

Épidémie virale Covid 19

Fiche pratique à destination des soignants

Nutrition clinique en unité post-Covid 19 et SSR

Rédaction :

Yves BOIRIE
Najate ACHAMRAH
Laurence DUSSAULX
Léa LUCAS-MARTINI

Relecture :

Jean-Philippe DURAND
Nathalie LE MOULLEC
Clément RAPP

1

À l'entrée

- Allergie alimentaire ?
- EPA, Trouble de la déglutition, anosmie, agueusie ?
- IMC - Perte de poids - Fonction musculaire
- AOMI - Œdème des lombes

Pas de dénutrition

- Pas de perte de poids **ET**
- Consomme tout ses plateaux

Alimentation HP/HC

2

Biologie

NFS - iono - **Phosphore** - Mag - Folates - **alb**
- **préalb** - CRP - Vit. D - BHC - créat

Dénutrition modérée

- Perte de poids de 5 à 10 % **OU/ET**
- IMC entre 17 et 18,5 si **< 70 ans** **OU/ET**
- IMC entre 18 et 21 si **> 70 ans** **OU/ET**
- Consomme 1/2 à 3/4 des plateaux **OU/ET**
- Albuminémie entre 30 et 35 g/L

**Alimentation HP/HC +/- fractionnée
+ 2 CNO/jour entre les repas**

3

Surveillance alimentaire

- De la consommation de chaque plateau
- Attention patients sous O₂ tolérance respiratoire

Dénutrition sévère

- Perte de poids > 10 % **OU/ET**
- IMC < 18 si **< 70 ans** **ou**
- IMC < 18 si **> 70 ans** **OU/ET**
- Consomme < 1/2 des plateaux **OU/ET**
- Albuminémie < 30 g/L

**Nutrition entérale progressive
Si difficulté : alimentation HP/HC
fractionnée + 3 CNO/jour**

Attention au risque de syndrome de renutrition inappropriée (SRI) avec nutrition

1. Contexte

L'infection respiratoire au Covid 19 est une infection particulièrement inflammatoire avec un hypercatabolisme protéique, une immobilisation et une augmentation de la dépense énergétique liée au travail ventilatoire. Cela génère une fonte musculaire rapide. Les **besoins caloriques et protéiques sont accrus**.

La dénutrition devra avant tout être activement recherchée chez tous les patients et plus spécifiquement chez les patients :

- âgés de + 70 ans
- et/ou porteurs d'une maladie chronique/polypathologique
- et/ou ayant séjourné en réanimation ou hospitalisé depuis plus de 3 semaines

2. Évaluation nutritionnelle post-Covid

■ 2.1. Les critères phénotypiques doivent être recueillis à l'entrée du patient :

→ **Poids et Taille pour le calcul de l'IMC** (< 18,5 kg/m² chez l'adulte, < 21 kg/m² après 70 ans)

Prendre en compte l'obésité sarcopénique. Un IMC > 30 kg/m² ne protège pas de la dénutrition mais est un facteur participant à l'aggravation des comorbidités et à une surmortalité globale en situation chronique.

→ **Perte de poids récente** (> 5 ou 10 % par rapport au poids antérieur)

→ **Perte de quantité ou de fonction musculaire** (sarcopénie)

Il faut privilégier les tests n'exposant pas le soignant à un risque dans la phase excrétrice.

De J8 à J21 : préférer le Time Up and Go test ou Hand Grip si disponible (désinfection indispensable entre chaque patient)

Après J21 : évaluation par l'examen clinique (sarcopénie, chute, syndrome post réa...)/les tests habituels (Hand Grip, Time Up and Go test, vitesse de marche)

→ **Le critère étiologique** est toujours présent dans ce contexte : maladie Covid 19

■ 2.2. Évaluation de la prise alimentaire

Dès l'admission du patient, une estimation des ingesta par l'échelle d'Evaluation des Prises Alimentaires (EPA).

Pas d'évaluation bucco-dentaire en phase excrétrice.

Par la suite recherche d'agueusie, d'anosmie, de mycoses ou de problème d'appareillage dentaire.

■ 2.3. Critères biologiques :

Recherche d'une hypoalbuminémie après 70 ans.

Une correction rapide de l'hypoalbuminémie (majorer par le syndrome inflammatoire) ne doit pas faussement rassurer sur l'état nutritionnel du patient.

3. PEC nutritionnelle

■ 2.1. Les critères phénotypiques doivent être recueillis à l'entrée du patient :

→ Évaluation de la prise en charge nutritionnelle

Relevés des ingesta quotidiens et aide au repas. Faciliter apports en adaptant la texture aux symptômes spécifique du Covid 19 : gêne respiratoire, anosmie, agueusie, stress, dépression.

Surveillance pondérale 1 fois/semaine.

→ Fixer les **apports énergétiques totaux** :

Les **objectifs quotidiens d'apports énergétiques totaux** peuvent être estimés à 30-35 kcal/kg poids actuel/jour et 1,3 à 1,8 g/kg poids actuel/j de **protéines**. Ces objectifs seront atteints progressivement en 48-72h selon la tolérance voire plus progressivement si le patient est à risque de SRI. Une supplémentation en **vitamine D** est fortement conseillée. Il peut être discuté une complémentation en supplémentation poly-vitaminée en systématique.

NB : en cas d'obésité, les objectifs pourront être évalués à partir du poids ajusté.

Poids ajusté = (Poids idéal théorique : $0,9 \times (\text{Taille (cm)} - 100 (\text{Homme})) (- 106 [\text{Femme}]) + \frac{1}{4} \times (\text{poids actuel} - \text{poids idéal théorique}))$

La nutrition entérale en site gastrique doit être réalisée dans toute la mesure du possible à l'aide d'une pompe avec régulateur de débit. En cas de pénurie de pompes, il est nécessaire de les réserver prioritairement à la réanimation. La nutrition entérale sera alors possible par gravité, en adaptant la surveillance infirmière pendant l'administration. Afin de maximiser la tolérance il est conseillé une nutrition entérale nocturne à petit débit (50mL/H) sans dépasser 120 mL/H.

Certains patients développent une entéropathie exsudative. Le choix du produit doit tenir compte de ces symptômes (semi-élémentaire, gomme de guar, fibre).

L'oxygène-dépendance n'est pas une contre-indication à la nutrition entérale.

→ Renforcement musculaire

Une **mobilisation au lit ou dans la chambre** sera encouragée pour préserver la fonction musculaire et limiter la rigidité ostéoarticulaire associée. Elle sera adaptée aux capacités d'autonomie du patient, dans un contexte de limitation de disponibilité et d'accès des intervenants spécialisés (kinésithérapeutes, APA) pour les soins respiratoires prioritaires. La mobilisation sera intensifiée dès que l'amélioration clinique le permettra. Proposer au patient autonome du matériel individuel (ex. : haltères, élastiques...) qui restera en chambre.

→ Soutien psychologique

Il devra être proposé systématiquement dans ce contexte. Les patients post-Covid19 (en particulier les formes graves avec pronostic vital engagé) sont soumis à un **état de stress aigu** et risque de développer un syndrome de stress post-traumatique.

Selon tolérance de l'insuffisance respiratoire introduction de benzodiazépine de ½ vie courte voire anti-dépresseur orexigène (MIANSERINE/ MIRTAZAPINE).

→ Organisation du retour à domicile (avec ou sans nutrition entérale)

Il existe des sites internet que le patient peut utiliser pour **continuer sa rééducation nutritionnelle diététique et en activité physique** en suivant les recommandations officielles. Chaque établissement pourra les adapter, les améliorer en fonction de ses réseaux et des parcours de soin loco-régionaux.

AU NIVEAU DIÉTÉTIQUE

Voici des exemples de sites :

- www.manger-bouger.fr
- www.vite-fait-bienfaits.fr (site avec recettes, trucs et astuces pour patients ayant des effets secondaires des chimiothérapies)

AU NIVEAU DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Voici des exemples de sites qui donnent des cours gratuits d'activité physique en ligne :

- www.educationparlesport.com
- www.goove.app/free-access/themes