

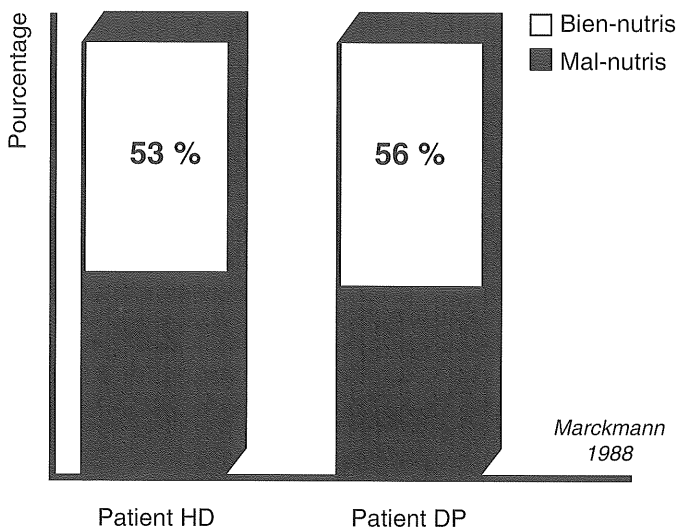
# évaluation nutritionnelle, traitement et rôle infirmier en dialyse péritonéale

Emmanuelle GILLIOT, *Infirmière Conseil, Laboratoire BAXTER*

## I EVALUATION DU STATUT NUTRITIONNEL

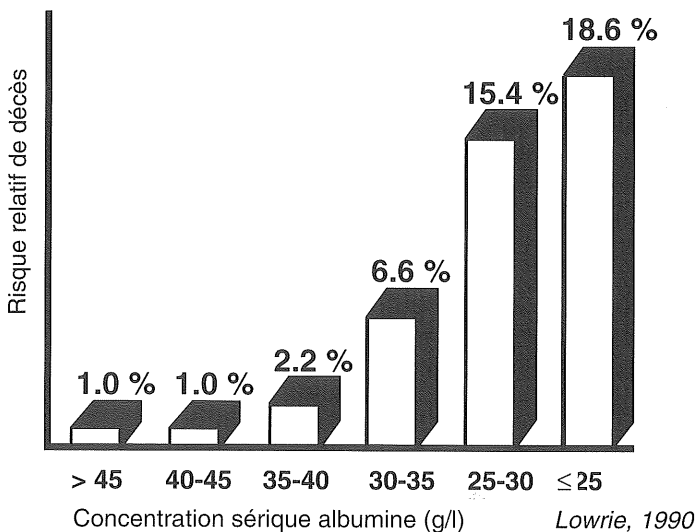
### A) Résultats d'études

#### 1) Statut nutritionnel des patients dialysés



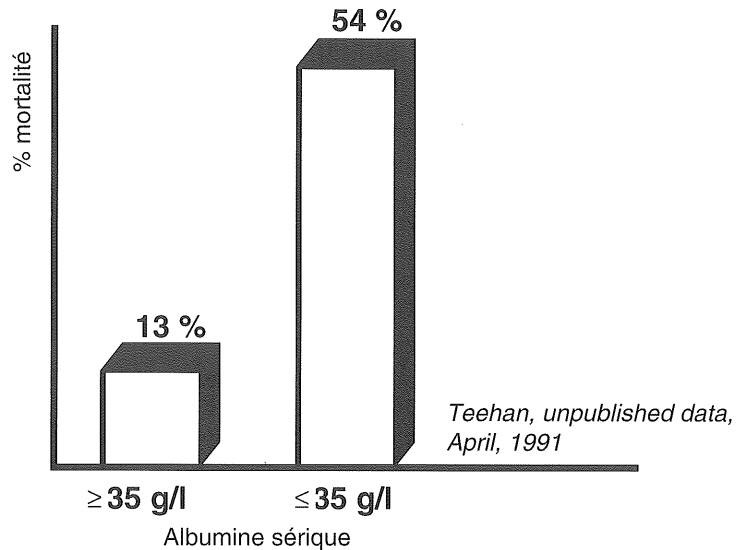
Cette étude de Marckmann de 1988 démontre l'incidence élevée de la malnutrition protéique chez les patients dialysés. Plus de 50 % d'entre eux présentent une malnutrition protéocalorique; et la moitié voire les 2/3 sont sévèrement malnutris. Nous remarquons que cette malnutrition concerne les patients quelle que soit la technique de dialyse.

#### 2) Impact clinique chez les patients hémodialysés



Cette étude de Lowrie de 1990 montre que le risque relatif de décès augmente proportionnellement à la diminution du taux d'albumine sérique chez les patients hémodialysés. Ce risque relatif est multiplié par 2 quand le taux varie de 35 à 40 gr/l et multiplié par 18 pour les patients dont le taux d'albumine sérique est inférieur à 25 gr/l.

#### 3) Impact clinique chez les patients en dialyse péritonéale



En 1991, Teehan démontre que le % de mortalité augmente chez les patients en dialyse péritonéale quand leur taux d'albumine sérique diminue. Ce % est de 13 % pour les patients dont le taux est supérieur ou égal à 35 gr/l mais il passe à 54 % quand ce taux est inférieur à 35 gr.

En résumé, le risque de décès augmente en dialyse péritonéale comme en hémodialyse au dessous d'un taux d'albumine sérique inférieur à 35 gr/l.

### B) Facteurs favorisant les troubles métaboliques et nutritionnels

#### 1) Patients insuffisants rénaux

L'intoxication urémique, associée à un dégoût de la viande, à une anémie et à un syndrome dépressif dû à la proximité de la mise en dialyse, favorise l'apparition d'une anorexie.

A terme apparaît une dénutrition avec modifications des paramètres anthropométriques (perte progressive de la masse maigre), amyotrophie et baisse des taux sériques des marqueurs biologiques nutritionnels.

## 2) Patients hémodialysés

Le circuit extracorporel et le contact du sang sur la membrane de dialyse entraîne une libération de cytokines donc un catabolisme cellulaire et protidique. La perméabilité membranaire favorise également une perte protidique chez ces patients présentant des perturbations hormonales et un risque infectieux.

L'anémie liée au déficit en érythropoïétine majore le risque de dénutrition. L'intoxication urémique et ses symptômes (anorexie, nausée, vomissements) ne facilitent pas l'absorption alimentaire.

## 3) Patients en dialyse péritonéale

Il existe une perte protéique dans le dialysat drainé évaluée à 5 à 10 gr/jour. Cette déperdition est doublée en cas d'infection péritonéale.

La présence de 2 litres de dialysat dans la cavité péritonéale et l'absorption glucidique peuvent parfois entraîner chez l'enfant et la personne âgée une anorexie.

Quand le traitement de dialyse péritonéale n'est plus adapté (suffisant) au patient et entre autres à sa fonction rénale résiduelle, les signes d'intoxication urémique peuvent réapparaître. Chez les patients non compliants utilisant plus d'une poche hypertonique par jour, on peut observer des modifications biologiques à type d'hyperglycémie, d'hyperlipidémie ou d'hyperinsulinémie.

## II GRILLE D'EVALUATION SUBJECTIVE GLOBALE DU STATUT NUTRITIONNEL

Nom du Patient :

1ère Partie : Historique Médical

### 1. Modification du poids

- A. Perte de poids depuis 6 mois \_\_\_\_\_ kg  
 B. Pourcentage de perte de poids \_\_\_\_\_ < 5%  
 \_\_\_\_\_ 5-10%  
 \_\_\_\_\_ > 10%  
 C. Modification 2 dernières semaines \_\_\_\_\_ augmentation  
 \_\_\_\_\_ stable  
 \_\_\_\_\_ diminution

### 2. Apports alimentaires

- A. Changement global \_\_\_\_\_ pas de changement  
 \_\_\_\_\_ modifié  
 B. Depuis : \_\_\_\_\_ semaines  
 C. Type de changement \_\_\_\_\_ apport solides  
 \_\_\_\_\_ apport liquides  
 \_\_\_\_\_ apport hypocaloriques  
 \_\_\_\_\_ ne s'alimente plus

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

- \_\_\_\_\_ aucun \_\_\_\_\_ nausée \_\_\_\_\_ vomissements  
 \_\_\_\_\_ diarrhées \_\_\_\_\_ anorexie

### 4. Affaiblissement fonctionnel

- A. Affaiblissement global \_\_\_\_\_ aucun  
 \_\_\_\_\_ modéré  
 \_\_\_\_\_ sévère  
 B. Modification depuis 2 semaines \_\_\_\_\_ moins affaibli  
 \_\_\_\_\_ sans changement  
 \_\_\_\_\_ plus affaibli

2ème Partie : Examens physiques

5. Présence de : - perte de graisse  
 - perte musculaire  
 - œdèmes chevilles  
 - œdèmes  
 - ascites (hème seulement)

### 6. Evaluation subjective globale (cochez une case) :

- A)  Bonne nutrition  
 B)  Malnutrition moyenne ou modérée  
 C)  Sévère malnutrition

	Score ESG		
	A	B	C
1. Modification du poids			
2. Apports alimentaires			
3. Troubles gastro-intestinaux			
4. Affaiblissement fonctionnel			

	Score ESG			
	Ni	Moy	Mod	Sév
5. Présence de :				
6. Evaluation subjective globale				

Cette grille d'évaluation est simple d'utilisation et donne des éléments capitaux sur le statut nutritionnel à un moment donné. Il est noté par A : Bonne nutrition; B : Malnutrition moyenne ou modérée ou C : Malnutrition sévère.

## III EVALUATION DE LA RATION NUTRITIVE

### A) Enquête alimentaire

Faite par la diététicienne, elle pourra être complétée par les différents recueils de données.

### B) Mesure de l'urée urinaire et dans le dialysat

Calcul de la ration protidique

### C) Données anthropométriques

Poids, taille, mesure du pli cutané, calcul de la masse musculaire, % de la masse grasse.

### D) Examens biologiques

1) **Plasmatiques** : urée, créatinine, sodium, potassium, magnésium, bicarbonate, calcium et phosphore, protéines, albumine, transferrine, glucose, triglycérides, cholestérol, acides aminés, hémoglobine, hématocrite, ferritine.

2) **Urinaires et dans le dialysat** : diurèse et dialysat drainé des 24 heures, pertes protidiques urinaires et péritonéales, clearances globales de l'urée et de la créatinine (urinaire + péritonéale).

## IV CORRECTION DU DESEQUILIBRE NUTRITIONNEL

### A) Actuelle

Il existe différentes modalités de supplémentation intraveineuse ou orale (à base de protéines ou d'acides aminés).

### B) Future

Prochainement il sera possible de supplémenter les patients en dialyse péritonéale avec un dialysat dont l'agent osmotique sera les acides aminés. Ce dialysat sera prescrit à raison d'une poche environ par jour aux patients dont le taux d'albumine sérique est inférieur à 35 gr/l (seuil critique de la malnutrition).

## V ROLE INFIRMIER

En dialyse péritonéale, ce rôle a de multiples facettes puisqu'il se situe à différents stades de la prise en charge des patients.

### A) Pré-dialyse

Le recueil de données auprès du patient et de sa famille cherche à évaluer les éléments physiques. Entre autres, il ne faut pas oublier de vérifier la dentition du patient. L'absence de prothèse dentaire adaptée peut être en soi une raison de mauvaise alimentation. Ce recueil de données doit permettre d'identifier les patients à risque.

Il est indispensable de tenir compte des habitudes et des goûts alimentaires du patient (ne pas méconnaître les habitudes culturelles ou religieuses).

Les ressources du patients sont à évaluer; les ressources humaines (conjoint, enfants, voisinage) mais également les

ressources financières. En cas de doute, l'assistante sociale peut aider à l'obtention d'une aide-ménagère, d'une aide financière voire de livraisons de repas à domicile.

### **B) Formation**

La diététicienne va procéder à l'enquête alimentaire. Le rôle de l'infirmière se situe dans la transmission des informations recueillies; mais aussi dans l'aide au patient à mettre en œuvre les prescriptions diététiques en lui donnant de petites astuces telles que de rajouter du lait écrémé en poudre dans ses potages et purées (apport protéique non liquidien). Toutes ces données sont à transmettre à l'infirmière libérale qui est souvent la mieux placée pour évaluer ce qui est réellement fait à domicile et le réajuster.

### **C) Suivi au long cours**

C'est au cours des consultations que l'infirmière participe à la mise en œuvre des examens du suivi nutritionnel : examens biologiques mais aussi cliniques lors de l'entretien et de l'évaluation globale subjective.

En collaboration avec le médecin et la diététicienne, ces données donneront lieu à des réajustements.

Comme lors de l'éducation, le recueil de données auprès de l'infirmière libérale est capital. Une fiche formalisée de transmissions peut aider à la prise en compte globale du patient et à l'échange réciproque des éléments nutritionnels.

### **D) Hospitalisation**

Les ajustements alimentaires seront faits en fonction de la pathologie. Par exemple en cas d'infection péritonéale, il faudra veiller avec la diététicienne à ce que la ration protidique soit suffisante.

Mais l'infirmière doit être vigilante : un menu bien élaboré ne signifie pas toujours un apport bien approprié. L'aide-soignante a un rôle capital puisque c'est elle qui s'assurera de la ration réellement absorbée par le patient. Avec elle, l'infirmière veillera à ce que la prescription médicale de supplémentation soit respectée.

## **VI RAPPEL D'UN DES PROCESSUS DE MALNUTRITION**

En dialyse péritonéale, la fonction rénale résiduelle est conservée sur du long terme. Néanmoins sa décroissance, si le traitement de dialyse n'est pas réajusté (en volume), va entraîner une dialyse inadéquate (sous dialyse), une réapparition des signes de l'intoxication urémique : anorexie et vomissements et donc une malnutrition.

## **VII CONCLUSION**

L'infirmière doit aider le patient à élaborer ses repas en fonction de ses goûts, de ses besoins et des limites prescrites.

Le repas est un moment convivial, social. L'infirmière doit connaître son patient et l'aider à conserver cet aspect si français des plaisirs.