SFNEP
Société Francophone
Nutrition Clinique et Métabolisme
Nourrir l'Homme malade

Référentiel de pratiques professionnelles

Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme

PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE POSTOPERATOIRE

FORMATIVE ASSESSMENT IN CLINICAL NUTRITION: POSTOPERATIVE NUTRITIONAL MANAGEMENT

2013

L'utilisation partielle ou totale de ce référentiel nécessite l'accord préalable des promoteurs (CFAR, SFAR et SFNEP).

Membres du groupe de travail

Comité Educationnel et de Pratique Clinique *(CEPC)* de la SFNEP, France : Patrick Bachmann, Corinne Bouteloup, Esther Guex, André Petit, Didier Quilliot, Ronan Thibault, Gilbert Zeanandin
Département d'anesthésie Réanimation Nutrition, CRLCC Léon Bérard *(28, rue Laennec, 69373 LYON Cedex 08)* : Patrick Bachmann, Georges Romero
Université Paris 7 Diderot - Service d'Anesthésie Réanimation, Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine, Hôpital Beaujon *(100, boulevard du Général Leclerc, 92110 CLICHY)* : Catherine Paugam-Burtz

Auteur correspondant

Bachmann Patrick, patrick.bachmann@lyon.unicancer.fr, Département d'anesthésie Réanimation Nutrition, CRLCC Léon Bérard, *(28, rue Laennec, 69373, LYON Cedex 08)*
Téléphone : 04 78 78 27 53

Membres du groupe de lecture

• Experts de la méthode :

Conseil scientifique Évaluation des pratiques professionnelles *(CSEPP)* du Collège français des anesthésistes réanimateurs *(CFAR) (Président Pr P M Mertes).*
Nota bene : *Les membres du CSEPP appartenant déjà au groupe de travail ne font pas partie du groupe de lecture.*

Membres SFAR

Pr Christophe BAILLARD *(PUPH)*
Pr Dan BENHAMOU *(PUPH)*
Dr Christian BLERY *(libéral)*
Dr Marie-Paule CHARIOT *(libéral)*
Dr Christine FESSENMEYER *(PH)*
Dr Elisabeth GAERTNER *(PH)*
Pr Marc LEONE *(PUPH)*
Dr Jacques de MONTBLANC *(PH)*
Dr Michel SFEZ *(libéral)*
Pr Guillaume de SAINT-MAURICE *(militaire).*

Membres CFAR

Dr Bassam AL NASSER *(libéral)*
Dr Sébastien BLOC *(libéral)*
Dr Gilles BOCCARA *(libéral)*
Dr Marc DAHLET *(libéral)*
Dr Nicolas DUFEU *(PH)*
Dr Béatrice EON *(PH)*
Dr Emmanuel MARRET *(PH)*
Dr Bertrand MAS *(PH)*
Pr Michel MERTES *(PUPH)*
Dr Pierre PERUCHO *(PH)*
Dr Georges ROMERO *(PH)*
Pr Benoît TAVERNIER *(PUPH)*

PRÉFACE

Les suites postopératoires sont dépendantes du terrain du patient *(âge, co-morbidités)*, de la chirurgie réalisée et de la prise en charge pré-, per- et post-opératoire. Parmi les co-morbidités préopératoires, la dénutrition augmente le risque de morbidité et nécessite une prise en charge adaptée.

Au cours de la phase postopératoire, la qualité de la prise en charge nutritionnelle retentit également sur la qualité de la réhabilitation, sur la probabilité de survenue ultérieure de complications ou de dépendance, et sur l'évolution de la maladie initiale. La chirurgie constitue une agression qui augmente généralement les besoins métaboliques et nutritionnels du patient opéré ; la chirurgie majeure aggrave ainsi l'état nutritionnel de la plupart des patients et, lorsqu'elle porte sur les voies digestives, retentit de façon prolongée sur l'alimentation.

La prise en charge périopératoire est pluri-professionnelle associant, en particulier, anesthésistes et chirurgiens, ainsi que toutes les personnes impliquées dans la prise en charge nutritionnelle des patients opérés. Les recommandations de pratiques cliniques sur la nutrition périopératoire de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation *(SFAR)* et la Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme *(SFNEP)* publiées en 2010 [1] en précisent les modalités. Toutefois, les recommandations ne suffisent pas à améliorer de manière significative les pratiques [2].

C'est dans ce contexte qu'il est apparu nécessaire de compléter le référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles *(EPP)* SFAR-SFNEP [3] sur le dépistage, le diagnostic de la dénutrition et la prise en charge nutritionnelle préopératoire, par un référentiel centré sur la période postopératoire.

Ce document propose des critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques *(CEAP)* issus principalement des recommandations formelles d'experts françaises éditées en 2010 par la SFAR et la SFNEP.

1. CHAMBRIER C, SZTARK F. Recommandations de bonnes pratiques sur la nutrition périopératoire. Nutr Clin Métab 2010;24:145-56.
2. LANOIR D, CHAMBRIER C et al. Perioperative artificial nutrition in elective surgery: an impact study of French guidelines. Clin Nutr 1998;17:153-7.
3. ROMERO G, PAUGHAM-BURTZ C, BACHMANN P, BADINAND B. Référentiel de pratiques professionnelles : Prise en charge nutritionnelle préopératoire. Juin 2011.
Nutr Clin Métab 2012;26:25-33.

Ce programme d'EPP comporte deux parties. La première partie, organisationnelle, évalue l'état des moyens mis en place dans un secteur de soins donné. La seconde partie est proposée sous la forme d'un audit, afin d'évaluer le respect des procédures dans l'ensemble des secteurs de soins concernés par ces procédures, en comparaison des recommandations éditées par la SFNEP et la SFAR.

Ce document est construit afin de ne pouvoir être utilisé que pour une évaluation de la phase postopératoire du patient opéré. Néanmoins, il est conseillé de l'utiliser en association avec le référentiel de la prise en charge nutritionnelle préopératoire, afin de permettre une évaluation conjointe de la prise en charge au cours des périodes pré- et postopératoires.

I. PROMOTEURS

- Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs *(CFAR)* ;
- Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme *(SFNEP)* ;
- Société Française d'Anesthésie et de Réanimation *(SFAR)*.

II. SOURCES

SFAR-SFNEP : Recommandations formalisées d'experts sur la nutrition périopératoire. Actualisation 2010 de la conférence de consensus de 1994 sur la *« Nutrition artificielle périopératoire en chirurgie programmée de l'adulte ».*

SFAR - SRLF *(Société de Réanimation de Langue Française)*. Recommandations formalisées d'experts. Contrôle de la glycémie en réanimation et en anesthésie _ 2009.

SFNEP. Recommandations professionnelles : Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer - 2012.

III. CIBLE PROFESSIONNELLE

Tous les médecins, anesthésistes réanimateurs et chirurgiens, les diététiciens, les membres des unités de nutrition et les personnels des unités impliqués dans la prise en charge nutritionnelle des patients opérés.

IV. PATIENTS CONCERNÉS

Tous les patients en postopératoire de chirurgie programmée ou d'urgence.

V. UTILISATION DES CRITÈRES D'ÉVALUATION ET D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES

« L'EPP consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé (HAS) et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques » *(décret 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles).*

Il s'agit donc d'analyser sa pratique médicale en utilisant des références scientifiques validées grâce à une méthode structurée et explicite d'amélioration continue de la qualité.

Les références utilisées peuvent être variées *(recommandations pour la pratique clinique, textes réglementaires...)*. Afin de faciliter la démarche d'EPP et son appropriation par les professionnels, ces références peuvent également être déclinées en un document synthétique et pratique d'utilisation : le référentiel de pratiques professionnelles.

- Une démarche d'amélioration continue de la qualité met en œuvre, de manière explicite dans la pratique clinique, des références validées *(qui peuvent être déclinées en référentiel)* avec un objectif d'amélioration de la qualité des soins et de suivi des résultats obtenus.

Ces critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques constituent des éléments simples et opérationnels de bonne pratique. Ils peuvent être utilisés pour une démarche d'EPP. En effet, ces critères permettent d'évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient, et d'améliorer les pratiques notamment par la mise en œuvre et le suivi d'actions visant à faire converger, si besoin, la pratique réelle vers une pratique de référence.

Ces critères ont vocation à être intégrés dans des démarches variées d'amélioration de la qualité *(AQ).* D'une manière générale, les démarches AQ s'inscrivent dans le modèle proposé par W.E. Deming. Ce modèle comprend 4 étapes distinctes qui se succèdent indéfiniment : planifier, faire, analyser, améliorer.

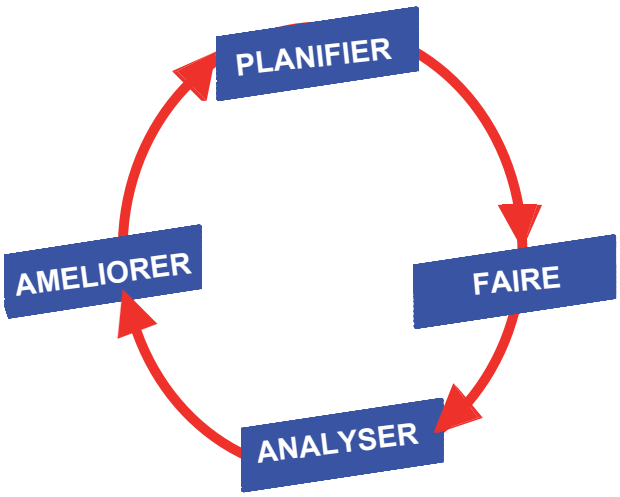
Les démarches d'amélioration de la qualité - modèle proposé par W.E. Deming.

1. Planifier :
une démarche AQ et des critères sont choisis

2. Faire :
la démarche AQ est mise en œuvre

3. Analyser :
le praticien analyse sa pratique
en référence aux critères sélectionnés
et selon la démarche AQ adoptée.

4. Améliorer :
les professionnels mettent en œuvre des actions correctrices en vue d'améliorer leur organisation et leurs pratiques. Ils en évaluent périodiquement l'impact.



Dès lors que des professionnels s'impliquent dans une démarche d'AQ, ils s'engagent dans la voie de l'évaluation / amélioration de leurs pratiques.

La HAS a publié de nombreuses méthodes d'amélioration de la qualité *(cf. www.has-sante.fr).* Parmi celles-ci, voici quelques exemples permettant de valider une démarche d'EPP :

- critères et **audit clinique** *(cf. documents méthode HAS et CFAR)* : ces critères peuvent être utilisés dans le cadre d'un audit clinique. Ils deviennent alors, après une adaptation éventuelle de leur formulation, des critères d'audit. Une grille d'auto-évaluation peut être élaborée *(pour chaque critère on recherche si celui-ci est présent, absent ou non-applicable)* pour faciliter le recueil des données à partir d'une vingtaine de dossiers analysés rétrospectivement. Un plan d'amélioration et de suivi est proposé.

  Un exemple de grille d'audit reprenant ces critères ainsi qu'une aide aux réponses est proposé et est également téléchargeable sur le site du CFAR à l'adresse http://www.cfar.org/index.php/epp/programmes-epp.html ou sur le site de la SFNEP à l'adresse http://www.sfnep.org/pratiques-cliniques/evaluation-des-pratiques-professionnelles.

  Attention ! Un seul tour d'audit sur un thème donné ne suffit pas pour valider un programme continu d'EPP *(voir : www.cfar.org)*

- critères et **revue mortalité-morbidité** *(cf. documents méthode HAS et CFAR)* : à l'occasion d'un décès ou d'une complication morbide secondaire à un défaut de prise en charge nutritionnelle postopératoire, une analyse du dossier et des causes ayant entraîné la complication est réalisée. L'anonymat est respecté, les critères sont utilisés pour évaluer et améliorer la pratique. Un suivi du plan d'amélioration est assuré.

- critères et **staffs EPP** : lors d'une revue de dossiers sur le thème de la prise en charge nutritionnelle postopératoire au sein d'un établissement, les critères sont utilisés pour évaluer et améliorer la pratique. Un suivi du plan d'amélioration est assuré. L'anonymat est respecté.

- critères et **programme d'Amélioration de la Qualité** *(cf. guide ANAES, et HAS, CFAR à venir)* : une équipe médicale souhaite améliorer sa pratique concernant la prise en charge nutritionnelle postopératoire au sein d'un établissement. Un groupe de travail est mis en place qui identifiera *(définition, limites, acteurs)* et décrira le processus étudié *(description précise, risques)*, puis le groupe construira un processus répondant aux critères de qualité requis à l'aide des critères proposés *(rédaction de procédure ou de protocole propre à l'équipe)*, enfin un suivi du processus mis en place est assuré.

D'autres méthodes validant cette démarche d'EPP existent ; elles associent toutes l'utilisation de critères à une méthode structurée et explicite d'amélioration de la qualité.

Ces critères peuvent également être utilisés pour construire des outils d'amélioration sous la forme de protocoles, mémos, chemins cliniques, etc.

VI. SÉLÉCTION DES ITEMS PARMI LES RECOMMANDATIONS

Les items suivants ont été retenus comme les plus pertinents compte tenu des objectifs de qualité de prise en charge nutritionnelle postopératoire.
Ces critères découlent des recommandations *(numérotées de R1 à R72)* SFAR-SFNEP sur la nutrition périopératoire de 2010 et sont conformes aux recommandations professionnelles ultérieures de la SFNEP sur la nutrition du patient adulte atteint de cancer de 2012.

1. En préopératoire, ou au plus tard dans les 48 premières heures postopératoires en cas de chirurgie d'urgence : les facteurs de risque de dénutrition sont recherchés *(annexe 3 des critères d'évaluation)* ; l'état nutritionnel est évalué *(annexe 4 des critères d'évaluation)* ; le grade *(GN)* nutritionnel *(annexe 5 des critères d'évaluation)* est déterminé *(R1-R2-R3-R11-R26).*

2. La prise en charge nutritionnelle postopératoire est anticipée : le type d'assistance nutritionnelle est prévu et sa voie d'abord (sonde, stomie, voie veineuse) est mise en place pour une utilisation postopératoire la plus précoce possible *(R21-R22-R23).*

3. Il est recommandé de reprendre une nutrition orale ou entérale au cours des 24 premières heures postopératoires, selon la tolérance du patient, et en l'absence de contre-indication chirurgicale *(R27).*

4. Chez les patients non dénutris *(GN 1 et 2)*, une assistance nutritionnelle postopératoire d'une durée inférieure à 7 jours n'est pas recommandée *(R28).*

5. Chez les patients non dénutris *(GN 1 et 2)*, il est recommandé d'instaurer d'emblée une assistance nutritionnelle lorsque que les apports alimentaires postopératoires seront inférieurs à 60 % des besoins quotidiens pendant 7 jours ou plus *(R29-R30).*

6. Chez les patients dénutris *(GN 3 et 4)*, il faut instaurer, dès les 24 premières heures postopératoires, un support nutritionnel quelle que soit la prise en charge nutritionnelle préopératoire *(R31)* ; la voie entérale est utilisée chaque fois qu'il n'y a pas de contre-indication.

7. En cas d'assistance nutritionnelle postopératoire par voie entérale, les apports nutritionnels sont adaptés avec un minimum de 25 kcal.kg-1.j-1 *(30 kcal.kg-1.j-1 en l'absence d'alimentation orale)* dont 1,5 g.kg-1.j-1 de protéines.
   En cas d'assistance nutritionnelle postopératoire par voie parentérale, les apports nutritionnels sont adaptés avec un minimum de 25 kcal.kg-1.j-1 dont 1,5 g.kg-1.j-1 de protéines *(0,25 g.kg-1.j-1 d'azote)* et un ajout systématique de vitamines et d'éléments traces.
   Chez le patient obèse, il est probablement recommandé d'utiliser le poids normalisé avec un calcul du poids pour un IMC théorique de 25 à 30 *(R57).*

8. Chez le patient non dénutri *(GN 2)*, en chirurgie digestive oncologique programmée, il n'est pas recommandé de prescrire, en postopératoire, un mélange nutritif utilisable par voie digestive contenant une association de pharmaconutriments *(L-arginine, acides gras oméga-3 et nucléotides) (R35).*
   Chez le patient dénutri *(GN 4)* en chirurgie digestive oncologique programmée, il est recommandé de poursuivre en postopératoire la prescription d'un mélange nutritif utilisable par voie digestive contenant une association de pharmaconutriments *(L-arginine, acides gras oméga-3 et nucléotides) (R36)*. En chirurgie carcinologique ORL il faut probablement prescrire une pharmaconutrition selon les mêmes modalités qu'en chirurgie carcinologique digestive *(R37).*

9. En cas de complications postopératoires majeures, il est recommandé de prescrire de la glutamine par voie intraveineuse, à forte dose *(0,2 à 0,4 g.kg-1.j-1 soit 0,3 à 0,6 g.kg-1.j-1 de glutamine sous forme de dipeptide) (R41).*

10. La prescription d'une assistance nutritionnelle postopératoire s'accompagne de la prescription d'une surveillance glycémique adaptée et d'une insulinothérapie si besoin. En périopératoire, il est recommandé de couvrir les besoins protéino-énergétiques du patient diabétique et d'optimiser en conséquence son traitement antidiabétique *(R66).*

ANNEXE 1 : INDICATEURS À SUIVRE AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT

Ces indicateurs sont proposés. D'autres peuvent être déterminés par l'équipe, puis un ou plusieurs de ces indicateurs peuvent être suivis par l'équipe.
Le suivi de ces indicateurs se fera selon la méthode décrite par la HAS
Ce suivi d'indicateurs sera régulièrement analysé par un groupe de travail adéquat qui mettra en place des mesures correctrices si besoin.

1. Pourcentage des patients ayant une définition du Grade Nutritionnel tracée dans le dossier : c'est-à-dire le nombre de patients pour lesquels on retrouve une trace du Grade Nutritionnel dans le dossier, par rapport au nombre total de patients opérés dans le secteur évalué.

2. Pourcentage des patients ayant débuté une nutrition orale ou entérale dans les 24 premières heures postopératoires, en l'absence de contre-indication stipulée dans le dossier, par rapport au nombre total de patients qui auraient dû en bénéficier.

3. Pourcentage de prescription d'immunonutrition postopératoire : c'est-à-dire le nombre de patients ayant eu une prescription d'immunonutrition postopératoire adaptée aux recommandations *(indications, durée)*, par rapport au nombre total de patients qui auraient dû en bénéficier.

4. Pourcentage des patients avec assistance nutritionnelle artificielle recevant au 5éme jour postopératoire les apports énergétiques requis, c'est à dire entre 25 et 35 kcal.kg-1.j-1, par rapport au nombre total de patients recevant une assistance nutritionnelle artificielle ; de la même façon, peut être calculé le pourcentage de patients « *sous-nourris* » *(< 25 kcal.kg-1.j-1)* ou au contraire « *sur-nourris* » *(> 35 kcal.kg-1.j-1).*

5. Pourcentage des patients avec assistance nutritionnelle artificielle recevant au 5éme jour postopératoire les apports protéiques requis, c'est-à-dire entre 1,2 et 1,6 g.kg-1.j-1 de protéines, par rapport au nombre total de patients recevant une assistance nutritionnelle artificielle ; de la même façon, peut être calculé le pourcentage de patients recevant des apports protéiques clairement insuffisants *(< 1 g.kg-1.j-1)* ou trop élevés *(> 2 g.kg-1.j-1).*

6. Pourcentage de stratégies nutritionnelles définies en préopératoire et respectées en postopératoire : cela correspond au nombre de patients pour lesquels une décision préopératoire de mise en place d'une assistance nutritionnelle postopératoire est respectée sur le nombre de patients évalués.