

Épidémie virale Covid 19

Fiche pratique à destination des soignants

Nutrition du patient Covid 19 intubé et ventilé en réanimation

Rédaction :

Ronan THIBAULT
Vincent FRAIPONT

Relecture :

Julien BOHÉ
Claire BLARD
Bernard DE JONGHE

Pour les patients non intubés sous oxygénothérapie ≥ 3 l/min, voir annexe spécifique de cette fiche



TOUT PATIENT INTUBÉ ET VENTILÉ EST À RISQUE DE DÉNUTRITION ET DOIT BÉNÉFICIER D'UNE PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE DÉDIÉE

NON
dans les 48H

Contre-indication (CI) à une NE immédiate ?

- Hémodynamique instable
- Ischémie mésentérique
- Hémorragie digestive active
- Fistule digestive à haut débit (> 500 ml/j) sans segment d'aval utilisable
- Hypertension intraabdominale

Le décubitus ventral n'est pas une CI à la NE : prévention régurgitations par lit déclive à 10° (position anti trendelenburg)

OUI
à J4

NE précoce et progressive par sonde nasogastrique sous pompe régulateur de débit en continu

NP progressive sur VVC NE dès que possible

Cible **énergétique** au J4 : 25 kcal/kg*/j Cible **protéique** au J4 : 1,3 g/kg*/j
 → J1 : 10 kcal/kg*/j → J2 : 15 kcal/kg*/j → J3 : 20 kcal/kg*/j → J4 : 25 kcal/kg*/j
Éviter la calorimétrie indirecte (risque de contamination)

- Prévention du syndrome de renutrition inappropriée (Cf. fiche 3) : Surveiller / Administrer magnésium, phosphore, potassium, polyvitamines, oligoéléments et Vit. B1 les trois premiers jours de NE ou NP
- Si troubles électrolytiques persistants, ralentir temporairement le débit de nutrition
- Si NE < 1 500 kcal/j ou si NP : poursuivre **vitamines et oligoéléments par la sonde nasogastrique ou IV**

Intolérance à la NE ?

- Vomissements / Régurgitations (risque peut être majoré si Hypoxémie sévère : PaO2/FiO2 < 50 mmHg avec FiO2 > 80 %)
- Résidus gastriques (si réalisés) > 500 ml/6h

→ Ajouter des prokinétiques : préférer Metoclopramide 4x10 mg/jour.
Attention à Erythromycine : risque d'interactions médicamenteuses (ex. : **troubles du rythme si associée à hydroxychloroquine**)

→ Discuter NE par sonde naso-jéjunale

Échec ou insuffisance de NE entre J4 et J7 → **NP exclusive ou complémentaire NE dès que possible**

Surveillance quotidienne des apports nutritionnels effectivement administrés. À l'extubation, la reprise de l'alimentation orale se fait après avoir évalué la déglutition (voir p.3).

*Indice de masse corporelle (IMC) < 30 : Poids actuel
 IMC > 30 : Poids ajusté = Poids idéal + [(Poids actuel - Poids idéal)/4]
 Poids idéal = 0,9 x (Taille (cm) - 100 (Homme)) (- 106 [Femme])

CI : contre-indication - NE : nutrition entérale - NP : nutrition parentérale - VVC : voie veineuse centrale

Stratégie nutritionnelle après extubation

(d'après Singer et al., ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. Clin Nutr 2019;38:48-79)



■ En toute situation :

- En cas de dysphagie, fournir une alimentation à texture adaptée
- Les apports en énergie et protéines doivent être adaptés aux besoins
- Une activité physique adaptée doit être proposée



■ En cas de troubles de la déglutition post-extubation :

- Poursuivre la NE mais évaluer le risque de pneumopathie d'inhalation
- Si risque d'inhalation, réaliser la NE en site jéjunal
- Si la NE est impossible, proposer une NP temporaire ; la rééducation à la déglutition ne nécessite pas systématiquement le retrait de la sonde naso digestive si celle-ci est une sonde souple de petit calibre
- En cas de NP exclusive temporaire, attention au risque de surnutrition



■ En cas de trachéotomie :

- Privilégier l'alimentation orale, fractionnée, enrichie, avec des compléments nutritionnels oraux, à texture adaptée
- Si les besoins en protéines et énergie ne sont pas couverts (< 70 % des besoins), envisager une NE complémentaire
- En cas de NP complémentaire, attention au risque de surnutrition