

Revue générale

Gestion des complications digestives de la nutrition entérale en réanimation

Management of digestive complications associated with enteral nutrition in critically ill patients

Bruno Raynard^{a,*}, Stéphane M. Schneider^b

^a Unité de surveillance continue médicale, service de réanimation, institut Gustave-Roussy, 39, rue Camille-Desmoulins, 94805 Villejuif cedex, France

^b Unité de support nutritionnel et de greffe intestinale, hôpital de l'Archet, BP 3079, 06202 Nice cedex 3, France

Reçu le 15 septembre 2008 ; accepté le 22 octobre 2009

Résumé

Les complications digestives de la nutrition entérale (NE) sont fréquentes en réanimation. Cependant, les complications cliniquement relevantes, c'est-à-dire entraînant un inconfort du patient, une altération de son pronostic ou une augmentation de la charge de travail infirmier, sont finalement peu fréquentes. En revanche, elles sont souvent à l'origine de la réduction ou de l'arrêt des apports entéraux, exposant le patient à la sous-nutrition. La compréhension des mécanismes de la gastroparésie et de la diarrhée sous NE est essentielle à leur maîtrise. La mise en place de protocoles adaptés à chaque unité de réanimation, discutés avec l'ensemble des soignants, est le seul moyen de limiter ces complications et de réduire les occasions d'interrompre la NE.

© 2009 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Nutrition entérale ; Réanimation ; Gastroparésie ; Diarrhée

Abstract

The digestive complications of enteral nutrition (EN) are frequent in critically ill patients. However, the complications clinically significant, with major discomfort, with prognosis impairment, or increasing nurse's workload, are finally less frequent. On the other hand, they are often associated with enteral discontinuation and undernutrition. The understanding of the EN-related gastroparesis and diarrhoea mechanisms is essential in their control. Protocols implementation, adapted to every intensive care unit, discussed with the crew, is the only means to limit these complications and to reduce the opportunities to interrupt EN.

© 2009 Published by Elsevier Masson SAS.

Keywords: Enteral nutrition; Intensive care; Gastroparesis; Diarrhoea

1. Introduction

Les sociétés savantes (SRLF, ESPEN...) recommandent la mise en route de la nutrition entérale (NE) dans les 48 premières de réanimation, pour un patient hémodynamiquement stable et sans contre-indication à la technique [1,2]. Cependant les conditions techniques de mise en route de la NE sont souvent complexes du fait du risque de complications digestives. Celles-ci aboutissent à une appréhension des équipes soignantes craignant des troubles trophiques et, surtout, une augmentation de la charge de travail. En revanche, nous savons tous, qu'en

théorie, la NE, même a minima chez les patients agressés, peut maintenir la trophicité du tube digestif, préserver l'effet de première barrière immunitaire, favoriser la motricité intestinale et, donc, limiter le risque de pullulation microbienne du grêle, de translocation bactérienne et de lésions de stress. De plus, la NE reste moins coûteuse, à calorie égale, que la nutrition parentérale. Convaincus des bénéfices théoriques et cliniques de la mise en route précoce d'une NE chez les malades de réanimation, les équipes soignantes acceptent mieux cette technique, à condition et seulement si, des protocoles de soins précis et simples sont mis en place.

La NE peut se compliquer, en particulier en réanimation, d'effets secondaires digestifs multiples et multifactoriels. La présence d'une sonde d'alimentation doit être considérée comme un dispositif invasif, source de complications mécaniques.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : raynard@igr.fr (B. Raynard).

L'instillation d'un produit de NE, de composition connue, à débit connu, peut être tolérée de façon très variable d'un patient agressé à un autre. Ces complications conduisent fréquemment à l'arrêt définitif de la NE pour un patient donné. Mais elles conduisent aussi à la mise en échec de la technique dans une équipe soignante donnée et à la restriction des indications pour les patients suivants.

Pour améliorer notre acceptabilité de la NE en réanimation, il est indispensable de définir précisément ces complications et, particulièrement, la gastroparésie et la diarrhée. Nous devons préciser les moyens de les évaluer et les méthodes pour les prévenir ou les traiter. Ces moyens doivent être simples, « protocolisables », pour être gérés par les soignants directement impliqués.

2. La gastroparésie et ses conséquences

Les troubles de la vidange gastrique sont fréquents chez les malades agressés les plus graves. Trente à 40 % des patients de réanimation présentent au moins un épisode de gastroparésie et 15 à 20 % au moins deux épisodes [3–5]. La gastroparésie survient, le plus souvent, dans les cinq premiers jours de NE [3,6]. Elle n'est donc finalement présente qu'au cours de moins de 20 % des jours de NE en réanimation [7]. Elle entraîne un arrêt de la NE dans un cas sur dix.

La gastroparésie se complique de régurgitations, de vomissements et d'inhalations. Ces complications sont présentes sous NE mais aussi en l'absence de NE. Elles pourraient participer aux mécanismes des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique. Malheureusement, le terme de gastroparésie, fréquemment utilisé pour regrouper ces troubles, est souvent imprécis dans les études d'incidence de cette pathologie en réanimation.

2.1. Mécanismes et définition de la gastroparésie

La gastroparésie est définie par un retard de la vidange gastrique. La vitesse d'évacuation de l'estomac dépend, chez le sujet sain, du volume du repas, de l'osmolarité du contenu gastrique, de la quantité de lipides et de protéines du repas, de la sécrétion acide gastrique et de facteurs psychoaffectifs comme le stress, les émotions, la douleur. Au cours de la NE, la vidange gastrique est régulée différemment. La motricité antrale est inhibée lors d'une infusion en site gastrique et l'évacuation du mélange nutritif s'effectue essentiellement sous l'effet d'un gradient de pression fundoduodénal. Après plusieurs heures d'une NE isocalorique (1 kcal/mL) en site gastrique, le volume intragastrique s'équilibre si le débit reste inférieur à 3 mL/min. Pour des débits supérieurs, le volume intragastrique augmente progressivement [8,9]. L'osmolarité de la solution va, là encore, intervenir et des solutions hyperosmolaires s'évacuent plus lentement que des solutions iso-osmolaires.

De plus, les patients les plus graves de réanimation, en particulier les patients sédatisés et ventilés mécaniquement, présentent, avant même la mise en route de la NE, des anomalies importantes et fréquentes de la motricité gastrique. Chez plus de 50 % des patients ventilés et sédatisés, on retrouve une diminution de

la pression du sphincter inférieur de l'œsophage et donc augmentation du risque d'œsophagite peptique, une diminution de la relaxation fundique et des contractions, une diminution de la motricité antrale et de la coordination antropylorique, une augmentation de l'activité pylorique, une augmentation et désorganisation de l'activité rétrograde duodénale [10–12]. La gastroparésie augmente avec l'âge, la gravité de l'agression et le type d'agression. Elle est plus fréquente chez les grands brûlés, les polytraumatisés et en cas de sepsis sévère. Quarante-vingt pour cent des cérébrolésés présentent un retard de vidange gastrique, corrélée à la PIC. L'hyperglycémie pourrait être associée à la gastroparésie. Les opiacés, les sédatifs et les catécholamines, en particulier la dopamine, favorisent le retard de vidange gastrique.

Ces anomalies pourraient être expliquées des modifications de la sécrétion des signaux régulateurs comme la cholécystokinine ou le peptide YY [13]. Tous ces phénomènes peuvent être aggravés par la présence d'une sonde gastrique ou duodéno-jéjunale et par la mise en route de la NE. En revanche, nous ne connaissons pas l'influence de l'état nutritionnel antérieur et de la durée de jeûne préalable dans l'apparition d'une gastroparésie sous NE.

La gastroparésie sous NE est donc définie par une inadéquation de la vidange gastrique à une instillation intragastrique continue ou discontinue. Il n'existe pas de définition consensuelle et pratique de la gastroparésie. Par défaut, nous définissons la gastroparésie par un volume de résidu gastrique (VRG), une ou plusieurs fois par 24 heures, supérieur à 100 à 500 mL. Mais finalement nous devrions définir la « gastroparésie cliniquement significative » comme l'existence d'une complication attribuable à la gastroparésie sous NE : régurgitation ou vomissement, inhalation, pneumopathie persistante ou récidivante, avec ou sans VRG élevé.

2.2. Peut-on se passer du résidu gastrique en réanimation ?

Les méthodes de référence pour évaluer la vidange gastrique sont la scintigraphie, la vitesse d'absorption du paracétamol et les tests respiratoires. L'utilisation d'un marqueur coloré dans les produits de NE a une sensibilité faible et pourrait entraîner une toxicité mitochondriale. La sensibilité et spécificité du VRG, quel que soit le seuil choisi, sont médiocres en comparaison de ces techniques. En revanche, ces techniques de référence ne sont pas facilement utilisables au quotidien.

Pour Metheny et al. en 2008, seulement 66 % des micro-inhalations documentées étaient associées à un résidu gastrique supérieur à 150 mL, même si le risque d'inhalation augmentait avec le VRG [14]. En analyse multivariée, seul un score de Glasgow bas et l'absence de proclive supérieur à 30° étaient des facteurs de risque d'inhalation. McClave et al. en 2005 montraient que le taux de régurgitation et d'aspiration n'était pas corrélé au VRG [15]. La sensibilité du résidu gastrique pour le diagnostic d'inhalation était de 94 à 98 % mais la spécificité de 2 à 4 %, la VPP était de 17 à 25 % et la VPN de 77 %. Enfin, Umbrello et al. en 2009 confirmaient chez 76 patients ventilés l'absence de lien statistique entre PAVM et VRG supérieur à 150 mL à deux reprises ou au moins une fois supérieur à 500 mL [16].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2692971>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2692971>

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