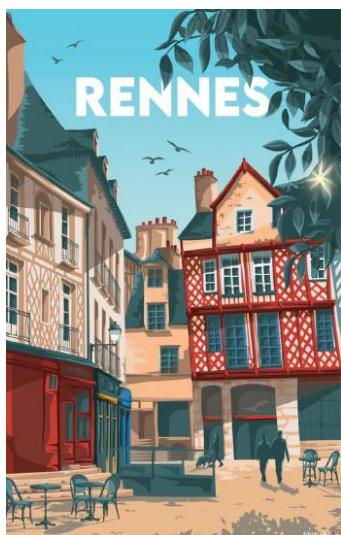


La nutrition en médecine polyvalente, pourquoi s'y intéresser ?



Dr Adrien LONCLE
Réhabilitation Nutritionnelle et Digestive
Clinique St Yves - Rennes

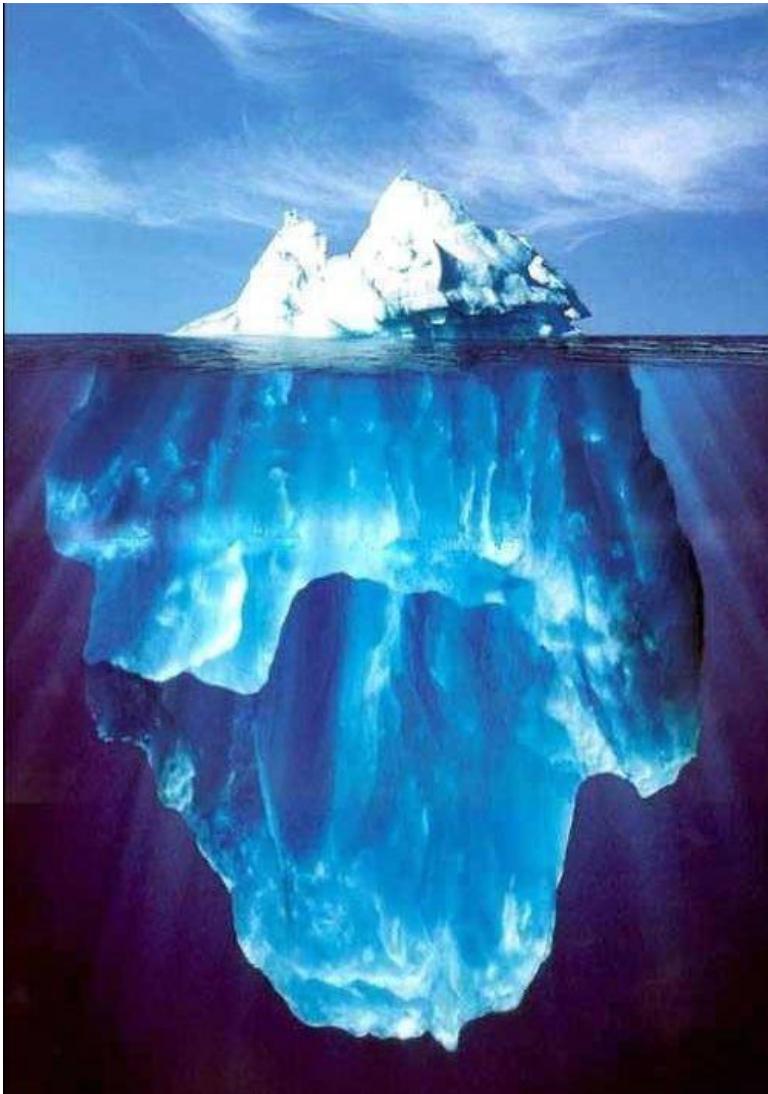
loncle@clinique-styves.fr
<https://omnidoc.fr/clinique-styves>



Quelques idées...

- Prévalence européenne chez les patients hospitalisés adultes de 30 à 40 %.⁽¹⁾
- Sujet âgé ++⁽²⁾
- Hospitalisation = facteur d'aggravation⁽³⁾
- Facteur de surmortalité et de risque accru de complications⁽⁴⁾
- augmente la durée de séjour et le coût global du traitement⁽⁵⁾

Quelques idées...

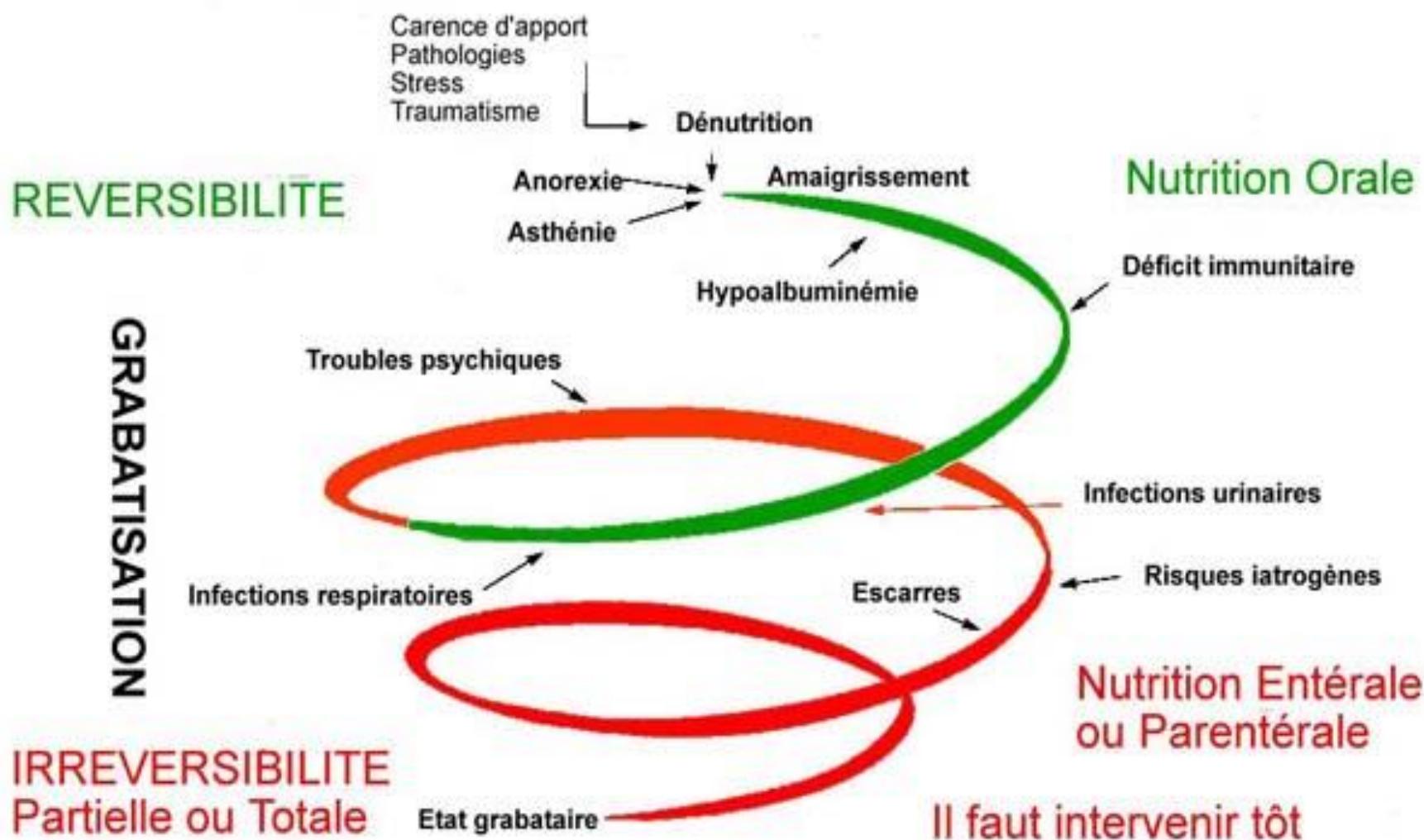


20%
diagnostiq
ués
1 sur 2
traité



Diagnostic précoce à faire

La Spirale de la dénutrition (Dr Monique FERRY 1993)



Diagnostic de la dénutrition

Critères phénotypiques

au moins 1 critère



Perte de poids **≥ 5% en 1 mois**
ou ≥ 10% en 6 mois ou ≥ 10%
par rapport au poids habituel
avant le début de la maladie



IMC < 18,5 kg/m²
IMC < 22 kg/m²



Réduction quantifiée de la **masse**
et/ou de la **fonction musculaire**
(voir fiche dénutrition SFNCM)

Sarcopénie confirmée (voir fiche
dénutrition SFNCM)



Critères étiologiques

au moins 1 critère



Réduction de la prise alimentaire **≥ 50%**
pendant plus d'1 semaine, ou toute
réduction pendant **plus de 2 semaines**
(évaluation facilitée par l'utilisation du Score
d'Evaluation Facile des Ingesta, SEFI[®]) par
rapport à la consommation alimentaire
habituelle quantifiée ou aux besoins
protéino-énergétiques estimés



Diminution de l'**absorption digestive**



Situations d'agression (pathologies
aiguë, chronique évolutive ou maligne
évolutive)

Evaluation musculaire

MÉTHODES (1 seule suffit)	Hommes	Femmes
Force de préhension en kg (dynamomètre)*	< 26	< 16
Vitesse de		< 0,8
Indice de (lombaire)		38,5
Indice de (bio-impéd)		5,7
Indice de (bio-impéd)		< 15
Masse mu		5,67

A photograph showing a person's arm and hand gripping a hand dynamometer. The device has a circular gauge and a handle. The person is wearing a black striped shirt. The background is a clinical or laboratory setting with a blue wall and a white door.

**ÉVALUATION DE LA FORCE MUSCULAIRE
(PRÉHENSION) PAR DYNAMOMÉTRIE**

*Voir fiche « Évaluation de la force de préhension par dynamométrie »

**Voir fiche « Évaluation de la masse musculaire par bio-impédancemétrie »

Dénutrition modérée

1 seul critère suffit



Perte de poids $\geq 5\%$ et $< 10\%$ **en 1 mois** ou $\geq 10\%$ et $< 15\%$ **en 6 mois** ou $\geq 10\%$ et $< 15\%$ **par rapport au poids habituel** avant le début de la maladie



17 < IMC < 18,5 kg/m²
20 ≤ IMC < 22 kg/m²



30 < albuminémie < 35 g/l
ou **albuminémie ≥ 30 g/l**
(mesure par immunonéphélémétrie ou immunoturbidimétrie) quel que soit l'état inflammatoire

Dénutrition sévère

1 seul critère suffit



Perte de poids $\geq 10\%$ **en 1 mois** ou $\geq 15\%$ **en 6 mois** ou $\geq 15\%$ **par rapport au poids habituel** avant le début de la maladie



IMC ≤ 17 kg/m²
IMC < 20 kg/m²



Albuminémie ≤ 30 g/l ou **< 30 g/l**
(mesure par immunonéphélémétrie ou immunoturbidimétrie) quel que soit l'état inflammatoire

Evaluation des prises alimentaires

A

SEFI®
Score d'Evaluation Facile des Ingesta*
*prise alimentaire

Échelle visuelle

Pouvez-vous indiquer les quantités que vous mangez actuellement, en plaçant le curseur entre « rien du tout » et « comme d'habitude » ?

Je ne mange rien du tout Je mange comme d'habitude

Comité Educationnel et de Pratique Clinique
Label 2019
SFNCM
Société Française de Nutrition Clinique et Médicale
www.sfncm.org

B

Conception : Pr Ronan Thibault
Réalisation : Kinôé - 01 56 20 28 28

Janvier 2019
www.sefi-nutrition.com

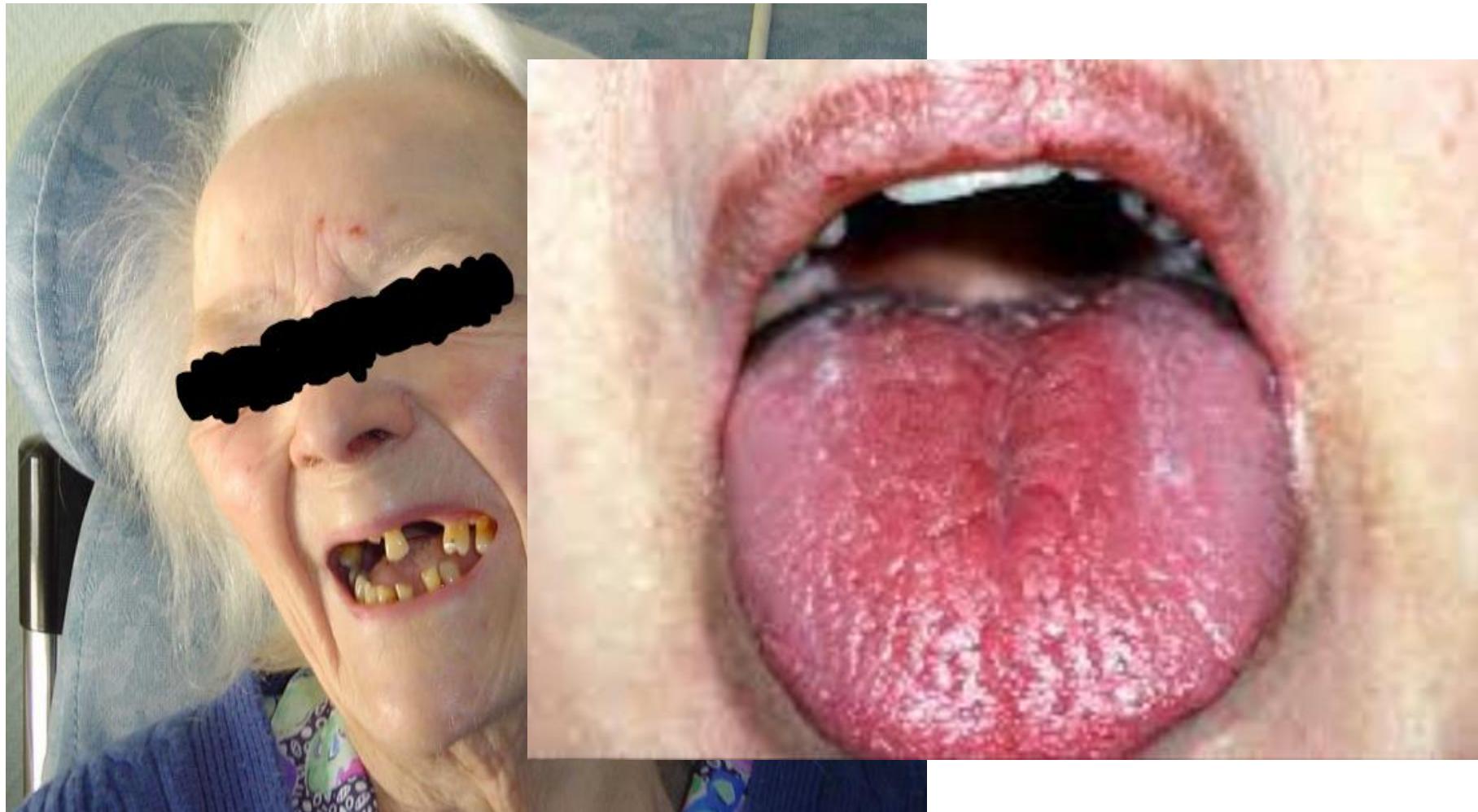
Veuillez indiquer la portion consommée lors de votre dernier repas (midi ou soir).

J'ai tout mangé J'en ai mangé les trois quarts J'en ai mangé la moitié J'en ai mangé le quart Je n'ai rien mangé

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

Adultes : consommation $\leq 1/2$ de l'assiette ou Score <7
EHPAD : consommation $\leq 1/2$ de l'assiette ou risque de dénutrition

Pensez-y !



Conseils diététiques

- Arrêter les régimes devenus inutiles et dangereux (ex : hypcholestérolémiant etc...)
- Majorer la densité calorique et protéique des aliments (plats en sauce, fromage râpé...) = Enrichir
- Fractionner les apports (3 repas + 2 collations / j)
- Hydratation (1,5 à 2L d'eau par jour en dehors des repas)
- « Personnaliser » l'alimentation
- **30-40 Cal/kg/j et 1,2 à 1,5g prot/kg/j** (sauf IRC)

Compléments Nutritionnels Oraux (CNO)

- Remboursés ++
- Hyperénergétiques (200 à 720Cal/unité) et/ou hyperprotidiques (8 à 30g/unité)
- Différentes formes (lactés / jus de fruits / gâteaux / plats mixés...)
- Diabète = pas de contre indication mais privilégier index glycémique bas
- NE REMPLACE PAS L'ALIMENTATION
- Durée courte = « médicament à part entière »





Nutrition & Cancer EQUIV'CNO

AIDE À L'ADAPTATION DE LA PRESCRIPTION DES COMPLÉMENTS NUTRITIONNELS ORAUX (CNO)

Cet outil propose des équivalences entre produits de CNO permettant de respecter au mieux les prescriptions médicales et les goûts / aversions des patients.

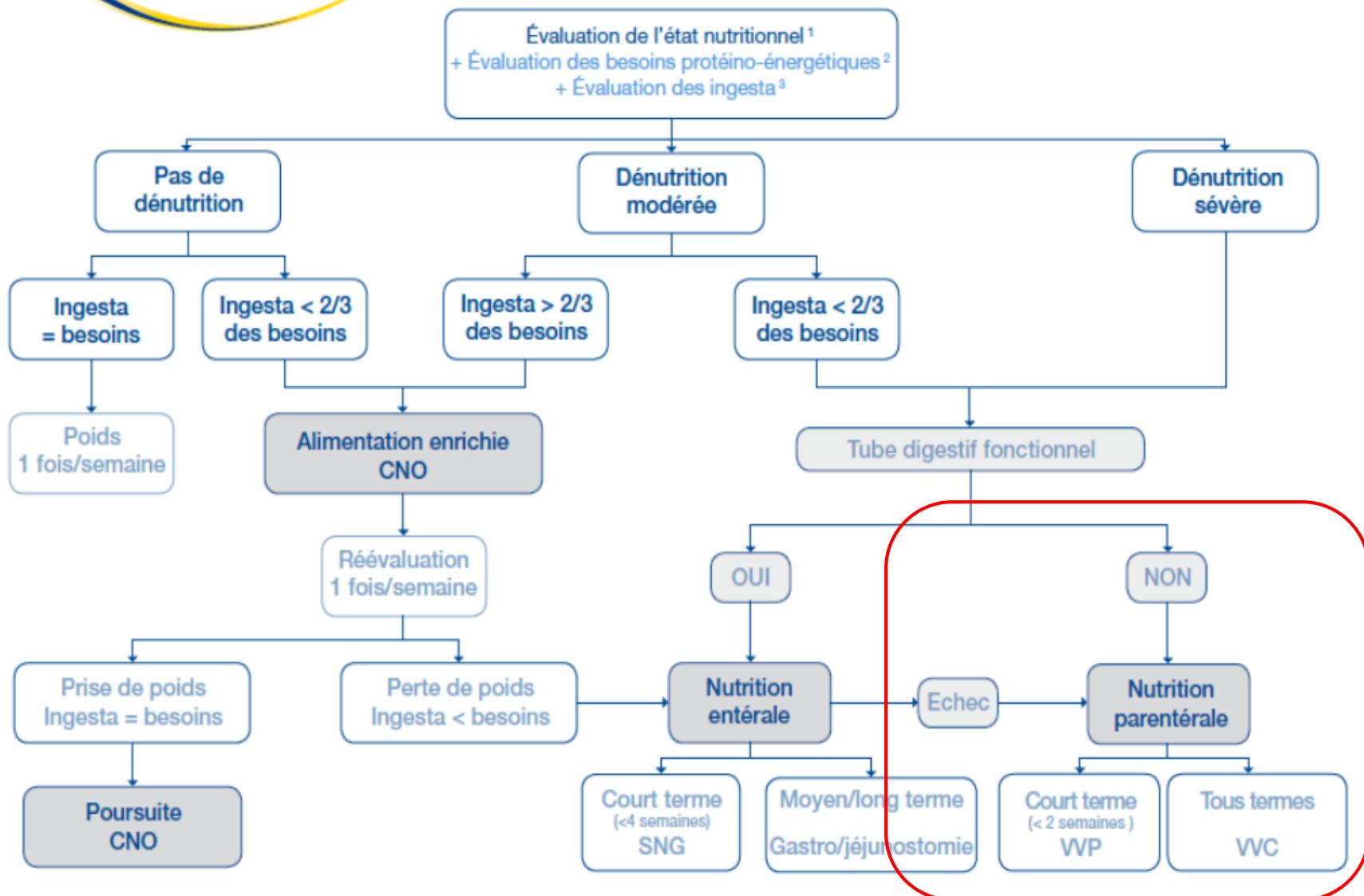
www.oncopacacorse.org

CODES LPPR	Formes et caractéristiques	Conditionnement	Energie (kcal)	Protéines (g)	Produits disponibles	CODES LPPR	Formes et caractéristiques	Conditionnement	Energie (kcal)	Protéines (g)	Produits disponibles
6146503	Boissons lactées HP HC	200 mL	360	20	Delical Boisson HP HC lactée ²	6134724			300	8	Fresubin Jucy Drink ¹
6185756	Boissons lactées HP HC		600	30	Fresubin 2 kcal Max (+/- fibres) ¹	6173291			300	8	Clinutren Fruit ³
6146466			540	30	Delical Boisson HP HC Max 300 lactée (lactose) ²	6136321			300	8	Fortimel Jucy ⁴
6146466		300 mL	600	30	Delical Boisson HP HC Max 300 ²	6146510	Boissons fruitées HP HC	200 mL	270	8	Delical Boisson Fruitée ²
6173285			600	30	Renutryl Booster ³	6173291			300	14	Renutryl Concentré fruity ³
6136290	Boisson lactée HP HC Concentrée		720	29	Fortimel Max ⁴	6154916			300	10	Hyperdrink Juicy ⁵
			125 g	200	Cremeline (fibres) ⁵	6173291			300	10	Clinutren Façon Thé rafraîchissant ³
			200 g	300	Fresubin YoCrème ¹						
6146549	Crèmes lactées HP HC	200 g	300	18	Delical Crème Dessert HP HC La Floridine (lactose) ²	6154968			189	9.5	Protifruits ⁵
6146549		200 g	300	20	Delical Crème Dessert HP HC ²	6134799	Desserts aux fruits HP HC (fibres)	125 g	200 g	9	Fresubin Dessert Fruit ¹
6173322		200 g	300	18	Clinutren Dessert Gourmand (lactose) ³	6146510		200 g	300	11	Delical Nutrapote ²
6146549	Riz au lait HP HC (lactose)	200g	300	14	Delical Riz au lait HP HC ²	1185697	Pain brioché HP HC (gluten, fibres)	65 g	196	13	Pain G Nutrition ⁵
6146549				14	Delical Le Brassé HP HC ²	6146578		1 Nutracake 45 g	187	8	Delical Nutracake ²
6136114	Yaourts HP HC (lactose)	200 mL ou 200 g	300	12	Fortimel Yog ⁴	1179343	Biscuits HP HC (gluten, fibres)	4 galettes Protibis 26 g	123	5.5	Galettes Protibis ⁵
6173316				20	Clinutren Onctueux ³	6186483		2 Madeleines 42 g	155	8	Madeleines ⁵
					Fresubin 2 kcal Drink (+/- fibres) ¹	6134718		Boites de 300 g	360	88	Fresubin Protein Powder 1
6134693					Delical Boisson HP HC Effimax 2.0 (+/- fibres) ²	6146555		500 g	357	86	Delical poudre de Protéines ²
6146503					Clinutren HP HC+ 2 kcal (+/- fibres) ³	6173262	Poudre de Protéines	400 g	380	90	Clinutren Instant Protéin ³
6173316	Boissons lactées 2 kcal	200 mL	400	20	Clinutren HP HC+ 2 kcal (+/- fibres) ³	6136338		500 g	368	87	Protif (ou sachet de 11g) ⁴
6185740					Fortimel Extra 2 kcal ⁴	6155005		500 g	363	88	Protinut Instant ⁵
6188306					Hyperdrink Bio 2 Kcal ⁵	6134776		200 mL	300	15	Fresubin DB Drink ¹
6154945					Hyperdrink 2 Kcal ⁵	6146549		200 mL	300	20	Delical Boisson HP HC sans sucres ²
						6173322	Boissons lactées	200 mL	320	18	Clinutren G Plus ³
6173658	Boissons lactées	125 mL	281	17.5	Clinutren Concentré ³	6136137	HP HC édulcorées	200 mL	300	20	Fortimel Diacare (lactose) ⁴
6136278	HP HC Concentrées > 2 kcal		300	18	Fortimel Protéin, Sensation ⁴	6154939	(fibres)	200 mL	300	17	Hyperdrink Db ⁵
6150261					Fresubin Intense Drink ¹	6134747		300 mL	450	22.5	Fresubin Db Drink Max ¹
6146472	Boissons lactées	200 mL	452	29	Delical Boisson HP HC Concentrée ²	6146526		300 mL	450	30	Delical Boisson HP HC 300 sans sucres ²
6173240	HP HC Concentrées > 2 kcal		450	28	Renutryl Concentré ³	6154968		125 g	190	12.5	Cremeline DB ⁵
6185704			480	29	Fortimel Protéin, Sensation ⁴	6134776	Crèmes lactées	200 g	300	15	Fresubin DB Crème ¹
						6146503	HP HC édulcorées (fibres)	200 g	360	20	Delical Crème Dessert HP HC sans sucres ²
6173256			140 g	280	14	6136137		200 g	300	20	Fortimel Diacare Crème ⁴
6134693	Crèmes lactées 2 kcal		200 g	400	Renutryl Concentré Dessert ³	6146510	Boisson fruitée HP HC édulcorées (fibres)	200 mL	260	8	Delical Boisson Fruitée édulcorée ³
6133316			200 g	400	Fresubin 2 kcal Crème ¹						
6185740			200 g	400	Clinutren Dessert HP HC+ 2 Kcal ³						
			200 g	400	Fortimel Crème 2 kcal ⁴						
6134693	Potage 2 kcal (fibres)	200 mL	400	20	Fresubin 2 kcal Drink ¹						
6146503	Potages HP HC (fibres)	200 mL	360	20	Delical Potage HP HC ²						
6173322	Potages HP HC (fibres)	200 mL	300	14	Clinutren Soup ³						
6154997	Potages HP HC (fibres)	Sachet 70 g	306	15	Velouté HP HC ⁵						

Laboratoires : 1. Fresenius-Kabi, 2. Lactalis Nutrition Santé, 3. Nestlé Health Science, 4. Nutricia Nutrition Clinique, 5. Nutrisens

Document créé par Isabelle Besnard, Diététicienne Nutritionniste (CHU de Nice), pour le Groupe Nutrition Oncopaca-Corse

Arbre décisionnel du soin nutritionnel

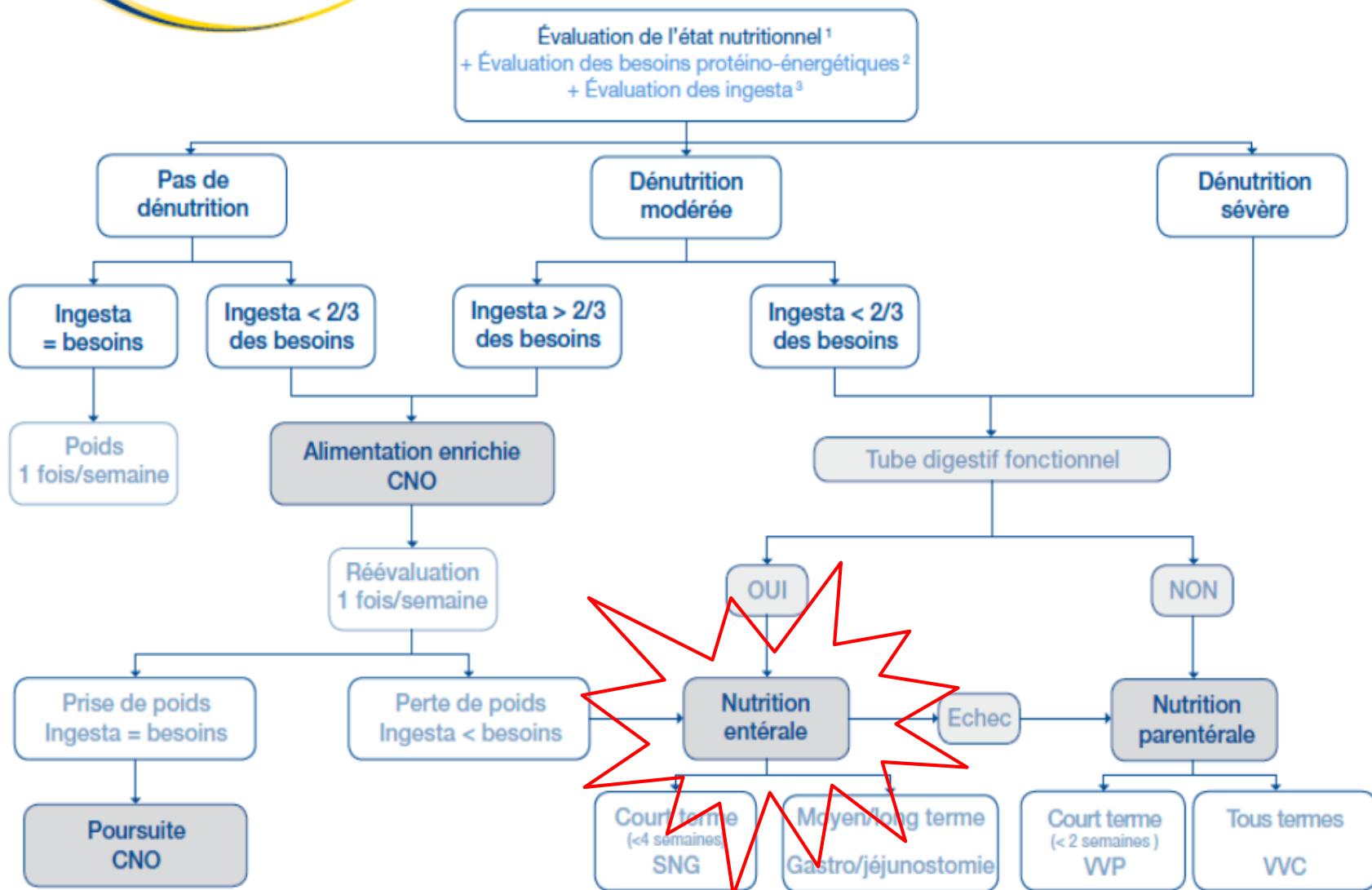


CNO : compléments nutritionnels oraux ; SNG : sonde naso-gastrique ; VVP : voie veineuse périphérique ; VVC : voie veineuse centrale

Nutrition parentérale

- Seulement si le tube digestif n'est pas fonctionnel (syndrome occlusif digestif)
- Nécessite une VVC
- Complications (infectieuses +++)
- Doit être initiée en établissement de santé
- Réévaluation régulière

Arbre décisionnel du soin nutritionnel



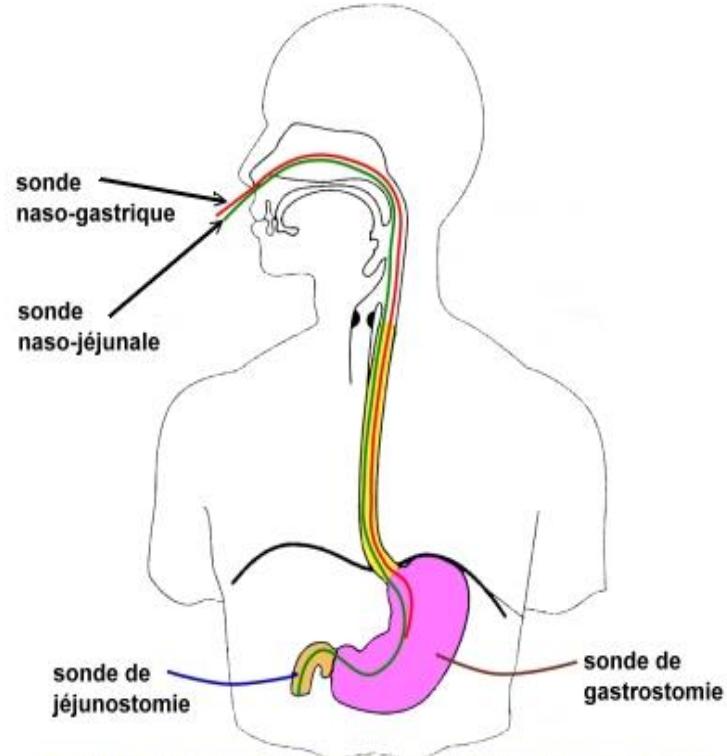
CNO : compléments nutritionnels oraux ; SNG : sonde naso-gastrique ; VVP : voie veineuse périphérique ; VVC : voie veineuse centrale

Nutrition entérale

- A privilégier et à promouvoir !
- la nuit pour favoriser alimentation diurne et la mobilisation
- Position gastrique ++ (jéjunal si risque élevé d'inhalation bronchique)
- Ne pas prescrire de CNO associé

Initier la nutrition entérale

- Adaptation des vitesses : utilisation d'un régulateur de débit (pompe)
 - Estomac : commencer à 80 ml/h puis augmentation de 10 ml/h tous les jours jusqu'à maxi 110 ml/h en décubitus dorsal, 200-250 ml/h orthostatisme.
 - Jéjunum : débuter à 50-60 ml/h, tolérance maxi 80-90 ml/h
- Mélanges énergétiques (volume moindre, ↓ temps de passage)
- Vitamines et oligo-éléments : poches déjà supplémentées
- Eau et électrolytes :
 - Volumes d'eau au minimum de 500 ml (seringues) en plus des poches
 - Na^+ : poches très pauvres en sel → ajout 2 à 4 g NaCl/jour



Les différentes sondes utilisées pour l'alimentation entérale

Bien préparer le tube digestif avant !

Objectifs de renutrition

- Viser 500g/sem sans prise d'œdème
- Albumine 1 fois par mois
- Attention risque de SRI :
 - Correction des troubles hydroélectrolytiques avant d'initier une assistance nutritionnelle
 - Augmentation progressive

Syndrome de renutrition inappropriée

Critères majeurs:

- BMI < 16
- Perte de poids involontaire supérieure à 15% en 3 à 6 mois
- Jeûne supérieur à 10 jours

Critères mineurs :

BMI < 18,5

Perte de poids involontaire de 10% à 15% en 3 à 6 mois.

Jeûne entre 5 et 10 jours

Antécédents d'alcoolisme, d'insulinothérapie, de chimiothérapie, de traitement diurétique et antiacides

Haut risque = au moins un critère majeur ou deux critères mineurs



Risque de SRI

Haut risque de SRI

1. Bilan biologique avant renutrition :

Ionogramme sanguin, Phosphorémie, Magnésémie, Calcémie corrigée, Glycémie, Bilan hépatique complet

2. Supplémentation systématique** *per os*

- Phosphoneuros® : 50 gouttes 3 fois/jour****
- Polyvitamines (type Hydrosol®) : 50 gouttes/jour
- Vitamine B1 : 250 mg 2 fois/jour
- Magnésium : 100 mg 3 fois/jour
- Vitamine D 100 000 UI : 1 ampoule tous les 15 jours



Supplémentation en :

- Potassium
- Magnésium
- Phosphore
- Calcium

si déficit spécifique

2. Supplémentation systématique** IV

- Choix d'une base***
- Phocytan® : 3 ampoules/24h****
- Polyvitamines (type Cernevิต®) : 1 flacon/24h
- Oligo-éléments (type Nutryelt®) : 1 flacon/24h
- Vitamine B1 : 500 mg/24h
- Folinate de calcium : 25 mg/24h
- Sulfate de magnésium 10 % : 2 ampoules/24h

La voie IV peut être discutée en fonction de l'état nutritionnel et des ingesta, en post réanimation.

* D'après les recommandations HAS 2019, diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte

** La supplémentation spécifique est à mettre en place même en cas de normalité du bilan biologique

*** Le choix de la base doit tenir compte de l'état d'hydratation, de la natrémie et de la kaliémie (à exclure tout glucosé > G5 %)

**** Si insuffisance rénale, la posologie de la supplémentation en phosphore est à adapter

- Poursuite de la supplémentation jusqu'à couverture des besoins énergétiques
- Contrôle des apports en Na⁺ et d'hydratation en fonction de la clinique



- Normalité du bilan biologique
- Début de la renutrition
- Risque de SRI
- Haut risque de SRI
- Contrôle biologique : ionogramme, glycémie, BHC, phosphore, magnésium
- ▲ Examen clinique (tachycardie, prise de poids, œdèmes, dyspnée, épanchement pleural)
- Si survenue d'une hypophosphorémie, ne pas augmenter les apports énergétiques jusqu'à normalisation
 - Si $0,6 < \text{phosphorémie} < 0,8 \text{ mmol/L} \rightarrow 1 \text{ ampoule de Phocytan}^{\circledR} \text{ sur 3h en IVSE}$
 - Si $\text{phosphorémie} < 0,6 \text{ mmol/L}$, arrêter la renutrition jusqu'à normalisation
 - Si $0,32 > \text{phosphorémie} > 0,6 \text{ mmol/L} \rightarrow 2 \text{ ampoules de Phocytan}^{\circledR} \text{ sur 3h en IVSE}$
 - Si $\text{phosphorémie} < 0,32 \text{ mmol/L} \rightarrow 3 \text{ ampoules de Phocytan}^{\circledR} \text{ sur 3h en IVSE}$, puis ajouter dans la base le nombre d'ampoules nécessaires à la normalisation

1 ampoule de Phocytan[®] = 6,6 mmol = 200 mg = 25 gouttes de Phosphoneuros[®]

Valorisation de la prise en charge de la dénutrition dans la T2A

Selon éléments HAS diagnostiques **tracés dans le dossier** !

En MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique)

En hospitalisation complète et en diagnostic associé* :

- La **dénutrition sévère E43** et **modérée E440** sont des sévérités de **niveau 3**
- La **dénutrition légère E441** et **sans précision E46** sont des **niveaux 2**
- La **perte de poids anormale R635** sans critères de dénutrition : **niveau 2**.

L'impact tarifaire varie selon le groupage du séjour, MCO ou SSR ; ce sont des exemples.

En SSR

Le diagnostic de dénutrition n'a pas d'impact sur la sévérité.

Mais la thérapeutique oui ! (en hospitalisation complète)

- Alimentation entérale (HSLD002), parentérale (HSLF003) ou mixte (HSLF001) **avec apport > 35 kcal/kg/j**
- **Sévérité 2** (différent des sévérités en MCO)

Exemple :
Pneumopathie grippale
(04M25)

Sans dénutrition codée	1 515 €
Dénutrition légère 2	2 866 €
Dénutrition sévère 3	4 700 €

Exemple :
Fracture fémur avec PTH, 28 jours (0831UB)

Sans sévérité	5 127 €
NE > 35 kcal/kg/j 2	6 165 €

Pièges

- Obésité n'exclut pas dénutrition
- Ne pas oublier l'hydratation
- CNO ne remplace pas l'alimentation

Conclusion

- La dénutrition est fréquente, surtout à l'hôpital
- Elle est nosocomiale et augmente la morbi-mortalité et les coûts en santé
- PESER les patients !
- Noter les critères de dénutrition dans le dossier
- Demander à sa direction une diététicienne et un handgrip
- La Nutrition entérale c'est top !

Bibliographie :

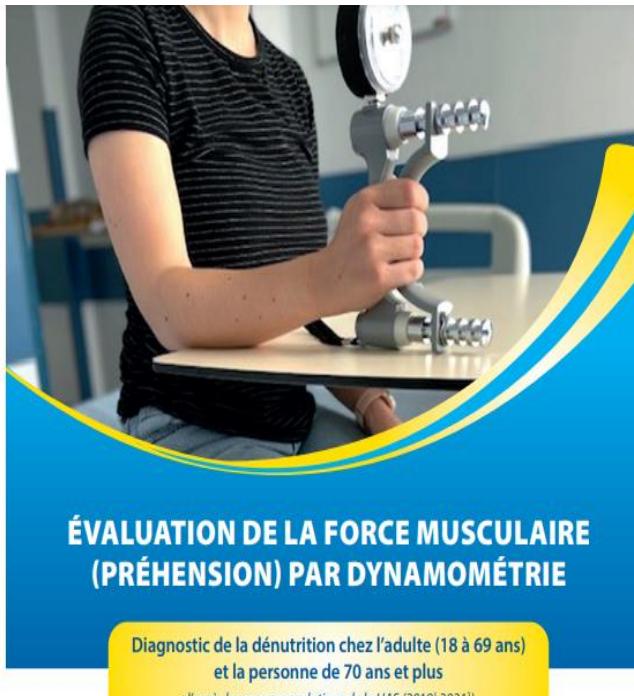
- Norman K , Pichard C, Lochs H, Pirlich M. Prognostic impact of disease-related denutrition. *Clin Nutr* 2008;27:5-15 (1)
- Almohaisen N, Gittins M, Todd C, Sremanakova J, Sowerbutts AM, Aldossari A, et al. Prevalence of undernutrition, frailty and sarcopenia in community-dwelling people aged 50 years and above: Systematic review and meta-analysis. *Nutrients* 2022;7;14:1537.(2)
- Incalzi RA, Gemma A, Capparella O, Cipriani L, Landi F, Carbonin P. Energy intake and in-hospital starvation. A clinically relevant relationship. *Arch Intern Med* 1996;156:425-9.(3)
- Lim T, Nam SH, Kim MS, Yoon KS, Kim BS. Comparison of medical expenditure according to types of hospice care in patients with terminal cancer. *Am J Hosp Palliat Care* 2013;30:50-2 (4)
- Guest JF, Panca M, Baeyens JP, de Man F, Ljungqvist O, Pichard C, et al. Health economic impact of managing patients following a community-based diagnosis of malnutrition in the UK . *Clin Nutr* 2011;30:422-9 (5)
- https://www.sfn.org/images/stories/Outils/BrochureSRI-label_SFNCM.pdf
- Lim SL, Ong KC, Chan YH, Loke WC, Ferguson M, Daniels L. Malnutrition and its impact on cost of hospitalization, length of stay, readmission and 3-year mortality. *Clin Nutr* 2012;31:345-50.
- Muscaritoli M, Lucia S, Farcomeni A, Lorusso V, Saracino V, Barone C, et al. Prevalence of malnutrition in patients at first medical oncology visit: the PreMiO study. *Oncotarget* 2017;8:79884-96
- https://www.sfn.org/images/stories/affiches-denutrition/PDF/Affiche_SFNCM_14.pdf
- Thibault R, Goujon N, Le Gallic E, Clairand R, Sebille V, Vibert J, et al. Use of 10-point analogue scales to estimate dietary intake: a prospective study in patients nutritionally at-risk . *Clin Nutr* 2009;28:134-40
- Vaillant MF, Alligier M, Baclet N, Capelle J, Dousseaux MP, Eyraud E, et al. Recommandations sur les alimentations standard et thérapeutiques chez l'adulte en établissements de santé. *Nutrition Clinique et Métabolisme* 2019;33(4):235-53.
- <https://www.fmcgastro.org/wp-content/uploads/file/pdf-2011/les-vraies-indications-de-la-nutrition-parenterale.pdf>

Annexe 1



IMC : Indice de masse corporelle

Adulte de 18 à 69 ans Personne de 70 ans et plus



C. Bossu-Estour et le Comité Educationnel et de Pratique Clinique de la SFNCM

P. Jésus, V. Attalim, E. Eyraud, N. Flori, M. Hanachi Guidoum,
V. Fraipont, C. Lambe, M.-A. Piquet, R. Thibault

Ce document se veut simple et pratique, à portée de main : dans la poche, près de son chariot de soins, sur son bureau, il est à l'usage de **tous les professionnels de santé**. Car le diagnostic, la prise en charge de la **dénutrition** et la surveillance de l'état nutritionnel sont **l'affaire de tous** !

Annexe 2

INTÉRÊTS

- Mesure de la force musculaire, plus précisément de la force de préhension (« handgrip »).
- Utilisable comme critère phénotypique diagnostique de la dénutrition chez l'**adulte de 18 à 69 ans** (voir fiche dénutrition SFNCM) et, en association avec la mesure de la masse musculaire appendiculaire pour définir une sarcopénie confirmée, chez la **personne de 70 ans et plus**.^{1,2}

MÉTHODES

Matériaux

Les dynamomètres hydrauliques à main Jamar® sont présentés ici car ils sont les « gold standard »² utilisés dans les études cliniques. Mais d'autres matériaux sont utilisables en pratique clinique



Méthode de référence point par point²

Position de la personne	Assise sur une chaise avec accoudoirs, dos appuyé contre le dossier, pieds à plat sur le sol ①
Position des bras	Avant-bras posés sur les accoudoirs (à 90° avec le bras) ①
Position des poignets	Poignets dépassant juste des accoudoirs, poignets en position neutre pouce vers le haut ①
Préhension du dynamomètre	Tenir l'instrument à la verticale, pouce d'un côté de la poignée, les autres doigts serrent la poignée (à régler à la taille de la main) ②. La base du dynamomètre doit reposer sur la paume de la main de l'examineur ③
Encouragement	« Je veux que vous pressiez aussi fort que possible et aussi longtemps que vous le pouvez jusqu'à ce que je vous dise stop » « Serrez, serrez, serrez, stop » (quand l'aiguille cesse de monter)
Nombre d'essais	3 fois de chaque côté, en alternance
Valeur utilisée	Valeur maximale obtenue avec les 6 essais

Méthode alternative

Au lit du patient en position assise ④ ou en position allongée ⑤

Position générale de la personne

Mesure en position assise sur chaise avec accoudoirs



MÉTHODE DE RÉFÉRENCE

Mesure en position assise au lit du malade



méthode alternative

Mesure en position allongée au lit du malade



méthode alternative

Interprétation¹

Force de préhension en kg anormale si :

Hommes Femmes
♂ < 26 ♂ < 27 ♀ < 16

Femmes

Pour établir le diagnostic de la dénutrition, il est nécessaire d'identifier en plus de la réduction de la force de préhension, un critère étiologique, et chez la personne de 70 ans et plus, d'établir le diagnostic de sarcopénie confirmée² (voir fiche dénutrition SFNCM).

1. HAS 2019 : Diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte

2. Roberts et al. Age and Ageing 2011;40:423-29

Annexe 3

Outils de diagnostic :

- S'adapter au degré d'autonomie !
- Épargner le personnel !!
- Conserver une objectivité du poids mesuré

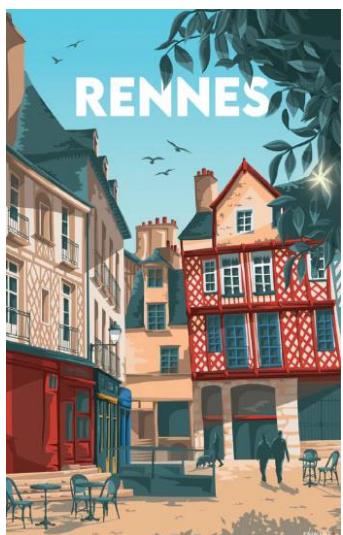


La nutrition en médecine polyvalente, pourquoi s'y intéresser ?



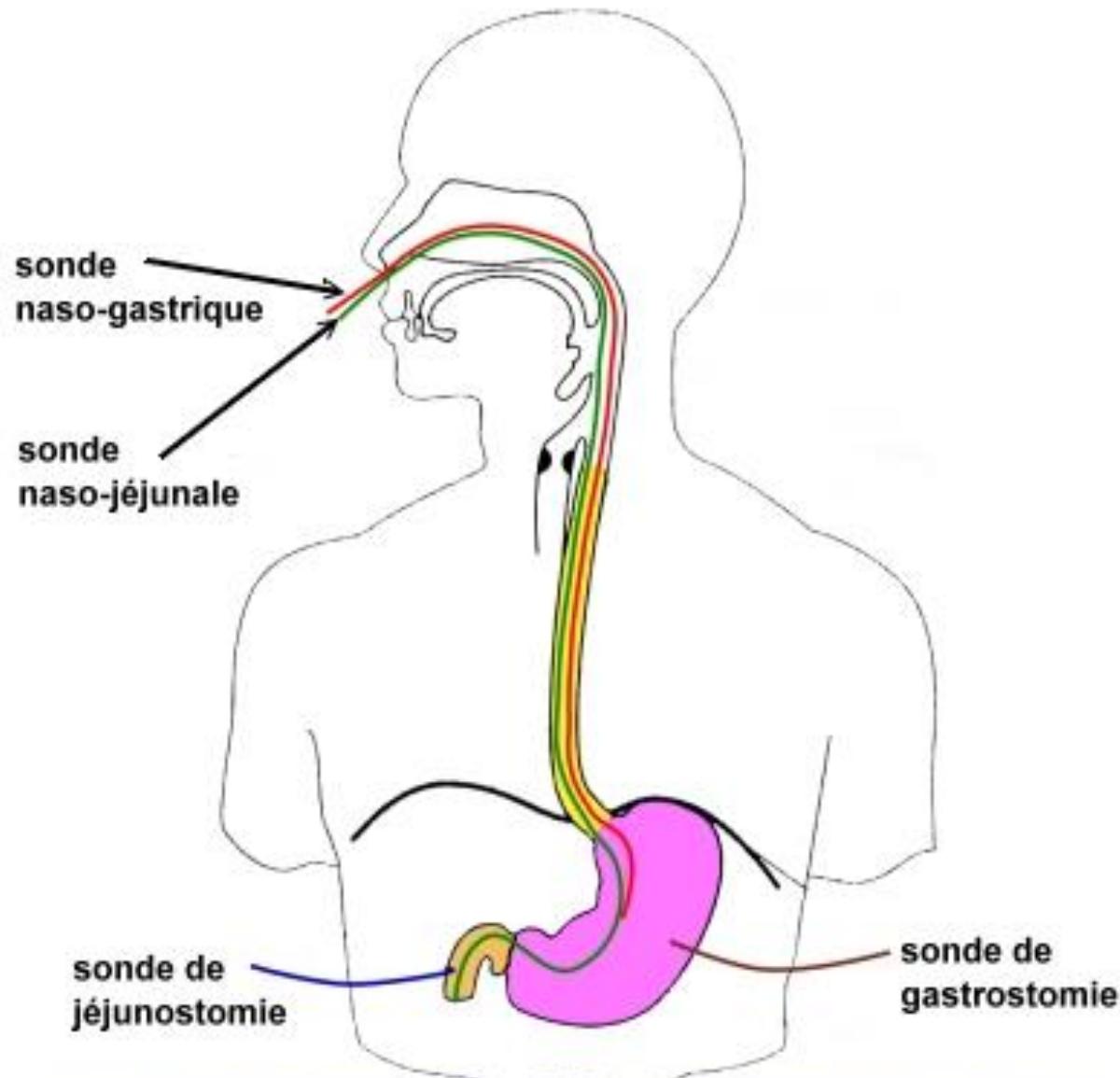
vol. 2

Dr Adrien LONCLE
Réhabilitation Nutritionnelle et Digestive
Clinique St Yves - Rennes



loncle@clinique-styves.fr
<https://omnidoc.fr/clinique-styves>





Les différentes sondes utilisées pour l'alimentation entérale

Les sondes

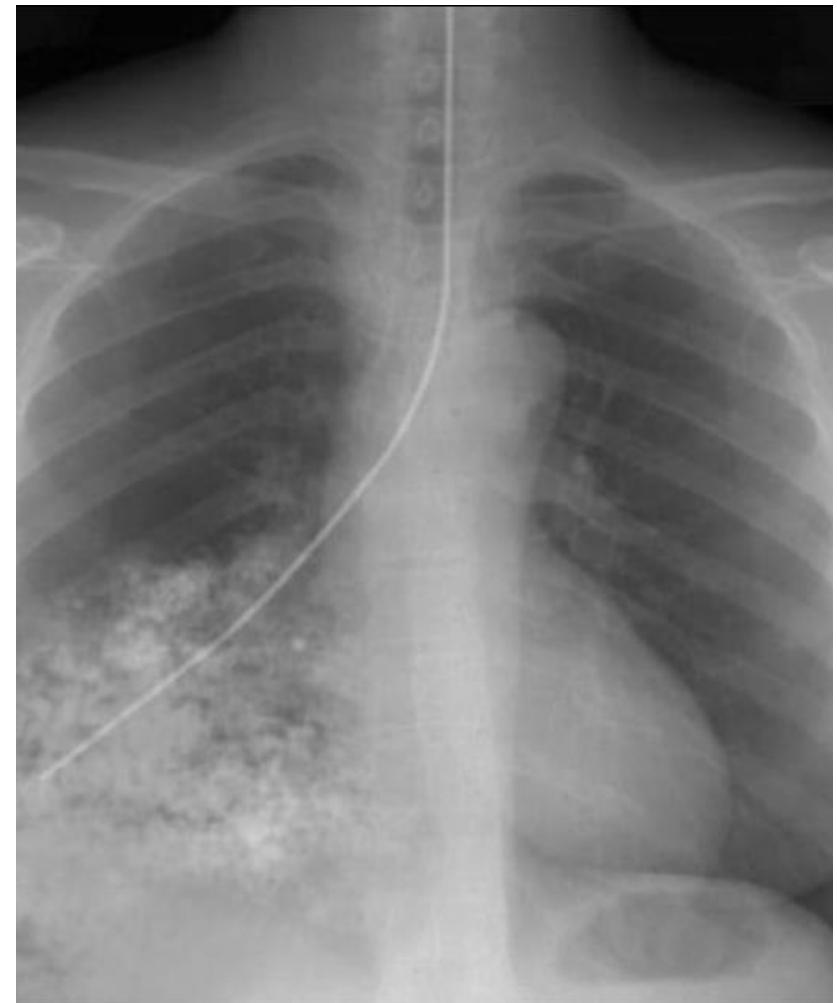
- Matériau : polyuréthane (PUR) et silicone (SI)
- Calibre : débit de perfusion / tolérance (10 à 12)
- Sonde de Levin (simple ou lestée) = souples et fines
- Intérêt pour NE de courte durée (<6 semaines) ou pour débuter une NE immédiatement

En pratique

- Etre convaincu soit même des bénéfices +++
- Informer le malade et/ou la famille
- position assise
- Anesthésie locale de la narine
- Humidifier ou lubrifier avant introduction
- Faire déglutir le patient lors du passage de l'oropharynx
- Fixer la sonde

Contrôle positionnel

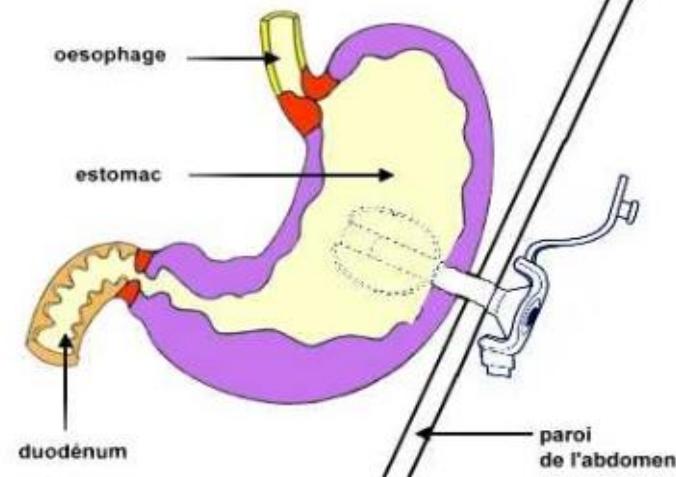
- Contrôle radiologique +++
- pH sur liquide d'aspiration
- Insufflation d'air avec auscultation épigastrique



Gastrostomies :

- GPE = Gastrostomie Percutanée Endoscopique
- GPR = Gastrostomie Percutanée Radiologique

Les proportions estomac / bouton ne sont pas respectées.



Tolérance de la NE

Diarrhée :

- copro avec recherche toxine du clostridium
 - Éliminer un fécalome, colite ischémique,
 - Position sonde jéjunale : hyperosmolarité jéjunale ou débit trop rapide ↓ vitesse NE et osmolarité
- CAT :
- Ralentir le débit,
 - Changer la solution nutritive (attention à l'osmolarité en site jéjunal, éventuellement fibres),
 - Ralentisseurs du transits, et/ou adsorbants,
 - Corriger les déséquilibres de la flore par l'administration d'un probiotique

Tolérance de la NE

Constipation :

- Hydratation insuffisante,
 - Inactivité physique,
 - Cause médicamenteuse : morphiniques, codéïne, Sétrons.
- CAT: prévention
- ↑ l'hydratation
 - Régulateurs du transit : type macrogol
 - Rarement poches enrichies en fibres
 - Éducation du patient

Tolérance de la NE

- Reflux oesophagien (risque de pneumopathie d'inhalation):
 - Vidange gastrique : motilium, IPP, ranitidine
 - Diminuer la vitesse de la NE
 - Passage NE de jour, orthostatisme, ou position 1/2 assise,
 - Attention aux gastroparésies : diabète, maladies dégénératives neuro, sclérodermie,
 - Attention au frein colique
 - Recherche de résidu gastrique
 - NE en site jéjunal

Médicaments et nutrition entérale

- **Prescription** : vérifier possibilité d'administration entérale
- **Galénique** :
 - Écraser comprimés, dragées
 - Ne pas écraser
 - cp dispersibles (dissoudre),
 - Cp gastro-résistants (inefficacité),
 - sublinguaux (passage hépatique),
 - libération retard (effet immédiat),
 - gélules (récupérer le contenu)

Bibliographie

- C. Bouteloup *et al.* [Pose d'une sonde nasogastrique pour nutrition entérale](#). Nutr Clin Metab (2009)
- Seguin P, Le Bouquin V, Aguillon D, Maurice A, Laviolle B, Malledant Y. Évaluation prospective de trois méthodes de positionnement de la sonde nasogastrique en réanimation. Ann Fr Anesth Reanim 2005;24: 594–9.