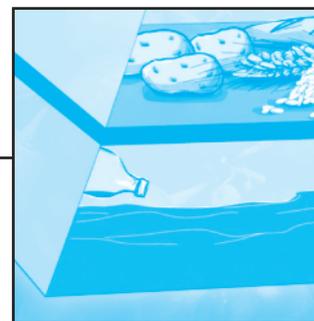


PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE DE LA PERSONNE AGÉE INSUFFISANTE RÉNALE

Problèmes nutritionnels de la personne âgée en dialyse

Docteur Jean-René LARUE – La Garde



Les néphrologues portent depuis longtemps un grand intérêt aux problèmes nutritionnels. Cet intérêt est d'ailleurs contemporain de celui qu'ils portent à l'évaluation et à l'optimisation de la qualité de l'épuration qu'ils proposent à leurs patients. Le vieillissement constant de la population, mais plus encore le vieillissement de notre population de patients, associé à une augmentation permanente du nombre de dialysés, est à l'origine d'une représentation chaque année plus importante des patients âgés de plus de 75 ans.

GÉNÉRALITÉS

L'espérance de vie à la naissance des français a augmenté de façon constante au cours de la deuxième moitié du XX^e siècle. Ceci a d'importantes répercussions dans la population générale puisqu'en 1980, les plus de 65 ans représentaient 18 % de la population, alors que les projections pour 2050 proposent un chiffre de l'ordre de 30 %.

Dans une étude régionale en région PACA, les patients dialysés de plus de 75 ans sont passés de 19.2 % en 1995 à 24.8 % en 1999 et à 29 % en 2002 sur l'ensemble des patients dialysés.

La dénutrition chez les personnes âgées (PA) non insuffisantes rénales atteindrait : 10 % des patients après 80 ans, 50 % des patients admis en cours séjour, 19 à 60 % des patients en institution. La malnutrition des personnes âgées apparaît comme le principal facteur de mauvais pronostic en multipliant par 2 à 6 les risques de pathologies infectieuses et par 2 à 4 la durée d'hospitalisation, mais aussi par 2 à 4 la mortalité. Il se crée une véritable spirale de la dénutrition avec apparition d'un déficit immunitaire favorisant les infections, l'hypercatabolisme, l'hypoalbuminémie, la dépression, les risques iatrogènes, les carences d'apport, la fonte musculaire, les chutes et les fractures puis l'immobilisation et la perte d'autonomie.

L'étude française de Chauveau (1) a montré la présence d'une dénutrition chez 20 à 50 % des patients âgés (> 75 ans) en dialyse, en fonction du choix des marqueurs de dénutrition.

PHYSIOPATHOLOGIE DE LA MALNUTRITION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES (PA)

PA non insuffisante rénale

Problèmes bucco-dentaires

Seule 3 % de la population âgée ont une denture saine, 50 % ont une édentation totale, et dans les services de gériatrie l'hygiène bucco-dentaire est déficiente dans près de 100 % des cas. Cette défaillance dentaire provoque une modification dans le choix des aliments avec une réduction de la consommation des viandes, des fruits frais et des légumes. Il ne faut pas négliger les soins dentaires avec adaptation ou réadaptation des prothèses. Quelques conseils simples peuvent néanmoins être proposés tels que détartrage régulier, hydratation suffisante pour favoriser la salivation, brossage manuel des dents avec un dentifrice fluoré et utilisation d'une solution antiseptique en bains de bouche (Chlorhexidine à 0.2 %).

Perturbation du goût (et de l'odorat).

Le goût et l'odorat sont des facteurs essentiels de la régulation de l'appétit. La perte du goût et de l'odorat entraîne toujours une anorexie. Le goût est un sens chimique réalisé par le contact de molécules sur des récepteurs, ici aussi la mastication et donc un bon état bucco dentaire sont nécessaires pour libérer les molécules et les mettre au contact des récepteurs. Cette hypoguesie se manifeste par ordre décroissant pour le salé, l'amer, l'acide et enfin pour le sucré. Certains médicaments interfèrent avec le goût soit directement (certains antibiotiques et les IEC) soit indirectement en limitant la salivation

(psychotropes). Quelques petits moyens peuvent être proposés tel que boire suffisamment, mastiquer longuement et donc laisser au patient assez de temps pour manger et enfin stimuler les sécrétions salivaires en proposant des aliments sapides aux saveurs travaillées (épices, herbes...). Il faut aussi travailler la consistance des aliments, en effet la saveur va en décroissant de l'aliment découpé au couteau à l'aliment mixé. Les aliments mixés seront donc à éviter au profit d'aliments hachés.

Vieillesse de l'appareil digestif

Le vieillissement de l'appareil digestif n'est jamais à lui seul une source de malnutrition. Le ralentissement du transit intestinal avec l'âge et la diminution de l'apport hydrique, de l'activité physique, sont responsables de stase intestinale, de constipation et de pullulation microbienne.

Insuffisance d'apports alimentaires

• Causes sociales

L'isolement, la diminution des ressources ou la redistribution des ressources aux descendants sont des causes de défauts d'apports alimentaires. Il est essentiel de tenter de réinsérer la personne âgée dans un environnement social (visite de la famille, voisins, clubs ou, si les moyens le permettent, personne à domicile). Il faut insister sur le fait que très souvent les personnes âgées ignorent les aides auxquelles elles peuvent prétendre, une assistante sociale est alors très utile. Il faut aussi réhabiliter le rôle social du repas lui-même en faisant participer la PA et en lui demandant d'aider à mettre ou à débarrasser la table.

• Baisse des capacités physiques

Les difficultés à la marche peuvent être à l'origine d'un problème d'approvisionnement, tout comme des troubles de la mobilité des membres supérieurs qui peuvent en outre gêner lors de la préparation.

• Ignorance des besoins alimentaires

Les PA connaissent mal les besoins alimentaires. Il est fréquent de découvrir des régimes auto-prescrits ou des idées préconçues à l'origine de carences.

• Erreurs diététiques et thérapeutiques

Les régimes au long cours sont très rarement indispensables en gériatrie, il faut savoir les réévaluer souvent et les alléger. Les PA sont très (parfois trop) respectueuses des recommandations médicales. Une grande quantité de médicaments prise en début de repas est très nettement anorexigène. Il faut à l'évidence réduire la prescription aux molécules indispensables mais aussi se poser la question de la répartition dans la journée.

• Dépression et troubles intellectuels

La dépression est très fréquente, elle doit être diagnostiquée et traitée au besoin par des antidépresseurs. Les troubles intellectuels demandent eux aussi une prise en charge spécifique.

Hypercatabolisme

Cet hypercatabolisme répond à des mécanismes différents : dans les infections il correspond à un hyperfonctionnement des lymphocytes, dans les destructions tissulaires à un hyperfonctionnement phagocytaire et dans les réparations tissulaires à un hyperfonctionnement des fibroblastes. Si dans ces circonstances, les apports alimentaires ne sont pas augmentés ou suffisants, il se réalise alors un prélèvement sur les muscles avec apparition d'une sarcopénie. Les patients âgés, lorsqu'ils sont confrontés à une situation d'hypercatabolisme voient leur poids diminuer et même après guérison de l'épisode, ne retrouvent pas leur poids antérieur. Tous les états inflammatoires aigus ou pathologies chroniques peuvent être en cause (infection, néoplasie, insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, hyperthyroïdie).

Toutes ces causes de dénutrition sont totalement ou partiellement accessibles à une action corrective d'ordre médical ou non. Chez un même patient coexistent souvent plusieurs causes qui nécessitent une identification précise pour pouvoir déboucher sur des actions efficaces.

PA insuffisante rénale et dialysée

On distingue classiquement deux grandes causes de dénutrition chez le patient insuffisant rénal dialysé :

Type 1 :

Dénutrition par réduction des apports protéino-caloriques, en rapport avec une accumulation

de déchets du métabolisme azoté qui agiraient comme des « toxines urémiques » et qui auraient un effet anorexigène. Ce type de dénutrition s'aggrave au fur et à mesure de la progression de l'insuffisance rénale.

Type 2 :

Dénutrition liée aux phénomènes d'hypercatabolisme en rapport soit avec l'insuffisance rénale elle-même (hyperparathyroïdie, acidose métabolique...), soit en rapport avec la dialyse (fuite d'acides aminés dans le dialysat, augmentation de la dépense énergétique au cours de la séance, mauvaise tolérance hémodynamique de la séance et ses conséquences...). La dialyse est à l'origine d'un syndrome inflammatoire chronique dont les causes sont actuellement discutées (bio-incompatibilité de la membrane, dialysat non ultra-pur et passage d'endotoxines...) aboutissant à une synthèse hépatique de protéines de l'inflammation au dépens de l'albumine. Cette situation est associée à une athérosclérose et constitue le MIA syndrome (malnutrition-inflammation-athérosclerosis) (2).

TYPES DE VIEILLISSEMENT ET CONCEPTS DE DÉCOMPENSATION ET DE FRAGILITÉ

Les gériatres distinguent trois types de vieillissement :

- Le vieillissement réussi où la PA avance en âge en voyant ses capacités se réduire progressivement mais sans pathologie importante ; ce sont ces patients qui sont ou deviendront centenaires.
- Le vieillissement moyen où les modifications physiologiques sont à l'origine d'une fragilité aux agressions.
- Le vieillissement pathologique où la PA présente une ou plusieurs pathologies chroniques ce qui peut aboutir à une grande dépendance. Nos patients insuffisants rénaux font bien sûr partie de ce troisième groupe.

Concepts de décompensation et de fragilité

La fragilité correspond à une réduction multisystémique des réserves fonctionnelles de l'organisme et une réduction de réponse et de réaction de l'organisme à un stress ou une agression même mineurs. Les facteurs de décompensation sont aussi variés qu'une fracture, qu'une infection, qu'une décompensation aiguë d'une pathologie chronique. La dénutrition par l'un ou l'autre de ces mécanismes, vient très souvent se surajouter au facteur initial de décompensation. Tout comme il est

indispensable de traiter rapidement et énergiquement le facteur initial (par exemple une fracture), il ne faut pas attendre que la dénutrition arrive au premier plan pour en tenir compte.

A ce stade nous pouvons nous poser la question de savoir si, **oui ou non, nous devons considérer nos patients âgés dialysés comme tous nos patients dialysés adultes ?**

• **La réponse est oui :** nous devons en effet leur proposer la même qualité de prise en charge (matériel, infrastructures, personnels...) que celle que nous proposons à des patients plus jeunes. Il faut couper le cou une dernière fois à cette idée fallacieuse qui dit que parce que l'urée et la créatinine avant dialyse sont basses, la PA n'a besoin que de séances de dialyses courtes, puisqu'elle n'a que peu de déchets à épurer. Si la créatinine est basse, c'est que la masse musculaire est très faible et si l'urée est basse c'est que les apports protidiques sont bas ou inexistant. Si l'on diminue le temps de dialyse, les toxines urémiques s'accumulent et le cercle vicieux de l'anorexie et de la dénutrition ne fera qu'aboutir à une catastrophe. Il faudra donc au contraire augmenter le temps de dialyse, pour augmenter l'appétit, les apports caloriques et protidiques (spontanés ou dans le cadre d'une stratégie de soutien nutritionnel). Enfin des séances plus longues seront aussi nécessaires pour réguler les volumes hydriques de l'organisme (et avoir une ultra-filtration horaire plus faible) car dans cette situation il ne faut faire aucune restriction sur les apports sodés et sur les apports hydriques (sauf IC mal compensée). Les objectifs en terme de Kt/V sont les mêmes que pour les patients plus jeunes 1.2 à 1.3 (et dialyser 3 fois par semaine), mais a contrario on a montré que des Kt/V au-delà de ces chiffres n'avaient probablement aucune influence supplémentaire sur la survie. La qualité de la membrane est aussi importante car nous avons vu que la bio-incompatibilité des matériaux pouvait intervenir dans l'activation de phénomènes inflammatoires et aboutir au MIA syndrome. Il a aussi été démontré que les membranes de haute perméabilité étaient associées à une meilleure survie.

• **La réponse est non :** nous avons vu, ne serait-ce que du point de vue nutritionnel, toutes les spécificités des personnes âgées et surtout leur difficulté, voire leur incapacité à retrouver spontanément, après une décompensation ou une agression, la situation antérieure. Nous devons donc anticiper sur les évolutions prévisibles, adapter notre matériel ou nos structures et former spécifiquement notre personnel.

BESOINS NUTRITIONNELS

Les besoins nutritionnels de la PA non-insuffisante rénale sont (source : « Nutrition de la personne âgée » Ferry Ed. Masson 2^e Ed. 2002) (3).

- Energie : 35 Kcal/kg/jour
- Protéines : 1 g/kg/jour
- Glucides : 50 % énergie totale
- Lipides : 35 % énergie totale
- Fibres : 20 à 25g/jour
- Calcium : 1200 mg/jour
- Liquides : 1.5 l/jour + 500 ml en cas de forte chaleur + 500 ml par d° de température si > 38°

Les protéines ne sont correctement utilisées que si elles sont accompagnées d'un apport énergétique suffisant sous forme d'hydrates de carbone, le rapport glucide/protéine ingérée (en g/jour) doit être de l'ordre de 3. Les protéines animales sont la seule source d'acides aminés essentiels et doivent représenter 60 % des apports protidiqes totaux. Pour reconstituer du muscle, il faut associer aux apports énergétiques et protidiqes, une activité musculaire.

Pour les PA dialysées, les DOQI recommandent :

- Energie : 35 Kcal/kg/jour

Mais proposent pour certaines personnes de plus de 60 ans qu'un apport de 30 KCal/kg/jour puisse être suffisant du fait de la sédentarité (!).

- Protéines : 1,2 g/kg/jour

EVALUATION DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL

L'évaluation de l'état nutritionnel est depuis de nombreuses années une source intarissable de communications, de publications. Chacune d'entre elles étudie tel ou tel paramètre biologique, anthropométrique, biophysique ou telle ou telle association de paramètres pour essayer d'en retirer l'indicateur « universel » qui définira l'état nutritionnel du patient à un instant donné. Les conclusions sont toujours les mêmes : aucun paramètre ou même questionnaire ne peut à lui seul nous donner une idée valable de l'état nutritionnel d'un patient à un instant. Les professionnels savent très bien évaluer l'état nutritionnel de leurs patients, et à partir de ces données : proposer des stratégies thérapeutiques et en évaluer les effets. Ils utilisent tous leur boîte à outils personnelle et toutes les boîtes à outils ne sont pas identiques puisque les outils qu'on y trouve ne sont pas les mêmes. Pourtant les outils appartiennent globalement à trois familles : l'enquête diététique, les marqueurs biologiques, les données anthropométriques et l'évaluation

des masses de l'organisme parfois à l'aide d'outils biophysiques. Il ne faut pas négliger dans tous les cas d'évaluer en parallèle la qualité de l'épuration que nous proposons à nos patients. Chaque praticien peut classer globalement ses patients en trois catégories : nutrition normale, risque de dénutrition ou dénutrition modérée, dénutrition sévère. C'est à partir de ces catégories que l'équipe proposera et pourra évaluer des stratégies d'assistance nutritionnelle.

SITUATIONS CLINIQUES PARTICULIÈRES

Les infections

L'infection est à l'origine d'une dénutrition, en premier lieu par l'anorexie qui l'accompagne mais aussi par les phénomènes d'hypercatabolisme qui en découlent. L'attention de l'équipe soignante est souvent focalisée par l'infection elle-même (origine, germe, antibiothérapie) et l'aspect nutritionnel passe souvent au second plan alors que cette prise en charge devrait être la plus précoce possible.

La constipation

Cette sensation de plénitude digestive et de distension abdominale est une cause évidente d'anorexie. La constipation est un trouble très fréquemment retrouvé chez les PA, pouvant concerner 25 % des PA à domicile et jusqu'à 80 % des PA en institution. Les étiologies sont multiples, l'exploration doit parfois être confiée à un gastro-entérologue mais avant de se lancer dans des explorations complexes, il faut évoquer : l'insuffisance d'apport en eau et en fibres, l'immobilisation entraînant une atonie intestinale et une stase des matières fécales, les facteurs environnementaux tels que la difficulté à accéder aux toilettes, la promiscuité, l'obligation d'utiliser le bassin, ou le sentiment de dépendance vis-à-vis du personnel. Il est malheureusement souvent impossible de se passer d'un traitement médicamenteux. Dans ce cas les laxatifs osmotiques doivent être en première ligne (lactulose et polyéthylène glycol). Les lavements conservent une indication surtout en début de traitement. Les laxatifs par voie rectale peuvent être irritants et même à l'origine de saignements parfois massifs. Certains des médicaments donnés très communément à nos patients dialysés sont constipants : le Kayexalate, le carbonate de calcium et encore plus l'association des deux.

Les escarres

La dénutrition fait partie des facteurs favorisant la survenue d'escarres, mais aussi des conséquences de ces escarres par le biais de

l'hypercatabolisme. Des soins locaux attentifs sont bien sûr indispensables, mais nos patients dialysés porteurs d'escarres sont quasi systématiquement sévèrement dénutris et doivent être considérés comme tels dans notre démarche thérapeutique et notre stratégie d'assistance nutritionnelle.

STRATÉGIES D'ASSISTANCE NUTRITIONNELLE

Les objectifs doivent être adaptés au patient, il faut donc en fonction de son poids (ou mieux de son poids de forme) calculer ses besoins en calories et en protéines (sur la base de 35Kcal/kg/jour et 1.2g/kg/jour de protéines). Il faut ensuite, à partir de l'enquête alimentaire évaluer ses apports spontanés, puis en déduire la quantité de calories et de protéines que notre assistance alimentaire devrait lui apporter.

Moyens

Optimisation de l'épuration

Cette phase est sous l'entière responsabilité du néphrologue, il devra modifier les paramètres de dialyse (durée de la séance, nombre de séances hebdomadaires, vitesse de pompe, nature et la surface de la membrane, calibre des aiguilles), pour obtenir un Kt/V supérieur à 1,2. Il faut bien être conscient que pour que les prises alimentaires soient adaptées sur du long terme, il faut que la qualité de l'épuration soit satisfaisante, mais a contrario ce n'est pas parce que l'épuration est bonne que les prises alimentaires seront satisfaisantes. L'acidose métabolique est une constante dans l'insuffisance rénale. La correction de cette acidose est indispensable pour que les synthèses protidiqes se fassent dans de bonnes conditions.

Les bains glucosés sont maintenant très largement utilisés, ils évitent la perte de glucose dans le dialysat et ainsi une cause supplémentaire de perte calorique. Plusieurs équipes décrivent depuis quelques années un impact très positif de la dialyse quotidienne sur l'état nutritionnel des patients (4).

Traitement des pathologies intercurrentes

Il s'agit là aussi d'une phase essentiellement médicale où le néphrologue devra, après avoir réexaminé le patient, adapter les traitements au long cours (à visée digestive, cardiaque, thyroïdienne...) et surtout détecter et traiter de façon « énergique » tous les facteurs de décompensation. Il devra aussi rechercher et traiter ou faire traiter les problèmes bucco-dentaires et l'inadaptation des prothèses dentaires. Le médecin devra aussi reprendre tous les médicaments du patient, en évaluer

l'utilité et toujours aller dans le sens d'une simplification. Il tentera de répartir les différents traitements sur la journée pour interférer le moins possible avec l'appétit.

Optimisation de l'organisation

La durée des transports, le choix des horaires sont parfois à l'origine de la suppression systématique d'un repas (ce qui se reproduit donc trois fois par semaine...). Le choix du lieu de traitement et plus encore le choix de l'horaire de dialyse peuvent avoir une grande influence. Les surveillants de nos structures doivent être sensibilisés à ce problème.

En toute logique un repas devrait être proposé systématiquement après une séance de dialyse, et ceci pour plusieurs raisons :

- Eviter de proposer des collations en cours de séance, avec le risque de redistribution du flux sanguin vers le tube digestif lors de la digestion et le risque de chute tensionnelle.
- Les collations sont souvent du type petit déjeuner avec un volume de liquide (café, lait, thé) important nécessitant une augmentation de l'ultrafiltration sans ou quasiment sans apport de protéines.
- Proposer au moins trois fois par semaine un apport calorique et protidique adapté.
- Eviter au personnel de restauration de circuler dans les services lors des traitements.

Lorsque cette option n'est pas réalisable, une supplémentation nutritionnelle proposée pendant la séance de dialyse peut améliorer certains marqueurs (5).

Evaluation de l'état nutritionnel

Nous ne reviendrons pas sur les modalités de cette évaluation mais avant (ou en tous cas au même moment) une intervention nutritionnelle, il est indispensable de savoir d'où l'on part pour évaluer le chemin parcouru...

Conseils diététiques

Les équipes néphrologiques sont unanimes pour insister sur le rôle pivot de la diététicienne à toutes les étapes de cette prise en charge. Elle, mieux que quiconque pourra détecter une erreur et proposer une adaptation compatible avec les habitudes de vie et les goûts du patient.

Suppléments alimentaires oraux

Ces suppléments ne remplacent pas les repas et doivent se donner « en plus des repas habituels », on peut les proposer à 10 heures, à 16 heures ou vers 22 heures (devant la télé).

Alimentation parentérale per-dialytique

Cette modalité est utilisée depuis un peu plus de dix ans. Cette supplémentation se présente sous forme d'une poche contenant de 500 à 1200 Kcal et de 13 à 26 g de protéines dans un volume de 1 à 2 litres. L'apport calorique est réalisé par une association de lipides et de glucides. Cet apport étant réalisé au cours de la séance de dialyse et donc trois fois par semaine, l'apport journalier est plus de deux fois inférieur aux caractéristiques nominales de la poche. Ce qui correspond au mieux à 515 Kcal/jour et à 11g/jour de protéines. Cette technique est intéressante même si ses possibilités sont vite limitées.

Alimentation entérale

Le principe de la nutrition entérale est d'apporter directement l'alimentation dans l'estomac au moyen soit d'une sonde naso-gastrique, soit d'une sonde de gastrostomie (en général mise per-endoscopie). Cette modalité permet des apports importants pouvant couvrir la totalité des besoins du patient. Les volumes nécessaires pour couvrir ces besoins sont de l'ordre de 1,5 à 2 l par jour et imposent alors d'augmenter l'ultrafiltration. Le plus simple est souvent, en tout cas en début de traitement, de proposer une dialyse quotidienne. Celle-ci a le double avantage de permettre un taux d'ultrafiltration modéré et d'éliminer les déchets du métabolisme azotés et ainsi stimuler l'appétit. Pour être efficace cette technique doit être proposée sur une durée de trois semaines minimum. Les effets positifs n'étant pas immédiats, il faut informer le patient, sa famille et l'équipe soignante et les faire adhérer à la technique sous forme d'un « contrat ».

Vitamines

Une supplémentation en vitamines du groupe B (B1, B6, B12 et acide folique) est à proposer aux patients dénutris, ainsi qu'une supplémentation en Vitamines C et D.

Démarche

C'est la différence entre les besoins et les apports spontanés qui dicte la modalité d'assistance alimentaire la plus appropriée.

Dans tous les cas l'optimisation de l'épuration, la recherche et le traitement de pathologies intercurrentes, l'optimisation de l'organisation doivent être proposés.

Dénutrition débutante :

Les conseils diététiques, augmentation des rations et les suppléments oraux sont souvent suffisants.

Dénutrition modérée :

Les suppléments oraux, et la nutrition parentérale per-dialytiques peuvent être proposés.

Dénutrition sévère :

Il est indispensable de recourir à la nutrition entérale.

QUELQUES ASPECTS PRATIQUES

- Les fines herbes, les condiments, le jus de citron, les épices devront être utilisés pour augmenter les qualités olfactives et gustatives des aliments.
- Il ne faut jamais chez la personne âgée négliger la dimension psychologique et sociale de l'acte alimentaire, le plaisir et la convivialité sont aussi importants que la couverture des besoins nutritionnels.
- Il faut éviter lors des repas, de proposer des quantités trop importantes qui risquent de provoquer un écoeurement et plutôt favoriser un fractionnement des repas.
- Si problèmes de dentition penser au hachis Parmentier, aux omelettes, aux flans salés. Les aliments mixés perdent beaucoup en qualité gustative et il faut plutôt proposer des aliments hachés (si possible au dernier moment).
- Il faut limiter au maximum la quantité de médicaments et de toute façon les répartir sur la journée, ne pas les proposer en début de repas car avec l'eau ils donnent une impression de satiété qui limite d'autant les apports nutritionnels.
- Il faut proposer des repas variés et goûteux.
- Il ne faut pas hésiter à faire participer (tout particulièrement lors des hospitalisations) l'entourage familial ou amical.
- Utiliser des compléments alimentaires mais varier les marques et les saveurs pour ne pas créer de lassitude.
- Faire boire pour maintenir une bonne hydratation mais aussi si le patient le désire autoriser un verre de vin, une bière ou un petit verre de Porto...
- Chez la personne âgée : régime = danger (mais parfois indispensable de façon transitoire), les régimes sont source de monotonie alimentaire et donc d'anorexie. La prévention des complications à long terme n'est plus de mise chez les PA et personnes très âgées et donc le régime hypocholestérolémiant doit être proscrit après 70 ans et le régime diabétique doit être « souple » en insistant sur les glucides complexes. Le régime sans sel (en dehors de l'insuffisance cardiaque en

poussée) ne doit pas être prescrit, il vaut mieux proposer une préparation des aliments strictement sans sel et autoriser l'ajout de sel lors du repas éventuellement sous forme de sachets dosés à un gramme. Si un régime est indispensable, il faut savoir réévaluer fréquemment son utilité.

- Il faut enrichir les aliments avec de l'œuf ou des produits laitiers.

PARTICULARITÉ DE LA DIALYSE PÉRITONÉALE

Lorsqu'on envisage de proposer cette technique à une personne âgée, il est indispensable d'évaluer son état nutritionnel et en cas de dénutrition même modérée savoir changer d'option. Une diurèse résiduelle et quelques millilitres de clairance résiduelle sont les meilleurs garants d'une dialyse péritonéale de bonne qualité et il faut savoir, en cas de disparition de cette diurèse résiduelle ou en cas d'apparition d'une dénutrition ne pas aller dans les derniers retranchements de la technique, ne pas s'acharner tout particulièrement chez les personnes âgées et proposer au contraire une mise en hémodialyse parfois de façon temporaire.

CONCLUSION

La prise en charge de patients âgés, insuffisants rénaux, dialysés, dénutris ne peut se concevoir que par une équipe. Il est illusoire

de penser que l'on peut se passer de tel ou tel élément de l'équipe (diététicienne, infirmières ou assistante sociale).

Les IDE sont les personnes les plus proches des patients hémodialysés. Elles ont plusieurs rôles : détection, alerte, aide au diagnostic et au traitement, surveillance de l'évolution, surveillance de l'alimentation, aide à l'amélioration de l'organisation, conseils et informations.

Le patient âgé, le patient dialysé, le patient âgé dialysé présentent un gros risque de dénutrition. L'évaluation, l'élaboration de stratégies d'assistance nutritionnelle, mais aussi la prise en compte d'une multitude de petits détails permettent d'améliorer parfois modestement mais significativement la qualité de vie et l'état général de nos patients âgés. Mais plus encore c'est la prise de conscience du rôle central de la nutrition et des spécificités du vieillissement qui permettra d'améliorer la prise en charge thérapeutique des patients âgés dialysés.

Des CLAN (comité de liaison alimentation nutrition) devraient être créés dans toutes les structures de soins. Les objectifs sont de sensibiliser les professionnels impliqués dans l'alimentation des patients hospitalisés et optimiser la prise en charge nutritionnelle des patients. Cette structure s'intègre dans une politique d'amélioration de la qualité et dans la démarche d'accréditation.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Chauveau P, Combe C, Laville M, Fouque D, Azar R, Cano N, Canaud B, Roth H, Leverve X, Aparicio M ; French Study Group for Nutrition in Dialysis : Factors influencing survival in hemodialysis patients aged older than 75 years: 2.5-year outcome study. *Am J Kidney Dis.* 2001 May; 37(5): 997-1003.
- [2] Stenvinkel P, Heimburger O, Lindholm B, Kaysen GA, Bergstrom J : Are there two types of malnutrition in chronic renal failure? Evidence for relationships between malnutrition, inflammation and atherosclerosis (MIA syndrome). *Nephrol Dial Transplant* 15:953-960, 2000.
- [3] Ferry M, Alix E, Brocker P, Constans T, Lesourd B, Mischlich D, Pfitzenmeyer P, Vella B : Nutrition de la personne âgée (2ème Edition) Masson Ed.
- [4] Galland R, Traeger J, Arkouche W, Cleaud C, Delawari E, Fouque D: Short daily hemodialysis rapidly improves nutritional status in hemodialysis patients. *Kidney Int* 2001; 60(4): 1555-1560.
- [5] Caglar K, Fedje L, Dimmitt R, Hakim RM, Shyr Y, Ikizler TA: Therapeutic effects of oral nutritional supplementation during hemodialysis. *Kidney Int.* 2002 Sep;62(3):1054-9.

Docteur Jean-René LARUE
Néphrologue
Clinique Sainte Marguerite - La Garde