

Evaluation nutritionnelle en Hépato gastroentérologie

Pr Jean-Claude Desport
Unité de Nutrition HGE - CHU Dupuytren
EA 3174 - Faculté de Médecine
Limoges

Les 2 principaux problèmes sont :

- La dénutrition
- L'obésité

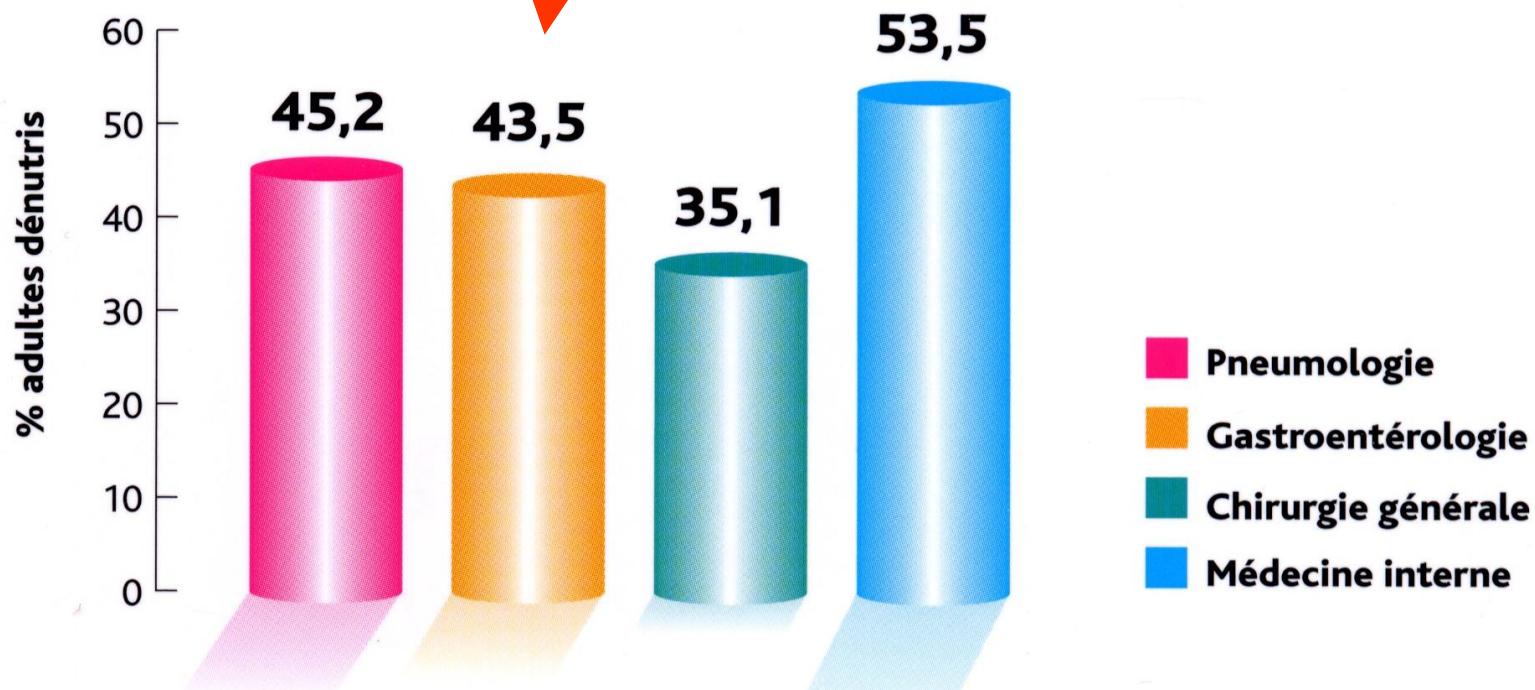
**15 à 60 % des patients
sont dénutris à l'hôpital**

A domicile :

- moins de 5 % (adultes)
- 5 à 10 % (personnes âgées)

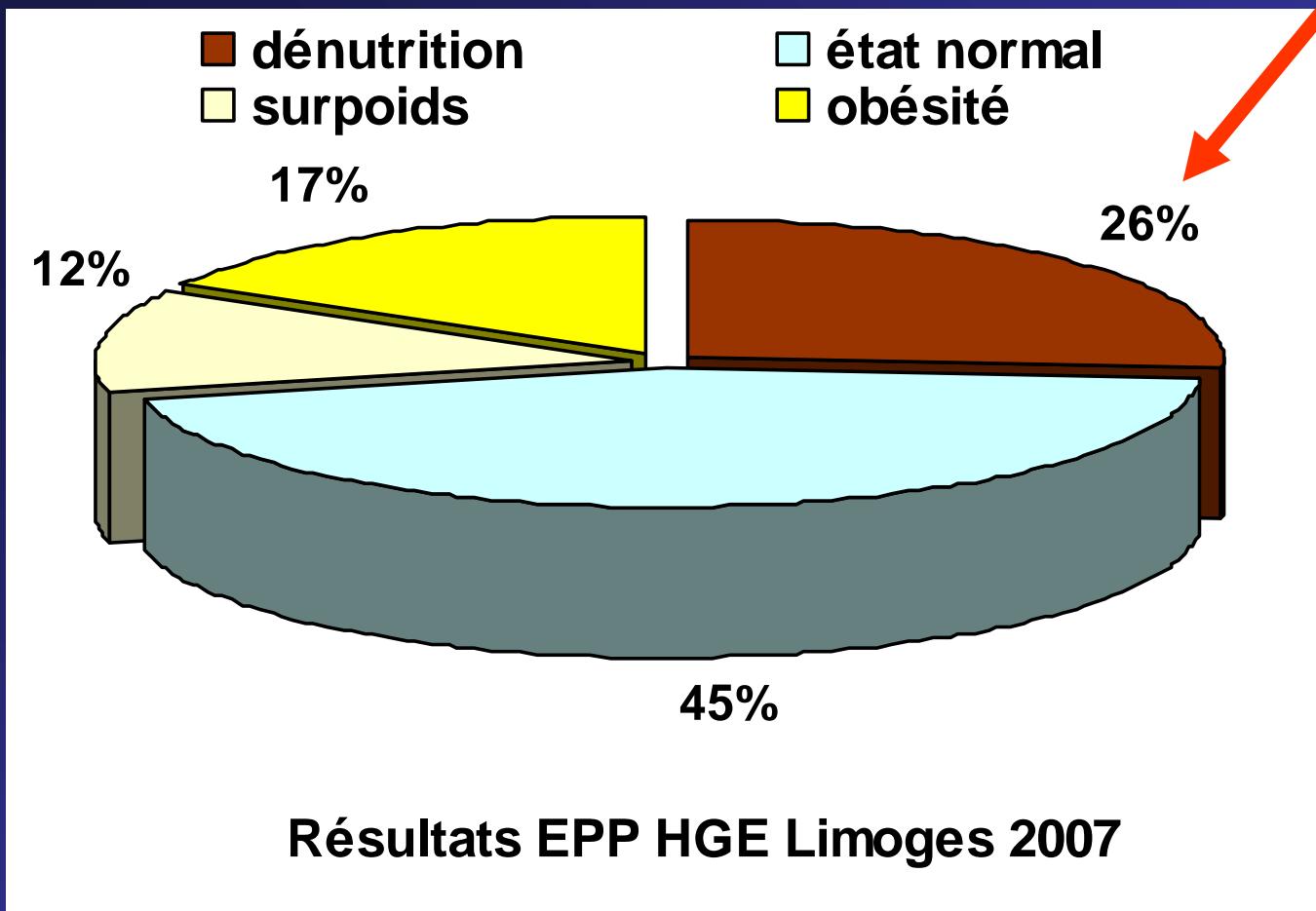
DENUTRITION

► **44,6 % des adultes** en moyenne en court séjour



Zazzo 2003 AP-HP 884 patients

DENUTRITION

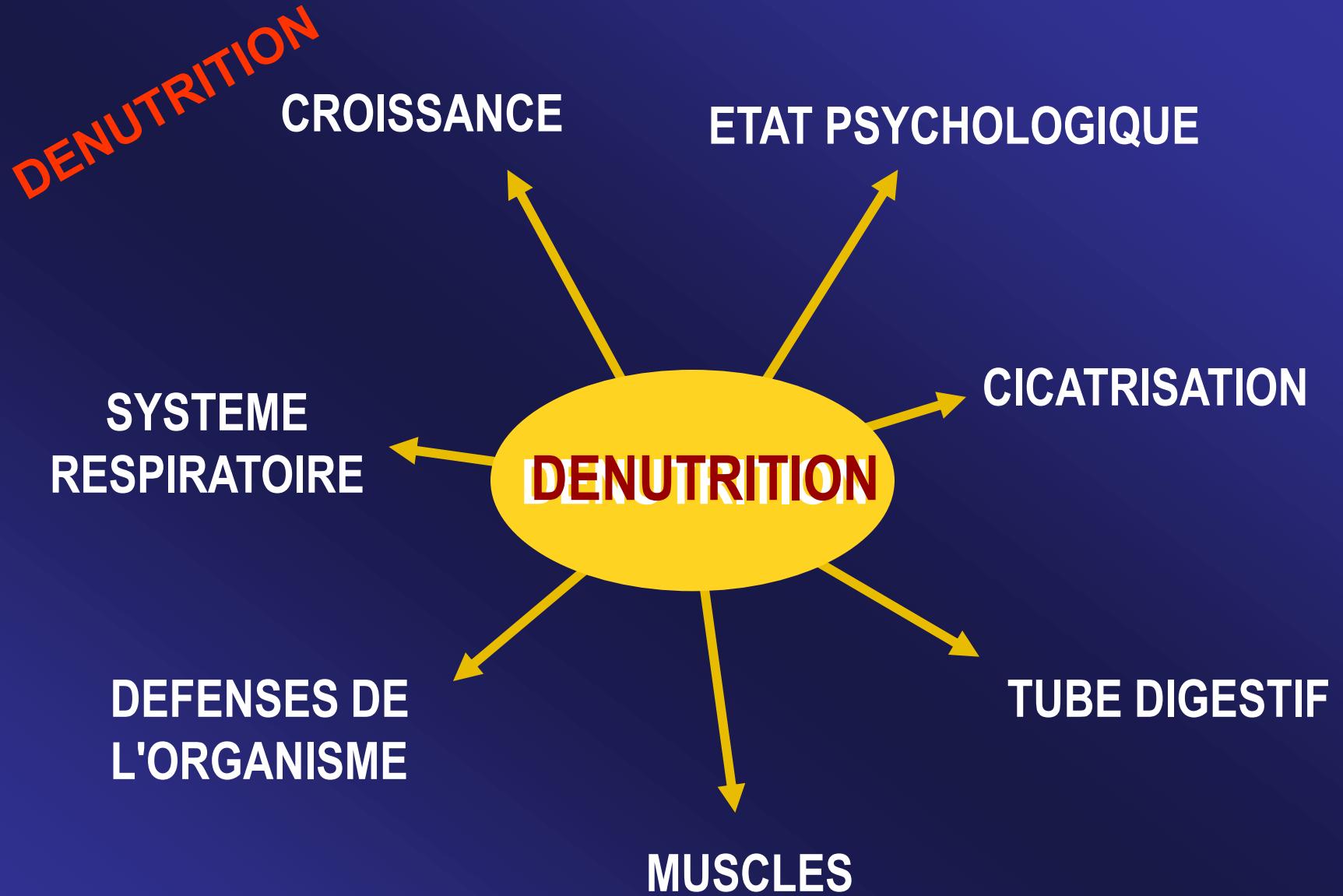


DENUTRITION

Population (hôpital)	Prévalence (%)
Pathologie digestive	27-60
Pancréatite chronique	37-67
MICI	20-75
Cancer oesophage	57-80
Cancer estomac	58-65
Cancer pancréas	54-85
Cancer colon	5-33
Hépatopathie	47-78

Groupes à risque à l'hôpital

- Affections graves
 - augmentation des dépenses d'énergie
 - limitation ou arrêt des prises alimentaires
- Maladies avec retentissement digestif
- Cancers : retentissement variable



DENUTRITION

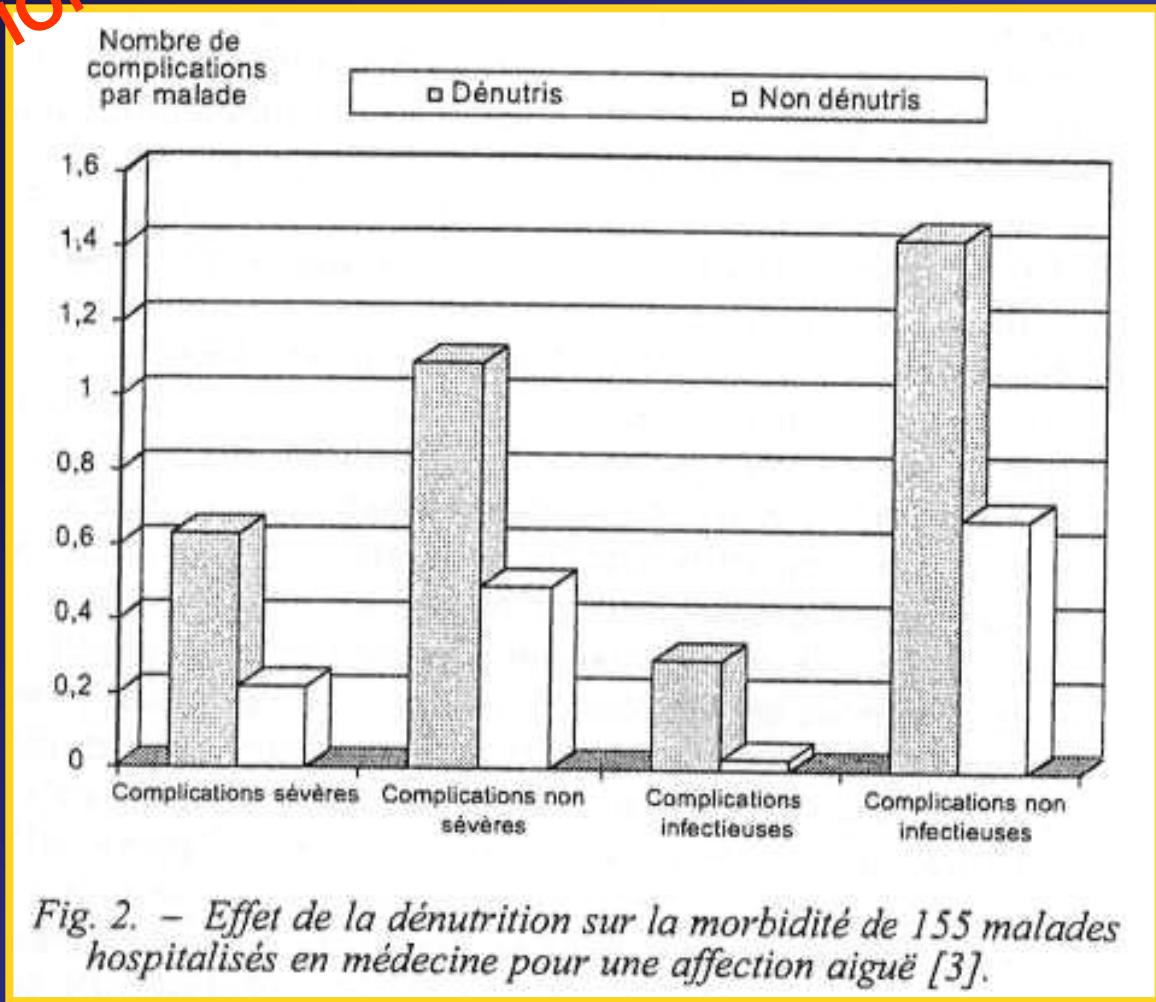


Fig. 2. – Effet de la dénutrition sur la morbidité de 155 malades hospitalisés en médecine pour une affection aiguë [3].

La dénutrition augmente la morbidité

Naber Am J Clin Nutr 1997

DENUTRITION

La dénutrition augmente la mortalité

- Acc vasculaires cérébraux
- Insuffisants cardiaques
- Affection médicale sévère
- Personnes âgées
- Maladie neuro musculaire

Gariballa Br J nutr 1998

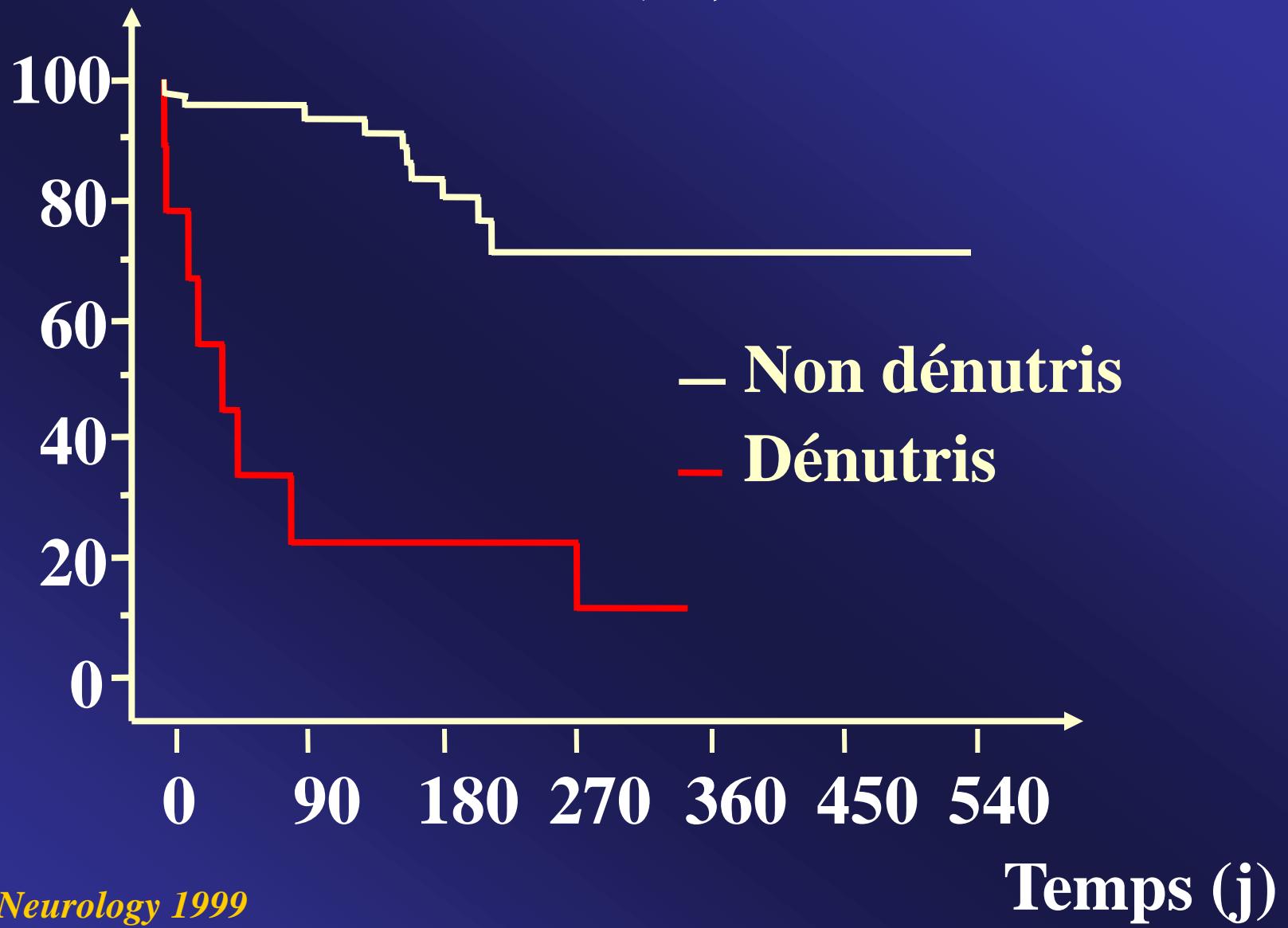
Lanker Lancet 1997

Galanos Crit Care Med 1998

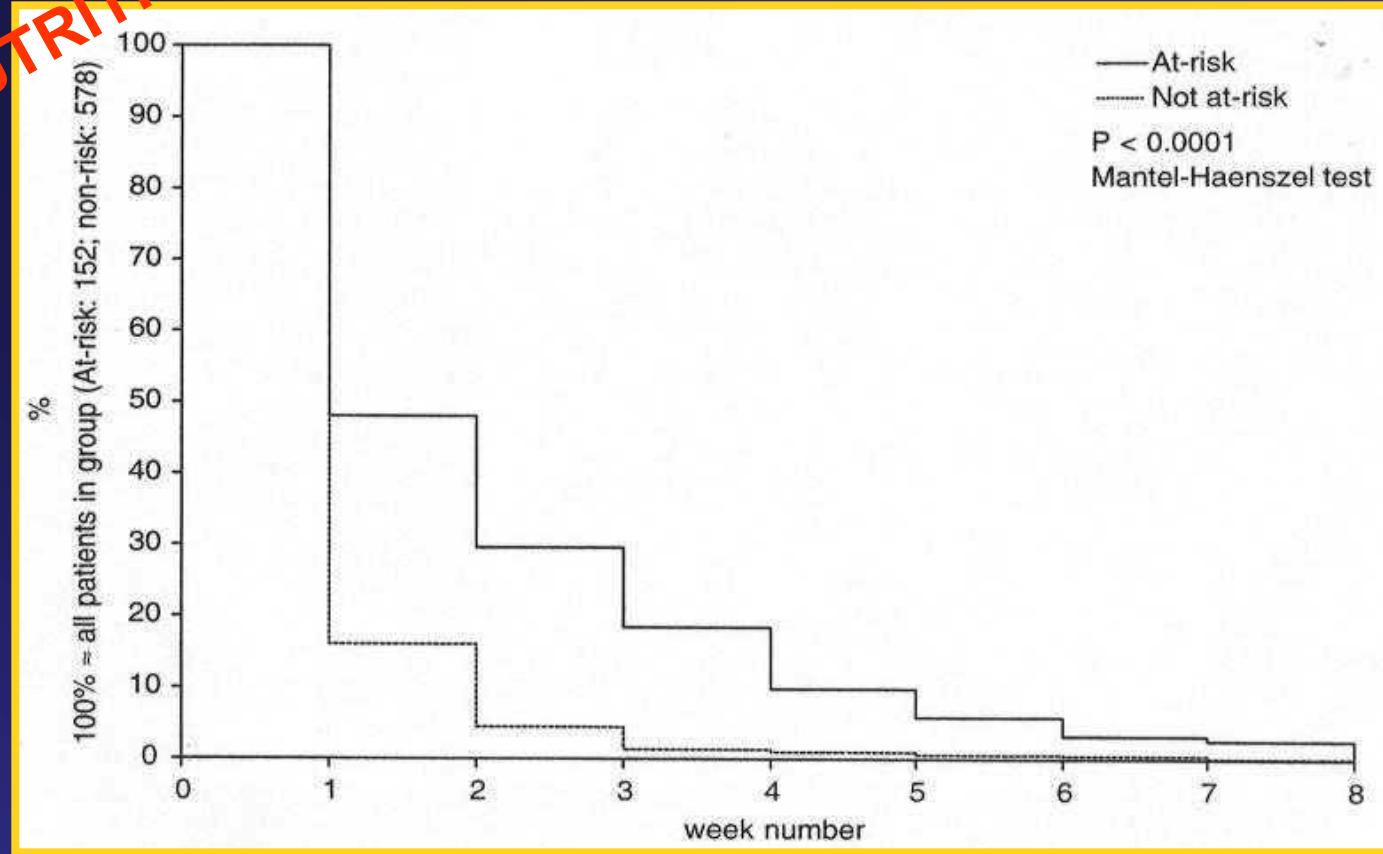
Sullivan Am J Clin Nutr 1990

Desport Neurology 1999

Proportion de survivants (%)



DENUTRITION



La dénutrition augmente la durée de séjour

DENUTRITION

La dénutrition augmente les coûts hospitaliers...

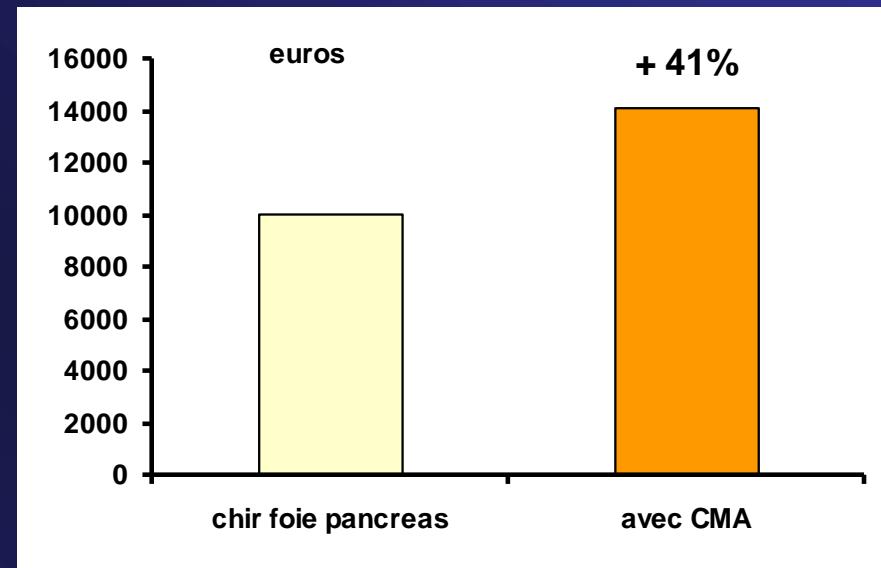
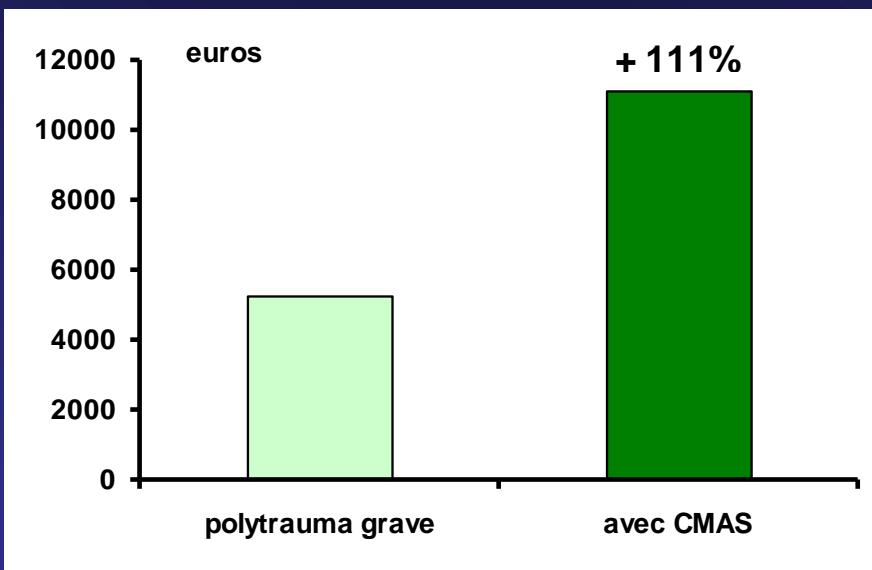
...mais valorise les patients pour l'hôpital...

(+ 360 euros/patient ; *Ockenga Clin Nutr 2005*)

...à condition qu'elle soit cotée

DENUTRITION

Tarification 2008 d'un séjour avec ou sans cotation dénutrition sévère E43



Codages de la dénutrition 2009

E40	Kwashiorkor	niveau 4
E41	Marasme	niveau 3
E43	Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision	niveau 3
E440	Malnutrition protéino-énergétique modérée	niveau 3
E441	Malnutrition protéino-énergétique légère	niveau 2
E45	Retard de développement après malnutrition protéino-énergétique	niveau 2
E46	Malnutrition protéino-énergétique, sans précision	niveau 2

Le niveau de valorisation maximal des séjours est de 4

DENUTRITION

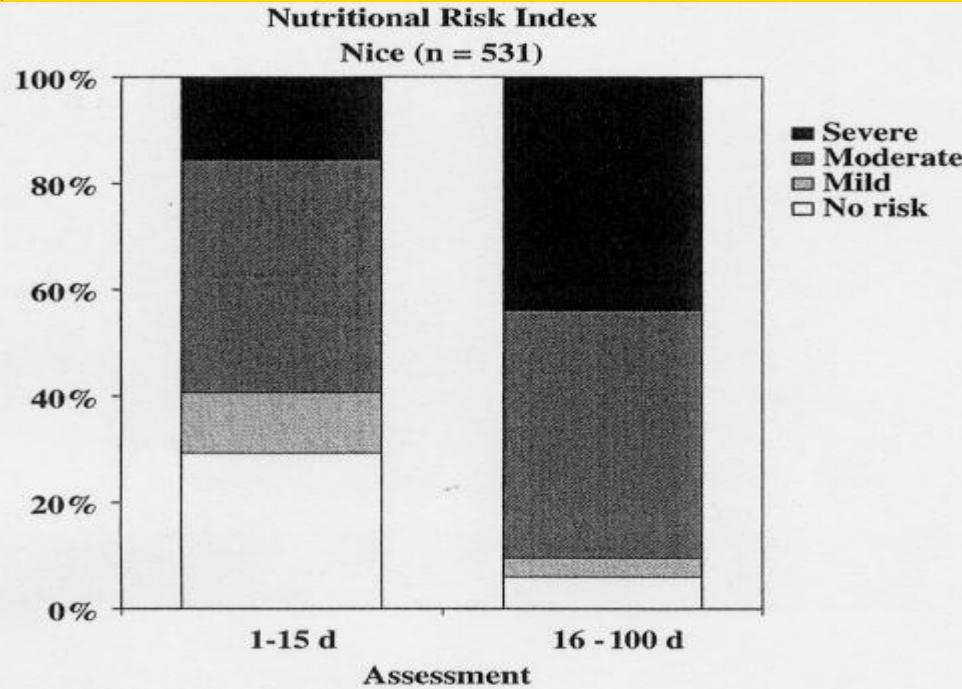


Figure 3 Distribution (%) of nutritional risk by Nutritional Risk Index (NRI) in Nice patients assessed at 1–15 and 16–100 d of hospitalization. Proportion (%) of no risk, mild, moderate or severe risk by NRI in patients assessed at 1–15 and 16–100 d of hospitalization: 1–15 d versus 16–100 d in Nice patients: n = 527, χ^2 47.8, degrees of freedom = 3, P < 0.001.

La dénutrition s'aggrave durant l'hospitalisation



ETAT DES LIEUX DES CLAN

Enquête nationale DHOS 2008

- Évaluation dénutrition
- Évaluation obésité

51 %

27 %

67 %

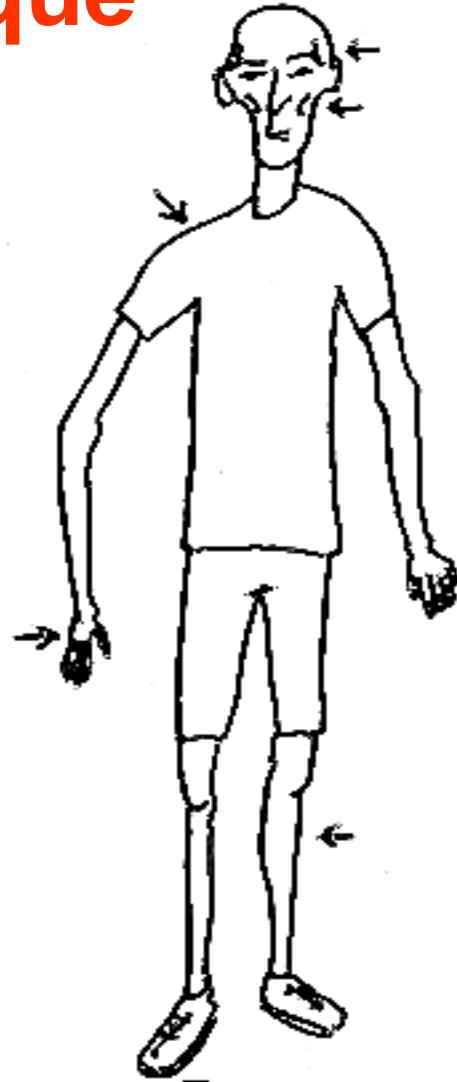
25 %

Enquête Ministère Santé 2007 CHU CH

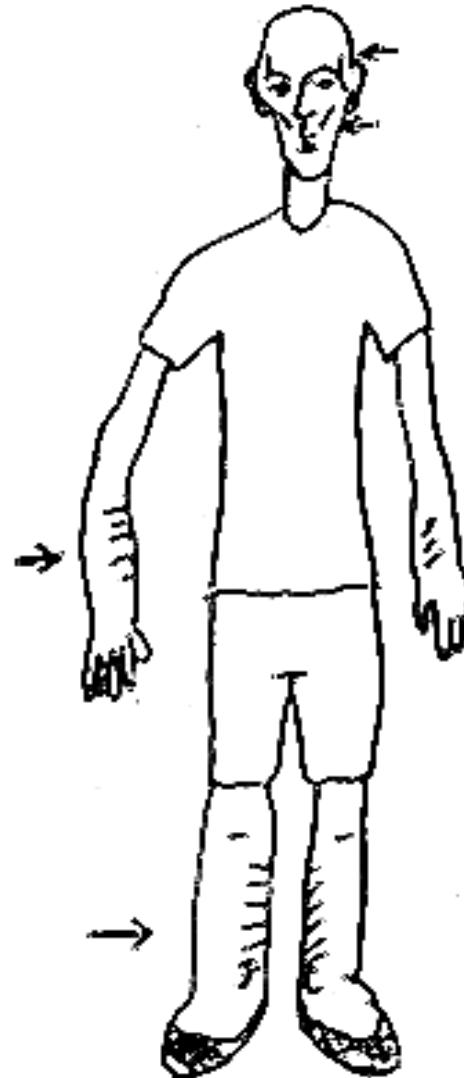
- Poids
- IMC

Clinique

P↓
IMC↓



Marasme



Kwashiorkor

P↑ ou
stable
IMC ↑ ou
stable

1. Les critères majeurs

Indice de Masse Corporelle = IMC = P/T²

- enfants : courbes d'IMC
 - adultes : < 18,5
 - personnes âgées < 21 (HAS 2007)
- mesures P et T parfois difficiles*

Variation de P :

- baisse de 5 % (1 m)
- baisse de 10 % (6 m)

Autres critères possibles pour les personnes âgées (*HAS 2007*)

- MNA < 17
- Albuminémie < 35 g/ L

Attention aux biais !!

Mini Nutritional Assessment (MNA)

. Dépistage : 6 critères

anorexie / perte poids / IMC / Motricité / Maladie aigue ou stress / Problèmes neuropsy

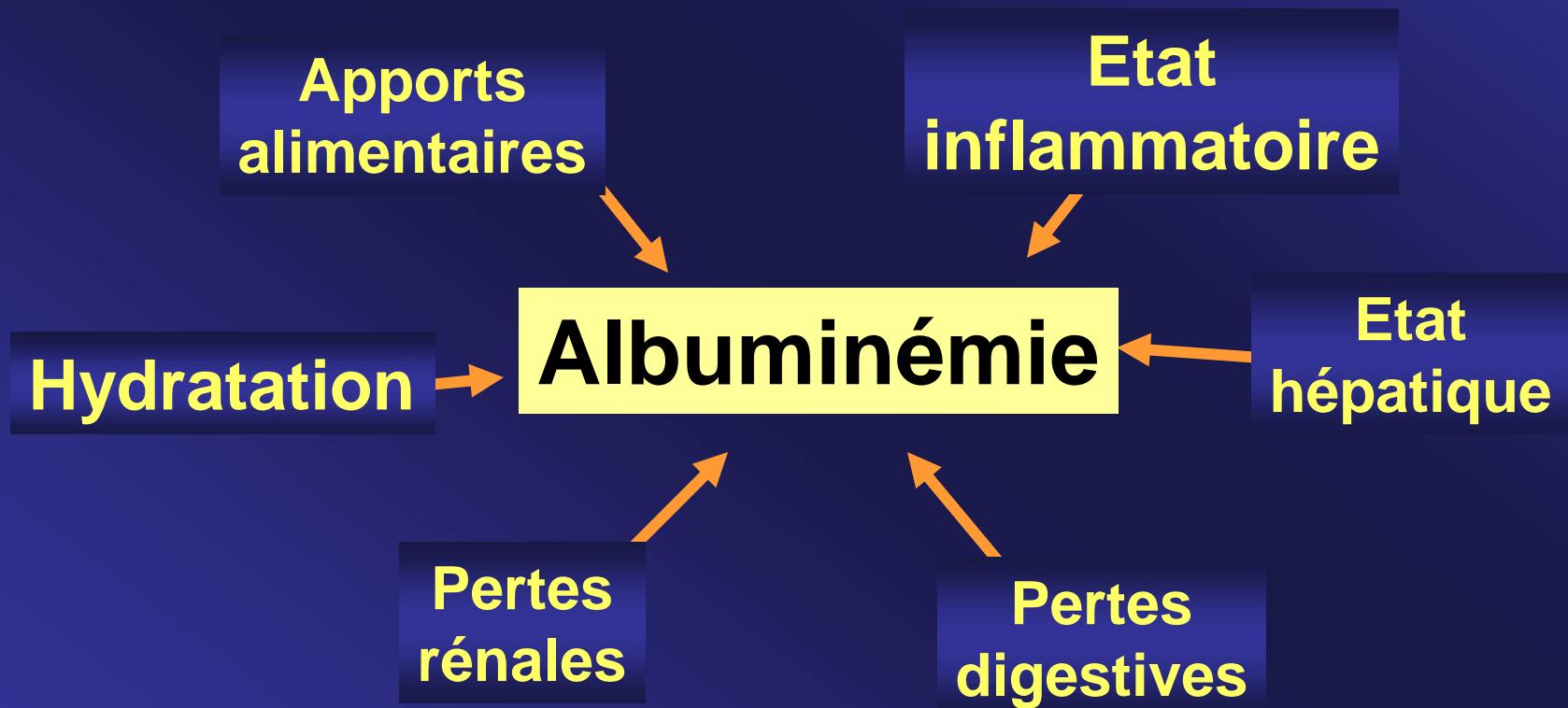
OK si 12 ou plus, sinon poursuivre

. Evaluation globale + 12 critères

17-23,5 = risque de dénutrition
< 17 = mauvais état nutr.

. Albuminémie, Préalbuminémie (TT)

Critères pronostic globaux plus que nutritionnels



2. Autres critères

Nutritional Risk Index (NRI) de Buzby

$$= 1,519 \times \text{Alb (g/L)} + 0.417 \times \text{Delta P}$$

- . $\geq 97,5$: peu ou pas de risque
- . $83,5 < \text{NRI} < 97,5$: risque modéré
- . $\geq 83,5$: risque très élevé

. Evaluation subjective globale (SGA)

Variation de P / Modification apports alimentaires / Troubles digestifs / Activité physique / Maladie +/- sévère / Etat clinique global (MM, MG, eau)...

bon état nutritionnel = A
dénutr modérée = B
dénutrition sévère = C

Possible utilisation d'un facteur de correction

Quoi de spécifique en HGE ?

- MICI ? corticoïdes
- cirrhotiques OUI



Des techniques mieux appropriées :
PCT et CMB, mais ...

OBESITE

Obésité = Excès de masse grasse

SURPOIDS ⇒ risques ++

OBESITE ⇒ risques +++

Danger ++ localisation abdominale

Le % de patients obèses à l'hôpital n'est pas connu...

Enquête CHU Limoges 2001 : 18 %
EPP HGE 2007 : 17 %

A domicile :

- environ 12 % (adultes)
- environ 15 % (enfants)
- plus élevé chez les personnes âgées

OBESITE

diabète
dyslipidémies
NASH
ovaires polyk
tr fertilité

Maladies
Métaboliques

Maladies
cardio-vasculaires

angor
HTA

Risque syndrome
métabolique x 12

Atteintes
Respiratoires

dyspnée
apnées du
sommeil

OBESITE

Troubles
psychiques

Cancers

sein
utérus
colon

Atteintes
Rhumatologiques

arthrose
goutte

OBESITE

Patient

Le dépistage est
en 2 temps

Critères HAS ou PNNS

Critère de
Dénutrition
OUI

Critère de
Dénutrition
NON

Classement selon IMC et âge

Enfants

Âge <70

Âge >70

> la courbe du
carnet de santé

IMC 25-30
Surpoids

IMC > 30
OBESITE

IMC 27-30
Surpoids

IMC 30 à 35 : obésité « standard »

35 à 40 : obésité sévère

> 40 : obésité morbide

Possible intérêt tour de taille



Le codage en comorbidité valorise les séjours ... depuis avril 2009 !!!

Codages de l'obésité 2009

E6601	Obésité avec IMC ≥ 40 et < 50	niveau 2
E6602	Obésité avec IMC ≥ 50	niveau 3
E66112	Obésité médicamenteuse avec IMC ≥ 40 et < 50	niveau 2
E6612	Obésité médicamenteuse avec IMC > 50	niveau 3

Le niveau de valorisation maximal des séjours est de 4