



Journal Homepage: - www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/19091

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/19091>



RESEARCH ARTICLE

EVALUATION DE L'ETAT NUTRITIONNEL DES PATIENTS EN CHIRURGIE DIGESTIVE : A PROPOS DE 287 CAS

M.S Belhamidi, S. Habi, M. Menfaa, F. Sakit and K. Chouho
Hôpital Militaire Moulay Ismail, Meknes.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 19 May 2024

Final Accepted: 24 June 2024

Published: July 2024

Abstract

La dénutrition protéino-calorique (DPC) provient d'un déséquilibre entre les apports et les besoins énergétiques et protéiques. Elle favorise la survenue d'infections, retarde la cicatrisation, prolonge la durée d'hospitalisation et de convalescence et augmente les coûts. L'évaluation nutritionnelle lors de l'admission à l'hôpital a une grande importance pour définir si une assistance nutritionnelle est indiquée. Malheureusement, cette évaluation ne fait actuellement pas partie des procédures de routine durant leur séjour hospitalier. Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective avec revue de littérature, incluant 287 patients opérés au service de chirurgie viscérale durant la période de 3 mois. L'objectif de notre enquête est d'évaluer la prise en charge nutritionnelle en périopératoire, et d'analyser son adéquation avec les recommandations en la matière.

Copy Right, IJAR, 2024.. All rights reserved.

Introduction:-

La dénutrition protéino-calorique (DPC) provient d'un déséquilibre entre les apports et les besoins énergétiques et protéiques. Elle favorise la survenue d'infections, retarde la cicatrisation, prolonge la durée d'hospitalisation et de convalescence et augmente les coûts. L'évaluation nutritionnelle lors de l'admission à l'hôpital a une grande importance pour définir si une assistance nutritionnelle est indiquée. Malheureusement, cette évaluation ne fait actuellement pas partie des procédures de routine durant leur séjour hospitalier. L'objectif de notre enquête est d'évaluer la prise en charge nutritionnelle en périopératoire, et d'analyser son adéquation avec les recommandations en la matière.

Matériels et Méthodes:-

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective avec revue de littérature, incluant 287 patients opérés au service de chirurgie viscérale durant la période de 3 mois, du premier janvier au premier avril 2019. L'enquête a porté sur les patients hospitalisés et opérés dans le service de chirurgie viscérale à l'hôpital militaire My Ismail à Meknes. Les patients hospitalisés non opérés ont été exclus de cette étude.

Résultats:-

Dans notre étude, 287 patients opérés ont été inclus. L'âge moyen des patients était de 46 ans avec un sex-ratio de 2,05. La pathologie prédominante était représentée par les hernies avec 107 cas, soit 37,28 %. Les facteurs de risque de dénutrition étaient représentés essentiellement par l'existence d'une pathologie chronique, l'existence de symptômes digestifs persistants, patients opérés pour tumeurs ou recours à une thérapeutique à visée carcinologique, et un âge dépassant 70 ans. (figure 1)

Corresponding Author:- M.S Belhamidi

Address:- Hôpital Militaire Moulay Ismail, Meknes.

L'évaluation de l'état nutritionnel nous a permis de définir 5 sous-groupes de patients dans notre étude : deux groupes de patients non dénutris : GN1 (47,73 %) et GN2 (24,04 %), deux groupes de patients dénutris GN3 (5,22 %) et GN4 (3,13 %) et un groupe de patients non évalués sur le plan nutritionnel (19,86%) (figure 2)

Deux patients ont bénéficié d'une assistance nutritionnelle préopératoire, soit 0,69 % et 8 en postopératoire. Les suites opératoires étaient simples chez 92,34 % de nos patients, tandis que 7,66 % ont présenté des complications essentiellement infectieuses, suivies de complications hémorragiques (22,73 %). (figure 3)

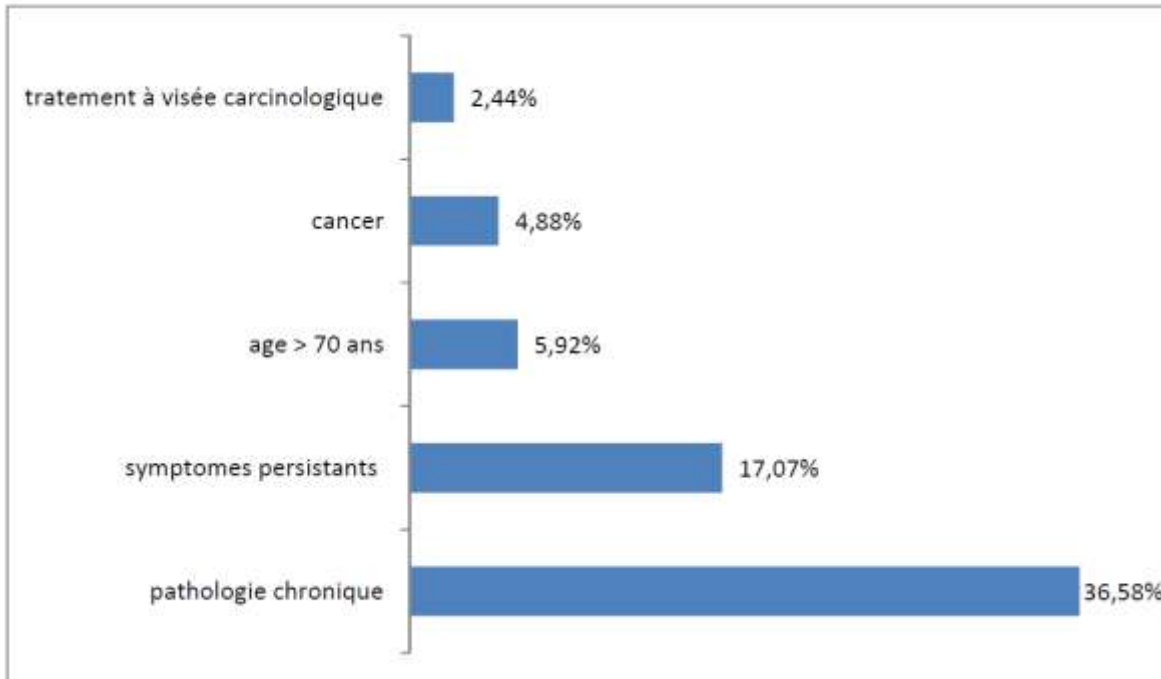


Figure 1:- Fréquence des facteurs de risque de dénutrition.

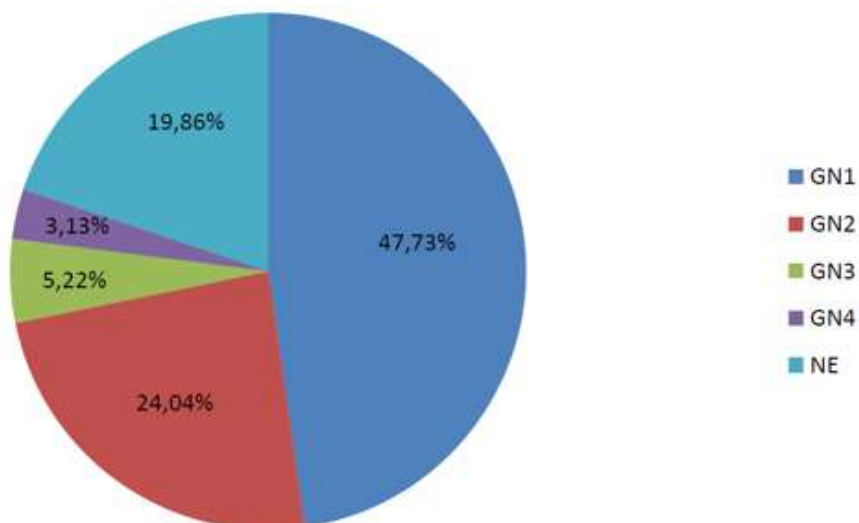


Figure 2:- Répartition des patients selon leur stade nutritionnel.

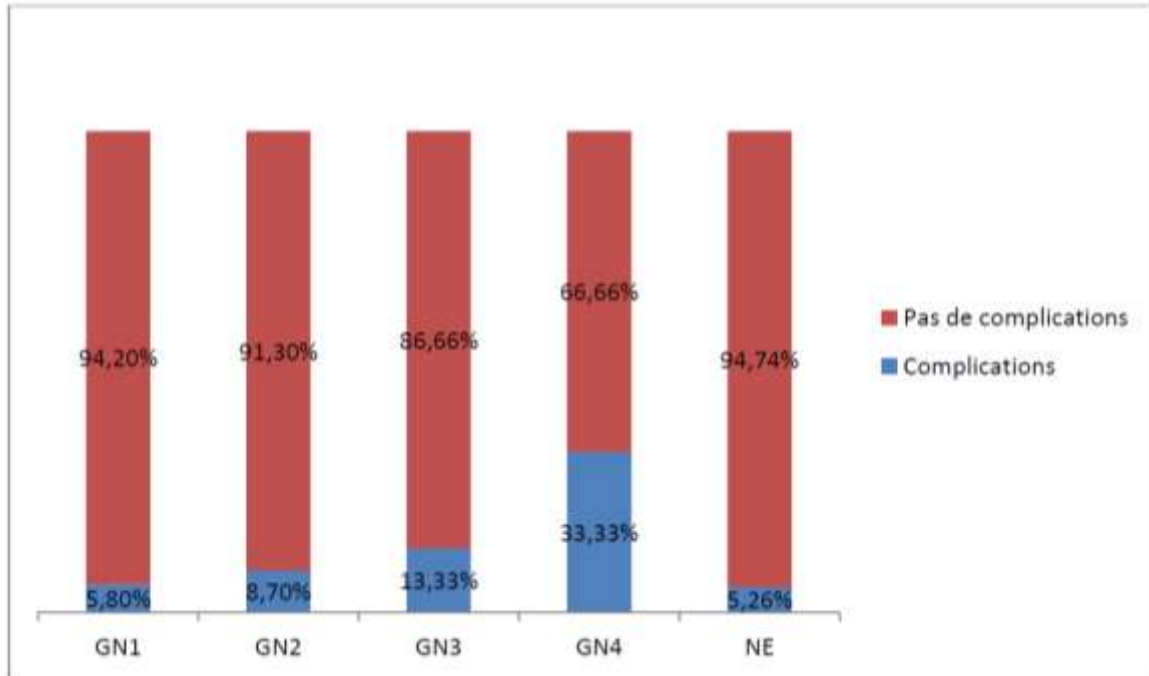


Figure 3:- Fréquence des complications postopératoire en fonction du grade nutritionnel.

Discussion:-

La dénutrition est impliquée, en périopératoire, dans la majoration de la morbidité, de la durée de séjour, voire de la mortalité. Par conséquent, une prise en charge nutritionnelle s'impose en périopératoire. Elle passe, dans un premier temps, par l'évaluation de l'état nutritionnel. Celle-ci doit être proposée dès qu'il s'agit d'un patient porteur d'un facteur de risque de dénutrition.

Celle-ci repose généralement sur l'évaluation des paramètres suivants : ■ IMC ;

- Perte de poids ;
- Albuminémie [6,7].

Un patient est considéré dénutri si :

- La perte de poids dépasse 10% ;
- Et/ou l'IMC est inférieur ou égal à 18,5 kg/m² (21 kg/m² pour une personne âgée de plus de 70 ans) ;
- Et/ou l'albuminémie est inférieure à 30 g/l.

Au terme de l'évaluation nutritionnelle, on pourra être amené à proposer un support nutritionnel en périopératoire. La stratification du risque nutritionnel permettra d'adopter les protocoles nutritionnels appropriés. Elle définira en particulier les patients devant bénéficier d'une nutrition artificielle périopératoire, de compléments nutritifs oraux et/ou de pharmaconutriments.

(Tableau 1)

	GN3	GN4
Préopératoire	<p>Pas d'assistance nutritionnelle systématique</p> <p>Évaluation des apports oraux</p> <p>-Si diminution des apports oraux : compléments nutritionnels oraux hypercaloriques normo ou hyperprotidiques (2/j en collation en dehors des repas), nutrition entérale ou parentérale</p> <p>-Planifier la voie d'abord éventuelle pour une assistance nutritionnelle postopératoire</p>	<p>Assistance nutritionnelle (si possible nutrition entérale) pendant 10 à 14 jours</p> <p>Chirurgie carcinologique digestive : -Oral Impact1 : 3 briquettes par jour pendant 5 à 7 jours avant le geste chirurgical (ordonnance de médicament d'exception). Utiliser Enteral Impact1 si l'oral impossible</p> <p>-Discuter la mise en place d'un abord pour l'assistance nutritionnelle postopératoire</p>
Préopératoire immédiat	Jeûne préopératoire maximum 2 à 3 heures pour les liquides clairs et 6 heures pour un repas léger	Jeûne préopératoire maximum 2 à 3 heures pour les liquides clairs et 6 heures pour un repas léger
Postopératoire	<p>-Alimentation orale précoce dans les 24 premières heures (si pas de contre-indication chirurgicale)</p> <p>-Conseil diététique et compléments nutritionnels hypercaloriques normo-ou hyperprotidiques (2/j en collation)</p> <p>Si apports oraux prévisibles <60 % des besoins : assistance nutritionnelle</p> <p>-Si complications postopératoires graves : assistance nutritionnelle et discuter l'apport de glutamine IV</p> <p>-Pas de micronutriments à dose pharmacologique</p>	<p>Alimentation orale précoce (si pas de contre-indication chirurgicale)</p> <p>Assistance nutritionnelle systématique</p> <p>Discuter l'apport d'acides gras n-3.</p> <p>Chirurgie carcinologique digestive : -Impact1 (Oral ou Enteral) 1000ml/24 h et complémentation orale standard ou nutrition entérale à hauteur des besoins estimés</p> <p>-Si complications postopératoires graves : poursuite de l'assistance nutritionnelle et discuter la glutamine par voie intraveineuse</p> <p>-Pas de micronutriments à dose pharmacologique</p>

Tableau 1:- Nutrition périopératoire chez les patients dénutris.

Les éléments impliqués dans l'indication d'une nutrition périopératoire sont liés à la nature de l'intervention chirurgicale, permettant une stratification du risque nutritionnel. Après avoir passé en revue les données de la littérature et les résultats de notre enquête auprès des 287 patients opérés, on peut conclure les remarques suivantes :

- L'évaluation de l'état nutritionnel, basée sur des critères simples, est insuffisamment réalisée dans notre contexte. 19,86% des patients n'ont pas été évalués sur le plan nutritionnel.

▪ chez les 80,14% restants, l'évaluation nutritionnelle a permis de mettre en évidence une proportion élevée de patients non dénutris, de grade GN 1 (48, 08%) et GN 2 (24,04%) comparés aux patients dénutris de grade GN3 (5,22%) et GN 4 (3,13%). Ceci semble en contradiction avec les données de la littérature qui rapportent une incidence beaucoup plus élevée de patients dénutris (GN3 et GN4).

L'importante variation de la prévalence de dénutrition d'une étude à l'autre peut s'expliquer par la multiplicité des pathologies, l'environnement socio-économique et les critères utilisés pour définir la dénutrition.

D'un autre côté, il faut rappeler que la majorité de nos patients ont été opérés pour des pathologies réputées d'entraîner moins de dénutrition (appendicites, hernies et chirurgie proctologique) par rapport aux tumeurs digestives.

▪ pour ce qui est de la nutrition artificielle périopératoire, nous déplorons aussi un écart terrible par rapport aux recommandations en la matière. Parmi les 9 patients classés GN 4 (3,13%), seulement 4 patients ont bénéficié d'une nutrition périopératoire (1,39%), alors qu'ils devraient tous en bénéficier.

Le taux de complications observé dans notre étude est proportionnel au grade nutritionnel. Ainsi, 33,33% des patients classés GN 4 et 13,33% des patients classés GN 3 ont présenté des complications post-opératoires, alors que les patients classés GN 1 et GN 2 ont présentés un taux de morbidité respectivement à 5,8% et 8,7%.

Chez les patients non évalués sur le plan nutritionnel, le taux de complications est chiffré à 5,26%.

Conclusion:-

La dénutrition est fréquente chez les patients en chirurgie digestive. Vu son impact négatif sur la mortalité et la morbidité postopératoires des patients, son dépistage et sa prise en charge s'avèrent indispensables. L'évaluation de l'état nutritionnel devrait faire partie des procédures de routine de l'examen médical d'admission, et se baser sur des consignes claires, simples et pratiques.

References:-

- [1]. Baumgartner RN, Koehler KM, Gallagher D, Romero L, Heymsfield SB, Ross RR, et al. Epidemiology of sarcopenia among the elderly in New Mexico. *Am J Epidemiol* 1998 ; 147 : 755-63.
- [2]. Giner M, Laviano A, Meguid MM, Gleason JR. In 1995 a correlation between malnutrition and poor outcome in critically ill patients still exists. *Nutrition* 1996 ; 12 : 23-9.
- [3]. Pichard C, Sudre P, Karsgaard V, Yerly S, Slosman DO, Perrin L, et al. A randomized double-blind controlled study of 6 months oral nutritional supplementation with arginine and ω -3 fatty acids in HIV-infected patients. *AIDS* 1998 ; 12 : 53-63.
- [4]. Zillikens MC, Van den Berg JW, Wilson JH, Swart GR. Whole-body and segmental bioelectrical-impedance analysis in patients with cirrhosis of the liver : changes after treatment of ascites. *Am J Clin Nutr* 1992 ; 55 : 621-5.
- [5]. Butterworth CE. The skeleton in the hospital closet. *Nutr Today* March/April 1974 : 4-8.
- [6]. P. Senesse et al. Nutrition chez les patient adulte atteint de cancer : textes courts. *Nutrition clinique et métabolisme* 26 (2012) : 151-158.
- [7]. C. Chambrier, F. Sztark. Recommandations de bonnes pratiques cliniques sur la nutrition périopératoire. Actualisation 2010 de la conférence de consensus de 1994 sur la « Nutrition artificielle périopératoire en chirurgie programmée de l'adulte ». *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 30 (2011) 381-389.
- [8]. Melchior JC, Thuillier F. Evaluation de l'état nutritionnel. In: Leverve X, Cosnes J, Erny P, Hasselmann M, ed. *Traité de nutrition artificielle de l'adulte*. 2e éd. révisée et augmentée. Paris: Springer Verlag; 2001. p. 423-40.
- [9]. Nixon DW et al. Protein-calorie under nutrition in hospitalized cancer patients. *Am J Med* 1980;68:683-90.
- [10]. Bruun LI et al. Prevalence of malnutrition in surgical patients : evaluation of nutritional support and documentation. *Clin Nutr* 1999; 18:141-7.
- [11]. Naber TH, Schermer T, de Bree A, Nusteling K, Eggink L, Kruijmel JW, et al. Prevalence of malnutrition in nonsurgical hospitalized patients and its association with disease complications. *Am J Clin Nutr* 1997 ; 66 : 1232-9.
- [12]. Bruun LI, Bosaeus L, Bergstad I, Nygaard K. Prevalence of malnutrition in surgical patients: evaluation of nutritional support and documentation. *Clin Nutr* 1999 ; 18 : 141-7.

- [13].Ferguson M, Capra S, Bauer J, Banks M. Development of a valid and reliable malnutrition screening tool for adult acute hospital patients. *Nutrition* 1999 ; 15 : 458-64.
- [14]. Shaver HJ, Loper JA, Lutes RA. Nutritional status of nursing home patients. *J Parent Enteral Nutr* 1980 ; 4 : 367-70.
- [15].Bistrian BR, Blackburn GL, Vitale J. Prevalence of malnutrition in general medical patients. *JAMA* 1976 ; 235 : 1567-70.
- [16].Detsky AS, Baker JP, O'Rourke K, Goel V. Perioperative parenteral nutrition: a meta-analysis. *Ann. Int Med* 1987 ; 107 : 195-203.
- [17].McWhirter JP, Pennington CR. Incidence and recognition of malnutrition in hospital. *Bmj* 1994;308: 945-8.
- [18].Aparicio M, Cano N, Chauveau P, Azar R, Canaud B, Flory A, et al. Nutritional status of haemodialysis patients: a French national cooperative study. French Study Group for Nutrition in Dialysis. *NephrolDialysis Transplant* 1999 ; 14 : 1679-86.
- [19].Wanke CA, Silva M, Knox TA, Forrester J, Speigelman D, Gorbach SL. Weight loss and wasting remain common complications in individuals infected with human immunodeficiency virus in the era of highly active antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis* 2000 ; 31 : 803-5.
- [20]. Schols AM, Soeters PB, Dingemans AM, Mostert R, Frantzen PJ, Wouters EF. Prevalence and characteristics of nutritional depletion in patients with stable COPD eligible for pulmonary rehabilitation. *Am RevRespDis* 1993 ; 147 : 1151-6.
- [21].Cano NJ, Roth H, Court-Fortune I, Cynober L, Gérard-Boncompain M, Laaban JP, et al. Nutritional depletion in patients on long term oxygen therapy or home mechanical ventilation. *EurResp J* 2002 ; 20 : 1-8.
- [22].Tisdale MJ. Catabolism of skeletal muscle proteins and its reversal in cancer cachexia. In : Eds. *Cancer & Nutrition: prevention and treatment*. Vevey/Basel : Nestlé Nutrition Workshop Series Clinical & Performance Program ; 2000. p. 135-46.
- [23].Pressoir M, et al. Prevalence, riskfactors and clinical implications of malnutrition in French Comprehensive Cancer Centres. *Br J Cancer* 2010; 102:966-71.
- [24].Déchelotte P. Prise en charge de la dénutrition chez le patient cancéreux. *Nutr Clin Métabol* 2000;14:241-9.
- [25].De Blaauw I, Deutz NEP, Von Meyenfeldt MF. Metabolic changes in cancer cachexia. 1 of 2 parts. *Clinical Nutrition* 1997; 16:169-76. [26]. Ljungqvist O, Soreide E. Preoperative fasting. *Br J Surg* 2003; 90: 400-6.
- [27].Kelly SM et al. Inspiratory muscle strength and body composition in patients receiving total parenteral nutrition therapy. *Am RevRespirDis* 1984; 130: 33-7.
- [28].Curtis GE et al. The effect of nutritional status on the cytokine and acute phase protein responses to elective surgery. *Cytokine* 1995; 7:380-8.
- [29].Russell L. The importance of patients' nutritional status in wound healing. *Br J Nurs* 2001; 10(Suppl 6): S42-S44-9.
- [30].Stéphane M. Schneider. Nutrition préopératoire en chirurgie digestive réglée. *Post'U* (2011) 9-16.
- [31].Lesourd B, Ferry M. Dénutrition du sujet âgé. *Traité de nutrition artificielle*. 3e éd Paris: Springer-Verlag; 2007. p. 1075-90.
- [32].Blanc-Bisson C et al. Under nutrition in elderly patients with cancer: target for diagnosis and intervention. *CritRevOncolHematol* 2008;67:243-54.
- [33].WieGA, et al. Prevalence and risk factors of malnutrition among cancer patients according to tumor location and stage in the National Cancer Center in Korea. *Nutrition* 2010;26:263-8.
- [34].Bozzetti F, The SCRINIO Working Group. Screening the nutritional status in oncology: a preliminary report on 1000 outpatients. *Support Care Cancer* 2009; 17:279-84.
- [35].Raynard B. Nutrition et hémopathies malignes. *Traité de nutrition artificielle de l'adulte*. 3e éd. Paris: Springer-Verlag; 2007. p. 777-85.