevé chez les patients ayant une obésité massive (IMC > 40) (OR = 1,70 ; $p = 0,0003$). L'obésité modérée pourrait donc être un facteur protecteur contrairement à l'obésité massive qui est associée à une augmentation du risque de complications.

Dans une analyse rétrospective portant sur 502 sujets opérés sur un an (pontages coronariens) [7], l'obésité n'avait pas d'influence sur la mortalité mais augmentait les risques de complications infectieuses ($p < 0,02$), les problèmes de cicatrisation sternale ($p < 0,02$), d'arythmie cardiaque ($p < 0,02$) et d'infarctus du myocarde ($p < 0,02$). La perte de poids avant l'intervention n'avait pas d'influence sur ces complications. Au total, la durée d'hospitalisation était plus longue chez les sujets obèses.

1.2.2. Chirurgie urologique

Dans une étude rétrospective concernant 498 patients ayant subi une cystectomie pour cancer [8], les sujets les plus obèses (IMC > 35 kg/m²) avaient un nombre de complications plus élevé ($p = 0,0004$), un temps opératoire plus long ($p = 0,001$), une perte de sang plus importante et ils ont dû subir plus souvent une diversion pour incontinence ($p = 0,03$). En revanche les complications n'étaient pas plus sévères. En analyse multivariée, l'augmentation de l'IMC était associée à une augmentation significative de perte sanguine, du temps opératoire et du taux de complications.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2688805>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2688805>

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