

QUAND FAUT-IL PRENDRE LA DECISION D'UNE ASSISTANCE NUTRITIONNELLE PROLONGEE ?

Francisca Joly

Les recommandations de pratique clinique et les conférences de consensus incluent de plus en plus la dimension nutritionnelle aussi bien le dépistage de la dénutrition que sa prise en charge spécifique pour améliorer la qualité de vie des patients, diminuer les complications post-opératoires, en réanimation et ceci dans des domaines aussi variés que l'hépatogastroentérologie, la pneumologie, la réanimation polyvalente et la gériatrie. Si l'assistance nutritionnelle de courte durée dans des pathologies spécifiques (par exemple lors de; la pancréatite aigue, la prise en charge du brûlé grave, le contrôle glycémique en réanimation, ou encore la nutrition péri-opératoire) semble relativement bien codifiée voire connue, il est plus difficile de savoir quand et comment mettre en place une assistance nutritionnelle prolongée. En effet, la complexité de la réponse à cette question est étroitement liée au fait qu'il n'existe pas de consensus quant à la définition du caractère « prolongée » de l'assistance nutritive. Les critères généraux permettant de sélectionner un patient pouvant bénéficier d'un support nutritionnel prolongé sont les suivants :

- ingesta orale et/ou absorption intestinale insuffisantes pour atteindre les besoins requis
- état clinique stable
- accord de patient ou des collatéraux responsables
- volonté et aptitude du patient ou d'une tierce personne à administrer les solutions nutritives. Il faut tenir compte des capacités physiques, intellectuels et psychologiques du patient
- environnement adéquat à domicile
- nécessité d'un support nutritionnel artificiel *pour une durée minimale estimée à 2 mois*
- prévision d'une amélioration ou d'une stabilisation de l'état clinique et de la qualité de vie.

Néanmoins, la décision de la mise en place d'une assistance nutritionnelle prolongée nécessitera des paramètres différents selon les catégories cliniques des patients. Aussi, nous avons tenté de définir des groupes de patients pour lesquelles l'indication à une assistance

nutritionnelle de longue durée peut s'avérer utile et donc nécessaire; les patients souffrant a) d'une insuffisance intestinale, b) d'une néoplasie (en cours de traitement ou en situation palliative), et c) d'une maladie chronique bénigne non digestive.

1. Au cours de l'insuffisance intestinale :

L'insuffisance intestinale se caractérise par une réduction de la masse intestinale, anatomique ou fonctionnelle, en deçà de laquelle l'absorption des nutriments de permet plus de maintenir un statut nutritionnel adéquat. L'insuffisance intestinale chronique résulte le plus souvent d'une résection étendue de l'intestin grêle ou syndrome de grêle court, secondaire soit à une ischémie intestinale, soit à une entérite radique chronique, soit à une maladie de Crohn. La conséquence de l'insuffisance intestinale chronique est la dépendance définitive à la Nutrition Parentérale à Domicile. Il existe des critères cliniques qui associés à un bioamarqueur permettent de déterminer, lors du syndrome de grêle court chez l'homme, le caractère transitoire ou permanent de l'insuffisance intestinale et donc la nécessité d'un recours à une assistance nutritionnelle de longue durée. Ces critères sont a) la longueur de grêle restant avec une longueur minimale pour permettre un sevrage à la nutrition parentérale à 1mètre de grêle si jéjunostomie terminale, 60 cm si anastomose jéjuno-colique et 35 cm si anastomose jéjunoiléocolique (100% de côlon), b) la durée de la nutrition parentérale qui lorsqu'elle supérieure à 24 mois est définitive dans 90% des cas et c) le dosage de la citrulline, acide aminé produit par les entérocytes, qui lorsqu'il est inférieur à 20 $\mu\text{mol/l}$ (en dehors d'une insuffisance rénale) est significativement associé à une insuffisance intestinale permanente. Les conséquences pratiques seront la nécessité d'une prise dans un centre de référence car en cas d'insuffisance intestinale chronique jugée irréversible, il est indispensable de rechercher les options thérapeutiques alternatives à la nutrition parentérale de longue durée comme les facteurs trophiques, la chirurgie réhabilitatrice du grêle jusqu'à la transplantation intestinale et « d'éduquer » le patient aux manipulations nécessaires à l'administration des solutions nutritives pour améliorer la qualité de vie et diminuer les complications (notamment liées au cathéter).

1. En oncologie et en situation palliative

- a. La dénutrition est un facteur pronostic indépendant au cours du cancer. La prise en charge nutritionnelle, doit s'intégrer dans la prise en charge multidisciplinaire. Les bénéfices du support nutritionnel portent sur la

tolérance du traitement carcinologique et la qualité de vie. La nutrition artificielle doit être envisagée précocement dès la phase de diagnostic, afin d'éviter une aggravation de la dénutrition durant la phase de bilan d'extension puis la phase spécifique de traitement. La place de *l'assistance nutritionnelle prolongée au cours du cancer* est pour une grande partie en rapport avec la prise en charge des tumeurs des voies aérodigestives supérieures. Pour ces tumeurs la nutrition entérale prophylactique est utilisée par de nombreuses équipes pour éviter la déshydratation, la dénutrition et les arrêts de traitement ou les complications pouvant en résulter. Les arguments pour instaurer une telle nutrition entérale systématique reposent sur :

- le risque nutritionnel élevé de certains traitements (radiothérapie bi-fractionnée, association radiochimiothérapie);
- un stade tumoral avancé ;
- une localisation hypo- ou nasopharyngée;
- un âge avancé ;
- une dénutrition initiale attestée par une perte de poids récente ou un IMC bas ($< 20 \text{ kg/m}^2$ pour certains)

Si la nutrition entérale par sonde est possible et ne semble pas moins efficace, la gastrostomie est préférable du fait de la durée prolongée de nutrition entérale requise (médianes de 21 à 28 semaines), excédant parfois un an, de la possible réduction des complications infectieuses pulmonaires et d'une meilleure qualité de vie.

- b. En situation palliative la prise en charge a pour but de prévenir ou soulager les symptômes physiques, d'anticiper les risques de complications. La mise en place des techniques de nutrition artificielle entérale ou parentérale doit obéir à une démarche éthique. Il n'y a pas lieu de mettre en place une nutrition artificielle en cas de démence, de pathologie fatale à court terme (moins de 3 mois) et en présence d'une altération sévère du score de Karnovsky (inférieur à 50%).

2. Les maladies chroniques bénignes non digestives

Pour de nombreuses affections chroniques, la prise en compte de l'état nutritionnelle est devenue un point important de la prise en charge thérapeutique. Ainsi, au cours des maladies neuromusculaires comme la sclérose latérale amyotrophique, ou des myopathies congénitales la dénutrition est un probable facteur d'aggravation du pronostic fonctionnel, respiratoire et orthopédique. Une assistance nutritionnelle prolongée sera indiquée et une gastrostomie devra être discutée si :

- la nutrition orale est réduite de manière significative ou devient impossible ;
- le patient est dénutri ;
- le patient présente des fausses routes répétées ;
- il existe un allongement significatif du temps de repas.

Par ailleurs, il conviendra de tenir compte de certains co-facteurs délétères ; des troubles salivaires, un état dépressif, et des infections à répétition.

En conclusion, l'assistance nutritionnelle fait partie intégrante de la prise en charge multidisciplinaire au cours de nombreuses pathologies notamment bénignes chroniques, mais également en oncologie aussi bien lors du traitement qu'en palliatif. Si recommandations, conférences de consensus existent, elles restent encore appliquées de manière variables selon les sites, et les pathologies. Les progrès restent à faire notamment dans le domaine de l'assistance nutritionnelle prolongée, permettant un retour à domicile dans des conditions optimales et en toute sécurité pour le patient.