

Malnutrition ou dénutrition de la personne âgée en médecine de ville



Dr C GIRES CHRU LILLE

DU g erontologie

CAS CLINIQUE N°1





Madame P 79 ans

n Antécédents:

néoplasme sein droit opéré

Arthrose invalidante

Hystérectomie récente cicatrisation incomplète de la plaie

Cardiopathie ischémique

n **Médicaments** : diurétiques, IEC, antalgiques, dérivés nitrés, statine, bêta bloquant, aspirine

n **Mode de vie** seule dans un appartement sans ascenseur

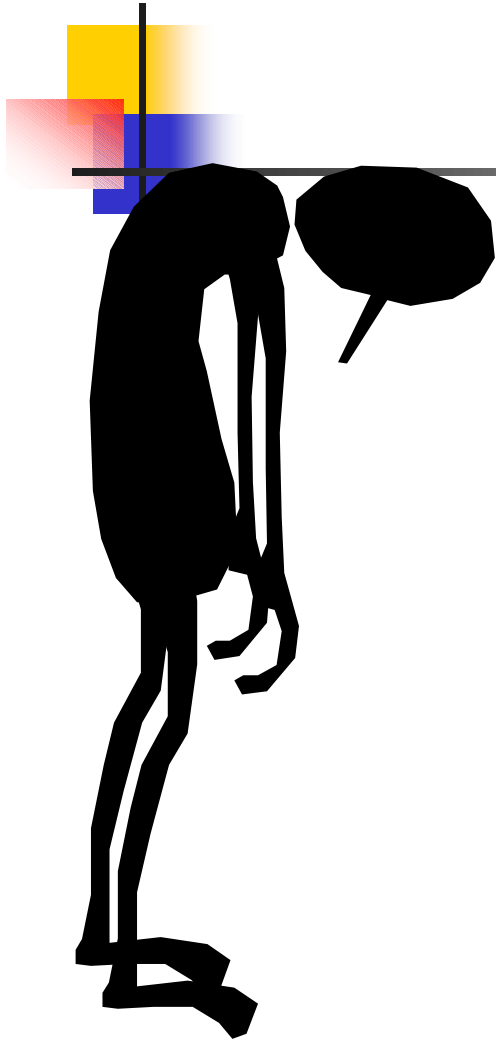
pas d 'aide à domicile

Conduite à tenir sur le plan nutritionnel en médecine de ville



- n 1. Evaluation
- n 2. Identification des facteurs de risque de risque de dénutrition
- n 3. Prise en charge des facteurs de risque

La dénutrition protéino-énergétique



- n Fréquente (1 PA sur 2 hospitalisée)
- n Causes nombreuses
- n Conséquences dramatiques: spirale infernale
- n Premier signe: La perte de poids
- n Traitement urgent de la cause
- n Prise en charge du pb nutritionnel lors de toutes prescriptions médicales



POURQUOI ÉVALUER ?

POUR

- Dépister les patients à risque
- Évaluer le niveau de gravité
- Identifier le type de malnutrition
- Élaborer une stratégie nutritionnelle

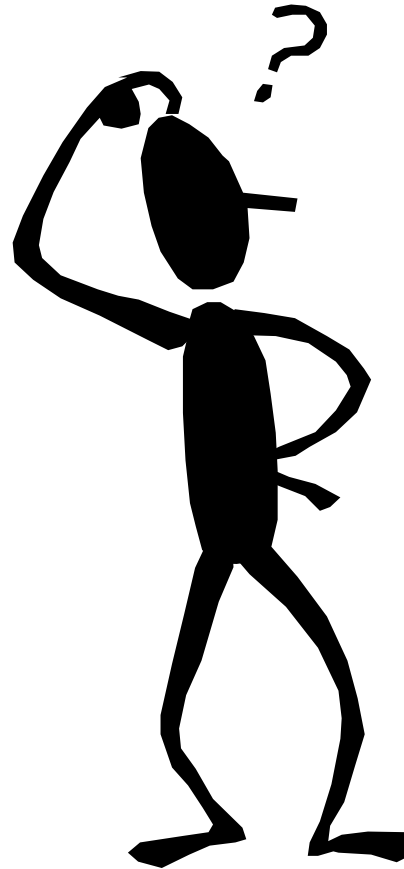
COMMENT ÉVALUER ?

EN

- Quantifiant les apports alimentaires
- Pesant le patient
- Dosant les protéines nutritionnelles

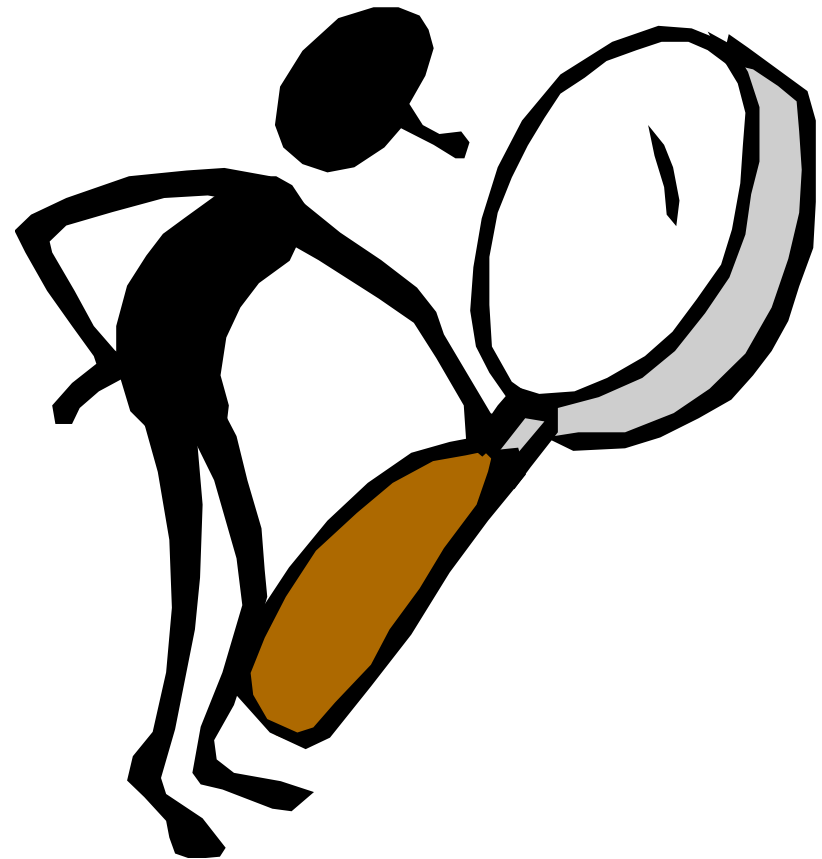


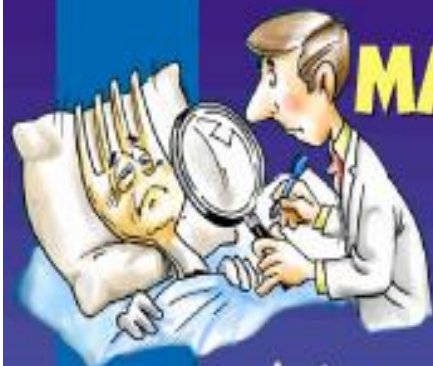
POURQUOI?



Dépistage malnutrition précoce

- n Conséquences économiques et surcoût thérapeutique
- n Aggravation dans les 15 premiers jours d'une hospitalisation
- n La prise en charge à domicile coûte 6 fois moins/à l'hôpital





MALNUTRITION PROTÉINO-ÉNERGÉTIQUE À DOMICILE EN EUROPE ET AUX USA

Auteur	date	n	Age	Sélection	Prévalence
Départ of Health and Social Security	79	365	> 65	E.A.	3%
N.H.A.N.E.S II	89-94	5000	> 50	E.A., A., Bio	5%
Euronut-SENECA I	88-89	2858	70-75	E.A., A., Bio	3-4%
Euronut-SENECA II	92-93	1221	75-80	E.A., A., Bio	2,2%

Prévalence moyenne : 4 %

Club
Francophone

Gériatrie
&
Nutrition

E.A. : Enquête alimentaire A : Anthropométrie Bio : biologie



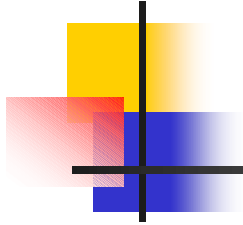
MALNUTRITION PROTÉINO-ÉNERGÉTIQUE EN EUROPE À L'HÔPITAL ET EN SOINS DE SUITE

Auteur	date	n	Age	Sélection	Prévalence
Weinsier	79	134	52	Bio, A	48%
Jouquan	83	260	< 65	Bio, A	32%
Manciet	83	400	81	Bio, A	60%
Rapin	85	96	79	Bio, A	59%
Brocker	88	100	83	Bio(H), A	40-67%
Rietsch	89	283	81	Bio, A	52%
Alix	91	50	80	Bio, A, I°	50%
Constans	92	324	80	Bio, A	30-41%
Potter	95	69	82	A	26%

Prévalence moyenne : 50 %

A : Anthropométrie Bio : biologie H : Hormonologie

COMMENT?





ET VOUS, QUELLE EST VOTRE ALIMENTATION ?

Pour le savoir, répondez à toutes les questions.

- | | | |
|--|-----------------|--------------------------|
| 1 - Vous sentez-vous toujours capable de faire les courses ou de vous mettre à table ? | Oui : 0 Non : 1 | <input type="checkbox"/> |
| 2 - Mangez-vous tous les jours : des fruits, des légumes verts et des laitages ? | Oui : 0 Non : 1 | <input type="checkbox"/> |
| 3 - Avez vous maigri de 2 kg ou plus dans le dernier mois, ou de 4 kg et plus dans les six dernier mois ? | Oui : 1 Non : 0 | <input type="checkbox"/> |
| 4 - Avez-vous une maladie ou un handicap qui vous gêne pour vous alimenter ? | Oui : 1 Non : 0 | <input type="checkbox"/> |
| 5 - Avez-vous subi une intervention chirurgicale ou avez-vous eu une affection médicale aiguë durant le dernier mois ? ... | Oui : 1 Non : 0 | <input type="checkbox"/> |
| 6 - Avez-vous l'impression de dégoût, de manque d'appétit ou l'impression de n'avoir jamais faim au moment des repas ? .. | Oui : 1 Non : 0 | <input type="checkbox"/> |
| 7 - Mangez-vous souvent seul(e) ? | Oui : 1 Non : 0 | <input type="checkbox"/> |
| 8 - Buvez-vous plus de 3 verres de vin, de bière ou plusieurs alcools par jour ? | Oui : 1 Non : 0 | <input type="checkbox"/> |
| 9 - Faites vous 3 repas par jour ? | Oui : 0 Non : 1 | <input type="checkbox"/> |
| 10 - Prenez-vous 3 médicaments ou plus par jour ? | Oui : 1 Non : 0 | <input type="checkbox"/> |

Sujet à risque = Score > 3

Score = Total des points obtenus

d'après P. BROCKER et coll. Thérapeutique. Entretiens de Bichat. L'Expansion Scientifique Française. 1995 : 177-180

Club
Francophone

Gériatrie
&
Nutrition

ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA MALNUTRITION PROTÉINO-ÉNERGÉTIQUE (M.P.E.)



CRITÈRES DIÉTÉTIQUES

CRITÈRES ANTHROPOMÉTRIQUES

CRITÈRES BIOLOGIQUES



M.P.E. = ABSENTE, MODÉRÉE OU SÉVÈRE

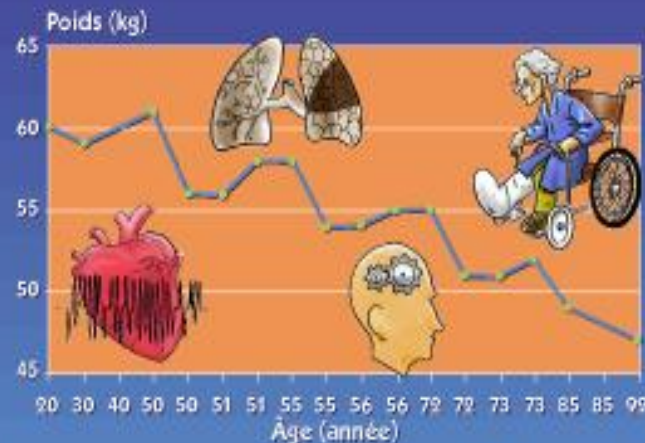


		Club Francophone Gériatrie & Nutrition/...../...../...../...../...../...../...../.....
		<input type="checkbox"/> Rien <input checked="" type="checkbox"/> -1/2 <input checked="" type="checkbox"/> +1/2 <input checked="" type="checkbox"/> Tout	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
		Petit Déjeuner				
D é j e u n e r	Entrées					
	Viandes					
	Légumes					
	Fromage-Laitages					
	Desserts					
		Gouter				
D i n e r	Potages					
	Viandes					
	Légumes					
	Fromage-Laitages					
	Desserts					
		Commentaires				

ANTHROPOMÉTRIE

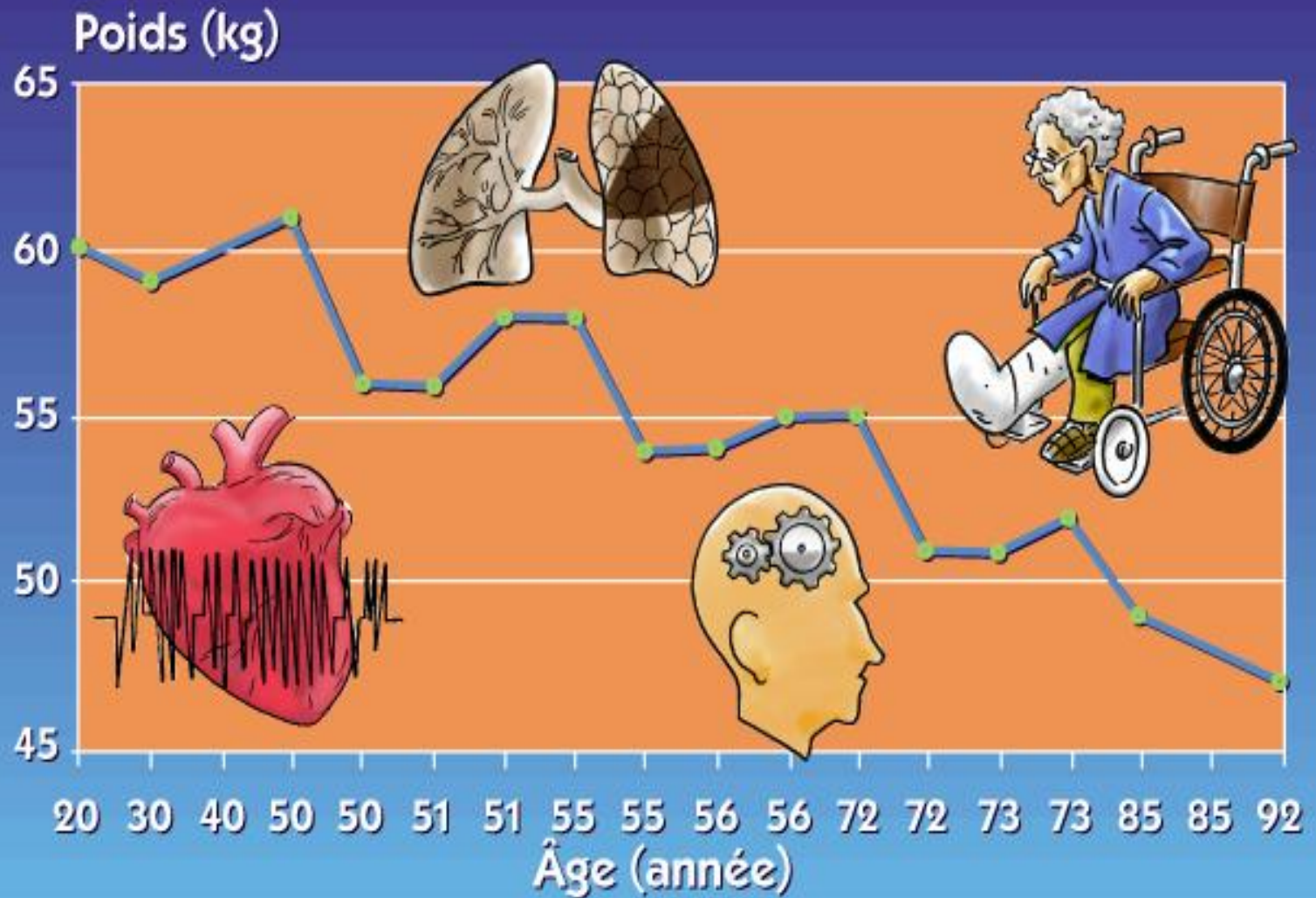


- Poids (à mesurer lors de toute visite)
Cassure de la courbe de poids ?



- Index de masse corporelle : $\text{Poids} / \text{Taille}^2$
(kg/m^2)
- Circonférence : bras ou mollet
- Pli cutané tricipital

HISTOIRE D'UN POIDS



LES 12 SIGNES D'ALERTE



1 • Revenus insuffisants

2 • Perte d'autonomie physique ou psychique

3 • Veuvage, solitude, état dépressif

4 • Problèmes bucco-dentaires

5 • Régimes

6 • Troubles de la déglutition

**AUCUN DE CES ÉVÈNEMENTS N'ÉVOQUE
A LUI SEUL UNE DÉNUTRITION**

LES 12 SIGNES D'ALERTE



7 • Deux repas par jour

8 • Constipation

9 • > 3 médicaments par jour

10 • Perte de 2kg dans le dernier mois ou de 4kg dans les 6 derniers mois

11 • Albuminémie < 36g/L

12 • Toute maladie

**AUCUN DE CES ÉVÈNEMENTS N'ÉVOQUE
A LUI SEUL UNE DÉNUTRITION**

M.N.A 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

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

C Motricité

0 = du lit au fauteuil
1 = autonomie à l'intérieur
2 = sort du domicile

D Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois ?

0 = oui 2 = non

E Problèmes neuropsychologiques

0 = démence ou dépression sévère
1 = démence ou dépression modérée
2 = pas de problème psychologique

F Indice de masse corporelle

(I.M.C. = poids/taille² en kg/m²)

IMC < 19 = 0
19 ≤ IMC < 21 = 1
21 ≤ IMC < 23 = 2
IMC ≥ 23 = 3

Si le résultat est égal ou inférieur à 11, (maximum = 14) : complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel



M.N.A (suite)

G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ? 0 = non 1 = oui ..

H Plus de 3 médicaments 0 = non 1 = oui ..

I Escarres ou plaies cutanées ? ... 0 = non 1 = oui ..

J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ? 0 = 1 repas
1 = 2 repas
2 = 3 repas ..

K Consomme-t-il ?

une fois par jour au moins des produits laitiers ? oui non

une fois par semaine des œufs ou des légumineuses ? oui non

chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille ? oui non

..... 0,0 = si 0 ou 1 oui
0,5 = si 2 oui
1,0 = si 3 oui ..

L Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes ?

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

N Manière de se nourrir

0 = nécessite une assistance
1 = se nourrit seul avec difficulté
2 = se nourrit seul sans difficulté

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 malnutrition

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

Q Circonférence brachiale (CB en cm)

0,0 = CB < 21
0,5 = CB < 21 CB < 22
1,0 = CB > 22

R Circonférence du mollet (CM en cm)

0 = CM < 31
1 = CM > 31

**RÉSULTAT : 17 à 23,5 : risque nutritionnel,
< 17 : dénutrition**

Nestlé, Vellas B, Guigoaz Y

Club Francophone

Gériatrie & Nutrition



NRI (Index de BUZBY ou Nutrition risk index)

$$1,519 \times \text{alb} + 0,417 \times (\text{poids actuel} / \text{poids usuel} \times 100)$$

Absence de dénutrition $\text{NRI} > 97,5$

Dénutrition modérée $83,5 < \text{NRI} < 97,5$

Dénutrition sévère $\text{NRI} < 83,5$



VIEILLISSEMENT

↓ Masse maigre (musculaire)

↓ Activité physique

Altération du goût

Dysrégulation de l'appétit et de la soif

Dégradation de l'état bucco-dentaire

Ralentissement du transit digestif

*N'est jamais responsable à lui seul
d'une dénutrition*

DOSAGE PROTÉINES SÉRIQUES



Albumine

Marqueur de dénutrition
chronique

Facteur pronostique

Transthyréline

(Préalbumine)

Baisse rapidement au cours des
dénutritons et des
inflammations

Critère d'efficacité d'une
renutrition

C-RP

Marqueur d'inflammation aiguë

Permet de dissocier
une infection (CRP > 100mg/L)
et une autre inflammation

Orosomucoïde

(alpha 1 glycoprotéine acide)

Marqueur d'inflammation
chronique

Utile pour dissocier
une guérison d'un passage
à la chronicité

INDEX DE MALNUTRITION



Poids

- toute cassure de la courbe de poids

$$BMI \leq 22 \text{ kg/m}^2$$

Biologiques

- Albumine :
 - malnutrition modérée < 35 g/L
 - malnutrition sévère < 30 g/L
 - malnutrition grave < 25 g/L
- Préalbumine (transthyrétine) :
 - malnutrition modérée < 200 mg/L
 - malnutrition sévère < 150 mg/L
 - malnutrition grave < 100 mg/L

paramètres souvent surestimés en cas de déshydratation

varie beaucoup avec l'inflammation (CRP)



PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS À RISQUE LES 8 RECOMMANDATIONS

de la personne âgée et de son entourage

- 1 - prévenir et traiter sa dépendance
- 2 - se peser tous les mois
- 3 - connaître ses besoins nutritionnels
- 4 - connaître les protéines à faible coût
- 5 - limiter les régimes
- 6 - limiter les médicaments
- 7 - combattre les idées préconçues
- 8 - entretenir sa denture

du personnel soignant et paramédical

- 1 - connaître les besoins des personnes âgées
- 2 - connaître les situations à risque
- 3 - connaître les éléments de surveillance
- 4 - peser le patient à chaque consultation
- 5 - traiter les dents
- 6 - aider à l'alimentation
- 7 - diversifier l'alimentation
- 8 - améliorer la présentation des plats

CAS CLINIQUE N°2





Monsieur G 85 ans

n Antécédents:

AVC ischémique en 2001

HTA

Pneumopathie fréquente

Diabète insulino-requérant d puis 2000

n Médicaments : diurétiques, IEC, insuline
antalgiques, inhibiteur calcique, statine, AVK

n Mode de vie avec son épouse dans une maison
aide à domicile, une infirmière libérale

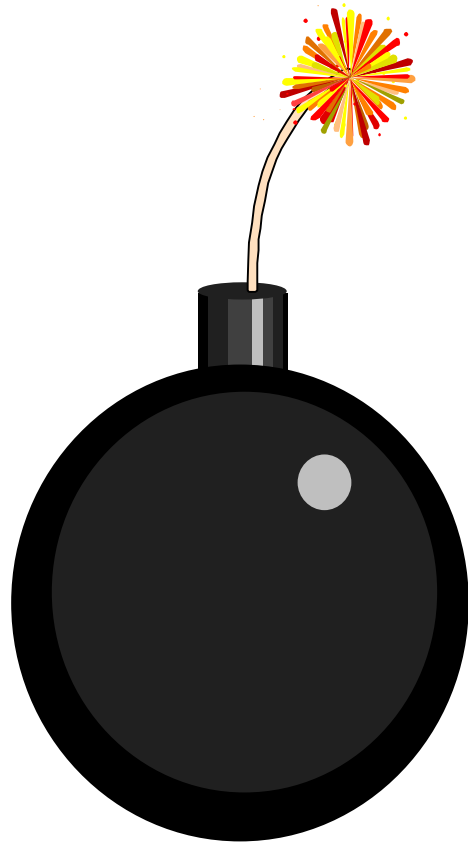
**Episode récent de bronchite avec anorexie
état nutritionnel correct**



Conduite à tenir sur le plan nutritionnel en médecine de ville

- n 1. Prise en charge de l'anorexie
- n 2. Stratégie de prise en charge nutritionnelle du patient infecté ou convalescent

Un danger qui menace la personne âgée



- n L 'Anorexie ou le refus alimentaire
- n Recherche d 'une cause
- n Traitement
- n Mesures nutritionnelles



CAUSES D'ANOREXIE CHEZ LE SUJET ÂGÉ

Pathologie

- Iatrogénie et régimes abusifs (sans sel)
- Troubles digestifs
 - Constipation
 - Ulcère
 - Maladie bucco-dentaire
- Infections (cytokines)
- Néoplasies (bombésine)
- Dénutrition

Facteurs physiques

- ↓ de l'activité physique

Sénescence

- Vieillesse sensoriel : goût, vision, odorat
- ↓ N.P.Y. (sérotonine)
- ↑ de satiété précoce (C.C.K.)

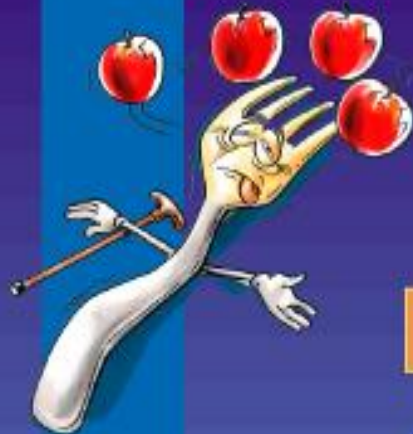
Facteurs psychologiques

- Deuil
- Dépression

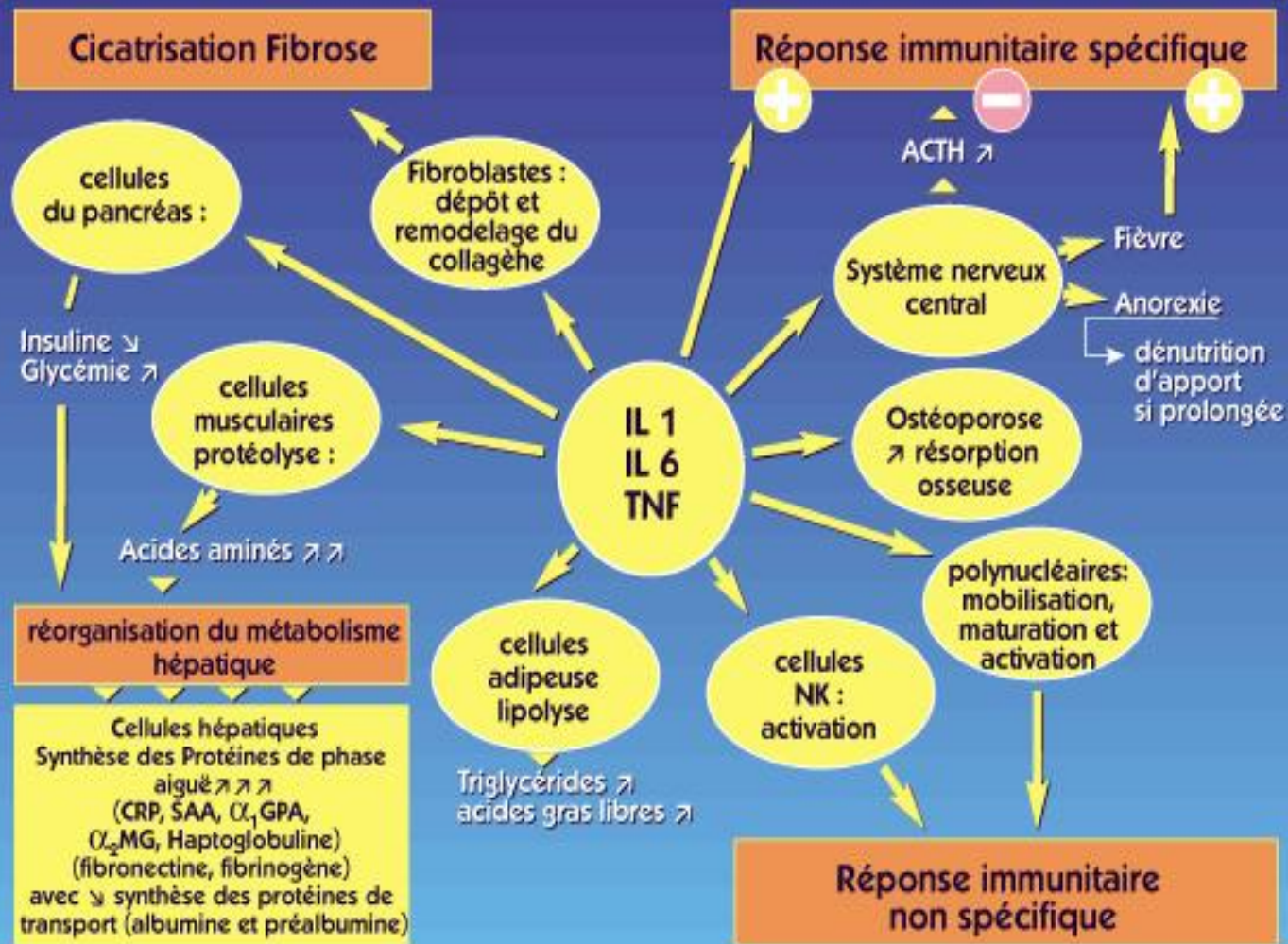


CONDUITE À TENIR DEVANT UNE ANOREXIE

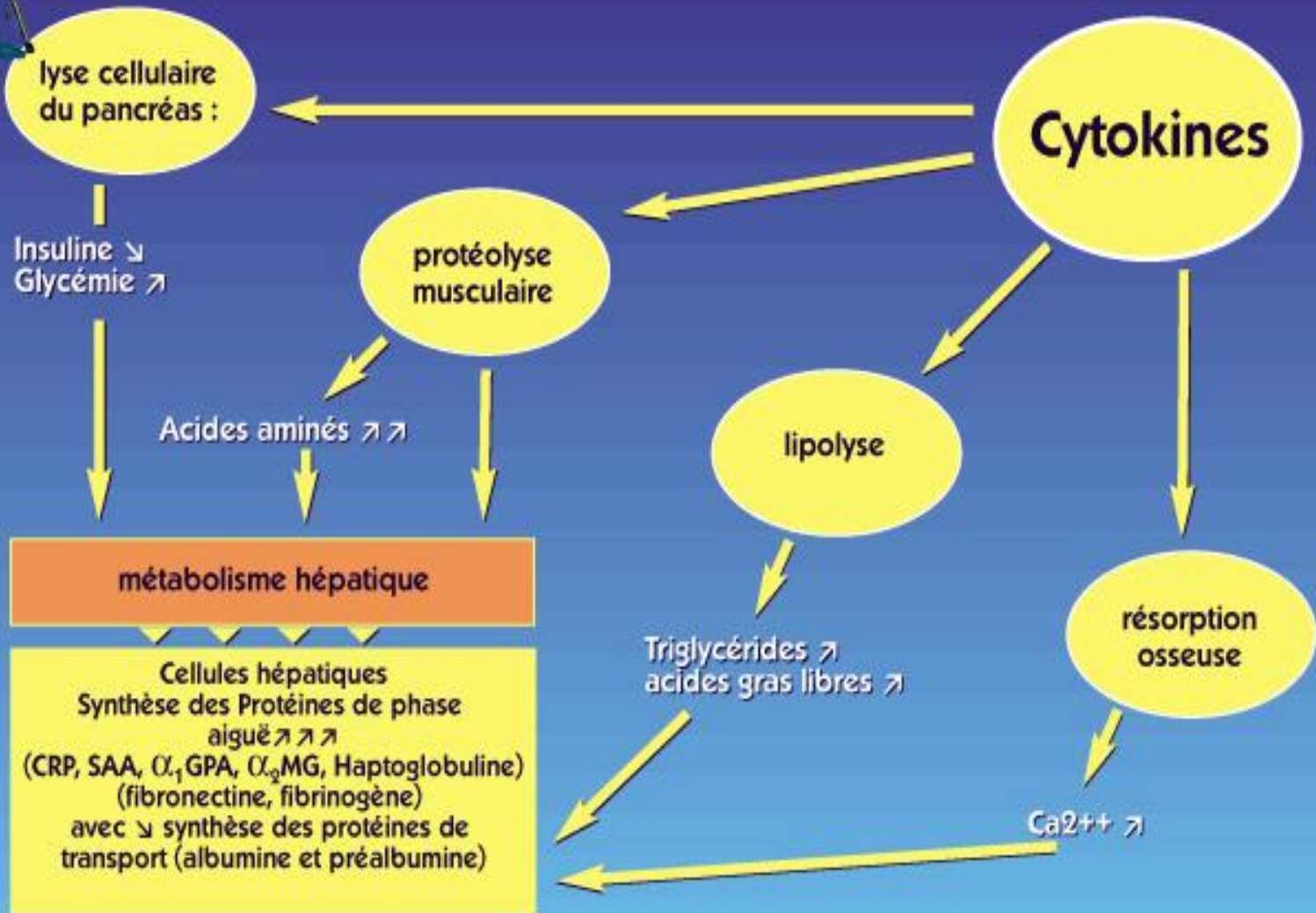
- 1 ● Éliminer une cause organique et/ou iatrogène
- 2 ● Stopper les régimes abusifs
- 3 ● Utiliser l'environnement familial et / ou les aides à domicile
- 4 ● Proposer des plats variés et "goûteux"
- 5 ● Fractionner les repas dans la journée
- 6 ● Faire boire
- 7 ● Utiliser les petits moyens : couleurs, odeurs, apéritifs...

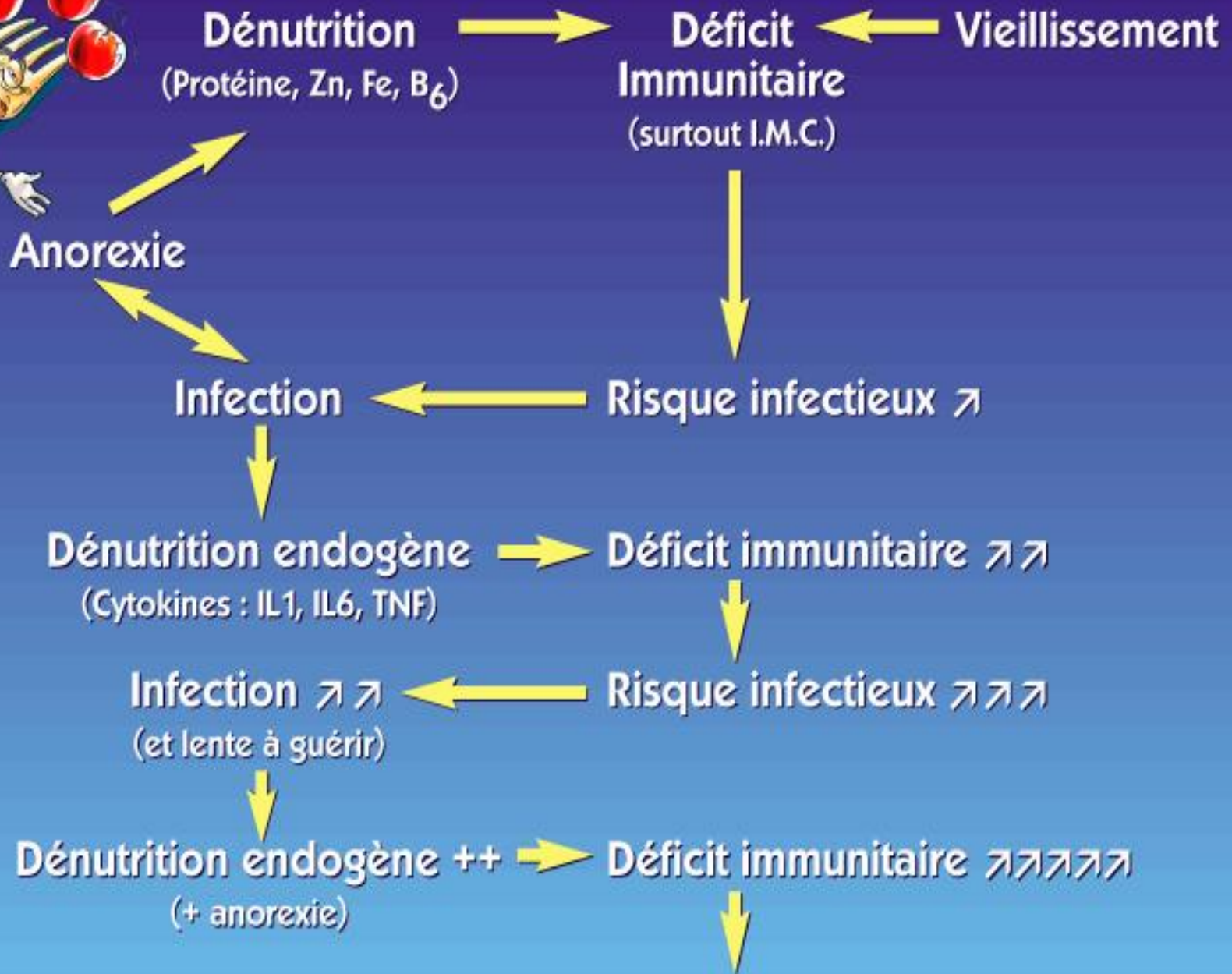


RÔLE DES CYTOKINES DANS L'INFLAMMATION



ACTION MÉTABOLIQUE







↗ **Besoins énergétiques**
(↗ *métabolisme de base*)



INFECTIONS



↘ **Apports**
(*anorexie*)

Personne âgée en situation pathologique



Les apports nutritionnels ne doivent jamais être inf à 30 Kcal/KG/J pour être adaptés aux DER

Si hypercatabolisme jusque 45 Kcal/kg/j

AFFECTIONS

Dépression

Syndromes infectieux et inflammatoires

Troubles de la déglutition

Chirurgie

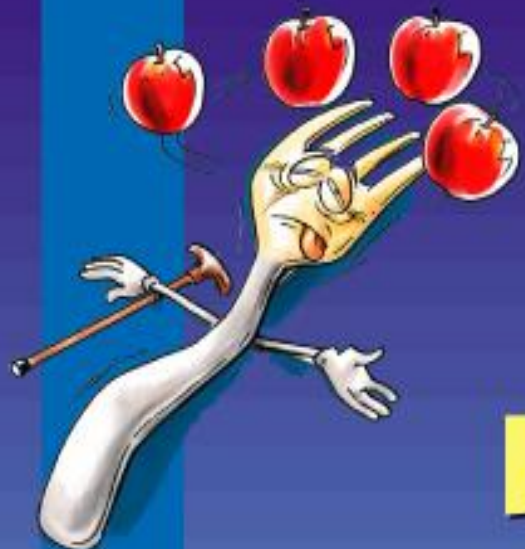
Néoplasies

Pathologies digestives

Affections chroniques invalidantes

Escarres





NOURRIR LE MALADE DEVANT TOUTE AGRESSION

Club
Francophone

*Gériatrie
&
Nutrition*



IL FAUT SUPPLÉMENTER TOUS LES SUJETS ÂGÉS INFECTÉS

L'ALIMENTATION DOIT COMPORTER
(AVEC OU SANS SUPPLÉMENT) :

- Apports énergétiques élevés
(35-45 kcal/kg/j)
- Apports protidique élevés
(1,2 à 2 g/kg/j)
- Apports suffisant en glucides
(50 à 55 % de la ration énergétique)
(G/P > 2,5)



IL FAUT

Supplémenter en protides

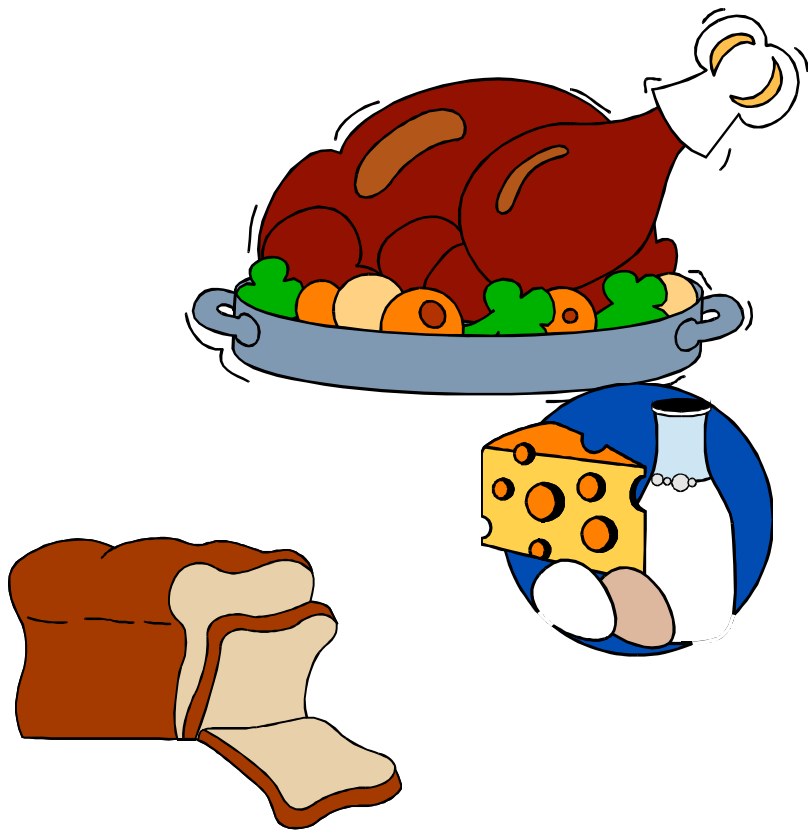
(1 à 1,5 g/kg/j)

tous les sujets âgés convalescents d'infection

**La convalescence
dure 3 fois le temps de l'infection**

Les protéines

rôle de construction (peau, muscle, os), de réparation et lutte contre les infections



- n Protéines animales
- n Protéines végétales

1gr/ kg de poids

(+ si infection, fracture, plaie)

- n 20gr de protéines Animales : 100gr de viande, poisson, 2 œufs, 600ml de lait, 80gr de camembert
- n 20gr de protéines végétales : 300gr de haricot, 250gr de lentilles, 250gr de pain blanc
- n **Source de FER et zinc**



ATTENTION

Un patient sur trois installe une dénutrition protéino-énergétique lors d'un épisode aigu.

**« ASSOCIER SYTEMATIQUEMENT
UNE PRESCRIPTION
NUTRITIONNELLE »**

CAS CLINIQUE N°3





Monsieur B 89 ans

n Antécédents

Arthrose

HTA

Diabète insulino-requérant depuis 2000

Ulcère variqueux

n Médicaments : diurétiques, IEC, insuline
antalgiques, inhibiteur calcique

n Mode de vie en foyer logement seul

n Perte de poids de 10kg depuis quelques semaines,
bilan somatique négatif en dehors d'un syndrome
dépressif



Conduite à tenir sur le plan nutritionnel en médecine de ville

- n 1. Evaluation de la gravité
- n 2. Stratégie de prise en charge nutritionnelle du patient en fonction de la gravité de la dénutrition

PATIENTS À RISQUE



Sujet isolé

Sujet en institution

Survenue d'un événement de la vie

- Physique
 - arthrose des membres inférieurs
- Psychologique
 - deuil
 - sensation d'inutilité
- Social
 - changement de conditions de vie
- Pathologique aigu
 - tous sans exception



UNE DÉCISION LIÉE AU TYPE DE LA MALNUTRITION

1

La dénutrition est récente, elle est hypermétabolique.

➤ Augmenter rapidement les apports jusqu'à 35-45 kcal/kg/j.

Tous les moyens sont bons.

2

La dénutrition répond à une situation de carence d'apport chronique

➤ Augmenter lentement et progressivement les apports jusqu'à 35 kcal/kg/j.

Agir sur la qualité de l'alimentation et traiter la dépression souvent associée.



UNE DÉCISION LIÉE À L'INTENSITÉ DE LA MALNUTRITION

1 **Dénutrition légère** : Albuminémie < 35 g/L
et Préalbunémie < 200 mg/L

Privilégier l'apport oral, augmenter le nombre et la qualité des repas.

2 **Dénutrition modérée** : Albuminémie < 35 et > 30 g/L
et Préalbunémie < 150 mg/L

Privilégier l'apport oral et y associer des compléments enrichis en protides.

3 **Dénutrition sévère** : Albuminémie < 30 g/L

Compléments associés aux repas et aux collations ;
décision de nutrition artificielle en l'absence de réponse clinique au 8^e jour



RENUTRITION

- n Objectif: reprendre 80% perte de poids
- n Attention : 1 sem de dénutrition = 4 sem de renutrition
- n Surveillance: préalbumine

AGIR VITE ET
SUFFISAMMENT LONGTEMPS



LES COMPLÉMENTS ORAUX = CHERS

1 **Quand l'alimentation orale est insuffisante...**

2 **Mais pas à la place du repas**

3 **Compléments protéino-énergétiques**

4 **A donner à distance des repas**

5 **Tolérance : médiocre au long cours**

Diversifier les sources de compléments :

Soupes

Boissons à base de lait

Desserts lactés gélifiés... et varier les parfums



SUPPLEMENTATION

- n Plusieurs formes disponibles : crème, liquide sucré, avec et sans lactose, jus de fruit, soupe, iso et hyper calorique, hyper protidique...
- n Privilégier des petites quantités
- n Mettre au frigo
- n Si troubles trophiques Cubitan
- n *Place du Cetornan: améliore le rendement*



ACTION DE L'ALPHA-CÉTOGLUTARATE D'ORNITHINE

↗ la prise alimentaire, ↗ le poids

Améliore l'autonomie

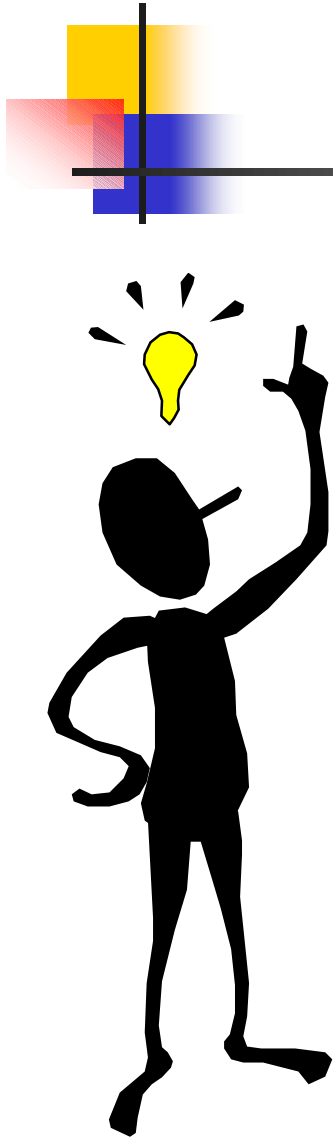
Améliore l'état nutritionnel

(albumine, transthyrétine, IgF₁)

Amélioration de la cicatrisation
des escarres

(dose efficace = 10g/jour)

Conclusion



- n L'état nutritionnel doit être évalué pour tous les sujets âgés en particulier malade
- n Une prescription de conseils nutritionnels doit être associée à toute prise en charge aiguë
- n Véritable traitement, la prescription nutritionnelle justifie une surveillance de la tolérance et de l'efficacité ainsi qu'une adaptation régulière en fonction de l'état