

Reconnaître et traiter la dénutrition

Anne-Catherine Barras, HFR

Plan

Diagnostique

- Diagnostique à partir de la définition
- Outils de dépistages : MNA et NRS
- Outil de diagnostique : GLIM
- Moyens diagnostiques
- Mesures masse maigre
- Mesure de la fonction musculaire
- Valeurs de laboratoire

et

Traitement

- Besoins nutritionnels
- Activités physique
- Algorithme de dépistage/traitement
- SNO
- Alimentation artificielle
- Pharmaconutrition
- Cas particulier de la démence

Diagnostique

Définition

Etat d'un organisme en déséquilibre nutritionnel, déséquilibre étant caractérisé par un bilan énergétique et/ou protéique négatif de manière non volontaire

Définition physiologique : perte de masse maigre

Signaux d'alarme = Facteurs de risque

Tableau I. Situations à risque de dénutrition chez la personne âgée
(Adapté de réf.³).

Psycho-socio-environnementales	Toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique	Traitements médicamenteux au long cours
<ul style="list-style-type: none"> • Isolement social • Deuil • Difficultés financières • Maltraitance • Hospitalisation • Changement des habitudes de vie: entrée en institution 	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur • Pathologie infectieuse • Fracture entraînant une impotence fonctionnelle • Intervention chirurgicale • Constipation sévère • Escarres 	<ul style="list-style-type: none"> • Polymédication • Médicaments entraînant une sécheresse de la bouche, une dysgueusie, des troubles digestifs, une anorexie, une somnolence, etc. • Corticoïdes au long cours
Troubles bucco-dentaires	Régimes restrictifs	Syndromes démentiels et autres troubles neurologiques
<ul style="list-style-type: none"> • Trouble de la mastication • Mauvais état dentaire • Appareillage mal adapté • Sécheresse de la bouche • Candidose oropharyngée • Dysgueusie 	<ul style="list-style-type: none"> • Sans sel • Amaigrissant • Diabétique • Hypocholestérolémiant • Sans résidu au long cours 	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie d'Alzheimer • Autres démences • Syndrome confusionnel • Troubles de la vigilance • Syndrome parkinsonien
Troubles de la déglutition	Dépendance pour les actes de la vie quotidienne	Troubles psychiatriques
<ul style="list-style-type: none"> • Pathologie ORL • Pathologies neurologique, dégénérative ou vasculaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépendance pour l'alimentation • Dépendance pour la mobilité 	<ul style="list-style-type: none"> • Syndromes dépressifs • Troubles du comportement

Outil de dépistage

Maladie aiguë :

→ cytokines inflammatoires : IL-6, TNF- α , IL-1

→ Anorexie / catabolisme

BMI personne âgée
normal ≥ 22

Dépistage

A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?

0 = baisse sévère des prises alimentaires

1 = légère baisse des prises alimentaires

2 = pas de baisse des prises alimentaires

B Perte récente de poids (<3 mois)

0 = perte de poids > 3 kg

1 = ne sait pas

2 = perte de poids entre 1 et 3 kg

3 = pas de perte de poids

C Motricité

0 = au lit ou au fauteuil

1 = autonome à l'intérieur

2 = sort du domicile

D Maladie aiguë ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois?

0 = oui 2 = non

E Problèmes neuropsychologiques

0 = démence ou dépression sévère

1 = démence leve

2 = pas de problème psychologique

F Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg / (taille en m)²

0 = IMC < 19

1 = $19 \leq \text{IMC} < 21$

2 = $21 \leq \text{IMC} < 23$

3 = IMC ≥ 23

Score de dépistage

(sous-total max. 14 points)

12-14 points:

8-11 points:

0-7 points:

état nutritionnel normal

à risque de dénutrition

dénutrition avérée

Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R

← 5% de 60 kg = 3kg

Nom : Prénom :
 Sexe : Age : Poids, kg : Taille, cm : Date :

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

Dépistage

- A** Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?
 0 = baisse sévère des prises alimentaires
 1 = légère baisse des prises alimentaires
 2 = pas de baisse des prises alimentaires
- B** Perte récente de poids (<3 mois)
 0 = perte de poids > 3 kg
 1 = ne sait pas
 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg
 3 = pas de perte de poids
- C** Motricité
 0 = au lit ou au fauteuil
 1 = autonome à l'intérieur
 2 = sort du domicile
- D** Maladie aiguë ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois?
 0 = oui 2 = non
- E** Problèmes neuropsychologiques
 0 = démence ou dépression sévère
 1 = démence leve
 2 = pas de problème psychologique
- F** Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg / (taille en m)²
 0 = IMC <19
 1 = 19 ≤ IMC < 21
 2 = 21 ≤ IMC < 23
 3 = IMC ≥ 23

Score de dépistage (sous-total max. 14 points)

12-14 points: état nutritionnel normal
 8-11 points: à risque de dénutrition
 0-7 points: dénutrition avérée

Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R

Evaluation globale

- G** Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ?
 1 = oui 0 = non
- H** Prend plus de 3 médicaments par jour ?
 0 = oui 1 = non
- I** Escarres ou plaies cutanées ?
 0 = oui 1 = non

- J** Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ?
 0 = 1 repas
 1 = 2 repas
 2 = 3 repas

- K** Consomme-t-il ?
- Une fois par jour au moins des produits laitiers? ou non
 - Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses ou non
 - Chaque jour de la viande, du poisson ou de volaille ou non
- 0,0 = si 0 ou 1 oui
 0,5 = si 2 oui
 1,0 = si 3 oui

- L** Consomme-t-il au moins deux fois par jour des fruits ou des légumes ?
 0 = non 1 = oui

- M** Quelle quantité de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait...)
 0,0 = moins de 3 verres
 0,5 = de 3 à 5 verres
 1,0 = plus de 5 verres

- N** Manière de se nourrir
 0 = nécessite une assistance
 1 = se nourrit seul avec difficulté
 2 = se nourrit seul sans difficulté

- O** Le patient se considère-t-il bien nourri ?
 0 = se considère comme dénutri
 1 = n'est pas certain de son état nutritionnel
 2 = se considère comme n'ayant pas de problème de nutrition

- P** Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?
 0,0 = moins bonne
 0,5 = ne sait pas
 1,0 = aussi bonne
 2,0 = meilleure

- Q** Circonférence brachiale (CB en cm)
 0,0 = CB < 21
 0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22
 1,0 = CB > 22

- R** Circonférence du mollet (CM en cm)
 0 = CM < 31
 1 = CM ≥ 31

Évaluation globale (max. 16 points)

Score de dépistage

Score total (max. 30 points)

Appréciation de l'état nutritionnel [Sauvegarder](#) [Imprimer](#) [Réinitialiser](#)

de 24 à 30 points état nutritionnel normal
 de 17 à 23,5 points risque de malnutrition
 moins de 17 points mauvais état nutritionnel

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging* 2006; 10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harter JO, Salive A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol* 2001;56A, M396-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging* 2006; 10:466-487.
 © Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners
 © Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.
 Pour plus d'informations : www.mna-elderly.com

Poids idéal

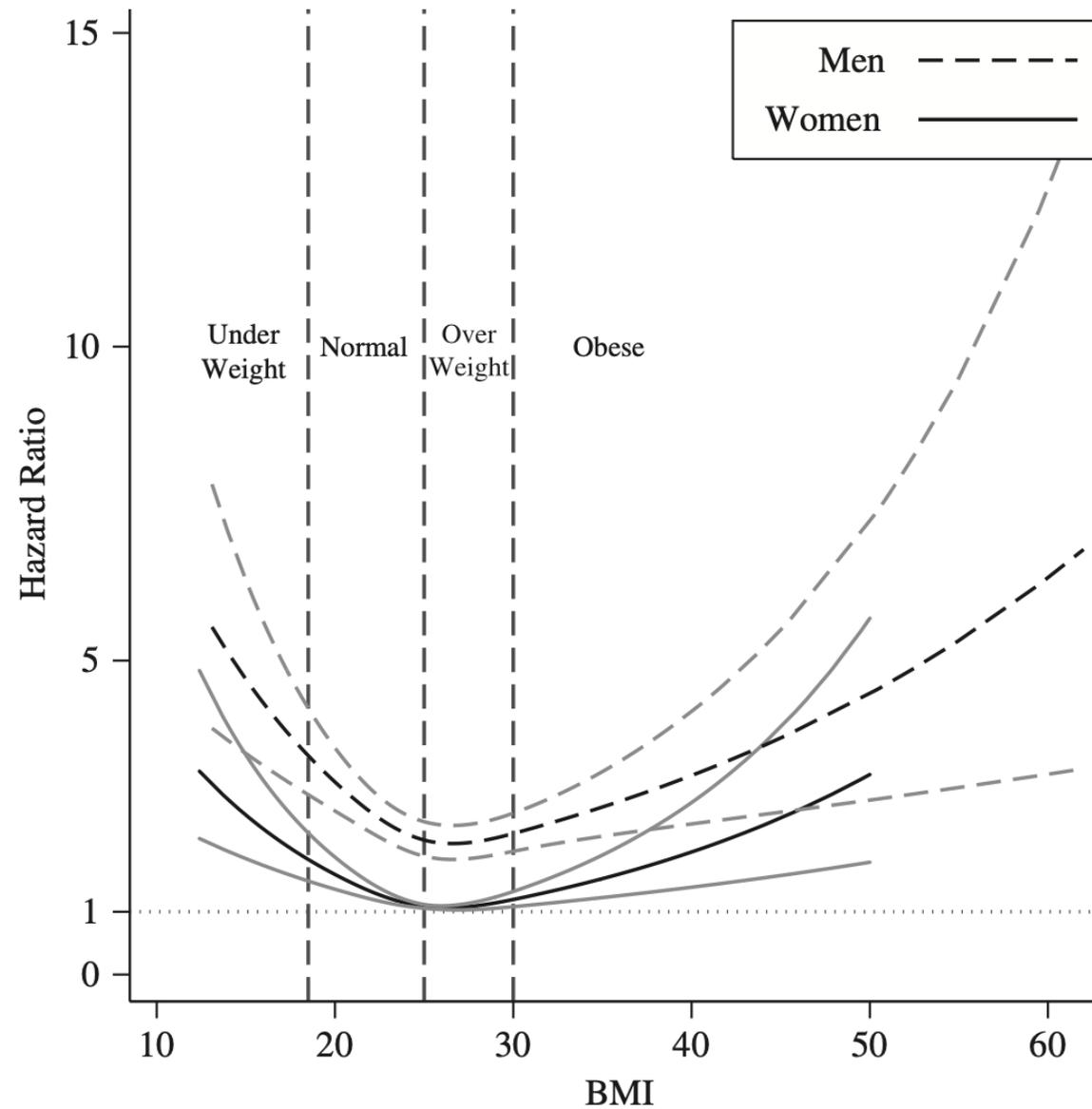


Figure 1. Hazard ratios of all-cause mortality according to body mass index (BMI) in men and women aged 70 to 75 (lines are 95% confidence intervals).

Flicker 2010

Risque nutritionnel : NRS



Centre hospitalier
universitaire vaudois
Unité de Nutrition Clinique
Dr Pauline Coti Bertrand
Médecin chef a.i.

DATE : SIGNATURE/FONCTION :

Dito Patient

SCORE DE RISQUE NUTRITIONNEL

A - Détérioration de l'état nutritionnel	Points	B - Gravité de la maladie (stress)	Points
Pas de détérioration	0	Pas de stress	0
Degré 1 (léger) <ul style="list-style-type: none"> • perte de poids > 5% en 3 mois <u>ou</u> • a mangé un peu moins au cours de la dernière semaine (entre 50 et 75% des repas usuels censés couvrir les besoins nutritionnels) 	1	Degré 1 (léger) Fracture de la hanche, patients chroniques et présentant des complications aiguës : cirrhose, BPCO, dialyse, diabète, tumeurs malignes.	1
Degré 2 (modéré) <ul style="list-style-type: none"> • perte de poids > 5% en 2 mois <u>ou</u> • BMI entre 18.5 et 20.5 + détérioration de l'état général <u>ou</u> • a mangé moins de la moitié de sa ration au cours de la dernière semaine (entre 25 et 50% des repas usuels censés couvrir les besoins nutritionnels) 	2	Degré 2 (modéré) Opérations importantes de l'abdomen, accident vasculaire cérébral, pneumonies graves.	2
Degré 3 (grave) <ul style="list-style-type: none"> • perte de poids > 5% en 1 mois <u>ou</u> • BMI < 18.5 + détérioration de l'état général <u>ou</u> • n'a pratiquement rien mangé au cours de la dernière semaine (entre 0 et 25% des repas usuels censés couvrir les besoins nutritionnels) 	3	Degré 3 (grave) Traumatisme cranio-cérébral, polytraumatisme, brûlures graves, transplantation de moelle (allogreffe), patients en soins intensifs (score APACHE > 10)	3
C - Age du patient : si > 70 ans, ajouter 1 point	1		
Total des points* (A+B+C)			

*Interprétation du total des points (score):

≥ 3 points : appeler la diététicienne du service

Kondrup J et al. Nutritional risk screening. *Clinical Nutrition* 2003; 22(3): 321-336

Outil diagnostique : GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition)

Phenotypic criteria:

- **Unintentional weight loss** by time frame
- **Low body mass index (BMI; kg/m²)** according to age and ethnicity
- **Reduced muscle mass** based on valid body composition assessment methods
 - Examples: physical exam, dual-energy absorptiometry, bioelectrical impedance analysis, ultrasound, computed tomography, magnetic resonance imaging, mid upper arm circumference, or calf circumference

Etiologic criteria:

- **Reduced food intake or assimilation** based on quantitative or qualitative report
 - Examples: 3-day food record, food frequency questionnaire, or patient self-report
 - Considerations:
 - Gastrointestinal symptoms that impact food intake or absorption (e.g., dysphagia, nausea, vomiting, diarrhea, constipation, abdominal pain, etc.)
 - Presence of malabsorptive disorders (e.g., intestinal failure, pancreatic insufficiency, post-operative bariatric surgery, etc.)
 - Other relevant clinical situations affecting food intake (e.g., esophageal strictures, gastroparesis, intestinal pseudo-obstruction, etc.)
- **Inflammation and Disease Burden** from acute or chronic injury or disease
 - Acute: major infection, burns, trauma, or closed head injury
 - Chronic: malignant disease, chronic obstructive pulmonary disease, congestive heart failure, or chronic kidney disease
 - Supportive laboratory tests: C-reactive protein, albumin, or pre-albumin

HOW TO USE THE GLIM FRAMEWORK

	Phenotypic criteria	Check if present
Unintentional Weight loss (%)	> 5% within past 6 months	
	> 10% beyond 6 months	
BMI (kg/m²)	< 20 if < 70 years (Asia: < 18.5)	
	< 22 if ≥ 70 years (Asia: < 20)	
Muscle mass	Reduced	
	Etiologic criteria	Check if present
Reduced food intake	Ingestion ≤ 50% of needs from 1 to 2 weeks	
	Any reduction for > 2 weeks	
or	Any chronic GI condition that adversely impacts food assimilation or absorption	
Assimilation	Presence of acute disease/injury or chronic disease related	
Disease burden/ Inflammation		



Malnutrition: if at least one criterion was checked in each section

Determine Malnutrition Severity			
Severity Grade	Phenotypic Criteria		
	Unintentional Weight Loss (%)	Low BMI (kg/m ²) ^a	Reduced Muscle Mass
Stage 1: Moderate Malnutrition Patient requires 1 phenotypic criterion that meets this grade.	<ul style="list-style-type: none"> • 5-10% in 6 months; or • 10-20% in more than 6 months 	<ul style="list-style-type: none"> • <20 if <70 years; or • <22 if ≥70 years 	<ul style="list-style-type: none"> • Mild-to-moderate deficit (per validated assessment methods on previous page)
Stage 2: Severe Malnutrition Patient requires 1 phenotypic criterion that meets this grade.	<ul style="list-style-type: none"> • >10% in 6 months; or • >20% in more than 6 months 	<ul style="list-style-type: none"> • 18.5 if <70 years; or • <20 if ≥70 years 	<ul style="list-style-type: none"> • Severe deficit (per validated assessment methods on previous page)

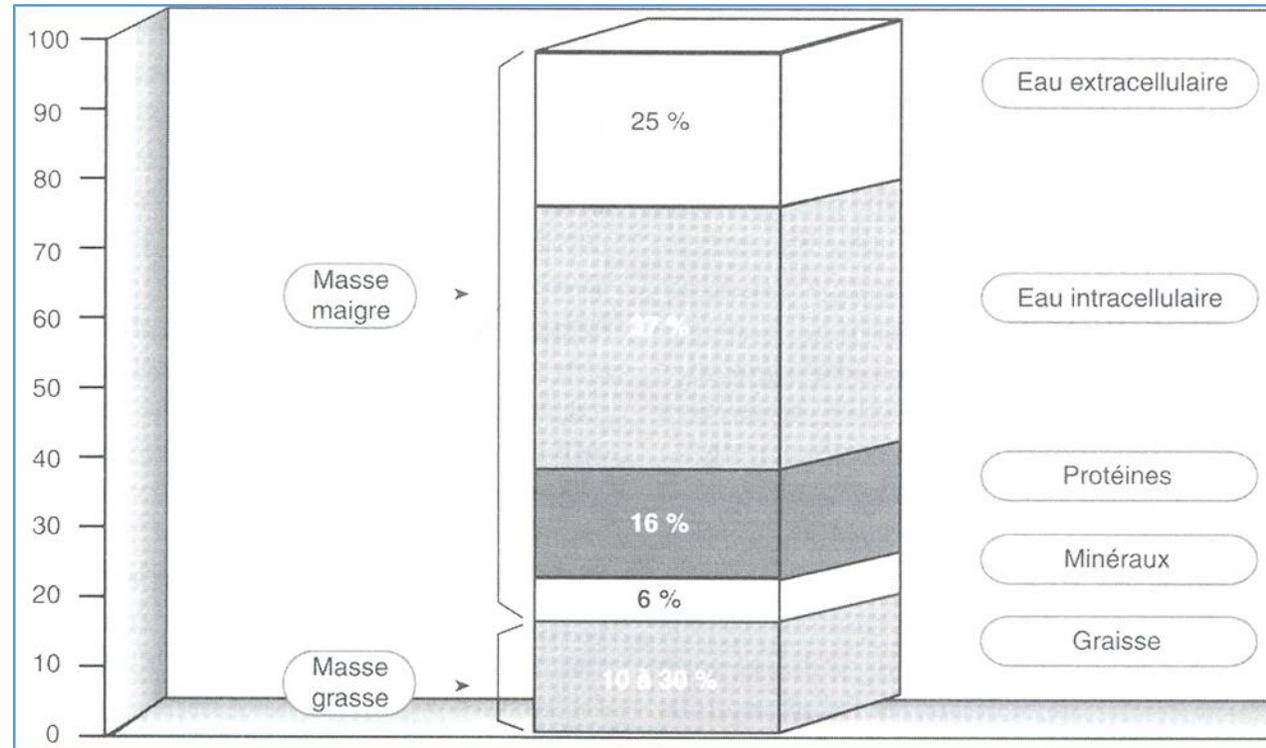
Definitions and Footnotes:

ER^a = energy requirement; GI = gastrointestinal
^a Further research is needed for consensus on reference body mass index data for Asian populations in clinical settings.

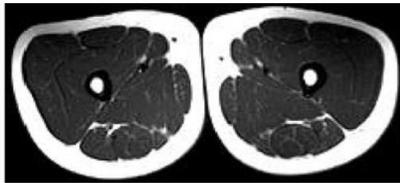
References:

Cederholm T, et al. (2019). *Clinical Nutrition*, 38(1), 1-9.
 Jensen, G.L., et al. (2019). *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 43(1), 32-40.
 De van der Schueren M.A.E., et al. (2020). *Clinical Nutrition*, 39(3), 2872-2880.
 Keller, H.H., et al. (2020). *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 44(6), 992-1003.

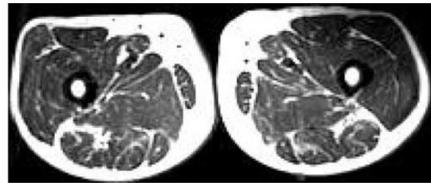
Masse maigre, qu'est-ce que c'est ?



Manifestation de la diminution de la masse maigre : Sarcopénie



Age: 25 ans
 IMC : 31,7
 Surface musculaire: 398 cm²
 Surface grasseuse: 6 cm² (1,5 %)



Age : 65 ans
 IMC : 31,9
 Surface musculaire : 292 cm²
 Surface grasseuse : 53 cm² (15,3 %)

Définition

- Syndrome caractérisé par la perte progressive de masse musculaire ET de force avec comme conséquence des handicaps fonctionnels, une faible qualité de vie et la mort.
- Irwin Rosenberg 1989 « No decline with age is more dramatic or potentially more fonctionnally significant than the decline in lean body mass »
- Diminution en quantité et qualité du muscle («mass and strength»)
- Histologiquement fibres rapides (type I) plus touchées que les fibres lentes (type II).
- Involution grasseuse des cellules musculaires

Clin Geriatr Med. 2017 February ;
 33(1): 17–26.
 doi:10.1016/j.cger.2016.08.002

Evaluation de la perte de masse maigre chez la personne âgée

Anamnèse, Status

Force de préhension

Vitesse de marche

Tableau I. Critères diagnostiques du consensus européen «European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP)»
(D'après réf. 16).

Critères	Performance physique		Force musculaire	Masse maigre appendiculaire (MMA)
Sarcopénie	Vitesse de marche: < 0,8 m/s	ou	Force de préhension Homme: < 30 kg Femme: < 20 kg	MMA/taille ² Homme: $\leq 7,23 \text{ kg/m}^2$ Femme: $\leq 5,67 \text{ kg/m}^2$
Sarcopénie sévère	Vitesse de marche: < 0,8 m/s	et	Force de préhension Homme: < 30 kg Femme: < 20 kg	MMA/taille ² Homme: $\leq 7,23 \text{ kg/m}^2$ Femme: $\leq 5,67 \text{ kg/m}^2$



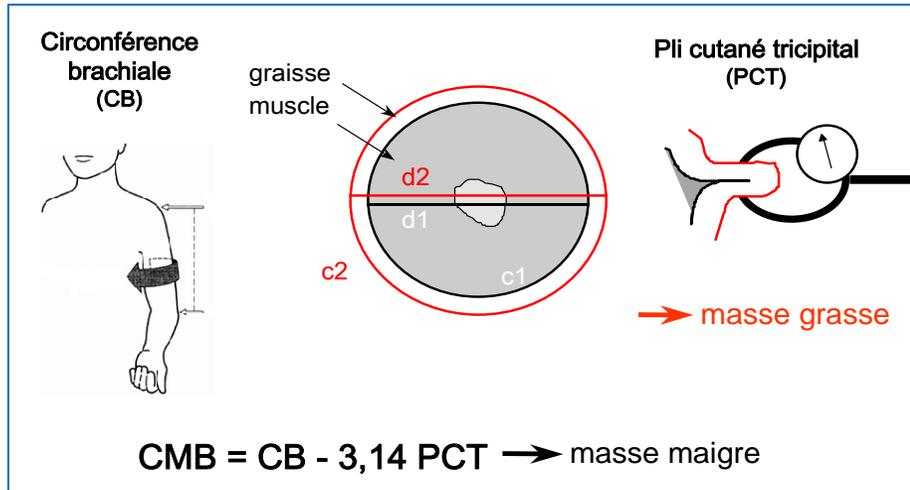
Figure 1. Dynamomètre pour la mesure de la force de préhension

A. Trombetti, Rev Med Suisse 2015; 11 : 651-6

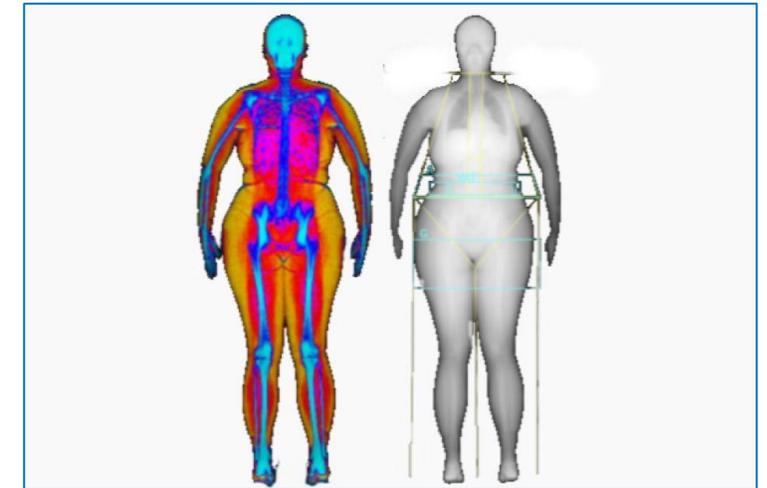
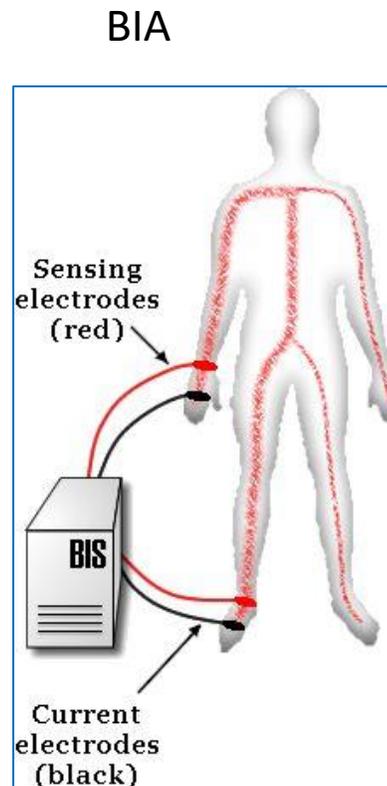
Tableau 4. Questionnaire SARC-F(Selon réf.³⁹).

	Questions	Scores
Force musculaire	Avez-vous des difficultés pour lever et transporter 5 kg?	Aucune = 0 Un peu = 1 Beaucoup ou incapable = 2
Troubles de la marche	Avez-vous des difficultés pour marcher dans une pièce?	Aucune = 0 Un peu = 1 Beaucoup, avec aide ou incapable = 2
Lever d'une chaise	Avez-vous des difficultés pour vous lever d'une chaise?	Aucune = 0 Un peu = 1 Beaucoup, avec aide ou incapable = 2
Montée des escaliers	Avez-vous des difficultés pour monter 10 marches?	Aucune = 0 Un peu = 1 Beaucoup ou incapable = 2
Chutes	Combien de fois êtes-vous tombé dans les 12 derniers mois?	Pas de chute = 0 1 à 3 chutes = 1 ≥ 4 chutes = 2

Mesure de la masse maigre



Mesure des plis cutanés et de la circonférence brachiale
Aussi possible au mollet



DEXA

Albumine

- Protéine 66 kD,
- Fonction : pression osmotique

- Abaissée lors de
 - Toute inflammation (maladie, chirurgie, etc..)
 - Oedèmes
 - Perte de protéines (syndrome néphrotique, drainage de liquides, ...)

- Utilité : Scores pronostiques !

- Dénutrition ? Mauvais marqueur en soins aigus.



Autres marqueurs biologiques de la dénutrition/malnutrition

- Vitamine B12 (produits animaux)
- Acide folique
- Fer
- Vitamine C (crudités)

Faites confiance à votre sens clinique !



	Phenotypic criteria	Check if present
Unintentional Weight loss (%)	> 5% within past 6 months	
	> 10% beyond 6 months	
BMI (kg/m²)	< 20 if < 70 years (Asia: < 18.5)	
	< 22 if ≥ 70 years (Asia: < 20)	
Muscle mass	Reduced	
	Etiologic criteria	Check if present
Reduced food intake	Ingestion ≤ 50% of needs from 1 to 2 weeks	
	Any reduction for > 2 weeks	
or	Any chronic GI condition that adversely impacts food assimilation or absorption	
Assimilation		
Disease burden/ Inflammation	Presence of acute disease/injury or chronic disease related	
Malnutrition: if at least one criterion was checked in each section		

Traiter la dénutrition

Quels outils nutritionnels

Alimentation artificielle

Situations particulières



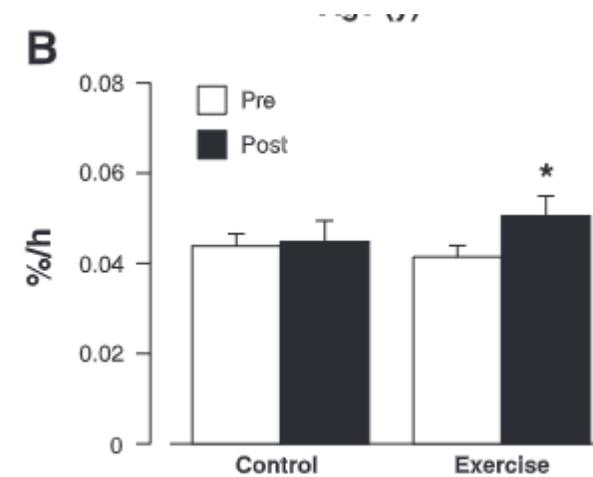
Efficacité de l'exercice

- L'exercice augmente la capacité du muscle à synthétiser des protéines contractiles et améliore la réponse aux repas
- L'inactivité diminue la réponse anabolique aux acides aminés
- Diminue l'inflammation ? CRP, IL-6

- Quel type d'exercice ?
 - Aérobique : (nage, course, marche)
 - > volume mitochondrial et activité enzymatique augmentée montrent une augmentation de la synthèse protéique et une meilleure qualité du muscle indépendamment de l'âge
 - Résistance : muscle agissant contre une résistance
 - > plus d'effet pour augmenter la masse maigre et la force
 - Effort pulsé : même réponse que même durée en effort continu

Exercice physique : augmentation de la synthèse protéique

- Chez le sujet âgé sain
- 16 semaine d'exercice aérobique



K.R. Short : Am J Physiol Endocrinol Metab286: E92–E101, 2004

Besoins nutritionnels

Energie : env. 25-30 kcal/kg/j en fonction de l'activité

Protéines :

Personne âgée en bonne santé : 1-1,2 g/kg/j

Personne âgée malade : 1,2-1,5 g/kg/j

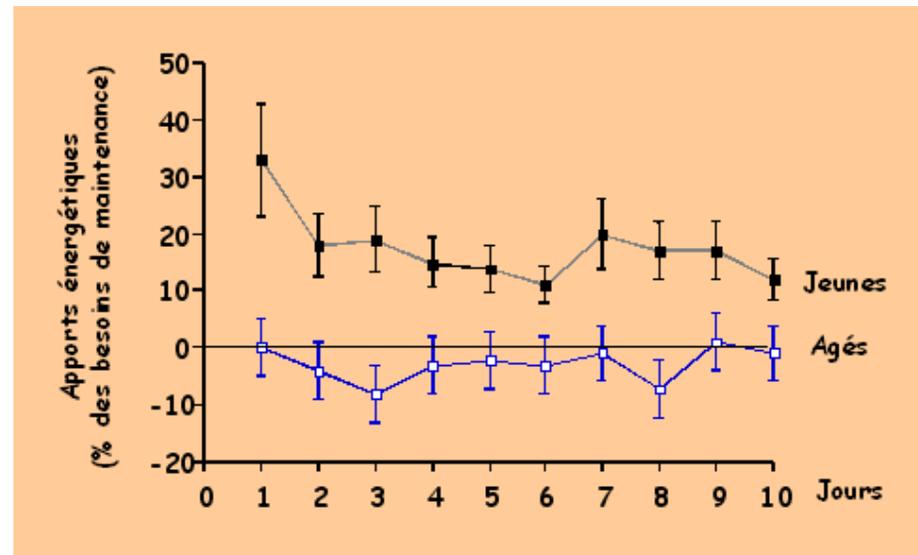
A partir de quand s'inquiéter ?

On ne peut pas dire pour la
personne âgée :

« ça passera »

« c'est juste une mauvaise phase »

Dérèglement de l'appétit



35 SJ / 54 SA
Bonne santé
Indépendants

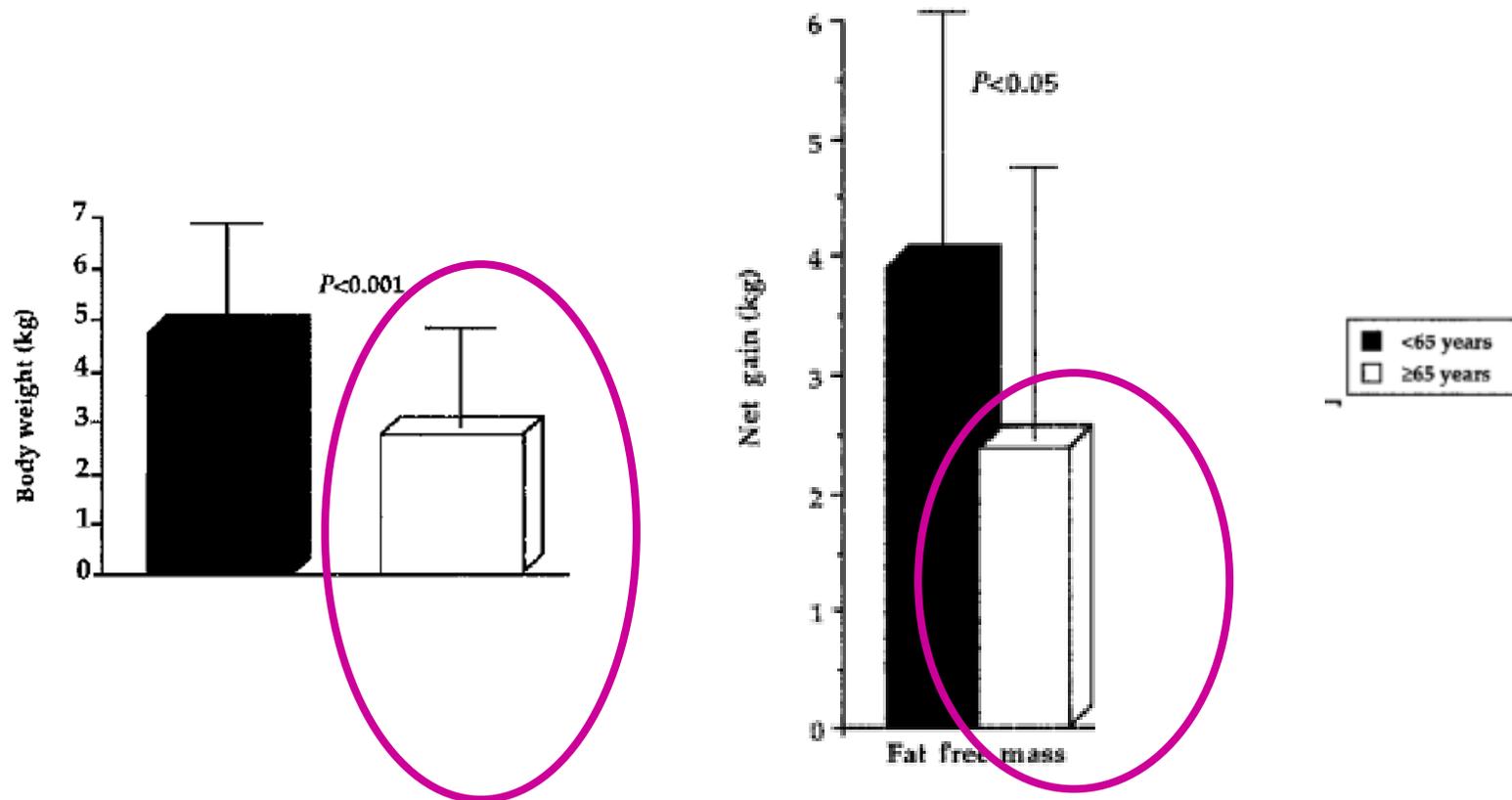
Déficit calorique
de 760 Kcal/j
pendant 21 jours

Absence d'hyperphagie compensatrice

NE PAS ATTENDRE !

24 SJ (~50 ans) / 26 SA (~75 ans)

Dénutrition nécessitant une sonde naso-gastrique pdt 21 jours



Recommendations ESPEN 2019

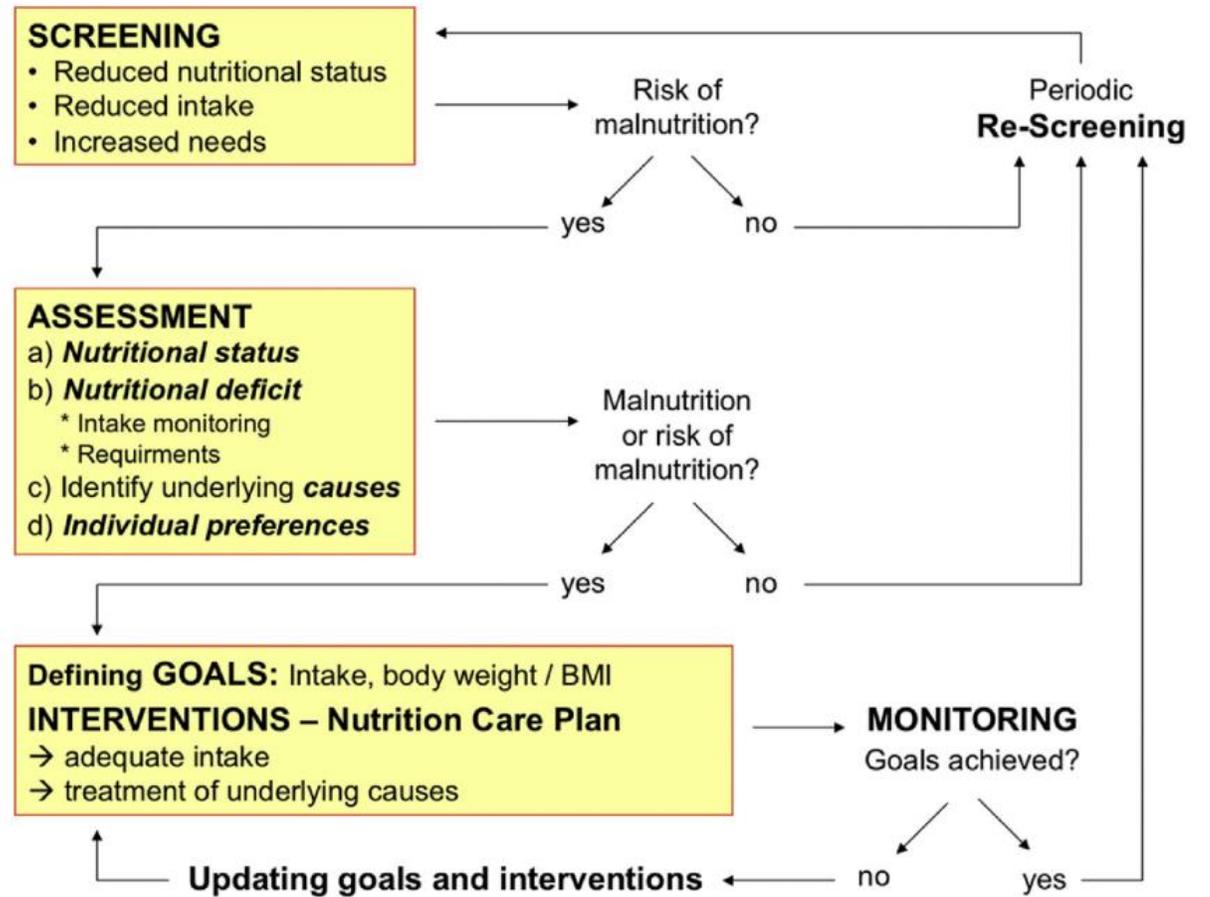


Fig. 1. Process of nutritional care for older persons.
Modified from Volkert et al. [19].

D. Volkert et al. / Clinical Nutrition 38 (2019) 10-47

Interventions nutritionnelles

- 1) enrichissement – fractionnement
 - 2) Suppléments nutritifs oraux
 - 3) Alimentation artificielle (SNG, PEG, PN)
- Réévaluation, si
insuffisant
- 

Suppléments nutritifs oraux : indications

- Composition recommandée : 400 kcal et min 30g protéines
- En cas d'insuffisance d'apport malgré le fractionnement / enrichissement
- Fracture de hanche
- En cas de prescription pour dénutrition poursuivre durant 1 mois

D. Volkert et al. / Clinical Nutrition 38 (2019) 10-47

Alimentation artificielle

Nutrition entérale

- SNG
- PEG

Nutrition parentérale



Quand et chez qui proposer une nutrition entérale ?

- Ingestas impossible pendant 3 jours ou plus
- Ou en dessous de la moitié des besoins pendant plus d'une semaine

Chez les patients âgés avec un pronostic raisonnable

D. Volkert et al. / Clinical Nutrition 38 (2019) 10-47

PEG ou SNG (ou GPR)

- Survie après PEG limitée
- En principe si SNG > 4 semaines → PEG
- Si indiqué, débiter précocément (ex. stroke)
- Pas de sedation physique ou chimique pour la nutrition artificielle

Aide à la décision :

- est-ce que la nutrition entérale va améliorer ou maintenir la qualité de vie
- Est-ce que la NE va améliorer ou maintenir son status fonctionnel
- Est-ce que la NE pourrait prolonger la survie
- Est-ce qu'une prolongation de la vie est souhaitable
- Est-ce que les risques sont plus faibles que les bénéfices attendus



D. Volkert et al. / Clinical Nutrition 38 (2019) 10-47

Nutrition parentérale

- Même limitation que pour la nutrition entérale
- Uniquement si tube digestif non fonctionnel

Pharmaconutrition ?

- Leucine : Exercice + AA riche en Leucine
- β -HMG métabolite de la leucine, activité régulatrice également
- Vitamine D
- Androgènes

→ Pas assez d'évidence !

Dénutrition et démence

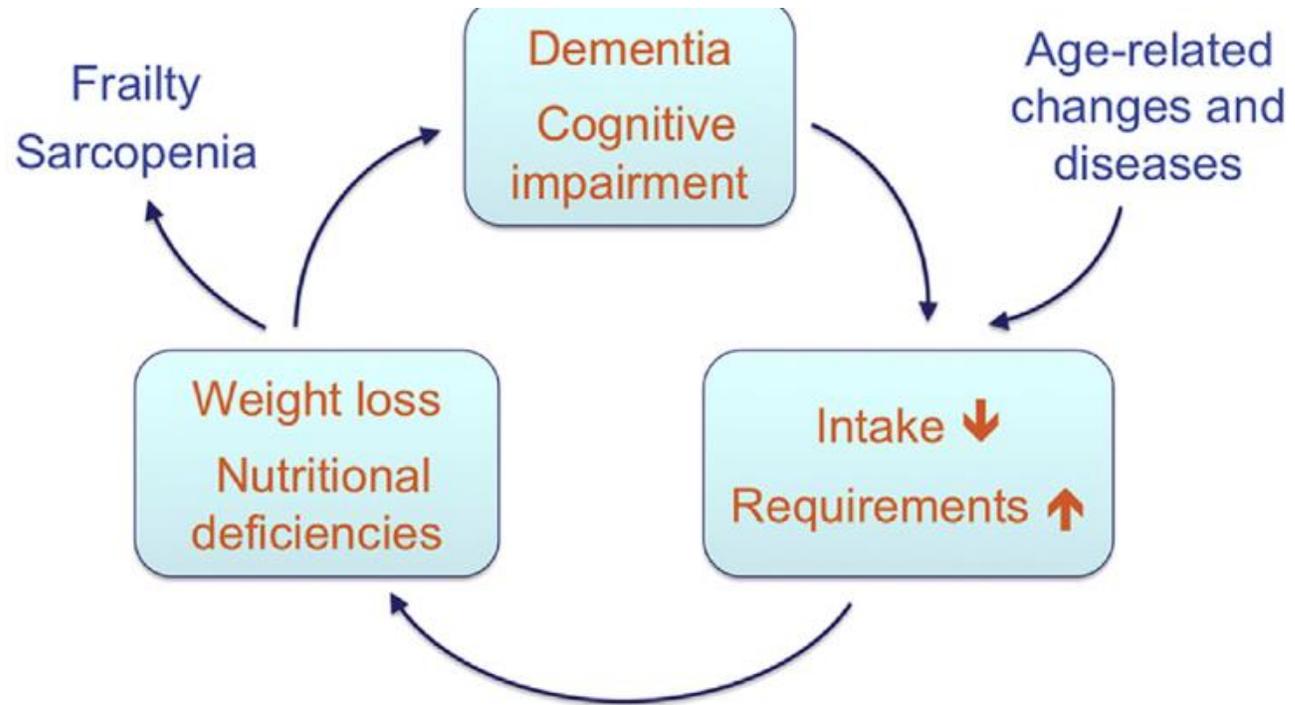


Fig. 1. Vicious circle of malnutrition and dementia.

D. Volkert et al, Clinical Nutrition 2015

Démence et dénutrition

Table 4

Nutritional problems arising in different disease stages.

Nutritional problems	Stage of dementia
Olfactory and taste dysfunction	Preclinical and early stages
Attention deficit	Mild to moderate
Executive functions deficit (shopping, preparing food)	Mild to moderate
Impaired decision-making ability (slowdown in food choice, reduced intake)	Mild to moderate
Dyspraxia ^a	Moderate to severe
Agnosia ^b	Moderate to severe
Behavioral problems (wandering, agitation, disturbed eating behavior)	Moderate to severe
Oropharyngeal dysphagia	Moderate to severe
Refusal to eat	Severe

^a Coordination disorder, loss of eating skills.

^b Loss of ability to recognize objects or comprehend the meaning of objects, which means that food may not be distinguished from non-food and that eating utensils are not recognized as what they are.

D. Volkert et al, Clinical Nutrition 2015

Démence et dénutrition : Recommandations

Démence associée à la perte de poids

Augmente avec la progression de la démence, indépendamment de la région

Mécanismes plurifactoriels

En cas d'Alzheimer léger un mauvais status nutritionnel prédicteur de progression à 1 an.

- screening
- combattre les facteurs favorisant
- interventions pour maintenir l'état nutritionnel (barrière structurelle / manger main / alimentation plaisir tradition(atmosphere)
- Intervention pharmacologique non conseillée
- pas de multiséplémentation systématique
- SNG pour une courte période en cas de situation aigue
- Pas de nutrition entérale en cas de démence sévère

D. Volkert et al, Clinical Nutrition 2015

MERCI !



Votre bien-être,
notre plus belle victoire
Ihr Wohlbefinden,
unser schönster Erfolg