

SOFOMECC

29 mars 2018

Dr Frédérique
NATHAN-BONNET
(médecin)

Me Victoria
NOVOSAD
(diététicienne)

Service gériatrie



Concept du bien vieillir

- En France, on vit longtemps mais **on vieillit mal**
- **Espérance de vie :**
 - Femmes 85,3 ans (1^{er} rang européen)
 - Hommes 78,5 ans (6^{ième} rang européen)
- **Espérance de vie sans incapacité ESVI :**
 - Femme 63,5 ans (10^{ième} rang européen)
 - Homme 61,2 ans (11^{ième} rang européen)

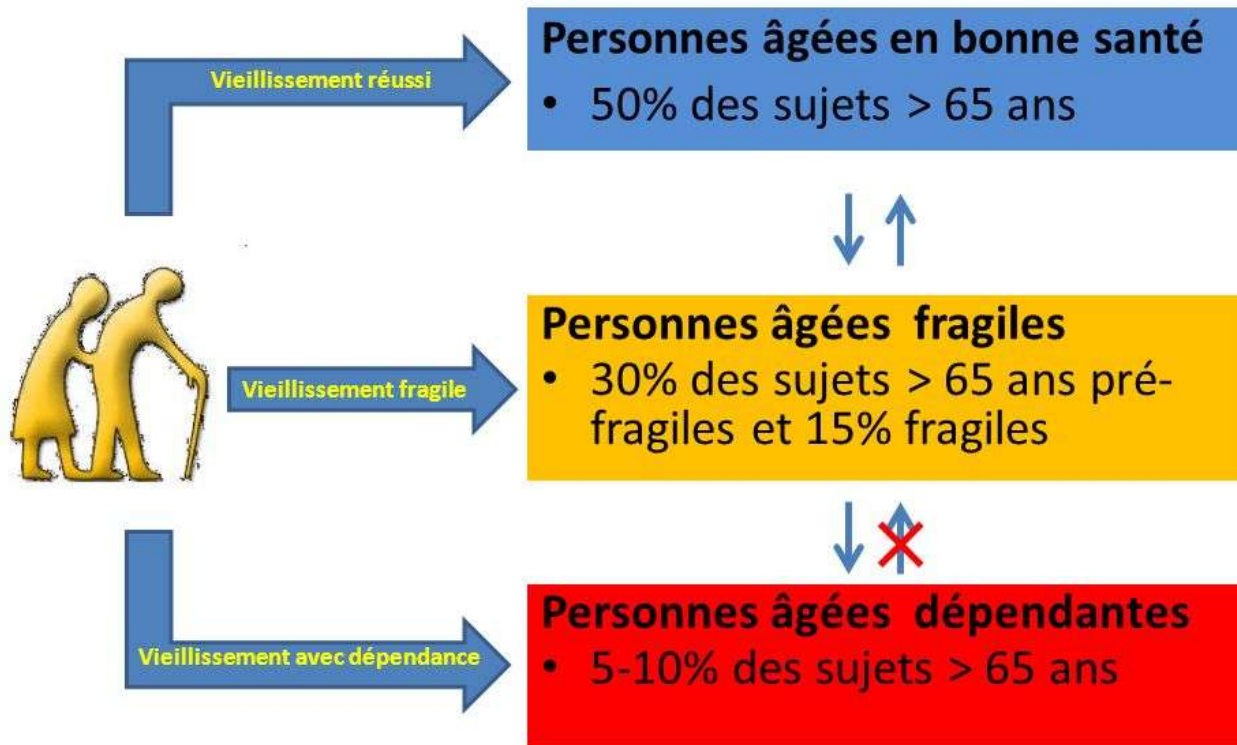


Rôle de la gériatrie : promouvoir le vieillissement réussi, c'est-à-dire vieillir sans incapacité

- Cela passe par le **dépistage** (fragilité) et **prévention** (nutrition, activité physique, bon usage du médicament...)
- Vieillir sans incapacité dépend en partie de **l'alimentation**

Définition de la personne âgée

Personnes âgées: 3 catégories*



*Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001; 56: 146-56.

Aspect nutritionnel du vieillissement physiologique

Avec l'âge, on constate :

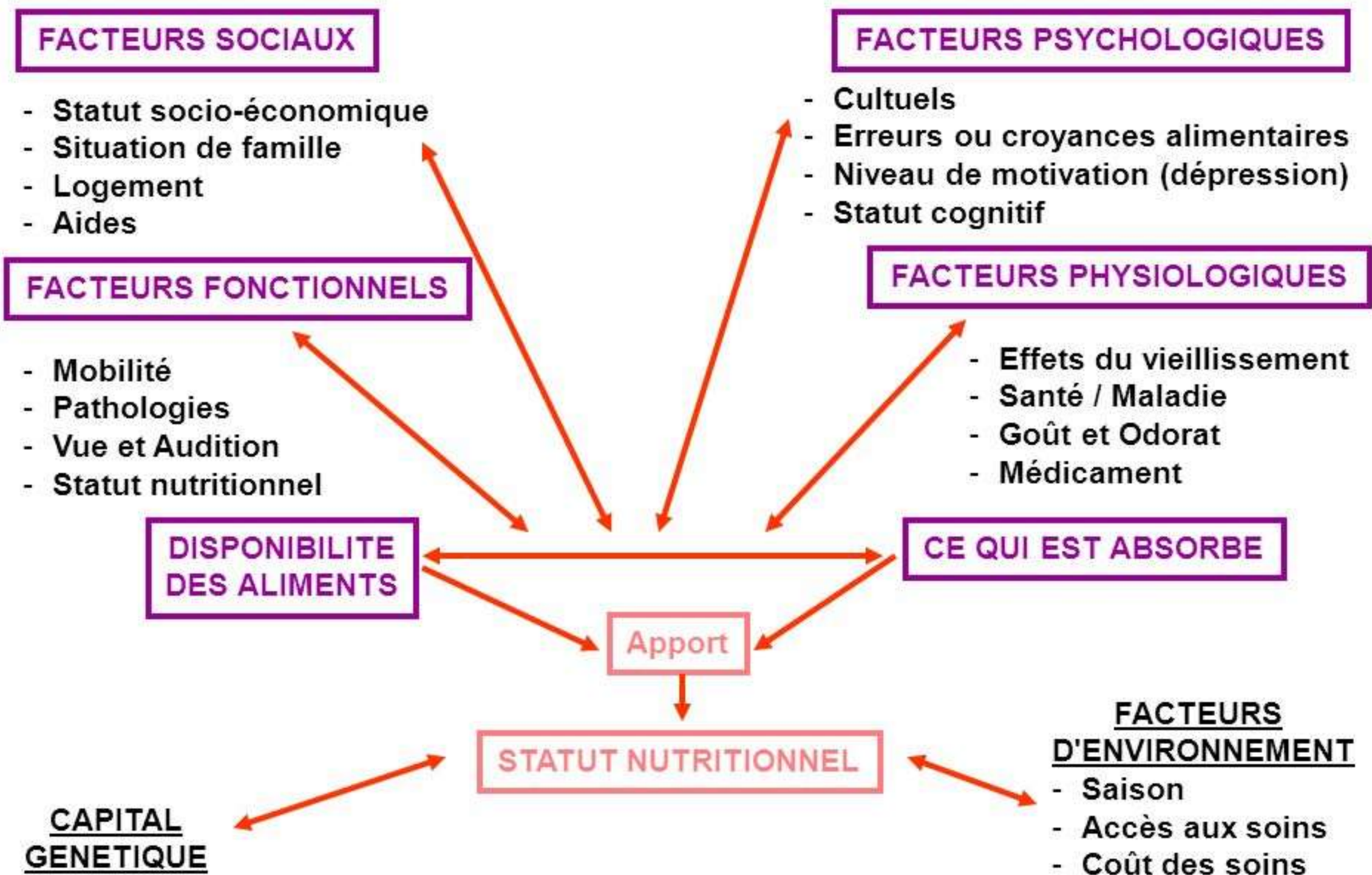
- Un vieillissement **buccodentaire** ; troubles de la mastication
- Perturbation du **goût** et de l'**odorat** ; appétence accrue pour le sucré avec rejet du salé
- Vieillesse de l'**appareil digestif** ; atrophie gastrique avec baisse de la vidange gastrique, insuffisance pancréatique avec baisse du seuil de satiété
- Vieillesse du métabolisme protéiques : **sarcopénie** liée à l'âge par diminution de l'activité physique mais aussi par réduction de la synthèse protéique

40% des PA sont hospitalisés pour des conséquences de la dénutrition

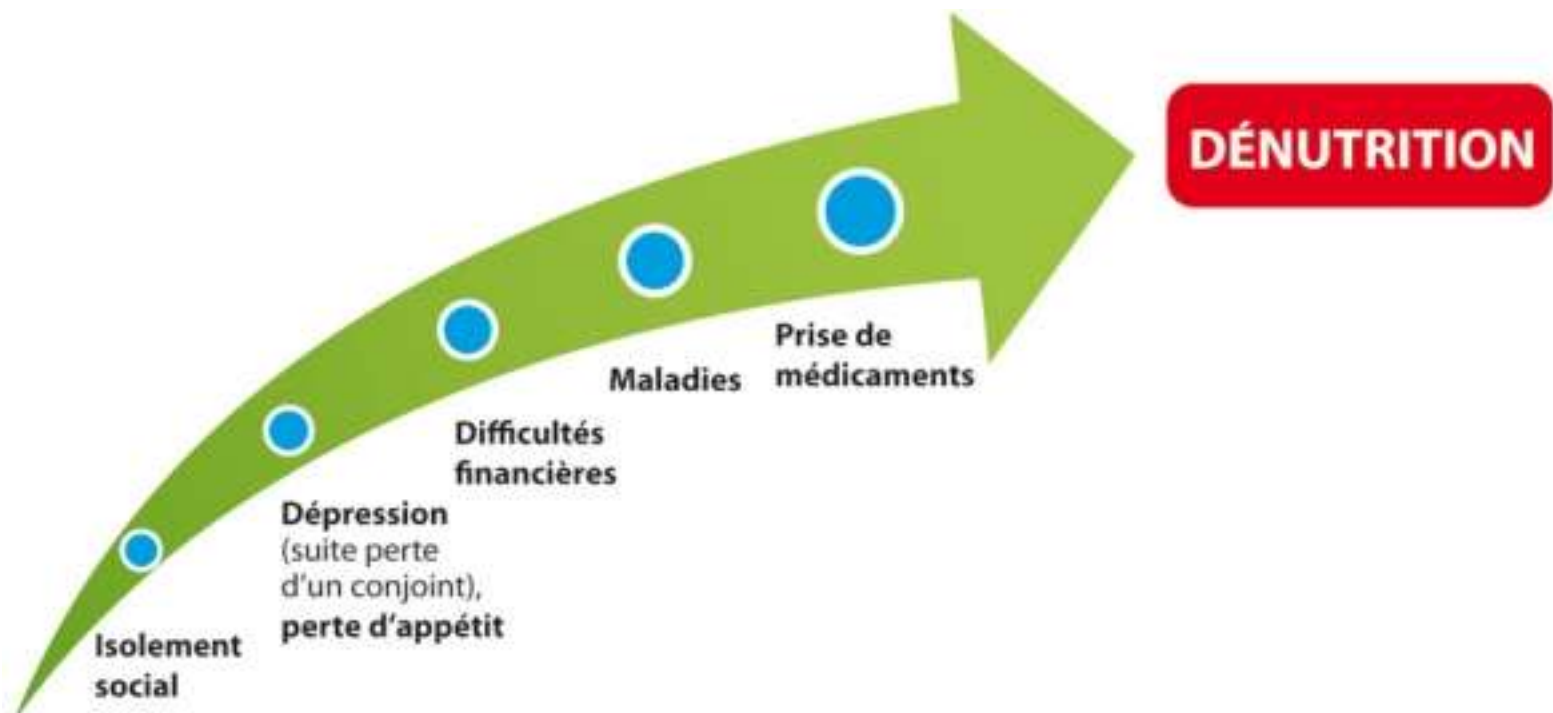
40% des patients atteints de MIE Alzheimer sont dénutris



FACTEURS INFLUENÇANT L'APPORT ALIMENTAIRE



Mécanismes de dénutrition



Dénutrition : conséquences graves

- Risque accru de **chutes** et **maladies infectieuses**
- Risque de **déshydratation**, de **carences multiples** (Ca, Fe, folates, vit B12 ...), de **fractures**, et d'**anémies**
- Risque **confusiogène** et **iatrogénique**
- Élévation de **morbidité** avec **complications graves** et allongement des durées de séjours
- Voire **élévation de mortalité** avec décès

Le dépistage de la dénutrition

repose sur :

- Évaluation des **situations à risque de dénutrition**
- Sur l'estimation de l'appétit et/ou **évaluation des apports alimentaires**



- Sur la mesure du **poids**, de la **perte de poids** et **IMC**
- Sur un test d'évaluation : **MNA** (Mini Nutritional Assessment)
- Critères biologiques : **albuminémie**

Mini-Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF)

- Spécifique à la population âgée
- Moins de 5 minutes; IMC ou CM
- Pas d'entraînement formel
- Validé en français
- Trois catégories diagnostiques:
 - État nutritionnel normal: ≥ 11 points
sens: 89,3 %, spéc: 81,8 %, AUC: 0,94
 - Risque de malnutrition: 8-11 points
 - Malnutrition avérée: ≤ 7 points
sens: 85,2 %, spéc: 94,3 %, AUC 0,97

Kaiser MJ. J Nutr Health Aging 2009; 15. 782-88

Version française: http://www.mna-elderly.com/forms/mini/mna_mini_french.pdf

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]

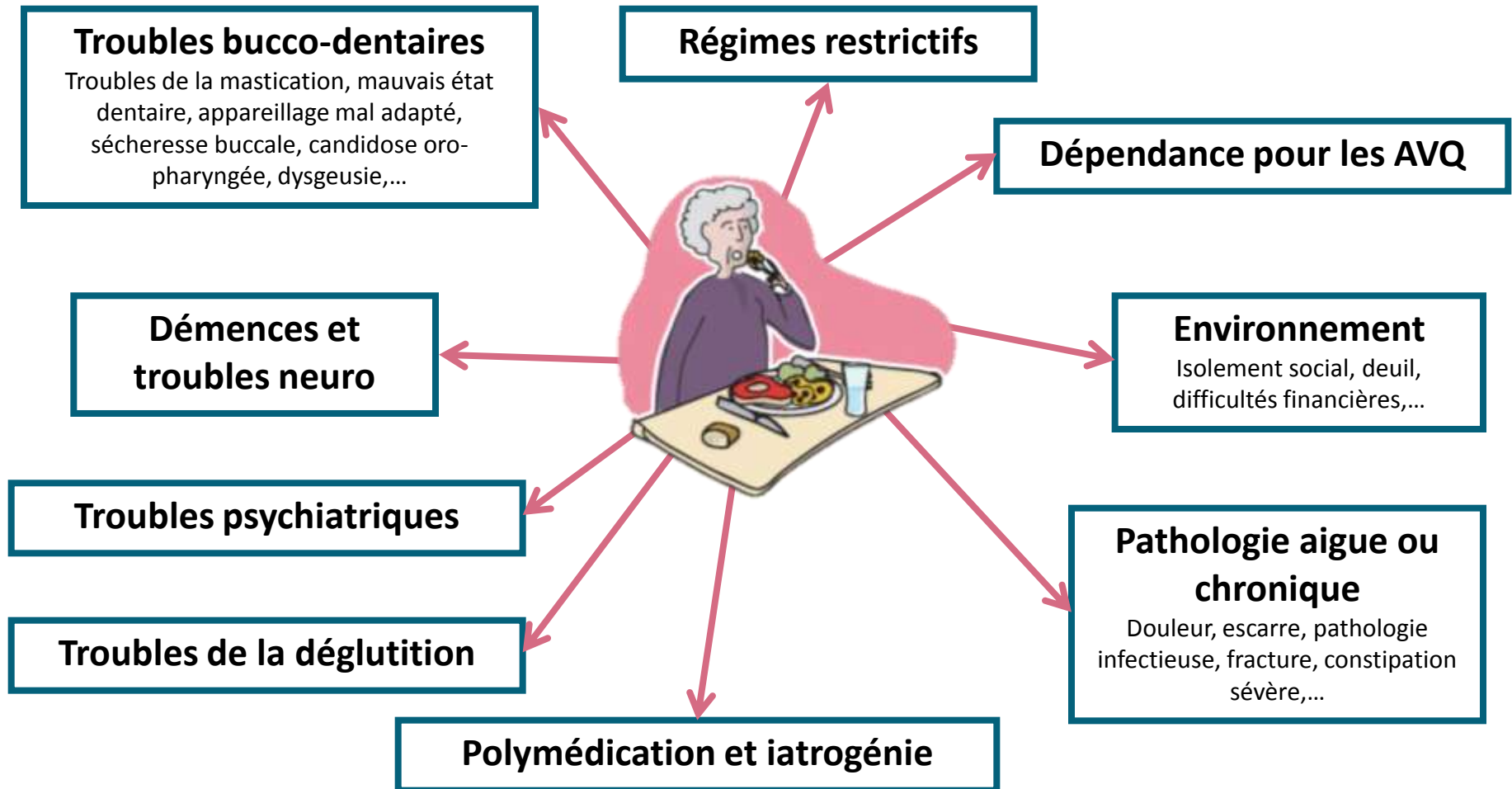
Nestlé
Nutrition Institute

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

Répondez au questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points pour obtenir le score de dépistage.

Dépistage	
A Le patient a-t-il moins mangé 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	<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 = du lit 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 modérée 2 = pas de problème psychologique	<input type="checkbox"/>
F1 Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille)² en kg/m²) <input type="checkbox"/> 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
SI L'IMC N'EST PAS DISPONIBLE, REMPLACER LA QUESTION F1 PAR LA QUESTION F2. MERCİ DE NE PAS RÉPONDRE À LA QUESTION F2 SI LA QUESTION F1 A ÉTÉ COMPLÉTÉE.	
F2 Circonférence du mollet (CM) en cm 0 = CM < 31 3 = CM ≥ 31	<input type="checkbox"/>
Score de dépistage (max. 14 points)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 points: <input type="checkbox"/> état nutritionnel normal	
8-11 points: <input type="checkbox"/> risque de malnutrition	
0-7 points: <input type="checkbox"/> malnutrition avérée	

Les facteurs de risque de la dénutrition



Pièges diagnostiques

- Fausse évaluation du poids
 - Surpoids : **obèse dénutri**
 - **Œdèmes** : fausse stabilité du poids
- **Fausse interprétation** du taux d'albuminémie
 - Normal si signes de déshydratation
 - Abaissé en cas d'insuffisance rénale, insuffisance cardiaque avec OMI, si insuffisance hépatique a interpréter selon niveau CRP

Critères diagnostiques de dénutrition HAS 2007

Tableau III : Critères de dénutrition chez la personne âgée selon la HAS (2007) [1].

	Perte de poids	IMC	Albuminémie	MNA[®]
Dénutrition	≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10% en 6 mois.	≤ 21 kg/m ²	< 35 g/l	< 17
Dénutrition sévère	≥ 10 % en 1 mois ou ≥ 15 % en 6 mois	< 18 kg/m ²	< 30 g/L	

IMC : indice de masse corporelle ; MNA[®] : *Mini nutritional assessment*.

Interpréter l'albuminémie en fonction de la CRP

Alimentation du sujet âgé à domicile

4 ingrédients :

1. **Couvrir les besoins nutritionnels** : alimentation adaptée en qualité et quantité
2. Garder le **plaisir de manger** : respect des goûts, présentation, convivialité
3. Garder une **activité physique régulière**
4. Assurer une bonne **hygiène bucco-dentaire**

Clés nutritionnelles du vieillissement réussi

- Besoins **alimentaires ne diminuent pas** avec âge
- Métabolisme énergétique est moins efficace
- Ne pas manger moins, **manger mieux**
- **Apports suffisants en protéines** : maintient de la masse musculaire qui diminue (**sarcopénie**)
- Calcium, Vitamine D, protéines pour **lutter contre la diminution de la masse osseuse** (ostéoporose)
- Vitamine et minéraux antioxydants

Idées reçues : avec l'âge...



- **Les besoins diminuent donc les portions aussi**
 - **FAUX** : La DER diminue mais pour un effort identique, la dépense énergétique est identique voire supérieure (moins bon rendement métabolique)
- **On peut supprimer la viande de l'alimentation, surtout le soir**
 - **FAUX** : Baisse des réserves + perte musculaire + baisse de l'absorption = besoins protéiques augmentés et importance de la viande ou toute autre source de protéines de bonne qualité !
- **Les produits laitiers sont mal digérés**
 - **VRAI** : Diminution de la lactase surtout si lait non consommé régulièrement
 - **FAUX** : Peu, voire pas de lactose dans fromages, ferments dans les yaourts,...
 - **NB** : le calcium se trouve en quantité moins bien assimilée (mais non négligeable) dans les fruits, légumes et eaux riches en calcium
- **On a moins soif donc on a besoin moins d'eau**
 - **FAUX** : Sensation de soif et de satiété altérée : moins soif et faim alors que les besoins sont tout aussi importants que les adultes ! Si soif présente = souvent déjà déshydraté

Apports type PA en bonne santé

- **Energie** : 30 à 35 kcal/kg de poids par jour dont :
 - **Protéines** : 15 à 20% (soit 1 à 1,2g/kg/j)
 - **Glucides** : 40 à 55%
 - **Lipides** : 35 à 40%(ANSES, 2016)
- **Apports** :
 - **Calcium** : 1200mg/jour
 - **Vitamine D₃** : 800 à 1200UI/j



Repas types PA en bonne santé

Petit déjeuner

- 1 bol de lait + chicorée
- 4 biscottes beurrées
- 1 verre de jus de fruit

Déjeuner

- Carottes râpées
- 1 escalope de poulet à la crème
- 2 pommes de terres
- 1 fromage blanc au fruits
- 2 clémentines

Collation : 1 riz au lait

Dîner

- 1 potage de légumes + pdt
- 1 tranche de jambon
- Pain + fromage
- 1 compote

Fruits et/ou légumes



Au moins 5 par jour

Pain et autres aliments
céréaliers, pommes de terre
et légumes secs



A chaque repas
et selon l'appétit

Lait et produits laitiers
(yaourts, fromage...)



3 ou 4 par jour

Viandes et volailles
produits de la pêche
et œufs



2 fois par jour

Matières grasses
ajoutées



Sans en abuser

Produits sucrés



Sans en abuser

Boissons



1 litre à 1,5 litre par jour

PEC nutritionnelle d'une dénutrition

- Plus la PEC est **précoce**, plus elle est **efficace**
- **Apports énergétiques** : 35 à 40kcal/kg/j
- **Protéines** : 1,2 à 1,5g/kg/j



Etude de cas

Mme D vient voir son médecin traitant pour une visite de contrôle

85 ans, veuve, autonome, vit seule au domicile sans aides

- ATCD : HTA (régime sans sel), ostéoporose, pace-maker, surdité
- Poids : 75kg
- Taille actuelle : 155cm
 - *penser à l'échelle de Chumléa talon-genoux pour les patients ayant du mal à se mobiliser*
- IMC : 31 (obésité)



Lors de la pesée, on note une **perte de 5kg** par rapport à la dernière visite qui date de **6 mois** (= 6,2%).

Mme D : « Je rentre mieux dans mes pantalons et puis, j'ai de la marge ! C'est vrai que je mange un peu moins... mais je marche moins que d'habitude ! »

➤ Pas de dénutrition

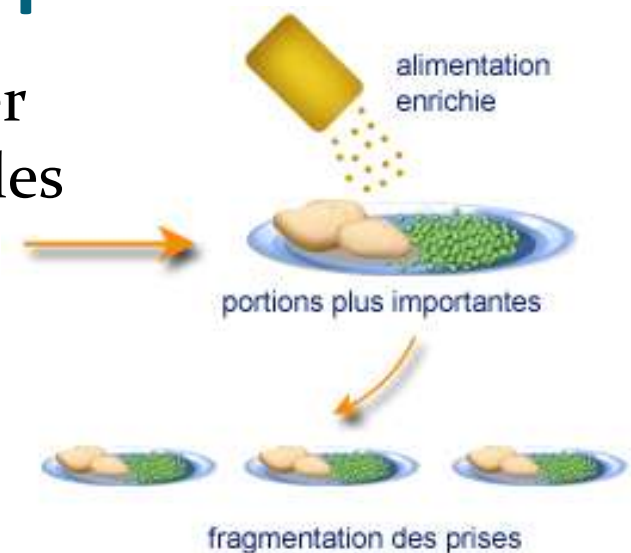
- Conseils diététiques pour **stabiliser le poids** (perte de poids rapide = masse maigre prédominante)
- Réévaluation à 1 mois avec bilan sanguin albuminémie + CRP

PEC de 1^{ère} intention

Alimentation fractionnée : consommer des collations entre les repas, prendre les desserts à distance des repas, ..

Alimentation enrichie :

- Fromage râpé
- Matière grasse (beurre, huile, crème)
- Sauces (moutarde, mayonnaise, sauce salade)
- Dés de jambon, thon, surimi
- Sucre, miel, chantilly
- Lait en poudre



Objectifs :

Augmenter les apports protéiques et caloriques tout en conservant des repas de petit volume

Etude de cas



Mme D revient le mois suivant, bilan sanguin en main :

- Albuminémie : 31g/l
- CRP : négative
- Poids : 73kg (soit une perte de 2kg supplémentaires)

Lors de l'entretien, Mme D avoue qu'elle a **perdu l'appétit** depuis que sa fille a déménagé dans le Nord. Elle sort seulement pour faire les courses -> *Isolement social*

Une enquête rapide montre une **EPA à 5/10**. Le matin, elle **saute le petit déjeuner** car elle a trop de médicaments à prendre, et que le pain sans sel ne lui donne plus envie. Elle n'a plus la force et l'envie de se faire à manger, n'a pas réussi à mettre en place les conseils diététique -> *polymédication + régime restrictif anorexigène*

➤ **Dénutrition modérée**

- Mise en place d'une complémentation orale pour **stopper la perte de poids**
- Traitement et régime revu : risque anorexigène, carence, etc.
- Stimulation pour faire des activités à l'extérieur
- Mise en place d'aides pour les repas

PEC de 2^{ème} intention

Mise en place d'une complémentation orale

Utilisés pour augmenter l'apport énergétique et/ou protidique des patients dénutris ou à risque de dénutrition

- **Complémentaires** à l'alimentation habituelle
- Doit être pris **entre les repas** (2h d'écart)
- Bien expliquer l'**intérêt** au patient
- Peuvent être pris **froids, chauds, cuisinés...**



Objectifs :

Compléter une alimentation insuffisante pour **LUTTER** et **PREVENIR** la dénutrition

Différents types de CNO



Boisson lactée



Boisson fruitée



Crème



Compote



En poudre



Plat mixé



Biscuit



Yaourt



Soupe

CNO spécifiques



Immuno nutrition
Pré et post chirurgie
digestive pour cancer



Troubles de la déglutition
Texture crème



Troubles du métabolisme glucidique
Sans sucre



Cicatrisation
Riche en arginine

Merci de votre attention

