

DÉNUTRITION EN MILIEU HOSPITALIER, UN RISQUE SOUS-ESTIMÉ

L'HISTOIRE

Une femme de 52 ans, présentant des troubles bipolaires et une addiction à l'alcool, est hospitalisée pour une pneumopathie d'inhalation associée à un empyème pleural et une coagulopathie. Lors de son admission, la patiente était très agitée et confuse (elle pouvait citer son nom mais pas la date du jour ou le lieu où elle se trouvait). Au cours de l'hospitalisation, son état s'est aggravé, la patiente se montrait peu coopérative et présentait toujours une agitation psychomotrice importante avec délire permanent. Les premiers jours, celle-ci refusait

tout type d'apport nutritionnel ainsi que l'administration de médicaments par voie orale. Dix jours après l'admission, elle est soumise à une chirurgie thoracique pour décortication pleurale. Les quatre jours qui suivent l'intervention, aucun type de régime est prescrit pour la patiente et celle-ci reçoit la perfusion de maintenance. Au bout de cinq jours, la patiente finit par manifester sa faim et ce n'est qu'à ce moment que l'équipe réalise qu'elle n'a reçu aucun repas.

Dans le même laps de temps, les médicaments oraux prescrits (médicaments pour l'hypertension et les antibiotiques) n'ont pas été administrés, sous prétexte que la patiente avait refusé de les prendre avant l'intervention. Après évaluation de la situation et constatation que la patiente présentait des troubles de déglutition, une sonde pour la gastrostomie percutanée a été placée afin d'administrer les préparations nutritionnelles et les médicaments.

L'ANALYSE

La dénutrition est très fréquente chez les patients hospitalisés mais souvent mal diagnostiquée et sous-estimée. La prévalence de la dénutrition à l'admission à l'hôpital varie entre 20 et 50% dans les pays européens. Cependant, on estime que seulement 8% de ces patients reçoivent un diagnostic de dénutrition. La dénutrition est souvent considérée comme un problème accessoire ou non prioritaire. Néanmoins, une dénutrition non prise en charge a tendance à s'aggraver au cours de l'hospitalisation et influence défavorablement l'évolution clinique, les coûts globaux et la qualité de vie des patients.

Dans ce cas-ci, le diagnostic d'admission (la pneumopathie d'inhalation) aurait pu suggérer des troubles de déglutition, notamment une dysphagie, et donc le besoin de faire évaluer la patiente par un diététicien dès l'admission. Au vu de l'absence de cette évaluation, un apport insuffisant en énergie et nutriments s'est manifesté sur une période de dix jours, suivi d'une interdiction de toute consommation orale (NPO) forcée et inappropriée (absence de prescription d'un régime adapté au patient). Cette interdiction de toute consommation orale a également empêché l'administration de médicaments pour l'hypertension et les antibiotiques pour la pneumopathie. En effet, pendant les premiers jours d'hospitalisation, la patiente a refusé toute prise orale. Il est important de déterminer si ce refus est un choix conscient ou un symptôme/conséquence de sa pathologie (exemples : dysphagie, peur de s'étouffer, etc.).

Le jeûne préopératoire a pour objectif d'assurer une vidange gastrique complète et de diminuer les complications pendant l'intervention chirurgicale. Cependant, on estime que les indications de NPO sont souvent surestimées, menant à des carences nutritionnelles pour les patients. Des études récentes estiment qu'un quart des indications de NPO sont évitables et que la plupart sont prolongées plus longtemps que nécessaire. Une autre étude a montré que 43% des pratiques de jeûne en milieu hospitalier étaient évitables. Les raisons comprennent le manque de connaissances des médecins concernant les lignes directrices du jeûne, la surestimation du risque d'aspiration pulmonaire, l'adhésion à des pratiques non basées sur des preuves, des restrictions d'horaire au niveau de l'organisation, etc. Les risques et les avantages d'une indication de jeûne doivent être pesés en tenant compte de l'état nutritionnel et du risque de dénutrition de chaque patient.

La prise en charge de la dénutrition commence par son diagnostic, sur base des antécédents médicaux et du diagnostic d'admission. Si le risque de dénutrition est présent, il est important de faire appel à un diététicien dès l'admission. L'évaluation du stade de dénutrition ainsi que l'intervention nutritionnelle recommandée par le diététicien doivent être communiquées au médecin. De plus, ce risque doit être documenté dans le dossier médical du patient. Des études rétrospectives suggèrent que le risque n'est pas documenté dans le dossier médical dans 50% des cas de patients souffrant de dénutrition.

Certaines études ont également montré que la mise en place d'équipes multidisciplinaires, composées de médecins, d'infirmiers, de pharmaciens, de nutritionnistes et de diététiciens, a permis d'améliorer significativement l'état nutritionnel des patients hospitalisés.

Pour en savoir plus :

Konturek PC, Herrmann HJ, Schink K, Neurath MF, Zopf Y. Malnutrition in hospitals: it was, is now, and must not remain a problem! *Med Sci Monit.* 2015;21:2969-2975.
Kirkland LL, Shaughnessy E. Recognition and prevention of nosocomial malnutrition: a review and a call to action! *Am J Med.* 2017;1345-1350
Braunschweig C, Gomez S, Sheean PM. Impact of declines in nutritional status on outcomes in adult patients hospitalized for more than 7 days.
Sorita A, Thongprayoon C, Ahmed A, Bates RE, Ratelle JT, Rieck KM, et al. Frequency and appropriateness of fasting orders in the hospital. *Mayo Clin Proc.* 2015;90:1225-1232.
Sorita A, Thongprayoon C, Ratelle JT, Bates RE, Rieck KM, Devalapalli AP, et al. Characteristics and outcomes of fasting orders among medical inpatients. *J Hosp Med.* 2017;12:36-39.
Corkins MR, Guenter P, DiMaria-Ghalili RA, Jensen GL, Malone A, Miller S, et al. Malnutrition diagnoses in hospitalized patients: United States, 2010. *J Parenter Enteral Nutr.* 2014;38:186-195
Kennedy JF, Nightingale JM. Cost savings of an adult hospital nutrition support team. *Nutrition.* 2005;21:1127-1133.
Shin BC, Chun IA, Ryu SY, Oh JE, Choi PK, Kang HG. Association between indication for therapy by nutrition support team and nutritional status. *Medicine (Baltimore).* 2018;97:e13932.

Rédigé par :
Ana van Innis, Quality & Safety Officer - PAQS