

Att ge parenteral nutrition initialt på IVA är inte självklart



JAN WERNERMAN, professor, överläkare, anesthesi-IVA, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge
jan.wernerman@karolinska.se

Malnutrition innebär ökad risk för såväl morbiditet som mortalitet. Patienter som kräver lång tids IVA-vistelse drabbas av stor förlust av muskelmassa och riskerar därför att bli malnutrierade [1, 2].

En stor del av kumulerad energibrist hos intensivvårdspatienter uppstår redan under den första veckan. I Sverige ger vi därför ofta från början kombinerad enteral och parenteral nutrition, som täcker patientens totala energibehov. Samtidigt finns observationer att endast måttlig näringstillförsel i det initiala skedet av allvarlig akut sjukdom kan vara det bästa alternativet.

Bristen på solid evidens återspeglas i rekommendationerna om nutrition till IVA-patienter. Europeiska riktlinjer rekommenderar kombinerad enteral och parenteral nutrition för att täcka energibehovet från dag 2–3, medan nordamerikanska riktlinjer rekommenderar från dag 7–8 [3, 4]. Samstämmighet råder dock om att inleda enteral nutrition så tidigt som möjligt under intensivvården och att kombinera enteral och parenteral nutrition för att täcka energibehovet under senare delen av en längre intensivvård.

I detta perspektiv blir den nyligen publicerade EPaNIC-studien intressant [5]. Studien omfattade 4 600 patienter som randomiserades till kompletterande parenteral nutrition vid sidan av enteral nutrition på dag 3 respektive dag 8. Primär effektvariabel var tidpunkt för utskrivning levande från IVA. Resultatet visade att IVA-vårdtiden förkortades av att kompletterande parenteral nutrition senarelades till dag 8 jämfört med dag 3.

En sekundär effektvariabel var infektioner, som förekom i lägre frekvens hos de patienter som erhållit kompletteran-

de parenteral nutrition först dag 8. Ingen skillnad i mortalitet fanns mellan grupperna vid någon tidpunkt.

Frågan är hur generaliserbart resultatet är? Kritik har framförts mot att studiematerialet omfattade ett stort antal toraxkirurgiska patienter med begränsat nutritionsbehov. Författarna har dock visat att resultatet är konsistent i ett antal predefinierade och även post hoc-definierade subgrupper: såväl toraxpatienter som icke-toraxpatienter i samtliga kvartiler av APACHE II-poäng (acute physiologic and chronic health evaluation) vid ankomsten, patienter med såväl som utan sepsis, patienter som inte kunde få någon enteral nutrition alls de första 8 dagarna. Var och en av dessa subgrupper omfattade en ansevärd mängd patienter, så resultatet är ovedersägligt.

Finns det malnutrierade patienter som riskerar att fara illa av att vänta till dag 8 för att få full nutrition? I studieprotokollet var BMI <17 ett exklusionskriterium, därför uteslöts 109 av 8 900 screenade patienter från studien. En subgrupp som analyserades inom studien var de patienter som hade ett vikt-tapp på minst 5 procent omedelbart före IVA-vistelsen. Även för den subgruppen gäller samma resultat som för övriga grupper i studien.

Förutom tidig parenteral nutrition fick den gruppen även 20-procentig glukoslösning under de initiala dagarna på IVA, medan gruppen med sen parenteral nutrition fick endast 5-procentig glukoslösning. Om detta kan tänkas påverka resultatet är oklart. I studien gällde att samtliga patienter omfattades av strikt glukoskontroll (4,5–6,2 mmol/l) genom insulintillförsel. Man använde dock inte speciella tillsatser av glutamin eller selen.

Finns det skäl att ändra våra rutiner? Full nutrition tidigt på IVA är inte alltid ofarlig. Speciellt övernutrition förefaller vara till patientens nackdel. Studien visar att dag 8 är bättre än dag 3, men hur ställer det sig till dag 5? Har den ini-

tiala skillnaden i glukostillförsel betydelse?

Huvudspåret i nutritionsbehandlingen av IVA-patienter ligger fast; att tidigt påbörja enteral nutrition. Därefter gäller beslutet om när kompletterande parenteral nutrition ska ges. Dag 5? Dag 8?

Viktigt är naturligtvis att inte gissa patientens energiförbrukning, utan att mäta upp den med indirekt kalorimetri för att undvika såväl över- som undernutrition. Detta är särskilt viktigt för de patienter som kräver längre tids intensivvård.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Författaren är anlitad som föredragshållare av Fresenius, Baxter och Nestlé samt medlem av medical advisory board hos Danone. Författaren är huvudansvarig för den skandinaviska glutaminstudien inom intensivvården.*

REFERENSER

1. Dvir D, Cohen J, Singer P. Computerized energy balance and complications in critically ill patients: an observational study. *Clin Nutr.* 2006; 25(1):37-44.
2. Villet S, Chiolerio RL, Bollmann MD, Revelly JP, Cayeux RNM, Delarue J, et al. Negative impact of hypocaloric feeding and energy balance on clinical outcome in ICU patients. *Clin Nutr.* 2005;24(4):502-9.
3. McClave SA, Martindale RG, Vanek VW, McCarthy M, Roberts P, Taylor B, et al. 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.* 2009;33(3):277-316.
4. Singer P, Berger MM, Van den Berghe G, Biolo G, Calder P, Forbes A, et al. ESPEN guidelines on parenteral nutrition: intensive care. *Clin Nutr.* 2009;28(4):387-400.
5. Casaer MP, Mesotten D, Hermans G, Wouters PJ, Schetz M, Meyfroidt G, et al. Early versus late parenteral nutrition in critically ill adults. *N Engl J Med.* 2011;365(6):506-17.

Sammanfat tat

Den belgiska EPaNIC-studien visar att parenteral nutrition inom intensivvården bör senareläggas till dag 8. Resultatet väcker frågor om det nu finns skäl att ändra rutinerna på svenska intensivvårdsavdelningar.