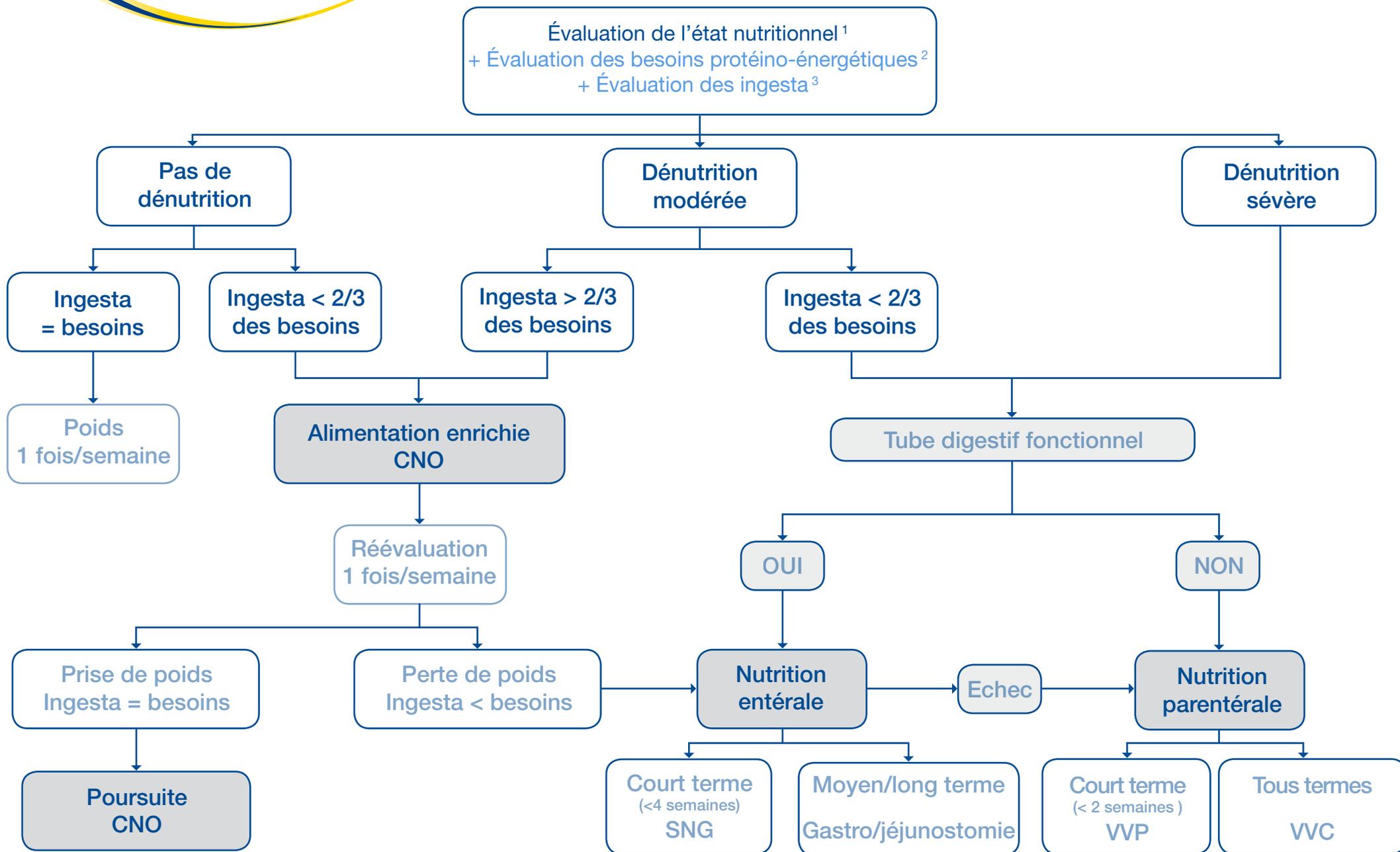


# Arbre décisionnel du soin nutritionnel



**<sup>1</sup> Une dénutrition doit être évoquée sur la présence d'un ou plusieurs des critères cliniques ou biologiques suivants :**

	Âge < 70 ans		Âge ≥ 70 ans	
	Dénutrition modérée	Dénutrition sévère	Dénutrition modérée	Dénutrition sévère
Perte de poids	≥ 5 % en 1 mois ≥ 10% en 6 mois	≥ 10 % en 1 mois ≥ 15% en 6 mois	≥ 5 % en 1 mois ≥ 10% en 6 mois	≥ 10 % en 1 mois ≥ 15% en 6 mois
IMC (P/T <sup>2</sup> )	≤ 18,5	≤ 16	< 21	< 18
Albumine	< 30 g/l	< 20 g/l	< 35 g/l	< 30 g/l
Mini Nutritional Assessment	-		≤ 17 (/30)	-

**<sup>2</sup> Chez le sujet malade, les besoins énergétiques sont estimés à partir de la Dépense Énergétique de Repos (DER) à laquelle on applique un (des) facteur(s) de correction correspondant(s) à un niveau d'agression et à un niveau d'activité physique. L'évaluation des besoins énergétiques quotidiens se fait en 3 étapes :**

**Etape 1 :** estimation de la DER en kcal/j à partir des équations de Harris et Bénédic

Homme (kcal/j) = 77, 607 + [13,707 x P] + [4,923 x T] – [6,673 x A]

Femme (kcal/j) = 667, 051 + [9,740 x P] + [1,729 x T] – [4,737 x A]

P = Poids en kg ; T = taille en cm ; A = âge en années

**Etape 2 :** intégration du niveau d'agression = DER x facteur d'agression

Agression	Facteur	Agression	Facteur
fièvre par °C au dessus de 37°C	1,1	polytraumatisme	1,2-1,5
cancer évolutif, chirurgie mineure	1,2-1,3	brûlures (selon étendue)	1,3-2,1
sepsis (selon gravité)	1,2-1,7	radiochimiothérapie, dénutrition	1,2-1,3
fractures multiples	1,1-1,3		

**Etape 3 :** intégration de l'activité physique pour avoir les besoins énergétiques totaux

Besoins énergétiques totaux = valeur de l'étape 2 x facteur d'activité

Activité physique	Facteur	Activité physique	Facteur
alité	1,1	ambulatoire, à activité modérée	1,4-1,6
hospitalisé non alité	1,2	sous sédation	0,8-1

En pratique, **les besoins énergétiques quotidiens des malades** se situent entre **25 et 35 kcal/kg/j** (jusqu'à 40-45 kcal/kg/j oraux + entéraux dans les pathologies chroniques avec dénutrition sévère, en suites d'agression aiguë et en cas de malabsorption).

**Chez le sujet dénutri, il faut utiliser le poids actuel** car prendre en compte le poids habituel ou le poids idéal peut conduire à surévaluer les besoins et exposer le sujet à syndrome de renutrition inappropriée.

**Chez le sujet obèse (IMC > 30),** prendre en compte le poids actuel conduit à une surestimation des besoins réels et prendre en compte le poids idéal risque de conduire à une sous-alimentation. **Idéalement** chez ces patients il faut **mesurer la DER** par calorimétrie indirecte. **En pratique,** on propose **20 kcal/kg de poids actuel /j.**

Les besoins protéiques sont compris entre **1-1,2 g/kg/j et 1,8 g/kg/j (soit 0,16 à 0,35 g d'azote/kg/j) selon le niveau d'agression et l'hypercatabolisme.** Des apports protéiques au-delà de 2 g/kg/j sont inutiles.

**<sup>3</sup> L'évaluation des ingesta est faite au mieux par le (la) diététicien(ne), à partir d'un rappel des 24h ou mieux d'un relevé alimentaire sur 3 jours qui doit être mis en place rapidement dès l'entrée en hospitalisation si le malade présente des signes évidents de dénutrition ou dans les jours suivants si la simple surveillance des plateaux montre un défaut de consommation.**