

PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE DES PATIENTS DÉNUTRIS OU À RISQUE EN CTR

Journée des CTR
24 mars 2010

CTR de Lavaux

A. Gachet – Diététicienne dipl. HES
Dr. W. Bosshard – Médecin chef adjoint
Dr. G. Pralong – Médecin chef

Contexte

- ▣ Données épidémiologiques en milieu aigu :
 - Admission en hôpital aigu en CH - prévalence de la dénutrition 40% pour tous les patients.
 - En 2007, au SMI du CHUV prévalence du risque nutritionnel 55% des patients âgés.
- ▣ Données épidémiologiques en Centre de Traitement et de Réadaptation Gériatrique :
 - Entrée en CTR population gériatrique la plus fragile avec problèmes nutritionnels très fréquents et sous diagnostiqués en milieu aigu

Buts

- ▣ Repérer systématiquement les patients âgés fragiles et dénutris à l'admission.
- ▣ Mettre en place un outil de dépistage, rapide, simple et précocément dans la pratique clinique quotidienne des patients les plus à risque nutritionnel.

NRS-2002 [Kondrup *et al.* (2003)]

- ▣ Recommandé par l'OFSP, l'ESPEN et le Conseil de l'Europe pour le dépistage et le traitement de la dénutrition pour la personne âgée.
- ▣ Outil simple, reproductible, standardisé, non invasif, rapide d'utilisation et peu coûteux. Validé en milieu hospitalier pour une population gériatrique.
- ▣ Outil choisi dans DOPHIN.

NRS-2002 [Kondrup *et al.* (2003)]

- ▣ Outil d'intervention nutritionnelle dépendant du risque nutritionnel
 - Etendue :
 - ▣ 0-6 points patients < 70 ans
 - ▣ 0-7 points patients ≥ 70 ans
 - Cut-off :
 - ▣ ≥ 3 → entreprendre une assistance nutritionnelle
 - ▣ < 3 → envisager une assistance nutritionnelle notamment si le patient doit subir une intervention chirurgicale importante et que son score est en passe d'augmenter à 3 ou plus en phase post-opératoire.

QUESTIONNAIRE NRS-2002 (NUTRITIONAL RISK SCREENING)

Dito Patient

DATE :

SIGNATURE/FONCTION

SCORE DE RISQUE NUTRITIONNEL (selon Kondrup J et al. Nutritional risk screening Clinical Nutrition 2003 ; 22(3) : 321-336)

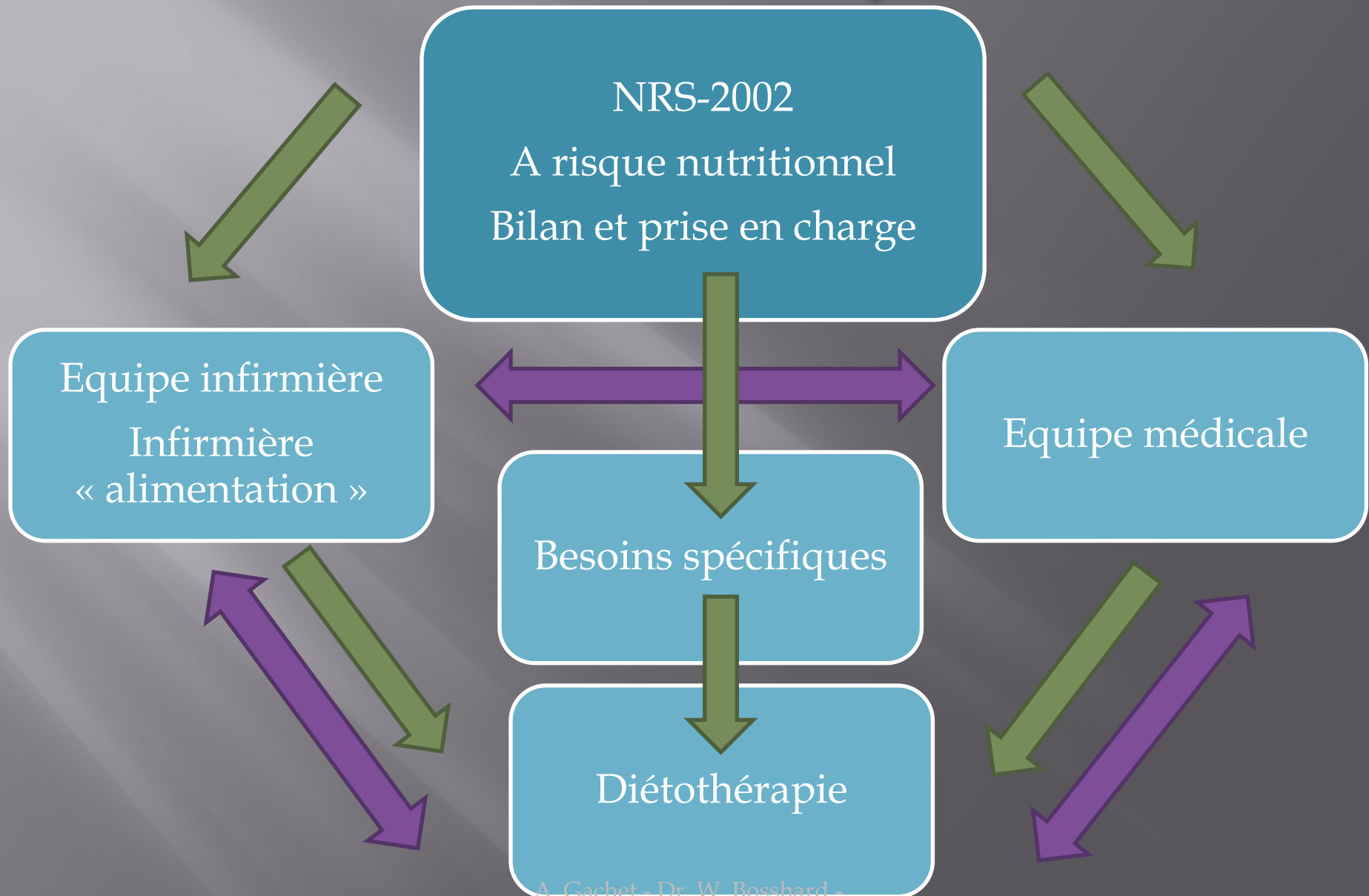
A – Détérioration de l'état nutritionnel	Points	B – Gravité de la maladie (stress)	Points
Pas de détérioration	0	Pas de stress	0
Degré 1 (léger)	1	Degré 1 (léger)	1
<ul style="list-style-type: none"> perte de poids > 5% en 3 mois ou a mangé un peu moins au cours de la dernière semaine (entre 50 et 75% des repas usuels censés couvrir les besoins nutritionnels) 		Fracture de la hanche, patients chroniques et présentant des complications aiguës : diarrhée, BPCO, dialyse, diabète, tumeurs malignes.	
Degré 2 (modéré)	2	Degré 2 (modéré)	2
<ul style="list-style-type: none"> perte de poids > 5% en 2 mois ou BMI entre 18.5 et 20.5 + détérioration de l'état général <u>ou</u> a mangé moins de la moitié de sa ration au cours de la dernière semaine (entre 25 et 50% des repas usuels censés couvrir les besoins nutritionnels) 		Opérations importantes de l'abdomen, accident vasculaire cérébral, pneumonies graves.	
Degré 3 (grave)	3	Degré 3 (grave)	3
<ul style="list-style-type: none"> perte de poids > 5% en 1 mois <u>ou</u> BMI < 18.5 + détérioration de l'état général <u>ou</u> n'a pratiquement rien mangé au cours de la dernière semaine (entre 0 et 25% des repas usuels censés couvrir les besoins nutritionnels) 		Traumatisme crano-cérébral, polytraumatisme, brûlures graves, transplantation de moelle (allogreffe), patients en soins intensifs (score APACHE > 10).	
C – Age du patient : si > 70 ans, ajouter 1 point	1		
Total des points* (A + B + C)			

*** Interprétation du total des points (score) :**

? 3 points : entreprendre une assistance nutritionnelle.

< 3 points : envisager une assistance nutritionnelle notamment si le patient doit subir une intervention chirurgicale importante et que son score est en passe d'augmenter à 3 points ou plus en phase post-opératoire.

Processus interdisciplinaire



Colloque interdisciplinaire

NRS-2002

Equipe interdisciplinaire

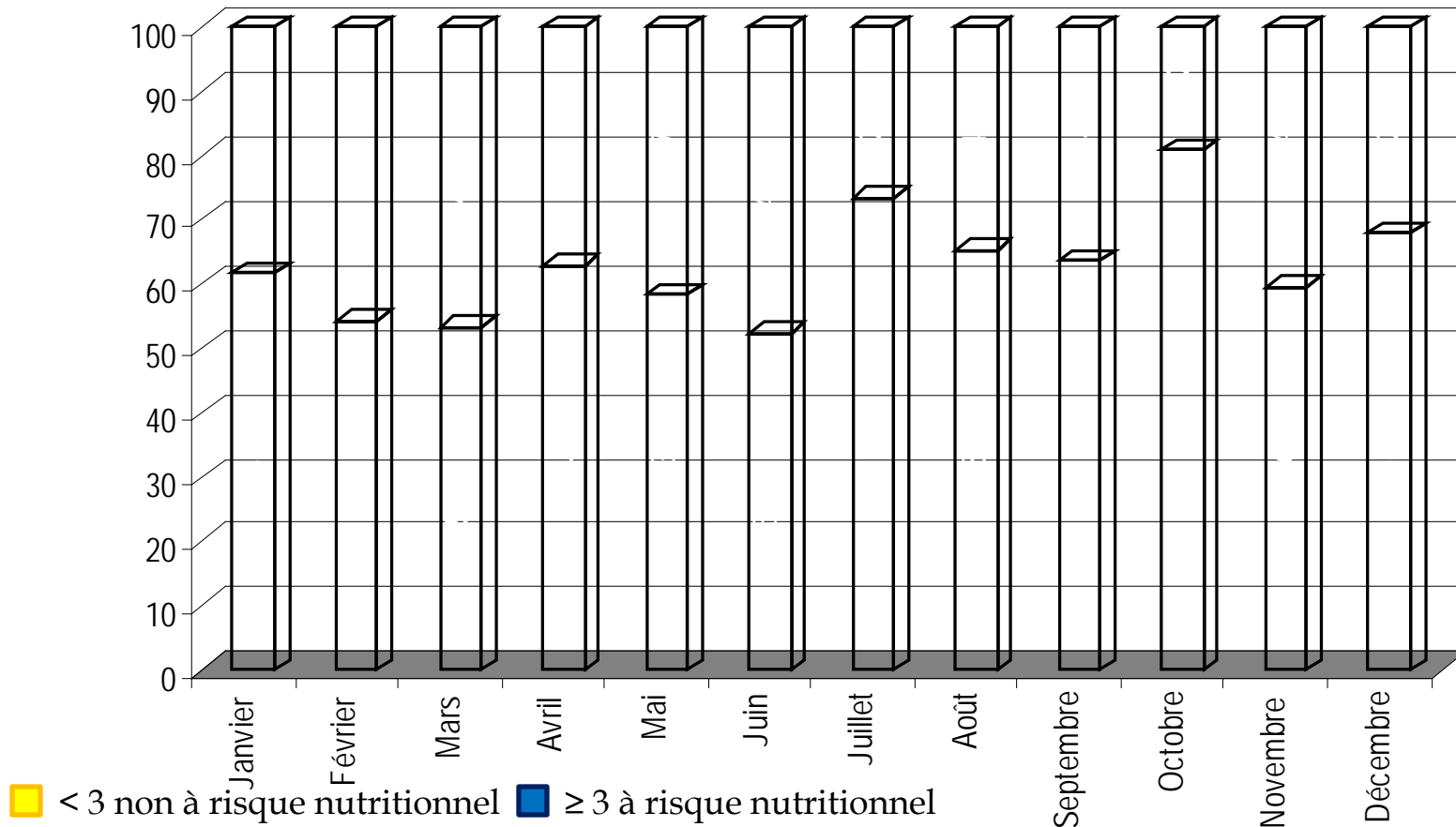
Diététicienne

Evaluation
Propositions de
prise en charge

Réajuster

Résultats NRS-2002 (2009)

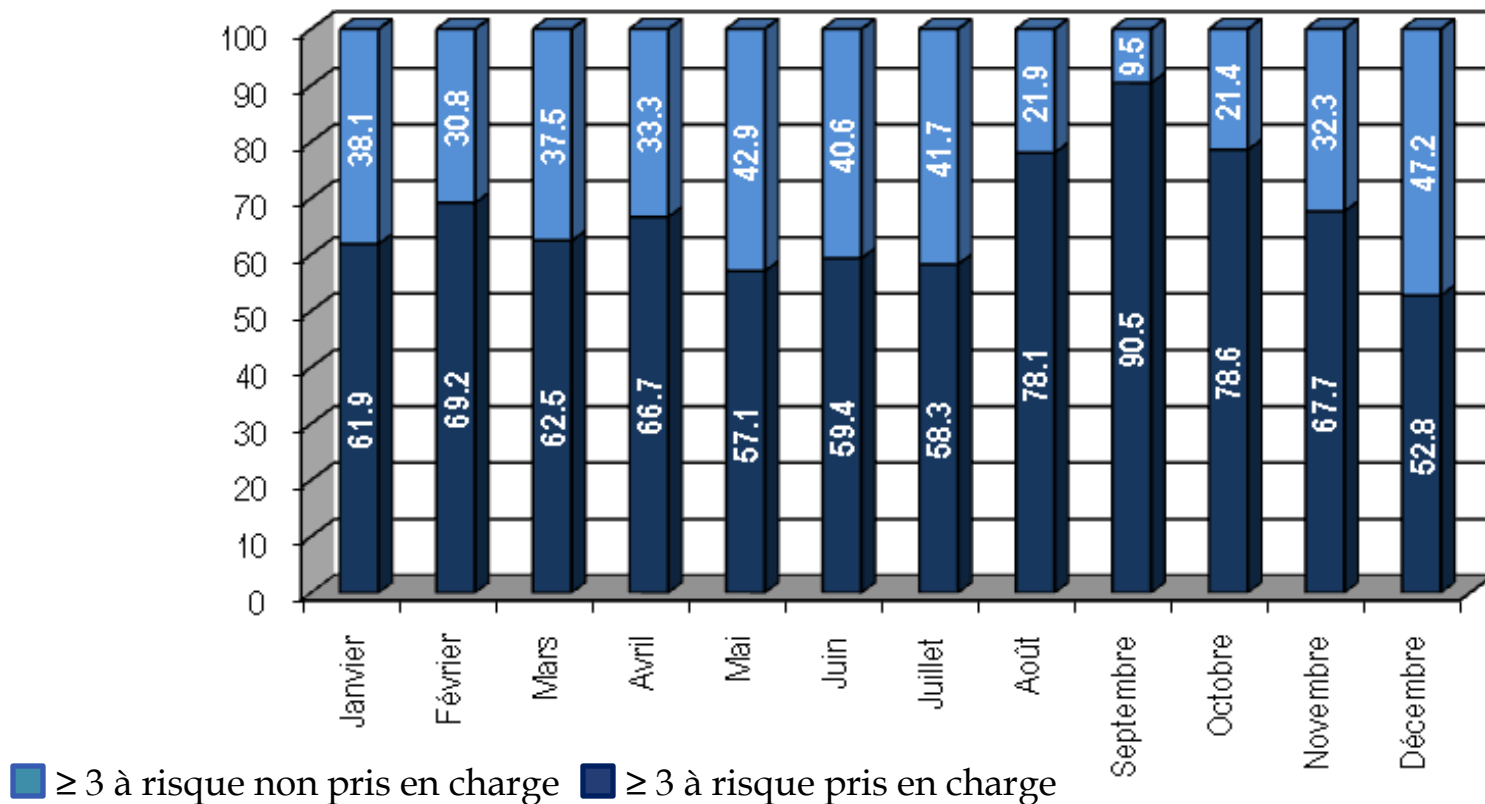
Pourcentage de NRS à risque et non à risque nutritionnel 2009



Moy. 62.8 % de patients nécessitant une assistance nutritionnelle à l'entrée

Résultats prise en charge spécialisée

Pourcentage des patients à risque nutritionnel pris en charge et non pris en charge 2009



Moy. 66.9 % de patients à risque sont pris en charge

Résultats

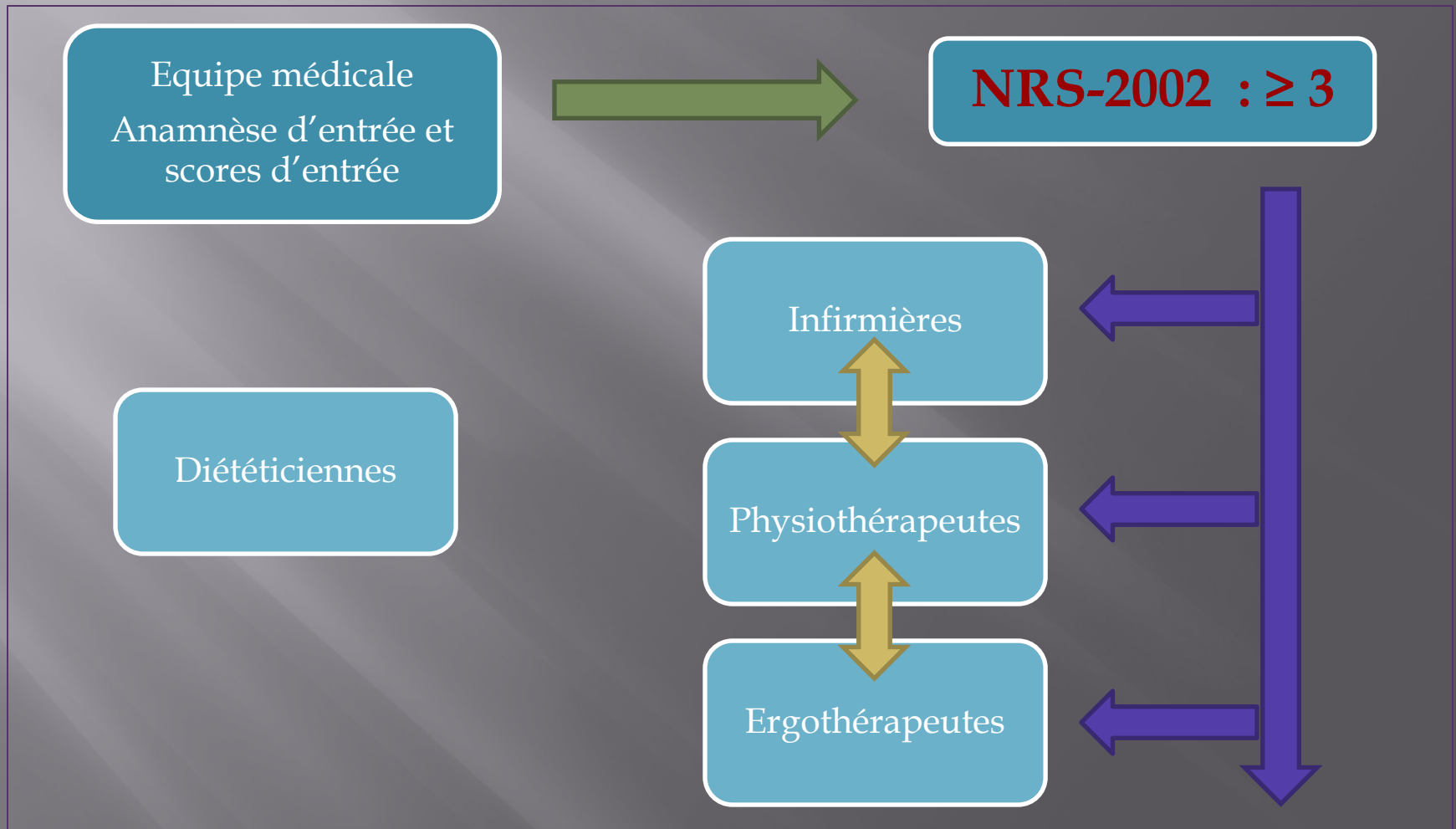
- ▣ Résultats des scores NRS-2002 ± identiques en CTR qu'en milieu aigu (CHUV) sur la population âgée

- ▣ Age moyen 79 ans
- ▣ Durée de séjour moyenne 21 jours
- ▣ Première prise en charge nutritionnelle
 - jours précédents l'arrivée du patient moy. ± DS 6.7 ± 6.6 jours
- ▣ Nombre de consultations nutritionnelles
 - Suivi des patients moy. ± DS 1.6 ± 1.0 fois

Premières conclusions

- ▣ Mettre en place une collaboration interdisciplinaire par toute l'équipe dès l'entrée avec check-list décisionnelle.
- ▣ Traiter de manière transversale tous les patients dénutris ou à risque de le devenir selon les compétences clés de chaque intervenant.
- ▣ Sélectionner la prise en charge nutritionnelle par la diététicienne pour les situations complexes.

Intervention interdisciplinaire (1)



Intervention interdisciplinaire (2)

Médecins



Revue des médicaments,
Laboratoires

Surveillance clinique et poids

Prescription bilan, support
nutritionnel, vitamines et
minéraux, alimentation
thérapeutique

Surveillance et bilan des ingestas
0-25-50-75%, alimentation
fractionnée

Dentition, Fonctions digestives,
Peau, Vue

Positionnement

Anamnèse alimentaire à domicile



Infirmières

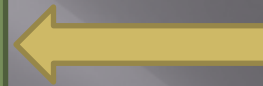
Intervention interdisciplinaire (3)

Ergothérapeutes



Positionnement
Utilisation des services
Evaluation thé café
Evaluation cuisine

Mobilisation, Reconditionnement
Forces



Physiothérapeutes

Diététiciennes



Dénutrition sévère
Nutrition entérale
Pathologies/interventions chirurgicales
digestives
Mesures anthropométriques
Calculs apports-besoins
Suivi poids, support nutritionnel, alimentation

Continuité ?

- ▣ Enseignements spécifiques
 - Proposition à la sortie pour alimentation à domicile (alimentation HPHE, liste des courses, collations, idées de repas simples et peu coûteux.)
 - Repas à domicile
- ▣ Proposition de suivi à domicile par la diététicienne des soins à domicile ou ambulatoire
 - Prescription médicale et faxmed
 - DMST infirmiers de liaison
- ▣ Document de transmission nutritionnelle au réseau de soins

Perspectives

- ▣ Améliorer la prise en charge nutritionnelle au niveau interdisciplinaire par implication de l'équipe (ressources ?).
- ▣ Augmenter les connaissances des équipes en nutrition clinique (programme de cours).
- ▣ Mettre en place une check-list des interventions pour chaque professionnel.
- ▣ Créer un groupe de travail.

Conclusions

- ▣ L'outil de dépistage NRS-2002 est aisé et performant.
- ▣ L'impact de l'outil dans la prise en charge s'est avéré insuffisant en l'absence d'une approche interdisciplinaire.
- ▣ Pour améliorer la prise en charge nutritionnelle, une collaboration avec l'équipe médicale et infirmière, une approche globale, interdisciplinaire et coordonnée est proposée.
- ▣ La continuité de cette prise en charge dans le réseau de soins est essentielle pour en assurer l'utilité.



Merci

Contacts

- ▣ Anouk Gachet
Diététicienne dipl. HES
Hôpital de Lavaux
Ch. Des Colombaires 31
CH- 1096 Cully
Tél 021/799.08.51
anouk.gachet@hopitaldelavaux.ch

- ▣ Dr. Wanda Bosshard
Médecin chef adjoint
Hôpital de Lavaux
Ch. Des Colombaires 31
CH-1096 Cully
Tél 021/799.08.01
wanda.bosshard@hopitaldelavaux.ch

Références

- 1) Santos-Eggimann B. (2005). Maladies cardio-vasculaires et indicateurs de fragilité lors du recrutement de la 1ère vague de la cohorte LC65+. Rapport au Service de la Santé Publique du Canton de Vaud. Institut universitaire de médecine sociale et préventive Lausanne, pp. 1-37.
- 2) Muller F., Denis B., Valentin C., Teillet L. (2004). Vieillesse humaine : évolution démographique et implications médicales. Nutrition clinique et métabolisme 18, pp. 171-174.].
- 3) Novella J.-L., Garron S., Blanchard F., groupe de pilotage de l'étude Sâfès. (2003). La fragilité du sujet âgé. La revue du praticien 53, pp. 353-354
- 4) Rockwood K., Hogan B. D., MacKnight C. (2000). Conceptualisation and Measurement of Frailty in Elderly People. Drugs & Aging 17 (4), pp. 295-302.
- 5) Campbell A.J., Buchner D.M. (1997). Unstable disability and the fluctuations of frailty. Age and Aging 26, pp. 315-318
- 6) Guille E., Armi F., Ghisletta P., Lalive d'Epinay C., Michel J.P. (2003). Vers une définition opérationnelle de la fragilité. Médecine et Hygiène 2459, pp. 2256-2261.
- 7) Winograd H. C., Gerety B. M., Chung M., Goldstein K. M., Dominguez F., Vallone R. (1991). Screening for Frailty : Criteria and Predictors of Outcomes. The Journal of the American Geriatrics Society 39, pp. 778-784.
- 8) Chin A Paw J. M. M., Dekker M. J., Feskens J. M. E., Schouten G. E., Kromhout D. (1999). How to Select a Frail Elderly Population? A comparison of Three Working Definitions. J Clin Epidemiol 52 (1), pp. 1015-1021.
- 9) De Groot C. P. G. M., Van Staveren W. A. (2002). Undernutrition in the European SENECA studies. Clin Geriatr Med 18, pp. 699-708.
- 10) Ferry M., Alix E., Brocker P., Constans T., Lesourd B., Mischlich D., Pfitzenmeyer P., Vellas B. (2004). Nutrition de la personne âgée. Âges Santé Société. Masson 2ème édition, pp 1-327.

Références

- 11) Keller U., Lüthy J., Meier R., Rosé B., Sterchi A.-B., Horat G. (2005). La dénutrition à l'hôpital. Conclusions d'un groupe d'experts du Conseil de l'Europe et recommandations de la Commission fédérale de l'alimentation. Office fédéral de la santé publique. Berne pp. 1-26.
- 12) Volkert D., Berner Y. N., Berry E., Cederholm T., Coti Bertrand P., Milne A., Palmblad St., Sobotka L., Stanga Z., Lenzen-Grossimlinghaus R., Krys U., Pirlich M., Herbst B., Schütz T., Schröer W., Weinrebe W., Ockenga J., Lochs H. (2006). ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition : Geriatrics. Clinical Nutrition 25, pp. 330-360.
- 13) Hasselmann M., Alix E. (2003). Outils et procédures de dépistage de la dénutrition et de son risque en milieu hospitalier. Nutrition clinique et métabolisme 17, p. 218-226.
- 14) Kondrup J., Allison S. P., Elia M., Vellas B., Plauth M. (2003). ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. Clinical Nutrition 22 (4), pp. 415-421.
- 15) Guillët L., Métral G., Spini D. (2003). SWILSO-O : une étude longitudinale sur le grand âge. Médecine et Hygiène 61, pp. 2247-2250.
- 16) Lesourd B. (1999). Évaluation de l'état nutritionnel du sujet âgé (2ère partie). Cah. Nutr. Diét 34, pp. 329-333.
- 17) Haute Autorité de santé. (2007). Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Recommandations professionnelles. Service des recommandations professionnelles, p. 1-25.
- 18) Lesourd B. (1999). Evaluation de l'état nutritionnel du sujet âgé (1ère partie). Cah. Nutr. Diét 34, pp. 320-328.
- 19) Rivier E. (2003). Evaluation gériatrique globale. Guide de poche. Hôpital Riviera, site de Mottex. Association de soins coordonnés de la Riviera et du Pays-d'Enhaut ASCOR, pp. 1-51.
- 20) Kondrup J., Rasmussen H. H., Hamberg O., Stanga Z., ESPEN working group. (2003). Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. Clinical Nutrition 22 (3), pp. 321-336.
- 21) Office fédéral de la santé publique. (2007). La dénutrition à l'hôpital – coûts médicaux et économies potentielles. Sécurité alimentaire. OFSP. Bulletin 20, pp.355.