

Revue générale

Nutrition périopératoire : protocoles de soins

Perioperative nutrition care protocols

Pierre Senesse^{a,*}, Cécile Chambrier^b

^a Unité de gastro-nutrition, CRLC Val d'Aurelle-Paul Lamarque, rue des Apothicaires, 34298 Montpellier, France

^b Unité de nutrition clinique intensive, groupement hospitalier Nord, hospices civils de Lyon, 69004 Lyon, France

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

Disponible sur Internet le 24 novembre 2010

Résumé

L'objectif de ce travail est de proposer, à partir des textes rédigés par les experts, une démarche nutritionnelle pratique pour les cliniciens, en fonction de l'état nutritionnel des patients et de l'évaluation du risque chirurgical. Aider les cliniciens au quotidien nous semble fondamental de façon à ce que les patients puissent bénéficier très tôt, dans le cursus thérapeutique, d'un soutien nutritionnel ciblé. Tout patient dont le grade nutritionnel est supérieur ou égal à 2 doit bénéficier d'une prise en charge nutritionnelle. En effet, les données bibliographiques actuelles confirment qu'une prise en charge nutritionnelle précoce, préopératoire, et réalisée pour des chirurgies à risque, permet de réduire de façon significative, d'une part, la morbidité postopératoire pour les patients non dénutris (immunonutrition en chirurgie carcinologique digestive), d'autre part, la morbi-mortalité pour les patients dénutris (nutrition artificielle si possible par voie entérale). En l'absence d'évaluation nutritionnelle (et donc de prise en charge ciblée) préopératoire, une nutrition artificielle postopératoire précoce (si possible par voie entérale) doit être proposée aux patients dénutris sévères devant bénéficier d'une chirurgie à risque (grade nutritionnel 4). Concernant l'alimentation orale, en périopératoire immédiat, le jeûne préopératoire maximum conseillé est de deux à trois heures pour les liquides clairs et six heures pour un repas léger. L'apport d'hydrates de carbone sous forme de maltodextrine à 12,5 % est recommandé (sauf chez le patient diabétique). En postopératoire, l'alimentation orale précoce (dans les 24 heures) est recommandée en l'absence de contre-indication chirurgicale.

© 2010 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Chirurgie ; Immunonutrition ; Pharmaconutrition ; Dénutrition ; Nutrition artificielle

Abstract

Based on texts written by experts, the objective of this paper is to propose a practical approach to nutrition for clinicians, according to the nutritional status of patients and the evaluation of surgical risk. Any patient with a nutritional grade greater than or equal to 2 should benefit from nutritional support. Indeed, current data confirm that preoperative and early nutritional support in surgery at risk can reduce significantly postoperative morbidity for patients with non-malnourished (immunonutrition in cancer surgery GI), and the morbidity and mortality in malnourished patients (enteral nutrition when possible). A preoperative oral intake is recommended 2 to 3 hours before elective surgery for clear fluids and 6 hours for a light meal. Moreover, a preoperative oral intake of carbohydrates (maltodextrin 12.5%) is recommended (except in diabetic patients). Postoperatively, early oral feeding (within 24 hours) is recommended in the absence of cons to surgery. Glutamine is recommended in case of postoperative complications.

© 2010 Published by Elsevier Masson SAS.

Keywords: Malnutrition; Immunonutrition; Nutritional support; Preoperative fasting elderly

1. Introduction

Si la plupart des cliniciens sont d'accord sur le fait que la dénutrition est un facteur de risque de morbi-mortalité pério-

pératoire, l'évaluation systématique de l'état nutritionnel des patients et la prise en charge nutritionnelle restent insuffisantes. En conséquence, la prise en charge nutritionnelle est réalisée trop tardivement, le plus souvent lorsque les complications sont en place. Les raisons de ces pratiques sont probablement multifactorielles. Ce document propose, à partir des textes rédigés par les experts, des protocoles de soins adaptés à chaque patient en fonction du geste chirurgical prévu et de l'état nutritionnel

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : psenesse@valdorel.fnclcc.fr (P. Senesse).

du patient. L'objectif est que chaque patient puisse bénéficier précocement, avant le geste chirurgical, d'une démarche nutritionnelle cohérente visant à l'amélioration de la qualité des soins et ainsi à une réduction de la morbi-mortalité périopératoire mais aussi une amélioration de la qualité de vie.

2. Protocoles de soins

Les protocoles sont définis dans les Tableaux 1–4. Le texte ci-dessous argumente les tableaux et tient compte du travail des experts.

2.1. Nutrition préopératoire

2.1.1. Pour quels patients ?

La prise en charge nutritionnelle dépend de l'évaluation nutritionnelle initiale et du geste chirurgical (à risque ou non à risque). Selon les experts, « tout patient dont le grade nutritionnel (GN) est supérieur ou égal à 2 doit bénéficier d'une prise en charge nutritionnelle » :

- patient non dénutri *et* absence de facteurs de risque de dénutrition *et* chirurgie à faible risque de morbi-mortalité (GN 1) : une nutrition préopératoire spécifique n'est pas recommandée ;
- patient non dénutri *et* présence d'au moins un facteur de risque de dénutrition ou chirurgie avec un risque élevé de morbidité (GN 2) : une évaluation des apports oraux est nécessaire. En cas de diminution des apports, il est proposé l'utilisation de compléments nutritionnels hypercaloriques à la posologie de deux par jour en collation, en dehors des repas, compléments sans ajout d'immunonutriments. Trois études randomisées de phase III ont été publiées en périopératoire [1–3]. Les compléments hypercaloriques (1,5 kcal/1 mL) étaient débutés soit en périopératoire [3] soit en postopératoire [1,2]. En chirurgie sous-mésocolique ($n=152$), la prise des compléments nutritionnels en périopératoire ou en postopératoire était associée à une réduction significative des complications mineures postopératoires ($p<0,05$) [3]. En chirurgie carcinologique digestive ($n=100$), la prise de compléments nutritionnels était associée à une réduction des complications postopératoires ($p<0,05$) [1]. En chirurgie digestive polypathologique ($n=98$, dont 40 % de tumeurs digestives) et dénutris (perte de poids $>5\%$), les résultats objectivaient une diminution du taux d'infection postopératoire ($p<0,05$) et une meilleure qualité de vie ($p<0,001$) [2].

Si les apports oraux sont inférieurs à 60 % des besoins ou en cas de jeûne supérieur à trois jours, un support nutritionnel artificiel doit être proposé :

- patient dénutri *et* chirurgie sans risque élevé de morbidité (GN 3) : bien qu'aucune publication *spécifique au périopératoire* ne soit disponible (dénutrition et chirurgie à faible risque), la dénutrition sévère augmente de façon significative les risques d'infections nosocomiales [4]. En conséquence,

un avis diététique spécialisé est souhaité dans cette situation, le plus précocement possible dans la prise en charge, indépendamment du geste chirurgical ;

- patient dénutri *et* chirurgie avec un risque élevé de morbidité (GN 4) : il est recommandé une nutrition artificielle préopératoire pendant au moins dix jours, si possible par voie entérale, et si nécessaire de décaler le geste chirurgical (à adapter selon le degré d'urgence) [5]. Il n'est pas recommandé de poursuivre les compléments nutritionnels oraux en cas de nutrition artificielle.

2.1.2. Quels apports en nutrition artificielle ?

Les apports recommandés sont de 25 à 30 kcal/kg par jour dont 0,20 à 0,25 g d'azote/kg avec un rapport glucido-lipidique d'environ 60/40. L'alimentation orale est libre en sus de la nutrition artificielle. En cas d'impossibilité à s'alimenter per os, les apports caloriques du support nutritionnel doivent être de 30 kcal/kg par jour. Une large étude prospective randomisée de phase III permet de confirmer que la nutrition artificielle pouvait réduire de façon significative la morbidité et la mortalité postopératoires pour des patients opérés de cancers digestifs [6]. Quatre cent soixante-huit patients modérément ou sévèrement dénutris étaient pris en charge pour un cancer du côlon ou de l'estomac avec intervention chirurgicale. La dénutrition était définie sur le score du Subjectif Global Assessment de grade B ou C. Les patients étaient randomisés entre huit à dix jours de nutrition préopératoire et sept jours de nutrition postopératoire entérale ou parentérale (25 kcal/kg par jour et 0,25 g d'azote/kg avec un rapport glucido-lipidique d'environ 60/40 et une alimentation par voie orale libre) versus un groupe témoin (nutrition orale standard préopératoire et en postopératoire un apport de 600 kcal hors protéine et 60 g d'acides aminés). Les complications survenaient pour 18,3 % des patients recevant une nutrition artificielle contre 33,5 % dans le groupe témoin ($p=0,012$). Quatorze patients sont décédés dans le groupe témoin et cinq dans le groupe recevant une nutrition artificielle (6,0 % vs 2,1 %, $p=0,003$).

La nutrition entérale doit être favorisée principalement en raison du risque d'infection associé aux manipulations des cathéters veineux centraux. Il est souhaitable de choisir un soluté hyperprotéiné pour avoir un apport protéique suffisant : 20 % de la ration énergétique.

Si la nutrition entérale est prévue sur une durée inférieure à trois semaines, la mise en place d'une sonde naso-gastrique de Charrière 7 à 10 en silicone ou polyuréthane est la technique la plus appropriée. Une radiographie est recommandée après la pose pour vérifier le positionnement de la sonde [7].

Si la nutrition entérale est de durée prévisible supérieure ou égale à trois semaines, la mise en place d'une gastrostomie percutanée ou d'une jéjunostomie est souhaitable, à prévoir avant l'intervention chirurgicale. En cas de refus de la nutrition entérale, une nutrition parentérale doit être discutée au cas par cas avec le patient en l'informant des avantages et inconvénients de chaque technique.

L'utilisation systématique d'oméga-3 ou d'antioxydants n'est pas recommandée.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2688807>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2688807>

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