

PRISE EN CHARGE DIÉTÉTIQUE DES PATIENTS EN CHIRURGIE BARIATRIQUE

De nouvelles préconisations de bonnes pratiques



Pauline Rivière-Chenebault*, Richard Agnetti**, Dr Judith Aron-Wisniewsky***

Les recommandations de 2009 de la prise en charge diététique des patients en chirurgie bariatrique, de plus en plus nombreux, viennent d'être réactualisées. En pratique clinique, qu'est-ce que cela change ? Quelle est la place du diététicien ? Quelles sont les modalités pratiques ?

Résumé

Les recommandations de bonnes pratiques de la prise en charge diététique parues en 2009 viennent d'être réactualisées. Elles définissent le positionnement du diététicien aussi bien sur le temps préopératoire avec les objectifs diététiques nécessaires à la préparation du projet de chirurgie par

le patient mais aussi avec le détail des modalités de réalimentation. Enfin, sur le long terme, les conseils diététiques face aux potentielles complications sont décrits ainsi que la conduite à tenir au cours de certains événements de vie pouvant impacter l'efficacité de la chirurgie.

INTRODUCTION

La chirurgie de l'obésité continue son essor dans le traitement de l'obésité (1) avec 58 130 interventions réalisées en 2016 (données du PMSI). Les diététiciens-nutritionnistes (dans la suite du texte le terme sera remplacé par diététicien) sont donc amenés à prendre en charge de plus en plus fréquemment ces patients.

Des recommandations diététiques étaient parues en 2009 qu'il est devenu nécessaire de réactua-

liser au regard d'une littérature abondante et récente. Le Comité de liaison alimentation nutrition (CLAN) central de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) a missionné un groupe de sept experts qui ont modifié et complété le texte initial sur la base de l'analyse de la littérature parue sur le sujet entre 2009 et 2016. Ces préconisations ont été construites selon la méthode pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus, publiée

par la HAS en 2006. Les deux documents finaux (l'argumentaire complet et la synthèse) ont ensuite été relus par un groupe d'experts pluriprofessionnels national et corrigés suite à cette relecture. Ces préconisations ont été présentées et validées par le CLAN central de l'AP-HP en réunion plénière le 23 octobre 2017. Elles sont disponibles en intégralité et téléchargeables sur le site de l'IHU-ICAN (www.ican-institute.org/livrets-parcours-de-soin/).

*Diététicienne-nutritionniste libérale par Internet

**Cadre supérieur de santé paramédical diététicien-nutritionniste, Assistance publique-Hôpitaux de Paris

***MCU-PH service de nutrition GHPS, Assistance publique-Hôpitaux de Paris

L'objectif de ces préconisations est d'améliorer l'efficacité de la prise en charge diététique du patient et de participer au succès de la chirurgie et à la réduction de la survenue des complications.

LES PRÉCONISATIONS

Les préconisations ont été déclinées suivant la chronologie du parcours de soins du patient (Fig. 1).

LE TEMPS PRÉ-OPÉRATOIRE

> La consultation diététique d'évaluation initiale

La consultation diététique d'évaluation initiale repose sur un bilan complet et sur l'analyse du dossier du patient (anamnèse alimentaire, histoire pondérale et certaines données biochimiques nutritionnelles). Ce bilan permet d'orienter la décision d'une intervention ou non. Un focus spécifique doit être fait sur la recherche de troubles du comportement alimentaire (TCA) actuels ou passés et depuis quand ils sont stabilisés notamment ceux en lien avec les émotions. S'ils sont décelés, il conviendra d'orienter le patient vers les psychologues et/ou psychiatres pour une évaluation spécialisée et une proposition de suivi adapté.

> L'accompagnement

L'accompagnement nutritionnel en pré-opératoire peut rarement être plus court que 6 mois, il vise trois types d'objectifs.

- Obtenir le meilleur état nutritionnel possible avant la chirurgie : assurer une couverture protidique la plus adaptée (4-6), corriger les carences en vitamines et minéraux existantes (6) et prendre en charge les TCA identifiés.

- Développer de nouvelles compétences en lien avec les modifications digestives induites par la chirurgie comme par exemple : « *Auto-réguler ses apports caloriques par la prise en compte des sensations de faim et de rassasie-*ment ». Ce qui a été acquis avant l'opération facilitera la tolérance digestive et le maintien de la perte de poids longtemps après la chirurgie.

- Acquérir avant l'opération des connaissances spécifiques de certaines situations post-opératoires fréquentes (ex. : qu'est-ce qu'un *dumping* syndrome, pourquoi il ne faut pas boire en mangeant, etc.).

LE PÉRI-OPÉRATOIRE : LA RÉALIMENTATION

Comme les durées des étapes dépendent des équipes chirurgicales et qu'il n'existe pas de consensus

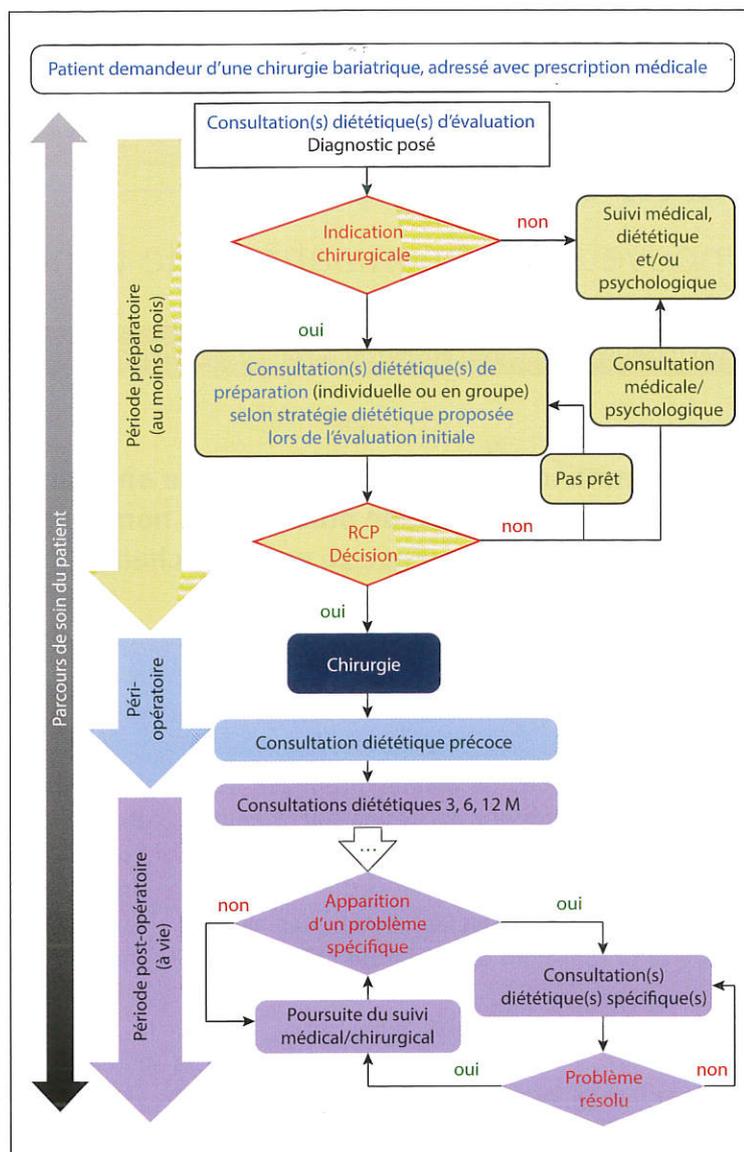


FIGURE 1 - Diagramme de la prise en charge au travers des types de consultations diététiques.

clair, il a été choisi de proposer un tableau sous forme d'intervalles de temps assez larges à titre indicatif (Tab. 1).

Remarque - Dans les cas des différentes techniques de *bypass* gastrique, le saccharose sera évité selon la tolérance du patient.

Au cours de cette période, le diététicien s'assure que le patient connaît et applique les conseils nécessaires à une bonne tolérance digestive :

- manger lentement,
- boire entre les repas,
- fractionner ses repas,
- supprimer les boissons gazeuses pendant un mois seulement,
- prendre ses repas dans le calme,
- régime pauvre en fibres le premier mois (3, 5).

■ LE TEMPS POST-OPÉRATOIRE

> Le suivi à court terme

Une consultation diététique est nécessaire environ un mois après l'intervention. Elle permettra d'évaluer avec le patient :

- sa tolérance digestive,
- les volumes ingérés,
- le rythme des repas,
- si l'hydratation est suffisante,
- le maintien de l'équilibre alimentaire,
- l'adhésion aux prescriptions de suppléments vitaminiques,
- l'évolution de la perte de poids,
- et le ressenti autour de la prise alimentaire.

> Le suivi à moyen terme

Le suivi à moyen terme est préconisé avec des consultations de diététique à 3, 6 et 12 mois post-opératoires. Une consultation diététique pourra être proposée à plus

TABLEAU 1 - DURÉES DES ÉTAPES DE LA RÉALIMENTATION.

| Durée de l'étape | Pour toutes les interventions |
|---------------------------------|---|
| Étape 1 : 1 jour | Boissons non gazeuses (eau, bouillon, thé...) avec l'accord du chirurgien |
| Étape 2 : ½ journée à 2 jours | Bouillon/produits laitiers/compotes (± liquide), fractionnés en au moins 5 prises alimentaires de 200 ml maximum |
| Étape 3 : entre 1 et 4 semaines | Alimentation liquide ou mixée, fractionnée en au moins 5 prises alimentaires de 250 ml maximum |
| Étape 4 | Alimentation progressivement normale. Le nombre et le volume des prises alimentaires sont fonction de la tolérance et de l'équilibre alimentaire souhaité |

long terme dans certaines situations particulières (grossesse, reprise de poids, dénutrition...) (3, 7).

> Les complications

Toutes les complications où l'intervention diététique a montré son intérêt ont été détaillées dans ces préconisations et mettent l'accent sur le rôle de l'alimentation dans leur prévention : **les carences** avérées en folates, fer et calcium pour lesquels les conseils seront donnés de façon complémentaire à la prise de suppléments médicamenteux, **les difficultés digestives** (troubles du transit, *dumping* syndrome ou dégouts alimentaires), **les hypoglycémies réactionnelles**, **les lithiases oxalocalciques** (survenant après *bypass*).

> Les problèmes de reprise de poids

Ils sont souvent liés à l'absence de structure des repas ou à la résurgence de troubles du comportement alimentaire ou des grignotages aggravés par l'inactivité physique. La prise en charge pluridisciplinaire est fondamentale pour rassurer le patient, l'accompagner pour retrouver un meilleur équi-

libre alimentaire et objectiver si nécessaire un élargissement de la poche gastrique ou une dilatation de l'anastomose (4, 8).

> Les situations de vie particulières

Le diététicien est un interlocuteur privilégié pour aider les patients à faire face à certaines situations de vie particulières qui pourraient impacter leur capacité à manger équilibré et être sources de reprise de poids comme un changement de rythme de travail, la naissance d'enfants.

Les pratiques de jeûnes et/ou les interdits alimentaires religieux seront abordés pour pouvoir proposer des équivalences nutritionnelles et assurer des apports adéquats en macro et micronutriments. Par exemple, le jeûne du Ramadan est déconseillé au moins la première année suivant l'opération. Le cas échéant, le diététicien abordera concrètement les modalités de la rupture du jeûne le soir.

> Activité physique

Enfin, le diététicien, de par sa participation au suivi du patient au long cours, doit l'encourager à pratiquer une activité physique.

Dans la mesure où il n'y a pas de recommandations spécifiques pour les patients opérés, ce sont celles de la population générale qui s'appliquent. Dans la pratique, il faut encourager le patient à contacter des enseignants d'activité physique adaptée (EAPA) identifiés dans le cadre du parcours de soins, voire les associations de patients qui pourront les guider. Par ailleurs des recommandations spécifiques pour les conseils d'activité physique post-chirurgie bariatrique sont en cours de rédaction.

LIMITES DES PRÉCONISATIONS

Ce document décrit une situation idéale liée à la présence de diététiciens et en nombre suffisant. Il peut soulever la question de moyens humains et de la coordination pour la mener à bien dans certaines structures de soins.

La pratique décrite ici s'inscrit dans un travail de collaboration forte avec les autres professionnels (chirurgien, diabétologue, médecin nutritionniste et généraliste, infirmier, psychologue...). Ces recommandations peuvent constituer un point de départ de réflexions dans le cadre de protocoles de coopération médecin-diététicien¹ afin de proposer

1. Article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009.

au patient une prise en charge nutritionnelle et diététique optimisée de cette chirurgie dans un contexte de pénurie médicale.

CONCLUSION

La réactualisation de ces préconisations réaffirme le rôle du diététicien tout au long du parcours du patient depuis les consultations initiales, orientant les décisions d'une opération ou non, jusqu'au suivi à vie de ces patients qui ne sont pas à l'abri de reprise de poids et de complications.

Les modalités de cette prise en charge sont de mieux en mieux détaillées et doivent être connues des diététiciens amenés à suivre ces patients aussi bien dans les services spécialisés que dans d'autres structures comme les établissements de soins de suite ou dans les cabinets libéraux car le nombre de patients opérés de chirurgie bariatrique augmente chaque année. Ces diététiciens doivent être formés à la prise en charge diététique de la chirurgie bariatrique (10).

Ces préconisations sont basées sur la littérature lorsque cela était possible, mais c'est encore l'expérience qui prévaut pour beaucoup d'aspects. Des études et publications sur le sujet seraient nécessaires pour en valider l'intérêt et l'importance.

La prise en charge pluridisciplinaire est fondamentale pour rassurer et aider le patient en cas de reprise de poids.

Le temps nécessaire à ces projets comme pour celui du suivi à vie des patients demande que les équipes soient valorisées et les effectifs renforcés.

Le problème du remboursement des consultations diététiques réalisées par le diététicien dans le cadre de cette prise en charge est une réalité. Cela peut limiter l'accès à une prise en charge professionnelle aussi bien en établissement de santé, public ou privé, que dans le secteur libéral. Il est à souhaiter une évolution de ce point notamment dans le cadre de la politique de santé en matière de prise en charge de l'obésité. ■

* Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en relation avec cet article.

MOTS-CLÉS

Diététicien-nutritionniste, Chirurgie bariatrique, Recommandations de pratique clinique, Objectifs diététiques, Préparation diététique, Suivi du patient, Complications, Collaboration pluriprofessionnelle



Bibliographie

1. Oberlin P, De Peretti C. Chirurgie de l'obésité : 20 fois plus d'interventions depuis 1997. Drees. Études Résul 2018 ; 1051.
2. Mechanick JL, Youdim A, Jones DB et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient--2013 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. *Obes Silver Spring* 2013 ; 21 : S1-27.
3. Fotopé V, Petit A, Tamion F. Prise en charge nutritionnelle après la chirurgie bariatrique. *Nutr Clin Métabolisme* 2012 ; 26 : 47-56.
4. Rickers L, McSherry C. Bariatric surgery: nutritional considerations for patients. *Nurs Stand* 2012 ; 26 : 41-8.
5. Chambrier C, Sztark F. Recommandations de bonnes pratiques cliniques sur la nutrition périopératoire. Actualisation 2010 de la conférence de consensus de 1994 sur la « Nutrition artificielle périopératoire en chirurgie programmée de l'adulte ». *Nutr Clin Métabolisme* 2010 ; 24 : 145-56.
6. Segaran E. Provision of nutritional support to those experiencing complications following bariatric surgery. *Proc Nutr Soc* 2010 ; 69 : 536-42.
7. Neff KJ, Olters T, le Roux CW. Bariatric surgery: the challenges with candidate selection, individualizing treatment and clinical outcomes. *BMC Med* 2013 ; 11 : 8.
8. Ziegler O, Siveaux MA, Brunaud L et al. Medical follow up after bariatric surgery: nutritional and drug issues. General recommendations for the prevention and treatment of nutritional deficiencies. *Diabetes Metab* 2009 ; 35 : 544-57.
9. Ziegler O. Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse. Synthèse et propositions. *Obésité* 2014 ; 9 : 225-33.
10. Rapport de l'académie de médecine. Améliorer le suivi des patients après la chirurgie bariatrique. Décembre 2017. www.academie-medicine.fr/wp-content/uploads/2017/12/Chirurgie-bariatrique-rapport-final-27-novembre.pdf.