

Webinaire SFGG – Nutrisens  
2022

Dénutrition chez la personne âgée

Dépister plus vite  
pour mieux soigner



**NUTRISENS\***

# Dénutrition

⇓ Apports  
en nutriments

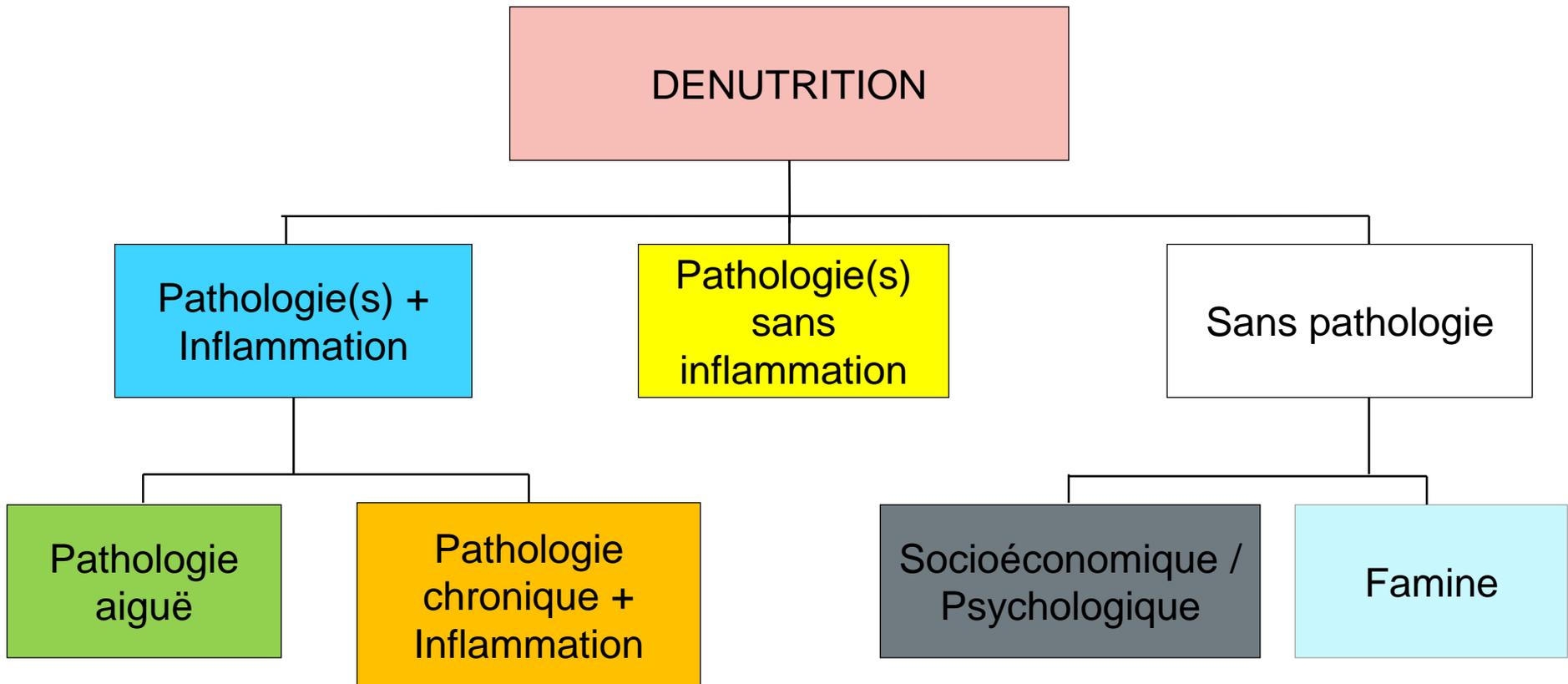


⇑ Besoins  
en nutriments

- ⇓ tissu adipeux
- ⇓ **muscle**
- ⇓ **immunité**

- ⇓ capacités fonctionnelles
- ⇑ chutes, fractures
- ⇑ risque d'infection
- ⇑ complications méd. et chir.
- ⇑ hospitalisations
- ⇑ institutionnalisation
- ⇑ décès

# Causes de dénutrition



Dénutrition  
**sans** inflammation

Dénutrition  
**avec** inflammation



**MARASME**

Carence protéino  
énergétique  
prolongée

Adaptation  
métabolique  
Albumine  
normale

Pas d'œdème

Albumine



**KWASHIORKOR**

Carence protéino  
énergétique  
+  
**Agression  
métabolique**  
↓ albuminémie

Cachexie



*et toutes les formes intermédiaires...*

# Causes de Dénutrition

## Comme à tout âge

Cancer

Insuffisance cardiaque

Insuffisance respiratoire

Insuffisance rénale

Pathologie inflammatoire

Pathologie infectieuse

Insuffisance hépatique

Maladies intestinales

...



## Plus particulièrement chez la personne âgée

Toute affection aiguë +++

Dépendance

Troubles cognitifs

Dépression

Douleur

Polypathologie

Polymédication

Troubles de la déglutition

Troubles buccodentaires

Isolement social

« Régimes »

...

Toute perte de poids doit alerter !

**Perte de poids > 5 kg** en 5 ans

→ concerne 15 % de la population  
âgée 70 à 75 ans

→ **Risque de décès**  
**x 2**  
dans les 5 ans à venir

## Diagnostic de **dénutrition** chez la personne $\geq 70$ ans

### Au moins 1 critère phénotypique

- Perte de poids
  - $\geq 5\%$  en 1 mois
  - $\geq 10\%$  en 6 mois
  - $\geq 10\%$  /poids habituel  
avant la maladie
- IMC  $< 22$
- Sarcopénie confirmée
  - $\downarrow$  force
  - $\downarrow$  masse musculaire

### Au moins 1 critère étiologique

- $\downarrow$  apport alimentaires  
Malabsorption/maldigestion
- Pathologie
  - ✓ Aiguë
  - ✓ Chronique
  - ✓ Cancer

# Diagnostic de **dénutrition sévère** chez la personne $\geq 70$ ans

## Au moins 1 critère phénotypique

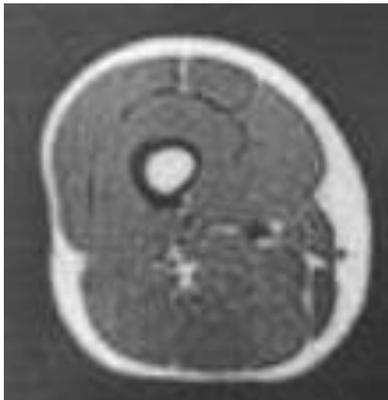
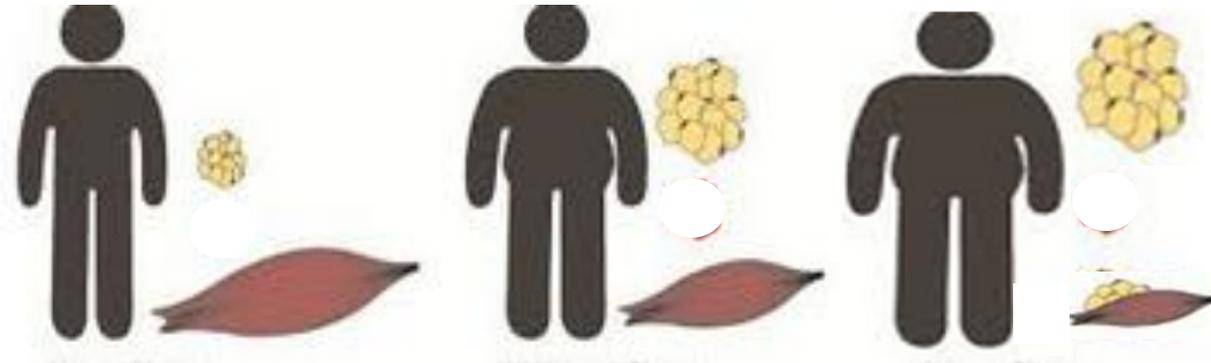
- Perte de poids
  - $\geq 10\%$  en 1 mois
  - $\geq 15\%$  en 6 mois
  - $\geq 15\%$  /poids habituel,  
avant la maladie
- IMC  $< 20$
- Albumine  $< 30$  g/l

## Au moins 1 critère étiologique

- $\Downarrow$  apport alimentaires  
Malabsorption/maldigestion
- Pathologie
  - ✓ Aiguë
  - ✓ Chronique
  - ✓ Cancer

# Obésité et dénutrition

= Trop de graisse et pas assez de muscle



# Prise en charge nutritionnelle

*La prise en charge nutritionnelle sera d'autant plus **efficace** qu'elle est **précoce** !*

## Dépistage précoce

- Par le patient lui-même, son entourage, les professionnels de santé (infirmières, aides à domicile, pharmaciens, médecins toutes spécialités...)
- Devant : ↓ poids, ↓ force, ↓ appétit, ↓ consommation alimentaire, situation clinique favorisante....



# Prise en charge de la dénutrition

Objectif

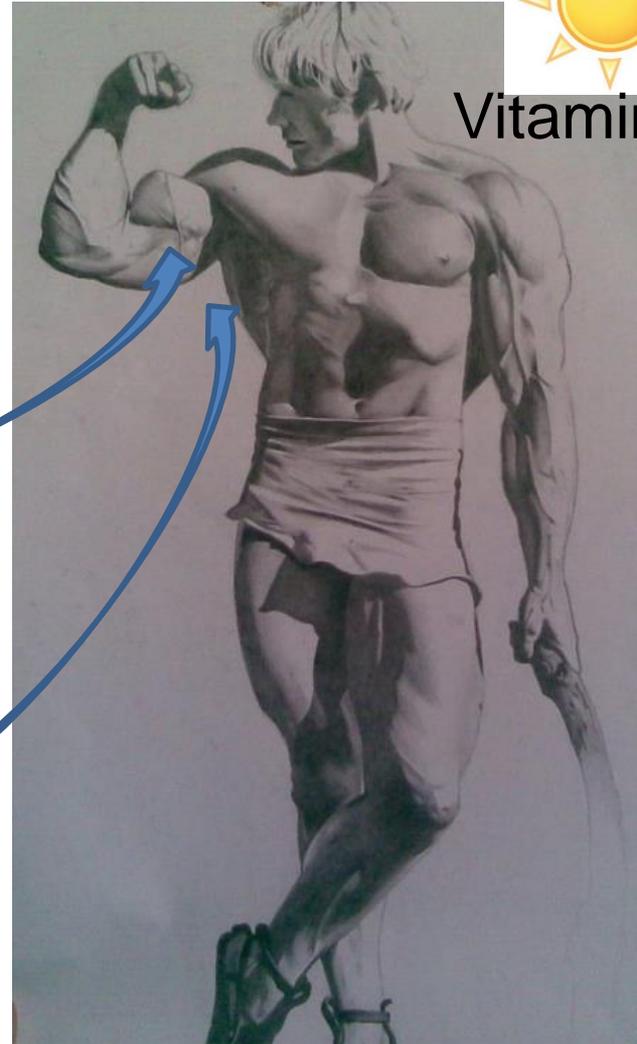
**le muscle +++**



Protéines



Energie



Vitamine D

# Prise en charge de la dénutrition

## – Orale

- Conseils nutritionnels
- Alimentation enrichie
- Compléments nutritionnels oraux

## – Entérale

- Si l'alimentation orale est insuffisante
- Tant que le tube digestif est fonctionnel

## – Parentérale *réservée aux 3 situations suivantes*

- Malabsorptions sévères anatomiques ou fonctionnelles
- Occlusions intestinales aiguës ou chroniques
- Échec d'une nutrition entérale bien conduite

# Stratégie de prise en charge nutritionnelle

## Statut nutritionnel

Apports alimentaires spontanés

	Normal	Dénutrition	Dénutrition sévère
Normaux	surveillance	<b>Conseils diététiques</b> <b>Alimentation enrichie</b> Réévaluation à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie + <b>CNO</b> Réévaluation à 15 j
↓ > ½ apports habituels	<b>Conseils diététiques</b> <b>Alimentation enrichie</b> Réévaluation à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation à 15 j Si échec <b>CNO</b>	Conseils diététiques Alimentation enrichie + CNO Réévaluation à 1 sem Si échec <b>NE</b>
↓↓ ↓↓ < ½ apports habituels	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation à 15 j Si échec <b>CNO</b>	Alimentation enrichie + CNO Réévaluation à 1 sem Si échec <b>NE</b>	Conseils diététiques Alimentation enrichie et <b>NE</b> d'emblée Réévaluation à 1 sem

# Prise en charge nutritionnelle orale

- **Conseils nutritionnels**
  - Aliments riches en énergie et protéines
  - Adapter aux goûts
  - Adapter texture
  - Collations
  - Eviter restrictions alimentaires
  - Aide technique et/ou humaine
  - Eviter jeûne > 12 heures
  - Environnement agréable
- **Consultation diététique**
- **Enrichissement de l'alimentation**
  - Poudre de lait, lait concentré sucré...
  - fromage râpé, crème fraîche
  - poudre de protéines industrielles...



# Conseils nutritionnels personnes âgées

Fruits et légumes	
Pain et autres aliments céréaliers, pommes de terre et légumes secs	
Lait et produits laitiers	
Viandes Poissons et produits de la pêche (Eufs)	
Matières grasses ajoutées	
Produits sucrés	
Boissons	
Sel	
Activité physique	



À chaque repas



À chaque repas



3 ou 4 par jour



2 fois par jour



Sans en abuser



Sans en abuser



1 litre à 1,5 litre par jour



Pas de conseil spécifique



Bouger chaque jour, le plus possible

# Davantage de goût !

- Sel
- Poivre
- Beurre, crème, huile
- Moutarde
- Ketchup
- Mayonnaise
- Citron
- Vinaigre
- Sauce soja
- Persil, ciboulette
- ...

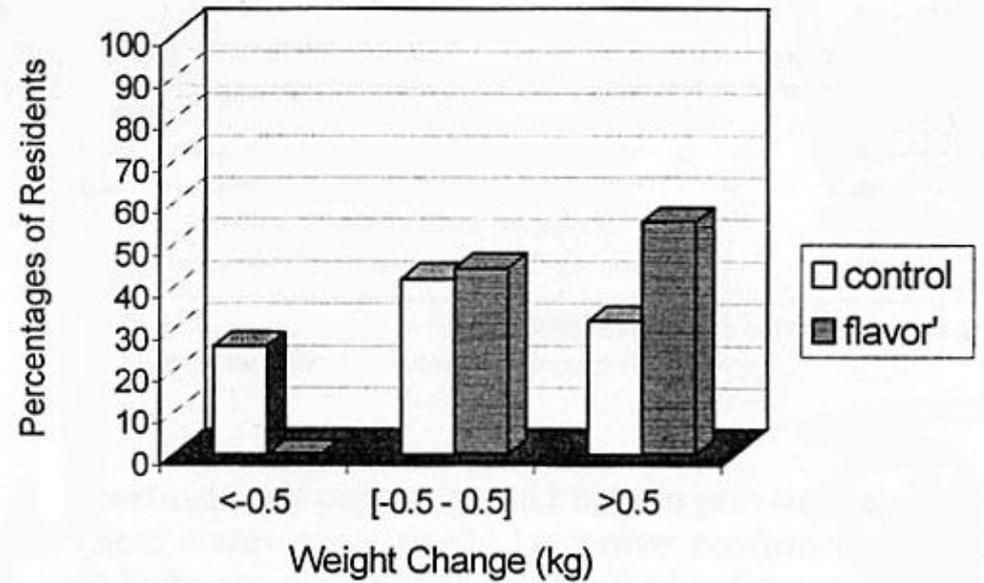


Figure 1. Distribution (%) of elderly nursing home elderly losing or gaining weight over the 16-week period (control [□]  $n = 31$  and flavor' [■]  $n = 36$ ).

Sujets institutionnalisés, âge  $84 \pm 6$  ans  
Intervention sur groupes parallèles  $n = 31$  et  $n = 36$   
pendant 16 semaines

↑ goût : poudre glutamate

*Mathey J Gerontol 2002*

# Davantage de variété dans l'assiette !



↑↑ Variété et ↑↑ qualité sensorielle



↑↑ ingesta

# Enrichissement des plats

Permet d'augmenter les *ingesta*

- 200 à 250 kcal/j
- 7 à 10 g de protéines /j



Munk T, *J Nutr Hum Diet*, 2015  
Trabal J, *Nutr Rev Adv*, 2015  
Morilla-Herrera JC, *JNHA*, 2016

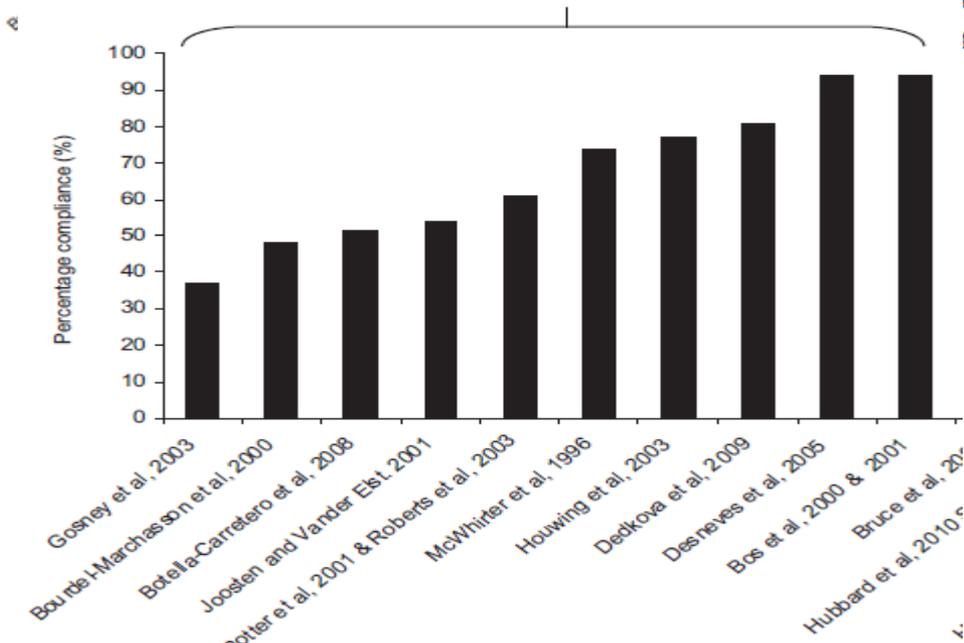
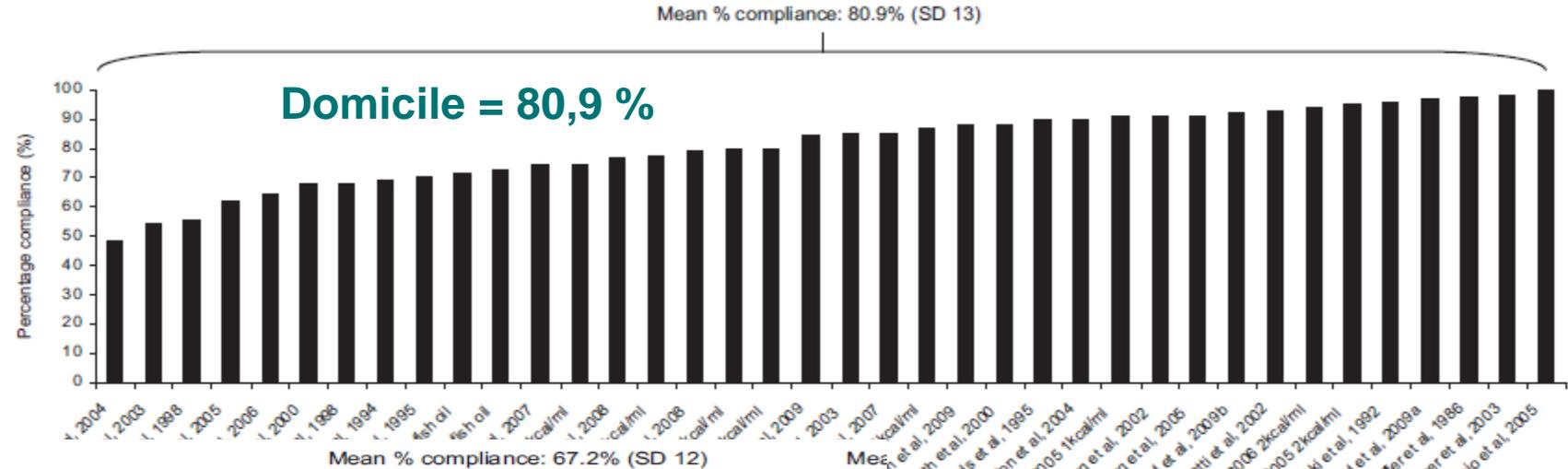
# Compléments nutritionnels oraux

- Favoriser les produits
  - hyperénergétiques ( $\geq 1,5$  kcal/ ml ou g)
  - hyperprotidiques ( $\geq 7$ g/100 mL ou g ou  $\geq 20$  % des AET)
- Au moins
  - 400 kcal
  - 30 g protéines supplémentaires par jour
- En plus et non à la place des repas +++  
ou en collation
- Prescription initiale : 1 mois maximum  
Réévaluation +++

# Compléments nutritionnels oraux

- Adapter les CNO
  - Aux capacités de mastication et de déglutition
    - Texture
  - Aux goûts de la personne, aux besoins de variété
    - Salés / sucrés
    - Grande variété disponible sur le marché
      - boisson lactées, crèmes, « petit-suisse », jus de fruit, biscuits, madeleines, pain, soupes, plats complet
      - vérifier les calories et les g de protéines dans la composition !
- La prise de CNO à la fin des repas ou entre les repas → peu d'effet sur les prises alimentaires spontanées
  - ↑ ingesta totaux /24h

# Compliance aux CNO dans les essais cliniques



Meas  
 Ane Singh et al, 2009  
 Schols et al, 2000  
 Paton et al, 1995  
 Collins et al, 2005 1kcal/ml  
 Wouters-Wesseling et al, 2004  
 Wouters-Wesseling et al, 2002  
 Hubbard et al, 2005  
 Gianotti et al, 2009b  
 Sutton et al, 2006 2kcal/ml  
 Collins et al, 2005 2kcal/ml  
 Chelzowski et al, 1982  
 Hubbard et al, 1992  
 Stauffer et al, 2009a  
 Steiner et al, 1986  
 Trejo et al, 2003

# Efficacité de la prise en charge nutritionnelle

- Résultats

↑↑ Poids

↓↓ Hospitalisations

↓↓ Complications à l'hôpital

↓↓ Réadmissions à l'hôpital

*Milne AC, Cochrane 2009 ; Cawood, Aging Res Rev 2012 ;  
Stratton RJ , Aging Res Rev 2013; Avenell A, Cochrane 2016 ; Seguy D, Clin Nutr 2020*

# Efficacité sur mortalité et complications

Etude randomisée, N = 2088  
intervention :  
suivi diététique individualisé rapproché

À 1 mois

## ↓ Complications

23% groupe intervention  
27% groupe contrôle  
OR= 0.79 [0.64–0.97], p=0.023

## ↓ Décès

7% groupe intervention  
10% groupe contrôle  
OR = 0.65 [0.47–0.91], p=0.011

Schuetz P, *Lancet* 2019

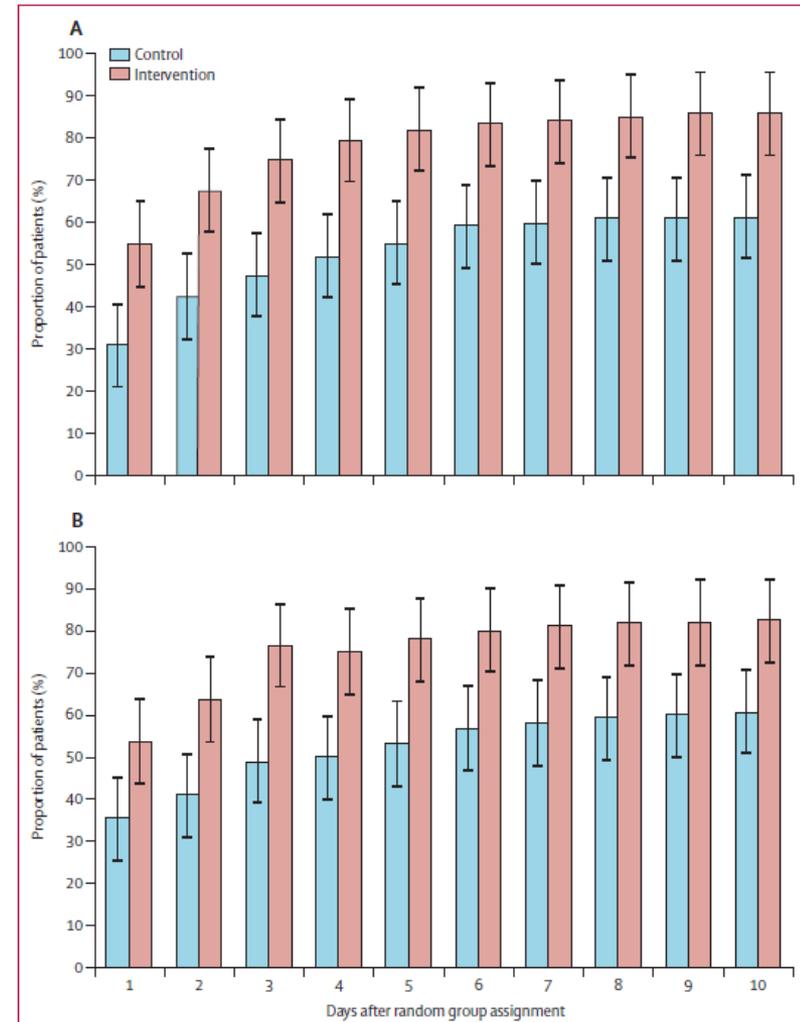


Figure 3: Proportion of patients reaching caloric (A) and protein (B) requirements during the first 10 days

# Efficacité sur infections nosocomiales

Etude avant-après

mise en place d'un programme de dépistage et de prise en charge précoce des malades dénutris ou à risque de dénutrition

Outcome	Preintervention	Postintervention	Change (p value)	Percentage of change
No of patients (ages 18+ years) malnourished or at risk of malnutrition	985	1046		
Infection rates among patients malnourished or at risk of malnutrition	14%	9%	-5 (p<0.01)	-35.7
Median LOS for patients malnourished or at risk of malnutrition	8 days	6 days	-2 days (p<0.01)	-25.0

# Prévention des hospitalisations

Etude observationnelle, n = 441

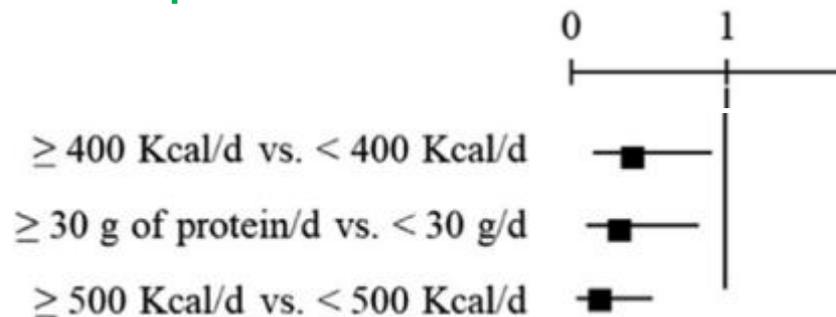
MG prescrivant librement des CNO ou non

	Prescription CNO (n=375)
Score ADL	5.5 [4.0 ; 6.0]
Indice de Masse Corporel (kg/m <sup>2</sup> )	21.0 [19.4 ; 23.5]
Perte poids (% du poids de forme)	-10.3 [-14.6 ; -6.7]
Appétit (EVA /10)	3.0 [2.0 ; 4.6]

← CNO prescrits très tard !

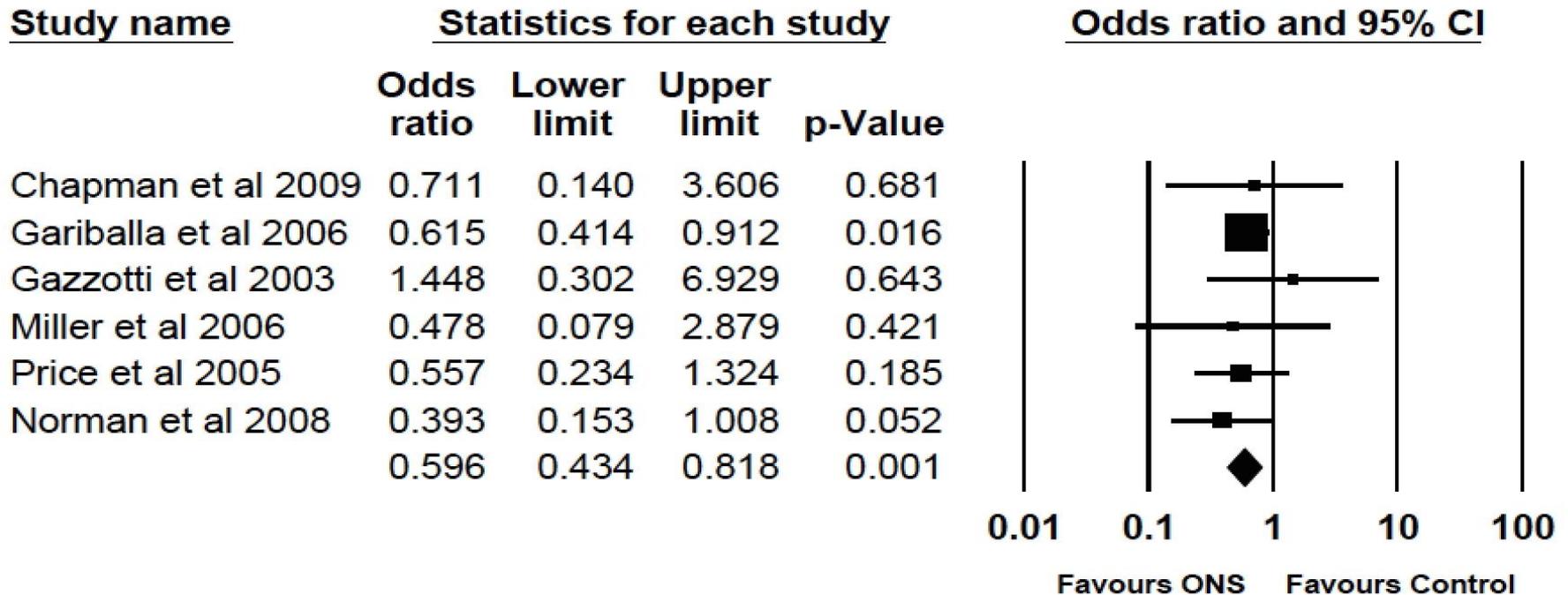
↑ Compliance aux CNO

↓ Risque hospitalisation



OR	95% CI	p-value
0.393	[0.167; 0.925]	0.0324
0.320	[0.121; 0.845]	0.0214
0.185	[0.063; 0.547]	0.0023

# Prévention des réadmissions à l'hôpital



# Pour faire du muscle : exercice physique !

- ↑↑ Force musculaire +++
- ↑↑ Vitesse de marche
- ↑↑ Lever de chaise
- ↑↑ Montée d'escaliers
  
- ↓↓ Chutes

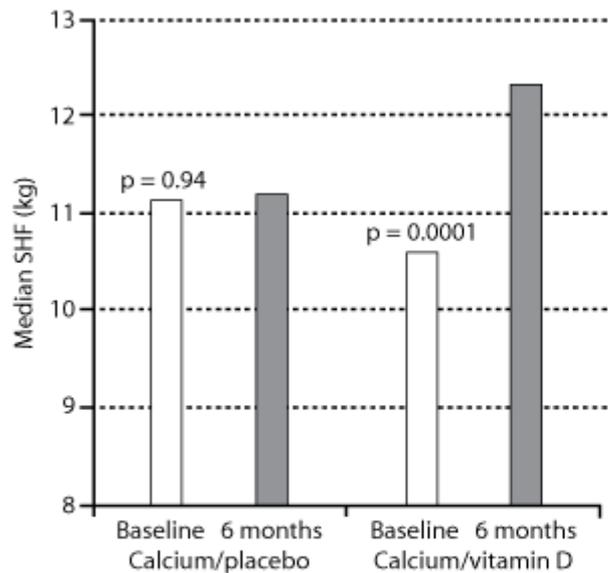


*Lui CJ, Cochrane 2009,  
De Labra C, BMC Geriatrics 2015  
Tricho AC, JAMA 2017  
Volkert D, Clin Nutr 2019*

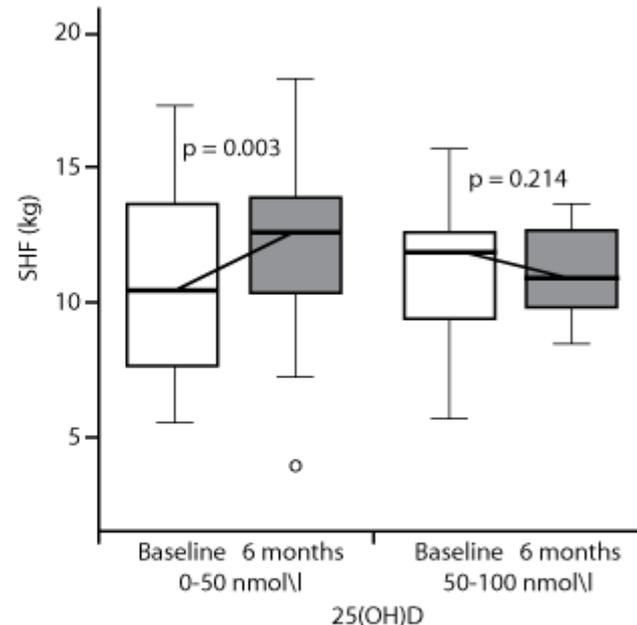
# Les muscles ont besoin de vitamine D !

- Sujets âgés institutionnalisés
- Vitamine D : 150 000 IU 1x/mois pendant 2 mois puis 90 000 IU 1x/mois pendant 4 mois

A

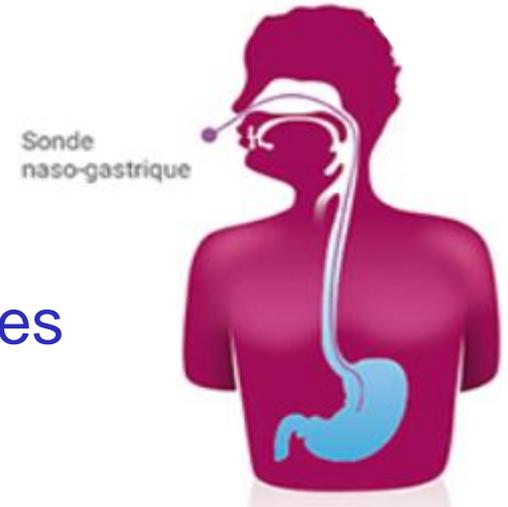


B



**Figure 3.** Evaluation of the Strength of Hip Flexors (SFH) after six-month vitamin D replacement in institutionalized elderly. (A) Shows the significant increment in SFH observed in the group that received vitamin D<sub>3</sub> treatment (average of 3600 UI/day), which was not seen in the placebo group. (B) Demonstrates that the SFH increment was seen only in those who had lower levels of 25OHD levels at baseline (< 50 nmol/L) (43).

# Nutrition entérale



- Indication
  - apports oraux insuffisants ou impossibles
  - et pronostic « raisonnable »
- Evaluer et réévaluer bénéfices attendus et risques
- Pathologie stade terminal : préférer alimentation confort
- Si NE indiquée, l'initier sans retard
- Si durée prévisible de NE < 4 semaines : sonde nasogastrique
- Si durée prévisible de NE > 4 semaines,
  - ou mauvaise tolérance de la SNG : gastrostomie
- NE en place : encourager patients à conserver apports per os



# Conclusions

- Peser, peser, peser !!
- Dès perte de poids  $\geq 3\text{kg}$  
  - Prendre en charge facteurs favorisants
  - Initier une prise en charge nutritionnelle
    - Individualisée, dense en protéines et énergie
  - Activité /exercice physique
    - Éducateur activité physique adaptée
    - kinésithérapie
  - Vitamine D
    - 800 – 1000 UI/j ou équivalent

# Webinaire SFGG – Nutrisens 2022

*Merci pour votre attention...*

Questions ?



**NUTRISENS\***