

# L'évaluation nutritionnelle subjective globale Un outil de diagnostic infirmier ?

J-Ph. JULIEN (Infirmier Diplômé d'état) avec le concours scientifique et statistique de M. le Pr Ch. COMBE et de Mme le Dr C. LASSEUR (chef de service et praticien hospitalier, néphrologie-hémodialyse-hôpital St-André) et le groupe d'étude composé de Mme C. CHOURY, Mme S. ZANONI, Mme M. GÉRAUD, Mme V. DIAWARA, Mme C. BRISOT, Mme S. BRISTIÉL, Mme V. SIMON, Mme S. PÉCHAUDRAL, Mme S. LAFORIE, Mme C. LETELLIER, Mme AG. THIRION, Mme A. CUISSET, Mme C. DUPONT (Infirmières Diplômées d'Etat).  
C.H.U. de BORDEAUX - Hôpital Saint-André - 33 BORDEAUX

## INTRODUCTION

L'état nutritionnel est un axe majeur dans la surveillance et le devenir des personnes traitées par l'hémodialyse. Or, l'infirmier(e) possède une position clef dans la mise en œuvre des soins et dans le suivi de ces patients. Toutefois, à notre connaissance, elle ne dispose d'aucun outil qui lui soit propre, afin d'établir un diagnostic dans ce domaine. L'évaluation nutritionnelle globale subjective (SGA Subjective Global Assessment) pourrait-elle devenir un support du diagnostic infirmier, afin d'améliorer la surveillance, le dépistage et la prévention de la dénutrition des malades traités en dialyse ? Cette étude a tenté de répondre à cette question d'une part, en sensibilisant les professionnels aux problèmes liés à ce phénomène et d'autre part, en explorant la capacité des infirmier(e)s à acquérir cette méthode et à l'exploiter.

## LA DÉNUTRITION DANS LA POPULATION DES PERSONNES TRAITÉES EN HÉMODIALYSE

La dénutrition débute fréquemment dans la période pré-dialytique, ceci à la faveur d'une baisse spontanée des apports protéino-énergétiques, d'un dysfonctionnement du métabolisme protidique (1), d'un régi-

me hypoprotidique inadéquat, d'une acidose métabolique, d'anomalies endocriniennes (PTH...), de troubles cardiaques, de processus infectieux et inflammatoires ou d'une anémie (2).

### 1. Des causes multifactorielles

L'hémodialyse accentue le catabolisme protidique physiologique. D'autres facteurs peuvent augmenter la prévalence de la dénutrition, tels que l'ancienneté du traitement de suppléance, le vieillissement des personnes traitées, des conditions psychosociales défavorables, une pathologie associée (hépatite B, C ; diabète...), certains traitements (corticoïdes...) et une dose de dialyse insuffisante.

### 2. Une prévalence marquée

Une étude multicentrique française, effectuée en 1997, intéressant plus de 7000 patients indiquait une prévalence de la dénutrition de l'ordre de 20 à 36 % ; les commentaires soulignaient l'importance de la dénutrition protidique (3).

### 3. Une morbidité et une mortalité accrues

Déjà en 1983, SR. Acchiardo et coll. avaient mis l'accent sur la responsabilité de la dénutrition comme facteur de morbidité et de mortalité au sein de la population des hémodialysés (4). En 1993, WF Owen et Coll. montraient que l'albu-

minémie possédait un caractère prédictif majeur de mortalité chez plus de 13000 patients (5). Plus récemment, N. Cano et coll. indiquent qu'une pré-albuminémie < 0,3 g/l et une albuminémie < 35 g/l s'associent respectivement à une mortalité de l'ordre de 20 % à 1 an et 50 % à 3 ans pour l'une et de 60 % à 1 an et 80 % à 2 ans pour l'autre (6).

#### 4. Le SGA un outil d'évaluation nutritionnelle innovant

##### ⇒ Aspect historique

L'application de cette méthode aux malades insuffisants rénaux traités par l'hémodialyse et la dialyse péritonéale a été rapportée par un article paru en 1993 (6). Le bilan de cette étude a mis en avant la pertinence du SGA dans notre spécialité. En outre, les auteurs ont insisté également sur son caractère prédictif et économique

##### ⇒ Aspect pratique

Le SGA se compose de 2 volets à la fois distincts et complémentaires qui prennent en compte un aspect de l'historique médical et un examen clinique (7).

**L'histoire de la maladie** se compose de 4 rubriques (Modification du poids, Régime Alimentaire, Symptômes gastro-intestinaux, Gêne fonctionnelle en relation avec l'état nutritionnel). Chacune d'elle regroupe à son tour 2 ou 3 questions simples faisant appel à des réponses simples, rapidement accessibles (variation du poids) et noté A, B ou C signifiant respectivement bon, moyen, grave (type de modification du régime alimentaire = C signifie grave modification du régime alimentaire). Les notes obtenues permettent de dégager une première tendance historique.

**L'examen physique** consiste à évaluer différents signes, au travers de gestes et de sites physiques de références, tels que la perte en graisse

sous-cutanée, l'atrophie musculaire, un oedème des chevilles, un oedème sacré et la présence d'une ascite. La note attribuée à chaque signe peut être normale, bénigne, modérée ou grave. L'ensemble des notes obtenues donne la tendance du constat clinique (cf. annexe 1 page suivante).

##### ⇒ Modalités de classement et analyse

La déduction finale de l'évaluation s'opère en confrontant les tendances respectives de l'historique et de la clinique afin de classer le patient A (bonne nutrition), B (malnutrition bénigne à modérée) ou C (malnutrition sévère). Par exemple, un malade présentant un historique plutôt axé A et une clinique orientée grave sera classé B. Dans ce cas, il faut noter le risque de basculer dans la classe C (malnutrition grave) si une dégradation de l'histoire de la maladie se produit.

### LE PROJET E.N.P.H.I./S.G.A. : ÉVALUATION NUTRITIONNELLE DES PATIENTS EN HÉMODIALYSE PAR L'ÉQUIPE INFIRMIÈRE AU MOYEN DU SUBJECTIF GLOBAL ASSESSMENT

#### 1. Les étapes

La démarche entreprise comportait 3 phases distinctes et complémentaires :

- **Sensibiliser** les soignants au problème de la dénutrition des personnes traitées par l'hémodialyse au travers d'un exposé oral et d'un document écrit.
- **Explorer** la capacité d'apprendre cette méthode par 2 infirmiers et confronter son utilisation auprès de 9 patients dans des conditions réelles.
- **Organiser** une évaluation nutritionnelle périodique de l'ensemble des patients d'un secteur par un groupe de soignants et explorer la pertinence des résultats obtenus.

#### 2. La méthode

Le SGA a été pratiqué par un groupe de 14 infirmier(e)s auprès d'une population de malades insuffisants rénaux durant leur séance d'hémodialyse (ancienneté > 6 mois) dans un secteur de traitement. Les valeurs des albuminémies et pré-albuminémies (éléments de référence) ont été étudiées (**moyenne ± écart type**) en fonction des classes SGA par analyse de variance.

#### 3. Les résultats

En mars 1999 l'étude de faisabilité (9 patients, 2 femmes et 7 hommes, âge > 60 ans) a fait apparaître un temps moyen d'apprentissage de la méthode égale à 2h et une charge de travail moyenne par évaluation nutritionnelle égale à 15'.

En juillet 1999 (32 patients, 16 femmes et 16 hommes, moyenne d'âge 71 ans) : Les albuminémies (normale [510-700]µmol/l) et les pré-albuminémies (normale [0,21-0,41]g/l) étaient plus élevées chez les **patients classés A** (respectivement  $541 \pm 45$  et  $0,37 \pm 0,10$ ) que chez les **patients classés B** ( $482 \pm 41$  et  $0,31 \pm 0,108$ ), elle-même également plus élevée que celle des **patients classés C** ( $381 \pm 54$  et  $0,19 \pm 0,10$ ), respectivement  $p < 0,0001$  et  $p = 0,02$ . Les enseignements du SGA par rapport à la population étudiée font apparaître un **taux de prévalence** de cas de malnutrition grave = 13 %, malnutrition bénigne à modérée = 63 %, bonne nutrition = 25 %. Une atrophie musculaire marquée (modérée à grave) a été retrouvée dans 43 % des cas, une anorexie et des symptômes gastro-intestinaux majeurs (association nausées, vomissements et diarrhées) ont été respectivement identifiés chez 14 % des patients.

En novembre 1999 (32 patients, 16 femmes 16 hommes, moyenne d'âge = 70 ans) : les valeurs des albuminémies (µmol/l) en fonction

## Grille d'évaluation subjective globale du statut nutritionnel (SGA)

Nom du patient :

Date :

### Première partie : Histoire de la maladie

#### 1. Modification du poids

- A. Modification du poids au cours des 6 derniers mois :          kg
- B. Pourcentage de la variation :  
 gain - perte < 5 %  
 perte comprise entre 5 et 10 %  
 perte > 10 %
- C. Modification au cours des deux dernières semaines :  
 augmentation  
 aucune  
 diminution

#### 2. Régime alimentaire

- A. Modification globale :  
 aucune  
 modification
- B. Durée :                      semaines
- C. Type de modification :  
 régime solide suboptimal                      régime entièrement liquide  
 régime liquide hypocalorique                      sous-alimentation importante

#### 3. Symptômes gastro-intestinaux (persistant depuis plus de 2 semaines)

aucun ;    nausées ;    vomissements ;    diarrhées ;    anorexie

#### 4. Gêne fonctionnelle (en relation avec l'état nutritionnel)

- A. Gêne globale :  
 aucune  
 modérée  
 grave
- B. Modification au cours des deux dernières semaines :  
 amélioration  
 aucune  
 aggravation

Note de SGA		
A	B	C

### Deuxième partie : Examen physique

5. Signes de :  
 Perte en graisse sous-cutanée  
 Atrophie musculaire  
 Oedème des chevilles  
 Oedème sacré  
 Ascite (hémodialysés seulement)

Note de SGA			
Normale	Bénigne	Modérée	Grave

### Troisième partie : Score de SGA (cochez une seule case)

- A.  Bonne nutrition          B.  Malnutrition légère à modérée          C.  Malnutrition grave

des classes SGA étaient plus élevées chez les **patients classés A** ( $480 \pm 45$ ) que chez ceux **classés B** ( $456 \pm 45$ ) par analyse de variance  $p = 0,054$ . Cette évaluation a révélé un **taux de prévalence** de patients présentant une malnutrition bénigne à modérée = 69 %, et une bonne nutrition = 31 %

#### 4. Commentaires et discussion

La formation à cette méthode ne présente pas de difficultés majeures. Cependant, la mémorisation de l'approche clinique peut nécessiter un temps d'apprentissage plus ou moins long.

Le SGA s'adapte aux conditions définies (patients en séance). Le statut nutritionnel s'obtient plus facilement avec de l'expérience. Par ailleurs, les résultats montrent une nette prédominance de l'atrophie musculaire associée ou non à d'autres symptômes.

L'étude statistique comparant la variabilité des paramètres biologiques en fonction du statut SGA présente des aspects intéressants. Toutefois, ces résultats nécessitent d'être approfondis avec, notamment, une durée d'observation plus longue, une population étudiée plus importante et une analyse de la variabilité inter opérateurs.

Les points forts du SGA résident pour l'essentiel dans son caractère économique, dans son utilisation autonome, dans sa facilité de mise en œuvre, dans la rapidité de définition du statut nutritionnel, dans son approche globale, dans sa faculté d'indiquer à la fois les thèmes défailants et les déficits potentiels avec la possibilité de fournir des pistes thérapeutiques.

Quelques points faibles ont été observés en particulier dans le repérage clinique des signes de dénutrition, dans l'absence de mesures objectives, dans l'impossibilité de

discerner la malnutrition bénigne de la malnutrition modérée et dans la difficulté parfois de recueillir des informations fiables (personnes souffrant de déficits cognitifs, ne maîtrisant pas la langue française etc....).

### CONCLUSION

En définitive, le SGA se présente comme un outil d'évaluation nutritionnelle des patients hémodialysés pourvu de nombreux atouts. L'équipe infirmière est capable d'en faire l'apprentissage et de l'utiliser comme méthode diagnostique en cours de séance, afin d'exercer d'une part, son rôle propre dans la surveillance, le suivi et l'éducation de ces malades et d'autre part, son rôle d'alerte vis à vis des médecins. Son développement, auprès des équipes des centres "lourds", permettrait à la fois de sensibiliser les soignants face aux besoins nutritionnels des dialysés et de compléter les méthodes d'investigations traditionnelles, afin de prévenir plus efficacement la dénutrition de ces personnes. Enfin, sa mise en œuvre dans des structures plus légères (antennes), offrirait la possibilité d'un suivi plus soutenu dans ce domaine.

### RÉFÉRENCES

1. Aparicio M, de Précigout V *et coll.* - Dénutrition au cours de l'insuffisance rénale chronique. La presse médicale mars 1997 -26-8
2. Bergström J, Wang T *et coll.* - Factor contributing to catabolism in End-Stage Renal Disease Patients : Mineral and Electrolyte Metabolism 1998, 24:1:92-101
3. Aparicio M, Cano N *et coll.* - Nutritional status of haemodialysis patients : a French national cooperative

study. Nephro Dial Transplant 1999, 14 : 1679-1686

4. Acchiardo SR, Moore LW *et coll.* - Dénutrition as the main factor in morbidity and mortality of hemodialysis-patients. Kidney int 1983 ; 24 : S 199-203

5. Owen WF Jr, Lew NL *et coll.* -The urea reduction ratio and serum albumin concentration as predictors of mortality in patients undergoing hemodialysis. N Engl J Med 1993 Sep 30, 329 :14 1001-6

6. Cano N, Stroumza P -Prise en charge de la dénutrition en hémodialyse chronique. Néphrologie 19, 353-357, 1998

7. Enia G, Sicuso C *et coll.* -Subjective global assessment of nutrition in dialysis patients. Néphro Dial Transplant 1993, 8 : 1094-1098

8. Baxter Healthcare corporation, Service éducation, Thérapie rénale, Evaluation de l'état nutritionnel des patients en dialyse au moyen de l'évaluation subjective globale (SGA).

Document méthodologique et vidéo.