



# SYMPOSIUM ACTiCLAN

Vendredi 28 juin 2013 • Journées De Printemps à Nice  
8h30 à 10h00 • Salle Amphi 1



Vendredi 28 juin 2013 • Journées De Printemps à Nice  
8h30 à 10h00 • Salle Amphi 1

## PROGRAMME

### Présentation projets lauréats 2008-2012

Modérateur : Pr X. Hébuterne

- Remise des prix Acticlan 2013
- **Validation d'une grille d'évaluation quantitative des prises alimentaires des patients hospitalisés au sein du pôle gériatrique.**  
*Dr A. Ghisolfi,  
Lauréat en 2009*
- Aide au diagnostic de la dénutrition chez l'enfant hospitalisé  
*Dr A. De Luca,  
Lauréat en 2011*
- Optimisation de la nutrition thérapeutique en réanimation  
*Dr P. Massanet et Mme C. Richard,  
Lauréat en 2010*
- Evaluation de la faisabilité et intérêts de la nutrition entérale chez l'allogreffé de moelle  
*Dr M-T. Rubio et Mme V. Laubé,  
Lauréat en 2011*
- Causes, conséquences et prise en charge de la dénutrition en milieu hospitalier  
*Dr M. Landelle et Mme A. Pion,  
Lauréat en 2011*



# Calorie Intake Tool (CIT)

Validation d'une grille d'évaluation quantitative  
des prises alimentaires des patients hospitalisés  
au sein du pôle gériatologique du CHU de Toulouse



Dr. Anne Ghisolfi, Pr. Patrick Ritz, Pr. Bruno Vellas  
Et toutes les diététiciennes du pôle gériatrie

- Dénutrition hospitalière : problème majeur de santé publique
- Dénutrition = inadéquation Besoins / Apports
- Évaluation des prises alimentaires quotidiennes pour tous les patients à risque
- Recueil des ingesta
  - Diététicienne : irréalisable
  - Outil ➡ prise en charge adaptée
    - simple
    - rapide



# CIT

1 point : 160 kcal



- 1 bol de café ou de thé **0**
- 1 bol de café au lait **0.5**
- 1 sachet lait en poudre **0.5**
- 1 bol de chocolat au lait **1**



- 2 biscottes **0.5**
- 1 madeleine **0.5**
- 1 paquet de biscuits **0.5**
- 1 pain **1**
- 2 tranches pain de mie **1**
- 1 croissant **1.5**



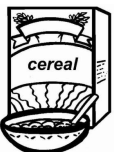
- 2 sachets de sucre **0.25**
- 1 confiture **0.5**



- 1 beurre **0.5**



- 1 jus de fruit **0.5**
- 1 compote **0.5**



- 1 bol cereal instant  
(lait+cereal+beurre+1-2 sucres) **2**

# Déjeuner et Dîner



1 entrée (potage, crudités...)

**0.5**

1 potage enrichi

**1.5**



1 part de viande, poisson, œuf

**1**

1 part de légumes **ou** de féculents

**1**



1 part de Mixé (300 g)

**2**

1 plat complet (ex : Parmentier,

Poisson meunière/pates/courgettes...) **2.5**



1 dessert (yaourt, fromage, fruit,  
compote, flanby...)

**0.5**

1 crème enrichie

**1**

# Hypothèse et objectif

- Hypothèse : la CIT *permet d'estimer la consommation énergétique du patient avec une validité suffisante.*
- Objectif : *évaluer la validité de cette grille par rapport à la méthode de pesée des restes.*

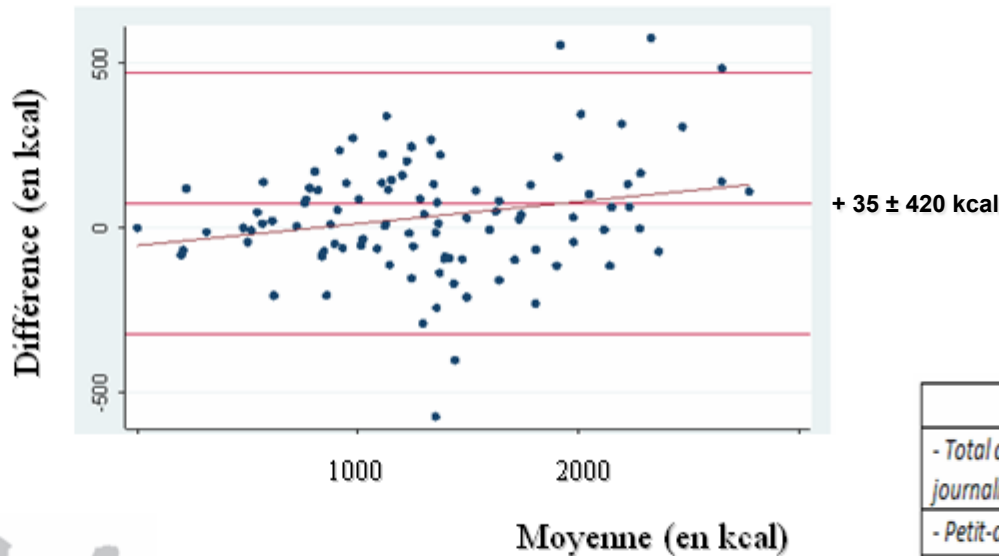


- 100 sujets de plus de 75 ans hospitalisés au sein du pôle gériatrique (CS et MS)
- Une UF : 1 jour (tiré au sort)
- Exclusion
  - Soins palliatifs
  - Nutrition artificielle
  - À jeun (1 repas)





# Résultats



Graphique de Bland et Altman

	CIT	Méthode des pesées des restes
Total journée	1318 ±586	1353 ±625
Petit déjeuner	322 ±161	311 ±162
Déjeuner	420 ±240	442 ±264
Collation	189 ± 333	158 ±129
Dîner	419 ±290	442 ±303

Valeur énergétique en kcal  
Moyenne ± écart type

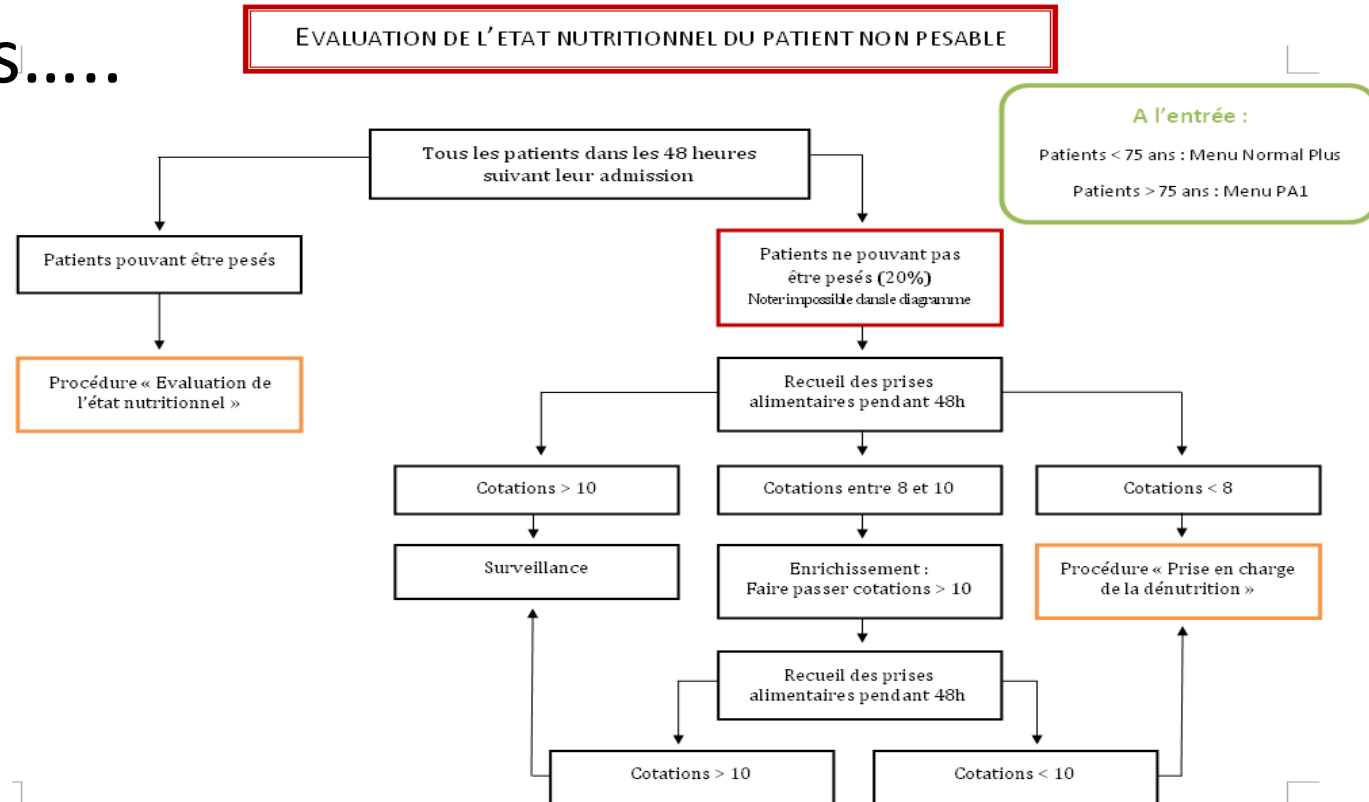
	Coefficient de corrélation intra-classe	[Intervalle de confiance 95%]
- Total de la ration journalière	0,96	[0,94-0,97]
- Petit-déjeuner (Kcal)	0,93	[0,90-0,95]
- Déjeuner (Kcal)	0,89	[0,84-0,93]
- Collation (Kcal)	0,30	[0,12-0,48]
- Dîner (Kcal)	0,94	[0,91-0,96]

Concordance entre la consommation énergétique mesurée par le CIT et la consommation énergétique mesurée par la méthode de référence de pesée des restes (n=100)



# Conclusion

- Hypothèse vérifiée
- Applications.....



Vendredi 28 juin 2013 • Journées De Printemps à Nice  
8h30 à 10h00 • Salle Amphi 1

## PROGRAMME

### Présentation projets lauréats 2008-2012

Modérateur : Pr X. Hébuterne

- **Remise des prix Acticlan 2013**
- **Validation d'une grille d'évaluation quantitative des prises alimentaires des patients hospitalisés au sein du pôle gériatrique.**  
*Dr A. Ghisolfi,  
Lauréat en 2009*
- **Aide au diagnostic de la dénutrition chez l'enfant hospitalisé**  
*Dr A. De Luca,  
Lauréat en 2011*
- **Optimisation de la nutrition thérapeutique en réanimation**  
*Dr P. Massanet et Mme C. Richard,  
Lauréat en 2010*
- **Evaluation de la faisabilité et intérêts de la nutrition entérale chez l'allogreffé de moelle**  
*Dr M-T. Rubio et Mme V. Laubé,  
Lauréat en 2011*
- **Causes, conséquences et prise en charge de la dénutrition en milieu hospitalier**  
*Dr M. Landelle et Mme A. Pion,  
Lauréat en 2011*



# Aide au diagnostic de la dénutrition chez l'enfant hospitalisé



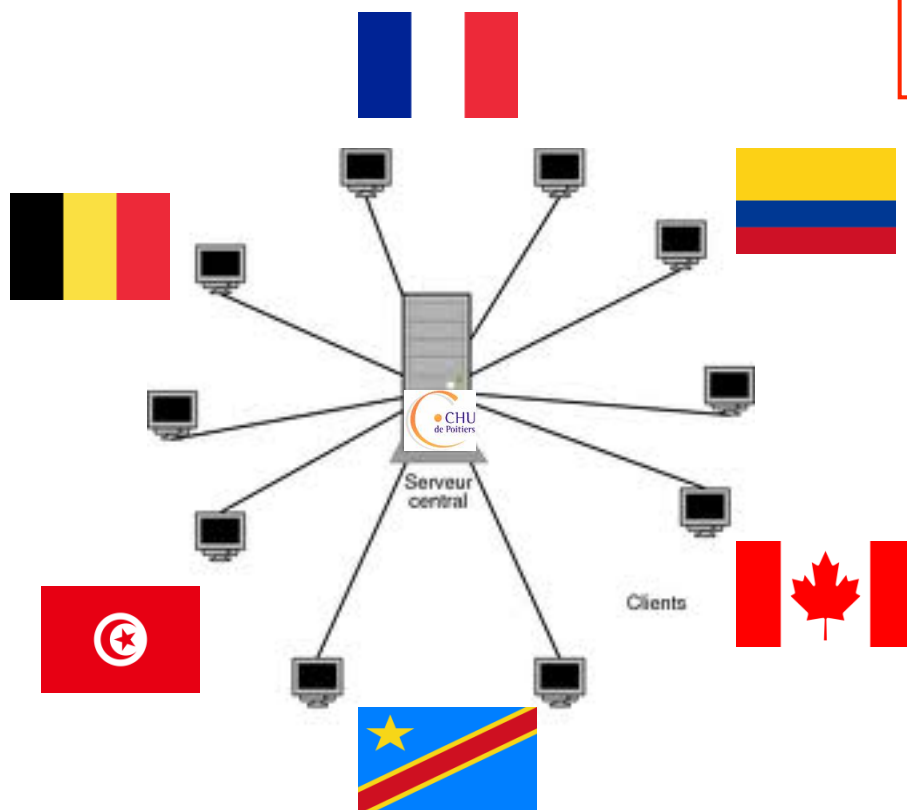
Dr Arnaud DE LUCA - Pr Régis HANKARD  
Pédiatrie Multidisciplinaire - Nutrition de l'Enfant, CHU Poitiers

# Procédure diagnostique basée sur le Web

<http://82.239.89.108/EPINUT>



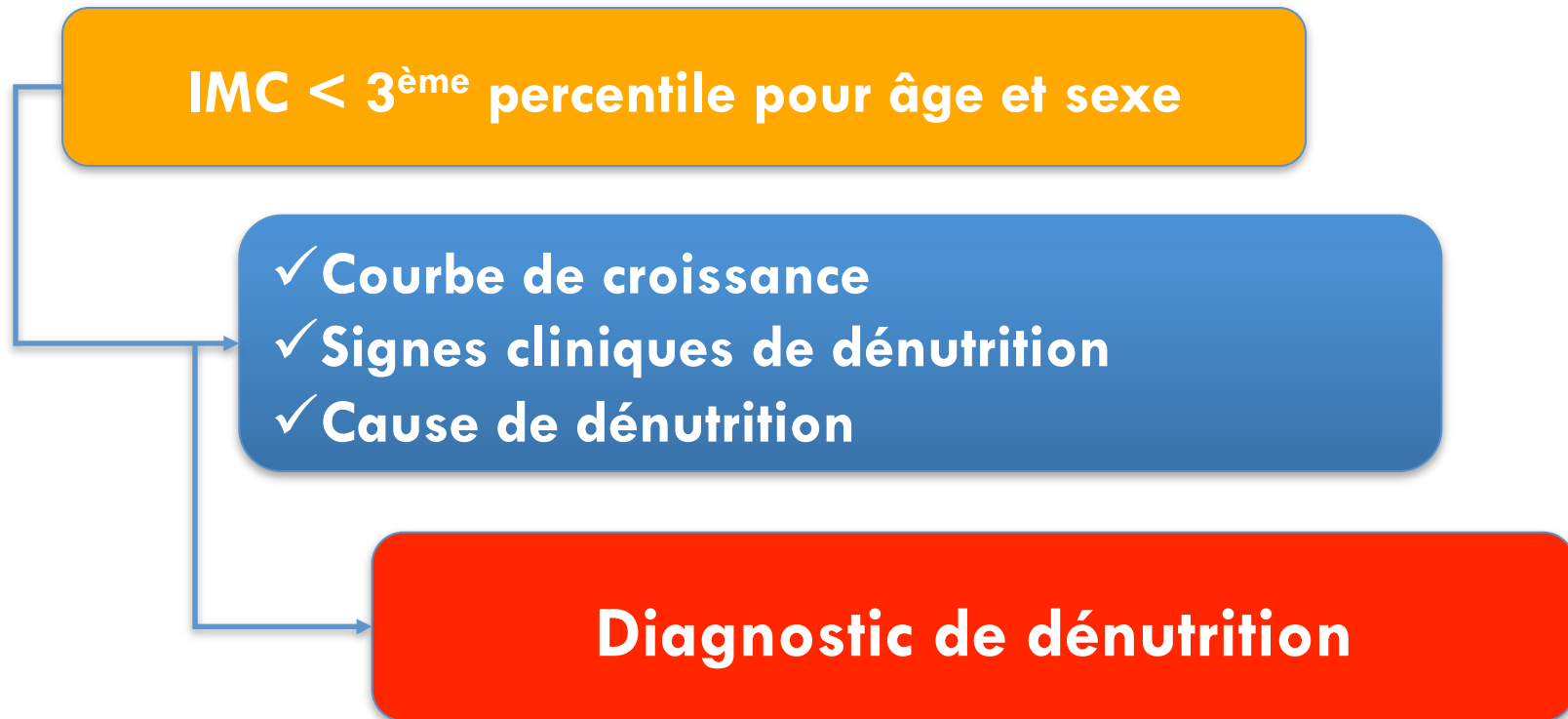
**Disponible 24h/24, 7j/7**



Comité Éducationnel  
et de Pratique Clinique



# Procédure diagnostique standardisée



## Recommandations du Comité Nutrition de la SFP - 2012



# Ecran diagnostique

6301 6301  
Total (Non triés)  
Enregistrements  
Modèle : e-pinut Format affichage :

## Evaluation Nutritionnelle de l'Enfant

Pediatric nutritional assessment

Etiquette patient  
Patient's ID

Ajout Visite (New visit)  
Historique (History)

Accueil (Starting screen)

Identifiant ID DDV DOV DDN DOB

6414 7055

Poids Weight	Taille Height	P. Crânien Head Circ.	P. Brachial Arm Circ.	IMC BMI	PPT	Age

Motif d'entrée NR

Le patient est-il dénutri?  Oui  Non  NR

Le patient est-il déshydraté?  Oui  Non  NR

Diagnostic retenu pour l'hospitalisation  
NR A remplir/ To fill/ NR

Le patient présente-t-il une maladie chronique?  
NR A remplir/ To fill/

Traitement nutritionnel

VALIDER

## Evaluation Nutritionnelle de l'Enfant

Accueil (starting screen)  
Ajout visite (New visit)

Page identifiant et historique (ID & history screen)

ID Date de naissance (DDN) Sexe (Sex)  
6414

Poids de naissance (N) Taille de N Périmètre crânien de N

DDV DOV	N° visite	Poids Weight	Taille Height	Age ans	Z-score Wastlow.	Z-score IMC(BMI)	Z-score Taille Height	Z-score Poids Weight

Z-score Waterlow  
Age

Z-score Taille  
Age

Système expert-v2-Pr Régis HANKARD  
Centre e2

## Evaluation Nutritionnelle de l'Enfant

Pediatric Nutritional Assessment  
Page d'accueil - Starting screen

Nouveau patient  
New patient

Consulter patient  
Show patient

Accueil EPINUT  
EPINUT Website

Enter DOB, sex

Enter Weight, Height

BMI < 3<sup>e</sup> perc.

Growth curve  
Signs of malnutrition  
Case

Malnutrition

New Patient

Système expert-v2-Pr Régis HANKARD

1. Page d'accueil

2. Données

3. Procédure diagnostique

FileMaker Pro Server 11

Impression pour dossier médical



# Evaluation Nutritionnelle de l'Enfant

Pediatric nutritional assessment

**Etiquette patient**  
**Patient's ID**

Accueil (Starting screen) Ajout Visite (New visit) Historique (History)

Identifiant ID: 6450 DDV DOV: 05/03/2013 DDN DOB: 05/03/2012

Poids Weight kg	Taille Height cm	P. Crânien Head Circ. cm	P. Brachial Arm Circ. mm	IMC BMI kg/m2	PPT %	Age
8	75	45	100	14,2	80,0%	1
-1,7	,3	-1,4	-4,9	-2,7	-2,3	

Motif d'entrée: Fièvre Type: Semaine de:

Ce patient est-il dénutri?  Oui  Non  NR

Le patient est-il déshydraté?  Oui  Non  NR

Diagnostic nutritionnel CIM10: E44,1

Diagnostic retenu pour l'hospitalisation: J11

Le patient présente-t-il une maladie chronique? F791

Traitement nutritionnel: Aucun

Le poids est-il ? Mesuré(e)

La taille est elle ? Mesuré(e)

**VALIDER**

# Evaluation Nutritionnelle de l'Enfant

Accueil (starting screen) Ajout visite (New visit) Consulter patient Show patient

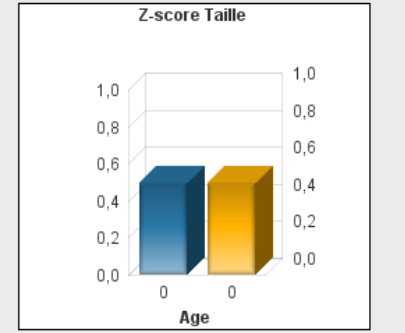
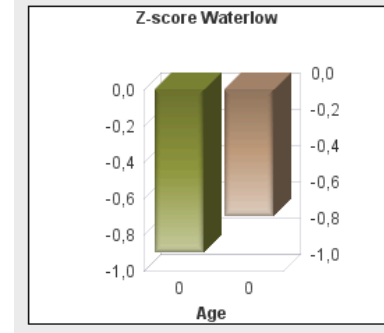
ID: 6424 Date de naissance (DDN) Date of birth (DOB): 01/03/2013 Sexe (Sex): Garçon (boy): 1, Fille (girl): 2

Poids de naissance (N): 3000 Taille de N: 51 Périmètre cranien de N: 35

Terme: 40

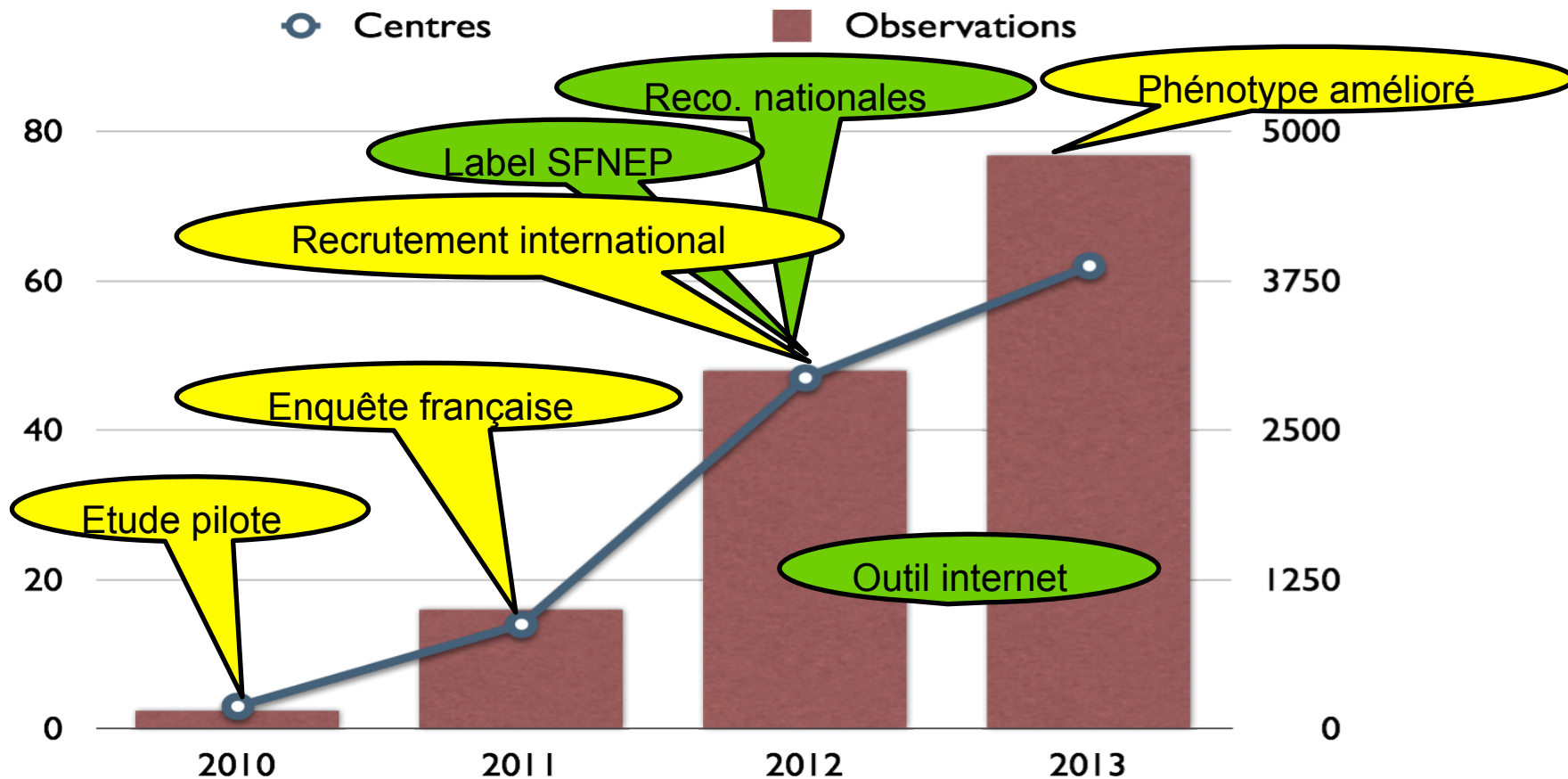
Historique visites (Visit history)

DDV DOV	N° visite Visit #	Poids Weight kg	Taille Height cm	Age ans Years	Z-score Waterlow.	Z-score IMC (BMI)	Z-score Taille Height	Z-score Poids Weight
03/03/2013 7069		2,95	51	0	-7	-1,7	,5	-1
04/03/2013 7068		2,900	51	0	-9	-1,8	,5	-1,1

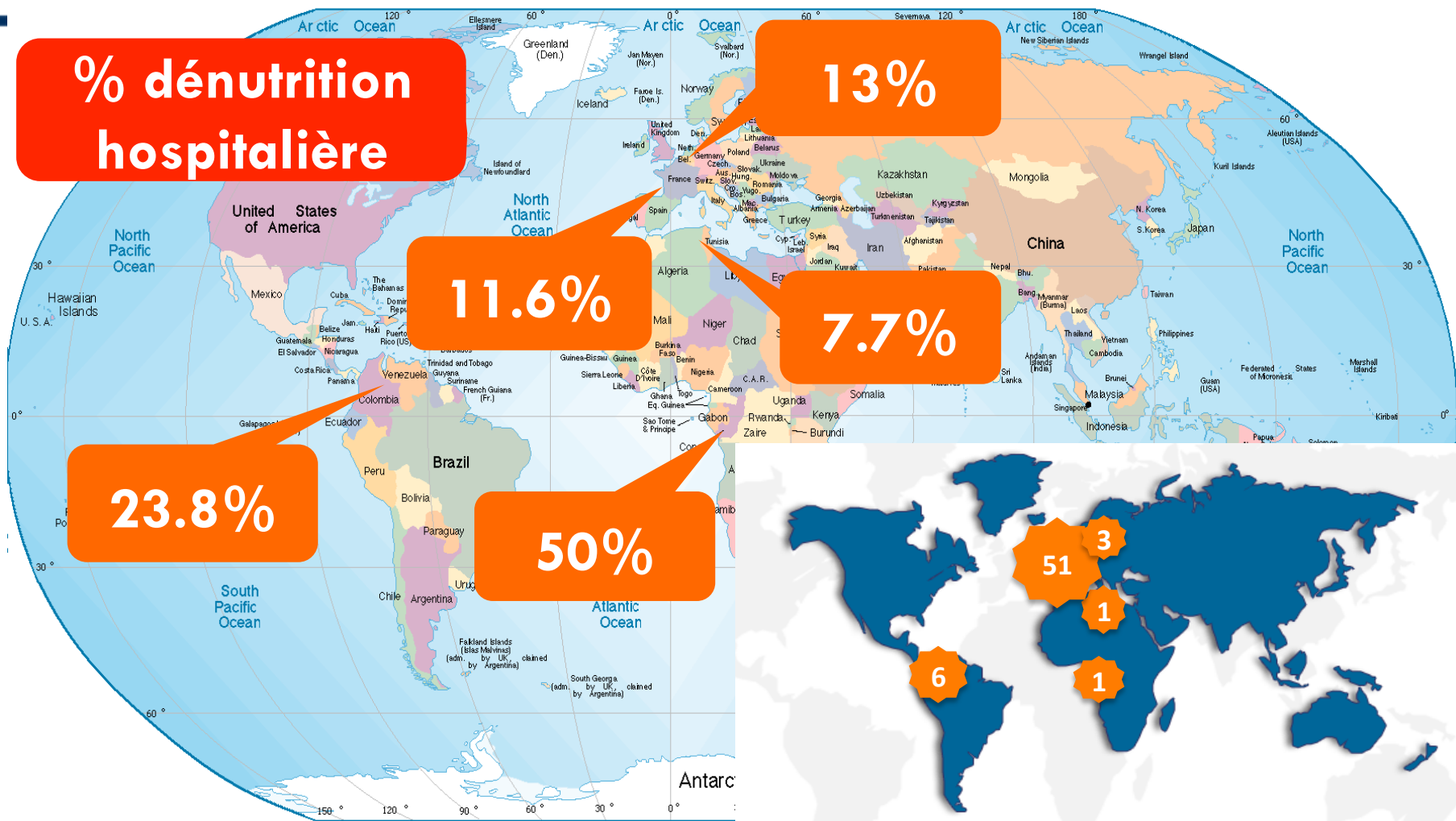




# Réseau e-Pinut une expérience grandissante



# e-Pinut 2013 - 62 centres 4735 données (1829 enfants)



- **En soins**
  - **Evaluation de l'état nutritionnel à l'admission**
    - **Promotion du dépistage : 78% d'impact positif avec e-Pinut**
  - **IPAQSS, axe 3 du PNNS 2011-2015**
  - **Support nutritionnel → stratégie thérapeutique globale**
- **Enquête e-Pinut**
  - **Plus d'hôpitaux et d'unités dans chaque pays**
  - **Plus de pays (Europe, Amériques, Asie)**
- **Recherche**



**EPINUT : <http://82.239.89.108/epinut>**

**e-mail : [epinutenfant@gmail.com](mailto:epinutenfant@gmail.com)**

**Facebook : [www.facebook.com/epinut](http://www.facebook.com/epinut)**



Vendredi 28 juin 2013 • Journées De Printemps à Nice  
8h30 à 10h00 • Salle Amphi 1

## PROGRAMME

### Présentation projets lauréats 2008-2012

Modérateur : Pr X. Hébuterne

- **Remise des prix Acticlan 2013**
- **Validation d'une grille d'évaluation quantitative des prises alimentaires des patients hospitalisés au sein du pôle gériatrique.**  
*Dr A. Ghisolfi,  
Lauréat en 2009*
- **Aide au diagnostic de la dénutrition chez l'enfant hospitalisé**  
*Dr A. De Luca,  
Lauréat en 2011*
- **Optimisation de la nutrition thérapeutique en réanimation**  
*Dr P. Massanet et Mme C. Richard,  
Lauréat en 2010*
- **Evaluation de la faisabilité et intérêts de la nutrition entérale chez l'allogreffé de moelle**  
*Dr M-T. Rubio et Mme V. Laubé,  
Lauréat en 2011*
- **Causes, conséquences et prise en charge de la dénutrition en milieu hospitalier**  
*Dr M. Landelle et Mme A. Pion,  
Lauréat en 2011*



# Optimisation de la Nutrition thérapeutique en réanimation



Mme Céline Richard - Dr Pablo Massanet  
Département de Réanimation Médicale, CHU Montpellier

**EQUIPE DE NUTRITION**  
**SERVICE DE REANIMATION ASSISTANCE RESPIRATOIRE**  
**Pr. OLIVIER JONQUET**  
**HOPITAL GUI DE CHAULIAC**  
**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE MONTPELLIER**



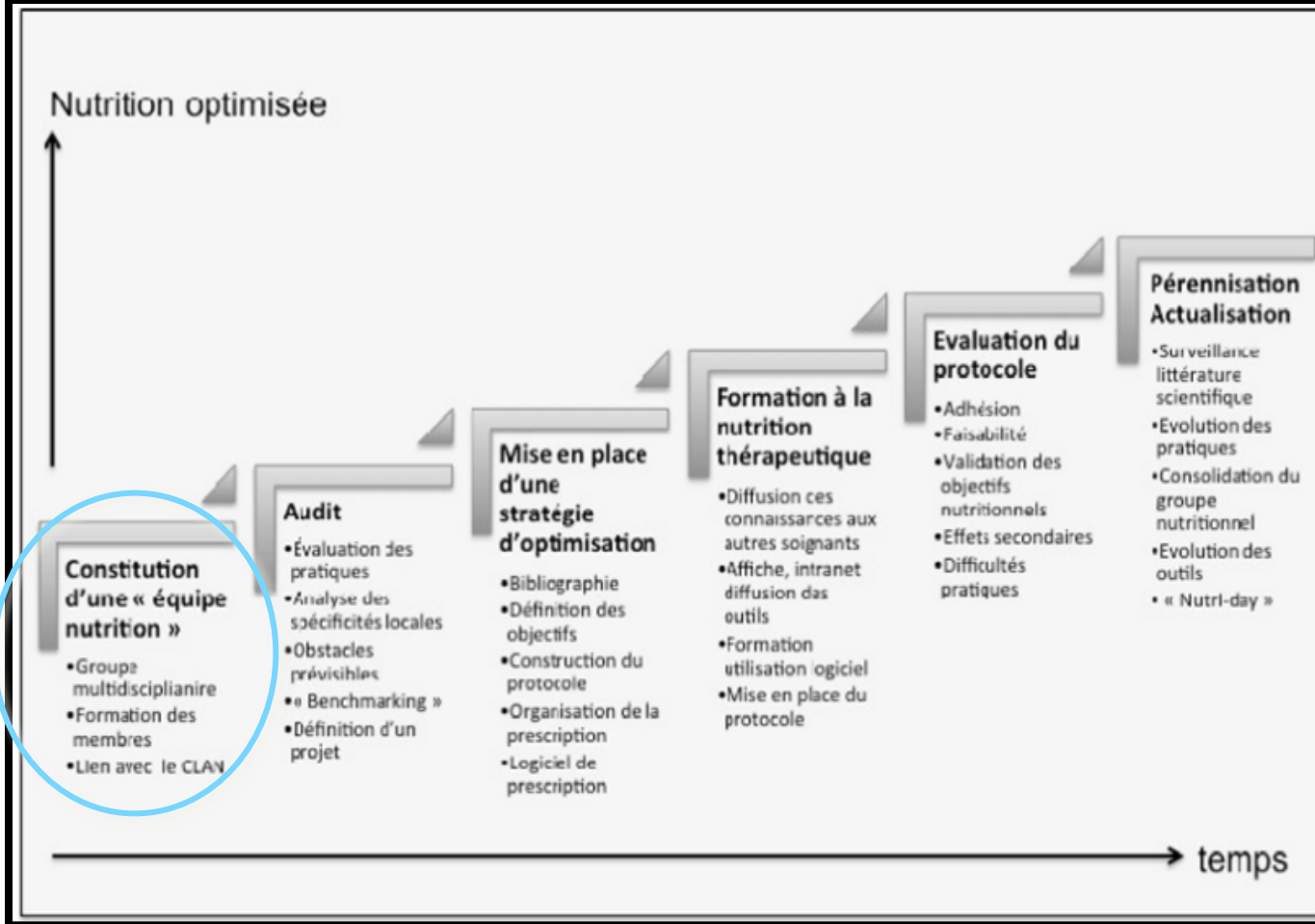
- C. Richard (diététicienne)
- S. Delchet (IDE)
- K. Zapata (IDE)
- E. Titaud (IDE)
- P. Massanet (médecin)
- P. Corne (médecin)
- L. Dejean (AS)
- A. Bouyer (AS)
- I. Deboulatset (cadre IDE)



# EQUIPE DE NUTRITION

SERVICE DE REANIMATION ASSISTANCE RESPIRATOIRE

Pr. OLIVIER JONQUET

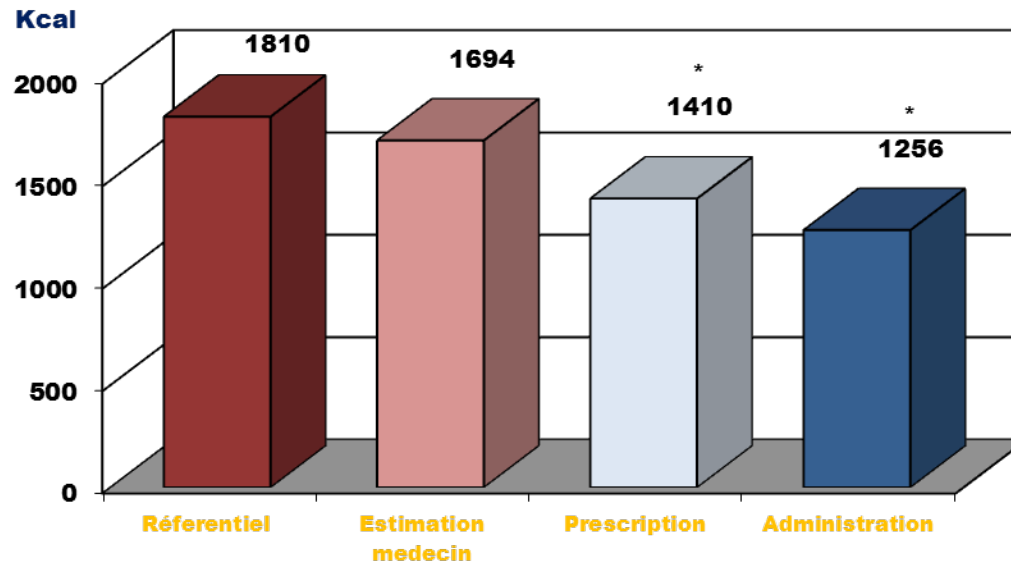




Réalisation d'un audit dans notre service incluant tous les patients hospitalisés plus de 72 heures et suivi nutritionnel durant tout le séjour en réa ou pour un maximum de 30 jours

(Sola et col Réanimation 2009).

## Apport énergétique

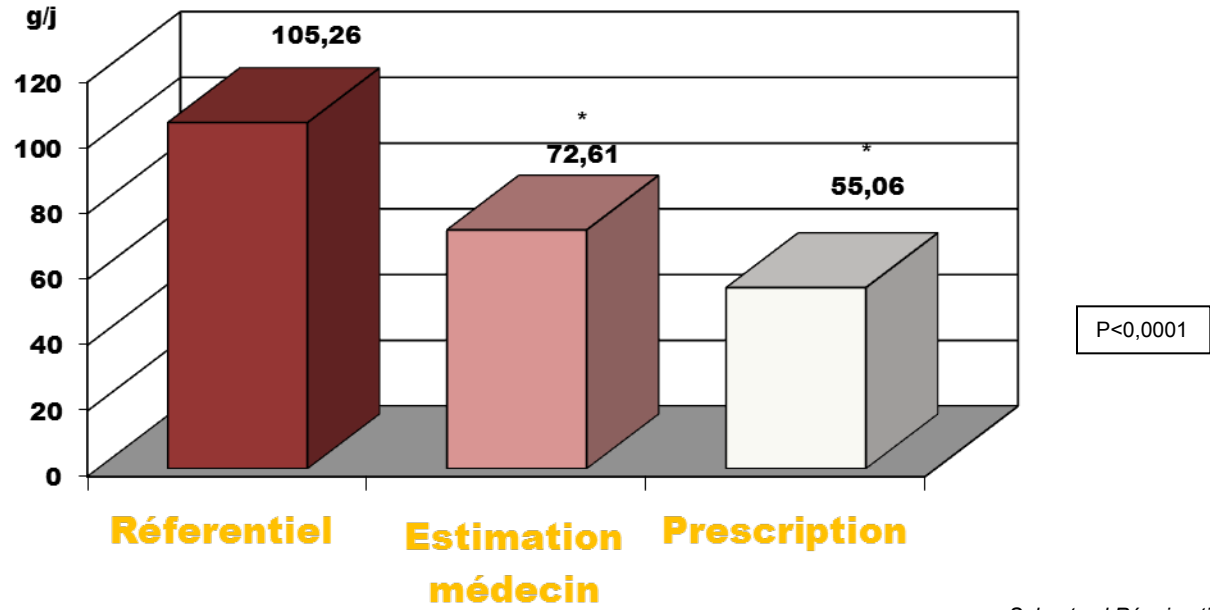


P<0,0001

Sola et col Réanimation 2009



# Apport protidique



Sola et col Réanimation 2009





# Nutri-REA 2011

Comité de Liaison Alimentation Nutrition  
CHU MONTPELLIER

NOM du patient

x

Date évaluation = 14/11/2012

BMI	19		
Poids idéal (Lorentz)	69		
Harris et Benedikt <i>avec correction</i>	1334		
	2001		
20 - 25 - 30 kcal/kg	1180	1475	1770
apports azotés/kg/j	14,75	17,7	20,65
0,25g 0,30g 0,35g			
apports protidiques /kg/j	88,5	118	147,5
1,5g 2g 2,5g			
IRN	70		
GIRN (>70 ans)	ND		

**Objectifs nutritionnels**

1- Remplir vos données patients

Poids d'entrée (kg)	59
Poids habituel (kg)	73
Taille (cm)	175
Sexe	Homme
Age (années)	62
albumine (g/l)	24

Coefficient de correction

Choc septique ou polytraumatisme (x1,5)
---

2- Prescrire votre nutrition avec les solutés suivants

	Volume en ml	
Solutés intraveineux	G5%	
	G10%	
	G15%	
	G30%	1000
Nutrition parentérale	Medialipides 20%	250
	Hyperamine 20%	
	Hyperamine 30%	450
Nutrition entérale	Réanutriflex N8	
	Mednutriflex	
	PeriNutriflex	
	Fresubin original	
	Fresubin HP	
	Nutrison multifibres	
	Nutrison energy multifibres	
	Peptamen	
	Peptamen AF	
	Novasource GI Control Impact	
<b>Totaux</b>	<b>1700</b>	

Glucose		Lipide		Azote		total Kcal	Kcal G+L
en g	en kCal	en g	en kCal	en g	en kCal		
0	0					0	0
0	0					0	0
0	0					0	0
300	1200					1200	1200
		55	492			492	492
				0	0	0	
				13,5	337,5	337,5	
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
300	1200	54,667	492	13,5	337,5	2029,5	1692

3-Synthèse

Aide Remise à zéro

à propos des auteurs

Imprimer

Sauvegarder et fermer

Apports azotés (0,3 g/kg/j)

/poids réel	Recommandés	/poids idéal (BMI >30)	Prescrits
	17,7	20,625	13,5
1,5g/kg/j 2g/kg/j	88,5 118	2g/kg/j	84,375 Rapport CIA 150,3

Apports caloriques

Harris et Benedikt corrigé			total		
20Kcal/kg	25Kcal/kg	30Kcal/kg	% glucides	% lipides	total
1180	1475	1770	70,9	29,1	1692
					2030
					1718,8

 **CHRU MONTPELLIER**  
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE

**Livret Médecin**

Réanimation Médicale  
et Assistance Respiratoire  
(RMAR)

Responsable :  
Pr. Olivier JONQUET

 **CHRU MONTPELLIER**  
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE

**Livret IDE et AS**

Réanimation Médicale  
et Assistance Respiratoire  
(RMAR)

Responsable :  
Pr. Olivier JONQUET

Cadre de santé :  
I. de BOULATSEL

«Optimisation de la  
nutrition thérapeutique  
en réanimation»


«Optimisation de la  
nutrition thérapeutique  
en réanimation»




Hôpital Gui de Chauliac



Hôpital Gui de Chauliac



Pôle Rein, HTA, Réanimation,  
Endocrino-Métabolique, Brûlés





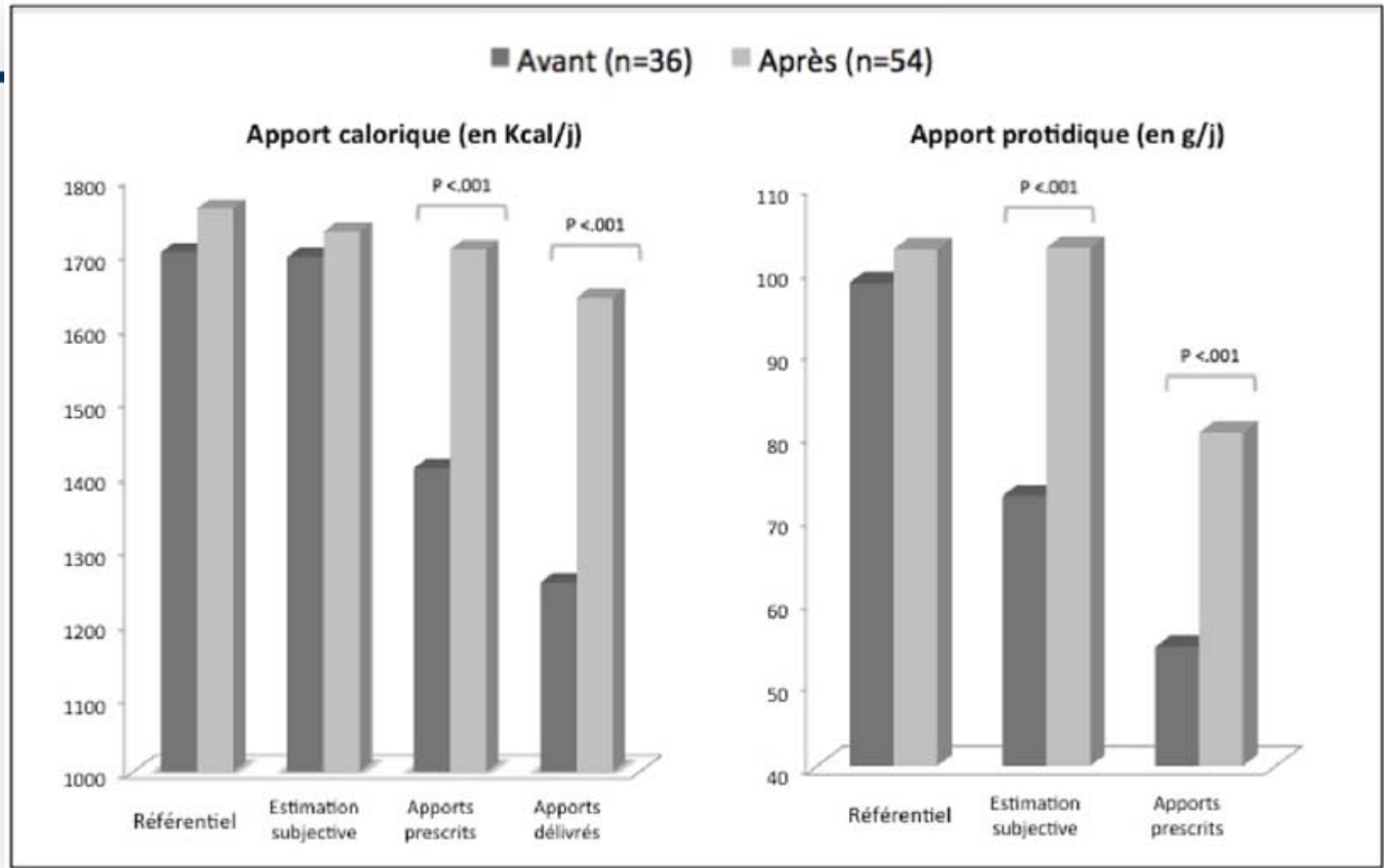
Pôle Rein, HTA, Réanimation,  
Endocrino-Métabolique, Brûlés



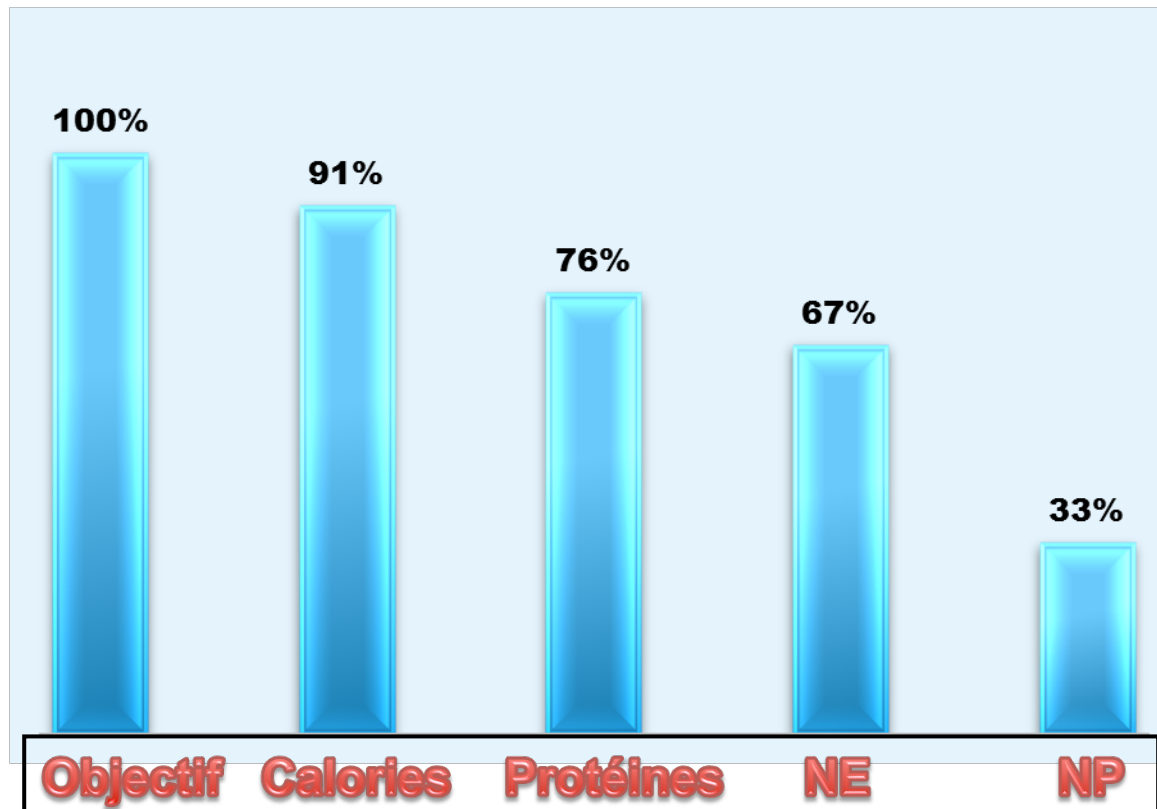
## Evaluation des résultats

- Après mise en place temps de pratique et faisabilité de 30 jours
- Réalisation d'étude prospective observationnelle sur quatre mois
- 56 patients inclus sur la période
- Comparaison des groupes avant / après mise en place du protocole





Le maintien des acquis dans le temps est une difficulté majeure dans ce type de protocole. Il n'y a pas d'études à notre connaissance sur ce sujet. Six mois après la mise en place du protocole, réalisation d'une **enquête sur 24 heures pour 12 patients (« Nutri-day »)**.



## Maintien des acquis

- Formation continue de l' équipe médicale et paramédicale
- Formation des nouveaux arrivants, remise du livret
- Réalisation des audits de 24-48 heures une ou deux fois par an avec retour de résultats à l' ensemble de l' équipe (« benchmarking »)

## Nouveaux objectifs

- Place de l' immunonutrition en réanimation
- Moment de l' introduction de la nutrition parentérale complémentaire quand la nutrition entérale est insuffisante
- Gestion du sevrage de la nutrition artificielle et relais par la nutrition orale
- Application du logiciel « Nutri-Rea » dans les téléphones de dernière génération et calcul en instantané du déficit calorique cumulé pendant l' hospitalisation pour chaque patient



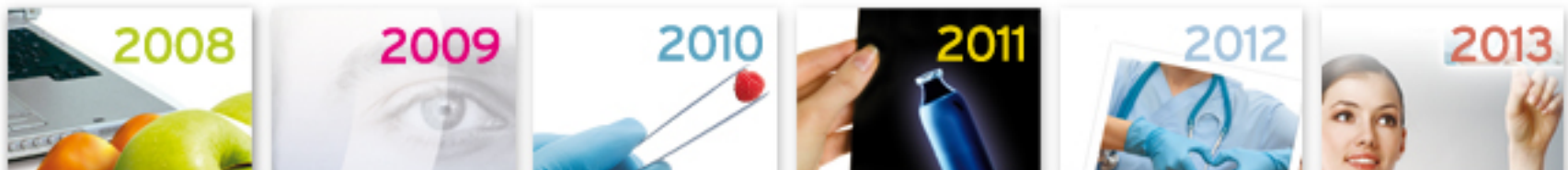
Vendredi 28 juin 2013 • Journées De Printemps à Nice  
8h30 à 10h00 • Salle Amphi 1

## PROGRAMME

### Présentation projets lauréats 2008-2012

Modérateur : Pr X. Hébuterne

- **Remise des prix Acticlan 2013**
- **Validation d'une grille d'évaluation quantitative des prises alimentaires des patients hospitalisés au sein du pôle gériatrique.**  
*Dr A. Ghisolfi,  
Lauréat en 2009*
- **Aide au diagnostic de la dénutrition chez l'enfant hospitalisé**  
*Dr A. De Luca,  
Lauréat en 2011*
- **Optimisation de la nutrition thérapeutique en réanimation**  
*Dr P. Massanet et Mme C. Richard,  
Lauréat en 2010*
- **Evaluation de la faisabilité et intérêts de la nutrition entérale chez l'allogreffé de moelle**  
*Dr M-T. Rubio et Mme V. Laubé,  
Lauréat en 2011*
- **Causes, conséquences et prise en charge de la dénutrition en milieu hospitalier**  
*Dr M. Landelle et Mme A. Pion,  
Lauréat en 2011*



# Evaluation de la faisabilité et intérêts de la nutrition entérale chez l'allogreffé de moelle



# Objectifs de l' Etude

- **Optimiser la prise en charge nutritionnelle des patients allogreffés de moelle**
- **Etude prospective** : faisabilité de la NE et analyse des bénéfices cliniques pendant l' hospitalisation et à distance de la transplantation ?
- Elaboration d' un **protocole** et **formation du personnel**
- **Evaluation de la faisabilité** de la NE (nbre de SNG posées/échecs/durée ...)
- **Conséquences de la NE** (> 7 jours) versus pas NE (< 5 jours) sur
  - l' état nutritionnel (paramètres cliniques et biologiques)
  - les troubles digestifs fréquemment rencontrés après l' allogreffe,
  - la tolérance et l' absorption des médicaments immunosuppresseurs,
  - Le risque infectieux (nombre d' épisodes infectieux bactériens ou fongiques)
  - La survenue de GVH digestive
  - la survie des patients à 3 mois
- **Evaluation du ressenti** de la NE par des questionnaires auprès :
  - des patients
  - du personnel soignant



# Protocole de NE

## PROTOCOLE DE NUTRITION ENTERALE EXCLUSIVE OU NON EN HEMATOLOGIE POUR LES PATIENTS ALLOGREFFES

Référence :  
Version :

Date d'approbation pour application : Février 2011

Page 1/2

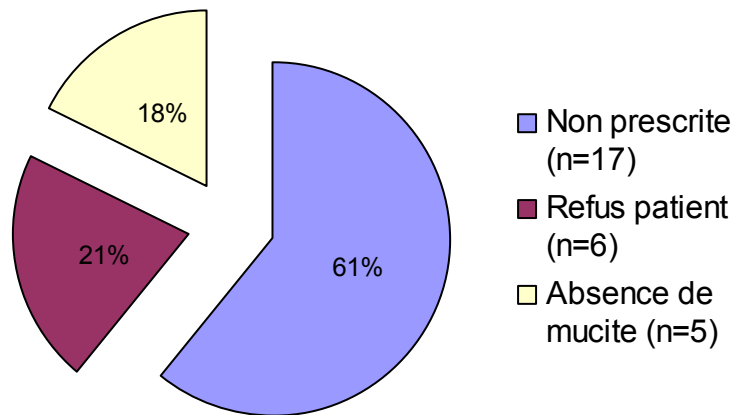
Jour	J1-J2 Quelque soient les apports oraux	J3-J4 si apports oraux < 1500 kcal/J	J5-J6 si apports oraux < 1250 kcal/J	A partir de J7 si apports oraux < 1000 kcal/J	Dès que les apports oraux sont < 500 kcal/j	Après J7 si nécessaire
Mélange nutritif	Isocalorique (1kcal/ml) NUTRISON 1.0	Isocalorique (1kcal/ml) NUTRISON 1.0	Isocalorique (1kcal/ml) NUTRISON 1.0	Isocalorique (1kcal/ml) NUTRISON 1.0	Hypercalorique (1,5kcal/ml) NUTRISON ENERGY	NUTRISON ENERGY et NUTRISON 1.0
Volume	250 ml	500 ml	750 ml	1000 ml	1000 ml	Pour un total d'apport de 35 à 40 kcal/kg/J
Apport énergétique	250 kcal	500 kcal	750 kcal	1000 kcal	1500 kcal	Selon volume instillé
Protéines	10g	20g	30g	40g	60g	Selon volume instillé
Débit d'instillation	25ml/h	50ml/h	65ml/h	80ml/h	80ml/h	Ne pas dépasser 125ml/h
Durée d'instillation	12H	12H	12H	12H30	12H30	Selon volume instillé
Horaires d'instillation	20H-8H	20H-8H	20H-8H	19H30-8H	19H30-8H	A débiter à 8H



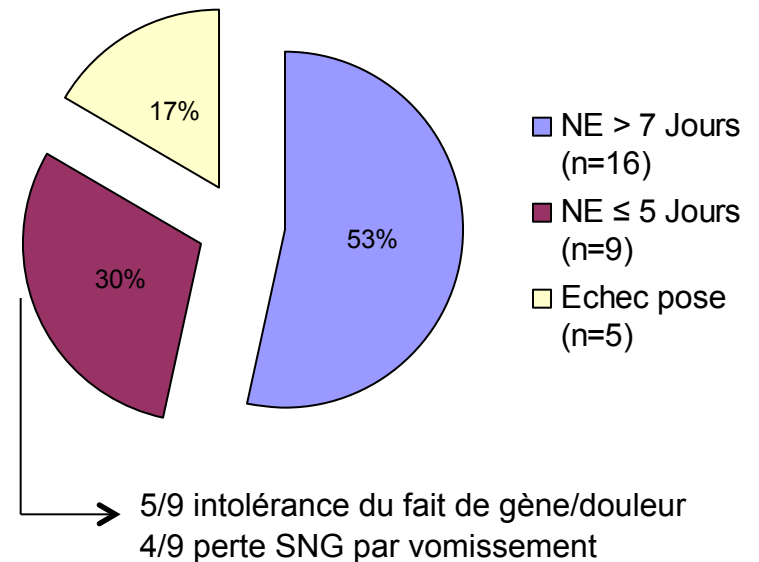
# Faisabilité de la pose de SNG chez les patients allogreffés

- Etude chez **60 patients allogreffés** entre juin 2010 et avril 2013 pour une hémopathie maligne (LA +++ ) avec un conditionnement à haut risque de mucite

Pas de pose de SNG n=30 (50%)

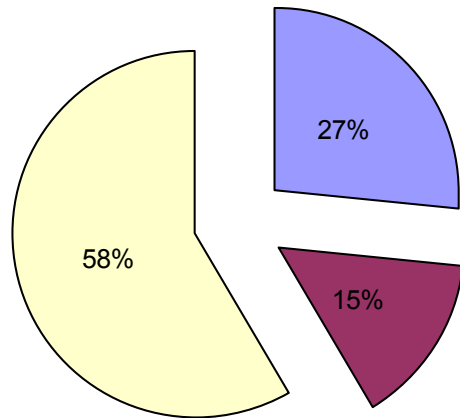


Pose de SNG n=30 (50%)



# Effets de la NE chez les patients allogreffés (n=60)

- NE > 7 Jours (n=16)
- NE ≤ 5 Jours (n=9)
- Pas de NE (n=35)



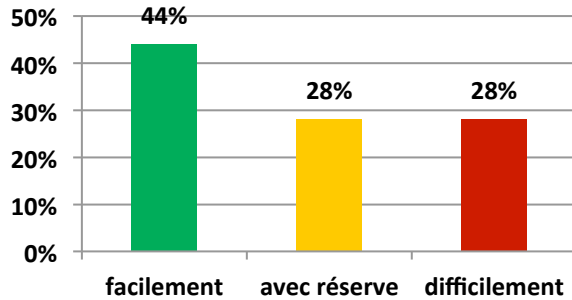
**Critères nutritionnels biologiques à analyser**  
**Pas de différence en survie à J100 et à long terme**

	NE ≤ 5 jours n=44	NE > 7 jours (8-25 j) n=16	p value
Age (médiane, extrêmes)	41.2 (17-66)	34.8 (18-62)	0.35
Mucite grade médian	2	3	0.33
durée médiane	12	13	0.62
Recours à la NP	16 (36%)	3 (18.7%)	0.33
<b>Perte de poids (%)</b>			
<b>à la sortie d'aplasie</b>	<b>8.96</b>	<b>2.73</b>	<b>2.3x10<sup>-5</sup></b>
<b>à J30</b>	<b>10.5</b>	<b>3.58</b>	<b>1.3x10<sup>-5</sup></b>
<b>à J60</b>	<b>8.6</b>	<b>3.17</b>	<b>0.007</b>
<b>à J90</b>	<b>8.5</b>	<b>3.98</b>	<b>0.14</b>
GVH grade ≥2	17 (38.5%)	5 (31%)	0.71
<b>GVH digestive</b>	<b>9 (20.4%)</b>	<b>2 (12.5%)</b>	<b>0.55</b>
Episodes infectieux hors aplasie	19 (43%)	4 (25%)	0.37
<b>Diarrhées en sortie d'aplasie</b>	<b>23 (52.3%)</b>	<b>2 (12.5%)</b>	<b>0.05</b>
<b>Tbles digestifs à la reprise de l'alimentation</b>	<b>20 (45.5%)</b>	<b>2 (12.5%)</b>	<b>0.08</b>
<b>Malabsorption Ciclosporine</b>	<b>10/41 (24.4%)</b>	<b>1 (6.25%)</b>	<b>0.18</b>
Reconstitution hématopoïétique médiane PNN > 500/ mm <sup>3</sup>	17.5	17	0.59
médiane PLQ > 20 G/L	14	14	0.57

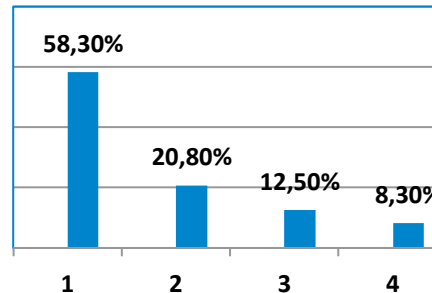


# RESSENTI DES PATIENTS (n=25)

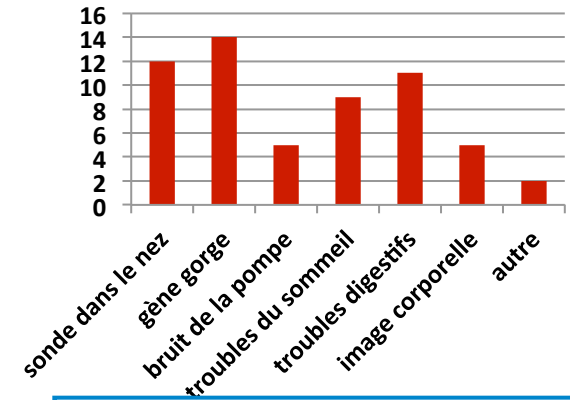
## Acceptation de la sonde au départ



## Nombre de poses de sonde



## Inconforts cités par les patients

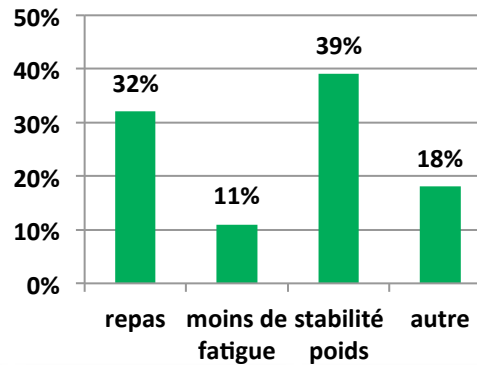


## Informations suffisantes ?

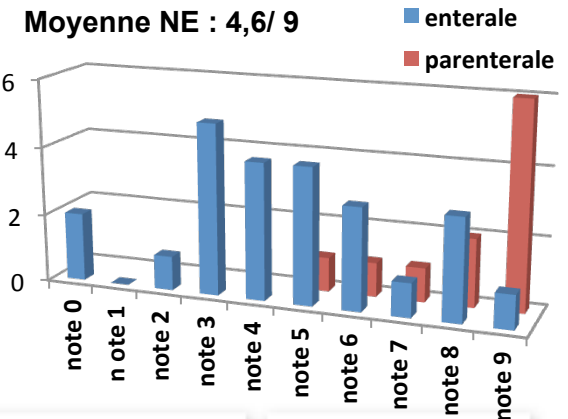
oui **91,80%**  
non **8,20%**

vidéo pas assez réaliste, possibilité de repose de la sonde, information au moment de la pose

## Points positifs cités

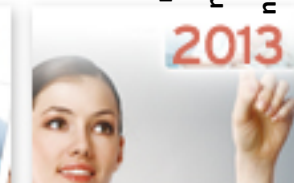


## Tolérance de la nutrition artificielle



## Perception de la nutrition entérale

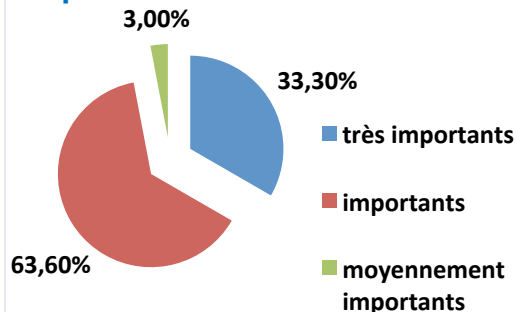
aide **52%**  
contrainte supplémentaire **48%**



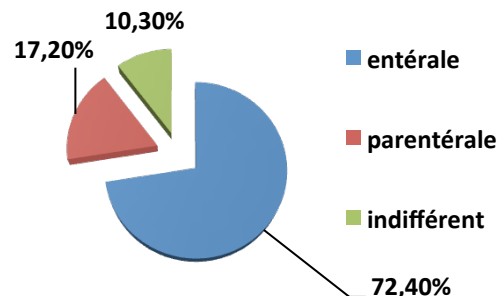
# Ressenti du personnel soignant

- **Méthodologie:** 1 questionnaire en début d'étude (n=20) et en fin d'étude (n= 35 )
- **Résultats :** population : 65% IDE identique sur les 2 périodes, AS (29%) et cadres (6%):
  - ➔ Peu d' IDE formées ou expérimentées (1/2), souhait d' avoir une formation (80%)
  - ➔ Besoin de connaître l'intérêt de la NE pour argumenter auprès du patient (travail supplémentaire)
  - ➔ **Image de la NE par les soignants à modifier :** associée à 2/3 de termes positifs ou neutres mais aussi à 1/3 de termes négatifs tels que « gavage », √ de termes tels que « soin agressif, invasif, régressif , barbare» mais plutôt « gêne ».
  - ➔ IDE non convaincue ➔ réticences chez le patient

## Importance soins nutritionnels



## Soins les plus contraignants



## Quelques remarques sur l'évolution du ressenti chez 4 personnes:

- Efficace pour certains patients (poids)
- Les études montrent l'intérêt
- Meilleure prise en charge de la dénutrition (mucite)
- Pas si contraignant et difficile que cela





# Conclusions

- **La faisabilité de la NE chez le patient allogreffé reste limitée:**
    - 27% des patients ayant une indication et 37% des patients ayant eu une prescription de SNG bénéficient d'une NE > 7 jours sur la période d'étude
    - Soins difficiles à accepter par les patients (contrainte supplémentaire/mucite/tbles digestifs post-greffe)
  - **Intérêts pour les patients allogreffés par réduction des risques post-greffe:**
    - de dénutrition dans les premiers mois
    - des symptômes / troubles digestifs persistants après résolution de la mucite
    - de GVH digestive (tendance à confirmer)
    - infectieux post-greffe (tendance à confirmer)
- ➔ Amélioration de la qualité de vie ?
- **Progrès à poursuivre au sein de l'équipe médicale et paramédicale :**
    - Nécessité de continuer à communiquer et à former sur les avantages de la NE
    - Accompagner le personnel et les patients pour un meilleur soin global:
      - Ecouter et faire exprimer
      - Développer la formation du personnel
      - Adapter/améliorer le protocole (indications, timing de pose de SNG, traitement anti-émétique ...)
      - Créer des supports écrits



# Remerciements



Service d' Hématologie et de thérapie cellulaire

Hôpital Saint Antoine, Paris

- Pr Mohamad Mohty
- Dr Aurélie Gomez
- L' équipe soignante
- Les patients



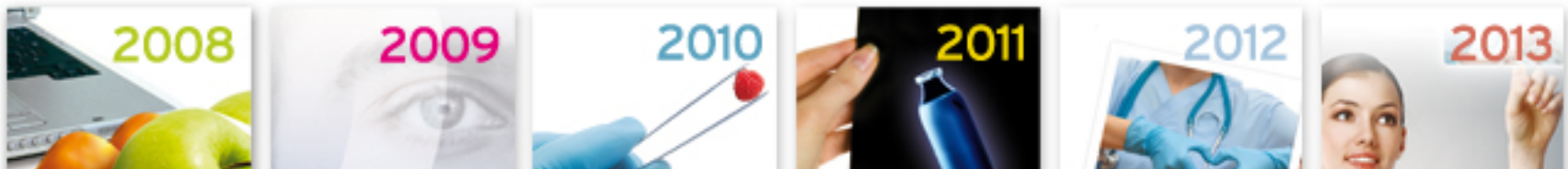
Service de diététique et l' ELAN Saint Antoine

- Mme Véronique Laubé
- Pr Cosnes



Laboratoire Fresenius Kabi

- Prix ACTICLAN



Vendredi 28 juin 2013 • Journées De Printemps à Nice  
8h30 à 10h00 • Salle Amphi 1

## PROGRAMME

### Présentation projets lauréats 2008-2012

Modérateur : Pr X. Hébuterne

- **Remise des prix Acticlan 2013**
- **Validation d'une grille d'évaluation quantitative des prises alimentaires des patients hospitalisés au sein du pôle gériatrique.**  
*Dr A. Ghisolfi,  
Lauréat en 2009*
- **Aide au diagnostic de la dénutrition chez l'enfant hospitalisé**  
*Dr A. De Luca,  
Lauréat en 2011*
- **Optimisation de la nutrition thérapeutique en réanimation**  
*Dr P. Massanet et Mme C. Richard,  
Lauréat en 2010*
- **Evaluation de la faisabilité et intérêts de la nutrition entérale chez l'allogreffé de moelle**  
*Dr M-T. Rubio et Mme V. Laubé,  
Lauréat en 2011*
- **Causes, conséquences et prise en charge de la dénutrition en milieu hospitalier**  
*Dr M. Landelle et Mme A. Pion,  
Lauréat en 2011*



# La Dénutrition, Une Pathologie Silencieuse... La Dépister C' est La Soigner!



Mme A. PION et Mme M. JARDIN  
Diététiciennes CH LAVAL

# La Dénutrition, Une Pathologie Silencieuse... La Dépister C' est La Soigner!



Scénario primé en 2011 et présenté par le **Dr Landelle** aux Journées de Printemps à Toulouse en Juin 2011.

Le prix obtenu a permis d'élaborer le **FILM** et d'investir dans du matériel de pesée et de mesures.

Ce jour présentation du **FILM** abouti, destinée à la formation des professionnels de santé.



# La Dénutrition, Une Pathologie Silencieuse...

## La Dépister C' est La Soigner!



Ce **FILM** a été visualisé et validé par les différentes instances du CH Laval (CME, CSIRMT, CLAN).

Utilisation : formations de personnels soignants sur le dépistage de la Dénutrition et prise en charge des escarres

Résultats : - augmentation du dépistage de la dénutrition  
- augmentation de la prise en charge





# SYMPOSIUM ACTiCLAN

Vendredi 28 juin 2013 • Journées De Printemps à Nice  
8h30 à 10h00 • Salle Amphi 1

