

Christophe GOURC<sup>1</sup>, Raphael GANDY<sup>1</sup>, Virginie HARIVEL<sup>1</sup>, Dan GREY<sup>1</sup>, Céline DUPY<sup>1</sup>, Vincent ATTALIN<sup>1</sup>, Joy MARTIN<sup>1</sup>, Sophie PUJOL<sup>2</sup>, Chantal RAMPON<sup>2</sup>, Geneviève LEPRUN<sup>2</sup>, Georgina PEREZ<sup>2</sup>, Muriel GRANIER<sup>2</sup>, Sergiu FLUIERARU<sup>2</sup>, Chloé GERI<sup>2</sup>, Luc TEOT<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Unité Transversale de Nutrition CHU Montpellier, Université de Montpellier, France

<sup>2</sup> Département Médico-Chirurgical Plaies et Cicatrisation, Unité Consultation Plaies et Cicatrisation, CHU Montpellier, Université de Montpellier, France

## Introduction

L'unité de "Consultation Plaies et Cicatrisation" du Dr TEOT sur le site de Lapeyronie au CHU de Montpellier accueille des patients présentant des plaies complexes et diverses avec des retards ou des difficultés de cicatrifications.

La cicatrisation est un processus complexe au cours duquel les facteurs nutritionnels tiennent une place particulièrement importante.

L'évaluation de l'état nutritionnel reste cependant difficile chez ces patients suivis en ambulatoire et peu d'études ont estimé la prévalence de la dénutrition dans ce groupe de patients pourtant à risque. Ce constat a motivé la mobilisation de L'Unité Transversale de Nutrition (UTN) afin d'étudier cette prévalence chez ces patients et proposer des outils adaptés tant sur le dépistage que sur les prises en charges nutritionnelles.

## Objectifs

Evaluer la prévalence de la dénutrition et du risque de dénutrition chez des patients suivis pour plaies chroniques en consultation.

## Méthodologie

Etude observationnelle prospective quantitative réalisée du 10/2017 au 12/2018 chez les patients se présentant en consultation "Plaies et cicatrisation". Les paramètres étudiés pour dépister la dénutrition et le risque de dénutrition sont ceux définis par l'HAS/ANSES et l'ESPEN : taille, poids, perte de poids à 1 et 6 mois, Mini Nutritional Assessment (MNA), Nutritional Risk Screening (NRS-2002), Echelle de Prise Alimentaire (EPA). Le grade nutritionnel péri-opératoire<sup>2</sup> (GN) a également été pris en compte. L'évaluation a été réalisée par un diététicien de l'UTN et l'infirmière impliquée lors de la consultation.

## Résultats : 102 patients évalués

30% (n=31) présentaient une **dénutrition**

23% (n=23) étaient à **risque de dénutrition**

10% (n=10) des patients n'ont pas pu être diagnostiqués<sup>1</sup>



53% (n=54) des patients devraient bénéficier d'une **Prise en Charge nutritionnelle (PEC)**.

### Spécificités des patients nécessitant un recours chirurgical post-consultation

20% (n=21) des patients sont **orientés vers une chirurgie** (greffe de peau artificielle et autologue, parage de plaie, VAC, lambeau, biopsie, pontage...).

Il est nécessaire lors d'une chirurgie programmée d'évaluer le Grade Nutritionnel périopératoire<sup>2</sup> (GN). L'évaluation du GN tient compte de l'état nutritionnel, des facteurs de risque de dénutrition péri-opératoire (dont le type d'acte chirurgical en lui même).

86% (n=18/21) des patients nécessitant un recours chirurgical sont GN2 / GN3 et nécessiteraient une **PEC nutritionnelle adaptée** en pré-opératoire et post-opératoire.

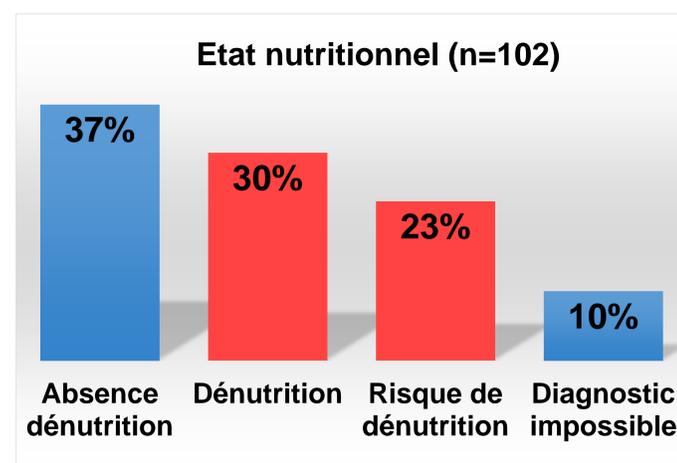
	Patients	PEC NUTRITIONNELLE
GN 1	14%	Non (surveillance simple du poids)
GN 2	38%	Oui
GN 3	48%	Oui
GN 4	0%	Oui

### Etat nutritionnel par type de plaies

Les patients présentant une **escarre** sont ceux présentant le **plus fort taux de dénutrition** (près d'un patient sur 2)

	DENUTRITION	A RISQUE DE DENUTRITION	IMPOSSIBLE A EVALUER <sup>1</sup>	ABSENCE DENUTRITION
ESCARRES	47%	19%	25%	9%
ULCERES	28%	33%	0%	39%
AUTRES PLAIES*	29%	29%	5%	37%

\*hors abcès, reprise de cicatrice, kyste, brûlures



## Discussion

La présence d'une dénutrition est importante (30%) chez les patients consultant dans l'unité de Plaies et Cicatrisation. Ces patients proviennent pour la grande majorité du domicile (87%) ce qui invite à une réflexion sur le développement efficace d'un maillage Ville/Hôpital (réseau, télé-médecine, dossier partagé...) impliquant tous les acteurs du dépistage, de la prise en charge et du suivi nutritionnel de ces patients (diététiciens, chirurgiens, médecins libéraux et IDE libéraux).

Dans le cas des patients nécessitant un recours chirurgical, l'évaluation (+/- la prise en charge nutritionnelle) semble indispensable. En se basant sur le GN, la stratégie nutritionnelle sera adaptée suite à une expertise diététique (conseils diététiques, alimentation enrichie, complémentation orale, nutrition artificielle). L'objectif étant d'optimiser la cicatrisation et d'en prévenir les complications.

La population présentant des escarres est la plus dénutrie mais également la plus difficile à évaluer<sup>1</sup>. Il est important de la cibler précocement. Les causes de la dénutrition sont multiples et souvent liées aux comorbidités. Il serait intéressant d'avoir une cohorte plus importante incluant l'évaluation des causes de la dénutrition.

## Conclusion

Cette étude confirme la forte prévalence de la dénutrition chez les patients suivis en ambulatoire en consultation "Plaies et cicatrisation". Il apparaît ainsi indispensable **d'intégrer au parcours de soins** de ces patients une stratégie de dépistage précoce et de PEC nutritionnelle de la dénutrition.

<sup>1</sup> Impossible à peser et/ou mesurer par manque de matériel ou patients non mobilisables

<sup>2</sup> C. Chambrier, F. Sztark. Recommandations de bonnes pratiques cliniques sur la nutrition péri-opératoire. Actualisation 2010 de la conférence de consensus de 1994 sur la « Nutrition artificielle péri-opératoire en chirurgie programmée de l'adulte ». Nutrition Clinique et Métabolisme. 010;24:145-56.