

DENUTRITION : Dépistage, prise en charge et surveillance

Dr Michaël WILLERY
Clinique La Victoire
Pôle gériatrie Lille Métropole RAMSAYGDS

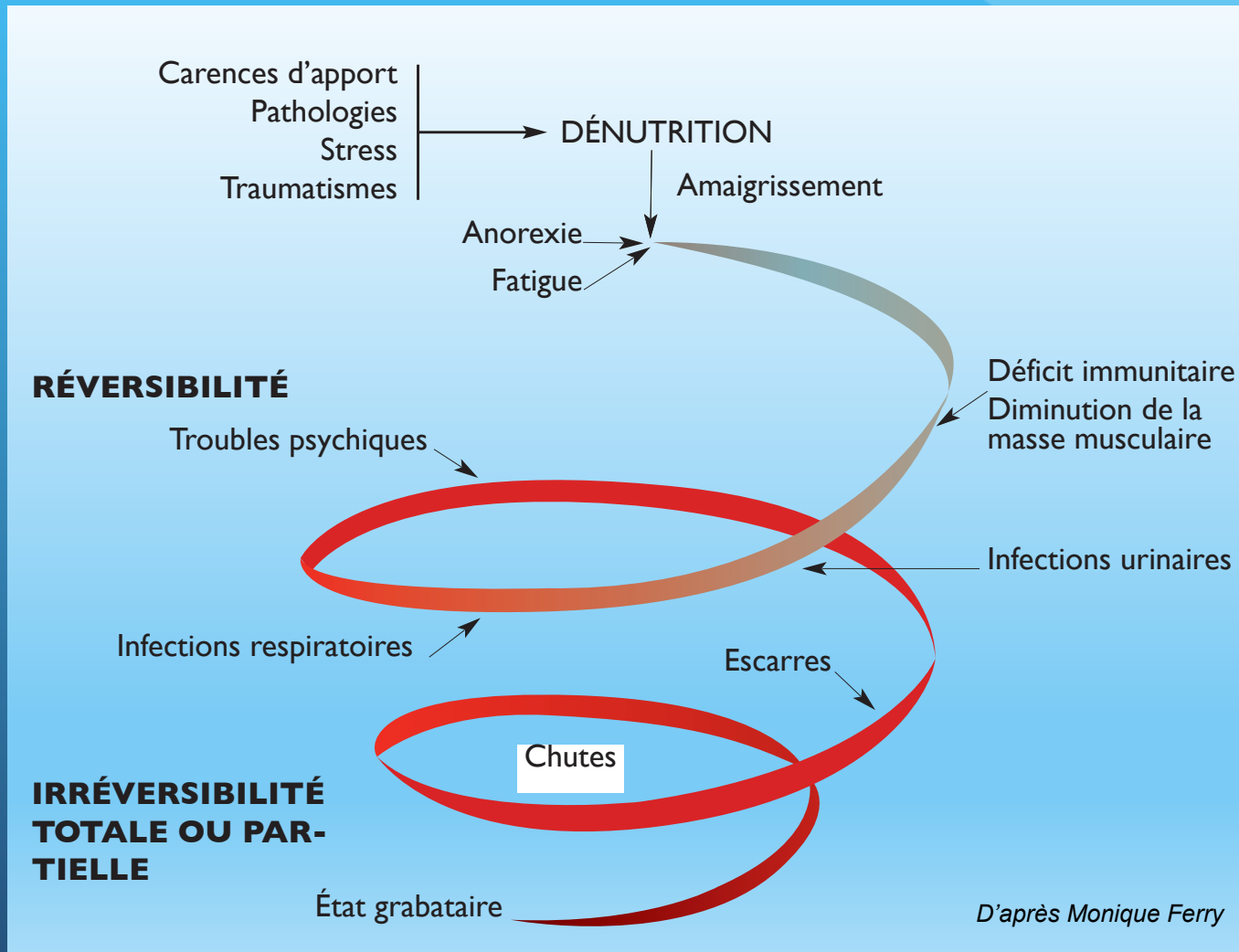
EPIDEMIOLOGIE

- Dénutrition protéino-énergétique:
 - 2 à 4% des SA entre 60 et 80 ans à domicile
 - > 10% des SA de plus de 80 ans
 - 25% des SA en perte d'autonomie à domicile
- Conséquences:
 - ↗ mortalité (risque de décès x 2 à 4)
 - ↗ morbidité (risque x 2 à 6)
 - Fragilité, perte autonomie
 - ↘ qualité de vie

CONSEQUENCES

- Morbidité augmentée:
 - AEG (amaigrissement, asthénie)
 - Troubles de la marche, de l'équilibre, chutes, fractures
 - Troubles digestifs (constipation, diarrhée)
 - Aggravation du pronostic des pathologies sous-jacentes
 - Risque de toxicité accrue de certains médicaments (AVK, digitaliques)
 - ↘ de la réponse immunitaire et ↗ risque infectieux
 - Anémie (carences)
 - Troubles trophiques, escarres
 - Aggravation des troubles cognitifs, d'une dépression
 - ↗ durée d'hospitalisation x 2 à 4

LA SPIRALE DE LA DENUTRITION



DEPISTAGE

- Outils:
 - Rechercher les situations à risque de dénutrition
 - Estimer l'appétit et/ou les apports alimentaires (fiche de surveillance alimentaire)
 - Suivi du poids (à chaque consultation en ville), courbe de poids individuelle
 - Calcul de l'IMC ($\text{poids}/\text{taille}^2$)
 - MNA™ (Mini Nutritional Assessment)

SITUATIONS A RISQUE

- Sans lien avec l'âge:
 - Cancer
 - Défaillance d'organes chroniques et sévères (insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale, hépatique)
 - Pathologies digestives
 - Alcoolisme chronique
 - Pathologies infectieuses ou inflammatoires
 - Etc

SITUATIONS A RISQUE

- Spécifiques de la personne âgée:
 - Facteurs psycho-socio-environnementaux (revenus insuffisants, isolement social, faibles capacités de communication, solitude)
 - Mauvais état bucco-dentaire
 - Troubles de déglutition
 - Troubles visuels
 - Dépendance pour les AVQ
 - Troubles du comportement alimentaire (troubles cognitifs, dépression, anorexie)
 - Régimes restrictifs (hyposodé, désodé, diabétique, hypocholestérolémiant, sans résidus)
 - Polymédication (> 5 médicaments, effets secondaires)
 - Hospitalisation

DEPISTAGE

- Courbe de poids individuelle:
 - Base de l'évaluation de l'état nutritionnel
 - À chaque consultation idéalement
 - Au minimum 1x / mois
 - Alerte si perte de poids > 2 kg en 1 mois
- Indice de masse corporelle (IMC)
 - poids/taille², en kg/m², normale > 21 kg/m²
 - Taille toisée ou déclarée: carnet de santé, carte identité, distance talon-genou, taille vêtement

DEPISTAGE

- Biologie:
 - Dosage de l'albuminémie (demi-vie 21j): N > 35 g/l
 - Dosage de la préalbuminémie (demi-vie 48h): N > 0,15 g/l
 - CRP (demi-vie courte): N < 15 mg/l
 - Taux d'albumine interprété en fonction de la CRP:
 - DPE exogène: alb ↘ + CRP normale
 - DPE endogène: alb normale + CRP ↗
 - DPE mixte: alb ↘ + CRP ↗

DEPISTAGE

- Chez toutes les personnes âgées:
 - 1 fois/an en ville
 - 1 fois/mois en institution
 - À chaque hospitalisation
- Chez les personnes âgées à risque de dénutrition:
 - Dépistage plus fréquent
 - Fonction de l'état clinique et de l'importance du risque

CRITERES DE DENUTRITION CHEZ LE SUJET AGE *(HAS, 2007)*

DENUTRITION	DENUTRITION SEVERE
<ul style="list-style-type: none">•Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois, ou $\geq 10\%$ en 6 mois•IMC < 21•Albuminémie < 35 g/l•MNATM < 17	<ul style="list-style-type: none">•Perte de poids $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois•IMC < 18•Albuminémie < 30 g/l

Albuminémie à interpréter en fonction de l'état inflammatoire, évalué par la CRP

STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE

(HAS, 2007)

		Statut nutritionnel		
		Normal	Dénutrition	Dénutrition sévère
Apports alimentaires spontanés	Normaux	Surveillance	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie + CNO Réévaluation à 15 jours
	Diminués mais > 1/2 apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation à 15 jours et si échec: CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie + CNO Réévaluation à 1 semaine et si échec: NE
	Très diminués, < 1/2 apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation à 1 semaine et si échec: CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie + CNO Réévaluation à 1 semaine et si échec: CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie et NE d'emblée Réévaluation à 1 semaine

PRISE EN CHARGE







- Traitement étiologique:
 - Soins bucco-dentaires
 - Pathologie digestive ou autre pathologie aigue
 - Réévaluation traitements, « toilettage » de l'ordonnance
 - Réévaluation des régimes
 - Dépression
 - Prise en charge socio-environnementale

PRISE EN CHARGE

- 4 éléments prioritaires:
 - Apports énergétiques globaux: 30 à 40 kCal/kg/j (1800 à 2400 kCal/j/60kg)
 - Apports protéiques: 1,2 à 1,5 g/kg/j (72 à 90 g/j/60kg)
 - Apports hydriques: 1,5 l/j (env. > 8 verres/j)
 - Calcium
 - Vitamine D (supplémentation vitamine D3: 100.000 UI/3 mois)

- Suivre les recommandations du PNNS

REPERES DE CONSOMMATION POUR PA FRAGILES (PNNS 2011-2015)

Fruits et légumes		Au moins 5 par jour
Pains, céréales, pommes de terre et légumes secs		À chaque repas et selon l'appétit
Laits et produits laitiers (yaourts, fromages)		3 ou 4 par jour
Viandes et volailles, produits de la pêche et oeufs		2 fois par jour
Matières grasses ajoutées		Sans en abuser
Produits sucrés		Sans en abuser
Boissons		1 litre à 1,5 litre par jour
Sel		Pas de conseils spécifiques
Activité physique		Bouger chaque jour le plus possible

CONSEILS NUTRITIONNELS

- Augmenter la fréquence des prises dans la journée, fractionner les repas
- Éviter le jeun trop long (>12h)
- Privilégier les produits riches en énergie/protéines
- Adapter les menus au goûts de la personne
- Adapter la texture des aliments aux capacités de mastication et déglutition

CONSEILS NUTRITIONNELS

- Pour augmenter la densité nutritionnelle:
 - Œufs
 - Jambon
 - Lait en poudre
 - Lait concentré non sucré
 - Blédine®
 - Gruyère râpé
 - Viande hachée
 - Chair à saucisse
 - Poissons
 - Moules
 - Poudres de protéines (PROTIFAR®)

CONSEILS NUTRITIONNELS

Poudre de lait Lait concentré entier	3 cuillères à soupe (20g) = 8g de protéines
Poudre de protéines (1 à 3 cuillères à soupe/j)	1 cuillère à soupe (5g) dans 150ml de liquide ou 150g de purée = 5g de protéines
Fromage râpé/fromage fondu type crème de gruyère	20 g de gruyère = 5g de protéines
Œufs	1 jaune d'œuf = 3 g de protéines
Crème fraîche épaisse	1 cuillère à soupe (25 g) = 80 calories
Beurre fondu/huile	1 cuillère à soupe (10 g) = 75 à 90 calories

COMPLEMENTS NUTRITIONNELS ORAUX

- Principe: apporter un maximum d'énergie (hypercalorique) ou d'azote (hyperprotéiné) dans un minimum de volume
- Toujours en « complément » des apports alimentaires habituels
- En pratique: 2 unités par jour, à distance des repas (milieu après-midi, avant le coucher)
- Prescription en 2 temps:
 - Prescription initiale 1 mois maximum
 - Réévaluer l'observance après 1 à 2 semaines
 - Prescription ultérieure 3 mois maximum après réévaluation
- Prise en charge par l'assurance maladie (liste LPPR)
- Goûts variés, avec ou sans lactose, différentes textures (liquide, crème, ...) et différents types (desserts lactés, potages, repas, jus de fruit,...)

MEDICAMENTS ADJUVANTS

- Alpha-cétoglutarate d'ornithine (CETORNAN®):
 - Action :
 - Limite le catabolisme protéique musculaire
 - Limite la diminution de la glutamine musculaire
 - Limite le déficit azoté
 - Prescription obligatoirement accompagnée d'un apport protéino-énergétique suffisant
 - Pas d'utilisation isolée
 - Non recommandé pour une durée > 6 semaines
- Étude publiée en 2006 montrant un effet positif de l'adjonction de CETORNAN® (10g/j) sur la vitesse de cicatrisation des escarres talonnières

NUTRITION ENTERALE

- Indication:
 - En cas d'échec de la prise en charge nutritionnelle par voie orale
 - en 1^{ère} intention en cas de:
 - Troubles sévères de déglutition
 - Dénutrition sévère + apports alimentaires très faibles
- Débutée en hospitalisation, prescription initiale par praticien hospitalier pour 3 mois
- Réévaluation et suivi tous les 3 mois la première année, possible par le médecin traitant à domicile, puis tous les ans
- Chez le sujet âgé:
 - Intérêt d'une concertation médicale large entre les intervenants (gériatre, diététicienne, gastro-entérologue, nutritionniste, ...)
 - Évaluation du rapport bénéfice/risque
 - Anticiper +++

NUTRITION ENTERALE

- Pas d'amélioration du pronostic en cas de démence sévère en termes de:
 - Survie
 - Capacités fonctionnelles
 - Risques d'escarres
 - Risque infectieux
- Inconvénients:
 - Réduit le confort du patient
 - Augmente l'incidence des pneumopathies d'inhalation
- Pas d'indication au stade sévère ou terminal
- À discuter, selon les cas, aux stades légers:
 - Courte durée
 - Après échec ou impossibilité d'une complémentation nutritionnelle orale

SUIVI DE LA PERSONNE AGEE DENUTRIE

- Poids: 1 fois/semaine
- Apports alimentaires:
 - Méthode simplifiée « semi-quantitative » ou calcul précis des ingesta sur 3 jours et au moins 24h
 - Lors de chaque réévaluation
- Dosage de l'albuminémie: au max 1 fois/mois (demi-vie 21j)
- Dosage de la préalbuminémie: intérêt pour le suivi de l'efficacité de la renutrition (demi-vie 48h)

*« Que ton aliment soit ta seule médecine »
Hippocrate (460-377 av J.C.)*