

Reconnaitre et traiter la dénutrition en ambulatoire

Pascal Crenn

GH A. Paré-R. Poincaré (APHP)

EA 4497 (UVSQ)

Journées Francophones d'Hépatogastroentérologie et d'Oncologie Digestive 2011

Pascal CRENN

Reconnaître et traiter la dénutrition en ambulatoire

Objectifs pédagogiques :

Savoir identifier les populations à risque et évaluer l'état nutritionnel en pratique de ville (anthropométrie, biologie...)

Savoir évaluer les ingesta

Connaître la prise en charge en première intention ; conseil diététique, compléments oraux : mode d'emploi

Déclaration d'intérêts

- Baxter
- Braun
- Fresenius-Kabi
- Nestlé
- Nutricia

Un problème?

- Prévalence en population générale
 - 2 à 5%
- Sujets âgés (désadaptation rapide)
 - 5 (70 ans) à 10% (80 ans) en ambulatoire
 - maison de retraite 25%
 - soit 300 à 600 000 personnes en France
- Post-hospitalisation > 1 semaine
 - 50%

Conseil de l'Europe 2002

ESPEN and European Nutrition for Health Alliance: Parlement européen 2009

DGS 2010: « Dénutrition, une pathologie méconnue en société d'abondance »

Conséquences

- Qualité de vie
- Infections
 - Reste une des premières causes de déficit immunitaire dans les PDEM
- Cicatrisation
- Coûts
 - GB: 10% des dépenses de santé
 - (Elia et al, BAPEN Health economic group 2005)

Physiopathologie

Marasme

Albuminémie normale

Pas d'œdèmes
Malnutrition
protéino-énergétique équilibrée

Adaptation physiopathologique

continuum physiopathologique



Kwashiorkor

Hypoalbuminémie

Œdèmes
Carence protéique

Agression métabolique secondaire
à la maladie

Populations ambulatoires à risque

- Addictions et autres pathologies psychiatriques
- Précarisation
- Thérapeutiques lourdes
- Sortie d'hospitalisation (près de 50%)
- Pathologies chroniques: hépato-digestive, BPCO, K, dépressions...
- Sujets âgés et dépendance/handicap

Dépistage=diagnostic

	Avant 70 ans	Après 70 ans
Perte de poids*	$\geq 10\%$	$\geq 10\%$ en 6 mois
Perte de poids*	$\geq 5\%$ en 1 mois	$\geq 5\%$ en 1 mois
Hypoalbuminémie**	< 30 g/L	< 35 g/L
IMC	< 17	< 21

* involontaire ou restriction volontaire (il faut donc évaluer les ingesta)

** en l'absence de syndrome inflammatoire.

Avant 70 ans une transthyrétinémie < 110 mg/L peut aussi être utilisée.

Le MNA (mini nutritional assessment) peut aussi être utilisé après 70 ans.

D'après HAS 2007

En pratique

- Histoire pondérale+++
- Modifications fonctionnelles
- Ingesta
- Albuminémie (notion pronostique)
(± transthyrétinémie et CRP)
- Bilan orienté

Diagnostic de sévérité

	Avant 70 ans	Après 70 ans
Perte de poids*	$\geq 15\%$ en 6 mois	$\geq 15\%$ en 6 mois
Perte de poids*	$\geq 10\%$ en 1 mois	$\geq 10\%$ en 1 mois
Hypoalbuminémie**	< 20 g/L	< 30 g/L
IMC		< 18

* involontaire ou restriction volontaire (il faut donc évaluer les ingesta)

** en l'absence de syndrome inflammatoire.

Avant 70 ans une transthyrétinémie < 50 mg/L peut aussi être utilisée.

Une dénutrition sévère nécessite toujours une prise en charge spécifique, le plus souvent en hospitalisation

D'après HAS 2007

Des outils plus sophistiqués?

- Composition corporelle?
 - Non en première intention
 - Ostéodensitométrie: oui, dans un second temps
- Biologie
 - Vitamine D (1/3 pop. carencée)
 - Bilan martial
 - Homme: carence 2-4%
 - Femme: carence 5-10%
 - Sujet âgés: près de 20% carencé
- Autre

Des maladies parfois difficiles à diagnostiquer

- TCA et addiction
 - Anorexies mentales +++ (1-2% femmes jeunes);
boulimie fréquente (5 à 8%) et cachée
 - Toxicomanies
- Cancers
- Dépressions

Se méfier des FP et FN

- FP: maigreur constitutionnelle (IMC>16)
- FN: surcharge pondérale (IMC 25-30)/obésité (IMC>30) dénutris i.e. *sarcopénique*
 - Amaigrissement involontaire
ex: cancer digestif
 - Examens des masses musculaires:
 - circ. mollet
 - TDM ou DEXA
 - Impédancemétrie: masse non grasse, calcul indice de masse non grasse

Evaluer les ingesta

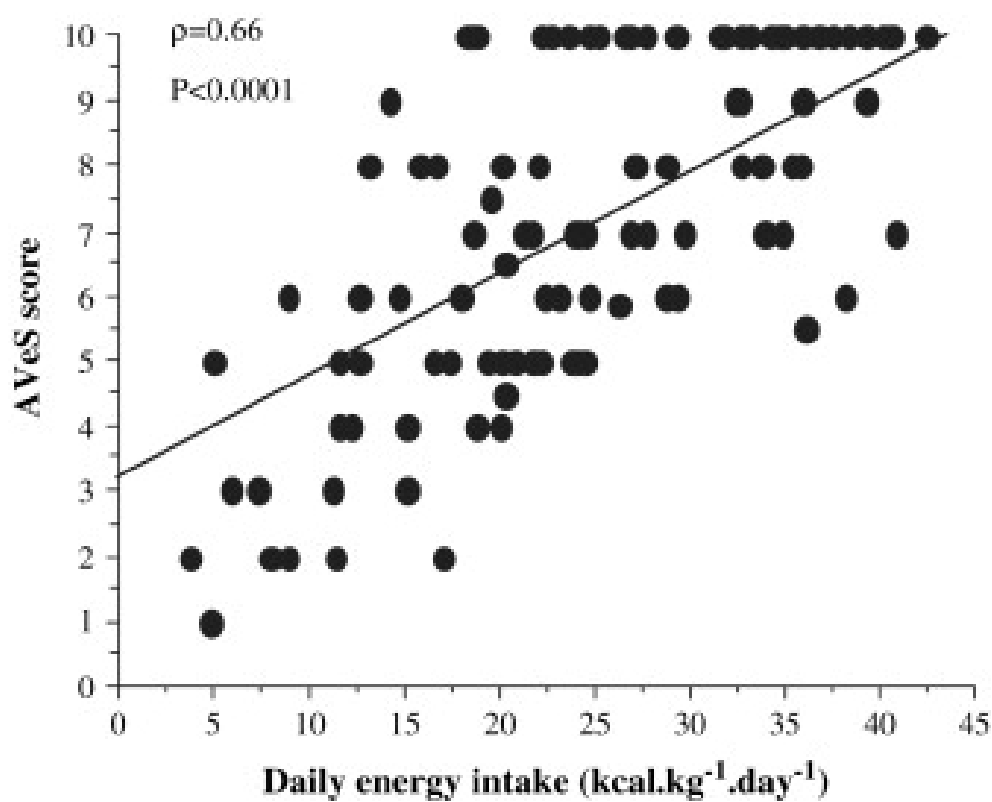
- Quantitatif?
 - recueil 3 à 6 jours
- Semi quantitatif
 - 3 classes
- EVA (échelle visuelle analogique)

L'EVA des ingesta

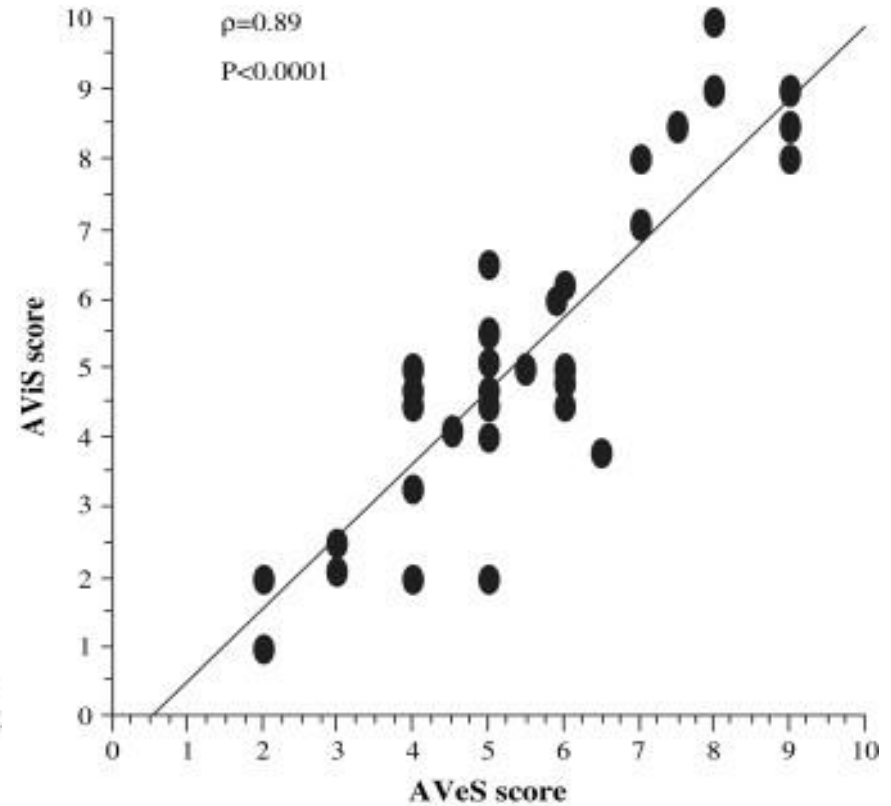
- Etude bicentrique (n=114 patients, 56±15 ans; 86% digestifs; NRI<97.5 ou à risque)
- Recueil des ingesta sur 3 jours
 - + EVA verbale et visuelle (0 à 10)
- EVA verbale et visuelle très liées; faisabilité > 95%
- Résultats meilleurs chez dénutris et patients hospitalisés
- Dénutrition et EVA < 7:
 - Sensibilité 57% (dénutris à ingesta normaux)
 - Spécificité 81%
 - VPP 86%
 - VPN 46%

EVA des ingesta

EVA verbale et ingesta (n=114)



EVA verbale et visuelle chez dénutris (n=44)



Prise en charge

- Bilan et traitement spécialisé si sévère
- Le plus souvent prise en charge en ambulatoire possible
 - Cause: QS
 - Adaptation alimentation
 - Enrichissement
 - Compléments nutritionnels oraux (CNO)

Conseils diététiques/enrichissement

- Repère PNNS
- Fractionnement
- Eviter jeune nocturne > 12 h
- Adaptation de texture (déglutition)
- Aide technique (neuro, gériatrie)
- Enrichissement
 - Augmentation valeur énergétique et protéique des repas
 - Poudres et concentrés

Les CNO

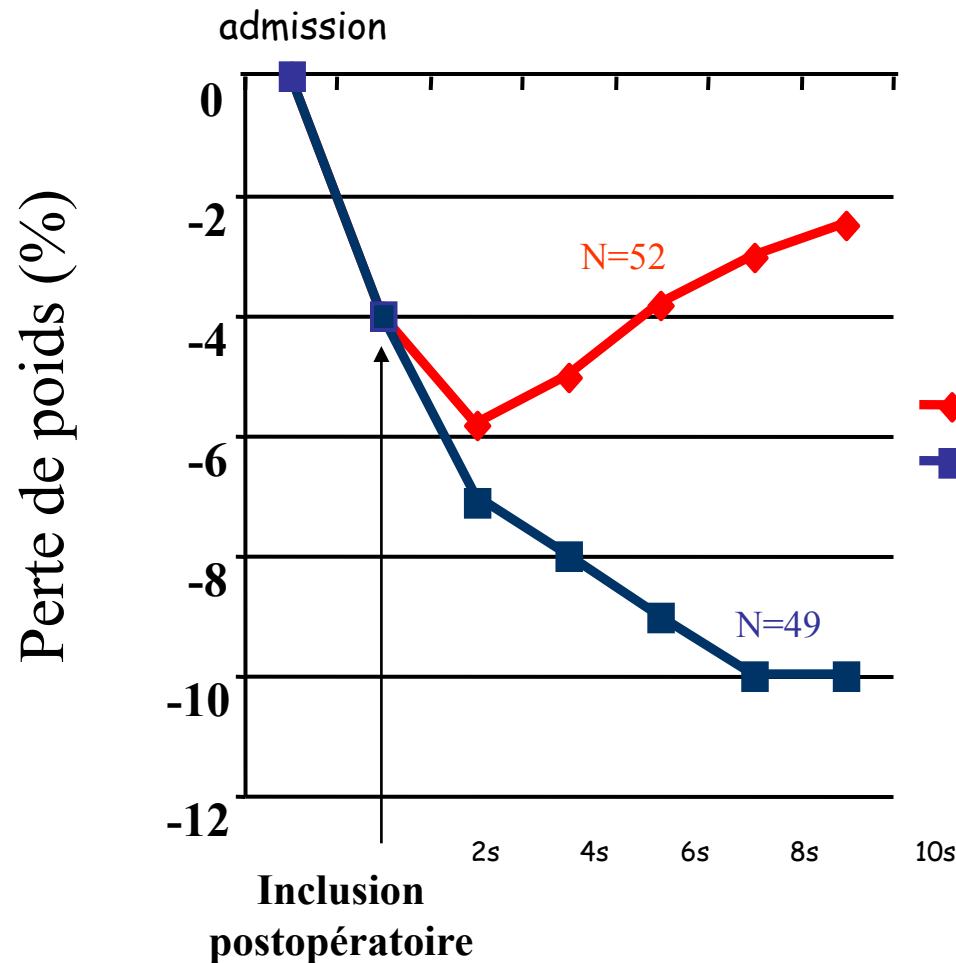
- Mauvaise presse malgré le panel d'offre
- Remboursement selon critères nutritionnels (cf. HAS) et non de pathologie (JORF 2010)
- Diversités
 - Salés, sucrés
 - Soupes, crèmes, lactés, poudres, barres

Les CNO: niveau de preuve

- Sujet âgés: Milne et al, Cochrane 2009
 - 66 études randomisées hors cancer
 - Bénéfice pondéral de 2.2 (1.8-2.5)% sur 42 études
 - Pas d'effet favorable sur mortalité sauf chez les dénutris (-21%)
 - Réduction des complications dans 24 études
- Maladies chroniques d'organe: Cano et al, JASN 2007

CNO et chirurgie digestive

*Supplémentation orale prolongée post-opératoire de 400 ml
(1,5 kcal et 0,06 g protéines/ml)*



Amélioration

- anthropométrie
- force musculaire
- qualité de vie

◆ traitement
■ contrôle

Moins d'antibiotiques
7/52 vs 15/49
($p < 0,05$)

Reconnaître et traiter la dénutrition en ambulatoire : 5 points forts

- Les populations ambulatoires à risque de dénutrition sont les patients atteints de cancer, âgés et/ou précaires, les patients sortant de l'hôpital et ceux ayant des troubles du comportement alimentaire (souvent cachés)
- Le dépistage est fondée sur l'évolution du poids (et l'IMC), et l'appréciation des ingesta
- Les ingesta s'évaluent au mieux simplement par une échelle analogique (analogue à celle de la douleur)
- Les compléments nutritionnels oraux (CNO) doivent être utilisés, après la proposition de l'enrichissement de l'alimentation
- Une dénutrition sévère nécessite un bilan et une prise en charge spécialisée