



Brèves de congrès



JOURNÉES FRANCOPHONES DE NUTRITION

MARSEILLE - DU 06 AU 08 DÉCEMBRE 2023

THÈMES ABORDÉS :

- **Nutrition parentérale** (éducation)
- **Cicatrisation** (escarres, pied diabétique)
- **Dépistage de la dénutrition**
- **Appareillage** (gastrostomie, jéjunostomie)

Nous sommes très heureux de vous proposer ce premier numéro « Brèves de Congrès ». Ce document vous propose le résumé d'interventions choisies du congrès de la nutrition. Les « Brèves de Congrès » sont disponibles sur le site internet d'Antadir.

Bonne lecture.

COMMUNICATION ORALE : NUTRITION EN PATHOLOGIE **Adhésion à la nutrition parentérale à domicile dans l'insuffisance intestinale chronique**

Gabriel Abadie (Pessac)

INTRODUCTION

L'insuffisance intestinale chronique est la réduction de la fonction intestinale en dessous du minimum requis pour une absorption adéquate des nutriments, de l'eau et des électrolytes nécessaires au bon fonctionnement et à la croissance de l'organisme.

Il s'agit d'une pathologie rare avec une prévalence en Europe qui varie de 5-20 cas par millions d'habitants.

Elle est principalement causée par le syndrome du grêle court.

La pierre angulaire du traitement est la nutrition parentérale à domicile (NPAD).

Les patients sont perfusés entre 1 à 7 jours (eau + micronutriments + macronutriments) par semaine, principalement la nuit.

C'est un traitement qui entraîne de nombreuses contraintes (abord veineux central, matériel adapté, passage IDE-Infirmière Diplômée d'Etat, etc...). Leur qualité de vie est diminuée par rapport à celle de la population générale.

L'objectif de l'étude est de s'intéresser à l'adhésion thérapeutique du patient.

L'adhésion thérapeutique est l'adoption par un patient d'un comportement (prise de médicaments, régime alimentaire, modification de son mode de vie) pourvoyeur de résultats escomptés potentiellement positifs, en accord avec la prescription ou le conseil d'un professionnel de santé. On retrouve 25 à 50% de mauvaise adhésion thérapeutique dans les maladies chroniques.

Il faut différencier l'adhésion à l'observance, qui est le respect d'une prescription médicale, et de la compliance, qui a une connotation passive.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Réalisation d'une étude observationnelle transversale multicentrique (6 centres de NPAD labélisés en France) entre octobre 2022 et septembre 2023.

Critères de jugement principal composite :

- La négociation du traitement : prescription « idéale » vs prescription « finale »,
- L'observance : prescription « finale » vs traitement « reçu ».

Définition de la mauvaise adhésion à la NPAD :

- Différence > 10% entre la prescription « idéale » et la prescription « finale » en termes de volume

ET/OU

- Différence > 10% entre la prescription « finale » et le traitement « reçu »

Critères de jugement secondaire :

- Évaluation des signes de symptômes anxio-dépressifs (HADS-Hospitalisation Anxiety and Depression),
- Évaluation de la confiance des patients envers leur médecin spécialiste (WFPTS-Wake Forest Physician Trust Scale),
- Évaluation de la perception de l'IDE de coordination du centre sur l'adhésion du patient (EVA-Echelle Visuelle Analogique),
- Évaluation des facteurs associés à une mauvaise adhérence à la NPAD (Analyse statistique).

Remise de 3 questionnaires à l'inclusion du patient :

- 1 au patient pour évaluer le mode de vie, la NPAD, l'EVA de négociation, le score HADS et WFPTS,
- 1 au médecin pour évaluer l'EVA de négociation, la prescription « idéale », la prescription « finale »,
- 1 aux IDE de coordination pour évaluer la NPAD, l'EVA d'observance et l'EVA de sollicitation.

Prise de contact téléphonique par la suite auprès des patients pour réalisation de questionnaires sur leur NPAD et leur observance.

Réalisation d'un recueil de données des dossiers médicaux des patients.

RÉSULTATS

Population :

- 126 patients dont 59% de femmes et 71% de grêle court,
- Branchement en moyenne de 4 jours/semaine avec une durée médiane de branchement de 46,4 mois,
- 18% des patients en auto-branchement,
- Voie d'abord : 44% de Cathéter central tunnelisé, 29% de cathéter à chambre implantable, 26% de PICC (Cathéter Central à insertion périphérique),
- 60% des patients ont un antécédent d'infection de cathéter.

Résultats principaux :

- 76% des patients ont une bonne adhésion à la NPAD ?
- 24% des patients ont une mauvaise adhésion à la NPAD :
 - 14% de mauvaise observance,
 - 6% de négociation,
 - 4% de mauvaise observance et de négociation.

Analyse univariée :

Facteurs de mauvaise adhésion :

- Faible volume de NPAD (<7750ml/sem),
- La perception d'une forte possibilité de négocier le traitement par le patient (EVA > 3),
- La présence de symptômes anxio-dépressifs au score HADS (anxiété>10, dépression>10),
- La perception par l'IDE de coordination d'une mauvaise adhésion thérapeutique.

Facteurs de bonne adhésion :

- Un antécédent d'infection de cathéter,
- Un score de confiance élevé envers le médecin questionnaire WFPTS.

Analyse multivariée :

Facteurs de mauvaise adhésion :

- Faible volume de NPAD (<7750ml/sem),
- La perception d'une forte possibilité de négocier le traitement par le patient (EVA > 3),
- La présence de symptômes d'anxiété au score HADS (anxiété>10).

Facteurs de bonne adhésion :

- Un score de confiance élevé envers le médecin questionnaire WFPTS.

DISCUSSION

Force de l'étude :

Il s'agit d'une étude avec un large effectif pour une maladie rare, multicentrique.

L'analyse de l'adhésion s'est faite selon deux composantes (observance et négociation).

Cette étude a pris en compte les IDE de coordination.

Limites de l'étude :

Il s'agit de méthodes d'évaluation subjectives avec les questionnaires et les entretiens téléphoniques.

Il existe un biais de déclaration et un biais de volontariat car les patients avec une moins bonne adhésion ont pu refuser de participer à l'étude par peur des réactions de l'équipe soignante.

CONCLUSION

- 24% des patients ont une mauvaise adhésion à la NPAD,
- Il convient d'aborder une vigilance particulière aux patients qui ont un faible volume de NPAD, qui négocient leur traitement, qui présentent des signes de méfiance et qui présentent des symptômes anxio-dépressifs.
- Le rôle de l'IDE de coordination semble important pour dépister les patients à risque de mauvaise adhésion à la NPAD.

Perspectives :

- Réaliser des études avec des méthodes objectives d'évaluation et des études sur la conséquence d'une mauvaise observance afin d'améliorer la prise en charge globale du patient.

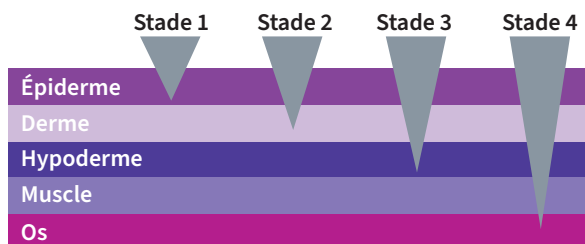
RÔLE DE LA NUTRITION DANS LA CICATRISATION

Les escarres (cicatrisation)

Agathe Raynaud-Simon (Paris)

ESCARRE

Lésion cutanée d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses. La compression entraîne une hypoxie tissulaire entraînant elle-même une nécrose tissulaire, inflammation et œdème.



DÉPENSE ÉNERGÉTIQUE

POUR LE PROCESSUS DE CICATRISATION

> Nécessité de refaire :

- De la matrice extracellulaire (collagène, protéoglycanes, élastine, et glycoprotéines de structure),
- Des vaisseaux : angiogénèse,
- Des cellules : fibroblastes, kératinocytes et cellules immunitaires.

> Nécessité de lutter contre l'inflammation locale et générale :

- Il s'agit donc d'un processus coûteux en énergie.

Selon l'étude CEREDA E, JAMDA 2011 :

- La dépense énergétique de repos augmente de 20,7+/- 0,8 à 23,7 +/- 2,2kcal/kg/j avec une escarre.
- La dépense énergétique totale avec escarres est estimée à 29,4+/- 2,7kg kcal/kg/j

Recommandations internationales EPUAP, 2019 : fournir 30-35 kcal/kg/j

APPORTS PROTÉIQUES

Pour le processus de cicatrisation, nécessité de protéines (structurelles, architecturales, médiatrices...) pour :

- La formation et la maturation de la matrice extracellulaire,
- L'angiogénèse,
- La fonction immunitaire cellulaire et humorale,
- Contexte inflammatoire.

Or, il y a une perte importante par les exsudats de la plaie.

Recommandations internationales EPUAP, 2019 : fournir 1,2 à 1,5 gr de protéines/kg/j

NUTRIMENT ET CICATRISATION

Arginine : précurseur de la proline (collagène), favorise la prolifération cellulaire, l'angiogénèse, l'augmentation de la production de l'insuline et des hormones de croissance, et améliore l'homéostasie azotée. Elle permet de donner du monoxyde d'azote qui intervient dans les 4 phases de la cicatrisation.

Glutamine : stimule la prolifération cellulaire, est source d'énergie pour les cellules immunitaires, donneur d'azote qui intervient dans les 4 phases de la cicatrisation.

Vitamine C : cofacteur indispensable de la proline et lysine hydroxylase (synthèse du collagène).

Carence chez l'homme : plaies, hémorragies, ouverture de cicatrisation ancienne.

Carence chez l'animal : diminution du dépôt de collagène, angiogénèse anormale, diminution de la résistance des cicatrices.

Zinc : composant essentiel de multiples métallo-enzymes (synthèse d'ADN, collagènes...).

Carence : diminution de la prolifération des fibroblastes, synthèse de collagènes et épithélialisation, altération des fonctions lymphocytaires et neutrophiliques.

Étude concernant la supplémentation par alpha cetoglutarate d'ornithine (ACO) :

ACO permet un apport en arginine, glutamine, proline et polyamines et favorise la sécrétion d'insuline et d'hormone de croissance.

Dernière étude randomisée Meaume S, JNHA 2009 :

Sur 160 patients avec escarre de stades II et III au niveau du talon et/ou sacrum :

- Augmentation de la vitesse de cicatrisation sous ACO chez les plaies de < 8cm². Mais augmentation notamment les 2 premières semaines, après les courbes de vitesse se rejoignent.
- Pas de différence pour les plaies > 8cm².

Meta-analyse Langer G, Cochrane 2014 :

CNO enrichi en arginine + autres :

Amélioration du PUSH (Pressure Ulcer Scale for Healing) score (aspect, surface, profondeur, exsudat etc... de la plaie) chez les personnes avec CNO (Complément Nutritionnel Oral) enrichi en arginine.

En revanche, étude non significative sur la surface de la plaie. Mais la surface de la plaie est un paramètre à lui seul difficile à évaluer étant donné qu'il est très compliqué et très long d'obtenir une cicatrisation complète et donc difficile de faire des études cliniques chez ce type de patient.

Étude Cereda E, Ann Int Med 2015 :

Étude qui compare un placebo iso énergétique, iso azoté à un CNO hypercalorique, hyperprotéique avec supplémentation en arginine, vitamine C et E, zinc, sélénium, sur 8 semaines.

Résultats : Diminution significativement plus importante de la surface de la plaie et pourcentage de personnes ayant une diminution de plus de 40% de la plaie significativement supérieur.

Recommandations internationales EPUAP, 2019 : fournir des suppléments nutritionnels oraux ou des formules entérales riches en calories, en protéines, en arginine, en zinc et antioxydant.

Conclusion :

La dénutrition et les carences en micronutriments sont associées aux plaies chroniques et au retard de cicatrisation.

Les plaies chroniques sont souvent multifactorielles et la dénutrition s'y associe fréquemment.

Il s'agit donc d'une prise en charge pluri professionnelle.

Peu d'étude car difficile à faire.

Prévenir et traiter la dénutrition :

- Fournir 30-35 kcal/kg/j
- Fournir 1,2 à 1,5 protéines/kg/j
- Fournir des micronutriments

Le pied diabétique

Ariane Sultan (Montpellier)

PHYSIOPATHOLOGIE

Les plaies du patient diabétique sont secondaires à 2 phénomènes physiopathologiques qui sont la présence d'une neuropathie et d'une artériopathie des membres inférieurs, avec comme facteur aggravant l'infection.

Il existe une perturbation de la cicatrisation normale chez le patient diabétique avec augmentation de la phase inflammatoire, une prolifération vasculaire moins bonne et une phase de remodelage très perturbé avec un excès de métallo-protéase engendrant souvent une plaie chronique.

Il peut s'ajouter de la dénutrition avec pour conséquence une diminution de la synthèse de collagène, une prolongation de la phase inflammatoire, une altération de la fonction phagocytaire, une altération de la fonction lymphocytaire B et T, une altération de la qualité de la peau.

Le déficit protéique entraîne une diminution des capacités de synthèse/prolifération cellulaire, une altération de toutes les phases de la cicatrisation, œdèmes et hypoxie.

Le déficit en lipides entraîne une altération de la formation des membranes cellulaires et une altération de la qualité de la peau.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Plaie du pied et amputation chez le patient diabétique :

20-25% des patients vivant avec un diabète présenteront une plaie du pied au cours de leur vie. Pourcentage en augmentation en lien avec le fait que les patients diabétiques vivent de plus en plus longtemps.

1^{ère} cause d'amputation en excluant les amputations par accident de la voie publique, soit 8000 amputations/an.

Les plaies sont liées au vieillissement et à la durée d'évolution du diabète. Il s'agit donc globalement de personnes plutôt âgées et de plus en plus fragiles avec des comorbidités et des complications de leur diabète, donc à risque de dénutrition.

Dénutrition :

La prévalence de la dénutrition chez les patients diabétiques hospitalisés pour pied diabétique est autour de 60 à 70%. Il faut apporter une vigilance particulière par rapport au risque de sous-estimation de la dénutrition, étant donné une population avec des IMC non-forcément bas.

Dénutrition et gravité de la plaie :

Les données de la littérature montrent un lien entre gravité de la plaie et dénutrition, avec une prévalence de la dénutrition sévère plus importante chez les patients avec plaies sévères. Il existe également un lien entre sévérité de l'infection et dénutrition : plus les sujets sont dénutris, plus l'infection du pied va être qualifiée de sévère.

Dénutrition et pronostic de la plaie :

Étude prospective monocentrique, CHU de Dijon, chez patients avec plaie du pied diabétique, selon les critères de dénutrition de 2003 et 2007, mais avec exclusion d'un grand nombre de sujets à risque de dénutrition.

L'étude retrouve 29% de sujets dénutris, prévalence plus faible que la prévalence en population générale, du fait d'une grande exclusion de patients avec comorbidités.

Elle ne retrouve pas de lien entre dénutrition et pronostic de la cicatrisation.

Cette étude est contradictoire avec les autres données de la littérature, qui sont en faveur d'un lien entre dénutrition et retard de cicatrisation, dénutrition et risque de récurrence et dénutrition et risque d'amputation.

Les patients les plus dénutris sont ceux le plus à risque d'amputation mineure et majeure.

FAUT-IL SUPPLÉMENTER EN SYSTÉMATIQUE

- Étude randomisée avec supplémentation en arginine, glutamine, b-hydroxy-b-méthylbutyrate contre placebo chez des sujets avec plaie diabétique de grade 1A au Texas : pas d'intérêt à supplémenter en systématique que ce soit en termes de taux de cicatrisation ou d'évolution de la taille plaie.
- Revue Cochrane publiée en 2023 :
 - Pas d'intérêt à une supplémentation systématique en complément nutritionnel oraux : pas de bénéfice en termes de cicatrisation de la plaie et du taux de réduction d'amputation.
 - Pas d'intérêt à une supplémentation systématique en zinc, oméga 3, vit D, Mg, vit E : pas de bénéfice en termes de vitesse de cicatrisation, taux de cicatrisation, risque d'amputation.Mais attention peu d'études randomisées et études avec faible nombre de patients.

Conclusion :

Personne vivant avec un diabète et une plaie du pied est au moins à risque de dénutrition donc un dépistage de la dénutrition est indispensable.

Dénutrition en lien avec sévérité et pronostic de la plaie.

Pas de supplémentation systématique en l'absence de carences nutritionnelles.

Prise en charge nutritionnelle adaptée à l'état nutritionnel du patient.

COMMUNICATIONS AFFICHÉES : Assistance diététicienne : un levier pour le dépistage de la dénutrition

A.Luccini, E.Merlot, M.Gloaguen, M.Spanneut – Centre hospitalier d'Armentières

INTRODUCTION

Constat en 2018 :

Peu de consultations diététiques réalisées pour la prise en charge de la dénutrition, malgré la forte prévalence de la dénutrition en milieu hospitalier, avec un audit de la CMM interpellant sur cette dénutrition parfois codée sans action corrective en regard.

> Décision de la création d'un poste d'aide-soignant assistant du service diététique avec pour rôle :

- D'alerter sur une possible dénutrition de façon précoce pendant l'hospitalisation,
- Sensibiliser les soignants à la dénutrition en toute connaissance des contraintes liées aux services de soin,
- Faciliter la communication entre les professionnels,
- Améliorer la prise en charge diététique avec suivi des indicateurs (hand grip, circonférence brachiale, impédancemétrie).

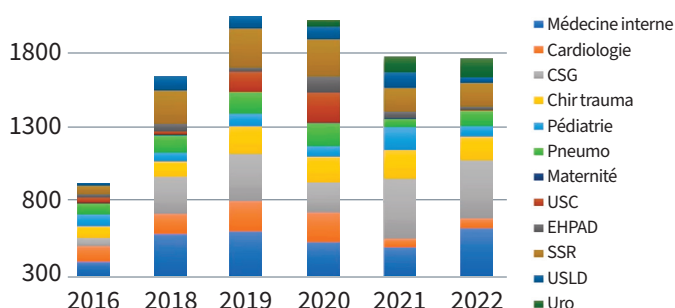
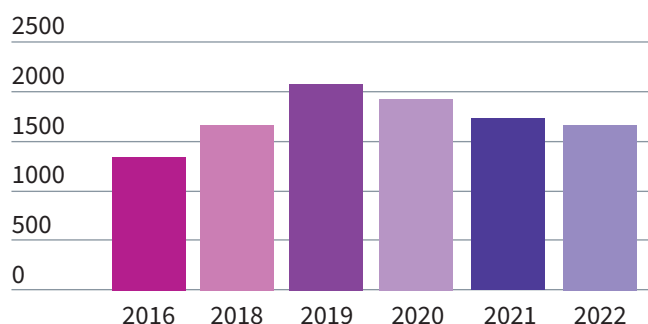
MATÉRIEL ET MÉTHODES

- Réalisation d'un bilan sanguin en début d'hospitalisation : Albumine, pré-albumine, CRP,
- Si albumine < 30g/l ou pré-albumine < 0,15g/L : le service diététique reçoit une alerte mail émise par le laboratoire,
- L'alerte mail est transmise au médecin référent du patient et au cadre du service par l'assistante diététicienne,
- Le médecin est chargé de prescrire la consultation au regard du patient,

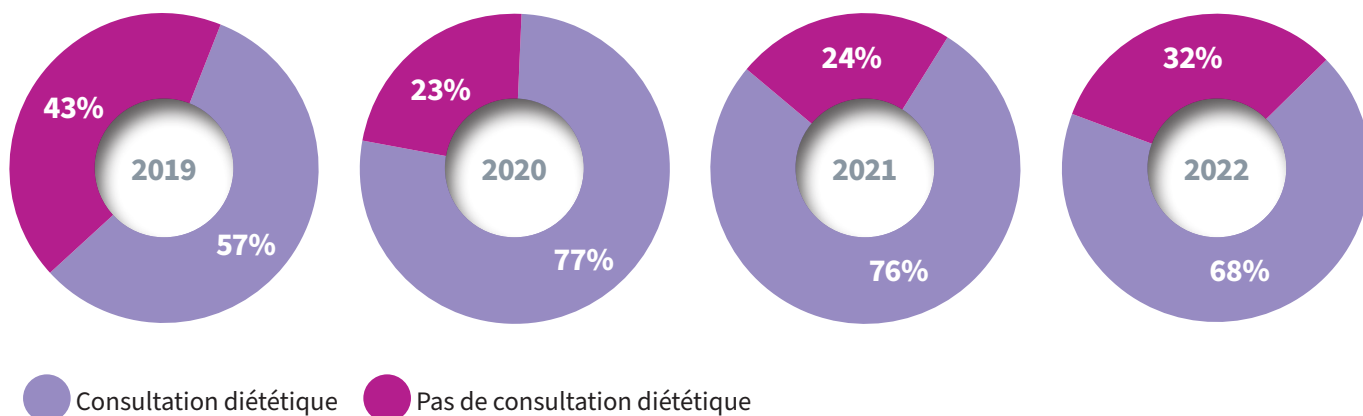
- Demande de consultation automatique si le médecin prescrit un régime HP ou HP+
- Consultations diététiques au cours de l'hospitalisation et/ou consultation d'assistance nutritionnelle après l'hospitalisation, avec en parallèle mesure de d'impédancemétrie, grip test et circonférence brachiale réalisés par l'assistante diététicienne.

RÉSULTATS

Évolution du nombre de consultations diététiques :

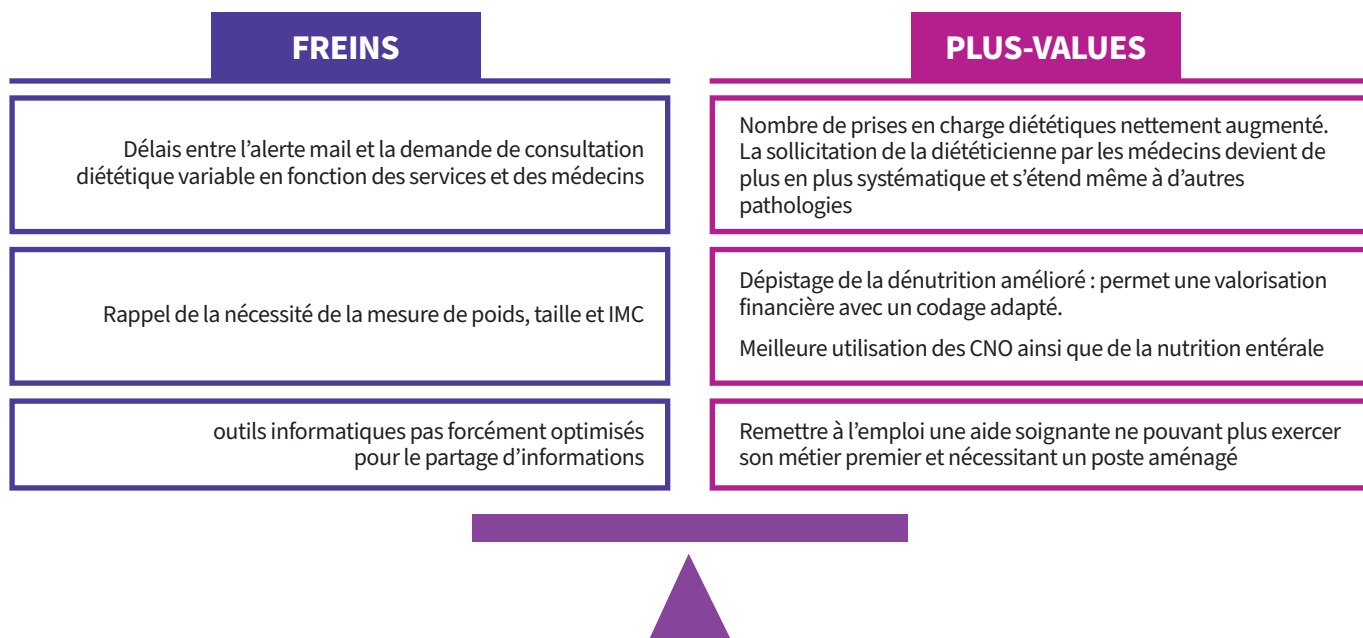


Évolution du % de consultations diététiques demandées en fonction des alertes reçues :



CONCLUSION

Il s'agit d'un projet porté par le Dr Julie Caron, médecin référent du CLAN du centre hospitalier d'Armentières, qui a nécessité un effort d'imagination et d'organisation au départ, mais le bilan n'en est que positif.



Amélioration des connaissances apportées aux professionnels de santé par deux films éducationnels centrés sur les pratiques de la nutrition parentérale à domicile

G.Herfeld, Y.Nivoix, F.Piran, D.Blottière-Bariki, R.Sanchez, C.Licht, A.Pradignac

INTRODUCTION

La nutrition entérale à domicile est une thérapie essentielle mais complexe avec de nombreuses complications (liées à la voie centrale, troubles hydro-électrolytiques, métaboliques) avec la nécessité de formations d'équipes de nutrition parentérale à domicile (NPAD).

But de l'étude : est-ce que 2 films éducationnels centrés sur la NPAD permettent d'améliorer les connaissances des professionnels de santé ?

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Visionnage de 2 films par des professionnels de santé de juin à août 2023 :

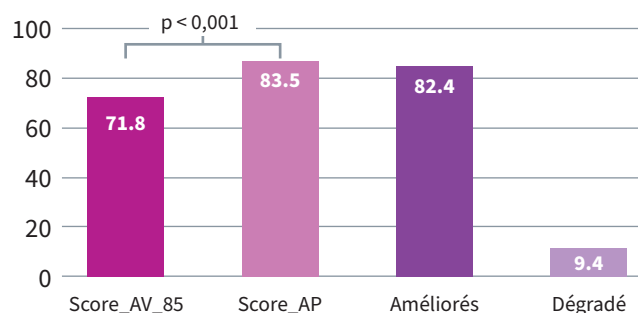
- « Les 10 gestes à ne pas faire en NP » : Conforme au guide de Bonnes Pratiques de la NPAD.
- « Verrou de Taurolock ».

Évaluation des connaissances avec auto-questionnaire de 28 questions type vrai/faux, avant/après visionnage (aspects évalués : gestion des traitements injectables dont phocytan, vitamines, électrolytes, gestion de la durée de passage et de la voie d'abord, asepsie pré et per procédure, conduite à tenir en cas de fièvre, gestion des verrous de taurolidine (rinçage pulsé, instillation lente, ré-aspiration, volume administré), gestion des déchets et stockage des poches).

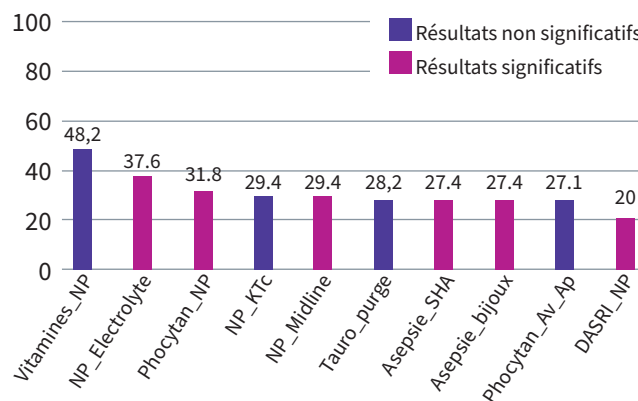
106 questionnaires avant et 85 questionnaires après.

RÉSULTATS

Résultats de bonnes réponses des 85 évaluations avant et après :



Résultats des meilleurs pourcentages d'amélioration après visionnage par domaine de question :



CONCLUSION

Amélioration significative des connaissances immédiatement après visionnage de 2 films éducationnels dans le domaine de la NPAD par des professionnels de santé.

Mais impact sur la survenue de complications ? rémanence à plus long terme ? Nécessité d'études complémentaires.

Projet : nouvelle évaluation des professionnels de santé dans 6 mois.

Disparités d'appareillage des patients porteurs d'une gastrostomie ou d'une jéjunostomie en France en 2022

N. Danel Buhl, J. Bourry, D. Seguy, D. Lescut

INTRODUCTION

Prévalence de la NEAP en 2019 : 74 personnes/100 000 hab.

Objectifs de l'étude :

- Décrire la répartition nationale d'utilisation des boutons et sondes de gastrostomie et jéjunostomie,
- Rechercher d'éventuelles disparités.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Bases de données LPP de la Sécurité Sociale.

Analyse des remboursements effectués pour ces dispositifs médicaux par tranche d'âge de 20 ans, par sexe et par région.

RÉSULTATS

Résultats nationaux :

Remboursements des dispositifs médicaux pour gastrostomie ou jéjunostomie en ville en France 2022 **1**

Proportion d'utilisation du bouton selon le sexe et l'âge en France en 2019 **2**

RÉSULTATS RÉGIONAUX

Répartition régionale des boutons et sondes de gastro-jéjunostomie remboursés en pratique de ville en France en 2022 **3**

CONCLUSION

Le bouton est au niveau national le matériel qui est privilégié en globalité et sur l'ensemble des tranches d'âge inférieur à 60 ans. Il est d'autant plus utilisé que les patients sont jeunes et de sexe féminin.

La sonde reste le dispositif le plus privilégié pour les patients de plus de 60 ans.

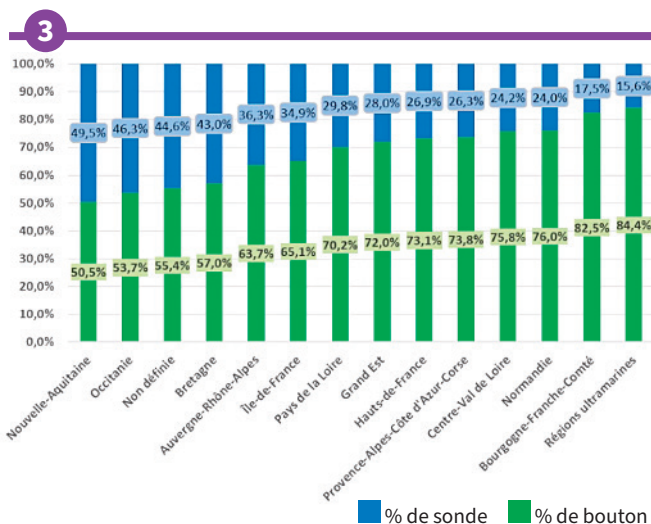
On note des disparités régionales dans les habitudes d'utilisation de ces dispositifs.

1

Tranche d'âge (ans)	0-20	20-40	40-60	>60	NC	Tous âges
Nbre de dispositifs (boutons/sondes)	17768 517	4889 961	4921 3698	9432 9011	69 24	37079 14 211
Nbre de bénéficiaires (boutons/sondes)	6294 243	1906 391	2252 1955	4534 5094	25 15	15011 7698
% utilisation (boutons/sondes)	96,3% 3,7%	83,0% 17,0%	53,5% 46,5%	47,1% 52,9%	62,5% 37,5%	66,1% 33,9%
Nbre dispositifs/bénéficiaire (boutons/sondes)	2,8 2,1	2,6 2,5	2,2 1,9	2,1 1,8	2,8 1,6	2,5 1,8

2

Tranche d'âge (ans)	0-20	20-40	40-60	>60	Tous adultes
Hommes	96,3%	81,4%	50,4%	46,8%	51,9%
Femmes	96,3%	84,9%	59,3%	47,7%	57,7%
Tous sexes	96,3%	83,0%	53,5%	47,1%	53,9%



“ Acteur de référence, Antadir est une fédération neutre et indépendante : son éthique est un gage de confiance pour les professionnels de santé comme pour les patients. ”



Fédération **antadir**

Maison de la Pneumologie • 68 boulevard Saint-Michel • 75006 Paris

Téléphone

+33 (0)1 56 81 40 60

Fax

+33 (0)1 56 81 40 61

antadir@antadir.com

Retrouvez toutes nos publications sur notre site :

WWW.antadir.com

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Pr Boris Melloni

COMITÉ DE RÉDACTION

Dr Camille LACOSTE, CHU Limoges

RÉALISATION

Antadir

CRÉATION

Laurent Desmeure

RÉALISATION GRAPHIQUE

Annie Combal

Ce document est la propriété intellectuelle d'Antadir qui en est l'auteur : toute reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement préalable de l'auteur ou de ses ayants droits ou ayants cause est illicite.

(Article L122-4 du code de la propriété intellectuelle).