L'INFIRMIÈRE LIBÉRALE MAGAZINE

Numéro spécial
Septembre 2019

Prévenir la dénutrition

Offert par Nestlé HealthScience

Coordonné par le service commercial d'Initiatives Santé

Nouveau
à partir d'octobre 2019

Nestlé HealthScience

RENUTRYL® CONCENTRÉ

La marque historique du marché innove pour répondre aux besoins des personnes âgées dénutries

Découvrez la boisson saveur fruitée la plus concentrée du marché !

+75%* de protéines

14 g de protéines / 200 ml

300 kcal

Orange · Fruits rouges · Pomme · Ananas

Le dessert de type lacté sur le segment des crèmes desserts concentrées !

Indice Glycémique bas**

Un petit format adapté à la cible

14 g de protéines / 140 g

280 kcal

Vanille · Fraise · Café · Chocolat

Nestlé HealthScience

RENUTRYL® CONCENTRÉ

Des gammes modulables pour faciliter le conseil au patient

28 g de protéines / 200 ml

=

14 g de protéines / 200 ml

+

14 g de protéines / 140 g

Denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales. À utiliser sous contrôle médical.
Les compléments nutritionnels oraux sont des produits remboursés par l'assurance maladie.

* par rapport à la moyenne du marché français des denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales glucido-protidiques liquides pour adulte (Juillet 2019).
** N'exclut pas de le contrôle de la glycémie chez le patient diabétique

Nestlé HealthScience

Sylvie Gervaise,
directrice
de la rédaction

Les compléments nutritionnels oraux pour réduire la dénutrition

Proposer ce numéro spécial sur les compléments nutritionnels oraux (CNO), c'est à la fois rappeler l'impact de la dénutrition en terme de santé publique, montrer le rôle prépondérant des infirmières libérales dans sa prise en charge, positionner les compléments nutritionnels oraux dans les opportunités thérapeutiques et préciser le type d'accompagnement des professionnels libéraux pour garantir l'efficacité des CNO en évitant le recours à d'autres stratégies plus contraignantes.

La dénutrition est très répandue et touche deux millions de personnes en France, dont souvent les plus vulnérables. Les sujets âgés en particulier représentent 25 % d'entre eux, mais aussi les patients atteints de cancer ou autres maladies, et les personnes dont les conditions de vie sont précaires.
La dénutrition est une spirale aux risques sanitaires élevés, et un engrenage plus complexe qu'on ne le pense à enrayer.

Pour repérer les signes de dénutrition, l'infirmière libérale est le professionnel de santé le mieux placé par sa proximité avec les patients, et la connaissance de leurs habitudes de vie. Elle est à même d'identifier une perte de poids, un changement dans l'alimentation, l'activité physique, l'autonomie, la vie professionnelle ou personnelle, autant de facteurs qui sont potentiellement des signes d'alerte sur l'état général et nutritionnel. C'est l'infirmière libérale qui peut entamer le processus d'évaluation objectif, conseiller et orienter vers la prise en charge médicale qui peut aller jusqu'à une alimentation entérale ou parentérale, parfois dans le cadre d'une hospitalisation.

Plusieurs mesures nationales visent à favoriser cette prise en charge. Le Comité interministériel pour la Santé, en mars 2019, prévoit parmi diverses priorités de santé publique l'alimentation et la réduction de la dénutrition. Parmi les mesures phares, la mise en place d'une semaine de la dénutrition est préconisée, tandis qu'en parallèle, de nouveaux CNO hyperconcentrés permettent d'apporter une même quantité d'énergie et de protéines dans un volume faible.

En aval de la prescription, c'est encore l'infirmière libérale qui pourra veiller à l'observance, encourager à ne pas interrompre la prise en insistant sur ses bénéfices sur l'asthénie, l'activité et, in fine, sur l'autonomie et la qualité de vie.

L'INFIRMIÈRE LIBÉRALE MAGAZINE

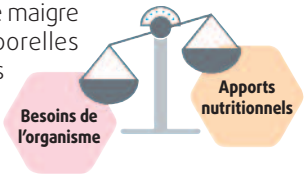
Éditeur : Initiatives Santé – 102 rue Étienne-Dolet – 92240 Malakoff • SAS au capital de 50 000 € • RCS Nanterre Siret : 798 528 394 • **Président, directeur de la publication :** Benjamin Cahn • **Directeur des opérations :** Thierry Lavigne • **Directrice des rédactions :** Anne Boulanger • **Commission paritaire :** 0121 T 81207 • Mensuel - ISSN : 1267-9925 • Dépôt légal : septembre 2019 • **Directrice des rédactions infirmières :** Sylvie Gervaise • **Rédacteur :** Guillaume Ulmann **Maquette :** Sandrine Schipper • **Photo de couverture :** Contrastwerkstatt/AdobeStock • **Fabrication :** Pauline Levasseur • **Imprimerie :** Bialec – 23, allée des Grands-Pâquis – 54180 Heillecourt.

Une publication Initiatives Santé

LES PATIENTS LES PLUS À RISQUE DE DÉNUTRITION

Deux millions : c'est le nombre de personnes dénutries recensées en France par le Collectif de lutte contre la dénutrition [1].

La dénutrition est un état de déséquilibre entre les apports et les besoins protéino-énergétiques, qui aboutit à une diminution progressive de la masse maigre et de la masse grasse corporelles entraînant une altération des capacités fonctionnelles. Elle résulte soit d'une diminution des apports (anorexie, malabsorption, perte d'appétit), soit d'une augmentation des besoins (hypercatabolisme), soit d'une conjonction des deux.



La dénutrition est une « maladie silencieuse » qui peut affecter des personnes de tout âge et de tout niveau socio-culturel, malheureusement insuffisamment identifiée et traitée.

LES COMPLICATIONS LIÉES À LA DÉNUTRITION

Lorsqu'une pathologie aiguë n'est pas rapidement prise en charge de façon efficace en y associant une prise en charge nutritionnelle, le malade âgé entre alors dans un cercle vicieux, illustré par la « spirale de la dénutrition » [2] *(voir ci-contre)*. Plus la maladie est longue, plus le malade va puiser dans ses réserves nutritionnelles pour faire face à ses besoins, et plus il va sortir fragilisé des différents épisodes pathologiques. **Ainsi, si elle n'est pas prise en charge à temps, la dénutrition peut faire émerger des comorbidités (infections, escarres), et générer une aggravation de l'état de santé** pouvant aller jusqu'au décès.

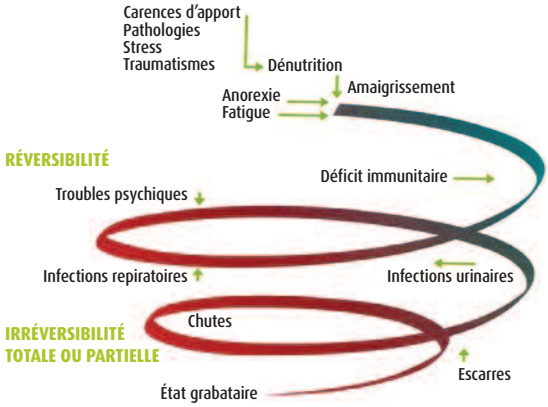
COMMENT RECONNAÎTRE VOS PATIENTS À RISQUE DE DÉNUTRITION ?

Les patients les plus à risque de dénutrition présentent une fragilité d'ordre sociale ou une pathologie aiguë ou chronique comme les patients âgés, atteints de cancer ou sortant d'hospitalisation.

LE SUJET ÂGÉ : 4 à 10 % des personnes âgées à domicile sont dénutries [1]

Au cours du vieillissement, la masse musculaire diminue. Des modifications dans la régulation de l'appétit peuvent provoquer une anorexie chez le patient âgé, d'autant plus facilement qu'un régime restrictif peut lui être imposé (exemple : régime sans sel dans l'hypertension). L'état de fragilité lié à la dénutrition qui associe la faiblesse musculaire et le déficit immunitaire favorise

La spirale de la dénutrition [2]



la survenue de chutes ou d'infection. L'alitement qui en découle, associé à la dénutrition, provoque le développement d'escarres qui aggravent la dénutrition et fait basculer le patient vers un état grabataire de dépendance.

Le patient en oncologie : 51 % des patients atteints de cancer sont dénutris avant le début de leur traitement [3]

De nombreux facteurs de dénutrition touchent le patient atteint de cancer. **Des facteurs propres à la maladie tels que l'hypercatabolisme inhérent à la pathologie, ou l'anorexie liée vont diminuer l'appétit du patient.** Certains traitements, en particulier cytotoxiques et certaines radiothérapies (de la sphère ORL et des voies aéro-digestives supérieures), sont également des facteurs de risque de dénutrition car ils ont des effets digestifs indésirables importants. **De plus, les traitements pour le cancer ont un effet anorexigène.** Enfin, un syndrome particulier appelé « cachexie cancéreuse » associe une anorexie à une perte de masse maigre dans un contexte inflammatoire. Les conséquences de la dénutrition chez le patient atteint de cancer sont graves. Elle entraîne une dégradation de l'état de santé du patient, ce qui va conduire à une diminution de l'efficacité des traitements et une augmentation de leur toxicité, une altération de la qualité de vie des patients et finalement une diminution de la survie globale.

Le patient en sortie d'hospitalisation : 20 à 40 % des personnes hospitalisées sont dénutries [1]

Le patient de retour à domicile après un séjour à l'hôpital est particulièrement à risque de dénutrition. La diminution de l'appétit observée à l'hôpital peut être liée à l'alimentation proposée qui n'est pas au goût du patient, mais peut également être en lien avec sa pathologie. L'hospitalisation est aussi un facteur majeur de diminution de l'activité physique qui peut très rapidement entraîner une diminution de la masse musculaire. **La dénutrition est un facteur majeur de ré-hospitalisation.**

COMMENT DIAGNOSTIQUER LA DÉNUTRITION ?

Les critères de diagnostic utilisés aujourd'hui en France sont ceux de l'ANAES de 2003 [4] pour l'adulte et ceux de la HAS de 2007 [5] pour la personne âgée. À noter qu'un seul de ces critères suffit au diagnostic de la dénutrition.

Les critères de diagnostic	Adulte (< 70 ans)	Personne âgée (> 70 ans)
Perte de poids	≥ 5 % en 1 mois ≥ 10 % en 6 mois	≥ 5 % en 1 mois ≥ 10 % en 6 mois
IMC (poids/taille^2)	≤ 18,5	≤ 21
Albuminémie	< 30 g/L	< 35 g/L
Mini Nutritional Assessment	–	< 17/30
Mini Nutritional Assessment Short Form	–	< 7/14

À RETENIR

Deux millions de personnes sont touchées par la dénutrition, plus fréquemment les patients fragilisés (âgés, atteints de cancer, ou bien au retour d'une hospitalisation).

(1) www.luttecontrelade nutrition.fr/chiffres-cles/

(2) Ferry M. Nutrition de la personne âgée, 4e éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2012.

(3) Pressoir M., Desné S., D. Berchery, *et al.* Prevalence, risk factors and clinical implications of malnutrition in French Comprehensive Cancer Centres. *Br J Cancer* 2010;102(6):966-971.

(4) ANAES. Évaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés. Recommandations professionnelles, sept. 2003. bit.ly/2WvxpIW

(5) HAS. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Recommandations professionnelles, avril 2007. bit.ly/2GXwZC9

LES SIGNES D'ALERTE DE LA DÉNUTRITION

La perte de poids

Une faible perte de poids peut suffire à détecter une dénutrition. Par exemple, une perte de poids involontaire de 3 kg en un mois chez un patient de 60 kg constitue déjà un critère diagnostic de dénutrition.

Avoir à disposition un poids de référence et garder claire la chronologie d'évolution du poids du patient est donc indispensable.

L'IMC

Si un IMC faible est toujours signe d'une dénutrition, il faut se méfier des patients ayant un IMC élevé (en surpoids ou obèses) mais qui peuvent présenter une perte de poids involontaire ou une insuffisance de masse musculaire. Ils doivent être considérés comme dénutris.

Les critères biologiques

L'hypoalbuminémie peut être un signe de carence protéique indiquant une dénutrition. Néanmoins, les concentrations plasmatiques en albumine diminuent en cas de syndrome inflammatoire et d'insuffisance hépatique. Ainsi, elles ne peuvent être interprétées qu'en présence de bilans hépatique et inflammatoire normaux.

Le MNA (Mini Nutritional Assessment)

Grâce à dix-huit questions diverses relatives à l'état psychologique, physique, la motricité ou les habitudes alimentaires du patient, le MNA permet une évaluation de l'état nutritionnel du patient.

De nouvelles recommandations de

Les 12 signes d'alerte de la dénutrition *

Si vous observez un seul de ces signes chez vos patients, il y a un risque qu'il soit dénutri.

1. Des revenus financiers insuffisants.
2. Une perte d'autonomie, physique ou psychique.
3. Veuvage, solitude, état dépressif.
4. Problèmes bucco-dentaires.
5. Régimes restrictifs.
6. Troubles de la déglutition.
7. Consommation de deux repas par jour seulement.
8. Constipation.
9. Prise de plus de trois médicaments par jour.
10. Perte de 2 kg dans le dernier mois ou de 4 kg dans les six derniers mois.
11. Albuminémie < 35 g/L ou cholestérolémie < 1,60 g/L.
12. Toute maladie aiguë sévère.

* PNNS. Guide de nutrition à partir de 55 ans. Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé, sept. 2006, p. 20.

Le test ci-dessous vous permet d'évaluer le risque de dénutrition de votre patient :

→ Posez chaque question et cochez la case adéquate.
→ Selon le score obtenu, vous saurez si le patient est à risque de dénutrition.

Auto-évaluation nutritionnelle de votre patient [6]

❶ J'ai une maladie ou un état qui m'oblige à modifier la quantité ou le type de mon alimentation	❑ Oui (2 pts)	❑ Non
❷ Je mange moins de deux fois par jour	❑ Oui (3 pts)	❑ Non
❸ Je mange peu de fruits, de légumes, de produits lactés	❑ Oui (2 pts)	❑ Non
❹ Je consomme plus de 3 verres de bière, de vin ou de digestif par jour	❑ Oui (2 pts)	❑ Non
❺ J'ai des problèmes de dents ou des douleurs dans la bouche qui m'empêchent de manger	❑ Oui (2 pts)	❑ Non
❻ Je n'ai pas toujours les moyens de m'acheter à manger	❑ Oui (4 pts)	❑ Non
❼ Je mange le plus souvent seul(e)	❑ Oui (1 pt)	❑ Non
❽ Je prends au moins 3 médicaments par jour	❑ Oui (1 pt)	❑ Non
❾ De façon involontaire, j'ai perdu au moins 5 kg dans les six derniers mois	❑ Oui (2 pts)	❑ Non
❿ Je n'ai pas toujours la force nécessaire pour faire mes courses ou la cuisine ou pour manger	❑ Oui (2 pts)	❑ Non
	Total :	

Comment comprendre le résultat obtenu ?

Score

0 - 2 Il faut refaire le questionnaire dans 6 mois. Il n'y a pas de risque.

3 - 5 Le risque de dénutrition est modéré ; il est conseillé d'améliorer les habitudes alimentaires et le style de vie et de refaire le questionnaire dans trois mois.

> 6 Situation à risque élevé de dénutrition.

LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉNUTRITION

la HAS concernant le diagnostic de la dénutrition sont attendues cette année et devraient reprendre les recommandations issues d'une conférence de consensus de 2018.
Il n'est pas toujours possible de diagnostiquer la dénutrition avec ces critères au domicile du patient (absence d'une balance au domicile du patient, pas de résultats biologiques). Nous vous proposons ainsi des clés pour vous aider à repérer vos patients ayant un risque de dénutrition.
Pour vous aider à dépister plus simplement la dénutrition de ces profils de patients à risque, nous vous proposons ce test d'évaluation nutritionnelle [6]. **Si votre patient présente un score supérieur à 6, il est important de l'orienter vers une consultation chez son médecin traitant** pour qu'il puisse bénéficier d'une prise en charge nutritionnelle si besoin.

COMMENT PRENDRE EN CHARGE LA DÉNUTRITION ?

L'enjeu de la prise en charge de la dénutrition consiste à équilibrer les besoins et les apports énergétiques et protéiques du patient. La réponse au risque nutritionnel est graduelle et adaptée à la gravité de la dénutrition et doit se mettre en place dès l'identification d'un risque.

La maîtrise des facteurs de risque

La maîtrise des facteurs de risque évitables ou modifiables, ainsi que la prise en charge des pathologies sous-jacentes font partie intégrante de la prise en charge de la dénutrition.
Par exemple, **pour un patient isolé, présentant des difficultés à se déplacer ou un déclin cognitif, une prise en charge sociale est nécessaire afin de mettre en place des aides à domicile ou un portage de repas.**

L'enrichissement de l'alimentation

Dans le contexte de la dénutrition, les conseils alimentaires diffèrent des messages de santé publique destinés à la population générale dont l'objectif est la lutte contre l'obésité et les maladies cardiovasculaires.
Le but ici sera d'augmenter la densité énergétique des repas sans en augmenter le volume et d'instaurer des collations entre les repas. L'augmentation de la densité énergétique des repas peut se faire en conseillant d'augmenter la consommation de viandes ou d'œufs, qui sont énergétiquement denses.
Des conseils sur la manière de cuisiner peuvent également être donnés : ajouter du beurre dans les légumes, du lait ou de la crème dans la purée ou du fromage râpé sur les féculents. Lors du conseil diététique, il est important de tenir compte des habitudes alimentaires du patient, de ses goûts et dégoûts, et de ses croyances afin que son adhésion soit maximale.

Les compléments nutritionnels oraux

Si l'enrichissement de l'alimentation ne suffit pas à rééquilibrer les apports et les besoins du patient, la prescription de compléments nutritionnels oraux est nécessaire.

À RETENIR

L'évaluation du statut nutritionnel du patient doit tenir compte de critères anthropométriques (perte de poids, IMC), de critères biologiques (albumine, CRP) mais aussi de tous les critères sociaux et pathologiques.

(6) Test d'« auto-évaluation nutritionnelle » *(Nutrition Screening Initiative)*. Aussel C, Cynober L. Méthodes diagnostiques de la dénutrition de la personne âgée. *In* Xavier Hébutherne *et al.*, eds, Traité de nutrition de la personne âgée. Paris : Springer, 2009 :144-157.

DES SOLUTIONS POUR PRENDRE EN CHARGE LA DÉNUTRITION

Les compléments nutritionnels oraux sont des produits destinés à apporter en un volume réduit une quantité importante de calories et de protéines en complément de l'alimentation traditionnelle (sans s'y substituer). Ces compléments sont des denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales dont la prescription médicale permet le remboursement pour les patients dénutris. Ces compléments nutritionnels oraux se présentent sous différentes formes, textures (liquides de type lacté, liquides fruités, crèmes desserts, soupes, etc.) et saveurs (sucrées/salées). Il existe également une gamme large de produits particulièrement adaptés à des situations spécifiques (intolérance au lactose, texture épaissie pour les troubles de la déglutition...).

Les effets bénéfiques *(voir encadré ci-contre)* s'observent quand le patient est observant, c'est-à-dire quand il ingère la quantité totale de compléments nutritionnels oraux qui lui a été prescrite : **il est donc crucial d'évaluer régulièrement l'observance des patients aux compléments nutritionnels oraux et d'ajuster leur prise pour l'optimiser**, d'autant plus que la durée de prescription est souvent très longue (7,6 mois en moyenne) [7].

Le pharmacien et l'infirmière libérale ont un rôle primordial dans la surveillance de l'observance du patient et doivent veiller à ce que les prescriptions soient renouvellées tant que l'état nutritionnel du patient le nécessite.

Enfin, si la complémentation orale ne suffit pas ou si le patient n'est plus capable de s'alimenter oralement, la mise en place d'une nutrition artificielle peut être nécessaire (nutrition entérale en premier recours, nutrition parentérale si intolérance de la nutrition entérale ou tube digestif non accessible ou non fonctionnel).

Les besoins en protéines

Sujet	g/kg/j	Soit pour un adulte de 70 kg
Chez l'adulte en bonne santé	0,8	56 g/j
Chez la personne âgée	1,2	84 g/j
Chez le patient atteint de cancer	1,5	105 g/j
Chez l'insuffisant rénal	0,6-0,7	45 g/j
Chez le patient dialysé	1,2	84 g/j

(7) IMS Lifelink Treatment Dynamics™, mars 2016.

Comment faire accepter la prise de compléments nutritionnels oraux* à mon patient ?

La prise en charge nutritionnelle via des compléments nutritionnels oraux peut être vécue difficilement par certains patients.

Pour aider vos patients à accepter leur prise en charge nutritionnelle, voici quelques conseils :

- **informez vos patients sur le rôle des compléments nutritionnels oraux : expliquez-leur l'intérêt de ces produits et les risques que peut engendrer la dénutrition ;**
- **conseillez-leur les produits les mieux adaptés à leurs goûts : faites-leur goûter plusieurs produits et saveurs pour leur montrer la diversité de l'offre.**

* Denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales. À utiliser sous contrôle médical.

LES EFFETS BÉNÉFIQUES DES CNO

Pour être efficace, la HAS préconise une prise en charge nutritionnelle via une supplémentation journalière d'au moins 400 kilocalories et/ou 30 g de protéines [1]. L'efficacité des compléments nutritionnels oraux a d'ailleurs été démontrée dans de nombreuses études cliniques : ils permettent de reprendre du poids [2], de diviser par trois le risque d'hospitalisation [3] et, contrairement aux idées reçues, d'améliorer l'appétit du patient [3].

(1) HAS. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Recommandations, avril 2007. **(2)** Cawood AL, Elia M, Stratton RJ. Systematic review and meta-analysis of the effect of high protein oral nutritional supplements. Ageing Res Rev 2012; 11(2):278-296. **(3)** Seguy D, Hubert H, Robert J, Meunier JP, Guérin O, Raynaud-Simon A. Compliance to oral nutritional supplementation decreases the risk of hospitalisation in malnourished elderly patients living in the community without extra cost: results of the ENNIGME study. *Clinical Nutrition* 2018;37(1):S58.

Comment améliorer l'observance de vos patients dénutris aux compléments nutritionnels oraux ?

- Déterminez avec vos patients les produits les plus adaptés à leurs goûts.
- Variez les produits (textures, goûts, saveurs), tout en respectant les besoins et les spécificités du patient.
- Conseillez à vos patients dénutris de mettre les produits au frais avant de les consommer.
- Proposez-leur de fractionner les prises tout au long de la journée.
- Donnez quelques astuces pour rendre les produits plus gourmands :
  - Pour en faire une boisson chaude, chauffer sans laisser bouillir les liquides de type lacté ❶ ;
  - Mettre au congélateur pendant deux heures les crèmes desserts pour en faire des crèmes glacées ❷ ;
  - Ajouter un peu d'eau pétillante dans les liquides fruités pour en faire une boisson rafraîchissante ❸.

Témoignage

Hélène Dujardin, Idel depuis huit ans

« Je suis principalement confrontée à la dénutrition chez des patients atteints de cancers ou relevant d'une prise en charge gériatrique. **La base, c'est de peser les patients. Si je détecte un patient à risque de dénutrition, je préviens son médecin traitant ou son cancérologue :** par exemple, s'il reçoit une chimiothérapie ou s'il perd trop de poids ou s'il a des atteintes cutanées comme des escarres. **Je pense que, globalement, le début de la prise en charge intervient trop tard.** Il m'arrive également d'orienter le patient, s'il a plus de 60 ans vers l'assistante sociale pour qu'elle fasse une demande d'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA). Cela permet d'obtenir des aides à domicile ou du portage de repas, par exemple.

En ce qui concerne les compléments nutritionnels oraux, les patients semblent préférer les jus ; en revanche, ils aiment moins les soupes. Les crèmes desserts ou la poudre de protéines versée dans une boisson chaude ou froide, ça marche pas mal aussi. Pour les boissons lactées, les patients disent qu'ils sont vite saturés.

En écoutant bien le patient et en respectant ses goûts, on arrive assez facilement à trouver, en variant les textures et les marques. En général, je n'ai pas trop de problèmes d'observance. En gériatrie, le problème c'est souvent les quantités. Ils peuvent avoir du mal à en consommer deux ou trois par jour. Il peut aussi y avoir des problèmes avec les textures **si les patients ont des troubles de la déglutition. Il faudra dans ce cas plutôt s'orienter vers des compléments gélifiés.** Si je vois que ça ne va pas, je peux appeler le médecin traitant et on en discute. Et puis si ça ne marche pas, on peut passer à la nutrition artificielle. Là, c'est quand même un peu dur pour le patient parce que ça représente une étape de plus dans sa maladie. Mais au niveau de la qualité de vie, on arrive quand même à la conserver en la faisant la nuit. Ça lui permet d'avoir une vie normale la journée. »

UNE GAMME SIMPLE ET CONCENTRÉE POUR LA PERSONNE ÂGÉE DÉNUTRIE

Renutryl® a été spécifiquement développé pour répondre aux besoins de la personne âgée dénutrie : concentration, simplicité, petit volume.

❶ Renutryl® Concentré

➲ Liquide concentré de type lacté (hypercalorique et hyperprotéiné).
➲ Une formule concentrée : 450 KCal, 28 g de protéines dans 200 ml.
➲ Une tolérance optimisée : sans lactose, sans gluten, Indice Glycémique bas*.
➲ Une bonne observance : un petit volume pour favoriser l'observance, cinq saveurs pour varier tout au long de la prise en charge (vanille, fraise, café, caramel et praliné). Saveur pralinée disponible à partir de novembre.

❷ Renutryl® Concentré Fruity

Nouveau - Lancement au mois d'octobre

➲ Liquide normoprotéiné et hypercalorique.
➲ Boisson saveur fruitée : 300 KCal, 14 g de protéines dans 200 ml.
➲ Quatre saveurs pour varier les plaisirs (fruits rouges, orange, ananas, et pomme).
➲ La boisson saveur fruitée la plus concentrée du marché ! : + 75 % de protéines **.

❸ Renutryl® Concentré Dessert

Nouveau - Lancement au mois d'octobre

➲ Dessert de type lacté concentré (hypercalorique, hyperprotéiné) dans un petit format : 280 KCal, 14 g de protéines dans 140 g.
➲ Quatre saveurs pour varier les plaisirs (vanille, chocolat, café, fraise).
➲ Une tolérance optimisée : sans lactose, sans gluten, Indice Glycémique bas*.

* N'exclut pas le contrôle de la glycémie chez le patient diabétique.

** Par rapport à la moyenne du marché des denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales glucido-protidiques liquides pour adulte (juillet 2019).

➜ Denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales. À utiliser sous contrôle médical.

UNE GAMME VARIÉE ADAPTÉE AUX PATIENTS DÉNUTRIS AVEC PATHOLOGIES SPÉCIFIQUES

Vous pouvez retrouver toute l'expertise et le bon goût Nestlé Health Sciences dans la large gamme Clinutren® : liquides de type lacté, liquides fruités, desserts, soupes, plats mixés…

4 Clinutren® HP/HC+

➲ Liquide de type lacté hyperprotéiné et hyperconcentré : 400 KCal, 20 g de protéines dans 200 ml.

➲ Une tolérance optimisée pour s'adapter au plus grand nombre : sans lactose et sans gluten.

5 Clinutren® Dessert HP/HC+

➲ Dessert de type lacté hyperprotéiné et hypercalorique : 400 KCal, 20 g de protéines dans 200 g.

➲ Une tolérance optimisée pour s'adapter au plus grand nombre, en particulier aux patients avec troubles de la glycémie : sans lactose, sans gluten, indice glycémique bas (1).

6 Clinutren® Fruit

➲ Liquide fruité hypercalorique et normoprotéiné : 300 KCal, 8 g de protéines dans 200 ml.

➲ Une tolérance optimisée pour s'adapter au plus grand nombre : sans lactose et sans gluten.

➲ Des recettes savoureuses élaborées avec des concentrés de jus de fruits.

7 Clinutren® Soup

➲ Soupe hypercalorique et source de protéines : 302 KCal, 14 g de protéines dans 200 ml.

➲ Une tolérance optimisée pour s'adapter au plus grand nombre : sans lactose et sans gluten.

➲ Trois recettes savoureuses élaborées avec des légumes déshydratés.

(1) N'exclut pas le contrôle de la glycémie chez le patient diabétique.
(2) Évaluation de la préférence organoleptique du Clinutren® HP/HC+ chocolat versus concurrence sur les critères texture, aspect et goût auprès de 80 consommateurs de boissons lactées de plus de 50 ans. Testé en aveugle par un institut indépendant avec une comparaison par paire, 2017.
(3) Évaluation de la préférence organoleptique du Clinutren® Dessert HP/HC+ chocolat et Clinutren® Fruit orange versus concurrence sur les critères texture, aspect et goût auprès de 80 consommateurs de crèmes desserts ou de boissons fruitées de plus de 50 ans. Testé en aveugle par un institut indépendant avec une comparaison par paire en 2017 (crèmes desserts) et 2018 (boissons fruitées).

4

5

6

7

4
- Disponible en 6 saveurs.
- Préféré par plus de 7 personnes sur 10 (2).

5
- Disponible en 6 saveurs.
- Préféré par plus de 8 personnes sur 10 (3).

6
- Disponible en 8 saveurs.
- Préféré par plus de 7 personnes sur 10 (3).

➜ Denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales. À utiliser sous contrôle médical.

Nouveauté septembre 2019

Nestlé HealthScience

Clinutren® dessert gourmand

3 nouvelles recettes exclusives encore plus gourmandes pour favoriser l'observance de vos patients dénutris

Des recettes élaborées avec de la crème de lait pour davantage d'onctuosité et de gourmandise

HYPERPROTÉINÉ & HYPERCALORIQUE

300 kcal / 200 g

18 g Protéines

Façon tarte citron meringuée

Façon baba

Façon tarte tatin

1 à 3 / jour [1]

Date limite d'utilisation optimale : 9 mois

L'expertise de la nutrition clinique, le goût en plus !

Denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales. À utiliser sous contrôle médical.
Les compléments nutritionnels oraux sont des produits remboursés par l'assurance maladie.

Nestlé HealthScience

1. À adapter selon les recommandations médicales, à l'âge, aux besoins et à l'état du patient.