

Développement professionnel continu

# Peut-on nourrir précocement un patient ayant une suture digestive ?

## *Can a patient eat early after digestive surgery involving an anastomosis?*

Karem Slim

Service de chirurgie digestive, CHU Estaing, 1, place Lucie-Aubrac, 63003 Clermont-Ferrand, France

Disponible sur Internet le 2 juin 2015

### Résumé

Le jeûne après chirurgie digestive est une attitude devenue dogmatique depuis des décennies. Mais de plus en plus de données scientifiques factuelles remettent en question cette attitude. Le but de cette revue de la littérature est d'évaluer la place d'une réalimentation orale précoce en cas de chirurgie sus- ou sous-mésocolique avec suture ou anastomose digestive.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

*Mots clés* : Chirurgie digestive ; Nutrition ; Réhabilitation améliorée

### Abstract

Fasting after surgery is a dogmatic attitude, which was commonly applied since several decades. But there is an increasing number of evidence-based data questioning this attitude. The aim of this literature review is to evaluate the role of early eating in case of upper and lower abdominal surgery involving foregut or colorectal anastomoses.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

*Keywords*: Digestive surgery; Nutrition; Enhanced recovery

## 1. Introduction

Laisser les patients à jeun après chirurgie digestive et ne leur donner à boire et manger qu'après la reprise du transi test une attitude ancrée dans les esprits depuis des siècles. Ce dogme est théoriquement destiné à prévenir les nausées et vomissements postopératoires, et mettre le tube digestif au repos le temps que la suture ou anastomose digestive cicatrise. Cette attitude est encore admise par les patients et beaucoup de médecins comme le démontrent les forums de discussion sur internet (« mieux vaut donc attendre quelques jours que tout se remette en ordre afin que cela se passe bien » : <http://www.allodocteurs.fr/question-sante-le-jeune-apres-une-intervention-chirurgicale-2010.asp?1=1>). Une enquête de pratiques en France a montré que 30 % des membres de la Société française de chirurgie digestive, permettaient aux patients une alimentation liquide

le lendemain d'une chirurgie colorectale [1]. Dans les pays scandinaves (réputés en avance dans ce domaine), moins de la moitié des chirurgiens permettaient une alimentation solide à leurs patients le lendemain d'une chirurgie colorectale [2]. Pourtant dès le milieu des années 90 (une décennie avant ces enquêtes), deux essais randomisés avaient suggéré l'innocuité d'une réalimentation précoce après chirurgie [3,4]. Le but de cette revue de la littérature factuelle (*evidence-based literature*) est de faire le point sur les éléments de preuves permettant ou non de recommander une réalimentation orale précoce après suture digestive qu'elle soit sous- ou sus-mésocolique.

Une méta-analyse publiée en 2001 et mise à jour en 2009 a inclus diverses procédures chirurgicales colorectales, gastriques, hépatobiliaires, ou pancréatiques [5]. Cette méta-analyse sur près de 1200 patients a montré qu'il n'y avait pas de bénéfice à laisser les patients à jeun après chirurgie abdominale (comportant une suture ou une anastomose digestive), la réalimentation précoce (sans attendre la reprise du transit) était associée à une réduction de la mortalité postopératoire

Adresse e-mail : [kslim@chu-clermontferrand.fr](mailto:kslim@chu-clermontferrand.fr)

(sans explication factuelle). De plus, la réalimentation précoce n'était pas associée à un risque accru de repose de sonde d'aspiration gastrique (risque relatif (RR)=1,21, IC 95 % 0,73–1,99), et le risque de désunion anastomotique n'était pas augmenté par la réalimentation précoce (RR=0,62, IC 95 % 0,30–1,28). Cependant, l'hétérogénéité des études réduit la validité interne (qualité intrinsèque) de cette méta-analyse, et la multiplicité des interventions évaluées en réduit la validité externe (applicabilité des conclusions). Ces limites soulignent l'importance d'études spécifiques à la chirurgie sous-mésocolique (résection colorectale, résection du grêle) ou sus-mésocolique (gastrectomie, œsophagectomie, duodéno-pancréatectomie).

Dans un esprit de concision, ne sera pas évoquée ici la place de la sonde d'aspiration gastrique postopératoire qui tend à être abandonnée dans la majorité des interventions chirurgicales [6].

## 2. Chirurgie sous-mésocolique

Dans la revue systématique Cochrane publiée en 2006 [7], était considérée comme réalimentation postopératoire précoce toute nutrition orale ou par sonde après chirurgie colorectale. Quatorze essais sur la chirurgie colorectale étaient inclus comprenant 1224 patients. Les différences entre réalimentation précoce et réalimentation retardée (après reprise du transit) n'étaient pas significatives pour tous les critères de jugement sauf la mortalité postopératoire qui était supérieure dans le groupe réalimentation retardée mais sans que l'on puisse trouver une relation de causalité. Les auteurs ont considéré les nausées ou vomissements postopératoires comme des effets indésirables de la réalimentation précoce (et non des complications) ; à ce titre, le risque de nausées ou vomissements était plus élevé dans ce cas (RR=1,27, IC 95 % 1,01–1,67,  $p=0,04$ ) mais avec une hétérogénéité dans les essais. Les auteurs de la revue Cochrane concluaient qu'il n'y avait aucun bénéfice à retarder la réalimentation après chirurgie colorectale [7].

Une méta-analyse plus récente répond mieux à la définition commune de réalimentation précoce (ingestion orale d'aliments liquides puis solides, à la différence de la méta-analyse Cochrane où était incluse la nutrition par sonde) [8]. Cette méta-analyse, dont la méthodologie est satisfaisante (critères PRISMA [9]), a inclus sept essais comprenant 587 patients. Elle a montré une réduction significative de la durée d'hospitalisation de 1,5 jours et de la morbidité globale (RR=0,70, IC 95 % 0,50–0,98,  $p=0,04$ ), sans autre différence en termes de fistule anastomotique, pneumopathie, vomissements, réinsertion de sonde d'aspiration gastrique, ou mortalité postopératoire. Cette méta-analyse est la première à démontrer une supériorité de la réalimentation orale précoce après chirurgie colorectale.

La réalimentation précoce est recommandée depuis 2005 par la Société française de chirurgie digestive [10], et a été rapidement adoptée dans les centres de chirurgie colorectale. Nous ne disposons pas d'enquête nationale récente pour évaluer l'impact de cette recommandation à grande échelle. De plus, la réalimentation précoce fait maintenant partie intégrante des

procédures de réhabilitation améliorée après chirurgie colorectale [11].

## 3. Chirurgie sus-mésocolique

La situation en chirurgie sus-mésocolique est différente car il peut s'agir d'interventions pouvant avoir des spécificités propres : deux types de gastrectomies (totale ou partielle), anastomose intrathoracique pour les œsophagectomies, risque de retard à la vidange gastrique pour les duodéno-pancréatectomies. Une première étude randomisée incluant ces trois types de chirurgie a suggéré que la réalimentation précoce était associée à une réduction de la durée d'hospitalisation mais l'hétérogénéité des cas et le faible nombre de patients ne permettent pas une conclusion formelle avec un bon niveau de preuves [12].

### 3.1. Les gastrectomies

Deux essais randomisés ont été publiés. Un essai coréen ayant inclus 54 patients (effectif calculé en considérant la durée d'hospitalisation comme critère de jugement principal) a montré que la réalimentation précoce était suivie d'une durée d'hospitalisation significativement plus courte (de 1,3 jour) et une reprise plus rapide du transit [13]. Mais ces résultats sont à rapporter essentiellement aux gastrectomies partielles du fait du faible nombre de gastrectomies totales dans cet essai ( $n=11$ ). Le deuxième essai est multicentrique scandinave, et a inclus 159 gastrectomies parmi 453 interventions sus-mésocoliques [14]. Il n'y avait globalement pas de différence significative entre les groupes « réalimentation précoce » et « réalimentation retardée », mais aucune analyse pour le sous-groupe « gastrectomies » n'a été effectuée.

### 3.2. Les œsophagectomies

Comme pour la gastrectomie totale, le dogme de laisser les patients à jeun repose sur la crainte de mettre l'anastomose sous tension et ainsi d'aggraver le risque de désunion. Une revue systématique a été publiée en 2014 par une équipe hollandaise et a essayé d'évaluer l'innocuité de la réalimentation précoce après œsophagectomie [15]. Cette revue systématique n'a retrouvé que trois études spécifiques, dont une seule comportait des données exploitables. Cette étude [16] non randomisée a inclus 133 patients et a montré l'innocuité d'une réalimentation précoce avec une réduction de la durée d'hospitalisation (9,2 vs 10,7 jours,  $p<0,05$ ), et une réduction des fistules anastomotiques (1,5 vs 3,1 %). Mais cette seule étude et l'absence de randomisation ne constituent pas des preuves de haut niveau.

### 3.3. Les duodéno-pancréatectomies

Les duodéno-pancréatectomies sont souvent réalisées sur des patients dénutris et ont une morbidité élevée. Les recommandations des Sociétés de nutrition sont en faveur d'une nutrition postopératoire par sonde naso-gastrique ou naso-jéjunale ou par voie parentérale. Une revue systématique hollandaise publiée

en 2013 a comparé la réalimentation orale aux autres méthodes de nutrition [17]; elle a inclus aussi bien des études randomisées que des études de cohorte ( $n=15$ ) et 3474 cas ont été analysés. Cette revue systématique a montré que la réalimentation orale était suivie d'une durée d'hospitalisation plus courte (15 jours en moyenne contre 20–25 jours pour la nutrition parentérale ou la nutrition par sonde naso-jéjunale). Malheureusement, cette revue systématique ne répond pas à la question de la réalimentation précoce car seules deux études sur les 15 ont comporté un protocole de réhabilitation améliorée, et la qualité méthodologique de ces deux études est mauvaise. Les mêmes auteurs de la méta-analyse ont publié une série de 102 duodéno-pancréatectomies comparées à un groupe historique [18]. La comparaison des deux groupes montrait une réduction de la durée d'hospitalisation (de 5 jours,  $p=0,015$ ) et du délai d'alimentation orale complète (de 3 jours,  $p=0,015$ ). Néanmoins toute comparaison historique peut être source de biais. La récente étude (comparative avec appariement des groupes) de Braga et al. [19] a analysé la faisabilité d'une réalimentation précoce dans le cadre d'un protocole de réhabilitation améliorée. Le protocole de réhabilitation (incluant une réalimentation liquide dès le premier jour postopératoire et solide dès le deuxième jour) aboutissait à une réduction de la durée de l'iléus postopératoire (d'un jour,  $p<0,001$ ) et de la durée d'hospitalisation (de 2,5 jours en l'absence de complications majeures,  $p=0,001$ ), sans augmentation de la morbidité.

#### 4. Comment implémenter la réalimentation précoce

La réalimentation précoce après chirurgie digestive ne peut se concevoir en dehors d'une prise en charge multimodale péri-opératoire visant à réduire le stress chirurgical [20]. La gestion de la douleur, les corticoïdes, la prévention des nausées et vomissements, une chirurgie mini-invasive, et la mobilisation précoce dans le cadre de protocoles de réhabilitation améliorée [11] sont autant d'éléments de la prise en charge péri-opératoire qui améliorent la tolérance de la réalimentation précoce. Le Groupe de réhabilitation améliorée après chirurgie (GRACE, [www.grace-asso.fr](http://www.grace-asso.fr)), récemment créé, a pour objectifs de diffuser cette nouvelle approche et de mener parallèlement des études multicentriques afin d'évaluer la réalimentation précoce dans des interventions où le niveau de preuves est faible. Les hollandais nous ont bien montré, il y a déjà 5 ans, qu'un programme national d'implémentation a permis de diffuser le concept de réhabilitation améliorée et de réduire le délai de réalimentation de trois jours en moyenne [21].

#### 5. Conclusion

Nous disposons d'un bon niveau de preuves pour recommander une réalimentation orale précoce après chirurgie sous-mésocolique. Les études en chirurgie sus-mésocolique sont d'un niveau de preuves moindre mais permettent néanmoins d'évoquer la faisabilité d'une réalimentation précoce.

#### Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

#### Références

- [1] Slim K, Panis Y, Chipponi J, Société française de chirurgie. Digestive half of the current practice of gastrointestinal surgery is against the evidence: a survey of the French Society of Digestive Surgery. *J Gastrointest Surg* 2004;8:1079–82.
- [2] Lassen K, Hannemann P, Ljungqvist O, Fearon K, Dejong CH, von Meyenfeldt MF, et al. Patterns in current perioperative practice: survey of colorectal surgeons in five northern European countries. *Br Med J* 2005;330:1420–1.
- [3] Reissman P, Teoh TA, Cohen SM, Weiss EG, Noguera JJ, Wexner SD. Is early oral feeding safe after elective colorectal surgery? A prospective randomized trial. *Ann Surg* 1995;222:73–7.
- [4] Carr CS, Ling KD, Boulos P, Singer M. Randomised trial of safety efficacy of immediate postoperative enteral feeding in patients undergoing gastrointestinal resection. *Br Med J* 1996;312:869–71.
- [5] Lewis SJ, Andersen HK, Thomas S. Early enteral nutrition within 24 h of intestinal surgery versus later commencement of feeding: a systematic review and meta-analysis. *J Gastrointest Surg* 2009;13:569–75.
- [6] Nelson R, Edwards S, Tse B. Prophylactic nasogastric decompression after abdominal surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(3): CD004929.
- [7] Andersen HK, Lewis SJ, Thomas S. Early enteral nutrition within 24 h of colorectal surgery versus later commencement of feeding for postoperative complications. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(4): CD004080.
- [8] Zhuang CL, Ye XZ, Zhang CJ, Dong QT, Chen BC, Yu Z. Early versus traditional postoperative oral feeding in patients undergoing elective colorectal surgery: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Dig Surg* 2013;30:225–32.
- [9] Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Int J Surg* 2010;8:336–41.
- [10] Mariette C, Alves A, Benoist S, Bretagnol F, Mabrut JY, Slim K. Soins péri-opératoires en chirurgie digestive. Recommandations de la Société française de chirurgie digestive (SFCDD). *J Chir* 2005;142:14–28.
- [11] Alfonsi P, Slim K, Chauvin M, Mariani P, Faucheron JL, Fletcher D, et al. French guidelines for enhanced recovery after elective colorectal surgery. *J Visc Surg* 2014;151:65–79.
- [12] Barlow R, Price P, Reid TD, Hunt S, Clark GW, Havard TJ, et al. Prospective multicentre randomised controlled trial of early enteral nutrition for patients undergoing major upper gastrointestinal surgical resection. *Clin Nutr* 2011;30:560–6.
- [13] Hur H, Kim SG, Shim JH, Song KY, Kim W, Park CH, et al. Effect of early oral feeding after gastric cancer surgery: a result of randomized clinical trial. *Surgery* 2011;149:561–8.
- [14] Lassen K, Kjaeve J, Fetveit T, Tranø G, Sigurdsson HK, Horn A, et al. Allowing normal food at will after major upper gastrointestinal surgery does not increase morbidity: a randomized multicenter trial. *Ann Surg* 2008;247:721–9.
- [15] Weijs TJ, Berkelmans GH, Nieuwenhuijzen GA, Ruurda JP, Hillegersberg RV, Soeters PB, et al. Routes for early enteral nutrition after esophagectomy. A systematic review. *Clin Nutr* 2015;34:1–6.
- [16] Sun HB, Liu XB, Zhang RX, Wang ZF, Qin JJ, Yan M, et al. Early oral feeding following thoracoscopic oesophagectomy for oesophageal cancer. *Eur J Cardiothorac Surg* 2015;47:227–33.
- [17] Gerritsen A, Besselink MG, Gouma DJ, Steenhagen E, Borel Rinkes IH, Molenaar IQ. Systematic review of five feeding routes after pancreatoduodenectomy. *Br J Surg* 2013;100:589–98.

- [18] Gerritsen A, Wennink RA, Besselink MG, van Santvoort HC, Tseng DS, Steenhagen E, et al. Early oral feeding after pancreatoduodenectomy enhances recovery without increasing morbidity. *HPB (Oxford)* 2014;16:656–64.
- [19] Braga M, Pecorelli N, Ariotti R, Capretti G, Greco M, Balzano G, et al. Enhanced recovery after surgery pathway in patients undergoing pancreaticoduodenectomy. *World J Surg* 2014;38(11):2960–6.
- [20] Kehlet H, Slim K. The future of fast-track surgery. *Br J Surg* 2012;99:1025–6.
- [21] Maessen JM, Hoff C, Jottard K, Kessels AG, Bremers AJ, Havenga K, et al. To eat or not to eat: facilitating early oral intake after elective colonic surgery in the Netherlands. *Clin Nutr* 2009;28:29–33.