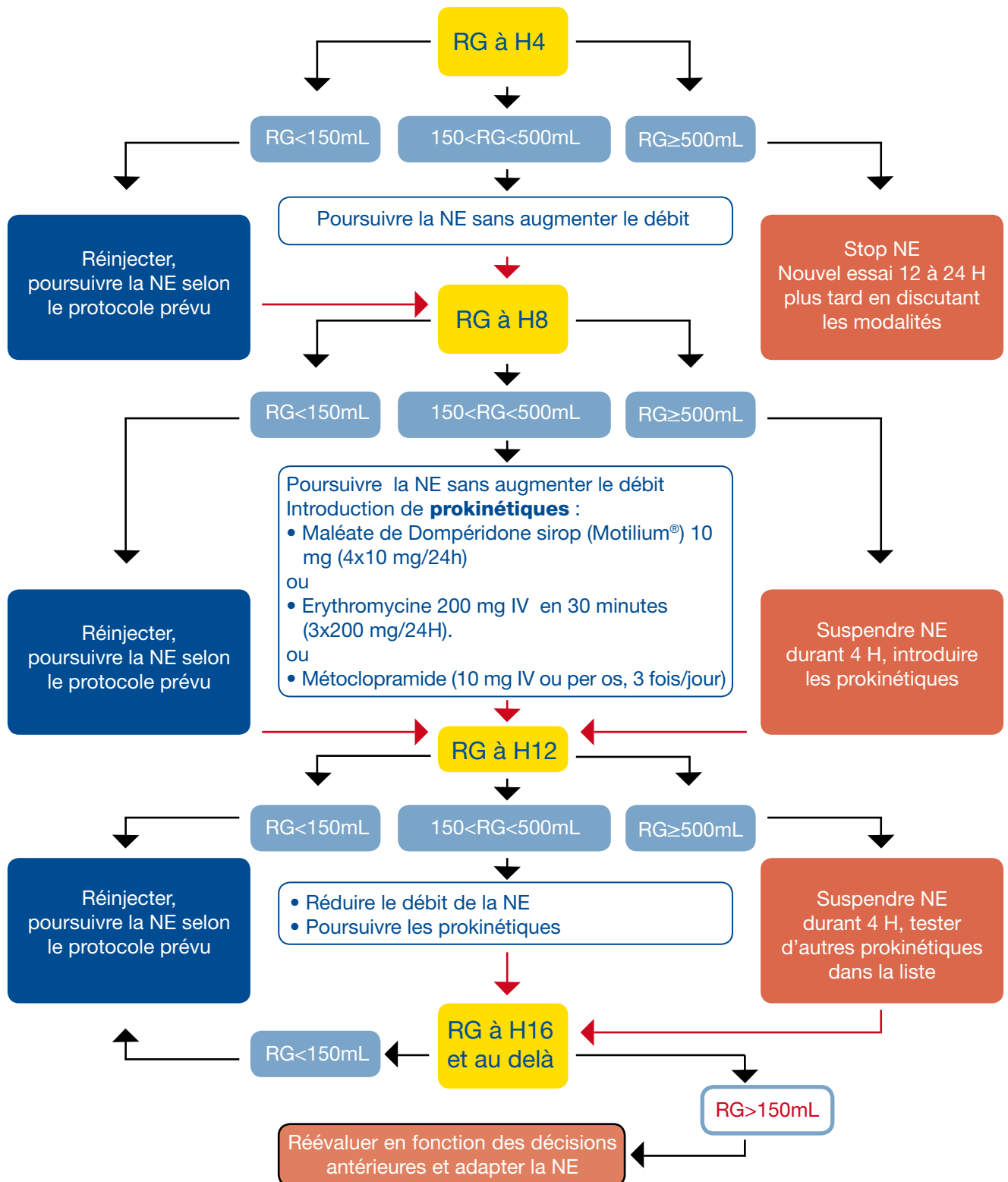


Suivi du résidu gastrique lors de l'introduction de la nutrition entérale à débit continu chez l'adulte

1. S'assurer que la bonne position de la sonde naso-gastrique a bien été vérifiée radiologiquement.
2. Installer le patient en position demi-assise (au moins 30 °) si son état hémodynamique le permet
3. Aspirer le résidu gastrique (RG) avec une seringue de 50 mL à embout conique :
 - Avant de débiter la nutrition entérale (NE)
 - Puis toutes les 4 heures (H) de J1 à J5
 - Puis toutes les 12 heures
 - La surveillance n'est plus utile chez un patient stabilisé chez lequel la cible nutritionnelle est atteinte.



L'intolérance digestive haute est une complication fréquente de la nutrition entérale en réanimation. Le diabète et la sédation-analgésie par morphiniques sont des facteurs favorisants. Elle se manifeste par un trouble de la vidange gastrique et résulte d'une perte de la fonction motrice antro-pylorique normale. Si elle n'est pas identifiée par une surveillance particulière, elle aboutit à une distension gastrique puis à un vomissement ou une régurgitation pharyngée.

Le risque majeur est l'inhalation du contenu gastrique avec possibilité de pneumopathie « chimique » type Mendelson ou infectieuse secondaire type pneumonie nosocomiale. Le plus souvent, l'intolérance digestive haute conduit l'équipe soignante à suspendre ou interrompre la nutrition entérale ce qui peut engendrer un déficit protéino-énergétique. La mesure du résidu gastrique a pour but d'améliorer la mise en œuvre et la tolérance de la nutrition entérale en adaptant son débit et en intervenant pharmacologiquement sur la motricité antro-pylorique.

▣ Définition

Le résidu gastrique (RG) représente la quantité de liquide restant dans l'estomac d'un patient soumis à une nutrition entérale à débit continu. Le seuil critique permettant de dire qu'il y a intolérance digestive haute n'est actuellement pas connu, mais 150 mL semble être une valeur consensuelle.

▣ Fréquence

La mesure du RG est une prescription médicale, elle peut faire l'objet d'un protocole de soins applicable dans une unité de soins ; à défaut l'infirmier(e) doit veiller à ce que cette prescription soit faite lors de l'introduction d'une nutrition entérale

▣ Que faire du résidu aspiré ?

Il peut être réinjecté s'il est < à 150 mL (selon prescription ou protocole de l'unité).
Il faut noter sur la feuille de surveillance les volumes de RG qui n'ont pas été réinjectés afin de pouvoir comptabiliser les apports réellement délivrés.

Interprétation :

La tolérance digestive est appréciée en fonction de l'évolution des RG au cours du temps. En cas d'intolérance gastrique, le traitement n'est pas l'arrêt systématique de la nutrition entérale, mais une adaptation de celle-ci (notamment du débit) par le prescripteur et l'utilisation éventuelle de prokinétiques.

L'arbre décisionnel au dos est proposé pour permettre au médecin d'orienter ses décisions à chaque étape ; celles-ci doivent toujours résulter d'une évaluation globale, associant à la mesure du RG la prise en compte du terrain et de la pathologie du patient, ainsi que l'examen clinique abdominal. L'infirmier(e) doit signaler au médecin toute anomalie observée à l'occasion de la mesure du RG (par exemple présence de liquide gastrique dans la cavité pharyngée, plaintes du patient à type de douleur épigastrique ou thoracique, de nausées, de sensation d'oppression basithoracique).

Comité Educationnel et de Pratique Clinique de la SFNEP. <http://www.sfnep.org>