

Aspect nutritionnel chez le sujet âgé



Définition

Etat pathologique résultant d'apports nutritionnels insuffisants
en regard des dépenses énergétiques de l'organisme:

diminution des apports alimentaires

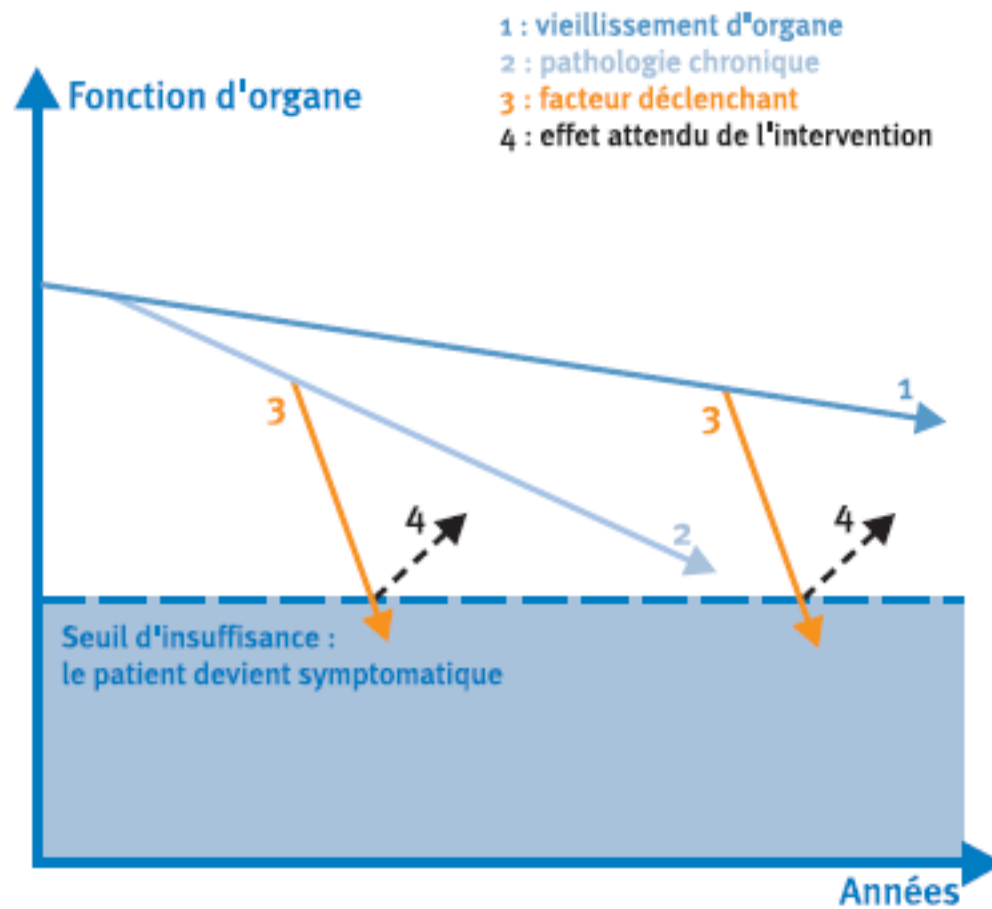
et/ou

augmentation des besoins proteino- énergétiques

Conséquences

Chez le sujet âgé, la dénutrition est un problème majeur de santé publique de par sa fréquence et ses conséquences délétères en terme de morbidité et de mortalité.

- . Sarcopénie, fonte musculaire, troubles de l'équilibre, risques de chute, fractures, perte d'autonomie,
- . Troubles métaboliques,
- . Déshydratation,
- . Retard de cicatrisation, escarres.
- . Prolongation de la durée d'hospitalisation.



*Le 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie
 (J.-P. Bouchon rev. prat. 1984, 34 : 888).*

Dénutrition: pathologie à part entière

Prévalence de la dénutrition chez les personnes âgées



4 à 10 %



30 à 70 %



15 à 38 %

Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée

Avril 2007: RPC: recommandation pour la pratique clinique

Janvier 2008: série de critères de qualité pour l'évaluation
et l'amélioration des pratiques.

Dépistage

recherche des situations à risque de dénutrition chez les personnes âgées

Psycho-socio-environnementales	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"> • Trouble de la mastication • Mauvais état dentaire • Appareillage mal adapté • Sécheresse de la bouche • Candidose oro-pharyngée • 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

Dépistage

recherche des facteurs de risques sans lien avec l'âge

.cancers,

.défaillances d'organe chroniques et sévères (cardiaque, respiratoire, rénale ou hépatique),

.pathologies à l'origine de maldigestion et/ou de malabsorption,

.alcoolisme chronique,

.pathologies infectieuses et/ou inflammatoires chroniques, .ainsi que toutes les situations susceptibles d'entraîner une diminution des apports alimentaires et/ou une augmentation des besoins énergétiques

Dépistage

surveillance régulière du poids.

A chaque consultation médicale en ville.

A l'entrée puis au moins une fois par mois en institution.

A l'entrée puis au moins une fois par semaine en court séjour.

A l'entrée puis au moins une fois tous les 15 j en soins de suite et réadaptation.

A l'entrée puis au moins un fois par mois en soins de longue durée.

Dépistage

évaluation de l'appétit

Par l'interrogatoire du patient ou de son entourage,
ou par la réalisation du MNA.



Evaluation de l'état nutritionnel Mini Nutritional Assessment MNA™

Nom: _____		Prénom: _____		Sexe: _____		Date: _____	
Age: _____		Poids, kg: _____		Taille en cm: _____		Hauteur du genou, cm: _____	

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez 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 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	Mobilité 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 – continuer 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"/>

Ref. Gupton, Velaz B and Gary PJ (1996) Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Accident/Recovery/Disability*, Supplement 10:15-21.
Schoenberg LT, Herber J, Gupte T and Velaz B. Comparative Geriatric Assessment (CGA) and the MNA: An Overview of CGA, Nutritional Assessment, and Development of a Shortened Version of the MNA. In "Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly". Velaz B, Gary PJ and Gupte T, editors. Nestlé Nutrition Workshop Series: Clinical & Performance Programs, vol. 1. Nestlé, Vevey, 1998.

© 1998 Société des Produits Nestlé S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners

J	Combien de variables 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 = malnutri ou 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 = CB ≤ 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. 14 points)

Score de dépistage

Score total (max. 30 points)

Appréciation de l'état nutritionnel

de 17 à 25,5 points : risque de malnutrition

moins de 17 points : mauvais état nutritionnel

EVALUATION DE L'ETAT NUTRITIONNEL AVEC LE M.N.A. SIMPLIFIE

Questionnaire de dépistage

	Echelle	Score
Le patient présente t'il une perte d'appétit ? (A-t-il moins mangé des 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, de mastication de déglutition ?)	0 : anorexie sévère 1 : anorexie modérée 2 : pas d'anorexie	
Perte récente de poids (< 3 mois)	0 : > 3 kg 1 : ne sait pas 2 : 1 à 3 kg 3 : aucune	
Motricité actuelle	0 : du lit au fauteuil 1 : autonome à l'intérieur 3 : sort du domicile	
Maladie aigue ou stress psychologique dans les 3 derniers mois	0 : oui 1 : non	
Problèmes neuropsychologiques	0 : démence ou dépression sévères 1 : démence ou dépression modérées 2 : aucun	
Indice de Masse Corporelle (IMC = poids/(taille²) en kg/m²)	0 : IMC < 19 1 : 19 <=IMC < 21 2 : 21 <= IMC < 23 3 : IMC >= 23	
SCORE TOTAL DE DEPISTAGE (Maximum 14 points)	----->	

INTERPRETATION :

12 points ou plus → Normal

11 points ou moins → possibilité de malnutrition, faire le MNA intégral

Dépistage



Diagnostic

Les 4 critères les plus utilisés:

-perte de poids récente : >ou = à 5% en 1 mois,
>ou = à 10% en 6 mois.

-IMC inférieur à 21 kg/m² (poids/T²)

-MNA inférieur à 17

-Hypo-albuminémie <35g/l en l'absence de syndrome inflammatoire

La HAS définit la dénutrition proteino-énergétique du sujet âgé par la présence d'au moins un de ces quatre critères.

Diagnostic de dénutrition sévère

-perte de poids: $>$ ou $=$ à 10% en 1 mois
 $>$ ou $=$ à 15% en 6 mois

-IMC $<$ 18

-Albuminémie $<$ 30g/l

Selon la HAS, un ou plusieurs de ces critères définit une dénutrition Sévère.

Traitement

en première intention

- prise en charge des facteurs contribuant à la dénutrition: aide technique ou humaine, soins bucco- dentaires, réévaluation pertinence médicaments et régimes,
- conseils nutritionnels,
- enrichissement de l'alimentation en augmentant l'apport protéino-énergétique des rations sans en augmenter le volume par poudre de lait, lait concentré entier, fromage râpé, œufs, crème fraîche, beurre fondu, huile, poudres de protéines industrielles.

Traitement

en deuxième intention ou si dénutrition sévère

- prise en charge des facteurs contribuant à la dénutrition: aide technique ou humaine, soins bucco- dentaires, réévaluation pertinence médicaments et régimes

- CNO (compléments nutritionnels oraux):

- à prendre lors de collations (dans ce cas à proposer environ 2 heures avant ou après un repas pour préserver l'appétit au moment du repas) ou pendant les repas (et dans ce cas en plus des repas et non à la place des repas) ;
- à prescrire pour atteindre un apport alimentaire supplémentaire de 400 kcal/jour et/ou de 30 g/jour de protéines (le plus souvent 2 unités par jour) ;
- à présenter au malade comme un traitement de la dénutrition afin de l'inciter à les consommer ;
- à adapter aux goûts du malade (salé, sucré, lacté ou non, saveurs). Il est possible de modifier l'arôme d'un produit de goût neutre ou vanillé par différents parfums (sirop de fruits, caramel, café, chocolat en poudre, etc.). Varier les produits et les arômes, en respectant les goûts du patient, peut permettre d'en améliorer la consommation ;
- à adapter aux handicaps éventuels (troubles de déglutition, difficultés de préhension des objets, etc.) en modifiant la texture des boissons avec une poudre épaississante (non incluse dans la LPPR) ;
- les CNO sont susceptibles d'être mieux consommés s'ils sont servis à la bonne température. Les produits sucrés sont souvent plus appréciés s'ils sont servis bien frais. Pour les compléments à servir chauds, il est souvent possible de les réchauffer au bain-marie ou au four à micro-ondes. Une fois ouvert, le complément peut être conservé 2 heures à température ambiante et jusqu'à 24 heures au réfrigérateur ;
- vérifier régulièrement que les CNO prescrits sont bien consommés.

Remboursement:

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

8 décembre 2009

Pour les adultes de moins de 70 ans :

- perte de poids 5 % en 1 mois ou 10 % en 6 mois ;
- ou indice de masse corporelle (IMC) 18,5 (hors maigreur constitutionnelle).

Pour les adultes de plus de 70 ans :

- perte de poids 5 % en 1 mois ou 10 % en 6 mois ;
- ou IMC 21.
- ou mini nutritional assessment (MNA) 17 (/30) ;
- ou albuminémie à moins de 35 g/l.

Traitement

Nutrition Entérale.

En cas d'échec ou si apports oraux impossible ou si dénutrition d'emblée très sévère.

Décision toujours complexe, rapport bénéfice/risque à apprécier, considérations éthiques liées à l'âge des patients et aux pathologies sous-jacentes. Décision pluridisciplinaire+++

Evaluation

. observance,

. tolérance,

. Efficacité: surveillance du poids.

- le poids ;
- l'état nutritionnel ;
- l'évolution de la pathologie ;
- le niveau des apports spontanés par voie orale ;
- la tolérance de la CNO ;
- l'observance de la CNO.

JO de décembre 2009



Programme national
nutrition santé
2011-2015

Programme national
nutrition santé 3
2011-2015

I.4 Améliorer l'alimentation des seniors

I.4.1 Adapter l'alimentation des aînés à de nouveaux besoins

I.4.1.1 En améliorant le respect des règles nutritionnelles dans les maisons de retraite

I.4.2 Les aider à conserver leur autonomie le plus longtemps possible

I.4.2.1 En améliorant les prestations de portage à domicile des repas

I.4.2.2 En permettant aux personnes âgées isolées de bénéficier de paniers fermiers

I.4.2.3 En développant l'information sur l'alimentation des plus de 55 ans

Programme national
nutrition santé 3
2011-2015

18. Promouvoir l'activité physique et sportive adaptée chez les personnes âgées de plus de 50 ans et les personnes en perte d'autonomie par :

(18.1) la création et la diffusion d'un annuaire des associations sportives proposant des activités pour les personnes âgées de plus de 50 ans ;

(18.2) le développement de l'offre d'activités physiques dans les EHPAD et les foyers ou résidences pour personnes âgées ;

(18.3) l'harmonisation des programmes visant à prévenir les chutes par les APS et la mise en place d'un dispositif national bien identifié.

Programme national
nutrition santé 3
2011-2015

23. Améliorer la nutrition des personnes âgées par :

(23.1) le développement des actions de communication, d'information à destination des familles, des aidants, des professionnels ;

(23.2) la sensibilisation au dépistage et à la prise en charge de la dénutrition des résidents en EPHAD ;

(23.3) la promotion de la santé bucco-dentaire des personnes âgées.

Perte de poids et maladie d'alzheimer

- une des manifestations principales de la maladie d'Alzheimer.
- décrite dès 1906 par Alois Alzheimer: « le poids corporel des patients diminue lentement et régulièrement »
- négligée jusque dans les années 1980, puis des études y sont consacrées.
- peut affecter le patient dès les premiers stades de la maladie.
- peut même précéder le diagnostic de la maladie et l'apparition des troubles cognitifs.

Perte de poids et maladie d'alzheimer

- causes: incapacité à réaliser les actes complexes de la vie quotidienne, troubles du comportement, atteinte des neuromédiateurs régulateurs de l'appétit, atrophie du cortex temporal interne.
- création d'une échelle pour le dépistage des troubles du comportement alimentaire (Blandford).
- la survenue d'une perte de poids supérieure ou égale à 5% en un an est un facteur prédictif de mortalité.
- en cas de déambulation prévoir des aliments que l'on peut manger debout.

Étude des troubles du comportement alimentaire chez l'Alzheimer
Échelle de Blandford

NOM, Prénom :

Date de naissance :

Âge :

M.M.S. :

M.N.A. :

POIDS :

Date :

non OUI

Dépendance fonctionnelle alimentaire :

- 1. A besoin d'aide de façon intermittente pour manger
- 2. Ne se nourrit que lorsqu'on le fait manger

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Apraxie buccale de l'alimentation :

- 3. N'ouvre pas la bouche spontanément quand on lui présente la nourriture
- 4. Fait des mouvements continus de la langue ou de la bouche qui empêchent l'ingestion des aliments
- 5. La nourriture dégouline de la bouche
- 6. Accepte la nourriture mais ne la mâche pas, et ne l'avale pas
- 7. Serre les lèvres, empêchant l'entrée de la nourriture
- 8. Ferme la bouche, serre les dents et les lèvres
- 9. Accepte la nourriture puis la crache

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comportement actif de résistance alimentaire :

- 10. Met ses mains devant sa bouche
- 11. Repousse la nourriture ou l'intervenant
- 12. Agrippe, frappe ou mord ceux qui essayent de le nourrir
- 13. Crache ou jette la nourriture
- 14. Détourne la tête de la nourriture
- XX. Essai de faire disparaître la nourriture (WC, lavabo...)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comportement sélectif :

- 15. Refuse de manger une grande variété d'aliments et ne mange par exemple
- 16. Refuse les solides mais accepte les liquides
- 17. Préfère les liquides (> 50 % des apports)
- 18. A besoin de compléments nutritionnels spécifiques ou sinon ne mange rien
- 19. A besoin de compléments nutritionnels, les goûte, se plaint, puis les refuse
- 20. Goûte son repas, grignote puis ne veut plus rien

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dispraxie et troubles de l'attention :

- 21. A besoin d'être cajolé pour manger
- 22. Mélange et joue avec la nourriture plutôt que de l'avaler
- 23. Parle de façon continue pendant le repas de sorte qu'il ne s'alimente pas.
- 24. Quitte la table et va marcher pendant le repas
- 25. Mange des choses non comestibles : serviette ...
- 26. Utilise ses doigts plutôt que la fourchette

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

"L'Année Gériatrique 1996, Supplément Alzheimer"

Tableau III : Étude des troubles du comportement alimentaire chez l'Alzheimer (d'après Blandford et al.)

Dénutrition en EHPAD. Le jeûne prolongé

Souvent écart de plus de 12 heures entre le dîner et le petit déjeuner!

Bibliographie

- .Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée.HAS. Janvier 2008
- . Programme national nutrition santé. 2011-2015
- . La Revue de Gériatrie: Perte de poids et maladie d'Alzheimer. Tome 31 N°8 octobre 2006
- . Dénutrition en EHPAD: le jeûne prolongé. La Revue de Gériatrie. Tome 33, N°6, Juin 2008.