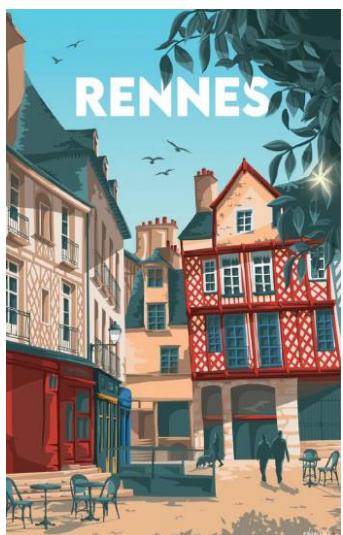


# La nutrition en médecine polyvalente, pourquoi s'y intéresser ?



vol. 2

Dr Adrien LONCLE  
Réhabilitation Nutritionnelle et Digestive  
Clinique St Yves - Rennes

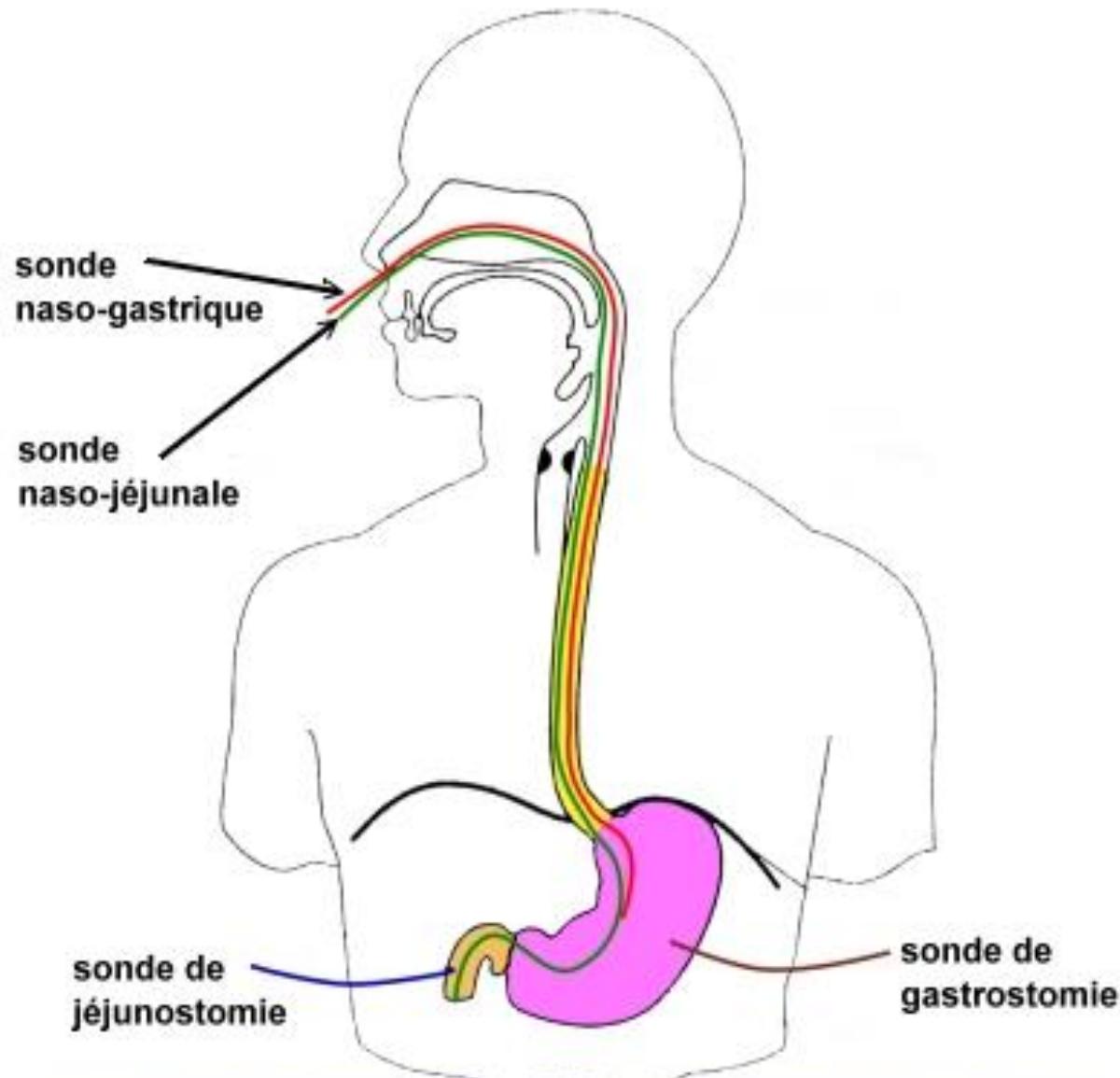


[loncle@clinique-styves.fr](mailto:loncle@clinique-styves.fr)  
<https://omnidoc.fr/clinique-styves>



**Nutrition en médecine polyvalente Vol. 1 :**  
<https://www.youtube.com/watch?v=wf9O-RJkoGw&t=15s>

Remerciements : Dr DUSSAULX, Pr SEGUY,  
SFNCM...



Les différentes sondes utilisées pour l'alimentation entérale

# Diagnostic de la dénutrition

## Critères phénotypiques

*au moins 1 critère*



Perte de poids **≥ 5% en 1 mois**  
ou **≥ 10% en 6 mois** ou **≥ 10%**  
**par rapport au poids habituel**  
avant le début de la maladie



**IMC < 18,5 kg/m<sup>2</sup>**  
**IMC < 22 kg/m<sup>2</sup>**



Réduction quantifiée de la **masse**  
et/ou de la **fonction musculaire**  
(voir fiche dénutrition SFNCM)

**Sarcopénie confirmée** (voir fiche  
dénutrition SFNCM)



## Critères étiologiques

*au moins 1 critère*



Réduction de la prise alimentaire **≥ 50%**  
**pendant plus d'1 semaine**, ou toute  
réduction pendant **plus de 2 semaines**  
(évaluation facilitée par l'utilisation du Score  
d'Evaluation Facile des Ingesta, SEFI®) par  
rapport à la consommation alimentaire  
habituelle quantifiée ou aux besoins  
protéino-énergétiques estimés

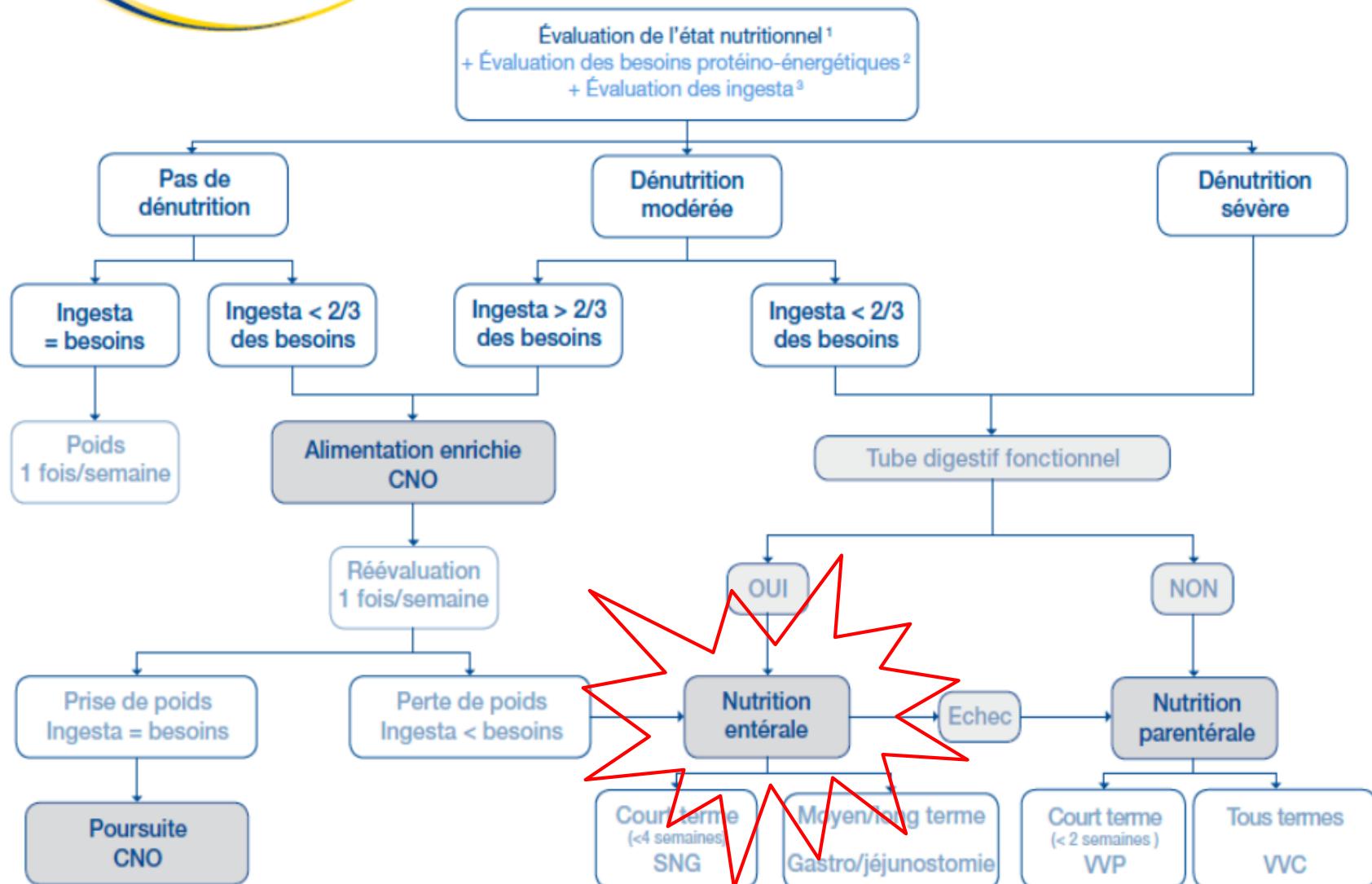


Diminution de l'**absorption digestive**



**Situations d'agression** (pathologies  
aiguë, chronique évolutive ou maligne  
évolutive)

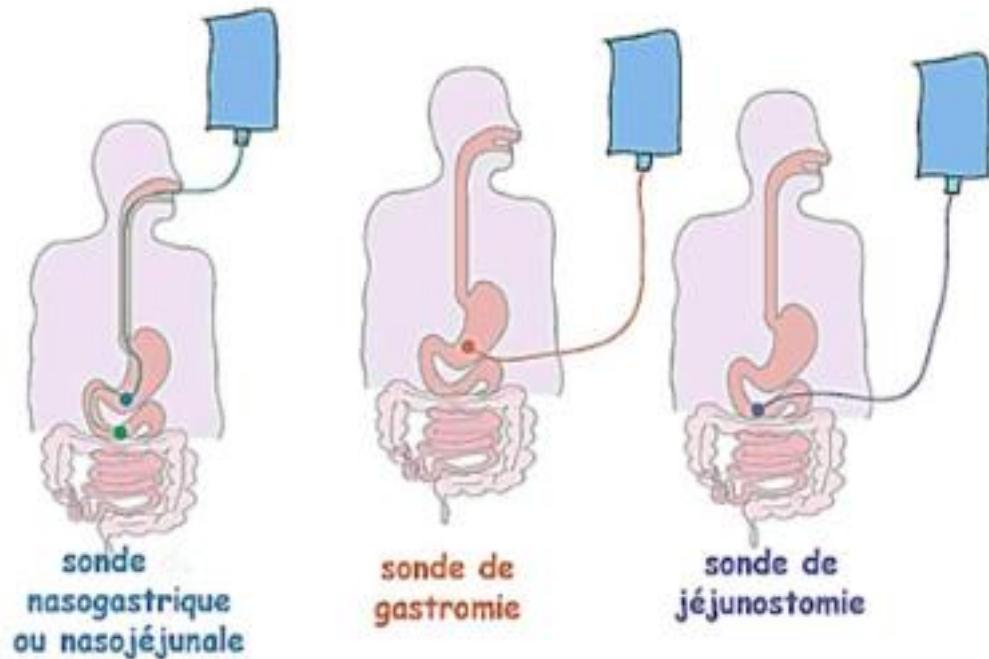
## Arbre décisionnel du soin nutritionnel



CNO : compléments nutritionnels oraux ; SNG : sonde naso-gastrique ; VVP : voie veineuse périphérique ; VVC : voie veineuse centrale

# Nutrition entérale :

- Sondes nasogastrique / nasojéjunale
- Gastrostomie
- Jéjunostomie



# Les sondes

- Matériau : polyuréthane (PUR) et silicone (SI)
- Calibre : débit de perfusion / tolérance (10 à 12)
- Sonde de Levin (simple ou lestée) = souples et fines
- Intérêt pour NE de courte durée (<6 semaines) ou pour débuter une NE immédiatement

# Avant la pose :

- Etre soit même convaincu des bénéfices +++
- Informer le malade et/ou la famille
- Bien préparer le tube digestif en amont !
- Evaluer la longueur à introduire
- Choisir une sonde radio-opaque

# En pratique :

- position assise
- Anesthésie locale de la narine
- Humidifier ou lubrifier avant introduction
- Faire déglutir le patient lors du passage de l'oropharynx
- Pousser la sonde sans forcer jusqu'au repère choisi
- Fixer la sonde (3 points)
- Repère indélébile à la sortie du nez (à noter dans le dossier médical)

<https://pod.univ-lille.fr/video/22219-pose-de-sng-de-nutritionenteraleav1/>

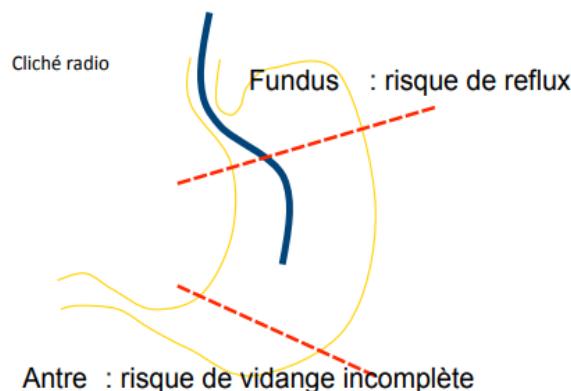
<https://www.nutritionclinique.fr/la-nutrition-enterale/la-nutrition-enterale-en-video/>

# Contrôle positionnel

- Contrôle radiologique +++

Grade B Recommandations ASPEN JPEN 2009  
Recommandations HAS

- pH < 4 sur liquide d'aspiration
- Insufflation d'air avec auscultation épigastrique



# Sonde nasojéjunale

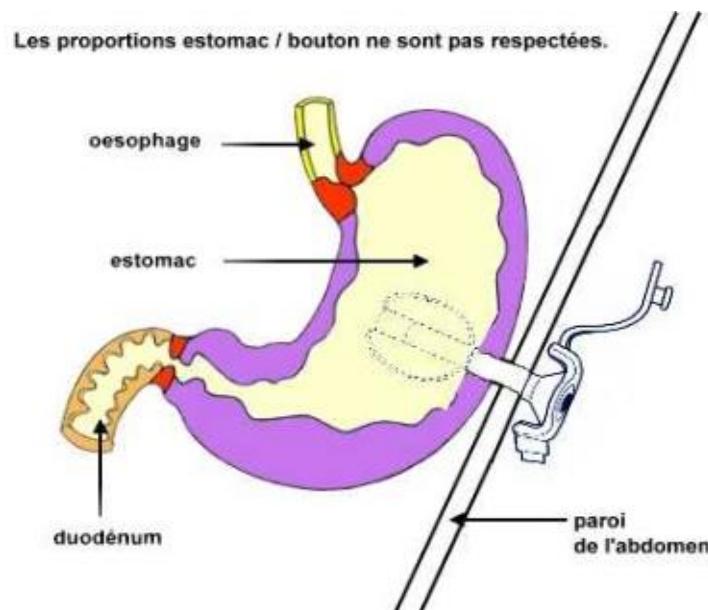


- Sonde en « queue de cochon »
- Très haut risque d'inhalation (réanimation++)
- Limite à NE gastrique ou duodénale (sténose / ulcère...)
- Trouble vidange gastrique
- Pancréatite aiguë sévère et éventuelle



# Gastrostomies

- GPE = Gastrostomie Percutanée Endoscopique
- GPR = Gastrostomie Percutanée Radiologique



# Contre-indications :

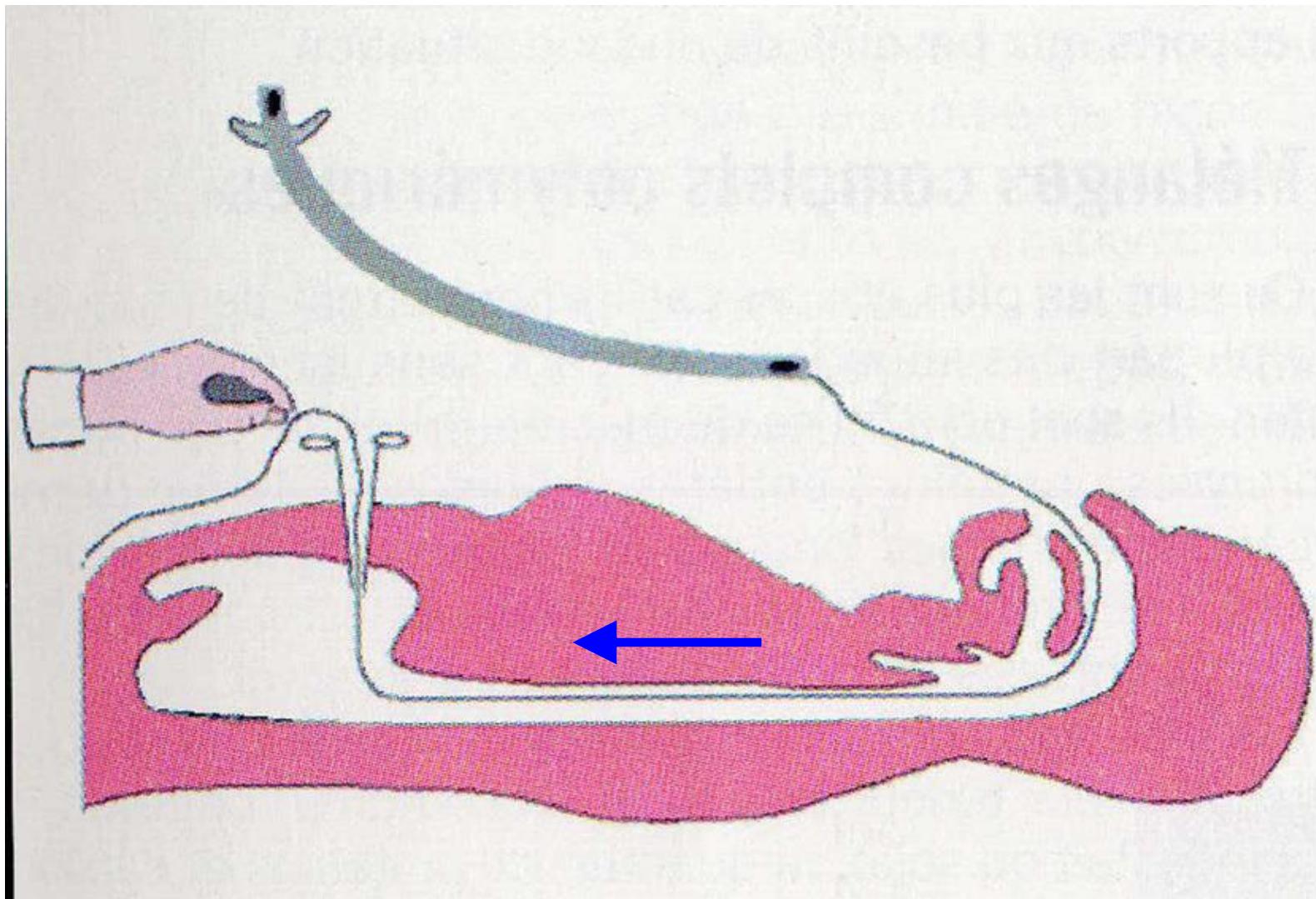
- Troubles de l'hémostase (arrêt anticoagulants)
- Insuffisance respiratoire sévère (CVF < 50%)
- Ascite, Hypertension portale
- Survie < 1-3 mois
- Troubles cognitifs sévères
- Atteinte pariétale (inflammatoire, infectieuse, cancéreuse)
- Interposition hépatique ou colique

# GPE : technique

- Au bloc opératoire
- Anesthésie générale ou sédation (anesthésiste)
- 2 opérateurs
  - Abord endoscopique (gastroentérologue)
  - Abord percutané

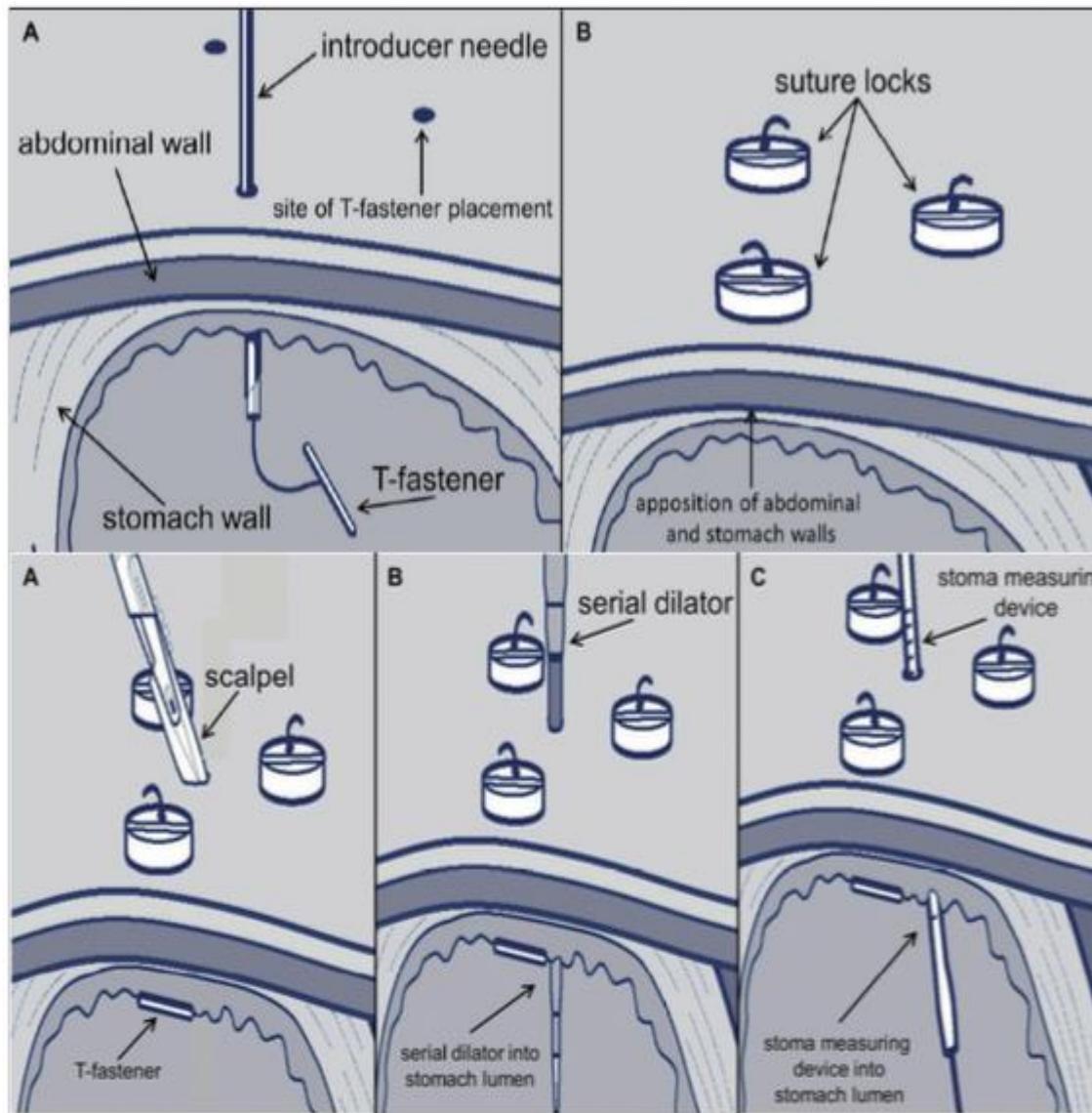


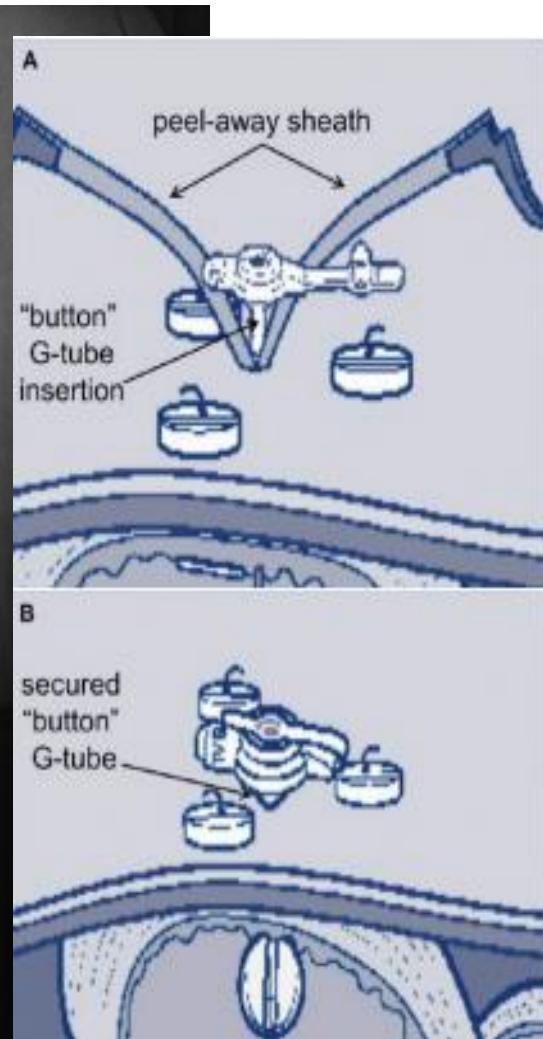
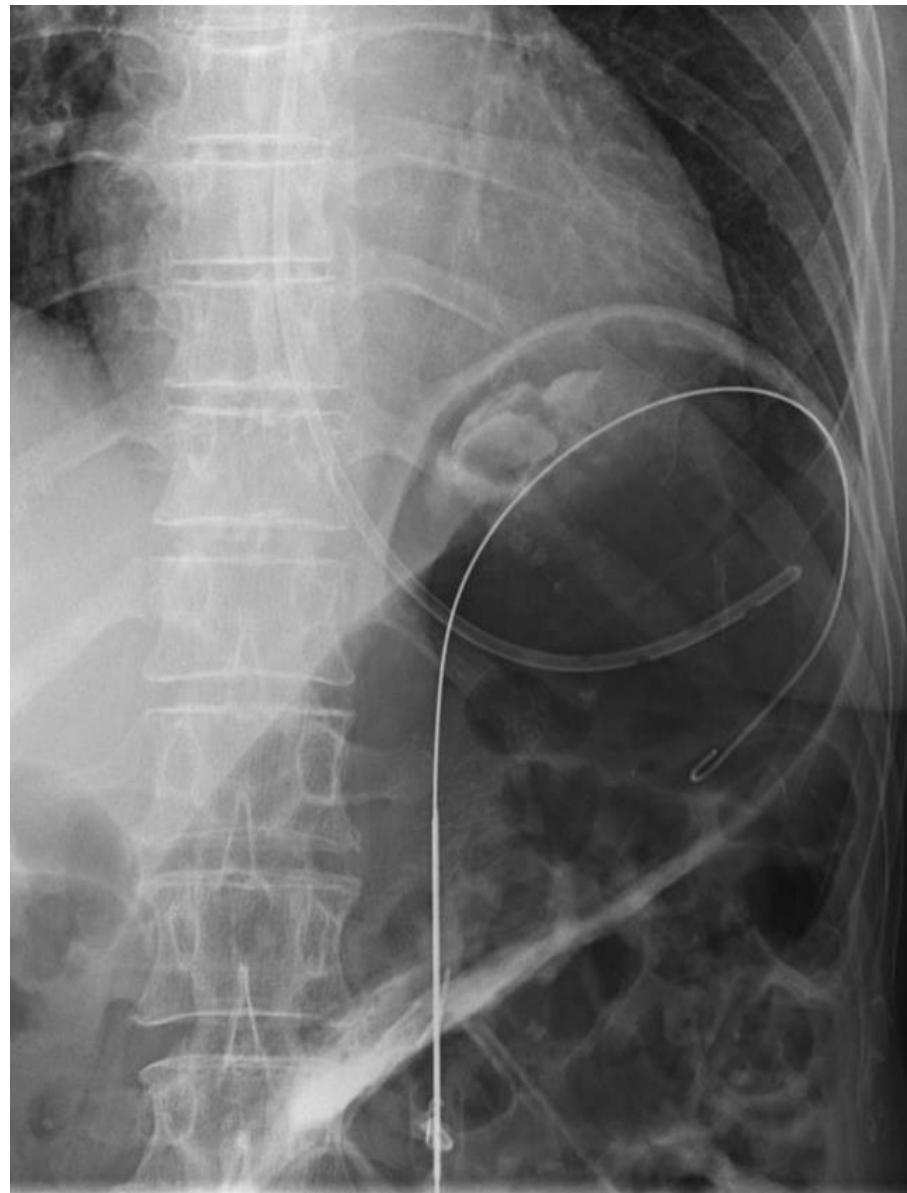
# GPE : technique



# GPR : technique

- Examen réalisé en salle de radiologie, sous contrôle scopique
- Anesthésie locale (Emla puis xylocaïne pariétale) / casque VR
- 1 opérateur (+ manip radio)
- Mise en place d'une sonde naso-gastrique  
(qui permettra une insufflation gastrique pendant l'examen)

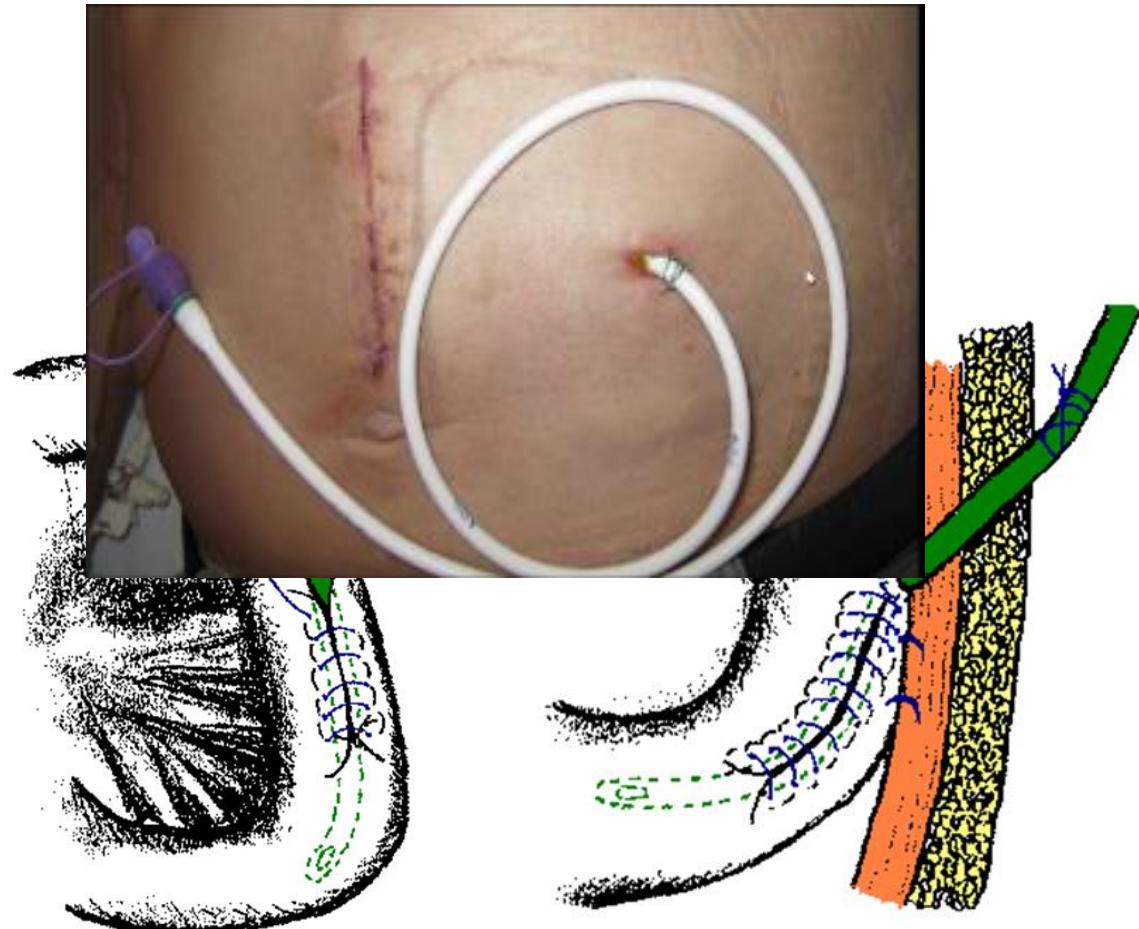
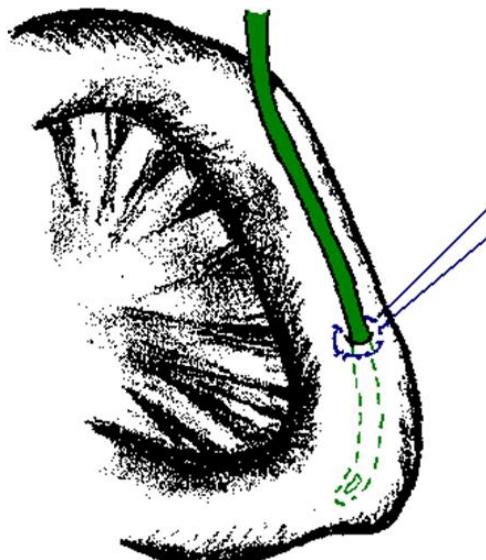






# Jéjunostomie selon Witzel

- Tunnelisation
- Arrimage à la paroi



# Débuter la nutrition entérale

- Objectif théorique : 30 kcal/kg/j , 1 g prot/kg/j
- Régulateur de débit (« pompe »)
  - Nuit : 110ml/h max
  - Jour : gastrique 250ml/h et jéjunal 90ml/h
- Augmentation Progressive
- En dehors des heures de repas
- Administration des médicaments
- Ne pas mettre de CNO associé
- Ne pas oublier l'hydratation
- Nutrition entérale au domicile

# Syndrome de renutrition inappropriée

## Critères majeurs:

- BMI < 16
- Perte de poids involontaire supérieure à 15% en 3 à 6 mois
- Jeûne supérieur à 10 jours

## Critères mineurs :

BMI < 18,5

Perte de poids involontaire de 10% à 15% en 3 à 6 mois.

Jeûne entre 5 et 10 jours

Antécédents d'alcoolisme, d'insulinothérapie, de chimiothérapie, de traitement diurétique et antiacides

**Haut risque = au moins un critère majeur ou deux critères mineurs**



# Tolérance de la NE

## Constipation :

- Hydratation insuffisante
- Inactivité physique
- Iatrogénie : morphiniques, codéine, sétrons...
- CAT: prévention
  - ↑ l'hydratation
  - Régulateurs du transit : type macrogol
  - Rarement poches enrichies en fibres

# Reflux oesophagien (risque d'inhalation)

- Vérifier positionnement sonde par radio
- Position proclive
- Débuter NE progressivement en augmentant selon tolérance
- Diminuer la vitesse de la NE
- Prokinétiques gastriques : Motilium, IPP
- Passage NE de jour
- NE en site jéjunal
- Surveillance des soignants+++



# Diarrhée sous nutrition entérale

- Clostridium difficile + + +
- Éliminer un fécalome, colite ischémique,
- Position sonde jéjunale ou débit trop rapide
- CAT :
  - Vérifier position
  - Ralentir le débit
  - Changer la solution nutritive (attention à l'osmolarité en site jéjunal, éventuellement fibres),
  - Ralentisseurs du transits
  - Ajouter du NaCl

# Obstruction de la sonde

- Calibre trop petit
- Rinçage insuffisant
- Mélange à forte viscosité (fibres)
- Médicaments (microgranules...)

**NE JAMAIS REMETTRE LE MANDRIN !**

# Médicaments et nutrition entérale

- Privilégier prise orale
- Vérifier possibilité d'administration entérale
- Rincer avant et après
- Galénique :
  - Écraser comprimés, dragées
  - Ne pas écraser
    - cp dispersibles (dissoudre),
    - Cp gastro-résistants (inefficacité),
    - sublinguaux (passage hépatique),
    - libération retard (effet immédiat),
    - gélules (récupérer le contenu)

# Conclusion

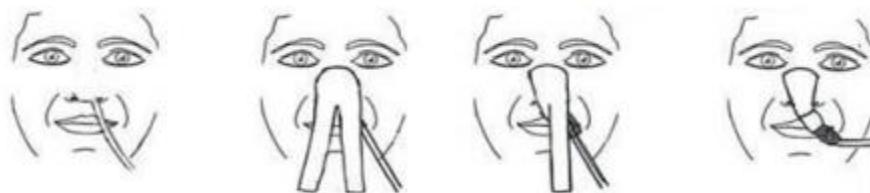
- Ne pas avoir peur de la nutrition entérale
- Initiation précoce quitte à l'arrêter rapidement
- Bien choisir la voie d'abord
- Médicaments et sondes

# Bibliographie

1. C. Bouteloup *et al.* [Pose d'une sonde nasogastrique pour nutrition entérale](#). Nutr Clin Metab (2009)
2. Seguin P, Le Bouquin V, Aguillon D, Maurice A, Laviolle B, Maledant Y. Évaluation prospective de trois méthodes de positionnement de la sonde nasogastrique en réanimation. Ann Fr Anesth Reanim 2005;24: 594–9.
3. Seguy, David; te al. (2012). *Better Outcome of Patients Undergoing Enteral Tube Feeding After Myeloablative Conditioning for Allogeneic Stem Cell Transplantation*. *Transplantation Journal*, 94(3), 287–294. doi:10.1097/tp.0b013e3182558f60
4. <https://www.nutritionclinique.fr/la-nutrition-enterale/la-nutrition-enterale-en-video/>
5. X. Hébutterne, J. Filippi, S.M. Schneider – traité de nutrition entérale : techniques
6. D. Karsenti; J. P. Barbieux; Béatrice Scotto; E. Dorval; E. H. Metman (1999). *Nutrition entérale par sonde naso-jéjunale en queue de cochon (flo-care tube, nutricia) au cours des pancréatites aiguës: Résultats d'un essai de faisabilité.* , 29(2 Supplement), 433–434. doi:10.1007/bf03019336
7. [Mohammed Al-Omran<sup>1</sup>, Zaina H Albalawi, Mariam F Tashkandi, Lubna A Al-Ansary](#), Enteral versus parenteral nutrition for acute pancreatitis. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Jan 20;2010(1):CD002837. doi: 10.1002/14651858.CD002837.pub2.
8. Benya, R; Langer, S; Mobarhan, S (1990). *Flexible nasogastric feeding tube tip malposition immediately after placement*. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 14(1), 108–109. doi:10.1177/0148607190014001108
9. <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/abdig.pdf>
10. [https://www.sfnmc.org/images/stories/pdf\\_NCM/NCM\\_posesonde\\_20\\_04.pdf](https://www.sfnmc.org/images/stories/pdf_NCM/NCM_posesonde_20_04.pdf)
11. [https://www.sfnmc.org/images/stories/pdf\\_NCM/NCM8-la-gastrostomiequelle-technique-pour-quel-patient.pdf](https://www.sfnmc.org/images/stories/pdf_NCM/NCM8-la-gastrostomiequelle-technique-pour-quel-patient.pdf)
12. [https://pharmacie.hug.ch/infomedic/utilismedic/sonde\\_obstruction.pdf](https://pharmacie.hug.ch/infomedic/utilismedic/sonde_obstruction.pdf)
13. <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/abdig.pdf>

# Que faire chez un patient qui arrache sa sonde?

Méthode « Pink Tape » (HAS 2000)



Ne pas laisser la sonde pendre au bout du nez

Faire 1 ou 2 autres points de fixation : joue, cou après passage derrière l'oreille (à adapter au patient)

# Conduite à tenir :

- Balance bénéfices / risques
- Rediscuter avec le patient (intérêts, objectifs, négociation...)
- Autre voie d'abord ?

