

## PROPOSITION DE PROTOCOLE PREVENTIF ET CURATIF DE LA DESHYDRATATION

### GENERALITES

Les besoins quotidiens en eau sont de 1.5 à 2l par jour (30ml/kg).

La déshydratation est la perturbation métabolique la plus fréquente chez la personne âgée (PA).

Le vieillissement physiologique explique la plus grande sensibilité des PA à la déshydratation. En effet, le rein du sujet âgé retient moins bien l'eau et le sel que celui de l'adulte et est donc moins apte à lutter rapidement contre la déshydratation.

On constate également chez la PA une perte de la sensation de soif et une perte de l'habitude de boire.

Les causes de déshydratation sont nombreuses:

- il peut y avoir une perte d'eau et de sel lors d'une anorexie prolongée, lors d'un traitement par diurétiques, lors de troubles digestifs (vomissement, diarrhée), lors d'ulcères suintants, de brûlures ou d'une décompensation diabétique

- il peut y avoir une perte d'eau pure lors d'une chaleur excessive (locaux mal isolés en été ou surchauffés en hiver), en cas de fièvre, de transpiration, d'hyperventilation ou de diabète insipide médicamenteux (lithium, vancomycine).

L'incapacité à s'hydrater elle-même (personne dépendante, troubles de la conscience, démence) ou des troubles de la déglutition sont également des facteurs favorisant la survenue de la déshydratation.

### PREVENTION

La prévention est primordiale.

Voici quelques principes généraux:

- isoler les locaux en cas de forte chaleur extérieure et ne pas surchauffer l'hiver
- rafraîchir les pièces: ouvrir la fenêtre la nuit, la fermer le jour, tirer les rideaux pour faire de l'ombre
- supprimer les traitements diurétiques non indispensables et arrêter les diurétiques en cas de troubles digestifs, voire en cas de fièvre
- donner une alimentation suffisamment salée (4 à 6g par jour), en l'absence de régime sans sel prescrit
- veiller aux apports / pertes hydriques des patients ayant une alimentation entérale (fiche de surveillance)
- donner à boire plusieurs fois par jour aux PA dépendantes (eau, thé, café, jus de fruits, bouillon, eau gélifiée)
- augmenter les apports dans les circonstances favorisant la déshydratation
- surveiller la température et le poids
- dans les situations à haut risque de déshydratation, **en complément de la réhydratation par voie orale**, il est possible de perfuser préventivement le patient la nuit par voie SC (hypodermoclyse)

Lieu: cuisses – abdomen (latéral), changer de site chaque jour

Aiguille: pour IV ou SC orientée à 45°C  
Volume: 500ml à 1l en 8h (maximum 1.5l/24h) sur une même site  
Type de soluté: NaCl 0.9% ou G5% +/- NaCl; KCl contre-indiqué en SC  
En cas de mauvaise diffusion, changer de site

## DIAGNOSTIC

La peau sèche (pli cutané), la sécheresse de la muqueuse buccale (mais la PA respire souvent par la bouche), l'oligurie sont des signes spécifiques de la déshydratation.

Mais il faut aussi penser au diagnostic devant des signes moins spécifiques: asthénie inhabituelle, confusion, somnolence, inappétence, perte de poids, fébricule, baisse de la TA ou hypotension orthostatique, chute, malaise...

La déshydratation porte le plus souvent sur une perte globale (perte eau + sel), et on distingue la déshydratation extracellulaire, la déshydratation intracellulaire et la déshydratation globale.

La cause déclenchante doit être recherchée: infection, troubles digestifs récents, chaleur excessive, introduction de diurétiques.

Certains examens sanguins doivent être demandés: ionogramme, urée, calcémie, créatinine, protides, glycémie.

Il faut savoir reconnaître l'apparition de signes de gravité: hyperthermie > 38°C inexplicée, troubles de la conscience ou du comportement, difficultés respiratoires, collapsus ou instabilité hémodynamique, natrémie  $\geq$  150mmol/l, glycémie  $\geq$  30mmol/l.

## TRAITEMENT

L'hospitalisation est nécessaire dans 3 circonstances:

- en présence de signes de gravité
- si la cause déclenchante n'est pas diagnostiquée ou nécessite une hospitalisation
- si les moyens humains et matériels disponibles dans l'EHPAD sont insuffisants pour assurer un traitement et une surveillance optimales.

La quantité totale de liquides à administrer correspond au déficit additionné des besoins quotidiens normaux.

Le déficit doit être compensé progressivement.

La rapidité de correction de la déshydratation doit être adaptée au contexte cardiaque et rénal.

En cas de déshydratation modérée et en l'absence de signe de gravité, la voie orale est préférable. Il faut inviter le patient à boire à chaque passage, et lui expliquer pourquoi il faut boire. Pour favoriser l'adhésion de la PA, il faut respecter ses goûts (eau, tisane, jus de fruits, eau gélifiée...).

En cas de signes de gravité ou si le patient boit de manière insuffisante, la perfusion intraveineuse s'impose.

La perfusion sous-cutanée peut être une alternative à la voie orale, mais reste limitée en apport.

Le choix de la solution de réhydratation est fonction de l'importance relative des déficits en eau et en sel, en fonction du type de déshydratation (globale, extracellulaire, intracellulaire).

Enfin, il est important de surveiller l'évolution de la déshydratation et de mettre en place d'une feuille de surveillance, avec notamment une évaluation du poids.

## **CANICULE et PLAN BLEU**

Les facteurs de risque sont de différents ordres:

- co-morbidités: insuffisance cardiaque et respiratoire, diabète, maladie de Parkinson, maladie psychiatrique ou démence, troubles de l'alimentation, infection, fièvre d'autre origine...

- état de dépendance

- médicaments: diurétiques, neuroleptiques, anti-cholinergiques, anti-histaminiques, anti-parkinsoniens

- facteurs liés à l'environnement: absence de climatisation, exposition à l'est, absence d'ombre, environnement urbanisé, étages supérieurs d'un immeuble...

Les personnes âgées en institution doivent, en cas de forte chaleur, être l'objet d'une surveillance accrue (T°, poids, surveiller maux de tête, fatigue, vertiges...)

Les résidents doivent être rafraîchis: pièce climatisée, utilisation de brumisateurs, vêtements légers et clairs, douches ou bains réguliers.

Les résidents doivent s'exposer le moins possible au soleil: rester à l'intérieur dans un endroit frais, ne sortir que le matin tôt ou le soir tard, préférer les endroits ombragés.

Les résidents doivent s'hydrater suffisamment en continuant à s'alimenter: ne pas attendre d'avoir soif, humidifier la bouche, eau gélifiée, fruits, bouillons, soupes, jus de légumes.

L'habitation doit être le mieux possible isolée par rapport aux variations de température: fermer volets et fenêtres tant qu'il fait plus chaud à l'extérieur qu'à l'intérieur, ouvrir les fenêtres quand la température baisse à l'extérieur.

Le médecin et les soignants doivent adapter leurs pratiques médicales aux exigences de la canicule: adapter les prises médicamenteuses (diurétiques et régimes sans sel), traiter précocement hyperthermie, diminution des apports hydriques ou augmentation des pertes (vomissements, diarrhées), prendre la T° du patient au moindre signe inquiétant.

L'instauration d'un plan bleu est préconisée dans tous les établissements d'hébergement collectif pour personnes âgées : EHPAD, logement foyer, unité de soins longue durée, qu'ils soient publics, privés ou associatifs.

Le plan bleu (ainsi que les 3 autres plans d'actions : blanc, rouge et vermeil) s'inscrit dans un dispositif national destiné à prévenir et à lutter contre les risques d'une canicule.

Il fixe le mode général d'organisation de chaque établissement en cas de crise et de déclenchement du dispositif d'alerte par le préfet du département.

Plus d'informations : [Canicule et produits de sante - ANSM](#)