

La dénutrition hospitalière est souvent une problématique communautaire

Introduction

A l'hôpital, en Suisse, un patient sur cinq souffre de dénutrition¹. Tout patient hospitalisé à risque de dénutrition ou déjà dénutri devrait être rapidement repéré et pris en charge. Une donnée inquiétante est que 20 à 40% des patients hospitalisés dénutris le sont déjà à l'admission². Ceci implique que la dénutrition, habituellement repérée à l'hôpital, prend souvent naissance en amont, dans la communauté.

La dénutrition peut être définie comme un apport insuffisant en calories ainsi qu'en protéines par rapport aux besoins du patient. Elle est très souvent associée à des déficits nutritionnels spécifiques en vitamines, en électrolytes et en oligo-éléments. Elle engendre au long cours des conséquences fonctionnelles négatives, voire une mortalité accrue³.

Les personnes dénutries sont souvent hospitalisées dans le cadre de complications liées à la dénutrition (baisse de l'immunité cellulaire, infections pulmonaires, etc.) sans que le problème nutritionnel associé ne soit clairement identifié et traité. De fait l'état nutritionnel s'aggrave souvent lors du séjour et cette détérioration se poursuit après la sortie de l'hôpital. Cette réalité clinique favorise l'installation d'un cercle vicieux entre hospitalisations, dégradation de l'état nutritionnel et complications.

Des patients dénutris circulent donc entre l'hôpital et la communauté. Leur prise en charge est d'autant plus difficile qu'elle s'effectue au sein d'un système de soins combinant plusieurs lieux de soins et de multiples intervenants.

La méconnaissance du réseau disponible et le manque de transmission entre les intervenants sont des obstacles à une prise en charge optimale de ces patients. Il est pourtant démontré que la prise en charge de la dénutrition est d'autant plus efficace qu'elle est précoce et continue. Il est donc capital non seulement d'identifier rapidement ces patients mais aussi de coordonner les différentes structures de soins.

Cet article aborde le repérage et la prise en charge de ces patients.

Repérage

Idéalement c'est dans la communauté, avant l'hospitalisation qu'une dénutrition devrait être identifiée et prise en charge. Un repérage précoce devrait permettre de prendre en charge la dénutrition dès son installation, de traiter voire d'éviter les complications qui y sont liées, mais également d'assurer un suivi nutritionnel étroit dès l'admission en cas d'hospitalisation.

Pour ce faire il faut disposer d'outils simples, utilisables au cabinet pour dépister précocement la dénutrition en ambulatoire et mieux pour repérer les populations cibles qui sont à haut risque de se dénutrir.

Pour poser le diagnostic de dénutrition, l'élément le plus important à obtenir reste sans conteste le poids et son évolution dans le temps. La mise en évidence d'une perte de poids non volontaire supérieure à 10% par rapport au poids usuel (dit « de forme ») reste le critère de dénutrition sévère le mieux reconnu⁴. La perte de poids est le plus souvent progressive. Elle est fréquemment banalisée par le patient ou alors ne fait pas partie de ses plaintes. Seule une mesure régulière du poids au cabinet permettra de l'objectiver. L'IMC (indice de masse corporelle) (poids/taille²) est également utile (dénutrition si IMC < à 18 kg/m²), mais on devra être attentif chez les patients âgés (dénutrition à évoquer si IMC < 21 kg/m²) ou chez les patients présentant une rétention hydrique (IMC surestimé).

Pour évaluer le risque nutritionnel d'un patient, le NRS-2002 (Nutritional Risk Screening)⁵ ou score de Kondrup est un outil simple, rapide et reproductible qui permet d'identifier les patients les plus à même de bénéficier d'une assistance nutritionnelle. Ce score prend en compte deux items gradés de 0 à 3 : la dégradation de l'état nutritionnel (perte de poids non volontaire, perte d'appétit, IMC abaissé associé à une baisse de l'état général) et la gravité de la maladie (stress métabolique). Un

point supplémentaire est ajouté pour les personnes âgées de plus de 70 ans. Une prise en charge nutritionnelle est indiquée en cas de score supérieur ou égal à 3. La sensibilité de ce score est de 96% et sa spécificité de 51%.

Pour résumer, les trois outils principaux pour dépister et prendre en charge le patient dénutri ou à haut risque de dénutrition sont : le suivi du poids, l'IMC et le NRS-2002. L'identification d'un patient dénutri ou à risque nutritionnel doit amener à une évaluation nutritionnelle approfondie (prise en charge diététique ambulatoire)⁶.

En ambulatoire il n'est pas possible d'appliquer ces scores à l'ensemble d'une patientèle et il est donc important de bien connaître les éléments anamnestiques et cliniques qui représentent des sonnettes d'alarme ou de connaître les populations considérées comme fragiles sur le plan nutritionnel.

A l'anamnèse, outre la perte d'appétit et de poids, toute diminution de la force et de la mobilité doit inquiéter, particulièrement chez une personne âgée. Cette symptomatologie peut être le reflet d'un événement aigu ou être le reflet d'une dénutrition chronique qui devient symptomatique. Au status, une fonte de la masse musculaire et de la masse grasse doit alarmer. La masse musculaire peut s'observer au niveau du biceps ou du quadriceps, la perte de tissu adipeux s'observe plutôt au niveau tricipital. L'état des phanères, notamment des ongles cassants, jaunis et épais, une perte capillaire augmentée ou une repousse capillaire déficiente, une xérose cutanée inhabituelle peut évoquer des déficits nutritionnels spécifiques. L'existence de signes de déshydratation, une altération de l'état dentaire (prothèses qui font mal ou qui ne tiennent plus en place), des troubles de la déglutition, des douleurs chroniques et une atteinte de l'état psychique (dépression, troubles cognitifs) sont à considérer comme des facteurs de risque de dénutrition.

Les populations connues pour leur « fragilité nutritionnelle » comprennent essentiellement les personnes

âgées, les patients présentant un handicap (physique et/ou mental), les patients souffrant d'une maladie oncologique, d'une insuffisance chronique d'organe (insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, etc...), les patients en période périopératoire, les patients vivant dans la précarité et/ou souffrant d'une dépendance (alcoolisme, dépendance médicamenteuse). Ces patients devraient bénéficier d'une évaluation régulière de leur risque nutritionnel voire de leur état nutritionnel.

Prise en charge

Il est bien établi que la prise en charge nutritionnelle doit être multidisciplinaire et transversale, car elle nécessite souvent du temps et implique, outre le patient, plusieurs corps de métier aux connaissances et compétences complémentaires (diététicien-ne, infirmier-ère, médecin, pharmacien-ne). Les ressources à disposition doivent donc être connues, mobilisées et le rôle de chacun clairement établi. Que le patient soit dépisté en ambulatoire ou à l'hôpital, il est impératif qu'un référent médical soit désigné pour coordonner la prise en charge. Il s'agit dans la plupart des cas du médecin traitant avec soutien d'un médecin nutritionniste pour les situations complexes.

Si la prise en charge nutritionnelle débute à l'hôpital, elle est généralement incisive, rapide et souvent qualifiée d'agressive. Le traitement nutritionnel instauré est le plus souvent considéré comme à poursuivre à la sortie de l'hôpital en raison du raccourcissement de la durée de séjour à l'hôpital qui rend illusoire la « guérison nutritionnelle ».

En ambulatoire, la prise en charge nutritionnelle peut être progressive et s'effectuer par paliers. En premier lieu, il s'agit de mettre en place une prise en charge spécialisée de l'alimentation par une diététicienne (arrêt des restrictions alimentaires prescrites ou auto-administrées, enrichissement et fractionnement des repas, prescription de suppléments nutritifs oraux (attention aux problèmes de remboursement !)). Il s'agit aussi de corriger dans la mesure du possible les causes de dénutrition qu'elles soient médicales, fonctionnelles ou socio-éco-

nomiques. En cas d'échec une assistance nutritionnelle plus poussée (en général une alimentation par sonde) doit être envisagée avec le patient, son entourage et l'ensemble des soignants. La mobilisation (active et éventuellement passive) du patient doit être constamment encouragée afin d'optimiser l'utilisation des calories et des protéines, de favoriser l'anabolisme et d'assurer ainsi un maintien voire un gain de la masse musculaire.

La plupart du temps, la prise en charge du patient dénutri est longue. Elle nécessite un suivi régulier pour assurer une renutrition dans des conditions optimales de sécurité et d'efficacité. Pour garantir la continuité de la prise en charge nutritionnelle du patient, les informations importantes doivent faire l'objet d'un document de transmission qui suit le patient tout au long de sa trajectoire de soins. Ceci aurait pour but d'éviter qu'un patient dépisté à l'hôpital soit perdu de vue lors de son retour à domicile, mais également d'alerter l'équipe soignante hospitalière pour éviter d'aggraver une situation déjà repérée à domicile.

Enfin n'oublions pas que la dénutrition est une maladie en soi qui nécessite un traitement spécifique. A ce titre elle est un diagnostic qui doit figurer dans le dossier médical du patient et dans les documents de transmission médicale le concernant, à l'hôpital comme au cabinet.

Conclusion

La dénutrition est un problème de santé publique présent aussi bien à l'hôpital que dans la communauté. Une prise en charge globale de la dénutrition n'a de sens à terme que si elle est aussi bien hospitalière que communautaire, puisqu'il s'agit des mêmes patients. Une meilleure connaissance par les médecins traitants des populations à risque devrait permettre dans le futur un repérage plus précoce, par l'utilisation systématique d'outils simples dans ces populations spécifiques. Le dépistage ambulatoire a pour but d'identifier la dénutrition autant que le risque de dénutrition et peut se faire de façon simple en suivant le poids, en calculant l'IMC et en appliquant des scores comme le NRS-2002 ou score de Kondrup. Une fois le patient à risque de dénutrition ou

dénutri identifié, celui-ci devrait bénéficier d'une évaluation nutritionnelle complète permettant d'affiner le diagnostic et d'optimiser l'intervention nutritionnelle. Une excellente communication, tant orale qu'écrite, des outils adéquats et accessibles à l'ensemble des intervenants concernés, ainsi qu'une coordination par une personne de référence (essentiellement le médecin traitant au sein de la communauté) sont indispensables pour assurer une prise en charge continue et efficace.

Dans ce contexte un projet de dépistage systématique des patients suivis par les services de soins à domicile du canton de Neuchâtel (NOMAD) sera mis en route début 2008.

Références :

1. Kyle U.G., Pirlich M., Schutz T. et al. *Prevalence of malnutrition in 1760 patients at hospital admission: a controlled population study body composition*. Clin. Nutr. 2003 Oct. ; 22 (5) : 473-81.
2. Keller U., Luthy J., Meier R. et al. *La dénutrition à l'hôpital*. Bull. Med. Suisse 2006 ; 87 : 826-31.
3. Gariballa S., Forster S. *Malnutrition is an independent predictor of 1-year mortality following acute illness*. Br. J. Nutr. 2007 Mar ; 29 : 1-5.
4. Lochs H., Allison S.P., Meier R. et al. *Introductory to the ESPEN Guidelines on enteral nutrition: terminology, definitions and general topics*. Clin. Nutr. 2006 ; 25 (2) : 180-6.
5. Kondrup J., Allison S.P., Elia M. et al. *ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002*. Clin. Nutr. 2003 ; 22 (4) : 415-421.
6. Berthod G., Roduit J., Roulet M., Coti Bertrand P. *Dénutrition: quelles stratégies pour une pathologie que l'on ne peut plus négliger à l'hôpital?* Rev. Med. Suisse 2007 Oct. ; 131 : 2466-71.

Dr C. Doerig,
Service de Médecine Interne,
CHUV, Lausanne;

Dr R. Rakotoarimanana,
Hôpital-Neuchâtelois,
La Chaux-de-Fonds;

Drs M. Roulet et P. Coti Bertrand,
Unité de Nutrition Clinique,
CHUV, Lausanne