

JNI 16^{es} Journées
Nationales
d'Infectiologie



du mercredi 10
au vendredi 12 juin 2015

Centre Prouvé
Grand Nancy Congrès
& Événements

NUTRITION ET PLAIES CHRONIQUES



CH DE CHARLEVILLE-MÉZIÈRES

LEMPEREUR CHRISTINE CADRE DE SANTE

ANDRY PATRICIA: IDE

ADAM MELINE:IDE

VOTION ALEXANDRA:IDE

DOM VANESSA: AS

GROSLIN CHRISTINE: DIETETICIENNE



PRÉSENTATION DU CENTRE HOSPITALIER DE CHARLEVILLE-MÉZIÈRES

Le CH de Charleville-Mézières est le centre de référence des Ardennes.

Le CH est composé d'un site principal et de sites annexes:

- Le site principal (hôpital Manchester) propose l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales courantes et spécialisées

En HC, 519 lits en cours séjour

En HDJ: 48 places

En UHT: 14 lits

- Les sites annexes: EPHAD, USLD (244 lits)

La constitution d'un GCS territorial Ardennes- Nord en 2012 et la mise en place d'une direction commune des 3 hôpitaux du département, ont permis de maintenir la pluralité d'offre de soins.

LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

Mise en place d'une politique nutritionnelle :

- Mise en place des CLAN / groupe de travail
- Formation de tous les professionnels de santé à la prise en charge nutritionnelle
- Qualité des prestations hôtelières
- Organisation des diététiciennes / service transversal
- Méthode HACCP (méthode de contrôle et de sécurité alimentaire)
- Audit ciblé
- Methode « Patient traçeur »

LA CERTIFICATION V 2014

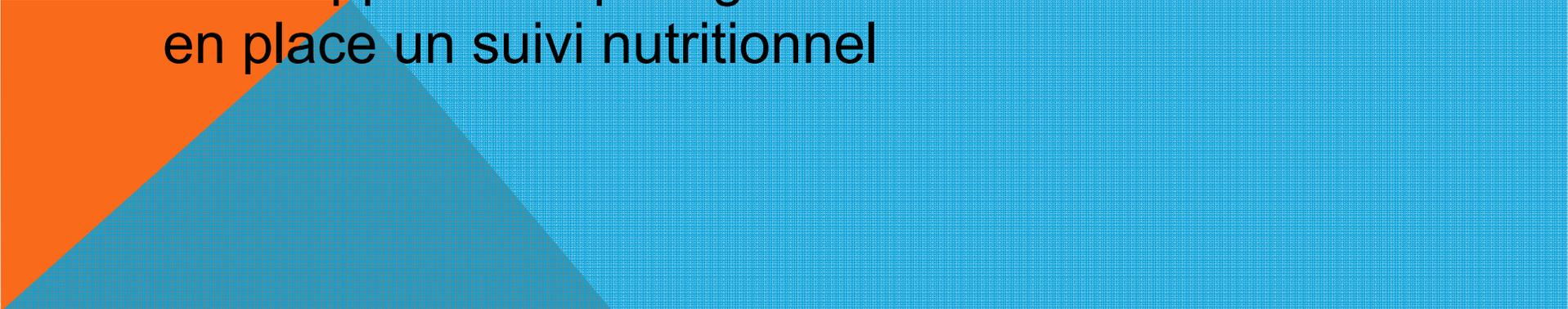
L'arrêté du 20 février 2015 :

Fixe les conditions dans lesquelles les établissements de santé mettent à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Les IPAQSS sont les indicateurs qui permettent d'évaluer la prise en charge des patients :

- Le poids d'entrée,
la variation de poids
le suivi
l'évaluation du risque escarre

LE PROJET DE SOIN PRÉCISE LES OBJECTIFS D'AMÉLIORATION DE LA QUALITE DES SOINS

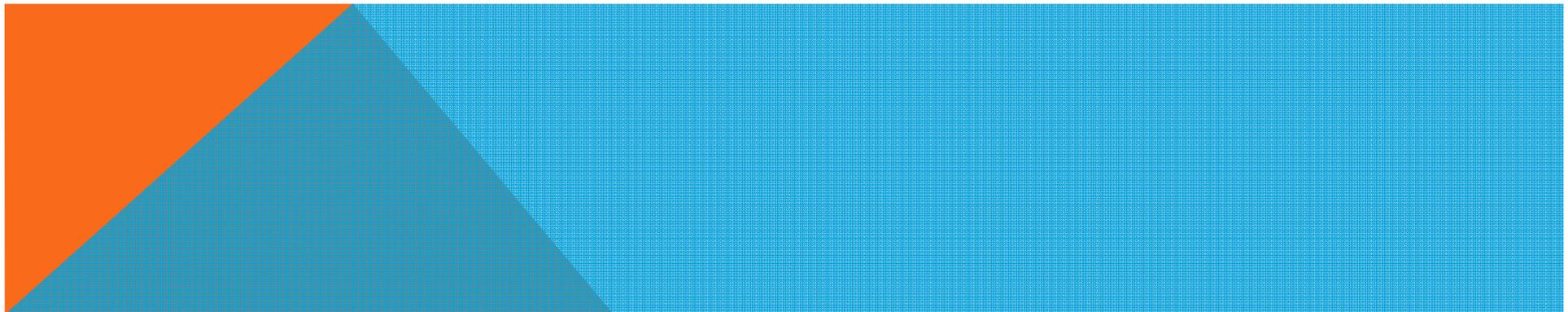
- Améliorer globalement et spécifiquement les soins délivrés aux personnes porteuses de plaies aiguës ou chroniques en tenant compte de l'avancée des connaissances tant au niveau de la prévention, du traitement de la plaie, du traitement de la douleur, que de l'aspect relationnel.
 - Améliorer la prise en charge nutritionnelle, développer le dépistage de la dénutrition et mettre en place un suivi nutritionnel
- 

Les ressources déployées:

La politique :

→ positionnement de la Commission Plaies et Cicatrisation comme référent institutionnel

→ mise en place d'une coordination formalisée CPC
– CLAN – CLUD – CLIN



Les organisations et les outils :

→ mise à disposition d'un recours à une expertise infirmière, diététique ou de kinésithérapie, dans le cadre de la prévention et du traitement des plaies

→ mise en place d'une consultation infirmière

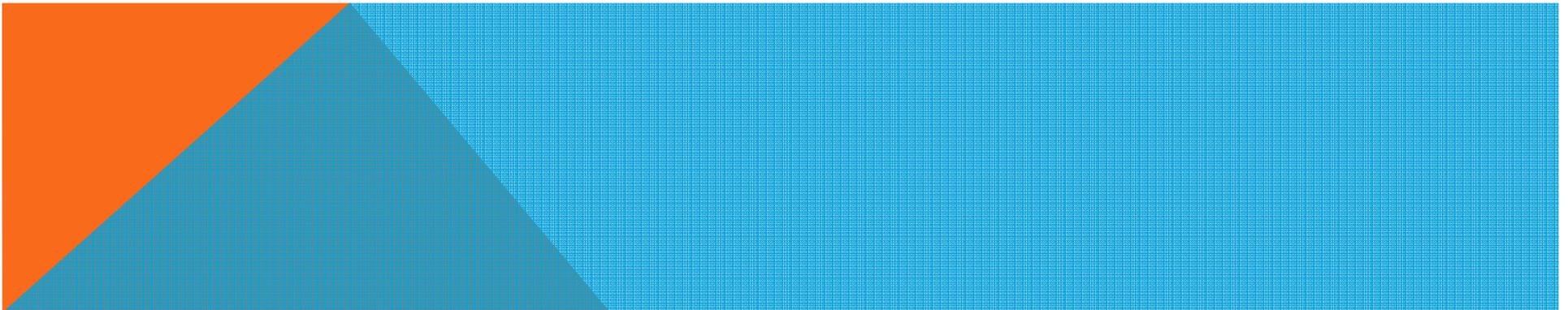
→ élaboration des outils d'aide :
protocoles, plans de soins guide ... relatifs aux plaies chroniques, aux escarres
guide pour le choix des matériels de prévention et de soins spécifiques escarres ou plaies

→ poursuite du travail en collaboration avec le CLAN et le CLUD

DÉFINITION DE LA DENUTRITION

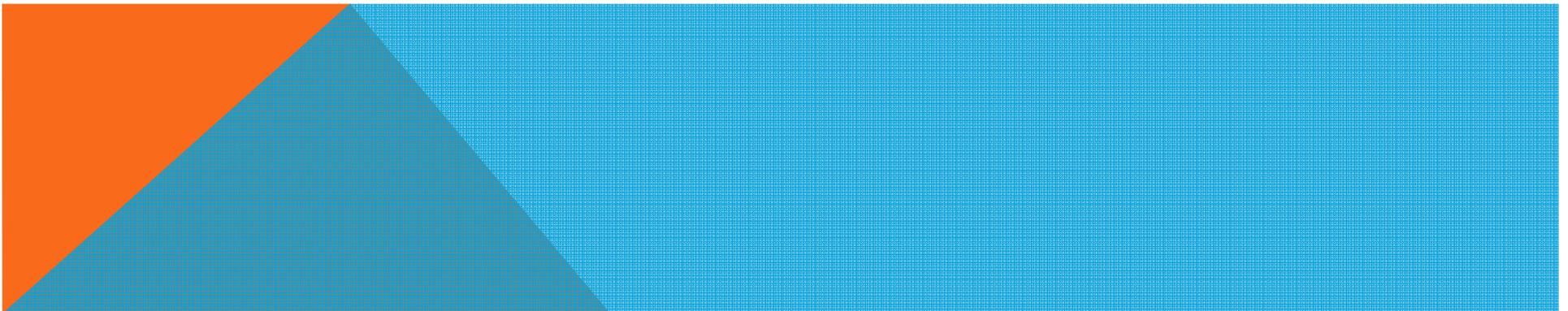
Extrait du Larousse médical :

« Etat pathologique dans lequel les besoins en énergie ou en protéines de l'organisme ne sont pas couverts »



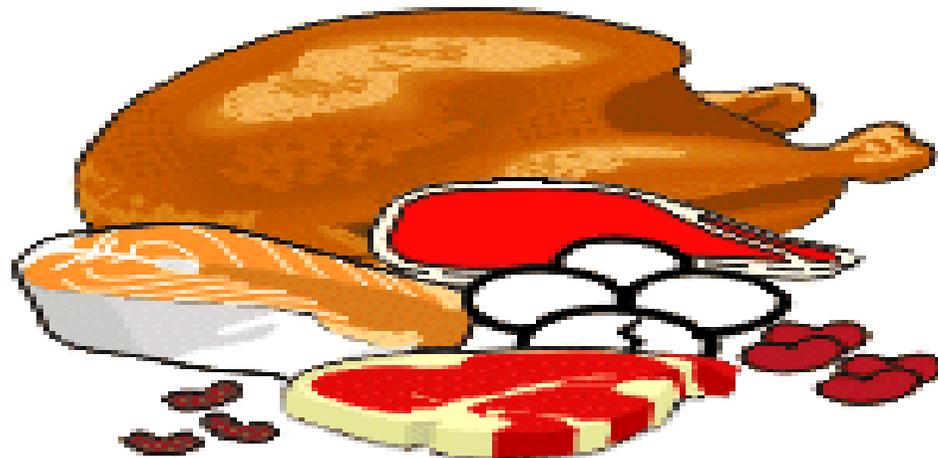
LES BESOINS NUTRITIONNELS

QUANTITÉ NÉCESSAIRE POUR MAINTENIR
DES FONCTIONS PHYSIOLOGIQUES ET UN
ÉTAT DE SANTÉ



Les protéines :

- La carence en protéines affecte toutes les phases de la cicatrisation
 - Hypo albuminémie
 - œdème tissulaire
 - hypoxie



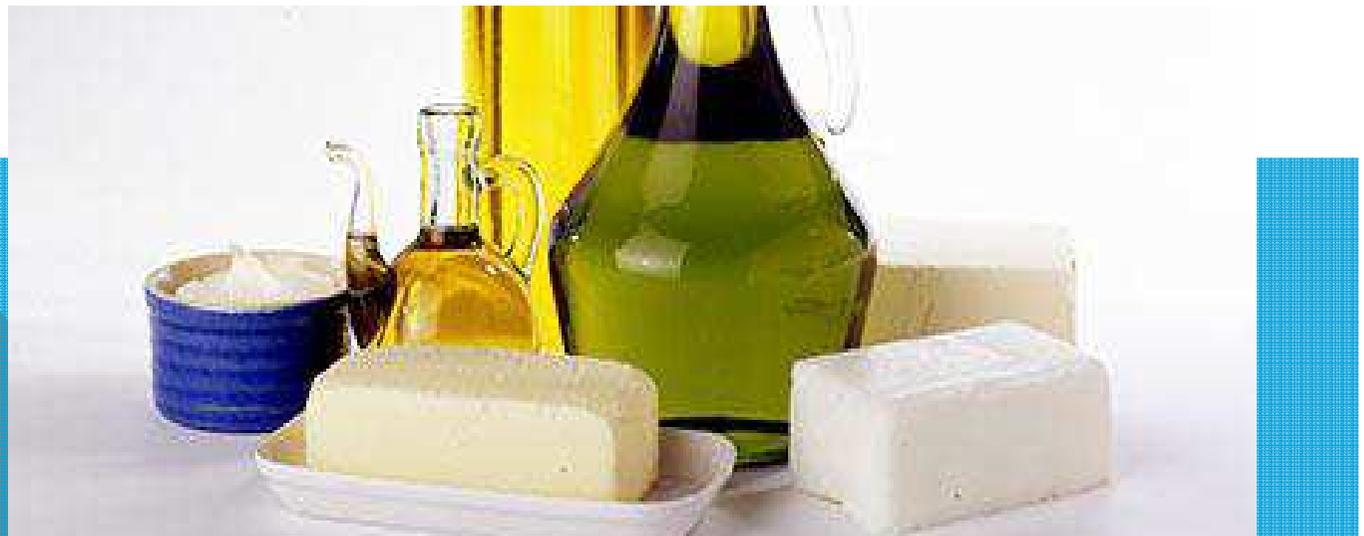
Les glucides :

- Indispensable à la cicatrisation comme source énergétique pour la réponse inflammatoire.
- La dépense énergétique est d'autant plus grande que la plaie est étendue



Les lipides :

- Les acides gras sont nécessaires:
 - Réponse anti-inflammatoire
 - Réponse immunitaire
 - Formation des membranes cellulaires, qualité de la peau,



Les vitamines :

Vitamine A: nécessaire à la cicatrisation et recommandée pour les plaies sévères

Vitamine B: nécessaire à l'hydratation de la peau et au métabolisme des glucides dans la cicatrisation

Vitamine C: le déficit entraîne une baisse de synthèse du collagène, une augmentation de la fragilité capillaire, une augmentation du risque d'infection

Vitamine K: le déficit entraîne un risque hémorragique

Vitamine E: maintien de l'intégrité des membranes cellulaires,

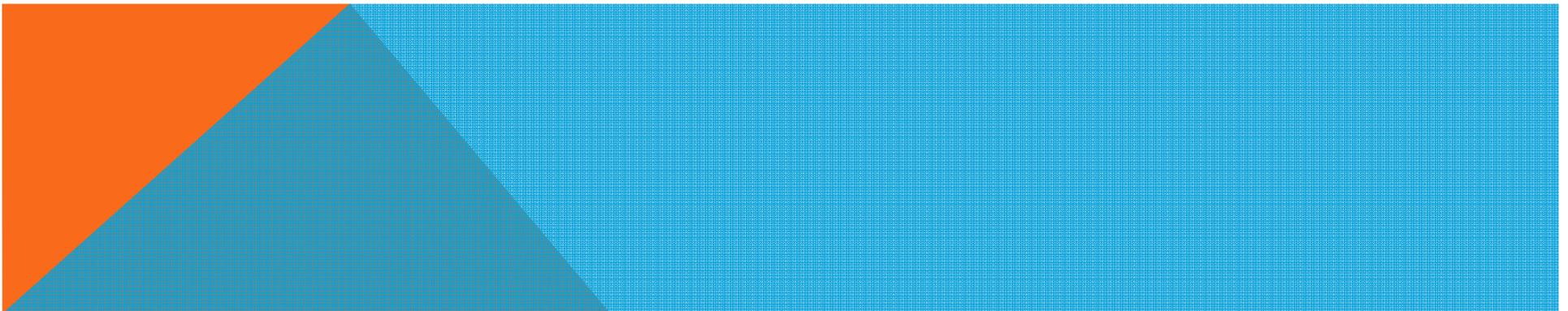
Vitamine D: synthèse de cette vitamine par la peau

Les oligo-éléments: Permettent de renforcer les défenses anti-oxydantes

Le zinc

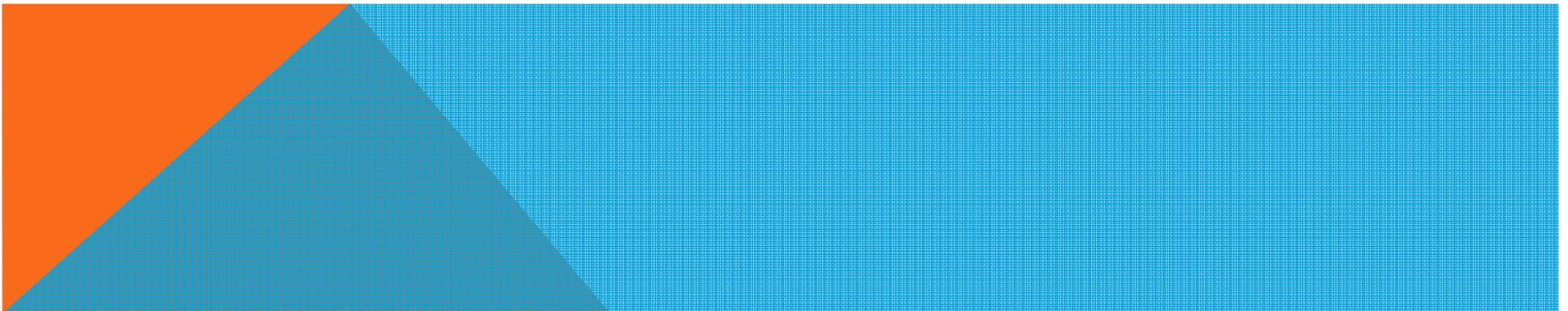
Le cuivre

Le chrome



LES CONSEQUENCES DE LA DENUTRITION

- ✓ Les conséquences / patient
- ✓ Les conséquences / soignant
- ✓ Les conséquences / institution



LES CONSÉQUENCES POUR LE PATIENT

Baisse de l'immunité	Augmentation des infections
Perte de muscle	Perte d'autonomie Trouble de la déglutition Déficit d'organe
Fatigue	Dépression
Épuisement de stock de protéines	Difficultés et retard de cicatrisation

LES CONSÉQUENCES POUR LE SOIGNANT

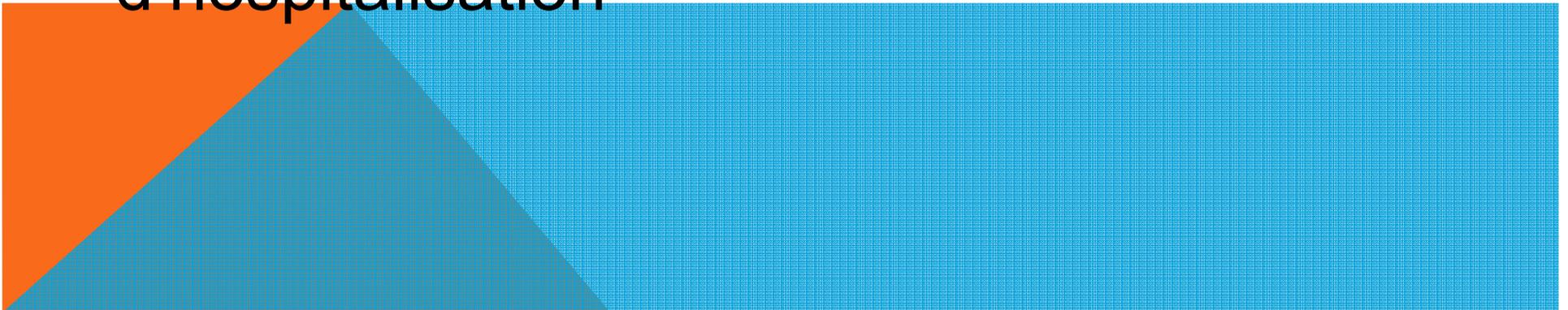
Augmentation des infections	Augmentation du temps de soins
Perte d'autonomie	Augmentation du temps de nursing
Difficultés de cicatrisation	Augmentation des pansements
Asthénie, troubles organiques, dépression	Attention majorée auprès du patient

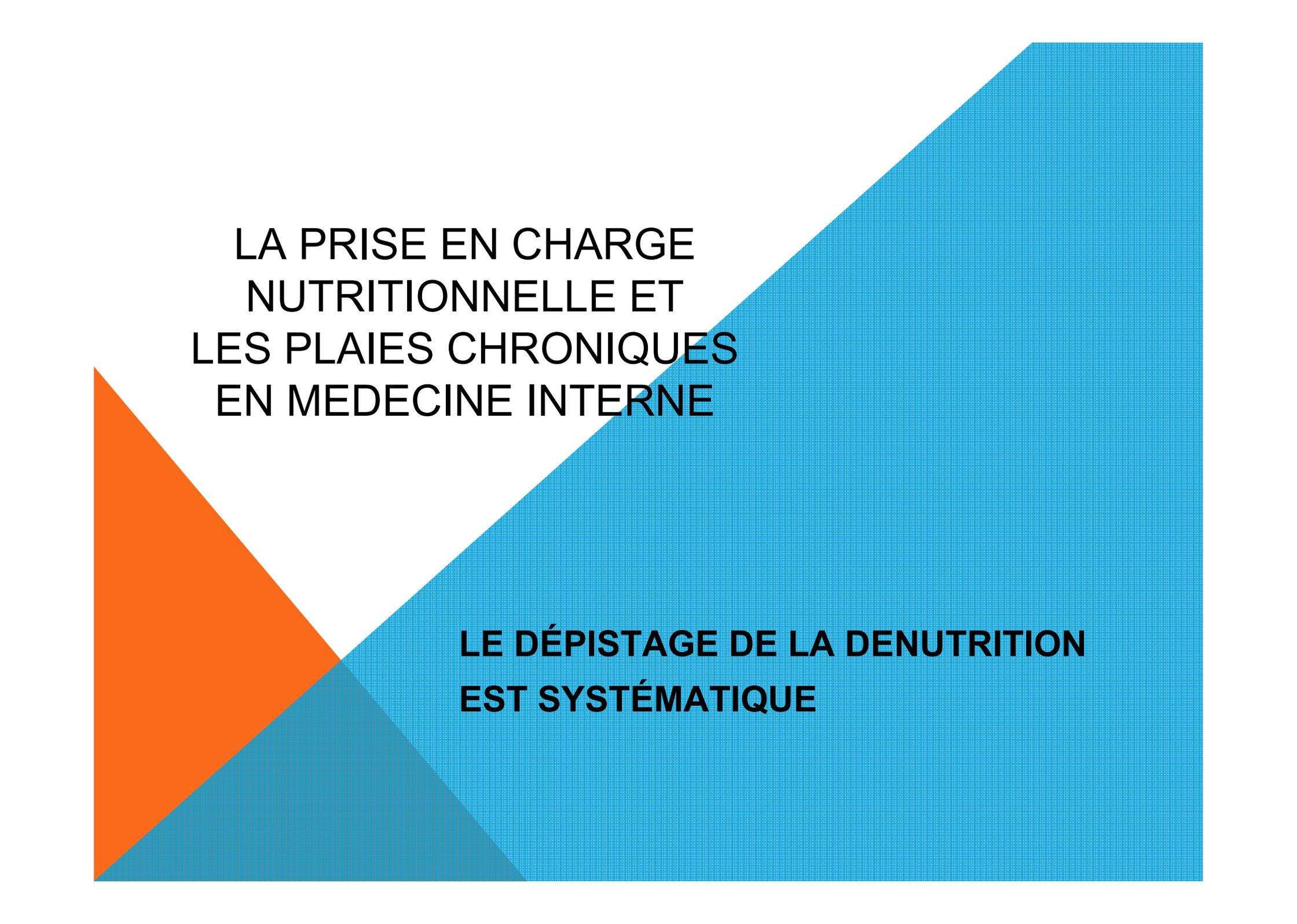
LES CONSÉQUENCES POUR L'INSTITUTION

Augmentation des temps de soins	Augmentation des infections nosocomiales / traitements
Augmentation des temps de nursing	Augmentation des DMS Lit d'aval en SSR à envisager
Augmentation des pansements	Augmentation des couts des traitements
Asthénie, dépression, troubles organiques du patient	Surmédicalisation

LA DENUTRITION CHEZ LES PATIENTS PORTEURS DE PLAIES CHRONIQUES

- Aggravation du pronostic du patient
- Facteur de morbidité
- Altération de la qualité de vie des patients
- Augmentation des complications
- Augmentation de la DMS et des frais d'hospitalisation



The background features a large blue polygon on the right side, which is partially overlapped by a smaller orange triangle on the left. The text is centered within the white space between these shapes.

**LA PRISE EN CHARGE
NUTRITIONNELLE ET
LES PLAIES CHRONIQUES
EN MEDECINE INTERNE**

**LE DÉPISTAGE DE LA DENUTRITION
EST SYSTÉMATIQUE**

L'ÉQUIPE DE MEDECINE INTERNE/ MALADIES INFECTIEUSES

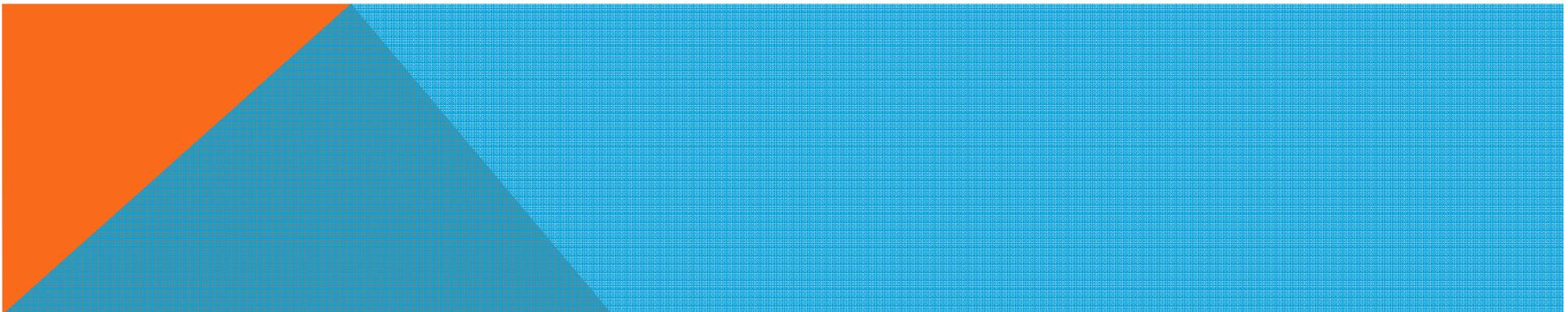
- 4 SECTEURS : HC / HDS / HDJ / CONSULTATIONS
(22 lits en HC, 2 lits HDS, 2 places en HDJ)

- EFFECTIF MEDICAL:
 - 3 Praticiens Hospitaliers
 - 1 dermatologue à mi-temps

- EFFECTIF PARAMEDICAL :
 - 1 cadre / 10 IDE / 11 AS
 - 1 PSYCHOLOGUE (20 %)
 - 1 DIETETICIENNE (20 %)

SIGNES D'ALERTE DE LA DÉNUTRITION

- Perte de poids de 5% en un mois (ou 10% en 6 mois) :
ex : 3,5kg en 1mois pour une personne de 70 kg
- Réduction alimentaire de 50% depuis plus de 5 jours
- IMC inférieur à 18,5 ou 21 (+ de 75 ans)
- Albuminémie inférieure à 35g/l



SIGNES ÉVOCATEURS DE LA DÉNUTRITION

Signes clés:

- ✓ Perte de poids
- ✓ Moins de deux vrais repas /jour

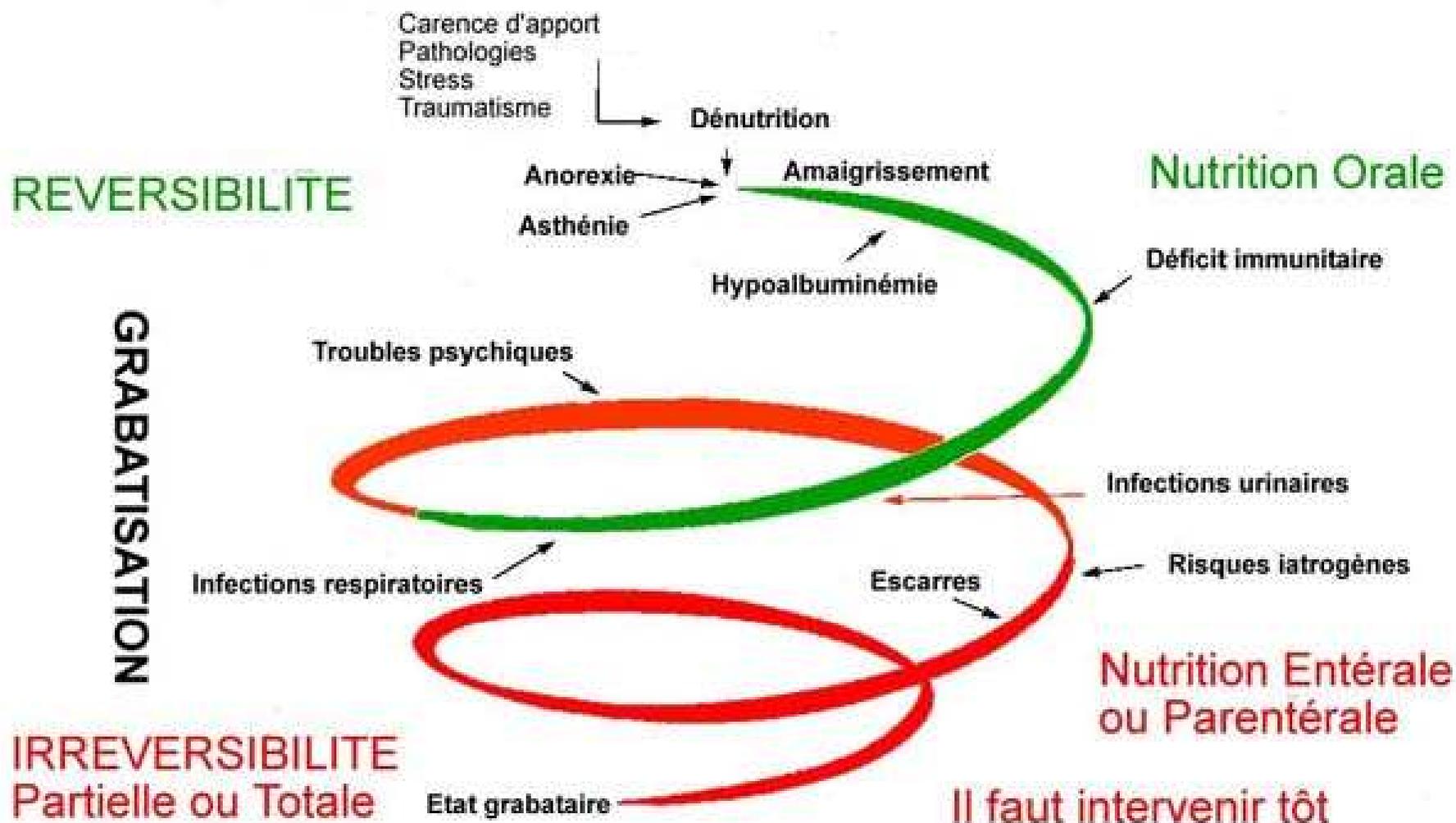
Signes d'examens:

- ✓ Mauvaises dents
- ✓ Insuffisance salivaire
- ✓ Trouble de la déglutition (fausse route)
 - ✓ Trouble du transit
 - ✓ Etat pathologique
- ✓ Prise nombreuse de médicaments (sup à 5/j)
 - ✓ Perte d'autonomie physique
 - ✓ Douleur
- ✓ Démence ou troubles neurologiques

Signes psychosociaux:

- ✓ Etat dépressif (veuvage, solitude)
 - ✓ Perte d'autonomie
 - ✓ Revenus diminués

La Spirale de la dénutrition (Dr Monique FERRY 1993)



DEPISTAGE DE LA DENUTRITION SUR LES PATIENTS PORTEURS DE PLAIES

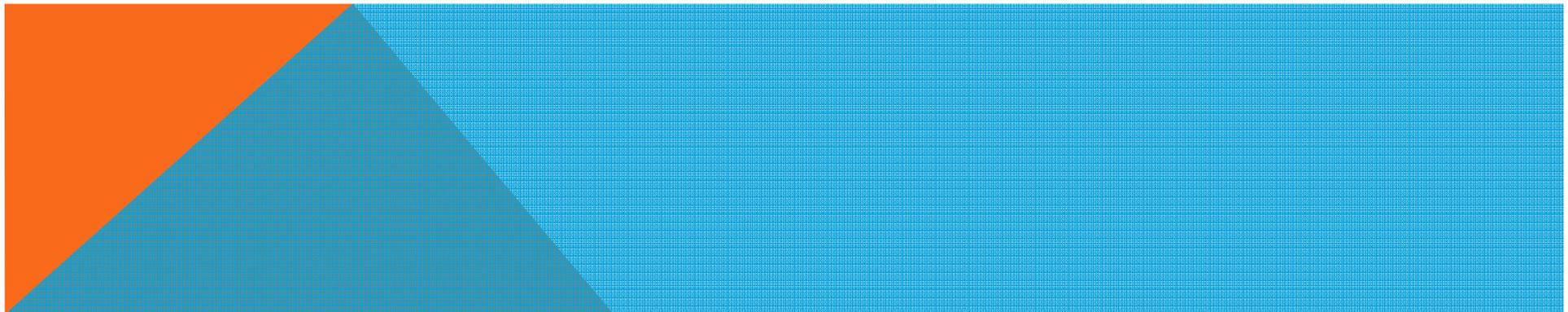
EN 2014:

20 PATIENTS HOSPITALISES

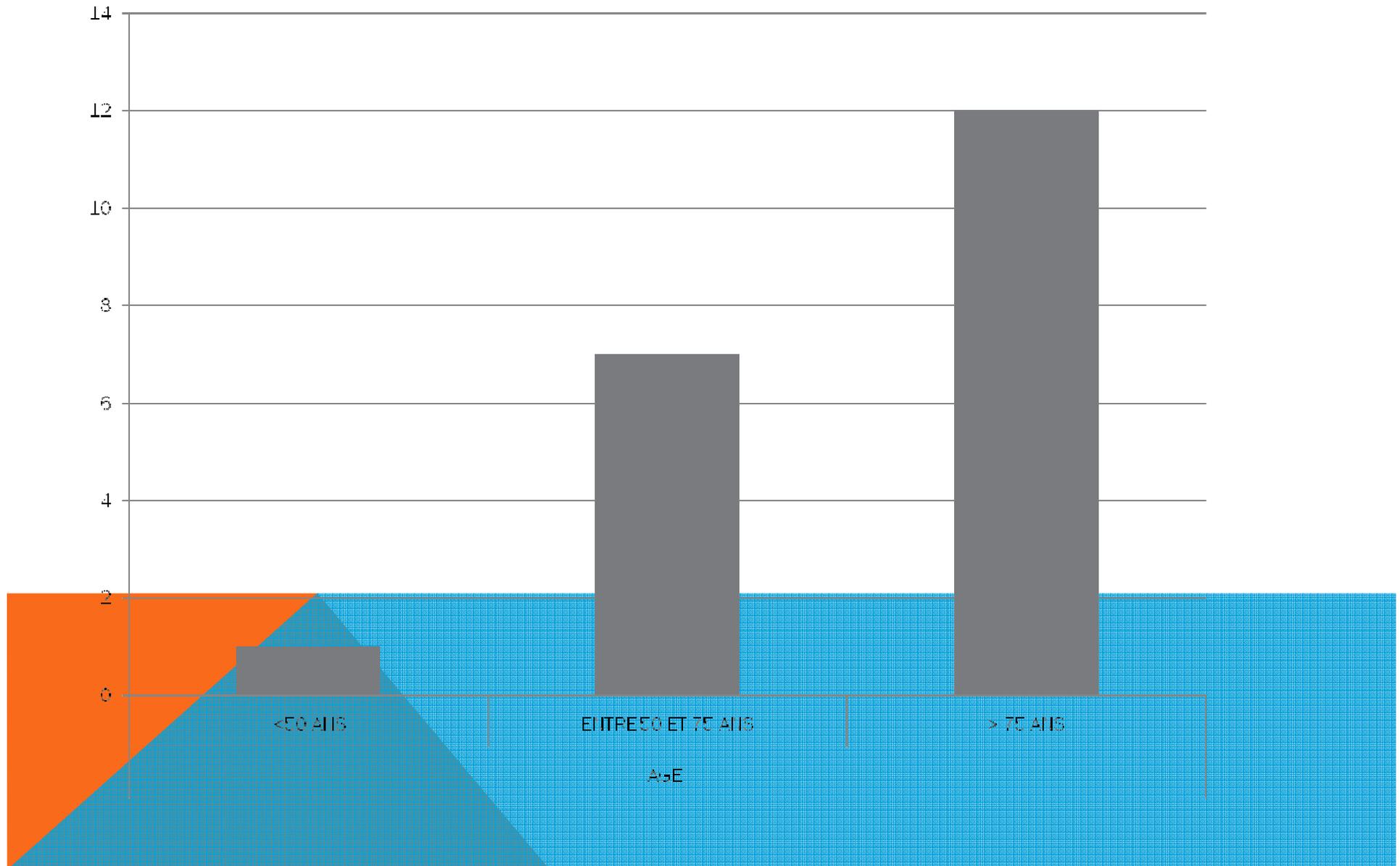
DIAGNOSTIC PRINCIPAL PLAIES CHRONIQUES

LA SELECTION DES PATIENTS

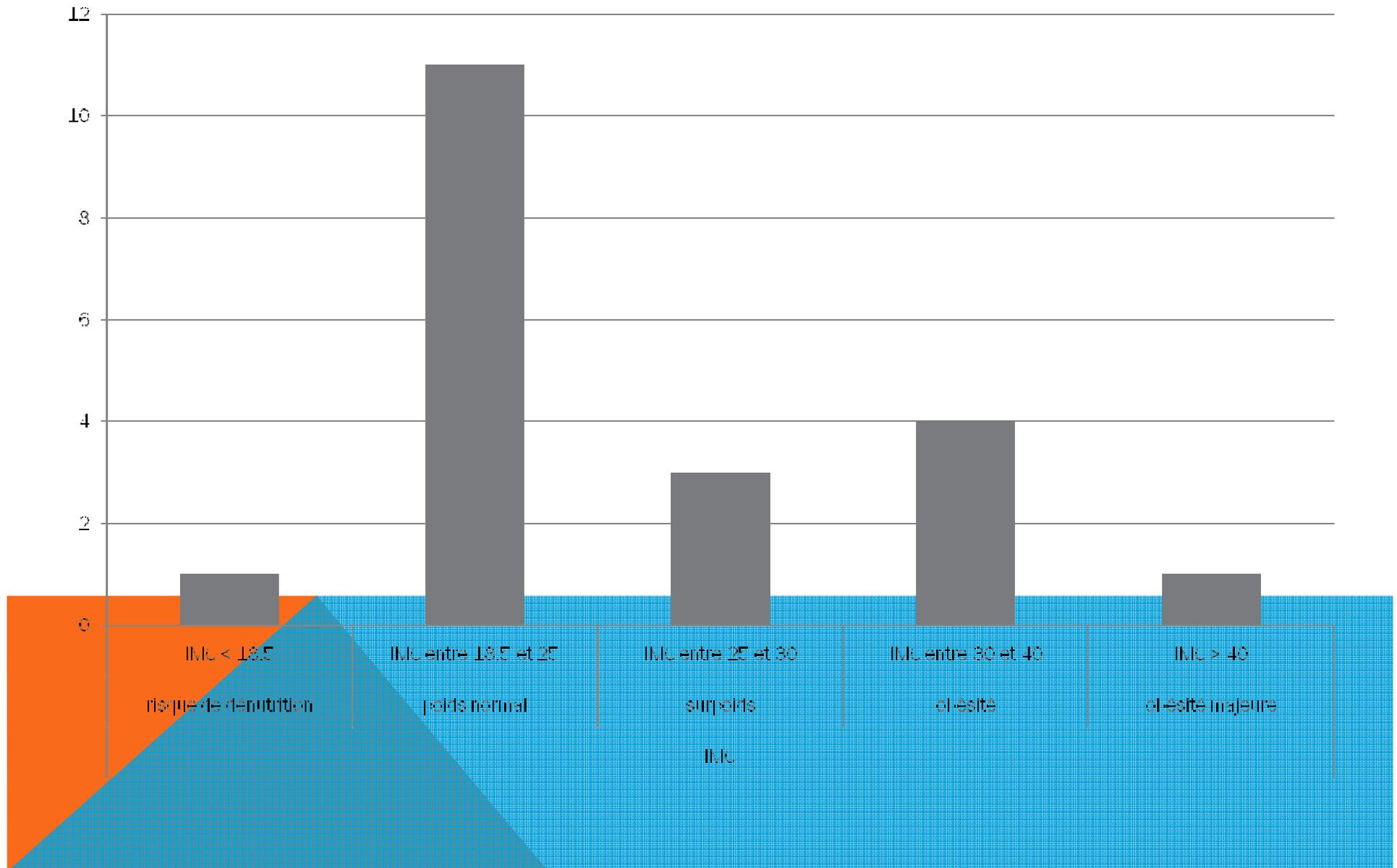
- Patients hospitalises du 1/01/2014 au 31/12/2014
- Mémoriser les patients hospitalisés pour plaies chroniques (28)
- Choix : Avec un motif d'entrée de prise en charge d'une plaie chronique
- Hospitalisation via l'accueil des urgences



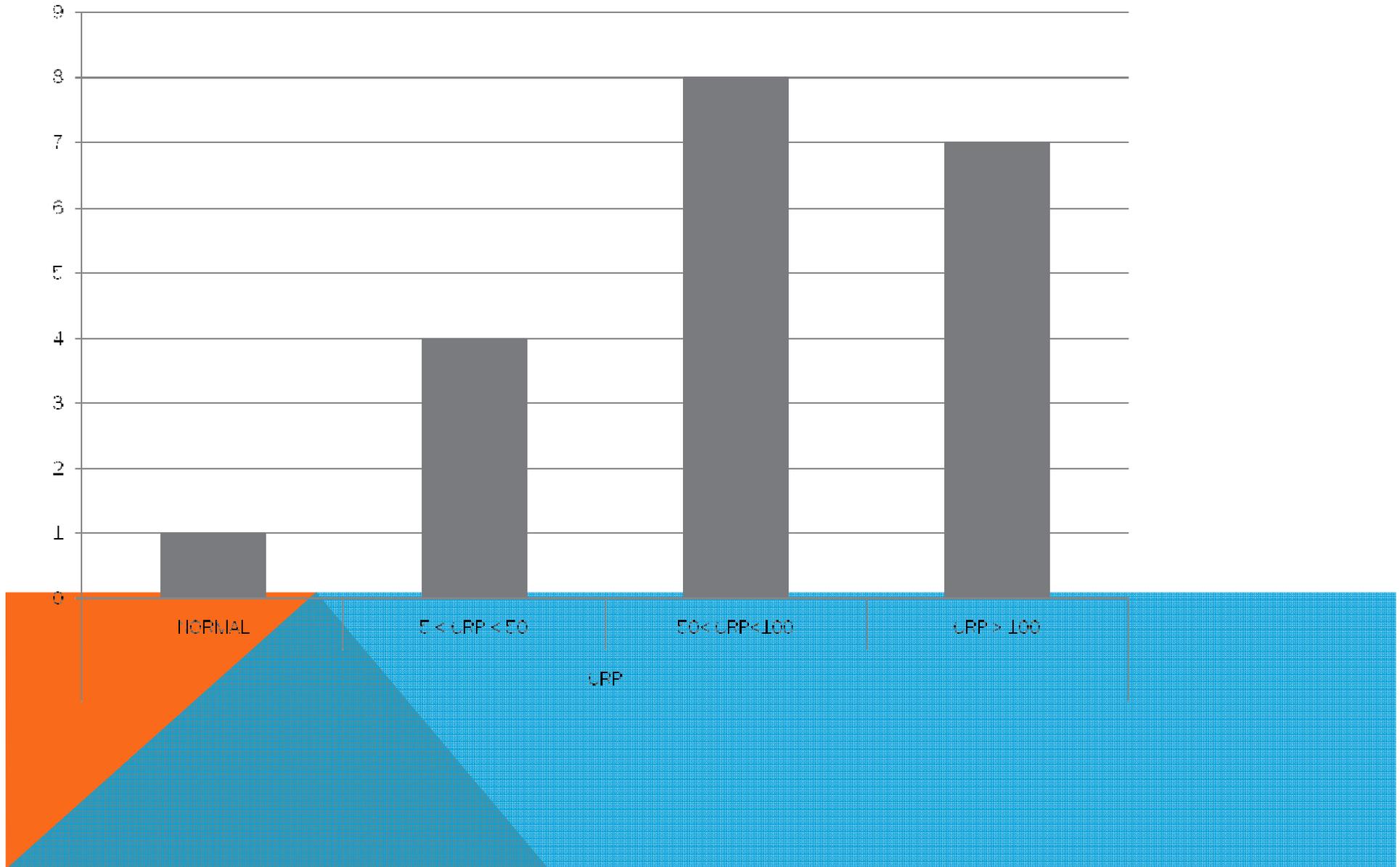
L'ÂGE DES PATIENTS



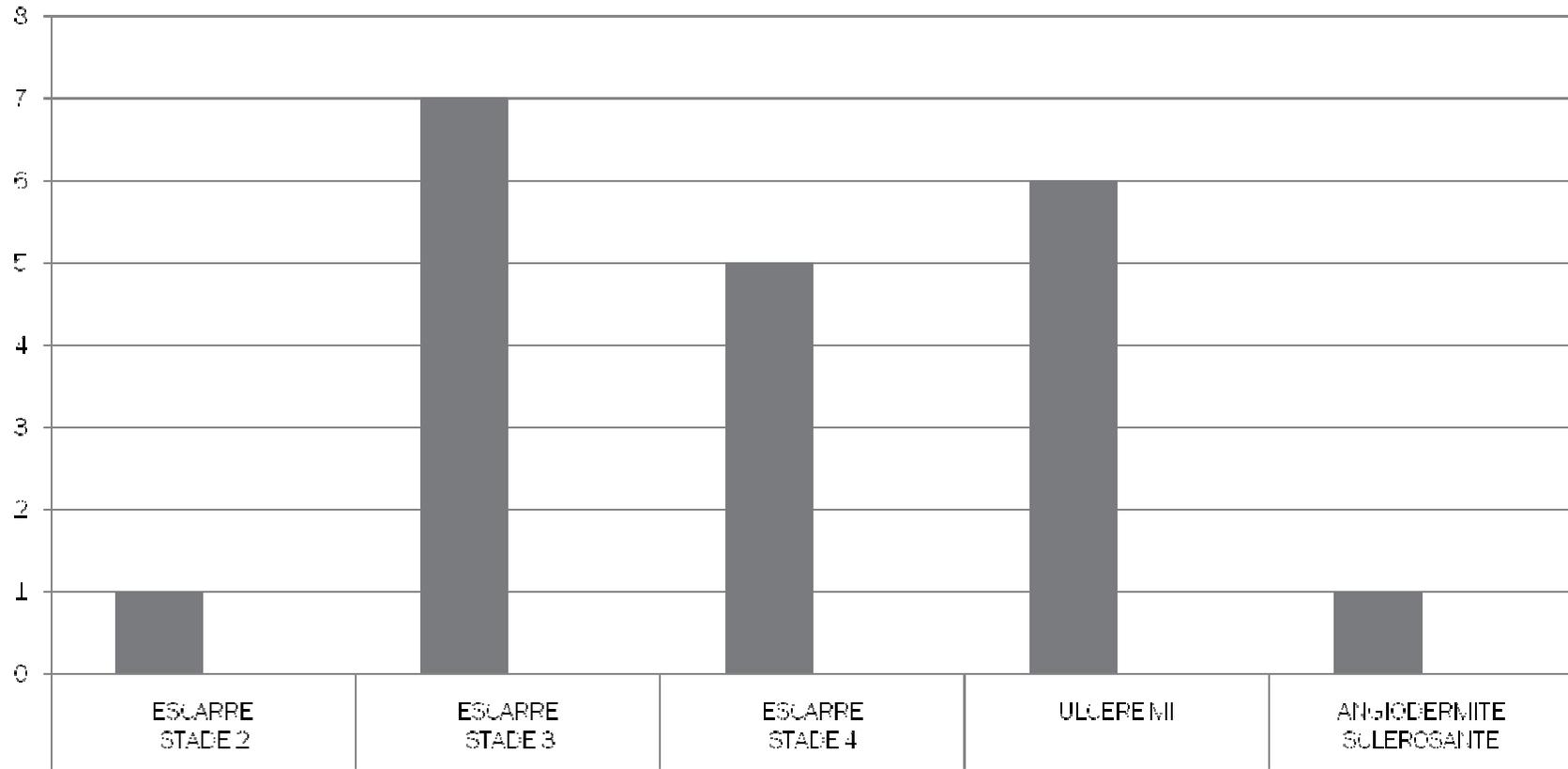
IMC



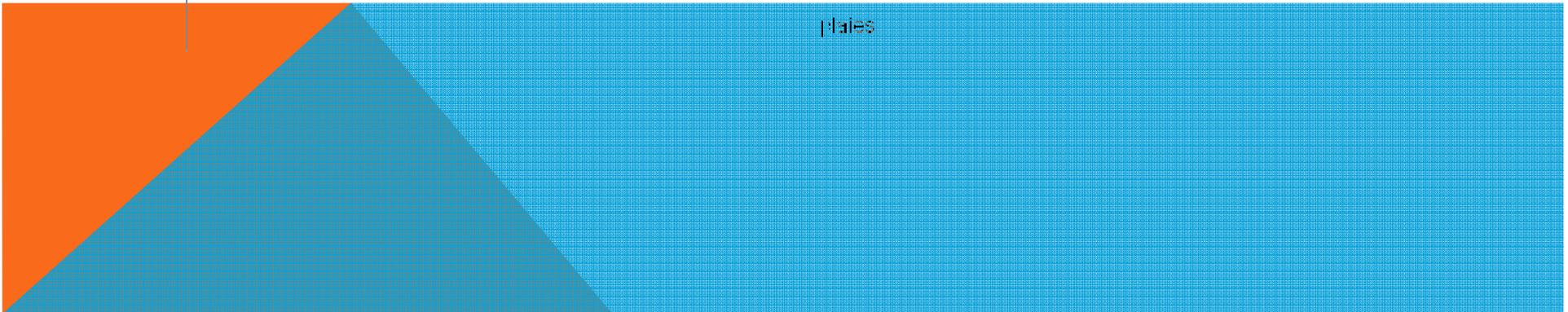
CRP



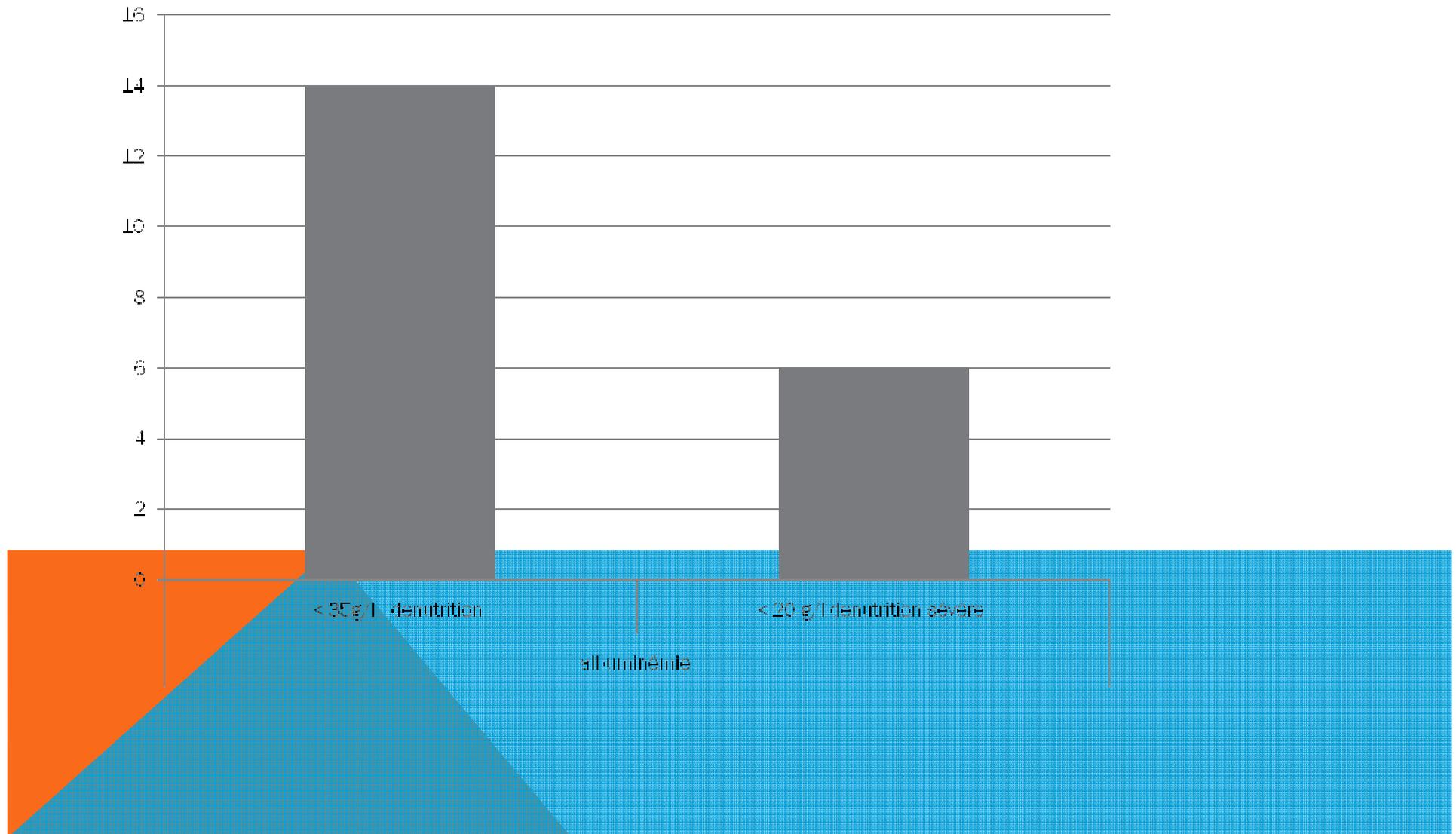
LES PLAIES



Plaies



L'ALBUMINEMIE



LE PLAN D'ACTION

UNE COLLABORATION
PLURIDISCIPLINAIRE



Dès l'entrée, l'équipe travaille en collaboration pour évaluer l'état nutritionnel du patient.

Les soignants coordonnent leurs actions :

- ❖ L'IDE réalise un recueil de données complet à l'entrée
- ❖ la taille (mesure)
- ❖ le poids actuel (mesure)
- ❖ le poids habituel (interrogatoire)
- ❖ $IMC = \text{Poids} / \text{Taille}^2$
- ❖ Le médecin prescrit le dosage de l'albuminémie
- ❖ Le dermatologue évalue l'état de la plaie et préconise les traitements locaux

ECHELLE DE BRADEN A CHAQUE ENTREE



Evaluation du risque d'escarres - échelle de Braden (adaptée de Braden et Bergström, 1987)

		dates		
PERCEPTION SENSORIELLE	▼ complètement limitée	1	1	1
	▼ très limitée	2	2	2
	▼ légèrement diminuée	3	3	3
	▼ aucune diminution	4	4	4
HUMIDITE	▼ constamment mouillé	1	1	1
	▼ humide	2	2	2
	▼ humidité occasionnelle	3	3	3
	▼ rarement humide	4	4	4
ACTIVITE	▼ alité	1	1	1
	▼ au fauteuil	2	2	2
	▼ marche occasionnellement	3	3	3
	▼ marche fréquemment	4	4	4
MOBILITE	▼ complètement immobile	1	1	1
	▼ très limitée	2	2	2
	▼ légèrement limitée	3	3	3
	▼ aucune limitation	4	4	4
NUTRITION	▼ tres pauvre*	1	1	1
	▼ probablement inadéquate*	2	2	2
	▼ adéquate	3	3	3
	▼ excellente	4	4	4
FRICTION ET CISAILLEMENT	▼ problème	1	1	1
	▼ problème potentiel	2	2	2
	▼ aucun problème apparent	3	3	3
SCORE TOTAL				
Identification des soignants				

étiquette patient

Service : _____

Détermination du niveau de risque	
score 23 à 19	risque nul à faible
score 18 à 15	risque peu élevé
score 14 à 13	risque moyen
score < 13	risque élevé

LEXIQUE

Perception sensorielle :

Capacité à répondre de manière adaptée à l'inconfort provoqué par la pression

Humidité :

Degré d'humidité auquel est exposé la peau

Activité :

Degré d'activité physique

Mobilité :

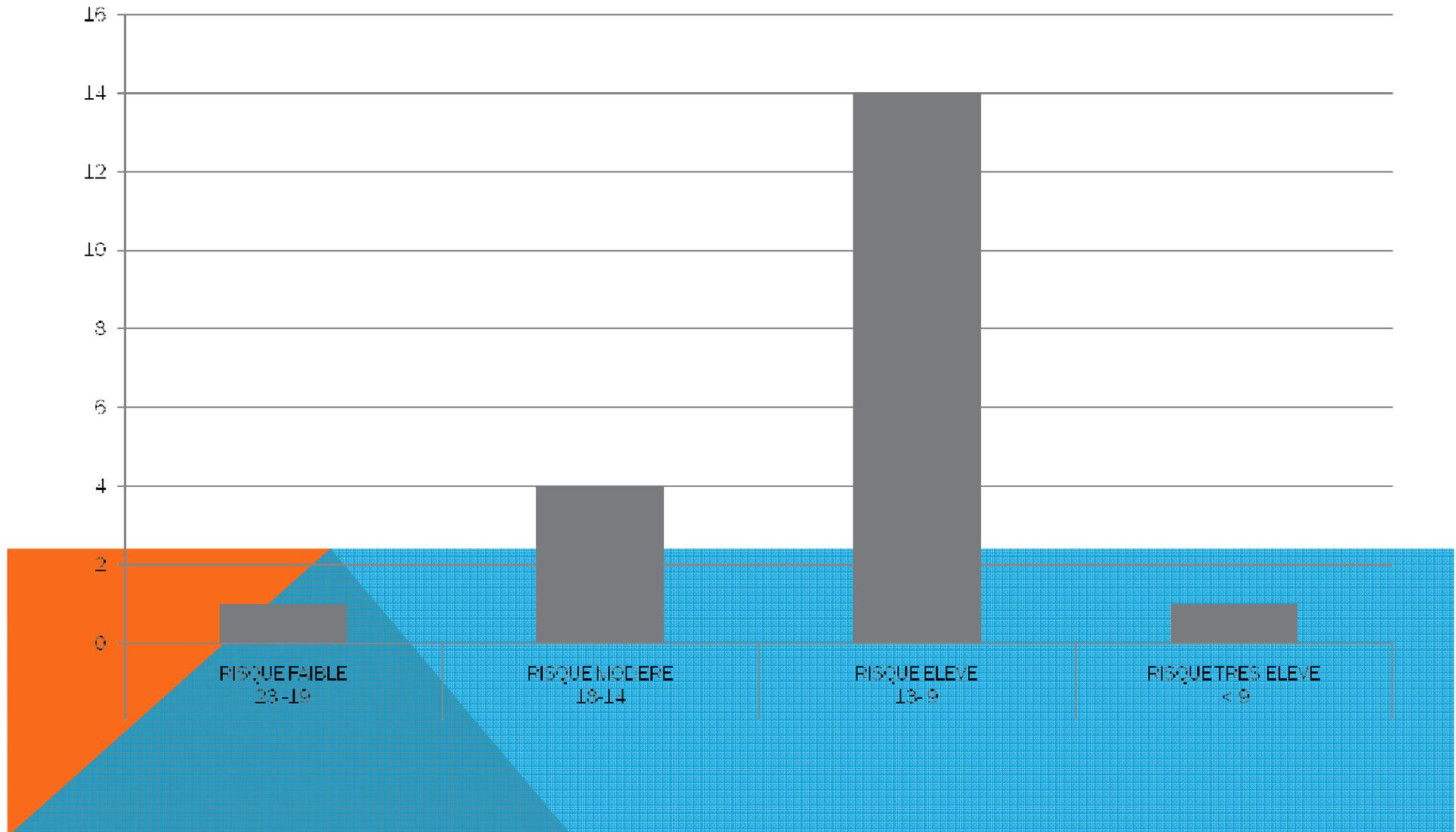
Capacité à changer et contrôler la position du corps

Nutrition :

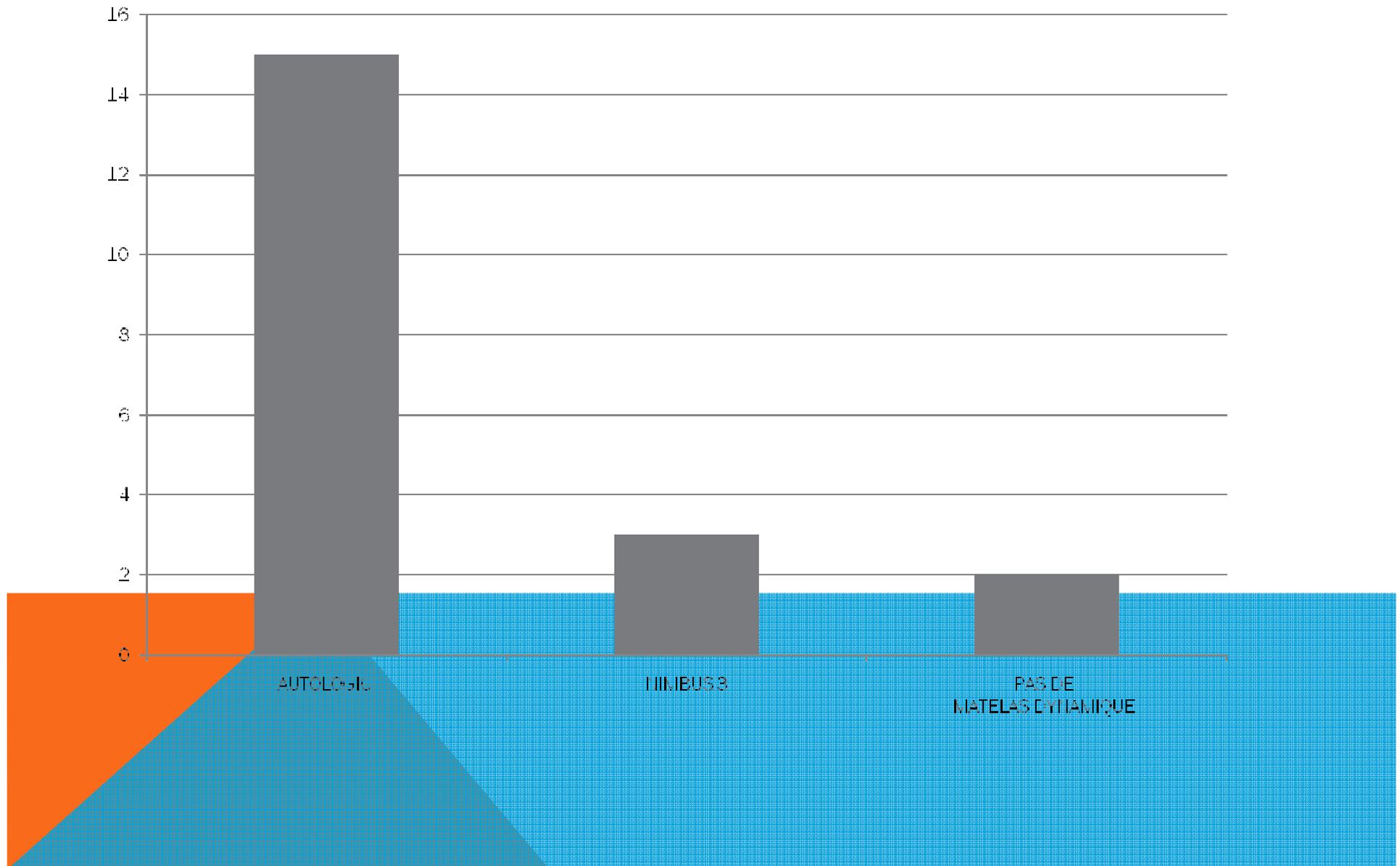
Habitudes alimentaires

* Quand la nutrition est jugée très pauvre ou probablement inadéquate, l'équipe soignante met en place une surveillance alimentaire et informe la diététicienne.

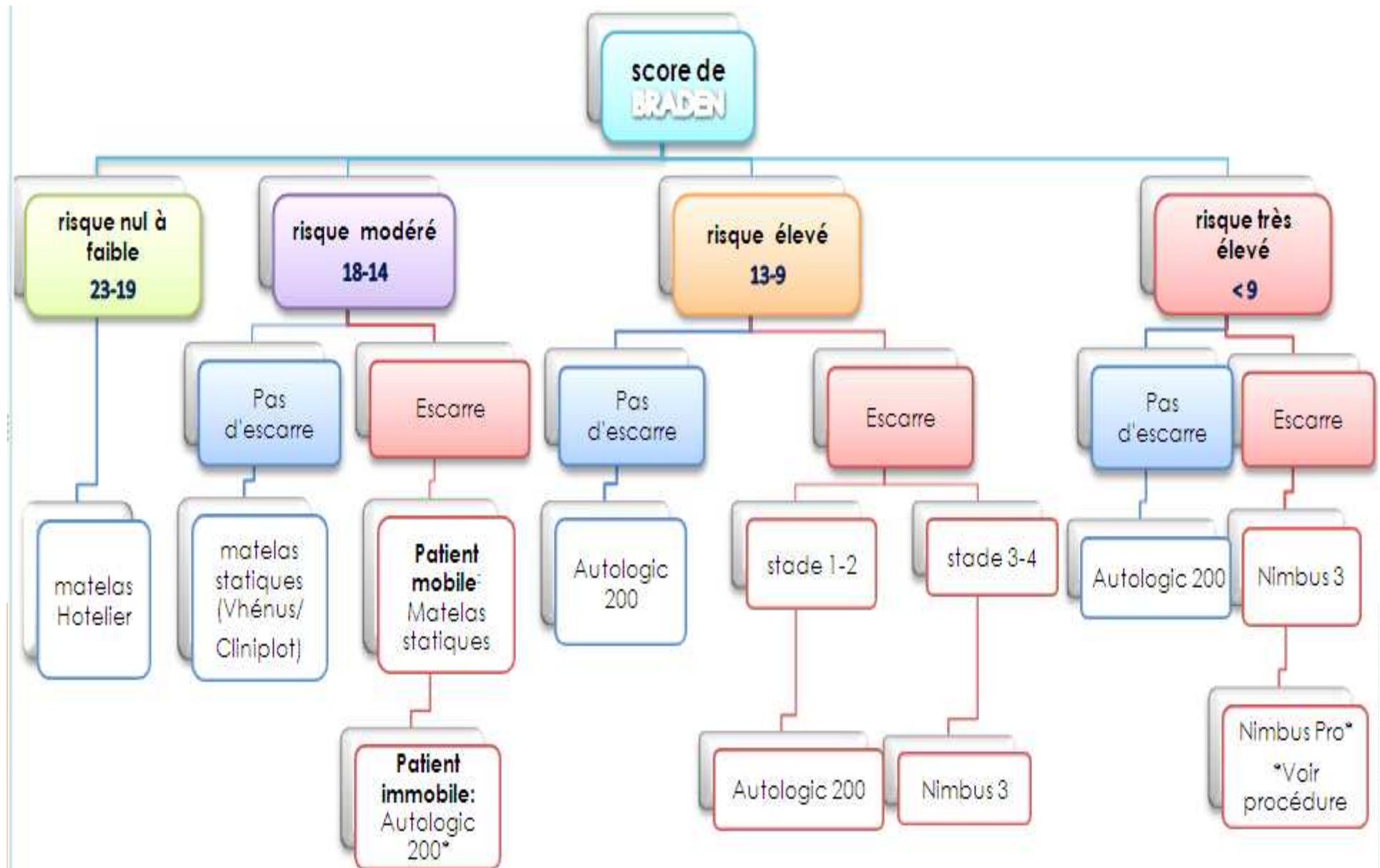
L'ÉCHELLE DE BRADEN: UN OUTIL QUI PERMET DE METTRE EN PLACE UN PLAN DE SOINS ADAPTE



LES SUPPORTS UTILISÉS



AIDE AUX CHOIX DES SUPPORTS



LES SUPPORTS UTILISÉS

Les matelas dynamiques

Les mises en décharge et les changements de position sont réalisés même sur support à air.

La continuité des soins entre le lit et le fauteuil est réalisée

=> Pensez à positionner un support adapté au fauteuil



L'ENQUÊTE DE GOUT

Dès l'entrée du patient, la prestation alimentaire doit être *adaptée aux besoins* du patient,

Un outil informatique guide dans la réalisation de l'enquête de gout

L'enquête est réalisée par l'AS pour tous les patients.

- Goûts
- Texture
- Quantité
- Répartition dans la journée
- Collation
- Régime.....

**C 'est le pré-requis indispensable à
toute prise en charge alimentaire**

EVALUATION DE L'ETAT NUTRITIONNEL PAR LA DIETETICIENNE

(Notion de balance énergétique)

Entrées:

Sorties:

Alimentation :

- ✓ Repas
- ✓ Collations
- ✓ Grignotage
- ✓ Boissons

Besoin

métabolique

Activité physique

+

Pathologies

Cicatrisation

Infections



SURVEILLANCE ALIMENTAIRE SUR 3 JOURS

Nom : [REDACTED]
 Prénom : [REDACTED]
 Service : [REDACTED]

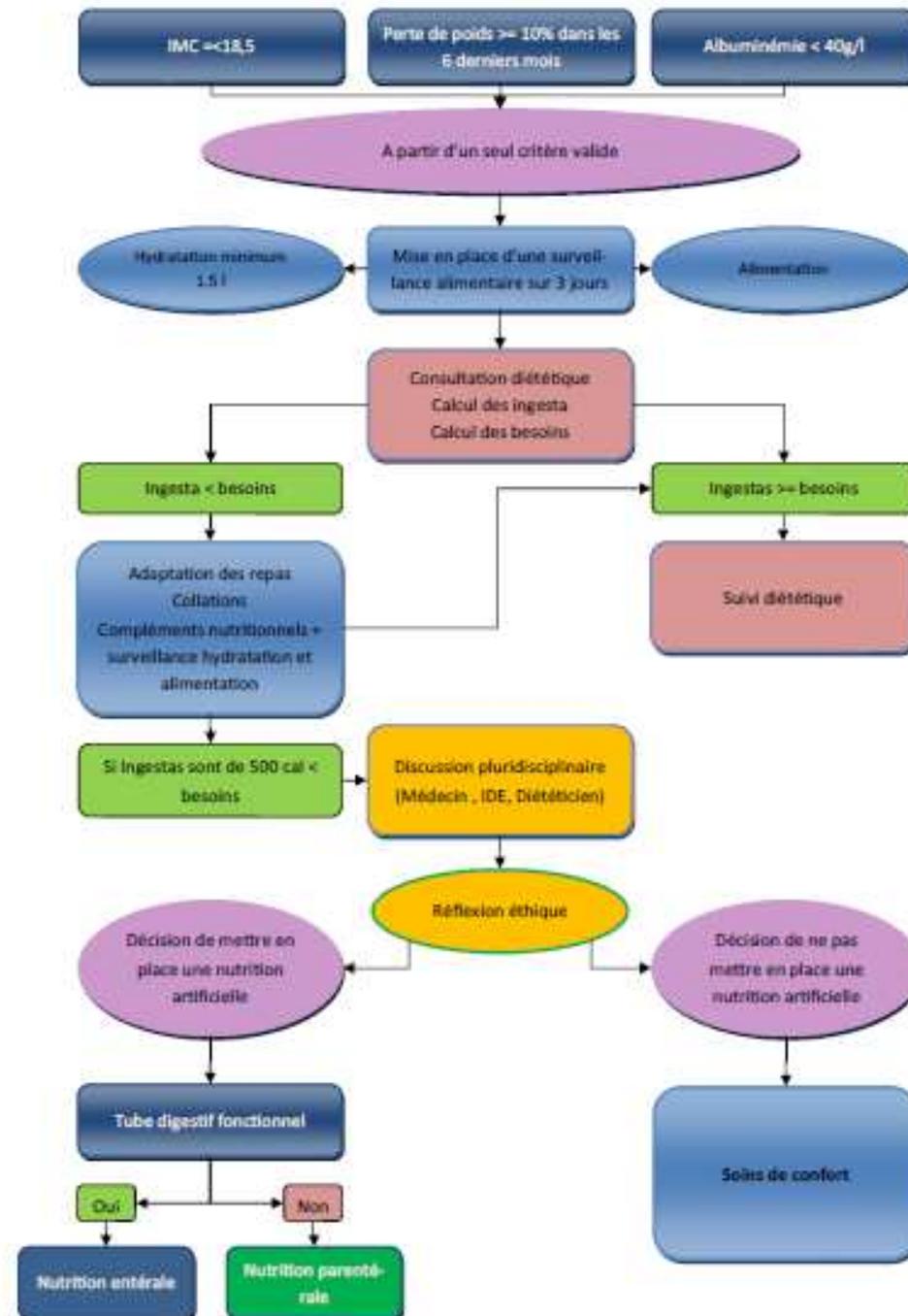
SURVEILLANCE ALIMENTAIRE

- Alimentation
 Boissons
 Protéines

A	le 21/08/2009	B	P	le 22/08/2009	B	P	le 23/08/2009	B	P	RAPPELS
Petit déjeuner	150cc 1 pain 1 Beurre 2 camembert	100	10	1 Bol café 2 pain + 1 crème HP + 2 fromages	100	10	1 pain 1 Beurre 1 fromage	100	10	1 eau gélifiée = 125 cc 1 yaourt = 100 cc 1 bol = 300 cc 1 « canard » = 250 cc
Collation		300	30		300	30		300	30	
Déjeuner		400	40		400	40		400	40	PARTS DE PROTÉINES
Entrée	Cuillère —			Cuillère viande			Cuillère œuf			5 g
Viande	Cuillère —	500	50	Cuillère —	500	50	Cuillère viande	500	50	1 laitage, 1 fromage
Accompagnement	Cuillère —	600	60	Cuillère —	600	60	Cuillère —	600	60	1 verre de lait
Produits laitiers	1 Laitages			1 Laitages			1 Laitages			1 glace
Desserts	1 ressource DB + 1 compote	700	70	1 ressource DB + 1 Portimel	700	70	1 ressource DB + 1 compote	700	70	1 œuf
Pain	1 compote	800	80	1 compote	800	80	1 compote	800	80	1 compote +
Collation		900	90	1 DB	900	90	1 Resau	900	90	10 g
Dîner		1000	100		1000	100		1000	100	1 crème HP
Potage	1 ve Poie tomate			1 Soupe			1 Soupe			1 bol de lait
Viande	Cuillère —	1100	110	Cuillère pression	1100	110	Cuillère —	1100	110	3 càs de lait en poudre
Accompagnement	Cuillère —	1200	120	Cuillère légumes	1200	120	Cuillère —	1200	120	1 pain + 1 fromage
Produits laitiers	1 Laitages			1 Laitages			1 Laitages			1/2 part de viande
Desserts	1 DB	1300	130	1 compote	1300	130	1 Resau	1300	130	1 part de charcuterie
Pain	1 compote	1400	140	1 compote	1400	140	1 compote	1400	140	1 part de purée +
Collation		1500	150		1500	150		1500	150	20 g
										1 complément HP
										1 part de viande
										1 part de poisson
										1 omelette

CH 109

Alimentation et plaies chroniques



LES COMPLÉMENTS NUTRITIONNELS

Expliquer l'objectif thérapeutique :

- Rassurer sur la tolérance digestive
- Servir frais ou tiédir selon le choix du patient
- Servir à distance des repas ou complément du repas
- Adapter l'arôme
- Préparer le complément si nécessaire
- Contrôler la consommation



LES ASTUCES

- ❖ Les petits déjeuners enrichis (ajout de produit laitier)
- ❖ Protéines ou lait écrémé en poudre (n'augmente pas le volume mais juste la teneur en proteine)
- ❖ Les soupes enrichies
- ❖ Choix quotidien des repas avec entrée protidique et possibilité de doubler les produits laitiers



CUISINE GOURMANDE POUR LES PATIENTS FÂCHÉS AVEC L'ALIMENTATION



LA NUTRITION ENTÉRALE

La nutrition entérale est à privilégier tant que le tube digestif est fonctionnel

Elle peut être envisagée:

- en cas d'échec de la prise en charge nutritionnelle orale ,
- en cas de troubles sévères de la déglutition
- en complément (la sonde n'empêche pas l'alimentation per os)

La nutrition entérale nécessite une évaluation de la tolérance de la sonde et une évaluation à chaque utilisation de sa bonne position

Possibilité de poursuite de NE à domicile:
contact direct du médecin traitant,
éducation du patient et de la
famille, information IDE à domicile,
HAD, prestataire à domicile



LA NUTRITION PARENTÉRALE

En tout dernier recours



Tous ces patients ont bénéficié d'une prise en charge personnalisée avec la mise en place d'une alimentation adaptée aux besoins.

Leur prise en charge a permis une évolution favorable de leur plaie chronique.

La prise en charge nutritionnelle a été poursuivie dans le traitement de sortie.

Pour certains, le suivi en consultation pansement permet d'apprécier l'évolution favorable et pour d'autres une guérison complète.

LE PROJET DU SERVICE

- **Le médecin** évalue le degré de dénutrition du patient. Il prend le temps d'expliquer au patient l'objectif de la prise en charge précoce de la dénutrition, et lui demande sa participation active.
- **Le dermatologue** évalue l'état de la plaie et préconise les traitements locaux et assure le suivi des patients.
- **L'infirmier** participe au recueil d'informations, recherche les paramètres cliniques, les causes de dénutrition, assure un rôle de coordination des soins
- **L'aide soignant** est en première ligne et assure un rôle de suivi auprès du patient, en surveillant sa nutrition, Il accompagne le patient à chaque repas.
- **Le diététicien** met en place la stratégie nutritionnelle nécessaire au patient, en collaboration avec l'ensemble de l'équipe soignante. Il propose une alimentation sur mesure pour le patient.

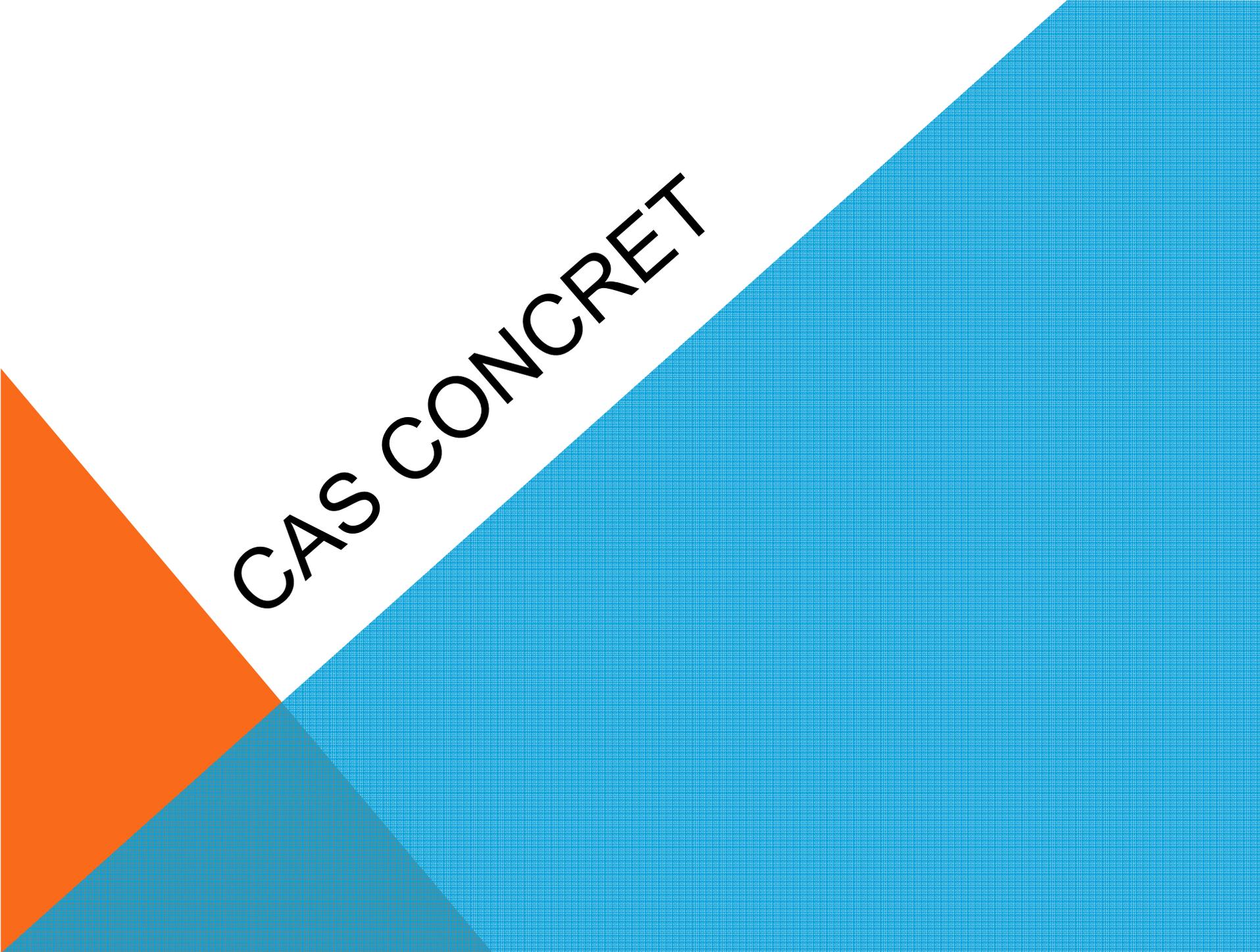
Une réunion de concertation hebdomadaire permet la cohésion du projet de soins du patient.

EN CONCLUSION

Tous les soignants doivent :
Dépister, Prévenir, Traiter la dénutrition,
particulièrement dans la prise en charge des
patients atteints de plaies chroniques

Une concertation avec tous les acteurs de la prise
en charge (médecin, IDE, AS, Diététicienne)
permet de confronter plusieurs angles de vue et
ainsi définir l'objectif nutritionnel et choisir la
stratégie nutritionnelle





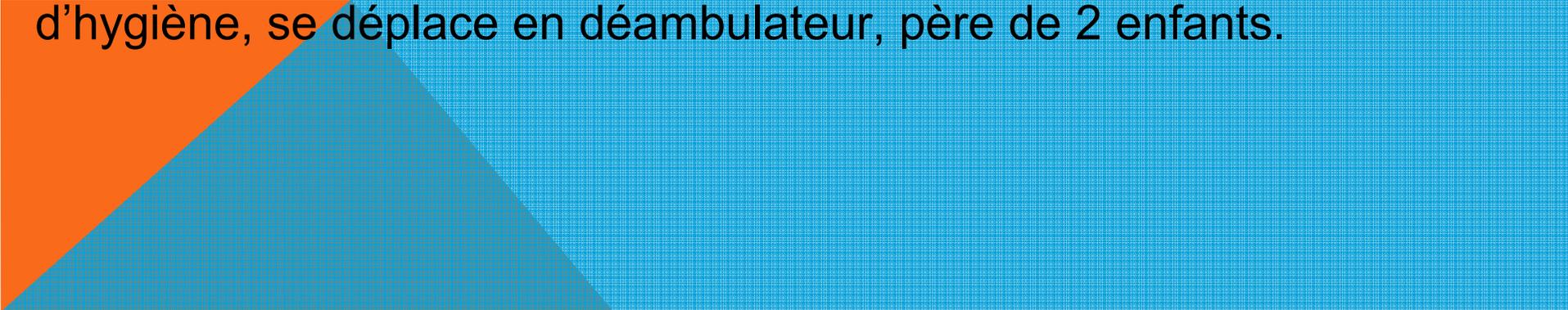
CAS CONCRET

Mr C, patient de 69 ans, adressé par l'accueil le 10 août 2010 pour une escarre du talon gauche étendue à la voûte plantaire.

ATCD:

- DID
- HTA
- Rétinopathie
- Neuropathie périphérique des membres inférieurs
- Syndrome dépressif
- Obésité
- Poliomyélite dans l'enfance
- Thyroïdectomie,

Assistant social à la retraite, vit seul avec des aides aux soins d'hygiène, se déplace en déambulateur, père de 2 enfants.

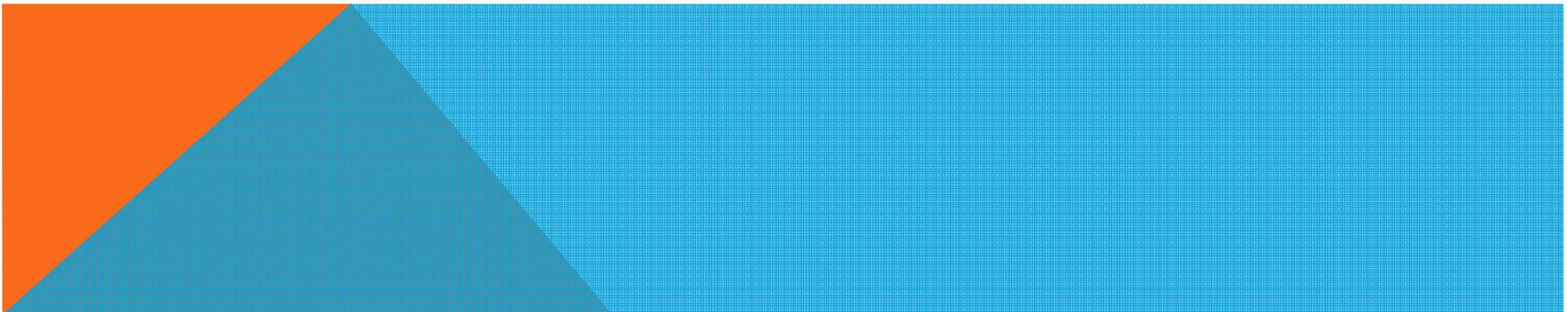


A l'entrée, l'escarre nécessite une excision et le scanner montre une ostéite du calcanéum,

107 kg, 181cm, IMC 32,7

CRP à 300 mg/l

Hypoalbuminémie sévère à 25g/l

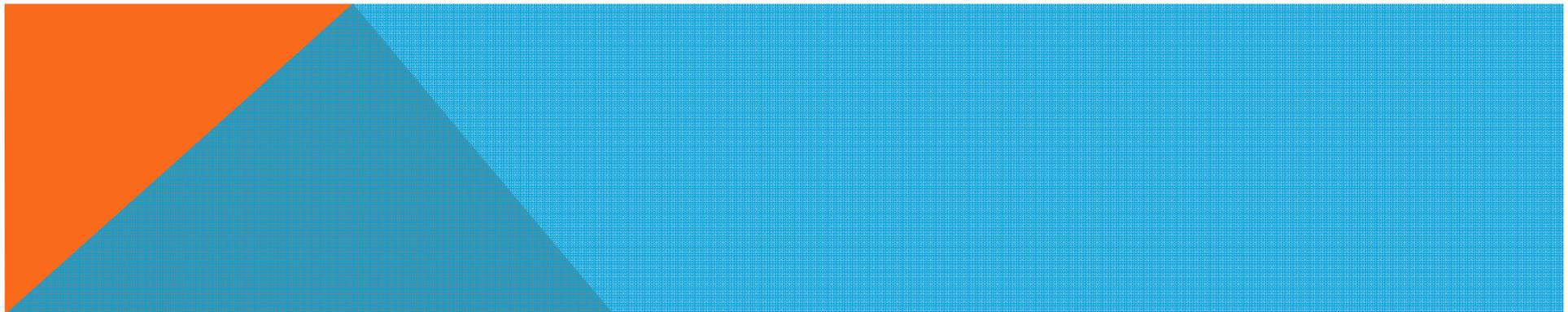


Sa prise en charge consiste :

- ✓ Une détersion chimique et mécanique des lésions du pied
- ✓ Un régime hyperprotidique (>100gr/jr)
- ✓ Un équilibre du diabète
- ✓ Une antibiothérapie

Après 1 mois de traitement, la sortie est envisagée le 9 septembre avec un suivi en SRR:

CRP à 73mg/l et albuminémie à 29 g/l



RÉHOSPITALISATION LE

16/ 10/2010

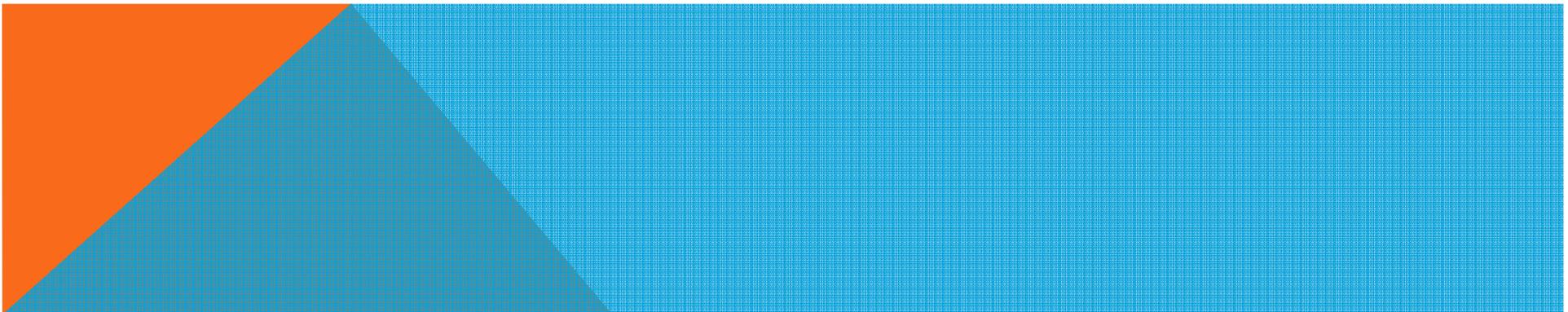
Pour pied en décomposition et l'apparition d'un mal perforant sur le bord externe

CRP à 300mg/l

99 kg (IMC à 30)

L'albuminémie a chuté à 25 g/l

La poursuite de la prise en charge et le suivi nutritionnel n'ont pas été réalisés par le SSR par manque de vigilance et méconnaissance de la procédure.

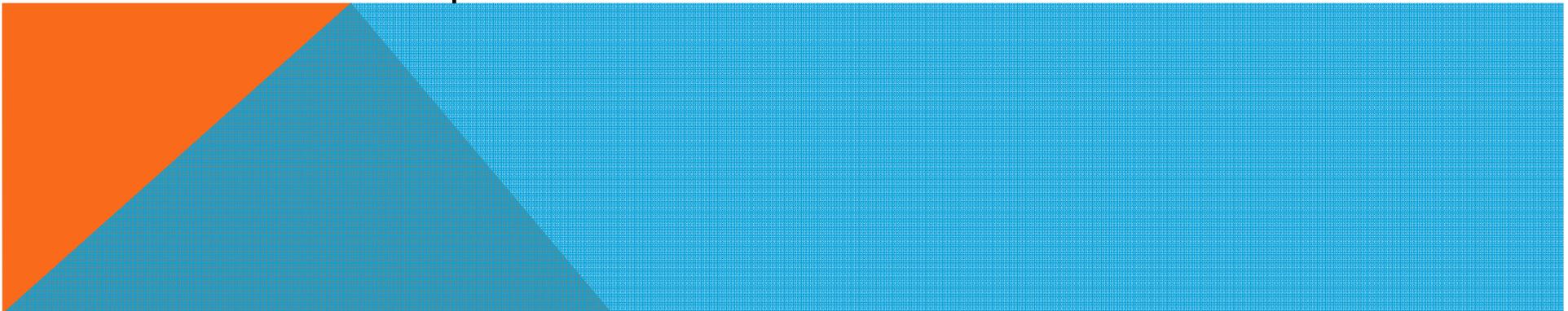


AU RETOUR DANS LE SERVICE



ACTIONS

- Surveillance biologique / albuminémie
- Prise en charge nutritionnelle
 - Surveillance nutritionnelle
 - Compléments nutritionnels oraux (diet)
 - + 100 gr de protéine / jour
- Détersion locale/ traitement local
- Prise en charge de l'état dépressif du patient / antidépresseur
- Décharge sur matelas dynamique (nimbus 3) / talon
- Changement de position
- Antibiothérapie / 4 mois



AU BOUT D'UN MOIS DE TRAITEMENT, LE
TRANSFERT EN SSR EST ORGANISE LE
17/11/2010

Transmissions médicales et paramédicales ont été
réalisées pour garantir la continuité des soins.



UN AN PLUS TARD EN HDJ EN 2011

⇒ Avec une prise en charge optimisée, l'évolution de longue haleine, en équipe pluridisciplinaire avec la collaboration du patient :

- ❖ Evolution positive de la plaie
- ❖ Albumine à 35g/l
- ❖ CRP à 6mg/l
- ❖ Poids 100kg

❖ IMC à 30

❖ Suivi en consultation



DEUX ANS PLUS TARD

Au cours d'une nouvelle hospitalisation dans le service de Médecine Interne, la plaie de Mr C est complètement cicatrisée .

C'est un des cas concrets rencontrés dans le service de Médecine Interne qui a permis une prise de conscience de la nécessité de mettre en place ce projet.

L'arrivée du dermatologue en 2012 dans le service a conforté le projet de service en Médecine Interne.

**DENUTRITION CHEZ UN PATIENT
PORTEUR DE PLAIE CHRONIQUE**



**PROJET DE SOINS COORDONNE DE
L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE**

