

LE SUIVI NUTRITIONNEL DU PATIENT HÉMODIALYSÉ



La dénutrition est un problème majeur chez les hémodialysés et les causes de cette dénutrition sont multifactorielles(1) : insuffisance des apports alimentaires (anorexie, diminution des ingesta) et altération du métabolisme protéino-énergétique (acidose métabolique, état inflammatoire, déperdition per dialytique des nutriments).

Marie-Odile HITIER, Infirmière,
Nathalie LUINAUD, Diététicienne,
Myriam PUJO, Néphrologue,
Christine DOUX, Cadre de santé,
Céline EPINOUX, Infirmière
Centre Hospitalier d'ANGOULÊME
SAINT-MICHEL

L'apport protéique recommandé est de 1.2 g/ kg et par jour. Toutes les études démontrent que la dénutrition du patient dialysé est associée à une morbidité élevée. Le risque de décès d'un patient présentant une albuminémie inférieure à 25 g/litre est multiplié par 13 par rapport à un patient ayant une albuminémie supérieure à 40 g/litre(2).

Ce constat ne peut que s'aggraver au regard du profil des patients pris en charge en centre lourd. Nos patients sont de plus en plus âgés, présentent de multiples pathologies et évoluent dans un contexte socio économique de plus en plus difficile.

Dans notre service, l'état nutritionnel des patients était pris en compte mais son organisation n'était pas structurée et l'implication des soignants était mal définie. Devant cette insatisfaction, nous avons décidé en 2006 de réfléchir à une meilleure prise en charge du suivi nutritionnel de nos patients.

Le constat dans notre service

Le suivi nutritionnel ne faisait pas l'objet d'une organisation pluridisciplinaire structurée. Les infirmières référentes du service

relevaient tous les trimestres les différents paramètres de mesure de la dénutrition mais leur implication quant à l'analyse des résultats et des actions à mettre en place était quasi inexistante. Seuls, les médecins réalisaient ces démarches.

La diététicienne a toujours éduqué les patients dialysés et participe depuis 1997 aux différentes informations pré dialyses. Cependant, son temps dédié à notre service ne lui permet pas, au regard du turnover important de patients, de rencontrer rapidement l'ensemble des nouveaux patients.

De plus, les temps d'échange avec les soignants étant insuffisants, cette situation lui procurait une insatisfaction quant à son intégration dans la prise en charge globale des patients.

Pour terminer, les indicateurs de suivi nutritionnel mis en place dans le service n'étaient pas intégrés dans notre démarche qualité.

Le choix de l'indicateur pour le suivi

Le PCR (Protéin Catabolic Rate) était un indicateur déjà défini dans le service par l'équipe médicale et était relevé tous les trimestres par les infirmières référentes.

Le PCR est le taux de catabolisme protéique calculé à partir de l'urée pré et post dialytique et de son espace de dilution. Il est exprimé en g/kg/24h00 et est jugé comme étant un bon reflet de l'apport protéique. Un PCR de 1.2 doit être recherché.

Nous avons donc décidé de conserver cet indicateur dans le suivi nutritionnel de nos patients.

Nos objectifs

Une fois notre indicateur choisi, nous avons défini nos objectifs :

- ▶ Cibler les patients à plus haut risque et assurer une prise en charge nutritionnelle rapide des patients ayant un PCR inférieur à 1.
- ▶ Travailler en étroite collaboration avec la diététicienne afin d'harmoniser nos pratiques de soins et d'éducation.
- ▶ Impliquer davantage le personnel soignant dans la prise en charge de la dénutrition.
- ▶ Suivre un indicateur nutritionnel et ce, dans l'esprit de poursuivre la démarche qualité impulsée dans le service depuis plusieurs années.

Organisation de la démarche initiale

Deux infirmières référentes relevaient tous les trimestres le PCR de l'ensemble des patients du service.

Les patients ayant un PCR inférieur à 1 étaient ciblés et chaque médecin déterminait si le patient était à inclure dans notre démarche de suivi personnalisé.

Une fiche individuelle de suivi était élaborée pour chaque patient sur laquelle étaient notés le PCR, les conseils alimentaires, les apports de CNO (compléments nutritionnels oraux) pris en dialyse ou à domicile et la prescription d'une alimentation parentérale.

L'évaluation

Nous avons réalisé notre évaluation sur l'ensemble des patients suivis et présents sur 5 trimestres entre décembre 2006 et décembre 2007.

Nous avons réalisé la moyenne du PCR :

- ▶ des patients ayant un PCR inférieur à 1, éduqués et supplémentés (9 patients),
- ▶ des patients ayant un PCR inférieur à 1, éduqués mais non supplémentés (3 patients),
- ▶ de l'ensemble des patients du service sur cette même période.

Figure 2. Moyenne du PCR des patients suivis

Sur l'ensemble des patients suivis sur une année, la moyenne du PCR des patients supplémentés et éduqués augmente de façon significative de 0,77 à 0,91 soit une progression de 0,14.

Certains patients ont refusé de prendre les CNO proposés mais ont été éduqués. Leur courbe de progression du PCR est moins importante. Elle progresse néanmoins de 0,07 sur l'année soit 2 fois moins rapidement que la cohorte des patients suivis, éduqués et supplémentés.

Nous constatons qu'une éducation diététique même sans apports de CNO suffit à sensibiliser le patient et à entraîner une amélioration du PCR.

1ère mise en dialyse :

Etiquette d'identité du patient

Alimentation parentérale per dialytique : Oui Non

Date de la 1^{ère} enquête alimentaire :

Nom de la diététicienne :

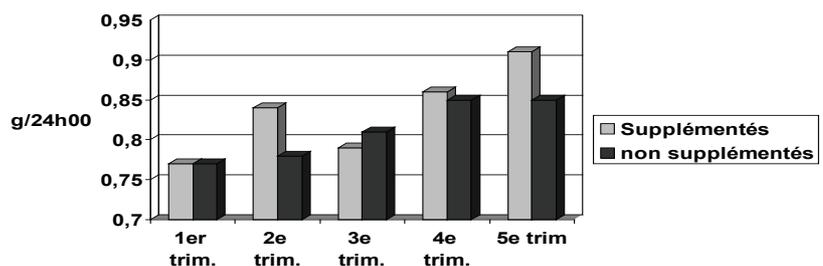
Date	PCR	Conseils diététiques	Compléments nutritionnels		Alimentation Parentérale per dialytique	Commentaires et signature
			En dialyse	A domicile		

Figure 1 : 1ère fiche de suivi élaborée

L'analyse des résultats obtenus était réalisée ponctuellement en collaboration avec la diététicienne, enrichie d'un recueil de données complémentaires indispensables : l'évaluation de l'appétit du patient, ses comportements alimentaires, la prise effective de CNO, le suivi des ingesta lors de la prise des repas en centre, l'état général du patient, les événements médicaux ou chirurgicaux ainsi que la qualité de la dialyse.

Au regard de cette analyse et selon les patients, différentes actions étaient mises en place :

- ▶ Éducation alimentaire adaptée auprès du patient et/ou de son entourage (conjoint, famille, EHPAD,...).
- ▶ Prescription de CNO et/ou d'une alimentation parentérale per dialytique.
- ▶ Gestion des problèmes médicaux ou liés à la dialyse.



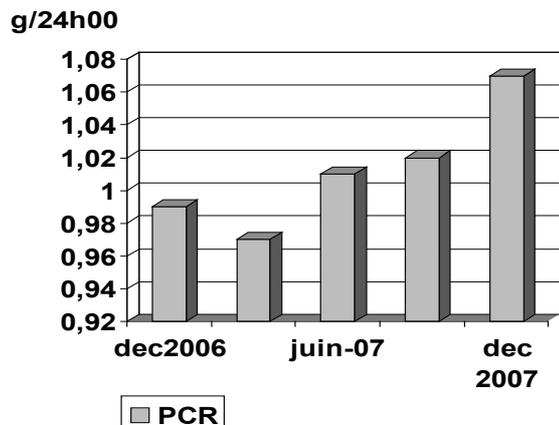


Figure 3. Moyenne du PCR de l'ensemble des patients du service

Nous constatons une augmentation du PCR de l'ensemble des patients pris en charge dans le service. De 0.98 en décembre 2006, le PCR atteint et dépasse 1 en décembre 2007.

Nous avons également analysé l'évolution de la courbe du PCR de chaque patient de la 1ère cohorte (PCR<1, éduqués et supplémentés).

Nous avons constaté que chaque chute significative du PCR correspondait pour chacun à un événement médical qui était pour la majorité d'entre eux d'origine inflammatoire.

Conclusion de cette évaluation

Cette étude ne nous permet pas d'avoir un recul suffisant pour affirmer avec certitude que l'augmentation du PCR de nos patients ciblés et suivis est directement en lien avec notre organisation de prise en charge nutritionnelle. Toutefois, ces premiers résultats positifs nous ont encouragé à poursuivre notre travail de réflexion pluridisciplinaire et à améliorer notre démarche de suivi.

Nos actions d'amélioration

Tout d'abord, afin de limiter les interlocuteurs, nous avons proposé à l'équipe médicale de nommer un seul médecin référent. L'évolution des patients étant évoquée lors du staff médical hebdomadaire, cette proposition a été acceptée par l'ensemble des médecins du service.

Puis, avec l'objectif d'affiner notre étude et connaissant l'influence de la qualité de la dialyse et de

l'état inflammatoire du patient sur les variations du PCR, nous avons décidé de relever également le KT/V et la CRP, afin d'avoir une approche plus globale du problème de la dénutrition et d'intervenir rapidement sur ces facteurs et co facteurs aggravants de la dénutrition.

Il nous a semblé également indispensable d'inclure l'analyse mensuelle de l'albumine afin d'anticiper une baisse du PCR. Le relevé de tous ces paramètres nous a conduit à modifier notre feuille de suivi.

Etiquette d'identité du patient

1ère mise en dialyse :

Alimentation parentérale per dialytique : Oui Non

Date	PCR	KT/V	Alb	CRP	Compléments nutritionnels		Suivi mensuel: Perte de pds>5%, TA, appétit, compléments oraux, événements particuliers...
					En dialyse	A domicile	

Figure 4. 2ème fiche de suivi élaborée

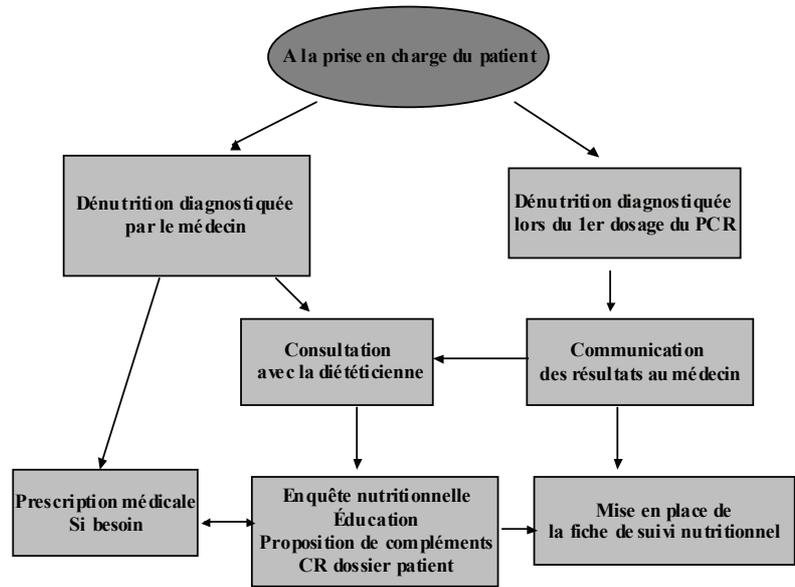
Notre réflexion pluridisciplinaire nous a amené à structurer et formaliser notre démarche de la façon suivante :

Figure 5. L'organisation dès la prise en charge du patient

Dès la mise en dialyse d'un nouveau patient, deux possibilités se présentent :

- ▶ soit la dénutrition a été diagnostiquée par le médecin (dénutrition avérée à la mise en dialyse),
- ▶ soit la dénutrition est mise en évidence lors du 1er dosage du PCR.

Dans le 1er cas, une consultation diététique est demandée par le médecin. La diététicienne réalise une enquête nutritionnelle et apporte aux patients et/ou à son entourage les conseils alimentaires nécessaires. Une prescription de CNO est réalisée par le médecin si besoin. La diététicienne peut également proposer un CNO à prendre en cours de séance.



Dans le 2ème cas, les infirmières communiquent les résultats au médecin et contactent la diététicienne qui réalise les mêmes démarches que dans le 1er cas.

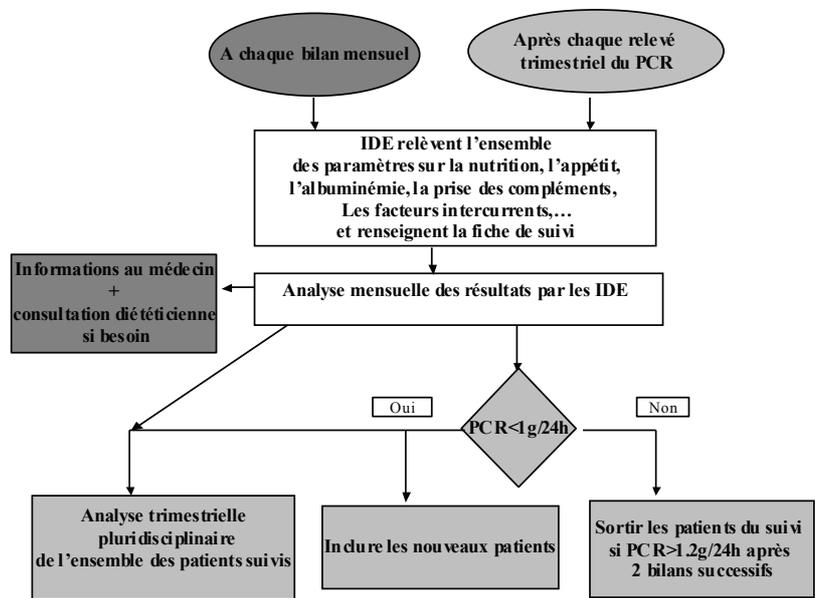
Dans les deux situations, une fiche de suivi nutritionnel est mise en place.

Figure 6. L'organisation du suivi du patient

Afin d'améliorer notre réactivité, une vigilance mensuelle a été instaurée par le suivi systématique de l'albuminémie ainsi que le relevé des paramètres tels que : l'appétit, la prise des CNO, la perte de poids, les facteurs intercurrents de la dénutrition,...

Le médecin est alerté dès qu'un paramètre relevé est anormal. Une consultation diététique peut être envisagée si besoin.

Tous les trimestres, au vu des résultats du PCR, une réunion pluridisciplinaire est programmée où chaque cas est étudié(3). Les nouveaux patients ayant un PCR<1g/24h00 sont inclus dans le suivi et tout patient suivi ayant un PCR>1,2g/24h00, après deux bilans successifs, est quant à lui sorti du suivi.



Nous avons également décidé de sensibiliser l'ensemble du personnel prenant en charge les patients dialysés. La diététicienne a participé activement à la formation initiale du nouveau personnel de l'ensemble des structures de dialyse du département. Au total depuis juin 2008, 5 nouveaux infirmier(e)s

en centre lourd et 9 en unité de dialyse médicalisée et auto dialyse ont été formés.

Elle a également dispensé des cours sur l'alimentation du dialysé à l'ensemble du personnel de ces services ainsi qu'aux soignants des services d'hospitalisation de néphrologie.

Conclusion

Nous avons mis en place une organisation structurée dont les premiers résultats sont encourageants. Notre démarche pluridisciplinaire consiste en une approche globale des patients à risque de dénutrition. Les actions mises en place sont adaptées et personnalisées.

Cette organisation a permis de valoriser le rôle de l'infirmière de dialyse dans la prise en charge de la dénutrition en lui permettant de participer activement au dépistage des patients à risque ainsi qu'à l'analyse plus globale de l'état nutritionnel de chaque patient. Ce travail de recherche en amont permet une plus grande réactivité face aux problèmes et représente une aide fort appréciable pour le médecin dans la prise

en charge des patients. Ce travail a également renforcé la collaboration avec la diététicienne et a également permis de sensibiliser toute l'équipe aux problèmes de dénutrition.

Nous avons présenté notre démarche en décembre 2008 auprès du CLAN (Comité de Liaison Alimentation Nutrition) du Centre Hospitalier d'Angoulême. Ce suivi a également été inscrit dans notre contrat de pôle.

Pour terminer, cette démarche, par le biais du suivi d'indicateurs nutritionnels, s'inscrit dans la démarche qualité exigée par la certification V2010.

Bibliographie

- Cano N., Prévenir et traiter la dénutrition en pathologie rénale, Nutrition et Endocrinologie, janvier-février, 2009, vol.7, N°39,41-46
- Nejm Owen-W., 1993.
- Bullani R., Cheseaux P., Deléaval G., Halabi A. ; Blancheteau M., Roulet D : dénutrition en dialyse : vers la fin d'une fatalité, Revue Médicale Suisse, N°3055.

