

LA DENUTRITION CHEZ LES PERSONNES AGEES A DOMICILE

DOSSIER DOCUMENTAIRE MARS 2015

Document établi avec le concours méthodologique de la HAS et conforme à la méthode de la HAS de production des listes de critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles

Groupe de travail : Dr Claude Magnani coordinateur GQ Basse Normandie

Groupe de lecture : Dr Yves Lequeux coordinateur GQ Pays de Loire

Dr Stéphane Grudet animateur GQ Basse Normandie

PROBLEMATIQUE

-5 à 12% soit 300.000 à 400.000 personnes âgées vivant à domicile sont dénutries en France.

-La dénutrition augmente les risques de complications, diminue la tolérance aux médicaments et multiplie par cinq le risque de contracter une infection nosocomiale.

-Elle augmente le risque de perte d'autonomie et modifie durablement la qualité de vie.

-Un repérage précoce de la perte de poids et la mise en place de mesures correctives sont une priorité en soins primaires.

OBJECTIFS

- 1. Evaluer l'état nutritionnel des personnes âgées saines et malades*
- 2. Dépister, identifier les risques de malnutrition*
- 3. Diagnostiquer rapidement la dénutrition*
- 4. Mener une enquête alimentaire et prescrire si besoin un régime diététique*

DEFINITIONS

La dénutrition se définit comme un syndrome clinique, non liée à une pathologie spécifique, et se caractérise par une perte de poids involontaire, un épuisement, une diminution de la force de préhension et de la vitesse de marche ainsi que des troubles cognitifs.

C'est l'un des principaux paramètres dans l'apparition de la fragilité.

Elle engendre des altérations dans la composition corporelle dues à la diminution de la consommation alimentaire, de la capacité de manger et de l'accès à l'alimentation.

Le principal trouble nutritionnel chez le sujet âgé (> 70 ans) est la malnutrition protéino énergétique avec une prévalence estimée à 2-4 % à domicile.

La malnutrition est une sous-alimentation avec pour conséquence la dénutrition.

ORIGINES DE LA MALNUTRITION DU SUJET AGE

Les origines sont en rapport avec une insuffisance d'apport ou un hyper catabolisme.

A. INSUFFISANCE DES APPORTS :

a. L'environnement :

Causes sociales (isolement social, problèmes financiers) dépression

B. La dégradation du corps humain altérant la capacité à s'alimenter.

Causes physiologiques :

Les altérations des capacités digestives

Augmentation de la fréquence des ulcères gastriques

Retard de vidange gastrique, retard des sécrétions (pancréatique),

Retard d'absorption intestinale

Constipation

Diminution de la capacité masticatoire : altération de la dentition, mauvais état gingival, candidose buccale

Altération des sens : goût et odorat

Modification du comportement alimentaire diminution de l'appétit et de la soif

Problèmes hydriques

Pertes en eau en rapport avec une altération physiologique rénale, aux médicaments, à la chaleur etc.

Diminution des apports, notamment du fait de l'atténuation de sensation de soif.

Modifications du métabolisme du calcium et de la vitamine D

L'ostéoporose

Les causes pathologiques :

Dépression, troubles cognitifs

C. Erreurs diététiques ou thérapeutiques :

Régimes restrictifs prolongés, effets des médicaments, abus d'alcool

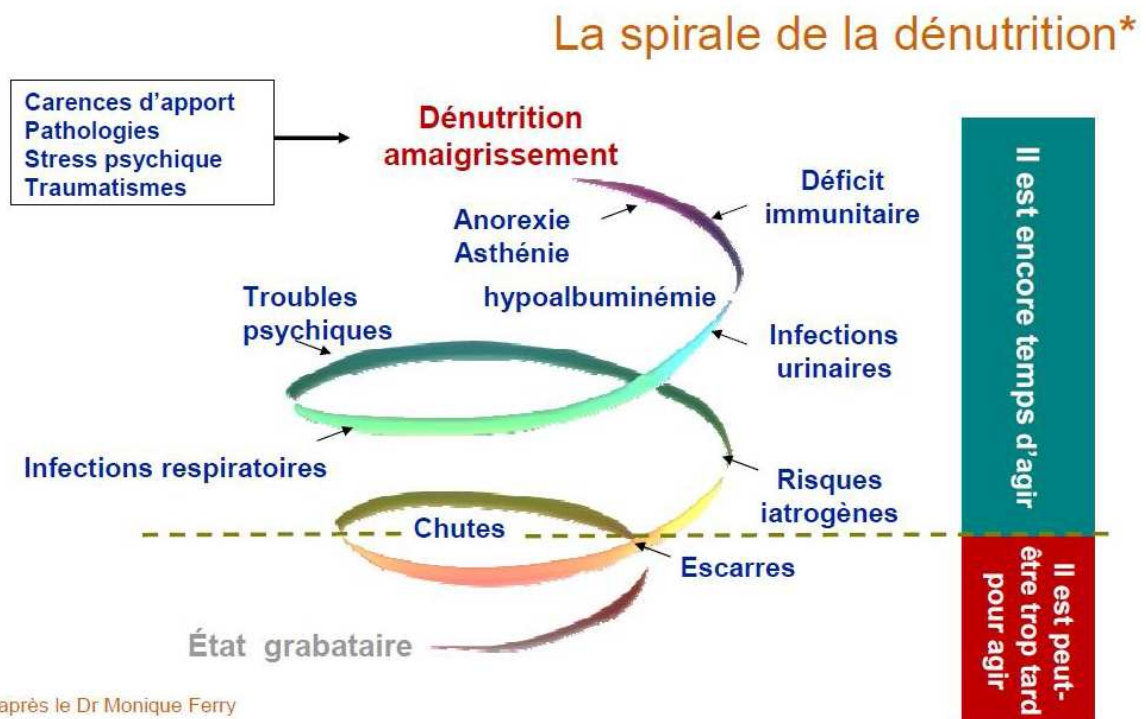
B. HYPER CATABOLISME

- a) Pathologies infectieuses
- b) Cancer
- c) Etats inflammatoires (escarres, pathologies rhumatismales)
- d) Réparation tissulaire (fractures, escarres...)
- e) Insuffisance cardiaque, respiratoire
- f) Hyperthyroïdie

L'hyper catabolisme est la principale cause de dénutrition protéique. Elle entraîne une cascade de complications qui aggrave l'hyper catabolisme et instaure un cercle vicieux.

CONSEQUENCES DE LA DENUTRITION

La dénutrition entraîne un épuisement des réserves de l'organisme et engage la personne dans une spirale mettant en jeu son pronostic vital si elle n'est pas réalimentée correctement.



A. Signes fonctionnels :

- a. *Défaut de mémorisation et de concentration*
- b. *Asthénie*
- c. *diminution des capacités physiques (faiblesse musculaire)*
- d. *Désintérêt pour les activités courantes*
- e. *Perte des fonctions sexuelles (homme), aménorrhée secondaire (femme)*

D. Signes cliniques :

- a. *Fonte du tissu adipeux sous-cutané*
- b. *Fonte musculaire (membres, golfes temporaux, au-dessus des arcades zygomatiques, quadriceps et deltoïdes)*
- c. *Œdèmes des membres inférieurs ou des lombes (alitement)*
- d. *Altération des phanères : cheveux secs et cassants, ongles striés et cassants*
- e. *Peau sèche, hyper pigmentée et desquamant*
- f. *Hypertrichose lanugineuse du dos (dénutrition sévère par carence d'apport)*
- g. *Pétéchies, acrosyndrome, allongement du temps de recoloration cutanée*
- h. *Muqueuses : glossite, stomatite, œsophagite -Signes spécifiques de carences vitaminiques (rares)*
- i. *Hypotension artérielle (notamment orthostatique), bradycardie*
- j. *Troubles digestifs (constipation ...)*
- k. *Ostéoporose*
- l. *déficit immunitaire*
- m. *dysrégulations hormonales (risque d'hyperglycémie lors de la reprise alimentaire)*

DIAGNOSTIC DE LA DENUTRITION

Facteurs de risque :

En médecine de ville il faut repérer les facteurs de risques dont le plus important reste l'amaigrissement.

Le tableau de l'HAS résume bien les situations à risque chez les personnes âgées

Tableau IX : Facteurs de risque de dénutrition chez les personnes âgées

Psycho-socio-environnementaux	Toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique	Traitements médicamenteux au long cours
Isolement social Deuil Difficultés financières Maltraitance Hospitalisation Changement des habitudes de vie : entrée en institution	Douleur Pathologie infectieuse Fracture entraînant une impotence fonctionnelle Intervention chirurgicale Constipation sévère Escarres	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
Trouble de la mastication Mauvais état dentaire Appareillage mal adapté Sécheresse de la bouche Candidose oro-pharyngée Dysgueusie	Sans sel Amaigrissant Diabétique Hypocholestérolémiant Sans résidu au long cours	Maladie 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
Pathologie ORL Pathologie neurologique dégénérative ou vasculaire	Dépendance pour l'alimentation Dépendance pour la mobilité	Syndromes dépressifs Troubles du comportement

Médicaments susceptibles d'être impliqués dans la perte de poids	
Médicaments anorexigènes	<ul style="list-style-type: none"> - Cardio-vasculaires : digoxine, amiodarone, procainamide, quinidine, spironolactone - Gastro-intestinaux : cimétidine, interféron - Psychiatriques : phénothiazines, butyrophénones, lithium, amitriptyline, imipramine, fluoxétine et autres inhibiteurs de la recapture de la sérotonine - Anti-infectieux : la plupart des antibiotiques, métronidazole, griséofulvine - Suppléments nutritionnels : fer, sel de potassium, excès de vitamine D - Antinéoplasiques : cyclophosphamide et presque tous les autres - Antirhumatismaux : anti-inflammatoires non stéroïdiens, colchicine, pénicillamine - Pulmonaires : théophylline
Médicaments entraînant une malabsorption	<ul style="list-style-type: none"> - Laxatifs - Cholestyramine - Méthotrexate - Colchicine - Néomycine - « <i>ganglionic blockers</i> »
Médicaments augmentant le métabolisme	<ul style="list-style-type: none"> - Théophylline - L-thyroxine en excès - Triiodothyrosine en excès - D-pseudoéphédrine

Poids, IMC, perte de poids :

Toute perte de poids est un signe d'alerte et doit faire évoquer la possibilité d'une dénutrition.

À chaque consultation médicale noter le poids dans le dossier et d'établir une courbe de poids.

Pour calculer l'IMC, il faut mesurer le poids et, si possible, obtenir une mesure de la taille en position debout, à l'aide d'une toise, si la station debout est impossible on peut utiliser la taille déclarée.

Évaluation de l'état nutritionnel :

*Un des tests les plus couramment utilisés pour évaluer l'état nutritionnel et repérer une dénutrition chez une personne âgée est le **Mini Nutritional Assessment (MNA®)** dans lequel les données anthropométriques (en particulier l'IMC) sont un critère parmi d'autres.*

Marqueurs biologiques :

-L'albumine permet l'évaluation biologique de l'état nutritionnel, c'est le témoin d'une carence protéique, sa demi-vie est de 3 semaines.

-La pré-albumine (ou transthyrétine) permet d'apprécier l'efficacité d'un soutien nutritionnel, sa demi-vie est de 48 heures.

ATTENTION, les concentrations plasmatiques d'albumine et de la pré-albumine doivent être interprétées en fonction du niveau de CRP (un état infectieux et/ ou inflammatoire entraîne une baisse moyenne de 5g/l de l'albuminémie) et de la présence d'autres causes d'hypoalbuminémie, comme l'insuffisance hépatique, le syndrome néphrotique, ou les pertes digestives.

Marqueurs biologiques de l'état nutritionnel

	Albumine	Transthyrétine
Demi-vie	21 j	2j
Norme	35 -50 g/l	0,25 -0,35 g/l
Dénutrition modérée	30 -35 g/l	0,15 -0,25 g/l
Dénutrition sévère	< 30 g/l	< 0,15 g/l

DEMARCHE DIAGNOSTIC PROPOSEE

La dénutrition pourrait être définie par la présence d'un ou de plusieurs des critères ci-dessous :

Dénutrition :

1. *Perte de poids : $\geq 5\%$ en 1 mois, ou $\geq 10\%$ en 6 mois*
2. *IMC $< 21\text{ kg/m}^2$*
3. *Albuminémie $< 35\text{ g/l}$*
4. *MNA (Mini **Nutritional Assessment**) global < 17*

Dénutrition sévère :

1. *Perte de poids : $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois*
2. *IMC $< 18\text{ kg/m}^2$*
3. *Albuminémie $< 30\text{ g/l}$*

MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT

C'est une démarche de dépistage et aussi d'appréciation globale.

Réalisez le dépistage en 6 questions, si celui-ci est ≤ 11 , passez à l'évaluation globale pour apprécier l'état nutritionnel

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Nom:		Prénom:		
Sexe:	Age:	Poids, kg:	Taille, cm:	Date:

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 = sévère baisse de l'alimentation
1 = légère baisse de l'alimentation
2 = pas de baisse de l'alimentation

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 = autonome 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 modérée
2 = pas de problème psychologique

F Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille)² en kg/m²)
0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23

Score de dépistage (sous-total max. 14 points)

12-14 points: état nutritionnel normal
8-11 points: risque de malnutrition
0-7 points: malnutrition avérée

Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R

Evaluation globale

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

H Prend plus de 3 médicaments par jour?
0 = oui 1 = non

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

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 ou deux fois par semaine des oeufs ou des légumineuses oui non
- Chaque jour de la viande Du poisson ou de 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?
0 = non 1 = oui

M Combien de boissons consomme-t-il par jour? (eau, jus, café, thé, lait...)
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 nutrition

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 = 21 ≤ CB ≤ 22
1,0 = CB > 22

R Circonférence du mollet (CM en cm)
0 = CM < 31
1 = CM ≥ 31

Evaluation globale (max. 16 points)

Score de dépistage

Score total (max. 30 points)

Appréciation de l'état nutritionnel

de 24 à 30 points état nutritionnel normal
de 17 à 23,5 points risque de malnutrition
moins de 17 points mauvais état nutritionnel

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001;56A: M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
Pour plus d'information: www.mna-elderly.com

PRISE EN CHARGE A DOMICILE

Coordination de la prise en charge au domicile

Aides individuelles : aide de l'entourage, aide-ménagère, portage des repas, foyers, restaurants

1/ Structures ayant un rôle de mise en place des dispositifs, de coordination et d'information :

- Les réseaux de soins, dont les réseaux gériatologiques*
- Les centres communaux d'action sociale (CCAS)*
- Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC)*
- Les services sociaux*

2/ 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*

Evaluations des besoins nutritionnels

1/ Dépense énergétique totale :

Il faut d'abord déterminer la dépense énergétique de base selon la formule :DEB en kCal

Homme : $66.47 + 13.75 P(\text{ kg}) + 5T(\text{cm}) - 6.77A$ (années)

Femme : $655.1 + 9.56 P + 1.85 T - 4.67 A$

La dépense énergétique totale (environ 30 kCal/kg/j) est calculée en multipliant le DEB par un facteur de correction de 1,2 (sujet non agressé) et 1,8 (infection sévère, polytraumatisé.)

2/ Besoins en eau : 25 à 40 ml/kg/j chez l'adulte majorée de 300ml/ degré > à 37°C

3/ Apport protéinique : De 1,0 à 1,5 g / kg

4/ Les besoins en vitamines, électrolytes et oligoéléments sont en général couverts par les solutions nutritives du commerce

Soutien nutritionnel oral : *il faut :*

1/ modifier l'alimentation en augmentant la fréquence des prises ; adapter la nourriture à la mastication de l'individu ; éviter les jeunes prolongés ; adapter au goût

2/ enrichir l'alimentation avec : fromage râpé, œufs, crème fraîche, pâtes, semoules....

3/ utiliser si besoin les compléments nutritionnels oraux(CNO) : produits hyper énergétiques et hyper protidiques contenant 200kCal et 15 à 20 g de protéines pour 200 ml. A consommer à distance des repas

CONCLUSION

Malgré la multiplicité et l'apparente complexité des outils diagnostics de la dénutrition et une physiopathologie complexe, il est possible d'en simplifier l'usage et de proposer une stratégie applicable à tous les malades notamment pour la pratique ambulatoire.

BIBLIOGRAPHIE

1. <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00629029/document>
2. http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MSPM_2011_RICHARD_%20LAURE.pdf
3. <http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/docdeuxannee/0414AcassistnutrPMbruhat.pdf>
4. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denutrition_personne_agee_2007_-_argumentaire.pdf
5. http://spiral.univ-lyon1.fr/files_m/M3175/Files/521594_2267.pdf
6. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/brochure_denutrition.pdf
7. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/941.pdf>
8. <http://medicalforum.ch/fr/n-actuel/article/malnutrition-chez-les-personnes-agees.html>
9. <http://espacecancer.sante-ra.fr/oncogeriatric/Ressources/outils/MNA%20complet.pdf>
10. http://www.mna-elderly.com/forms/mini/mna_mini_french.pdf
11. http://campus.cerimes.fr/nutrition/enseignement/nutrition_32/site/html/cours.pdf
12. http://rms.medhyg.ch/article_p.php?ID_ARTICLE=RMS_406_2115
13. <http://fmc.med.univ-tours.fr/Pages/disciplines/Nutrition/nutrition19.pdf>
14. http://campus.cerimes.fr/nutrition/enseignement/nutrition_31/site/html/cours.pdf
15. <http://institutdanone.org/objectif-nutrition/la-denutrition-des-personnes-agees/dossier-la-denutrition-des-personnes-agees/>
16. http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_french.pdf
17. http://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_french.pdf
18. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/note_methodo_cdc_etp_paerpa_web.pdf
19. <http://www.fmcgastro.org/wp-content/uploads/file/pdf-2011/reconnaitre-et-traiter-la-denutrition.pdf>