

# Prise en charge nutritionnelle d'une malnutrition chronique en phase postopératoire

Présentation : X. Hébuterne

Experts : D. Lescut, E. Lerebours,

Modérateur : J Cosnes

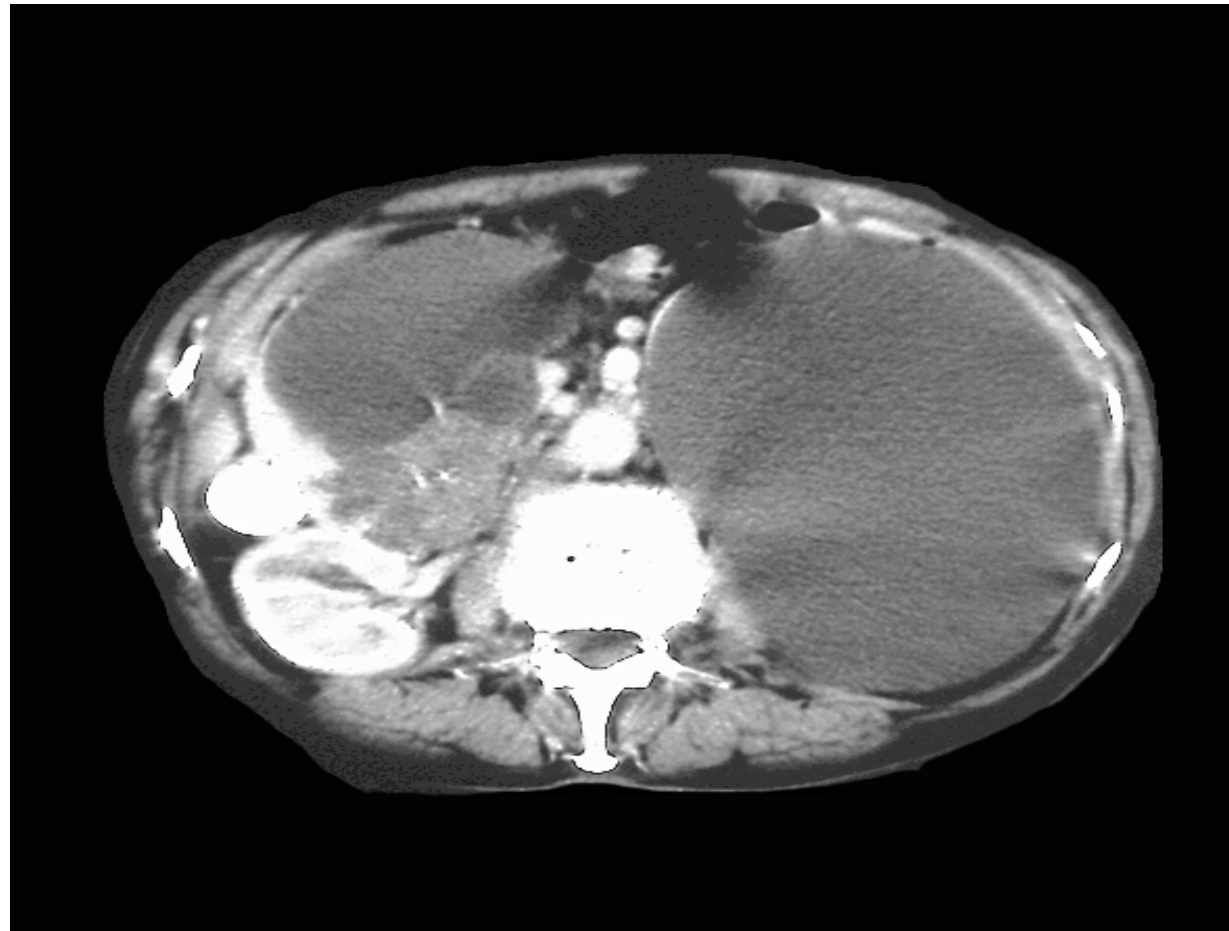
# Histoire clinique initiale

- Femme 79 ans, très entourée, autonome
- ATCD: Hypothyroïdie substituée et bien équilibrée par Lévothyrox
- Depuis plusieurs mois sensation de pesanteur épigastrique
- Amaigrissement progressif de 5 kg en trois mois

# Examen clinique

- Masse abdominale de localisation épigastrique sensible à la palpation
- TA 130/80, température 37°2
- Taille : 1m65, poids : 54 kg (poids habituel 59 kg), IMC : 19.8 kg/m<sup>2</sup>
- Examen cardio-respiratoire normal
- Pas d'œdèmes, pas d'ascite

# Examen TDM de l'abdomen



# Bilan de la masse en milieu chirurgical

- Echoendoscopie : volumineuse masse kystique développée aux dépens de la tête et du corps du pancréas associée à un kyste du rein gauche
- Marqueurs tumoraux négatifs
- Doute diagnostic entre un cystadénome séreux ou mucineux (carcinome) et un pseudo-kyste de PCC
- Décision d'intervention

# Bilan biologique pré-opératoire

- Hb : 8,1 mmol/L
- Leucocytes : 9,2.10<sup>9</sup>/L
- Plaquettes : 223.10<sup>9</sup>/L
- TP : 85%
- Na : 142 mmol/L
- K : 4,2 mmol/L
- Cl : 103 mmol/L
- Créatinine : 76 mmol/L
- Glycémie 4,3 mmol/L
- Protidémie : 73 g/L
- Albuminémie 41 g/L
- CRP : 5 mg/L
- ASAT : 14 UI/L
- ALAT : 6 UI/L
- Amylase : 54 UI/L
- Lipase : 66 UI/L

# Consultation pré-anesthésiologique

- Bon état général malgré la perte récente de 5 kg
- Pas de tabagisme ni de prise d'alcool
- Pas de tares majeures
- Pas d'allergie connue
- Biologie normale
- Rx Thoracique : RAS
- ECG : hémibloc antérieur droit
- ASA II

## Question 1

En pré-opératoire, vous auriez proposé :

- A. Pas prise en charge nutritionnelle
- B. Une nutrition entérale
- C. Une nutrition parentérale
- D. Une supplémentation nutritionnelle orale à domicile

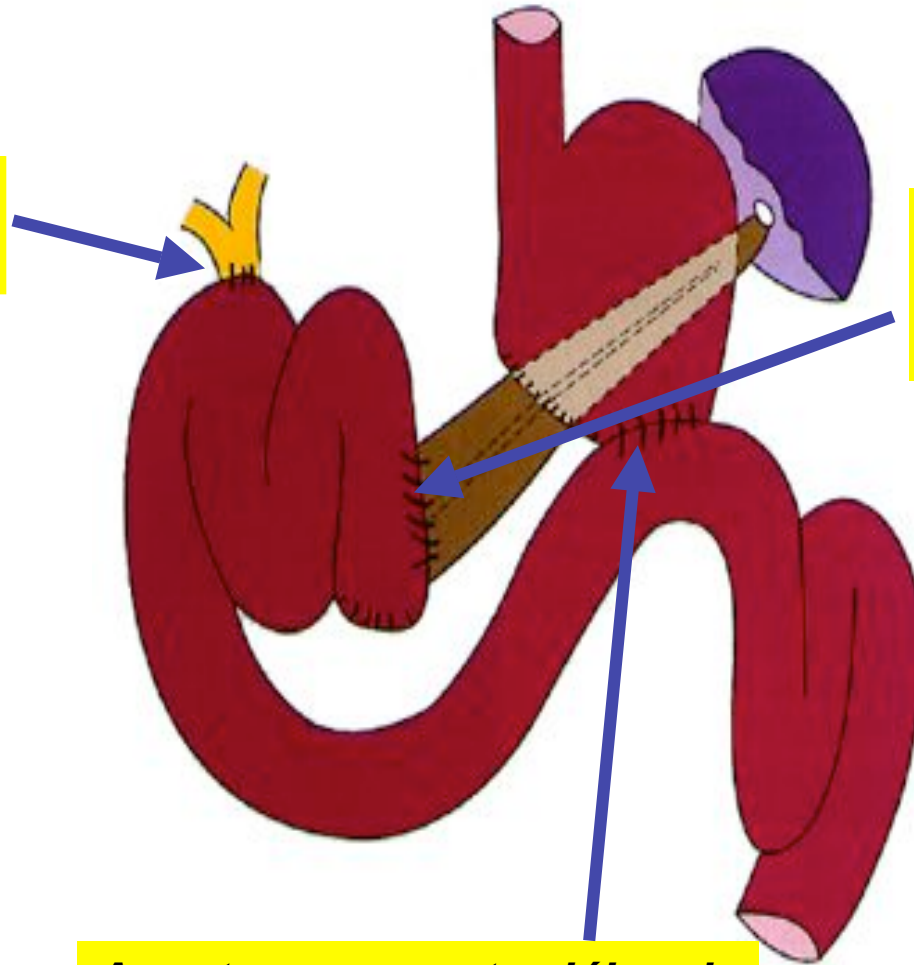


# Intervention chirurgicale

- Volumineux kyste polaire du rein gauche qui est réséqué
- Volumineux kyste de la tête du pancréas communiquant avec le canal de wirsung
- Duodéno-pancréatectomie céphalique

# Montage chirurgical

**Anastomose  
bilio-jéjunale**



**Anastomose pancréatico-  
jéjunale sur la paroi  
du kyste**

**Anastomose gastro-jéjunale**

# Résultats anatomopathologiques

- Kyste rénal banal
- Pièce de DPC : tumeur bénigne céphalique de 5 x 4,5 x 4 cm, composée de kystes à contenu séreux, séparés par de fines cloisons.
- Conclusion: Cystadénome séreux microkystique bénin

## Question 2

**En post-opératoire immédiat vous auriez proposé :**

- A.** Pas de nutrition artificielle
- B.** Une nutrition parentérale
- C.** Une nutrition entérale
- D.** Une supplémentation nutritionnelle par voie orale

# Suites opératoires

- J0-J3 : STC postopératoires, pas de complication, support nutritif par voie parentérale (2200 kcal/10 g d'azote)
- Somatostatine 300 µg/J en S/C jusqu'à J7
- Reprise du transit à J5 (diarrhée)
- Clampage de la SNG à J5
- Reprise progressive de l'alimentation orale à J6
- Aucune complication infectieuse pariétale ou digestive
- Sortie à J15 pour une maison de repos

# Statut nutritionnel à la sortie

- Poids corporel : 48 kg (54 kg avant l'intervention)
- Albuminémie : 27 g/L (44 g/L avant l'intervention)
- Ingesta spontanés faibles non évalués
- Diarrhée d'allure graisseuse (5 à 6 selles/j)
- Immodium : 3 gélules/jour
- Régime de sortie : fibres tendres

# Consultation 3 mois après l'intervention

- Asthénie majeure, fatigabilité musculaire, dyspnée d'effort
- Oedèmes des membres inférieurs remontant dans les lombes
- Diarrhée graisseuse (stéatorrhée : 35 g/24h)
- Anorexie (ingesta spontanés : 750 kcal/j)
- Poids corporel : 55 kg (54 kg avant l'intervention, 48 kg à la sortie)
- Albumine plasmatique : 18,5 g/L (44 g/L avant l'intervention, 27 g/L à la sortie)
- CRP : 5 mg/L

## Question 3

**A ce stade : que proposeriez-vous ?**

- A.** Une prise en charge diététique à domicile associant :
- Extraits pancréatiques
  - Polyvitamines
  - Supplémentation orale
- B.** Hospitalisation de la malade pour une nutrition entérale
- C.** Hospitalisation de la malade pour une nutrition parentérale



## Question 4

**Vous hospitalisez la malade pour une nutrition entérale, quelle modalité choisissez-vous ?**

- A.** Nutrition entérale par sonde naso-gastrique
- B.** Nutrition entérale par gastrostomie percutanée endoscopique
- C.** Nutrition entérale par sonde naso-jéjunale
- D.** Nutrition entérale par jéjunostomie chirurgicale

## Question 5

# Comment administrez-vous la nutrition entérale ?

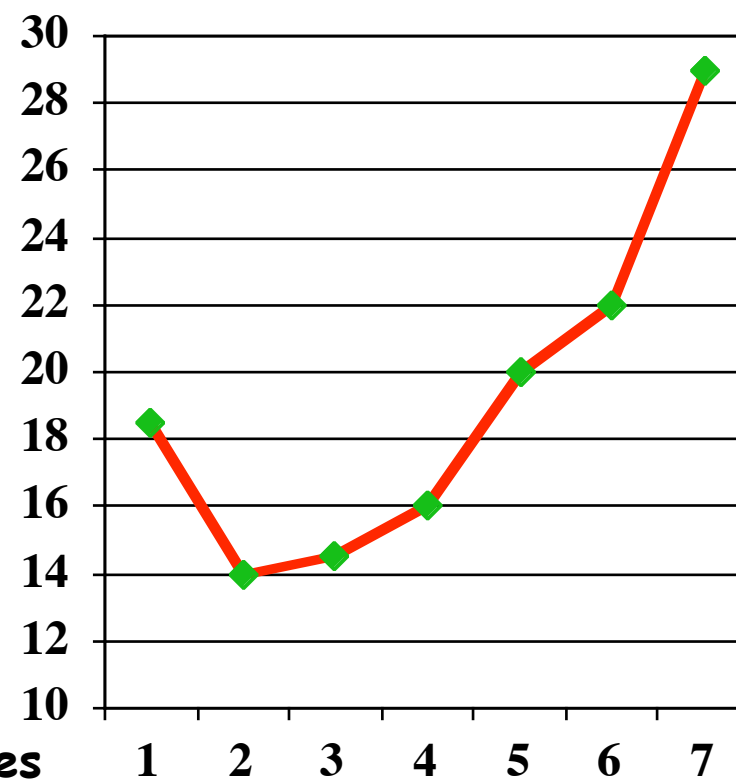
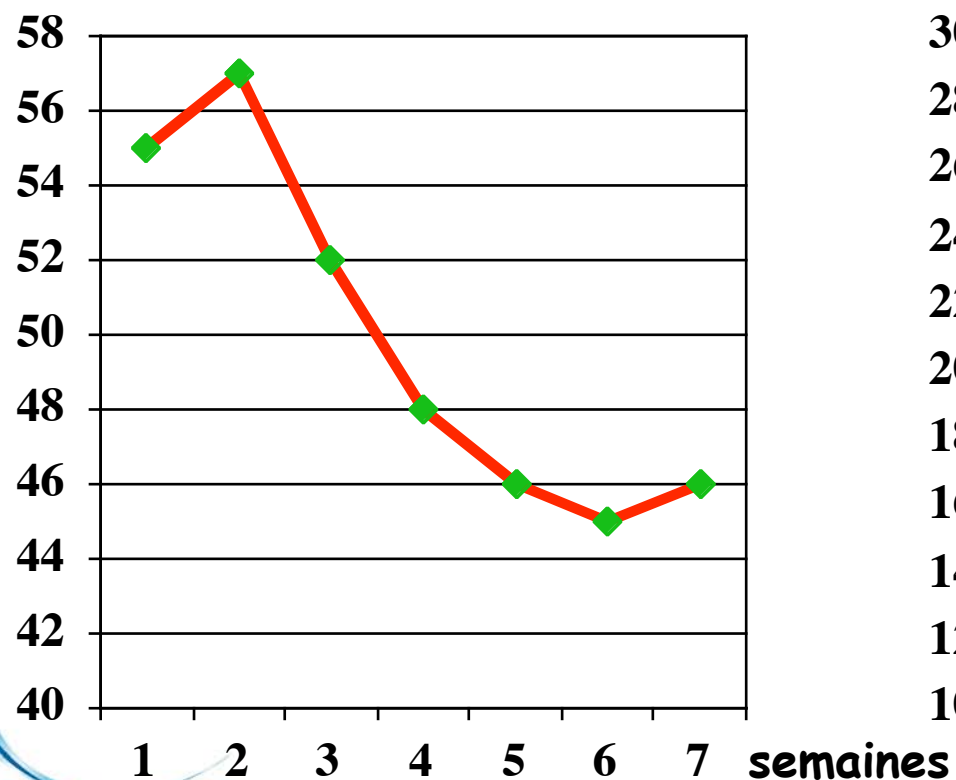
- A. Apport continu exclusif sur 24 heures à la pompe
- B. Apport continu non-exclusif sur 24 heures à la pompe
- C. Apport continu non-exclusif sur 14 heures nocturnes à la pompe
- D. Apport en trois bolus de deux heures

## Question 6

Parmi les mélanges nutritifs dont vous disposez dans votre hôpital, lequel choisiriez-vous ?

	Type de mélange	Apport énergétique	Protides	Lipides	Glucides
<b>A</b>	Polymérique sans fibre	1,00 kcal/ml	15 % (38 g/L)	30 % (TCM 35 %)	55 %
<b>B</b>	Polymérique sans fibre	1,33 kcal/ml	20 % (68 g/L)	35 % (TCM 46 %)	45 %
<b>C</b>	Polymérique avec fibres	1,25 kcal/ml	20 % (63 g/L)	35 % (TCM 0 %)	45 %
<b>D</b>	Semi-élémentaire	1,30 kcal/ml	20 % (65 g/L)	35 % (TCM 37 %)	45 %
<b>E</b>	+ Arginine, ARN, omega3	1,01 kcal/ml	22 % (56 g/L)	25 % (TCM 21 %)	53 %

# Evolution nutritionnelle en sept semaines d'alimentation entérale



# Situation après sept semaines de nutrition entérale

- Etat général médiocre
- Asthénie persistante
- Poids 46 kg, Taille : 1m65
- Ingesta spontanés : 600 kcal/j
- IMC : 16,9 kg/m<sup>2</sup>
- Oedèmes malléolaires
- Albuminémie : 29 g/L
- Stéatorrhée : 40 g/24 h

## Question 7

### Que proposez-vous ?

- A. Poursuite de la nutrition entérale à l'hôpital
- B. Prise en charge diététique à domicile avec suppléments oraux, vitaminiques et extraits pancréatiques
- C. Mise en place d'une gastrotomie et poursuite de la nutrition entérale à domicile
- D. Mise en nutrition parentérale

# Epilogue

- **GPE a posée sans problème, poursuite de la nutrition entérale à domicile**
- **Amélioration nutritionnelle lente et progressive (poids 48 kg, albumine 30 g/L après un an de NEAD)**
- **Les ingesta restent inférieurs à 1000 kcal/j, la malabsorption est toujours importante**
- **Une tentative de sevrage de la NEAD s'est soldée par un échec**
- **On remplace la GPE par un bouton de gastrostomie**
- **On poursuit la NEAD (apports : 1500 kcal/jours 6 jours sur 7) sur 12 heures nocturnes**