

Dénutrition de la personne âgée

Programme UE Gériatrie Licence SPS 3ème année : vieillissement parcours de soins et prévention

Charlotte VICENTE
Diététicienne Nutritionniste

Définition de la dénutrition

Selon la HAS (2007), la dénutrition représente l'état d'un organisme en déséquilibre nutritionnel. Le déséquilibre nutritionnel est caractérisé par un bilan énergétique et/ou protéique négatif. Cela signifie que les apports nutritionnels ne sont pas suffisants pour couvrir les besoins nutritionnels de l'organisme.

Il s'agit d'un état pathologique.

Ce déséquilibre entraîne des pertes tissulaires, notamment musculaires, qui ont des conséquences fonctionnelles délétères. Il s'agit d'une perte tissulaire involontaire.

L'amaigrissement se différencie de la dénutrition par le caractère non délétère de la perte pondérale. Il peut être volontaire ou non.

Enjeux de la dénutrition

La dénutrition est un problème majeur de santé publique qui touche 30 à 60% des patients hospitalisés à l'admission.

Elle touche :

- 👉 4 à 10% des personnes âgées vivant à domicile
- 👉 15 à 38% des personnes âgées vivant en institution
- 👉 30 à 60% des personnes âgées hospitalisés.

A noter que 40% des personnes âgées sont hospitalisées pour des conséquences d'une dénutrition.

La prise en charge de la dénutrition est devenue un enjeu majeur.

Causes de la dénutrition

3 origines possibles :

- Un apport alimentaire insuffisant en nutriments par rapport aux besoins de l'organisme. Chez la personne âgée, de nombreux facteurs sociaux, psychologiques et physiologiques peuvent conduire à une insuffisance d'apports. On parle ici de dénutrition exogène.
- Une augmentation des besoins au cours d'une maladie (cancer, chirurgie, infections etc...)
- Une augmentation des pertes énergétiques et/ou protéiques (malabsorptions par résection digestive, diarrhées, vomissements...)

Facteurs de risque (PNNS)

Facteurs psycho-socio-environnementaux	Toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique	Traitements médicamenteux au long cours
<ul style="list-style-type: none"> • Isolement social • Deuil • Difficultés financières • Maltraitance • Hospitalisation • Changement des habitudes de vie (entrée en institution) 	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur • Pathologie infectieuse • Fracture entraînant une impotence fonctionnelle • Intervention chirurgicale • Constipation sévère • Escarres 	<ul style="list-style-type: none"> • Polymédication • Médicaments entraînant une sécheresse de la bouche, une dysgueusie, des troubles digestifs, une anorexie, une somnolence, etc. • Corticoïdes au long cours
Troubles bucco-dentaires	Régimes restrictifs	Syndromes démentiels et autres troubles neurologiques
<ul style="list-style-type: none"> • Troubles de la mastication • Mauvais état dentaire • Appareil mal adapté • Sécheresse de la bouche • Candidose oro-pharyngé • Dysgueusie* 	<ul style="list-style-type: none"> • Sans sel • Amaigrissant • Diabétique • Hypocholestérolémiant • Sans résidu au long cours 	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie d'Alzheimer • Autres démences • Syndrome confusionnel • Troubles de la vigilance • Syndrome Parkinsonien
Troubles de la déglutition	Dépendance pour les actes de la vie quotidienne	Troubles psychiatriques
<ul style="list-style-type: none"> • Pathologie ORL • Pathologie neurologique dégénérative ou vasculaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépendance pour l'alimentation • Dépendance pour la mobilité 	<ul style="list-style-type: none"> • Syndromes dépressifs • Troubles du comportement

Conséquences de la dénutrition

La dénutrition **entraîne ou aggrave un état de fébrilité.**

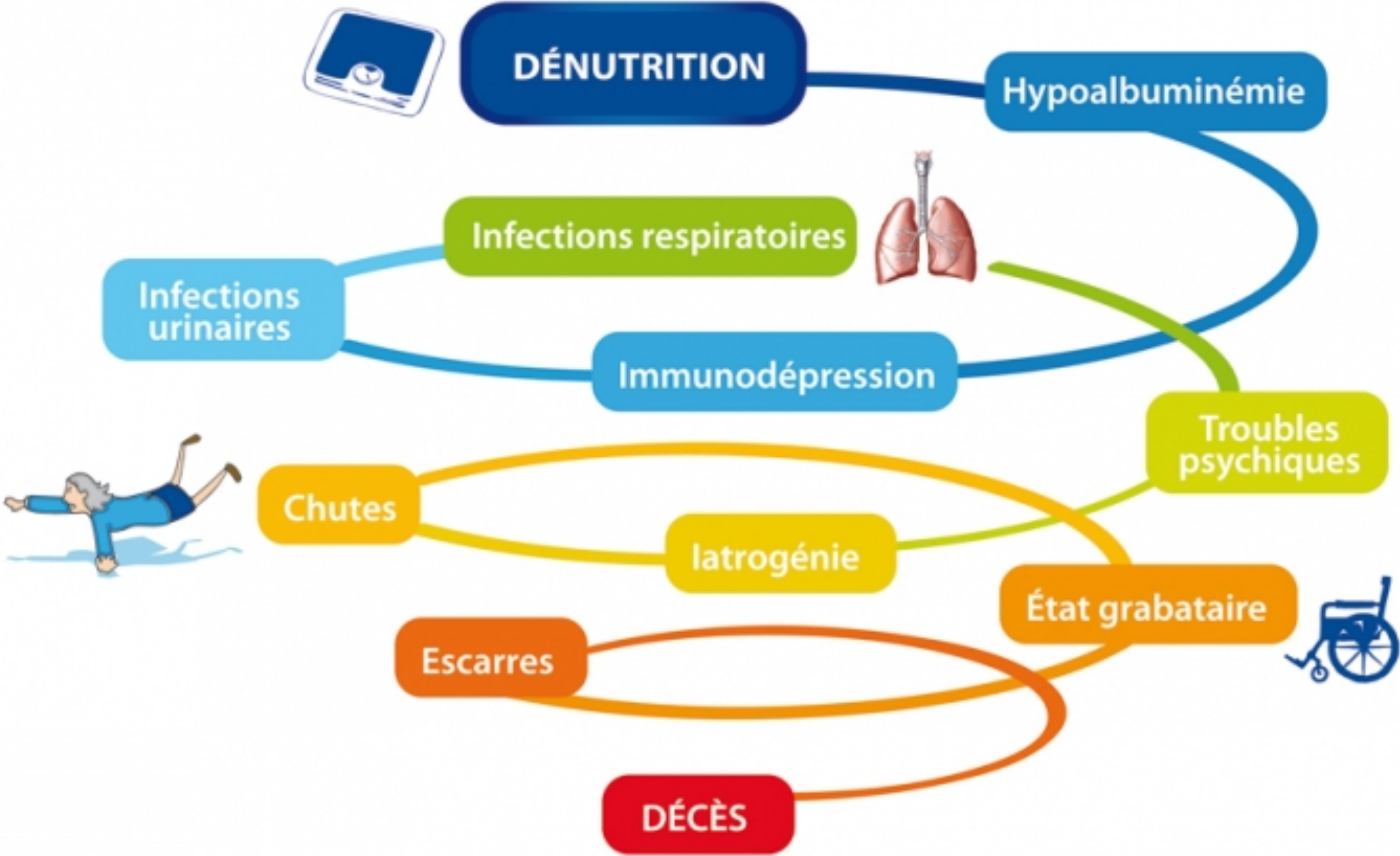
Elle se traduit par :

- ▶ une **altération de l'état général** (amaigrissement, anémie, asthénie)
- ▶ un **affaiblissement musculaire** (perte d'autonomie -> difficulté à se déplacer -> risque de chutes et de fractures accru)
- ▶ une **baisse des défenses immunitaires** (risque d'infections plus élevé, diminution de l'efficacité des traitements)
- ▶ des **retards de cicatrisation** (apparition ou entretien d'escarres)
- ▶ une hospitalisation ou une **augmentation de la durée d'hospitalisation.**

La dénutrition peut avoir une incidence sur le pronostic vital du patient et entraîner le décès.

LA SPIRALE DE LA DÉNUTRITION

D'après le Dr Monique Ferry (1992)

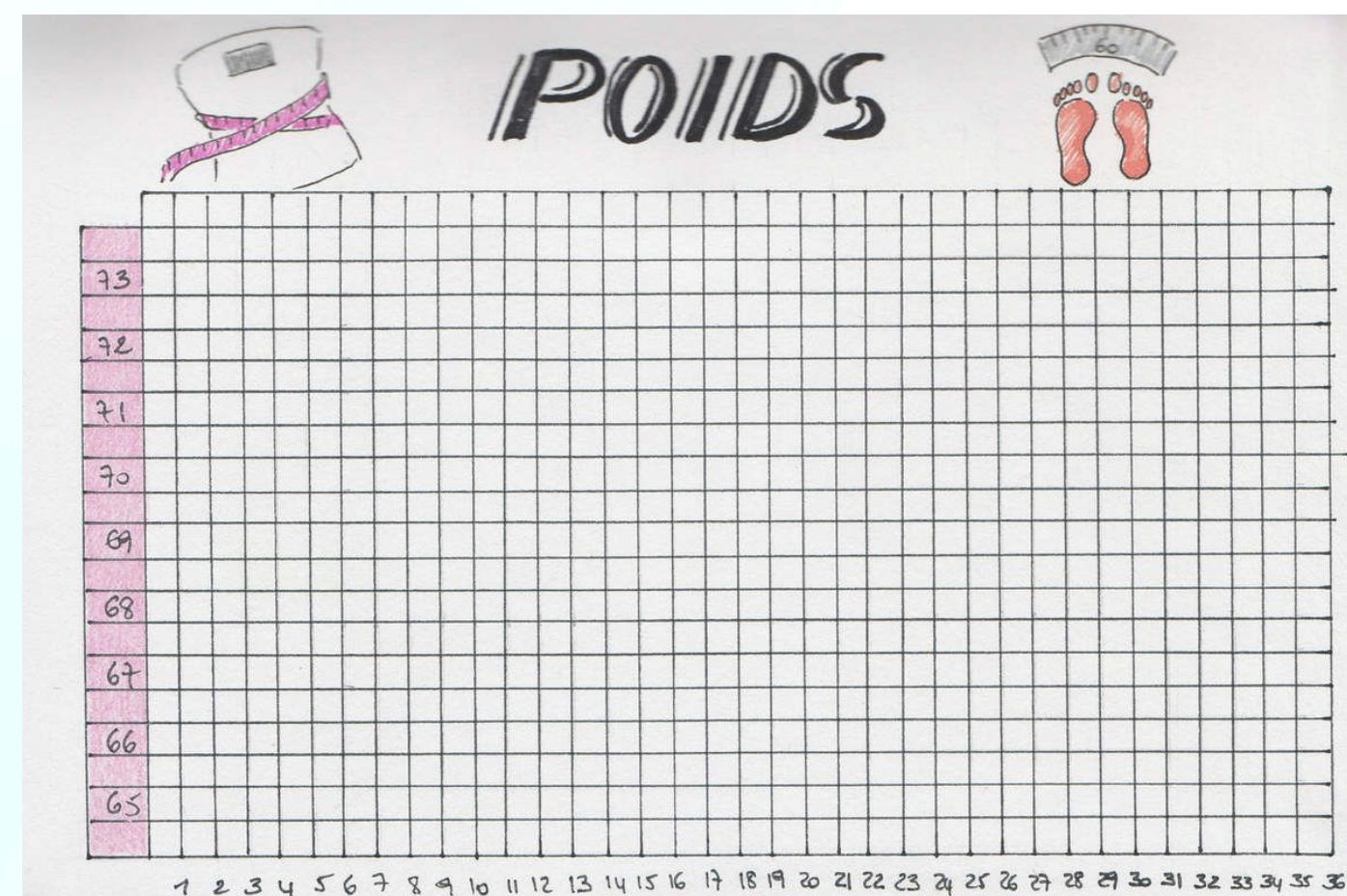


Critères d'évaluation

Selon la HAS, il est recommandé d'évaluer l'état nutritionnel des personnes âgées par les critères suivants :

👉 **la mesure du poids et le pourcentage de perte de poids**

Le poids est le facteur essentiel à l'évaluation et au suivi des patients.
Une perte de poids même minime doit alerter.



Critères d'évaluation

👉 le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC)



$$\text{IMC} = \frac{\text{poids (en kg)}}{\text{taille x taille (en m)}}$$

IMC	Interprétation
IMC ≤ 20 kg/m²	Dénutrition sévère
20 < IMC ≤ 22 kg/m²	Dénutrition modérée
22 < IMC ≤ 30 kg/m²	Poids souhaitable
IMC ≥ 30 kg/m²	Surpoids

Critères d'évaluation

👉 le calcul du score de dépistage avec le MNA-SF

Questionnaire permettant d'identifier les personnes âgées dénutries ou présentant un risque de dénutrition.

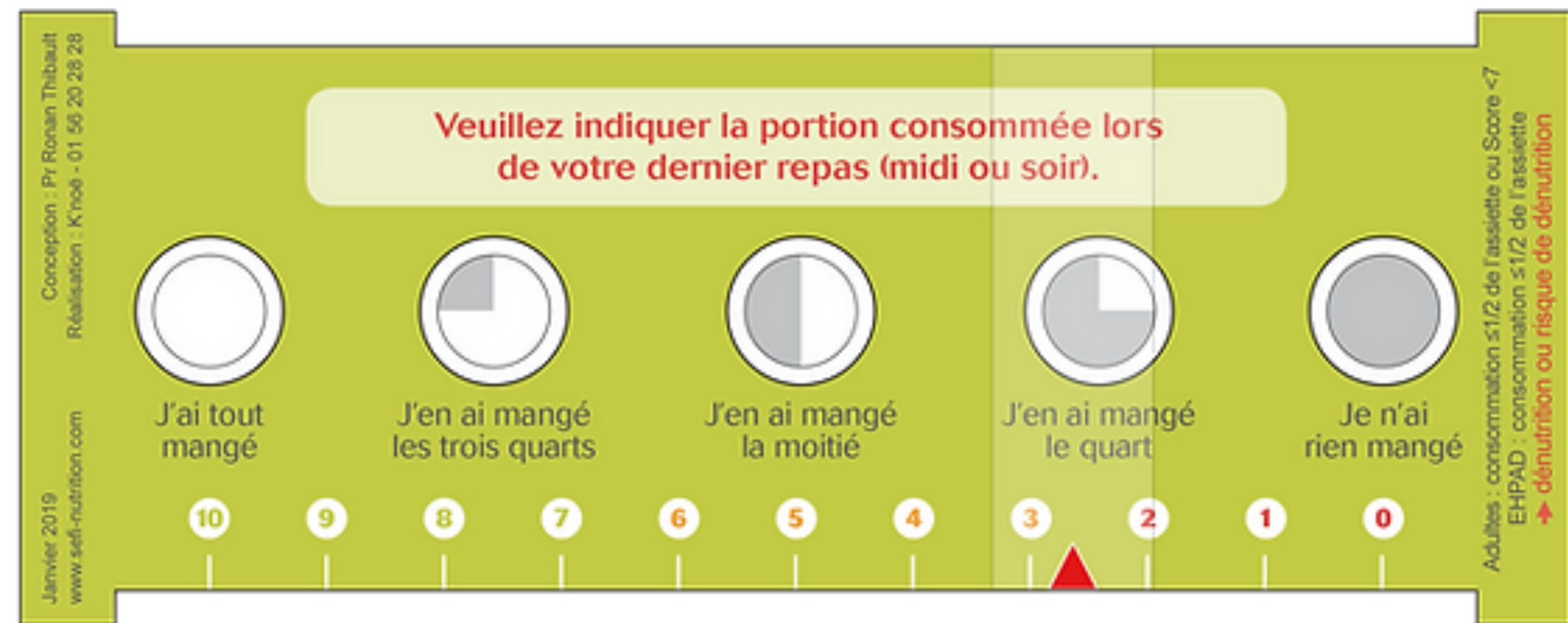
Dépistage	
A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition? 0 = anorexie sévère 1 = anorexie modérée 2 = pas d'anorexie	<input type="checkbox"/>
B Perte récente de poids (<3 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	<input type="checkbox"/>
C Motricité 0 = du lit au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile	<input type="checkbox"/>
D Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois? 0 = oui 2 = non	<input type="checkbox"/>
E Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence ou dépression modérée 2 = pas de problème psychologique	<input type="checkbox"/>
F Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille) ² en kg/m ²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
Score de dépistage (sous-total max. 14 points)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12 points ou plus	normal pas besoin de continuer l'évaluation
11 points ou moins	possibilité de malnutrition – continuez l'évaluation

Evaluation globale	
G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile? 0 = non 1 = oui	<input type="checkbox"/>
H Prend plus de 3 médicaments 0 = oui 1 = non	<input type="checkbox"/>
I Escarres ou plaies cutanées? 0 = oui 1 = non	<input type="checkbox"/>
J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour? 0 = 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas	<input type="checkbox"/>
K Consomme-t-il? • Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 0,0 = si 0 ou 1 oui 0,5 = si 2 oui 1,0 = si 3 oui	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
L Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes? 0 = non 1 = oui	<input type="checkbox"/>
M Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour? (eau, jus, café, thé, lait, vin, bière...) 0,0 = moins de 3 verres 0,5 = de 3 à 5 verres 1,0 = plus de 5 verres	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
N Manière de se nourrir 0 = nécessite une assistance 1 = se nourrit seul avec difficulté 2 = se nourrit seul sans difficulté	<input type="checkbox"/>

O Le patient se considère-t-il bien nourri? (problèmes nutritionnels) 0 = malnutrition sévère 1 = ne sait pas ou malnutrition modérée 2 = pas de problème de nutrition	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
Q Circonférence brachiale (CB en cm) 0,0 = CB < 21 0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1,0 = CB > 22	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
R Circonférence du mollet (CM en cm) 0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31	<input type="checkbox"/>
Evaluation globale (max. 16 points)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
Score de dépistage	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Score total (max. 30 points)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
Appréciation de l'état nutritionnel	
de 17 à 23,5 points	risque de malnutrition <input type="checkbox"/>
moins de 17 points	mauvais état nutritionnel <input type="checkbox"/>

Critère d'évaluation

👉 l'évaluation qualitative et/ou quantitative de la prise alimentaire



Critère d'évaluation

👉 l'évaluation de la force musculaire



Force de préhension anormale si :



< 27



< 16

Quel que soit le statut nutritionnel, il est recommandé d'en surveiller l'évolution :

- en ville : 1 fois par mois à domicile et à chaque consultation médicale
- à l'hôpital et SSR : à l'entrée, puis au moins une fois par semaine, et à la sortie
- en EHPAD et USLD : à l'entrée, puis au moins une fois par mois, et à la sortie

Critères de diagnostic

Dénutrition modérée

Le diagnostic de dénutrition nécessite la présence d'au moins : **1 critère phénotypique et 1 critère étiologique.**

Les critères phénotypiques sont les suivants (1 seul critère suffit) :

- 👉 perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie
- 👉 $20 < \text{IMC} \leq 22 \text{ kg/m}^2$
- 👉 sarcopénie confirmée (sarcopénie = association d'une réduction de la force et de la masse musculaire)

Les critères étiologiques sont les suivants (1 seul critère suffit) :

☞ réduction de la prise alimentaire ≥ 50 % pendant plus d'une semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport à la consommation alimentaire habituelle ou aux besoins protéine-énergétiques

☞ absorption réduite (malabsorption/maldigestion)

☞ situation pathologique (avec ou sans syndrome inflammatoire : pathologie aiguë, chronique ou maligne évolutive)

Si, au cours du suivi, il y a une disparition du critère étiologique (reprise de l'alimentation, guérison d'une maladie), le diagnostic de dénutrition persiste tant que persiste le critère phénotypique.

Dénutrition sévère

Lorsque le diagnostic de dénutrition est établi, il est recommandé de déterminer la présence de critères de sévérité.

Les critères de dénutrition sévère sont les suivants (1 seul critère suffit) :

👉 IMC < 20kg/m²

👉 perte de poids $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois ou $\geq 15\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie

👉 albuminémie ≤ 30 g/L.

Prise en charge nutritionnelle

Les besoins nutritionnels de la personne âgée sont supérieurs à ceux des adultes !

L'objectif de la prise en charge nutritionnelle chez la personne âgée dénutrie est d'atteindre un apport énergétique compris entre **30 à 40 kcal/kg/jour** (30 à 35kcal chez le sujet en dénutrition modérée et 35 à 40kcal chez le sujet en dénutrition sévère) et un apport protidique compris entre **1,2 à 1,5 g de protéine/kg/jour**.

Pour rappel, les besoins nutritionnels d'une personne âgée bien portante sont compris entre **25 et 30 kcal/kg/j** et **1 à 1,2 g de protéine/kg/jour**.

Adulte : 0,83 g de protéine/kg/jour.

Prise en charge nutritionnelle orale

Elle est toujours recommandée en première intention et consiste à donner des conseils nutritionnels pour enrichir et fractionner l'alimentation, dans le but d'augmenter les apports per os, et ainsi couvrir les besoins protéino-énergétiques.

Si cela n'est pas suffisant, ou si le patient est en dénutrition sévère, il est envisagé, parallèlement aux conseils nutritionnels, la prescription de Compléments Nutritionnels Oraux (CNO).

Il s'agit de produits destinés à des fins médicales, HP et/ou HC, de goûts et de textures variées. Certains produits sont sans lactose, sans fibre et sans gluten.



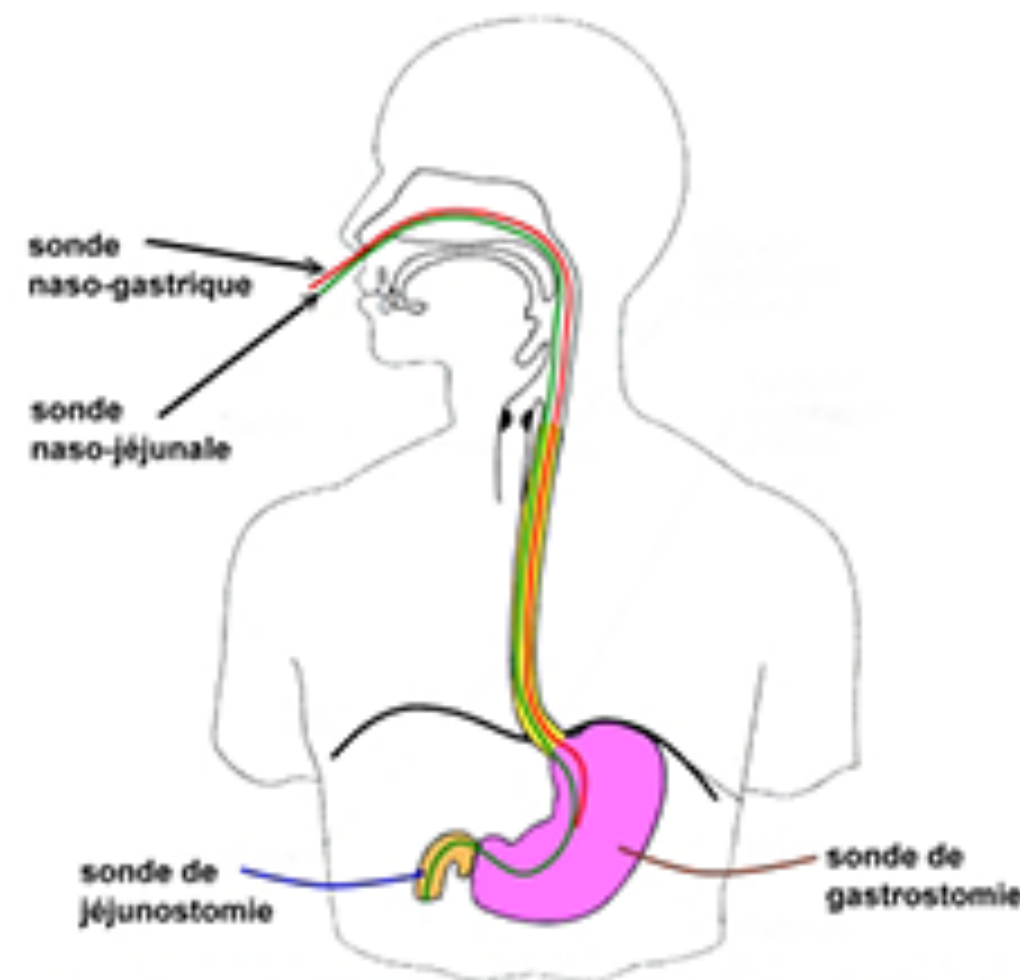
Prise en charge nutritionnelle entérale

NEAD = Nutrition Entérale À Domicile

C'est une nutrition artificielle, par sonde, qui utilise le système digestif.

La NE est envisagée en cas d'impossibilité ou d'insuffisance de la prise en charge nutritionnelle orale. Elle peut donc être totale ou venir compléter l'alimentation orale.

Elle est indiquée, en première intention, en cas de troubles sévères de la déglutition et/ou en cas de dénutrition sévère dont les apports oraux sont très faibles (inférieurs aux 2/3 des besoins nutritionnels).



Prise en charge nutritionnelle parentérale

NPD = Nutrition Parentérale à Domicile

NPT = Nutrition Parentérale Totale

AP = Alimentation Parentérale

C'est une nutrition artificielle administrée par voie intraveineuse. Il s'agit d'une perfusion.

Elle n'est recommandée que si le tube digestif n'est pas fonctionnel (malabsorptions, occlusions intestinales) ou si échec de la nutrition entérale (mauvaise tolérance).

Elle peut être exclusive ou complémentaire à une alimentation orale.

Elle peut être temporaire ou définitive.

Les risques sont plus élevés en cas de NPT qu'en cas de NEAD (infections, complications techniques, thrombose veineuse, complications métaboliques...)

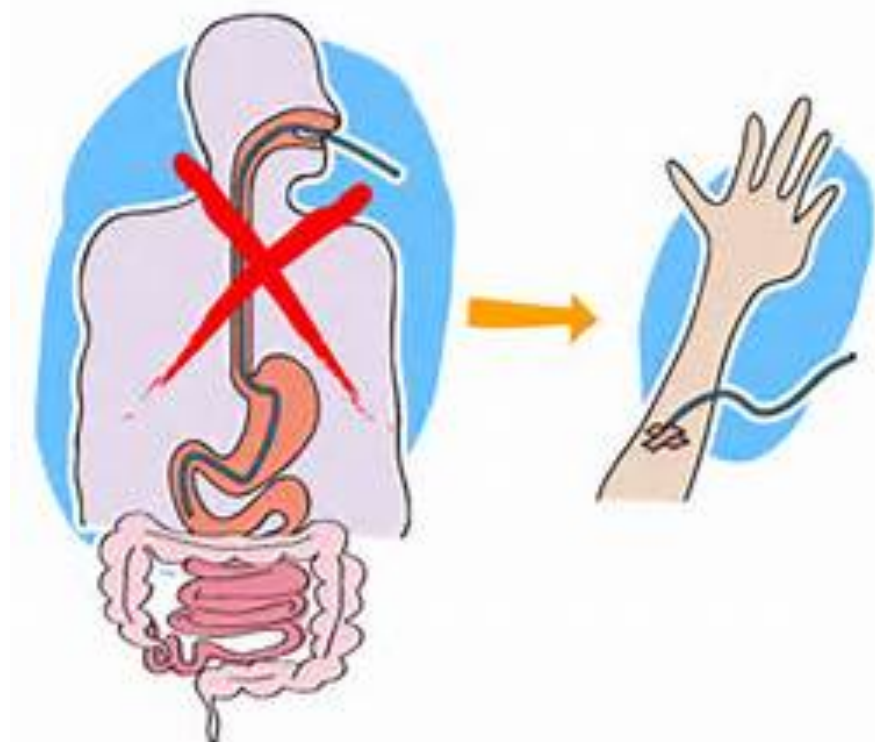
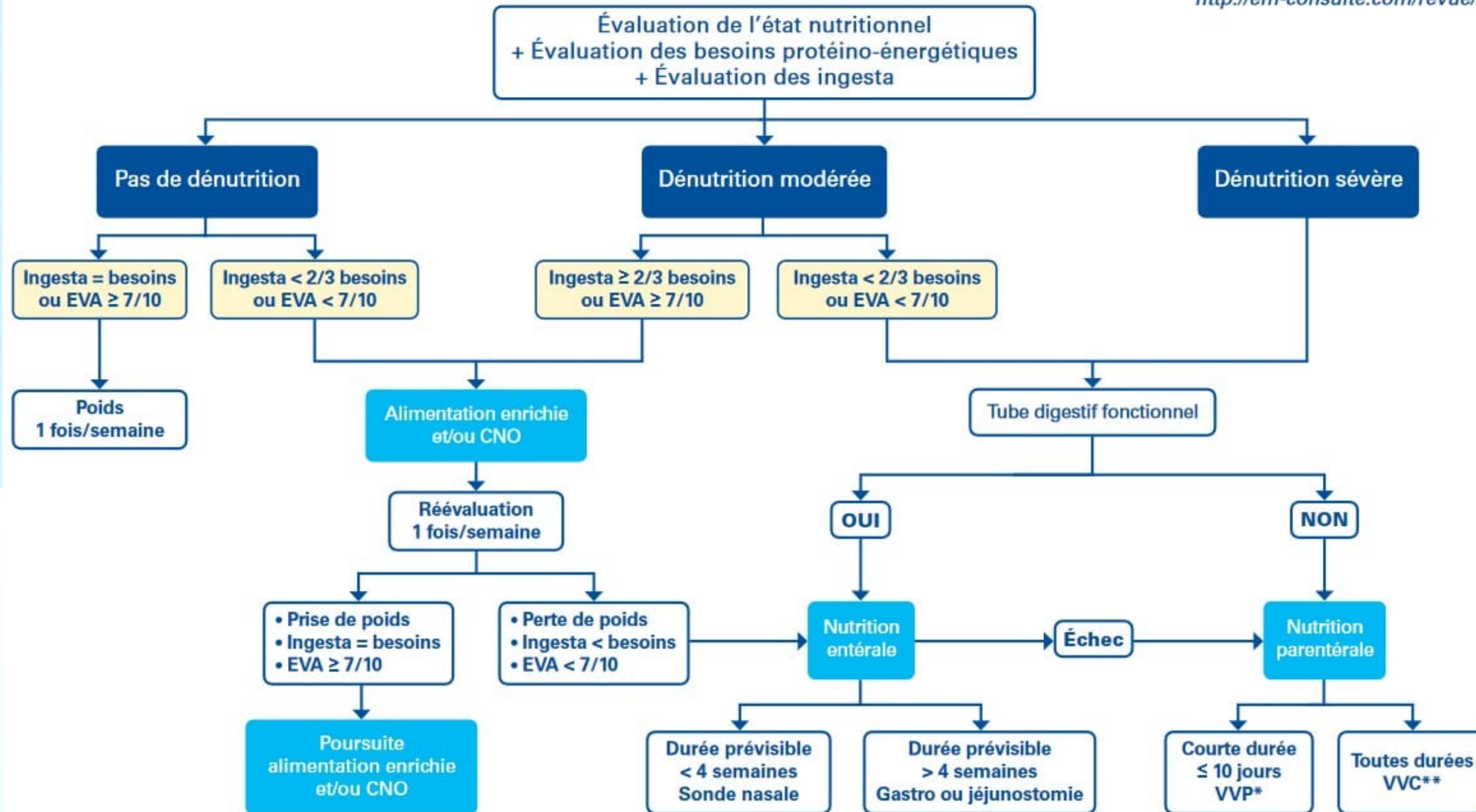


Figure 1 - Arbre décisionnel du soin nutritionnel de la SFNCM

Article référent : C Bouteloup et al.
 Nutr Clin Metabol 2014;28
<http://www.sfnep.org>
<http://em-consulte.com/revue/nutcli>



EVA : échelle visuelle ou verbale analogique - CNO : compléments nutritionnels oraux - VVP : voie veineuse périphérique - VVC : voie veineuse centrale
 *permet rarement de couvrir la totalité des besoins énergétiques
 **sauf PICC (peripherally inserted central catheter) durée d'utilisation limitée à 6 mois

Prise en charge nutritionnelle

Chez une personne âgée dénutrie ou à risque de dénutrition, il est recommandé, parallèlement à toute prise en charge nutritionnelle, de corriger les facteurs de risque identifiés, en proposant par exemple :

- une aide technique ou humaine pour l'alimentation
- des soins bucco-dentaires
- une réévaluation de la pertinence des médicaments et des régimes
- une prise en charge de pathologies sous-jacentes

Cas particulier de l'escarre

Escarre = nécrose cutanée intéressant le derme avec souvent une extension aux plans profonds. C'est une infection grave mettant en jeu le pronostic vital.

L'escarre entraîne un hypercatabolisme lié à l'état inflammatoire. Le plus souvent, les escarres apparaissent au niveau du sacrum, des ischions (os des fesses), ou du calcanéum (talon).

La PEC nutritionnelle est identique à celle des personnes âgées dénutries

- 30 à 40kcal/kg/j

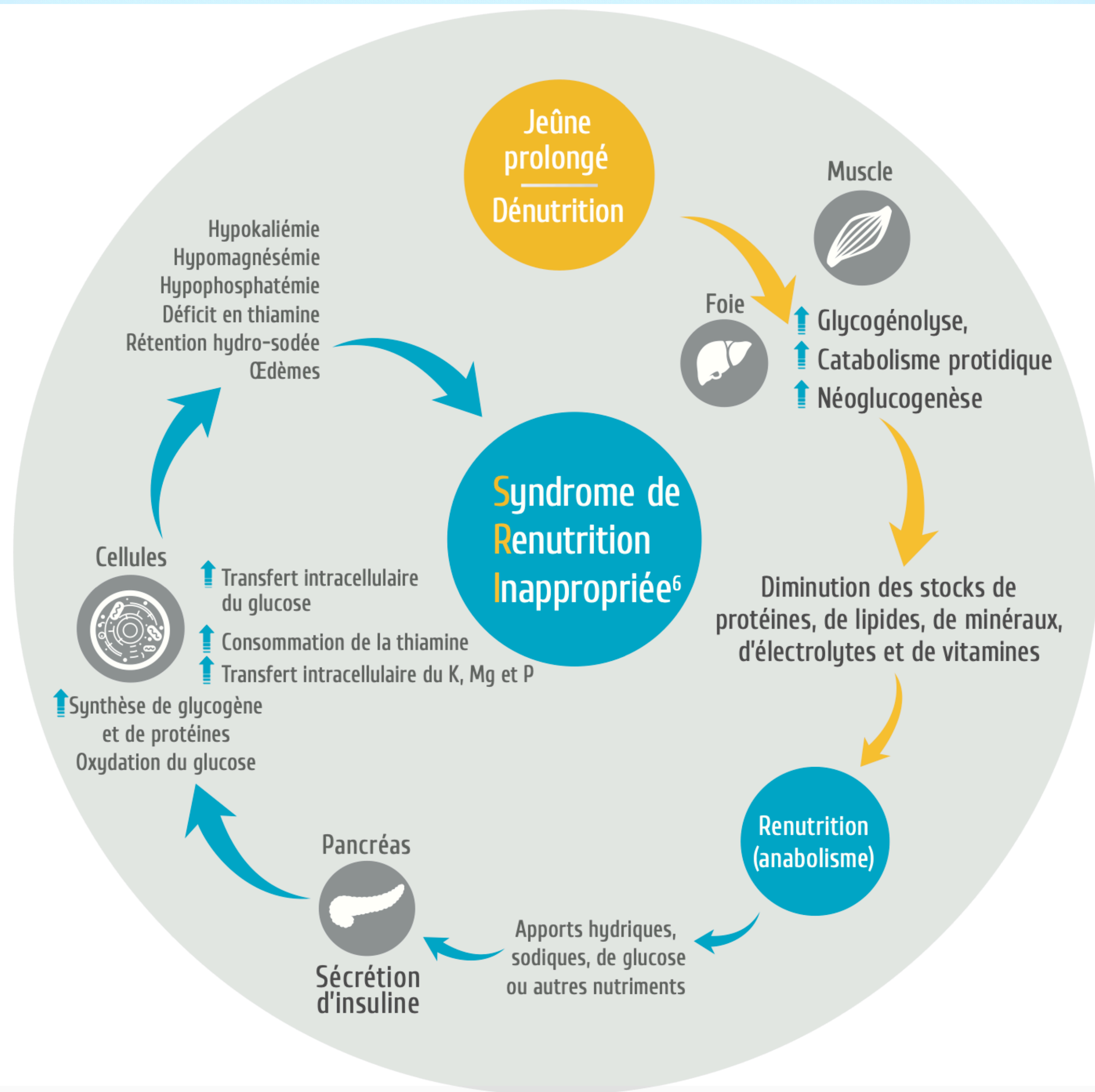
- 1,2 à 1,5g de protéines/kg/j

Alimentation enrichie et fractionnée => si échec, mise en place de CNO (certains sont enrichis en nutriments favorisant la cicatrisation (*proline, arginine, vitamine A, vitamine E, vitamine C, Zinc, Sélénium et β -carotène*) et sont donc plus adaptés) => si échec, mise en place d'une nutrition artificielle.

Cas particulier du SRI

SRI = Syndrome de Renutrition Inappropriée

Le SRI est défini par l'ensemble des manifestations adverses cliniques et biologiques observées à la renutrition, par voie orale, entérale ou parentérale, de patients dénutris ou ayant subi un jeûne ou une restriction alimentaire prolongée.



Cas particulier du SRI

1. Identifier les facteurs de risques

Critères majeurs (1 seul suffit) :

- IMC < 16kg/m²
- Perte non intentionnelle de poids > 15% en 3 à 6 mois
- Apports nutritionnels < 500kcal pendant au moins 10 jours
- Hypokaliémie, hypophosphatémie ou hypomagnésémie

Critères mineurs (au moins 2 critères) :

- IMC < 18,5kg/m²
- Perte non intentionnelle de poids > 10% en 3 à 6 mois
- Apports nutritionnels < 500kcal pendant au moins 5 jours
- Alcoolisme
- Traitements (insuline, chimiothérapie, diurétiques)

Cas particulier du SRI

2. Traiter le SRI

- ★ Evaluer et corriger les éventuels déficits nutritionnels avant de débiter la renutrition (P, Mg, Na, K, Glycémie)
- ★ Démarrer la renutrition en commençant avec un apport énergétique de 10kcal/kg/j pendant les 3 premiers jours, sans dépasser 500kcal et 1,5g de glucides/kg/j, puis augmenter les doses de façon progressive tous les 3 à 5 jours tout en maintenant une surveillance clinique (poids, oedèmes, tension artérielle, pouls...) et biologique (P, Mg, Na, K, glycémie) avant toute nouvelle augmentation des apports.

Pour résumer...

- ☆ La dénutrition est un problème majeur de santé publique qui concerne plus de 2 millions de personnes en France et qui touche plus facilement les personnes âgées
- ☆ La dénutrition peut être modérée ou sévère
- ☆ Le diagnostic de dénutrition repose sur l'association d'un critère phénotypique et d'un critère étiologique
- ☆ L'albuminémie n'est pas un critère de diagnostic mais un critère de sévérité
- ☆ Une personne en surpoids ou obèse peut aussi être dénutrie
- ☆ La surveillance de l'état nutritionnel doit être régulière, aussi bien en ville qu'à l'hôpital
- ☆ Il faut faire attention au SRI avant de débuter une renutrition