

Dénutrition et cicatrisation des plaies chez le patient traité par dialyse et pris en charge dans une unité de soins de suite néphrologiques

V. LAMBERT, IDE - S. BESSON, IDE, cadre de santé - D^r A. ABBASSI - D^r S. ROUEFF
CTIRC - Unité USSRD - Hôpitaux de Saint-Maurice 94410



INTRODUCTION

- Les troubles trophiques sont fréquemment rencontrés chez les patients traités par dialyse. Leur cicatrisation est fortement influencée par leur état nutritionnel. 20 à 36% de ces patients sont dénutris.
- Le but de cette étude est d'évaluer les plaies observées chez ces patients traités par dialyse, hospitalisés en soins de suite néphrologiques et d'analyser leur état nutritionnel et les facteurs favorisants liés aux pathologies associées.

METHODES ET RESULTATS

Etude rétrospective incluant 17 patients, porteurs de plaies, hospitalisés dans le service en 2012. Tous les patients ont bénéficié d'une évaluation nutritionnelle et cutanée à l'admission.

1 - Description générale des patients à l'admission (tableau 1) :

- 17 patients avec plaie cutanée : 11 hommes et 6 femmes.
- Age moyen : 70 ans, dont 10 avec une moyenne d'âge de 79,5 ans.
- 9 patients sont diabétiques et 14 artériels.
- 15 patients sont traités par hémodialyse, 1 par dialyse péritonéale et 1 greffé.
- 16 patients transférés d'un autre hôpital en cours séjour et un patient venait du domicile.

2 - Description des plaies observées à l'admission (tableau 1)

- Description des types de plaies :**
 - Escarres : 10 patients avec une ou plusieurs escarres : 3 au stade 2, 5 au stade 3 et 2 au stade 4.
 - Amputation : 4 patients avec une plaie non cicatrisée : 1 transmetatarsienne gauche, 1 transbiliaire droite, 1 amputation du 2^e orteil droit et 1 amputation de doigts liée à un vol vasculaire sur FAV.
 - Ulcerations et/ou nécroses distales : 7 patients avaient une ou plusieurs lésions d'ulcération et/ou de nécrose distale, d'origine traumatique chez 6 patients et liées à des embolies de cholestérol chez 1 patient.
 - Plaie de cicatrice d'intervention : 1 patiente avec surinfection de plaie d'un pontage aorto-fémoral.
 - Ulcerations de jambe : 1 patiente présentait des ulcérations tibiales sur calciphytaxie.

3 - Description du statut nutritionnel à l'admission (tableau 2)

- Variation du poids :** la majorité des patients avaient perdu du poids par rapport à leur poids d'habitude. Le poids a diminué en moyenne de -8%. 7 patients avaient perdu plus de 10%, 12 plus de 5%.
- Indice de masse corporelle (IMC) :** l'IMC moyen des patients était de 27. 4 patients avaient un IMC < 23, 4 > 30 dont 1 à 40,5, 3 patients < 20.
- Marqueurs biologiques du statu nutritionnel :**
 - Albumine : tous les patients avaient une albumine < 35gr/l. L'albumine moyenne était à 26 gr/l.
 - Pré-albumine : le taux moyen de pré-albumine était de 0,22 g/l. 15 patients avaient une pré-albumine inférieure à 0,3 g/l.

Selon les recommandations Européennes des bonnes pratiques en hémodialyse (11) : 12 patients avaient une dénutrition sévère avec une albumine < 35 g/l et une perte de poids > 5%.

Quatre patients avaient un IMC > 30. Ils étaient tous diabétiques avec une pré-albumine moyenne à 0,19 gr/l et albumine moyenne à 28 g/l. 3 avaient des escarres et 1 une amputation mi-cuisse sur obésité morbide > 40.

4 - Description selon les sous-groupes (tableau 3)

Si nous tenons compte du terrain et la présence d'escarre :

Groupe patient	Diabète	Artérielle	Escarres
• Nombre	9	14	10 patients
• L'âge moyen	66	70	75 ans
• IMC moyen	30	28	26
• Perte de poids moyen	-7	-7,36	-10,3%
• Albumine moyenne	28	26,9	26,9 g/l
• La pré-albumine moyenne	0,25	0,23	0,21 g/l
• Escarres	5	7	10
• Antibiothérapie, infection	7	12	6
• Diabétiques	9/9	9/14	5/10
• Artériels	8/9	14/14	7/10
• Revascularisation	4	5	1
• Amputation avant admission	4	4	1

5 - Evaluation et prise en charge :

Tous les patients ont bénéficié d'une :

- Evaluation nutritionnelle : Clinique, diététique et biologique avec prise en charge nutritionnelle adaptée.
- Evaluation cutanée : Clinique - bactériologique - photographique avec prise en charge pluridisciplinaire.
- Evaluation néphrologique : Clinique et dialytique : adaptation dose de dialyse et de la volémie.

6 - Evolution et suivi durant l'hospitalisation entre l'admission et la sortie des patients :

Sur le plan nutritionnel (tableau 4)

Nous avons observé une amélioration des paramètres cliniques et biologiques.

- Le poids n'a pas varié de façon brute. Le poids moyen à la sortie était de 71,43 kg VS 71,82 kg l'admission. Cela s'expliquerait essentiellement par la correction de la surcharge hydro-sodée et le gain de masse maigre.
- Les paramètres biologiques se sont améliorés : l'albumine est passée de 26 à 30 gr/l (+ 4 points) et la pré-albumine de 0,22 à 0,27 gr/l.

Evolution des plaies après la prise en charge adaptée :

Nous avons observé une amélioration de l'aspect des plaies :

- La majorité des plaies ont cicatrisé : 15 plaies / 17.
- 2 patients n'ont pas cicatrisé : 1 transféré en cours séjour avec escarre au talon stade 4 et nécroses distales et 1 décédé dans le service avec nécrose distale sur artérielle sévère non revascularisable.

Dans la littérature et sur les critères de dénutrition : la malnutrition est une cause importante de morbidité et de mortalité. Elle entraîne une majoration de la perte d'autonomie. La physiopathologie de l'escarre répond à trois facteurs essentiels imminents liés à une réduction de la sensibilité et de la motilité de décharge en réponse à un stimulus douloureux, à une diminution de la microcirculation artériolaire et à l'altération du statut nutritionnel (10). L'escarre est souvent une lésion contractée à l'occasion d'une maladie aiguë en milieu hospitalier (9). Chez la personne âgée, le risque de dénutrition est très important et les événements cataboliques très nombreux au cours de l'insuffisance rénale le favorisent (5).

Dans notre étude :

- 10 patients sont porteurs d'escarres à leur arrivée. Leur moyenne d'âge est de 75 ans. La perte moyenne de poids est de -10,3% (moyenne) avec une albumine à 27 gr/l et une pré-albumine 0,21. Il existe une relation probable entre la dénutrition et la présence de plaies.
- Les patients diabétiques représentent le groupe le plus à risque du fait de l'artérite et la neuropathie : 9 patients étaient diabétiques avec un âge moyen de 66 ans, un IMC moyen à 30, une perte de poids moyenne de -7%, une albumine moyenne à 28 g/l, une pré-albumine moyenne à 0,25 g/l et un poids moyens à l'entrée de 81 kg. 4 des 9 diabétiques ont subi des amputations.
- En les comparant avec les patients artériels et les patients avec escarres :
 - les patients diabétiques sont moins dénutris, sont plus jeunes, ont un IMC plus élevé à 30 en moyenne.
 - tous les patients diabétiques sont artériels, 4 avaient subi une amputation avant leur hospitalisation, non cicatrisée à l'admission et 4 ont subi un geste de revascularisation pour aider à la cicatrisation.
- La dénutrition et le terrain de ces patients favorisent souvent l'infection : 13 patients ont présenté une surinfection des plaies nécessitant un traitement antibiotique adapté. Ces infections, souvent nosocomiales, sont favorisées par les soins médicaux chroniques, les hospitalisations itératives, l'utilisation fréquente d'antibiotiques, les co-morbidités associées à l'état urémique (âge, diabète, malnutrition), les troubles immunitaires liés à l'urémie, le risque des techniques invasives de dialyse et l'inflammation systémique multifactorielle et locale génératrices de modifications métaboliques.

La prise en charge de ces patients avec troubles trophiques, souvent dénutris, doit être multidisciplinaire et tient compte de tous ces facteurs. La présence de plaie impose en plus une bonne prise en charge nutritionnelle en combinaison avec les autres thérapeutiques. Comme nous le montrons dans notre étude, la prise en charge adaptée a permis une bonne évolution :

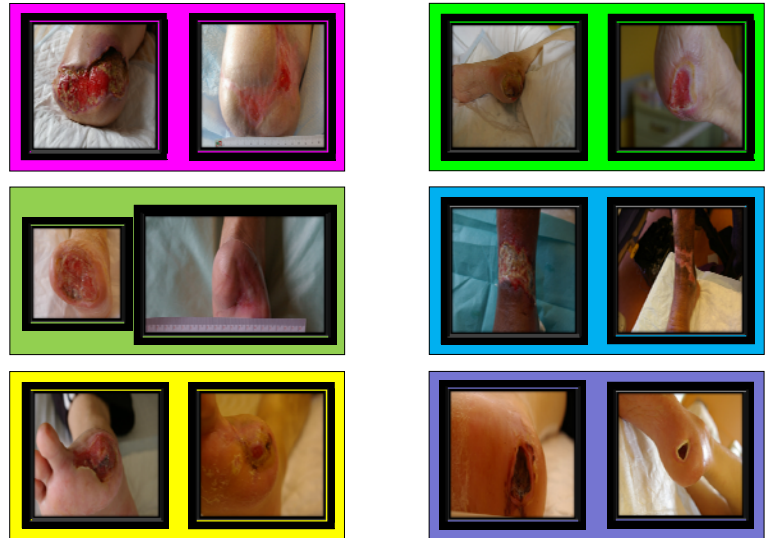
- Les facteurs nutritionnels se sont améliorés.
- La majorité des plaies des patients ont cicatrisés (15/17) (photos).
- 5 patients ont bénéficié d'un geste de revascularisation artérielle dont 4 diabétiques.
- 14 ont bénéficié d'un traitement antibiotique adapté devant une surinfection des plaies.
- 3 patients ont bénéficié d'une TPN (thérapie par pression négative) pour accélérer le processus de cicatrisation.

patient	SEXE	AGE	POIDS	IMC	SCD	ESCARRES	ulcère de membre inférieur	Amputé	Diabétique
Mr 1	M	75	71	24	gros	escarre	/	/	/
Mr 2	M	68	65,4	27	HD	Bondes avaires et malades	Nécrose urticaire	oui	/
Mr 3	M	68	72,3	24	HD	/	Amputation urticaire	oui	oui
Mr 4	M	68	62,5	17,4	HD	ulcère droit	Nécrose urticaire	oui	/
Mr 5	M	62	56,9	22	HD	/	Amputé, ulcère - nécrose urticaire	oui	oui
Mme 6	F	67	34	14,8	HD	escarre	/	/	/
Mme 7	M	67	69	26,4	HD	ulcère droit et scarron	/	/	/
Mme 8	F	61	61	26,4	HD	/	ulcère du pied - Mal Perf.	oui	oui
Mr 9	M	61	98,1	34,6	HD	Talon	amputation trans-artère	oui	oui
Mme 10	F	77	62,4	26,2	HD	/	ulcère du pied - Calciphytaxie	oui	/
Mme 11	F	76	64	28	HD	escarre	/	oui	oui
Mme 12	F	63	63,5	25	HD	ulcère et scarron	/	/	/
Mr 13	M	79	69,5	19	HD	/	Emboli de CT	oui	/
Mr 14	M	79	71	28,2	HD	Talon	Nécrose urticaire.	oui	oui
Mr 15	M	68	106	44,4	HD	/	Nécrose urticaire - AMP/PT cutané	oui	oui
Mr 16	M	71	71,1	25,6	HD	Scarron	/	oui	oui
Mme 17	F	76	74	29	HD	/	Plaie PORTAGE AORTO-FÉMORAL	oui	/

	Variation, Poids	IMC	Albumine	Pré-Albumine
Résultat	-8%	27%	26	0,22

	Age	IMC	P. poids	Alb	PréAlb	Escarres amputation	INF. ATB	DIABETES	Revascular
Diabétique	66	30	-7%	28,16	0,25	5/4	7/9	9/14	8/14/5
Artérielle	70	28	-7%	26,9	0,23	7/4	12/14	8/14/5	
Escarres	75	25	-10%	26,9	0,21	10/1		6/10	5/7

patient	P. l'entrée	P. de sortie	Alb	Alb sortie	pré-alb admission	pré alb sortie
Mr 1	71,80	71,40	27,90	28,30	0,24	0,25
Mr 2	65,60	63,30	28,60	28,00	0,17	0,27
Mr 3	72,80	72,80	31,60	33,00	0,42	0,38
Mr 4	82,90	87,00	21,80	26,00	0,11	0,14
Mr 5	81,90	82,00	31,80	31,80	0,24	0,40
Mme 6	34,00	41,75	21,80	17,10	0,28	0,26
Mr 7	68,50	70,50	27,00	27,00	0,19	0,23
Mme 8	61,00	69,00	29,10	24,50	0,21	0,35
Mr 9	90,10	92,00	27,00	32,30	0,22	0,20
Mme 10	67,40	60,40	23,00	31,75	0,14	0,24
Mme 11	64,00	72,50	30,00	31,75	0,17	0,33
Mme 12	60,50	61,00	21,80	28,10	0,13	0,25
Mr 13	69,00	69,00	22,75	26,15	0,19	0,33
Mr 14	71,00	70,80	26,80	22,00	0,32	0,17
Mr 15	128,00	141,50	28,00	31,30	0,19	0,19
Mr 16	73,70	84,50	31,20	28,80	0,25	0,15
Mme 17	74,00	72,00	23,00	31,90	0,24	0,28
MOYENNE	71,43	71,82	26,90	29,47	0,22	0,27



DISCUSSION

Les troubles trophiques et la dénutrition sont des complications graves et fréquentes chez le patient en IRCT. La présence de la dénutrition représente un facteur majeur d'aggravation et de surinfection.

- Dans notre étude, la dénutrition est fréquente chez le patient en IRC terminale et porteur de troubles trophiques. Elle était présente et constante chez les 17 patients étudiés y compris avec ceux qui avaient un IMC élevé > 30 (11) :
 - La pré-albumine moyenne était de 0,22 gr/l - L'albumine moyenne à 26 gr/l et variation moyenne du poids de -8%

Dans les trois sous-groupes de patients, nous constatons que :

- Les patients avec escarres sont en moyenne plus âgés, plus maigres, plus dénutris.
- Les nécroses et les ulcérations distales sont fréquentes, en particulier chez l'artérielle et le diabétique, probablement liées à la neuropathie mixte et les lésions vasculaires sévères et étendues.
- Les patients diabétiques sont en moyenne : les plus obèses (IMC plus grand) et moins dénutris.
- La surinfection des plaies et le recours aux antibiotiques sont fréquemment utilisés dans ces trois sous groupes, un peu plus dans le groupe des patients artériels.

CONCLUSION

La dénutrition est un problème majeur en néphrologie et un problème de santé publique en gériatrie. Elle doit être recherchée systématiquement, évaluée et corrigée par une prise en charge adaptée au profil du patient.

Pour obtenir une cicatrisation de qualité, il faut des apports nutritionnels quotidiens, équilibrés et suffisants comme nous l'avons montré dans notre étude. 15 des 17 patients ont amélioré le statut nutritionnel et cicatrisé après une prise en charge nutritionnelle et multidisciplinaire adaptées.