

Comparaison en clinique des critères diagnostiques de dénutrition

7 juin 2022 - CLAN

Aude Anzévui

Diagnostic nutritionnel

Vers quelle évolution ?

DIAGNOSTIC	
DIET-DSQ-293-1	Signes cliniques Dénutrition pédiatrique
DIET-DSQ-292-1	Diagnostic de la surcharge pondérale chez l'enfant
DIET-DSQ-346	Diagnostic Dénutrition pédiatrique
DIET-DSQ-345	Diagnostic Dénutrition Surcharge pondérale adulte

Choix aux CuSL

Besoin d'en rediscuter? Ad hoc en pratique? Différences entre prestataires de soin : CLAN, GLIM, HAS, « TPI »...

dénutrition modérée (entre 60 et 75% du poids idéal)

E44.0

1/4/2022 - Présent

Aperçu Addendum 1/4/2022 10:05 par

Chef(fe) de service

Dénutrition sévère ayant justifié la mise en place d'une alimentation entérale par SNG.

DENUTRITION ADULTE < 70 ans	Perte de poids	BMI	Réduction MM/FM	Couverture besoins	Inflammation
CLAN	> 5% en 3 mois Perte de poids involontaire par rapport au poids de forme, qui est le poids de la personne « en bonne santé », « son poids habituel », poids stable, auquel le patient s’est senti bien ou mieux durant min. 6 mois.	18.5 – 20.5 avec AEG	À intégrer, cf. documents ad hoc (examen physique, handgrip)	25% - 75% Apports inférieurs aux besoins en énergie et/ou protéines durant la semaine précédente	/
GLIM	> 5 % endéans les 6 derniers mois, ou > 10 % durant plus de 6 mois	< 20	Perte MM observée par une technique de mesure de composition corporelle validée	Réduction apports / assimilation ≤ 50 % E sur > 1 semaine ↓ sur > 2 semaines ↓ par Σ gastro-int chroniques	Présence d’une inflammation associée à une pathologie aiguë ou chronique
HAS	≥ 5% en 1 mois ou ≥ 10% en 6 mois ou ≥ 10% par rpt poids habituel avant début maladie	< 18,5	Réduction quantifiée masse et/ou fonction musculaire	Réduction prise al. ≥ 50 % sur > 1 semaine ↓ sur > 2 semaines par rapport à la consommation alimentaire habituelle quantifiée ou aux besoins protéino-énergétiques estimés Diminution absorption dig.	Situation d’agression: patho aiguë, chronique évolutive ou maligne évolutive

Etude de Keys *et al.*
24 weeks' semi-starvation in human volunteers



Une couverture de 0 à 25% des besoins nutritionnels
induit une perte de poids
d'environ 5% en 2 semaines
donc de plus de 5% en un mois.



ESPEN. Kondrup J. Clin Nut 2003

Diagnostic Dénutrition chez l'adulte - Critères GLIM

Au moins un critère phénotypique et un critère étiologique

Critère phénotypique	Dénutrition
Perte de poids (%)	> 5 % endéans les 6 derniers mois, ou > 10 % durant plus de 6 mois
IMC (kg/m ²)	< 20 kg/m ² avant 70 ans < 22 kg/m ² après 70 ans
IMC (kg/m ²) chez le patient asiatique	< 18.5 kg/m ² avant 70 ans < 20 kg/m ² après 70 ans
Perte de masse musculaire	Perte observée par une technique de mesure de composition corporelle validée
Critère étiologique	Dénutrition
Apports nutritionnels / Assimilation-absorption des nutriments	≤ 50 % besoins énergétiques durant plus d'une semaine ↓ durant plus de 2 semaines ↓ par une symptomatologie gastro-intestinale chronique
Présence d'une inflammation associée à une pathologie aiguë ou chronique	Infection majeure, brûlure (grands brûlés), traumatisme, traumatisme crânien, etc. Cancer, BPCO, insuffisance cardiaque, pathologie rénale chronique, etc.

ESPEN. GLIM. Clin Nutr. 2018



Dénutrition modérée – sévère chez l'adulte

Un critère phénotypique suffit

Critère phénotypique	Dénutrition modérée	Dénutrition sévère
Perte de poids (%)	5 – 10 % endéans les 6 derniers mois, ou 10 – 20 % durant plus de 6 mois	> 10 % endéans les 6 derniers mois, ou > 20 % durant plus de 6 mois
IMC (kg/m²)	< 20 kg/m ² avant 70 ans < 22 kg/m ² après 70 ans	< 18.5 kg/m ² avant 70 ans < 20 kg/m ² après 70 ans
Perte de masse musculaire	Légère à modérée	Sévère

While only the phenotypic criteria are proposed for the severity grading that follows, the inclusion of the etiologic criteria for malnutrition diagnosis is deemed a priority to guide appropriate intervention and anticipated outcomes.



Diagnostic, prise en charge et surveillance d'après les recommandations de la HAS (2019¹ et 2021²)

Étape 1 — DIAGNOSTIC DE LA DÉNUTRITION

Critères phénotypiques

au moins 1 critère



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 $< 18,5 \text{ kg/m}^2$
IMC $< 22 \text{ kg/m}^2$



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 $\geq 50\%$
pendant plus d'1 semaine, ou toute
réduction pendant **plus de 2 semaines**
(évaluation facilitée par l'utilisation du Score
d'Évaluation 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
aigües, chronique évolutive ou maligne
évolutive)

Cas particulier de la personne obèse dénutrie : ne pas tenir compte de l'IMC



Étape 2 — DÉTERMINATION DE LA SEVERITE DE LA DÉNUTRITION

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



$17 < \text{IMC} < 18,5 \text{ kg/m}^2$
 $20 \leq \text{IMC} < 22 \text{ kg/m}^2$



$30 < \text{albuminémie} < 35 \text{ g/l}$
ou **albuminémie $\geq 30 \text{ g/l}$**
(mesure par immunonéphélométrie
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 $\leq 17 \text{ kg/m}^2$
IMC $< 20 \text{ kg/m}^2$



Albuminémie $\leq 30 \text{ g/l}$ ou $< 30 \text{ g/l}$
(mesure par immunonéphélométrie
ou immunoturbidimétrie) quel que
soit l'état inflammatoire

Cas particulier de la personne obèse dénutrie : ne pas tenir compte de l'IMC

Critères de réduction de la masse et/ou de la fonction musculaire

MÉTHODES (1 seule suffit)

	Hommes	Femmes
Force de préhension en kg (dynamomètre)*	< 26	< 16
Vitesse de marche sur 4 mètres en m/s	$< 0,8$	$< 0,8$
Indice de surface musculaire en L3 (3 ^e vertèbre lombar) en cm^2/m^2 (scanner, IRM)	52,4	38,5
Indice de masse musculaire en kg/m^2 (bio-impédancemétrie)**	7,0	5,7
Indice de masse non grasse en kg/m^2 (bio-impédancemétrie)**	< 17	< 15
Masse musculaire appendiculaire en kg/m^2 (DEXA)	7,23	5,67

*Voir fiche « Évaluation de la force musculaire (préhension) par dynamométrie » disponible sur www.sfncm.org

**Voir fiche « Évaluation de la composition corporelle par bio-impédancemétrie » disponible sur www.sfncm.org

Consensus européen (EWGSOP 2019) définissant la sarcopénie confirmée comme l'association d'une réduction de la force et de la masse musculaires

RÉDUCTION DE LA FORCE MUSCULAIRE (au moins 1 critère)

	Hommes	Femmes
5 levers de chaise en secondes	> 15	

Force de préhension (dynamomètre) en kg	< 27	< 16
---	--------	--------

ET RÉDUCTION DE LA MASSE MUSCULAIRE (au moins 1 critère)***

	Hommes	Femmes
Masse musculaire appendiculaire en kg	< 20	< 15

Index de masse musculaire appendiculaire en kg/m^2	< 7	$< 5,5$
--	-------	---------

***Les méthodes les plus couramment utilisées dans la littérature pour estimer la réduction de la masse musculaire sont la DEXA et la bio-impédancemétrie. D'autres techniques sont validées pour mesurer la masse musculaire (bels le scanner, l'IRM ou l'échographie musculaire), mais les seuls restent à définir. Concernant l'anthropométrie, un tour de mollet $< 31 \text{ cm}$ est proposé.

Codage de la dénutrition

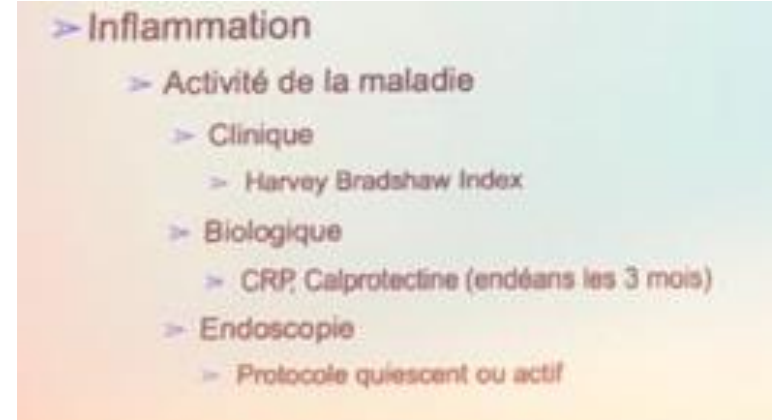
Toute dénutrition diagnostiquée et prise en charge doit faire l'objet d'un codage en lien avec le département d'information médicale.



DISCUSSION: GLIM/HAS

Présence d'une inflammation associée à une pathologie aiguë ou chronique

- Difficultés pratiques importantes: comment la définir?
- Utilité de la CRP, mais quid du seuil à utiliser?
- Variable en fonction de la pathologie?



Perte de masse musculaire

- Difficultés pratiques importantes
- Quid des seuils publiés (HAS): Handgrip? L3? Indice masse non grasse?
- Etat des réserves de départ?
- Notion d'évolution



2) Matériel et méthode

Critères GLIM- Force, Inflammation



DISCUSSION: GLIM/HAS

Autres difficultés

Sensibilité?

- Seuil de l'IMC augmenté (GLIM)
- Absence d'utilité à l'hôpital du critère de couverture des besoins en énergie et/ou protéines
- Réduction des apports (je mange moins $\neq$ couverture des besoins)
=>
- Absence de couverture des besoins énergétiques et protéiques

Durée de perte de poids: zones d'ombre; critère de 6 mois suffisant?; poids de référence avant début de maladie?

⇒ **BESOIN D'ETUDES DE VALIDATION?**

- ⇒ Est-ce que le diagnostic nutritionnel posé permet d'étudier l'impact de l'intervention nutritionnelle sur le pronostic clinique?
- ⇒ Quel est l'impact de l'intervention nutritionnelle sur le pronostic clinique? Développement et validation du NRS 2002: sur lequel se basent nos critères diagnostiques pratiques aux CuSL

Diagnostic nutritionnel

Importance de cet acte

Pour la qualité des soins

Pour que tous les professionnels de santé mettent un terme, cliniquement le plus juste possible, sur l'état nutritionnel du patient

Pour conserver/optimiser les financements, dont le mode va évoluer prochainement



□ P4P

Volonté de passer à un système de P4P pour les équipes nutritionnelles et les diététiciens financés par le Plan Cancer

L'évolution vers un P4P implique un financement qui se basera sur l'atteinte des résultats

L'identification des indicateurs et leur mesure sont un élément clé à la mise en place et au bon fonctionnement du programme P4P

Merci pour votre attention