Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme



Épidémie virale Covid-19

Stratégie de prise en charge nutritionnelle à l'hôpital

avis d'experts de la SFNCM

Ronan Thibault, Didier Quilliot, Philippe Seguin, Fabienne Tamion, Stéphane Schneider, Pierre Déchelotte et le Comité Educationnel et de Pratique Clinique de la SFNCM*

*par ordre alphabétique :

Vincent Attalin, Lucie Bouchoud, Evelyne Eyraud, Vincent Fraipont, Nicolas Flori, Mouna Hanachi, Pierre Jésus, Cécile Lambe, Gilbert Zeanandin

2020

1. Contexte

L'épidémie virale causée par le nouveau Coronavirus SARS-CoV-2 est responsable de la maladie liée au Coronavirus-2019 (Covid-19). Cette épidémie impose des bouleversements dans nos organisations en établissements de santé qui ne doivent pas occulter l'importance du soin nutritionnel.
Ce document a été élaboré par la Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolisme (SFNCM) à destination des professionnels de santé travaillant en établissements de santé pour les aider à prendre en charge les patients dénutris ou à risque nutritionnel hospitalisés, en service conventionnel ou en réanimation :

- en premier lieu les patients atteints de la maladie liée au Coronavirus-2019 (Covid-19), qui est la maladie infectieuse respiratoire causée par le nouveau Coronavirus SARS-CoV-2, incluant les patients de réanimation,
- mais aussi tout autre patient hospitalisé, dont la prise en charge ne doit pas être pénalisée.

Le diagnostic nutritionnel et la prise en charge nutritionnelle précoce des patients Covid-19 doivent être intégrés dans la stratégie thérapeutique globale, comme pour toute situation aigüe d'agression métabolique.

Ce document a été élaboré dans l'urgence de la crise sanitaire par un groupe d'experts, en se basant sur les recommandations nationales et internationales disponibles dans le domaine de la dénutrition, des états d'agression métaboliques aigus et de la réanimation à la date du 23 mars 2020. Il pourra évoluer si nécessaire en fonction de connaissances nouvelles plus spécifiques sur la maladie Covid-19.

Nous espérons qu'il apportera aux professionnels de santé, surtout non spécialisés en nutrition, des repères utiles pour la prise en charge des patients hospitalisés en cette période d'épidémie et de confinement intra-hospitalier.

L'ESSENTIEL

- Le patient Covid-19 est à risque de dénutrition
- La dénutrition a une valeur pronostique péjorative et doit donc être si prévenue si possible, diagnostiquée et prise en charge précocement.
- Indice de masse corporelle (IMC) et perte de poids, critères phénotypiques de dénutrition, doivent être déterminés dès l'admission.
- La maladie Covid-19, par sa sévérité, doit être retenue comme critère étiologique pour le diagnostic de dénutrition.
- La bioimpédancemétrie et la mesure de la force musculaire par dynamométrie « handgrip » sont déconseillées chez les patients Covid-19 en raison du risque de transmission virale accru par les contacts patients; l'utilisation de la calorimétrie indirecte est également déconseillée dans ce contexte épidémique où les contraintes rendent difficile l'application parfaite des précautions d'hygiène nécessaires.
- Les protocoles de diagnostic et de traitement nutritionnel en vigueur dans l'établissement restent inchangés. Leurs modalités pratiques de mises en œuvre doivent s'adapter aux protocoles ministériels et institutionnels mis en vigueur durant la période d'épidémie et à leur évolution.
- Pour les patients nécessitant, après avis des consultants en nutrition clinique, une nutrition parentérale, il est rappelé qu'il s'agit d'un geste stérile.

2. Principes généraux : diagnostic et prise en charge de la dénutrition

Comme toute infection aiguë, Covid-19 est une maladie à haut risque de dénutrition. Les tableaux cliniques les plus sévères de Covid-19, justifiant l'hospitalisation, sont rencontrés notamment, mais non exclusivement, chez les patients porteurs d'une maladie chronique (telles qu'insuffisance d'organes, obésité de grade 3, diabète de type 2 ou cancers), âgés et/ou polypathologiques [1,2]. De plus, ces maladies masquent souvent une dénutrition protéique sous-jacente (sarcopénie). **La probabilité que le patient infecté soit déjà dénutri à l'admission en l'hospitalisation est donc élevée. La dénutrition est en règle générale un facteur de mauvais pronostic** et doit donc être activement recherchée, et ce même en l'absence de données spécifiques de la littérature concernant Covid-19 à l'heure où nous écrivons.

Pour tout patient hospitalisé, les récentes recommandations (HAS 2019) « diagnostic de la dénutrition » s'appliquent [3]. Les critères diagnostiques (phénotypiques et étiologiques) de la dénutrition et de sa sévérité sont rappelés dans le *Tableau 1*.

- **Critères phénotypiques** : un IMC bas (< 18,5 chez l'adulte, < 21 après 70 ans), une perte de poids récente (> 5 ou 10% par rapport au poids d'il y a 1 ou 6 mois), ou une perte de quantité ou fonction musculaire; dans le cas des patients Covid-19, la mesure de la composition corporelle par bioimpedancemétrie ou de la force musculaire par dynamométrie « handgrip » sont toutefois **déconseillées** en raison du risque de transmission de l'infection virale (câbles d'impédancemétrie et dynamomètre entrant au contact des patients non à usage unique et tensions sur les matériels de protection et désinfection et le temps humain). A défaut, le constat clinique d'une amyotrophie ou d'un patient incapable de se relever traduit la perte de fonction ou quantité musculaire.

- **Critères étiologiques : la maladie** Covid-19 constitue en soi un critère étiologique évident, tout comme la présence d'une **maladie chronique**. Une **réduction de la prise alimentaire** doit également être recherchée, à visée diagnostique et pour guider le traitement nutritionnel (voir plus bas).

- **Critères biologique** : avant 70 ans, un dosage d'albumine est utile pour évaluer la sévérité de la dénutrition; après 70 ans, l'hypoalbuminémie a une valeur diagnostique. À tout âge, les premières données publiées indiquent que **l'hypoalbuminémie a une valeur pronostique péjorative** au cours du Covid-19.

Dans les formes graves, où il serait impossible de peser le patient ou d'évaluer sa prise alimentaire, le patient Covid-19 devrait être considéré à haut risque d'aggravation et devrait alors être géré comme un cas de dénutrition sévère.
Les protocoles de traitement nutritionnel en vigueur dans l'établissement restent globalement inchangés mais leurs modalités pratiques de mise en œuvre doivent être adaptées en fonction des protocoles ministériels et institutionnels évolutifs mis en vigueur durant la période d'épidémie.

La prise en charge nutritionnelle est adaptée de façon graduée et personnalisée en fonction de la sévérité de la dénutrition, en accord avec l'arbre décisionnel du soin nutritionnel *(Figure 1)* [4] :

- alimentation enrichie, compléments nutritionnels oraux,
- nutrition entérale, le tube digestif des patients Covid-19 étant généralement fonctionnel.
- le recours à la nutrition parentérale doit être limité à des cas rares et particuliers (ex : patient traité par nutrition parentérale à domicile et infecté) et à certaines situations de réanimation.

Tableau 1 - Algorithme d'évaluation nutritionnelle selon les recommandations 2019 de la Haute Autorité de Santé (HAS) [3] (suite)

Une dénutrition est-elle présente ?

Critères pour le diagnostic de dénutrition : présence d'au moins **1 critère phénotypique et 1 critère étiologique**.

Critères phénotypiques (1 seul critère suffit)

- Perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ou perte ≥ 10 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie
- IMC < 18,5 kg/m^2
- Réduction quantifiée de la masse et/ou de la fonction musculaires

Critères étiologiques (1 seul critère suffit)

- Réduction de la prise alimentaire ≥ 50 % pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport :
  - à la consommation alimentaire habituelle quantifiée
  - ou aux besoins protéino-énergétiques estimés
- Absorption réduite (maldigestion/malabsorption)
- Situation d'agression (hypercatabolisme protéique avec ou sans syndrome inflammatoire) :
  - pathologie aiguë ou
  - pathologie chronique évolutive ou
  - pathologie maligne évolutive

Oui

Non

Tableau 1 - Algorithme d'évaluation nutritionnelle selon les recommandations 2019 de la Haute Autorité de Santé (HAS) [3] (suite)

Lorsque le diagnostic de dénutrition est établi, il faut déterminer sa sévérité.

Une dénutrition est soit modérée soit sévère.

Un seul critère de dénutrition sévère prime sur un ou plusieurs critères de dénutrition modérée.

Dénutrition modérée (1 seul critère suffit)	Dénutrition sévère (1 seul critère suffit)
➢ 17 < IMC < 18,5 kg/m^2 ➢ Perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ou ≥ 10 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ➢ Mesure de l'albuminémie par immunonéphélémétrie ou immunoturbidimétrie > 30 g/L et < 35 g/L.	➢ IMC ≤ 17 kg/m^2 ➢ Perte de poids ≥ 10 % en 1 mois ou ≥ 15 % en 6 mois ou ≥ 15 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ➢ Mesure de l'albuminémie par immunonéphélémétrie ou immunoturbidimétrie ≤ 30 g/L

Patient non dénutri

En ambulatoire :
Réévaluation à chaque consultation

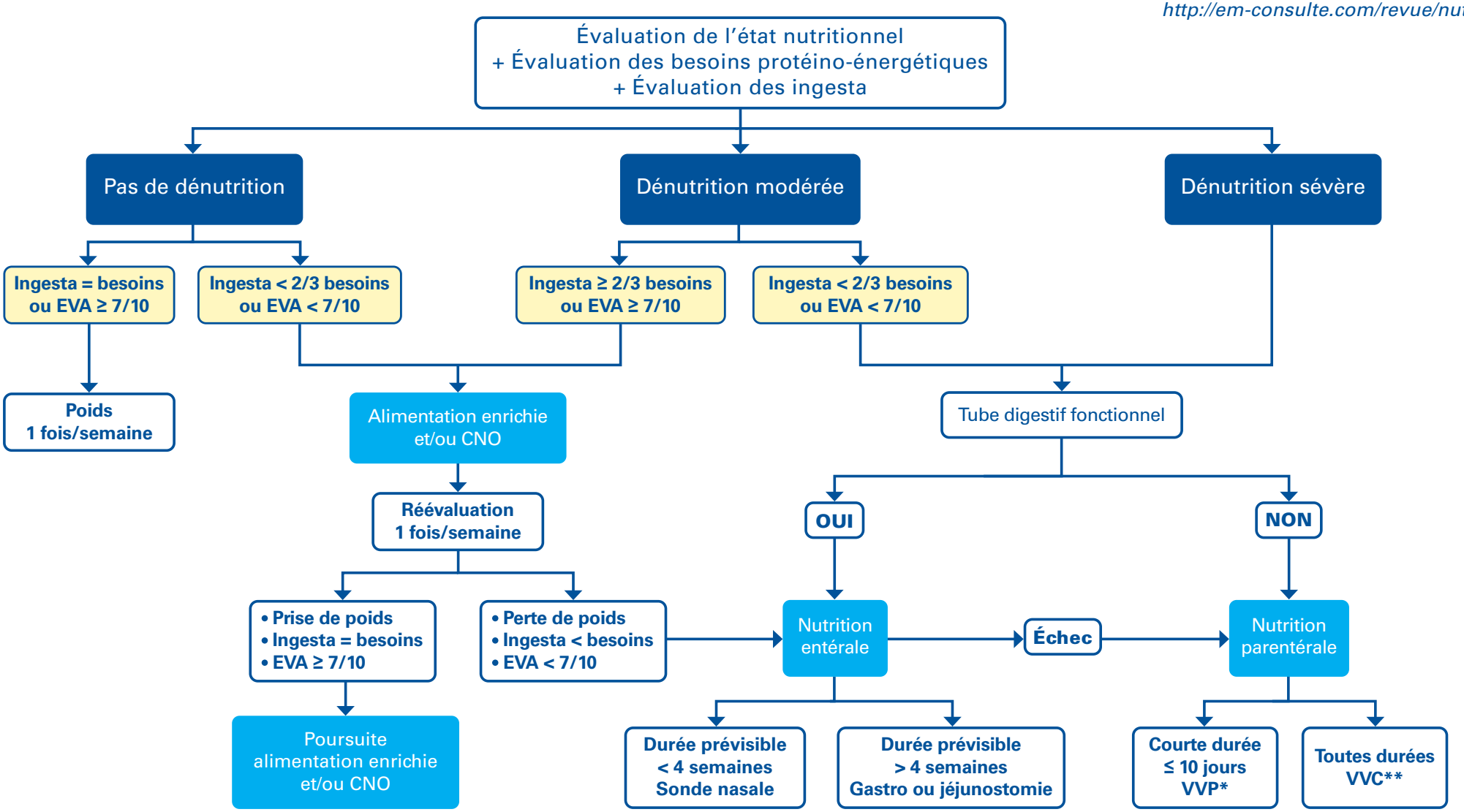
En cas d'hospitalisation :
- ➢ en MCO : réévaluation une fois par semaine
- ➢ en SSR : réévaluation toutes les 2 semaines

Prise en charge nutritionnelle de tout patient dénutri à adapter selon le degré de sévérité de la dénutrition

Surveillance de l'évolution de l'état nutritionnel et adaptation de la prise en charge du patient dénutri	
En ambulatoire : *réévaluation systématiquement dans les 3 mois suivant la dernière évaluation*	En cas d'hospitalisation : *réévaluation au moins une fois par semaine*
Lors des consultations de suivi après une hospitalisation, notamment au cours des affections de longue durée (ALD) : réévaluer systématiquement l'état nutritionnel d'un patient dénutri.	

Figure 1 - Arbre décisionnel du soin nutritionnel de la SFNCM

Article référent : C Bouteloup et al.
Nutr Clin Metabol 2014:28
http://www.sfnep.org
http://em-consulte.com/revue/nutcli



EVA : échelle visuelle ou verbale analogique - CNO : compléments nutritionnels oraux - VVP : voie veineuse périphérique - VVC : voie veineuse centrale
*permet rarement de couvrir la totalité des besoins énergétiques
**sauf PICC (peripherally inserted central catheter) durée d'utilisation limitée à 6 mois

3. Conséquences nutritionnelles de la maladie Covid-19

En l'absence de données nutritionnelles concernant spécifiquement la maladie Covid-19, les éléments suivants sont proposés à partir des données existant pour des infections respiratoires sévères :

- une infection respiratoire sévère induit un **syndrome inflammatoire** et un **hypercatabolisme, ainsi qu'une augmentation de la dépense énergétique liée au travail ventilatoire** ; les besoins nutritionnels (caloriques et protéiques) sont donc accrus;
- **la prise alimentaire est souvent très réduite** par plusieurs facteurs : anorexie secondaire à l'infection, gêne respiratoire, anosmie, agueusie, obésité, stress, confinement, problèmes d'organisation limitant l'assistance au repas…
- il faut donc surveiller régulièrement la **prise alimentaire** (qualitative et quantitative en échelle analogique entre 0 et 10/10) ou par surveillance des portions consommées (0, ¼, ½ ; ¾ ; 1) durant le repas du midi ou du soir; une prise < 7/10 doit alerter sur une probable dénutrition et < 5/10 (ou portions consommées ≤50%) impose un support nutritionnel; l'utilisation systématique et simplifiée de l'échelle analogique de la prise alimentaire ou des portions consommées par les aides-soignantes pourrait permettre d'alerter rapidement les services de Diététique et de Nutrition pour une prise en charge nutritionnelle plus précoce.
- l'infection, l'hypermétabolisme et le décubitus exposent à une **fonte musculaire rapide**; selon l'état clinique individuel, une mobilisation au lit ou dans la chambre sera encouragée pour préserver les réserves et la fonction musculaires. Elle sera adaptée aux capacités d'autonomie du patient, dans un contexte de limitation de disponibilité et d'accès des intervenants spécialisés (kinésithérapeutes, APA) pour les soins respiratoires prioritaires. La mobilisation sera intensifiée dès que l'amélioration clinique le permettra.

4. Traitement nutritionnel des malades Covid-19 hospitalisés hors réanimation

Les modalités du traitement nutritionnel sont les mêmes que chez les patients hospitalisés pour d'autres pathologies aiguës, en accord avec l'arbre décisionnel du soin nutritionnel *(Figure 1)* [4] :

- **En l'absence de dénutrition initiale** : prévention de l'aggravation par la mise en place d'une alimentation hypercalorique et hyperprotidique chez les patients Covid-19.
- **Si dénutrition modérée déjà présente et/ou prise alimentaire < 7/10** : alimentation hypercalorique et hyperprotidique + compléments nutritionnels oraux (CNO) entre les repas.
- **Si dénutrition sévère et/ou prise alimentaire < 5/10 (ou portions consommées ≤ 50%)** : nutrition entérale précoce par sonde naso-gastrique, sauf contre-indication, selon les modalités habituelles.

Les **objectifs quotidiens** d'apports énergétiques totaux peuvent être estimés à 30 kcal/kg poids actuel/jour et 1,3 g/kg poids actuel/j de protéines ; en cas d'obésité, les objectifs pourront être évalués à partir du poids ajusté (Figure 2). Ces objectifs seront atteints progressivement en 48-72h selon la tolérance. La prévention du syndrome de renutrition sera systématique, avec une supplémentation adaptée en électrolytes, phosphore, vitamines, oligoéléments et une surveillance rapprochée clinique et biologique.
Dans tous les cas, surveillance pondérale et de la prise alimentaire, réévaluation clinique et biologique selon les protocoles en vigueur, afin d'évaluer l'évolution de l'état nutritionnel *(Figure 1)* [4].

La **nutrition entérale** en site gastrique doit être réalisée dans toute la mesure du possible à l'aide d'une pompe avec régulateur de débit. En cas de pénurie de pompes avec régulateur de débit, il est nécessaire de les réserver prioritairement à la réanimation, quitte à nourrir par gravité des malades en service conventionnel identifiés comme les moins à risque d'inhalation bronchique.

Enfin il est important de noter que la majorité des bras de l'essai international Discovery [5] nécessite une administration orale du médicament ; néanmoins il est bien précisé qu'en cas d'impossibilité de le prendre *per os*, il faudrait utiliser ou mettre en place une sonde naso-gastrique. Ces patients ne pouvant s'alimenter étant considérés à haut risque nutritionnel, la nutrition entérale est donc indiquée.
En résumé, il est probable **qu'une part importante des patients infectés Covid-19 hospitalisés en service conventionnel nécessitera une nutrition entérale**, ou au moins un enrichissement et des compléments nutritionnels.

5. Traitement nutritionnel chez les malades Covid-19 hospitalisés en réanimation

Un protocole de nutrition en réanimation pour les patients Covid-19 est proposée en *Figure 2*. Ce traitement nutritionnel des malades Covid-19 hospitalisés en réanimation est proche de celui des patients de réanimation tel que recommandé par la Société Européenne de Nutrition Clinique et Métabolisme (ESPEN) [6], mais avec les spécificités ci-dessous.

L'ESSENTIEL

- Le patient Covid-19 hospitalisé en réanimation est à très haut risque de dénutrition.
- La calorimétrie indirecte ne doit pas être utilisée, car l'intégralité des procédures de décontamination adaptées utilisée habituellement ne peut être garantie en contexte épidémique et ce, même si le capteur est situé en amont du filtre respiratoire HME (« heat and moisture exchanger »).
- La nutrition entérale doit être privilégiée et démarrée dans les 48h suivant l'admission.
- La nutrition entérale en site gastrique est souvent possible, même en décubitus ventral.
- La nutrition entérale doit être réalisée à l'aide d'une pompe avec régulateur de débit.
- Le syndrome de renutrition inappropriée (SRI) doit être prévenu.
- La nutrition parentérale est indiquée :
  - si la nutrition entérale est impossible ou contre indiquée ou en complément d'une nutrition entérale tant que celle-ci est insuffisante
  - si la nutrition entérale en decubitus ventral est associée à des vomissements
- En règle générale, la nutrition parentérale ne devrait pas être débutée avant J4.

Les patients Covid-19 et hospitalisés en réanimation sont plus fréquemment âgés et avec comorbidités, donc à risque majeur de sarcopénie. Il convient donc de prévenir l'aggravation de la sarcopénie par une stratégie nutritionnelle adaptée. Après extubation, la stratégie nutritionnelle doit être adaptée en fonction de certaines situations *(Tableau 2)* et en accord avec l'arbre décisionnel du soin nutritionnel de la SFNCM *(Figure 1)* [4].

Les troubles de la déglutition post-extubation sont fréquents, estimés entre 10 et 67% des patients [6]. Ils sont une situation à risque de sous-nutrition (insuffisance des apports oraux), donc de dénutrition. Après extubation, on estime à environ 24% la proportion de patients âgés nécessitant une nutrition entérale en complément de leur prise alimentaire orale [6].
On peut craindre une proportion plus élevée dans le cas de l'infection Covid-19 en raison de séjour prolongé en réanimation et de l'intensité du syndrome inflammatoire et catabolique.

Figure 2 - Protocole de nutrition en réanimation pour les patients Covid-19

Le decubitus ventral ne contre-indique pas la nutrition entérale

La nutrition orale/entérale doit être privilégiée !

La nutrition orale est préférable à la nutrition entérale (si nutrition orale insuffisante, compléments nutritionnels oraux et/ou nutrition entérale cyclique nocturne de complément).

Cas particulier : si le decubitus ventral est associé à des vomissements, débuter une NP complémentaire voire exclusive.

Les patient en réanimation doivent être considérés comme à risque de dénutrition au-delà de 2 à 3 jours*

PREMIÈRE LIGNE

La nutrition entérale en position dorsale ou ventrale doit être débutée dans les 48h.

La cible énergétique est de 25 Kcal/kg/j**
Ne pas tenir compte du rapport glucidolipidique
Ne pas utiliser la calorimétrie indirecte car la désinfection du matériel ne peut être garantie.

Apports protéiques = 1,3 g/kg/j
IMC < 30 : se référer au poids actuel
Obèse (IMC ≥ 30) = se référer au poids ajusté***:

Le débit est augmenté progressivement pour atteindre 60% de la cible en 72h.

Schéma d'augmentation

J1= 8 Kcal/kg/j
J2 = 15 Kcal/kg/j
J3 = 20 Kcal/kg/j

J4 = 25 Kcal/kg/j

La nutrition entérale est retardée si :

- Hémodynamique instable
- Ischémie mésentérique
- Hypoxémie sévère : PaO2/FiO2 < 50 mmHg avec FiO2 > 80%
- Hémorragie digestive active
- Fistule digestive à haut débit (> 500ml/J) sans segment d'aval utilisable
- Sd du compartiment abdominal (hypertension)
- Résidus gastriques > 500 ml/6h

Attention à la prévention du syndrome de renutrition inappropriée (SRI)

Doser iono phosphore magnésium tous les jours les 3 premiers jours

Corriger hypophosphorémie et les troubles électrolytiques avant démarrage de la nutrition

DEUXIÈME LIGNE

La nutrition entérale est impossible ou contre-indiquée.

Débuter une nutrition parentérale entre J4 et J7

La nutrition parentérale doit être augmentée progressivement pour atteindre la cible énergétique en 72h.

La nutrition parentérale doit être prescrite avec vitamines et oligoéléments (+phosphore les 2 1ers jours pour prévenir SRI, et au-delà si hypophosphorémie)

Les pharmaconutriments (glutamine ou oméga3) ne sont pas indiqués.

* Particulièrement si ventilé, infecté, dénutri, maladie chronique
** Poids pré-admisssion ou d'admission.
*** Poids ajusté = (Poids idéal théorique : 0,9 x (Taille (cm) – 100 (Homme)) (- 106 [Femme]) + ¼ x (poids actuel – poids idéal théorique)
Ex : Taille = 180 cm et poids actuel = 140 Kg. Poids idéal théorique = 72 Kg. Différence = 140 – 72 = 68 Kg. 68 Kg /4 = 17
=> Soit des apports de 25 Kcal/ kg calculés à partir du poids ajusté : 68 + 17 = 85 Kg

Figure 2 - Protocole de nutrition en réanimation pour les patients Covid-19 (suite)

À J4 LA CIBLE DE NUTRITION ENTÉRALE EST NON ATTEINTE

Rechercher une cause…

ET

Mettre en œuvre toutes les stratégies possibles pour optimiser la nutrition entérale :

- Gastroparésie (notamment si decubitus ventral) =>
  - Métoclopramide 10 mg x 4/j pdt 3 jours
  - Nutrition entérale par sonde naso-jéjunale
  - Éviter erythromycine (risque d'interaction avec antiviraux)

- Constipation =>
  - Laxatifs (ex: Movicol)
  - Soluté de nutrition entérale avec fibres

- Colectasie=>
  - Prostigmine 2,5 mg IVL (5 min). Renouvelable
  - Échec => coloscopie ?

- Diarrhée =>
  - Clostridium difficile ?
  - Si négatif
    - Ralentisseurs du transit (ex: loperamide)
    - Soluté de nutrition entérale avec fibres

- Hémorragie digestive =>
  - Fibroscopie oeso-gastro-duodénale
  - Antisécrétoires (IPP)
  - Nutrition entérale par sonde naso-jéjunale

Envisager une nutrition parentérale exclusive ou de complément (associant vitamines et oligoéléments) à débuter entre J4 et J7.

À poursuivre tant que la nutrition entérale n'est pas optimale.

Attention à la prévention du syndrome de renutrition inappropriée

Doser iono phosphore magnésium tous les jours les 3 premiers jours

Corriger hypophosphorémie et les troubles électrolytiques avant démarrage de la nutrition

Tableau 2 - Stratégie nutritionnelle après extubation (d'après [6])

En toute situation :

En cas de dysphagie, fournir une alimentation à texture adaptée. Les apports en énergie et protéines doivent être adaptés aux besoins. Une activité physique adaptée doit être proposée.

En cas de troubles de la déglutition post-extubation :

Poursuivre la NE mais évaluer le risque de pneumopathie d'inhalation.

Si risque d'inhalation, réaliser la NE en site post-pylorique.

Si impossible : NP exclusive temporaire le temps de la rééducation à la déglutition sans sonde nasodigestive.

En cas de NP exclusive temporaire, attention au risque de surnutrition.

En cas de trachéotomie :

Privilégier l'alimentation orale, fractionnée, enrichie, avec des compléments nutritionnels oraux.

Si les besoins en protéines et énergétiques ne sont pas couverts (< 70% des besoins), envisager une NP complémentaire.

En cas de NP complémentaire, attention au risque de surnutrition.

NE : nutrition entérale - NP : nutrition parentérale

6. Prise en charge nutritionnelle des autres patients hospitalisés, non Covid-19

L'attention particulière portée aux patients Covid-19 va légitimement mobiliser beaucoup de ressources spécialisées (diététiciens, médecins nutritionnistes). Elle ne doit pas faire oublier les besoins nutritionnels des autres patients hospitalisés, mais impose de **prioriser les situations de dénutrition sévère**. Il faut en effet favoriser la récupération des patients non-infectés Covid-19 pour favoriser leur sortie rapide, au besoin en Nutrition à Domicile. L'adaptation des modalités de la nutrition à domicile en période d'épidémie Covid-19 fait l'objet d'un document spécifique (« Prise en charge des patients en nutrition artificielle à domicile pendant la pandémie Covid-19 » par Schneider *et al.*, Nutr Clin Metabol, soumis) téléchargeable sur le site de la SFNCM.

Les protocoles de diagnostic et de traitement nutritionnel en vigueur dans l'établissement restent donc inchangés. Leurs modalités de mise en œuvre pratiques doivent s'adapter aux protocoles ministériels et institutionnels mis en vigueur durant la période de confinement et à leur évolution. Après l'hospitalisation, la reprise d'une activité physique régulière (endurance et résistance), même à domicile, est recommandée [7].

D'après le Ministère de la Santé [1], l'obésité est associée à une évolution péjorative de la maladie Covid-19. Il faut donc limiter l'exposition des patients obèses en période d'épidémie en réduisant le recours à l'hospitalisation aux situations impératives. En cas d'hospitalisation d'un patient obèse pendant la période de confinement, il ne faut pas imposer de régime restrictif car toute perte de poids rapide se ferait aux dépens de la masse maigre, affaiblissant les défenses immunitaires et donc la sévérité de la maladie Covid-19 si le patient venait à être contaminé.

7. Mobilisation graduée des professionnels de Diététique et de Nutrition Clinique

Dans les services conventionnels, la prise en charge nutritionnelle s'organise selon la procédure suivante, en 3 étapes :

1/ **Dans les 24h suivant l'admission** : le dépistage de la dénutrition doit être assuré **au niveau des unités** (pesée, IMC, % de perte poids, prise alimentaire).

2/ **En cas de dénutrition** : solliciter le/la diététicien(ne) affecté(e) au service pour confirmer le diagnostic et débuter la prise en charge par complémentation nutritionnelle orale et/ou nutrition entérale.

3/ **Pour une situation complexe** : en cas de situations complexes et sur conseils du diététicien(ne) affecté(e) au service, un avis spécialisé de médecin nutritionniste ou ayant une compétence en nutrition doit être sollicité (contacts disponibles via le CLAN de chaque établissement). **Merci de respecter le passage par l'étape 2, sauf urgence.**

Si votre établissement de dispose pas de médecin spécialisé ou compétent en nutrition clinique, un conseil peut être sollicité via contact@sfncm.org ; votre message sera réorienté sur le délégué régional SFNCM le plus proche de votre établissement. Vous pouvez aussi consulter la répartition géographique des délégués sur le site www.sfncm.org et par le lien www.sfncm.org/reseaux-dietetique-nutrition/clans/delegues-regionaux.

8. Conclusion

Face à l'épidémie Covid-19, la mobilisation urgente des acteurs de la diététique et de la nutrition clinique en appui des équipes soignantes doit permettre d'identifier dès l'admission les patients dénutris et d'instaurer chez tous les patients Covid-19 une stratégie active de prise en charge ou de prévention chez les moins sévèrement atteints.
Ces recommandations, basées sur des principes généraux et l'expérience de situations cliniques analogues sont proposées comme repères pour les non-spécialistes.
Les retours d'expérience et questions soulevées dans la mise en œuvre de ces recommandations d'experts seront accueillis avec grand intérêt sur contact@sfncm.org, objet Covid-19, pour enrichir nos connaissances dans ce domaine pathologique nouveau et adapter nos modes de prise en charge.

Références

[1] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ Covid-19_doctrine_ville_v16032020finalise.pdf

[2] Fang L, Karakiulakis G, Roth M. Are patients with hypertension and diabetes mellitus at increased risk for Covid-19 infection? Lancet Respir Med 2020, DOI:https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30116-8

[3] https://www.has-sante.fr/jcms/p_3118872/fr/diagnostic-de-la-denutrition-de-l-enfant-et-de-l-adulte

[4] Bouteloup C, Thibault R. Decision tree for nutritional care. Nutr Clin Metab 2014; 28: 52–56.

[5] https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04315948?term=discovery&cond=Coronavirus&draw=2&rank=1

[6] Singer P, Blaser AR, Berger MM, Alhazzani W, Calder PC, Casaer MP, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. Clin Nutr 2019;38:48-79.

[7] https://www.promosante-idf.fr/alimentation-activite-physique-les-bons-reflexes-en-periode-de-confinement