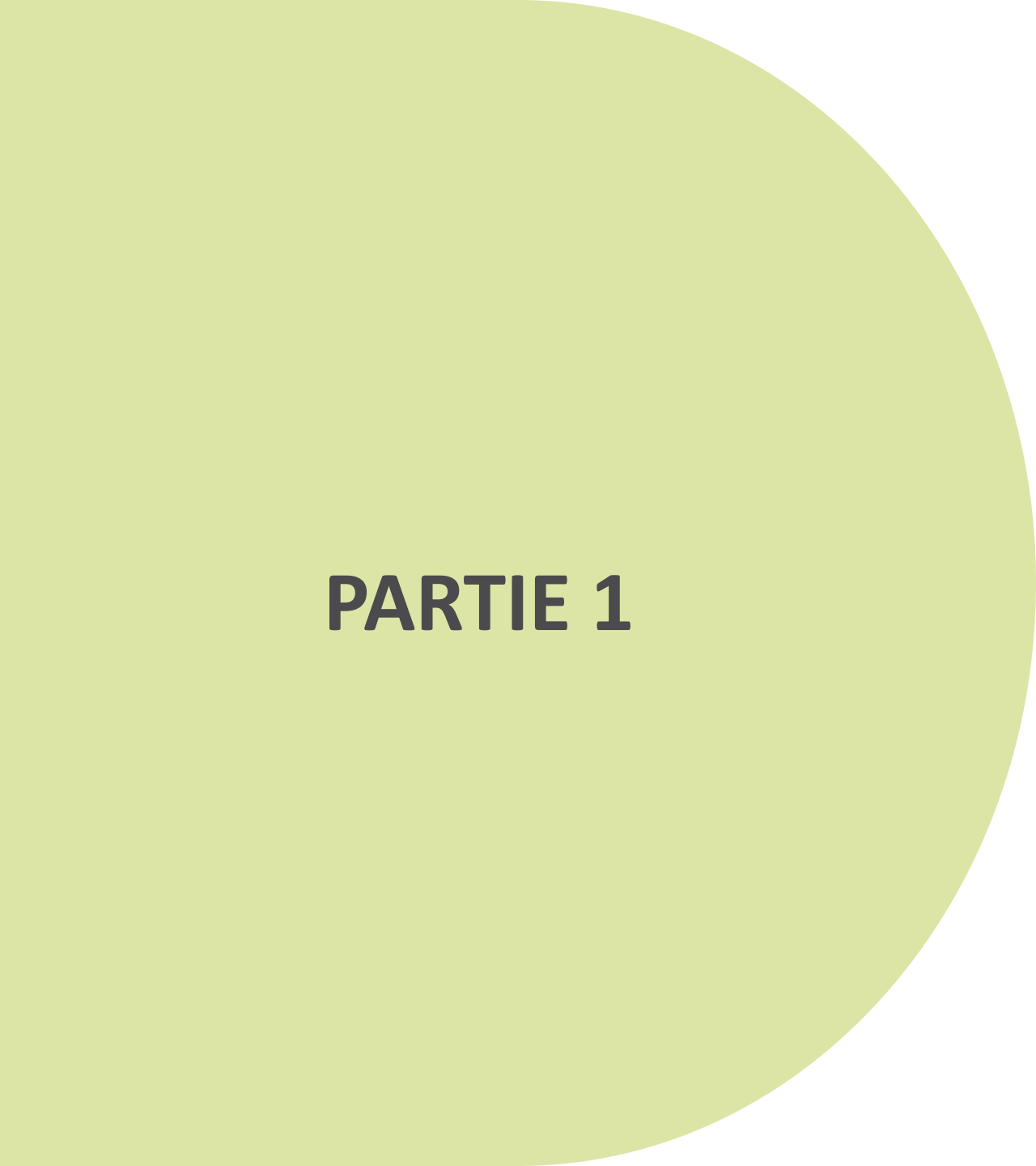




SUPPLÉMENTATION ORALE LORS DE DÉNUTRITION OU CACHEXIE

Demi-journée de formation continue – SNM – RHNe
28.03.2024

Sandrine Chappuis-Déforel
BSc, diététicienne ASDD - DIUE Nutrition clinique et
métabolisme



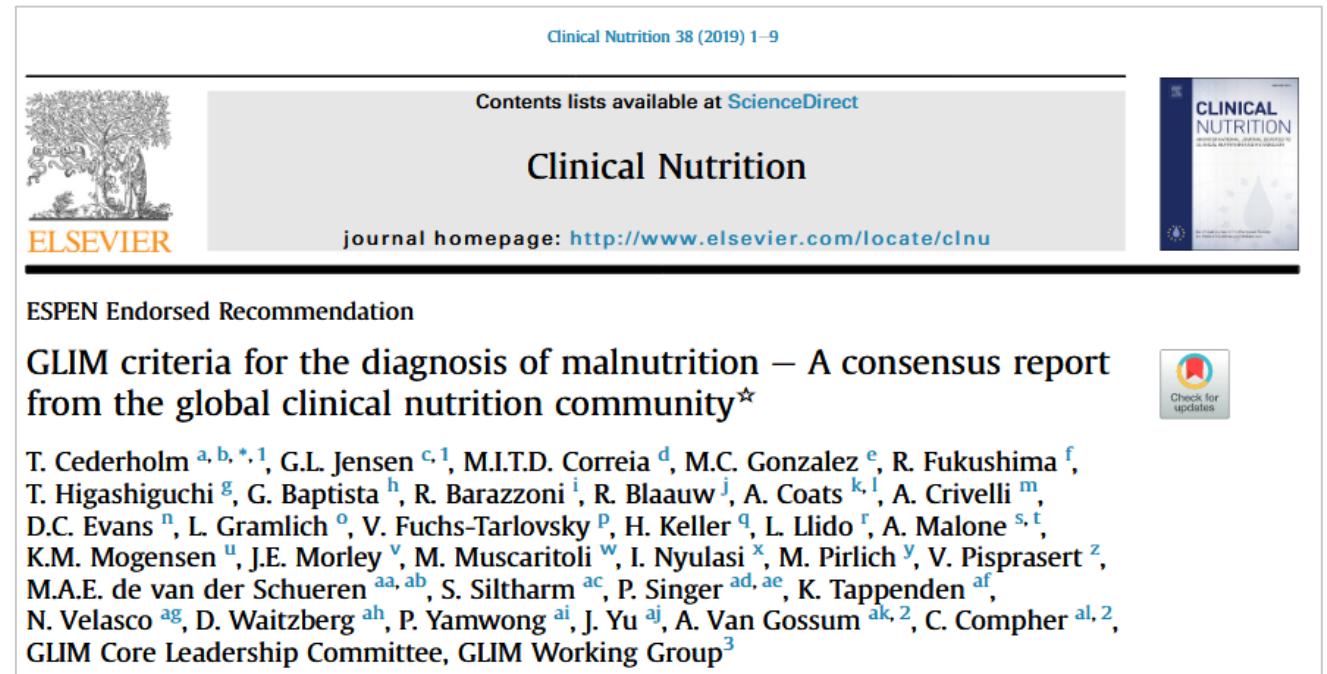
PARTIE 1

Dénutrition
Cachexie

DÉNUTRITION: CRITÈRES GLIM POUR LE DIAGNOSTIC MÉDICAL

Etapes:

1. Dépistage
2. Evaluation
 - Critères phénotypiques
 - Critères étiologiques
3. Diagnostic
4. Degré de sévérité



DIAGNOSTIC DE LA DÉNUTRITION

1

Étape 1 — DIAGNOSTIC DE LA DÉNUTRITION

Critères phénotypiques

au moins 1 critère



Critères étiologiques

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)



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'Evaluation 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 aiguë, chronique évolutive ou maligne évolutive)

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

2

Étape 2 — DÉTERMINATION DE LA SÉVÉRITÉ 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 $\text{albuminémie} \geq 30 \text{ g/l}$ (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



$\text{IMC} \leq 17 \text{ kg/m}^2$
 $\text{IMC} < 20 \text{ kg/m}^2$



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

IMC : Indice de masse corporelle



Adulte de 18 à 69 ans

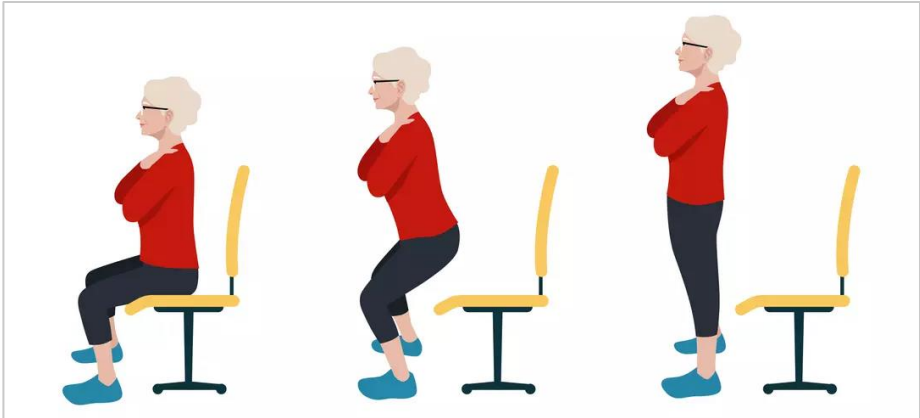


Personne de 70 ans et plus

EVALUATION DE LA MASSE MUSCULAIRE ET DE LA FORCE MUSCULAIRE

■ 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 lombaire) 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



■ 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

ALBUMINE ET PRÉALBUMINE: DERNIÈRE POSITION DE L'ASPEN

Elles ne définissent pas l'état nutritionnel.

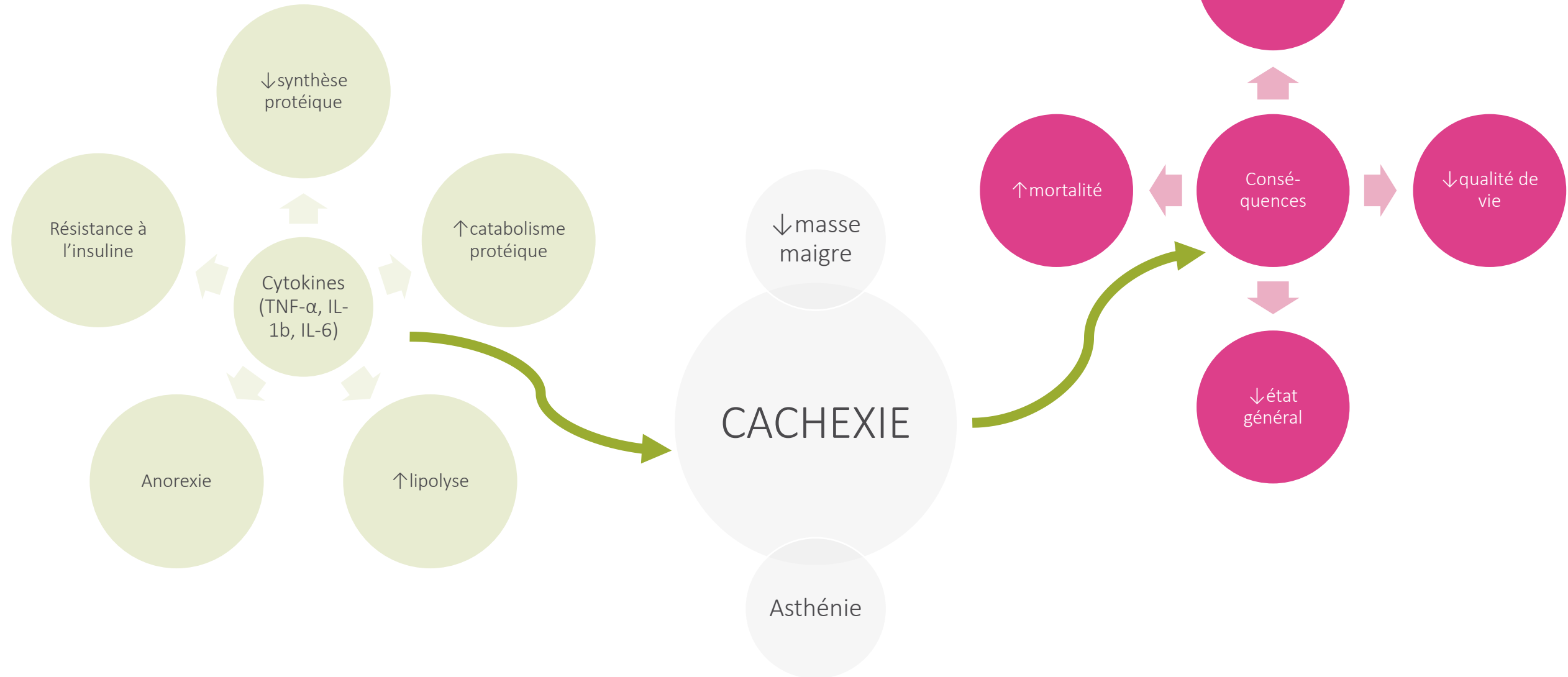
Sont des marqueurs de l'inflammation (état catabolique), associés au « risque nutritionnel ».

Le rôle de leurs taux sériques dans le contrôle de l'administration et de l'efficacité du soutien nutritionnel n'est pas encore défini. Leur normalisation **peut indiquer la résolution de l'inflammation, la réduction du risque nutritionnel, une transition vers l'anabolisme ou des besoins en calories et en protéines potentiellement plus faibles.**

Executive Summary

- Serum albumin and prealbumin are not components of currently accepted definitions of malnutrition.
- Serum albumin and prealbumin do not serve as valid proxy measures of total body protein or total muscle mass and should not be used as nutrition markers.
- The serum concentrations of albumin and prealbumin decline in the presence of inflammation, regardless of underlying nutrition status.
- Serum albumin and prealbumin declines must be recognized as inflammatory markers associated with "nutrition risk" in the context of nutrition assessment rather than with malnutrition per se. Nutrition risk is broadly defined as the risk of developing malnutrition and/or poor clinical outcomes if nutrition support is not provided.
- The role of serum albumin and prealbumin in monitoring delivery and efficacy of nutrition support remains undefined. Their normalization may indicate the resolution of inflammation, the reduction of nutrition risk, a transition to anabolism, or potentially lower calorie and protein requirements.

CACHEXIE CANCÉREUSE



EVOLUTION DE LA CACHEXIE

Pré-cachexie

Perte de poids $\leq 5\%$

Anorexie

Modifications métaboliques

Suivi nutritionnel et interventions précoces

Cachexie

Perte de poids $>5\%$ OU
IMC >20 + perte de poids $>2\%$

Réduction des apports
alimentaires

Inflammation systémique

Thérapie nutritionnelle adéquate

Cachexie réfractaire

Degré de cachexie variable

Maladie ne répondant pas au
traitement

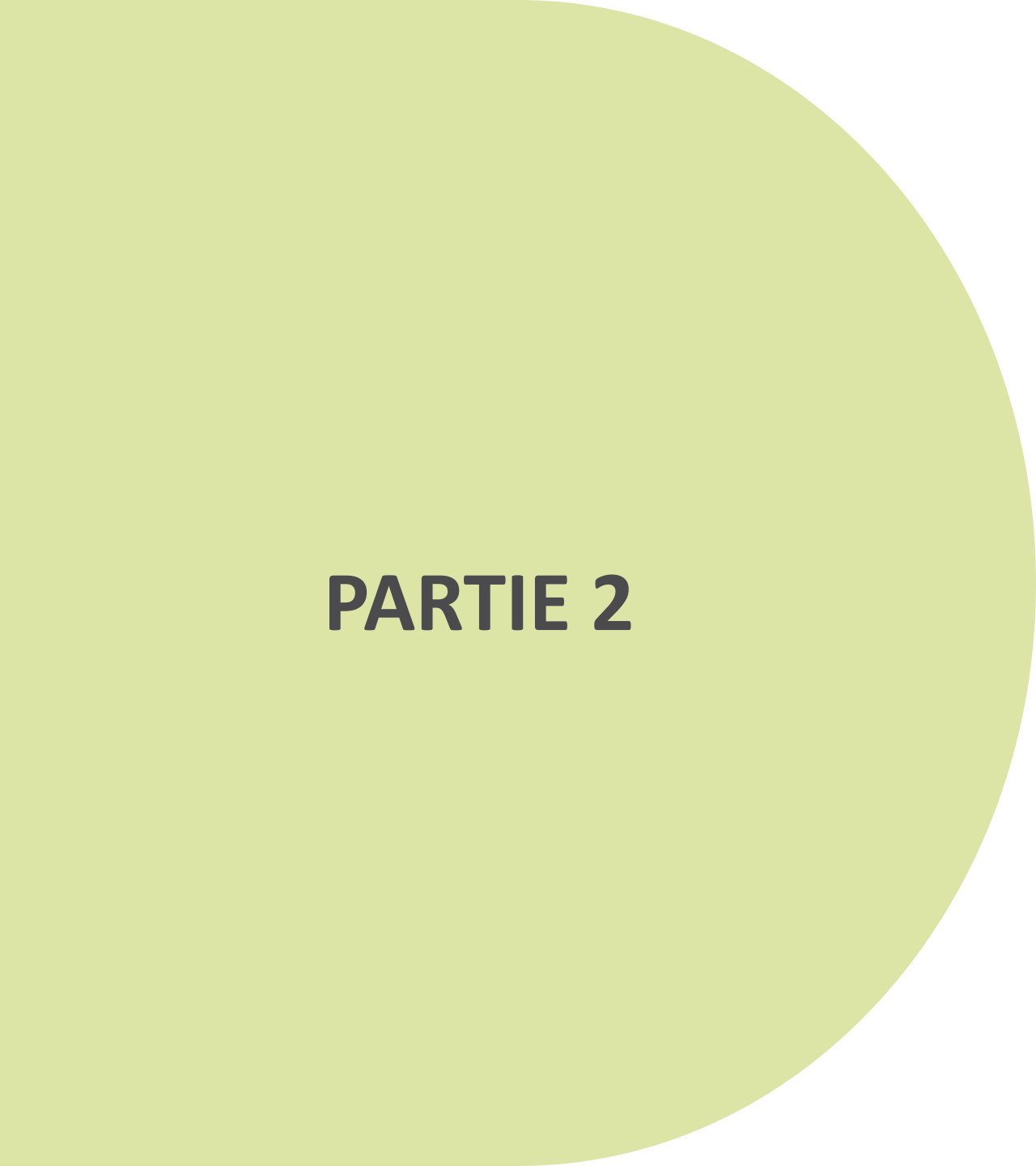
Espérance de vie <3 mois

Irréversible: visée palliative,
confort

Bon état nutritionnel

Décès

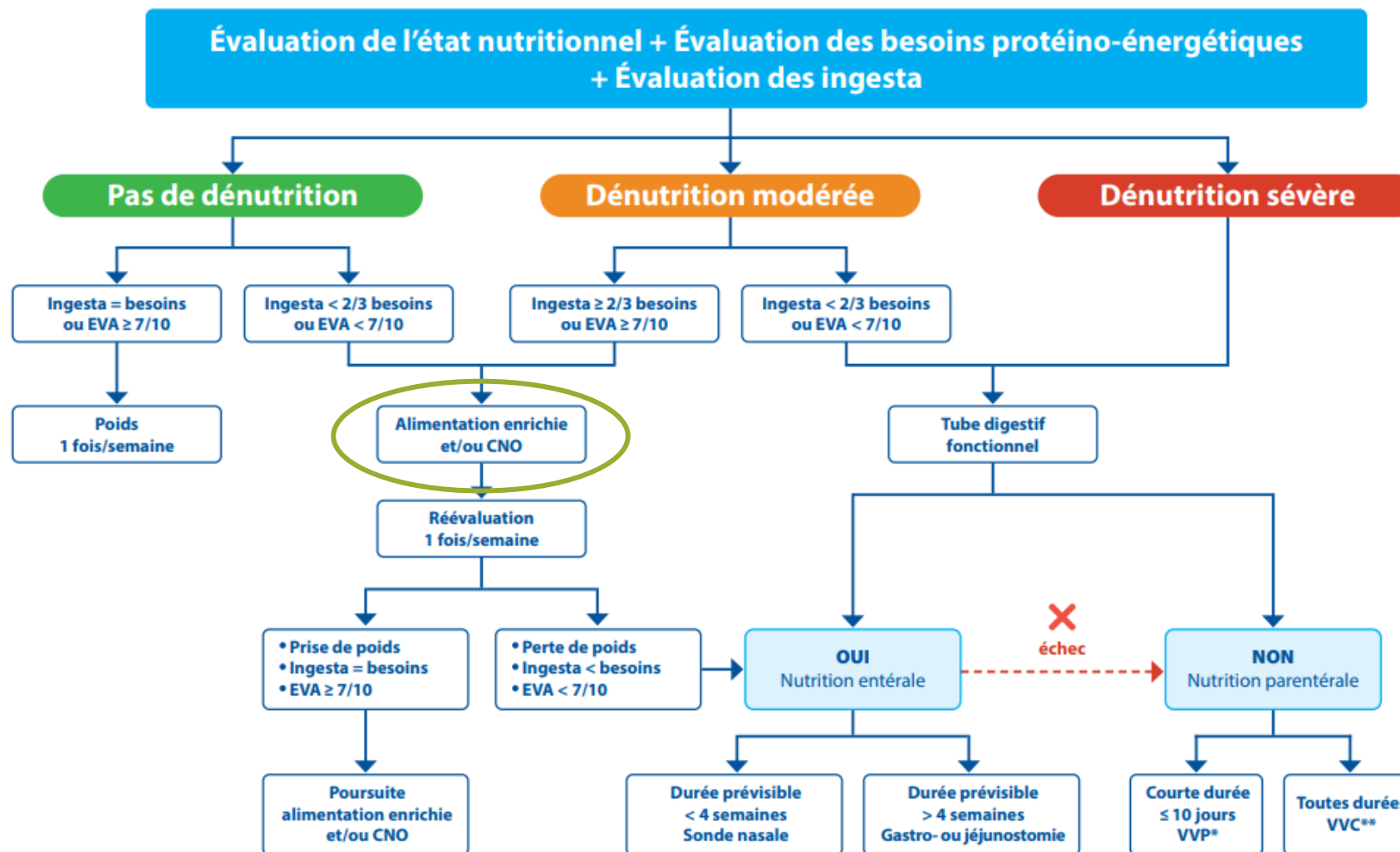
(ASDD, Fachgruppe Onkologie et al., s. d.)



PARTIE 2

Thérapie nutritionnelle

ARBRE DÉCISIONNEL DU SOIN NUTRITIONNEL



*Permet rarement de couvrir la totalité des besoins énergétiques

**Sauf PICC (peripherally inserted central catheter) : durée d'utilisation limitée à 6 mois

ESPEN: CLINICAL NUTRITION IN CANCER

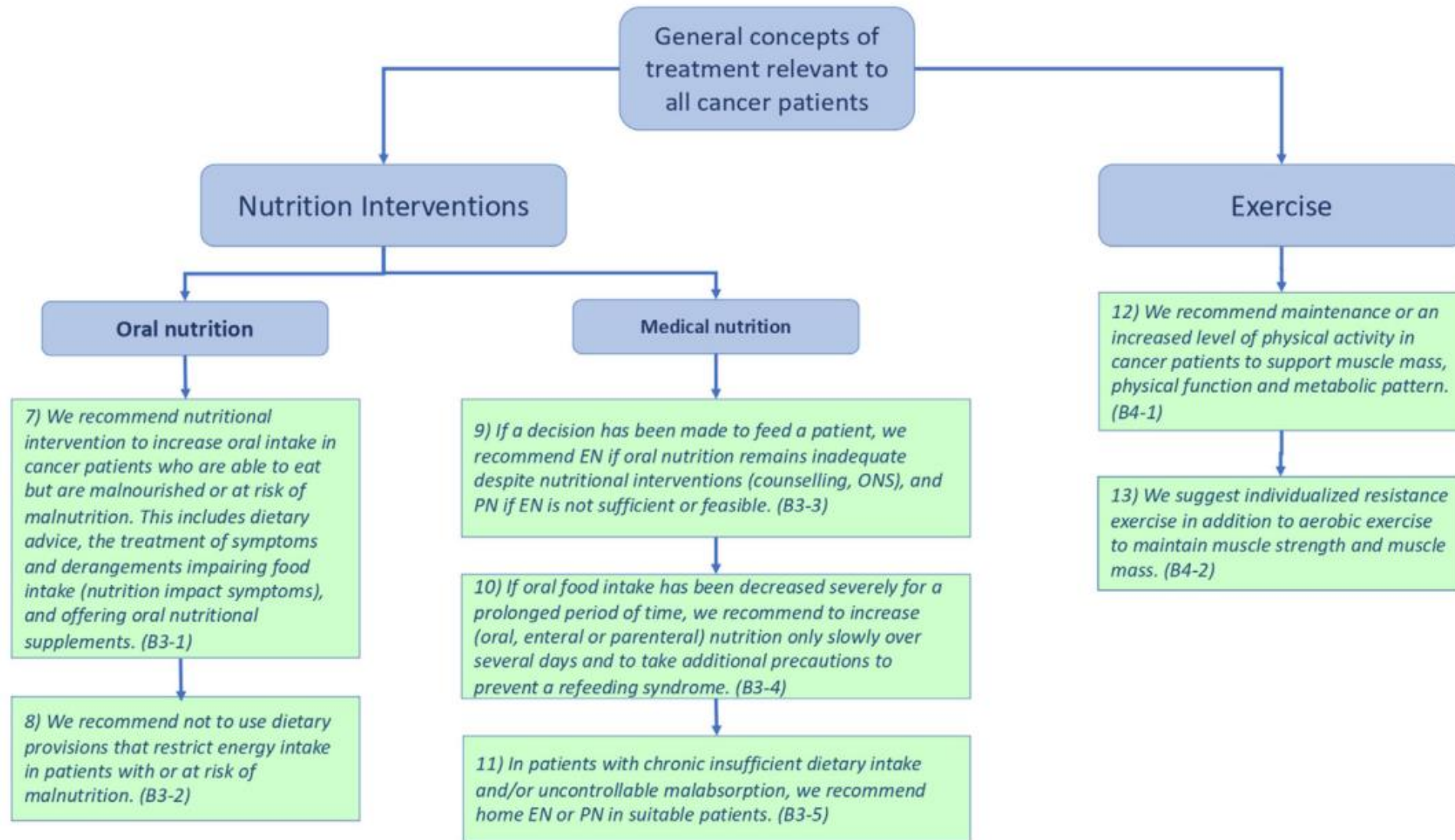


Fig. 3. General concepts of treatment relevant to all cancer patients: types of nutrition intervention; exercise.

(Muscaritoli et al., 2021)

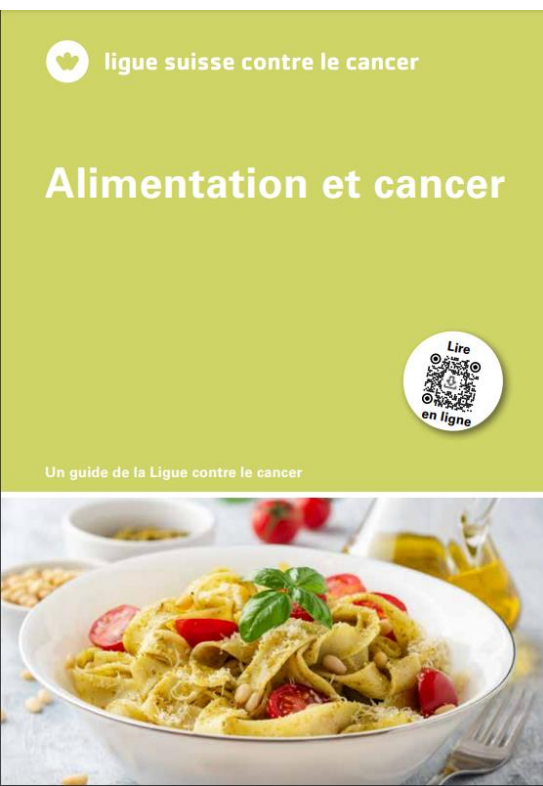
ENRICHISSEMENT / FRACTIONNEMENT

👉 Adapter la texture / chaud vs froid

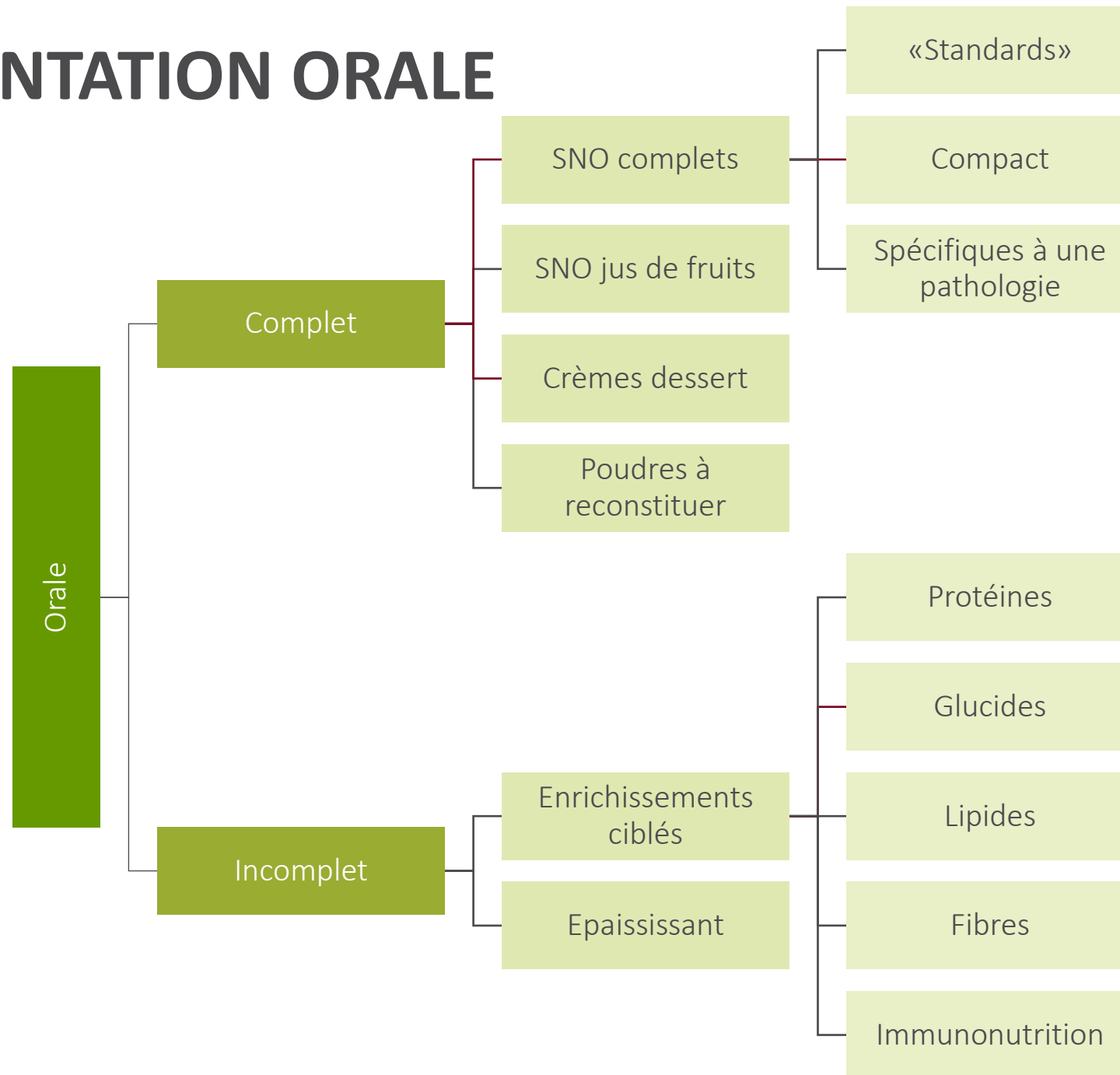
Réduire le volume 👉

👉 Augmenter le nombre de repas

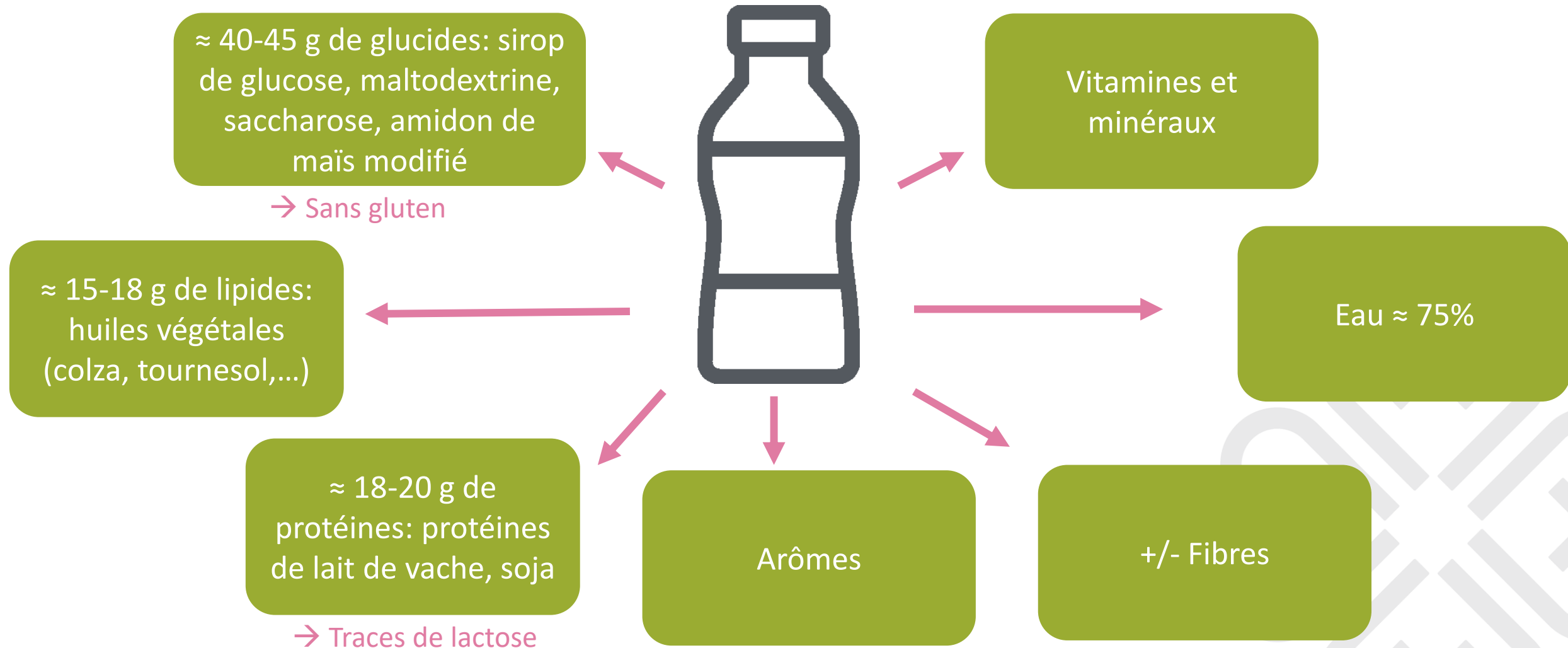
Augmenter la densité énergétique et protéique 👉



SUPPLÉMENTATION ORALE



300-400 KCAL DANS 200 ML : QUELLE COMPOSITION ?



DIFFÉRENTS TYPES



Hyper: 400-450 kcal
dont 17-28 g de prot



Jus de fruits: 300 kcal
dont 8-14 g de prot



Compact: 250-400 kcal
dont 18-20 g de prot



Crème: 200-250 kcal
dont 12 g de prot

→ 33 produits différents, soit 75 arômes différents disponibles en Suisse !

POUR LES PATHOLOGIES ET ALIMENTATIONS PARTICULIÈRES

→ Peu d'arômes disponibles, évaluer bénéfice / risque

- **Pédiatrie**: macro- et micro-nutriments adaptés à leurs besoins
- **Malabsorption**: produits semi-élémentaires
- **Diabète** : teneur en glucides adaptée, riche en fibres
- **Pathologies rénales** : quantité de protéines adaptée en cas d'IRC non dialysée, teneur en minéraux adaptée
- **Obésité sarcopénique** : enrichis en Ca, vit. D, leucine
- Enrichis en oméga-3, EPA/DHA (oncologie, pathologie chronique p.ex.)

INTÉRÊTS DES SNO

Prise pondérale de
1.8%, jusqu'à 4.7% si
BMI < 20 kg / m²

↑ des apports
énergétiques
de 67 %

Diminution des
infections

Amélioration des
capacités
fonctionnelles

Diminution des
chutes et limitations
fonctionnelles

Amélioration de la
qualité de vie

Diminution des
hospitalisations de
16.5 %, tous patients
ambulatoires confondus

Diminution des coûts de
santé globaux (9.2 %
pour une utilisation de
< 3 mois)



REMBOURSEMENT DES SNO

- Produits complets (macro-et micro-nutriments)
- Via la LAMal
- Si indications ci-contre
- Si perte de poids



Poudres épaississantes
remboursées (lima,
ordonnance standard)

5. Indications médicales pour l'alimentation artificielle (cocher s.v.p.)

Diagnostic principal: (code CIM):		← Indiquer seulement le code CIM
Origine anatomique		
Occlusion intestinale chronique (iléus chronique)		☐
Fistules à haut débit		☐
Sténoses inopérables de l'œsophage et de l'estomac		☐
Fistules gastro-intestinales et entérocutanées		☐
Syndrome de l'intestin court		☐
Malformations		☐
Origine neurologique		
Paralysie cérébrale		☐
Attaque cérébro-vasculaire		☐
Maladies dégénératives du système nerveux central		☐
Troubles des organes de la mastication et de la déglutition		☐
Origine organique		
Foie, cœur, poumon, reins		☐
Pancréas		☐
Tumeur maligne		☐
Infections chroniques		
Polyarthrite chronique		☐
Endocardite		☐
VIH / SIDA		☐
Tuberculose		☐
Indications spéciales		
Troubles graves de malabsorption et diarrhées sévères		☐
Troubles de la motilité intestinale		☐
Fibrose kystique		☐
Entérite radique		☐
Anorexie mentale		☐
Maladies intestinales inflammatoires chroniques (maladie de Crohn, colite ulcéreuse)		☐
Troubles congénitaux du métabolisme		☐

RÔLES DU·DE LA DIÉTÉTICIEN·NE

- Evaluation nutritionnelle et formulation de diagnostics nutritionnels
- Intervention nutritionnelle :
 - Conseils adaptés, objectifs, priorités
 - Education thérapeutique
 - Mise en place d'une thérapie nutritionnelle (enrichissement, SNO, poudres, NE, NP...)
 - Coordination des soins en nutrition (collaboration interdisciplinaire)



Schweizerischer Verband
der Ernährungsfachpersonen
Association suisse
des diététicien·ne·s
Associazione Svizzera
delle dieteiste



PRESCRIPTION DIÉTÉTIQUE (selon l'art 9b OPAS)

Données personnelles du/de la patient·e

Nom
Prénom ☐ m ☐ f
Date de naissance
Rue
NPA/Lieu
Tél. privé
Employeur
Tél. prof.
Assureur-maladie
N° d'assuré(e) / AVS
☐ Maladie ☐ Accident ☐ Invalidité
Nombre de consultations

Adresse du/de la médecin responsable



Adresse du/de la diététicien·ne



Maladie

- ☐ Troubles du métabolisme
- ☐ Obésité (IMC ≥ 30 kg/m²)
- ☐ Surpoids (IMC ≥ 25 kg/m²), associé à une affection secondaire, sur laquelle la perte de poids peut avoir une influence favorable
- ☐ Obésité des enfants et adolescents (indice de masse corporelle $> 97^{\text{e}}$ percentile). Ou indice de masse corporelle $> 90^{\text{e}}$ percentile et maladies concomitantes causées par le surpoids ou combinées à ce dernier, selon l'annexe 1, chapitre 4 OPAS
 - ☐ 1. Thérapie individuelle (max. 6 consultations dans l'intervalle de 6 mois)
 - ☐ 2. Traitement multi-professionnel structuré individuel (MSIT)
- ☐ Maladies cardio-vasculaires
- ☐ Maladies du système digestif
- ☐ Maladies des reins
- ☐ Etats de malnutrition ou de dénutrition
- ☐ Allergies alimentaires ou réactions allergiques dues à l'alimentation

LE PATIENT: PARTENAIRE INDISSOCIABLE DE LA THÉRAPIE

- « **L'information** du malade et de son entourage doit être précise et détaillée, sur les différentes options, les aspects techniques, mais aussi sur les conditions « du mourir », les modalités de réalisation de la nutrition artificielle;
- La notion de **temporalité** doit être analysée et réfléchie pour chacun des acteurs, tenant compte de chaque vécu, passé, présent, futur?
- Discerner le bon, le juste, le bien;
- La place des **traitements**, du soin, du « prendre soin » doit être positionnée. »



RÉÉVALUATION

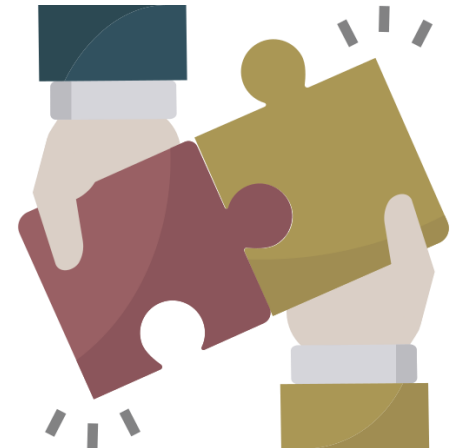


Collaboration interpro

Labo peu utile (sauf SRI, NE/NP au long court)



- Compliance et tolérance à la thérapie nutritionnelle
- Ingestas vs besoins
- Poids / BMI
- Force musculaire
- Capacités AVQ
- Etat général, qualité de vie



TAKE HOME MESSAGES

Cachexie cancéreuse: agir le plus rapidement possible, **avant une perte de poids de 5%**

Supplémentation orale avec bonne compliance (= 2 x 200ml / jour) permet d'atteindre jusqu'à **800-900 kcal** dont 40-50 g de protéines (40-50% des besoins)

Priorité 1 pour le choix de la supplémentation: **compliance du patient**

Combiner la supplémentation avec une **adaptation de l'alimentation orale** (conseils diététiques)

Intégrer le patient et son entourage dans la réflexion et le choix de la thérapie nutritionnelle, avec un objectif commun et clair

BIBLIOGRAPHIE

ASDD, Fachgruppe Onkologie, Société Suisse d'Oncologie Médicale, Krebsliga, Soins en Oncologie Suisse, & Société Suisse de Nutrition Clinique. (s. d.). *Dépistage de la dénutrition en oncologie ambulatoire*.

Ballmer, P. E., Meier, R., Moeltgen, C., & Rühlin, M. (2013). *Directives de la SSNC sur Home Care, Nutrition artificielle à domicile*.

https://www.geskes.ch/fr/PortalData/1/Resourcen/dokumente/homecare/Directives_de_la_SSNC-Nutrition_artificielle_domicile-RevJanv2013_tradLSA_RR.pdf

Cederholm, T., Jensen, G. L., Higashiguchi, T., Baptista, G., Barazzoni, R., Blaauw, R., Coats, A., Crivelli, A., Evans, D. C., Gramlich, L., Fuchs-Tarlovsky, V., Keller, H., Llido, L., Malone, A., Mogensen, K. M., Morley, J. E., Muscaritoli, M., Nyulasi, I., Pirlich, M., & Pisprasert, V. (2019). GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition e A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clinical Nutrition*, 39, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.08.002>

Comité Educationnel et de Pratique Clinique de la SFNCM. (2021). *Dénutrition chez l'adulte de 18 à 69 ans et la personne de 70 ans et plus. Diagnostic, prise en charge et surveillance*.

https://www.sfnm.org/images/stories/Outils/SFNCM_Fiche_denutrition_adulte_A5_HD.pdf

Evans, D. C., Corkins, M. R., Malone, A., Miller, S., Mogensen, K. M., Guenter, P., Jensen, G. L., & the ASPEN Malnutrition Committee. (2021). The Use of Visceral Proteins as Nutrition Markers : An ASPEN Position Paper. *Nutrition in Clinical Practice*, 36(1), 22-28. <https://doi.org/10.1002/ncp.10588>

Gale, R. P. (2022). *Cachexie—Hématologie et oncologie*. Édition professionnelle du Manuel MSD. <https://www.msmanuals.com/fr/professional/h%C3%A9matologie-et-oncologie/principes-th%C3%A9rapeutiques-en-oncologie/cachexie>

Hôpitaux Universitaires de Genève & Ligue genevoise contre le cancer. (2013). *Nutrition et cancer. Vers un meilleur soin oncologique*.

https://www.hug.ch/sites/interhug/files/documents/cancer_nutrition.pdf

Muscaritoli, M., Arends, J., Bachmann, P., Baracos, V., Barthelemy, N., Bertz, H., Bozzetti, F., Hütterer, E., Isenring, E., Kaasa, S., Krznaric, Z., Laird, B., Larsson, M., Laviano, A., Mühlebach, S., Oldervoll, L., Ravasco, P., Solheim, T. S., Strasser, F., ... Bischoff, S. C. (2021). ESPEN practical guideline : Clinical Nutrition in cancer. *Clinical Nutrition*, 40(5), 2898-2913. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.02.005>

Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolisme. (2014). *Guide de bonnes pratiques de nutrition artificielle à domicile*. SFNEP.

Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolisme. (2016). *Traité de Nutrition Clinique*. SFNEP.

Volkert, D., Beck, A. M., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Goisser, S., Hooper, L., Kiesswetter, E., Maggio, M., Raynaud-Simon, A., Sieber, C. C., Sobotka, L., van Asselt, D., Wirth, R., & Bischoff, S. C. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition*, 38(1), 10-47. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.05.024>

032 552 05 55
info@axelcare.ch

SUIVI NUTRITION PATIENT-E-S, LE CO NOTRE ACTIVIT

AXELCARE EST UN HO
NIQUE. NOUS NOU
RITIONNEL DE PA
OMICILE, EN EMS

Il est de soutenir la qualité de vie
individualisée, adaptée aux besoins

Il met le bien-être du patient
au centre de toutes ses activités

AxelCare
Nutrition clinique à domicile

032 552 05 55
info@axelcare.ch

TROUBLES DE LA DÉGLUTITION

LA DÉGLUTITION PERMET LE PASSAGE DE
L'ALIMENTATION, DES BOISSONS ET DE LA
SALIVE, DEPUIS LA BOUCHE JUSQU'À
L'ESTOMAC TOUT EN PROTÉGANT LES VOIES
RESPIRATOIRES.

Ce phénomène complexe requiert le bon fonctionnement
simultané de plusieurs groupes musculaires, tous sous
contrôle nerveux, et ne dure que quelques secondes.



ENSURE PLUS



FORTHELEXTA



FIBRE

Ensure Plus	Forthelexta	Fibre
Chocolat, Fraîche, Fruits des Forêts, Vanille	Chocolat, Fraîche, Fruits des Forêts, Vanille	Sauvignon, Orange
200 ml	200 ml	200 ml
200 ml	200 ml	200 ml
Assort	Nutris	Protein
Choc	Choc	Choc
240 Adulte	240 Adulte	240
Standard	Standard	Standard

Ensure Plus	Forthelexta	Fibre
100	160	
9.3	9.8	
0.04	0.04	
6.9	6.5	

Prochain webinaire «Dénutrition, les
points essentiels pour le médecin de
famille», jeudi 31.10.24, 12h30-13h30

AxelCare

RETROUVEZ-NOUS SUR axelcare.ch

AxelCare SA

Chapons-des-Prés 9b

2022 Bevaix

032 552 05 55 - info@axelcare.ch