

Bien comprendre l'Évaluation globale subjective (ÉGS)

L'ÉGS sert à déterminer si une personne a un état nutritionnel adéquat, c'est-à-dire si l'ingestion et l'absorption des nutriments chez cette personne répondent à ses besoins nutritionnels. De fait, la malnutrition est le résultat d'un déséquilibre entre l'ingestion de nutriments, leur absorption et les besoins nutritionnels. Le principal objectif de l'ÉGS est de déterminer si le déficit nutritionnel joue un rôle dans l'état de santé du patient et si un traitement nutritionnel est requis. L'ÉGS permet de déterminer si une personne présente un bon état nutritionnel, une malnutrition légère/modérée ou une malnutrition grave, en fonction de ses antécédents médicaux et d'un examen physique. L'objectif est de cerner les personnes qui bénéficieraient d'un traitement nutritionnel.

Depuis qu'a été décrite pour la première fois l'Évaluation globale subjective (ÉGS) en contexte préopératoire, en 1982¹, cet outil d'évaluation de l'état nutritionnel a été validé pour de nombreux états pathologiques². De plus, plusieurs descriptions détaillées au sujet de l'utilisation et de l'interprétation de l'ÉGS ont été publiées^{3,4}. Mais même si la classification de l'état nutritionnel au moyen de cet outil soit courante, elle demeure parfois confuse. Vous trouverez ci-dessous une courte explication de certains des concepts fondamentaux nécessaires à la réalisation d'une évaluation nutritionnelle valable à l'aide de l'ÉGS.

L'ÉGS donne un aperçu global de l'état nutritionnel du patient, en tenant compte de l'apport alimentaire, des capacités fonctionnelles, du risque de malabsorption, des raisons qui expliquent le faible apport alimentaire, de la perte de poids et des changements dans la composition corporelle. Cette vue d'ensemble permet de savoir si la modification de la composition corporelle est causée par un problème de malabsorption ou un faible apport alimentaire, ou bien par un problème de santé comme la cachexie (fonte musculaire et adipeuse liée à une maladie) ou la sarcopénie (fonte musculaire liée au vieillissement). La cachexie est un syndrome multifactoriel qui se caractérise par une perte constante de masse musculaire squelettique (accompagnée ou non de perte de masse adipeuse) et qui peut se traiter plus ou moins, mais jamais complètement, au moyen d'un soutien nutritionnel classique⁵. La sarcopénie est quant à elle caractérisée surtout par une perte de masse musculaire attribuable à divers mécanismes et l'amélioration des symptômes repose sur l'activité physique et possiblement un soutien nutritionnel.

Par exemple, un patient atteint d'un cancer du pancréas métastatique peut, moyennant la prise de suppléments nutritionnels, consommer suffisamment de calories pour répondre aux besoins métaboliques liés à son état et à ses besoins nutritionnels de base, mais néanmoins perdre du poids et présenter des signes d'une importante fonte musculaire. Si l'anamnèse ne révèle ni malabsorption ni apport alimentaire insuffisant, on jugera que le patient est atteint de cachexie. Par contre, si l'apport alimentaire est modérément ou gravement compromis, ce qui arrive fréquemment chez ces cas cliniques, le patient sera classé dans la catégorie B ou C de l'ÉGS. Toutefois, si ce patient reçoit tout le soutien nutritionnel pour répondre à ses besoins et qu'il n'en résulte aucune amélioration notable du poids et des capacités fonctionnelles, il pourrait être reclassé comme étant atteint de cachexie.

La sarcopénie peut être liée à plusieurs facteurs différents. Par exemple, chez la personne âgée, la fonte musculaire peut ne pas être due à un manque de nutriments, mais plutôt à l'utilisation moins fréquente de certains muscles combinée à l'atrophie des fibres musculaires, un syndrome que l'on appelle « sarcopénie ». Si l'apport alimentaire par voie orale est jugé approprié pour une personne âgée et qu'il n'y a aucun signe de malabsorption, mais plutôt des signes de fonte musculaire, alors il s'agit probablement d'un cas de sarcopénie.

La distinction entre la cachexie (ou la sarcopénie) et la malnutrition se fait à l'aide d'une évaluation globale qui vise à déterminer si l'apport en nutriments et la santé gastro-intestinale (bon appétit, absence de vomissements et de diarrhées) permettent une ingestion et une absorption appropriées des nutriments, ou s'ils sont suffisamment compromis pour expliquer en tout ou en partie la perte de poids et la fonte musculaire. Avant d'attribuer le score final, l'évaluateur doit déterminer si la modification de la composition corporelle (muscles et tissu adipeux) et du poids est principalement due à un apport nutritionnel inadéquat (malnutrition) ou à la cachexie/sarcopénie.

La classification au moyen de l'ÉGS est un processus dynamique; elle peut donc changer, même en un laps de temps relativement court. Le changement dépend de la capacité du patient à combler ses besoins nutritionnels, à reprendre du poids et à améliorer ses capacités fonctionnelles. Ainsi, la catégorie de l'ÉGS peut s'améliorer, même en présence de signes persistants de perte de réserves adipeuses et de masse musculaire; essentiellement, les cliniciens doivent se demander si d'autres interventions, outre celles déjà mises en place, sont nécessaires pour améliorer encore davantage l'état du patient. Donnons un exemple : si un patient a perdu 15 % de son poids corporel parce qu'il s'alimentait moins par voie orale à cause d'une obstruction pylorique, mais qu'il reçoit un traitement qui corrigera définitivement l'obstruction et qu'il se remet à manger normalement, il sera classé dans la catégorie A (bon état nutritionnel) selon l'ÉGS, et ce, même si l'examen physique révèle encore des signes de perte adipeuse et de fonte musculaire, car d'autres aspects de l'ÉGS sont normaux ou s'améliorent. Essentiellement, il n'est pas nécessaire de prescrire un traitement nutritionnel ou un régime supplémentaire, étant donné que le patient est en bonne voie de se rétablir.

La malnutrition s'installe souvent graduellement; il n'est donc pas étonnant que l'amélioration de l'état nutritionnel ainsi que la normalisation de la masse musculaire et des réserves adipeuses soient progressives, et non instantanées. Toutefois, dans l'ÉGS, on considère qu'une personne présente un bon état nutritionnel lorsque l'apport alimentaire est suffisant pour combler les besoins métaboliques et que les symptômes qui nuisent à l'apport alimentaire et (ou) à l'absorption sont pris en charge, même si la composition corporelle n'est pas tout à fait revenue à la normale. L'ÉGS prend tous ces facteurs en compte en s'appuyant sur la tendance suivie par l'apport alimentaire, les symptômes et la perte de poids dans les deux semaines qui précèdent l'évaluation.

Voici les facteurs à étudier lors de l'Évaluation globale subjective :

Apport nutritionnel

L'ÉGS s'intéresse principalement à l'apport en nutriments, et surtout à l'apport en énergie et en protéines, par rapport aux besoins métaboliques. La malnutrition résulte de fait d'un déséquilibre entre l'apport et (ou) l'absorption de nutriments et les dépenses métaboliques. Si l'apport en énergie et en protéines est obtenu grâce à un soutien nutritionnel spécialisé (alimentation entérale ou parentérale), il faut en tenir compte lorsqu'il s'agit de déterminer si l'apport nutritionnel est adéquat.

Perte pondérale

Il s'agit là d'un volet important de l'ÉGS. Toutefois, la détermination du poids corporel ou de la perte pondérale manque souvent de précision, car les patients ne se pèsent pas régulièrement. La force de l'ÉGS est qu'elle demeure valide même si le poids actuel n'est pas connu⁶. C'est la tendance de la variation du poids qui doit dicter le retour vers la catégorie A ou le déclin vers la catégorie B ou C.

Symptômes

Tout symptôme qui a une incidence sur l'apport alimentaire ou qui laisse soupçonner une malabsorption des macronutriments est pertinent pour l'interprétation de l'ÉGS.

Capacités fonctionnelles

Une malnutrition protéino-énergétique peut altérer les capacités fonctionnelles, surtout en présence de malnutrition grave. Il faut de plus évaluer les capacités fonctionnelles dans le contexte global de l'état clinique du patient. Dans bien des cas, ces capacités peuvent être réduites à cause d'une maladie sous-jacente. Par exemple, chez une personne ayant subi un accident vasculaire cérébral, les capacités fonctionnelles sont réduites en raison de la parésie. La composition corporelle peut s'en trouver changée (atrophie due à l'immobilité), mais sans pour autant que les changements constatés découlent d'une malnutrition secondaire à un apport alimentaire ou en nutriments insuffisant.

Besoins métaboliques

Dans la plupart des circonstances cliniques, le léger stress métabolique qu'entraîne une maladie sous-jacente n'a pas d'effet marqué sur les besoins nutritionnels. Cependant, les états très exigeants sur le plan métabolique, comme le syndrome de réponse inflammatoire généralisée (SRIG), les maladies inflammatoires graves de l'intestin, les brûlures, les traumatismes crâniens et la thyroïdite, font augmenter les besoins métaboliques. Lors de l'ÉGS, il importe de vérifier si l'ingestion de nutriments est suffisante compte tenu du stress métabolique. Ainsi, une personne soumise à un important stress métabolique devrait avoir des besoins énergétiques plus élevés qu'une personne de composition corporelle similaire soumise à un stress léger ou minime. L'incapacité de répondre à ces besoins se traduirait par une malnutrition.

Évaluation de la composition corporelle (perte de tissu adipeux et de masse musculaire)

L'évaluation des réserves de graisse et de la masse musculaire constitue une partie importante de l'ÉGS. Toutefois, les changements de composition corporelle observés pourraient être dus à d'autres facteurs, comme une utilisation moins fréquente de certains muscles (pensons à la limitation des déplacements qu'entraîne l'arthrose grave), la cachexie et la sarcopénie. Chez les personnes qui continuent de marcher, mais qui pratiquent moins d'autres types d'activités, la perte de masse musculaire peut être beaucoup plus marquée dans le haut que dans le bas du corps. Ces facteurs qui peuvent entraîner une fonte musculaire non liée à l'état nutritionnel doivent être pris en compte dans l'évaluation de la composition corporelle et l'attribution du score de l'ÉGS. La force de l'ÉGS réside dans le fait qu'on se fie à plusieurs parties du corps pour déterminer la perte de masse adipeuse ou musculaire.

Œdème et ascite

L'œdème et l'ascite sont rarement des manifestations de la malnutrition grave; ils sont plus souvent imputables à une maladie sous-jacente. Sur le plan nutritionnel, il est important de détecter toute rétention liquidienne, car cette dernière vient fausser les données en haussant le poids corporel. L'accumulation de liquide interstitiel doit être prise en compte lors de l'évaluation des données relatives au poids corporel.



Voici les facteurs à étudier lors de l'évaluation globale subjective :

APPORT NUTRITIONNEL

L'ÉGS s'intéresse principalement à l'apport de nutriments, et surtout à l'apport en énergie et en protéines, par rapport des besoins métaboliques. La malnutrition résulte de fait d'un déséquilibre entre l'apport et (ou) l'absorption de nutriments et les dépenses métaboliques. Si l'apport en énergie et en protéines est obtenu grâce à un soutien nutritionnel spécialisé (alimentation entérale ou parentérale), il faut en tenir compte lorsqu'il s'agit de déterminer si l'apport nutritionnel est adéquat.

PERTE PONDÉRALE

Il s'agit là d'un volet important de l'ÉGS. Toutefois, l'estimation du poids corporel ou de la perte pondérale manquent souvent de précision, car les patients ne se pèsent pas régulièrement. La force de l'ÉGS réside dans le fait qu'elle demeure valide même si le poids n'est pas connu⁶. C'est la tendance de la variation du poids qui doit dicter le retour vers la catégorie A ou le déclin vers la catégorie B ou C.

SYMPTÔMES

Tout symptôme qui a une incidence sur l'apport alimentaire ou qui laisse soupçonner une malabsorption des macronutriments est pertinent pour l'interprétation de l'ÉGS.

CAPACITÉS FONCTIONNELLES

Une malnutrition protéino-énergétique peut altérer les capacités fonctionnelles, surtout en présence de malnutrition grave. Il faut de plus évaluer les capacités fonctionnelles dans le contexte global de l'état clinique du patient. Dans bien des cas, ces capacités peuvent être réduites à cause d'une maladie sous-jacente. Par exemple, chez une personne ayant subi un accident vasculaire cérébral, les capacités fonctionnelles sont réduites en raison de la parésie. La composition corporelle peut s'en trouver changée (atrophie due à l'immobilité), mais sans pour autant que les changements constatés découlent d'une malnutrition secondaire à un apport alimentaire ou en nutriments insuffisant.

BESOINS MÉTABOLIQUES

Dans la plupart des circonstances cliniques, le léger stress métabolique qu'entraîne une maladie sous-jacente n'a pas d'effet marqué sur les besoins nutritionnels. Cependant, les états très exigeants sur le plan métabolique, comme le syndrome de réponse inflammatoire généralisée (SRIG), les maladies inflammatoires graves de l'intestin, les brûlures, les traumatismes crâniens et la thyrotoxicose, font augmenter les besoins métaboliques. Lors de l'ÉGS, il importe de vérifier si l'ingestion de nutriments est suffisante compte tenu du stress métabolique. Ainsi, une personne soumise à un important stress métabolique devrait avoir des besoins énergétiques plus élevés qu'une personne de composition corporelle similaire soumise à un stress léger ou minime. L'incapacité de répondre à ces besoins se traduirait par une malnutrition.

ÉVALUATION DE LA COMPOSITION CORPORELLE (perte de tissus adipeux et de masse musculaire)

L'évaluation des réserves de graisse et de la masse musculaire constitue une partie importante de l'ÉGS. Toutefois, les changements de composition corporelle observés pourraient être dus à d'autres facteurs, comme une utilisation moins fréquente de certains muscles (pensons à la limitation des déplacements qu'entraîne l'arthrose grave), la cachexie et la sarcopénie. Chez les personnes qui continuent de marcher, mais qui pratiquent moins d'autres types d'activités, la perte de masse musculaire peut être beaucoup plus marquée dans le haut que dans le bas du corps. Ces facteurs qui peuvent entraîner une fonte musculaire non liée à l'état nutritionnel doivent être pris en compte dans l'évaluation de la composition corporelle et l'attribution du score de l'ÉGS. La force de l'ÉGS réside dans le fait qu'on se fie à plusieurs parties du corps pour déterminer la perte de masse adipeuse ou musculaire.

ŒDÈME ET ASCITE

L'œdème et l'ascite sont rarement des manifestations de la malnutrition grave; ils sont plus souvent imputables à une maladie sous-jacente. Sur le plan nutritionnel, il est important de détecter toute rétention liquidienne, car cette dernière vient fausser les données en haussant le poids corporel. L'accumulation de liquide interstitiel doit être prise en compte lors de l'évaluation des données relatives au poids corporel.

References: 1. Baker JP, Detsky AS, Wesson DE, et al. Nutritional assessment: a comparison of clinical judgement and objective measurements. *N Engl J Med.* 1982;306(16):969-972. 2. Makhija S, Baker J. The Subjective Global Assessment: a review of its use in clinical practice. *Nutr Clin Pract.* 2008;23(4):405-409. 3. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, et al. What is subjective global assessment of nutritional status? *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 1987;11(1):8-13. 4. Detsky AS, Smalley PS, Chang J. The rational clinical examination. Is this patient malnourished? *JAMA.* 1994;271(1):54-58. 5. Fearon K, Strasser F, Anker SD, et al. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. *The Lancet. Oncology.* 2011;12(5):489-495. 6. Shirodkar M, Mohandas KM. Subjective global assessment: a simple and reliable screening tool for malnutrition among Indians. *Indian journal of gastroenterology : official journal of the Indian Society of Gastroenterology.* 2005;24(6):246-250.

Questionnaire d'évaluation globale subjective

La version révisée du présent questionnaire d'ÉGS prend en compte des éléments tirés des sources suivantes :

Capra S, Bauer J, Davidson W, Ash S. Nutritional therapy for cancer-induced weight loss. *Nutr Clin Pract.* 2002;17(4):210-213. **Consensus document** from Dietitian/Nutritionists from the Nutrition Education Materials Online, "NEMO", team. http://www.health.qld.gov.au/nutrition/resources/hpnh_sga.pdf Mis en ligne en mai 2009. **Detsky AS**, McLaughlin JR, Baker JP, et al. What is subjective global assessment of nutritional status? *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 1987;11(1):8-13. **Detsky AS**, Smalley PS, Chang J. The rational clinical examination. Is this patient malnourished? *JAMA.* 1994;271(1):54-58. **Malone A**, Hamilton C. The Academy of Nutrition and Dietetics/the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition consensus malnutrition characteristics: application in practice. *Nutr Clin Pract.* 2013;28(6):639-650. **Subjective Global Assessment** Form: <http://subjectiveglobalassessment.com>. ©Copyright 2011 Jeejeebhoy Holdings, Inc.

