

Première session 2011/2012

- **Questions :** *Quels sont les seuils d'indice de masse corporelle (IMC) utilisés pour définir le statut nutritionnel chez l'adulte ?*

Citer les protéines plasmatiques utilisées pour évaluer l'état nutritionnel. Indiquez leurs demi-vies.

- **Réponses :**

Les seuils d'IMC utilisés sont :

IMC (kg/m²)	Etat nutritionnel
< 10,0	Dénutrition grade V
10,0 à 12,9	Dénutrition grade IV
13,0 à 15,9	Dénutrition grade III
16,0 à 16,9	Dénutrition grade II
17,0 à 18,4	Dénutrition grade I
18,5 à 24,9	Normal (souhaitable)
25,0 à 29,9	Surpoids
30,0 à 34,9	Obésité grade I
35,0 à 39,9	Obésité grade II
≥ 40,0	Obésité grade III

On peut aussi classer de cette manière :

- Maigreur < 18,5
- Normal entre 18,5 et 24,9
- Surpoids entre 25,0 et 29,9
- Obésité entre 30,0 et 34,9
- Obésité sévère entre 35,0 et 39,9
- Obésité massive ou morbide ≥ 40,0

Les protéines utilisées sont :

- l'albumine de 20 jours de demie vie,
- la transferrine de 8 jours de demie vie,
- la pré-albumine (transthyrétine) de 2 jours de demie vie,
- le RBP (Retinol-binding protein) de 12 heures de demie vie.

Deuxième session 2011/2012

- **Questions :** *Quelles sont les grandes fonctions du comportement alimentaire chez l'homme?
Décrire les principaux symptômes alimentaires retrouvés en clinique ?*

- **Réponses :**

Les grandes fonctions sont :

- une fonction **nutritionnelle** (assurer les apports quantitatifs et qualitatifs nécessaires au développement et à l'intégrité somatique),
- une fonction **hédonique** (plaisir),
- une fonction **sociale** (échange, organisation sociale).

Les principaux symptômes alimentaires sont :

Il est habituel de distinguer les symptômes prandiaux et extra-prandiaux.

1 - **L'hyperphagie prandiale** peut s'associer à une exagération de la faim et/ou de l'appétit, à un défaut de rassasiement ou à l'absence de satiété.

2 - **L'hypophagie** peut résulter d'une anorexie (absence de faim et d'appétit), d'un refus de manger, de troubles sensoriels (perte du goût), de difficultés économiques.

3 - **Le grignotage** se caractérise par la consommation répétitive, avec un caractère automatique, sans faim, sans envie, de petites quantités d'aliments en dehors des repas.

4 - **La compulsion alimentaire** se caractérise par la consommation, impulsive, soudaine, d'un aliment donné, en général apprécié, en dehors d'un repas. Elle n'est pas associée à des stratégies de contrôle du poids (par ex. vomissement provoqué).

5 - **L'accès boulimique** se définit par des épisodes au cours desquels le sujet, généralement seul, consomme, sans faim, d'importantes quantités de nourriture. Cette ingestion s'effectue au-delà de toute satiété, sans autre limite que la contenance gastrique du sujet. La fin de la crise peut être marquée par des douleurs abdominales, parfois par des vomissements spontanés ou provoqués.

Première session 2010/2011

- **Questions :** *Quels sont les principaux éléments cliniques utilisés pour l'évaluation de l'état nutritionnel ?*

Indiquez les données que vous allez recueillir à l'interrogatoire et à l'examen physique.

- **Réponses :**

Les éléments utilisés sont :

- Poids, taille
- Indices poids/taille (IMC)
- Changements de poids+++
- Tour de taille, tour de hanches
- Plis cutanés
- Circonférences musculaires

- Autres éléments cliniques

Les données à recueillir à l'interrogatoire sont :

- contexte pathologique : existence de troubles digestifs, d'une maladie chronique évolutive, traitements en cours ;
- activité quotidienne : sujet confiné au lit, dans son appartement, ou au contraire maintenant une activité sportive ;
- fatigabilité pour un effort modeste (le simple lever), ou plus important (marche prolongée, montée des escaliers) ;
- poids antérieur du sujet (à telle date).

L'interrogatoire alimentaire recherche une anorexie et/ou une modification des apports alimentaires apparues de façon récente. Il précise d'autre part le niveau des apports énergétiques et azotés, d'après la reprise rétrospective des apports sur les jours précédents.

Les données à recueillir à l'examen physique sont :

- degré d'activité physique et intellectuelle : fatigabilité lors de l'épreuve du tabouret (possibilité de se relever étant accroupi), état psychique ;
- présence d'oedèmes déclives (en faveur d'une hypoalbuminémie) ;
- modifications de la peau (sèche, écailleuse) des ongles, des cheveux (secs, cassants), des lèvres (chéilose, perlèches), de la langue (glossite) ;
- aspect du faciès et palper des masses musculaires.

Ce type d'examen, s'il est fait par un médecin expérimenté (ayant déjà vu des dénutris, et surtout l'effet d'une renutrition efficace), est remarquablement performant pour apprécier la gravité relative de la dénutrition.

Première session 2009/2010

- **Questions :** Quels sont les principaux marqueurs biologiques utilisés pour l'évaluation de l'état nutritionnel ?

Indiquez leur demi-vie et leur intérêt comme marqueur de dénutrition ?

- **Réponses :**

Les marqueurs utilisées sont :

la créatinine urinaire, le 3-METHYL HISTIDINE URINAIRE (MHU), qui sont des marqueurs de la masse musculaire.

l'albumine de 20 jours de demi vie, Elle baisse en cas de malnutrition sévère et ancienne, ou de fuite importante d'origine rénale ou digestive.

la transferrine, sa demi-vie courte (8 jours) lui permet d'être un marqueur sensible de dénutrition. Mais, ses valeurs normales sont très dispersées variant avec l'âge et le sexe (de 2 à 3,50 g/l), et elle peut être artificiellement augmentée par un état de carence martiale, et abaissée par un syndrome inflammatoire.

Rétinol binding protein et préalbumine. Ces 2 protéines circulent liées entre elles dans un complexe macromoléculaire dont les variations sériques sont très sensibles aux carences

protéiques. L'intérêt de leur dosage tient à leur demi-vie brève (2 jours pour la préalbumine ou thyroxin binding prealbumin; 12 heures pour la rétinol binding protein).

Deuxième session 2009/2010

- **Question :** Quelles sont les définitions de l'obésité chez l'adulte et chez l'enfant ?
Que signifie la notion de « rebond d'adiposité » ?

- **Réponses :**

L'obésité correspond à « un excès de masse grasse entraînant des conséquences néfastes pour la santé » (OMS). En pratique, le statut pondéral est défini à partir de l'**indice de masse corporelle (IMC)**, en anglais body mass index, BMI) qui est le rapport du poids (en kg) sur le carré de la taille (en mètre).

Chez l'adulte, l'obésité est définie à partir du risque pour la santé (IMC supérieur ou égal à 30 kg/m²).

Chez l'enfant, l'obésité est définie à partir de la distribution de la corpulence au cours de la croissance (car l'IMC varie au cours de la croissance donc une seule valeur n'est pas suffisante). Chez l'enfant, l'obésité est définie à partir des courbes de croissance qui décrivent, séparément chez les garçons et les filles, l'évolution de l'IMC en fonction de l'âge. La définition internationale (Obesity International Task Force, IOTF) correspond aux centiles qui passent à l'âge de 18 ans par les valeurs d'IMC de 25 et 30 kg/m² utilisées pour la définition du surpoids et de l'obésité chez l'adulte. En France, il existe également des courbes nationales d'évolution de l'IMC en fonction de l'âge (carnet de santé). L'obésité est définie par un IMC $\geq$ au 97^{ème} percentile de la courbe de référence française. L'obésité selon la définition française correspond au surpoids selon la définition internationale IOTF.

Le rebond d'adiposité :

Chez l'enfant, l'IMC varie au cours de la croissance : après une augmentation dans la première année de vie, l'IMC diminue pour atteindre un nadir vers 4-6 ans. La réascension de l'IMC qui intervient ensuite est appelée « rebond d'adiposité ». Plus le rebond est précoce, plus le risque d'obésité à l'âge adulte est élevé.

*pages 225, 226, 231, 232, 233, 234, 236, et 237