

Dénutrition:

Le parcours complexe entre Définition
et Prise en Charge.

Dr R. DEKKER
ACPPHOS
Saintes 14 avril 2015

Définition

- Etat pathologique caractérisée par un Indice de Masse Corporelle (IMC) inférieur à la normale et/ou une perte de poids significative, involontaire ou non.
- Trois mécanismes principaux:
 - Carence d'apports
 - Augmentation des pertes
 - Augmentation des besoins métaboliques, non couverts par les apports.

Prévalence

- La prévalence de la dénutrition hospitalière est actuellement bien connue et reste stable:
 - À l'admission: 20 à 30 %
 - À la sortie: 30 à 60 %
- En EHPAD:
 - 10 à 50 %
 - Prévalence plus faible si EHPAD non médicalisée
- Domicile:
 - 60-80 ans: 2 à 4 %
 - >80 ans: >10%

La dénutrition ne doit pas se limiter à une impression visuelle



4



Besoins énergétiques

- Formule de Harris & Benedict établie en 1919 (Dépense énergétique de base)
 - $H = 66,5 + 13,8 P + 5 T - 6,8 A$
 - $F = 655,1 + 9,6 P + 1,9 T - 4,7 A$
 - Intégration des facteurs d'agression
 - Post-opératoire: x 1,1
 - Polytraumatisé: x 1,5
 - Infection sévère: x 1,2 à 1,7
 - Intégration activité physique: 0,8 à 1,2
- Formule de H. & B. révisée par Roza (1984)
- En pratique: de 20 à 35 kcal/kg/j
- Situation particulière: $IMC > 30$



Marasme: Dénutrition équilibrée protéino-énergétique

Kwashiorkor: Dénutrition à prédominance protéique.

Dénutrition: entre ces 2 tableaux physiopathologiques extrêmes, toutes les situations intermédiaires existent.

Critères de Dénutrition

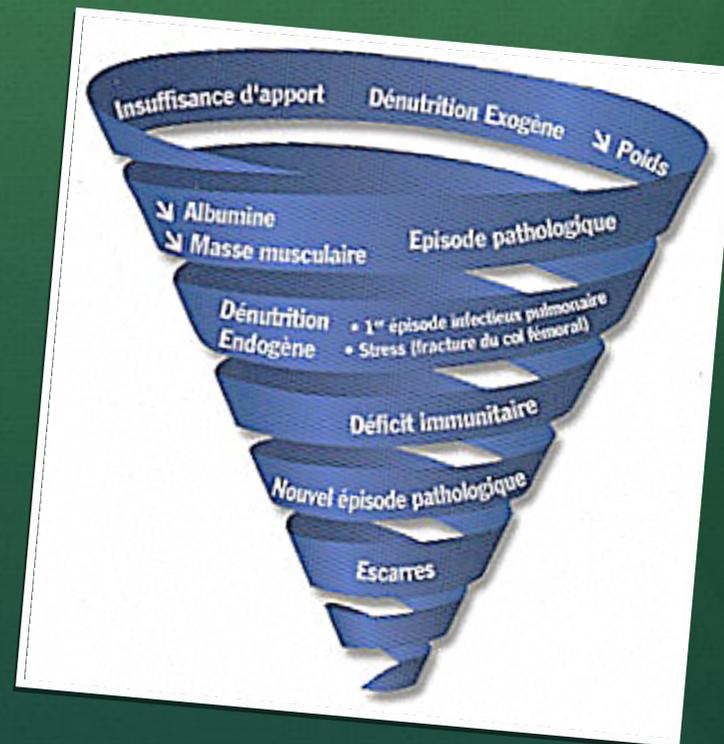
		Dénutrition		Dénutrition sévère	
< 70 ans	Perte de poids	1 mois	6 mois	1 mois	6 mois
		≥ 5%	≥ 10 %	≥ 10 %	≥ 15%
	IMC	< 18,5		< 16	
	Albumine	< 30 g/l		< 20 g/l	
	Transthyréti ne	< 110 mg/l		< 50 mg/l	
≥ 70 ans	Perte de poids	1 mois	6 mois	1 mois	6 mois
		≥ 5 %	≥ 10 %	≥ 10 %	≥ 15 %
	IMC	< 21		< 18	
	Albumine	< 35		< 30	
	M.N.A.	< 17			

Pourquoi dépister la dénutrition?

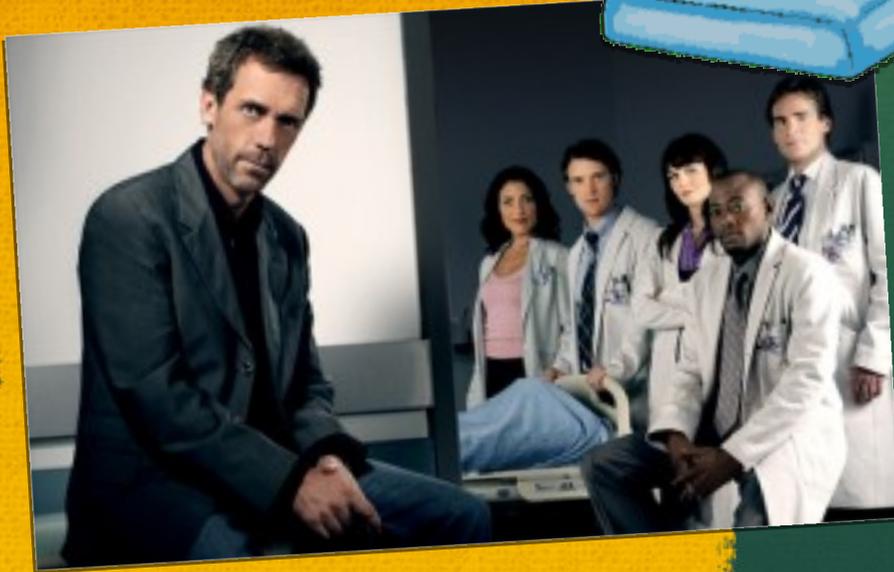
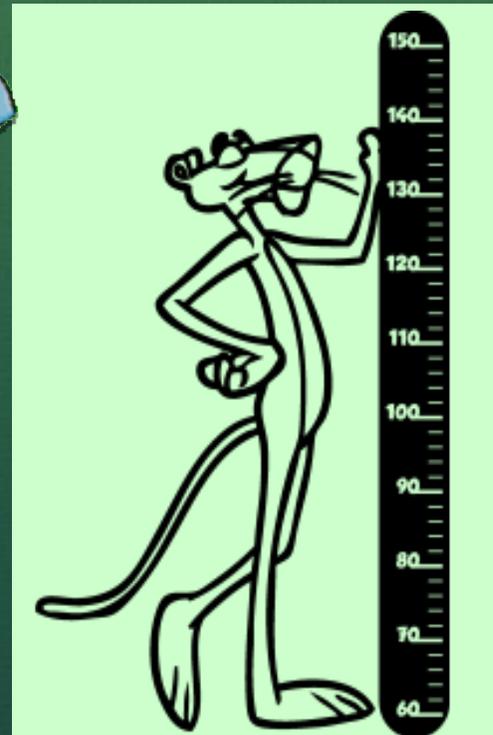
- Favorise la survenue de complication, notamment infectieuse
- Facteur de comorbidité indépendant
- Diminue la qualité de vie des patients et leur autonomie
- Augmente la durée et le coût de l'hospitalisation
- Aggrave le pronostic

La Spirale Infernale

Comment
l'éviter?



Quels outils?



Comment?

- Critères IPAQSS (HAS 2009), certification V2010
 - Poids: méthode appropriée à l'autonomie (pèse-personne, chaise-balance, lève-malade)
 - Taille: toise ou évaluation d'après le talon-genou (équation de Chumlea)
 - $F = 84,88 - 0,24 A + 1,83 HT$
 - $H = 64,19 - 0,04 A + 2,03 HT$
 - $IMC = P/T^2$
 - Variation de poids sur 1 mois ou 6 mois



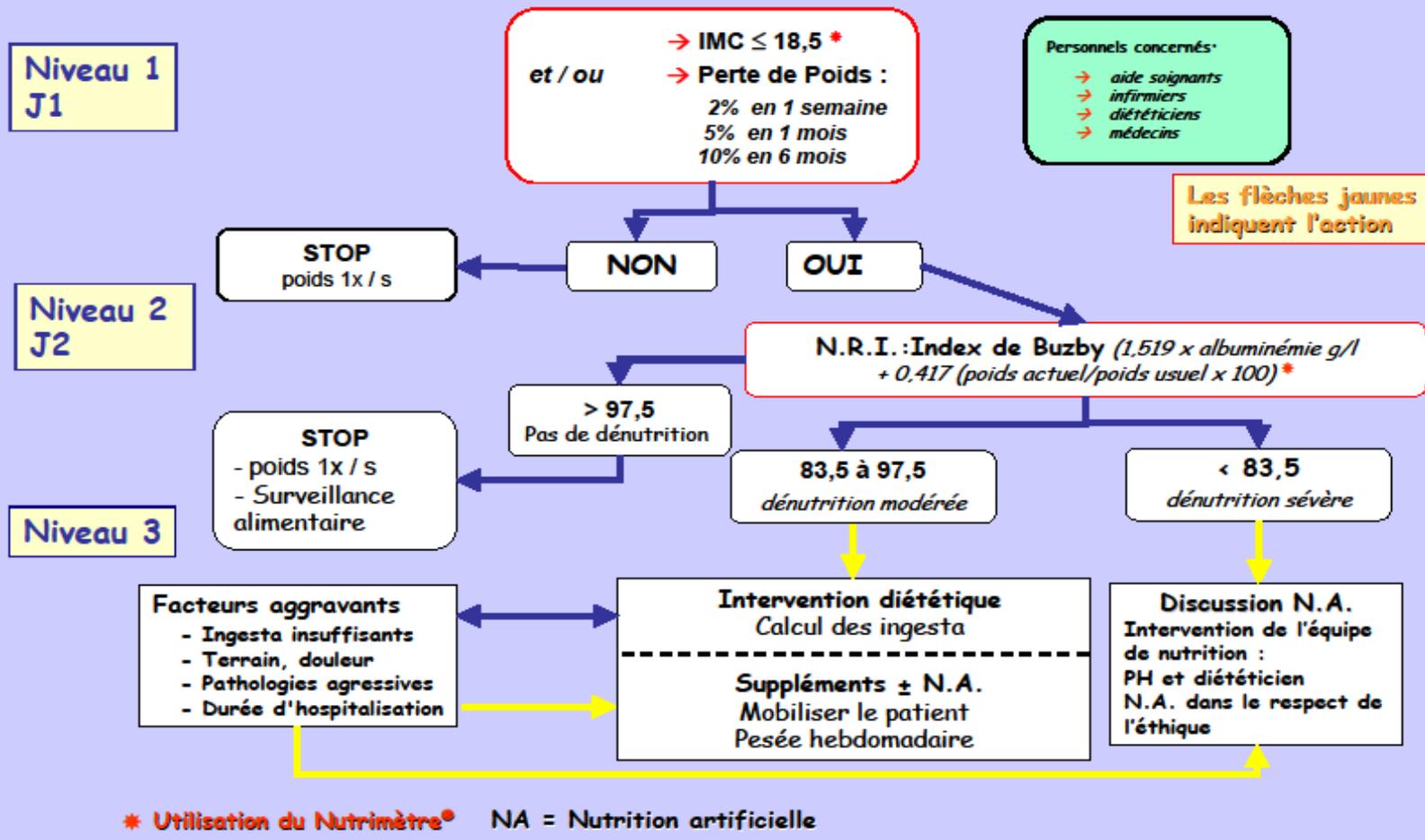
Comment?

- Mesure de la circonférence musculaire brachiale (CMB): fonte musculaire
 - F = < 19 cm
 - H = < 24 cm ou < 22 cm (≥ 65 ans)
- Pli cutané tricipital (PCT): perte masse grasse s/c
 - H = < 5 mm
 - F = < 12 mm
- Examen clinique:
 - Œdèmes
 - Ascite
 - Déshydratation
- Evaluation des apports:
 - Evaluation de la Prise Alimentaire
 - Feuille de Surveillance Alimentaire
 - ...



Comment?

Dépistage de la dénutrition chez l'adulte hospitalisé en CS ou SSR



Les ingesta

SURVEILLANCE ALIMENTAIRE

■ Alimentation ■ Boissons ■ Protéines

Date	Le ____/____/____			Le ____/____/____			Le ____/____/____		
	A	B	P	A	B	P	A	B	P
Repas / Collation									
Petit-déjeuner									
Boisson - Sucre									
Pain - Beurre		100	10		100	10		100	10
Autres		200	20		200	20		200	20
Collation		300	30		300	30		300	30
Déjeuner		400	40		400	40		400	40
Entrée		500	50		500	50		500	50
Viande / Poisson		600	60		600	60		600	60
Accompagnement		700	70		700	70		700	70
Produits laitiers	Laitage	800	80	Laitage	800	80	Laitage	800	80
Dessert		900	90		900	90		900	90
Pain		1000	100		1000	100		1000	100
Collation		1100	110		1100	110		1100	110
Dîner		1200	120		1200	120		1200	120
Potage		1300	130		1300	130		1300	130
Viande / Poisson		1400	140		1400	140		1400	140
Accompagnement		1500	150		1500	150		1500	150
Produits laitiers	Laitage			Laitage			Laitage		
Dessert									
Pain									
Collation									

RAPPELS

- Boissons (B)**
- 1 eau gélifiée = 125 cc
 - 1 yaourt = 100 cc
 - 1 bol = 300 cc
 - 1 « canard » = 250 cc

- Part de protéines (P)**
- 5 g**
- 1 laitage, 1 fromage
 - 1 verre de lait
 - 1 glace
 - 1 œuf

- 10 g**
- 1 crème HP
 - 1 bol de lait
 - 3 c.à.s de lait en poudre
 - 1 pain + 1 fromage
 - 1/2 part de viande
 - 1 part de charcuterie
 - 1 omelette

- 20 g**
- 1 complément HP liquide
 - 1 part de viande
 - 1 part de poisson

Critères de risque de dénutrition

- Nutritional Risk Index (ou Indice de Buzby)
 - $1,519 \text{ Albuminémie} + 41,7 \times \text{P. Actuel} / \text{P. Habituel}$
- G.N.R.I. (Indice de Buzby adapté à la population gériatrique)
 - $1,489 \text{ Albuminémie} + 41,7 \times \text{P. Actuel} / \text{P. Idéal}$
 - P. Idéal selon formule de Lorentz
- Subjective Global Assessment
- Mini Nutritional Assessment Short-Form

La Biologie: élément d'évaluation

- Albumine:
 - $\frac{1}{2}$ vie longue: 20 jours, synthèse hépatique
 - Non adapté pour suivi à court terme
 - Variation si:
 - Syndrome inflammatoire
 - Syndrome néphrotique
 - Insuffisance hépato-cellulaire
- Transthyrétine
 - $\frac{1}{2}$ vie courte: 48 heures, synthèse hépatique
 - Variation si:
 - Jeûne
 - Syndrome inflammatoire
 - Insuffisance hépato-cellulaire

Facteurs de risque de dénutrition

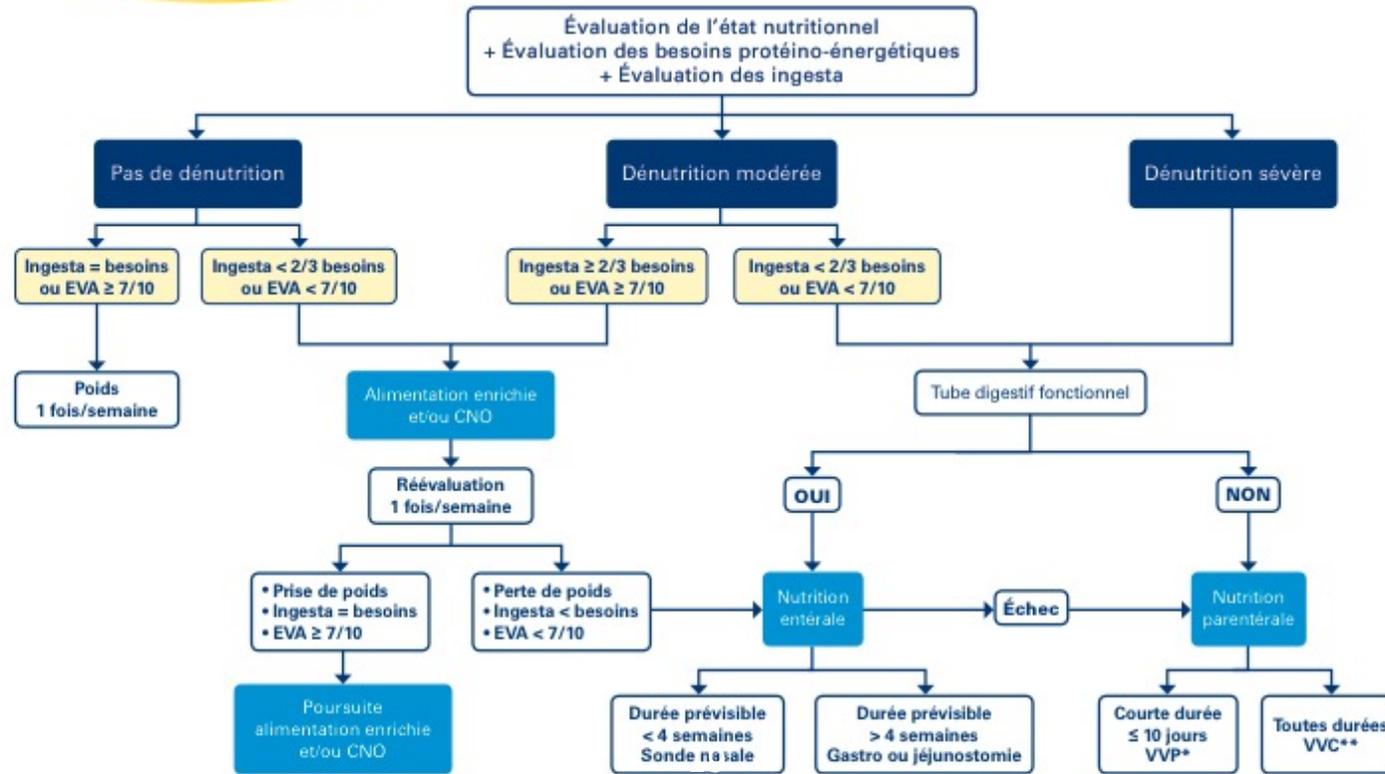
- Lié au patient:
 - Âge > 70 ans
 - Cancer
 - Hémopathie maligne
 - Sepsis
 - Pathologie chronique: digestive, insuffisance d'organe, pathologie neuro-musculaire, syndrome inflammatoire, diabète...
 - VIH
 - Chirurgie digestive majeure
 - Syndrome dépressif, troubles cognitifs, démence..
 - Syndrome persistant: dysphagie, nausées-vomissements, douleur, dyspnée...
- Lié au traitement:
 - Traitement à visée carcinologique
 - Corticothérapie au long cours
 - Polymédication (> 5 médicaments)

Arbre Décisionnel

Arbre décisionnel du soin nutritionnel



Article référent : C. Bouteloup et al.
 Nutr Clin Metabol 2014;28
<http://www.sfnep.org>
<http://em-consulte.com/revue/nutcli>



La Prise en charge

- Avant de traiter:
 - prendre en compte l'ensemble des éléments physiques pouvant influencer sur la prise en charge
 - Prendre en compte l'ensemble des éléments psychologiques pouvant influencer sur la prise en charge
- Décider avec le patient et son entourage
- Décider avec l'équipe médicale et para-médicale
- Expliquer la démarche et la décision au patient et à l'ensemble des intervenants
- Décider de traiter est une urgence mais le traitement est une urgence différée

La Prise en Charge

- Décision de traitement:
 - Compléments Nutritionnels Oraux
 - Nutrition Artificielle
 - Nutrition Entérale
 - Nutrition Parentérale
- Evaluation régulière du traitement entrepris, et adaptation si nécessaire

Le bon repère

Une dénutrition doit être évoquée sur l'un des critères cliniques ou biologiques ci-dessous. Les critères permettant de retenir le diagnostic de dénutrition en pratique clinique peuvent différer de ceux utilisés pour le codage CIM 10 de la tarification à l'activité.

	Dénutrition modérée	Dénutrition sévère
Âge < 70 ans		
Perte de poids		
En 1 mois	5 - 10 %	≥ 10 %
En 6 mois	10 - 15 %	≥ 15 %
IMC	≤ 18,5 *	< 16 **
Albuminémie	< 30 g/L #	< 20 g/L #
Transthyrélinémie	< 0,11 g/L	< 0,05 g/L
Âge ≥ 70 ans		
Perte de poids		
En 1 mois	5 - 10 %	≥ 10 %
En 6 mois	10 - 15 %	≥ 15 %
IMC	< 21	< 18
Albuminémie	< 35 g/L \$	< 30 g/L \$
MNA	< 17/30 **	-

IMC : Indice de masse corporelle (poids (kg)/taille (m)²) ;

MNA : Mini Nutritional Assessment ;

* pour le codage, la valeur seuil retenue est : £ 17 ;

** critère non retenu pour le codage ;

pour le codage, critère utilisable en l'absence de syndrome inflammatoire (CRP ≤ 15 mg/L) ;

\$ pour le codage, l'interprétation du dosage doit tenir compte de l'état inflammatoire.

Ces valeurs sont données à titre indicatif pour l'initiation d'un traitement nutritionnel.

Le suivi clinique et biologique permettra d'adapter les apports protéino-énergétiques aux besoins spécifiques du patient.

Besoins énergétiques cibles moyens

- du sujet adulte : 25-30 kcal/kg par jour [Extrêmes : 20 – 35 kcal/kg par jour]
- du sujet âgé dénutri : 30-40 kcal/kg par jour

- Les besoins peuvent atteindre 40-45 kcal/kg par jour dans les pathologies chroniques avec dénutrition sévère (en prenant en compte le risque de syndrome de renutrition inappropriée à l'initiation de la renutrition), en suites d'agression aiguë et en cas de malabsorption intestinale ;

- De tels niveaux peuvent être couverts par une nutrition orale ou une nutrition entérale, par contre, des apports supérieurs à 35 kcal/kg par jour sont à proscrire en nutrition parentérale.

Chez le sujet de corpulence normale ou faible (IMC < 30), utiliser le poids actuel.

Chez le sujet obèse (IMC > 30), utiliser le poids ajusté sur le poids idéal (PI) :

Poids ajusté = PI + 0,25 x [poids mesuré – PI]

PI = Taille (cm) – 100 – [Taille (cm) – 150]/n ; femme n= 2 ; homme n= 4

Besoins protéiques cibles moyens

- du sujet adulte : 1,0 – 1,5 g/kg par jour [Extrêmes : 0,8 à 2]
- du sujet âgé dénutri : 1,2 – 1,5 g/kg par jour

Selon le niveau d'hypercatabolisme et les pertes digestives, rénales ou cutanées.

Des apports protéiques supérieurs à 2 g/kg par jour sont inutiles (sauf compensation de pertes digestives, rénales ou cutanées).

Elle peut être faite par le (la) diététicien(ne) : rappel des 24h ou relevé alimentaire sur 2-3 jours, à mettre en place rapidement si le malade est dénutri ou dès que la simple surveillance des plateaux montre un défaut de consommation.

Elle peut être faite par tout soignant grâce à une échelle visuelle ou verbale analogique (EVA) (par exemple, avec l'outil EPA® labellisé par la SFNEP ; www.epanutrition.com). Un score EVA inférieur à 7 évoque un risque nutritionnel.



de votre at

