

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte

Fiche outil

Novembre 2019

MESSAGES CLÉS

- La dénutrition est un problème majeur de santé publique qui concerne plus de 2 millions de personnes en France¹.
- Le diagnostic de dénutrition est exclusivement clinique ; il repose sur l'association d'un critère phénotypique et d'un critère étiologique chez l'enfant comme chez l'adulte.
- L'albuminémie n'est pas un critère diagnostique ; c'est un critère de sévérité de la dénutrition.
- Le poids doit être mesuré à chaque consultation et/ou hospitalisation et renseigné dans le dossier médical.
- Un indice de masse corporelle (IMC) normal ou élevé n'exclut pas la possibilité d'une dénutrition (ex. : une personne en surpoids ou obèse peut être dénutrie).
- Depuis avril 2018, de nouvelles courbes d'IMC pour les enfants s'appliquent au diagnostic de la dénutrition².
- Le seuil d'IMC pour le diagnostic de dénutrition chez la personne âgée reste à 21, conformément aux recommandations de 2007 (qui seront prochainement révisées).

1. Vie de la SFNEP. Lettre du Président : Un train peut en cacher un autre. Nutrition clinique et métabolisme 29 (2015) 65–66.

2. Nouvelles courbes d'IMC d'avril 2018 : courbes AFPA – CRESS/INSERM – CompuGroup Medical, 2018 : cress-umr1153.fr/index.php/courbes-carnet-de-sante.

DIAGNOSTIC DE LA DÉNUTRITION DE L'ENFANT (< 18 ANS)

Une dénutrition est-elle présente ?

Critères pour le diagnostic de dénutrition : présence d'au moins 1 critère phénotypique et 1 critère étiologique.

Critères phénotypiques (1 seul critère suffit)

- Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou perte $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- IMC < courbe IOTF 18,5³.
- Stagnation pondérale aboutissant à un poids situé 2 couloirs en dessous du couloir habituel (courbe de poids)⁴.
- Réduction de la masse musculaire et/ou de la fonction musculaire (lorsque les normes et/ou les outils sont disponibles).

Critères étiologiques (1 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.

OUI

NON

Dénutrition modérée (1 seul critère suffit)

- Courbe IOTF 17 < IMC < courbe IOTF 18,5³.
- Perte de poids $\geq 5\%$ et $\leq 10\%$ en 1 mois ou $> 10\%$ et $\leq 15\%$ en 6 mois par rapport au poids antérieur.
- Stagnation pondérale aboutissant à un poids situé entre 2 et 3 couloirs en dessous du couloir habituel.

Dénutrition sévère (1 seul critère suffit)

- IMC \leq courbe IOTF 17³.
- Perte de poids $> 10\%$ en 1 mois ou $> 15\%$ en 6 mois par rapport au poids antérieur.
- Stagnation pondérale aboutissant à un poids situé au moins 3 couloirs en dessous du couloir habituel.
- Infléchissement statural (avec perte d'au moins 1 couloir par rapport à la taille habituelle).

Enfant non dénutri

- En ambulatoire :
réévaluation à chaque consultation.
- En cas d'hospitalisation :
réévaluation une fois par semaine.

Un seul critère de dénutrition sévère prime sur un ou plusieurs critères de dénutrition modérée.

Prise en charge nutritionnelle de tout enfant dénutri à adapter selon le degré de sévérité de la dénutrition

Surveillance de l'évolution de l'état nutritionnel et adaptation de la prise en charge d'un enfant dénutri

- En ambulatoire : *réévaluation systématiquement dans le mois suivant la dernière évaluation.*
- En cas d'hospitalisation : *réévaluation au moins une fois par semaine.*

3. Courbes disponibles sur le site : cress-umr1153.fr/index.php/courbes-carnet-de-sante.

Après 2 ans : courbes de l'International Obesity Task Force (IOTF). Cole TJ, Lobstein T. Pediatric Obesity 2012.

Avant 2 ans : courbes actualisées à partir de données anthropométriques d'enfants nés avec un poids $> 2\,500\text{ g}$ et suivis par des médecins de France métropolitaine. Courbes établies par l'AFFA – CRESS/INSERM – CompuGroup Medical, 2018.

Les courbes de l'IOTF sont celles préconisées par le plan national Nutrition Santé pour la surveillance de l'IMC des enfants. Cependant, l'IOTF ne propose pas de courbes d'IMC avant 2 ans ; les courbes de l'IOTF ont été prolongées par les courbes « AFFA - CRESS/Inserm - CompuGroup Medical 2018 » sur cette tranche d'âge.

4. Couloir habituel = couloir habituel de croissance pondérale de l'enfant ou de référence pour des pathologies spécifiques (trisomie 21, myopathie, etc.).

DIAGNOSTIC DE LA DÉNUTRITION DE L'ADULTE

Une dénutrition est-elle présente ?

Critères pour le diagnostic de dénutrition : présence d'au moins 1 critère phénotypique et 1 critère étiologique.

Critères phénotypiques (1 seul critère suffit)

- 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 $< 18,5 \text{ kg/m}^2$.
- Réduction quantifiée de la masse musculaire et/ou de la fonction musculaire (cf. texte de la recommandation).

Critères étiologiques (1 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.

OUI

NON

Dénutrition modérée (1 seul critère suffit)

- $17 < \text{IMC} < 18,5 \text{ kg/m}^2$.
- 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.
- Albuminémie* $> 30 \text{ g/L}$ et $< 35 \text{ g/L}$.

Dénutrition sévère (1 seul critère suffit)

- $\text{IMC} \leq 17 \text{ kg/m}^2$.
- 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.
- Albuminémie* $\leq 30 \text{ g/L}$.

Patient non dénutri

- En ambulatoire :
réévaluation à chaque consultation.
- En cas d'hospitalisation :
 - en MCO : *réévaluation une fois par semaine ;*
 - en SSR : *réévaluation toutes les 2 semaines.*

Un seul critère de dénutrition sévère prime sur un ou plusieurs critères de dénutrition modérée.

* Mesure de l'albuminémie par immunonéphélométrie ou immunoturbidimétrie. Les seuils d'albuminémie sont à prendre en compte quel que soit l'état inflammatoire.

Prise en charge nutritionnelle de tout patient dénutri à adapter selon le degré de sévérité de la dénutrition

Surveillance de l'évolution de l'état nutritionnel et adaptation de la prise en charge du patient dénutri

- En ambulatoire : *réévaluation systématiquement dans les 3 mois suivant la dernière évaluation.*
- En cas d'hospitalisation : *réévaluation au moins une fois par semaine.*
- Lors des consultations de suivi après une hospitalisation, notamment au cours des affections de longue durée (ALD) : *réévaluer systématiquement l'état nutritionnel d'un patient dénutri.*

DIAGNOSTIC DE LA DÉNUTRITION DE LA PERSONNE ÂGÉE⁵

Une dénutrition est-elle présente ?

Critères pour le diagnostic de dénutrition : présence d'au moins 1 critère phénotypique. Il n'y a pas de critère étiologique.

Critères phénotypiques (1 seul critère suffit)

- Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois.
- IMC $< 21 \text{ kg/m}^2$.
- Albuminémie $< 35 \text{ g/L}$.
- MNA* global < 17 .

* Questionnaire Mini Nutritional Assessment

OUI

NON

Dénutrition sévère (1 seul critère suffit)

- IMC $< 18 \text{ kg/m}^2$.
- Perte de poids $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois.
- Albuminémie $< 30 \text{ g/L}$.

Patient non dénutri

- En ambulatoire : *réévaluation au moins une fois par an.*
- *Réévaluation une fois par mois en institution.*
- *Réévaluation lors de chaque hospitalisation.*

Prise en charge nutritionnelle de tout patient dénutri à adapter selon le degré de sévérité de la dénutrition

Il est recommandé, parallèlement à toute prise en charge nutritionnelle, de corriger les facteurs de risque identifiés, en proposant :

- une aide technique ou humaine pour l'alimentation ;
- des soins bucco-dentaires ;
- une réévaluation de la pertinence des médicaments et des régimes ;
- une prise en charge des pathologies sous-jacentes.

La prise en charge nutritionnelle est d'autant plus efficace qu'elle est mise en œuvre précocement.

5. Haute Autorité de santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denutrition_personne_agee_2007_-_recommandations.pdf