

JOURNEES CLAN 2025
OPTIMISATION NUTRITIONNELLE PERIPORATOIRE EN
CHIRURGIE DIGESTIVE

Pr E. GIRARD (Chirurgien Digestif), Dr M. DUPUIS (Anesthésiste)



PLAN :

Une prise en charge globale: la préhabilitation

Contexte

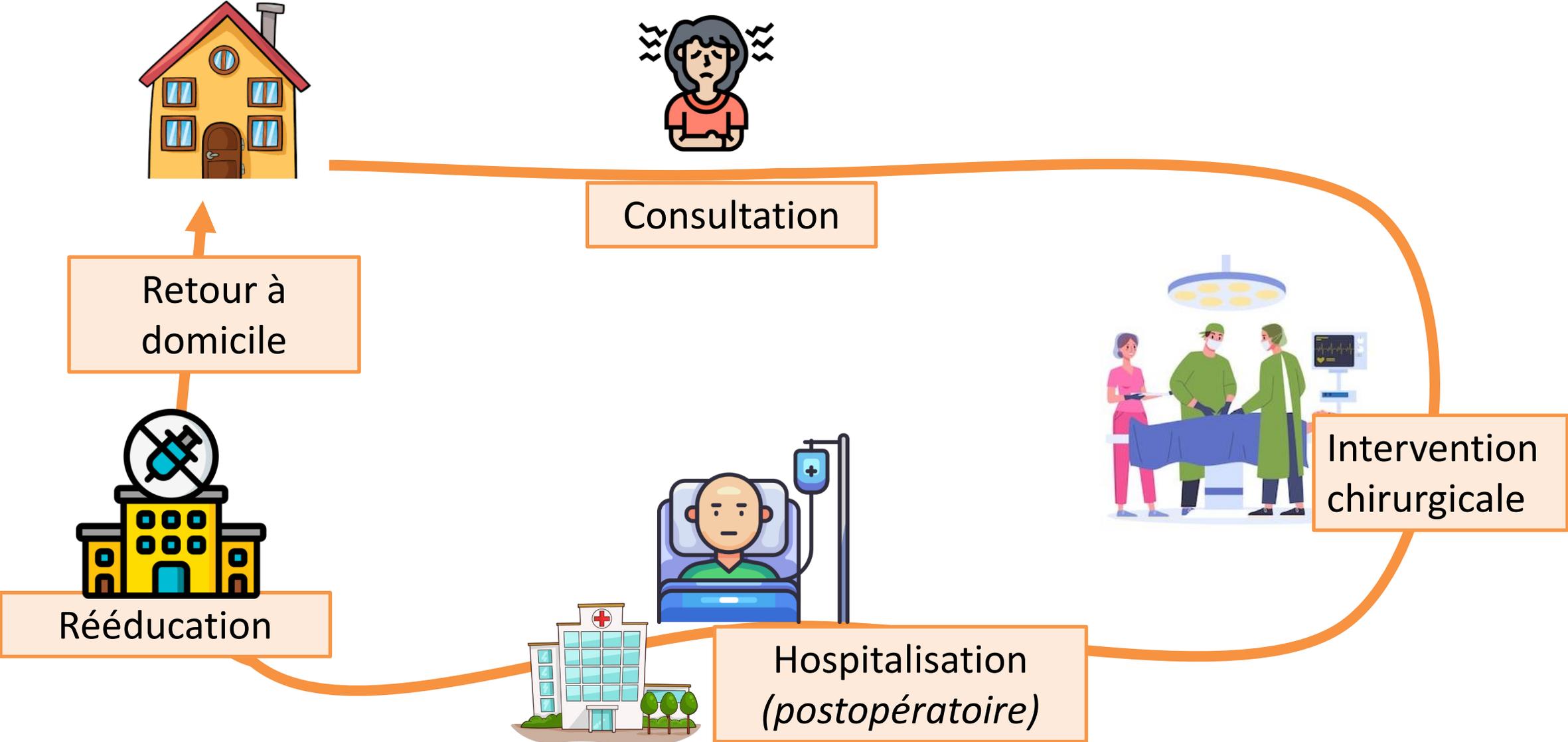
Protocolisation locale: dépistage et prise en charge préopératoire

Protocolisation locale : prise en charge postopératoire

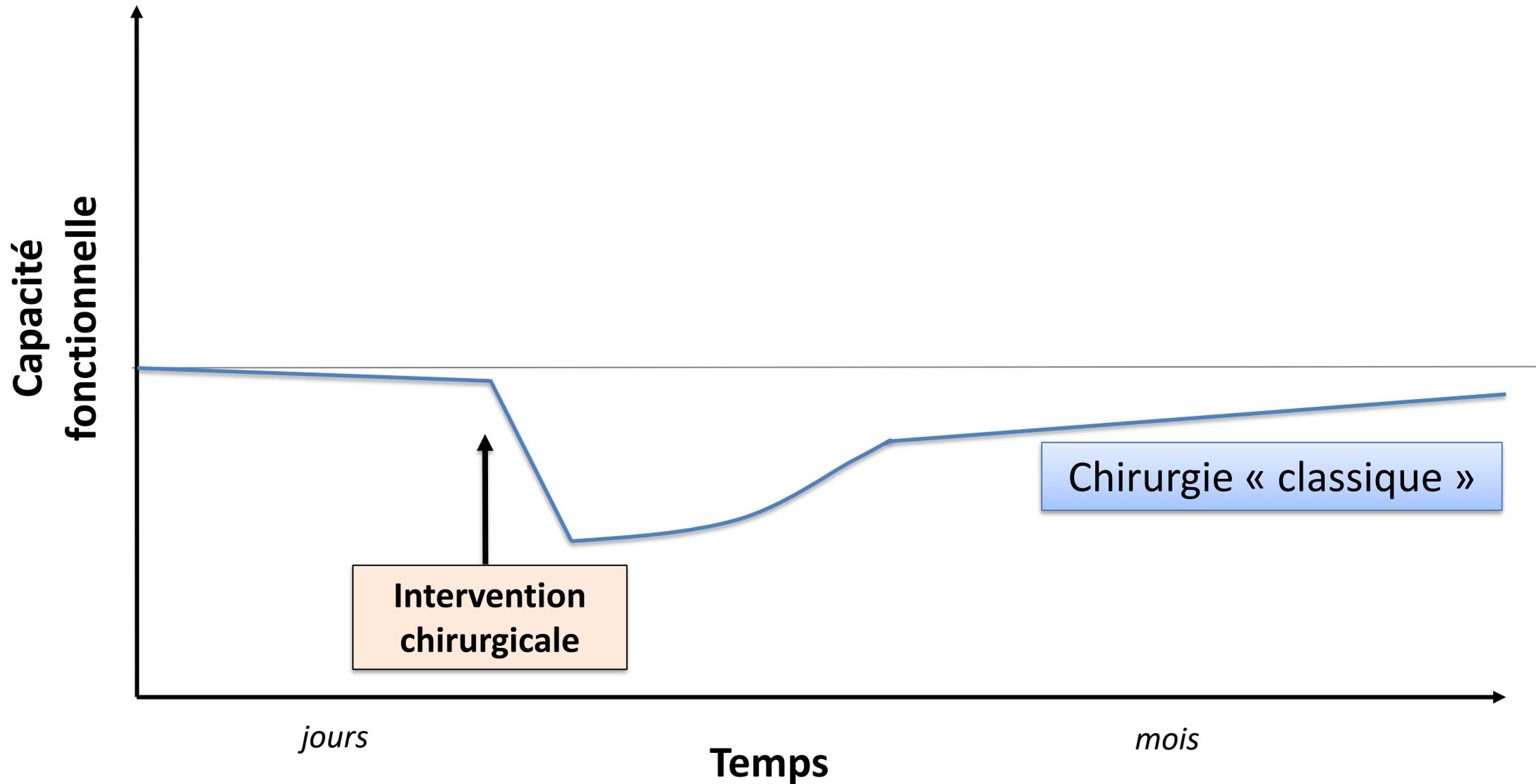
Exemple : Cas clinique, Monsieur H, 75ans

- Ictère avec prurit depuis 1 semaine.
- Épigastralgies depuis plusieurs semaines + perte d'appétit
Douleurs abdominales, anorexie, nausées, satiété précoce, diarrhées...
- 63kg - 1m65 (poids de forme à 70kg). Il note une fonte musculaire
- Biologie :
 - bilirubine totale : 85 (70 de conjuguée)
 - ASAT 5N, ALAT 10N

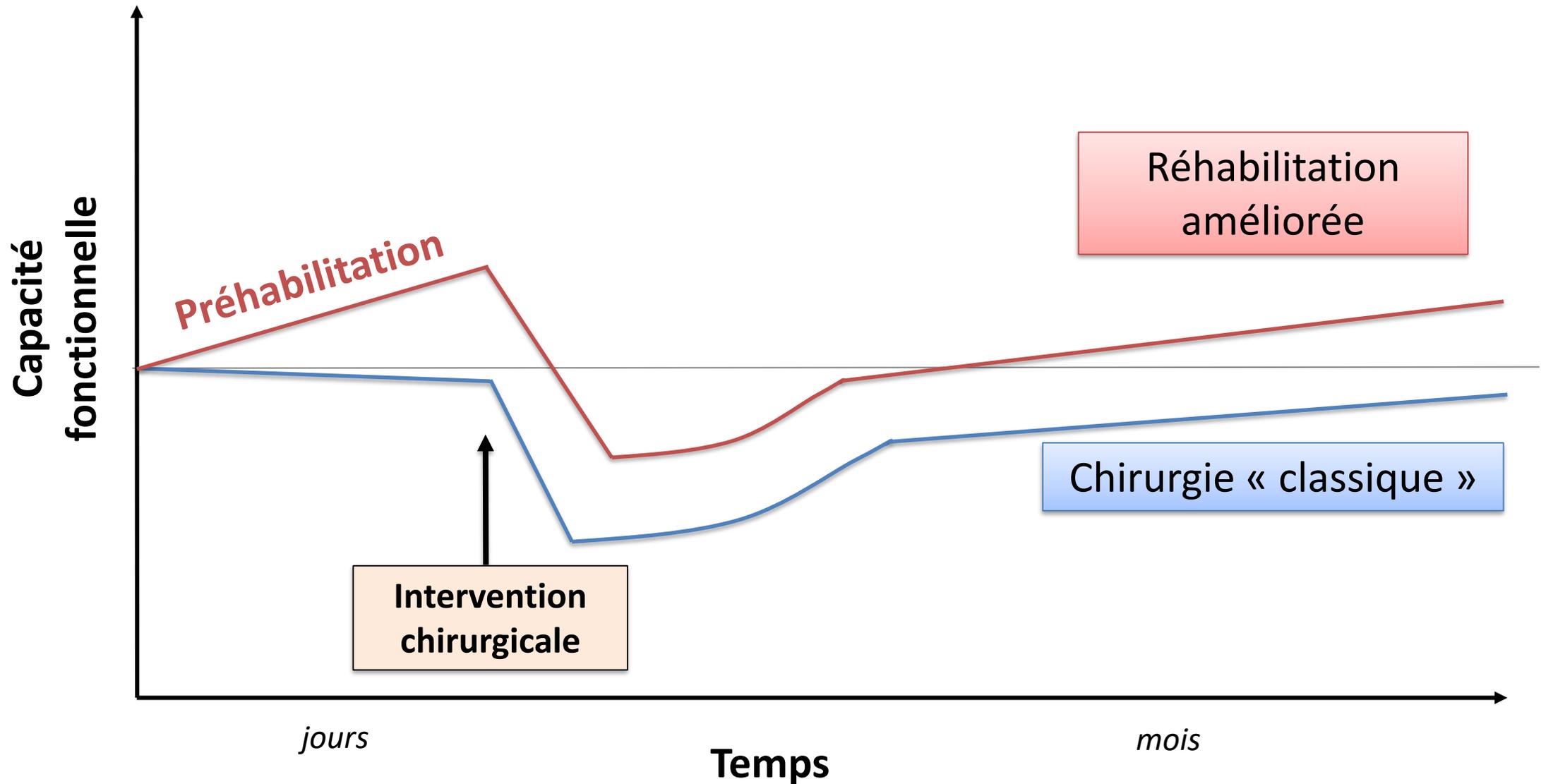
Contexte : Parcours de soins



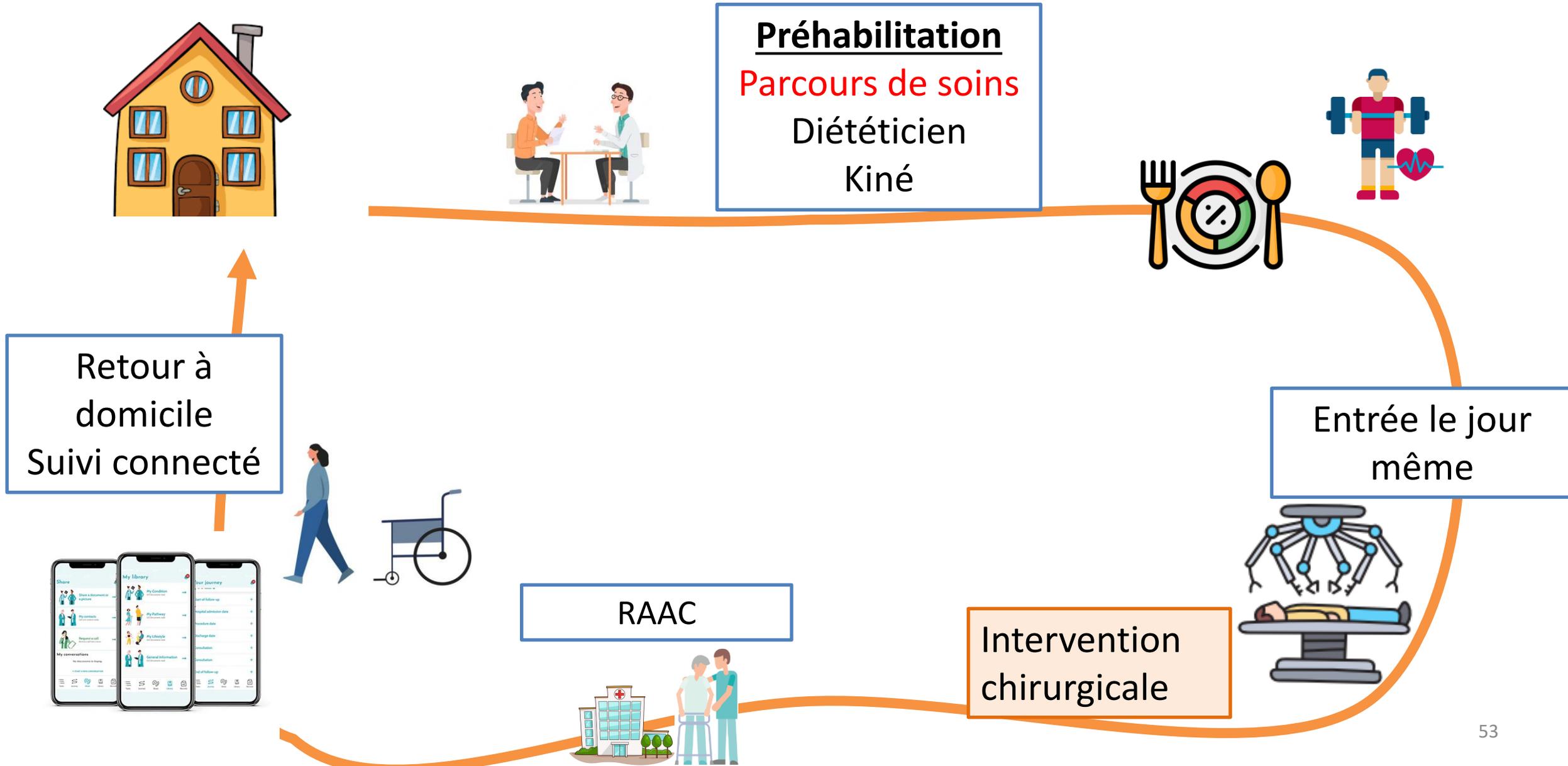
Contexte : Récupération des capacités fonctionnelles



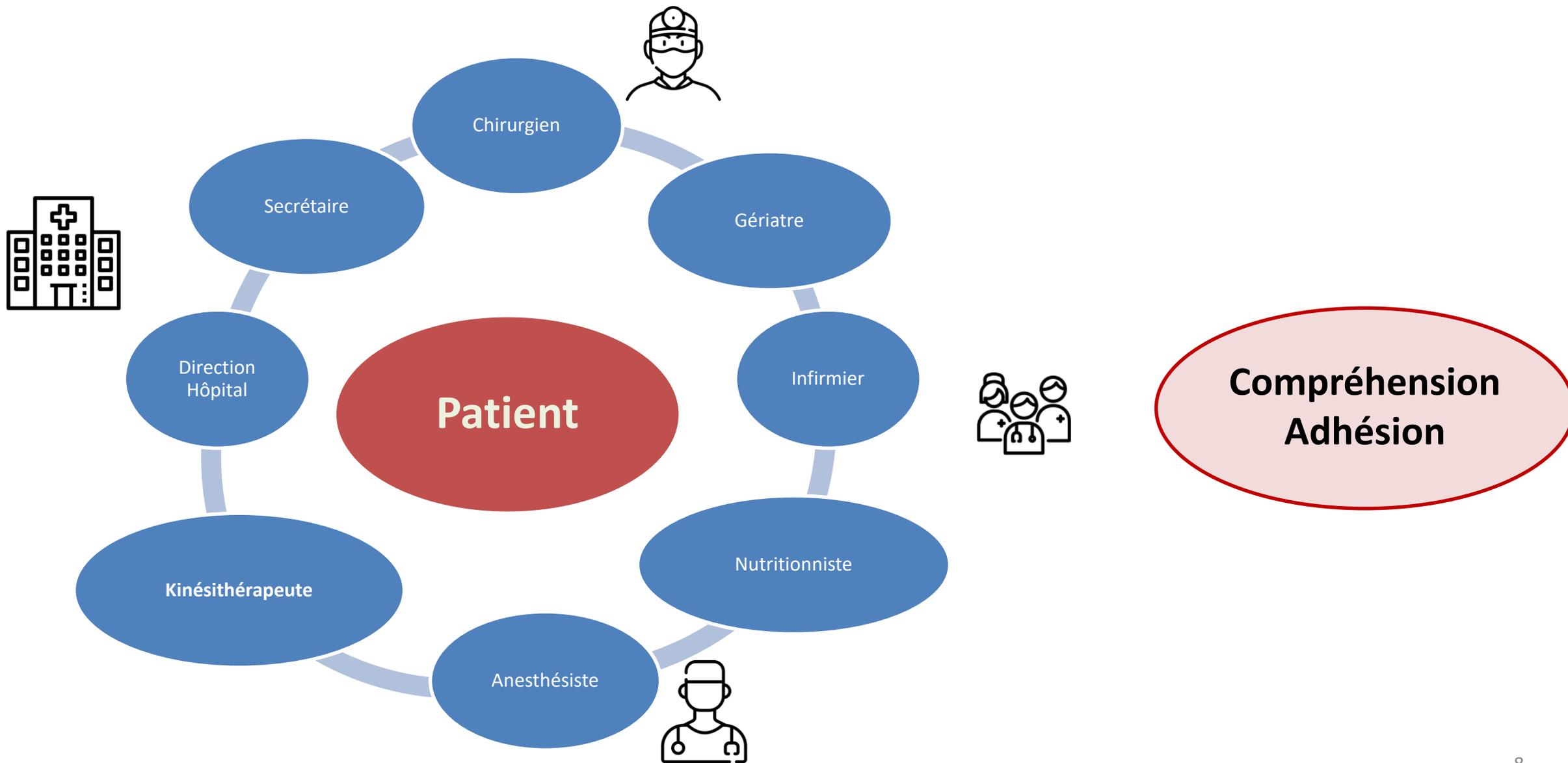
Contexte : Récupération des capacités fonctionnelles



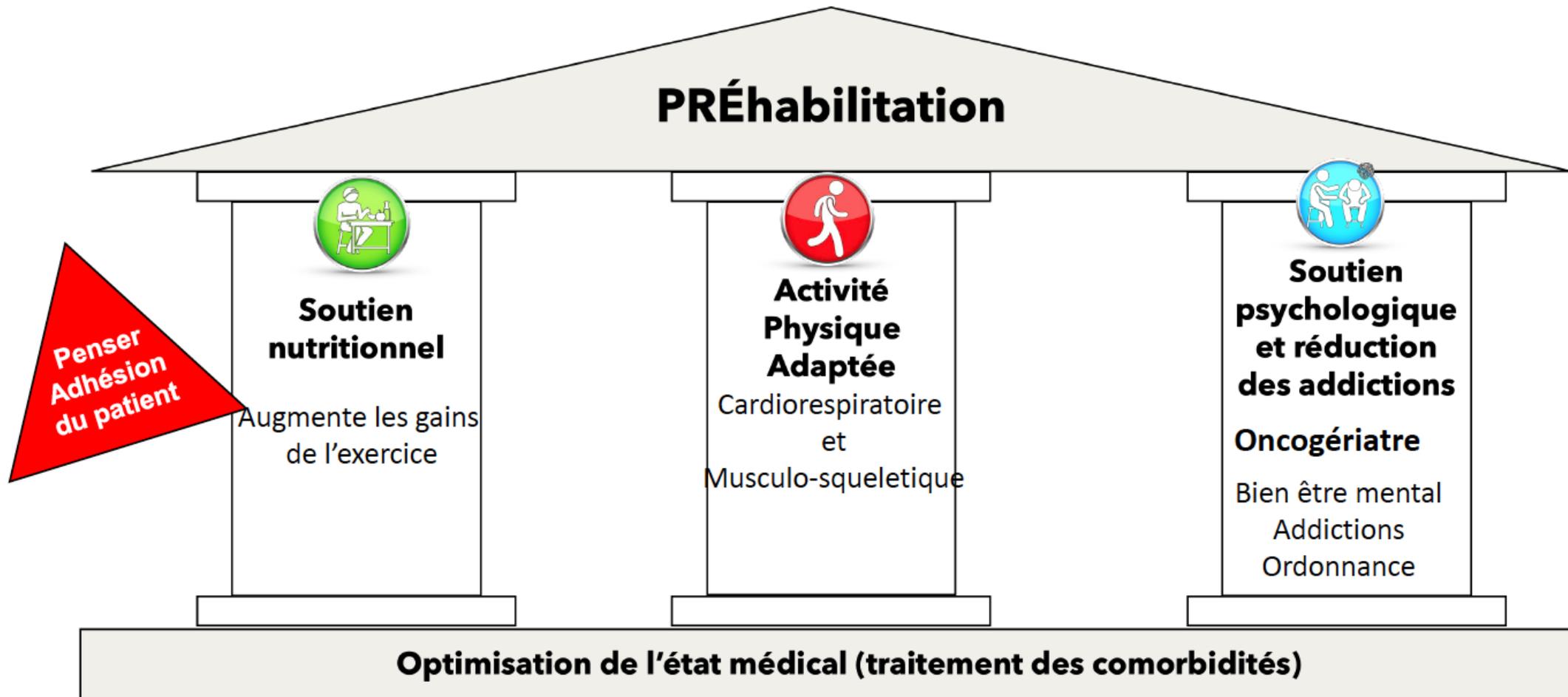
Contexte : Nouveau parcours de soins



Contexte : Prise en charge multidisciplinaire et multidimodale

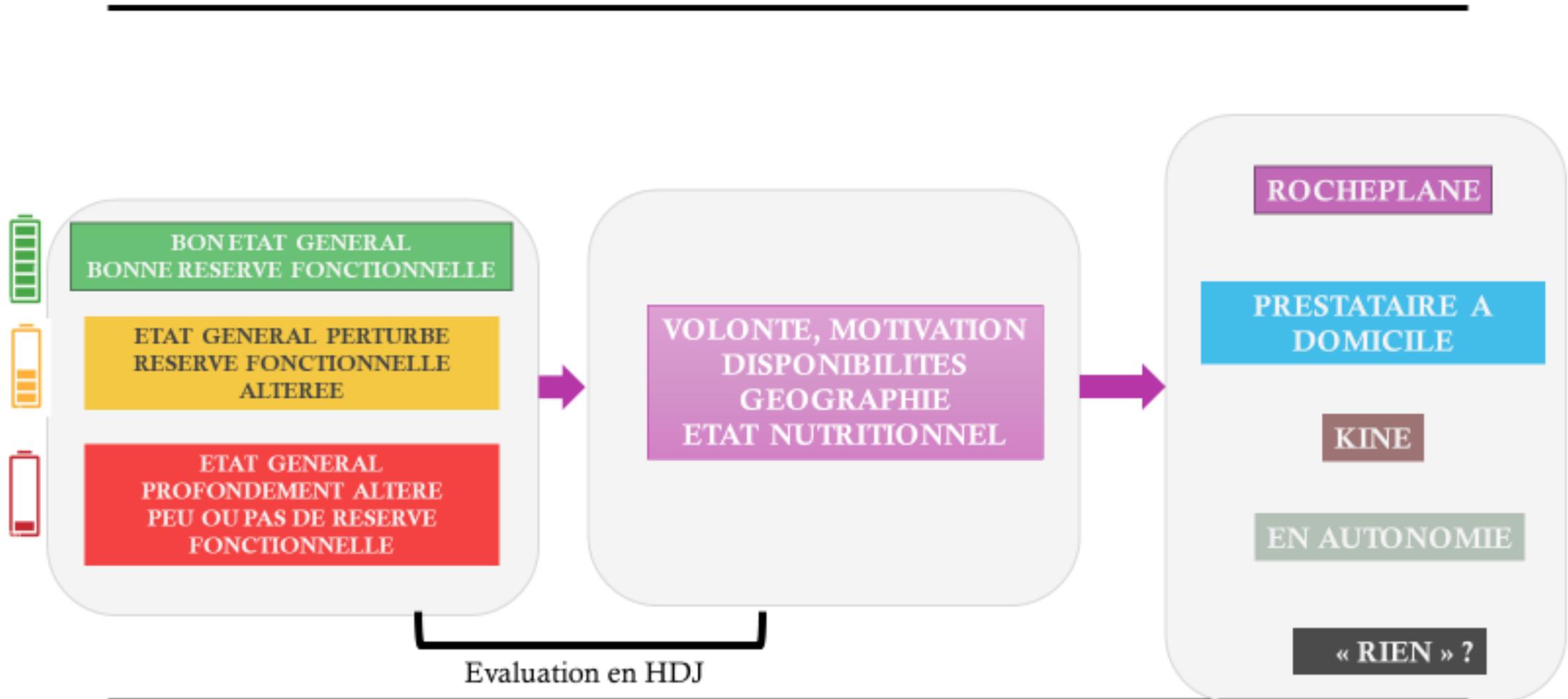


Contexte : Hôpital de jour de pré-habilitation



Evaluation du risque opératoire
Correction anémie, diabète, HTA, etc...

Contexte : orientation des patients avant chirurgie



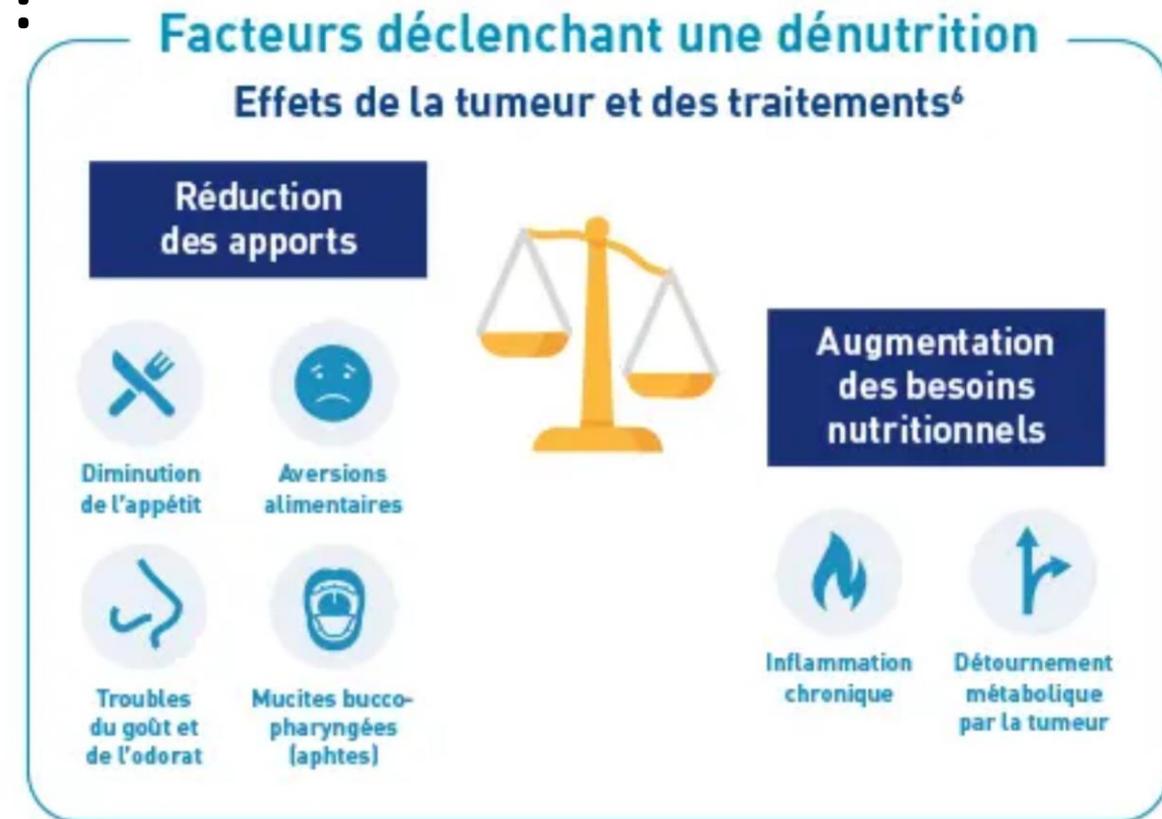
CONTEXTE : LE PATIENT DE CHIRURGIE MAJEURE PROGRAMMÉE

Critères étiologiques de dénutrition (HAS) :

- ⇒ MCI ou néoplasie +/- chimiothérapie
- ⇒ Défaut apport et/ou absorption fréquent
- ⇒ Comorbidités associées fréquentes
- ⇒ Et chirurgies majeures : GN2 voir GN4

Stratification du risque nutritionnel.

GN 1	Patient non dénutri et pas de facteur de risque de dénutrition et chirurgie sans risque élevé de morbidité
GN 2	Patient non dénutri et présence d'au moins un facteur de risque de dénutrition ou chirurgie à risque élevé de morbidité
GN 3	Patient dénutri et chirurgie sans risque élevé de morbidité
GN 4	Patient dénutri et chirurgie à risque élevé de morbidité



CONTEXTE : DÉNUTRITION PREOPERATOIRE

Dénutrition + chirurgie majeure

↘ Résultats oncologiques

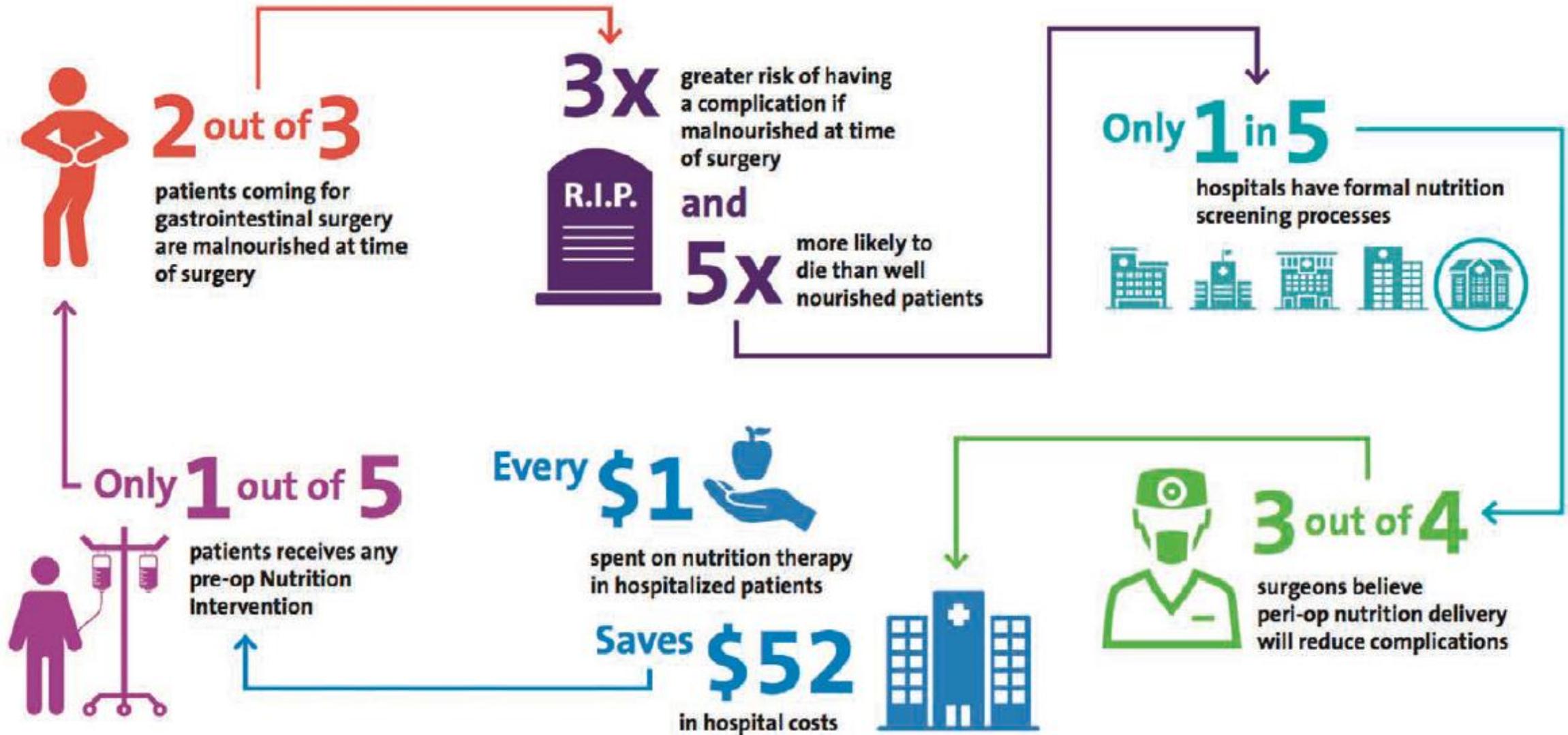
↗ Morbidité (*Fistule anastomotique*)

- **Nutrition préopératoire :**

- Division des infections de site opératoire par 2 à 3.
- Réduction de la durée d'hospitalisation de 0,5 à 3,5j.
- - 50% des réadmissions a J30
- Réduction des coûts

Et peu de complications!

CONTEXTE : EPIDEMIOLOGIE



PROTOCOLISATION LOCALE, DÉPISTAGE :



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Diagnostic de la dénutrition chez l'enfant, l'adulte, et la personne de 70 ans et plus

Novembre 2021



CS CHIR/ANESTH :



≥ 1 critère étiologique:

-Rations < 50% sur 7j OU toute baisse ≥ 14j

Et/ou

-Maladie chronique ou défaut absorption (MICI)

Et/ou

-Cancer

≥1 critère morphologique :

**-Perte poids > 5% /1mois
ou >10% vs avant maladie**

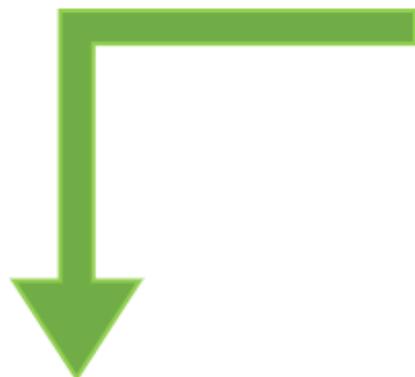
Et/ou

-IMC < 18.5 (22 si >70ans)

Et/ou

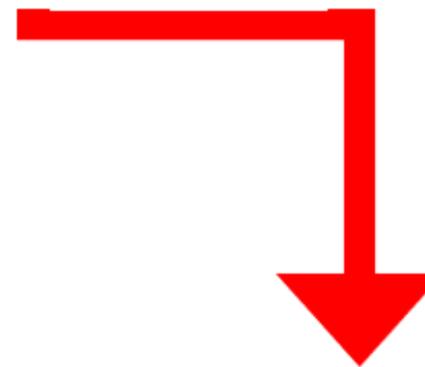
-Handgrip < 26 (M) ou 16 (F)

NON



GN2

OUI



GN4

PRISE EN CHARGE PRÉOPÉRATOIRE : IMMUNONUTRITION?

major cancer surgery (B). There is currently no clear evidence for the sole use of these formulas enriched with immunonutrients vs. standard oral nutritional supplements (ONS) in the preoperative period (0).

Grade of recommendation B/0 – consensus (89% agreement)



March 2021 ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery

ERAS[®]
2023

Non recommandé

Probst BJS 2017



PROTOCOLISATION LOCALE, PRISE EN CHARGE PRÉOPÉRATOIRE :

PRELOAD

Recommendation

In order to reduce perioperative discomfort including anxiety oral preoperative carbohydrate treatment (instead of overnight fasting, the night before and 2 h before surgery) should be administered (B). To impact postoperative insulin resistance and LOS, preoperative carbohydrates can be considered in patients undergoing major surgery (O).

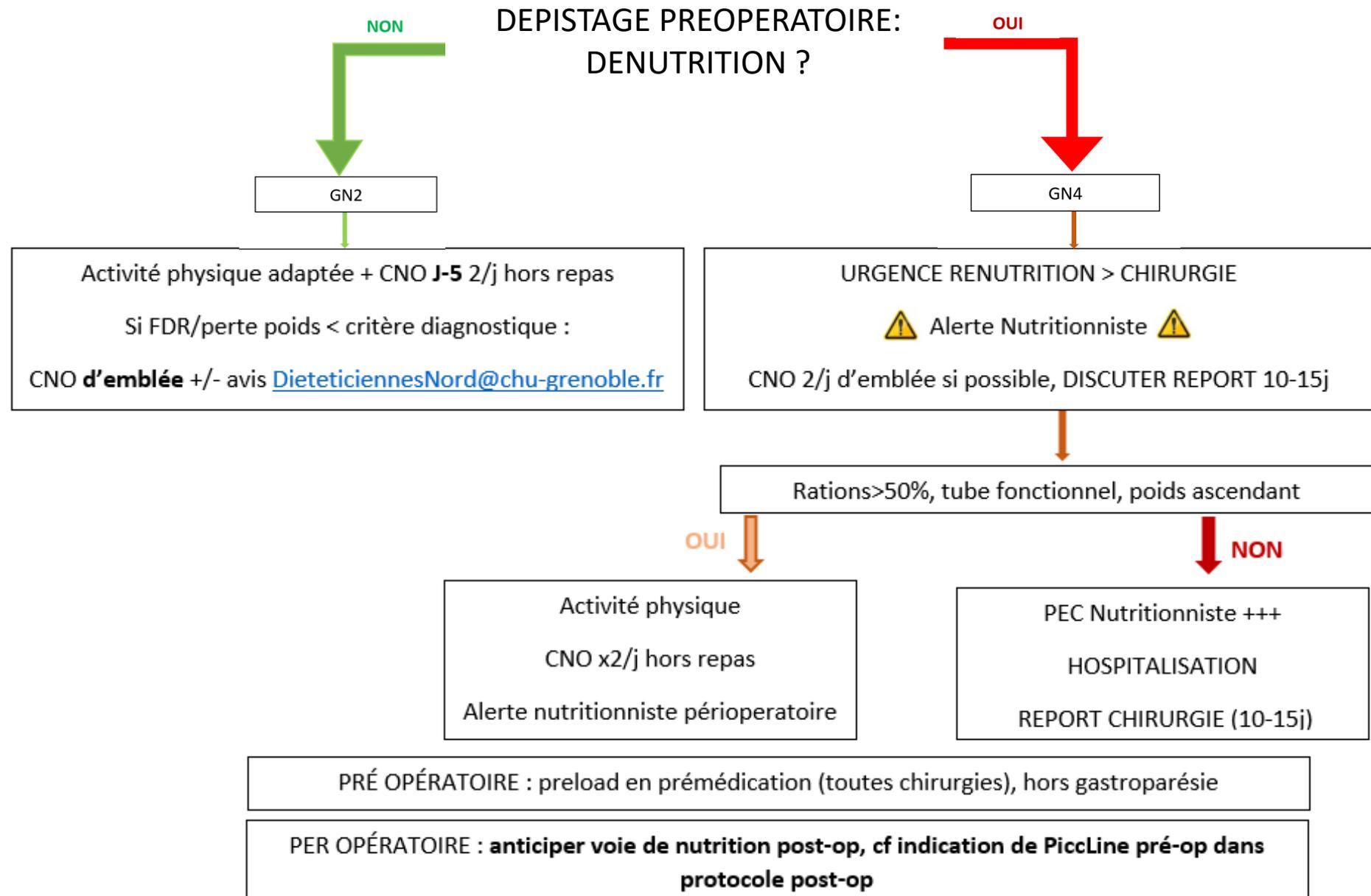
Grade of recommendation B/O – strong consensus (100% agreement)



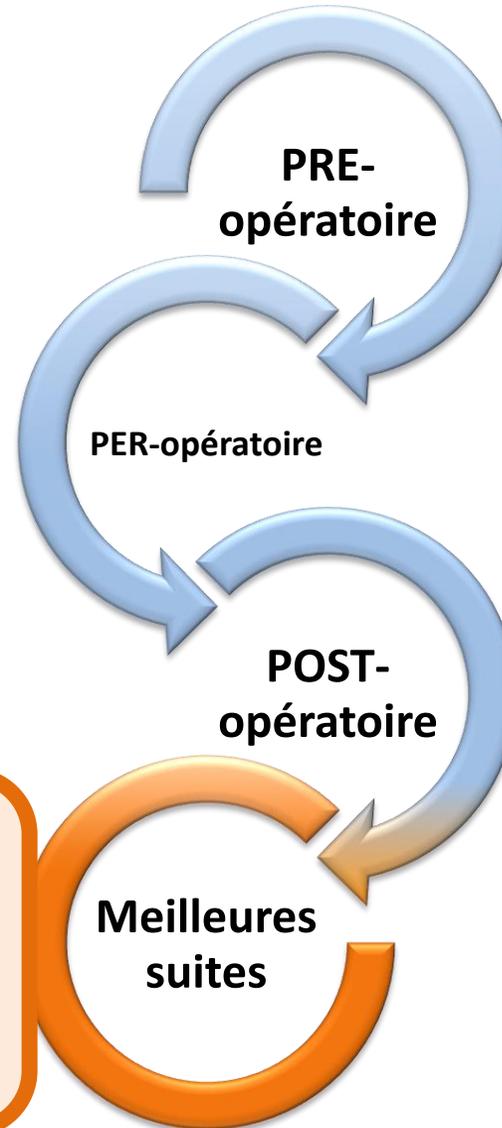
March 2021 ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery



PROTOCOLISATION LOCALE, ALGORITHME PRÉOPÉRATOIRE :



Prise en charge multidisciplinaire



- Chirurgie mini-invasive
- Analgésie multi-modale
- Apports liquidiens adaptés
- **Réalimentation précoce**
- Lever précoce & mobilisation
- Retrait précoce des cathéters

↗ Satisfaction du patient
↘ Morbidité postopératoire
↘ Durée d'hospitalisation
Meilleure utilisation des ressources

RECOMMANDATIONS POSTOPÉRATOIRES:

Tout venant:

Boissons et traitement per os en salle de réveil,
Réalimentation dès retour en chambre (grade A, accord fort), hors CI chirurgicale.

Voie d'abord anticipée si risque impossibilité per os J5 ou <50% cible J7,
dans ces cas, initier la prise en charge sans délais (GPP accord fort).



March 2021 ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery

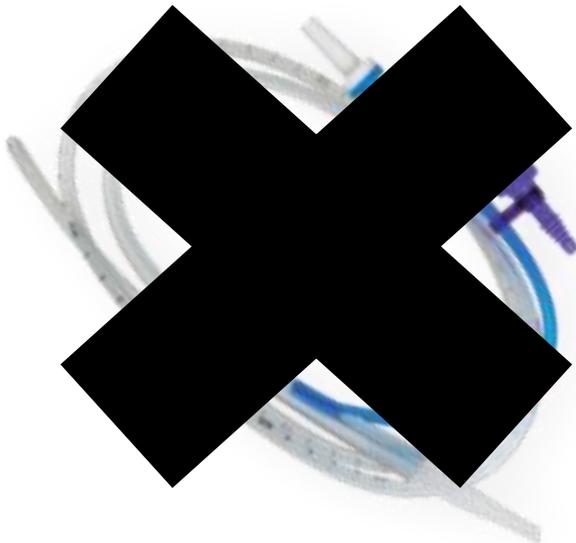
RECOMMANDATIONS POSTOPÉRATOIRES:

Nutrition artificielle :

La SNJ doit être envisagée pour toutes les chirurgies majeures gastrointestinales et pancréatiques (grade B, accord fort).

Initiation de la nutrition entérale <24h post opératoire, (grade A, accord fort).

Méthode « start low go slow » (20ml/h la nuit, puis majoration selon tolérance).



March 2021 ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery



PROTOCOLISATION LOCALE POSTOPÉRATOIRE :

Définition multidisciplinaire des chirurgies à risque (« J5-7 ») :



Oesophage

VVC droite
SNJ nutrition fin ITV
NE 250ml/12h J0-3

Real 1 J0 confort
Mobilisation J0
Stratégie nut J3

FOIE MAJEUR

VVC
SNJ nutrition fin ITV
NE 250ml/12h J0-3

Real 1 J0 confort
Mobilisation J0
Stratégie nut J3



Estomac

PAC sinon,
Picline préop
NE 250ml/12h J0-3

Real 1 J0 confort
Mobilisation J0
Stratégie nut J3

DPC/T *

Picline préop
SNJ nutrition fin ITV
NE 250ml/12h J0-3

Real 1 J0 confort
Mobilisation J0
Stratégie nut J3

Cystectomies

Picline préop
-Cancer: SNG nut
NE 250ml/12h J0-3
-Neuro: NPE J0

Real 1 J0 confort
Mobilisation J0
Stratégie nut J3

PROTOCOLISATION LOCALE POSTOPÉRATOIRE : LE J 3

JAMA Surgery | Original Investigation

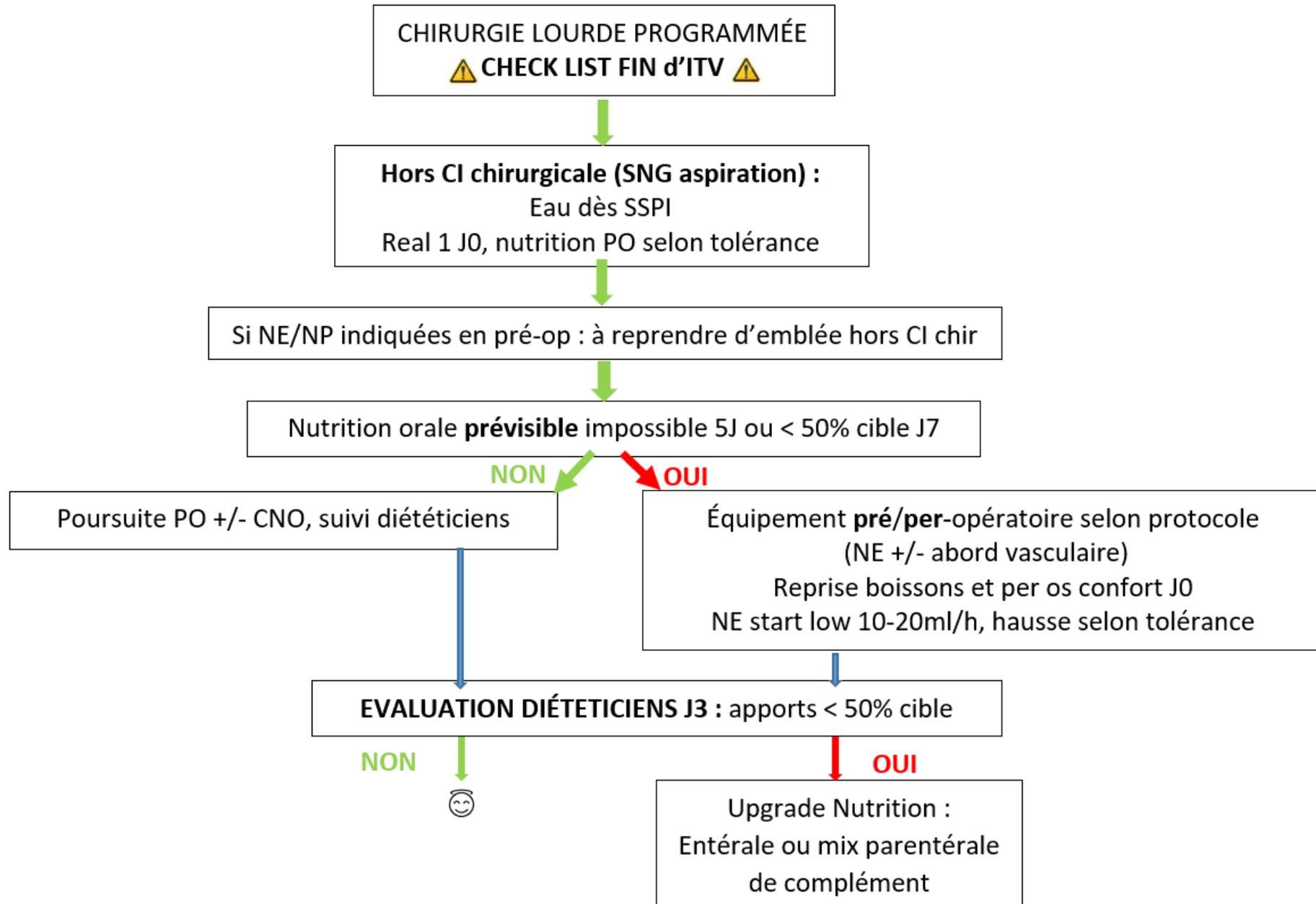
Effect of Early vs Late Supplemental Parenteral Nutrition
in Patients Undergoing Abdominal Surgery
A Randomized Clinical Trial

Délais introduction nutrition Mix NE/IVSE:

Table 2. Primary and Secondary Clinical Outcomes During the Intervention and Follow-up^a

Outcome	E-SPN (n = 115)	L-SPN (n = 114)	Absolute difference (95% CI)	P value
Primary outcome				
Infectious complications	10 (8.7)	21 (18.4)	9.7 (0.9 to 18.5)	.04
Major infectious				
Pneumonia	5 (4.3)	11 (9.6)	8.8 (0.7 to 17.0)	.04
Abdominal infection	1 (0.9)	4 (3.5)		
Septic shock	0 (0.0)	2 (1.8)		
Bloodstream infection	2 (1.7)	1 (0.9)		

PROTOCOLISATION LOCALE, ALGORITHME POSTOPÉRATOIRE :

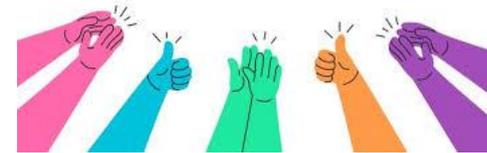


ANALYSE DE PRATIQUES (janvier 25 CHUGA) :

Qualité d'application du protocole post opératoire:

Equipement adapté en sortie de bloc (analyse en cours)

Evaluation des apports par diététicien.ne.s J3-5-7 100%



Effectifs trop restreints pour information sur œsophage, estomac et cystectomies oncologiques.

Chirurgie	Equipement peropératoire	50% d'apport J7 (PO+NE)	inhalation
DPC/T	5/8	6/8	0 (0%)
Hépatectomies majeures	0/10	2/10	0 (0%)



CONCLUSION :

UNE APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRE

Chirurgiens, Anesthésistes, Nutritionnistes et Diététicien.ne.s.

Dynamique d'équipe transversale, partenariats de recherche, optimisation pratiques :

Aide au screening préopératoire : outil ODIASP

Pr C BERTY, Drs ZORIO, DUPUIS, L. MALLIERE (DES-AR soutenance 08/04)

Analyse des pratiques de service pour optimisation des prises en charge post opératoires

Pr C BETRY, Drs CHOBERT, ZORIO, DUPUIS, E. CARNINO (DES-EDN),

Diététicien.ne.s V CULAND, C NEVEU, J NIVAIN,

Intégré dans l'approche globale de réhabilitation accélérée :

Cardiologique et respiratoire, psychologique, optimisation masse sanguine, analgésie...

infirmières de coordination, HDJ +/- service de Soins Médicaux et Réadaptation (Rocheplane)



MERCI POUR VOTRE ATTENTION,
DES QUESTIONS?

