



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com

NUTRITION CLINIQUE
et **MÉTABOLISME**

Nutrition clinique et métabolisme xxx (2017) xxx–xxx

Une question, une fiche

Surveillance de la nutrition parentérale de courte et de longue durée[☆]

Monitoring for short and long-term parenteral nutrition

Madeleine Lauverjat^{*}, Sabrina Ait, Didier Barnoud, Charlotte Bergoin,
Catherine Peraldi, Cécile Chambrier

Service de nutrition clinique intensive, hôpital Lyon-Sud, centre agréé de nutrition parentérale à domicile, 165, chemin du Grand-Revoyet, 69310 Pierre-Bénite, France

Reçu le 12 juin 2017 ; accepté le 13 juin 2017

Résumé

La nutrition parentérale, quelle que soit sa durée, nécessite une surveillance clinique et biologique régulière afin de s'assurer de son efficacité et de prévenir les complications ou de les dépister le plus précocement possible. Il n'existe pas de consensus sur les examens à réaliser et le rythme de la surveillance qui seront personnalisés en fonction du contexte clinique et de l'évolution du patient.

© 2017 Association pour le développement de la recherche en nutrition (ADREN). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Évaluation clinique ; Biologie ; Cathéter veineux central ; Micronutriments

Abstract

Parenteral nutrition, regardless of its duration, requires regular clinical and biological monitoring to ensure its efficacy and to prevent complications or detect them as early as possible. There is no consensus regarding the examinations to be performed and their schedule that will be individualized according to the clinical context and the patient's outcome.

© 2017 Association pour le développement de la recherche en nutrition (ADREN). Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Clinical assessment; Biology; Central venous catheter; Micronutrients

1. Introduction

Une nutrition parentérale (NP) est indiquée chaque fois que les besoins protéino-énergétiques ne peuvent être satisfaits par une alimentation orale et/ou entérale. Quelle que soit sa durée, ce traitement, dont la prescription est très complexe, nécessite une surveillance clinique et biologique afin de s'assurer de son efficacité et de limiter les complications dont certaines peuvent

engager le pronostic vital. Les objectifs à atteindre doivent être clairement définis.

2. Nutrition parentérale de courte durée

La NP de courte durée est le plus souvent réalisée en secteur hospitalier. Avant de débiter toute NP, il est important de dépister les patients à risque de syndrome de renutrition inappropriée (SRI – jeûne prolongé, vomissements répétés, perte pondérale importante...), et de réaliser une évaluation biologique et clinique, notamment cardiaque, rénale et hépatique [1]. D'éventuels troubles hydro-électrolytiques doivent être corrigés avant toute initiation d'une nutrition artificielle. La bonne position de l'extrémité du cathéter veineux central sera vérifiée pour limiter les risques de thrombose [2].

[☆] Ce document a été rédigé par les auteurs à la demande du Comité éducatif et de pratique clinique (CEPC) de la Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNEP). Il a été discuté, corrigé et validé par le CEPC. Il fait partie des « référentiels pour la pratique clinique en nutrition » de la société.

^{*} Auteur correspondant.

Adresse e-mail : madeleine.lauverjat@chu-lyon.fr (M. Lauverjat).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nupar.2017.06.089>

0985-0562/© 2017 Association pour le développement de la recherche en nutrition (ADREN). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

2.1. La phase d'initiation et le patient instable

2.1.1. La surveillance clinique

Le poids doit être surveillé quotidiennement. Toute prise pondérale rapide rend compte d'une rétention hydrique [3]. L'examen clinique doit donc rechercher des œdèmes des membres inférieurs mais aussi des lombes chez le patient alité et s'assurer de l'absence de dyspnée. Une stagnation ou une perte de poids peut être constatée les premiers jours par diminution de l'inflation de l'eau extracellulaire en lien avec la dénutrition [4]. Les entrées (boissons, NP, autres perfusions) et les pertes (entérostomies, vomissements, urines) seront quantifiées. Une surveillance régulière des ingesta est également nécessaire. Une perfusion de NP doit être bien supportée. Des manifestations d'intolérance peuvent être observées lorsqu'un soluté contenant une émulsion lipidique est perfusé à un débit trop élevé : nausées, frissons, voire élévation thermique [5]. Une fièvre et/ou des frissons, notamment pendant une perfusion et cédant à son arrêt orientent vers une infection liée au cathéter [6]. Il est impératif de surveiller également l'orifice d'émergence d'un cathéter veineux central (CVC) à la recherche d'une inflammation ou d'une infection locale. Pour les CVC à insertion périphérique, le risque de thrombose veineuse est présent dès la pose et il faut penser à examiner régulièrement le bras du patient, à la recherche d'un œdème et de signes inflammatoires locaux [7].

2.1.2. La surveillance biologique

Les ionogrammes, sanguin et urinaire, doivent être quotidiens en début de renutrition [8]. Ils vont permettre d'adapter les apports hydriques, électrolytiques et en acides aminés. Le bilan comportera les dosages plasmatiques du sodium, du potassium, du chlore, des bicarbonates, du calcium, du phosphore et du magnésium, de l'urée et de la créatinine. La surveillance du bilan hydrique, notamment dans les tableaux de malabsorption intestinale, de l'ionogramme urinaire avec la natriurèse et de la fonction rénale permet l'adaptation des perfusions [3]. L'évolution biologique du patient permettra à la suite de fixer le rythme des bilans, de deux à trois fois par semaine.

Le bilan hépatique (bilirubine, transaminases, phosphatases alcalines et gamma GT) et la numération formule sanguine seront surveillés une fois par semaine initialement, voire plus, en cas de SRI [9].

Les troubles de la glycémie sont fréquents en NP [10,11]. L'hyperglycémie peut être liée à un diabète préexistant et, chez le patient non diabétique, à un débit trop important de glucose et à l'apparition d'une insulino-résistance. La glycémie capillaire doit donc être surveillée toutes les six à huit heures au début de la NP. Au cours d'une NP cyclique, les glycémies capillaires seront réalisées au branchement, pendant la perfusion et au débranchement. Cette hyperglycémie peut engendrer de nombreuses complications telles qu'une diurèse osmotique et une déshydratation, un coma hyperosmolaire, une stéatose hépatique, une hypertriglycéridémie, un risque infectieux accru. Les objectifs glycémiques ne sont pas clairement définis en NP mais le maintien d'une glycémie entre 7,8 et 10 mmol/L est conseillée [12]. Une hypoglycémie peut également survenir, principalement dans trois circonstances : arrêt brutal d'une perfusion de

glucose, décroissance trop rapide d'une NP cyclique et insulinothérapie mal adaptée [13]. Les deux premières causes sont particulièrement fréquentes chez les patients très dénutris, à la phase initiale de la renutrition [6]. Cette hypoglycémie n'est pas toujours perçue par les patients ou peut être décrite comme une sensation de fatigue après le débranchement de la perfusion nutritive. L'instauration d'un débit dégressif de la pompe en fin de perfusion sur une à deux heures prévient son apparition.

La perfusion d'une émulsion lipidique peut entraîner une hypertriglycéridémie, que l'apport soit important ou non, et il est souvent difficile de prévoir ce trouble métabolique. Il faut particulièrement être attentif en présence d'un facteur de risque tel qu'une insuffisance rénale, une hyperglycémie associée, une hypertriglycéridémie endogène, une corticothérapie, une pancréatite ou une septicémie [3,9,11]. Les recommandations préconisent un dosage 6 heures après la fin de la perfusion, auquel cas un retour à la valeur basale est souhaité. Mais en pratique et dans un souci de limiter les prélèvements sanguins, ce dosage est souvent réalisé après le débranchement de la perfusion nutritive. La triglycéridémie ne doit alors pas dépasser 4 à 4,5 mmol/L (350 à 400 mg/dL), seuil de saturation de la lipoprotéine lipase [3,6].

Pour apprécier l'état nutritionnel, le dosage sérique de deux protéines est utilisé afin d'évaluer leur synthèse hépatique à partir des acides aminés : l'albumine et la préalbumine ou transthyrétine. Leur intérêt sera différent en fonction de leur demi-vie : celle de la préalbumine est de deux jours et cette protéine à renouvellement rapide permet donc d'estimer précocement l'efficacité d'une renutrition ; l'albumine, dont la demi-vie est de 20 jours, trouve sa place dans le suivi à plus long terme. Cependant, ces protéines nutritionnelles sont à interpréter avec précaution car leur concentration peut être influencée par différents facteurs [14]. Indépendamment de l'apport protéino-énergétique, la synthèse de l'albumine diminue dans l'insuffisance hépatocellulaire ou dans les syndromes inflammatoires, au profit de celle des protéines de l'inflammation. Une perte accrue, d'origine rénale comme le syndrome néphrotique, intestinale au cours des entéropathies exsudatives ou cutanée lors des brûlures étendues, peut entraîner également une diminution de leur concentration plasmatique. L'hypercatabolisme présent au cours des syndromes inflammatoires aigus ou des endocrinopathies, les modifications de la perméabilité capillaire sont également des causes d'hypoalbuminémie. Enfin, les variations de l'hydratation, donc du volume de dilution, se soldent par des hypo- ou des hyperprotidémies. Chez le patient en phase inflammatoire aiguë, ces protéines reflètent plus la sévérité de la pathologie sous-jacente que l'état nutritionnel [3]. C'est pourquoi l'interprétation de leur variation doit être couplée au dosage de la protéine C réactive (CRP).

2.1.3. Le syndrome de renutrition inapproprié

Défini comme « l'ensemble des manifestations adverses métaboliques et hormonales pouvant survenir lors de la renutrition chez des patients dénutris », le SRI peut engager le pronostic vital [1]. En période de jeûne prolongé, l'organisme met en place des mécanismes d'adaptation en préservant la masse protéique

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5572895>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5572895>

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