



Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
 EM|consulte  
www.em-consulte.com



## MISE AU POINT

# Nutrition entérale et ventilation mécanique en décubitus ventral

## *Enteral feeding in patients treated with mechanical ventilation in the prone position*

J. Reignier\*, I. Vinatier, L. Martin-Lefèvre, E. Clementi, M. Fiancette.

Service de réanimation, centre hospitalier départemental, Les Oudairies, 85000 La Roche-sur-Yon, France

Reçu le 18 mai 2010 ; accepté le 20 mai 2010

Disponible sur Internet le 11 juin 2010

### MOTS CLÉS

Nutrition entérale ;  
Décubitus ventral ;  
Ventilation  
mécanique ;  
Gastroparésie ;  
Reflux  
gastro-œsophagien ;  
Pneumopathie  
nosocomiale

### KEYWORDS

Enteral nutrition;  
Prone position;  
Mechanical  
ventilation;  
Gastric emptying;  
Gastroparesis;  
Esophageal reflux;  
Nosocomial  
pneumonia

**Résumé** La nutrition entérale précoce fait partie des bonnes pratiques de prise en charge du patient traité par ventilation mécanique. Sa mise en œuvre est souvent contrariée par une intolérance digestive associée à un risque accru de pneumopathies acquises sous ventilation mécanique. Cette crainte est particulièrement accentuée chez les patients traités en décubitus ventral pour une hypoxémie sévère et qui cumulent beaucoup des facteurs de risque d'intolérance à la nutrition entérale. L'application d'un protocole associant mise en proclive pendant les séances de décubitus ventral et administration préventive d'un prokinétique permet d'administrer plus de soluté de nutrition sans risque accru de régurgitation ou de pneumopathie. © 2010 Société de réanimation de langue française. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Summary** Early enteral nutrition (EN) is a key component of the care of critically ill patients treated with invasive mechanical ventilation. However, early EN in the critically ill is often poorly tolerated with subsequent risks of vomiting, aspiration and ventilator-associated pneumonia. Patients turned in the prone position are at increased risk for intolerance to early EN. They often exhibit a number of factors associated with impaired gastric motility. An original approach for EN in patients turned in the prone position including 25°-head elevation in the prone position, increased acceleration to target rate of EN and prophylactic erythromycin allowed the delivery of larger EN volumes without increasing vomiting or ventilator-associated pneumonia.

© 2010 Société de réanimation de langue française. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [jean.reignier@chd-vendee.fr](mailto:jean.reignier@chd-vendee.fr) (J. Reignier).

## Introduction

La nutrition artificielle fait partie du traitement de base du patient « agressé » et incapable de s'alimenter par lui-même. L'objectif premier de ce « support nutritionnel » est de prévenir une dénutrition d'évolution souvent précoce et rapide [1]. Une amyotrophie contribuant à retarder le sevrage de la ventilation mécanique, un retard à la cicatrisation, une hospitalisation prolongée, des risques accrus d'infections nosocomiales, d'escarres, voire de décès sont les conséquences redoutées d'une sous-nutrition [1–3]. Ainsi, le recours à la nutrition artificielle en réanimation est une évidence chez les patients graves, en particulier ceux traités par ventilation mécanique. Cette évidence a fait l'objet de recommandations européennes, françaises et outre-Atlantique qui insistent sur les mêmes points [4–6] :

- le support nutritionnel doit être instaurée le plus tôt possible (dans les 24 à 48 heures après l'admission en réanimation) ;
- l'utilisation du tube digestif doit être privilégiée ;
- les objectifs caloriques quotidiens à atteindre doivent être clairement définis ;
- un protocole de gestion de l'intolérance digestive prévoyant l'utilisation d'un prokinétique doit être utilisé ;
- le malade doit être installé en position semi-assise avec une inclinaison de 30 à 45° régulièrement surveillée.

Le patient traité par ventilation mécanique en décubitus ventral (DV) n'est pas abordé dans ces recommandations. Certes, le champ de la pratique du DV est encore mal défini. Les études randomisées n'ont pas montré de différence de pronostic entre les patients tournés sur le ventre et ceux laissés sur le dos et les résultats des méta-analyses sont contradictoires [7–9]. Les données les plus récentes indiquent néanmoins un effet bénéfique de séances prolongées de DV sur la survie des patients les plus graves [8,10]. De plus, le retournement sur le ventre est suivi d'une amélioration souvent spectaculaire de l'oxygénation chez plus de 70 % des patients sévèrement hypoxémiques [11]. Pour ces raisons, le retournement en DV reste un moyen thérapeutique d'actualité utilisé chez des patients présentant une hypoxémie profonde, en particulier dans un contexte de SDRA. Il s'agit là de patients au pronostic sévère, chez lesquels l'instauration de la nutrition entérale peut être l'objet de difficultés importantes et donc particulièrement menacés de sous-nutrition et de ses risques [12]. L'objectif de cet article est de rappeler la justification d'administrer une nutrition entérale précoce chez les patients traités par ventilation mécanique en DV, de décrire les difficultés potentielles rencontrées et les mesures pouvant aider à les surmonter.

## Nutrition entérale précoce et ventilation mécanique en décubitus ventral

L'interruption de la nutrition entérale a été recommandée lorsque le patient est positionné sur le ventre [14]. Elle est ainsi arrêtée dans 50 % des services où est pratiqué le DV [13]. Les équipes programment cet arrêt en moyenne huit heures avant le retournement [15]. Ces attitudes sont

expliquées par l'observation clinique, des considérations physiopathologiques et le résultat d'études antérieures ayant montré que le DV était associé à un haut risque d'intolérance à la nutrition entérale [12,16]. En effet, chacun a en tête l'image de patients positionnés sur le ventre, totalement à plat sans déclive et par la bouche desquels sortent, parfois en quantité assez importante, des sécrétions oropharyngées, voire des régurgitations de nutrition entérale. Sans qu'il soit possible de dire si cette situation est réellement préjudiciable au patient, l'appréciation subjective négative a conduit de nombreuses équipes à interrompre tout apport entéral pendant les séances de DV. Il faut bien reconnaître que les arguments physiopathologiques confortant cette attitude existent.

L'intolérance à la nutrition entérale précoce est fréquente chez les patients ventilés : elle affecte environ 50 % des patients, tous types confondus [12,16–19]. Les facteurs favorisants identifiés sont un âge élevé, un état grave (score Apache II élevé à l'admission), un antécédent de diabète, un état d'hyperglycémie, un sepsis sévère, un traumatisme crânien, un polytraumatisme, des brûlures étendues et les traitements par amines vasoactives ou sédatifs [19]. L'intolérance à la nutrition entérale est liée à un retard de vidange gastrique consécutif à des anomalies de la contractilité antropylorique associant une hypotonie antrale et une hyperactivité pylorique, alors que la contractilité duodénale semble préservée [20]. Ces anomalies existent à jeun et sont accentuées par l'arrivée de nutriments dans l'intestin proximal, traduisant une exagération du réflexe entérogastrique [21]. Parallèlement, le risque de reflux gastro-œsophagien est accentué chez les patients traités par ventilation mécanique ; il est attribué à une hypotonie œsophagienne et favorisé par la présence d'une sonde nasogastrique, une pression intragastrique augmentée et un décubitus strict sans inclinaison [22,23]. Ainsi, l'intolérance à la nutrition entérale conduit à une mauvaise vidange gastrique responsable d'une augmentation du résidu gastrique, puis d'un risque accru de reflux gastro-œsophagien et donc d'inhalation du contenu gastrique et de pneumopathie nosocomiale [20,24]. Cette séquence a été confortée par des études montrant une association entre intolérance à la nutrition entérale et risque accru de pneumopathie acquise sous ventilation mécanique [16]. La gestion et la crainte de ces complications ont été reportées comme des freins majeurs à l'instauration correcte d'une nutrition entérale précoce chez les patients de réanimation [18].

Le DV a été rapporté comme un facteur de risque indépendant de résidu gastrique élevé [16]. Une étude dédiée spécifiquement à l'étude de la nutrition entérale chez les patients en DV a montré que l'intolérance à la nutrition entérale précoce était beaucoup plus fréquente chez ceux-ci que chez ceux restant sur le dos (82 % versus 48 %) et qu'en conséquence, les patients traités par DV recevaient moins de nutrition entérale [12]. Il n'était pas observé de différence significative sur les pneumopathies nosocomiales (35 % chez les patients en DV et 24 % chez ceux restés sur le dos). Les patients en DV cumulent souvent les facteurs de risque d'intolérance à la nutrition entérale des patients de réanimation les plus graves : IGS élevé, sédation profonde abolissant la protection du carrefour pharyngolaryngé, hypotonie œsophagienne associée à un reflux majoré par la présence de la sonde gastrique, traitement par amines

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2613187>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2613187>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)