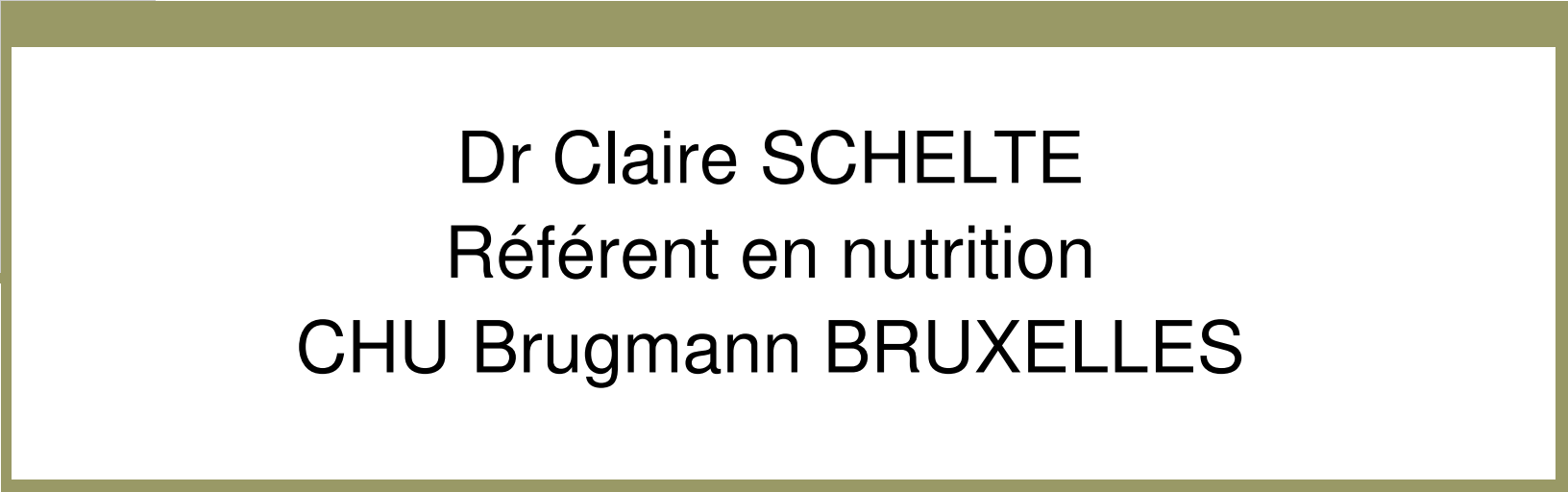




La dénutrition du sujet âgé : dépistage et prise en charge



Dr Claire SCHELTE
Référent en nutrition
CHU Brugmann BRUXELLES

La dénutrition: définition

- **déséquilibre** entre les **apports** et les **besoins caloriques** du patient
- Ce déséquilibre entraîne des pertes tissulaires, surtout **musculaires**, qui ont de graves **conséquences fonctionnelles**.



La dénutrition: prévalence

- Elle augmente avec l'âge:
 - 4 à 10% des patients âgés vivant à domicile
 - 15 à 38% des patients institutionnalisés
 - **30 à 70% des malades âgés hospitalisés**

NB: des carences protéiques isolées peuvent s'observer même chez des personnes âgées apparemment en bonne santé.

La dénutrition: causes générales

1. Les défaillances d'organes chroniques(cardiaque, respiratoire, rénale ou hépatique) par hypercatabolisme.
2. Les maladies inflammatoires chroniques
3. Les pathologies digestives à l'origine de maldigestion et/ou malabsorption
4. **La dysphagie**
5. L'alcoolisme chronique / la dépression
6. Les démences en particulier d'Alzheimer
7. Toutes les situations entraînant une **baisse des apports alimentaires, une augmentation des besoins énergétiques ou les deux.**

Dysphagie/troubles de déglutition

■ Plusieurs causes:

- > atteintes neurologiques (AVC, maladies neuro-dégénératives,...)
- > atteintes ORL
- > problèmes bucco-dentaires: mucites, édentation, ...
- > dysgueusie, sécheresse buccale, bien souvent en rapport avec la polymédication

La dénutrition: situation spécifique

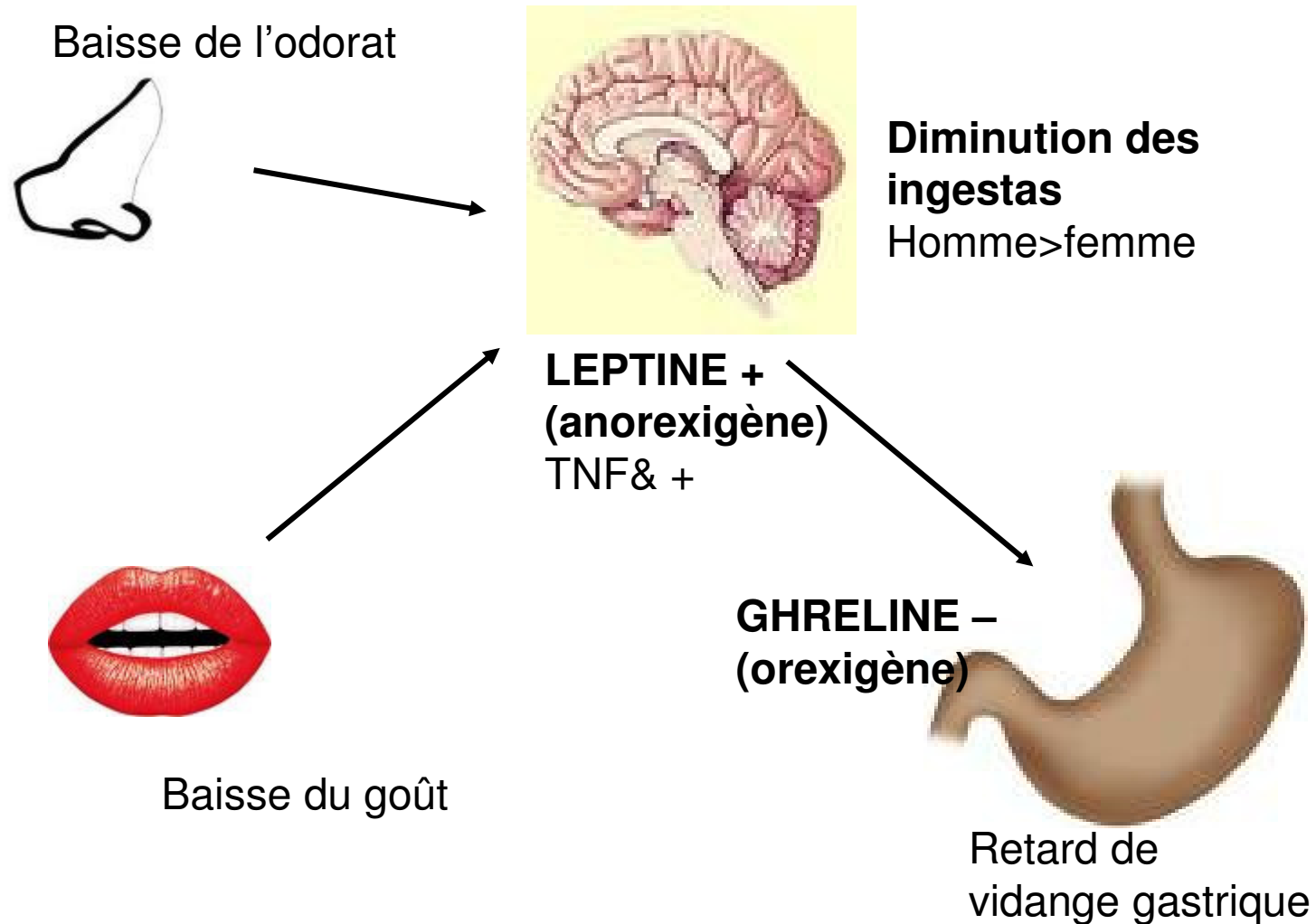
→ Cas particulier du patient âgé et insuffisant cardiaque:

Les traitements au long cours

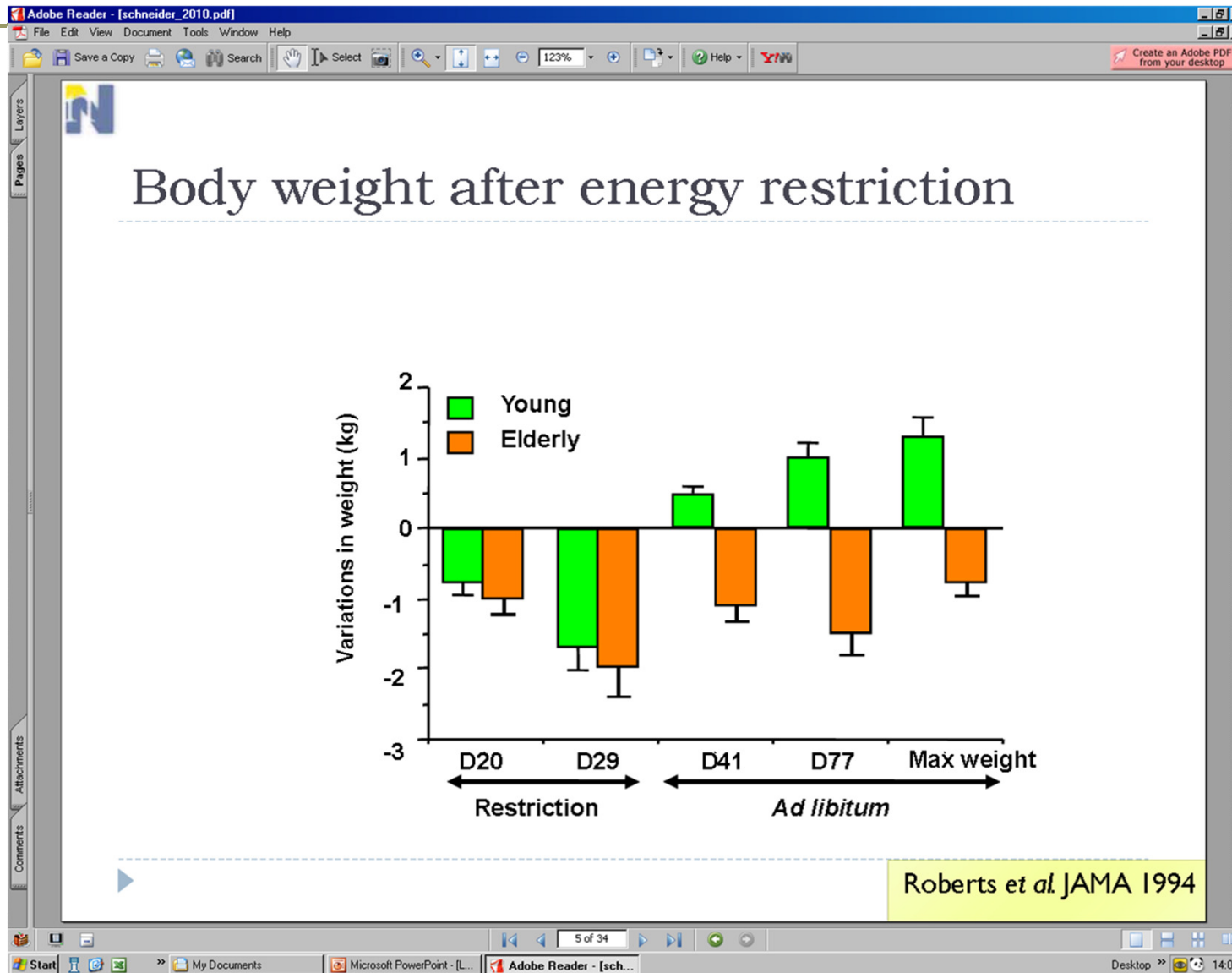
(**polymédication**) sont responsables de **sécheresse de bouche, dysgueusie, troubles digestifs, anorexie, somnolence...**

Les régimes restrictifs: sans sel, amaigrissant, diabétique, hypocholestérolémiant...

L'anorexie du sujet âgé

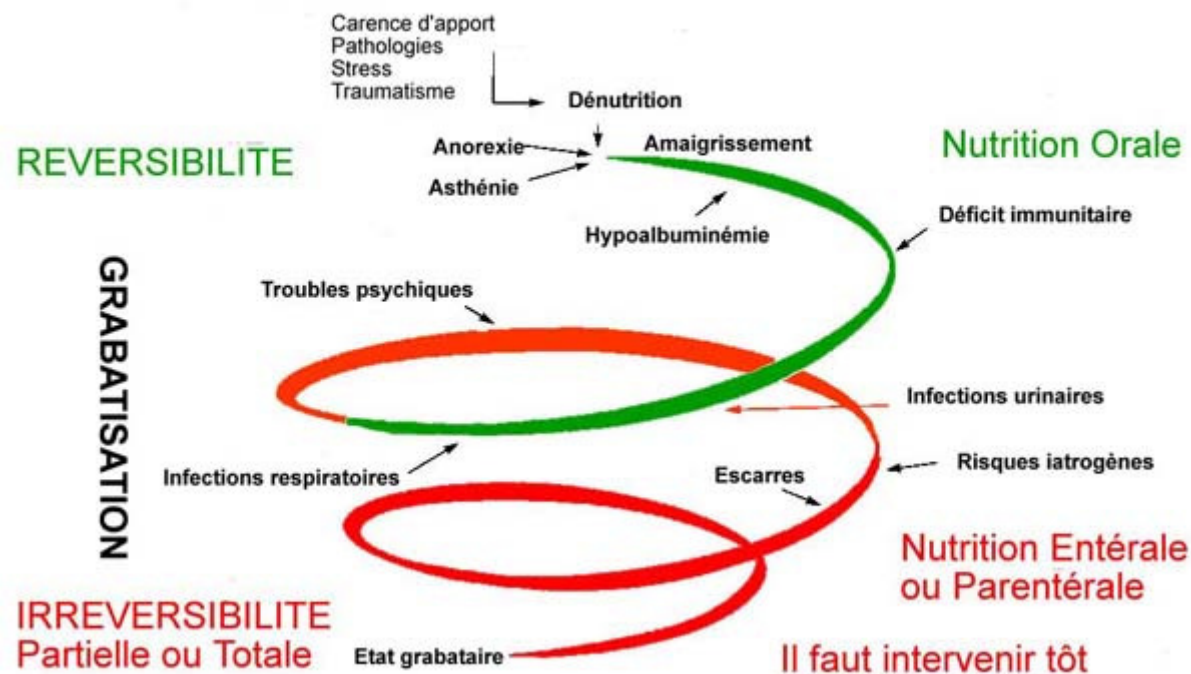


La dénutrition : conséquences



La dénutrition: conséquences

La Spirale de la dénutrition (Dr Monique FERRY 1993)



1/ Complications :

- **Infectieuses**: urinaires, pulmonaires...
- **Cutanées**: escarres, ulcères, plaies...
- **Post-opératoires**: retard de cicatrisation, infection, désunion, fistule...
- **Fonctionnelles**: difficultés à la marche, chutes, perte d'autonomie, dépression...
- **Chez l'insuffisant cardiaque**: cachexie myocardique
- **Décès**.

La dénutrition: diagnostic

- **Perte de poids** >5% en 1 mois ou >10% en 6 mois
- **Body Mass Index** <23 (mais un BMI>23 n'exclut pas une dénutrition) BMI=poids/taille²
- **Albuminémie** < 35g/l: elle n'est pas spécifique, il faut l'interpréter en fonction du dosage de la CRP
- **Autres carences**: vit D, vit B1, vit B12, vit C, hypocalcémie, hypokaliémie, hypophosphorémie...

→ La perte de poids est le facteur principal à dépister

La dénutrition: diagnostic

- **Test/questionnaireS:** MNA, MUST, NRS 2002...
- **NRS 2002 :**
 - * **Dépistage initial:** 4 questions
 - * **Dépistage final:** (diététicienne) évalue l'état nutritionnel du patient et la gravité de la maladie → **score soit <3 soit >=3** et prise en charge qui en découle.

Prise en charge nutritionnelle

■ Objectif:

un apport énergétique de 30 à 40 kcal/kg/jour
et un apport protidique de 1.2 à 1.5 g/kg/jour.

■ Modalités:

- * per os le plus souvent,
- * par voie entérale (sondes)
- * par voie veineuse uniquement qd le tube digestif n'est pas fonctionnel

→ La prise en charge doit être la plus précoce possible

Prise en charge nutritionnelle

A) Par voie orale

- L'enrichissement des plateaux repas
- L'ajout de collations
- Les compléments nutritionnels oraux :
 - 1/ bases lactées à boire (parfums variés)
 - 2/ crèmes hyperprotidiques
 - 3/ potages hyperprotidiques
 - 4/ jus de fruit enrichi en protéines



Prise en charge nutritionnelle

B) Par voie entérale

sonde naso-gastrique pour une durée $<$ ou $=$
1 mois

gastrostomie (per endoscopique,
radiologique ou chirurgicale) pour une durée
 $>$ 1 mois

alimentation entérale par poches avec pompe
à débit / ou par gravité.

Prise en charge nutritionnelle

C) Par voie parentérale

Quand la voie digestive n'est pas du tout possible:

occlusion, iléus, fistules, maladies inflammatoires en poussée, gastroparésies sévères, etc..

en complément d'une alimentation entérale débutante

→ Solutions nutritives administrées par **voie veineuse centrale** le plus souvent (ou chambre implantable, ou KT tunnelisés), et par périphérique pour certains produits.

Prise en charge nutritionnelle

La stratégie de prise en charge nutritionnelle d'une personne va dépendre:

→ **de son état nutritionnel** : normal, dénutri, ou dénutri sévère

→ **des apports alimentaires** spontanés:

-normaux

-diminués mais sup à la $\frac{1}{2}$ de l'apport habituel

-très diminués :inf à la $\frac{1}{2}$ de l'apport habituel

surveillance

- **Poids: 1 fois/semaine**
- **Ingesta** (apports alimentaires)
- **Albumine**: pas plus d'une fois/mois
- **Transthyrétine ou préalbumine**: demi-vie plus courte, utile pour évaluer l'efficacité d'une renutrition:1 fois/semaine.

Coordination entre les soignants

- Les **médecins** (médecin traitant, médecin hospitalier, médecin du home...) sont responsables :
- du **dépistage** , de la **prise en charge nutritionnelle** et du **suivi**.

Rôle des soignants

- Peser et mesurer le patient: à l'entrée
- Surveillance du poids: 1 fois/semaine
- Aide aux repas
- Administration de l'alimentation entérale
- Administration de la parentérale
- Alerte à la diététicienne et au médecin en cas d'ingestas très bas (bilans alimentaires)

coordination

A l'hôpital:

- >Présence d'un **CLAN** (Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition) constitué de médecins, pharmaciens, infirmiers, diététiciens, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, directeurs...
- >Création d'une **UTN** (Unité Transversale de Nutrition)

sources

- H.A.S (France)
- ESPEN: European society for clinical Nutrition and Metabolism
- SFNEP: Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme
- ASPEN: American Society for Parenteral and Enteral Nutrition

FIN

Merci pour votre attention,
Vous avez des questions?