

Nutrition du sujet âgé non institutionnalisé

Marc Mozziconacci
Journée du 8 Février 2015

Références bibliographiques

- Avis du 9 janvier 2009 de l'AFSSA
 - <http://www.afssa.fr/Documents/NUT2008sa0279.pdf>
- HAS 2007 et 2008 (synthèse et critère qualité)
 - http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_546549/strategie-de-prise-en-charge-en-cas-de-denutrition-proteino-energetique-chez-la-personne-agee
- Dénutrition à domicile et en EHPAD : le point sur le dépistage et le traitement
 - P.Brocker , M.Ferry, D.Soriano,2009,La revue de gériatrie,Tome34,p.507
- Impact médico-économique de la dénutrition chez les sujets âgés
 - P.Brocker,2008, La revue de gériatrie, Tome 33, p.619

Épidémiologie de la dénutrition

- 4 à 10% des personnes âgées à domicile
- 25 à 29% des personnes âgées à domicile nécessitant des aides
- 19 à 38% des personnes en institution
- 30 à 90% des malades âgés hospitalisés

Situations à risques de dénutrition : elles sont multiples

- Sociales : isolement , deuil...
- Modification du goût avec l'âge
- Atteintes bucco-dentaires
- Troubles de la déglutition
- Pathologies aiguës , asthéniantes et /ou douloureuses
- Régimes : sans sel et diabétique...
- Dépendance
- Certains médicaments
- Pathologies neuropsychiatriques
- dépression

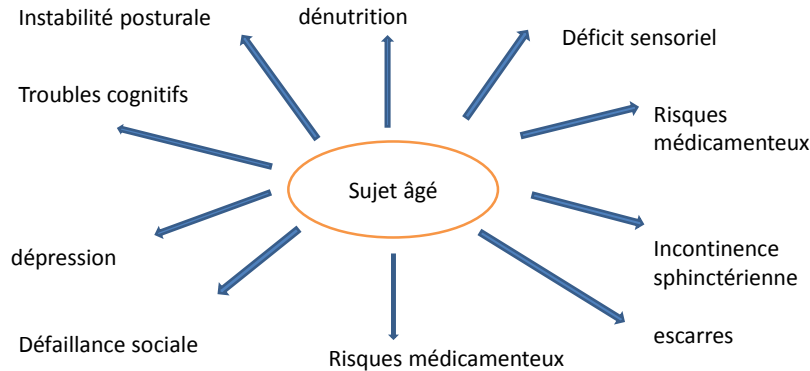
Gravité de la dénutrition

- Augmentation de la mortalité en ville et à l'hôpital(séjour plus long)
- Terrain facilitant les infections nosocomiales
- Augmentation du risque d'escarres
- Augmentation du risque de chutes et de fractures

Alimentation et nutrition

- Pas d'évaluation de la dénutrition sans EGS
- La dénutrition est un facteur central de fragilité
- Elle impose l'évaluation globale prenant en compte les autres facteurs de fragilité

Évaluation gériatrique standardisée tout facteur de fragilité doit être évalué et corrigé !!!



Modifications physiologiques

- La perception de la soif diminue avec l'âge (Phillips, 1984)
- Sarcopénie liée à l'âge
 - Sédentarité ; insuffisance d'apport protéique ; trouble du métabolisme protéique ; atteinte neurodégénérative
 - Diminution de l'action et de la production des hormones anabolisantes
 - Sécrétion de protéines pro inflammatoires
- Anorexie liée à l'âge
 - Altération sensorielle
 - Diminution de la vidange gastrique
 - Productions de facteurs anorexigènes et diminution de facteurs orexigènes (hormone de croissance et neuropeptide Y)
- Après une période de sous alimentation, pas d'hyperphagie compensatrice comme chez un sujet jeune

Quels marqueurs biologiques

- **CRP** augmentée dans la dénutrition endogène, toutes les pathologies donnant un hypercatabolisme
 - Demi-vie courte 4 à 8h
 - Caractère récent
 - <10mg/l
- **Orosomucoïde**
 - Demi-vie 2 à 3j
 - Inflammation moins récente
- **Albumine**
 - Synthétisée par le foie
 - Demi-vie 21j
 - Dénutrition installée
 - Attention à la déshydratation et ou une infection ou une pathologie inflammatoire
 - Normale entre 40 et 45g/l
 - Entre 35 et 30 dénutrition modérée
 - <30g sévère

Quels marqueurs biologiques

- **Transthyrétine ou préalbumine**
 - Synthétisée par le foie
 - Dépendante de l'état nutritionnel
 - Demi-vie 48h
 - Indicateur précoce
 - Normale de 0,2 à 0,4g/l
 - Grave si <150mg
- **PINI** ou pronostic inflammatory and nutritional index
 - $\text{Orosomucoïde mg/l} \times \text{CRP mg/l} \div \text{préalbumine mg/l} \times \text{albumine g/l} < 1$
 - 1<P<10 faible
 - 11<P<20 moyenne
 - 21<P<30 majeure
 - P>30 vitale
- **D'autres**
 - RBP ou rétinol binding protein : grande sensibilité si insuffisance rénale
 - Somatomédine
 - Apolipoprotéine A1 si préalbumine peu interprétable

MNA :mini nutritional assessment

- Indices anthropométriques
 - IMC
 - Circonférence brachiale et mollet
 - Perte de poids récente
- Evaluation globale
 - Autonomie
 - 3 médicaments ou plus
 - Maladie aiguë
 - Motricité
 - Troubles cognitifs
 - Troubles trophiques
- Indices diététiques
- Évaluation subjective
- Total sur 30 points

Diagnostic de dénutrition(HAS 20047) un seul critère est suffisant

- Perte de poids 5% en 1 mois (ou 2kg) ou 10% en 6 mois (ou 4kg)
- IMC < 21
- Albumine < 35g/l
- MNA < 17

Diagnostic de dénutrition sévère(HAS 2007)

- Perte de poids 10% en un mois ou 15% en six mois
- IMC<18
- Albumine>30g/l

Besoins énergétiques et protéiques

- Pour une personne âgée en bonne santé : 36kcal/kg/j et 1g/kg/j de protéine
- Dans l'hypothèse d'une dénutrition par hypercatabolisme , cicatrisation ou reprise d'une activité physique
 - 40kcal/kg/j
 - 1,5g/kg/j

Prise en charge nutritionnelle

- Prise en charge nutritionnelle orale(PNO)
- Nutrition entérale(troubles de la déglutition ou dénutrition sévère)
- Nutrition parentérale

PNO

- Conseils nutritionnels
- Alimentation enrichie
- Compléments nutritionnels oraux (CNO)

PNO conseils

- 3 repas par jour
 - 1 à 2 collations(si alb<35)
 - Alimentation diversifiée
 - 5 fruits et légumes par jour
 - Féculents à tous les repas
 - Protéine 2 fois par jour
 - 2 à 3 produits laitiers par 24h
- Si albumine<35g/l

PNO : alimentation enrichie

- Objectif, augmenter la densité nutritionnelle sans augmenter les volumes
- Moyens : œufs, fromage râpé, lait en poudre, huile, beurre et crème fraîche

PNO : compléments nutritionnels oraux(CNO)

- Quand :
 - Lors des repas ou à 2h des repas
- Modalités
 - À présenter comme un traitement
 - Varier les arômes
 - Objectif max ; 400 kcal et 30g de protéines
- Surveillance
 - Feuille d'ingesta sur 3 jours
 - Cela permet le calcul de l'apport calorique

Compléments nutritionnels oraux

- Pas de troubles de la déglutition CNO 200ml
 - Fortimel® 260kcal , 20g de protéines sans lactose
 - Protempus® 300kcal , 20g de protéines
 - Fresubin 2kcal® ; 400kcal , 20g de protéines sans lactose
 - Fresubin 2kcal® fibres ; idem plus les fibres
 - Fresubin DB drink ; 300kcal et 15g de protéines
- Avec troubles de la déglutition CNO 125g
 - Forticrème® ; 125g , 200kcal et 12,5g de protéines
 - Fresubin crème® ; 125g , 225kcal et 12,5g de protéines
 - Fresubin DB crème® ; 125g , 188kcal et 9,4g de protéines
 - Ou solutés liquides plus une cuillère mesure de Gelodiet poudre®

Besoins nutritionnels

- >2000kcal pour les hommes 1800kcal pour les femmes
- Surconsommation lors d'une pathologie aiguë , donc augmenter les apports 1,5 à 2 fois
 - Glucides 50 à 60% de la ration
 - Lipides 33 à 39% de la ration
 - Protéines 12 à 15% de la ration ; 1g/kg/j à 1,2g/kg/j si pathologie aiguë 1,5g à 2g/kg/j

Stratégie si dénutrition

	Pas de dénutrition	Dénutrition modérée	Dénutrition sévère
Apports alimentaires normaux	Surveillance annuelle à domicile et mensuelle en EHPAD	CN+AE évaluation à 1mois	CN+AE+CNO évaluation à 15j si échec NE
Apports alimentaires diminuer de moins de 50%	CN+AE évaluation à 1mois	CN+AE évaluation à 15j si échec CNO	CN+AE+CNO évaluation à 7j si échec NE
Apports alimentaires diminuer de plus de 50%	CN+AE évaluation à 7j si échec CNO	CN+AE+CNO évaluation à 7j si échec NE	CN+AE+NE évaluation à 7j

CN : conseil nutritionnel , AE : alimentation enrichie ,
 CNO : complément nutritionnel oral
 NE : nutrition entérale

Nutrition entérale

- évaluer la balance bénéfiques/risques
- Évaluer la tolérance , entreprendre l'éducation
- Associer le médecin traitant
- Prescription initiale pour 14j puis pour 3mois, nouvelle Cs après ce délai
- Effet secondaires:
 - Fausses routes
 - Pneumopathies
 - Vomissements
 - Ulcérations œsophagiennes et gastroduodénales
 - Diarrhées
 - Arrachage
 - Oubli de la reprise per os quand est possible

Nutrition parentérale

- Si
 - malabsorptions sévères
 - Occlusions aiguës ou chroniques
 - Échec entérale
- Voie périphérique : chambre ou Picc Line
- CI : I rénale , I hépatique , allergie aux protéines troubles sévères de la crase sanguine
- Effets II:
 - OAP
 - Hyperthermie , anaphylaxie
 - Bilan hépatique perturbé
 - Nausées
- Vitesse max 3,7ml/kg/h

Conclusion

- Fractures du col fémoral
 - Mortalité à trois mois 11% et 37% à un an
- Alzheimer , perte de poids possible chez 30 à 50% des patients à tous les stades de la maladie . Aggravation de la maladie
- La dénutrition participe à l'altération du système immunitaire : fréquence accrue des pneumonies communautaires