

Item 61 : Troubles nutritionnels chez le sujet âgé

Collège des Enseignants de Nutrition

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

ENC :.....	2
SPECIFIQUE :.....	2
I Généralités.....	3
II Diagnostic de la malnutrition protéino-énergétique chez le sujet âgé.....	4
III Diagnostic de la dénutrition protéino-énergétique chez le sujet âgé.....	4
IV Origine de la malnutrition du sujet âgé.....	5
V Conséquences de la malnutrition chez le sujet âgé.....	6
VI Prévention de la malnutrition.....	6
VII Aide pour une meilleure alimentation à domicile.....	7
VIII Spécificités du support nutritionnel chez le sujet âgé.....	8

OBJECTIFS

ENC :

- Savoir diagnostiquer un trouble nutritionnel chez le sujet âgé.
- Apprécier les signes de gravité et le pronostic.
- Argumenter les principes du traitement et la surveillance (au long cours).

SPECIFIQUE :

- Repérer les risques nutritionnels d'une personne âgée et diagnostiquer la dénutrition.
- Prévenir la malnutrition protéino-énergétique à domicile et en institution.
- Déterminer quels éléments sont à prendre en considération dans la décision de recours à la nutrition artificielle.

I GÉNÉRALITÉS

- A activité physique équivalente, les besoins énergétiques du sujet âgé ne sont pas significativement diminués par rapport à un sujet adulte d'âge moyen. Le principal trouble nutritionnel chez le sujet âgé (> 70 ans) est la **malnutrition protéino-énergétique**
- Elle entraîne une dénutrition qui est un facteur de risque de mortalité, de morbidité et de perte d'autonomie du sujet âgé.
- La prévalence de la dénutrition protéino-énergétique est estimée à 2-4 % à domicile, 40 à 80% à l'hôpital et 30 à 40 % en institution gériatrique.
- On distingue la malnutrition :
 - exogène par défaut d'apport
 - endrogène par hypercatabolisme et augmentation des dépenses énergétiques, liée à une agression aiguë qui induit parallèlement une anorexie.
- Elle est associée à des carences vitaminiques, en minéraux et oligo-éléments, notamment quand les apports sont < 1500 kcal/j.
- Le vieillissement à lui seul n'explique pas la malnutrition, mais il s'accompagne d'une altération du goût (sucré<acide<amer<salé), de l'odorat, d'une hyposialie, d'une digestion plus lente et de modifications de la tolérance au glucose. Les causes de carences d'apport sont multiples : sociales, neuropsychiques, bucco-dentaires, iatrogènes ...
- La **malnutrition doit être dépistée systématiquement**. Une information simple peut permettre de la prévenir : éliminer les régimes restrictifs, régimes sans sel... fractionner les repas, veiller à une hydratation suffisante. Le "forcing" alimentaire doit être prohibé.
- La **carence en vitamine C** est fréquente du fait des troubles de la mastication qui limitent la consommation de légumes et fruits crus. De même, la **carence en vitamine D** est favorisée par la faible exposition solaire chez les sujets âgés vivant en institution ou ayant des troubles locomoteurs.
- La personne âgée est plus à **risque de déshydratation** compte tenu d'une augmentation de son seuil de sensibilité à la soif et d'une moindre capacité de concentration des urines.

II DIAGNOSTIC DE LA MALNUTRITION PROTÉINO-ÉNERGÉTIQUE CHEZ LE SUJET ÂGÉ

a) Signes d'alerte

- Certains signes cliniques d'alerte justifient une enquête alimentaire et la recherche d'une malnutrition. Aucun de ces signes n'est spécifique :
 - Perte de 2 kg dans le dernier mois ou de 4 kg dans les 6 derniers mois, prise de 2 repas par jour, suivi de régimes, problèmes bucco-dentaires (mauvais état dentaire, prothèse non portée), troubles de déglutition, constipation ;
 - Perte d'autonomie physique ou psychique ; troubles de la marche ; insuffisance de revenus ; solitude, dépression, veuvage récent ;
 - Toute pathologie intercurrente (infection, intervention chirurgicale, infarctus du myocarde, AVC...), > 5 médicaments par jour.

b) Evaluation des apports alimentaires du sujet âgé

- Les méthodes les plus appropriées d'évaluation des apports sont celles du semainier (agenda, relevé des quantités d'aliments effectivement consommés pendant 3 jours consécutifs) ou de l'histoire alimentaire sous réserve de l'absence de troubles cognitifs (cf. Prescription d'un régime).

III DIAGNOSTIC DE LA DÉNUTRITION PROTÉINO-ÉNERGÉTIQUE CHEZ LE SUJET ÂGÉ

Il repose sur les critères suivants : mesure du poids, de la perte de poids, de l'IMC, du MNA (mini nutritional assessment) et sur les dosages d'albumine.

Critères HAS 2007

Dénutrition	Dénutrition sévère
<ul style="list-style-type: none">• Perte de poids : $\geq 5\%$ en 1 mois, ou $\geq 10\%$ en 6 mois• Indice de masse corporelle : $IMC < 21$• Albuminémie¹ < 35 g/l• MNA global < 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

1. Interpréter le dosage de l'albuminémie en tenant compte de l'état inflammatoire du malade, évalué avec le dosage de la protéine C-réactive.

Le **Mini Nutritional Assesment** (MNA) présenté en annexe est l'outil de référence pour le Programme National Nutrition Santé (PNNS) en matière d'évaluation clinique du risque de dénutrition du sujet âgé

- Score de dépistage < 12 : dénutrition possible ⇒ faire alors le test d'évaluation globale
- Si score évaluation globale < 17 : mauvais état nutritionnel, si score=[17-23,5] : risque de « malnutrition ».

IV ORIGINE DE LA MALNUTRITION DU SUJET ÂGÉ

a) Insuffisance d'apport :

- **Causes sociales** : isolement social, problèmes financiers
- **Dépression, troubles cognitifs**
- **Diminution des capacités physiologiques**
 - Diminution de la capacité masticatoire (altération de la dentition, mauvais état gingival, candidose buccale)
 - Troubles de la déglutition (AVC)
 - Difficultés à la marche, déficits moteurs ou tremblements
 - Altération du goût, de l'odorat, de la vision
- Ralentissement du transit (stase intestinale, constipation, pullulation bactérienne)
- **Pathologies digestives** : mycose buccale ou oesophagienne, atrophie muqueuse gastrique, achlorhydrie, gastrites, ulcères, néoplasies, malabsorption
- **Ignorance des besoins** par le sujet ou son entourage, épuisement de l'entourage
- **Erreurs diététiques ou thérapeutiques** : régimes restrictifs prolongés, effets des médicaments, abus d'alcool

b) Hypercatabolisme :

- Un hypercatabolisme est déclenché par toute maladie qu'il s'agisse d'une infection, d'une destruction ou d'une réparation tissulaire :
 - Pathologies infectieuses
 - Cancer

- Etats inflammatoires (escarres, pathologies rhumatismales)
 - Réparation tissulaire (fractures, escarres...)
 - Insuffisance cardiaque, respiratoire
 - Hyperthyroïdie
- L'hypercatabolisme est la principale cause de dénutrition protéique. Elle entraîne une cascade de complications qui aggrave l'hypercatabolisme et instaure un cercle vicieux.

V CONSÉQUENCES DE LA MALNUTRITION CHEZ LE SUJET ÂGÉ

- La malnutrition a de multiples conséquences : elle favorise l'apparition de nouvelles pathologies (infections...), retard de cicatrisation, elle aggrave des pathologies chroniques ou préexistantes (troubles digestifs, psychiques...) et elle fragilise le sujet âgé (déficit immunitaire, troubles hormonaux). Elle peut induire un véritable **syndrome de glissement**.
- La dénutrition entraîne chez le sujet âgé, une diminution rapide des réserves de l'organisme notamment lorsqu'elle est liée à un hypercatabolisme, les réserves protéiques sont principalement atteintes. La conséquence est la **sarcopénie** (diminution pathologique de la masse musculaire) qui a de graves conséquences : diminution des défenses immunitaires liée à une diminution des réserves en acides aminés, diminution du capital osseux (**ostéoporose**), troubles de la motricité (troubles du tonus axial) induisant des **chutes avec risque de fracture du col fémoral**, et finalement diminution de l'autonomie et de la qualité de vie.
- En situation de dénutrition chez le sujet âgé : la durée d'hospitalisation est multipliée par 2 à 4, la morbidité d'origine infectieuse par 2 à 6 et la mortalité par 2.

VI PRÉVENTION DE LA MALNUTRITION

Elle met en jeu des facteurs médicaux, sociaux et psychologiques

- L'information et l'éducation nutritionnelle portent sur : la préparation de repas équilibrés (variés, fréquents), la prise systématique de collations, l'augmentation de la densité énergétique et nutritionnelle, protéiques et hydriques en situation d'hypercatabolisme.
- Des questions simples précisent les habitudes alimentaires, les fausses croyances (ex : viande inutile quand on est âgé), et le contexte : revenus, possibilité de faire les courses

et de choisir les aliments, moyens de conservation des aliments, préparation des repas (qui ? où ? quand ?), convivialité et notion de « plaisir de manger ».

- L'activité physique (marche) permet de lutter contre la sarcopénie et contribue à maintenir un lien social.
- L'hygiène dentaire et la vérification de la capacité masticatoire (dentier adapté ?) sont des éléments importants
- Le traitement des pathologies associées et de la douleur est essentiel, tout en étant vigilant quand à l'induction de xérostomie et de troubles digestifs.
- Les régimes (souvent autoimposés ou exagérément appliqués) sont à évaluer régulièrement en terme d'impact sur le comportement alimentaire et de justification, et à assouplir si besoin.

VII AIDE POUR UNE MEILLEURE ALIMENTATION À DOMICILE

- Aides individuelles : aide de l'entourage, aide ménagère, portage des repas, foyers, restaurants
- Structures ayant un rôle de mise en place des dispositifs, de coordination et d'information :
 - Les réseaux de soins, dont les réseaux gérontologiques
 - Les centres communaux d'action sociale (CCAS)
 - Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC)
 - Les services sociaux
- Pour la prise en charge financière de ces aides :
 - L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)
 - L'aide sociale départementale
 - L'aide des caisses de retraite et certaines mutuelles

VIII SPÉCIFICITÉS DU SUPPORT NUTRITIONNEL CHEZ LE SUJET ÂGÉ

Le recours à une technique d'alimentation artificielle se justifie si on peut en attendre un bénéfice en terme d'espérance de vie et de qualité de vie.

L'**hypodermoclyse** est une spécificité gériatrique consistant en une perfusion sous cutanée dans l'optique de réhydratation par un soluté isotonique au plasma. Le débit est en général de 1 ml/min sans dépasser 1,5 L par site/jour. Les avantages sont la facilité de mise en place, la bonne tolérance et la simplicité de la surveillance. Une perfusion sous-cutanée de 500ml d'une solution d'acides aminés (environ 35g de protides pour 500ml) est également intéressante pour limiter la dénutrition protidique en situation d'agression et/ou favoriser la cicatrisation d'un escarre lorsque la nutrition entérale est impossible.

Recommandations de l'HAS 2007 pour les situations gériatriques courantes

Prise en charge nutritionnelle en cas de maladie d'Alzheimer	<ul style="list-style-type: none">• Recommandée en cas de perte de poids• A adapter aux troubles du comportement alimentaire, aux troubles praxiques ou aux troubles de la déglutition• En cas de forme légère ou modérée : débiter par voie orale puis, en cas d'échec, proposer la nutrition entérale pour une durée limitée• En cas de forme sévère : la nutrition entérale n'est pas recommandée
Prise en charge nutritionnelle en période de convalescence (après une pathologie aiguë ou une intervention chirurgicale)	<ul style="list-style-type: none">• En cas de perte de poids, après un épisode médicochirurgical aigu• Dans le cas particulier de la fracture du col fémoral, prescription transitoire de compléments nutritionnels oraux
Prise en charge nutritionnelle en fin de vie	<ul style="list-style-type: none">• L'objectif des soins nutritionnels est avant tout le plaisir et le confort.• Maintien d'un bon état buccal• Soulagement des symptômes qui peuvent altérer l'envie ou le plaisir de s'alimenter (douleur, nausées, glossite et sécheresse buccale)• L'initiation d'une renutrition par voie parentérale ou entérale n'est pas recommandée

Figure 1

Mini Nutritional Assessment MNA™

Nom _____ Prénom _____ Sexe _____ Date _____
Âge _____ Poids (kg) _____ Taille (cm) _____ Hauteur du genou (cm) _____

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Ajoutez 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 Motricité 0 = dult 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"/>
12 points ou plus Normal pas besoin de continuer l'évaluation	11 points ou moins Possibilité de malnutrition. Continuez l'évaluation

Figure 2

EVALUATION GLOBALE

<p>G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ? 0 = non 1 = oui <input type="checkbox"/></p> <p>H Prend plus de 3 médicaments 0 = oui 1 = non <input type="checkbox"/></p> <p>I Escarres ou plaies cutanées ? 0 = oui 1 = non <input type="checkbox"/></p> <p>J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ? 0 = 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas <input type="checkbox"/></p> <p>K Consomme-t-il...</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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"/> <p>0,0 = si 0 ou 1 oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>0,5 = si 2 oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>1,0 = si 3 oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>L Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes ? 0 = non 1 = oui <input type="checkbox"/></p>	<p>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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>1,0 = plus de 5 verres</p> <p>N Manière de se nourrir 0 = nécessite une assistance 1 = se nourrit seul avec difficulté <input type="checkbox"/></p> <p>2 = se nourrit seul sans difficulté</p> <p>O Le patient se considère-t-il bien nourri ? (problèmes nutritionnels) 0 = malnutrition sévère 1 = ne sait pas ou malnutrition modérée <input type="checkbox"/></p> <p>2 = pas de problème de nutrition</p> <p>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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2,0 = meilleure</p> <p>Q Circonférence brachiale (CB en cm) 0,0 = CB < 21 0,5 = CB ≤ 21 CB ≤ 22 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>1,0 = CB > 22</p> <p>R Circonférence du mollet (CM en cm) 0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31 <input type="checkbox"/></p>
---	--

Évaluation globale (max. 16 points)

Score de dépistage

Score total (max. 30 points)

Appréciation de l'état nutritionnel

- de 17 à 23,5 points Risque de malnutrition

- moins de 17 points Mauvais état nutritionnel

Ref. : Guigoz Y, Vellas B and Garry PJ, 1994. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology*, Supplement #2: 15-59.

Rubenstein LZ, Harker J, Guigoz Y and Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA: An Overview of CGA, Nutritional Assessment, and Development of a Shortened Version of the MNA. In: "Mini nutritionne Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly", Vellas B, Garry PJ and Guigoz Y, editors. Nestlé Nutrition Workshop Series. Clinical & Performance Programme, vol 11. Karger, Bâle, p. 101-116.

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