



La nutrition artificielle et le syndrome de renutrition inappropriée

Présentation d'un cas concret

*Valentine Delacroix – Diététicienne au CHRU de Besançon (services
d'oncologie et ORL / CMF) , Membre du groupe Nutrition et Cancer BFC*



Cas Clinique Mme C

Motif de consultation

- Maintien à domicile difficile avec chute à domicile
- Asthénie
- Anorexie totale

Antécédents

- AVP en 2011
- Cardiopathie ischémique et hypertensive
- Prothèse totale de la hanche gauche

Contexte oncologique

- Cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) avec métastases cérébrales
- Diagnostiquée en Novembre 2023

Traitements en cours:

- Métastases cérébrales en cours de radiothérapie

Mode de vie

- 68 ans
- Retraitée
- Vit seule à domicile
- Pas d'aide

Motif de consultation: Mise en place d'une nutrition entérale par SNG



Entretien diététique

- Poids actuel: 36 kg, T: 1,56 m
- IMC: 14,8
- Poids habituel à 50 kg avant maladie soit une perte de 14 kg (28%) en 6 mois
- Appétit : 0/10
- Anorexie totale de grade 3 : la patiente prend seulement 1 complément liquide par jour
- Pas de dysphagie
- Pas de nausées ni de vomissements.
- Transit ralenti
- Biologie: Albumine 32, CRP froide



Diagnostic diététique

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



Réduction quantifiée de la **masse** et/ou de la **fonction musculaire** (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'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

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



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



$30 < \text{albuminémie} < 35 \text{ g/l}$

(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 $\leq 17 \text{ kg/m}^2$



Albuminémie $\leq 30 \text{ g/l}$

(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

**Conclusion : Dénutrition sévère traduite par l'IMC (14,8) et la perte de poids de 28% en 6 mois
=> Au vue des apports per-os faibles: Nécessité de la mise en place d'une nutrition artificielle**

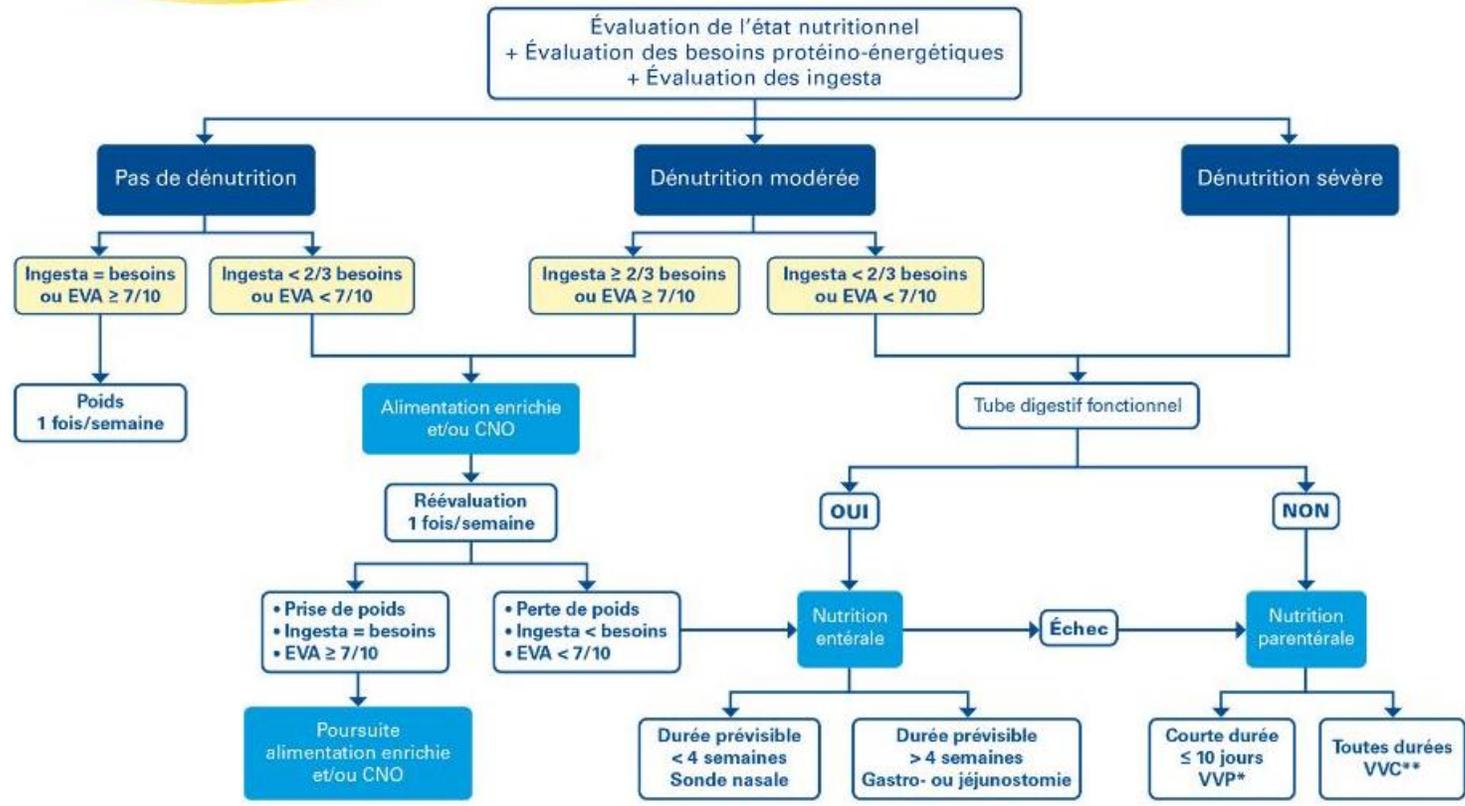


Quel support nutritionnel?

Arbre décisionnel
du soin nutritionnel



Article référent : C Bouteloup et al.
Nutr Clin Metabol 2014;28
www.sfncm.org
<http://em-consulte.com/revue/nutcli>





SYNDROME DE RENUTRITION INAPPROPRIÉ (SRI)

Définition

Ensemble des manifestations adverses cliniques et biologiques observées à la renutrition, par voie orale, entérale ou parentérale, de patients dénutris ou ayant subi un jeûne ou une restriction alimentaire prolongée





Identifier les facteurs de risque de SRI définis par le NICE⁸

Toutes les pathologies sont concernées, d'où l'importance de l'évaluation nutritionnelle itérative.

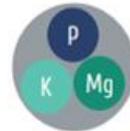
Soit 1 critère majeur

IMC < 16 kg/m²

Perte de poids involontaire > 15 %
au cours des 3 à 6 derniers mois

Forte réduction ou absence de l'apport
nutritionnel depuis plus de 10 jours

Faible concentration sérique de
magnésium, phosphate ou potassium
avant le début de la renutrition



Soit au moins 2 critères mineurs

IMC < 18,5 kg/m²

Perte de poids involontaire > 10 %
au cours des 3 à 6 derniers mois

Forte réduction ou absence de l'apport
nutritionnel depuis plus de 5 jours

Alcoolisme chronique ou utilisation des
médicaments suivants : insuline, agents
chimiothérapeutiques, antiacides ou
diurétiques





Protocole de nutrition entérale et surveillance biologique

- Bilan biologique avec Phosphore et Magnésium
- Besoins:
 - Energie: 35 à 40 kcal/kg/j = 1260 kcal à 1440 kcal/j
 - Protéines: 1,2 g à 1,5 g/kg/j = 43 g à 54 g /j
 - Glucides : maximum 4 g/kg/j soit 144g max par jour

Bilan biologique en début de prise en charge (J1)

Ph: 0,6

Mg: 0,8

=> Hypo phosphorémie: PAS DE RENUTRITION

Sérum physiologique: 0,5 à 1 L /24 h selon les besoins d'hydratation extracellulaire

Supplémentation en phosphore: 2 ampoules de phocytan/j (perfusion)= 50 gouttes phosphoneuros(per-os)

Bilan biologique (J2):

Ph: 0,81 Mg: 0,8

- ⇒ Mise en charge de la SNG : **Renutrition prudente** avec surveillance quotidienne du phosphore pendant l'évolution du protocole.
- ⇒ Maintien de la supplémentation pendant toute la durée du protocole

PROGRAMME D'ALIMENTATION ENTÉRALE							
Exclusive : <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON (peut manger per-os) ± 300 Cal/j							
TYPE DE POMPE UTILISÉE : APPLIX				RÉFÉRENCE TUBULURE UTILISÉE : APPLIX			
DATES	J ₁	J ₂	J ₃	J ₄	J ₅	J ₆	Et jours suivants
CALORIES	250 Cal <i>300 Cal/j</i>	250	500 <i>1000 Cal/j</i>	500	500	750 <i>2100 Cal/j</i>	750 [1000 Cal.] <i>2800 Cal/j</i>
PRODUIT(S) UTILISÉ(S)	FREJUSI ORIGINAL					NUTRISON PROTEIN ENERGY	
EAU A RAJOUTER	1200 ML / POCHE A EAU / PAR SNG / JOUR (35 ml/kg/j, pas d'additifs)						
VOLUME PRODUIT	250 ml	250	500	500	500	500	500
DÉBIT (pompe à NE)	50 ml/h (sur SR)		70 ml/h (sur 7R)				
HORAIRE DES PRISES	<i>glucides:</i> 0,9g/kg/j	0,9g	1,9g	1,9g	1,9g	2,3g	2,3g (89,5g/j)
	<i>protéines:</i> 0,3g/kg/j	0,3g	0,5g	0,5g	0,5g	1g	1g (37,5g/j)
<input checked="" type="checkbox"/> Nocturne <input type="checkbox"/> Diurne <input type="checkbox"/> En continu	Injection de la NE la nuit pour laisser l'initiation à la patiente de s'alimenter par voie per-os la journée.						

Surveillance du phosphore et magnésium tous les jours pendant l'évolution du protocole avec supplémentation si nécessaire.

A terme: 750 ml de NUTRISON ENERGY (1125 kcal/j) et 1 complément (300 kcal) soit au total 1425 kcal /j

En cas d'intolérance digestive, diminuer d'abord le débit d'infusion et éviter le décubitus dorsal (inclinaison 30° minimum).

RECO
* glucides: maximum 4g/kg/j = 144g/j (tenir compte glucose par voie IV intraveineuse)
* protéines: 1,2 à 1,5g/kg/j = 47g/j maximum

