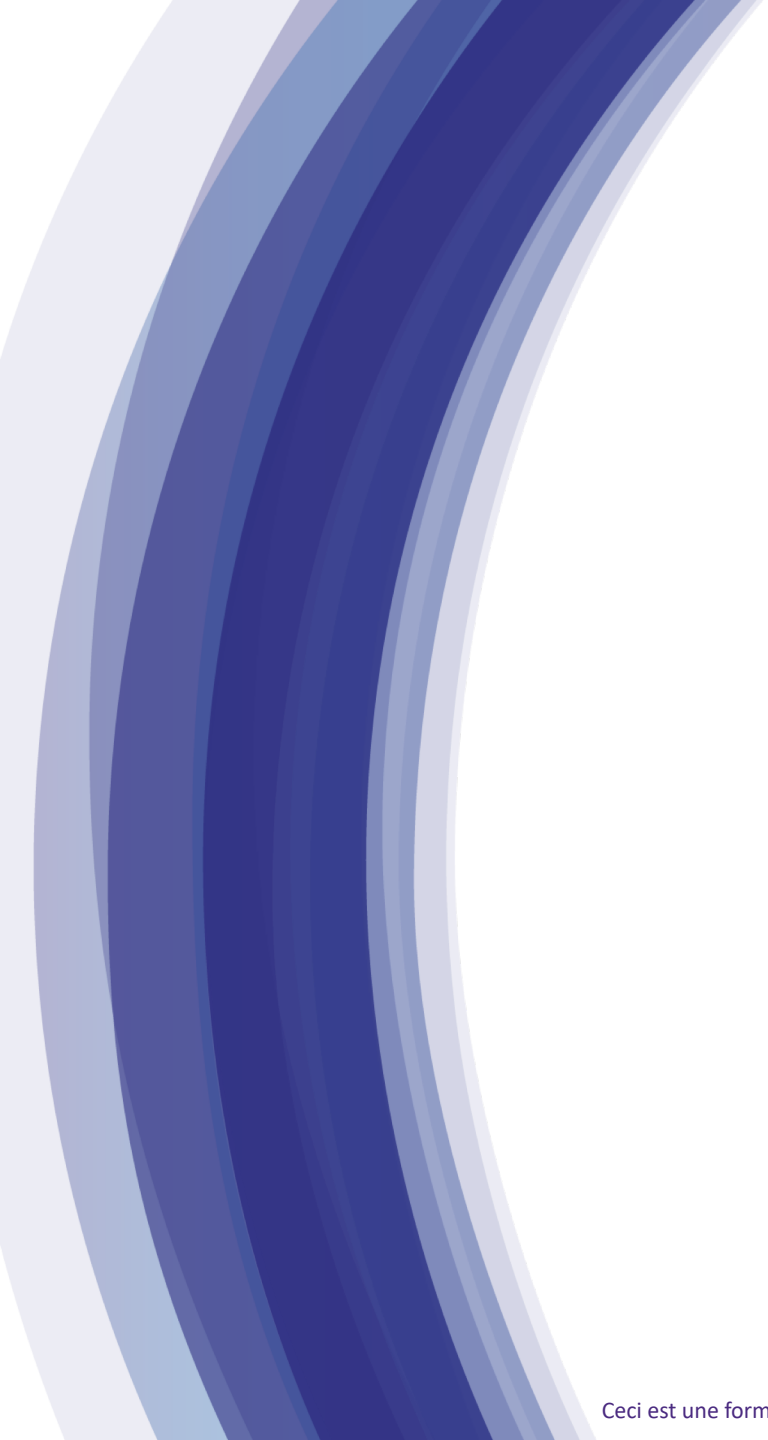




DÉNUTRITION LIÉE À UNE MALADIE

FORMATION NUTRITION MÉDICALE ORALE

Ceci est une formation dédiée uniquement aux professionnels de la santé



APERÇU

2

1. Qu'est-ce que la dénutrition liée à la maladie ?
2. A quelle fréquence survient la dénutrition ?
3. Briser le cercle vicieux, reconnaître la dénutrition
4. Briser le cercle vicieux, agir contre la dénutrition
5. Fortimel® Compact Protein



OBJECTIFS DE LA FORMATION

1. Informations sur les études cliniques et d'observation
2. Indication claire sur la façon d'identifier et d'initier les patients dénutris
3. Quel produit recommander ?
4. Temps requis: 30 minutes





QU'EST-CE LA DÉNUTRITION LIÉE À UNE MALADIE ?

FORMATION NUTRITION MÉDICALE ORALE



QU'EST-CE LA DÉNUTRITION LIÉE À UNE MALADIE ?

“La dénutrition liée à une maladie est une condition aiguë ou chronique dans laquelle un déficit ou un **déséquilibre d'énergie, de protéines et d'autres nutriments** conduit à des effets néfastes^(1,2) mesurables sur la composition corporelle, le fonctionnement et les résultats cliniques.”

Déficit en
énergie¹



Besoins énergétiques quotidiens:

- d'une personne en bonne santé = 30 kcal/kg
- d'une personne malade ou affaiblie = 35 kcal/kg

Par exemple: l'apport réel d'une personne malade ou affaiblie = 25 kcal/kg

Déficit en
protéines²



Besoins quotidiens en protéines:

- d'une adulte en bonne santé (18-65 ans) = 0,8-1,0 g/kg
- d'une personne âgée en bonne santé (>65 ans) = 1,0-1,2 g/kg
- d'une personne malade ou affaiblie = 1,2-1,5 g/kg

Par exemple: l'apport réel d'une personne malade ou affaiblie = 0,5 g/kg

Les personnes malades ou affaiblies ont besoin de **PLUS D'ÉNERGIE** et de **PLUS DE PROTÉINES**. Cependant, en raison de leur condition, elles prennent moins d'énergie et de protéines.

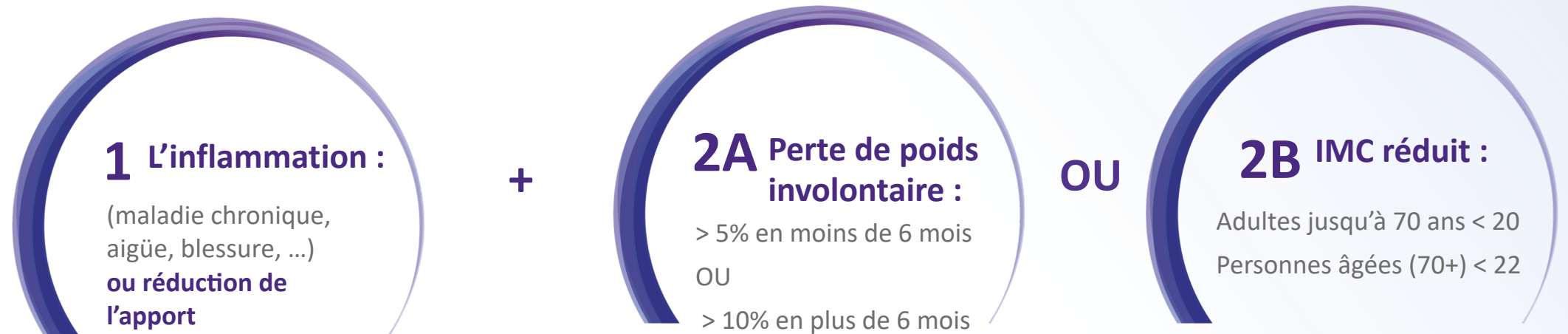
1. Nutrition support in adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. Clinical guidelines 32 NICE. London 2006

2. Stratton RJ et al, Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment. Wallingford: CABI Publishing 2003

QUAND PARLE-T-ON DE MALNUTRITION ?

Critères de la dénutrition – ESPEN/GLIM (2018)

Un patient répond à deux critères: **1+2A** ou **1+2B**



Volkert D et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clin Nutr. 2019;38:10-47. - Cederholm T et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. Clin Nutr. 2019;10:207-17.

QUELLES SONT LES CAUSES DE LA DÉNUTRITION ?

Apport alimentaire réduit

- ✓ appétit réduit
- ✓ périodes de jeûne
- ✓ problèmes de déglutition
- ✓ problèmes dentaires
- ✓ dépendance à l'égard de l'alimentation
- ✓ régime déséquilibré
- ✓ douleur

Besoins accrus

- ✓ réponse métabolique à une maladie
- ✓ blessures graves
- ✓ opérations lourdes
- ✓ inflammation

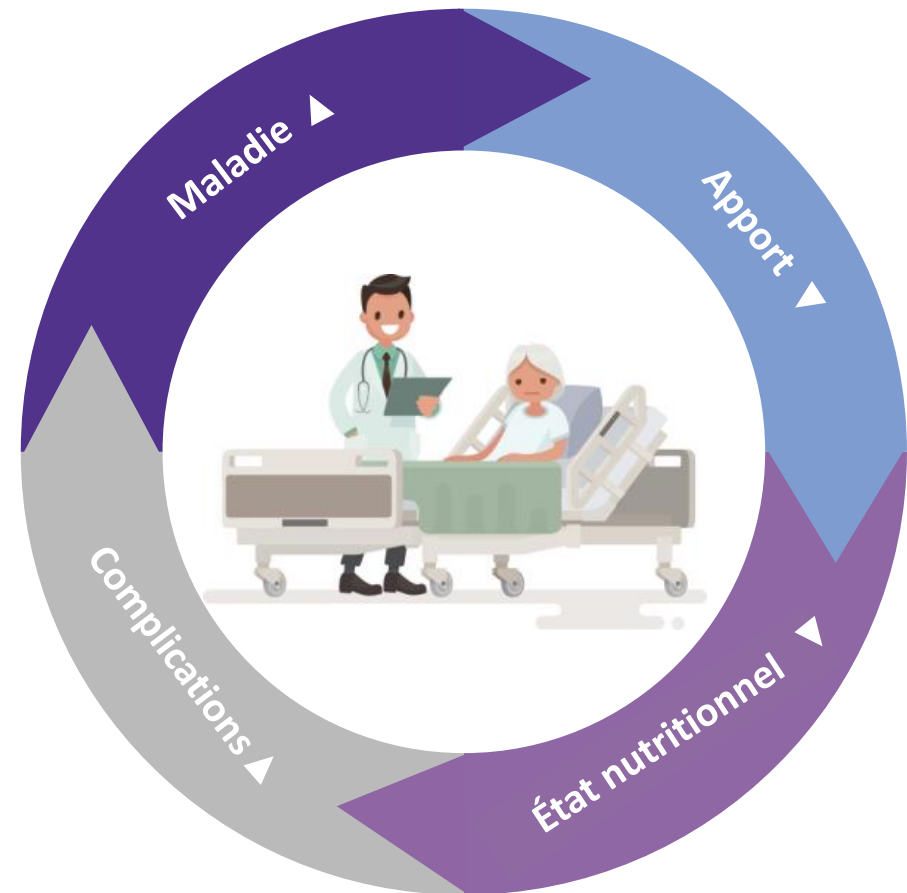
Malabsorption et pertes accrues

- ✓ vomissements sévères
- ✓ diarrhée
- ✓ escarres
- ✓ interactions médicamenteuses
- ✓ fistules

LE CERCLE VICIEUX DE LA DÉNUTRITION

Le saviez-vous?

L'utilisation de médicaments peut affecter **l'appétit, l'apport et l'absorption** des nutriments chez le patient. Cela peut augmenter le risque de **dénutrition**.



FACTEURS DE RISQUE

**POST-
HOSPITALISATION**

CANCER

**PERTE DE POIDS
INDÉSIRABLE**

(>5% l'année dernière
ou
>10% dans plus de 6 mois)

**POST-OP
TROUBLES GASTRIQUES
OU INTESTINAUX
POLYPHARMACIE**

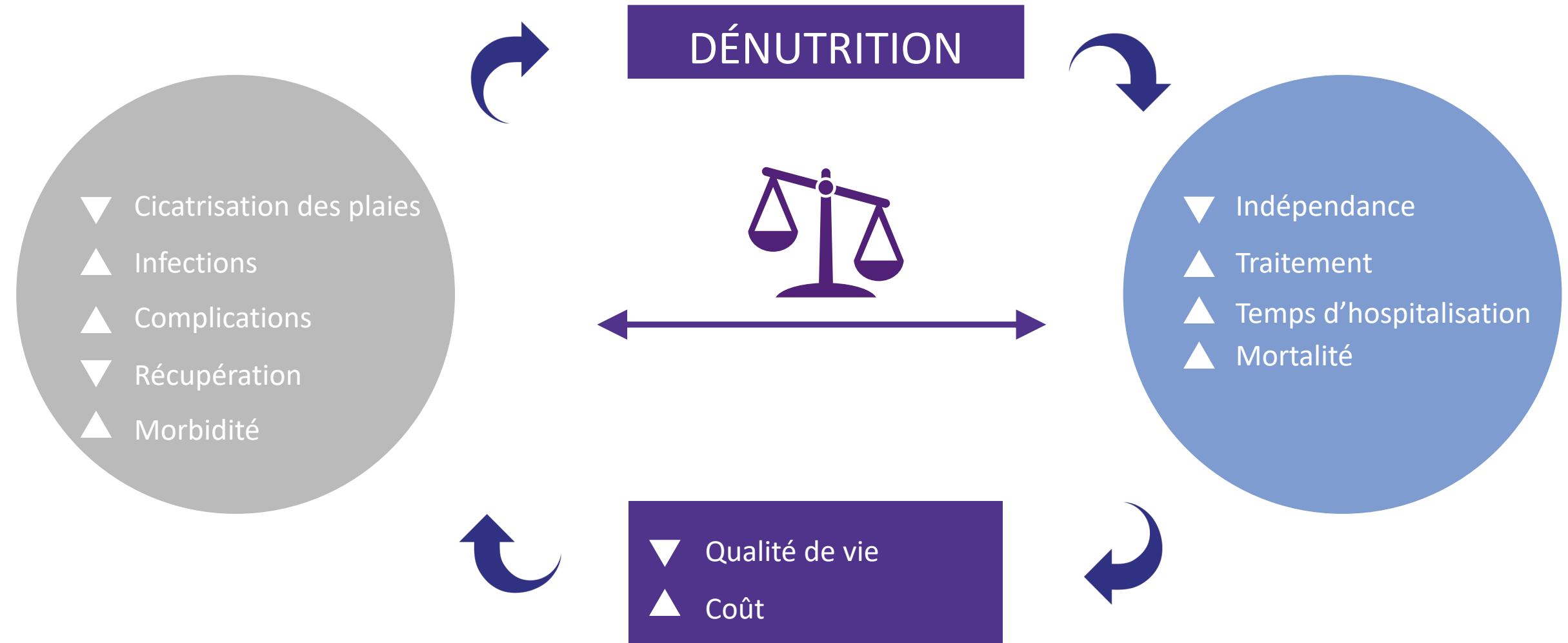
**PARKINSON
ALZHEIMER**

**POST-AVC
POST-
MALADIE/INFECTION
DÉPRESSION
POST-ICU**

**ISOLEMENT SOCIAL
RÉGIME TROP
RESTRICTIF
BPCO
>65 ANS
PERTE D'UN ÊTRE CHER**

CONSÉQUENCES DE LA DÉNUTRITION⁽¹⁾

10



1. Norman et al (2008), Clinical Nutrition, 27, 5-15



**À QUELLE
FRÉQUENCE SURVIENT
LA DÉNUTRITION ?**



En collaboration avec diverses organisations :

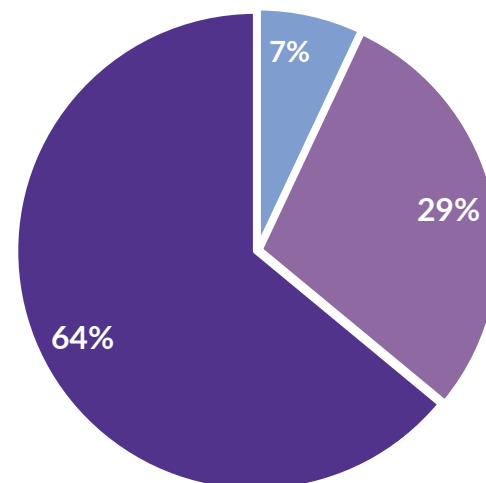
- VVKVM (Vlaamse Vereniging voor Klinische Voeding en Metabolisme)
- SBNC (Société Belge de Nutrition Clinique)
- Wit-Gele Kruis van Vlaanderen vzw
- Domus Medica vzw
- SSMG (Société Scientifique de Médecine Générale)
- Mobilab & Thomas More



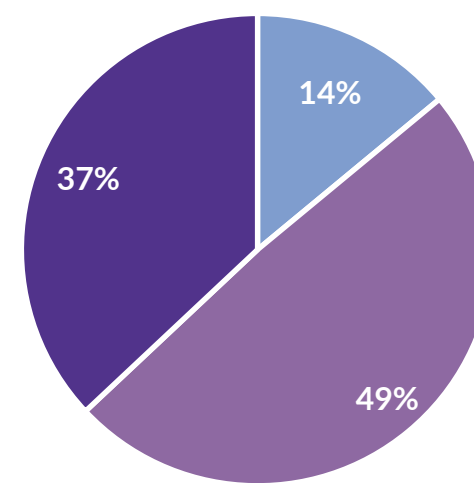
Vandewoude MFJ, van Wijngaarden JP, De Maesschalck L, et al. The prevalence and health burden of malnutrition in Belgian older people in the community or residing in nursing homes: results of the NutriAction II study. Aging Clin Exp Res. 2019;31:175-83.

1 PERSONNE ÂGÉE SUR 3 EN BELGIQUE EST DÉNUTRIE OU À RISQUE DE DÉNUTRITION

Vivant à domicile



Centres de soins résidentiels



■ Dénutrition. ■ Risque de dénutrition ■ État nutritionnel normal

Pour les personnes âgées vivant à domicile

7% sont dénutries

29% sont à risque de dénutrition

SUN – P039

Malnutrition is highly prevalent in Belgian nursing home residents and community dwelling older adults - especially in those with depression and dementia

A. Van Gossom¹, J.P. Van Wijngaarden², J. Hofstede, Y.C. Luiking², M. Vandewoude⁴

¹ Clinic of Internal diseases and nutritional support, Erasmus Hospital, Brussels, Belgium; ² Nutricia Research, Nutricia Advanced Medical Nutrition, Utrecht, the Netherlands; ³ Nutricia Advanced Medical Nutrition, Ziekenhuis Streeklucht, Department of Geriatrics (2018), University of Antwerp, Antwerp, Belgium; ⁴ Geriatric Academic Research Center, University of Antwerp, Antwerp, Belgium

INTRODUCTION

The Nutrition 2008 study showed that among Belgian older people living in the community or in a nursing home, the risk of malnutrition (MNA-SF <17) is highly prevalent (37%), and that 1% was classified as malnourished (MNA-SF <14) in 2013, this study was repeated. The aim of this study was to re-evaluate the prevalence of malnutrition 5 years after Nutrition 2008. Moreover, we aimed to characterize the patients with risk of malnutrition according to care setting and comorbidities.

METHODS

General practitioners and health care workers in the community and nursing homes were invited to screen their patients (aged ≥70) and complete an online questionnaire.

- Malnutrition was assessed by MNA-SF.
- Normal nutritional status: MNA-SF score 12-14
- Risk of malnutrition: MNA-SF score 8-11
- Malnutrition: MNA-SF score <8
- Presence of pre-specified comorbidities was reviewed.
- Differences in the prevalence of malnutrition between living situations were analyzed with a Chi-square test.

RESULTS

3206 people were assessed: 2400 (75%) lived in a nursing home (NH) and 810 (25%) were community dwelling (CD) (Table 1).

Prevalence of malnutrition (MNA-SF score <17) was higher in NH (44%) than in CD population (37%) ($p < 0.001$) (Figure 1).

- The prevalence of risk of malnutrition differs within the present comorbidities (Table 2 and 3).
- The highest prevalence of risk of malnutrition occurs in patients with dementia and depression (Table 2 and 3).
- In nursing homes, malnutrition is also highly prevalent among patients with respiratory tract infections (Table 2 and 3).
- In community dwelling older people, 1% is malnourished, and 30% is at risk. In nursing home patients with cancer this percentage is higher: 16% is malnourished and 45% is at risk (Table 2 and 3).

Table 1: Characteristics of the study population

Parameter	Nursing home (n=2400)	Community dwelling (n=810)
Age (y) mean (SD)	86.3 (8.2)	82.7 (8.1)
Sex (% male/female)	22/78	22/78
BMI mean (SD)	24.2 (3.4)	26.3 (3.3)
Prevalence of comorbidities (%)		
- Cancer	171 (8.9%)	87 (10.8%)
- Depression	307 (14.8%)	47 (5.7%)
- Dementia	1024 (42.3%)	113 (13.8%)
- Respiratory tract inf.	108 (4.4%)	48 (5.9%)
- Fractures	232 (9.6%)	63 (7.7%)
- Rheumatoid arthritis	141 (5.7%)	58 (7.1%)
- COPD	441 (18.3%)	181 (22.2%)
- Chronic heart failure	285 (11.8%)	113 (13.8%)

REFERENCES

¹Avanata et al. Undernutrition in community dwelling elderly.

e-SPEN Journal 8 (2013) e213-e215

The following parties were involved in Nutrition II:

Nutricia Advanced Medical Nutrition, Vlaamse Vereniging voor Klinische Voeding en Malnutritie (VVKVM), Société Belge de Nutrition Clinique (SBNC), Demus Medical, Société Scientifique de Médecine Gériatrie (SSMG), WU-Galen-Klinik, München



Figure 1: The prevalence of malnutrition in community dwelling older persons and nursing home residents

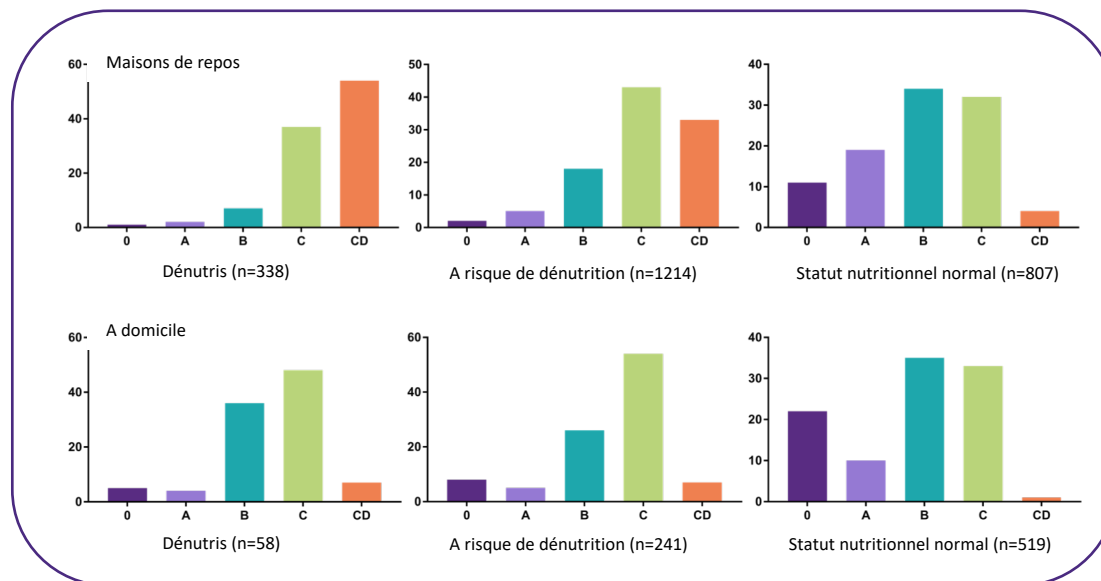
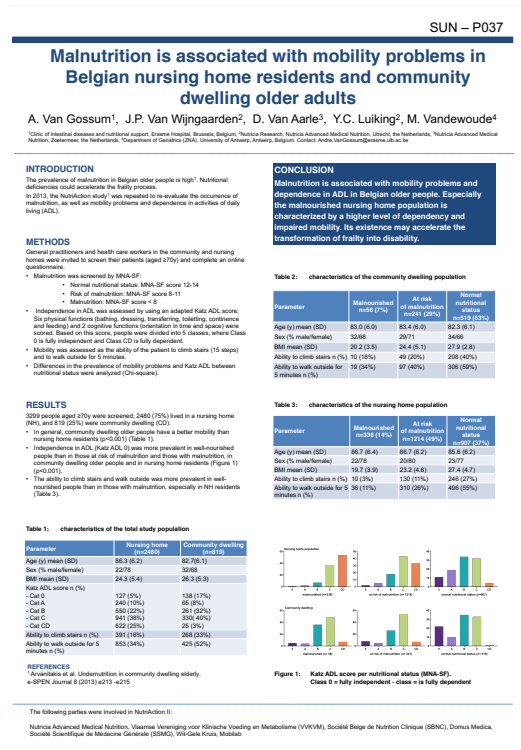
Vandewoude MFJ, van Wijngaarden JP, De Maesschalck L, et al. The prevalence and health burden of malnutrition in Belgian older people in the community or residing in nursing homes: results of the NutriAction II study. Aging Clin Exp Res. 2019;31:175-83.

LA DÉNUTRITION EST LIÉE AUX PROBLÈMES DE MOBILITÉ ET DE DÉPENDANCE

Chez les personnes âgées vivant à domicile

Seules **33%** sont capables de monter les escaliers

Seules **52%** peuvent marcher 5 minutes dehors sans s'arrêter



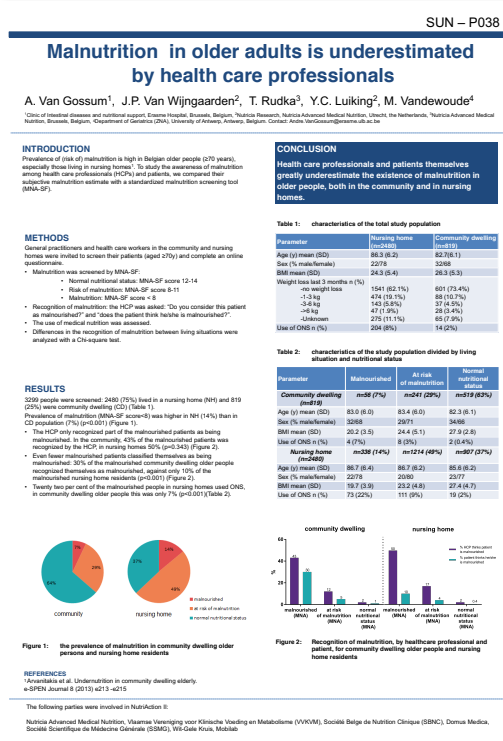
La dénutrition est liée à la perte d'indépendance

Katz ADL score: 0 = totalement indépendant, A -> B -> C dépendance croissante, D = démence

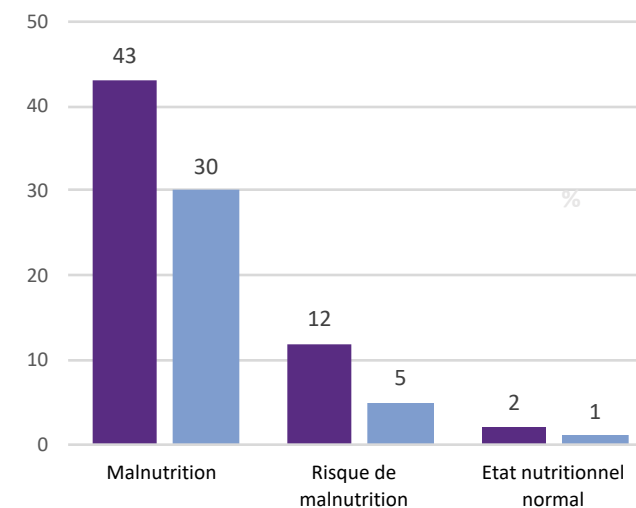
Vandewoude MFJ, van Wijngaarden JP, De Maesschalck L, et al. The prevalence and health burden of malnutrition in Belgian older people in the community or residing in nursing homes: results of the NutriAction II study. Aging Clin Exp Res. 2019;31:175-83.

LA DÉNUTRITION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES EST SOUS-ESTIMÉE

Reconnaissance de dénutrition

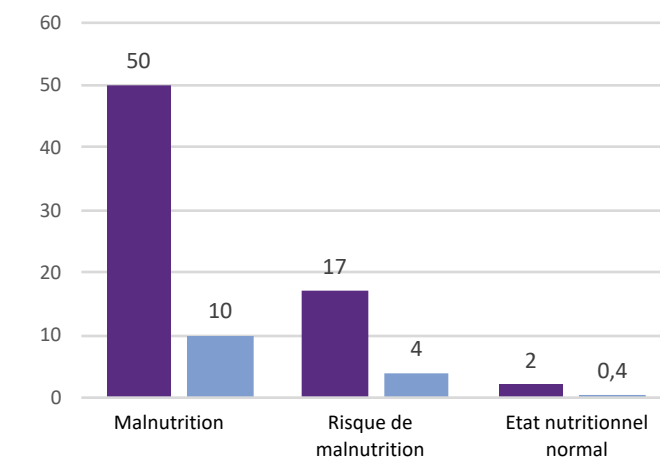


Vivant à domicile



■ HCP pense que le patient est dénutri

Centres de soins résidentiels



■ Patient pense qu'il/elle est dénutri(e)

Les professionnels de la santé et les patients sous-estiment la dénutrition

Vandewoude MFJ, van Wijngaarden JP, De Maesschalck L, et al. The prevalence and health burden of malnutrition in Belgian older people in the community or residing in nursing homes: results of the NutriAction II study. Aging Clin Exp Res. 2019;31:175-83.



**BRISER LE CERCLE VICIEUX,
RECONNAÎTRE LA
DÉNUTRITION**



3 ÉTAPES IMPORTANTES POUR IDENTIFIER LES PATIENTS SOUFFRANT DE DÉNUTRITION

1

Informations subjectives

Vêtements, vitesse de marche, fatigue, ...

2

Antécédents médicaux

(Condition médicale, maladie) par exemple: cancer, fragilité, maladies chroniques, rétablissement après une hospitalisation, ...

3

Poids

Âge, poids, IMC, perte de poids, ...

COMMENT RECONNAITRE CES PATIENTS ? UN REGARD CLINIQUE.

SIGNES PHYSIQUES:



VÊTEMENTS

(Vêtements plus larges, trou de ceinture plus serré, montre et bagues trop grande)



RÉACTION

(Apathique, fatigué, passif)



MARCHE LENTE

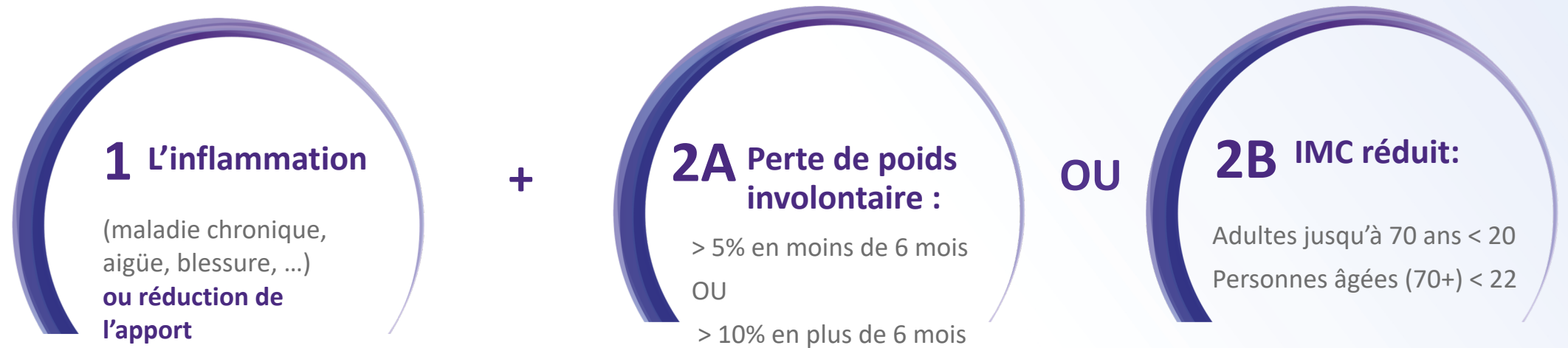
AUTRES SIGNES:

- Visage tombé
- Poignée de main relâchée
- Peau sèche, squameuse et élastique
- Cheveux ternes
- Impression malade
- La force des muscles respiratoires; test en soufflant contre du papier (faible)
- Aucun intérêt pour l'environnement
- Difficilement accessible
- Oedème ou déshydratation

COMMENT RECONNAÎTRE CES PATIENTS ?

Critères de la dénutrition – ESPEN/GLIM (2018)

Un patient répond à deux critères: **1+2A** ou **1+2B**

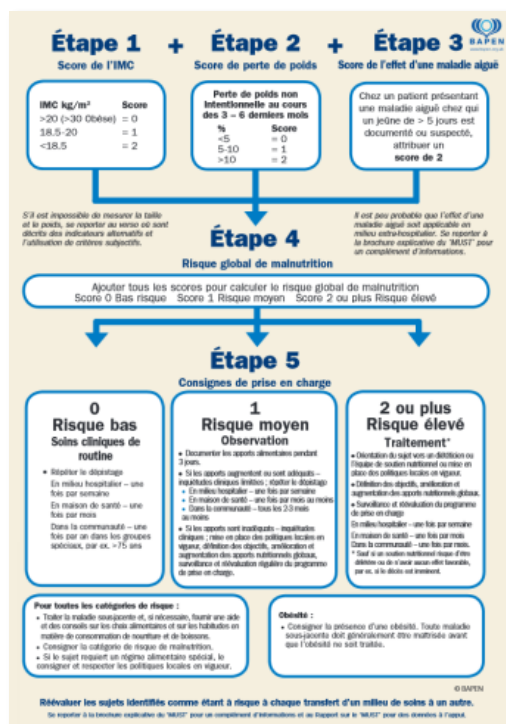


Volkert D et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clin Nutr. 2019;38:10-47.

Cederholm T et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. Clin Nutr. 2019;10:207-17.

MUST - MALNUTRITION UNIVERSAL SCREENING TOOL

De MUST® est un outil de dépistage et d'évaluation nutritionnelle validé qui **identifie les patients dénutris ou à risque de dénutrition**



DES QUESTIONS SUR ...

- IMC
- Perte de poids
- Effet de la maladie sur l'ingestion

Tous les outils MUST sont disponibles ici:
<http://www.bapen.org.uk/screening-and-must/must/introducing-must>

MNA - MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT

Le **MNA®** est un outil de dépistage et d'évaluation nutritionnelle validé qui **identifie les patients âgés de 65 ans et plus souffrant de dénutrition ou à de risque de dénutrition**

Mini Nutritional Assessment
MNA® Nestlé Nutrition Institute

Nom : _____ Prénom : _____
Sexe : _____ Age : _____ Poids, kg : _____ Taille, cm : _____ Date : _____

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Ajoutez les points de la partie Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

Dépistage A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition? 0 = baisse sévère des prises alimentaires 1 = légère baisse des prises alimentaires 2 = pas de baisse des prises alimentaires	J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour? 0 = 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas
B Perte récente de poids (<3 mois) 0 = perte de poids > 3 kg 1 = ne sait pas 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg 3 = pas de perte de poids	K Consomme-t-il? • Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui ☐ non ☐ • Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses oui ☐ non ☐ • Chaque jour de la viande, du poisson ou de volaille oui ☐ non ☐ 0,0 = si 0 ou 1 oui 0,5 = si 2 oui 1,0 = si 3 oui
C Mobilité 0 = au lit ou au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile	L Consomme-t-il au moins deux fois par jour des fruits ou des légumes? 0 = non 1 = oui
D Maladie aiguë ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois? 0 = oui 2 = non	M Quelle quantité de boissons consomme-t-il par jour? (eau, jus, café, thé, lait...) 0,0 = moins de 3 verres 0,5 = de 3 à 5 verres 1,0 = plus de 5 verres
E Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence légère 2 = pas de problème psychologique	N Manière de se nourrir 0 = nécessite une assistance 1 = se nourrit seul avec difficulté 2 = se nourrit seul sans difficulté
F Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg / (taille en m)² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	O Le patient se considère-t-il bien nourri? 0 = se considère comme dénutri 1 = n'est pas certain de son état nutritionnel 2 = se considère comme n'ayant pas de problème de nutrition
Score de dépistage (sous-total max. 14 points) 12-14 points: état nutritionnel normal 8-11 points: à risque de dénutrition 0-7 points: dénutrition avérée Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R	P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge? 0,0 = moins bonne 0,5 = ne sait pas 1,0 = aussi bonne 2,0 = meilleure
G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile? 1 = oui 0 = non	Q Circonférence brachiale (CB en cm) 0,0 = CB < 21 0,5 = CB ≤ 21 < 22 1,0 = CB ≥ 22
H Prend plus de 3 médicaments par jour? 0 = oui 1 = non	R Circonférence du mollet (CM en cm) 0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31
I Escarres ou plaies cutanées? 0 = oui 1 = non	Évaluation globale (max. 16 points) Score de dépistage ☐ Score total (max. 30 points) ☐

Réf. Vellas B, Vellas H, Avelin G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2016; 20:164-165.
 Richardson LJ, Litherell AJ, Tahir A, Gieger Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Patients: Overview of the Short-Port MNA Nutrition Assessment (MNA-SP). J Geriatr 2016; 61:1050-1071.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA): Review of the Literature. J Nutr Health Aging 2017; 21:104-106.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Suisse, 2016. Trademark Owners: Nestlé, 1944. Révisé 2016. Révisé 12/16/16.
 Pour plus d'informations : www.mna-olga.com

DES QUESTION SUR ...

- Perte d'appétit – dysphagie
- Perte de poids
- Mobilité
- Stress ou maladie
- Problèmes neuropsychologiques
- IMC

Résultats :

- 12-14 points: état nutritionnel normal
- 8-11 points: risque de dénutrition
- 0-7 points: dénutrition



**BRISER LE CERCLE
VICIEUX, AGIR CONTRE
LA DÉNUTRITION**



APPORT ADÉQUAT EN PROTÉINES ET EN ÉNERGIE



ALIMENTATION OPTIMALE

+



EXERCICE



LUTTER CONTRE LA
DÉNUTRITION



Vitamines et
minéraux



Apport en
énergie



Apport en
protéines

RECOMMANDATION EN PROTÉINES¹:

Adultes en bonne santé (18-65 ans)

0,8-1,0 g/kg de poids corporel/jour

Adultes âgées en bonne santé (>65 ans)

1,0-1,2 g/kg de poids corporel/jour

En cas de maladie

1,2-1,5 g/kg de poids corporel/jour

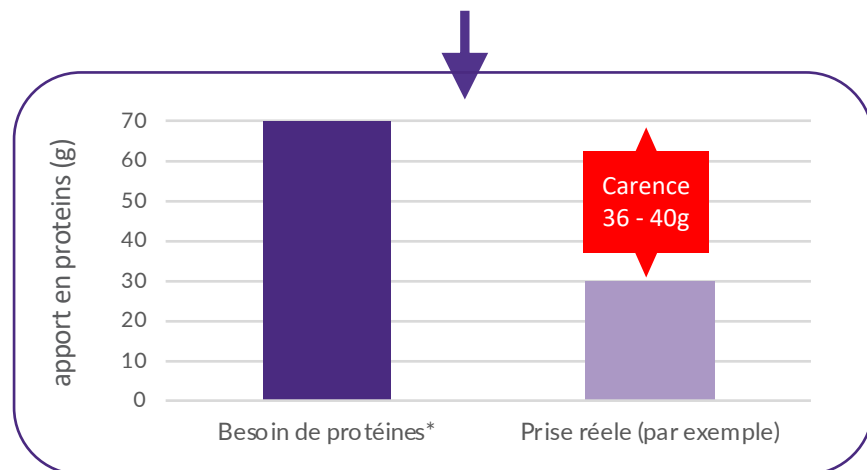
1. Stratton RJ et al, Disease related malnutrition: an evidence based approach to treatment. Wallingford: CABI Publishing 2003

CARENCE EN PROTÉINES ET ÉNERGIE

Recommandations:



Protéines: 1.2 – 1.5 g/kg/j

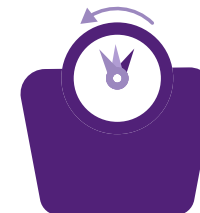
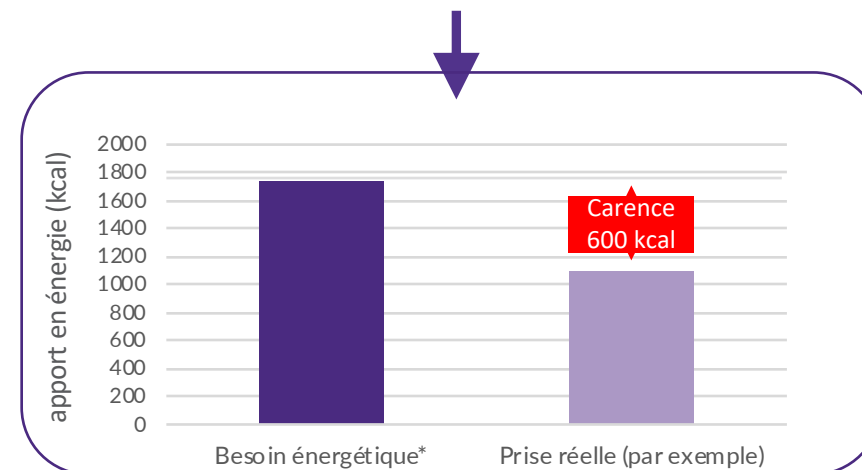


Perte de masse musculaire

*Exemple de patient: 58kg



Énergie: 30 – 35 kcal/kg/j



Perte de poids

SI NOUS DEVONS COUVRIR TOUTES CES CARENCES ...

Carence:



Protéines: 36 – 40 g



6 œufs

OU



1,2 l de lait

OU



200 g de steak



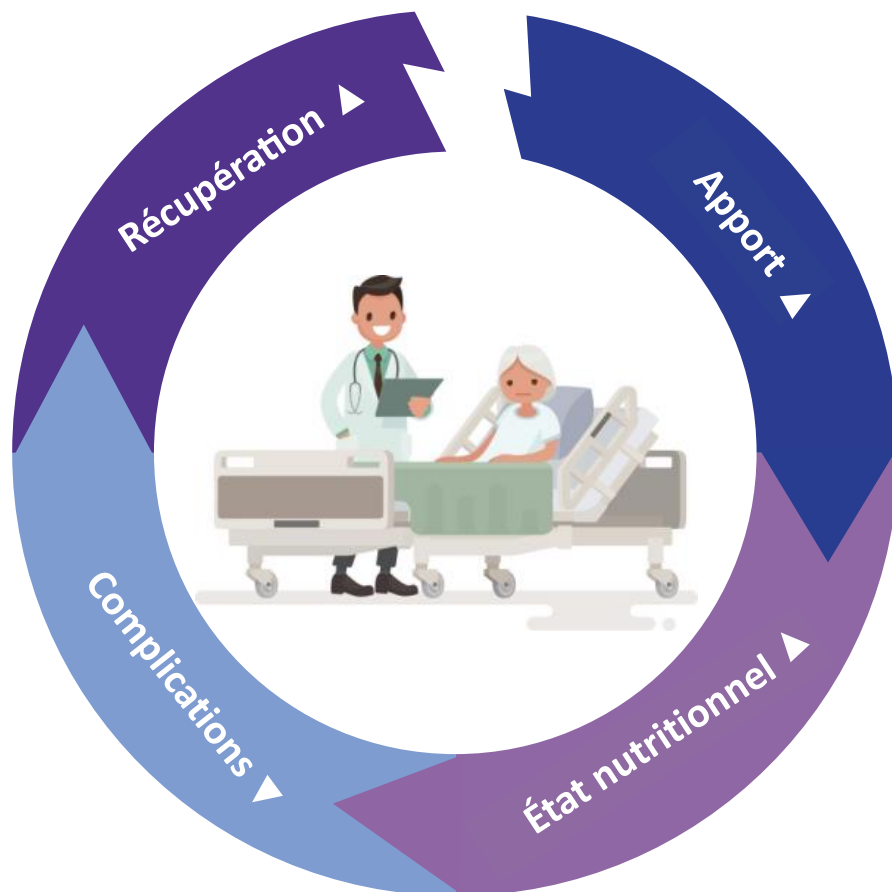
Énergie: 600 kcal



+/- 30% des besoins quotidiens
= 1 repas supplémentaire

EN PLUS D'UN REPAS NORMAL!

COMMENT FONCTIONNE LA NUTRITION MÉDICALE ?



En cas de maladie, grâce à la nutrition médicale orale, le cercle vicieux peut être brisé

Image adaptée de Freijer K. Nutrition Economics. PhD thesis, 2014

Fortimel Compact Protein est une denrée alimentaire destinée à des fins médicales spéciales, pour les besoins nutritionnels en cas de dénutrition liée à une maladie. A utiliser sous contrôle médicale.

L'EFFET POSITIF DE LA NUTRITION MÉDICALE ORALE

La recherche montre que la **nutrition médicale orale** est efficace dans la prise en charge nutritionnelle de la dénutrition. Ci-dessous vous pouvez voir quels **avantages** la nutrition médicale peut fournir.

Effets cliniques¹

30%

MOINS
Admission à l'hôpital
après 6 mois

31%

MOINS Risque de
complications*
en milieu hospitalier

34%

MOINS Risque de
complications*
À domicile

Effets nutritionnels et fonctionnels¹⁻⁴



Apport énergétique
amélioré



Poids accru



Augmentation de la masse
musculaire et de la force



Meilleure qualité
de vie



Augmentation de
l'indépendance du patient



Augmenter le score
ADL après la sortie

Rentabilité⁴⁻⁸



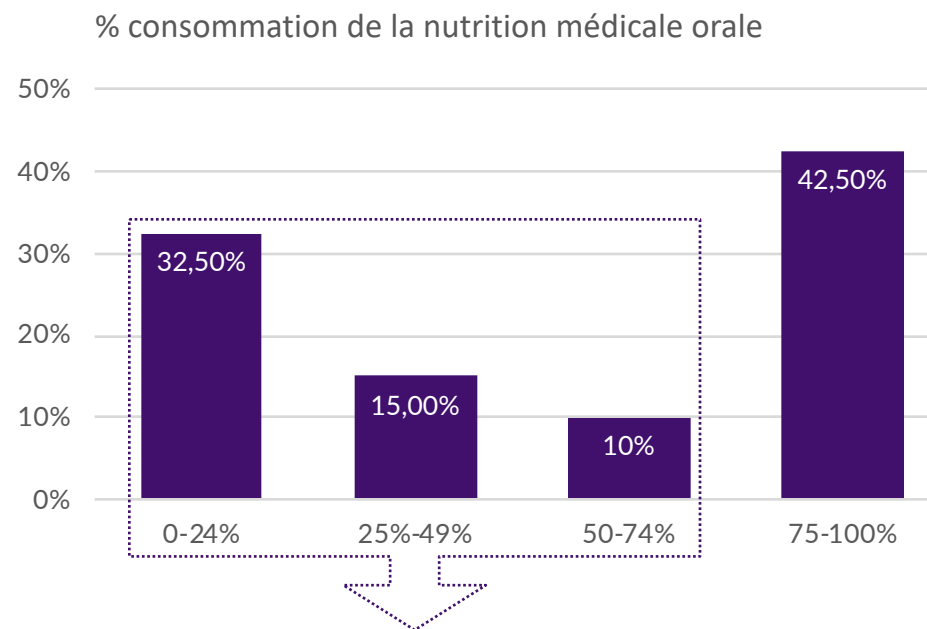
Les revues systématiques internationales montrent que **l'utilisation de la nutrition médicale orale est rentable** et même **économique** dans la plupart des cas
MAIS... Une bonne observance est nécessaire !

*Complications telles que les infections, une mauvaise cicatrisation des plaies ou des ulcères à la jambe. 1. Cawood AL et al.. Ageing Res Rev 2012;11:278–296. 2. Medical Nutrition International Industry (MNI). Oral Nutritional Supplements to tackle malnutrition. 2012. 3. Volkert D et al. Aging Clin Exp Res, 1996;8:386–395. 4. Elia M et al. Clin Nutr, 2016;35:25-137. 5. Milte RK et al. Eur J Clin Nutr, 2013;67(12):1243-50. 6. Walzer S et al. ClinicoEconomics and Outcomes Research, 2014;6:241-252. 7. Elia et al. Clin Nutr, 2016;35:370-380. 8. Freijer K et al. JAMDA, 2014;15:17-29.

L'IMPORTANCE DE L'OBSERVANCE

L'**observance** (la mesure dans laquelle le patient **suit sa prise en charge nutritionnelle**) est essentielle au succès du traitement.

- Étude avec **40 personnes**
- Âges entre **60 et 91 jaar** (âge moyen = 78 ans)
- **2** bouteilles de nutrition médicale orale par jour

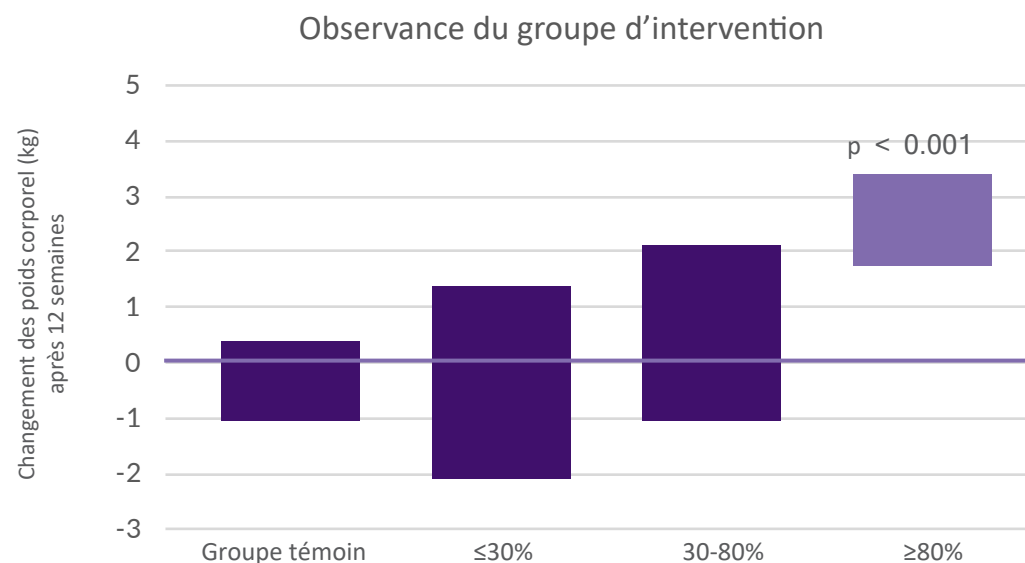


Plus de 1 patient sur 2 boit plus de 25%
de la quantité prescrite de nutrition médicale dans sa bouteille

L'IMPORTANCE DE L'OBSERVANCE

L'**observance** (la mesure dans laquelle le patient **prend son traitement** et **suit sa prise en charge nutritionnelle**) est essentielle au succès de sa prise en charge nutritionnelle.

Augmentation significative du poids corporel dans le groupe avec l'**observance la plus élevée** ($\geq 80\%$; après 12 semaines avec 2 bouteilles de 125 ml de nutrition médicale orale)¹



1. Jobse, I. et al. Compliance of nursing home residents with a nutrient- and energy-dense oral nutritional supplement determines effects on nutritional status. J. Nutr. Health Aging 19, 356–64 (2015)



FORTIMEL® COMPACT PROTEIN



Fortimel Compact Protein est une denrée alimentaire destinée à des fins médicales spéciales, pour les besoins nutritionnels en cas de dénutrition liée à une maladie. A utiliser sous contrôle médicale.

3 RAISONS PROUVÉES

de choisir Fortimel Compact Protein

La combinaison
de 3 effets qui fait
toute la différence

Saveurs
uniques

Une
composition
nutritionnelle
riche en protéines
et en énergie avec
des micro-
nutriments

Le
pouvoir du
125 ml



1

UNE COMPOSITION NUTRITIONNELLE RICHE EN ÉNERGIE AVEC DES PROTÉINES DE HAUTE QUALITÉ, FACILES À DIGÉRER¹ ET DES MICRONUTRIMENTS

PAR 125 ml

kcal
300

Protein
18^g

2x

Fortimel
Compact Protein
125 ml/jour



= 600 kcal
36 g protéines

Fortimel Compact Protein

- Bon apport en protéines et calories **en ligne avec les recommandations ESPEN²**.
(au min. 400 kcal/jour et 30 g de protéines/jour)
- **Des micronutriments essentiels** comme Vit D, Ca, Zn, Mg, Vit B1, Vit B2 et Se.



Fortimel Compact Protein améliore l'état nutritionnel et la qualité de vie de votre patient ^{3,4}

* ESPEN = European Society of Clinical Nutrition and Metabolism

1. Joint FAO/WHO Expert Consultation on Protein Quality Evaluation (1989: Bethesda, Maryland), World Health Organization & Food and Agriculture Organization of the United Nations. (1991). Protein quality evaluation: report of the Joint FAO/WHO Expert Consultation, Bethesda, Md., USA, 4-8 December 1989. Rome - 2. Volkert D, Hübsch S, Oster P, et al. Nutritional support and functional status in undernourished geriatric patients during hospitalization and 6-month follow-up. Aging Clin Exp Res. - 3. Cawood AL, Elia M, Stratton RJ. Systematic review and metaanalysis of the effects of high protein oral nutritional supplements. Ageing Res Rev 2012;11:278-96. 4. Volkert D., Beck AM, Cederholm T, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clin Nutr. 2019;38:10-47.

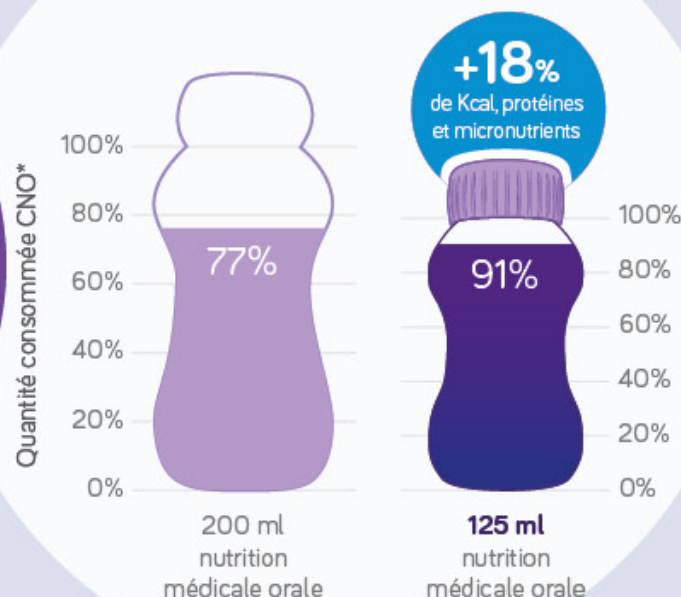
2

UN PETIT VOLUME DE 125 ML FAVORISE L'OBSERVANCE DE LA PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE (1-2)

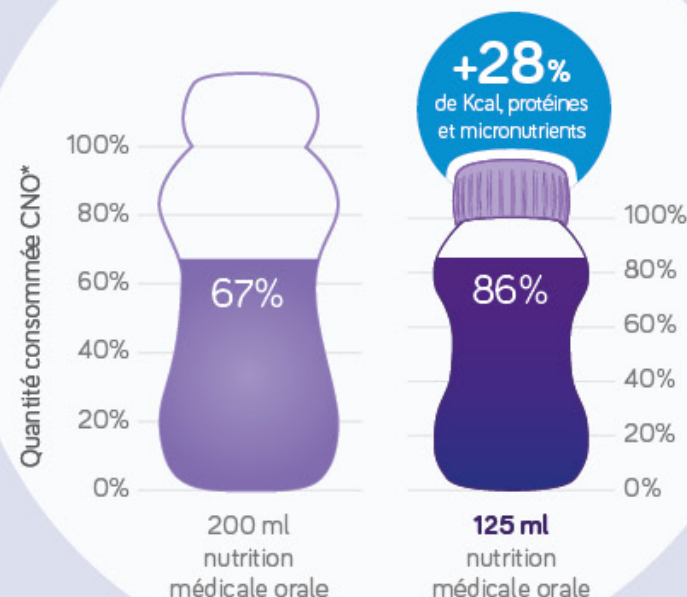
**EFFICACITÉ
PROUVÉE**

Meilleure observance avec le 125 ml sur le court et plus long terme par rapport au 200 ml

Après 1 semaine¹
(38 patients en maisons de repos et hôpitaux)



Après 10 semaines²
(25 patients en hôpitaux)



125 ml assure à votre patient, une meilleure prise de sa dose nutritionnelle recommandée

* CNO: Complément Nutritionnel Oral

1 Hubbard G. P et al. Improved compliance and increased intake of energy and protein with a high energy density, low volume multi-nutrient supplement. Proc. Nutr Soc, 2010;69(OCE2):E164. 2 Freeman R et al. A survey of compliance and use of ready-made liquid oral nutritional supplements in elderly malnourished care home residents. Aging Clin Exp Res, 2011;23:159.

3

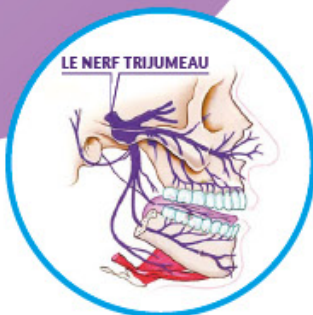
DE LA VARIÉTÉ ET DES SAVEURS UNIQUES

TESTÉS ET
APPROUVÉS
PAR LES PATIENTS*

Soutient
votre patient
et l'aide à suivre
sa thérapie
nutritionnelle
et retrouver
l'appétit



9 variétés
3 goûts
innovants



Pour une **expérience gustative unique**, activez le nerf trijumeau avec **Fortimel Compact Protein** sensation fraîcheur fruits rouges et sensation tropical-gingembre épicée

* Patients cancéreux



LA COMBINAISON DE 3 EFFETS QUI FAIT TOUTE LA DIFFÉRENCE POUR VOTRE PATIENT

1. Une composition nutritionnelle **riche en protéines et en énergie** avec des micronutriments
2. Un petit volume de 125 ml pour **une meilleure observance**⁽¹⁾
3. **9 variétés** dont 2 saveurs à sensations uniques testées et approuvées auprès des patients*

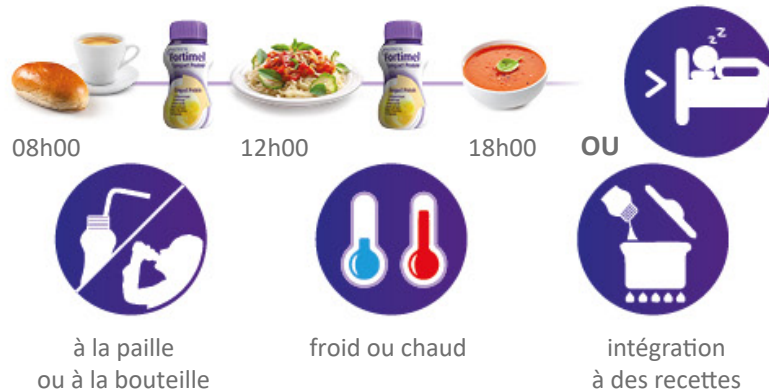
Quelle posologie recommander ?



2x Fortimel Compact Protein/jour pendant

12 semaines pour compléter l'alimentation normale**:

A consommer de préférence entre les repas (2 heures avant) ou avant le coucher



à la paille
ou à la bouteille

froid ou chaud

intégration
à des recettes

* patients cancéreux ** sauf avis contraire du médecin (généraliste) ou du diététicien

Sous quel format pratique et adapté ?

Fortimel® Compact Protein (125 ml)



Mixed Multipack: 8 bouteilles,
6 saveurs **Pour initier ou découvrir une
multitude de saveurs**



4-Pack: 9 saveurs, dont 2 variétés à
sensations uniques
Pour une expérience gustative unique



Weekly Pack: 13+1 gratuit, 3 saveurs

Nos variétés pour d'autres volumes et textures



**Fortimel®
Extra Multipack**
(8x 200 ml)
6 saveurs



**Fortimel®
Extra**
(200 ml)
6 saveurs



Fortimel® Creme 4 saveurs
Fortimel® Jucy 4 saveurs
Fortimel® Yog 2 saveurs

1. Hubbard G. P et al. Improved compliance and increased intake of energy and protein with a high energy density, low volume multi-nutrient supplement. Proc. Nutr Soc, 2010;69(OCE2):E164.

NUTRICIA VOUS SOUTIENT D'AVANTAGE...



Une **plateforme exclusive en ligne** pour les professionnels de la santé avec :

ARTICLES

Dernières actualités sur nos produits, services, événements et les études scientifiques dans nos domaines d'expertise.

ÉVÉNEMENTS

Calendrier de nos formations, événements et congrès.

BIBLIOTHÈQUE

Outils, présentations et vidéos à télécharger pour vous aider dans votre pratique quotidienne.



Nos diététiciennes de la Careline sont prêtes à répondre à vos questions et vous assister avec des conseils personnalisés et professionnels :

 **070/222.307** (tous les jours ouvrables de 09h00 à 16h00)

 medical.nutrition@nutricia.be

 www.nutriciamedical.be

**MERCI POUR VOTRE
ATTENTION**

