



Nutrition – Grêle

Post DDW - 2026

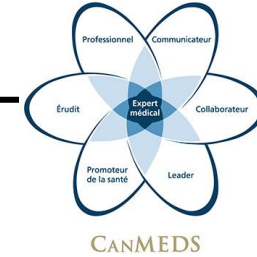
Dane Christina Daoud

Centre Hospitalier de l'Université de Montréal

Programme de Nutrition Parentérale à Domicile du CHUM

Juin 2026

Compétences CanMEDS



X	Expert médical (En tant qu'experts médicaux, les médecins assument tous les rôles CanMEDS et s'appuient sur leur savoir médical, leurs compétences cliniques et leurs attitudes professionnelles pour dispenser des soins de grande qualité et sécuritaires centrés sur les besoins du patient. Pivotal du référentiel CanMEDS, le rôle d'expert médical définit le champ de pratique clinique des médecins .)
X	Communicateur (En tant que communicateurs, les médecins développent des relations professionnelles avec le patient et ses proches ce qui permet l'échange d'informations essentielles à la prestation de soins de qualité.)
X	Collaborateur (En tant que collaborateurs, les médecins travaillent efficacement avec d'autres professionnels de la santé pour prodiguer des soins sécuritaires et de grande qualité centrés sur les besoins du patient.)
X	Leader (En tant que leaders, les médecins veillent à assurer l'excellence des soins, à titre de cliniciens, d'administrateurs, d'érudits ou d'enseignants et contribuent ainsi, avec d'autres intervenants, à l'évolution d'un système de santé de grande qualité.)
X	Promoteur de santé (En tant que promoteurs de la santé, les médecins mettent à profit leur expertise et leur influence en oeuvrant avec des collectivités ou des populations de patients en vue d'améliorer la santé. Ils collaborent avec ceux qu'ils servent afin d'établir et de comprendre leurs besoins, d'être si nécessaire leur porte-parole, et de soutenir l'allocation des ressources permettant de procéder à un changement.)
X	Érudit (En tant qu'érudits, les médecins font preuve d'un engagement constant envers l'excellence dans la pratique médicale par un processus de formation continue, en enseignant à des tiers, en évaluant les données probantes et en contribuant à l'avancement de la science.)
X	Professionnel (En tant que professionnels, les médecins ont le devoir de promouvoir et de protéger la santé et le bien-être d'autrui, tant sur le plan individuel que collectif. Ils doivent exercer leur profession selon les normes médicales actuelles, en respectant les codes de conduite quant aux comportements qui sont exigés d'eux, tout en étant responsables envers la profession et la société. De plus, les médecins contribuent à l'autoréglementation de la profession et veillent au maintien de leur santé.)

Conflits d'intérêts potentiels: Aucun

Nature des relations	Nom de l'organisation à but lucratif ou sans but lucratif
Les paiements directs incluant les honoraires	Takeda, Pendopharm
La participation à des comités consultatifs ou des bureaux de conférenciers	Pendopharm
Le financement de subventions ou d'essais cliniques	N/A
Les brevets sur un médicament, un produit ou un appareil	N/A
Tout autre investissement ou toute autre relation qu'un participant raisonnable et bien informé pourrait considérer comme un facteur d'influence sur le contenu de l'activité éducative	Takeda, Abbvie, Janssen

Plan

Un seul sujet sera abordé

Mais tout un sujet!!!!

Quant tout échoue: les considérations et approches nutritionnelles des conditions digestives difficiles et obscures



The
**Ehlers
Danlos**
Society™



INTERNATIONAL SOCIETY FOR
MAST CELL
ACTIVATION SYNDROMES

La bête noire de la gastroentérologie
Ce sont nos cas les plus 'challengeants'
Quoi faire, je suis au bout de mes ressources...



Cette situation vous semble-t-elle familière?

- F25 ans , plusieurs sx digestifs réfractaires : constipation, ballonnement, distension abdominale
- Possible dx de Elher Danlos (subluxation fréquente, dislocation), POTS, possible diagnostique de syndrome activation mastocytaire
- Antécédent d'anorexie nerveuse à l'école secondaire
- Progression des sx digestifs: dlr post prandiale, nausées, vomissements et sx non digestifs : difficulté à marcher et pseudo convulsion
 - Incapacité de s'alimenter
 - IMC 15.8
- Investigations digestives négatives: OGD, colo, biopsies, bilans sanguins + fécaux, écho, angio CT
- sp CCK x 1 an sans amélioration symptômes
- TNG car perte de poids importante → modifié pour TNJ pour non tolérance
 - déplacement fréquent du TNJ
- PEG-J : mais plusieurs bris du ballon
 - tolère la NE que sur 24h (ne peut augmenter le débit)
- Au fil du temps, développe une intolérance à des volumes minimaux de NE et ne peut prendre que quelques ml de volumes clairs
- Nutrition parentérale débutée...: plusieurs infections de KT et thrombose KT

Discussion et symposium sur le
positionnement gastroentérologique et
nutritionnel quant à ces cas complexes

LE DDW S'EST PENCHÉ SUR LA QUESTION

Difficultés nutritionnelles: Plusieurs sx digestifs
Sx réfractaires

Fardeau psychosocial

Augmentation de la prévalence des patients avec symptômes digestifs sans pathologie digestive organique sous jacente et avec atteinte nutritionnelle (besoin parfois NE/NPT)

ARFID: Avoidant-Restrictive Food Intake Disorder

1. Les aliments sont évités/restreints de par la peur de manger, perte d'intérêt ou en raison des caractéristiques sensorielles alimentaires
2. Résulte en une perte de poids et désordres nutritionnels
3. **Absence de dysmorphie corporelle**



- ARFID présent dans *40 % des patients avec désordres de l'axe cerveau intestin vus en clinique*
 - Prévalence en SEDhm et POTS est inconnu pour l'instant mais semble ↑↑



La prise en charge de l'ARFID est principalement une thérapie psychologique
→ Un traitement des symptômes et de la dénutrition seule n'est pas suffisante

ARFID: Avoidant-Restrictive Food Intake Disorder

1. Les aliments sont évités/restreints de par la peur de manger, perte d'intérêt ou en raison des

ATTENTION

Nous sommes gastroentérologues: des experts en pathologies digestives

Nous ne sommes pas psychiatres ou psychologues mais nous nous devons toutefois d'être sensibilisé à cette réalité et reconnaître ces troubles alimentaires car ils sont omniprésents dans notre pratique et si non adressés adéquatement, peuvent mener à d'importants troubles nutritionnels et une morbidité.

↑ utilisation NPT chez les patients GI complexes sans insuffisance intestinale chronique

Causes « bénignes » non liées à l'insuffisance intestinale pour adresser des sx GI sévères réfractaires, perte de poids et échec de croissance :

- Troubles de l'axe intestin-cerveau
 - Comorbidité fréquente avec SEDhm, POTS (et syndrome activation mastocytaire)
 - **Confusion avec le sous-type de dysmotilité entérique de l'insuffisance intestinale**
- Dysfonction intestinale induite par les opioïdes
- Troubles alimentaires (ARFID/anorexie mentale...)
 - Le chevauchement entre ARFID et trouble axe cerveau-intestin peut perpétuer les symptômes

Syndrome de tachycardie posturale orthostatique POTS

Forme fréquente de dysautonomie caractérisée par une intolérance orthostatique

Critères diagnostiques (adultes)

- Augmentation de la FC ≥ 30 bpm dans les 10 minutes suivant la station debout
- Absence d'hypotension orthostatique
- Présence de symptômes orthostatiques depuis ≥ 3 à 6 mois
- Absence de déshydratation, infection, médicaments/drogues illicites, autres troubles, déconditionnement sévère, anxiété/crise de panique

Présentation clinique du POTS

- Tachycardie épisodique, tachypnée, diaphorèse, syncope
- Déclenchées par le stress émotionnel/orthostatique ou l'activité physique.

POTS « pur » vs POTS « plus »

Grande variété de symptômes digestifs et non digestifs

- Plusieurs sx non attribuables à l'orthostatisme
- Faible corrélation entre la sévérité des sx et les changements hémodynamiques
- *Troubles fonctionnels fréquents, somatisation, dépression/anxiété et TDAH observés en POTS*
- *Hypersensibilité viscérale, sensibilisation centrale, hypervigilance et amplification comportementale*

POTS et symptômes digestif

Une dysfunction sensorimotrice?

- 90 % auront au moins un symptôme digestif
- sx surviennent souvent indépendamment de la posture
- ↓ qualité de vie
- souvent associé à des atteintes nutritionnelles / volémiques
- **les patients avec SEDhm concomitant présentent plus de symptômes digestifs**

Symptômes GI:

Nausées (86 %)

Selles irrégulières (71 %)

Dlr abdominale (70 %)

Constipation (70 %)

Pyrosis (64 %)

Ballonnements (59 %)

Syndrome Ehlers–Danlos hypermobile (SEDhm)

une dysfunction sensorimotrice?

Trouble héréditaire non inflammatoire du tissu conjonctif caractérisé par :

- *Hypermobilité articulaire / peau hyperélastique / Sx MSK*

- Forme la + fréquente du SED
- Sx GI fréquents et association bien reconnue entre SEDhm et les désordres de l'axe cerveau intestin
 - Les patients SEDhm + POTS : beaucoup plus de sx digestifs en lien avec l'axe cerveau intestin et de troubles alimentaires
 - **Associé à une utilisation accrue des soins de santé et qualité vie**



Score Beighton 0–9
Dx: > 5/9 chez
l'adulte



La question qui tue

Sommes-nous en train de 'surpathologiser' nos patients ?

Est ce vraiment une dysmotilité?

Trouvailles similaires à la manométrie antroduodénale chez les patients avec atteinte fonctionnelle et les patients sains

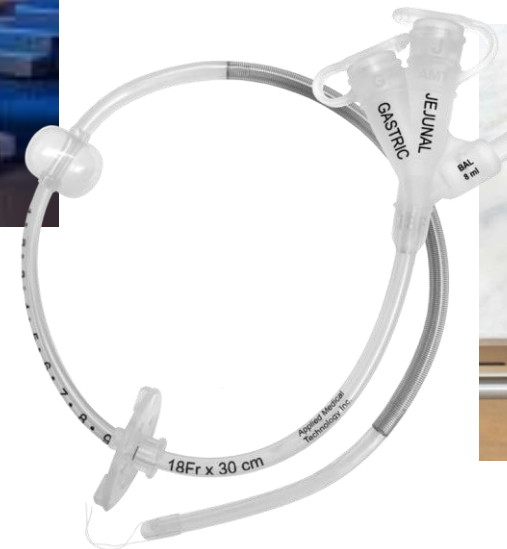
Les troubles alimentaires et la malnutrition sont associés à un ralentissement du transit intestinal

Les anomalies aux différents tests peuvent être malinterprétées et étiquetées à tort comme une insuffisance intestinale

***Chez les patients ne correspondant pas au sous type classique de POIC :
le seuil de dépistage des troubles alimentaires devrait être bas***



La question qui tue



Quelle est la place du support nutritionnel ?

Soutien nutritionnel dans le POTS

Étude de cohorte retrospective: 332 patients POTS suivis sur une période 7 ans avec au moins 6 mois de suivi clinique

Caractéristiques des patients: Âge moyen : $29 \pm 9,5$ ans

- 90 % femmes ; 97 % caucasiens.
- 30 % SEDhm ; 24 % SAM
- 33 % dépression ; 39 % anxiété.
- 62 % migraines ; 16 % fibromyalgie ; 65 % fatigue chronique ; 33 % douleur MSK chronique
- Sx GI : 50 % nausées/vomissements suivis par douleur, constipation et diarrhée
- 41 % : vidange gastrique retardée (123 patients testés)

Soutien nutritionnel en POTS

32 patients (10 %) ont reçu un soutien entéral/parentéral

- 21 perfusions IV
- 19 NE
- 9 NPT

(habituellement progression de IVF → NE → NP car « intolérance » à la NE)

Combinaisons :

11 NE/IVF

6 NP/IVF

8 NE/NP



Patients ayant reçu de la NE/NPT sont plus susceptibles d'être :

- Femmes, IMC ↓
- Sx orthostatiques et non orthostatiques sévères :
 - sx GI, fibromyalgie, syndrome activation mastocytaire, dépression/anxiété, fatigue chronique, douleur musculosquelettique chronique
- Utilisation opioïdes pour douleur chronique
- avoir essayé des immunoglobulines IV
- Sous diète gastroparétique ou sans gluten
- Vidange gastrique retardée
- Plusieurs consultations en spécialité, visites à l'urgence, hospitalisations

Diète et nutrition en SEDhm

Étude transversale par questionnaire dans le SEDhm

- 680 patients
 - N = 119 (clinique tertiaire de neurogastroentérologie)
 - N = 561 (Ehlers-Danlos Support UK)
 - 96 % femmes ; âge médian 39 ans

Questionnaires

- Comportements alimentaires/allergies alimentaires
- Suppléments et soutien nutritionnel
- Sx GI, somatiques, autonomiques, allergiques.
- Comorbidités rapportées : MCAS/POTS/CFS/AN/BN/DGBI.
- Anxiété/dépression, qualité de vie
- Dépistage de l'ARFID/troubles alimentaires

3 comorbidités les + fréquentes :

- POTS (49 %)
- Synd. fatigue chronique (44 %)
- Syndé activation mastocytaire (34 %)

DGBI présents chez 99 % (majorité en avaient ≥ 2).

- Dyspepsie fonctionnelle la plus fréquente (62 %)
- SII (40 %)

Hypersensibilité sensibilité somatique (82 %)

Anxiété (43 %)

Dépression (19 %)

Diète et nutrition en SEDhm

Seulement 38 % avaient vu une diététiste

- 17 % ATCDs troubles alimentaires
- 62 % modification de leur alimentation (2aire sx GI, intolérances et sx autonomiques)
- 49 % : habitudes alimentaires irrégulières (saut de repas)
- 80 % ont essayé au moins une diète d'élimination (40 % ont essayé ≥ 3)
 - sans gluten / sans produits laitiers / faible FODMAP / faible histamine
- **38 % : positifs au dépistage de l'ARFID (21 % avaient un trouble alimentaire connu)**
 - *Associé avec : alimentation modifiée, saut de repas, diètes d'élimination, recevaient un soutien nutritionnel.*

Diète et nutrition en SEDhm

- **Raisons d'utilisation support nutritionnel:** IMC bas, ↓ poids significative, soulagement des symptômes GI
- Au début du support nutritionnel: 18 % avaient un IMC > 25
- *L'utilisation du soutien nutritionnel était associée à :*
 - ARFID : peur de manger/manque d'intérêt, provenance d'une cohorte tertiaire, POTS, dyspepsie fonctionnelle
- **Complications rapportées chez 87 % des patients avec des tubes entéraux et 52 % avec les cathéters veineux centraux**

Implications nutritionnelles dans le POTS et le SEDhm

Les restrictions alimentaires et diètes d'élimination peuvent entraîner des conséquences physiques et psychologiques négatives

Patients à risque de dénutrition

- L'ARFID semble fréquent
 - Les symptômes sont liés à l'alimentation ; utilisation fréquente de diètes d'élimination
- Plaintes fréquentes d'« allergies » ou d'intolérances alimentaires
- Poids:
 - La perte de poids est fréquente et les déficits en micronutriments
 - Le poids normal et le surpoids sont également fréquents
- Le soutien nutritionnel et les perfusions IV sont relativement fréquemment utilisés

→ Un dépistage **nutritionnel** et **psychologique** plus approfondi pourrait être bénéfique, peu importe l'IMC



ELSEVIER

Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Clinical Nutrition

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/clnu>



ESPEN Endorsed Recommendation

Avoiding the use of long-term parenteral support in patients without intestinal failure: A position paper from the European Society of Clinical Nutrition & Metabolism, the European Society of Neurogastroenterology and Motility and the Rome Foundation for Disorders of Gut–Brain Interaction



S. Lal ^{a,*}, P. Paine ^b, J. Tack ^{c,d}, Q. Aziz ^e, R. Barazzoni ^f, C. Cuerda ^g, P. Jeppesen ^h, F. Joly ⁱ, G. Lamprecht ^j, M. Mundi ^k, S. Schneider ^l, K. Szczepanek ^m, A. Van Gossum ⁿ, G. Wanten ^o, T. Vanuytsel ^c, L. Pironi ^{p,q}

La nutrition parentérale: insuffisance intestinale

Les patients sous nutrition parentérale à domicile chronique (HPN) perdent en moyenne > 17 années de vie

Différences entre l'utilisation de la NP en situation d'insuffisance intestinale et des conditions sans insuffisance intestinale

- **Patients avec insuffisance intestinale:** traitement salvateur
- **Patients sans insuffisance intestinale**
 - Peut limiter l'espérance de vie
 - Risque accru de complications

La nutrition parentérale: insuffisance intestinale

Les patients sous nutrition parentérale à domicile chronique (HPN) perdent en moyenne > 17 années de vie

Différences entre l'utilisation de la NP en situation d'insuffisance intestinale et des conditions sans insuffisance intestinale

→ **Patients avec insuffisance intestinale:** traitement salvateur

→ **Patients sans insuffisance intestinale**

- Peut limiter l'espérance de vie
- Risque accru de complications

NE PAS DÉBUTER DE NPT CHEZ LES PATIENTS SANS INSUFFISANCE INTESTINALE sauf si :

→ Risque vital sans NPT (ex. malnutrition sévère).

La NE a échoué (en l'absence d'hypersensibilité viscérale)

Le plan est une **utilisation temporaire comme pont** vers un traitement plus définitif de la condition sous-jacente

- La NPT doit être intégrée dans un cadre thérapeutique biopsychosocial avec une prise en charge par une équipe multidisciplinaire axée sur la condition sous-jacente

Le patient a été informé des risques et du fardeau associés

La nutrition parentérale à domicile au Québec

SÉLECTION DE LA CLIENTÈLE DE NPAD :

- Indications reconnues pour les programmes de NPAD du Québec :

Une insuffisance intestinale chronique secondaire à :

- Syndrome de l'intestin court avec perte d'autonomie nutritionnelle
- Grêle non-fonctionnel : ex : entérite radique, maladie inflammatoire de l'intestin, maladie coeliaque réfractaire, fistulisation entéro-cutanée...)
- Dysfonction de la motilité intestinale de type pseudo-obstruction intestinale chronique (POIC), sclérodermie et présentant des anomalies radiologiques et manométriques
- Obstruction intestinale
- Étiologies néoplasiques / palliatives (si score de Karnofsky > 65 et pronostic > 6 mois)

- Critères d'exclusion relatives :

- Fonction cognitive altérée
- Dextérité manuelle compromise
- Patient en hébergement
- Pronostic de vie < 6 mois
- Narcodépendance
- Trouble de compliance (rendez-vous, médicament)

- Critères d'exclusions absolues

- Trouble alimentaire
- Trouble lié à l'usage (ROH, drogues)
- Vivant hors province québécoise
- Indications suivantes : Ehler Danlos, POTS, syndrome du ligament arqué, trouble fonctionnel en l'absence d'insuffisance intestinale chronique

Précautions concernant le soutien nutritionnel dans le POTS et le SEDhm

- ***L'intolérance à une nutrition entérale minimale est fréquente***
 - L'alimentation gastrique est souvent mal tolérée indépendamment de la présence objective d'une gastroparésie
 - Une hypersensibilité viscérale vs processus factice/maladaptatif
- L'utilisation des perfusions IV et de la NE progresse souvent vers la NP
- Une combinaison de NE et NP, NE et IVF, ou NP et IVF est parfois nécessaire - **TEMPORAIRE**
- **Les complications de la NE et de la NP sont fréquentes → peuvent mener à des décès**
- Le sevrage de la NE ou de la NP est rare lorsqu'initiée

Le soutien nutritionnel de type NE , NPT n'est pas la solution et est même délétère si l'étiologie sous jacente n'est pas adressée

1. Adresser la dénutrition
2. Si soutien nutritionnel requis : établir un objectif nutritionnel et 'un timeline'
3. Adresser l'étiologie sous jacente concomitamment

Approche de la NE/NPT

- PONT -

À considérer lorsque l'apport oral est insuffisant **AVEC DÉNUTRITION** malgré :
traitement médical optimisé + modifications alimentaires

→ **Si trouble alimentaire suspecté :**

- référer pour évaluation par un spécialiste des troubles alimentaires.
- Si positif : référer pour traitement/réhabilitation nutritionnelle en externe ou per hospitalisation (selon risque de refeeding)

→ **Si progression vers la NE car dénutrition:**

- essai de sonde NG/NJ (minimum 2 semaines)

→ **Si alimentation naso-entérale tolérée :**

- procéder à la mise en place d'une sonde percutanée
- **Déterminer un objectif pondéral**

→ **Si alimentation entérale mal tolérée :**

- Modification formule ou tube
- Réévaluation sur la possibilité d'un trouble alimentaire vs hypersensibilité viscérale
- **NPT seulement si dénutrition sévère et approche EN PONT**



Fiez vous sur des éléments OBJECTIFS

1. Anthropométrie
2. Manifestations physiques de la dénutrition
3. Désordres électrolytiques

En conclusion

Nous devons développer des trajectoires cliniques afin de minimiser l'utilisation inappropriée de la NE/NP et éviter les complications associées

- **↑ zone grise diagnostique incluant chez des patients très symptomatiques sans pathologie digestive claire et avec chevauchement POTS/SEDhm**
 - Le chevauchement des symptômes et des troubles alimentaires soutient le rôle des diététistes, spécialistes des troubles alimentaires et psychologues dans la prise en charge
- La prise en charge est complexe et difficile : ↓ symptômes ↑ qualité de vie, ↓ NE/NP
- Vos objectifs de soins
 - Éducation empathique du patient et de ses proches est importante
 - Optimisation de la pharmacothérapie et de l'évaluation/prise en charge psychologique
 - **Les soins multidisciplinaires** sont essentiels pour gérer la maladie sous-jacente
- Les stratégies d'alimentation devraient être adaptées au phénotype et au fardeau symptomatique et nutritionnel
 - Identifier les troubles alimentaires avant de discuter du soutien nutritionnel

- Invitation -

Congrès annuel du 20 novembre au 22 novembre 2026

Montréal

Arline Bérubé – troubles neurofonctionnels

