

DÉPISTAGE ET SUIVI PERSONNALISÉ DE LA DÉNUTRITION DU PATIENT HÉMODIALYSÉ



Nous savons que les patients hémodialysés sont fréquemment dénutris et que cette dénutrition est un facteur pronostic négatif.

Afin d'améliorer ou de stabiliser le statut nutritionnel de nos patients, nous avons créé un groupe qui prend en charge le dépistage de la dénutrition et du suivi nutritionnel, ceci dans le cadre des missions du Comité de Liaison Alimentation et Nutrition (CLAN) de l'Expansion des Centres d'Hémodialyse de l'Ouest (ECHO)

Florence DUSSAIX-MOINET,
Mélanie BOUJEANT,
Charlène FROGER, Infirmières,
Valérie CHARLEMAGNE, Diététicienne,
Alain CREMAULT, Médecin,
Christine HUREAU, Responsable de soins,
Elodie DECHARTE, Valérie GROH,
Chantal PALAIS, Aides Soignantes
Centre ECHO du MANS

Fonctionnement du groupe

Dans le centre d'hémodialyse de l'ECHO du Pôle Santé Sud du Mans, un groupe de travail nutrition a été constitué avec :

- ▶ un néphrologue
- ▶ une diététicienne
- ▶ une responsable de soins
- ▶ 3 infirmières (IDE)
- ▶ 3 Aides-soignantes (AS)

Ce groupe se réunit au complet tous les trois mois environ. Depuis la création de ce groupe, une liste de patients est établie et réactualisée à chaque réunion. Le dossier de chaque patient est discuté (progression, régression, problèmes particuliers...), nous repérons aussi les patients à risque ainsi que les nouveaux arrivés. Bien sûr, cette liste n'est pas figée et est modifiable à tout moment par un membre du groupe.

A son entrée dans la liste, un membre du groupe est désigné pour la prise en charge et le suivi.

Les objectifs de ce groupe nutrition sont :

- ▶ repérer les patients dénutris
- ▶ apprécier l'état nutritionnel
- ▶ mettre en place une prise en charge adaptée
- ▶ évaluer différents paramètres
- ▶ informer le reste de l'équipe

Repérer les patients dénutris

Les patients sont repérés par des interrogatoires réguliers, par les dosages biologiques systématiques des paramètres nutritionnels communément admis (Albumine, Pré-albumine toutes les 16 semaines), par la communication avec les familles et les structures extérieures comme les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) avec le support d'un cahier de liaison.

Nous sommes attentifs également aux situations à risque comme la décompensation d'une artérite, d'une intervention chirurgicale (de la simple extraction dentaire à une chirurgie lourde), d'une infection ou toute autre situation qui entraîne une anorexie ou un catabolisme accru.

Apprécier l'état nutritionnel

Nous essayons de quantifier l'état nutritionnel. Si l'anorexie est difficilement quantifiable, un amaigrissement de 5% du poids du corps en 2 semaines nous alerte.

Ensuite, nous utilisons différents paramètres :

▶ SGA (Subject Global Assessment) : C'est une grille d'évaluation subjective de l'état nutritionnel. Elle comprend une évaluation de la variation du poids, des apports alimentaires, des symptômes digestifs et du maintien des capacités fonctionnelles. On y associe également un examen clinique de l'état musculaire et de la perte de la graisse sous-cutanée. Nous effectuons cette évaluation deux fois par an. Cette grille nous permet de classer les patients en trois catégories selon les critères cités précédemment. Nous retenons le classement B (dénutrition légère à modérée) et C (dénutrition grave).

- ▶ IMC (Indice de masse corporelle) ou BMI (Body Mass Index) : inférieur à 23kg/m²
- ▶ nPCR (Protein catabolic rate) : inférieur à 1,1g/kg/j

- ▶ Albumine : inférieur à 35g/l
- ▶ Préalbumine : inférieur à 300mg/l

- ▶ CRP (C réactive protein): supérieur à 5mg/l

Tous ces paramètres sont des signes de dénutrition.

Lorsqu'une anorexie et/ou un amaigrissement et/ou la présence de 3 des 5 critères biologiques sont présents, nous classons le patient comme dénutri. Toutefois, nous gardons un esprit critique.

Mettre en place une prise en charge adaptée

Une fois que le patient a été classé comme dénutri, une prise en charge adaptée est mise en place par un des membres du groupe qui le suivra jusqu'à sa sortie de la dénutrition. Il va le suivre plus particulièrement avec l'aide de différents supports.

Nous utilisons une feuille de surveillance.

Nous la remplissons mensuellement après avoir vu le patient pendant sa séance pour faire le point avec lui (moral, appétit, activités...). Nous y notons le dernier SGA, les éléments biologiques, le poids, l'IMC, les compléments nutritionnels oraux ou la nutrition parentérale per dialytique utilisés ainsi que les événements particuliers. Enfin, sont notées les actions mises en place.

Ce moment passé avec le patient est important pour l'aider à être le principal acteur de sa prise en charge.

Nous réalisons un relevé alimentaire.

Il est effectué dès le début de la prise en charge dans le groupe dénutrition. Il peut être renouvelé si nécessaire. Ce relevé alimentaire est effectué sur 3 jours consécutifs. Il est ensuite remis à la diététicienne pour analyse. Puis elle s'entretient avec le patient le plus souvent en séance.

Après cette première étape, un traitement est débuté.

Tout d'abord, la diététicienne intervient toujours auprès du patient pour un réajustement diététique, en qualité comme en quantité. Cela peut aussi être la mise en place de portage de repas à domicile ou de repas servis dans le service sur une période courte pour réenclencher l'élan d'appétit.

Les compléments nutritionnels oraux (CNO) que nous utilisons sont en général du Frésubin® crème ou boisson, des pâtes enrichies Ain'®, des gâteaux Delical® ou Nutri-Energie®. Certains EHPAD font elles-mêmes leurs préparations enrichies.

Le médecin peut prescrire une nutrition parentérale per dialytique (NPPD) : une poche de Kabiven® (solution d'acides aminés, de lipides, de glucose et d'électrolytes) à la dose de 15ml/kg/séance toujours associée avec du Cernevit® (solution poly-vitaminiques principalement A et D) et du Decan® (solution d'oligo-éléments).

Le réajustement diététique et la prise de compléments nutritionnels sont expliqués au patient et à sa famille. Le choix est fait avec son accord, selon ses goûts et la texture du produit mais aussi en fonction de l'état nutritionnel.

Pour surveiller au mieux le patient, la surveillance biologique citée précédemment est resserrée toutes les 4 semaines. Nous surveillons également son état clinique.

Evaluer et réajuster

Régulièrement, nous évaluons l'adhésion du patient au traitement, la tolérance, l'évolution de l'état nutritionnel selon la clinique et la biologie. Nous remplissons notre feuille de surveillance mensuelle à ce stade. Un signalement à la diététicienne et/ou au médecin

peut être fait pour trouver ensemble le meilleur réajustement possible.

Selon les modifications biologiques ou cliniques mais aussi en fonction de ce que nous rapporte le patient ou sa famille, des réajustements sont alors proposés : changement de CNO, modification de la quantité de la NPPD....

La surveillance est poursuivie jusqu'à ce que le patient normalise ses paramètres ou présente une amélioration manifeste (poids sec augmenté de façon importante, récupération totale après intervention...). Il sort alors du groupe des dénutris lors de la réunion trimestrielle et la surveillance redevient standard (tous les 3 mois).

Informier l'ensemble de l'équipe

Il nous est apparu indispensable d'impliquer les autres soignants qui ne font pas partie du groupe sur l'état nutritionnel des patients et leur traitement lors de staffs multidisciplinaires, de transmissions ciblées informatiques et de transmissions orales.

Tous les documents écrits utilisés sont à la disposition immédiate des autres membres de l'équipe.

Population étudiée dans le centre ECHO Le Mans PSS

Les 129 patients qui ont été traités par hémodialyse dans notre centre du 1er février 2010 au 31 octobre 2011 ont bénéficié systématiquement et régulièrement d'un dépistage.

39 de ces 129 patients soit 30,2% ont été classés comme dénutris et ont bénéficié d'un suivi personnalisé.

Sur ces 39 patients, 18 étaient des femmes et 21 des hommes. L'âge moyen est de 77,8 ans (de 25 à 96 ans), 30,8% sont diabétiques, 41% sont obèses ou en surpoids. Le suivi moyen a été d'une durée de 5,4 mois (suivi de 1 à 20 mois).

Tableau 1 : Paramètres biologiques avant traitement

	Age moyen (années)	IMC (kg/m ²) <23kg/m ²	Albumine (g/l) <35g/l	Pré albumine (mg/l) <300mg/l	nPCR (g/kg/j) <1.1g/kg/j	CRP (mg/l) <5mg/l	Suivi (mois)
Normalisation	74	26,5	32,9	270	1,0	11,1	6,2
Stabilisation	85,5	23,7	34,2	244,5	0,9	17	9,4
Décès	75,9	25,4	28,3	218,3	0,9	58,1	6,3

Ce tableau montre les moyennes des paramètres biologiques que nous avons recueilli avant la mise en place du traitement.

Nous voyons que les patients décédés avaient une dénutrition plus sévère. Ils ont une albuminémie et une préalbuminémie plus basses. Quant à la CRP, elle est plus élevée.

Pour les patients stabilisés, la moyenne d'âge est plus élevée. Nous nous demandons si la dénutrition ne serait pas liée plus au grand âge qu'à l'insuffisance rénale.

Tableau 2 : Traitements entrepris

	Conseils diététiques uniquement	Conseils diététiques + CNO	NPPD +/- CNO
Normalisation	4	7	5
Stabilisation	0	7	4
Décès	1	2	9
Total : 39 patients	5	16 (41%)	18 (46%)

Voici les traitements entrepris dans les différents groupes.

Des réajustements diététiques ont toujours été réalisés. Ils sont rarement isolés.

Dans la très grande majorité des cas, des CNO ont été proposés et prescrits. Presque une fois sur deux, nous avons jugé nécessaire d'instaurer une NPPD. Cette dernière a été plus souvent employée chez les plus sévèrement dénutris.

Tableau 3 : Résultats du suivi

	Nombre de patients dénutris	%
Normalisation	16	41,0
Stabilisation	11	28,2
Décès	12	30,8
Total	39	

Ce tableau nous montre que 69.2% des patients (soit 27 sur 39) se normalisent ou se stabilisent.

Dans notre petite série, nous retrouvons les chiffres de la littérature. 30,8% des patients sont décédés en moyenne 6 mois après la mise en place d'une surveillance et d'un traitement. On retrouve la corrélation bien connue entre la mortalité et la baisse de l'albuminémie avec l'augmentation de la CRP.

Il est bien évident que la gravité de la cause de la dénutrition est un facteur majeur du mauvais pronostic. Les 12 patients décédés avaient une ou plusieurs pathologies sous-jacentes lourdes : 5 cas présentaient une artérite stade IV avec nécrose cutanée, 3 cas développaient une démence, 2 cas étaient des retours de greffe compliqués, 2 cas avaient un cancer évolutif. D'autres pathologies ont été associées aux précédentes : cirrhose hépatique, maladie cœliaque, insuffisance cardiaque réfractaire et par hyperkaliémie permanente (apports alimentaires insuffisamment contrôlés).

Outre les résultats que nous venons de voir ensemble, nous avons observé des changements de comportements. Les patients semblent mieux adhérer aux prescriptions avec un gâchis moindre des compléments nutritionnels.

Les soignants évaluent plus précisément la prise des CNO à domicile. Cette façon de travailler a renforcé la coordination des soins et la cohérence des prescriptions.

Ce groupe a permis une participation de l'ensemble des professions de l'équipe soignante dans l'objectif de stimuler et accompagner à long terme les patients dénutris.

Faire intervenir régulièrement différents professionnels permet une présence renforcée auprès des patients et une stimulation prolongée. De plus, ces derniers ont reçu un même message mais avec des formulations différentes.

Cette complémentarité multi-professionnelle permet une valorisation de chacun.

Le patient, sa famille et le personnel soignant établissent une relation différente. Le patient comprend mieux l'intérêt de prendre les compléments nutritionnels.

L'aide-soignante s'implique directement dans les soins thérapeutiques, l'infirmière élargit la prise en charge. Elles voient leurs rôles enrichis.

La diététicienne et le médecin ont un rôle d'expert renforcé, ce qui permet un ajustement du traitement plus efficace.

Les autres infirmières complètent leurs notions diététiques de l'insuffisance rénale chronique terminale avec celle de la dénutrition.

Le responsable de soin construit une dynamique d'équipe autour de cette prise en charge nutritionnelle.

Conclusion

Le suivi et l'accompagnement des patients dénutris ou en cours de dénutrition nous paraît indispensable en phase aigüe.

La stimulation constante des patients dénutris chroniques permet souvent une stabilisation de la situation.

Le traitement doit être précoce et actif.

La participation de toutes les professions de l'équipe soignante a permis le renforcement de l'expertise de chacun avec un bénéfice constaté pour le patient.



ENREGISTREMENT



Grille d'évaluation subjective de l'état nutritionnel (SGA)

Nom, Prénom :

Date :

Rempli par :

I – Historique médical

NOTES DE SGA		
1	2	3

1- Modification du poids

▪ Variation au cours des 6 derniers mois : [] en Kg

- Gain ou perte < 5 %
- Perte compris entre 5 et 10 %
- Perte > 10 %

▪ Variation au cours des 2 dernières semaines : [] en Kg

- Gain de poids ou poids stable
- Perte de poids entre 5 et 10 %
- Perte de poids supérieure à 10%

2- Apports alimentaires

▪ Modification

- Aucune diminution des apports
- Diminution des apports
- Aucun apport

▪ Durée de la modification

- < 2 semaines
- de 2 à 4 semaines
- > 4 semaines

3- Symptômes digestifs d'une durée supérieure à 2 semaines

- Aucun
- Nausées
- Vomissements
- Diarrhée
- Anorexie

4- Capacités fonctionnelles

- Inchangées
- Garde quelques activités
- Inactif, alité

II- Examen physique

- 1 - Perte de la graisse sous-cutanée
- 2 - Fonte musculaire

Absente	Modérée	Sévère

TOTAL

Classement de SGA : 1 Bonne nutrition 2 Dénutrition légère à modérée 3 Dénutrition grave

En référence à la littérature 1 correspond à A, 2 à B et 3 à C

ENREGISTREMENT



RELEVÉ ALIMENTAIRE

NOM :	Poids :
Prénom :	Taille :
Date de Naissance :	IMC :

Pour avoir la meilleure interprétation possible de votre relevé et les conseils les mieux adaptés par la suite, nous vous demandons un effort particulier sur 3 jours, sans changer vos habitudes alimentaires.

CONSEILS

A LIRE AVANT DE REMPLIR
LE RELEVÉ ALIMENTAIRE

Bien préciser :

- le nom de la viande, poisson, légumes, laitages, fruits consommés
- la nature du lait utilisé (écrémé, 1/2 écrémé ou entier)
- le taux de matière grasse des laitages et fromages
- le type de pain (blanc/complet – salé/sans sel)
- les boissons (type et quantités)

Noter le plus précisément possible vos consommations en utilisant :

- ⇒ la balance ou le verre mesureur
- ⇒ les unités ménagères (cuillère à café, cuillère à soupe, verre, bol...)

Matières grasses utilisées :

- ⇒ cuisson des viandes et poissons
 - beurre
 - margarine :
 - huile :
- ⇒ Rajout dans les légumes ou les féculents :
 - Beurre
 - Margarine :
 - Autres, lesquelles :
- ⇒ Huile utilisée pour la sauce vinaigrette :

Cuisez-vous avec du sel ?

- OUI
- NON

Ajoutez-vous du sel à table ?

- OUI
- NON

TSVP →

	1 ^{er} JOUR – Date :		2 ^{ème} JOUR – Date :		3 ^{ème} JOUR – Date :	
	Nom de l'aliment	Quantité	Nom de l'aliment	Quantité	Nom de l'aliment	Quantité
Petit déjeuner						
Matinée						
Déjeuner						
Après-midi						
Dîner						
Soirée						

MODE OPERATOIRE

Complémentations orales compatibles avec la dialyse

En vert les produits disponibles en centre ECHO pour les collations

BOISSONS Lactée sucrée HP/HC

Nom du produit	Indications	Conditionnement	Aromes	Lactose / gluten	Energie Kcal/unité	Protéines gr/unité	Lipides gr/unité	Glycides gr/unité	K ⁺ en mg	P en mg	Ca ⁺⁺ en mg	Fibres g/unité
Fresubin 1 Kcal Drink (Fresubin)	Dénutrition Perte de poids	Bouteille de 200 ml	Vanille, pêche-abricot, caramel, cappuccino, fruits de la forêt, neutre	Sans lactose Sans gluten	400	20	15,6	45	320	240	410	0
Fresubin 2 Kcal Fibres (Fresubin)	Dénutrition Perte de poids	Bouteille de 200 ml	Vanille, citron, cappuccino, chocolat, pêche-abricot, neutre	Sans lactose Sans gluten	400	20	15,6	43,6	320	240	410	3 à 3,2
Delical Efficmax 1.0 fibres (Lactalis)	Dénutrition Perte de poids	Brique de 200 ml	Céréales, fraise (prochainement)	Sans lactose Sans gluten	400	20	14,8	44	320	240	440	6
Delical Efficmax 2.0 boisson HP/HC (Lactalis)	Dénutrition Perte de poids	Brique de 200 ml	Vanille, chocolat, café, pêche, poisson	Sans lactose Sans gluten	400	20	16	44	320	240	440	0
Protéin plus (Fresenius)	Dénutrition Perte de poids	Bouteille de 200 ml	Vanille, chocolat, cappuccino, fraise des bois, noisette, tropic	Sans lactose Sans gluten	300	20	13,4	24,8	260	240	410	0
Fortimel Extra (Nutricia)	Dénutrition Perte de poids	Bouteille de 200 ml	Vanille, chocolat, anoka, fruits de la forêt, abricot, fraise neutre	Avec lactose Sans gluten	300	20	10,6	31,2	400	380	560	0
Fortimel sans lactose (Nutricia)	Dénutrition Perte de poids	Bouteille de 200 ml	Vanille, chocolat, anoka, caramel	Avec lactose Sans gluten	300	20	10,6	31,2	400	380	560	0
Delical boisson lactée HP/HC (Lactalis)	Dénutrition Perte de poids	Bouteille de 200 ml	Vanille, chocolat, café, fruits rouges, pêche-abricot, neutre	Avec lactose Sans gluten	300	20	8,8	35,2	300	340	440	0
Chautrea HP/HC (Nestlé)	Dénutrition Perte de poids	Bouteille de 200 ml	Vanille, chocolat, fraise, caramel, pêche, café	sans lactose Sans gluten	320	20	12	32	380 à 440	250	230 à 250	1
Cubitan (Nutricia)	Dénutrition et escarres + 3g d'arginine	Bouteille de 200ml	Chocolat, fraise, vanille	Avec lactose Sans gluten	250	20	7	28,4	300	364	450	0

Nom	Responsable
M KERGOÏEN	Dietéticienne
F ANDRIEU	Responsable Qualité Gestion des Risques
F FONTENAILLE	Responsable des Soins de support

CREMES dessert sucrée HP/HC

Nom du produit	Indication	Conditionnement ville	Aromes	Lactose / gluten	Energie Kcal/unité	Protéines gr/unité	Lipides gr/unité	Glucides gr/unité	K ⁺ en mg	P en mg	Cy ⁺⁺ en mg	Fibres en g/unité
Fresibus crème (Fresibus)	Dénutrition Dysphagie Perte de poids	Pot de 125 g	Vanille, chocolat, vanille - cappuccino, fraise des bois	Sans lactose Sans gluten	230	12,5	9	23,8	300 à 209	156	245	2,5 à 1,9
Fresibus Ya crème (Fresibus)	Dénutrition Trouble de la dégustation	Pot de 125 g	Citron, framboise, pêche- abricot, biacuté, aneise	avec lactose Sans gluten	188	9,4	5,9	24,4	306	119	300	0
Dolcal crème dessert HP HC	Dénutrition Dysphagie Perte de poids	Pot de 200 g	Vanille, caramel, abricot, chocolat, café	Sans lactose Sans gluten	300	20	10	33,4	280	240	400	0
(Lactalis)												
Floridure (Lactalis)	Dénutrition Dysphagie Perte de poids	Pot de 200 g	Vanille, anoline, abricot, chocolat*, café	Avec lactose Sans gluten	300	18	10	35,4	340 à 420*	240	340	0
Fortunel crème (Nutricia)	Dénutrition Dysphagie Perte de poids	Pot de 200 g	Vanille, chocolat, fruits de la forêt, banane, noix	Sans lactose Sans gluten	320	20	10	38	429	400	400	0,2
Chantrea Dcaert HP HC (Nestlé)	Dénutrition Dysphagie	Crème Cup de 205 g	Vanille pêche, caramel, chocolat, café	Sans lactose Sans gluten	310	19	11,6	30	354 à 410	233	214 à 233	4,6 à 5,6

BOISSONS HP/HC pour diabétiques

Nom du produit	Indication	Conditionnement ville	Aromes	Lactose / gluten	Energie Kcal/unité	Protéines gr/unité	Lipides gr/unité	Glucides gr/unité	K ⁺ en mg	P en mg	Cy ⁺⁺ en mg	Fibres en g/unité
Fortunel diacare (Nutricia)	Troubles glycémiques Dénutrition	Bouteille de 200ml	Vanille, fraise	Avec lactose	304	20	10,6	31,2	400	390	560	2
Fresibus DB (Fresibus)	Troubles glycémiques Dénutrition	Bouteille de 200 ml	Vanille, cappuccino, fruits de la forêt	Sans lactose Sans gluten	300	15	14	26,2	260	190	300	4
Dolcal Boisson HP édulcorée (Lactalis)	Troubles glycémiques Dénutrition	Boquette de 200 ml	Lacté, Noisette, vanille Zingit*, thé-pêche*	Sans lactose Sans gluten	234 à 252*	15 à 12*	8 à 0*	23 à 46*	260 à 80*	170 à 80*	140* à 380	1,0 à 6*
Chantrea G diabètes (Nestlé)	Troubles glycémiques Dénutrition	Cup 200 ml	Vanille, café, fraise	sans lactose Sans gluten	210	14	5,6	23,6	180	160	250	4

CREMES dessert pour diabétique

Nom du produit	Indications	Conditionnement	Arômes	Lactose/ gluten	Energie Kcal/unité	Protéines gr/unité	Lipides gr/unité	Glycides gr/unité	K ⁺ en mg	P en mg	Cs ++ en mg	Fibres en g/unité
Fresubin DB creme (Fresenius)	Troubles glycémiques. Dysphagie Dénutrition	Ville Pot de 135 g	Vanille, praline, cappuccino, fruit de bois.	sans lactose Sans gluten	188	9,4	8,8	16,4	163	119	188	2,5
Dédical creme édulcorée HP (Lactalis)	Troubles glycémiques Dénutrition Fausses routes	Pot de 200 g	Vanille - Praline	Sans lactose	252	20	6	25,2	280	280	460	9

BISCUITS HP/HC - PATES HP

Nom du produit	Indications	Conditionnement	Arômes	Lactose/ gluten	Energie Kcal/unité	Protéines gr/unité	Lipides gr/unité	Glycides gr/unité	K ⁺ en mg	P en mg	Cs ++ en mg	Fibres en g/unité
Dédical Nutra cake (Lactalis)	Dénutrition Perte de poids	Enu de 315 g 3 X 2 biscuits de 35g	Fraiseur*, framboise	Sans lactose Avec gluten	Pour 100g 381-386*	15,8-16,9*	12,7-13,5*	47,5*-49,6	150-100*	190		3
Nutriserveze (ABC-cinco)	Dénutrition Perte de poids	Enu de 4 biscuits Emballage individuel	chocolat, Chocolat- framboise, chocolat- orange	Sans lactose Avec gluten	253-285	5,5-5,9	17,4-19,2	18,5-22,4	97,5-109,2	85-95		1
AIN [®] semoule AIN [®] Pasta (Envol nutrition)	Hyperglycémie Dénutrition	Paquet de 500g 1 dose 50g	Produit sec nature	Avec lactose Avec gluten	Pour 50g cru 167,8	18,5	0,7	22,2	111	285		1,2

POUDRE de protéines

Nom du produit	Indications	Conditionnement	Arômes	Lactose/ gluten	Energie Kcal/unité	Protéines gr/unité	Lipides gr/unité	Glycides gr/unité	K ⁺ en mg	P en mg	Cs ++ en mg	Fibres en g/unité
Dédical Renal instant (Lactalis)	Ponctuel dialyse éducatif. Hyperphosphorémie	Boite de 360 g 1 dose = 15g Raccon : 60g	Neutre et non aromatisé		Pour 4 doses 266	20	9,3	2,5	12	147	360	0

Referencés de complémentation orale non compatible avec la dialyse

Nom du produit	Indications	Conditionnement	Arômes	Lactose/ gluten	Energie Kcal/unité	Protéines gr/unité	Lipides gr/unité	Glycides gr/unité	K ⁺ en mg	P en mg	Cs ++ en mg	Fibres en g/unité
Renutryl (Neslé)	Dénutrition protéino- énergétique du sujet âgé	Liquide Boute de 375 ml	Vanille, chocolat, fraise, pêche	Sans lactose Sans gluten	600	38	23,3	60	750 à 825	469		< 1,9
Fortunel max 2.4 (Nutricia)	Dénutrition Perte de poids	Liquide Bouteille de 300ml	Vanille chocolat, Moka, fraise	Sans lactose Sans gluten	720	29	28	89	708	623	523	

Annexe 4 : Récapitulatif des données des patients

PERIODE DE FEVRIER 2010 A OCTOBRE 2011

NOM AGE	LIEU DE VIE, SITUATION FAMILIALE	DEBUT DE PRISE EN CHARGE			COMPLEMENT NUTRITIONNEL			FIN DE PRISE EN CHARGE					DUREE DE PRISE EN CHARGE		
		DATE	MOTIF	SGA POIDS IMC	ALB PREALB	NPCR CRP	DATE	MOTIF	SGA POIDS IMC	ALB PREALB	NPCR CRP				
Mr AL N 82ans	Domicile Célibataire	09/11	Problème dentaire Problème d'abord vasculaire	1 59.5kg 22.39	220	0.98	2	CNO mais n'aime pas, ne souhaite rien	En cours	1 57kg 21.45	39 220	0.98	2		
Me AL O 78ans	Domicile puis MDR 11/11 célibataire	02/11	Biologie, Gastrocromie importante AVC	1 58.5kg 27.16	230	1.1	17	Ain's patte Alimentation fractionnée 6repas/jour	En cours	3 52kg 23.74	30 250	1.15	8		
Mr AR M 61 ans	Domicile Vie maritale	12/10	Interventions chirurgicales compliquées, biologie	1 48.5kg 18.94	240	0.55	4	NP 800ml/seance (2400 ml/semaine)	02/11	Recupération physique importante, en voie de normalisation	1 59kg 22.85	30 200	0.94	5	3 mois
Mr BE A 89 ans	Domicile Vie maritale	02/10	Arrive en dialyse, fatigue importante, paramètres biologiques	1 64kgs 23.31	250	1.05	15	-Kabiven 11/seance pendant 2mois avant l'entrée dans la surveillance puis 2mois de janvier a mars 2011	06/11	Normalisation des paramètres	2 62.5kg 23.24	40 310	1.41	5	16 mois
Mr BE P 68ans	Domicile célibataire	02/10	Paramètres biologiques Problème d'abord vasculaire	1 96.5kg 32.08	26	0.73	13	Rien, surveillance	09/10	Quasi normalisation des paramètres	1 98.5kg 32.79	31 360	1.06	10	7mois
Mr BO Y 25ans	Domicile Célibataire, vit chez ses parents	02/10	Paramètres biologiques Plaies cutanées Infections urinaires a répétition	1 54.5kg 15.59	34	1.25	9	CNO pendant toute la prise en charge	04/10	Normalisation des paramètres,	1 54.5kg 15.69	35 310	1.05	4	2mois
Mr BR M 70ans	Domicile Vie maritale	07/11	Maigrissement brutal (-1.5kg en 15) suite hospitalisation	1 66.5kg 27.12	400	1.02	2	CNO pendant 15jours	10/11	Paramètres nutritionnels normaux	1 70 kg 27.01	38 400	1.07	2	3mois
Mr CH D 65ans	Domicile Vivait avec son fils	02/10	Artérite importante Diabète compliqué et mal équilibré Intervention chirurgicale Etat général du patient Paramètres biologiques	1 62.5kg 24	40	0.63	162	NP : 11/seance	03/10	décès	1 /	1 /	1	1 mois	
Me CH D 95ans	Domicile Vit avec sa sœur plus âgé, sa nièce s'occupe beaucoup d'elle Portage de repas	02/10	Douleur dentaire RGO Paramètres biologiques Manque d'appétit récurrent	1 52kg 22.51	230	0.79	21	CNO 1fois par jour depuis le début de la prise en charge. N'en souhaite plus depuis octobre 2011 (est écouré)	En cours	1 47.7kg 20.91	32 210	0.92	5		
Me CO P 66 ans	Maison de retraite	01/11	N'appréciait pas les menus, la cuisine de la MR	1 81kg 36	210	0.70	19	Proposition de cho mais refus de la patienté	08/11	décès	1 81kg 36	34 190	0.94	40	7 mois
Mr DA B 86ans	Vit en couple à dom	09/10	Décompensation insuffisance cardiaque et cholestase	1 55kg 23.5	190	1.27	69	Kabiven (3 mois) et fresubin crème (4 mois 1/2)	12/10	Normalisation des paramètres	1 57.5kg 24.57	36 410	1.54	26	4 mois
Me DU M 85ans	Domicile Vie maritale	03/11	Paramètres biologiques	1 76kgs 31.23	200	0.59	2	CNO fresubin	05/11	décès	1 76kg 31.23	27 120	0.48	11	2 mois