***Lignes directrices pour l'alimentation entérale dans les cas d'interventions chirurgicales***

Préface

Les présentes lignes directrices visent à faciliter la gestion de l'alimentation entérale chez les patients gravement malades qui doivent subir une intervention chirurgicale. Bien qu'elles abordent la plupart des situations possibles, ces lignes directrices ne doivent pas se substituer au jugement clinique. Selon les circonstances, l'équipe soignante peut prendre une décision qui correspond aux meilleurs soins possible pour un patient donné.

1. Chez les patients intubés (sonde orotrachéale, sonde nasotrachéale ou canule de trachéotomie) et alimentés par sonde postpylorique ou par sonde de jéjunostomie, l'alimentation entérale devrait se poursuivre jusqu'au moment où le patient doit être transporté à la salle d'opération. L'alimentation devrait alors être interrompue pour l'intervention chirurgicale. Si on administre une perfusion d'insuline, celle-ci devrait également être interrompue.

2. Chez les patients intubés et alimentés par sonde orogastrique ou nasogastrique (de type Salem Sump), l'alimentation devrait être interrompue juste avant le transfert vers la salle d'opération et la sonde devrait être placée de façon à aspirer tout contenu gastrique résiduel avant l'intervention.

3. Chez les patients intubés et alimentés par sonde nasogastrique monolumière (Entriflex ou autre) ou par sonde de gastrotomie percutanée, l'alimentation devrait être interrompue au moment du transport à la salle d'opération et le contenu gastrique devrait être aspiré à l'aide d'une seringue (on ne devrait pas utiliser de systèmes d'aspiration encastrés avec ces sondes).

4. Chez les patients intubés qui subissent une intervention des voies respiratoires (p. ex. remplacement de la canule trachéale ou laryngectomie), l'alimentation devrait être interrompue 6 heures avant l'intervention, selon les directives de l'anesthésiste.

5. Au retour de la salle d'opération, après une chirurgie non abdominale, l'alimentation devrait être réinstaurée au même débit qu'avant l'intervention.

6. Chez les patients ayant subi une chirurgie abdominale, l'alimentation devrait habituellement être réinstaurée à un débit réduit (10 ml/h) jusqu'à ce que la tolérance soit établie. Le débit peut ensuite être ajusté selon l'algorithme d'alimentation. Dans certaines situations, l'équipe chirurgicale peut prescrire l'arrêt de l'alimentation entérale (p. ex. affection intestinale ischémique ou fistule).

7. Chez les patients non intubés et alimentés par voie orale ou par sonde, l'alimentation devrait être interrompue au moins 6 heures avant toute intervention chirurgicale non urgente. Ces patients peuvent tout de même recevoir leurs médicaments avec une petite quantité d'eau.
(*Can J Anesth/J Can Anesth* (2010) 57:58–87)