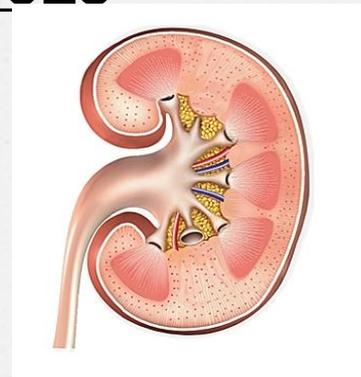


Centre Hospitalier de Valenciennes

Outil de dépistage du risque de dénutrition pour
les patients hémodialysés

Journée du CLAN 10 Juin 2016

Cécile Autreaux, Infirmière
Nicolas Buns, aide soignant
Catherine Delvoy, diététicienne



Le service d'hémodialyse se décline en :

- 3 postes d'éducation (apprentissage à l'autodialyse)
30 postes dit « centre lourd » pour les patients souffrant de poly pathologies
12 postes en unité de dialyse médicalisée (UDM)
2 postes d'hémodialyse aiguës
- Soit un total de 230 patients sur le site de l'hôpital



- Nous disposons aussi d'un service de dialyse péritonéale avec une file active d'environ 20 patients



Ce qui est fait :

o Sur un plan médical :

- o - nPCR mesuré 3 fois par an (évalue la quantité de protéines consommées par un patient entre 2 séances d'hémodialyse selon une équation prenant en compte le poids du patient, le taux d'urée en début et fin de dialyse)
- o - albuminémie (1 fois par mois), transthyrétine (1 fois par an ou plus, si besoin)
- o - Variation de poids
- o Mesure par impédancemétrie selon l'avis médical

NB : un taux d'urée ou de phosphore modérément élevé avant la séance de dialyse peut aussi être un indicateur de sous nutrition pour le médecin référent



o Sur un plan diététique :

- o Prise en charge initiale du patient au début du traitement épurateur, avec :
 - 1 relevé alimentaire pour évaluation des habitudes du patient
 - des recommandations diététiques multiples en lien avec l'hémodialyse et adaptées pour chacun des patients :
- o - Restriction hydrique selon diurèse, limiter le sel, le potassium, le phosphore, consommer suffisamment de protéines
- o Sans oublier un contrôle des apports glucidiques pour les patients diabétiques (environ 40 % des patients)

- o **Attention** : risque de dénutrition si conseils diététiques trop « restrictifs »
 - o Adaptation d'un langage diététique commun pour tous les soignants
- NB : il n'y a pas de « corpulence type » pour 1 patient dénutri, même les obèses y sont confrontés
- o Puis consultation diététique sur prescription médicale si résultats biologiques inadéquats (hyperphosphorémie...), prise de poids inter dialytique, risque de dénutrition...
- o NB : demande de consultation fréquente lors des résultats nPCR

- o Le service dispose d'une équipe « référents nutrition » composée d'IDE, AS, et diététicienne, formés grâce à l'AFIDTN (module nutrition de 3 jours), journée de formation organisée également par Santelys, mais aussi par le biais d'une formation interne initiée par le service diététique, celle-ci proposant de réfléchir à la mise en place d'actions au sein des services de l'hôpital



Certification et suivi nutritionnel en dialyse

Indicateur 5.2

surveillance nutritionnelle de l'HAS

- o Systématique tous les 6 mois pour tous les patients (dénutris ou non)
- o Étude des résultats : patient à risque de dénutrition si 2 critères en dehors des cibles
- o Quels Critères ?
 - IMC < 23
 - Alb < 38 g/l
 - nPCR < 0,8 g/kg/j
 - perte de poids sec en 6 mois > 10 %



Evaluation des patients dénutris au CH de Valenciennes en 2014

- o Travail d'équipe pour le recueil des critères de dépistage pour chacun des patients
- o Résultats :
 - 35 % de patients en centre lourd
 - 20 % en unité de dialyse médicalisée (UDM)

La littérature retrouve des chiffres allant de 30 % à 50 % de patients dénutris en hémodialyse

Pourquoi créer un outil de dépistage ?

- o Difficulté pour les soignants de visualiser l'état nutritionnel du patient, la perte de poids, car à chaque séance d'hémodialyse une nouvelle fiche est utilisée pour le patient, cette fiche étant « l'élément clé » de suivi de séance (poids sec, temps de dialyse, débit sanguin, traitement en séance, éphéméride avec examens en cours...)
- o Par ailleurs, un logiciel spécifique (hémadialyse) centralise les données informatisées du patient
- o Un dossier « papier » est toujours utilisé également par les soignants (médecin et para médicaux)

Mise en place de l'outil de dépistage Feuille de traçabilité des critères de dénutrition annuelle

o On y trouve :

- Une courbe de poids avec un seuil de perte de poids retenu à 5% (tracé vert) et 10 % (tracé rouge) complété à chaque fois que le poids sec du patient est révisé par le Néphrologue
- Les résultats biologiques : nPCR et Albuminémie reportés 3 fois par an
- Le calcul de l'IMC , 3 fois par an également

NB : cette fiche est instaurée dans le dossier papier du patient

Avantages de l'outil :
synthétique, visuel, pratique

MAIS :

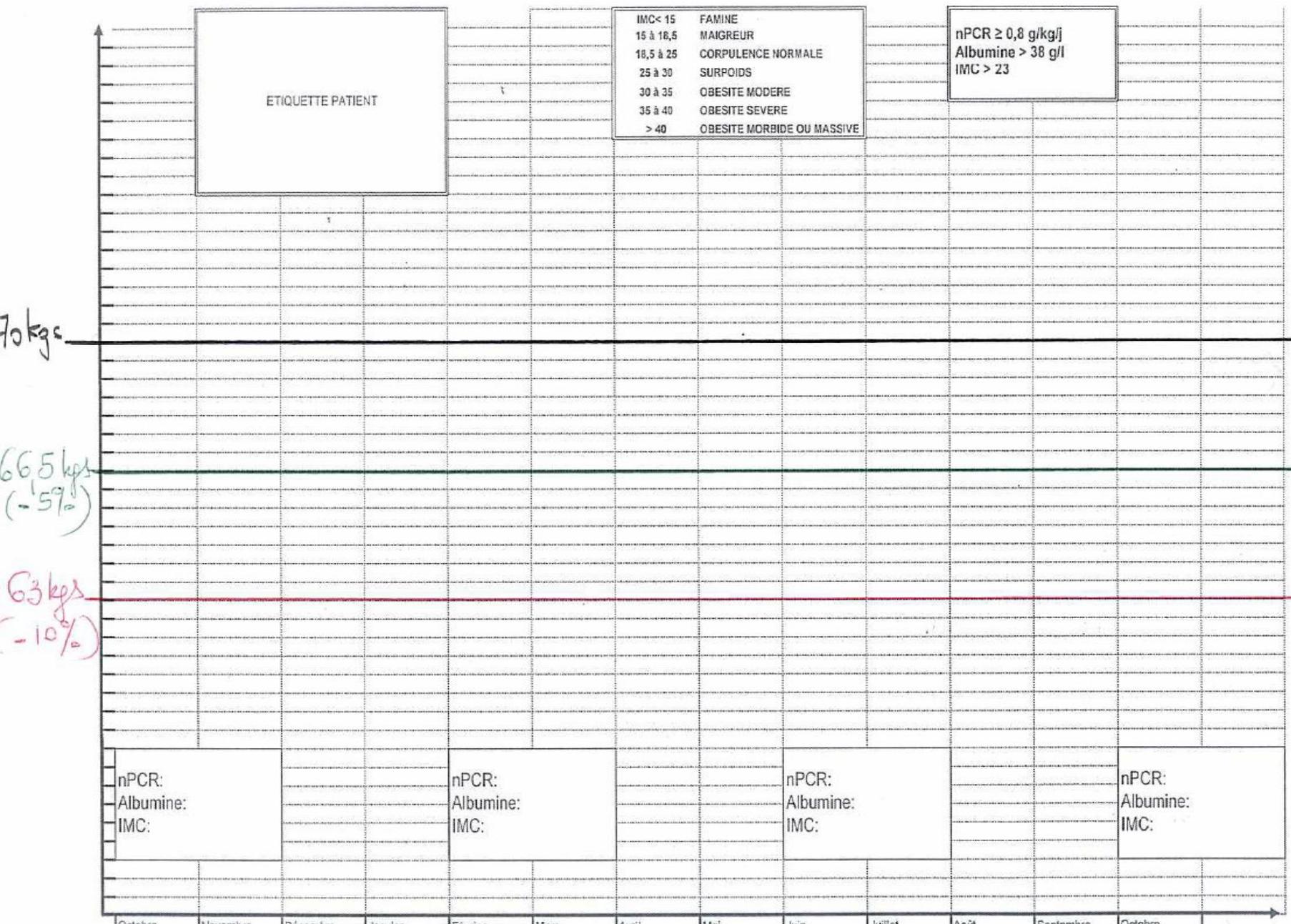
Collaboration de Tous les soignants

Bien sûr, outil validé par l'équipe médicale

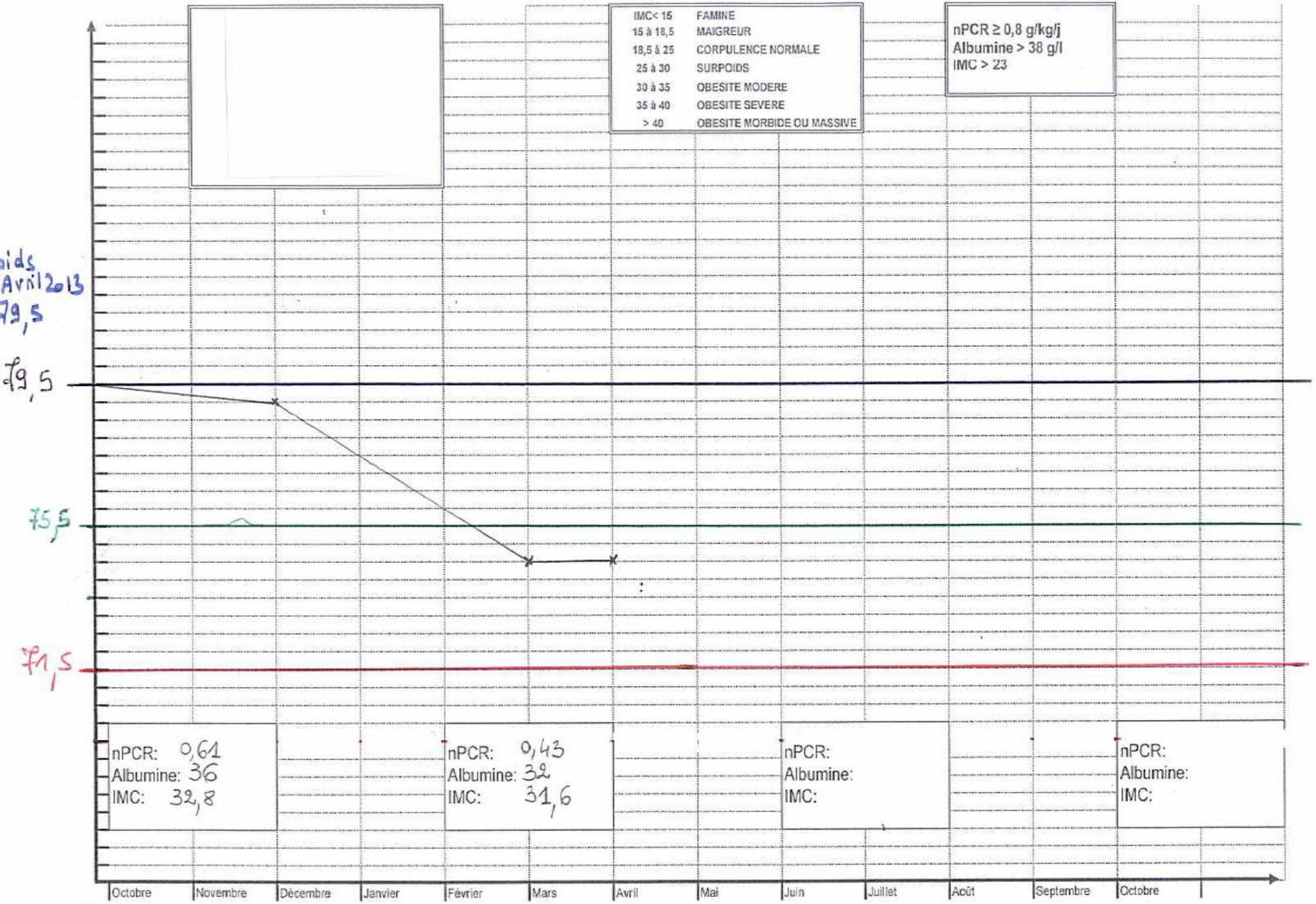
NB : outil inspiré d'une grille utilisée par une collègue diététicienne travaillant en onco-hématologie à Jeanne de Flandre afin de surveiller la perte de poids des enfants au cours de leur hospitalisation pour chimiothérapie

exemple

DEPISTAGE DE LA DENUTRITION



DEPISTAGE DE LA DENUTRITION



Les Utilisateurs



o Les infirmiers, leurs rôles :

Compléter l'outil, l'analyser, suggérer au médecin (sénior ou interne) la consultation diététique pour entretien auprès du patient

o Objectifs de l'entretien diététique :

Evaluer les apports nutritionnels du patient à l'aide d'un recueil des ingestas sur 3 jours (Vendredi-samedi-dimanche)

Rechercher les causes probables de dénutrition

NB : parfois nécessité de contacter un proche pour complément d'information, mais aussi faire appel au psychologue du service ou à l'assistante sociale selon les situations

Selon les résultats de l'entretien diététique

- 
- o Ajustement des apports alimentaires avec enrichissements de l'alimentation et/ou ajout de CNO
 - o Mise en place d'une NPPD :
 - o pour optimiser les apports énergétiques
 - o si absence de compliance du patient
 - o si intolérance aux CNO quand les apports en énergie sont compris entre 20 et 30 kcal/kg/jour et 0,8 à 1 g de protéines/kg/jour

NB : si ingestas < 20 kcal/kg/jour et < 0,8 g de prot/kg/jour : NE sur avis médical

Cas clinique Me B.

- Début de dialyse 05/2014 à l'âge de 79 ans, poids de 49,5 kg.
- 1^{ère} consultation diététique 06/2014 : IMC à 20, albumine à 30g, vomissements, manque d'appétit
1400 Kcal et 55g de protéines
Répartition alimentaire fractionnée et crème hyperprotéinée donnée en dialyse
- 2^{ème} consultation: 11/2014: IMC à 20, albumine à 29g, 1100 Kcal et 35g protéines, NE proposée
- Pose de SNG en 01/2015: prise de poids de 500g début Février
- Arrêt de la NE en 04/2015: albumine à 37g, a pris 2.5 kg , IMC à 20,5
- Actuellement, a pris 19kg . IMC à 27 . Poids 67 kg
- Avant la maladie: 80kg soit un IMC à 32

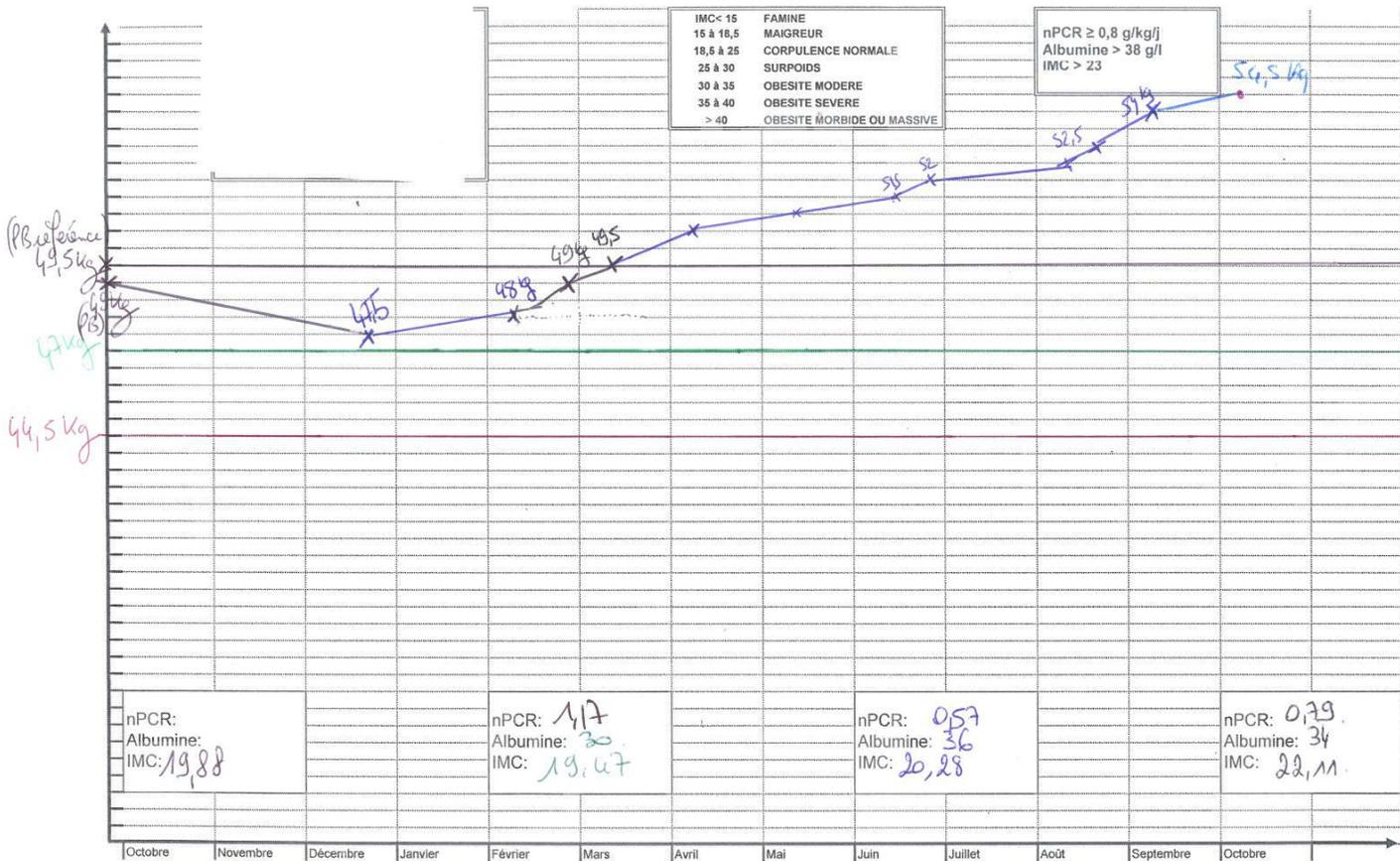
Témoignage de la patiente

- o « J'ai facilement accepté la SNG, je me voyait mourir, ne voyait pas d'autre solution ».
- o Pose de la sonde et vie quotidienne bien vécus
- o La NE l'a aidée à reprendre du poids, maintenant mange normalement, retrouve ses activités quotidiennes avec son époux.
- o Cicatrisation d'ulcère à la jambe.

DEPISTAGE DE LA DENUTRITION

Dec 2016
61,5 kg.
nPCR: 0,38

Poids



PB référence
49,5 kg
47 kg
44,5 kg

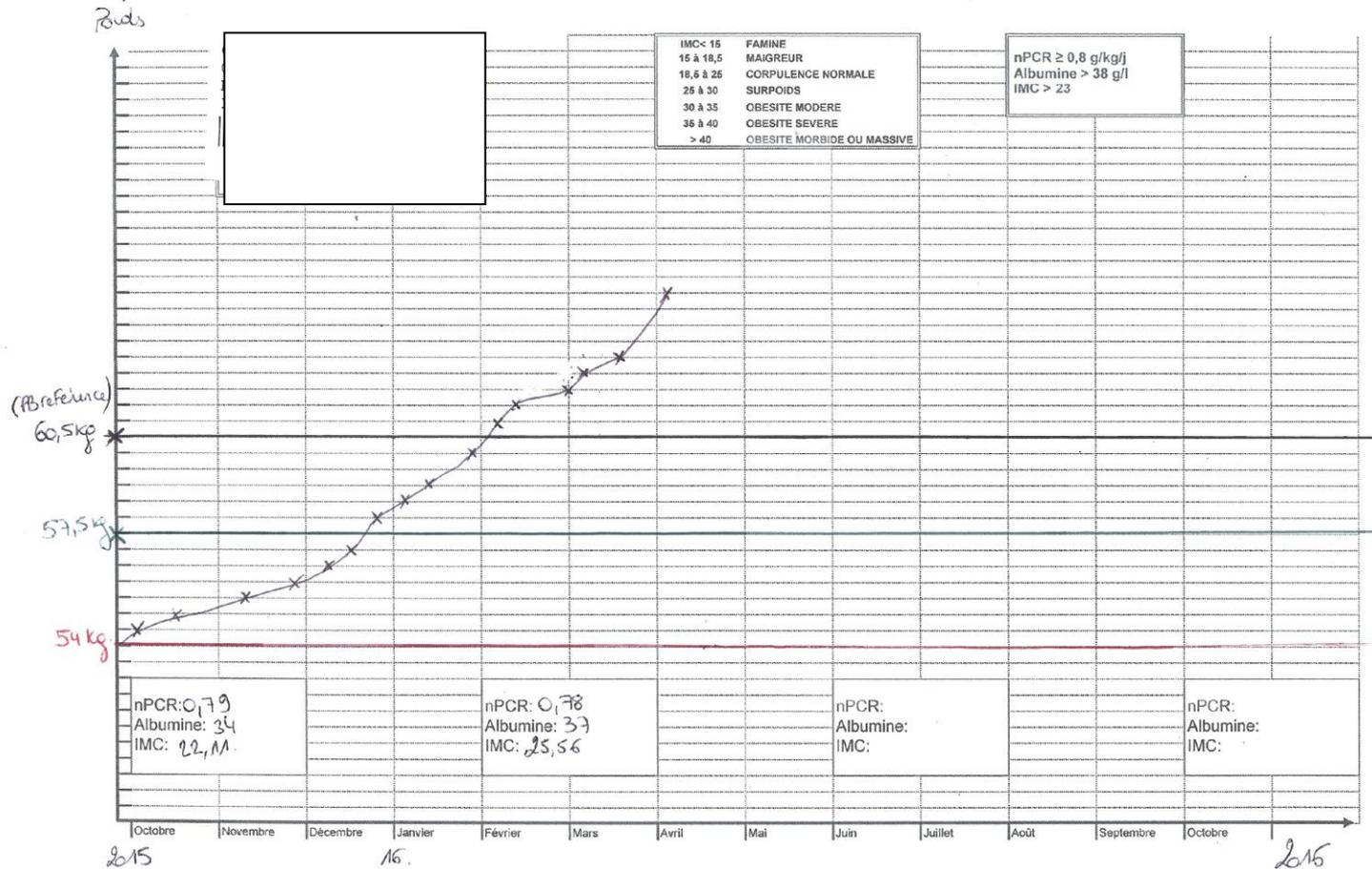
2014
taille 1m 57

2015

2015

2014: PB: 48 kg

DEPISTAGE DE LA DENUTRITION



2015

16

2015

Taille 1m57



Rôle des aides soignants

- o Alerter l'équipe soignante si un patient fait état d'un manque d'appétit, qui peut être également constater au décours de la distribution des petits déjeuner et/ou collations, lors de la pesée des patients
- o Aider à compléter l'outil de dépistage
- o Veiller à la prise régulière des compléments nutritionnels au domicile

Les facteurs limitant :

- o Nombre important de patients à prendre en charge
- o Temps dévoué par les soignants (Infirmier, aide soignant, diététicien) pour la mise en œuvre (compléter l'outil et l'analyser)

NB : Turn over important du personnel : 70 soignants en dialyse, médecin différent à chaque séance, présence d'un interne en médecine ou pas

- o Difficulté parfois à définir le poids sec de référence, du patient
- o Mise en place d'une NE, vécue comme une « agression » supplémentaire pour le patient
- o Selon l'HAS seulement 27 % des patients ont bénéficié d'une consultation diététique en 2012/2013 sur un plan national (campagne HAS IPAQSS)



Le côté positif de ce travail :

- o **Travail d'équipe avec :**
 - cohésion
 - uniformiser le langage
 - suivi du patient renforcé

Objectif :

limiter les risques de morbi-mortalité directement liés à la dénutrition du patient

Depuis peu :

Lecture systématique par la diététicienne de l'outil de dépistage tous les mois pour l'ensemble des patients, afin d'aider les soignants à repérer les patients à risque et programmer une consultation d'évaluation nutritionnelle

Ce qu'il reste à faire ...

Evaluer nos pratiques et l'impact de notre prise en charge du patient en terme d'efficacité

Envisager la possibilité de mettre en place une collation protéinée lors des séances d'hémodialyse pour compenser la perte d'acides aminés liés au traitement épurateur

Merci de votre attention
et ...

