

La prise en soin d'un adulte en hémodialyse.

DÉFINITION

C'est l'un des traitements de suppléance de la Maladie Rénale Chronique Terminale (MRCT).

Les deux autres méthodes de suppléance sont la dialyse péritonéale et la transplantation.

L'indication du traitement de suppléance dépend du débit de filtration glomérulaire (DFG) et du contexte clinique.

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) précisent que « le traitement par dialyse doit être débuté lorsqu'apparaissent les premières manifestations cliniques du syndrome de Maladie Rénale Chronique Terminale, soit habituellement lorsque le DFG (Débit de Filtration Glomérulaire) devient inférieur à 10 ml/min. Dans tous les cas où le DFG atteint 5 ml/min, le traitement doit être débuté ». Quand le DFG est inférieur à 15 ml/min/1,73m² (à ce stade, les reins ne fonctionnent plus qu'à 15 % de leur capacité normale), les reins ne peuvent plus assurer suffisamment leurs fonctions et la Maladie Rénale Chronique est au stade V.

En dessous d'un DFG à 10 ml/min/1,73 m², il devient nécessaire de recourir à un traitement de suppléance.

L'hémodialyse (HD) correspond à une technique d'épuration sanguine extracorporelle.

Elle permet de filtrer le sang et d'assurer l'équilibre de l'eau et des électrolytes dans l'organisme mais ne permet pas d'assurer les autres fonctions du rein (fonctions endocrines).

CHAMP D'APPLICATION

Personnes adultes

Hors champ : enfant, femme enceinte

Étiologie

Les causes les plus fréquentes de la MRCT sont :

- le diabète, les maladies cardio-vasculaires, les glomérulonéphrites,
- et aussi, les maladies familiales telles que la polykystose rénale (cf. fiche MRC).

Physiopathologie

Cette technique de dialyse nécessite de pouvoir accéder facilement et de façon répétée, à la circulation sanguine grâce à un abord vasculaire : fistule artério-veineuse située le plus souvent au niveau de l'avant-bras ou cathéter.

On utilise un rein artificiel qui agit comme un filtre entre le sang et une solution (dialysat) et qui permet les échanges entre les 2.

La dialyse agit par plusieurs mécanismes :

- la diffusion qui permet d'éliminer les toxines et de corriger les désordres électrolytiques (potassium, phosphore, ...),
- l'ultrafiltration qui permet d'éliminer l'eau en excès dans l'organisme et atteindre le poids sec du patient,
- la perfusion via le dialysat de bicarbonates, calcium et autres minéraux pour participer à l'équilibre hydro-électrique et acidobasique.

Le poids de base (poids cible ou poids « sec ») est un poids d'équilibre qu'il convient idéalement d'atteindre à la fin de la séance de dialyse.

Il permet de s'assurer que l'organisme contient suffisamment d'eau (ni trop, ni trop peu). Il est fixé par le néphrologue et doit être réévalué régulièrement. Au poids sec, correspond une tension artérielle normale.

On observe une diminution de la diurèse chez les patients dialysés, pouvant aller jusqu'à l'anurie. Chez les patients anuriques ayant des apports nutritionnels satisfaisants, la prise de poids inter dialytique souhaitable est de 4-4,5% du poids sec.

Une séance de dialyse dure en moyenne 4 heures (3 à 7 heures selon les besoins d'épuration du patient), la fréquence des séances d'HD est de manière générale de 3 séances par semaine (2 à 4/semaine).

Il existe aussi un protocole de dialyse courte quotidienne.

Les séances peuvent s'effectuer dans un établissement de soin ou à domicile après formation.

La prise en soin d'un adulte en hémodialyse.

POUR EN SAVOIR PLUS

Références valides

- K / DIGO 2020, National Kidney Foundation
- REIN Rapport annuel 2019
- Prise en charge des patients hémodialysés chroniques – HAS, IPAQSS 2017
- European Best Practice Guideline on Nutrition, Nephrol Dial Transplant 2007 May ; 22 suppl 2
- Guide du parcours de soins – Maladie Rénale Chronique de l'adulte (MRC) – HAS Juillet 2021

Bibliographie

1. Maladies rénales, guide pratique de Nutrition, Philippe Chauveau, Denis Fouque - édition novembre 2021
2. Néphrologie & Thérapeutique 2008 ; 4 : 115-124 Canaud B et al.
3. Néphrologie & Thérapeutique 2007 ; 3 : 5137-5741 Chazot C et al.
4. Qu'apportent les nouvelles Recommandations Européennes de dialyse en nutrition ? Néphrologie & Thérapeutique 2010 ; 6 : 52-56 Juillard, Guebre-Egziabher, Fouque.

Sites

www.has-sante.fr
<https://www.francerein.org/>
<https://www.renif.fr/>

Centres spécialisés

Les CLANs des établissements de santé

Partenaires de soins

- Soins à domicile
- Réseaux de soins
- Soins de support : diététicien nutritionniste, enseignant en activité physique adaptée, psychologue, IDE coordinateur de parcours de santé, assistante sociale

LES AUTEURS

- | | | |
|-----------------------|---------------------|-------------------|
| • Noémie ALCINELLA | • Isabelle LEGALL | • Françoise REY |
| • Sarah GRANGE | • Isabelle OHRESSER | • Muriel THEVENET |
| • Marie Claude LEGALL | • Régine PROTIN | • Myriam TURRI |

Relecture Décembre 2024

Mme Amélie Tottoli, Cadre de l'AGDUC La Tronche

CPSAT (Commission Parcours de Soins et Activités Thérapeutiques) :

Lydia De Azevedo, Sophie Birades, Gaëlle Ledioron, Régine Protin, Delphine Wauthy

La prise en soin d'un adulte en hémodialyse.

INITIALISATION DE LA DÉMARCHE PAR

- une prescription médicale pour évaluer l'état nutritionnel de la personne soignée
 - un protocole validé
- OU

BILAN DIÉTÉTIQUE

Recueil de données

Données cliniques : sexe, âge, taille mesurée, poids sec, poids habituel (poids avant la maladie ou obtenu lors d'un relevé antérieur), évolution du poids, prise de poids inter dialytique, calcul de l'IMC et du poids idéal, diurèse résiduelle. Existence de facteurs de risques cardio-vasculaires : diabète, hyperlipidémie, hypertension artérielle, etc.

Existence d'un risque de dénutrition.

Pathologie infectieuse ou inflammatoire, cancer, pathologie gastro-intestinale, troubles bucco-dentaires, etc.

Données biologiques : albuminémie sérique (méthode de dosage), pré albuminémie (transthyrétine), CRP, nPCR (taux de catabolisme protidique), kaliémie, réserve alcaline, calcémie, phosphatémie, TG, CT, HDL cholestérol, LDL cholestérol, HbA1c si diabétique.

Mode de vie : situation familiale et socioprofessionnelle, ethnie ou religion en relation avec la nutrition, activité physique, addictions (tabac, alcool, état psychologique, projet de vie, implication et soutien de l'entourage, projet de greffe.

Traitements médicaux associés à la MRCT : diurétiques, traitements anti-hypertenseurs, chélateurs du potassium, chélateurs du phosphore.

Estimation des besoins

Calories : 25 à 35 kcal/kg/j, à adapter à l'activité physique

Protéines : 1 à 1,2 g/kg/j

Utiliser le poids idéal (formule de Lorentz) ou le poids ajusté si obésité (cf. Fiche pratique « Besoins et apports nutritionnels », AFDN, 2018).

Évaluation des consommations et des habitudes alimentaires

L'évaluation doit cibler en priorité :

- l'apport énergétique, protidique et hydrique
- les apports en minéraux Na-K-Phosphore
- le choix des corps gras utilisés
- le comportement et habitudes alimentaires
- l'estimation de l'appétit ou la perte d'appétit
- une alimentation inadéquate, restrictive

Représentation et compétences d'auto-soins

Vécu et représentation de la maladie, de la dialyse, de la restriction hydrique, de l'alimentation.

Connaissance des aliments riches en potassium, phosphore, calcium, sel et protéines.

Niveau d'autonomie et capacité à se prendre en charge pour la préparation des repas.

DIAGNOSTIC DIÉTÉTIQUE

Apport énergétique, **Apport** en nutriments, **Apport** en minéraux : excessifs, suffisants, insuffisants par rapport aux recommandations.

Apport hydrique : excessif, non contrôlé, correct par rapport à la prescription médicale

Ou **Consommation** abusive, suffisante, insuffisante en aliments (viandes, produits laitiers, fruits,...) et en boissons.

En lien avec des connaissances (inadaptées, inappropriées, ...) et/ou des perturbations du comportement (incapacité, manque de..., niveau d'autonomie, non acceptation du traitement de suppléance) et des troubles physiologiques (mastication, digestion, ...).

Se manifestant par des signes visibles et /ou mesurables : variation du poids sec, prise de poids inter dialytique, ionogramme, albuminémie, etc.

PLAN DE SOIN DIÉTÉTIQUE

Il sera négocié avec la personne soignée et le médecin prescripteur

Objectifs de soin diététique

Objectifs généraux

- Assurer un apport nutritionnel correspondant à la couverture de ses besoins
- Prévenir les complications liées à la maladie
- Veiller à une bonne qualité de vie et lutter contre la sédentarité

Objectifs spécifiques

- Veiller à un apport calorico-protidique satisfaisant
- Contrôler les apports hydrosodés
- Contrôler les apports en potassium
- Rechercher la présence d'additifs de potassium
- Contrôler les apports en phosphore
- Rechercher la présence d'additifs de phosphore
- Corriger la dénutrition

Objectifs éducatifs

- Savoir équilibrer son alimentation en tenant compte des recommandations diététiques relatives au potassium et au phosphore
- Savoir adapter ses prises liquidiennes à sa diurèse

Programme de soin diététique

Préconisations diététiques

Elles varient selon l'âge physiologique et les comorbidités.

○ Apports énergétiques et protidiques

Pour un patient en équilibre pondéral

Calories 25 à 35 kcal/kg de poids idéal/j

Protéines 1 à 1,2 g/kg de poids idéal/j

○ Apports lipidiques

Veiller à la qualité et à l'équilibre des différents acides gras (rapport w3/w6)

○ Apport hydrique

(eau, alcool, lait, café, thé, potage, ...)

750 ml en cas d'anurie ou

Volume de la diurèse quotidienne + 500 ml

○ Apport en sel

5 à 6 g de sel/j

4 g en cas d'anurie ou d'hypertension artérielle

○ Apport en potassium

4,7 g/j

Inférieur à 3 g en cas d'hyperkaliémie

Réduire la consommation d'aliments transformés avec présence d'additifs

▪ Apport en phosphore

0,8 à 1 g/j

Réduire la consommation d'aliments transformés avec présence d'additifs

○ Apport en calcium

ANC en tenant compte du traitement médicamenteux

Planification des actions

- Mise en place d'une alimentation adaptée au traitement de suppléance et aux habitudes de la personne soignée
- Apport de connaissances en lien avec le diagnostic diététique et les objectifs de sécurité (qui sont d'éviter l'hyperkaliémie et l'OAP) et en tenant compte des attentes de la personne (approche éducative)
- Négociation des actions à mettre en œuvre
- Remise de documents (fiches, livret, recettes, équivalences)
- Présentation du programme d'ETP à la personne et à son entourage
- Proposition de participation à des ateliers éducatifs, collectifs et/ou individuels selon ses besoins, ses souhaits

Évaluation et suivi du soin diététique

- Suivi quantitatif et qualitatif des ingesta
- Suivi du poids
- Suivi du bilan biologique : albuminémie, CRP, ionogramme
- Vérification de l'acquisition des connaissances sur les apports en potassium, en sel, en protéines et en phosphore
- Évaluation des difficultés rencontrées
- Évaluation des activités physiques

La prise en soin d'un adulte en hémodialyse.

SYNTHÈSE DE LA DÉMARCHE

Résumé du soin diététique

Il comprend le motif de la prise en charge, l'atteinte des objectifs et les actions restant à conduire ainsi que l'intitulé des documents remis à la personne.

Actions à conduire

Suivi diététique trimestriel

Documents à réaliser

- Conseils sur le choix et la fréquence de consommation des aliments
- Fiches sur les teneurs en potassium et en phosphore des aliments
- Équivalences en potassium pour les fruits
- Équivalences en protéines (VPO, produits laitiers)
- Équivalences sodées
- Conseils culinaires et d'assaisonnement, modes de cuisson
- Menus
- A compléter suivant les besoins et les attentes de la personne soignée
- Courriers aux professionnels impliqués dans le soin diététique

Cas clinique d'un patient hémodialysé.

INITIALISATION DE LA DÉMARCHE

Prescription du néphrologue pour une prise en soin diététique chez un patient hémodialysé présentant des prises de poids interdialytiques excessives, une HTA, une hyperkaliémie, une hyperphosphatémie.

BILAN DIÉTÉTIQUE

Recueil de données

Mr A. 45 ans, atteint d'une glomérulonéphrite chronique découverte à l'âge de 30 ans, dialyse depuis 6 mois.

Antécédents médicaux : HTA

Mode de vie :

Agent administratif
Activité physique modérée

Données cliniques et biologiques :

Poids sec : 70 kg ; Taille : 1m74 ; IMC : 23
Prise de poids interdialytique : 5 litres (kg) soit 7% du poids sec
Diurèse résiduelle : 500 ml
Kaliémie : 5,7 mmol/L
Phosphatémie : 2,4 mmol/L

Traitements médicaux :

Lasilix® 500 mg (1 0 0) diurétique
Ramipril® 2,5 mg (0 0 1) antiHTA
Cacit® 500 (1 0 1)
Kayexalate® 15 g (les jours de non dialyse) chélateur du potassium
Renagel-Renvela® 800 (1 2 2) à prendre au milieu ou juste après le repas, chélateur de phosphore

Estimation des besoins

IMC normal
Les besoins sont évalués à partir du poids sec du patient :

- besoins énergétiques 2450 kcal (70 x 35 kcal)
- besoins protidiques 77g (70 x 1,1 g)

Les lipides représentent 35 à 40 % de l'AET
Les glucides complètent l'AET

Évaluation des consommations et des habitudes alimentaires

2 400 kcal, 110 g de protéines, boissons : 1,5 litre
Apport en sel : 8 g
Apport en phosphore : 1,5 g
Apport en potassium : 3,5 g
Consommation de plats cuisinés industriels 3 à 4 fois/semaine
Consommation de fromage 100 g/j dont un goûter : pain et fromage sans prise de chélateurs du phosphore à ce repas.

Cas clinique d'un patient hémodialysé.

Représentations et compétences d'auto-soins

Ses difficultés

Le patient vit seul.

La restriction hydrique à 1 litre est mal vécue.

Il pense ne pas consommer d'aliments riches en potassium et ne prend pas son traitement hypokaliémiant car il lui trouve un mauvais goût.

Mauvaise observance de son traitement, prise inappropriée des chélateurs car incompréhension et méconnaissance de leur rôle.

Le patient est conscient de l'importance du contrôle de ses prises de poids inter dialytiques et de sa tension artérielle.

Ses ressources

Cuisine sans sel avec des aromates.

Connaissance des aliments très riches en potassium, n'en fait pas d'excès.

DIAGNOSTIC DIÉTÉTIQUE

Apports nutritionnels excessifs (Protéines, K, Ph, sel, eau) par rapport aux recommandations, **en lien avec** une consommation importante de fromage et plats industriels et une compréhension partielle de l'importance de la prise des chélateurs, **comme en témoignent** une HTA, les paramètres biologiques perturbés et les prises de poids interdialytiques mal vécues.

PLAN DE SOIN DIÉTÉTIQUE

Objectifs de soin diététique

- Adapter les besoins nutritionnels en fonction de la MRCT traitée par HD
- Éduquer pour conforter le patient dans ses connaissances et prévenir les complications (prise de poids interdialytique, hyperkaliémie, hyperphosphorémie, ...)
- Proposer une aide psychologique dans un second temps si besoin

Programme de soin diététique

Préconisations diététiques

Alimentation à 2400 kcal, 77 g de protéines, 6 g de NaCl en 3 prises, apport hydrique : 1 litre par jour

Planification des actions

- Éducation nutritionnelle en individuel ciblée sur les aliments très riches en sel et sur le contrôle de l'apport hydrique
- Limitation des boissons, astuces : boire dans des petits contenants, boire très frais ou chaud, ...
- Éducation médicamenteuse : pharmacien, néphrologue, IDE
- Proposition d'une inscription à des ateliers d'ETP sur ces thématiques

Évaluation et suivi du soin diététique

Évaluation des connaissances acquises et de la compréhension de la nécessité de modifier son comportement alimentaire

Cas clinique d'un patient hémodialysé.

SYNTHÈSE DE LA DÉMARCHE

Résumé de soin diététique

Patient hémodialysé pris en charge pour réduire la prise de poids interdialytique et améliorer le bilan biologique et l'équilibre tensionnel.

Une éducation a été réalisée pour repréciser les aliments riches en sel, en potassium et en phosphore.

Le patient a pris conscience de l'intérêt de maîtriser ses prises de poids interdialytiques et de l'importance de la prise des chélateurs pour stabiliser son bilan biologique.

Un suivi est programmé dans un mois pour évaluer les changements intervenus.

Documents réalisés

Conseils diététiques, adaptés aux attentes du patient, sur les items abordés pendant l'éducation thérapeutique : équivalences en sel, conseils culinaires, utilisation des aromates, recettes, repas pris à l'extérieur, information sur le volume des contenants.