DÉMARCHE DE SOIN DIÉTÉTIQUE
La théorie

La prise en soin d'un adulte atteint d'une maladie rénale chronique avant traitement de suppléance (stade 3 à 5).

DÉFINITION

La Maladie Rénale Chronique (MRC) se définit comme la perte irréversible des fonctions du rein. Elle correspond à une destruction progressive et irrémédiable des néphrons.

CHAMP D'APPLICATION

Personnes adultes
Hors champ : enfant, femme enceinte

Étiologie - Épidémiologie

Les causes les plus fréquentes de la MRC sont :
- le diabète et les maladies cardiovasculaires (50%)
- les autres causes sont les glomérulonéphrites, les infections du rein (pyélonéphrites), l'utilisation excessive de médicaments toxiques pour les reins (dits néphrotoxiques)
- les maladies familiales telles que la polykystose rénale, les malformations urinaires et/ ou rénales, des maladies générales telle le Lupus Érythémateux Disséminé
- idiopathiques, dans 10 à 15% des cas

La MRC toucherait près de 10% de la population française adulte et concernerait près de 6 millions de personnes.

Physiopathologie

Les reins sont des organes vitaux. Chaque rein pèse en moyenne 160 g et mesure 12 cm de long. Chaque rein contient entre 400 000 et 800 000 néphrons.

Ses rôles sont les suivants :
- épuration des toxines (urée, créatinine…)
- maintien de l'équilibre hydro-électrolytique (eau, ions : sodium, potassium, phosphore, bicarbonates…)
- production d'hormones : transformation de la vitamine D en forme active, sécrétion d'hormones intervenant dans la régulation de la pression artérielle (SRAA), sécrétion d'érythropoïétine (EPO)
- maintien de l'équilibre phosphocalcique

Le diagnostic d'une MRC se fait à partir du dosage sanguin de la créatinine et du calcul du débit de filtration glomérulaire (DFG). Ce calcul permet de déterminer le stade de la MRC (cf. tableau 1, classification HAS).

Tableau 1. Classification des stades d'évolution de la maladie rénale chronique

Stade	DFG (ml/min/1,73 m²)	Définition
1	≥ 90	Maladie rénale chronique* avec DFG normal ou augmenté
2	entre 60 et 89	Maladie rénale chronique* avec DFG légèrement diminué
3	Stade 3A : entre 45 et 59	Insuffisance rénale chronique modérée
	Stade 3B : entre 30 et 44	
4	entre 15 et 29	Insuffisance rénale chronique sévère
5	< 15	Insuffisance rénale chronique terminale

* *avec marqueurs d'atteinte rénale : albuminurie, hématurie, leucocyturie, ou anomalies morphologiques ou histologiques, ou marqueurs de dysfonction tubulaire, persistant plus de 3 mois (deux ou trois examens consécutifs).*

La prise en soin d'un adulte atteint d'une maladie rénale chronique avant traitement de suppléance (stade 3 à 5).

POUR EN SAVOIR PLUS

Références valides

- Guide du parcours de soins Maladie Rénale Chronique de l'adulte – HAS Septembre 2023
- K / DIGO 2020-2024, National Kidney Foundation
- REIN Rapport annuel 2019
- European Best Practice Guideline on Nutrition, Nephrol Dial Transplant 2007 May ; 22 suppl 2

Bibliographie

Maladies rénales, guide pratique de Nutrition, Philippe Chauveau, Denis Fouque, Stanislas Trolonge - édition novembre 2021

Sites

www.has-sante.fr
https://www.kidney.org/professionnals/guidelines/guidelines_commentaries/nutrition-ckd
https://www.sfncm.org/
www.adnn.ord

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

- Sarah GRANGE
- Marie Claude LEGALL
- Isabelle OHRESSER
- Muriel THEVENET
- 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 atteint d'une maladie rénale chronique avant traitement de suppléance (stade 3 à 5).

INITIALISATION DE LA DÉMARCHE PAR

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

BILAN DIÉTÉTIQUE

Recueil de données

Données cliniques : sexe, âge, taille mesurée, poids habituel, évolution du poids, calcul de l'IMC, du poids idéal, du poids ajusté (Obésité – IMC > 30kg/m^2).
Existence de facteurs de risques cardio-vasculaires : diabète, hyperlipidémie, hypertension artérielle, œdèmes, etc…
Existence d'un risque de dénutrition : pathologie infectieuse ou inflammatoire, cancer, pathologie gastro- intestinale, troubles bucco-dentaires, etc.
Étiologie de la MRC.

Données biologiques et urinaires : DFG, bilan sanguin (créatinémie, urémie, albuminémie sérique, pré albuminémie, CRP, kaliémie, réserve alcaline, calcémie, phosphorémie, PTH, acide urique, TG, CT, HDL cholestérol, LDL cholestérol, HbA1c si diabétique, BNP).
Bilan urinaire des 24 heures (diurèse, natriurie, protéinurie, urée urinaire).

Mode de vie : situation familiale et socioprofessionnelle, activité physique, addictions (tabac, alcool), état psychologique, projet de vie, implication et soutien de l'entourage, projet de greffe.
Évaluation des capacités d'alimentation (achats et approvisionnements, préparation des repas, appétit).

Traitements médicaux associés à la MRC : Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion (IEC), diurétique, corticoïdes, médicaments anti-hypertenseurs, chélateurs de potassium et phosphore, médicaments hypo cholestérolémiants, bicarbonates, inhibiteurs des SGLT 2.

Évaluation de la composition corporelle du patient

Masse musculaire et index de masse musculaire pour le dépistage phénotypique de la dénutrition
Masse grasse
Hydratation (par impédancemètre multifréquences à électrodes collées)

Estimation des besoins

L'estimation des besoins nutritionnels sera réalisée à partir d'un outil de référence (*cf. Fiche pratique « Besoins et apports nutritionnels », AFDN, 2018*).

Calories : 25 à 35 kcal/kg/j, à adapter au niveau d'activité physique, à l'âge, à l'IMC et aux comorbidités.
Protéines : 0,6 à 0,8 g/kg/j

- Stade 1 à 2 : 0,8 g/kg/j
- A partir du stade 3 : 0,55 à 0,6g/kg/j OU 0,28 à 0,43g/kg/j avec céto-analogues et surveillance diététique accrue (KDIGO 2020) ou suggérez de maintenir un apport maximal en protéines de 0,8g/kg/j (KDIGO 2024)
- A partir des stades 4 et 5 : possibilité de baisser les apports protidiques de 0,3 à 0,4g/kg/j avec céto-analogues pour des patients avec surveillance diététique accrue (KDIGO 2024).

Lorsque l'IMC du patient est dans les normes, utiliser le poids du patient comme poids de référence.
Si besoin utiliser le poids idéal (formule de Lorentz) ou le poids ajusté si obésité (*cf. Fiche pratique « Besoins et apports nutritionnels, AFDN, 2018*).
Apport hydrique : 1 à 1,5 litre / 24 heures. Adaptation en fonction du niveau d'hydratation corporelle, présence de surcharge hydrosodée.

Évaluation des consommations et des habitudes alimentaires

L'évaluation doit permettre de cibler la problématique pour formuler le diagnostic.

DÉMARCHE DE SOIN DIÉTÉTIQUE
La théorie

La prise en soin d'un adulte atteint d'une maladie rénale chronique avant traitement de suppléance (stade 3 à 5).

DIAGNOSTIC DIÉTÉTIQUE

Le diagnostic formalise le **problème nutritionnel (P)** mis en évidence par le bilan diététique (apport calorique, protidique, lipidique, sodé et hydrique, insuffisant par rapport aux besoins estimés)

en lien avec une étiologie (E) :
- consommation
- clinique
- comportement et/ou d'environnement : connaissances erronées et/ou des idées reçues

se manifestant par des signes ou symptômes (S) visibles (œdèmes) et/ou mesurables (protéinurie, HTA, natriurèse élevée, ...).

PLAN DE SOIN DIÉTÉTIQUE

Il sera négocié avec la personne soignée et le médecin prescripteur

Objectifs de soin diététique
- Adapter les apports aux besoins par une alimentation néphroprotectrice (kcal, P, Na) pour prévenir toute dénutrition
- Éduquer le patient pour anticiper tout risque de complications :

- équivalences protidiques et sodés
- repérage des sources à travers les étiquetages

Programme de soin diététique

Préconisations diététiques

Elles varient suivant le stade de la MRC.

- **Apports protidiques**

0,8 à 0,6 g/kg de poids réel ou ajusté/jour selon le stade de la maladie

- **Apports sodés**

6 g de NaCl / jour (en tenant compte des 2 g apportés par l'alimentation brute, non transformée)

- **Apports énergétiques**

25-35 kcal/kg de poids réel ou ajusté/jour

- **Apports lipidiques**

35 à 40 % de la ration énergétique totale. Veiller à la qualité et à l'équilibre des différents acides gras (rapport omégas3/omégas6)

- **Apports hydriques**

1,5 litre (à adapter suivant la diurèse)

Planification des actions
- Mise en place d'une alimentation adaptée à la pathologie et aux habitudes de la personne soignée
- Apport de connaissance en lien avec le diagnostic diététique tenant compte des attentes de la personne (approche éducative)
- Propositions ciblées et réalistes sur les modifications alimentaires à envisager
- Négociation des actions à mettre en œuvre (pas plus de 3 à la fois)
- Remise de documents personnalisés (livrets, recettes, équivalences)
- Proposition de participation à des ateliers éducatifs, collectifs et/ou individuels, selon les besoins de la personne

Évaluation et suivi du soin diététique
- Suivi et évaluation des consommations
- Évaluation et réajustement des compétences acquises

SYNTHÈSE DE LA DÉMARCHE

Résumé du soin diététique

Il comprend le motif de la prise en charge, les objectifs de soin nutritionnel, les résultats obtenus et/ou les actions à conduire.

Documents à réaliser
- Intitulé des conseils personnalisés remis à la personne : fiche ou livret de conseils personnalisés.
- Courrier aux autres professionnels impliqués dans le soin diététique.

35, allée Vivaldi 75012 Paris - Tél. 01 40 02 03 02 - E-mail : afdn@afdn.org - www.afdn.org

Cas clinique d'un patient atteint de maladie rénale chronique.

INITIALISATION DE LA DÉMARCHE

Prescription du néphrologue pour une prise en soin diététique chez un patient atteint de maladie rénale. Alimentation à 0,8 g Protéines/kg/j et 6 g de sel/j.

BILAN DIÉTÉTIQUE

Recueil de données

Mr R. 21 ans, hospitalisé en urgence pour une insuffisance rénale aiguë (œdèmes, asthénie), créatinine à 600 µmol/l avec protéinurie entre 2 et 5 g /j et hématurie.
Le bilan immunologique révèle des anticorps positifs en faveur d'une vascularite à ANCA (Anticorps Antineutrophile Cytoplasmatique).
La ponction biopsie de rein révèle une glomérulonéphrite extra capillaire avec des lésions chroniques de vascularite.
Le patient a dû être dialysé, il a eu des échanges plasmatiques, un traitement corticoïdes a été instauré à dose forte puis décroissante.
Antécédents médicaux : vascularite (maladie de Wegener)
Mode de vie :
Étudiant en biologie
Activité physique importante
Données cliniques et biologiques :
Poids : 75 kg ; Taille : 1m83 ; IMC : 22
Poids stable
Kaliémie : 4,4 mmol/l
Créatininémie : 149 µmol/l soit CKD EPI : 57,4 ml/mn/1,73m2
Maladie rénale stade IIIa
Urée : 9,1 mmol/l, glucose : 4,3 mmol/l
Albumine : 38 g/l, Préalbumine : 0,3 g/l, CRP < 5 mg/l
Calcémie : 2,35 mmol/l, phosphatémie : 1,19 mmol/l ;
Vitamine D : 51 nmol/l
Protéinurie : 3,07 g/24h, pas d'hématurie
Traitements médicaux :
Diurétiques
Traitement HTA
Supplément calcique
Vitamine D

Estimation des besoins

IMC normal
Les besoins énergétiques sont évalués à partir du poids actuel du patient :
- 2250 kcal (soit 75 x 30 kcal)

Les besoins protidiques sont évalués à partir du poids :
- 60 g de protéines par jour (soit 75 x 0,8 g)

Apport sodé : 6 g de sel/j
Les lipides représentent 35 à 40% de l'AET
Les glucides représentent 45 à 50% de l'AET

DÉMARCHE DE SOIN DIÉTÉTIQUE
La pratique

Cas clinique d'un patient atteint de maladie rénale chronique.

Évaluation des consommations et des habitudes alimentaires

≈ 2500 kcal/j
85 g Protides/j
Apport en sel ≈ 10 g/j

Représentations et compétences d'auto-soins

Ses difficultés

Jeune patient ayant une alimentation habituelle variée, équilibrée, mais consommation de viande ou équivalent midi et soir (≈ 120g), alternance de fromage et laitages (4 portions/jour).
Le patient est étudiant, mange au restaurant universitaire ou dans son studio.
Peu de plats cuisinés, mais pizza, pâtes, steak-hachés…
Le patient est conscient de l'importance de ses apports nutritionnels dans la néphroprotection.

Ses ressources

Il sait cuisiner.
Il ne grignote pas.

DIAGNOSTIC DIÉTÉTIQUE

Apports protidiques et sodés excessifs par rapport aux recommandations **en lien avec** une alimentation inadaptée à la pathologie (Restauration Universitaire, restauration rapide ou facile à préparer, …) **comme en témoignent** l'apparition brutale d'œdèmes et une perturbation du bilan biologique.

PLAN DE SOIN DIÉTÉTIQUE

Objectifs de soin diététique

- Couvrir les besoins nutritionnels
- Prévenir les complications liées à la pathologie
- Réduire la protéinurie, éviter les œdèmes
- Améliorer l'équilibre tensionnel et protéger le système cardio-vasculaire
- Éduquer le patient pour protéger sa fonction rénale

Programme de soin diététique

Préconisations diététiques

Alimentation à 2250 kcal, 60 g de protéines, 6 g de NaCl

Planification des actions

Education nutritionnelle ciblée sur :

- Les aliments très riches en sel, l'utilisation des épices et aromates : Comment avoir un apport de 6 g de sel/jour ? (informations sur les équivalences)
- L'apport en protéines : Comment avoir l'apport recommandé ? (informations sur les équivalences)
- Les matières grasses à privilégier : cuisine à l'huile (olive, colza, …)
- Proposition d'une inscription à des ateliers d'ETP sur ces thématiques

Évaluation et suivi du soin diététique

Évaluation de la compréhension des séances d'éducation, des connaissances acquises et de la motivation du patient pour adapter son comportement alimentaire.

Cas clinique d'un patient atteint de maladie rénale chronique.

SYNTHÈSE DE LA DÉMARCHE

Résumé de soin diététique

Jeune patient insuffisant rénal pris en charge pour maintenir un statut nutritionnel correct. Une éducation sur les protéines, le sel et les matières grasses a été réalisée en séances d'ETP (programme joint).
Le patient est conscient de l'importance du contrôle de son poids et de sa tension.
Il sera revu dans un mois pour évaluer les modifications de son comportement alimentaire.

Documents réalisés

Conseils diététiques sur les items abordés pendant l'éducation thérapeutique :

- sources et équivalences protidiques
- sources et équivalences en sel, conseils culinaires, utilisation des aromates, recettes, plats à préférer lors de repas à l'extérieur
- dosette apportant 1 g de sel
- choix des matières grasses