

Protocole clinique	Page 1 sur 6
Syndrome de Renutrition Inappropriée, dépistage, prévention	Version : 002 Date d'application : 07/01/2019 Indexation : QUA-PCLI-021

I - OBJET DU DOCUMENT :

Ce document rappelle le profil des patients à risque de Syndrome de Renutrition Inappropriée (SRI) pour permettre un repérage précoce et précise la conduite à tenir pour prévenir l'apparition d'un SRI.

II - DOMAINE D'APPLICATION :

Tous les services de soins : MCO, SSR, Psychiatrie, Soins de longue durée

III - PERSONNES AUTORISEES (à compléter par le responsable médical signant le protocole) en fonction des références réglementaires.

A prescrire : Médecin Sage-femme Autres

A administrer : IDE, IADE, Sage-femme, Manipulateur en électroradiologie, Masseurs kinésithérapeutes Autres

A participer au dépistage et prise en charge : Médecin, Sage-femme, IDE, Diététicien, Aide-soignant

IV - DOCUMENT(S) DE REFERENCE :

Critères NICE Mehanna H et al. BMJ. 2008 June 28; 336(7659): 1495–1498

V - DOCUMENTS ASSOCIES :

VI - DEFINITIONS ET ABREVIATIONS :

Le syndrome de renutrition ou Syndrome de Renutrition Inappropriée (SRI) regroupe l'ensemble des manifestations adverses cliniques et biologiques qui surviennent lors de la renutrition, par voie orale, entérale ou parentérale, des patients dénutris ou ayant subi un jeûne ou une restriction alimentaire prolongée. Complication rare mais potentiellement mortelle de la renutrition.

Protocole clinique Syndrome de Renutrition Inappropriée, dépistage, prévention	Page 2 sur 6 Version : 002 Date d'application : 07/01/2019 Indexation : QUA-PCLI-021
--	---

VII-DESCRIPTIF

Etape 1 : Identification du risque

Critères clinico-biologiques des patients à haut risque de SRI :

1 critère (ou +)	OU	2 critères (ou +)
<ul style="list-style-type: none"> - IMC < 16 kg/m² - Perte de poids involontaire > 15% en 3 à 6 mois - Ingesta faibles ou nuls > 10 jours - Kaliémie, Phosphorémie ou Magnésémie basse avant renutrition 	OU	<ul style="list-style-type: none"> - IMC entre 16 et 18.5 kg/m² - Perte de poids involontaire > 10% en 3 à 6 mois - Ingesta faibles ou nuls > 5 jours - Ethylisme chronique ou traitement par insuline, chimiothérapie, antiacides, diurétique

Profils de patients à haut risque de SRI :

- Anorexie mentale
- Patient éthylique chronique
- Patient d'oncologie
- Patient en postopératoire
- Personne âgée
- Patient diabétique déséquilibré
- Patient agressé à jeun > 7 jours
- Patient avec malnutrition chronique :
 - marasme
 - jeûne ou régime hypocalorique prolongé
 - obèse morbide avec perte de poids massive
 - malabsorption
- Traitement au long cours : antiacide chélateur du phosphore, diurétique

Protocole clinique Syndrome de Renutrition Inappropriée, dépistage, prévention	Page 3 sur 6 Version : 002 Date d'application : 07/01/2019 Indexation : QUA-PCLI-021
--	---

Etape 2 : Supplémentation en minéraux et micronutriments du patient à risque de syndrome de renutrition, SANS troubles hydroélectrolytiques d'emblée

Si troubles hydroélectrolytiques d'emblée : voir encadré ci-dessous

Privilégier la voie orale et/ou entérale en première intention, sauf si malabsorption, vomissements ou voie entérale impossible.

Possibilité de saisir dans Orbis Me le protocole transversal **PR RENUTRITION** si supplémentation préventive par voie orale.

Pour la voie veineuse, PHOCYTAN[®], NUTRYELT[®], CERNEVIT[®], BEVITINE[®], PYRIDOXINE : peuvent être mélangés dans une même réhydratation.

1. **Supplémentation en phosphore** pendant 7 jours
 Sauf si hyperphosphorémie avant renutrition ou insuffisance rénale.
 PHOSPHONEUROS[®] : 30 gouttes per os, deux fois par jour
 ou
 Voie veineuse : PHOCYTAN[®] ampoule de 10 ml, 0.66 mmol/ml : 1 ampoule dans 250 ml de NaCl iso sur 12h par jour
 Puis posologie à augmenter si besoin en fonction de la réévaluation biologique (cf. encadré).

2. **Supplémentation en magnésium** pendant 7 jours
 MAG 2[®] poudre orale sachet 184 mg : 1 sachet par jour
 Puis posologie à augmenter si besoin (maximum 2 sachets par jour, voire voie parentérale) en fonction de la réévaluation biologique (cf. encadré).

3. **Supplémentation en potassium** si kaliémie au bilan initial ≤ 3.6 mmol/l
 DIFFU K[®] : 1 gélule 2 fois par jour
 ou
 Sirop de GLUCONATE DE POTASSIUM H2 PHARMA[®] : 1 càs 2 fois par jour
 Puis, en fonction de la réévaluation biologique :
 • si Kaliémie > 3.8 mmol/l : arrêt de la supplémentation
 • si Kaliémie ≤ 3.8 mmol/l : poursuivre la supplémentation, voire majoration (cf. encadré).

4. **Supplémentation en vitamine B1** pendant 7 jours
 BEVITINE[®] vitamine B1 250 mg : 1 cp par jour
 ou
 Voie veineuse : BEVITINE[®] 500 mg : 1 ampoule IV dans 250 ml de NaCl iso sur 12h par jour

5. **Supplémentation en vitamine B6** pendant 7 jours
 BECILAN[®] vitamine B6 250 mg : 1 cp par jour
 ou
 Voie veineuse : PYRIDOXINE 250 mg : 1 ampoule IV dans 250 ml de NaCl iso sur 12h par jour

6. **Supplémentation en folates** pendant 7 jours
 SPECIAFOLDINE[®] acide folique 5 mg : 1 cp par jour

7. **Supplémentation en polymicronutriments** pendant 10 jours
 BEROCCA[®] : 1 comprimé par jour
 ou
 Voie veineuse : NUTRYELT[®] et CERNEVIT[®] : 1 flacon dans 250 ml de NaCl iso sur 12h par jour.
 Supplémentation par voie veineuse systématique si nutrition parentérale.

Protocole clinique	Page 4 sur 6
Syndrome de Renutrition Inappropriée, dépistage, prévention	Version : 002 Date d'application : 07/01/2019 Indexation : QUA-PCLI-021

Si troubles hydroélectrolytiques d'emblée ou apparition

Hypokaliémie

- Sans anomalie ECG :

Correction : Sirop de GLUCONATE DE POTASSIUM H2 PHARMA[®] ou DIFFU K[®] ou KCl IVL après dilution, posologie fonction du niveau de la kaliémie

Nutrition : rester au palier, pas d'augmentation. Si < 3 mmol/l : arrêt de la nutrition.

Surveillance : fréquence de surveillance de la kaliémie fonction du niveau initial, au minimum le lendemain et ce jusqu'à normalisation

- Avec anomalie ECG :

Transfert en Unité de surveillance continue pour surveillance scopée.

Arrêt de la nutrition

Hypophosphorémie (norme : 0.80-1.45 mmol/l)

- Si ≤ 0.3 mmol/l = hypophosphorémie sévère = Arrêt de la nutrition

Requière une prise en charge spécialisée, allo interne de nutrition ou UTNC si besoin (2 29 06 / 2 29 91 / 7 70 35) ou réanimateur de garde.

- Si > 0.3 mmol/l et ≤ 0.5 mmol/l

Supplémentation par voie veineuse : PHOCYTAN[®]: 2 ampoules de 10 ml dans minimum 250 ml de NaCl iso sur 12 heures

Maintien du PHOSPHONEUROS

Arrêt de la nutrition

Allo interne de nutrition ou UTNC si besoin (2 29 06 / 2 29 91 / 7 70 35)

Contrôle de la phosphorémie en fin de perfusion et le lendemain. Réévaluation de la supplémentation en phosphore.

- Si > 0.5 mmol/l et ≤ 0.8 mmol/l

PHOSPHONEUROS[®] : 40 gouttes 3 fois par jour ou majoration du PHOCYTAN[®] si supplémentation parentérale

Nutrition : rester au palier, pas d'augmentation

Contrôle de la phosphorémie le lendemain. Réévaluation de la supplémentation en phosphore.

Hypomagnésémie

- Si ≤ 0.4 mmol/l = hypomagnésémie sévère

Supplémentation parentérale par SULFATE DE MAGNESIUM 15% : 2 ampoules IVL sur 12 heures

Arrêt de la nutrition

Allo interne de nutrition ou UTNC si besoin (2 29 06 / 2 29 91 / 7 70 35)

Contrôle de la magnésémie en fin de perfusion. Réévaluation de la supplémentation en magnésium.

- Si > 0.4 mmol/l

MAG 2[®] 184 mg : 1 sachet 2 fois par jour

Hypoglycémie post prandiale (glycémie < 0.50 g/l symptomatique) ou Hyperglycémie :

- Eviter les charges glucidiques rapides et massives, risque de majoration du déséquilibre glycémique

- Alimentation orale : resucrage avec glucides 15 g (ex. 1 briquette jus orange ou 1 confiture) puis mettre en place un fractionnement (collation dans la matinée et après-midi)

- Si nutrition entérale : resucrage (ex. 50 ml de G30 dilué) et passage en continu

Protocole clinique Syndrome de Renutrition Inappropriée, dépistage, prévention	Page 5 sur 6 Version : 002 Date d'application : 07/01/2019 Indexation : QUA-PCLI-021
--	---

Etape 3 : Apports caloriques

- Majoration progressive des apports, quel que soit le mode de renutrition (oral, entéral, parentéral)
- Prescription d'une consultation diététique.
- Prescription d'un avis médical nutritionnel via le formulaire de demande dans Orbis le cas échéant (AVIS Equipe de nutrition – Patient dénutri)
- Débuter avec : 10 à 15 kcal/kg/j, sans dépasser 500 kcal/j, pendant 48 heures
- Progression par paliers de 250 kcal toutes les 48 heures (sur 7 à 10 jours) jusqu'à l'apport cible : 30 à 35 kcal/kg/j
- Si apparition d'une hypophosphorémie modérée ou hypokaliémie modérée ou hypomagnésémie modérée : **RESTER** au palier (pas de progression) + supplémentation (cf. encadré)
- Si phosphorémie ≤ 0.50 mmol/l ou hypokaliémie < 3 mmol/l ou hypomagnésémie < 0.40 mmol/l : **arrêt de l'apport nutritionnel** et supplémentation jusqu'à normalisation (cf. encadré)

Etape 4 : Surveillance clinique et biologique

- Poids 2 fois par semaine
 - Examen clinique avec : **quotidien**
 - Recherche d'œdèmes
 - Examen cardiopulmonaire : recherche de signes d'insuffisance cardiaque, anasarque, tachypnée, tachycardie
- En cas de syndrome œdémateux, ne pas majorer l'apport calorique, réévaluer l'apport hydrique et sodé.
- Avis médical nutritionnel via le formulaire de demande dans Orbis (AVIS Equipe de nutrition – Patient dénutri) si besoin
- Si signes neurologiques de carence aiguë en vitamine B1 : supplémentation en vitamine B1 IV 1 g par jour et avis spécialisé
 - ECG si tachycardie ou apparition d'une hypokaliémie ou hypophosphorémie
- Recherche de signes d'hypokaliémie (dont calcul du QT corrigé), de troubles du rythme cardiaque, tachycardie
- Surveillance biologique :
 - Toutes les 48 heures, ou plus fréquemment si anomalie (cf. encadré), pendant les 10 premiers jours de renutrition avec :
 - BES (Na, K, urée, créatininémie, glycémie, calcémie)
 - Phosphorémie
 - Magnésémie
- + bilan hépatique (critère de gravité de la dénutrition) hebdomadaire

Protocole clinique	Page 6 sur 6
Syndrome de Renutrition Inappropriée, dépistage, prévention	Version : 002 Date d'application : 07/01/2019 Indexation : QUA-PCLI-021

Rédacteur	ACT_PARTICIPANTS_NAME_SIGN1	ACT_PARTICIPANTS_DATE_SIGN1_NOTIME
Valideur	ACT_PARTICIPANTS_NAME_SIGN2	ACT_PARTICIPANTS_DATE_SIGN2_NOTIME
Approbateur	ACT_PARTICIPANTS_NAME_SIGN3	ACT_PARTICIPANTS_DATE_SIGN3_NOTIME