Figure 2

NUTRITION DU PATIENT COVID19 EN REANIMATION

Les patient en réanimation doivent être considérés comme à risque de dénutrition au-delà de 2 à 3 jours*

La nutrition orale/entérale doit être privilégiée!

La nutrition orale est préférable à la nutrition entérale
[si nutrition orale insuffisante, compléments nutritionnels oraux et/ou nutrition entérale cyclique nocturne de complément].

Le decubitus ventral ne contre-indique pas la nutrition entérale.

Cas particulier: si le decubitus ventral est associé à des vomissements, débuter une NP complémentaire voire exclusive.

Première ligne

La nutrition entérale en position dorsale ou ventrale doit être débutée dans les 48h.

La cible énergétique est de 25 Kcal/kg/j**
Ne pas tenir compte du rapport glucidolipidique
Ne pas utiliser la calorimétrie indirecte car la désinfection du matériel ne peut être garantie.

Apports protéiques = 1,3 g/kg/j
IMC<30: se référer au poids actuel
Obèse (IMC≥30) = se référer au poids ajusté*:**
Le débit est augmenté progressivement pour atteindre 60% de la cible en 72 heures

Schéma d'augmentation
J1= 8 Kcal/kg/j
J2 = 15 Kcal/kg/j
J3 = 20 Kcal/kg/j
J4 = 25 Kcal/kg/j

La nutrition entérale est retardée si:
- **Hémodynamique instable**
- **Ischémie mésentérique**
- **Hypoxémie sévère : PaO2/FiO2<50 mmHg avec FiO2>80%**
- **Hémorragie digestive active**
- **Fistule digestive à haut débit (> 500ml/J) sans segment d'aval utilisable**
- **Sd du compartiment abdominal (‡ hypertension)**
- **Résidus gastriques > 500 ml/6h**

Attention à la prévention du syndrome de renutrition inappropriée (SRI)
Doser iono phosphore magnésium tous les jours les 3 1ers jours
Corriger hypophosphorémie et les troubles électrolytiques avant démarrage de la nutrition

Deuxième ligne

La nutrition entérale est impossible ou contre-indiquée.

Débuter une nutrition parentérale entre J4 et J7

La nutrition parentérale doit être augmentée progressivement pour atteindre la cible énergétique en 72 heures.

La nutrition parentérale doit être prescrite avec vitamines et oligoéléments (+phosphore les 2 1ers jours pour prévenir SRI, et au-delà si hypophosphorémie)

Les pharmaconutriments (glutamine ou omega3) ne sont pas indiqués.

* Particulièrement si ventilé, infecté, dénutri, maladie chronique
** Poids pré-admisssion ou d'admission.
*** **Poids ajusté = (**Poids idéal théorique : 0,9 x (Taille (cm) – 100 (Homme)) (- 106 [Femme]) + ¼ x (poids actuel – poids idéal théorique)
Ex : Taille = 180 cm et poids actuel = 140 Kg. Poids idéal théorique = 72 Kg. Différence = 140 – 72 = 68 Kg. 68 Kg /4 = 17
=> Soit des apports de 25 Kcal/ kg calculés à partir du poids ajusté : 68 + 17 = 85 Kg

Figure 2 (suite)

A J4 la cible de nutrition entérale est non atteinte

Rechercher une cause…

ET

Mettre en œuvre toutes les stratégies possibles pour optimiser la nutrition entérale:

- Gastroparésie (notamment si decubitus ventral) =>
  - Métoclopramide 10 mg x 4/j pdt 3 jours
  - Nutrition entérale par sonde naso-jéjunale
  - Eviter erythromycine (risque d'interaction avec antiviraux)
- Constipation =>
  - Laxatifs (ex: Movicol)
  - Soluté de nutrition entérale avec fibres
- Colectasie=>
  - Prostigmine 2,5 mg IVL (5 min). Renouvelable
  - Echec => coloscopie ?
- Diarrhée =>
  - Clostridium difficile ?
  - Si négatif
    - Ralentisseurs du transit (ex: loperamide)
    - Soluté de nutrition entérale avec fibres
- Hémorragie digestive =>
  - Fibroscopie oeso-gastro-duodénale
  - Antisécrétoires (IPP)
  - Nutrition entérale par sonde naso-jéjunale

Envisager une nutrition parentérale exclusive ou de complément (associant vitamines et oligoéléments) à débuter <u>entre</u> J4 et J7.
A poursuivre tant que la nutrition entérale n'est pas optimale.

Attention à la prévention du syndrome de renutrition inappropriée
Doser iono phosphore magnésium tous les jours les 3 1ers jours
Corriger hypophosphorémie et les troubles électrolytiques avant démarrage de la nutrition