

Question 5 relative à la prise en charge

Quand privilégier l'alimentation par sonde nasogastrique ou la nutrition parentérale totale dans les centres de traitement Ebola (CTE) ?

Utilisation de la sonde nasogastrique dans les CTE

L'alimentation par l'intermédiaire d'une sonde nasogastrique est recommandée lorsqu'un patient est trop faible pour se nourrir et boire par voie orale ou qu'il présente de grandes difficultés à déglutir. Soigner des patients atteints de la MVE pose des risques et des contraintes uniques. L'utilisation d'une sonde nasogastrique dans les CTE a donc été grandement débattue, et les politiques et pratiques en la matière varient d'un centre à l'autre.

Lorsque l'utilisation d'une sonde nasogastrique présente des avantages pour le patient et qu'il la tolère, vous pouvez envisager d'y recourir. Tous les facteurs connexes, y compris le contexte, la capacité et la disponibilité du personnel et l'état du patient, doivent être pris en compte dans l'évaluation des risques au regard des avantages. Les risques pour les patients et le personnel doivent être pris en compte.

ARGUMENTS EN FAVEUR ET CONTRE L'UTILISATION DE SONDES NASOGASTRIQUES DANS LES CTE

Arguments contre l'utilisation des sondes nasogastriques¹⁻³ :

- Il est difficile de vérifier le bon positionnement de la sonde dans la zone à haut risque.
 - Les membres du personnel ne pourront pas contrôler régulièrement le bon positionnement de la sonde, car le temps dont ils disposent est limité.
 - De nombreux CTE ne disposent pas de personnel suffisamment qualifié pour placer et contrôler les sondes.
- Les patients dont la gorge est irritée se plaignent des douleurs provoquées par la sonde.
- Certains patients refusent toute insertion et fixation de la sonde (et/ou sont désorientés) ; ils risquent de déchirer les équipements de protection du personnel lors de la pose de la sonde et de diffuser le virus lors de son retrait.
- Les patients gravement malades qui saignent et/ou vomissent peuvent souffrir lors de la pose de la sonde.

Arguments en faveur de l'utilisation des sondes nasogastriques :

- L'alimentation par sonde nasogastrique offre les avantages de l'alimentation entérale et élimine les risques liés à l'insertion d'un cathéter intraveineux⁴.
- Les sondes nasogastriques permettent d'administrer des produits nutritionnels plus complets que ceux proposés par intraveineuse.

1 PC5. Quand privilégier l'alimentation par sonde nasogastrique ou la nutrition parentérale totale dans les centres de traitement Ebola ?

Dans les cas où la pose d'une sonde nasogastrique est envisagée, il convient de respecter certaines conditions afin de garantir l'alimentation et l'hydratation sûres et efficaces des patients atteints de la MVE.

Conditions d'utilisation des sondes nasogastriques dans les CTE^{2, 4-6}

- Le patient donne son consentement et tolère la sonde.
- Le CTE est équipé de tout le matériel nécessaire (sondes de taille adéquate, produits à administrer par voie entérale, papier pH, stéthoscopes, etc.).
- Le CTE dispose du personnel qualifié et expérimenté nécessaire.
- Le CTE a instauré une procédure relative au placement de la sonde. Il est recommandé de tester le pH de l'aspirat gastrique à l'aide de bandelettes ou de papier pH (procéder également à des vérifications au moyen d'un stéthoscope).

La décision de poser une sonde nasogastrique doit être prise en concertation avec le patient (dans la mesure du possible) et différents membres de l'équipe médicale ou paramédicale (personnel médical, personnel infirmier, nutritionnistes, etc.).

Informations complémentaires concernant l'utilisation des sondes : Les sondes nasogastriques sont également utilisées dans les CTE à des fins d'hydratation ou de réhydratation, ainsi que pour administrer de l'eau et/ou une solution de réhydratation orale lorsque le patient ne peut s'hydrater par voie orale et lorsqu'il n'est pas possible ou difficile de passer par une voie vasculaire⁷. La décision de placer une sonde à cette fin doit être prise conformément aux recommandations et protocoles médicaux (plutôt que des protocoles nutritionnels ou alimentaires).

Utilisation de sondes nasogastriques sur des enfants : Il est possible d'envisager l'utilisation d'une sonde au cas par cas pour les enfants qui ne vomissent pas et qui sont trop faibles pour manger ou boire⁷. Cependant, l'alimentation par sonde nasogastrique doit être la dernière option envisagée (après l'utilisation sans succès d'une tasse, d'une cuillère et/ou de seringues)⁸. En outre, il convient de s'assurer que l'aversion d'un enfant pour un aliment spécifique n'est pas interprétée comme un manque d'appétit.

Utilisation de la nutrition parentérale totale (NPT) dans les CTE

Lors de précédentes épidémies, la nutrition parentérale totale n'a été utilisée pour le traitement de la MVE que dans les contextes riches en ressources : certaines études de cas mentionnent la nutrition parentérale totale⁹⁻¹¹, mais elles restent généralement vagues et n'apportent pas de preuves concluantes de l'effet bénéfique de la nutrition parentérale totale sur l'état du patient.

La nutrition parentérale totale présente des coûts élevés. En effet, elle requiert un équipement et des produits nutritionnels spécifiques, la possibilité d'effectuer de nombreux tests de laboratoire et un suivi très rigoureux de la part du personnel clinique⁹.

2 PC5. Quand privilégier l'alimentation par sonde nasogastrique ou la nutrition parentérale totale dans les centres de traitement Ebola ?

En outre, dans les contextes aux ressources limitées, le risque d'infections nosocomiales, y compris les infections fongiques pour lesquelles les capacités de diagnostic en laboratoire peuvent être limitées et les antifongiques nécessaires peuvent ne pas être disponibles, suscite des inquiétudes. D'autres complications ont été signalées dans le cadre d'une utilisation plus générale, notamment une surcharge hydrique et une déshydratation, des déséquilibres électrolytiques et un syndrome de renutrition inappropriée¹².

Les avantages potentiels de la nutrition parentérale totale devraient être clairement supérieurs aux risques et aux coûts qui lui sont associés, or ce n'est souvent pas le cas. L'utilisation de la nutrition parentérale totale est donc déconseillée dans les CTE dans les contextes aux ressources limitées.

Références

1. Organisation mondiale de la Santé, Programme alimentaire mondial, Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF). *Lignes directrices provisoires : Prise en charge nutritionnelle des enfants et des adultes atteints de maladie à virus Ebola dans les centres de traitement*. Organisation mondiale de la Santé, 2014.
2. Ministère libérien de la santé et de la protection sociale. *Guidelines on Nutritional Care and Support for EVD Patients in Treatment Units and Care Centers - A Practical Guide for Implementing Agencies Involved in the Management and Treatment of EVD in Liberia*. 2014.
3. Save the Children. *ETC Nutrition Protocol – Kerry Town Ebola Treatment Centre*. 2^e éd., 2015.
4. Comité international de la Croix-Rouge et centres opérationnels de Médecins sans frontières à Bruxelles et Genève. *Nutritional Protocol for Patients Infected with Ebola Virus Disease*. 3^e éd., 2016.
5. Ministère de la santé de la République démocratique du Congo. *Protocole de soins nutritionnels dans le contexte de la maladie à virus Ebola*. Programme national de nutrition « PRONANUT », mené avec le soutien du Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2019.
6. Organisation mondiale de la Santé. *Soins de supports optimisés pour la maladie à virus Ebola : Procédures de gestion clinique standard* Organisation mondiale de la Santé, 2019.
7. Partners in Health. *Nutritional Care for Patients at Maforki Ebola Holding and Treatment Center*. Éd. 2.2, 2015.
8. GOAL. *International Package of Tools and Protocols for Ebola Treatment Units*. 2014.
9. Johnson, D. W., Sullivan, J. N., Piquette, C. A., *et al.* « Lessons Learned: Critical Care Management of Patients With Ebola in the United States ». *Critical Care Medicine*, vol. 43, n° 6, 2015, p. 1157-1164. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000935>.
10. Kreuels, B., Wichmann, D., Emmerich, P., *et al.* « A Case of Severe Ebola Virus Infection Complicated by Gram-Negative Septicemia ». *The New England Journal of Medicine*, vol. 371, n° 25, 2014, p.2394-2401. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1411677>.
11. Uyeki, T. M., Mehta, A. K., Davey, R. T., *et al.* « Clinical Management of Ebola Virus Disease in the United States and Europe ». *The New England Journal of Medicine*, vol. 374, n° 7, 2016, p. 636-646. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1504874>.
12. Sexton, J., Campbell, H., Turner, P. et Rahman, M. « Parenteral nutrition in adults: the basics ». *The Pharmaceutical Journal*, 2009. Publié en ligne en septembre 2009.