

Alimentation entérale à privilégier+++

Voie d'abord digestive

- Sonde gastrique : oro gastrique si intubé (évite les sinusites, les PAVM), nasogastrique si trachéotomisé ou extubé
- Sonde naso jéjunale en cas d'obstacle gastrique ou duodénal
- GPE : Gastrostomie per cutanée endoscopique ou radiologique en cas d'alimentation prolongée ou d'obstacle ORL ou œsophagien
- Jéjunostomie d'alimentation chirurgicale : en cas d'alimentation prolongée ou d'obstacle œsophagien, gastrique ou duodénale

Risques

- Déséquilibre glycémique
- Diarrhées : passer à des fibres
- Intolérance digestive : baisser débit
- Ascension isolée de l'urée si trop d'apport protidique
- Syndrome de renutrition inappropriée

Chaque jour se demander « Le patient a-t-il les apports nutritionnels adéquats? »

Alimentation parentérale

Si entérale non possible, ou en complément

Voie d'abord IV

- Périphérique : VVP, midline : alimentation avec osmolarité plus faible
- Centrale : KTC, PAC, Piccline alimentation avec osmolarité plus élevée

Risques

- Cholestase
- Troubles ioniques : hypoNa, déficit B₁ B₆ : supplémentation vitaminique systématique en Decan® Cernevit®
- Infection de voie d'abord
- Translocation digestive si tube digestif au repos
- Déséquilibre glycémique
- Syndrome de renutrition inappropriée

Apports nutritionnels

Besoins caloriques

- **Théoriques** (poids idéal si obésité)
 - PHASE 1 agression J1-J4 : 20-25 kcal/ kg/j
 - PHASE 2 rétablissement >J4: 25-30 kcal/ kg/ j
 - PHASE 3 rétablissement et dénutrition acquise: 30-35 kcal/ kg/j
 - Si **dénutrition sévère** : commencer à **10 kcal/ kg/j** 4 jours puis augmenter de 5 kcal/kg/jr
- **Dépense énergétique de base (DEB)** selon la consommation de CO₂ : VCO₂ sur le respirateur **DEB (Kcal/j) = VCO₂ (ml / mn) x 8**

Besoins protidiques 1,2 à 2 g / kg / j (2,5 si EER)

Besoins glucidiques 3 à 5 g / kg / j

Besoins lipidiques 1 g / kg / j