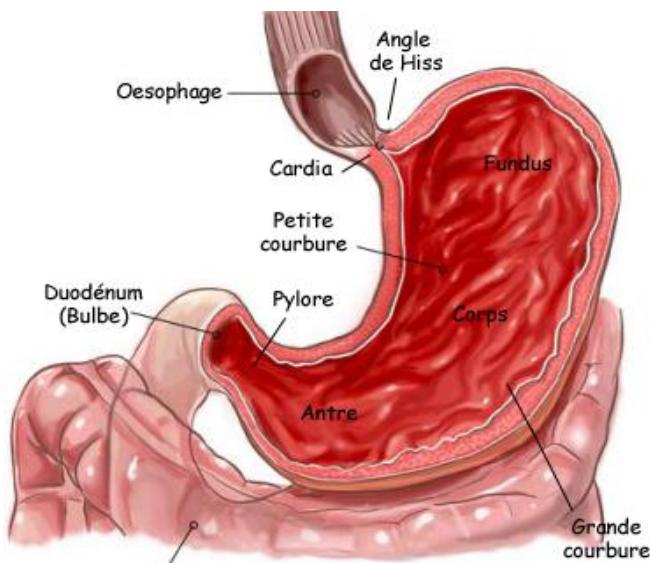


Pathologies de l'estomac

Attention, seule un professionnel de la diététique a le droit d'élaborer un régime pour des patients. Est considéré comme exerçant la profession de diététicien toute personne qui, habituellement, dispense des conseils nutritionnels et, sur prescription médicale, participe à l'éducation et à la rééducation nutritionnelle des patients atteints de troubles du métabolisme ou de l'alimentation, par l'établissement d'un bilan diététique personnalisé et une éducation diététique adaptée. L'exercice illégal du métier de diététicien est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

Introduction



Les maladies de l'estomac sont soit des maladies de la paroi de l'estomac: inflammation, ulcère, tumeur; soit des problèmes liés au contenu de l'estomac, avant tout l'infection du contenu.

Les gastrites

C'est une inflammation de la muqueuse de l'estomac provoquée principalement par l'alcool, les médicaments anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) et le tabac.

Le symptôme de gastrite le plus fréquent est la douleur abdominale, associée à une sensation de malaise.

Les ulcères gastroduodénaux

L'ulcère de l'estomac est la pathologie la plus connue. Cette inflammation (voire ulcération) de la paroi se développe au niveau de la petite courbure de l'estomac.

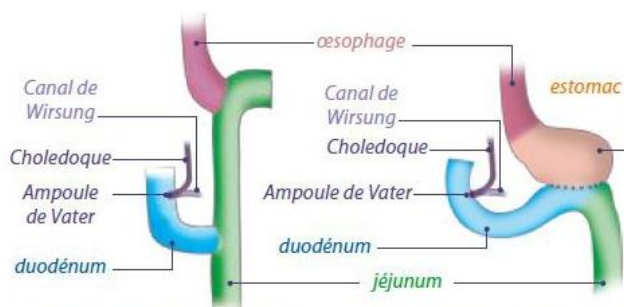
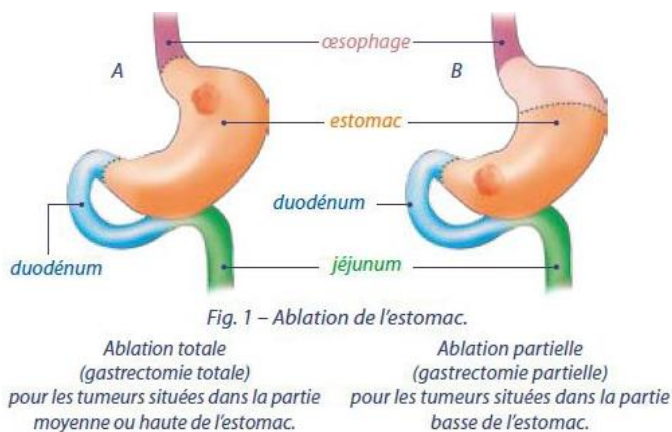
Il y a plusieurs phases :

1. L'érosion : disparition de la couche de mucus protégeant les cellules des agressions par l'acide et la pepsine.
2. L'ulcère : entraîne des lésions de la paroi allant jusqu'à la sous-muqueuse.
3. Non traité, l'ulcère peut évoluer vers une perforation dans la cavité abdominale ou vers une hémorragie digestive lorsque l'érosion a lésé une artère cheminant à proximité.

Dans ces deux cas, il s'agit d'une urgence chirurgicale. L'ulcère est lié à la prolifération d'une bactérie très spécifique : *Helicobacter pylori*. Les symptômes de l'ulcère sont :

- Des douleurs et des brûlures d'estomac exacerbées après les repas.
- Une sensation d'être vite rassasié.
- Des ballonnements.
- Une perte de poids.
- Des vomissements.

Les chirurgies gastriques et tumeurs



Le cancer de l'estomac est une pathologie qui reproduit des symptômes proches de ceux de l'ulcère. Ce sont des tumeurs malignes qui se développent neuf fois sur dix à partir de cellules de la muqueuse qui recouvre l'intérieur de l'estomac. Son traitement est chirurgical. Le chirurgien réalise une gastrectomie qui est dite « partielle » lorsque seule la tumeur et une marge de tissu sain avoisinant sont retirées. Elle est dite « totale » si l'estomac doit être entièrement enlevé qui permet de relier directement l'œsophage à l'intestin.

La radiothérapie des cancers gastriques est principalement administrée en complément de la chirurgie, lorsqu'il existe un risque de récurrence locale.

Quel que soit le type, elle nécessite une alimentation particulièrement surveillée.

L'état nutritionnel préopératoire conditionne le pronostic évolutif.

Autres

La gastroparésie

C'est un trouble de vidange gastrique. Elle se produit lorsque les nerfs de l'estomac sont lésés. La régulation du mouvement des aliments dans l'appareil digestif (péristaltisme) est empêchée : la progression des aliments est alors ralentie, voire stoppée, ce qui implique une vidange gastrique plus longue¹.

Traditionnellement, il s'agit d'une complication du diabète de type 1 (20 % des diabétiques de type 1). On la rencontre également¹, mais moins souvent chez les personnes atteintes de diabète de type 2.

L'hyperchlorhydrie

C'est une augmentation marquée de la concentration d'acide chlorhydrique dans la cavité gastrique, se traduisant souvent par des douleurs à la fin de la digestion et parfois par des vomissements.

L'anémie pernicieuse (aussi appelée anémie de Biermer ou encore maladie de Biermer).

Elle est due à une carence en vitamine B12 (cobalamine). Cette carence en vitamine B12 est la conséquence d'un déficit de sécrétion par la muqueuse gastrique de facteur intrinsèque (FI) de Castle. Cette glycoprotéine permet l'absorption de la vitamine B12 en la protégeant de la digestion intestinale. Le FI est sécrété par les glandes du fundus et du cardia de l'estomac.

L'anémie est d'installation lente, et peut donc être assez importante (6 grammes d'hémoglobine par décilitre de sang) et pourtant passer inaperçue. Les signes cliniques d'anémie (asthénie, pâleur, polypnée, tachycardie) seront nettement plus modérés que pour une anémie d'installation brutale.

But des régimes

Les gastrites

1. Réduire les symptômes et les douleurs
2. Donner des conseils hygiéno-diététique pendant les périodes de rémission
3. Établir un régime en période de crise
4. Suppression de l'alcool

Les ulcères gastroduodénaux

En période de crise

- Diminuer l'acidité gastrique en période de crise
- Adapter la texture si besoin
- Suppression des facteurs irritants

En période de rémission

- Ré équilibrage de l'alimentation
- Suppression des facteurs déclenchant

Les chirurgies gastriques et tumeurs

- Lutte contre la dénutrition en préopératoire
- Lutte contre les séquelles de la chirurgie gastrique en post-opératoire
 - Syndrome du petit estomac, voire perte de la **fonction de réservoir** en cas de gastrectomie totale
 - Diminution voire suppression de la **sécrétion du facteur intrinsèque** (= diminution de l'absorption de la vit. B12)
 - Baisse de la **motricité gastrique** voire perte de la fonction de brassage et de régulation de la **température** (= homogénéisation incomplète = mal digestion)
 - Diminution du **temps gastrique**

- Diminution de la **sécrétion gastrique**, voire suppression (= multiplication possible de micro-organismes = diarrhées infectieuses, infections, ... + **hausse du pH** = diminution de l'absorption du fer et du calcium, diminution de la coagulation du lait)
- **Dyskinésie biliaire**
- Conséquences d'une vagotomie partielle/totale
- Conséquences +/- **pyloroplastie et duodénectomie avec +/- ablation du cardia** (= RGO, dumping syndrome précoce (distension brutale du duodénum et appel d'eau) et tardif (absorption trop rapide des glucides), diarrhées hydriques)
- Si duodéno-pancréatectomie : mal digestion des protéines et lipide en plus
- Cicatrisation des sutures

Le régime

Les gastrites

Tout d'abord, il est nécessaire de faire une enquête alimentaire, en effet elle peut mettre en évidence des facteurs de risque ou des facteurs déclenchant.

L'enquête alimentaire

Elle permet d'orienter la diététique en fonction de la sensibilité du patient.

Les facteurs déclenchant peuvent être :

- La prise de médicaments type anti-inflammatoire
- La prise d'alcool et/ou de tabac
- La prise de café
- Certains aliments irritants, acides, ...

La diététique en période de crise

On mettra en place :

- Un régime sans fibre pour diminuer les risques d'irritation
- La suppression de l'alcool, du tabac, de la consommation de café à jeun
- La suppression des aliments très concentrés en sucre et/ou en sel type charcuterie, miel, confiture
- La suppression des aliments riches en graisses cuites type fritures ou beignets
- La suppression des aliments glacés ou brûlants

La diététique en période de rémission

1. On expliquera au patient les principes du régime normal léger
2. On adaptera mes conseils en fonction de la tolérance du patient
3. On lui donnera des conseils hygiéno-diététique :
 - a. Manger à heures régulières en faisant 3 ou 4 repas/jour
 - b. Manger lentement et dans le calme

- c. Éviter le surmenage et le stress
- d. Avoir un sommeil et des heures de sommeil de façon régulière

Les ulcères gastroduodénaux

En période de crise

- Régime « lacté », préférence pour les laitages et crèmes lactées, entremets, ... avec une évolution progressive vers un régime sans fibre élargi selon la tolérance du patient
- Texture semi-liquide selon la tolérance du patient
- Fractionnement des repas en 5 à 6 repas par jour
- Suppression totale de l'alcool et du tabac
- Suppression totale des boissons irritantes type pétillantes, concentrées en sucre et/ou en sel
- Suppression totale des aliments irritants type épices, aliments concentrés en sucre et/ou en sel

En période de rémission

1. On expliquera au patient les principes du régime normal léger
2. On adaptera mes conseils en fonction de la tolérance du patient
 - a. Ne pas consommer d'alcool,
 - b. Éviter le tabac,
 - c. Éviter le café et
 - d. Consommer les épices que de façon modérée
3. On lui donnera des conseils hygiéno-diététique :
 - a. Manger à heures régulières en faisant 3 ou 4 repas/jour
 - b. Manger lentement et dans le calme, bien mastiquer
 - c. Avoir un sommeil et des heures de sommeil de façon régulière
 - d. Supprimer la tabac surtout à jeun
 - e. Ne pas manger de chewing-gum

Mesures pour diminuer les symptômes

- Prenez plusieurs petits repas à intervalles réguliers, mangez lentement et mastiquez bien chaque bouchée.
- Ne pas laisser l'estomac vide pour une longue période aide à réduire les symptômes.
- Évitez de boire en mangeant.
- Évitez de manger avant d'aller au lit.
- Il est important de ne pas fumer, car l'usage du tabac retarde et peut même empêcher la guérison des lésions de la muqueuse gastrique.
- S'il y a lieu, veillez à réduire votre niveau de stress en en comprenant bien l'origine et en faisant les changements opportuns à votre vie (le travail, une situation précise, une relation, etc.). Bien que le stress ne cause pas d'ulcère, il s'agirait d'un facteur aggravant important.
- On fera attention aux aliments et aux boissons qui aggravent vos symptômes. L'alcool, le thé, le chocolat, les boissons à base de cola, certaines épices (poivre noir, graines de moutarde, muscade), de même que les aliments riches en gras causent des douleurs

chez plusieurs personnes. Il faut les éviter ou les consommer en petites quantités avec d'autres aliments.

Traitement diététique des complications des UGDC

Diététique des hémorragies

En urgence

1. Arrêt de toute alimentation orale
2. Mise en place d'une nutrition artificielle, notamment nutrition entérale

A la reprise de l'alimentation orale

1. Mise en place d'un régime lacté en texture liquide ou semi-liquide
2. Température froide
3. Fractionner les repas
4. Utilisation des CNO si nécessaire

En réalimentation

1. On essaiera de passer en régime sans fibre que l'on élargira au fur et à mesure et en fonction de la tolérance du patient
2. On mettra en place une texture molle
3. On aura une température tiède des aliments
4. On fractionnera en 3 ou 4 repas si nécessaire

Le régime de sortie

1. Régime normal léger
2. Texture et température normale selon la tolérance du patient

Diététique de la perforation de l'ulcère

En urgence

1. Arrêt de toute alimentation orale
2. Nutrition artificielle, principalement nutrition parentérale.

Réalimentation

Réalimentation progressive :

1. TTB,
2. On essaiera de passer en régime sans fibre que l'on élargira au fur et à mesure et en fonction de la tolérance du patient
3. On mettra en place une texture molle
4. On aura une température tiède des aliments
5. On fractionnera en 3 ou 4 repas si nécessaire

Régime de sortie

1. Régime normal léger
2. Texture et température normale selon la tolérance du patient

Diététique de la sténose

Si sténose totale

Voir cour associé. ☺

Si sténose peu serrée

Voir cour associé. ☺

Les chirurgies gastriques et tumeurs

La diététique préopératoire

L'état nutritionnel du patient doit être maintenu s'il est correcte ou restauré s'il est insuffisant afin d'avoir les meilleures conditions possibles pour l'intervention :

- Hyper énergétique
- Hyper protidique
- Sans fibre dure
- Sans aliments irritants
- Texture molle ou mixée
- Elle peut être croisée avec une nutrition artificielle, notamment entérale en nocturne

La diététique postopératoire sur les gastrectomies partielles

- Nutrition artificielle sur p.m, notamment parentérale ou entérale par bouton.
- Quand reprise du transit, nutrition orale prescrite en parallèle possible de la nutrition artificielle :
 - **HYPER ÉNERGÉTIQUE** pour pallier à la mal digestion et la mal absorption, à la diminution spontanée des ingestats mais également à l'hyper catabolisme dû à l'intervention.
 - **HYPER PROTÉINÉ** pour pallier à l'hyper catabolisme, à la cicatrisation des sutures et les pertes azotées dues à la mal digestion (créathorée).
 - **LIMITATION DES PRODUITS SUCRES** : on limitera la concentration et l'apport en produits sucrés (< 5 % AET) pour éviter un dumping syndrome tardif (hypoglycémie réactionnelle à une hyper-insulinémie) et pour éviter la prolifération possibles de micro-organismes (due à la baisse de sécrétion gastrique).
 - **SUPPRESSION DES ALIMENTS TROP CONCENTRÉS EN SEL ET/OU EN SUCRE** qui peuvent provoquer une diarrhée hyper-osmolaire.
 - **COMPLÉMENTATION MÉDICAMENTEUSE** en : calcium, en fer, en vitamine C due à la mal absorption et à l'augmentation du pH.

- **SUPLÉMENTATION** par I.M en vit. B12 due à la diminution de la sécrétion du facteur intrinsèque.
- TTB pour test.
- **ÉPARGNE DIGESTIVE** : régime sans résidu en 1 ère intention puis évolution vers un régime sans fibre dure pour lutter contre les RGO, de pallier à la diminution de la fonction de brassage. Les muqueuses digestives sont sensibles et ne sont pas prêtes à recevoir des fibres dures.
- **ADAPTATION DE TEXTURE** : on commencera par une texture mixée ou molle pour pallier à la diminution de la motricité gastrique et limiter les risques de dumping syndrome. Les muqueuses digestives sont sensibles et ne sont pas prêtes à recevoir une alimentation à texture grossière.
- **FRACTIONNEMENT DE L'ALIMENTATION** : on fractionnera sur autant de repas que nécessaire pour pallier au syndrome du petit estomac. On pourra aller jusqu'à 7-8 repas de petits volumes selon la tolérance du patient. On évitera au maximum le liquide pendant les repas.
- **TEMPÉRATURE DE L'ALIMENTATION** : on aura une alimentation froide, tiède pour pallier à la diminution du temps gastrique donc au manque de régulation de la température du bol alimentaire, selon la tolérance du patient.
- **SUPPRESSION DES ALIMENTS A RISQUE MICROBIOLOGIQUE** : ce qui se mange cru sans désinfection (coquillages, pâtisserie avec de la crème, plats traiteur, ...), à cause de la baisse de sécrétion gastrique qui favorise les TIA.
- **RÉINTRODUCTION PROGRESSIVE DU LAIT ET DE SES DÉRIVES** pour pallier à l'augmentation du pH qui diminue donc la coagulation des protéines lactiques selon la tolérance du patient.

- Dans tous les cas, la réalimentation doit être progressive :

Jours	Nutrition artificielle	Énergie (kcal)	Nutrition orale : régime/ texture	Énergie (kcal)
1	X	2000	TTB	200
2	X	2000	Sans résidu/mixée	400
3	X	1500	Sans résidu/mixée	600
4	X	1500	Sans résidu/mixée	800
5	X	1000	Sans résidu/mixée	1000
6	X	1000	Sans fibre/mixée	1300
7	X	1000	Sans fibre/mixée	1500
8	X	500	Sans fibre/mixée	1500
9	X	500	Sans fibre/mou	1600
10	-	0	Sans fibre/mou	1700
11	-	0	Sans fibre/mou	1900
12	-	0	Sans fibre/mou	2100
13	-	0	Selon tolérance : sans fibre/haché	2200
14	-	0	Selon tolérance sans fibre/haché	2400
15	-	0	Selon tolérance sans fibre/haché	2500

La diététique postopératoire sur les gastrectomies

La résection totale de l'estomac entraîne une suppression TOTALE des fonctions de l'estomac (réservoir et sécrétoires).

La réalimentation devra être **plus longue et plus progressive**.

Les patients ayant subis une gastrectomie totale sont **TRÈS** exposés à une dénutrition et un syndrome carenciel.

En postopératoire, les volumes sont très réduits et modestes : en moyenne de 50 à 75 mL / repas (soit ½ yaourt ou ½ flamby ou ½ purée de fruit ou 25 g de jambon ou 10 g de floraline© ou 1 vrai petit suisse).

La répartition se fera (en théorie) sur 8 à 9 prises mais dans tous les cas, les modifications sont considérables et ses habitudes alimentaires sont modifiées pour toujours (ou presque) ainsi que son mode de vie.

Évolution du régime

Différents points seront les clés de l'évolution du régime :

Le fractionnement

L'apport énergétique

La tolérance personnelle du patient

INTERVENTION	GASTRECTOMIE 2/3	GASTRECTOMIE 4/5	GASTRECTOMIE TOTALE
Au bout d'1 mois	<ul style="list-style-type: none">• Tous fruits crus : mûrs +++• Quantité crudités ↗• Cuisson possible M.G• Autorisation pain frais• 5 à 6 repas/jour	<ul style="list-style-type: none">• 6 à 7 repas• Régime sans fibre	<ul style="list-style-type: none">• 6 à 7 repas/ jour• Régime sans fibre
Au bout de 3 mois	<ul style="list-style-type: none">• Régime normal léger• Respect conseils généraux• 5 repas	<ul style="list-style-type: none">• 6 repas /jour• Test de crudités	<ul style="list-style-type: none">• 6 à 7 repas/ jour• S'assurer que le régime est respecté• Adaptation si prise de poids suffisante selon p.m
Au bout de 6 à 12 mois	<ul style="list-style-type: none">• Alimentation quasiment normale en fonction de la tolérance du patient• 4 repas	<ul style="list-style-type: none">• 5 à 6 repas/ jour• Réintroduction de tous les aliments en fonction de la tolérance du patient	<ul style="list-style-type: none">• 6 à 7 repas / jour• Petits volumes

Exemple de répartition

Les gastrites

Les ulcères gastroduodénaux

Les chirurgies gastriques et tumeurs