



*Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme
Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs
Société Française d'Anesthésie Réanimation*

Référentiel de pratiques professionnelles

PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE PRÉOPÉRATOIRE

2011

Membres du groupe de travail :

Georges Romero romerog@lyon.fnclcc.fr, Catherine Paugham-Burtz, Patrick Bachmann, Bruno Badinand

Membres du groupe de lecture :

• Experts du thème :

Comité Educationnel et de Pratique Clinique de la SFNEP : Corinne Bouteloup, Esther Guex, Noel Peretti, André Petit, Didier Quilliot, Ronan Thibault.

• Experts de la méthode :

Commission Scientifique EPP du CFAR (Président Pr P.M. Mertes)

nota bene : les membres du CSEPP notés () 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)
Pr. Catherine PAUGAM (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)

Membres du groupe test

Dr Patrick BACHMANN (Médecin anesthésiste, CRLCC L. Bérard-LYON)
Dr Bruno BADINAND (Médecin anesthésiste, Centre hospitalier St Luc-St Joseph-LYON)
Dr Agnès HAMDANI (Médecin anesthésiste, Centre O. Lambret-LILLE)
Dr Laure HERMITE (Médecin anesthésiste, Centre G.F. Leclerc-DIJON)
Dr Mme Jocelyne MEURIC (Coordonnateur du DISSPO, Institut Curie- PARIS)
Dr Martine PRESSOIR (Médecin anesthésiste, Institut Cl. Regaud-TOULOUSE)

PREFACE

La dénutrition s'accompagne d'une atteinte fonctionnelle organique et en particulier immunitaire. Il en résulte après chirurgie, chez le sujet dénutri, un risque accru de morbidité, de mortalité, d'augmentation de la durée de séjour et des coûts. Les recommandations de pratiques cliniques sur la nutrition péri-opératoire SFAR-SFNEP 2010⁽¹⁾ actualisent la conférence de consensus de 1994 sur la nutrition artificielle péri-opératoire⁽²⁾. Cette actualisation étend son champ d'application à la prise en charge nutritionnelle globale (alimentation orale et assistance nutritionnelle) et à des cas particuliers non traités en 1994 (sujet âgé, obèse, diabétique par exemple).

La fréquence de la dénutrition avant chirurgie varie en fonction des antécédents et de la pathologie.

La prise en charge péri-opératoire est pluri professionnelle associant anesthésistes et chirurgiens en particulier. La chirurgie majeure aggrave l'état nutritionnel de la plupart des patients. Lorsqu'elle porte sur les voies digestives, elle retentit de façon prolongée sur l'alimentation.

De plus, la chirurgie est fréquemment une étape de la prise en charge d'une maladie chronique ; Par exemple en oncologie, la chirurgie est souvent associée à d'autres traitements (chimiothérapie, radiothérapie) dont l'efficacité dépend de la conservation d'un bon état nutritionnel.

Bien qu'il existe des recommandations, celles-ci ne suffisent pas toujours à améliorer de manière significative la prise en charge des patients⁽³⁾. C'est dans ce contexte qu'il est apparu nécessaire d'élaborer un référentiel EPP sur le dépistage, le diagnostic de la dénutrition et la prise en charge nutritionnelle péri-opératoire.

Ce document propose des critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques (CEAP) issus des recommandations éditées par la SFAR et la SFNEP. Il se limite volontairement à la phase préopératoire en raison du grand nombre de critères issus des recommandations. La prise en charge concernant la période postopératoire fera l'objet d'un autre référentiel.

1. CHAMBRIER C., SZTARK F. 2010 Nutrition Clinique et Métabolisme, 24: 145-56

2. SFAR, SFNEP, ANDEM 1995 Perioperative artificial nutrition for elective adult surgery: consensus conference Paris, - recommandations. Ann Fr Anesth Reanim 14(Suppl 2):7-16

3. LANOIR D., CHAMBRIER C., et al. Perioperative artificial nutrition in elective surgery: an impact study of French guidelines. 1998 Clinical Nutrition 17:153-157

Ce programme d'EPP comporte deux parties. Une première partie organisationnelle, évalue l'état des moyens mis en place, dans le secteur de soins évalué. Une 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 formelles d'experts françaises éditées par la SFNEP et la SFAR.

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 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 ».

Nathan N, Conférence d'actualisation. Recommandation SFAR : règles de jeûnes préopératoires en chirurgie programmée. Congrès SFAR, 2007 ; 013-026.

III. CIBLE PROFESSIONNELLE

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

IV. PATIENTS CONCERNES

Patients candidats à une chirurgie programmée

V. UTILISATION DES CRITERES D'EVALUATION ET D'AMELIORATION DES PRATIQUES :

« *L'évaluation des pratiques professionnelles (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 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, etc.). 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'Evaluation des Pratiques Professionnelles (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.

1. Planifier :

une démarche AQ et des critères sont choisis

2. Faire :

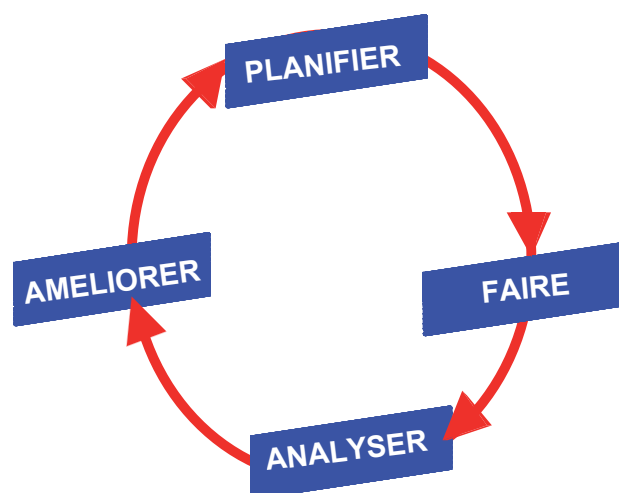
la démarche AQ est mise en œuvre

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'Evaluation / 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.

Note : A la fin de ce document se trouve un **exemple de grille d'audit** reprenant ces critères ainsi qu'une aide aux réponses (annexe 1).

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 préopératoire, 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 **Staff-EPP** : lors d'une revue de dossiers sur le thème de la prise en charge nutritionnelle préopératoire 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 préopératoire 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, etc.

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 clinique etc.

VI. OBJECTIFS DE QUALITE

A. Structurer le diagnostic de la dénutrition et la prise en charge nutritionnelle préopératoire

- Mettre en place des protocoles ou procédures concernant le dépistage, l'évaluation et la prise en charge nutritionnelle préopératoire (critère 1)
- Organiser la disponibilité des matériels nécessaires à l'évaluation de l'état nutritionnel des patients candidats à la chirurgie et des outils nécessaires à la traçabilité du risque nutritionnel dans le dossier du patient (critères 1 & 2)

B. Organiser la prise en charge nutritionnelle préopératoire

- Améliorer le dépistage du risque nutritionnel et le diagnostic de dénutrition préopératoire (critères 3, 4, 5, 6)
- Améliorer les indications de prise en charge nutritionnelle (critères 7, 9, 10, 11, 12)
- Améliorer la qualité de prise en charge (critères 7, 8, 9, 10, 11, 12)
- Réduire le risque de jeûne de durée inadaptée avant chirurgie (critère 9)
- Améliorer le taux de prescription préopératoire d'immunonutrition avant chirurgie gastro-intestinale du cancer (critère 8)

VII. SELECTION DES ITEMS PARI LES RECOMMANDATIONS

Les items suivants ont été retenus comme les plus pertinents compte tenu des objectifs de qualité de prise en charge nutritionnelle préopératoire.

1. Les facteurs pouvant induire une dénutrition doivent être recherchés.
2. Tout patient présentant au moins un facteur de risque de dénutrition doit bénéficier d'une évaluation de son état nutritionnel.
3. L'évaluation nutritionnelle doit comporter la mesure du poids actuel, l'estimation de la perte de poids (volontaire ou non) par rapport au poids habituel et le calcul de l'IMC.
4. En cas de chirurgie majeure, la mesure de l'albuminémie en préopératoire est recommandée.
5. Un patient est considéré à risque de dénutrition s'il présente au moins un des facteurs de risque de dénutrition.
6. Un patient est considéré comme présentant une dénutrition cliniquement pertinente s'il présente un ou plusieurs des critères cliniques ou biologiques suivant :
 - un IMC \leq 18,5 ou un IMC $<$ 21 chez le sujet de plus de 70 ans
 - ou une perte de poids récente d'au moins 10%
 - ou une albuminémie $<$ 30 g/l indépendamment de la CRP
7. Il faut probablement prendre en compte à la fois l'état nutritionnel, les différents facteurs de risque de dénutrition périopératoire et le risque lié à l'acte chirurgical, c'est pourquoi une stratification du risque global est proposée et doit être utilisée (grade nutritionnel : GN).
8. Organisation, planification et traçabilité : Une recherche systématique des facteurs de risque de dénutrition et, si nécessaire, une évaluation de l'état nutritionnel du patient doivent être réalisées en préopératoire par l'équipe médicochirurgicale.
9. Il faut intégrer les résultats de l'évaluation nutritionnelle et du risque nutritionnel dans le dossier du patient.
10. Dans le rapport de la consultation préopératoire, la stratification du grade nutritionnel (GN) doit être mentionnée.

11. Tout patient de grade nutritionnel 2 ou 3 doit probablement bénéficier d'une prise en charge nutritionnelle préopératoire, sous forme de conseils diététiques et compléments nutritionnels oraux (pour les patients GN2), compléments nutritionnels, nutrition entérale ou parentérale (pour les patients GN 3).
12. Tout patient de grade nutritionnel 4 (GN4) doit recevoir une assistance nutritionnelle préopératoire (nutrition entérale ou parentérale) d'au moins 7 à 10 jours.
13. Lorsqu'une assistance nutritionnelle préopératoire est indiquée, la nutrition entérale est à privilégier chez tout patient dont le tube digestif est fonctionnel ; dans ce cas la nutrition parentérale n'est pas recommandée.
14. La prise en charge nutritionnelle postopératoire doit être anticipée et le bilan préopératoire doit permettre de prévoir le type d'assistance nutritionnelle et la voie d'abord qui sera utilisée.
15. Chez les patients sans risque de régurgitation, programmés pour une chirurgie au plus tôt en fin de matinée, la durée du jeûne préopératoire n'est pas excessive : jusqu'à 2 à 3 heures avant la chirurgie pour les liquides « clairs » et jusqu'à 6 heures pour un repas léger.
16. En chirurgie digestive oncologique programmée, que le patient soit dénutri ou non, il est recommandé de prescrire en préopératoire pendant 5 à 7 jours, un mélange nutritif utilisable par voie digestive contenant une association de pharmanutriments ayant fait la preuve de son efficacité dans des études cliniques.

ANNEXE 1 : EXEMPLE D'INDICATEURS A SUIVRE AU SEIN D'UN ETABLISSEMENT AYANT MIS EN PLACE UNE PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE PREOPERATOIRE.

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 (http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_438156).

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 évaluation nutritionnelle préopératoire avec un grade nutritionnel défini et tracé dans le dossier :

Correspond au nombre de patient pour lequel on retrouve une trace du Grade Nutritionnel dans le dossier, par rapport au nombre total des patients opérés dans le secteur évalué.

2. Pourcentage des patients pour lesquels les règles de jeûne ont été respectées :

Correspond au nombre de patients programmés en fin de matinée au plus tôt et dont les délais minimum de jeûne pour les liquides clairs et des solides ont été respectés, par rapport au nombre total de ces patients.

3. Pourcentage de prescription d'immunonutrition préopératoire :

Correspond au nombre de patient ayant eu une prescription d'immunonutrition préopératoire retrouvée dans le dossier par rapport au nombre total des patients programmés pour une chirurgie carcinologique digestive.

4. Pourcentage des patients GN 4 ayant bénéficié d'une prise en charge nutritionnelle :

Nombre de patient ayant une assistance nutritionnelle préopératoire d'au moins 7 à 10 jours administrée, sous forme de nutrition entérale ou de nutrition parentérale, par rapport au nombre total de patients GN 4.