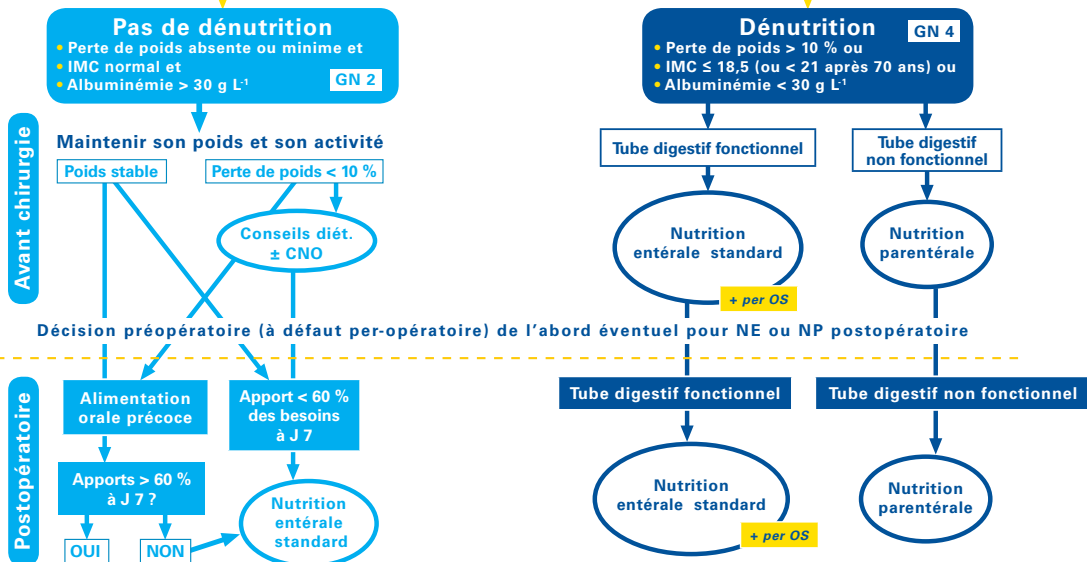
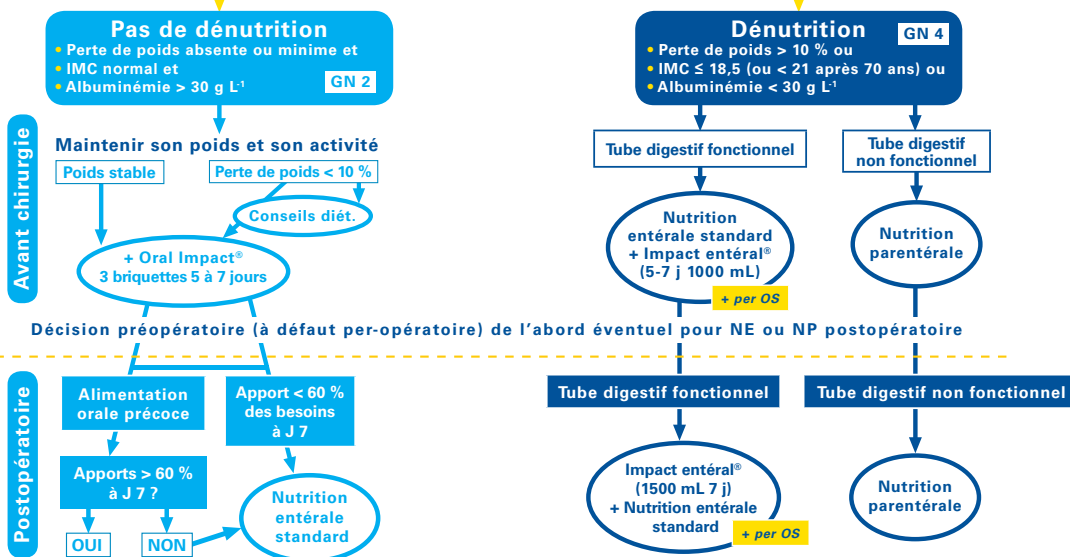


Chirurgie avec risque élevé de morbidité



Chirurgie gastro-intestinale du cancer



Prise en charge nutritionnelle périopératoire

- ▶ en cas de chirurgie avec ou sans risque élevé de morbidité et selon l'état nutritionnel du patient
- ▶ en cas de chirurgie gastro-intestinale du cancer

- Selon les recommandations péri-opératoires⁽¹⁾ la prise en charge préopératoire de la dénutrition permettait de **réduire le risque supplémentaire** généré par celle-ci. Il est, pour ces raisons, indispensable de connaître les facteurs de risques et les critères diagnostiques de la dénutrition afin de la dépister et de la prendre en charge pour améliorer le pronostic et les suites postopératoires.

1. C. Chambrier, F. Sztark. Recommandations de bonnes pratiques cliniques sur la nutrition péri-opératoire. Actualisation 2010 de la conférence de consensus de 1994 sur la « Nutrition artificielle péri-opératoire en chirurgie programmée de l'adulte ». Nutrition Clinique et Métabolisme. 2010;24:145-56.

Évaluation du grade nutritionnel du patient

GRADE NUTRITIONNEL 1 (GN 1)	Patient non dénutri ET chirurgie sans risque élevé de morbidité ET pas de facteur de risque de dénutrition
GRADE NUTRITIONNEL 2 (GN 2)	Patient non dénutri ET présence d'au moins un facteur de risque de dénutrition OU chirurgie avec risque élevé de morbidité
GRADE NUTRITIONNEL 3 (GN 3)	Patient dénutri ET chirurgie sans risque élevé de morbidité
GRADE NUTRITIONNEL 4 (GN 4)	Patient dénutri ET chirurgie à risque élevé de morbidité

Critères de dénutrition (GN 3 et 4) :

- Perte de poids récente > 10 %
- IMC ≤ 18,5 (ou < 21 au delà de 70 ans)
- Albumine < 30 g/L

Facteurs de risque liés au patient (comorbidités)
Âge > 70 ans
Cancer
Hémopathie maligne
Sepsis
Pathologies chroniques Digestive, diabète, insuffisance d'organe, pathologie neuromusculaire et polyhandicap, syndrome inflammatoire
VIH/SIDA
Antécédent de chirurgie digestive majeure (grêle court, pancréatectomie, gastrectomie, chirurgie bariatrique)
Syndrome dépressif, troubles cognitifs, démence, syndrome confusionnel
Symptômes persistants Dysphagie, nausée-vomissement-sensation de satiété précoce, douleur, diarrhée, dyspnée
Facteurs de risques liés à un traitement (traitement à risque)
Traitement à visée carcinologique (chimiothérapie, radiothérapie)
Corticothérapie > 1 mois
Polymédication > 5

Prise en charge nutritionnelle en fonction du GN

	GN 1	GN 2	GN 3	GN 4
AVANT		Conseillés	Conseillés	Non suffisant
			Si CNO insuffisant ou dénutrition très sévère	doit être mise en place au moins 7 à 10 jours
			SI TD NON FONCTIONNEL	SI TD NON FONCTIONNEL
APRÈS	Réalimentation précoce	Réalimentation précoce	Réalimentation précoce	Réalimentation précoce
	Assistance nutritionnelle si apports alimentaires postopératoires < 60 % des besoins X 7 jours.		Support nutritionnel : dès les 24 premières heures	Poursuite de la nutrition entérale + glutamine* ± ω3
	NUTRITION PARENTERALE UNIQUEMENT SI TD NON FONCTIONNEL ou si besoins non couverts en NE au 7 ^e jour			

CNO : compléments nutritionnels oraux ; TD : tube digestif

*Glutamine 0,2 à 0,4 g kg⁻¹ j⁻¹ en cas de complication post-opératoire majeure ou d'agression sévère