

# Dénutrition chez l'adulte et l'enfant IC-250

- Connaître l'épidémiologie de la dénutrition
- Connaître les facteurs de risque de la dénutrition chez l'adulte
- Connaître les facteurs de risque de la dénutrition chez l'enfant
- Connaître les conséquences de la dénutrition
- Connaître les critères diagnostiques de la dénutrition chez l'enfant
- Connaître les critères diagnostiques de la dénutrition chez l'adulte (de moins de 70 ans)
- Connaître les critères diagnostiques de la dénutrition chez la personne âgée (de plus 70 ans)
- Connaître les examens complémentaires permettant de qualifier une dénutrition
- Connaître les principes de la complémentation orale, de la nutrition entérale et parentérale
- Connaître les modalités du diagnostic et de la prévention du syndrome de renutrition

---

## Connaître l'épidémiologie de la dénutrition OIC-250-01-B

La dénutrition touche tous les âges.

Elle peut accompagner :

toutes les pathologies, aiguës ou chroniques, organiques ou psychiatriques.

des situations de précarité socio-économique

Prévalence à l'hôpital :

10% des enfants

30% des adultes

50% des sujets âgés (> 70 ans)

Prévalence en dehors de l'hôpital

4% des français âgés de 70 à 79 ans vivant à domicile

10% après 80 ans

La prévalence globale de la dénutrition en France concerne près de 3 de millions d'individus.

---

## Connaître les facteurs de risque de la dénutrition chez l'adulte OIC-250-02-B

En matière de dénutrition, on parle de situations à risque et non de facteurs de risque.

Les situations à risque sont toutes les pathologies sévères ou chroniques dans lesquelles les apports ne couvrent pas les besoins nutritionnels.

Le déficit énergétique apparaît lorsque les entrées deviennent chroniquement moindres que les sorties.

Une diminution des entrées correspond à deux situations :

baisse des ingesta (la situation de très loin la plus fréquente)

malabsorption digestive.

Une augmentation des sorties peut résulter

d'une augmentation des dépenses énergétiques totales journalières (ce qui est rare)

d'une perte de substrats énergétiques

pertes digestives (entéropathies exsudatives),

pertes urinaires (glycosurie, syndrome néphrotique)

pertes cutanées (lésions cutanées étendues dont brûlures).

---

## Connaître les facteurs de risque de la dénutrition chez l'enfant OIC-250-03-B

Les situations à risque chez l'enfant sont les mêmes que chez l'adulte.

---

## Connaître les conséquences de la dénutrition OIC-250-04-A

Fichier:Conséquences dénutrition.pdf

# Connaître les critères diagnostiques de la dénutrition chez l'enfant OIC-250-05-A

L'enfant étant un individu en croissance, on utilise les courbes d'évolution staturo-pondérale et de corpulence (d'IMC) définies par l'IOTF (*international Obesity Task Force*) en fonction du sexe et de l'âge, présentes dans le carnet de santé.

## Critères phénotypiques de l'enfant (< 18 ans) (un seul critère suffit)

- Perte de poids ≥ 5% en 1 mois
- Perte de poids ≥ 10% en 6 mois
- Perte de poids ≥ 10% par rapport au poids habituel avant le début de la maladie
- IMC < courbe IOTF 18,5 (lien HAS)
- Stagnation pondérale aboutissant à un poids situé 2 couloirs en dessous du couloir habituel (courbe de poids)

## Critères étiologiques (un seul critère suffit) :

- Réduction de la prise alimentaire ≥ 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.

## Une fois le diagnostic de dénutrition fait, il faut en établir la sévérité :

Dénutrition modérée (1 seul critère suffit)	Dénutrition sévère (1 seul critère suffit)
<ul style="list-style-type: none"><li>· Perte de poids ≥ 5% et ≤ 10% en 1 mois</li><li>· Perte de poids ≥ 10% et ≤ 15% en 6 mois</li><li>· Courbe IOTF17 &lt; IMC &lt; courbe IOTF18.5</li><li>· Stagnation pondérale aboutissant à un poids situé entre 2 et 3 couloirs en dessous du couloir habituel (courbe de poids)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>· Perte de poids &gt; 10% en 1 mois</li><li>· Perte de poids &gt; 15% en 6 mois</li><li>· IMC ≤ courbe IOTF 17</li><li>· Stagnation pondérale aboutissant à un poids situé au moins 3 couloirs en dessous du couloir habituel (courbe de poids)</li><li>· Infléchissement statural (avec perte d'au moins 1 couloir par rapport à la taille habituelle)</li></ul>

□

# Connaître les critères diagnostiques de la dénutrition chez l'adulte (de moins de 70 ans) OIC-250-06-A

Le diagnostic de la dénutrition a fait l'objet de recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) pour l'adulte et l'enfant publiées en 2019 (lien HAS).

Le diagnostic doit associer au moins un signe clinique (critère phénotypique) et au moins une cause (critère étiologique).

## Critères phénotypiques de l'adulte de moins de 70 ans (un seul critère suffit)

- Perte de poids ≥ 5% en 1 mois
- Perte de poids ≥ 10% en 6 mois
- Perte de poids ≥ 10% par rapport au poids habituel avant le début de la maladie
- IMC < 18.5
- Réduction quantifiée de la masse musculaire et/ou de la fonction musculaire (lien HAS)

## Critères étiologiques (un seul critère suffit) :

- Réduction de la prise alimentaire ≥ 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.

## Une fois le diagnostic de dénutrition fait, il faut en établir la sévérité :

Dénutrition modérée (1 seul critère suffit)	Dénutrition sévère (1 seul critère suffit)
<ul style="list-style-type: none"><li>· Perte de poids ≥ 5% en 1 mois</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>· Perte de poids &gt; 10% en 1 mois</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>· Perte de poids <math>\geq 10\%</math> en 6 mois</li> <li>· Perte de poids <math>\geq 10\%</math> par rapport au poids habituel avant le début de la maladie</li> <li>· <math>17 &lt; \text{IMC} &lt; 18,5</math></li> </ul> <p>Albuminémie <math>&gt;30</math> g/L et <math>&lt; 35</math> g/L</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Perte de poids <math>&gt; 15\%</math> en 6 mois</li> <li>· Perte de poids <math>\geq 15\%</math> par rapport au poids habituel avant le début de la maladie</li> <li>· <math>\text{IMC} \leq 17</math></li> <li>· Albuminémie <math>&lt; 30</math> g/L</li> </ul>
---	--

## Connaître les critères diagnostiques de la dénutrition chez la personne âgée (de plus 70 ans) OIC-250-07-A

Les nouveaux critères révisés en 2021 par la Haute Autorité de Santé (HAS) sont détaillés ci-dessous.

Comme pour l'adulte, il est nécessaire de réunir un critère phénotypique et un critère étiologique pour poser le diagnostic de dénutrition, le dosage de l'albuminémie à elle seule ne permettant pas de porter un diagnostic de dénutrition. Son association aux autres éléments diagnostiques (IMC, pourcentage de perte de poids, sarcopénie) permettra de grader la sévérité de la dénutrition (modérée ou sévère).

### Critères phénotypiques :

	Dénutrition	Dénutrition sévère
Pourcentage de perte de poids en 1 mois	$\geq 5\%$ et $< 10\%$	$\geq 10\%$
en 6 mois	$\geq 10\%$ et $< 15\%$	$\geq 15\%$
par rapport au poids habituel	$\geq 10\%$ et $< 15\%$	$\geq 15\%$
Indice de masse corporelle ( $\text{kg}/\text{m}^2$ )	$< 22$	$< 20$
Sarcopénie confirmée par une réduction quantifiée de la force et de la masse musculaire	+	+

Un seul paramètre altéré suffit pour porter le diagnostic de dénutrition et de dénutrition sévère

De plus, une albuminémie comprise entre 30 et 35 g/L est un élément en faveur d'une dénutrition modérée, une albuminémie  $< 30$  g/L un critère de dénutrition sévère.

### Critères étiologiques (un 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.

## Connaître les examens complémentaires permettant de qualifier une dénutrition OIC-250-08-B

Les examens biologiques gardent toute leur utilité pour la recherche de complications associées ou la sévérité :

- Albuminémie
- CRP

La force ou la masse musculaire peut être évaluée par différentes méthodes (reco HAS 2019)

## Connaître les principes de la complémentation orale, de la nutrition entérale et parentérale OIC-250-09-B

Les principes de la prise (PEC) en charge d'un patient dénutri dépendent selon l'Arbre décisionnel du soin nutritionnel de la SFNCM de :

- 1) La sévérité de dénutrition
- 2) L'importance de la réduction des ingesta
- 3) La fonctionnalité des du tube digestif
- 4) La présence de trouble de la conscience ou de la déglutition (PEC orale)

## ***Adaptation et complémentement de l'alimentation orale***

L'adaptation de l'alimentation peuvent être mise en œuvre par :

- Adapter la texture des aliments/boissons (alimentation en petits morceaux, hachée, mixée, etc.) en cas de troubles bucco-dentaires ou de troubles de la déglutition
- Tenir compte des goûts et des aversions alimentaires
- enrichir l'alimentation en ajoutant des matières grasses, des glucides et des protéines.
- Fractionner l'alimentation en intercalant la prise de collations entre les principaux repas et/ou en prescrivant des compléments nutritionnels oraux (CNO) à distance des repas et le soir afin de diminuer le jeûne nocturne.

Les CNO n'ont pas vocation à se substituer aux repas mais à les compléter.

- Prescrire et faire consommer à distance des repas, pas plus de deux unités par jour.
- Varier les arômes et les textures adaptés au goût du patient

### *Nutrition entérale*

Elle consiste à administrer directement dans le tube digestif (estomac ou intestin grêle) via un dispositif médical (sonde ou stomie) un mélange nutritif, dépourvu de gluten, complet (protéines, glucides, lipides, minéraux, vitamines et oligoéléments).

La NE se fait le plus souvent en site gastrique, le site jéjunale étant généralement réservé aux contre-indications, impossibilité ou échec de l'abord du site gastrique (RGO réfractaire avec risque d'inhalation, gastrectomie partielle étendue ou totale, cancer de l'estomac, sténose duodénale, etc.).

### ***Nutrition parentérale***

La nutrition parentérale (NP) consiste à perfuser en intraveineux via une voie veineuse (habituellement centrale) un mélange nutritif spécialement conçu pour être perfusé.

Ces solutions nutritives sont conditionnées en poches compartimentées, reconstituables extemporanément de façon stérile avant administration. Elles comportent habituellement des acides aminés, de glucose et de lipides avec ou sans électrolytes mais sans micronutriments. Il est donc indispensable de prescrire systématiquement quotidiennement un mélange contenant des poly-vitamines et un mélange d'oligo-éléments.

---

## **Connaître les modalités du diagnostic et de la prévention du syndrome de renutrition OIC-250-10-B**

Le syndrome de renutrition est une complication métabolique potentiellement mortelle qui peut survenir lors de la réintroduction des apports nutritionnels chez des patients dénutris, quelle que soit la modalité (orale, entérale ou parentérale).

Il apparaît généralement dans les 72 heures qui suivent le début de la renutrition.

Biologiquement, il est caractérisé par une hypophosphorémie, auquel peut s'associer un déficit en potassium, magnésium et en thiamine (vitamine B1).

Cliniquement, il peut être asymptomatique.

Les signes cliniques, lorsqu'ils sont présents, sont polymorphes et peuvent associer des signes :

Cardiaques (arythmie, syncope, insuffisance cardiaque aiguë)

Neuro-musculaires (paresthésies, fasciculations, tétanie, paralysies, confusion, encéphalopathie, convulsions fatigue et douleurs musculaires, rhabdomyolyse)

La prévention du syndrome de renutrition impose :

Correction et supplémentation systématique en phosphore

Correction des autres déficits éventuels (potassium, magnésium), vitamine B1

Début progressif de la renutrition

Surveillance :

La surveillance de la phosphorémie et de la kaliémie est indispensable avant et durant les premiers jours qui suivent le début d'une renutrition.