

Alimentation entérale et parentérale (1)

Alimentation entérale : technique et principales indications

Points à comprendre

- La dénutrition est fréquente au cours des affections chroniques et elle en représente une véritable complication : elle peut menacer par elle-même le pronostic vital ; elle peut aussi influencer négativement le déroulement de l'affection en cause ou de ses conséquences, par le biais d'un retard de cicatrisation, d'une moindre efficacité des mécanismes de défense contre l'infection, d'une prolongation de la phase de convalescence.
- Les techniques d'assistance nutritionnelle, utilisant la voie entérale ou parentérale, ont pour objectif de traiter ou de prévenir la dénutrition et ainsi d'améliorer le pronostic de l'affection causale. Dans d'autres cas, elles visent à assurer un apport alimentaire suffisant chez un malade ne pouvant pas s'alimenter.
- Chaque fois que possible, la nutrition entérale, plus physiologique, plus facile à mettre en œuvre et à surveiller, et moins coûteuse, doit être préférée à la nutrition parentérale.

A savoir absolument

Technique de la nutrition entérale

La nutrition entérale consiste à instiller par l'intermédiaire d'une sonde un liquide nutritif dans la partie supérieure du tube digestif.

Modalités techniques

Il existe diverses modalités selon le mode d'administration, la position de la sonde et la qualité du liquide nutritif.

Mode d'administration

Le liquide nutritif est administré habituellement par instillation continue à faible débit. On utilise préférentiellement une pompe qui assure un débit lent et régulier, et des flacons ou une poche contenant le liquide nutritif. Le système d'instillation par poche a l'avantage de pouvoir être réalisé en circuit stérile, permettant une sécurité bactériologique maximale.

La sonde d'administration

Elle est le plus souvent nasogastrique, en élastomère de silicone, de calibre Charrière 8 à 12. La sonde est fixée au nez par un sparadrap, et sa bonne position dans l'estomac doit être vérifiée radiologiquement. L'extrémité de la sonde peut être lestée pour se positionner au niveau du duodénum ou de la première anse jéjunale. Quant la nutrition entérale est prolongée, au-delà d'un mois, l'administration par gastrostomie ou jéjunostomie doit être préférée, car elle est plus confortable et plus esthétique. La gastrostomie et la jéjunostomie peuvent être mises en place par voie endoscopique, technique particulièrement utile chez les malades neurologiques et les sujets âgés et en cas de NE à domicile.

Liquide nutritif

Une grande variété de produits, la plupart complets, équilibrés et enrichis en vitamines et oligo-éléments, sont disponibles sur le marché. Les produits les plus utilisés sont les produits polymériques, dont la composante protéique est faite de protéines entières.

Établissement des apports en NE Chronologie

La mise en œuvre de la NE nécessite une certaine prudence visant à apprécier la tolérance individuelle de la méthode. On commence le plus souvent par des apports de l'ordre de 1 000 à 1 500 ml/24 h d'un mélange isotonique isocalorique. Si la tolérance est bonne, on augmente ensuite rapidement par paliers de 500 kcal/24 h, éventuellement en augmentant parallèlement la charge calorique et l'osmolarité du mélange, jusqu'à un plateau correspondant aux apports souhaités. Quand c'est possible, on autorise secondairement la prise d'une alimentation orale de complément, aux heures habituelles des repas. La NE est prolongée jusqu'à la fin de la circonstance pathologique qui a conduit à la mettre en œuvre (par exemple, intervention chirurgicale si elle est faite à titre pré-opératoire), ou jusqu'à l'obtention d'un bénéfice nutritionnel clair (ce qui nécessite 3-4 semaines), et à la condition que le sujet ait repris une alimentation orale suffisante.

Niveau des apports

L'apport minimal de maintien correspond à $1,25 \times$ la dépense énergétique de repos et 100-150 mg d'azote par kilo. L'existence d'une situation pathologique augmentant les besoins (chirurgie, maladie inflammatoire, etc.) ou majorant les pertes (malabsorption, exsudation) nécessite l'augmentation des apports énergétiques et azotés afin d'équilibrer les bilans : jusqu'à $1,50-1,75 \times$ la dépense énergétique de repos et 250-300 mg/kg d'azote. La réparation d'une dénutrition nécessite aussi cette augmentation dans le but cette fois de positiver les bilans. Ainsi, pour obtenir une prise de masse maigre, l'apport azoté doit dépasser 250 mg/kg par jour, avec un rapport calorico-azoté de l'ordre de 150 ; pour obtenir une réplétion mixte, les apports à la fois énergétiques et azotés doivent être augmentés. Il ne faut pas pas non plus que les apports énergétiques, et particulièrement d'hydrates de carbone, soient trop importants, car ils seraient mal supportés : lipogénèse, stéatose hépatique, majoration du travail respiratoire et de la production de CO_2 . L'apport excessif d'azote peut conduire à une élévation de l'urée sanguine. De toute façon, augmenter l'apport relatif de protéines (c'est-à-dire diminuer le nombre de kcal par g d'azote apporté) ne conduit pas à une augmentation parallèle de la réplétion protéique. On admet qu'il faut un minimum de 80-100 kcal pour que le gramme d'azote apporté soit incorporé dans les synthèses protéiques ; le surplus est perdu et uriné.

NE à domicile

Si la situation pathologique et l'environnement du patient le permettent, il est possible de débiter la NE à l'hôpital pendant deux à quelques jours pour en apprécier dans les meilleures conditions la tolérance, puis de poursuivre celle-ci à domicile, éventuellement de façon prolongée. Il existe des structures de soins qui assurent le soutien logistique, l'approvisionnement et la surveillance de la NE au domicile du patient.

Tolérance de la NE et modalités de surveillance

La NE est une méthode sûre et efficace, à condition de respecter ses modalités de prescription et de surveillance. Le *tableau I* indique les règles d'administration et de surveillance, et les risques qu'il faut prévenir.

La complication la plus fréquente est la diarrhée, observée chez 5 à 30 % des malades selon les séries. Elle est plus fréquente chez les patients gravement dénutris, hypoalbuminémiques, recevant des antibiotiques. Elle peut être la conséquence d'une souillure bactérienne du mélange nutritif ou de son contenant. Son incidence est

diminuée par le respect des règles hygiéniques simples de manipulation, de lavage et d'administration, et aussi par l'addition de probiotiques dans le mélange. Elle est plus rarement liée à l'hyperosmolarité du mélange ou une trop forte accélération du débit d'instillation, ce dernier accident étant prévenu par l'utilisation d'une pompe.

La complication la plus grave et heureusement rare est la bronchopneumopathie de déglutition liée au reflux du liquide nutritif dans les voies respiratoires, d'où l'importance de vérifier la vigilance du patient. La mesure de prévention la plus efficace est d'administrer la NE en maintenant le patient en position demi-assise, y compris la nuit.

Principales indications

Devant un patient chez lequel on discute une NE, deux questions doivent être posées successivement : y a-t-il indication d'assistance nutritionnelle ? Et si oui, peut-on utiliser la nutrition entérale ?

Décision d'assistance nutritionnelle

On envisage le recours à une assistance nutritionnelle chaque fois qu'il existe une dénutrition ou que celle-ci est prévisible à court terme, alors que les apports alimentaires spontanés du patient n'atteignent pas un niveau suffisant pour couvrir les besoins de réparation ou de maintien. De plus, il est évident qu'une assistance nutritionnelle n'est à entreprendre comme thérapeutique adjuvante qu'après avoir établi le pronostic de l'affection causale et bien pesé le bénéfice attendu du résultat nutritionnel. Par exemple, chez un sujet cancéreux en phase terminale, c'est d'abord le traitement antalgique qui compte. Inversement, si on espère une réponse favorable à une chimiothérapie lourde, il peut être indiqué d'améliorer l'état nutritionnel pour augmenter la tolérance du traitement.

Il faut par ailleurs distinguer les indications d'assistance nutritionnelle à visée exclusivement nutritionnelle des indications de suppléance et des indications très particulières de mise au repos du tube digestif (par exemple, au cours du traitement d'une maladie de Crohn ou d'une pancréatite aiguë).

Décision du mode d'assistance nutritionnelle

Tube digestif sain

Quand le tube digestif est morphologiquement indemne et fonctionnel, les arguments de tolérance, de coût et de faisabilité, conduisent à préférer la NE en utilisant un mélange polymérique.

Tableau I
Principales complications de la NE et moyens de prévention

Rétention gastrique, vomissements	Débit d'instillation faible et continu, vérifié (pompe) Pas de rattrapage Mélanges nutritifs isotoniques isocaloriques Vérifier la position de la sonde (repère)
Reflux dans les voies aériennes	Position demi-assise
Bronchopneumopathies de déglutition	Surveillance des fonctions supérieures
Diarrhée	Débit faible et continu Mélanges nutritifs non hyperosmolaires, salés Nettoyage régulier du matériel, poches nutritives
Pharyngite, otite, sinusite	Sonde souple en élastomère de silicone, de petit calibre
Obstruction de la sonde	Rincer la sonde lors de toute interruption

Pathologie digestive

L'existence d'une pathologie digestive ne doit pas en soi faire renoncer à l'utilisation de la voie entérale. S'il existe une impossibilité d'alimentation orale en raison d'un obstacle œsophagien ou gastrique, ou d'un trouble de la déglutition, cette étape peut facilement être court-circuitée par la mise en place d'une gastro ou d'une jéjunostomie d'alimentation. De la même façon, la présence de lésions du rectum, du côlon, ou même de la fin de l'intestin grêle, n'a pas de conséquences importantes sur les fonctions d'absorption en amont et ne constitue donc pas une contre-indication à la NE. Lorsqu'il existe une maldigestion, notamment en cas de gastrectomie, d'insuffisance pancréatique, de contamination bactérienne chronique du grêle, la NE même polymérique reste efficace, car le faible débit continu améliore les conditions de digestion (rapport enzyme/nutriment) et d'absorption résiduelle (augmentation du temps de contact nutriment/surface absorbante). Il est cependant parfois nécessaire dans ces cas d'utiliser des nutriments (acides aminés ou petits peptides, triglycérides à chaîne moyenne) ne nécessitant pas de phase de digestion pour être absorbés. Enfin, une malabsorption par atteinte pariétale de l'intestin grêle (maladie inflammatoire, grêle court post-chirurgical) peut certes limiter l'efficacité de la NE, mais il existe divers moyens permettant de compenser en partie ce déficit (petits peptides, triglycérides à chaîne moyenne, hypernutrition entérale, nutrition continue 24 h sur 24).

Points essentiels à retenir

- La nutrition entérale consiste à instiller dans le tube digestif supérieur un liquide nutritif par l'intermédiaire d'une sonde.
- En cas de nutrition entérale prolongée, il est plus confortable d'instiller le liquide nutritif par l'intermédiaire d'une gastrostomie. Celle-ci peut être posée par voie percutanée endoscopique.
- Les liquides nutritifs les plus utilisés sont les produits polymériques isocaloriques.
- La nutrition entérale est réalisable au domicile du patient.
- Les principales complications sont la bronchopneumopathie de déglutition, prévenue par la position demi-assise, et la diarrhée.
- L'indication de nutrition entérale doit être discutée en deux temps : d'abord existe-t-il une indication d'assistance nutritionnelle (chaque fois qu'il existe une dénutrition ou que celle-ci est prévisible à court terme), puis peut-on utiliser la nutrition entérale ?
- La nutrition entérale doit être préférée à la nutrition parentérale quand le tube digestif est fonctionnel ou lorsque la pathologie digestive ne retentit pas gravement sur les fonctions d'absorption.

Pour approfondir

Caractéristiques d'un mélange nutritif

Les caractéristiques importantes d'un mélange sont :

- la qualité des protéines : acides aminés (mélanges élémentaires), petits peptides (mélanges semi-élémentaires), protéines entières ou très partiellement hydrolysées (mélangées polymériques). Les mélanges élémentaires et semi-élémentaires court-circuitent la phase de digestion endoluminale des protéines ;

- la teneur en lipides : certains mélanges, essentiellement élémentaires, n'apportent que les quelques grammes d'acides gras essentiels nécessaires à la prévention d'une carence clinique. La plupart apportent 20 à 30 % de calories lipidiques, sous forme de triglycérides à chaîne longue et pour partie à chaîne moyenne (TCM) ;
- l'osmolarité : elle est fonction de la taille des molécules du mélange, élevée lorsque celles-ci sont surtout des acides aminés et des petits oligo-saccharides comme dans les diètes élémentaires, normale ou basse lorsqu'il s'agit de protéines peu dégradées et de polymères du glucose. Les mélanges hyperosmolaires provoquent un appel de liquide dans le tube digestif supérieur et peuvent entraîner une diarrhée ;
- la teneur en sodium, car une concentration supérieure à 80 mmol/l améliore l'absorption de l'eau et des électrolytes du mélange ;
- le rapport calorico-azoté (nombre de calories non protéiques pour 1 gramme d'azote) distingue les mélanges hyperprotéiques (< 120 kcal/g) et normoprotéiques. Un rapport de l'ordre de 150-200 est considéré comme optimal pour la réplétion protéino-énergétique dans les dénutritions chroniques.

Surveillance de la nutrition entérale

La bonne tolérance de la nutrition entérale doit être surveillée par l'interrogatoire (douleurs oro-pharyngées, toux, transit intestinal), l'examen physique (auscultation pulmonaire) et d'éventuels examens radiologiques (sinus, cliché thoracique).

L'efficacité de la NE doit être régulièrement évaluée, d'une part en vérifiant chaque jour que la quantité de mélange nutritif prescrite sur 24 heures a bien été administrée (la NE a pu être interrompue au cours du nyctémère pour mauvaise tolérance, ou pour examens nécessitant le jeûne), d'autre part en surveillant l'évolution nutritionnelle par un examen clinico-biologique hebdomadaire : degré d'activité physique avec et sans aide, poids corporel, examen physique (ascite, œdèmes, masses musculaires), créatininurie, dosage des protéines circulantes. Noter la baisse habituelle de l'albuminémie au cours des deux premières semaines de NE en raison de l'hémodilution et de la longue demi-vie de l'albumine.

Indications de la nutrition entérale

Tube digestif sain

La NE doit être utilisée préférentiellement à la nutrition parentérale lorsque le tube digestif est fonctionnel. Cette position de principe doit cependant être nuancée dans certaines circonstances :

- les malades de réanimation ne tolèrent pas toujours parfaitement d'emblée la NE. Le decubitus, les traitements sédatifs, l'antibiothérapie, le stress, parfois les modifications de la circulation dans le territoire splanchnique, sont autant de facteurs pouvant favoriser sous NE la survenue de reflux gastro-œsophagien, de vomissements, de diarrhée. Si bien qu'il est parfois difficile de débiter dès les premiers jours de réanimation la NE, ou du moins d'obtenir dès ce moment des apports calorico-azotés couvrant les besoins par cette seule voie. Une période plus ou moins prolongée de nutrition parentérale est le plus souvent indispensable ;
- la chirurgie digestive entraîne également une inertie motrice au niveau de l'estomac et du côlon de quelques jours. C'est pourquoi elle nécessite l'aspiration gastrique et l'arrêt de toute alimentation orale avant la reprise spontanée du transit. Au cours de cette période post-opératoire précoce, il est donc aussi nécessaire de recourir à la nutrition parentérale ;
- les traitements antimitotiques (radiothérapie, chimiothérapie) peuvent entraîner des lésions aiguës intestinales ou gastroduodénales, et/ou des vomissements qui limitent la tolérance et l'efficacité d'une nutrition entérale. S'il existe chez ces patients le besoin réel d'une assistance nutritionnelle, il vaut sans doute mieux utiliser la voie intraveineuse ;

– les sujets âgés sont réputés mal tolérer la nutrition entérale. Cette réputation vient surtout des conditions plus ou moins satisfaisantes d'administration de la nutrition entérale chez le vieillard (sans pompe, sans surveillance). En fait, c'est chez la femme âgée hospitalisée pour fracture du col du fémur qu'a été faite la plus belle démonstration de l'intérêt thérapeutique de la nutrition entérale. Une étude randomisée comparative a en effet montré que l'apport supplémentaire nocturne de 1 000 kcal entérales diminuait la mortalité et raccourcissait la durée d'immobilisation et la longueur du séjour hospitalier.

Indications particulières

- Mise au repos fonctionnel du tube digestif

Il peut être souhaitable dans certaines pathologies (fistule entéro-cutanée, essentiellement post-opératoire, affection pancréatique) de limiter au maximum le débit de liquide dans la lumière digestive et d'éviter la sollicitation des sécrétions pancréatiques et/ou intestinales, tout en maintenant un état anabolique permettant la cicatrisation lésionnelle. Ce résultat est obtenu de façon plus complète par la nutrition parentérale, quoiqu'il demeure toujours une sécrétion pancréatique externe minimale. Toutefois, la NE peut avoir une efficacité comparable si la fistule est relativement bas-située (côlon, fin du grêle) ou en cas de lésion haute, si la sonde d'alimentation court-circuite le carrefour duodéno-bilio-pancréatique.

- Pancréatites aiguës

Les pancréatites aiguës nécrosantes se compliquent rapidement de dénutrition en raison de la situation hypercatabolique et de l'intolérance alimentaire initiale. La NE a été montrée comme efficace dans cette indication, qu'elle soit administrée en position gastrique ou jéjunale, et doit être préférée à la nutrition parentérale.

- Maladies inflammatoires intestinales

Dans la rectocolite hémorragique, l'assistance nutritionnelle est une thérapeutique adjuvante dépourvue du moindre effet propre sur l'évolution des lésions coliques. Dans la maladie de Crohn, par contre, la NE a une efficacité particulière : elle permet de contrôler environ trois quarts des poussées cliniques, y compris celles n'ayant pas répondu aux corticoïdes. Elle est particulièrement utile lorsqu'il existe une contre-indication, absolue ou relative (diabète, croissance non terminée, souci esthétique) à la corticothérapie. L'effet n'est cependant que suspensif ; la maladie récidive habituellement au cours des mois suivant la reprise d'une alimentation orale.

- NE prolongée à domicile

Dans certaines circonstances pathologiques, la NE doit être prolongée plusieurs semaines, voire plusieurs mois ou années. L'éducation du patient et de son entourage pour la prise en charge de la NE et sa surveillance est indispensable. Les maladies neurologiques compliquées de troubles de la déglutition et les affections néoplasiques en phase pré-terminale constituent les principales indications.

Pour en savoir plus

Berger M. - Nutrition entérale et nutrition précoce en réanimation. *Nutr. Clin. Métabol.* 1999; 13,51-6.

Bleider G., Dupont H.: Surveillance et complications de la nutrition entérale. In: "Traité de Nutrition Artificielle" SFNEP, 1998, pp. 465-75.

Hébuterne X. Technique de la nutrition entérale: matériel, solutions, modalités d'administration. In: "Traité de Nutrition Artificielle" SFNEP, 1998, pp. 445-63.

Recommandations professionnelles pour les pratiques de soins. Soins et surveillance des abords digestifs pour l'alimentation entérale chez l'adulte en hospitalisation et à domicile. ANAES, mai 2000.

Cas clinique n° 1

Une femme de 82 ans est hospitalisée pour fracture du col du fémur. Elle n'a pas de famille, est veuve depuis 10 ans, et vit seule au 3^e étage sans ascenseur dans un appartement peu lumineux. Elle prend par intermittence des anti-inflammatoires non stéroïdiens pour arthrose et un diurétique pour hypertension. L'examen clinique, outre les signes de fracture, note des cheveux rares et secs, une glossite, une édentation complète (appareil dentaire oublié). Le périmètre du bras est de 18 cm, la malade n'est pas pesée. Son dernier poids connu est de 40 kg pour 1,60 m. La biologie est la suivante : Hb 9,8 g/dl 74 µ3, 12 000 GB (72 % PN), créatinine 100 µmol/l, urée 6 mmol/l, bilan hépatique N, Ph alc 1,5 N, albumine 30 g/dl, transferrine 1,50 g/l. La malade est opérée le lendemain de son arrivée (prothèse de hanche).

Questions

- 1 - Cette malade est-elle dénutrie ? Justifiez votre réponse.
- 2 - Existe-t-il des facteurs pathologiques favorisant la fracture du col ?
- 3 - Pensez-vous qu'une assistance nutritionnelle est nécessaire ? Si oui, sous quelle forme ?
- 4 - Rédigez votre prescription.

Réponses

- 1 - Le diagnostic de dénutrition repose sur le contexte étiologique (conditions sociales, édentation), la notion de maigreur antérieure (dernier BMI connu 15,6), la maigreur objectivée au niveau du bras, la constatation de signes carentiels (cheveux, glossite), enfin les valeurs basses des protéines viscérales, albumine et transferrine. Il s'agit d'une dénutrition sévère, mixte, protéino-énergétique à prédominance énergétique.
- 2 - Cette dame âgée vit seule, dans un appartement peu accessible, elle est donc suspecte de sortir rarement et d'avoir des apports alimentaires diminués au moins dans leur variété (sorties difficiles). Elle a une prothèse dentaire qu'elle ne porte pas en permanence, ce qui peut contribuer à diminuer ses apports, notamment protéiques. Enfin, l'appartement est peu lumineux, ce qui l'expose à une carence vitaminique D, dont témoigne l'hyperphosphatasémie alcaline d'origine osseuse. Dénutrition par réduction des apports alimentaires et carence vitaminique D peuvent avoir favorisé la fracture du col.
- 3 - Au cours de son hospitalisation, cette malade aura du mal à s'alimenter du fait de l'absence de prothèse dentaire. De plus, elle est isolée, sans entourage pouvant stimuler ses apports. Elle est par ailleurs dénutrie de base et la période post-opéra-

toire augmente ses besoins caloriques. Dans cette situation, les suppléments nutritifs oraux ont une efficacité variable et souvent lente. Il est donc licite de proposer une assistance nutritionnelle, car sans elle, la dénutrition va s'aggraver, retarder le lever (escarres) et prolonger le séjour hospitalier. Il n'y a pas de pathologie digestive, on peut donc utiliser la voie entérale.

Cas clinique n° 2

Un homme de 70 ans est hospitalisé pour altération de l'état général. On note dans ses antécédents une tuberculose pulmonaire, en 1952, et une gastrectomie pour ulcère en 1960. Tabac : 50 paquets-années. Alcool : 60 g/j. Son poids normal avant 1960 était de 75 kg (1,78 m). Depuis un an, perte de poids progressive de 65 à 55 kg, asthénie (dès le matin), anorexie (repas solitaires, veuf depuis 2 ans), désintérêt. Pas de manifestations digestives. Toux et expectoration depuis 3 semaines. Examen clinique : 54 kg, 37°8, peau sèche, facies émacié, amyotrophie prédominant sur les membres inférieurs, marche lente et difficile ; abdomen souple, gros foie (16 cm/LMC), ferme. Râles bronchiques de la base gauche. Examen neurologique normal, sauf réponses évasives. Sur le plan complémentaire : iono, urée, créatinine sg N, Hb 12 g/dl 97 µ3, 17 500 GB (85 % PN), VS 65 mm, CRP 10xN, transferrine 1,80 g/l, albumine 23 g/L. Rx thorax : pneumopathie de la base gauche. TDM abdomen : N. Fibroscopie œsogastroduodénale : N. Fibroscopie bronchique : sécrétions purulentes du lobe inférieur. Le diagnostic de pneumopathie est posé et le malade est traité par antibiothérapie. A J7, le poids est de 52 kg, on débute une nutrition entérale avec un mélange polymérique apportant 1 000, puis 1 500 kcal/24 h. A J21 (15 jours de NE) : le patient est apyrétique, se lève, se rase, se promène dans le couloir. Il pèse 55 kg. La biologie est la suivante : Hb 10 g/dl, 8 500 GB, CRP 2 x N. transferrine 2 g/l, albumine 24 g/l.

Questions

- 1 - Quels sont les éléments anamnestiques, cliniques et biologiques en faveur du diagnostic de dénutrition ?
- 2 - Quels sont les mécanismes les plus probables de la dénutrition ?
- 3 - Sur quels éléments repose l'indication d'assistance nutritionnelle ?
- 4 - Pourquoi choisir la nutrition entérale ?

4 - La prescription est celle d'un mélange polymérique isocalorique administré par une sonde naso-gastrique au cours des 12 à 14 heures nocturnes pour permettre une relative autonomie dans la journée et la prise de repas normaux aux heures habituelles. On prescrira 1 000 kcal (soit plus de 25 kcal/kg, qui s'ajoutent à la prise orale diurne), administrés à la pompe à un débit de 1,2 ml/min.

5 - La réponse à la nutrition entérale après 15 jours vous paraît-elle favorable ?

Réponses

- 1 - Les éléments anamnestiques en faveur d'une dénutrition sont les conditions sociales (vit seul), l'antécédent de gastrectomie (facteur de maldigestion/malabsorption), le contexte dépressif (asthénie matinale, désintérêt), l'anorexie, la perte de 11 kg (17 %) au cours de l'année. Les éléments cliniques sont la maigreur (BMI 17), le facies, l'amyotrophie, la diminution des performances physiques. Les éléments biologiques sont l'hypotransferrinémie et l'hypoalbuminémie (mais à relativiser compte tenu du syndrome inflammatoire).
- 2 - Ce patient a d'une part une dénutrition chronique qui s'est constituée progressivement au cours de l'année écoulée, probablement essentiellement par diminution des apports alimentaires, et d'autre part une dénutrition aiguë satellite de la pneumopathie en cours qui augmente ses besoins caloriques.
- 3 - L'indication d'assistance nutritionnelle repose sur la gravité de la dénutrition, chez un patient dépressif anorexique et ayant de façon aiguë des besoins caloriques augmentés.
- 4 - Le choix de la nutrition entérale (et non de la nutrition parentérale) est lié au fait que la gastrectomie ne perturbe pas de façon majeure les fonctions d'absorption intestinale, la NE garde toute son efficacité dans cette indication.
- 5 - Après 15 jours, le sujet a pris 3 kg, la transferrine a progressé, l'albumine est inchangée. La prise de poids est optimale (+ 1,5 kg par semaine), la transferrine a augmenté car sa demi-vie est courte, la non-augmentation de l'albumine est liée à la normalisation de la volémie et la longue demi-vie (20 jours). La réponse nutritionnelle est donc très favorable, comme le confirme la reprise de l'activité physique.