

Management périopératoire

Intolérance alimentaire et déficits nutritionnels



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

AFFILIÉ À  UNIVERSITÉ
LAVAL

Dre Odette Lescelleur
Md, FRCS(c)

Objectif

Démystifier l'intolérance alimentaire
précoce suite à une chirurgie
bariatrique

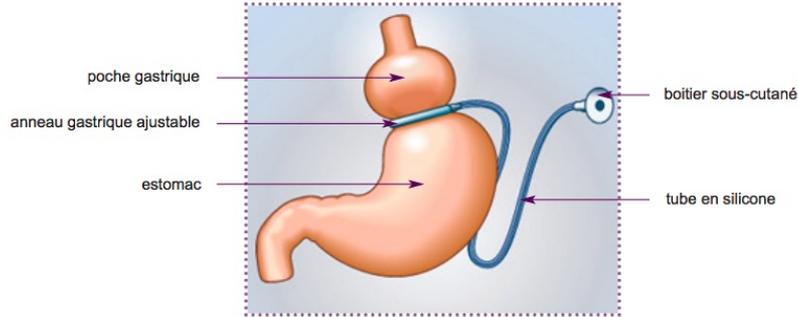


INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

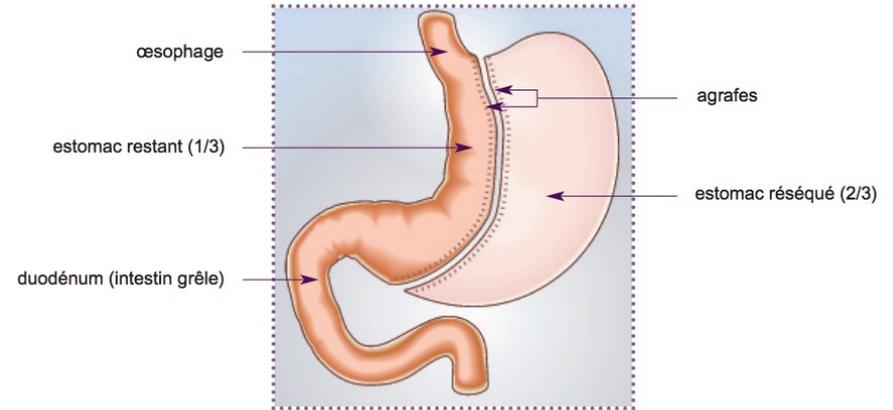
AFFILIÉ À  UNIVERSITÉ
LAVAL

Principales chirurgies bariatriques

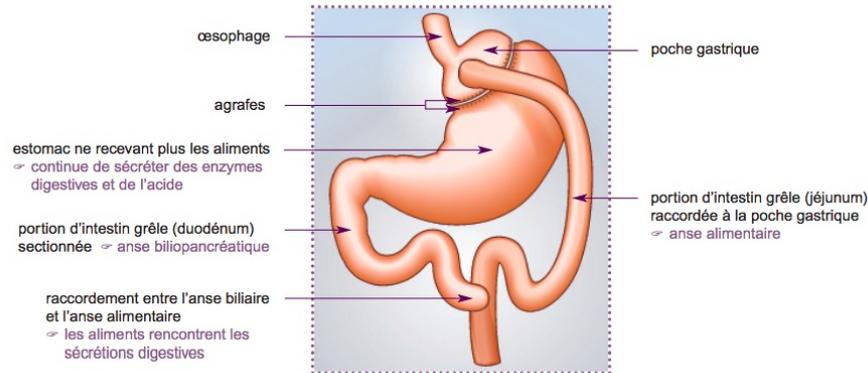
Anneau gastrique



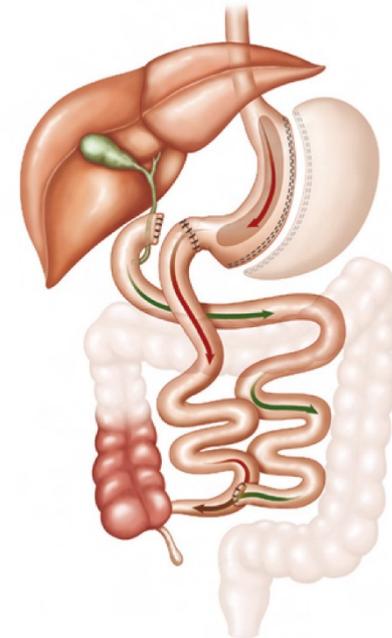
Gastrectomie pariétale



Gastric by-pass



Dérivation biliopancréatique



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

AFFILIÉ À
UNIVERSITÉ
LAVAL

Photo : Ethicon Endo-Surgery, Bariatric and Metabolic. Reproduction autorisée.

Causes intolérance alimentaire précoce post chirurgie bariatrique

- Muguet buccal et/ou œsophagien
- Estomac petit associé ou non à de l'œdème post opératoire



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

AFFILIÉ À  UNIVERSITÉ
LAVAL

Prise en charge

CLINIQUE

- 1) S'assurer d'une hydratation adéquate
- 2) S'assurer d'un débit urinaire adéquat
- 3) Évaluation des apports nutritionnels

EXAMEN PHYSIQUE SOMMAIRE

- 1) Signes vitaux et signes de déshydratation
- 2) Examen des muqueuses buccales
- 3) Œdème des membres inférieurs



Prise en charge

Bilan sanguin de base

- 1) FSC
- 2) Ions / créatinine
- 3) Albumine / pré-albumine
- 4) Magnésium et phosphore



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

AFFILIÉ À  UNIVERSITÉ
LAVAL

Traitement en externe

- 1) Patient capable de s'hydrater suffisamment
- 2) Patient qui tolère au moins une diète liquide enrichie :
 - a) ajout de bényprotéines
 - b) suppléments de type VITAL, PEPTAMEN, et si intolérance boost ou ensure
 - c) Ajout d'enzymes pancréatiques si chirurgie de malabsorption.
 - d) Diflucan et / ou nystatin si muguet buccal et ou œsophagien.



Paramètres biologiques de la dénutrition

	ALBUMINE	PRE-ALBUMINE
Dénutrition modérée	entre 30 et 35 g/l	entre 150 et 220 mg/l
Dénutrition sévère	entre 25 et 30 g/l	entre 100 et 150 mg/l
Dénutrition profonde	< 25 g/l	< 100 mg/l



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

AFFILIÉ À  UNIVERSITÉ
LAVAL

Source : escarre.fr

TRAITEMENTS DES DÉFICITS NUTRITIONNELS SÉVÈRES

- 1) Hospitalisation
- 2) Hydratation si nécessaire
- 3) Rétablir l'équilibre oncotique : albumine et lasix
- 4) Mise en place d'un tube naso-jéjunal pour gavage
- 5) Surveillance des paramètres biochimiques



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

AFFILIÉ À  UNIVERSITÉ
L'AVAL

Tableau clinique “ Refeeding syndrome ”

- Hypophosphorémie
- Insuffisance cardiaque
- Hypokaliémie et hypomagnésémie
- Carences vitaminiques
- Complications hématologiques (cytopénie)



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

AFFILIÉ À  UNIVERSITÉ
LAVAL

Suivi

Ne pas retirer le tube de gavage avant:

.....Une évaluation complète des apports par une nutritionniste,

.....Un bilan nutritionnel normalisé,

**ET CE MÊME SI LE PATIENT INSISTE POUR LE RETRAIT
sinon partie remise.....**



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

AFFILIÉ À  UNIVERSITÉ
LAVAL

STATISTIQUE

BASE DE DONNÉES CHIRURGIE BARIATRIQUE IUCPQ

Année 2014-2015

N = 562 patients

Gastrectomie pariétale	dérivation bilio-pancréatique
3	3

6 / 562 patients hospitalisés pour gavage entérique

Donc 1 % de cette cohorte



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

AFFILIÉ À  UNIVERSITÉ
LAVAL

Merci!



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

AFFILIÉ À  UNIVERSITÉ
LAVAL