VISage
Vienne Santé Gérontologie

« VISage à découvert »

La lettre mensuelle n°62 – Janvier 2009

La dénutrition du sujet âgé : la prévenir, la traiter, la suivre

Suite du n° 60…..

La Malnutrition Protéino-Energétique est fréquente chez les sujets âgés. Elle doit toujours être prévenue par une thérapeutique nutritionnelle préventive chez les personnes âgées à risque.
Les causes d'insuffisance d'apport sont très nombreuses. Chez un sujet déjà fragilisé par une malnutrition dite « exogène », les maladies ajoutent une composante hypercatabolique ou malnutrition « endogène ». C'est l'association et la répétition dans le temps des causes de malnutrition qui font la gravité de la situation.

La prévention de la MPE

Identifier les sujets et situations à risques de dénutrition

SITUATIONS	CAUSES POSSIBLES
Psycho-socio-environnemental	Isolement social, deuil, difficultés financières, maltraitance, hospitalisation, changement des habitudes de vie : entrée en institution
Troubles bucco-dentaires	Troubles de la mastication, mauvais état dentaire, appareillage mal adapté, sécheresse de la bouche, candidose oro-pharyngée
Troubles de la déglutition	Pathologie ORL, pathologie neuro-dégénérative ou vasculaire
Troubles psychiatriques	Syndrome dépressif, troubles du comportement
Syndromes démentiels	Maladie d'Alzheimer, autres démences
Autres troubles neurologiques	Syndrome confusionnel, troubles de la vigilance, syndrome parkinsonien
Traitements médicamenteux au long cours	Polymédication, sécheresse de la bouche, dysgueusie, troubles digestifs, anorexie, somnolence, corticoïdes au long cours.
Toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique	Douleur, pathologie infectieuse, fracture entrainant une impotence fonctionnelle, intervention chirurgicale, constipation sévère, escarres
Dépendance pour les actes de la vie quotidienne, régimes restrictifs	Dépendance pour l'alimentation, la mobilité, régimes sans sel, hypocholestérolémiant, amaigrissant, diabétique, sans résidu au long cours.

Diagnostiquer la MPE : sont répertoriés ici les éléments qui peuvent être suivis avec le dossier patient partagé réseau informatisé, mis à jour par les professionnels de ville et aussi lors des hospitalisations.
Les mesures anthropométriques : mesure du **poids** et surveillance, une perte de poids égale ou supérieure à 5 % en un mois ou égale ou supérieure à 10 % en 6 mois signant une dénutrition.
La recherche de l'IMC (poids/taille ^{2}) est un indice difficile à calculer du fait de la difficulté à avoir la taille réelle de la personne âgée.
Evaluation de l'**appétit** : les apports alimentaires décroissent et se modifient fréquemment avec l'avancée de l'âge. Les personnes âgées, même en bonne santé, peuvent présenter une baisse d'appétit par rapport aux sujets plus jeunes. La perte d'appétit est donc un symptôme fréquent facile à rechercher à l'interrogatoire, le patient l'évoquant rarement spontanément.
Les marqueurs biologiques : **albumine** inférieure à 35 g/l témoigne d'une dénutrition installée (coupler à la CRP pour vérifier un syndrome inflammatoire).
*Le mini nutritional assessment (**MNA**) est recommandé par l'HAS. Il s'agit d'un questionnaire à faire remplir par un soignant (pas nécessairement médecin). Il est spécialement conçu pour guider l'intervention nutritionnelle en mettant en évidence les facteurs de risque à corriger. Un score inférieur à 17 témoigne d'une dénutrition.*
MNA > 24 : le poids doit être surveillé tous les 3 mois
MNA entre 17 et 23,5 : risque de dénutrition. Une intervention précoce sera de bon pronostic. En analysant la grille, il faut identifier les raisons de la diminution du score et y apporter des corrections (travail avec la famille, les soignants, les aides à domicile).
MNA < 17 : même analyse que ci-dessus, avec recherche d'autres causes (dépression, diminution des fonctions cognitives….)
Le diagnostic de **dénutrition sévère** repose sur **un ou plusieurs** des critères : perte de poids de plus de 10 % en un mois ou de plus de 15 % en six mois, IMC inférieur à 18, albuminémie inférieure à 30 g/l.
Il est essentiel d'identifier les formes sévères de la dénutrition, qui sont associées à une augmentation importante de la morbi-mortalité et qui justifient donc une prise en charge nutritionnelle rapide et adaptée.

Quels conseils et comment traiter ?

Parallèlement à toute prise en charge nutritionnelle, il est important de prendre en charge les situations à risque identifiées et de corriger les facteurs qui peuvent l'être, par exemple : une aide technique et humaine pour l'alimentation, des soins bucco-dentaires, une réévaluation de la pertinence des médicaments et régimes, une prise en charge des pathologies sous jacentes.
Débuter prioritairement par des conseils nutritionnels, et/ou une alimentation enrichie, sauf en cas de situations qui contre-indiquent l'alimentation par voie orale. Les compléments nutritionnels oraux (CNO), ne doivent être prescrits qu'en cas d'échec des conseils diététiques, ou en cas d'apports alimentaires très diminués, et en cas de dénutrition sévère. Les CNO sont à prendre lors des collations, pour atteindre un apport alimentaire supplémentaire de 400 kcal/j, à adapter au goût du malade, et au handicap (troubles de la déglutition…)
La prescription d'une nutrition entérale (nécessite une hospitalisation) est une décision délicate et complexe, et doit tenir compte des considérations éthiques liées à l'âge, et des pathologies sous jacentes. Elle s'inscrit dans un projet thérapeutique pluridisciplinaire cohérent qui tient compte de l'avis du malade et/ou de l'entourage.
On évaluera régulièrement l'observance, la bonne tolérance et l'efficacité du traitement : surveillance du poids, calcul des ingestas sur 3 jours, ou au moins sur 24 h, dosage de l'albuminémie.

Conclusions

La dénutrition de la PA nécessite une prise en charge multidisciplinaire impliquant différents professionnels de santé (infirmier, diététicien, aide-soignant…) ainsi que des aidants familiaux. La coordination de leur intervention revient au médecin qui a pris en charge la dénutrition. Une prise en charge et un suivi optimaux nécessitent de réactualiser régulièrement les informations concernant le patient et son état nutritionnel et ceci passe par des communications régulières avec les différents acteurs qui assistent la personne dénutrie. Lors des hospitalisations, l'albuminémie et le poids peuvent être notés dans le dossier patient partagé informatisé (DPPI) du réseau, de même que le suivi à domicile effectué par les professionnels. Ce DPPI permet aussi de suivre les critères de fragilité, l'évolution de la dépendance (grille AGGIR) et le suivi des « évènements » influant sur celle-ci, ainsi que l'organisation des aides à domicile (formelles ou informelles)
Il ne faudra pas oublier d'informer et d'orienter la PA et si besoin son entourage vers les aides dont ils peuvent bénéficier (réseaux gérontologiques, allocations financières et aides des services sociaux)

Anne-Marie AMMEUX, médecin coordonnateur réseau VISage

Références bibliographiques : HAS, stratégie de prise en charge en cas de dénutrition proteino-énergétique chez la personne âgée : recommandations professionnelles (avril 2007) et évaluation de l'amélioration des pratiques (janvier 2008)