



Volume résiduel gastrique – Surveillance et gestion

Aperçu des recommandations en soins critiques relatives à la nutrition entérale (NE) et au recours à la surveillance et à la gestion du volume résiduel gastrique (VRG) comme élément essentiel des soins aux patients avec une NE pour contribuer à prévenir les complications.

Dénutrition chez les patients sévères et recours à la nutrition entérale ou parentérale

La dénutrition liée à la maladie est fréquemment rencontrée chez les patients hospitalisés. Chez les patients sévères, notamment, l'alimentation orale peut ne pas permettre d'atteindre les objectifs nutritionnels. La maladie, les nausées, les vomissements, les difficultés à avaler et la satiété précoce peuvent en être à l'origine. Chez les patients sévères, la ventilation mécanique, une chirurgie gastro-intestinale ou des troubles de conscience peuvent affecter les apports oraux (Yasuda et al. 2019).

Chez ces patients, la nutrition entérale (NE) ou parentérale (NP) peut être utilisée pour compléter l'apport nutritionnel. **Les recommandations en soins critiques recommandent la NE plutôt que la NP chez les patients hospitalisés qui nécessitent un traitement nutritionnel qui ne peut être réalisé par voie orale, sauf dans les cas où la NE est contre-indiquée.** La NE constitue, généralement, une approche sans risque et bien tolérée chez les patients dont la fonction gastro-intestinale (GI) est normale.

Trouble gastro-intestinal et volume résiduel gastrique

Un trouble gastro-intestinal peut représenter un obstacle à la NE. Une intolérance alimentaire est un indicateur important de trouble gastro-intestinal et est provoquée par un retard de la vidange gastrique. **Dans la pratique clinique, la vidange gastrique est évaluée en mesurant le volume résiduel gastrique (VRG)**, c'est-à-dire la quantité de liquide dans l'estomac après la NE. Le VRG est mesuré par aspiration à l'aide d'une seringue ou d'un drainage par gravité dans un réservoir (Elke et al. 2015).

La gestion et la surveillance du VRG sont des éléments essentiels des soins aux patients sous NE et peuvent contribuer à prévenir les complications. L'VRG peut permettre aux médecins d'identifier plus précocement les patients présentant un retard de la vidange gastrique afin d'adapter la prise en charge afin de réduire au maximum les effets de l'intolérance alimentaire. Conformément aux directives de 2016 de la SCCM/ASPEN (McClave et al. 2016), il convient de surveiller la tolérance de la NE chez les patients et d'éviter tout arrêt non justifié de la NE. Le maintien de la NE avec un VRG < 500 ml en l'absence d'autres signes d'intolérance doit être évité. De plus, la durée de l'arrêt de l'alimentation avant, pendant et immédiatement après les procé-

Un trouble gastro-intestinal peut représenter un obstacle à la nutrition entérale.

La vidange gastrique s'évalue en mesurant le volume résiduel gastrique (VRG).

La gestion et la surveillance du VRG sont des éléments essentiels des soins aux patients en NE.

dures ou les tests de diagnostic doit être réduite au maximum afin de ne pas compromettre les apports nutritionnels et de longues périodes d'iléus. L'iléus peut être prolongé par l'arrêt de l'alimentation (ICU Enteral Feeding Guidelines 2012).

La valeur seuil du VRG normal a été proposée à 200 ml pour l'alimentation nasogastrique (McClave et al. 1992). Tandis que cette recommandation est utilisée en pratique clinique, **la limite normale du VRG chez les patients sévères traités par NE varie encore d'une unité de soins intensifs à une autre. Dans la littérature, les valeurs sont comprises entre 50 ml et 500 ml (Montejo et al. 2010). L'étude REGANE a démontré que l'augmentation de la valeur seuil du VRG, en passant de 200 à 500 ml, n'augmentait pas les pneumopathies (Montejo et al. 2010), tandis que les conclusions de l'essai clinique NUTRIREAL ont démontré que le choix d'une surveillance non systématique du VRG n'augmentait pas les pneumopathies (Reignier et al. 2013). Ces deux études incluaient des patients de soins intensifs. Dans une autre étude, Chapman et al. (2009) ont démontré qu'un VRG sur 24 heures supérieur à 250 ml prédisait un ralentissement de la vidange gastrique, mais la sensibilité et la valeur prédictive négative était faible.**

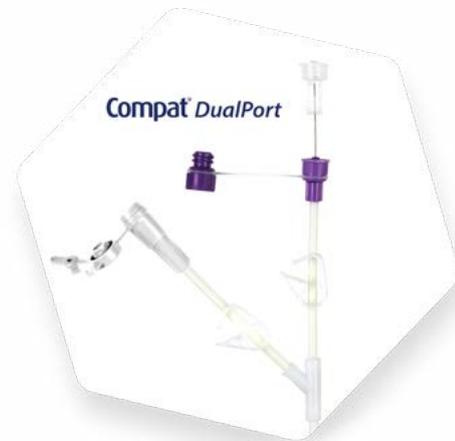
Globalement, dans le monde, les unités de soins intensifs poursuivent la surveillance du VRG à des fréquences variables, allant de 4 heures à toutes les 24 heures. Les directives européennes recommandent de différer la NE si le VRG est supérieur à 500 ml/6 h et d'autres directives internationales recommandent également de surveiller le VRG chez les patients présentant une intolérance alimentaire et/ou un risque d'inhalation (Yasuda et al 2019).

Dispositifs médicaux d'abord entéral conçus pour faciliter la gestion du VRG

Deux produits Compat® sont spécialement conçus pour faciliter la gestion du VRG chez les patients sévères.

Compat® DualPort : sonde nasogastrique à double voie et lumière simple.

Ce dispositif est conçu pour aider à simplifier la vidange gastrique et l'alimentation par sonde entérale grâce à l'utilisation d'une seule sonde pour les deux soins. Il est compatible avec la plupart des dispositifs de drainage/aspiration et est conçu pour permettre au liquide de s'écouler. Sa conception en Y et les clamps facilitent les manipulations de la sonde et limitent le risque de fuites.



Découvrez comment utiliser Compat® DualPort pour la nutrition et le drainage gastriques en regardant la vidéo.

Regarder la vidéo



Compat® Modum : accessoire pour l'aspiration et la mesure des résidus gastriques en circuit fermé.

Ce dispositif est conçu pour faciliter la gestion du VRG car il permet l'aspiration en circuit fermé des résidus gastriques dans une poche de collecte, réduisant l'exposition aux fluides gastriques et le risque de contamination.

Il est compatible avec la plupart des sondes entérales, des seringues et des dispositifs de drainage/aspiration.



Regardez cette vidéo pour découvrir comment utiliser Compat® Modum pour l'aspiration et la mesure du VRG.

Regarder la vidéo





Références

1. Chapman MJ, Fraser RJ, Matthews G et al. (2009) Glucose absorption and gastric emptying in critical illness. Crit Care. 13(4):R140.
2. Gastric Residual Volume – Monitoring and Management. ICU Management & Practice, 22(2):76-77. <https://iii.hm/1ey5>
3. Elke G, Felbinger TW, Heyland DK (2015) Gastric residual volume in critically ill patients: a dead marker or still alive?. Nutrition in Clinical Practice. 30(1):59-71.
4. ICU enteral feeding guidelines. (2012) Available from <http://www.surgicalcriticalcare.net/Guidelines/feeding%20algorithm.pdf>
5. McClave SA, Taylor BE, Martindale RG et al. (2016) Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). JPEN J Parenter Enteral Nutr. 40(2):159-211.
6. McClave SA, Snider HL, Lowen CC et al. (1992) Use of residual volume as a marker for enteral feeding intolerance: Prospective blinded comparison with physical examination and radiographic findings. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 16:99-105.
7. Montejo JC, Miñambres E, Bordejé L et al. (2010) Gastric residual volume during enteral nutrition in ICU patients: the REGANE study. Intensive Care Med 36, 1386-1393.
8. Reignier J, Mercier E, Le Gouge A et al. (2013) Effect of Not Monitoring Residual Gastric Volume on Risk of Ventilator-Associated Pneumonia in Adults Receiving Mechanical Ventilation and Early Enteral Feeding: A Randomized Controlled Trial. JAMA. 309(3):249-256.
9. Yasuda H, Kondo N, Yamamoto R et al. (2019) Monitoring of gastric residual volume during enteral nutrition. Cochrane Database Syst Rev. 14;2019(5):CD013335.

