

La dénutrition de la personne âgée



PROGRAMME

- La dénutrition et ses conséquences
- Les nouvelles recommandations de l'HAS : Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus
- Pour vous accompagner dans la prise en charge de la dénutrition



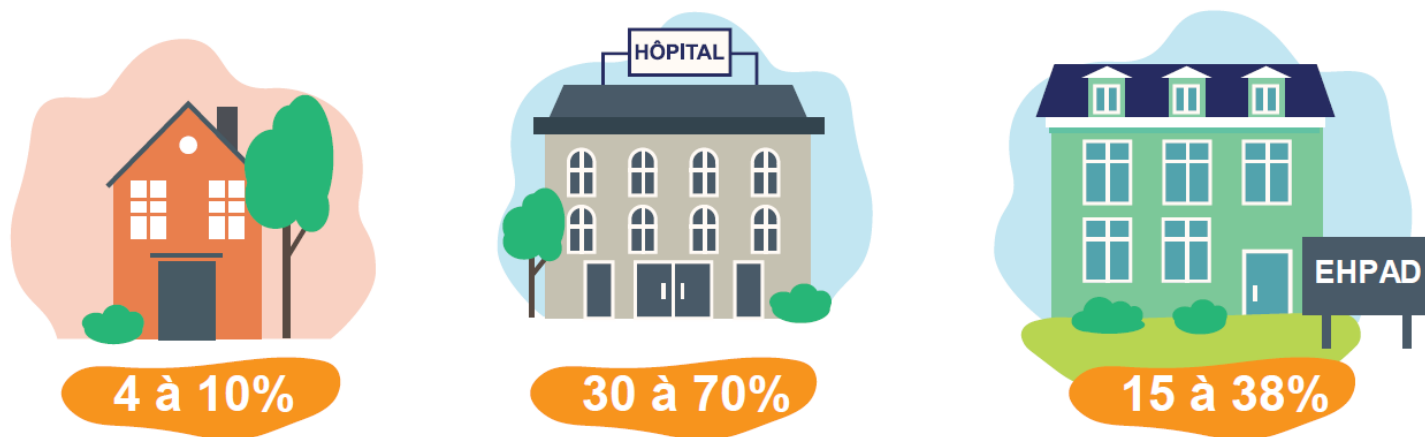
1. La dénutrition et ses conséquences



LA RÉALITÉ DE LA DÉNUTRITION EN FRANCE

2 millions de personnes souffrent de dénutrition en France, en grande majorité **les personnes âgées**.

La prévalence varie selon le lieu de vie et leur environnement.



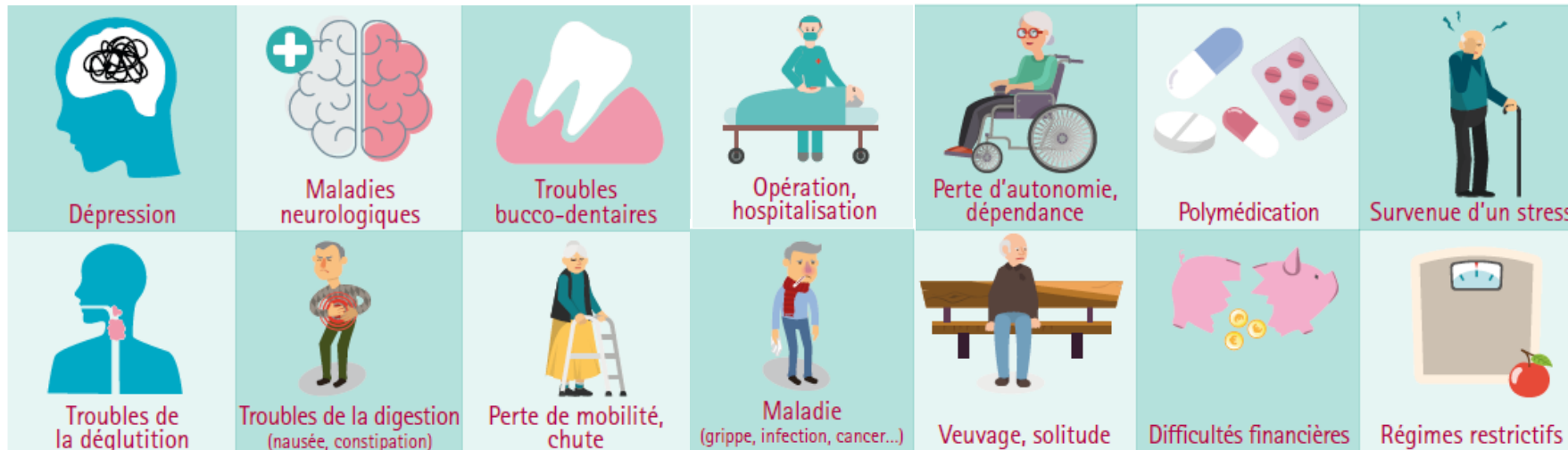
LA DÉNUTRITION, C'EST QUOI ?



La dénutrition peut être liée à un ou à une association des facteurs suivants :

- un **déficit d'apport protéino-énergétique** ;
- une **augmentation des dépenses énergétiques totales** ;
- une **augmentation des pertes énergétiques et/ou protéiques**.

SITUATIONS À RISQUE



Quels sont les liens avec la cachexie, la sarcopénie et la fragilité ?

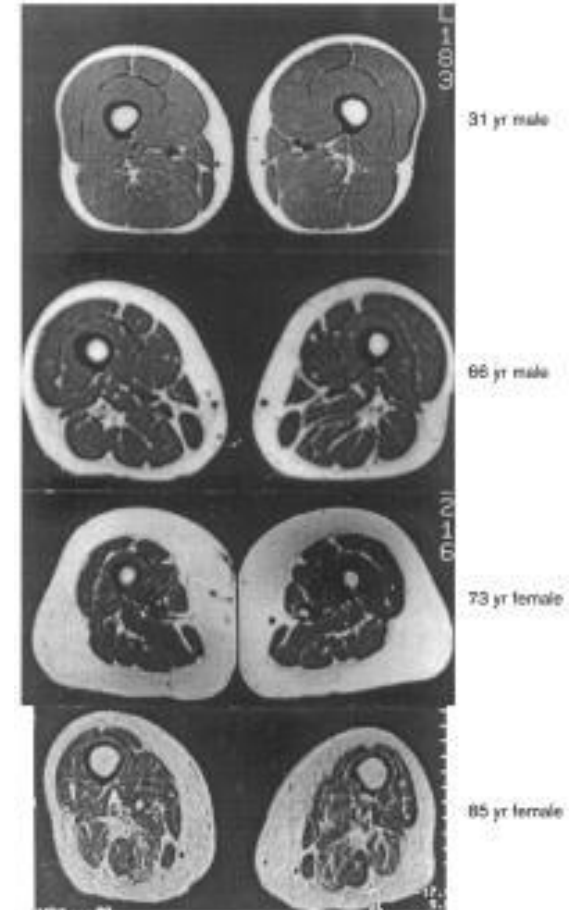
LA CACHEXIE

- La cachexie : état de malnutrition chronique **avec inflammation**, associant une anorexie et une destruction tissulaire, causé par une pathologie sous-jacente.
- La cachexie lors du cancer et la cachexie lors de l'insuffisance cardiaque sont des exemples typiques de ce type de dénutrition, associés dans les deux cas à une aggravation du pronostic.

Quels sont les liens avec la cachexie, la sarcopénie et la fragilité ?

LA SARCOPENIE

- La sarcopénie : perte de la qualité du muscle, de la quantité du muscle et de la performance du muscle, aboutissant à une incapacité physique, à la fragilité et à la dépendance.
- Elle constitue un facteur de gravité de la dénutrition



Quels sont les liens avec la cachexie, la sarcopénie et la fragilité ?

LA FRAGILITE

- La fragilité est un concept encore mal clarifié, qui associe une vulnérabilité, une mauvaise adaptabilité et des réserves énergétiques et protéiques faibles.
- Elle est essentiellement liée au grand âge et constitue un facteur de risque de handicap et de dépendance.
- Elle pourrait être, dans certains cas, réversible en fonction des prises en charge.

Quels sont les liens avec la cachexie, la sarcopénie et la fragilité ?

Tableau 1. Comparatif des critères de fragilité, de sarcopénie et de cachexie

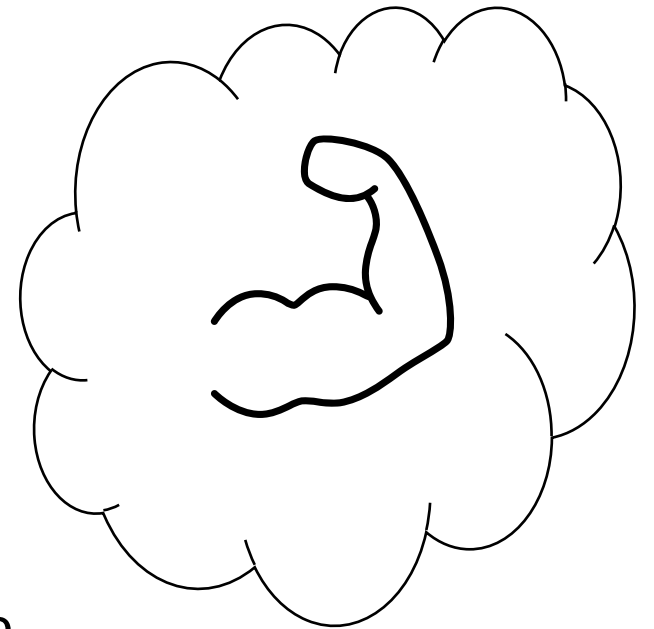
	Fragilité*	Sarcopénie	Cachexie
Perte de poids involontaire	X		X
Force musculaire diminuée	X	X	
Réduction de la masse musculaire		X	X
Sédentarité/inactivité	X		
Asthénie inhabituelle	X		X
Performances physiques	X	X	
Inflammation			X
Réduction des prises alimentaires			X

* Selon Fried *et al.* 2001

Les modifications physiologiques associées au risque nutritionnel

Modification de la composition corporelle

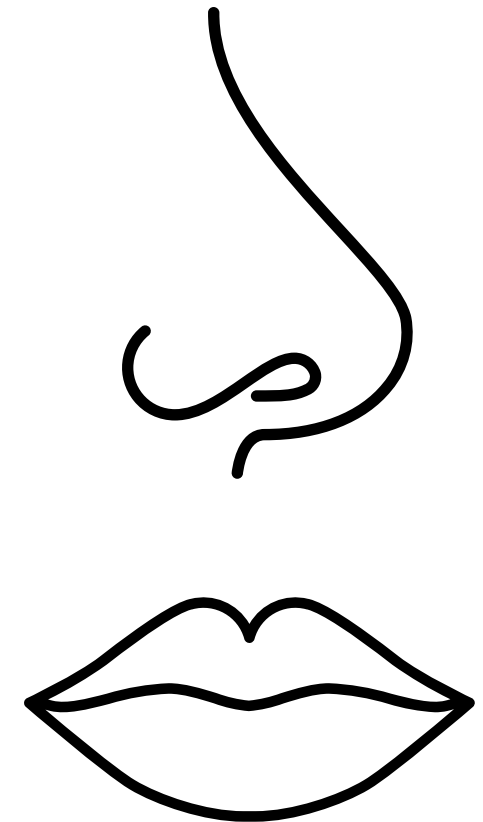
- **Diminution progressive de la masse musculaire**, appelée sarcopénie
- Les **causes sont multiples** : **sédentarité**, apport insuffisant en protéines, altération du métabolisme protéique.....
- En cas de dénutrition, chez la personne âgée, la perte de poids s'effectue au détriment de la masse musculaire, aggravant encore la sarcopénie



Les modifications physiologiques associées au risque nutritionnel

Dysrégulation de l'appétit et « anorexie liée à l'âge »

- Une **altération** des capacités sensorielles associée au vieillissement, comme l'augmentation du **seuil de perception du goût** et de l'**odorat**, pourrait être impliquée.
- On évoque aussi le ralentissement de la vidange gastrique, l'augmentation de production de facteurs anorexigènes et la diminution de production de facteurs orexigènes.

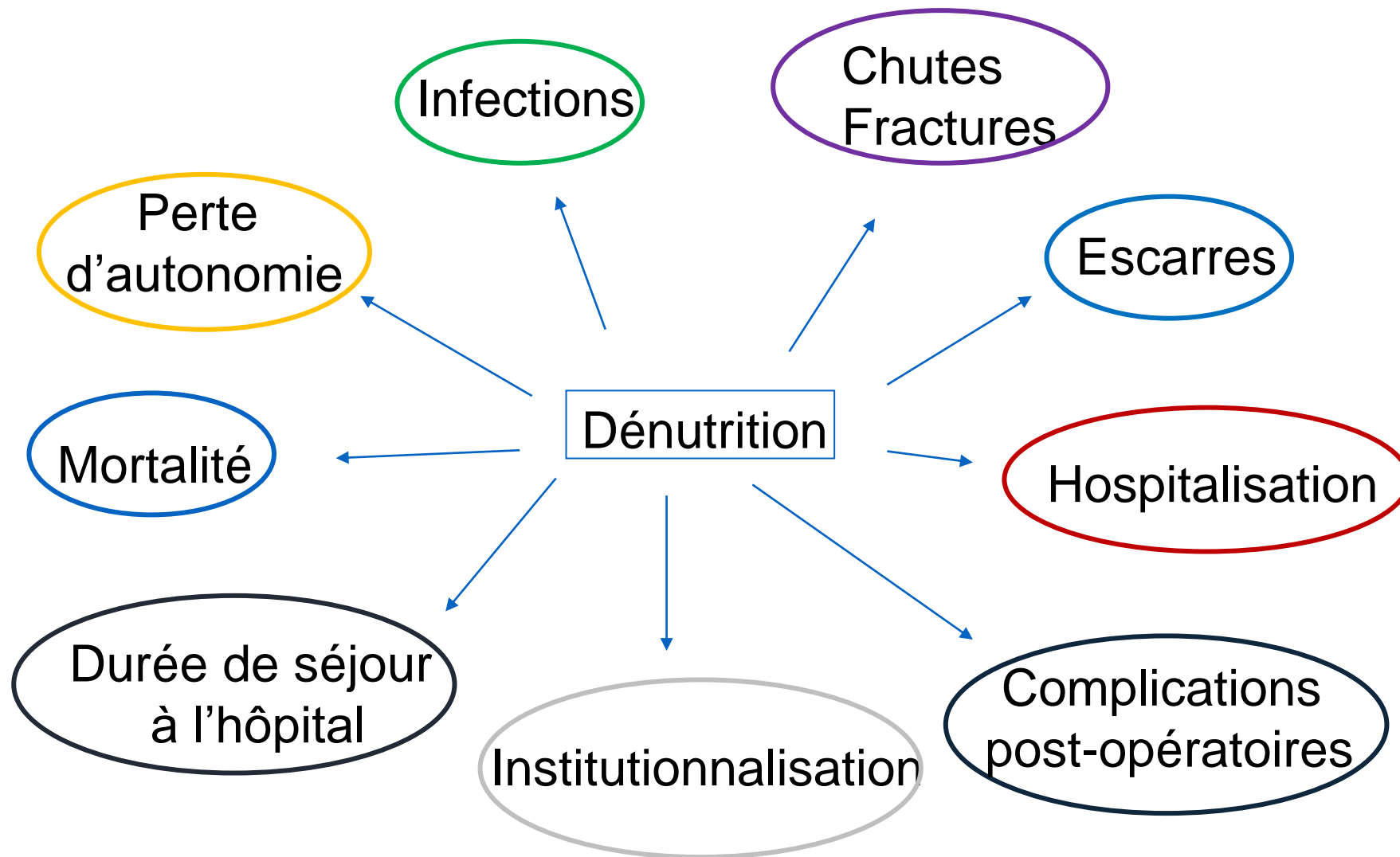


Les modifications physiologiques associées au risque nutritionnel

Séquestration splanchnique des acides aminés

- L'extraction relative des acides aminés est significativement augmentée par rapport à la normale
- Elle peut se produire dans l'intestin ou le foie
- Cela diminue d'autant la disponibilité des acides aminés et l'effet anabolique musculaire de l'hyperamino-acidémie
- Elle est en moyenne significativement augmentée chez les individus âgés

Les conséquences de la dénutrition



2. Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus

Novembre 2021



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



Des nouveaux outils de diagnostic de la dénutrition

Entre 2007 et 2018, les outils de diagnostic étaient les suivants :

- Mini Nutritional Assessment (MNA[®])
- La perte de poids
- L'IMC (21)
- Le niveau d'apport alimentaire
- L'albuminémie
- Indices de masse maigre



**Manque de cohérence
entre ces différents outils**

Des nouveaux outils de diagnostic de la dénutrition

Les nouvelles recommandations se basent sur la **présence d'au moins 1 critère phénotypique et 1 critère étiologique**

Critères phénotypiques (1 seul critère suffit)	Critères étiologiques (1 seul critère suffit)
Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.	Réduction de la prise alimentaire $\geq 50\%$ pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport à la consommation alimentaire habituelle ou aux besoins protéino-énergétiques.
IMC $< 22 \text{ kg/m}^2$.	Absorption réduite
Sarcopénie confirmée par une réduction quantifiée de la force et de la masse musculaire	Situation d'agression (avec ou sans syndrome inflammatoire) : pathologie aiguë ou pathologie chronique évolutive ou pathologie maligne évolutive.

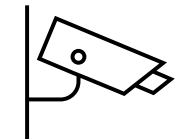
Des nouveaux outils de diagnostic de la dénutrition

Dénutrition modérée (1 seul critère suffit)	Dénutrition sévère (1 seul critère suffit)
$20 \leq \text{IMC} < 22$	$\text{IMC} < 20 \text{ kg/m}^2$
Perte de poids $\geq 5\%$ et $< 10\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ et $< 15\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ et $< 15\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.	Perte de poids $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois ou $\geq 15\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
$30 \text{ g/L} \leq \text{Albuminémie} \leq 35 \text{ g/L}$.	Albuminémie $< 30 \text{ g/L}$.



Prise en charge nutritionnelle à adapter selon le degré de sévérité de la dénutrition

Des nouveaux outils de diagnostic de la dénutrition



Que le patient soit dénutri ou non une surveillance de l'évolution de l'état nutritionnel sera nécessaire :

Quel que soit le statut nutritionnel, la surveillance repose sur :

- La mesure du poids ;
- Le calcul de l'IMC ;
- L'évaluation de l'appétit ;
- L'évaluation de la consommation alimentaire ;
- La force musculaire ;



➤ **En ville** : 1 fois par mois à domicile et à chaque consultation ;



➤ **A l'hôpital MCO et SSR** : à l'entrée, puis au moins une fois par semaine, et à la sortie ;

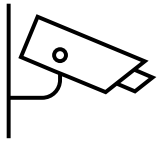


➤ **En EHPAD et USLD** : à l'entrée, puis au moins une fois par mois

3. Pour vous accompagner dans la prise en charge de la dénutrition



Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée HAS – SFNCM 2007



Identifier et prendre en charge les pathologies et facteurs de risque associés à la dénutrition



Objectifs de la prise en charge chez la personne âgée dénutrie	Modalités possibles de prise en charge nutritionnelle
<ul style="list-style-type: none">• Apports énergétiques de 30 à 40 kcal/kg/j• Apports protéiques : 1,2 à 1,5 g/kg/j	<ul style="list-style-type: none">• Orale : conseils nutritionnels, aide à la prise alimentaire, alimentation enrichie et compléments nutritionnels oraux (CNO)• Entérale• Parentérale

Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée HAS- SFNCM 2007

Modalités pratiques de la prise en charge nutritionnelle orale



Conseils nutritionnels

- 3 repas + 1 ou 2 collations
- Aliments énergétiques et protéiques
 - Féculents
 - Viande, œuf poisson
 - Laitages
- Saveur et diversité des aliments
- Aides humaines et techniques



Enrichissement de l'alimentation

- Poudre de lait, lait concentré sucré, fromage râpé, crème fraîche...
- Poudre de protéines industrielles



Compléments nutritionnels oraux

- Au moins 400 kcal et 30 g de protéines / jour
- Pendant au moins un mois

GRAND ÂGE & PETIT APPÉTIT : prévenir la dénutrition chez le sénior dépendant

GRAND ÂGE & PETIT APPÉTIT

- Le projet RENESSENS a développé une méthodologie permettant de proposer une offre alimentaire personnalisée, c'est-à-dire adaptée aux besoins, capacités et préférences de chaque personne âgée dépendante pour son alimentation.
- Afin de prévenir le risque dénutrition chez ces séniors, il est essentiel d'enrichir l'alimentation des séniors en perte d'appétit pour leur permettre de couvrir leurs besoins nutritionnels.
- Enrichir, c'est augmenter la densité nutritionnelle des plats sans augmenter (voir en réduisant) la taille des portions.



CONCLUSION

- Le **dépistage** et le **diagnostic** de la dénutrition sont **indispensables** chez le patient âgé de **70 ans et plus**
- Le diagnostic repose sur la **présence d'au moins 1 critère phénotypique** et **1 critère étiologique**
- La **prise en charge précoce** et le **suivi de la dénutrition** permettent :
 - une **diminution des risques d'hospitalisation**
 - une **diminution des complications** pendant l'hospitalisation
 - **limite la perte d'autonomie**
 - **améliore la qualité de vie** des patients



**Merci de votre
attention !**