

# Dépistage de la dénutrition

*ses moyens d'action précoces  
sa prise en charge*

**Dr Martine PRESSOIR**  
Anesthésiste Réanimateur  
Nutrition Clinique  
Présidente du CLAN  
CH de CARCASSONNE



**SOFOMECC**

29 Mars 2018

# PREVALENCE dénutrition

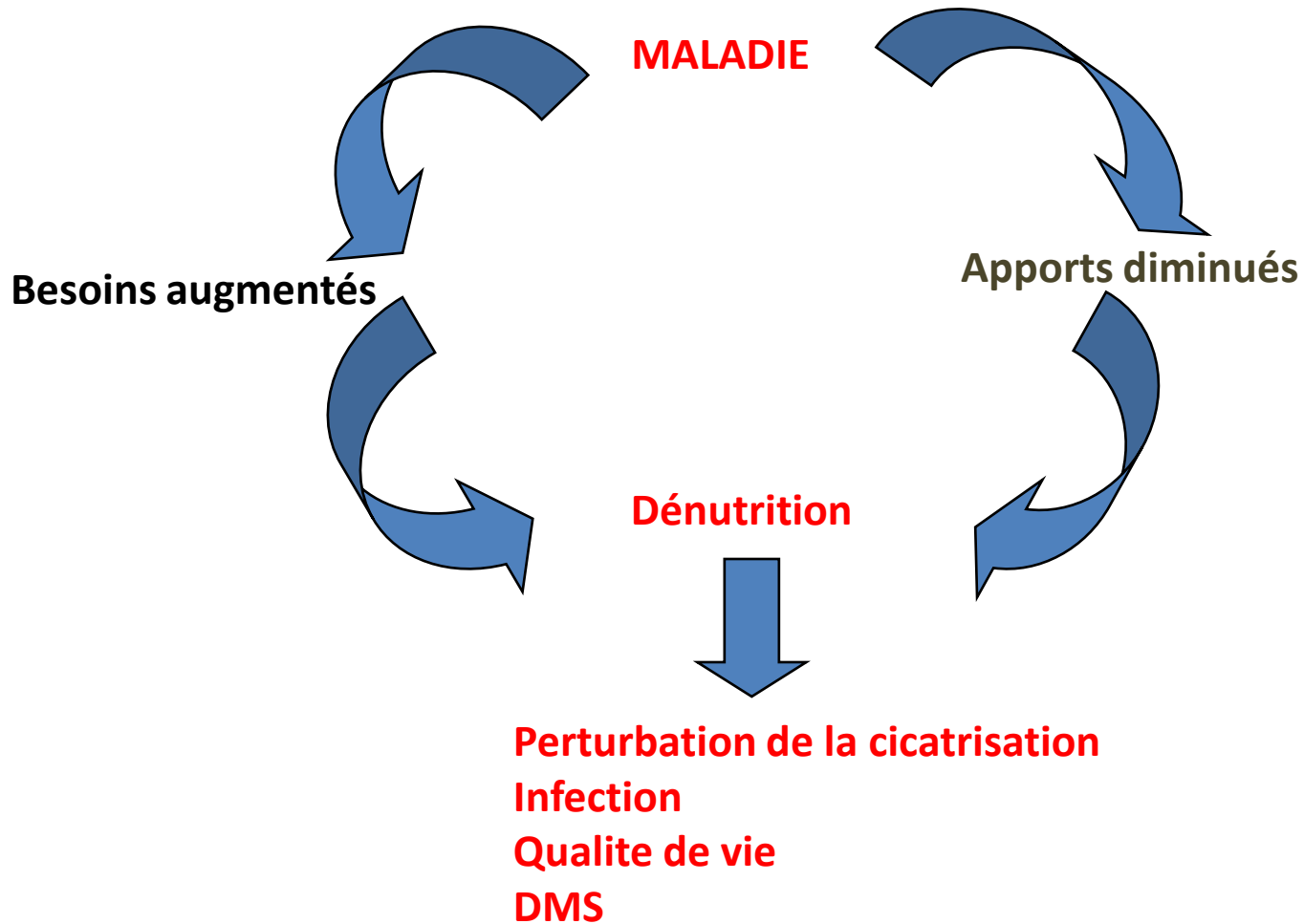
**5 à 15 %** patients hospitalisés pour la première fois

La dénutrition s'installe ou s'aggrave pendant l'hospitalisation

**20 à 40%**

**Pour être efficace la prise en charge de la dénutrition doit être précoce, adaptée, et évaluée**

# Paradoxe



# Casser le cercle vicieux

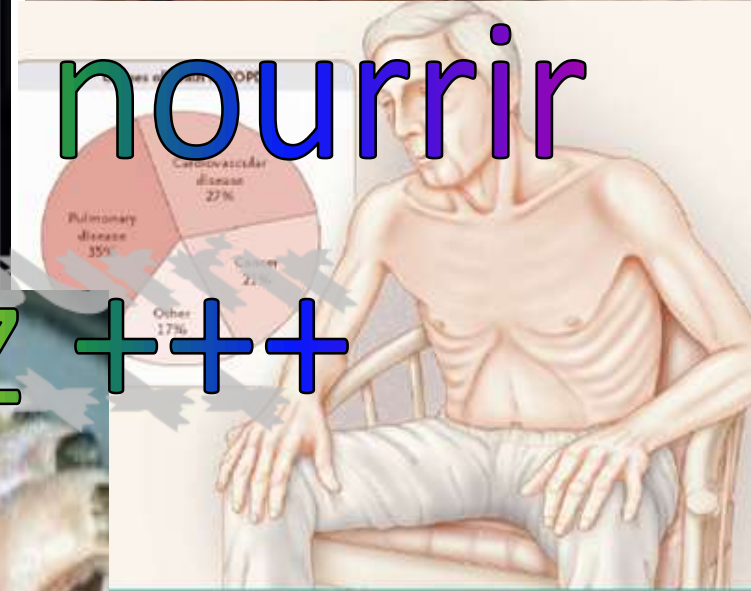


LA DENUTRITION =  
UNE MALADIE  
SUPPLEMENTAIRE



Pensez à les nourrir

Anticipez +++

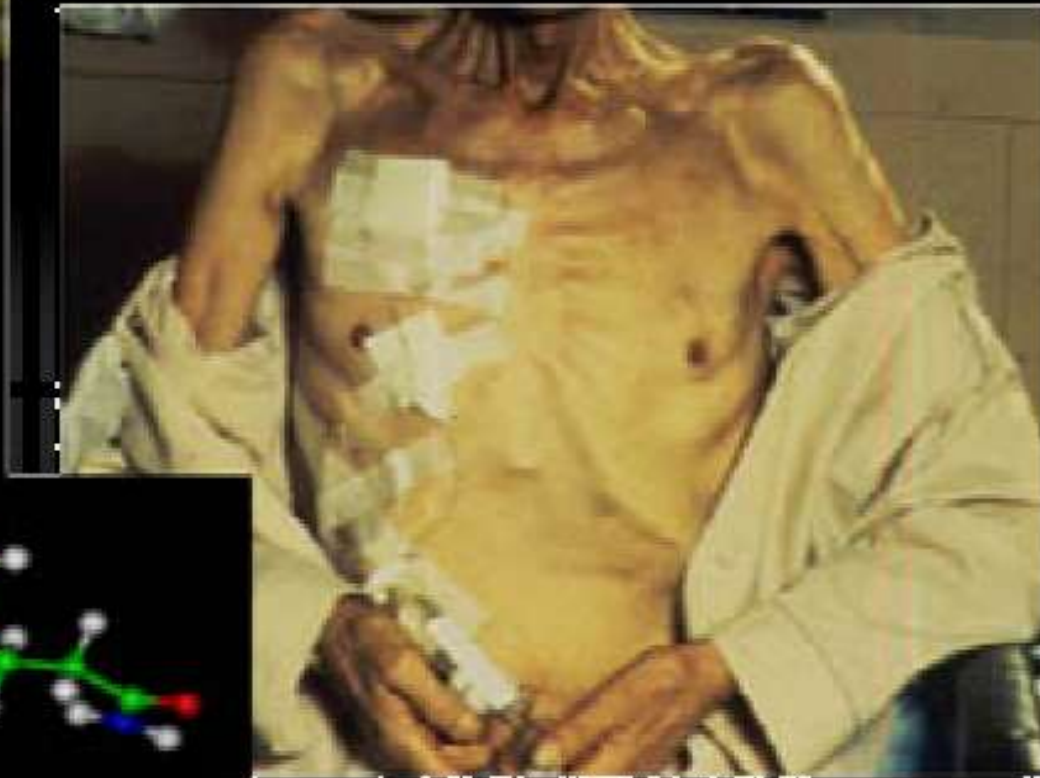




Pouvons nous diminuer son risque de complications post-opératoires ?

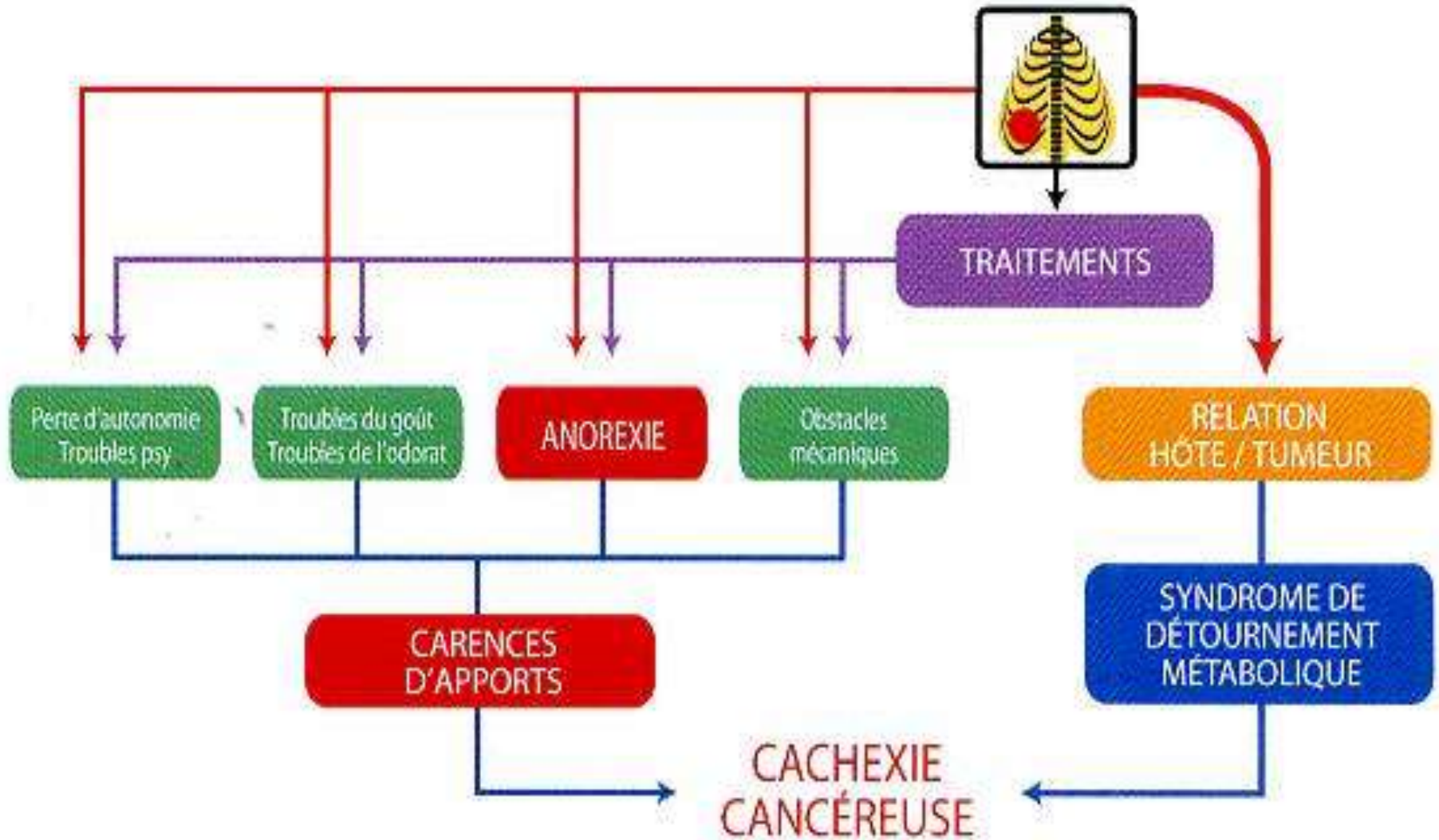


# Cancer et dénutrition: association fréquente

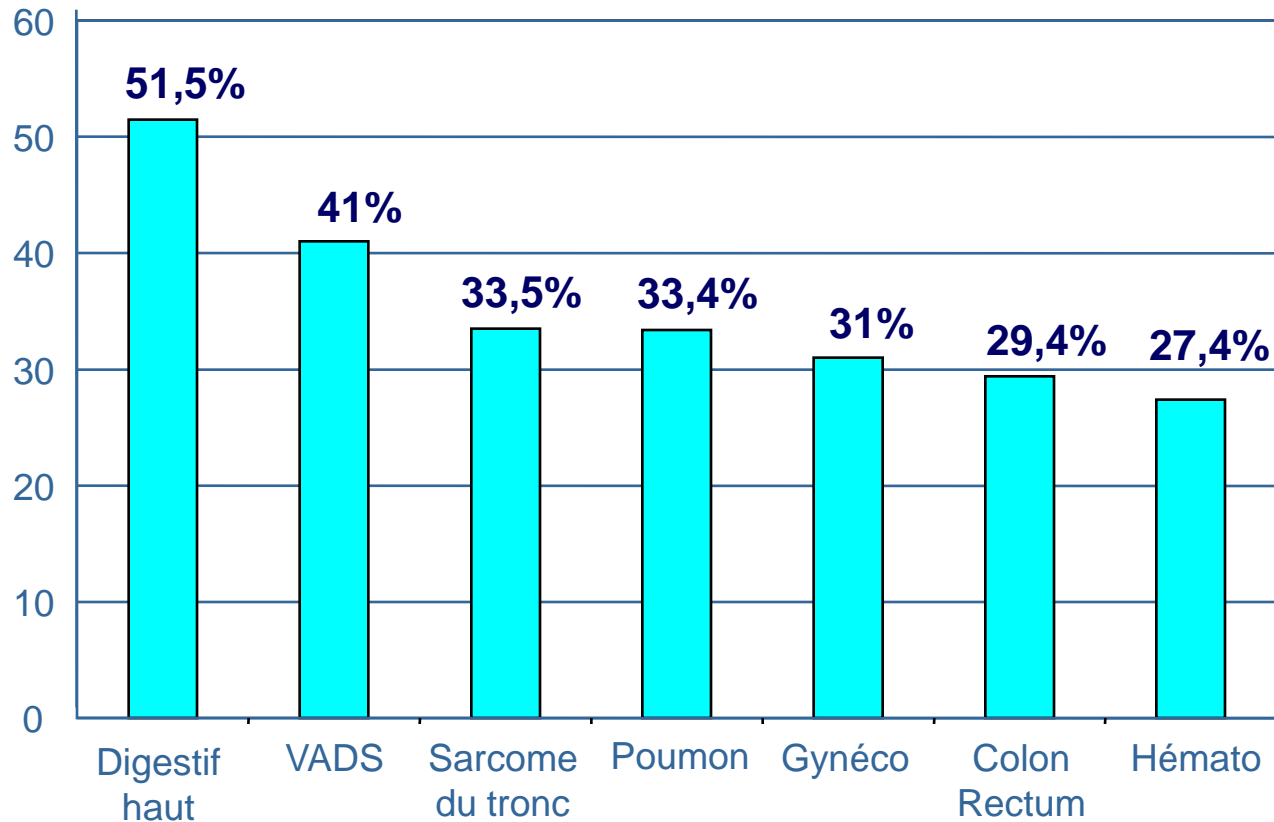




# Physiologie complexe

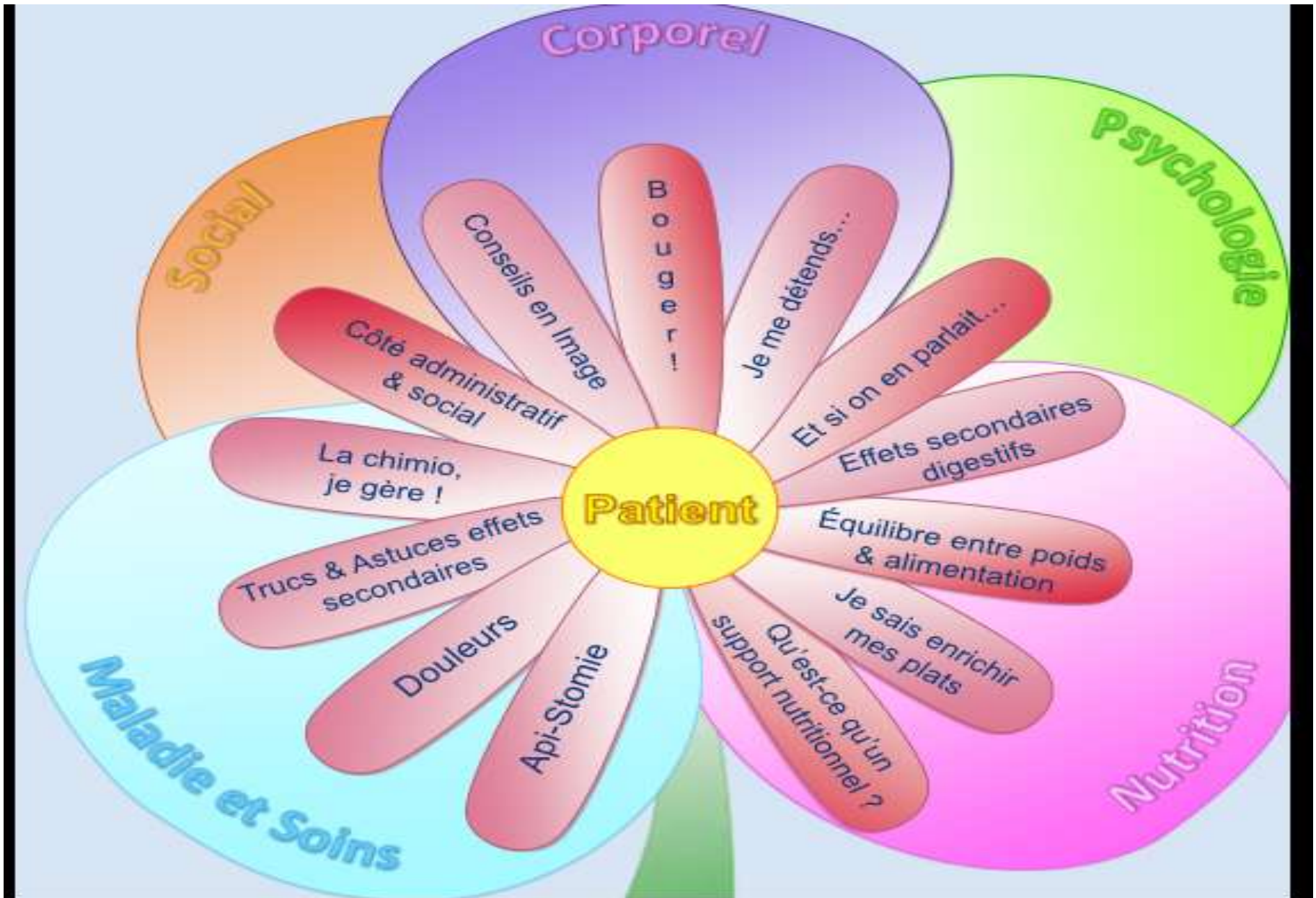


# Dénutrition et tumeur



**Malnutrition: prévalence, risk factors, clinical impact (BJO 2010) M PRESSOIR**

# SOINS DE SUPPORT




# **Evaluation de l'état nutritionnel systématique ( 48h hospitalisation )**

- Pour répondre aux exigences de la certification des établissements.
- L'indice pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins ( IPAQSS-HAS)



# Facteurs de risque de dénutrition



## Facteurs de risque liés au patient (comorbidités)

Age > 70 ans

Cancer

Hémopathie maligne

Sepsis


**Pathologie chronique** Digestive, Diabète, Insuffisance d'organe, Pathologie neuromusculaire et polyhandicap, syndrome inflammatoire

VIH/SIDA

Antécédent de chirurgie digestive majeure (grêle court, pancréatectomie, gastrectomie, chirurgie bariatrique)

Syndrome dépressif, troubles cognitifs, démence, syndrome confusionnel

**Symptômes persistants:** Dysphagie, Nausée-vomissement-sensation de satiété précoce, Douleur, Diarrhée, Dyspnée



## Facteurs de risques liés à un traitement (traitement à risque)

Traitement à visée carcinologique (chimiothérapie, radiothérapie)

Corticothérapie > 1 mois

Polymédication > 5



**Quels outils simples ?**



# LES MODULES DE PESÉE

Module de pesée sur lève-malade

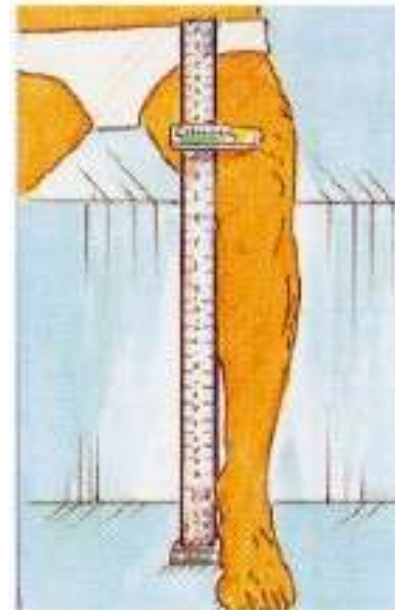


Balance-chaise



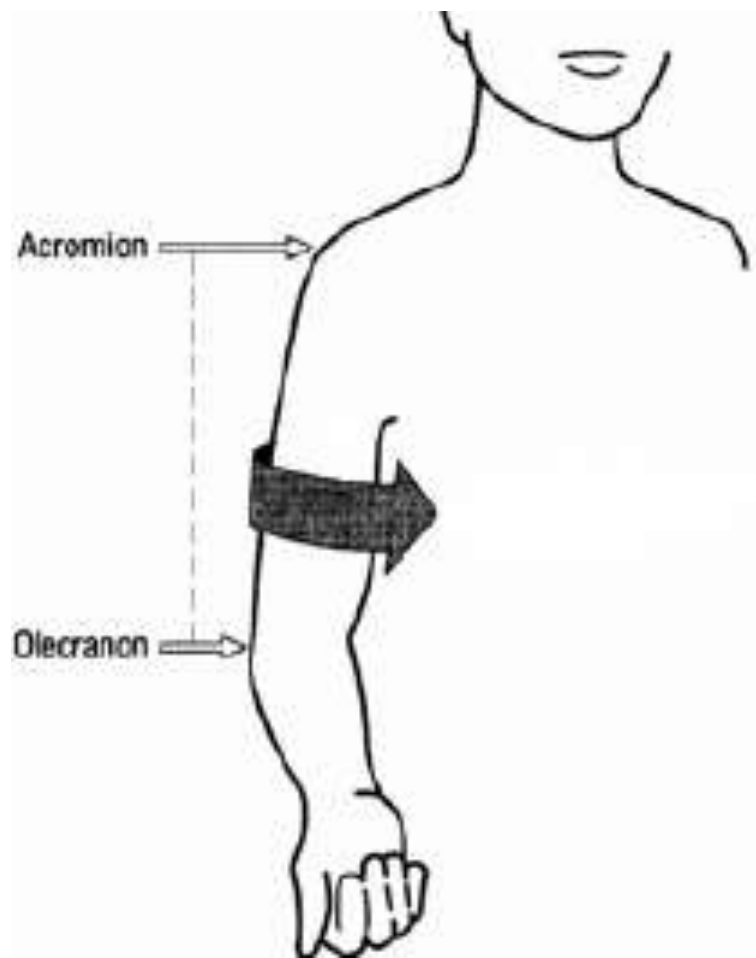
# Mesure de la taille

- Hauteur talon-genou : taille en cm calculée
  - Femme :  
 $84,88 - 0,24 \times \text{âge} + 1,83 \times \text{taille jambe (cm)}$
  - Homme :  
 $64,19 - 0,04 \times \text{âge} + 2,03 \times \text{taille jambe (cm)}$





**Une CB < 25 cm est très fréquemment associée à une dénutrition**



**$\leq 25$  cm**



**malnutrition**



# Indice de Masse Corporelle

IMC = poids (en Kg) / Taille<sup>2</sup> (en mètre)

- 14 à 15 Kg/m<sup>2</sup> ⇒ **Mortalité**
- < 18,5 Kg/m<sup>2</sup> **Maigreur**

- > 25 Kg/m<sup>2</sup> Surpoids
- > 30 Kg/m<sup>2</sup> **Obésité**
- > 35 Kg/m<sup>2</sup> Obésité sévère
- ≥ 40 Kg/m<sup>2</sup> Obésité morbide

**Mauvais critère**



# Indicateur n °1

1. Poids actuel
2. Taille actuelle
3. IMC
4. Examen clinique : ascite , épanchement , œdèmes
5. L'analyse de l' **évolution du poids avant l'admission**

**$PA-PH / PH \times 100 = \% \text{ perte de poids qui va faire le pronostic}$**

# Indicateur n °2 = minimum

6-L'évaluation de la prise alimentaire ( ou ingesta)



$\text{EPA} < 7$  quantifie le risque de dénutrition

# Indicateur n °3

7- **recueil alimentaire** , rappel des 24 h ou sur 3 j = appel diététicienne va faire un compte rendu sur le dossier médical avec sa prise en charge ...pensez à les consulter !!!!

## 8- **critères cliniques et biologiques**

Pourcentage de perte de poids , IMC , et l'albumine couplé au dosage de la CRP peri\*opératoire , gériatrie = obligatoire

9- **décision de prise en charge** par le dr nutritionniste avec médecin référent et diététicienne ( compte rendu sur dossier médical envoyé au MG et médecin référent )la voie , le type , la durée , et les modalités de surveillance .

10- **situation particulière** =nutrition péri-opératoire 2010 , nutrition et cancer 2012

# Poser les problématiques

L'Intérêt  
des  
Professionnels  
de santé ?????

Impact de la  
variation de  
poids

- Meilleur critère +++



# Cibles professionnelles

- Médecins
- Pharmaciens
- Membres du CLAN
- Cadres de santé ++++
- Les diététiciennes
- Tous les personnels soignants

Doivent être impliqués dans le  
Dépistage et la prise en charge de la  
dénutrition

Libellé	En Cours
Titre	DONNEES BIOME
Rédacteur	BRU Bernard
Poids - Poids (Kg)	55.000
Taille - Taille (cm)	165.0
SC - Surface Corporelle (m²)	1.59
IMC - Indice Masse Corporelle	20
Commentaire - -	
Périmètre brachial - - (cm)	
Poids - App. de mesure utilisé	
Nouveau né - Poids limite (kg)	
Périmètre crânien - - (cm)	
Périmètre ombilical - - (cm)	
PERTE - POIDS	
Poids habituel - . (kg)	60
% perte de poids - = (%)	8
ALLO DIET si > ou = 10% - .	

	Après-midi
Libellé	04/05/2017 15.28 (Spéc)
Titre	DONNEES BIOME
Rédacteur	PRESSOIR Martin
Poids - Poids (Kg)	78.400
Taille - Taille (cm)	175.0
SC - Surface Corporelle (m²)	1.93
IMC - Indice Masse Corporelle	26
Commentaire - -	alb=39
Périmètre brachial - - (cm)	
Poids - App. de mesure utilisé	
Nouveau né - Poids limite (kg)	
Périmètre crânien - - (cm)	
Périmètre ombilical - - (cm)	
PERTE - POIDS	
Poids habituel - . (kg)	105
% perte de poids - = (%)	25
ALLO DIET si > ou = 10% - .	

Albumine

CRP

**HOSPIT. MED.  
POLYVALENTE 1**

**01933.**

**:12C158**

26.50

37.00

**HOSPIT. MED.  
POLYVALENTE 2**

**01930.**

**:12C023**

17.00

144.00

**01932.**

**:12C132**

26.50

4.00

**HOSPIT.  
MEDECINE  
GERIATRIQUE**

**01931.**

**:11C048**

30.70

18.00

**01932.**

**:12C053**

29.70

95.00

**01932.**

**:12C049**

20.60

155.00



# Evaluation HAS

Modéré

< 70 ans

Sévère

- PdP  $\leq 10\%$  en 6 mois
- PdP  $\leq 5\%$  en 1 mois
- IMC < 17
- Alb < **30 g/l**
- Prealbumine < 110 mg/l ( crp < 15)

- **PdP  $\geq 15\%$  en 6 mois**
- PdP  $\geq 10\%$  en un mois
- IMC < 16
- Alb < **20 g/l**

Modéré

> 70 ans

Sévère

- PdP  $\leq 10\%$  en 6 mois
- PdP  $\leq 5\%$  en 1 mois
- 
- IMC < 21
- Alb < **35 g/l**

- **PdP  $\geq 15\%$  en 6 mois**
- PDP  $\geq 10\%$  en 1 mois
- 
- IMC < 18
- Alb < **20 g/l**

UN SEUL critère pour établir  
le codage en vue de la  
tarification à l'activité par la  
CIM-10



# EVALUER LES BESOINS NUTRITIONNELS

Enquête diététique	Prise en charge
<p data-bbox="102 486 832 558">Eva d'alimentation &lt;7</p> <p data-bbox="102 701 726 772">Calcul des ingesta</p> <p data-bbox="102 915 620 1086">Plan diététique personnalisé</p>	<ul data-bbox="967 486 1760 1186" style="list-style-type: none"><li data-bbox="967 486 1760 644">• besoins énergétiques moyens 25-30Kcal/kg/j adulte 30-40kcal/kg/j âgé DS</li> <li data-bbox="967 1001 1624 1186">• Protéines : 1,2 - 1,5 g/kg/jour</li></ul>
<p data-bbox="343 1272 687 1315"><b>Diététicienne</b></p>	<p data-bbox="1122 1272 1663 1315"><b>Médecin nutritionniste</b></p>

# SUJET OBESE

IMC >30 : utiliser le poids ajusté sur le poids idéal

Poids ajusté = poids idéal (imc=25) + 0.25 x ( poids mesuré-PI)

Exemple = poids 120 kg pour 160cm IMC = 47

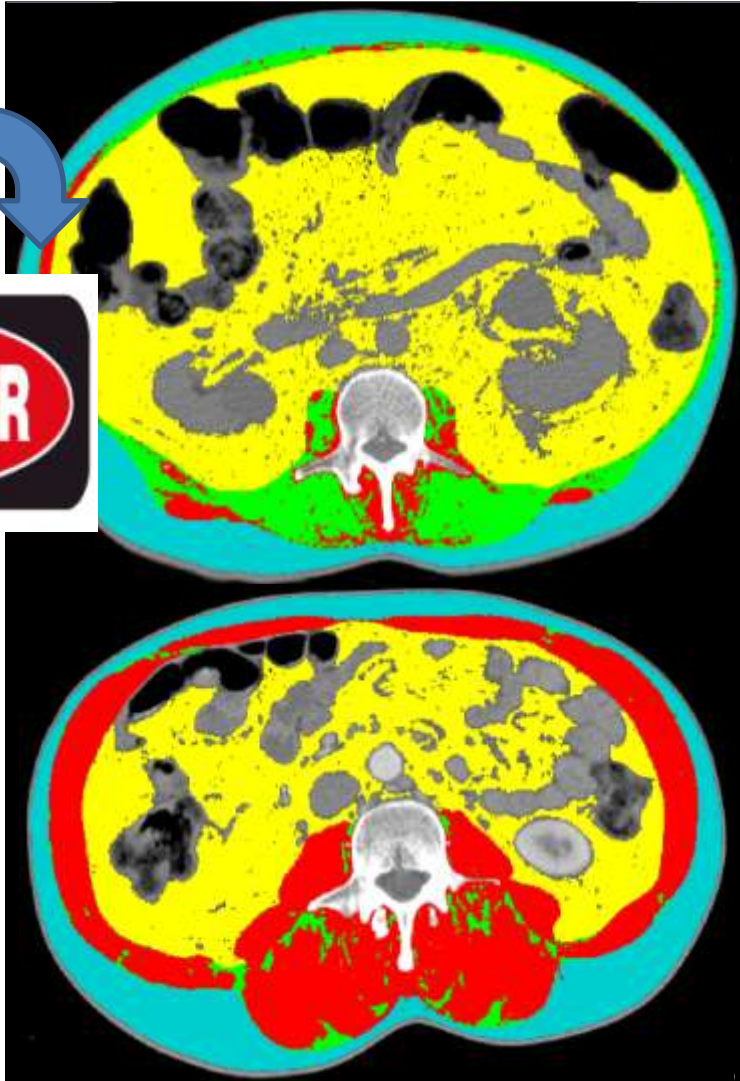
IMC =25 pour 160cm est 63kg

63x30 = 1890 kcal /j    63x1.2 =75.6    surtout si sarcopenique

# Obèse #



# Obésité sarcopénique : Sur-toxicité et mortalité



Homme 68 ans  
Cancer Intestin grêle  
**IMC 24.4 kg/m<sup>2</sup>**

Surface musculaire = 31.66 cm<sup>2</sup>  
Surface tissu adipeux = 575.5 cm<sup>2</sup>

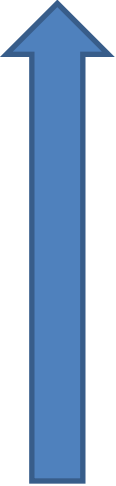
Homme 54 ans  
Adénocarcinome  
pancréas

**BMI 24.2 kg/m<sup>2</sup>**

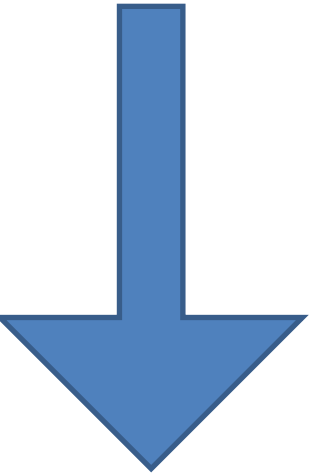
Surface musculaire = 177.0 cm<sup>2</sup>  
Surface tissu adipeux = 303.1 cm<sup>2</sup>

**Avec permission S Antoun IGR**

# Conséquences

- 
- Morbi-mortalité
  - complications post opératoire
  - Risque de toxicité des médicaments
  - durée de séjours
  - Ré hospitalisations / prescriptions / consultations
  - les coûts

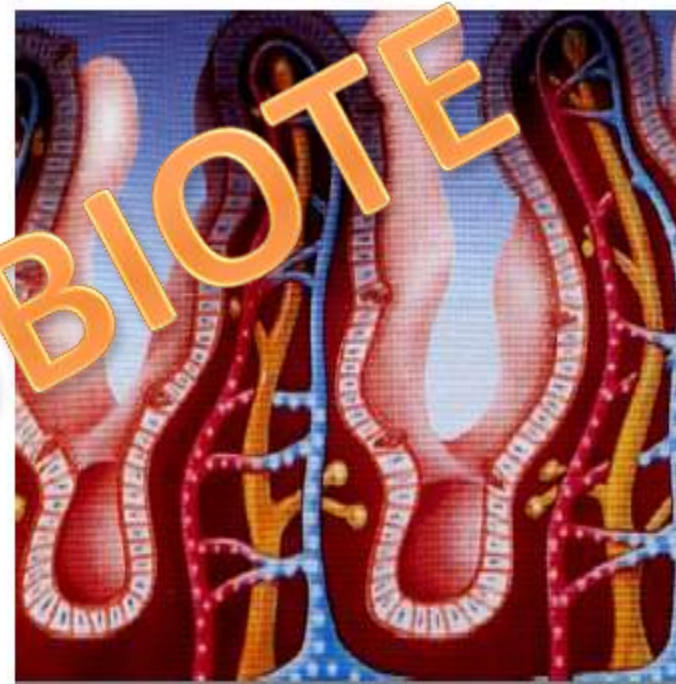
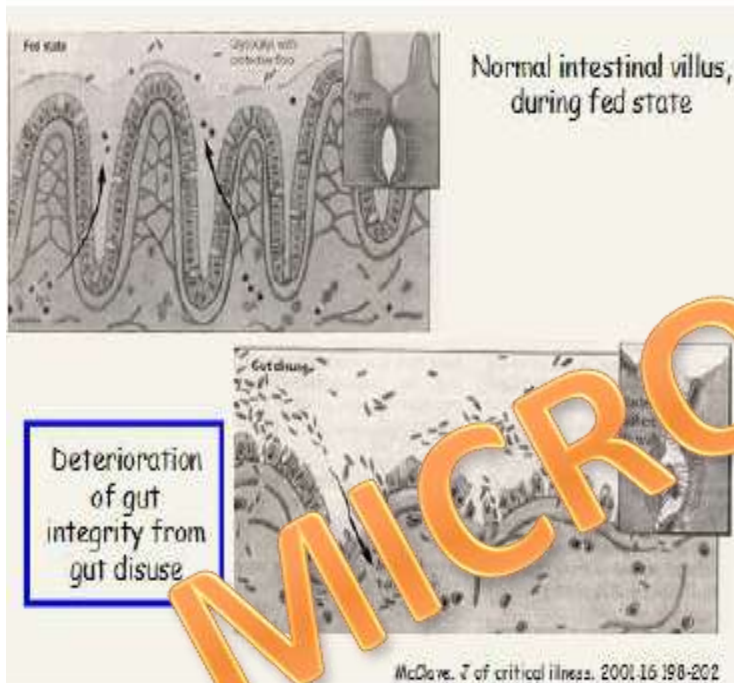
# Conséquences



- Qualité de vie
- Force musculaire
- Capacité fonctionnelle
- Réponse au chimiothérapie ou radiothérapie
- survie



# Pas alimentation = Tube digestif est victime



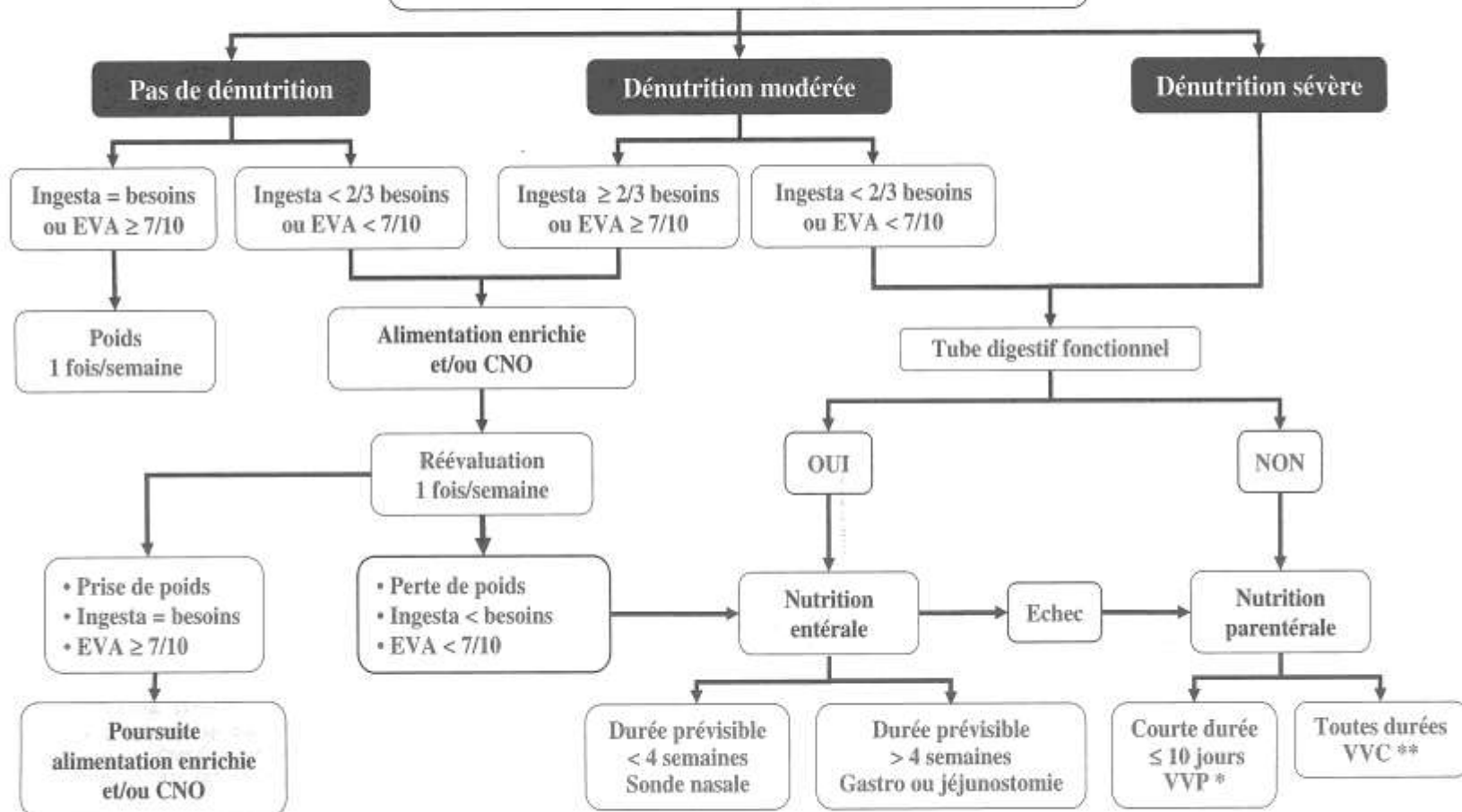
Translocation  
bactérienne

# Choix : arbre décisionnel



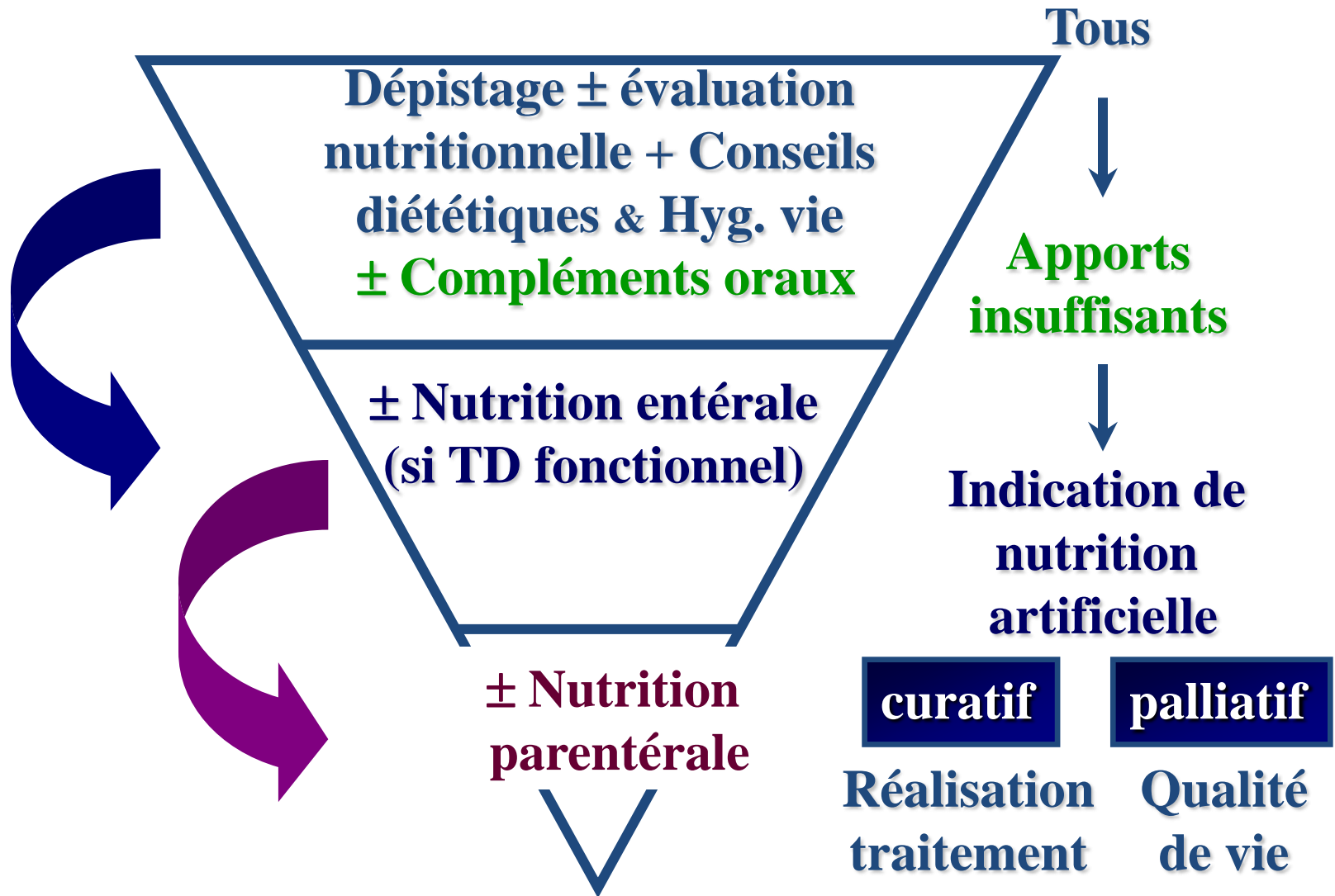
# Arbre décisionnel du soin nutritionnel

Evaluation de l'état nutritionnel <sup>1</sup>  
+ Evaluation des besoins protéino-énergétiques <sup>2</sup>  
+ Evaluation des ingesta <sup>3</sup>



<sup>1,2,3</sup> : voir au verso - EVA : échelle visuelle ou verbale analogique - CNO : compléments nutritionnels oraux - VVP : voie veineuse périphérique ; VVC : voie veineuse centrale  
\* permet rarement de couvrir la totalité des besoins énergétiques - \*\* sauf PICC (peripherally inserted central catheter) durée d'utilisation limitée à 6 mois.

# Prise en charge nutritionnelle



# ALIMENTATION ENRICHIE FRACTIONNEE

**Et texture adaptée**

# CNO <2



NUTRITION

**ENTERALE**



# Abords du tube digestif

## Dispositifs médicaux

8-12f

**A** Sonde naso-gastrique

< 1 mois

*(pré ou post-pylorique)*

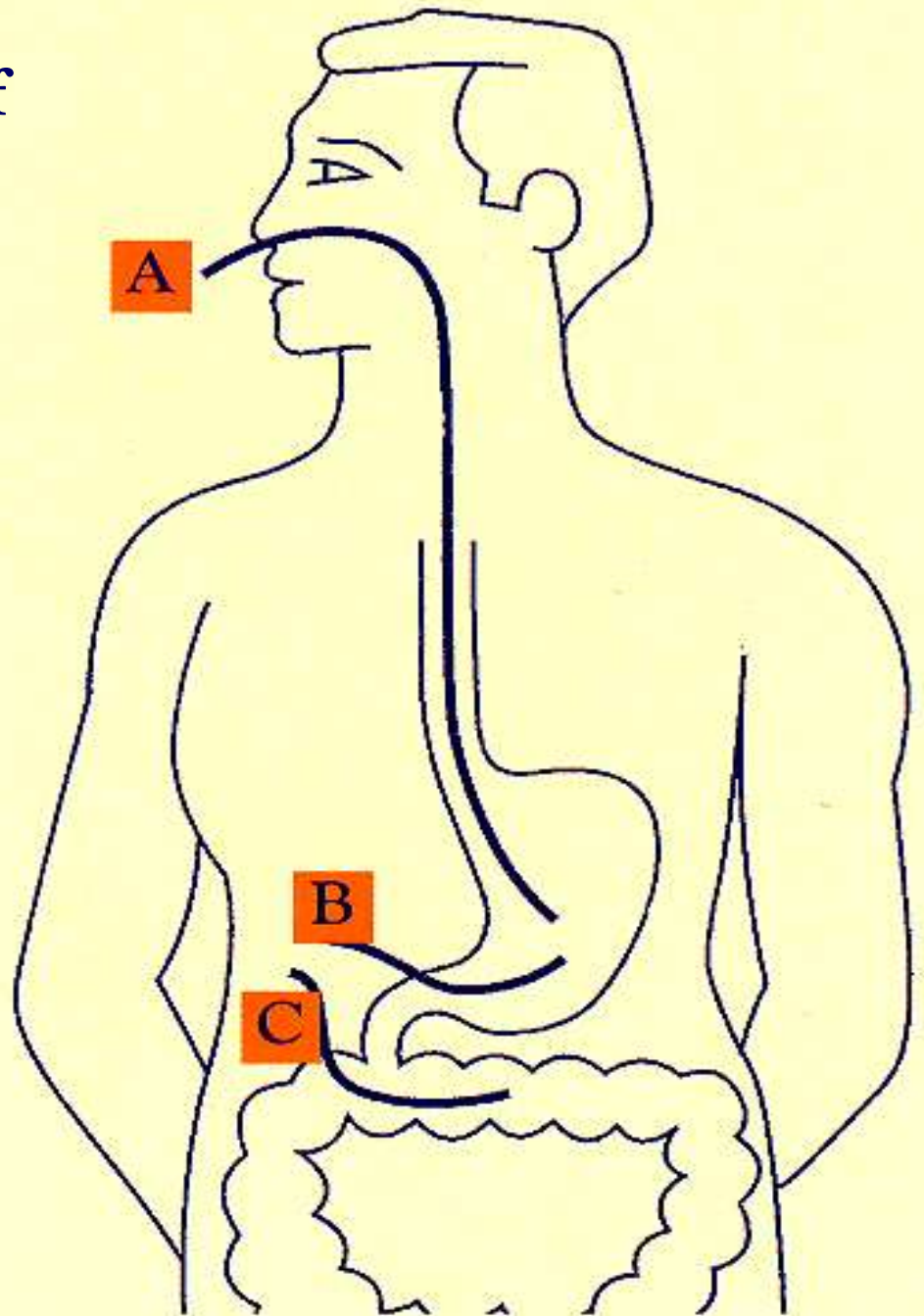
débit < 250 ml/H

**B** Sonde de gastrostomie

**C** Sonde de jéjunostomie

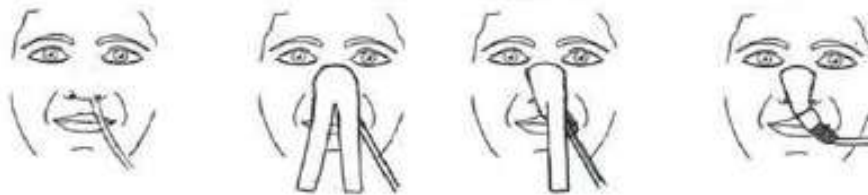
6-8f débit < 150 ml/H

Produit iso osmolaire



# Que faire chez un patient qui arrache sa sonde?

Méthode « Pink Tape » (HAS 2000)



Ne pas laisser la sonde pendre au bout du nez

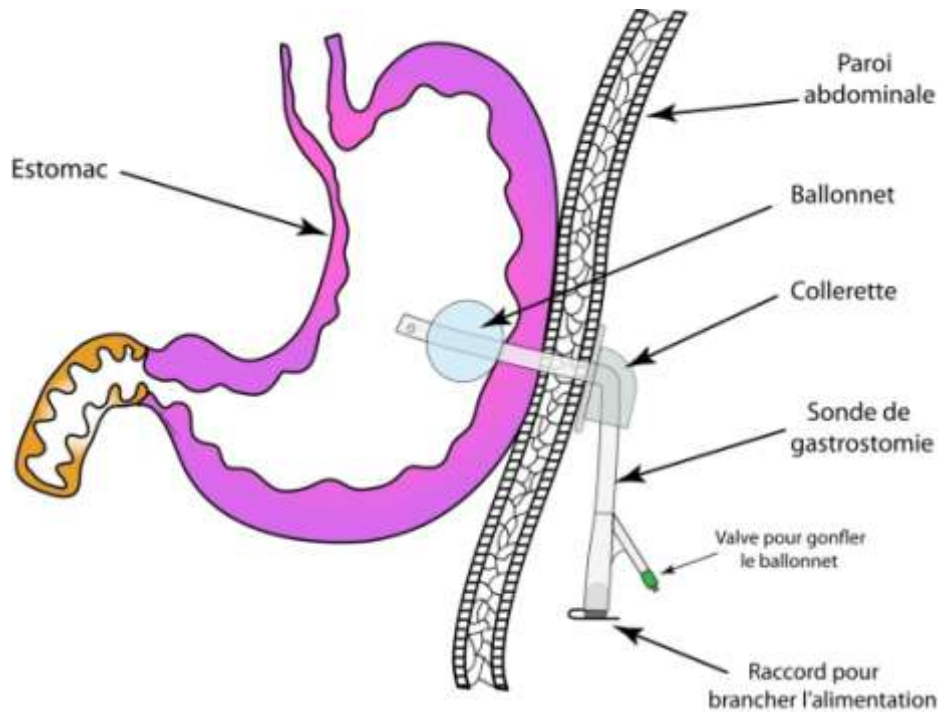
Faire 1 ou 2 autres points de fixation : joue, cou après passage derrière l'oreille (à adapter au patient)

# Sonde de gastrostomie : GPE

RADIOTHERAPIE PRENANT LE CHAMP BUCCOPHARYNGEE

## Avant la pose :

Prendre rendez vous avec le gastroentérologue et l'anesthésiste



Bouton de mickey , après 1 mois de GPE

# La nutrition enterale la plus physiologique

Malade

sonde

Ligne d'instillation

Produit de nutrition

Protocole de surveillance

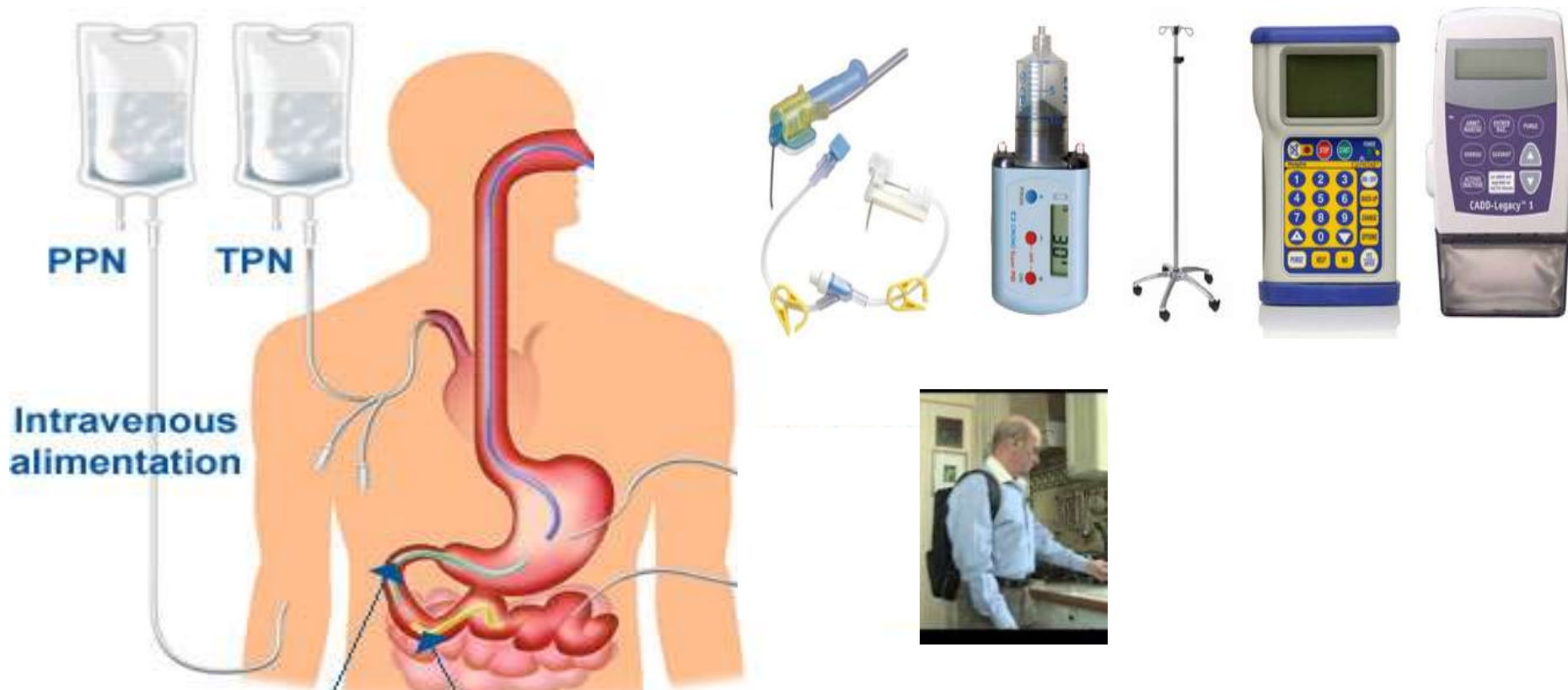


**NUTRITION**

**PARENTERALE**



# Nutrition parentérale : quelle voie ?



La moins physiologique : complications majeures  
Temps infirmier , asepticie ++++



# Abords centraux NP :



VVP

< 800 mOsm/L





**N7-1000 E**

Apport du mélange ternaire/poche de 1 litre après mélange des 3 compartiments /  
 Aporte da mistura ternária/saco de 1 litro após a mistura dos 3 compartimentos

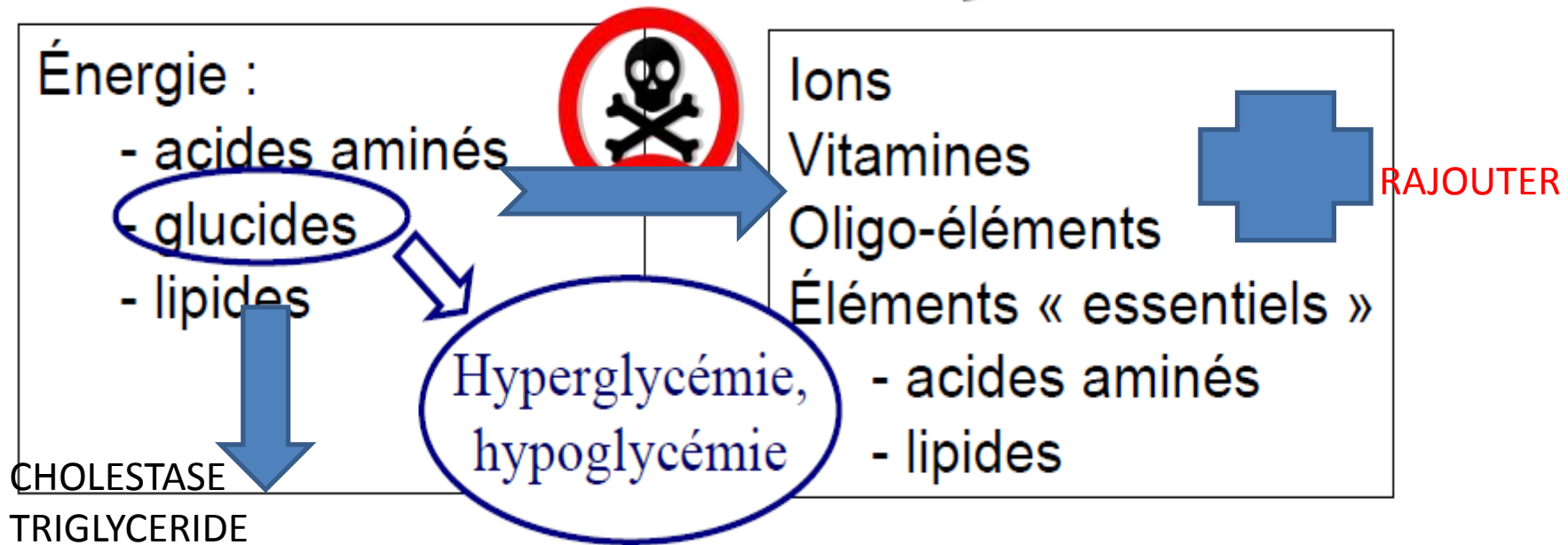
Azote / Azoto	6,6 g
Acides aminés / Aminoácidos	40 g
Calories totales / Total de calorias	1200 kcal
Calories non protéiques / Calorias não proteicas	1040 kcal
Calories glucidiques / Calorias em glucose	640 kcal
Calories lipidiques / Calorias em lípidos	400 kcal
Ratio calories non protéiques/azote Rácio calorias não proteicas/azoto	158
Sodium / Sódio	32 mmol
Potassium / Potássio	24 mmol
Magnesium / Magnésio	2,2 mmol
Calcium / Cálcio	2 mmol
Phosphate / Fosfato*	10 mmol
Acetate / Acetato	57 mmol
Chlorure / Cloreto	48 mmol
	6
osm / Osmolaridade	1450 mOsm/L

Rajout obligatoire de vitamines et oligoéléments ++++++ contrôle dextro – vit k1

# Principes de surveillance de NP

Pesée, œdèmes, CV, pertes dig.,  $\Delta$

- Nutrition = eau + éléments nutritifs



Pompe volumétrique avec paliers.....SVP

# syndrome re-nutrition

Hé doucement !  
Je ne suis plus  
habituée moi !



*Cible calorico-azotée progressive*

**Ne pas nourrir un  
patient coûte plus  
cher à la société  
que de le nourrir**





« Quelle que soit sa pathologie,  
un patient dénutri voit diminuer  
ses chances de survie.  
L'alimenter, c'est le sauver ;  
le nourrir, c'est le soigner.  
Pensez-y »  
.....

Découvrez  
le visage  
caché de la  
dénutrition

Campagne conçue par le Dr Véronique Di Costanzo  
présidente du Comité de Liaison Alimentation Nutrition  
de Toulouse, mail : veronique.di-costanzo@chc-toulouse.fr

www.chc-toulouse.fr





# CONCLUSION

**« La nourriture est un remède,  
que votre remède soit donc votre  
nourriture »**

Hippocrate 400 ans avant JC

Réhabilitation nutritionnelle et fonctionnelle



Passons à  
la pratique

Merci de votre écoute