



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



CONDUITE THÉRAPEUTIQUE

La nutrition entérale en gériatrie : protocoles de prise de décision, de prescription et de suivi

Enteral nutrition in the elderly: Decision-making, prescription and follow-up protocols

N. Schauer^{a,*,b}, B. Hamon-Vilcot^{a,b}, V. Veauclin^{a,b},
O. Bouillanne^{a,b}

^a Service de gériatrie 2, hôpital Émile-Roux, groupe hospitalier Henri-Mondor, AP–HP, 1, avenue de Verdun, 94456 Limeil-Brévannes, France

^b Comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN), hôpital Émile-Roux, groupe hospitalier Henri-Mondor, AP–HP, 1, avenue de Verdun, 94456 Limeil-Brévannes, France

MOTS CLÉS

Nutrition entérale ;
Gastrostomie
per-endoscopique ;
Dénutrition protéino-
énergétique ;
Protocoles de prise
en charge ;
Arbre décisionnel ;
Patient âgé

Résumé La dénutrition protéino-énergétique résulte d'un déséquilibre entre les apports et les besoins de l'organisme. La nutrition entérale est une méthode d'alimentation artificielle utilisée pour prévenir ou corriger une dénutrition lorsque l'alimentation orale est insuffisante ou impossible. C'est une thérapeutique à part entière, avec des indications, des non-indications et des complications reconnues. Sa mise en place, voire son arrêt, résultent d'une réflexion bénéfice-risque. La surveillance et les réévaluations régulières de l'efficacité et de la tolérance de la sonde de nutrition entérale sont nécessaires. Nous avons été amenés à établir différents documents, destinés à faciliter une prise en charge globale de ces patients.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Elderly;
Enteral nutrition;

Summary Protein-energy malnutrition results from an imbalance between intake and body requirements. Enteral nutrition support is indicated if oral nutritional support fails or is impossible. It is a medical prescription with specific indications, non-indications and complications.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nathalie.schauer@erx.aphp.fr (N. Schauer).

Percutaneous
endoscopic
gastrostomy;
Protein-energy
malnutrition;
Prescription protocol;
Follow-up protocol;
Decision tree

Initiation and withdrawal of enteral nutrition need a benefit-risk balance evaluation. Follow-up and regular reevaluations of tube-feeding efficiency and tolerance are required. We have established protocols in order to improve global management of elderly subjects with enteral nutrition.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

La dénutrition protéino-énergétique résulte d'un déséquilibre entre les apports et les besoins de l'organisme. La prévalence de la dénutrition protéino-énergétique augmente avec l'âge : elle est de 4 à 10 % chez les personnes âgées vivant au domicile, de 15 à 40 % chez celles vivant en institution et de 30 à 70 % chez les malades âgés hospitalisés [1]. La nutrition entérale (NE) est une méthode d'alimentation artificielle qui utilise les abords digestifs. Elle est destinée à prévenir ou corriger une dénutrition lorsque l'alimentation orale est insuffisante ou impossible. Il s'agit d'une thérapeutique à part entière qui doit être considérée comme une thérapie différente de l'alimentation par voie orale. Nous avons développé dans notre service de gériatrie des lits dédiés, destinés à accueillir des patients bénéficiant de nutrition entérale.

Les différentes pratiques ne semblent pas toujours homogènes et, malgré nos recherches, nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de protocole validé spécifiquement pour les patients gériatriques.

Indications de la nutrition entérale en gériatrie

Selon les *guidelines* de l'European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) de 2006, le recours à la nutrition entérale est indiqué dans les situations suivantes : apports nutritionnels prévisibles inférieurs à 500 calories par jour ou inférieurs aux 2/3 des besoins pendant plus de sept jours et apports nutritionnels prévisibles inférieurs ou égaux à 50 % des apports habituels pour une durée de 2 semaines ou plus [2].

Considérations éthiques

Mise en route de la nutrition entérale

Comme tout acte médical, la mise en place d'une nutrition entérale doit être précédée d'une réflexion bénéfice-risque qui suppose de bien poser l'indication médicale et de prendre en compte l'avis du patient, de son entourage ainsi que celui de l'équipe soignante. Avant la prise de décision, l'avis du patient est recueilli et pris en compte, ainsi que son consentement libre et éclairé, soit directement si le patient peut s'exprimer, soit indirectement par l'intermédiaire de directives anticipées, d'une personne de confiance ou d'un proche le cas échéant [19]. La réglementation exige la traçabilité de l'information donnée au patient dans le dossier médical.

L'avis de l'entourage reste consultatif et non décisionnel. La discussion en équipe pluriprofessionnelle doit recueillir l'avis des soignants prenant en charge le patient et définir, en accord avec lui, une décision consensuelle [19]. La décision finale reste une décision médicale puisqu'il s'agit d'une thérapeutique.

Le patient et ses proches sont informés de la proposition de mise en place de la gastrostomie [19,20] à l'aide d'un document comme celui établi par la Société francophone de nutrition clinique et métabolique (SFNEP) [20].

Les réévaluations régulières de l'efficacité et de la tolérance de la nutrition entérale doivent être réalisées pour décider du maintien, du retrait ou de la remise en place du dispositif. Il s'agit de réévaluations des bénéfices constatés : marqueurs de suivi nutritionnel (poids, albuminémie), atteinte des objectifs initiaux, et des complications survenues : type et fréquence, conséquences sur le confort du patient. On tiendra également compte du discours et du comportement du patient et de l'avis de l'entourage et de l'équipe concernant les conséquences des complications.

Arrêt de la nutrition entérale

Peut se poser ensuite la question du retrait de la sonde, ou bien encore, du non-renouvellement de la pose (après un retrait involontaire ou arrachage par le patient). C'est notamment le cas lorsque la nutrition entérale est proposée pour une durée limitée, le temps de passer le cap de la pathologie aiguë intercurrente [1]. Le problème médical intercurrent étant amendé, la nutrition entérale doit pouvoir être arrêtée.

Même si l'indication initiale de la pose d'une sonde de gastrostomie peut être pertinente, il reste toujours possible de renoncer au support nutritionnel entéral, le consentement du patient étant recherché à tout moment, en particulier en cas de complications. L'« arrachage » de la sonde peut être compris comme un refus de soin chez des patients ne pouvant s'exprimer verbalement [3,21].

Dans certains cas, l'arrêt de la nutrition peut être demandé par la famille, ce qui peut être interprété comme une demande d'euthanasie par les soignants.

La loi Léonetti peut être une aide précieuse dans les prises de décision d'interruption de traitement, y compris l'alimentation, dans le cadre du « refus d'obstination déraisonnable » [22].

Dans le service, lorsque ce type de situation s'est présenté, nous nous sommes réunis en équipe pluriprofessionnelle accompagnée d'un médecin extérieur à l'unité, afin de prendre une décision collégiale, y associant évidemment le patient et sa famille.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3326199>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3326199>

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