

DÉFINITION

La dénutrition fait l'objet depuis de nombreuses années de tentatives de définition. Elle est perçue comme une malnutrition par défaut d'apport amenant le plus souvent à un amaigrissement. Le terme anglais «undernutrition» (sous-nutrition) est de plus en plus utilisé.

La HAS recommande de retenir la définition suivante : « la dénutrition représente l'état d'un organisme en déséquilibre nutritionnel, caractérisé par un bilan énergétique et/ou protéique négatif ».

La dénutrition peut être liée à : un déficit d'apport isolé ; une augmentation des dépenses ou des pertes énergétiques et/ou protéiques ; l'association d'un déficit d'apport à une augmentation des dépenses ou des pertes énergétiques et/ou protéiques.

Le déséquilibre inhérent à la dénutrition conduit à des effets délétères sur les tissus avec des changements mesurables des fonctions corporelles et/ou de la composition corporelle, associés à une aggravation du pronostic des maladies

N.B:« La 10ème version de la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), actuellement en vigueur, parle de malnutrition et non de dénutrition. Elle se base sur le critère poids ou perte de poids pour définir la malnutrition, voire sur simplement l'aspect clinique en l'absence de poids disponible. Elle propose des codages hospitaliers pour les types de malnutrition, intégrant les notions de marasme et de kwashiorkor, et des codages de gravité de la malnutrition : E40, E41, E42, etc. jusqu'à E46. Elle a intégré récemment la sarcopénie ; elle intègre la cachexie, en association à la maladie VIH (B22.2), sans proposer de définition de la cachexie. »

CHAMPS D'APPLICATION

Personnes adultes

Hors champs d'application : enfants et personnes âgées

Etiologie/Epidémiologie

La dénutrition est un problème majeur de santé publique qui touche 2 millions de personnes en France (SFNCM)

Les causes de la dénutrition sont liées à l'existence d'un ou plusieurs des troubles suivants :

- carences d'apport (apports en nutriments, micronutriments ou difficulté d'accès à la nourriture)
- augmentation des besoins au cours de la maladie chronique ou aiguë (SIDA, cancer, chirurgie, etc...)
- augmentation des pertes (malabsorption par résection digestive, diarrhées)

Dans la plupart des cas, la dénutrition s'aggrave au cours de l'hospitalisation, du fait d'un dépistage insuffisant dans certains établissements de santé.

Pourtant, il existe des critères diagnostiques simples, efficaces et validés par les différentes instances. Au-delà des conséquences économiques qui sont considérables, cette dénutrition a un impact important sur la morbidité, la mortalité ainsi que sur la qualité de vie des patients.

La dénutrition est considérée comme une Co-Morbidité Associée (CMA) et peut donc être codée comme toute autre CMA afin de valoriser les actes de prise en charge réalisés durant l'hospitalisation.

Physiopathologie

Schématiquement, il existe deux grandes formes de dénutrition protéino-énergétique : la forme hypoalbuminémique de type Kwashiorkor et la forme marasmique, chacune à l'extrémité d'un même continuum physiopathologique. La forme hypoalbuminémique est associée au stress, à l'hypercatabolisme et à une atteinte de l'immunité cellulaire tandis que la forme marasmique est une adaptation métabolique de l'organisme à une situation d'insuffisance d'apport protéino-énergétique, l'albuminémie restant stable malgré une perte de poids très importante.

Prise en soin diététique d'une personne adulte dénutrie

POUR EN SAVOIR PLUS

Références valides

- 1-Dénutrition, une pathologie méconnue en société d'abondance, PNNS 2 et SFNEP 2010
- 2-Arrêté du 9 novembre 2009 relatif à l'alimentation non physiologique et prestations associées et des dispositifs médicaux d'administration par voie entérale paru au JO du 17 novembre 2009.
- 3-Recommandations professionnelles : la consultation diététique réalisée par un diététicien, HAS, 2006
- 4-Évaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés, Anaes 2003
- 5-Mise en place d'une politique nutritionnelle dans les établissements de santé, rapport du Pr Claude Ricour décembre 2002 (groupe 4 : dépistage de la dénutrition ou son risque à l'admission et au cours de l'hospitalisation en se basant sur des critères cliniques simples)
- 6-HAS Recommandations Diagnostic de la dénutrition Novembre 2019

BIBLIOGRAPHIE

- 1-Boiries Y. - Nutrition, âge et muscle : Sarcopénie ou sarcoporose. Cahier de nutrition et de diététique, avril 2008, vol 43, n° 2.
- 2-Hassel J.T., Games A.D., Shaffer B., Harkins L.E. - Nutrition support team management of enterally fed patients in a community hospital is cost beneficial. J. Am. Diet. Assoc., 1994; 94, 993-8.
- 3-McWhriter J.P., Penington C.R. - Incidence and recognition of malnutrition in hospital. Br. Med. J., 1994; 308, 945-8.
- 4-Melchior JC, Thuillier F. - Evaluation de l'état nutritionnel. In : Leverve X, Cosnes J, Erny P, Haselmann M, editors. Traité de nutrition artificielle de l'adulte. Paris: M. Guena 2007 P521-39 (Chap 38).
- 5-Mowe M., Bohmer T. - The prevalence of undiagnosed protein-calorie undernutrition in a population of hospitalized elderly patients. J. Am. Geriatric Soc., 1991; 39,1089-92.
- 6-Spiekerman AM. Proteins used in nutritional assessment. Clin Lab Med., 1993;13(2):353-69.

Prise en soin diététique d'une personne adulte dénutrie

SITE

- www.has-sante.fr

CENTRES SPÉCIALISÉS

- Unités Transversales de Nutrition Cliniques (UTNC)
- Les CLANs des établissements de santé

PARTENAIRES DE SOINS

- Soins à domicile
- Réseaux de soins
- Soins de support : Diététicien nutritionniste, Assistante Sociale, Rééducation, Socio-esthéticienne, Psychologue, Masseur kinésithérapeute, Ergothérapeute, Orthophoniste

TABLEAU DES AUTEURS

- Brigitte BAILLEAU (CHU de Toulouse),
- Florian PIRAN (CHRU de Strasbourg),
- Bénédicte SEIGNEZ-DARTOIS (CHRU de Lille),
- Mireille SIMON (Centre Régional de Lutte Contre le Cancer de Nancy),
- Sylvie VEINAT (Hôpital gériatrique Les Magnolias Essonne)

Relecture et Mise à jour Juin 2023

CPSAT (Commission Parcours de Soins et Activités Thérapeutiques)
Lydia De Azevedo, Sophie Birades, Gaëlle Ledioron, Régine Protin, Delphine Wauthy

Prise en soin diététique d'une personne adulte dénutrie

INITIALISATION DE LA DÉMARCHE PAR

- Une prescription médicale du médecin pour évaluer l'état nutritionnel de la personne soignée ou
 - Un protocole validé ou
- La demande de la personne /ou de l'entourage

BILAN DIÉTÉTIQUE

Recueil de données

Données cliniques et biologiques : poids actuel, poids habituel, perte de poids (% perte ... en X mois), IMC, MNA, Albuminémie, CRP, bilan hépatique, vitaminique et minéral éventuellement (suspicion de SRI). La Pré albuminémie (Transthyréline) n'est plus un critère déterminant

Facteurs de risque de dénutrition : cancers, défaillances d'organes chroniques et sévères, pathologies et troubles digestifs, alcoolisme chronique, pathologies infectieuses ou inflammatoires chroniques, troubles bucco-dentaires, troubles de la déglutition, troubles neurologiques

Projet thérapeutique en lien avec la pathologie : évolution de la maladie, traitements au long cours, soins palliatifs...

Situations psycho-socio-environnementales : troubles psychiatriques, syndromes démentiels, dépendance pour les actes de la vie courante, alimentations restrictives, condition de vie, précarité...

Estimation des besoins

Elle sera réalisée en fonction des données de référence (sur le site)

Evaluation des consommations et des habitudes alimentaires

- Apports énergétiques, protidiques et hydriques
- Connaissance des risques et conséquences d'une diminution des apports par rapport aux besoins
- Connaissance des aliments énergétiques et/ou protidiques et jeu des équivalences
- Niveau d'autonomie et capacité à se prendre en charge pour la préparation des repas et le choix des aliments

DIAGNOSTIC DIÉTÉTIQUE

Le diagnostic formalise le **problème nutritionnel (P)** mis en évidence par le bilan diététique (apport calorique, protidique et hydrique, insuffisant par rapport aux besoins estimés) **en lien avec une étiologie (E)** :

-consommation : quantité et qualité des apports alimentaires, dépenses énergétiques accrues...

-clinique : troubles de la déglutition, troubles de la mastication, de l'absorption...

comportement et/ou d'environnement : appétit, croyances alimentaires, accès à la nourriture...

se manifestant par des signes ou symptômes (S) qui sont des indicateurs de la dénutrition (perte de poids, IMC, albumine, score de risque...)

PLAN DE SOIN DIÉTÉTIQUE

Il sera négocié avec la personne soignée

<p>OBJECTIFS DE SOIN DIÉTÉTIQUE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adapter les apports calorico-azotés et hydriques en privilégiant l'alimentation orale - Maintenir ou rétablir un état nutritionnel satisfaisant - Eduquer la personne pour enrichir son alimentation et améliorer sa qualité de vie <p>PROGRAMME DE SOIN DIÉTÉTIQUE</p> <p>Préconisations diététiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentation orale enrichie en Protéines et/ou Calories, - Complémentation Nutritionnelle Orale (CNO) - Nutrition Entérale (NE) ou Parentérale (NP) <p>Dans le cas de prescription de Nutrition Artificielle (NA), il convient de prendre connaissances des recommandations de pose de SNG, GPE, GPR ou VVC et pratiques de soins s'y rapportant (SFNCM)</p>	<p>Planification des actions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Éducation nutritionnelle de la personne soignée et/ou de son entourage ciblée sur les apports protidiques et énergétiques - Adaptation du repas (respect des choix alimentaires, texture, fractionnement et enrichissement) - Mise en place de CNO - Mise en place d'une NE ou NP exclusive - Coordination du soin nutritionnel avec les soignants et l'entourage (aide-soignante, IDE, auxiliaire de vie, proches...) : aide aux repas, contrôle des ingesta, suivi du poids, gestion de la nutrition entérale... (définition des conditions du suivi avec le prestataire de service et/ou partenaires de soins du domicile, avec suivi des consommations, du poids, de l'observance, de la tolérance,...) <p>EVALUATION DES OBJECTIFS ET DES ACTIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suivi de l'appétit - Calcul des ingesta : apports énergétiques et protidiques - Connaissances acquises - Niveau d'autonomie - Évolution des comportements alimentaires - Observance et/ou tolérance de la prise des enrichissements, des CNO et/ou de la NE (œsophagite radique, nausées, douleurs à la déglutition, évolution de la dysphagie, transit...) - Poids - Bilan sanguin : suivi des marqueurs nutritionnels et infectieux
---	--

SYNTHÈSE DE LA DÉMARCHE

Résumé du soin diététique

Il comprend le motif de la prise en charge, les objectifs de soin nutritionnel, les résultats obtenus et/ou les actions à conduire.

Documents réalisés

- Intitulé des conseils personnalisés remis à la personne : fiche ou livret de conseils personnalisés (alimentation enrichie, recettes, répartition (fractionnement des apports), texture)
- Choix des CNO en fonction des goûts et capacités de la personne soignée : potage, plats mixés, crèmes, biscuits, boissons
- Courrier aux autres professionnels impliqués dans le soin diététique.

Poursuite de la NE à domicile :

- Choix du prestataire en concertation avec le patient
- Formalisation de la nutrition préconisée de CNO et NE : type de produits, quantité, durée, modalités d'administration.
- Coordination de la prise en soins avec les partenaires de santé et structures d'accueil : fiche de liaison.

ANNEXE I

Critères pour le diagnostic de dénutrition pour l'adulte < 70 ans: (HAS novembre 2019)

Présence d'au moins 1 critère phénotypique et 1 critère étiologique.

Critères phénotypiques (1 seul critère suffit)

- Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- IMC $< 18,5$ kg/m².
- Réduction quantifiée de la masse musculaire et/ou de la fonction musculaire (cf. texte de la recommandation).

Critères étiologiques (1 seul critère suffit)

- Réduction de la prise alimentaire $\geq 50\%$ pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport à la consommation alimentaire habituelle quantifiée ou aux besoins protéino-énergétiques estimés.
- Absorption réduite (maldigestion/malabsorption).
- Situation d'agression (hypercatabolisme protéique avec ou sans syndrome inflammatoire) : pathologie aiguë ou pathologie chronique évolutive ou pathologie maligne évolutive



OUI



NON



Dénutrition modérée (1 seul critère suffit)

- $17 < \text{IMC} < 18,5$ kg/m².
- Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- Albuminémie* > 30 g/L et < 35 g/L.

Dénutrition sévère (1 seul critère suffit)

- IMC ≤ 17 kg/m².
- 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.
- Albuminémie* ≤ 30 g/L.

Patient non dénutri

- En ambulatoire :
 - réévaluation à chaque consultation
- En cas d'hospitalisation :
 - en MCO : réévaluation une fois par semaine ;
 - en SSR : réévaluation toutes les 2 semaines

Un seul critère de dénutrition sévère prime sur un ou plusieurs critères de dénutrition modérée.

ANNEXE 2

Méthodes et seuils proposés selon les données les plus récentes à disposition

MÉTHODES DE MESURE	HOMMES	FEMMES
Force de préhension (dynamomètre) en kg	< 26	< 16
Vitesse de marche (m/s)	< 0,8	< 0,8
Indice de surface musculaire en L3 en cm ² /m ² (scanner, IRM)	52,4	38,5
Indice de masse musculaire en kg/m ² (impédancemétrie)	7,0	5,7
Indice de masse non grasse (impédancemétrie) en kg/m ²	< 17	< 15
Masse musculaire appendiculaire (DEXA) en kg/m ²	7,23	5,67

GLOSSAIRE

- CLAN: Comité de Liaison Alimentation et Nutrition
- CNO : Complément Nutritionnel Oral
- CRP : C Réactiv Protein
- GPE : Gastrostomie Per Endoscopique
- GPR : Gastrostomie Per Radiologique
- HP/HC : Hyperprotidique / hypercalorique
- IMC: Indice de Masse Corporelle
- NA : Nutrition Artificielle
- NE : Nutrition Entérale
- NED : Nutrition Entérale à Domicile
- NP : Nutrition Parentérale
- SFNCM : Société francophone nutrition clinique et métabolisme
- SNG : Sonde NasoGastrique
- SRI : Syndrome de Renutrition Inapproprié
- UTNC : Unité Transversale de Nutrition Clinique
- VVC : Voie Veineuse Centrale

INITIALISATION DE LA DÉMARCHE

Demande d'évaluation nutritionnelle pour perte de poids chez un patient suivi en cancérologie.

BILAN DIÉTÉTIQUE

Recueil de données

Mr H., 53 ans, chômeur de longue durée, ancien fumeur,
Veuf, deux enfants (très peu de contact), vivant seul,
Porteur d'un cancer du 1/3 inférieur de l'œsophage localement évolué qui bénéficie actuellement d'une Radio Chimiothérapie concomitante avant probable chirurgie.
Poids : 58 kg, Taille = 1,71m, perte de 13 kg en 6 mois soit 18,3 %,
Poids de forme = 71kg, IMC = 19,8 kg/m²
Albuminémie = 29 g/l,
Dysphagie aux solides.

Compétences d'auto-soins

- A déjà reçu une éducation relative à l'alimentation mixée liquide et à l'enrichissement en calories et protides. Un complément d'information est nécessaire auprès des aidants.
- Est conscient de l'importance du maintien du poids et de la conservation de sa masse maigre

Estimation des besoins

- 2320 kcal soit 40 kcal/kg
- 90g de protéines soit 1.5 g/kg
- volume d'hydratation à 2320ml (40 ml/kg)

Evaluation des consommations et des habitudes alimentaires

- Alimentation liquide exclusive, fractionnée, 500 kcal ingérées et 15 g de protéines
- Temps de repas allongé à cause de la dysphagie
- Prise de CNO HC précédemment prescrits 2/jr soit 600 kcal et 20g de protéines
- Apports calorique et protidique totaux : 1100 kcal et 35g de protéines
- Apport hydrique oral < 1 litre
- Les déplacements quotidiens pour avoir ses séances de radiothérapie l'empêchent de consommer plus en quantité au vu du temps nécessaire pour les repas

DIAGNOSTIC DIÉTÉTIQUE

Apports énergétiques (1100kcal), protidiques (35g) et hydriques (<1l) insuffisants par rapports à ses besoins estimés en lien avec une dysphagie aux solides et à la difficulté de préparation de repas adaptés, se manifestant par une perte de poids de 18,3% en 6 mois, critère HAS d'une dénutrition sévère.

Prise en soin diététique d'une personne adulte dénutrie

PLAN DE SOIN DIÉTÉTIQUE

IL SERA NÉGOCIÉ AVEC MONSIEUR H.

OBJECTIFS DE SOIN DIÉTÉTIQUE

- Augmenter les apports protéino-énergétiques et hydriques en privilégiant l'alimentation per os afin de permettre une reprise de poids en préservant la masse maigre
- Surveiller les apports minéraux et vitaminiques
- Restaurer un état nutritionnel satisfaisant pour permettre la poursuite du traitement dans les conditions optimales
- Informer et éduquer le patient et les aidants sur l'importance de l'enrichissement et du fractionnement des repas, la modification des textures et le contrôle du poids

PROGRAMME DE SOIN DIÉTÉTIQUE

Préconisations diététiques :

- Alimentation liquide enrichie en Protéines et Calories soit 500 kcal + boissons
- 1 à 2 CNO/j hypercaloriques de 300 kcal et 10 g de protéine chacun
- NE HP/HC de soutien à domicile par SNG, nocturne/12h = 1500 Kcal/1l et 75 g de protéines

L'apport énergétique total est donc de 2300 à 2600 kcal/j avec 100 à 110 g de protéines en fonction des modalités de traitement.

Planification des actions :

Organisation de la prise en soins à domicile

- Rencontre avec les aidants pour la préparation des repas liquides HP/HC
- Choix et adaptation de 2 CNO HC/j HC selon les goûts du patient
- Choix d'un prestataire de service

EVALUATION DES OBJECTIFS ET DES ACTIONS :

- Suivi de l'appétit : pas de nausées, amélioration de la dysphagie
- Calcul des ingesta : les apports énergétiques et protéiques sont corrects grâce à l'observance de la prise des CNO et la bonne tolérance de la NE (transit normal)
- Aidants très présents pour la prise des CNO et la surveillance de la NE en coordination avec le prestataire de service
- Poids : on note une reprise de la courbe ascendante du poids (+ 200g)
- Bilan biologique programmé à distance: ionogramme, CRP, albumine, ...

La prise en soin d'un adulte dénutri atteint d'un cancer bronchique

SYNTHÈSE DE LA DÉMARCHE

Résumé du soin diététique

Patient pris en soin pour rétablir un statut nutritionnel correct après perte de poids de 18% en 6 mois dans le cadre d'une néoplasie de l'œsophage. Mise en place d'une alimentation HP/HC avec soutien par des enrichissements, CNO (le nommer, Cal, P) et NE nocturne (la nommer, Cal, P). Information des aidants pour l'enrichissement et le fractionnement et contact avec un prestataire de service (le nommer) pour mise en place et suivi à domicile.

L'observance du traitement, le poids et le bilan biologique sont à surveiller régulièrement.

Documents réalisés

Dossier de prise en soins par le prestataire : CNO et NE

Conseils personnalisés relatifs à l'alimentation liquide HP/HC + recettes

Carnet de suivi pondéral, transit et bilan biologique à domicile

Programmation d'une consultation de suivi : 1fois/semaine