

**Marjorie BASSET**, Diététicienne, **Yoann PATOULLIARD**, Infirmier,  
**Docteur Philip CLEOPHAT**, Néphrologue – AGDUC – VALENCE  
**Docteur SIRAJEDINE**, Néphrologue – CH – ROMANS-SAINT-VALLIER

## Suivi multifactoriel du patient dénutri hémodialysé

**S**i l'on se réfère aux différentes études menées en France ou à l'étranger, le pourcentage de dénutrition chez les patients dialysés varie selon les différents centres, de 16 à 54% selon les critères de sélection utilisés, dont en moyenne 6 à 10% de dénutrition sévère.

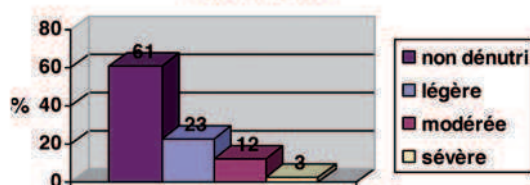
Lors du suivi et de la prise en charge des patients hémodialysés ou en attente de traitement de suppléance sur le centre de l'AGDUC Valence, notre équipe a pu mettre en évidence la fréquence importante de dénutrition et les incidences de celle-ci sur la morbidité et la mortalité.

En effet, en octobre 2009 au centre AGDUC à Valence, sur 64 patients prévalents hémodialysés (28 femmes et 36 hommes) d'une moyenne d'âge de 69 ans (50% de plus de 75 ans), les chiffres de dénutrition atteignaient les 39% (Fig.1) dont :

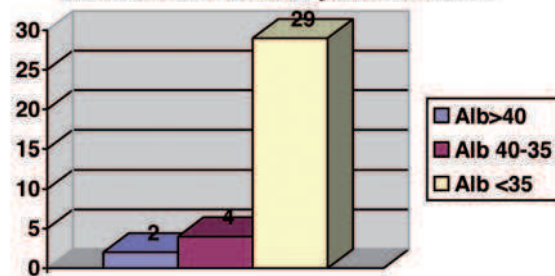
- 23% de dénutrition légère.
- 12% de dénutrition modérée.
- 3% de dénutrition sévère.

De plus, chez les nouveaux patients pris en charge en 2009 (n=35), les valeurs biologiques prélevées durant leur première dialyse révèlent un pourcentage de dénutrition de 74% (Fig.2) avec une moyenne d'albumine à 30,78 g/l.

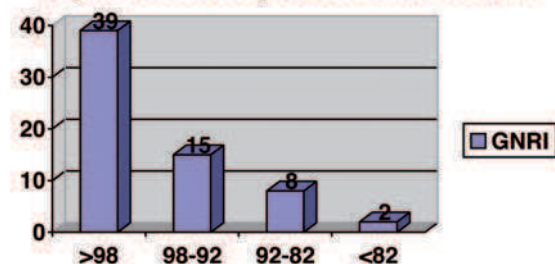
**Figure 1**  
répartition patients selon niveau nutritionnel



**Figure 2**  
albumine/nouveaux patients 2009



**Figure 3**  
répartition des patients selon Gnri



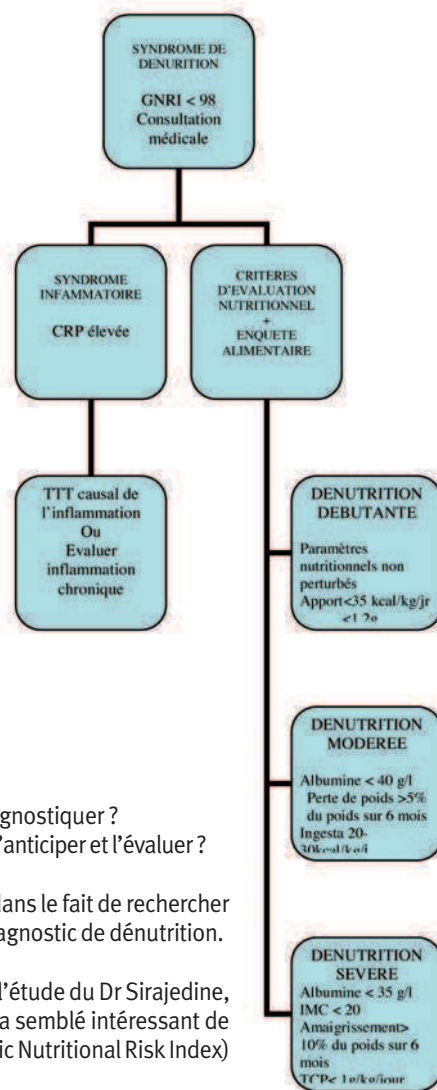
Des questions émergent alors :

- De quels types de dénutrition s'agit-il ?
- Quels sont les critères qui permettent de la diagnostiquer ?
- Quels sont les moyens à mettre en œuvre pour l'anticiper et l'évaluer ?

Face à ce constat, notre difficulté réside alors dans le fait de rechercher des marqueurs simples et efficaces facilitant le diagnostic de dénutrition.

Suite à l'étude de publications récentes<sup>1</sup> et de l'étude du Dr Sirajedine, néphrologue au CH Romans-Saint-Vallier, il nous a semblé intéressant de prendre en considération l'indice de GNRI (Geriatric Nutritional Risk Index) en première intention (Fig.3).

Avec l'aide de l'équipe pluridisciplinaire composée d'un médecin néphrologue référent, d'une coordinatrice, de 3 infirmières et d'une diététicienne, un organigramme de prise en charge a été mis en place en tenant compte d'un indice de GNRI < 98 et de critères d'évaluation nutritionnel (CHUV Lausanne<sup>2</sup>).



Date	JANV	FEV	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILL	AOUT	SEPT	OCT	NOV	DEC
poids sec	62,5	62,5	61	60,5	59	58,5	57	57,5	57,5	58	59	59
taille	1,67	1,67	1,67	1,67	1,67	1,67	1,67	1,67	1,67	1,67	1,67	1,67
concentration urée avant dialyse (µmol/l)	21	22,5	16,7	17,2	19,3	16,6	12,2	28,2	23,3	22,2	19,4	24,1
Concentration urée après dialyse (µmol/l)	6,6	7,5	5,1	6,5	7	5,6	3,7	7,9	6,8	4,1	4,8	4,3
durée de la séance de dialyse (en heure)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
poids avant dialyse (Kg)	65,2	63,9	62	61,2	60,3	58,8	57,9	59,2	60,4	60	60,2	61
poids après dialyse (Kg)	62,6	62,5	61,2	60,6	59	58,3	56,8	57,6	57,3	57,9	58,8	59
KT/V	1,39	1,26	1,34	1,09	1,17	1,21	1,36	1,48	1,51	2,00	1,61	2,04
BMI	22,4	22,4	21,8	21,6	21,1	20,9	20,4	20,6	20,6	20,8	21,1	21,1
nPCR	1,05	1,04	0,84	0,76	0,87	0,79	0,67	1,39	1,21	1,38	1,06	1,49
PRU	68,5	66,6	69,4	62,2	63,7	66,2	69,6	71,9	70,8	81,5	75,2	82,1
Albumine	37,3	33,7	31,1	46	43	48,4	30,8	41,1	27,8	37,4	34,1	38,8
CRP	23	52	31	32,6	34,5	24	14	15	11	10	11	10
POIDS IDEAL	61,4	61,4	61,4	61,4	61,4	61,4	61,4	61,4	61,4	61,4	61,4	61,4
GNRI	98	92,7	87,8	110	104	112	84,6	100	80,5	95,1	90,9	97,9

Pour aider à ce diagnostic, un tableau personnalisé pour chaque patient référence mensuellement :

- Le poids sec.
- Le poids idéal.
- La PRU.
- Le NpcR.
- Le Kt/V.
- La CRP.
- L'albumine.
- Le GNRI.

Ce recueil de données informatisé (ordinateur portable) est effectué à la réception des bilans mensuels au lit du patient et en présence du néphrologue (le prélèvement sanguin est protocolisé en milieu de semaine: vitesse de pompe à 100, conductivité coupée).

Ces informations sont exploitées instantanément et la procédure d'accompagnement est lancée selon l'évolution des critères nutritionnels.

Une enquête alimentaire (recueil d'une semaine) est effectuée par le patient et une entrevue avec la diététicienne

est prévue pour son exploitation dans le but d'ajuster les apports alimentaires et délivrer des conseils nutritionnels adaptés.

Parallèlement à celle-ci, les infirmiers effectuent lors d'un entretien avec le patient un tour d'horizon de ses habitudes alimentaires en prenant en compte les critères socio-économiques, familiaux, psychologiques et environnementaux.

Ce recueil de données va permettre à l'équipe pluridisciplinaire de démarrer des actions selon des protocoles préétablis. Deux types d'actions sont alors mises en œuvre :

- **les actions transversales**, selon l'origine de la dénutrition, vont s'orienter de façon croisée vers une prise en charge médicale (NPPD, CNO, nutrition parentérale, prise en charge des causes organiques ou inflammatoires), diététique (conseils et évaluations nutritionnels), sociale (aide économique, portage des repas, aide à domicile), psychologique (anorexie, boulimie, dépression) et envi-

ronnementale (famille, activités physiques et culturelles).

- **les actions continues**, c'est à dire un suivi temporel avec des échéances plus ou moins rapprochées selon le degré de dénutrition, permettant ainsi un accompagnement et un appui psychologique primordial. Des prestataires associatifs assurent le suivi des patients sous CNO à domicile.

La multiplicité des éléments utilisés vont permettre à l'équipe pluridisciplinaire d'affiner et de personnaliser la prise en charge. Les critères de démarrage, de suivi et d'évolution sont discutés de façon coordonnée entre le patient et l'équipe qui fixent ensemble des objectifs réalisables et évaluables.

### Objectifs de la prise en charge nutritionnelle de la dénutrition

- Optimiser les apports nutritionnels pour arriver à des apports recommandés de :
  - Apports énergétiques de 30 à 40 kCal/kg de poids/jour.

- Apports protéiques de 1,2 g de protéines/kg de poids/jour.
- Anticiper le risque plus important de morbidité et de mortalité.
- Maintenir/améliorer le statut nutritionnel.
- Améliorer la qualité de vie.

La prise en charge nutritionnelle fait partie intégrante des soins, elle nécessite une mobilisation de tous les acteurs entourant le patient. L'objectif étant de réduire les risques liés à la dénutrition chez des personnes fragilisées par une maladie chronique tout en prenant en considération leur individualité et leur spécificité.

### Bibliographie

1. *Geriatric Nutritional Risk Index, a simplified nutritional screening index, is a significant predictor of mortality in chronic dialysis patients* Kobayashi et al. *Nephrol. Dial. Transplant* April 16. 2010; 0: gfq211v1-gfq211
2. *Dénutrition en dialyse : vers la fin d'une fatalité* - Article de R. Bullani M. Cheseaux P. Deléaval G. Halabi A. Blancheteau M. Roulet D. *Teta Revue Médicale Suisse N° 55* publiée le 01/03/2006