
RFE nutrition

SFAR – SRLF – SFNEP

Présentation préliminaire
JFN Reims 9.12.2011

Clinical Practice Guidelines for Nutrition Support

What can I do with these Clinical Practice Guidelines?

1- You can compare your current practice to these guidelines to illuminate any gaps there maybe between what is done and what the best nutrition support practice should be.

2- You can proceed to the next step of implementing these guidelines in your institution.

Influence of the Canadian algorithm on nutritional support

Martin CMAJ 2004;170:197

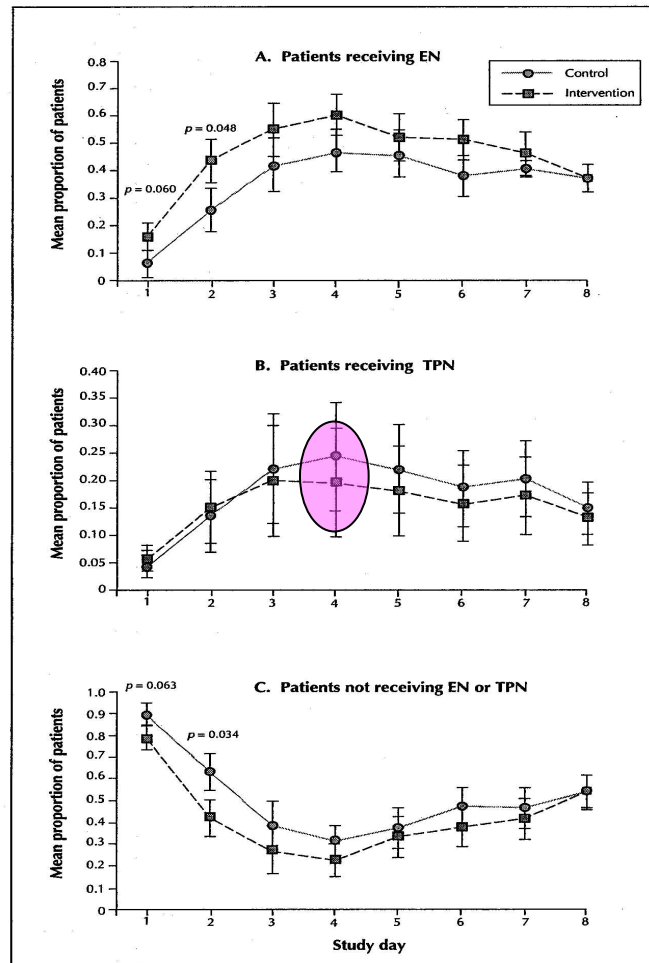


Fig. 3: Cluster-specific mean proportions, and 95% confidence intervals, of patients receiving nutritional support in the appropriately randomized control and intervention hospitals on each study day. Day 1 is the day of ICU admission. The p values were obtained from a t test of cluster-specific means.

Influence of the Canadian algorithm on nutritional support

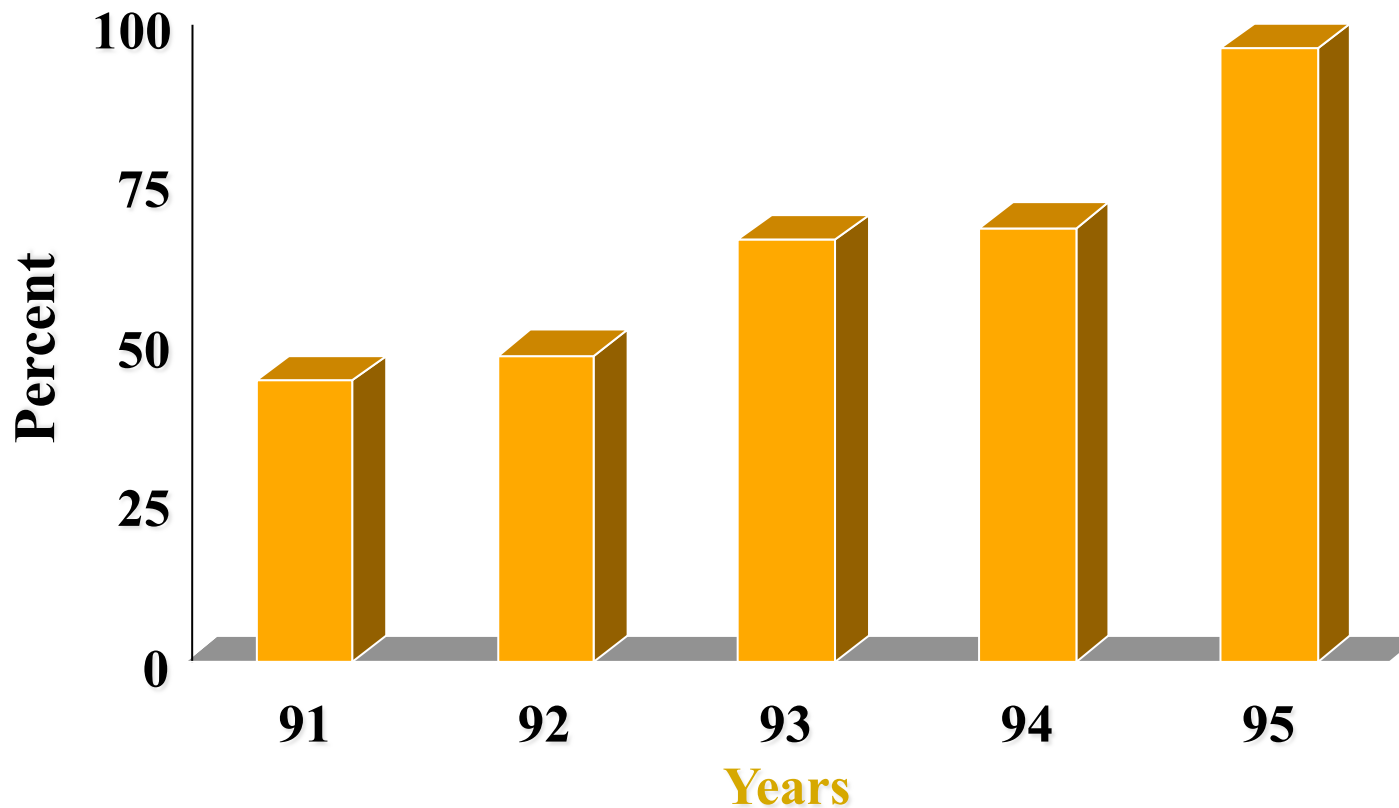
Martin CMAJ 2004;170:197

Table 4: Primary outcomes in the randomized phase

Outcome	Appropriately randomized hospitals						All 14 hospitals; actual values		
	Actual values		<i>p</i> value	Design effect*		<i>p</i> value	Control	Intervention	<i>p</i> value
	Control	Intervention		C_1	C_2				
Hospital mortality rate, %	37	27	0.058	1.79	1.65	37	24	0.047	
Mean hospital stay, d	35	25	0.003	20.33	63.29	34.3	25.4	0.006	
Mean ICU stay, d	11.8	10.9	0.7	9.16	86.63	11.7	10.8	0.65	

*The design effect is the ratio of the total number of subjects required with cluster randomization to the number required with simple randomization. For example, if 100 patients were required per group to obtain statistical significance in a mortality-rate difference in a simple randomized trial, 179 and 165 patients per group would be required in a cluster-randomized trial. The design effects for hospital and ICU stay were obtained with the method of Rao and Scott²² for the appropriately randomized hospitals.

University of Kentucky Nutritional Support Service Acceptance of Recommendations by Physicians



Tsuei, Ochoa et al. Nutri Clin Pract 18:253-8, 2003

CHAMP 4 : Stratégie générale du support nutritionnel (J. Reignier, J.C. Melchior, M. Hasselman, B Raynard, J Berre)

■ *Qui?*

4.1 Il faut administrer, dans les 24 premières heures, un support nutritionnel aux patients dénutris ou jugés incapables de s'alimenter suffisamment dans les 3 jours après l'admission.

CHAMP 4 : Stratégie générale du support nutritionnel

■ *Par quelle voie?*

4.2 Il faut utiliser la nutrition entérale plutôt que la nutrition parentérale, en l'absence de contre-indication formelle.

CHAMP 4 : Stratégie générale du support nutritionnel

■ *Par quelle voie?*

4.4 Il ne faut pas instaurer une nutrition parentérale complémentaire au cours des 48 premières heures.

4.5 Il faut instaurer une nutrition parentérale de complément lorsque la nutrition entérale n'atteint pas la cible calorique choisie au-delà de la première semaine de séjour en réanimation.

CHAMP 4 : Stratégie générale du support nutritionnel

■ *Combien?*

4.6 En cas d'utilisation de la calorimétrie indirecte, il ne faut probablement pas dépasser la dépense énergétique mesurée.

CHAMP 4 : Stratégie générale du support nutritionnel

■ *Aspects éthiques*

4.9 En cas de limitation ou arrêt des thérapeutiques, il faut discuter de l'opportunité du support nutritionnel.

CHAMP 5 : Compléments oraux (I Perlot, R Thibault)

5.1 Il ne faut pas utiliser les Compléments Nutritionnels Oraux (CNO) lorsque l'alimentation orale est insuffisante, sauf dans le cadre de la rééducation à la déglutition.

CHAMP 6 : Nutrition entérale (A Dive, M Genestal, C Heidegger, Y Malledant)

6.7 Il faut installer le patient en position semi-assise ($> 30^\circ$) pendant la nutrition entérale

CHAMP 6 : Nutrition entérale

6.9 Il faut instituer un protocole multidisciplinaire pour la nutrition entérale.

CHAMP 6 : Nutrition entérale

6.11 Il faut utiliser des mélanges polymériques pour débuter une nutrition entérale.

CHAMP 6 : Nutrition entérale

6.15 Il faut administrer le mélange nutritif entéral de manière continue 24h/24 à l'aide d'une pompe.

CHAMP 9.7 : Dénutri sévère - syndrome de renutrition (JC Melchior - JM Constantin)

9.7.1. En cas de dénutrition sévère et/ou de jeûne prolongé (+ d'1 semaine), il faut probablement débuter la nutrition artificielle avec un apport calorique de 10 kcal/kg/j, puis augmenter progressivement selon la tolérance du patient

CHAMP 9.7 : Dénutri sévère - syndrome de renutrition (JC Melchior - JM Constantin)

9.7.2. Il faut supplémenter systématiquement en vitamines (B surtout), éléments traces et phosphore

9.7.3. Il faut doser la phosphatémie au moins 1 fois par jour; il faut suspecter un syndrome de renutrition s'il apparaît une hypophosphatémie et stopper temporairement l'alimentation

CHAMP 9.8 : Brûlés (M Berger, AF Rousseau, MR Losser, E Bourgeois)

1. Il faut au minimum déterminer les besoins énergétiques avec la formule de Toronto (sous- ou surestimation avec les autres)

-4343 + (10.5 x % burn surface area) + (0.23 x caloric intake) + (0.84 x Harris-Benedict equation) + (114 x body temperature) - (4.5 x postburn days)

CHAMP 9.8 : Brûlés (suite)

2. Il faut utiliser des mesures non nutritionnelles pour atténuer l'hypermétabolisme (Température ambiante, excision précoce, β bloquants) et l'hypercatabolisme (oxandrolone)

CHAMP 9.8 : Brûlés (suite)

3. Il faut privilégier la nutrition entérale immédiate

CHAMP 9.8 : Brûlés (suite)

4. Il faut probablement situer les besoins protéiques aux alentours de 1,5 à 2 g/kg

CHAMP 9.8 : Brûlés (suite)

5. Il faut probablement supplémenter en glutamine ou en alpha-cétoglutarate d'ornithine

6. Il ne faut probablement pas supplémenter en arginine

RFE nutrition

SFAR – SRLF – SFNEP

Suite au prochain numéro...