



D^{re} Barbara Bielawska, M.D., M.Sc., FRCPC, département de médecine, division de gastro-entérologie, Université d'Ottawa. La D^{re} Barbara Bielawska est professeure adjointe de médecine à l'Université d'Ottawa et travaille en tant que chercheuse clinicienne à l'hôpital d'Ottawa depuis 2018, où elle est responsable médicale de la nutrition des patients hospitalisés et directrice médicale du programme de nutrition parentérale totale (NPT) à domicile. Elle a suivi une formation à l'Université Queen's (M.D., M.Sc. en épidémiologie clinique) et à l'Université de Toronto (gastro-entérologie et bourse de recherche en nutrition clinique). La D^{re} Bielawska est membre du comité consultatif du groupe de travail canadien sur la malnutrition. Ses centres d'intérêt cliniques et de recherche sont la malnutrition liée à la maladie, l'insuffisance intestinale, l'obésité sarcopénique et la malnutrition bariatrique, ainsi que le soutien nutritionnel parentéral et entéral pour les maladies bénignes et malignes.

Affiliations : Département de médecine, division de gastro-entérologie, Université d'Ottawa

CONSIDÉRATIONS NUTRITIONNELLES PÉRIOPÉRATOIRES CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS D'UNE MALADIE INFLAMMATOIRE DE L'INTESTIN

Introduction

Malgré les progrès considérables accomplis ces dernières décennies dans le traitement médical des maladies inflammatoires de l'intestin (MII), la prise en charge chirurgicale reste une pratique courante dans le cadre de la maladie de Crohn (MC) et de la colite ulcéreuse (CU). Bien que la venue de l'ère biologique ait diminué le risque de colectomie pour traiter la CU, la plupart des patients atteints de MC subiront au moins une entérectomie au cours de leur vie.¹

L'état nutritionnel préopératoire est un facteur déterminant bien établi de morbidité chirurgicale.^{2,3} Les interventions chirurgicales déclenchent une réponse métabolique au stress qui est proportionnelle à l'étendue de la lésion chirurgicale. Les personnes doivent disposer de réserves suffisantes de masse maigre et de micronutriments nécessaires pour cicatriser les incisions chirurgicales, ainsi que d'un métabolisme anabolique pour réparer les tissus.² Des déficits à n'importe quelle étape de ce processus peuvent entraîner des complications, notamment une défaillance anastomotique, des infections du site chirurgical, un rétablissement tardif de la fonction gastro-intestinale (GI) et une incapacité physique postopératoire se traduisant par une durée prolongée de l'hospitalisation.³

On sait que les patients atteints de MII présentent une prévalence élevée de troubles nutritionnels, notamment la malnutrition protéino-énergétique, la sarcopénie, l'obésité et les carences en micronutriments.⁴⁻⁷ Les taux de malnutrition les

plus élevés, allant jusqu'à 85 %, sont observés chez les patients atteints d'une maladie grave et active ne répondant pas aux médicaments et chez ceux qui subissent une intervention chirurgicale.^{6,8,9} La malnutrition associée aux MII résulte principalement d'un apport alimentaire insuffisant combiné à une inflammation chronique.⁶ Les cytokines inflammatoires induisent des changements métaboliques systémiques permettant à l'organisme de mobiliser les réserves des tissus périphériques pour soutenir la production de substances réactives de la phase aiguë, ainsi qu'une insulino-résistance qui détourne les nutriments des cibles non essentielles, y compris les muscles.² L'état catabolique qui en découle est responsable d'une dégradation des protéines musculaires plus importante que la synthèse, menant à une perte musculaire nette à peu près proportionnelle à la gravité et à la durée du stress inflammatoire.² L'utilisation de corticostéroïdes et la réduction de l'activité physique peuvent également entraîner des changements négatifs de la composition corporelle.⁶

Sur le plan nutritionnel, la majorité des interventions chirurgicales pour MII sont indiquées au pire moment. Les patients qui subissent une colectomie pour une colite ulcéreuse (CU) grave en phase aiguë présentent une inflammation systémique très importante et sont profondément cataboliques, tandis que chez les patients nécessitant une entérectomie pour une MC, l'activité inflammatoire peut être variable, mais la maladie est présente depuis longtemps et l'apport nutritionnel est réduit en raison de sténoses et d'anorexie. Étant donné que la réduction des réserves

Outil MUST (Malnutrition Universal Screening Tool)	
	Points
IMC kg/m ²	> 20 = 0 18,5 à 20 = 1 <18,5 = 2
Perte de poids imprévue au cours des 3 à 6 derniers mois (%)	< 5 = 0 5 à 10 = 1 > 10 = 2
Le patient est gravement malade et n'a pas reçu d'apport nutritionnel ou risque de ne pas en recevoir pendant plus de 5 jours	2
Score total	0 = faible risque 1 = risque modéré 2+ = haut risque

Outil SaskIBD-NR (Saskatchewan IBD Nutrition Risk)	
	Points
Avez-vous eu des nausées, des vomissements, des diarrhées ou un manque d'appétit pendant plus de deux semaines?	Non = 0 1 à 2 symptômes = 1 Plus de 3 symptômes = 2
Au cours du dernier mois, avez-vous perdu du poids de manière involontaire?	Non = 0 Incertain = 1 Oui = < 5 livres = 0 5 à 10 livres = 1 10 à 15 livres = 2 Plus de 15 livres = 3
Avez-vous mal mangé en raison d'une diminution de l'appétit?	Non = 0 Oui = 2
Avez-vous limité la consommation de certains aliments ou groupes d'aliments?	Non = 0 Oui = 2
Score total	0 à 2 = faible risque 3 à 4 = risque modéré > 5 = haut risque

Tableau 1. MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) et SaskIBD-NR (Saskatchewan IBD Nutrition Risk Tool)(1) sont des outils de dépistage de la malnutrition qui ont été validés dans le cadre des MII; d'après Haskey N, Pena-Sanchez JN, Jones JL, Fowler SA. Development of a screening tool to detect nutrition risk in patients with inflammatory bowel disease. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2018;27(4):756-62

nutritionnelles associée à un état inflammatoire chronique favorise la dégradation des tissus plutôt que leur guérison, il n'est pas surprenant que la malnutrition dans les MII soit un puissant facteur de risque, tant d'intervention chirurgicale non facultative que de morbidité et de mortalité postopératoires accrues.^{6,8} Un faible indice de masse corporelle (IMC) au moment

de l'intervention chirurgicale est associé à un risque accru de défaillance anastomotique, d'infections postopératoires, de nécessité de réintervention, d'hospitalisation prolongée et de décès.⁷ Une perte de poids supérieure à 10 % dans les six mois précédant l'intervention chirurgicale pour MII, que l'on observe dans 54 % des cas⁷, est également un facteur prédictif

négatif majeur, surtout en cas de résection liée à la MC. Bien que la malnutrition soit globalement plus fréquente dans la MC que dans la CU⁶, une CU grave en phase aiguë est associée à un catabolisme important, et jusqu'à un tiers des patients atteints de CU présentent une sarcopénie accompagnée d'une forte activité de la maladie.⁵ La sarcopénie, qui correspond à une réduction de la masse et de la force musculaires, est également présente chez un quart des patients atteints de MC au moment de l'intervention chirurgicale. Il est à noter qu'elle est indépendante de l'IMC et survient fréquemment chez les patients qui ont un poids normal ou sont en surpoids.⁷ Les patients atteints de MII et de sarcopénie sont exposés à un risque accru d'intervention chirurgicale, dont un nombre plus élevé de colectomies en cas de CU.⁵ La sarcopénie est également un facteur indépendant associé à un risque accru de complications postopératoires majeures, notamment d'infection, d'admission en unité de soins intensifs, d'hospitalisation prolongée et de thromboembolie veineuse.⁵ Alors qu'un faible IMC augmente le risque de nombreuses complications postopératoires, les données probantes concernant le risque accru en cas d'obésité sont peu concluantes, certaines études suggérant une augmentation et d'autres ne montrant aucune différence.⁷

Avec un arsenal croissant de médicaments biologiques susceptibles de créer une hésitation à déclarer l'échec d'un traitement médical, les patients atteints de MII peuvent avoir très longtemps une alimentation insuffisante et une inflammation non maîtrisée avant une éventuelle intervention chirurgicale. Les limitations du système de soins de santé et la disponibilité réduite des ressources chirurgicales, exacerbées par la pandémie de COVID-19, ont allongé les délais avant les interventions chirurgicales, durant lesquels l'état nutritionnel continue de se dégrader. Étant donné la prévalence élevée et l'incidence importante de la malnutrition sur les résultats chirurgicaux dans les MII, il est indispensable d'adopter une approche nutritionnelle proactive et agressive dans cette population.

Considérations préopératoires

Dépistage et évaluation

Tous les patients atteints de MII doivent être soumis à une évaluation nutritionnelle avant l'intervention chirurgicale, au minimum à l'aide d'un outil de dépistage nutritionnel (par exemple, MUST, SaskIBD-NR; **Tableau 1**), suivie d'une évaluation nutritionnelle formelle par un diététicien agréé pour ceux dont le dépistage a conclu à un risque de malnutrition modéré à élevé.^{6,10} La seule évaluation du poids ou de l'IMC est insuffisante, car l'obésité peut être associée à de profonds changements de la composition corporelle et à une sarcopénie cachée.⁶ Le taux d'albumine ne doit pas être utilisé pour évaluer l'état nutritionnel^{7,11}, car l'inflammation contribue à de

faibles taux d'albumine qui est redistribuée vers le troisième espace et dégradée plus rapidement malgré une synthèse normale, voire accrue.² L'albumine est un bon indicateur du stress inflammatoire et a une valeur pronostique pour les complications chirurgicales, mais la préservation du taux d'albumine n'est pas rare en présence d'une malnutrition grave, surtout lorsque la charge inflammatoire systémique est faible.²

Intervention nutritionnelle

Les patients qui ont reçu un diagnostic de malnutrition ou présentent un risque nutritionnel doivent faire l'objet d'une intervention nutritionnelle préopératoire.⁶ En présence d'une malnutrition grave et si l'intervention chirurgicale n'est pas urgente, les lignes directrices de la société européenne de nutrition recommandent de retarder l'intervention chirurgicale de 7 à 14 jours et dans l'intervalle, de mettre en place une approche nutritionnelle agressive optimisée.⁶ Ces recommandations reposent principalement sur des données d'interventions chirurgicales viscérales majeures chez des patients cancéreux, où une telle optimisation permet de réduire considérablement la morbidité et la mortalité, notamment les complications infectieuses avec une probabilité sept fois plus élevée.³ Toutefois, il peut être nécessaire de prolonger fortement l'optimisation dans certains cas de MII⁶, en particulier dans les cas de MC compliquée par une septicémie abdominale et/ou des sténoses, où il peut y avoir une dénutrition profonde et un fardeau inflammatoire élevé.

La plupart des données concernant l'intervention nutritionnelle préopératoire dans les MII proviennent de la documentation sur la MC, alors que les données sur l'utilisation de la nutrition entérale (NE) ou parentérale (NP) préopératoire sont limitées dans la CU.⁷ Sur le plan physiologique, le raisonnement appuie l'idée que l'énorme charge inflammatoire de la CU grave en phase aiguë ne peut pas être compensée par l'apport de nutriments et le contrôle de la source (c'est-à-dire le besoin d'une colectomie pour inverser l'état catabolique²). Les modalités de soutien nutritionnel décrites ci-dessous sont donc principalement envisagées pour le patient atteint de CD dans un contexte chirurgical, bien qu'elles puissent également s'appliquer à certains patients atteints de CU pour qui l'approche nutritionnelle doit être personnalisée.⁶ En général, l'approche par alimentation orale est toujours préférable à l'alimentation par sonde, et l'alimentation parentérale l'est seulement si les deux autres modalités échouent. Immédiatement avant l'intervention chirurgicale, il faut éviter un jeûne prolongé (c'est-à-dire un jeûne après minuit), conformément au concept ERAS (Enhanced Recovery After Surgery, ou meilleure récupération après la chirurgie), car cette pratique exacerbe la résistance à l'insuline et augmente le stress métabolique.

Alimentation orale et entérale

La méthode préférée d'intervention nutritionnelle chez les patients chez qui le seul régime alimentaire ne permet pas un apport adéquat est l'utilisation de compléments nutritionnels oraux (CNO), d'autant plus qu'elle peut être pratiquée à domicile.^{3,6} Les CNO peuvent fournir une quantité importante de calories et de protéines, sont bien tolérés par les patients et, lorsque l'apport est de 600 kcal/j au maximum, ils ne perturbent pas la consommation d'aliments ordinaires.⁶ Dans certains cas, les CNO peuvent être utilisés comme moyen exclusif d'apport nutritionnel, ce que l'on appelle la nutrition entérale exclusive (NEE). La NEE est un traitement établi de la MC pour les enfants, chez qui son efficacité est similaire à celle des corticostéroïdes, mais de nouvelles données sont également à l'appui de son utilisation chez les adultes.¹² En présence d'abcès, lorsque les immunosuppresseurs sont contre-indiqués, la NEE favorise non seulement la nutrition, mais peut aussi exercer des effets anti-inflammatoires.⁸ Si le régime alimentaire et/ou les CNO ne permettent pas un apport adéquat, et qu'il n'existe aucune contre-indication à l'utilisation des voies digestives pour la nutrition, l'étape suivante est le recours à une sonde d'alimentation pour administrer la NE.⁸ Même en cas de sténoses intestinales et d'obstruction partielle de l'intestin où les CNO doivent être évités, une NE par sonde en perfusion lente peut s'avérer efficace.⁸ Les compléments administrés par NE peuvent être utilisés pour l'alimentation par sonde durant la nuit, tandis que les patients sont encouragés à manger pendant la journée. Il n'y a pas de différence d'efficacité entre la NE par sonde et la NE par voie orale.⁶ La NE par voie orale est réalisable et bien tolérée chez la majorité des patients atteints de MC grave qui ont des indications pour la NE préopératoire.¹³ La NE partielle et la NEE ont montré des avantages similaires.¹³ Les données probantes sont insuffisantes pour promouvoir l'utilisation de produits spécifiques, bien qu'un produit polymérique soit généralement préféré.⁸

Des cohortes rétrospectives atteintes de MC où la NEE était utilisée avant l'intervention chirurgicale ont montré une amélioration des marqueurs inflammatoires et une réduction des complications infectieuses et anastomotiques postopératoires. Jusqu'à 25 % des patients n'ont plus eu besoin d'intervention chirurgicale.⁷ Plusieurs petites études prospectives semblent confirmer ces avantages.^{7,14} La NE préopératoire a également montré des avantages pour réduire les complications majeures dans le cadre de la sarcopénie.⁵ La durée idéale des interventions nutritionnelles préopératoires par voie orale ou entérale doit cependant encore être définie et varie selon les personnes et probablement selon le type d'intervention chirurgicale; toutefois, une réduction objective de l'inflammation a été proposée comme étant un marqueur de substitution indiquant la réussite de l'optimisation.¹⁵ La durée nécessaire pour atteindre ce critère semble se situer entre 2 et 5 semaines chez

la plupart des patients atteints de MC.¹⁵ Il a été suggéré que la NEE préopératoire devrait durer au moins 2 semaines, de préférence 4 à 6 semaines.¹³ En ce qui concerne les patients souffrant de malnutrition légère à modérée chez qui l'intervention chirurgicale n'aura pas lieu avant 3 mois ou plus, des conseils diététiques personnalisés et le recours à des CNO ont été associés à un faible risque de complications postopératoires et à une certaine amélioration de la composition corporelle avant l'intervention.¹⁴

Nutrition parentérale

Lorsqu'il existe une indication de soutien nutritionnel préopératoire, mais qu'une NE est contre-indiquée ou irréalisable, une NP est requise. Généralement, elle est nécessaire en cas d'obstruction intestinale, d'iléus ou de fistule à haut débit.³ Bien qu'une fistule de l'intestin grêle distal ou colocolocutanée à faible débit ne nécessite pas l'utilisation d'une NP, une fistule proximale ou à haut débit requiert une restriction de l'apport oral et une NP, quoique le maintien d'un apport au moins partiel par voie orale ou par NE soit bénéfique.⁶ Une NP est également nécessaire en cas d'échec de la NE, ce qui est plus susceptible de se produire chez les patients nécessitant une hospitalisation avant l'intervention chirurgicale en raison de leur maladie, et chez les patients à haut risque nutritionnel.¹³ Une NP doit toujours être utilisée conjointement à un régime alimentaire par voie orale ou NE, sauf en cas de contre-indication absolue.⁶

Chez les patients atteints de MC et souffrant de malnutrition, une PN préopératoire réduit les complications et est associée à une longueur de résection intestinale plus courte d'environ 20 cm⁷, mais potentiellement au prix d'une prolongation de la durée d'hospitalisation.¹¹ On observe des avantages lorsque la NP dure au moins 5 jours et ils sont encore plus importants si la NP est également poursuivie après l'intervention.^{7,11} Lors d'une intervention chirurgicale, les émulsions lipidiques de nouvelle génération contenant de l'huile de poisson et de l'huile d'olive peuvent avoir des effets anti-inflammatoires qui se traduisent par une réduction des complications, bien que des études supplémentaires soient nécessaires pour le confirmer.¹¹ Une préoccupation liée à la NP est souvent le risque d'infection de la circulation sanguine si un cathéter veineux central (CVC) est utilisé. Dans les cas où une NP est nécessaire pendant moins de 10 à 14 jours, il faut absolument envisager une NP périphérique, car ce traitement peut couvrir la totalité des besoins protéiques des patients sans nécessiter un CVC.⁸ Même si les besoins caloriques ne sont pas suffisants, mais que l'apport protéique peut atteindre 1,5 g/kg/jour, on observe une réduction des infections postopératoires dans le cas de la MC.⁹

Considérations postopératoires

Soins postopératoires précoces

La réintroduction précoce (dans un délai de 24 heures) de l'alimentation orale ou entérale après une intervention chirurgicale pour une MII est associée à de meilleurs résultats¹, dont une réduction significative de la durée d'hospitalisation. Selon des données très probantes, une NE administrée dans les 24 heures suivant l'intervention chirurgicale pour une MC réduit les complications et accélère la cicatrisation anastomotique.⁶ L'utilisation de CNO doit également être encouragée à ce stade si l'apport oral est insuffisant. Une NE par sonde est indiquée chez les patients incapables de commencer à s'alimenter par voie orale, ou en l'absence d'apport oral pendant 5 jours, ou encore d'apport oral inférieur à 50 % des besoins pendant plus d'une semaine.^{3,6} Chez les patients dénutris au moment de l'intervention chirurgicale, par exemple lorsqu'une intervention chirurgicale d'urgence est nécessaire, il est recommandé de commencer la NE ou la NP dès que possible après l'opération.⁸ Chez les patients qui recevaient une NP en préopératoire, la NP doit se poursuivre en postopératoire jusqu'à ce qu'une alimentation adéquate par voie orale ou par sonde (couvrant au moins 50 à 60 % des besoins caloriques) soit possible.³ En général, les soins périopératoires des patients atteints de MII doivent suivre les principes ERAS, notamment une alimentation et une mobilisation précoces ainsi que le maintien d'une normoglycémie.⁶

Iléostomie à haut débit

La MC est un facteur de risque indépendant important pour le développement d'une iléostomie à haut débit (IHD).¹⁶ La prise en charge de l'IHD comporte plusieurs aspects des soins : conseils diététiques d'experts concernant les stratégies de nutrition et d'hydratation; attention à la réplétion en sel et en eau pour maintenir l'hydratation et la fonction rénale; pharmacothérapie comprenant des agents antimotilité (par ex. lopéramide, diphénoxylate-atropine, codéine) et des agents antisécrétoires (inhibiteurs de la pompe à protons).¹⁷ Les agents antimotilité peuvent être utilisés seuls ou en association si un effet plus important est nécessaire. Ils doivent être administrés régulièrement (et pas au besoin), et de préférence 30 minutes avant les repas afin de contrecarrer l'effet de promotilité des aliments. Si les patients ne peuvent pas maintenir un débit urinaire supérieur à 1,2 L par jour, il faut envisager l'administration de liquides par voie intraveineuse à domicile.¹⁷ À condition qu'il n'y ait pas de pathologie concomitante telle qu'une obstruction ou une MII active, l'IHD tend à s'améliorer avec le temps au fur et à mesure que l'intestin s'adapte.

Diarrhée

Les mêmes médicaments que ceux utilisés pour l'IHD peuvent être administrés pour traiter la

diarrhée liée à la malabsorption après une intervention chirurgicale pour MII. Dans le cadre d'une résection iléale en cas de MC, la diarrhée peut être partiellement due à une malabsorption des acides biliaires; toutefois, les chélateurs des acides biliaires, tels que la cholestyramine, doivent être utilisés avec prudence et évités chez les patients ayant subi une résection iléale étendue (plus de 60 à 100 cm), car ces patients présentent déjà un déficit en acides biliaires et ces médicaments aggraveront la malabsorption des lipides. Les chélateurs des acides biliaires et les compléments de fibres doivent être évités lorsqu'il n'y a pas de continuité du côlon (c'est-à-dire, présence d'une iléostomie), car ils n'ont pas de base physiologique pour être utilisés dans ce cas et exacerbent la malabsorption des nutriments.¹⁸

Syndrome de l'intestin court

Les patients atteints de MC qui subissent des entérectomies étendues ou répétées de l'intestin grêle sont également exposés au risque de développer un syndrome de l'intestin court (SIC), lequel est susceptible d'entraîner une insuffisance intestinale ou une défaillance intestinale. Avant une entérectomie, il faut tenir compte du risque de SIC, qui peut être prédit en fonction de l'emplacement de l'entérectomie et de la longueur de l'intestin grêle restant. Les résections jéjunales sont beaucoup mieux tolérées que les résections iléales, et la préservation de la valvule iléo-cæcale et/ou d'un segment de côlon continu est très avantageuse pour le maintien de l'autonomie intestinale.¹⁹ Une NP à domicile peut être nécessaire en cas d'insuffisance intestinale chronique due au SIC. Ces patients doivent être traités dans le cadre d'un programme spécialisé expérimenté de réadaptation de l'intestin après une insuffisance intestinale, car la NP peut être arrêtée progressivement chez 50 % des patients en l'espace de deux ans et certains patients peuvent bénéficier d'un traitement par facteur de croissance gastro-intestinal.¹⁹

Micronutriments

Dans la mesure où la plupart des vitamines et des minéraux sont liés aux protéines plasmatiques qui sont affectées par la réponse en phase aiguë, une analyse des micronutriments devrait être effectuée après la disparition du stress chirurgical aigu, lorsqu'il n'y a plus d'inflammation systémique due à une MII active.^{7,20} Certaines situations cliniques permettent de prévoir les carences en micronutriments. Par exemple, une carence en vitamine B12 peut survenir après une résection de 20 cm seulement de l'iléon distal², tandis que les réserves en zinc sont épuisées en présence d'une stomie à haut débit, d'une diarrhée importante et d'une fistule entéro-cutanée.²⁰ Les analyses de micronutriments doivent être adaptées aux caractéristiques morbides du patient, à son anatomie, à son régime alimentaire et aux signes de carence (par exemple, la présence d'une anémie), mais doivent au moins comprendre une analyse de la vitamine B12,

de la vitamine D et du fer.¹⁰ En règle générale, les micronutriments doivent faire l'objet d'une analyse chaque année lorsque la MII est en rémission, mais les patients ayant des antécédents de résection des voies digestives supérieures ou d'entérectomies multiples ou étendues, ainsi que les patients présentant un SIC, doivent bénéficier d'une attention particulière en ce qui concerne leur statut en micronutriments.⁶

Résultats à long terme

Les patients atteints de CU qui subissent une colectomie pour une maladie réfractaire aux médicaments ont généralement de bons résultats nutritionnels. L'ablation de l'organe enflammé permet d'améliorer l'état nutritionnel et même d'inverser la sarcopénie.⁵ Chez les patients atteints de MC, il a également été démontré que l'intervention chirurgicale améliore la masse corporelle maigre, bien que les patients présentant une sarcopénie soient exposés à un risque accru de complications postopératoires, ce qui peut mener à une aggravation de l'état nutritionnel dans certains cas.⁵ Après une intervention chirurgicale pour MII, les patients ont besoin d'une approche personnalisée en fonction de leur anatomie et de leur maladie, dont idéalement une consultation avec un diététicien agréé qualifié. Il faut conseiller aux patients, surtout ceux qui présentent une sarcopénie, de pratiquer régulièrement des exercices de résistance et de consommer des protéines à raison d'au moins 1 g/kg/jour de protéines en cas de maladie quiescente et de 1,2 à 1,5 g/kg/jour en cas de maladie active.⁶ Les patients ayant subi une iléostomie doivent faire l'objet d'une surveillance régulière de la fonction rénale et de l'état d'hydratation.

Conclusions

La chirurgie demeure un pilier du traitement des MII réfractaires et compliquées. Le taux de malnutrition de ces patients est élevé et ils sont exposés à un risque important de complications chirurgicales qui résultent directement d'une altération du métabolisme liée à l'inflammation et à la malnutrition. Le dépistage nutritionnel préopératoire devrait être obligatoire pour tous les patients atteints de MII qui doivent subir une intervention chirurgicale, et une optimisation personnalisée devrait être entreprise en cas de détection d'une malnutrition ou d'un haut risque nutritionnel. Les soins nutritionnels préopératoires et postopératoires réduisent le risque de complications et améliorent considérablement les résultats. En cas d'inflammation réfractaire, l'intervention chirurgicale elle-même permet une amélioration de l'état nutritionnel à long terme. De nouvelles données concernant d'autres domaines sont à l'appui du recours à une préhabilitation multimodale associant une intervention nutritionnelle, un programme d'exercices et un soutien en matière de santé mentale. De futures études devraient évaluer le processus global de préhabilitation chez les patients atteints de MII.

Principaux points à retenir :

1. Les patients qui subissent une intervention médicale pour une MII présentent une prévalence élevée de malnutrition en raison des effets cataboliques de l'inflammation chronique et d'un apport nutritionnel insuffisant.
2. La malnutrition, en particulier en cas d'une perte de poids supérieure à 10 % au cours des six derniers mois, est un facteur prédictif important de résultats chirurgicaux défavorables dans les MII, notamment d'infections, de défaillance anastomotique et d'une durée prolongée de l'hospitalisation.
3. Tous les patients qui subissent une intervention chirurgicale pour une MII doivent être soumis à une évaluation nutritionnelle avant l'intervention chirurgicale à l'aide d'un outil de dépistage des risques nutritionnels, suivie d'une évaluation et d'une intervention nutritionnelles pour les patients dont le dépistage est positif.
4. Si la nécessité d'une intervention chirurgicale n'est pas urgente et en présence d'une malnutrition grave, l'intervention chirurgicale doit être retardée d'au moins 7 à 14 jours pour permettre de mettre en place une approche nutritionnelle agressive optimisée.
5. Dans les cas de MC compliquée, il a été démontré que la nutrition entérale préopératoire pendant au moins 2 semaines, mais de préférence 4 à 6 semaines, réduisait les complications infectieuses et les complications liées à la cicatrisation des plaies postopératoires.
6. Une intervention chirurgicale réussie améliore l'état nutritionnel des patients atteints de MII, mais il faut surveiller les complications liées à la malabsorption, notamment les carences en micronutriments, la malnutrition protéino-énergétique due au SIC et la déshydratation chez les personnes ayant subi une stomie.

Coordonnées :

Barbara Bielawska, M.D., M.Sc., FRCPC
Courriel : bbielawska@toh.ca

Divulgence de renseignements financiers :

Barbara Bielawska

Honoraire de conférencière : Baxter Corporation

Références :

1. Barnes EL, Lightner AL, Regueiro M. Perioperative and postoperative management of patients with Crohn's disease and ulcerative colitis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2020;18(6):1356-66.
2. Sobotka L, Allison SP, European Society for Clinical N, Metabolism. Basics in clinical nutrition. Fifth edition. ed. Prague: Galén; 2019. XXXIV, 676 pages.
3. Weimann A, Braga M, Carli F, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clin Nutr*. 2021;40(7):4745-61.
4. Gold SL, Raman M. Malnutrition Assessment in patients with inflammatory bowel disease. *Canadian IBD Today*. 2023;1(1):35-42.
5. Ryan E, McNicholas D, Creavin B, et al. Sarcopenia and inflammatory bowel disease: a systematic review. *Inflamm Bowel Dis*. 2019;25(1):67-73.
6. Bischoff SC, Bager P, Escher J, et al. ESPEN guideline on Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease. *Clin Nutr*. 2023;42(3):352-79.
7. Adamina M, Gerasimidis K, Sigall-Boneh R, et al. Perioperative dietary therapy in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*. 2020;14(4):431-44.
8. Chiu E, Oleynick C, Raman M, et al. Optimizing inpatient nutrition care of adult patients with inflammatory bowel disease in the 21st century. *Nutrients*. 2021;13(5):1581.
9. Yamamoto T, Lightner AL, Spinelli A, et al. Perioperative management of ileocecal Crohn's disease in the current era. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2020;14(9):843-55.
10. Gold SL, Raman M. Editorial: a formula shake each day keeps the complications away - the tolerability and effect of orally-delivered enteral nutrition in improving post-operative outcomes in patients with Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2022;56(4):739-40.
11. Schwartz E. Perioperative parenteral nutrition in adults with inflammatory bowel disease: a review of the literature. *Nutr Clin Pract*. 2016;31(2):159-70.
12. Day A, Wood J, Melton S, Bryant RV. Exclusive enteral nutrition: An optimal care pathway for use in adult patients with active Crohn's disease. *JGH Open*. 2020;4(2):260-6.
13. Meade S, Patel KV, Luber RP, et al. A retrospective cohort study: pre-operative oral enteral nutritional optimisation for Crohn's disease in a UK tertiary IBD centre. *Aliment Pharmacol Ther*. 2022;56(4):646-63.
14. Fiorindi C, Cuffaro F, Piemonte G, et al. Effect of long-lasting nutritional prehabilitation on postoperative outcome in elective surgery for IBD. *Clin Nutr*. 2021;40(3):928-35.
15. Zangenberg MS, Horesh N, Kopylov U, et al. Preoperative optimization of patients with inflammatory bowel disease undergoing gastrointestinal surgery: a systematic review. *Int J Colorectal Dis*. 2017;32(12):1663-76.
16. Seifarth C, Augustin LN, Lehmann KS, et al. Assessment of risk factors for the occurrence of a high-output ileostomy. *Front Surg*. 2021;8:642288.
17. Bridges M, Nasser R, Parrish C. High output ileostomies: the stakes are higher than the output. *Pract Gastroenterol*. 2019.
18. Bering J, DiBaise JK. Short bowel syndrome: Complications and management. *Nutr Clin Pract*. 2023;38 Suppl 1:S46-S58.
19. Bielawska B, Allard JP. Parenteral nutrition and intestinal failure. *Nutrients*. 2017;9(5):466.
20. Gold SL, Manning L, Kohler D, et al. Micronutrients and their role in inflammatory bowel disease: function, assessment, supplementation, and impact on clinical outcomes including muscle health. *Inflamm Bowel Dis*. 2023;29(3):487-501.