

# Troubles nutritionnels chez le sujet âgé IC-252

- Connaître les conséquences du déséquilibre nutritionnel et de dénutrition chez le sujet âgé (SA)
- Connaître la définition des besoins nutritionnels principaux du SA
- Connaître les principaux facteurs de risque et de prévention de dénutrition du SA
- Connaître les critères diagnostiques de la dénutrition et de la dénutrition sévère du SA
- Citer les complications de dénutrition du SA
- Connaître la définition de l'obésité du SA
- Connaître les conséquences spécifiques négatives et protectrices de l'obésité SA
- Connaître les critères biologiques d'une dénutrition du SA
- Connaître les grands principes de la prise en charge de la dénutrition du SA

## Connaître les conséquences du déséquilibre nutritionnel et de dénutrition chez le sujet âgé (SA) OIC-252-01-B

**L'équilibre nutritionnel est modifié au cours du vieillissement, avec pour principales conséquences:**

- modification de la composition corporelle : diminution de la masse musculaire et augmentation de la masse grasse.
- altération de la régulation de l'appétit ;
- exposition au risque d'obésité et de dénutrition ;

**Les conséquences fonctionnelles d'un déséquilibre nutritionnel sont aggravées par la coexistence :**

- d'autres marqueurs de vieillissement, comme la sarcopénie et la désadaptation à l'effort qui participent à la réduction de l'activité physique et de l'appétit,
- de comorbidités et/ou de traitements qui peuvent avoir un impact sur le goût, l'appétit, et favoriser la survenue d'épisodes d'hypercatabolisme.

**La dénutrition :**

- est la conséquence d'une diminution des apports liée aux modifications de l'appétit et de l'activité physique
- est également liée aux épisodes d'hypercatabolisme lors de pathologies intercurrentes, à l'origine d'une augmentation des dépenses énergétiques
- doit être recherchée dans tout bilan gériatrique global et doit être identifiée précocement, ainsi que ses mécanismes, pour les corriger car elle
  - est une comorbidité et un facteur de risque indépendant de mauvais pronostic (autonomie, chutes, infections et décès) ;
  - fait partie des causes majeures de vulnérabilité et de fragilité des individus âgés.
  - est une des causes de dépendance iatrogène (recommandations HAS)

## Connaître la définition des besoins nutritionnels principaux du SA OIC-252-02-A

La référence nutritionnelle pour la population (RNP) est l'apport quotidien qui couvre les besoins de la quasi-totalité (97,5%) de la population en bonne santé.

Apports énergétiques	30 kcal/kg/jour
Apports protidiques	1 à 1,2 g/kg/jour
Apports glucidiques	50% des apports énergétiques totaux
Apports lipidiques	40% des apports énergétiques totaux
Apports en acides gras essentiels	9-10 g/jour
Apports hydriques	40 ml/kg/jour
Apports en fibres	30 g/jour
Apports calciques	1 g/jour
Apports en vitamine D	15 µg/jour

- Un poids stable (en dehors de troubles de l'hydratation) est le témoin que les apports énergétiques combleront les besoins.
- Il semble important de préserver des apports en protéines d'origine animale car leur composition en acides aminés est plus riche en acides aminés essentiels.
- La moitié du besoin quotidien en eau est apportée par les boissons et l'autre moitié est apportée par les aliments. Les apports viennent compenser les pertes hydriques qui sont de l'ordre de 1,5 l/j dans les urines, 900 ml/j de pertes insensibles par perspiration et 100 ml/j dans les selles.

# Connaître les principaux facteurs de risque et de prévention de dénutrition du SA OIC-252-03-B

Les facteurs de risque de dénutrition sont nombreux et souvent multiples chez un patient âgé :

- Dépendance
- Facteurs psycho-socio-environnementaux (deuil, entrée en institution, isolement social..)
- Toute symptomatologie (y compris douleur) ou pathologie médicale ou chirurgicale aiguë en lien avec un hypercatabolisme (comme un contexte inflammatoire) qui associe :
  - Catabolisme musculaire (diminution de la masse musculaire), qui représente la première source énergétique mobilisable
  - Fonte des réserves lipidiques (diminution du tissu adipeux)
  - Modification du métabolisme glucidique
- Toute pathologie chronique à un stade sévère (cardiaque, respiratoire, rénale et hépatique) mais également les troubles neurocognitifs majeurs, une pathologie psychiatrique (en particulier dépression) ou un cancer
- Toute situation aiguë qui perturbent l'accès à l'alimentation (impotence) ou la prise alimentaire en elle même (troubles buccodentaires, troubles de la déglutition ou troubles du comportement) plus difficiles
- Iatrogénie médicamenteuse (polymédication, sécheresse buccale, dysgueusie, anorexie, somnolence, etc..)

## Connaître les critères diagnostiques de la dénutrition et de la dénutrition sévère du SA OIC-252-04-A

+++++++ NOUVEAUX CRITERES HAS 2021 ++++++

Définition de la dénutrition : état d'un organisme en déséquilibre nutritionnel. Le déséquilibre nutritionnel est caractérisé par un bilan énergétique et/ou protéique négatif.

**Dénutrition : présence d'au moins 1 critère phénotypique ET au moins d'1 critère étiologique.**

**Les CRITERES PHENOTYPIQUES (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 ;
- IMC  $< 22 \text{ kg/m}^2$ ;
- Sarcopénie confirmée.

Comment déterminer la présence d'une **SARCOPENIE** : Réduction de la **force musculaire** (au moins 1 critère : 5 levers de chaise ou force de préhension (dynamomètre)) **ET** Réduction de la **masse musculaire** (au moins 1 critère : masse musculaire appendiculaire ou index de masse musculaire appendiculaire en  $\text{kg/m}^2$  ou diamètre du mollet)

**Les CRITERES ETIOLOGIQUES (1 seul critère suffit)**

- 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 ;
- Absorption réduite (malabsorption/maldigestion) ;
- Situation pathologique (avec ou sans syndrome inflammatoire) : pathologie aiguë infection, fracture...), ou pathologie chronique (insuffisance cardiaque...), ou pathologie maligne évolutive

Une fois le diagnostic porté, on évalue la gravité :

**Les critères de dénutrition sévère** sont les suivants (1 seul critère suffit) :

- IMC  $< 20 \text{ kg/m}^2$ ;
- 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 ;
- Albuminémie  $\leq 30 \text{ g/L}$  (avec ou sans syndrome inflammatoire).

## Citer les complications de dénutrition du SA OIC-252-05-A

Les principales complications de la dénutrition protéino-énergétique du sujet âgé sont :

### 1-Morbi-mortalité

La dénutrition augmente significativement la morbidité et la mortalité. Sa présence est un facteur de mauvais pronostiques dans de nombreuses pathologies (cancer, infections...)

En augmentant les complications à l'hôpital, elle augmente la durée de séjour. La dénutrition augmente aussi le risque d'institutionnalisation chez les personnes âgées vivant à domicile.

## 2-Sarcopénie

Correspond à la diminution de la masse, de la force et de la fonction musculaires au cours du vieillissement, elle même associée à la diminution de la mobilité, au risque de chute et à la dépendance.

## 3-Immunodépression

La dénutrition altère l'immunité à médiation cellulaire, l'immunité humorale et l'immunité non spécifique, augmentant le nombre et la sévérité des infections, ainsi que le risque d'infection nosocomiale.

4-**Escarres** (SDD-086) : la dénutrition augmente le risque d'apparition mais peut également induire un retard de cicatrisation.

## 5-Déshydratation

6- **Déficits en micronutriments** (vitamines B9, B12, et oligoéléments zinc)

---

## Connaître la définition de l'obésité du SA OIC-252-06-B

La définition de l'obésité est identique quel que soit l'âge. L'obésité se définit donc par un IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> chez la personne âgée.

Le piège : un patient âgé obèse peut être dénutri.

---

## Connaître les conséquences spécifiques négatives et protectrices de l'obésité SA OIC-252-07-B

### L'obésité facteur de risque de :

- diabète,
- hypertension artérielle,
- dyslipidémie,
- pathologies cardiovasculaires,
- insuffisance respiratoire,
- insuffisance veineuse,
- arthrose, complications articulaires
- mortalité toutes causes ou cardiovasculaire en particulier pour l'obésité morbide.
- Perte d'indépendance fonctionnelle du fait d'un déséquilibre entre l'excès de poids et une masse musculaire insuffisante. Les activités de la vie quotidienne (lever d'une chaise, monter des marches) deviennent difficiles à réaliser avec un risque d'entrer dans la dépendance.

### Obésité facteur protecteur :

- Diminution du risque de fracture (rôle protecteur mécanique du tissu adipeux en cas de traumatisme, pression stimulante du poids sur la structure osseuse, et effet hormonal lié à la transformation des androgènes surrénaliens en oestrogènes par le tissu adipeux) ;
- Augmentation de la survie dans des pathologies chroniques cachectisantes comme l'insuffisance rénale, respiratoire et cardiaque ou les rhumatismes inflammatoires lorsqu'elle est associée à des réserves énergétiques importantes.

---

## Connaître les critères biologiques d'une dénutrition du SA OIC-252-08-B

Les critères de dénutrition sont principalement CLINIQUES++

Certains marqueurs sont utilisés:

Albuminémie :

- Critère diagnostique de dénutrition (HAS 2007, en dehors de tout contexte inflammatoire)
- Marqueur robuste de mauvais pronostic et de mortalité.
- Demi-vie relativement longue de 21 jours en situation métabolique stable
- Taux influencé par l'inflammation et le statut hydrique.
- Utilisée hors syndrome inflammatoire comme critère diagnostique de dénutrition (<35 g/L) et de dénutrition sévère (<30 g/L)
- Ne doit pas être surveillée plus d'une fois par mois donc inadapté dans le suivi en situation aiguë.

Transthyrétine (ou préalbumine) :

- Elle n'est pas utilisée en pratique clinique courante
- utile pour le suivi nutritionnel à plus court terme lors d'une prise en charge nutritionnelle.
- Demi-vie très courte de 2 jours.
- dénutrition suspectée à partir d'un taux plasmatique < 0,2 g/l.

# Connaître les grands principes de la prise en charge de la dénutrition du SA OIC-252-09-B

L'alimentation doit rester ou redevenir un plaisir, et peut être aussi l'occasion de développer un lien social.

La prise en charge de la dénutrition (renutrition) :

- doit être considérée comme un acte thérapeutique avec pour objectif la correction de la dénutrition
- doit intégrer l'avis du malade et/ou de son entourage,
- peut et doit intégrer des considérations éthiques, et parfois des discussions multidisciplinaires pour déterminer le projet thérapeutique
- doit impliquer tous les intervenants familiaux ou professionnels (diététicien, personnel de soin et personnel de rééducation pour encourager les prises alimentaires et l'activité physique.

**La stratégie** de prise en charge de la dénutrition

**1- Evaluation gériatrique pour comprendre dans quel contexte survient cette dénutrition et chez quel patient âgé (comme dans toute approche gériatrique)**

- comorbidités,
- traitements en cours,
- dépendance,
- contexte socio environnemental,
- **espérance de vie et qualité de vie.**

**2- Recherche et prise en charge de tous les facteurs qui pourraient aggraver/participer à la dénutrition**

- pathologies chroniques et aiguës
- état bucco-dentaire, mycoses buccales
- recherche de troubles de la déglutition
- constipation
- régimes inappropriés,
- effets secondaires des médicaments,
- difficultés à s'approvisionner, à cuisiner ou à s'alimenter...

**3- Déterminer les objectifs protéino-énergétiques et évaluer les apports alimentaires actuels du patient âgé**

- apport énergétique 30 à 40 kcal/kg/j
- apport protidique 1,2 à 1,5 g de protéine/kg/j
- ingesta (nombre de KCal/ jour, moyenne sur quelques jours) ?

**4- Choix des modalités de prise en charge nutritionnelle, basé sur le statut nutritionnel du malade et le niveau des apports alimentaires énergétiques et protéiques spontanés**

- en présence d'une dénutrition, débiter prioritairement par des conseils nutritionnels, une alimentation enrichie, et en cas d'échec recourir à des compléments nutritionnels oraux (CNO)
- en présence d'une dénutrition sévère, débiter par des compléments nutritionnels oraux (CNO)
- puis si les apports alimentaires spontanés sont effondrés (apports alimentaires inférieurs à 50% des apports attendus) ou en deuxième intention en cas d'échec de la prise en charge nutritionnelle orale.
  - Nutrition entérale en première intention lorsque le tube digestif est fonctionnel
  - Nutrition parentérale, en cas d'occlusion, de malabsorption ou l'échec d'une nutrition entérale bien conduite.

**5- Surveillance ++ (la fréquence dépend de la situation clinique, de la sévérité de la dénutrition)**

prévenir le syndrome de renutrition inappropriée

La fréquence de la surveillance est variable en fonction de la situation clinique, de la sévérité de la dénutrition et de l'évolution pondérale,

• Poids lors de toute consultation médicale, à l'entrée de toute hospitalisation puis 1 x/semaine en court séjour et 1 x/15 jours en SSR, à l'entrée en institution (SLD ou EHPAD) puis 1 /mois.

• Apports alimentaires (ingesta)

• Albumine : dosage recommandé sauf si l'albuminémie initiale est normale, au maximum une fois par mois en dehors de situations particulières.