

**Avertissement:** Notes prises au vol, erreurs possibles, prudence...

Mardi 4 octobre 2011

Hôpital cantonal de Genève

## Bilan énergétique et complications hospitalières

Prof. C. Pichard

Le take home message est donné dès le départ...

- très souvent les patients se trouvent en bilan énergétique négatif (c'est à dire qu'ils ne mangent pas assez)
- lorsque le bilan énergétique est négatif, la morbidité et la mortalité augmentent
- si on corrige cette déficience au cours de l'hospitalisation, on améliore l'évolution des paramètres cliniques.

C'est bon, vous pouvez aller boire un café...

Maintenant on va nous présenter les différents travaux qui ont permis d'arriver à ces convictions.

D'abord en 2010, une étude sur 1300 patients montrant que 30% souffre d'un déficit protéino-énergétique, et que 50% souffre d'un apport énergétique insuffisant.

On nous rappelle qu'en cas de jeûne, c'est d'abord le muscle et les viscères qui fournissent de l'énergie par protéolyse et que l'on perd ainsi 500g de muscle par jour, mais que progressivement le tissu adipeux est utilisé et qu'après 3 semaines de jeûne on ne perd plus que 90 g de muscle par jour.

Retenons qu'en cas de stress métabolique c'est d'abord les muscles et les viscères qui sont sollicités et que le tissu adipeux n'est qu'un fournisseur énergétique secondaire .

Une étude à l'hôpital de Nice sur 1637 patients aux alentours de 60 ans, a montré que les infections nosocomiales sont 3-4 fois plus fréquentes chez les patients mal nourris que chez ceux qui sont correctement nourris, et qu'il y a une relation proportionnelle entre la gravité de la malnutrition et la fréquence des infections nosocomiales.

Les suppléments nutritionnels oraux sont efficaces pour diminuer les complications. A Genève en 1990, le Dr Delmi l'avait montré lors de fracture du col fémoral (Lancet).

Idem aux soins intensifs à Lausanne où une étude montre que les complications sont proportionnelles au degré de déficience énergétique.

En réanimation jusqu'à récemment les patients recevaient + ou - 1000 kcal/j.

En comparant 2 groupes de patients, le 1<sup>er</sup> avec le régime ci dessus, le 2<sup>e</sup> avec le double de calories (soit 2000 kcal/j) on observe une diminution des complications infectieuses et moins d'antibiotiques aussi.

Plusieurs autres études vont le montrer, dont une étude Lausanne-Genève: il est fondamental d'assurer un apport calorique suffisant aux personnes en réanimation.

Pour conclure on soulignera qu'un apport protéino-calorique optimal fait partie intégrante du traitement .

Qu'il est essentiel que la patient n'augmente pas son déficit protéino-énergétique au cours de l'hospitalisation.

Que si le patient doit puiser dans ses réserves, ses capacités immunitaires et de réparation diverses s'en trouveront altérées.

Et que de notre côté nous pourrions peut-être en toucher un mot à nos patients, surtout les plus âgés car manger devient souvent une corvée à cet âge là.

(Comment mesurer l'état nutritionnel? Finalement, le poids, malgré tous les biais, c'est déjà quelque chose sur lequel s'appuyer...)



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan  
[ericbdh@bluewin.ch](mailto:ericbdh@bluewin.ch)

transmis par le laboratoire MGD  
[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)