

Examens à prescrire quotidiennement (bilan 6h) :

- **Ionogramme sanguin, urée, créatinine, +/- phosphore, magnésium**
 - o Surveillance troubles ioniques, adaptation des apports intraveineux

- **Numération + plaquettes (pas de formule quotidienne)**
 - o Surveillance syndrome inflammatoire = leucocytes
 - o Surveiller l'hémoglobine (++) patients chirurgicaux)

- **Gaz du sang artériel**
 - o Pour surveiller la ventilation et l'hémodynamique
 - o pH : objectif 7,38-7,42, altéré par la PCO₂, le lactate, et les acides indosables
 - o PO₂ : hypoxémie si < 60 mmHg ; calculer le P/F = PO₂/FiO₂ : si < 200, SDRA
 - o PCO₂ : objectif 38-40 mmHg ; si hypocapnie, augmente le pH ; si hypercapnie, baisse le pH
 - o Lactate : objectif < 1 mmol/L, augmente en cas de choc ; fait baisser le pH

- **Radiographie thoracique si besoin**
 - o Vérification position de la sonde d'intubation et de la sonde naso gastrique
 - o Recherche opacités pulmonaires (pneumopathie ?), épanchement pleural, pneumothorax

- *En fonction du patient, bilan hépatique, hémostase (Axa si anticoagulation curative), troponine, CPK...*



FICHE FLASH LES BASIQUES en RÉA

Gouzien L.; Bouchereau E.

Prescription de la base quotidienne IV de réanimation

La base désigne la perfusion intra veineuse quotidienne administrée au patient. En cas d'alimentation par sonde naso-gastrique, son volume doit être limité. Elle permet d'apporter les suppléments ioniques nécessaires au patient, en perfusion continue sur 24h

Soluté de base :

Ringer lactate ou Plasmalyte, ou G5% +/- 6g NaCl/L de soluté ; si traumatisé crânien, NaCl 0,9%

Volume : en l'absence de nutrition, 500-1000 cc/24h ; si nutrition, 250 cc/24h

Vitaminothérapie :

si patient alcoolique chronique, ajouter vitamines B1 (250mg) - B6 (250mg) - PP (500mg) - Selon protocole de service, ajout DECAN ou CERNEVIT, 1 ampoule par jour, chez patient dénutris / avec nécessité de cicatrisation, ou si nutrition parentérale administrée

Interprétation du ionogramme en réanimation

Correction des troubles ioniques usuels	
<p><u>Hyperkaliémie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Risque de troubles du rythme cardiaque : faire un ECG si $> 5,5$ mmol/L - Arrêt immédiat des apports dans la base - Si > 5 mmol/L : protocole insuline G10 : 10 UI d'insuline dans 500mL de G10% à passer sur 30 min - Si > 6 mmol/L : protocole insuline G30 : 30 UI insuline dans 300mL de G30% - Contrôle après correction ; si persistance et insuffisance rénale, envisager épuration extra rénale 	<p><u>Hypokaliémie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Risque de troubles du rythme cardiaque : l'hypokaliémie favorise notamment la FA, à rechercher devant toute FA d'apparition brusque - Si $3 < K < 3,5$ mmol/L : 2g de KCL IVSE à passer sur 2h sur VOIE CENTRALE (KTC) - Si < 3 mmol/L : 3g de KCL IVSE sur 3h sur KTC - Ajout de potassium dans la base : 2 à 4g selon profondeur de l'hypokaliémie persistante
<p><u>Hyponatrémie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Correspond à un excès d'apport en eau libre - Réduction de la base si G5%, switch pour Ringer lactate - Réduction des apports d'eau par sonde nasogastrique (= restriction hydrique) 	<p><u>Hypernatrémie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Correspond à un déficit d'apport en eau libre - Si patient alimenté par SNG, 500mL eau libre sur 8h par la SNG - Si non, 500mL G5% sur 12h, et majoration des apports en eau libre
<p><u>Hypomagnésémie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'hypomagnésémie favorise la FA, à rechercher devant toute FA d'apparition brusque - Supplémentation immédiate : Sulfate de magnésium 3g IVSE sur une heure - Ajout de magnésium dans la base conseillé : 3g par 24h 	<p><u>Hypophosphorémie :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Courante en réanimation, ++ sous dialyse - Supplémentation immédiate : Phocytan 1 à 2 ampoule sur 1h - Supplémentation systématique dans la base si dialyse : Phocytan 1 à 2 ampoules/24h, sinon selon phosphorémie

ALIMENTATION EN RÉANIMATION

L'alimentation doit être reprise le plus précocement possible chez les patient de réanimation : le patient subit de multiples agressions systémiques, avec une forte augmentation des besoins énergétiques, d'où la nécessité d'un apport calorique adapté et suffisant.

La voie entérale est à privilégier ++ hors contre-indication ou état de choc non contrôlé : limite l'atrophie entérale, meilleur équilibre glycémique.

Objectif 20 kcal/kg/j en phase aigüe puis 25-30 kcal/kg/j (de poids réel, sauf obèse : poids ajusté)

Apport protéique : 1,2-1,5 g/kg/j

Par voie entérale (SNG)

A privilégier +++

Par sonde naso gastrique siliconée (nouille), **après contrôle** de la position de la sonde par radiographie

Préparations : Sondalis, Fresubin, Peptamen

Sur 24h, volume adapté aux besoin à calculer selon les kcal/mL de la préparation utilisée, et les besoins du patient

Par voie parentérale (IV)

Uniquement si impossibilité de nutrition entérale

Favorise la survenue d'infections de cathète
Préparations : Smofkabiven (sur KTC), Olime (sur KTC), Périkabiven, ...

En IVSE sur 24h sur voie dédiée, volume adapté aux besoin à calculer selon les kcal/mL de la préparation utilisée, et les besoins du patient