

---

# La dénutrition, c'est quoi?

Ou MPE : malnutrition protéino-  
énergétique, malnutrition la plus grave  
et la plus fréquente chez la personne  
âgée

# Définition de l'HAS

avril 2007

---

- **La dénutrition** protéino-énergétique résulte d'un déséquilibre entre les apports et les besoins de l'organisme. Ce déséquilibre entraîne des pertes tissulaires, notamment musculaires qui ont des conséquences fonctionnelles délétères.

Elle :

- Entraîne ou aggrave un état de fragilité ou de dépendance
- Favorise la survenue de morbidités
- Aggrave le pronostic des maladies sous-jacentes
- Augmente le risque de décès

# Définition du club francophone gériatrie et nutrition

---

- **La dénutrition** : « c'est un état de santé associant une perte de poids  $> 10\%$  en moins de 6 mois à une diminution de la masse corporelle totale, en particulier aux dépens de la masse musculaire (IMC  $\leq 21$ ), concourant à un risque accru de chutes et de maladies infectieuses ». Cette définition s'adresse aux personnes âgées pour lesquelles « le seuil habituellement admis est de 70 ans »

# La dénutrition en chiffres

---

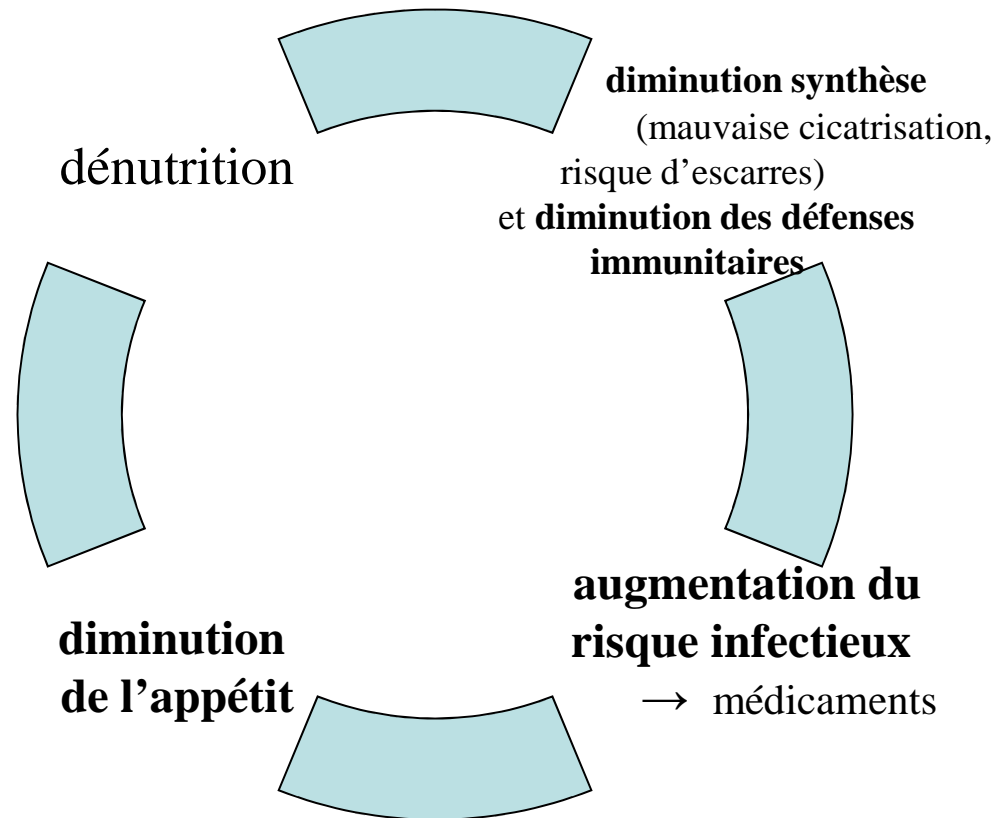
- La prévalence de la dénutrition protéino-énergétique augmente avec l'âge, elle est de :
  - **4 à 10%** chez les personnes âgées vivant **à domicile**
  - **15 à 38 %** chez celles vivant **en institution**
  - **Et de 30 à 70 %** chez les malades âgés **hospitalisés**

Le risque **d'infection** est **multiplié de 2 à 8 fois** par rapport à des sujets âgés en bonne santé

Le risque **de mortalité** est **multiplié de 2 à 4 fois**

# Les conséquences : la spirale de la dénutrition

---



# Comment éviter d'entrer dans la spirale

---

- Agir le plus rapidement possible :
  - Importance du rôle des aidants dans le repérage des risques
  - Ecoute et échange indispensable entre les professionnels

# Situations à risque de dénutrition

---

- **Situations sans lien avec l'âge**

- Cancer
- Défaillances d'organes chroniques et sévères
- Pathologies digestives
- Alcoolisme chronique
- Pathologies infectieuses ou inflammatoires chroniques

En résumé : toutes situations entraînant une diminution des apports, une augmentation des besoins, une malabsorption.

# Situations à risque de dénutrition

---

- **Situations plus spécifiques à la personne âgée**
  - **Causes psycho-socio-environnementales**
    - ✓ Isolement social
    - ✓ Deuil
    - ✓ Difficultés financières
    - ✓ Maltraitance
    - ✓ Hospitalisation
    - ✓ Changement des habitudes de vie

# Situations à risque de dénutrition

---

- **Situations plus spécifiques à la personne âgée :**
  - Troubles bucco-dentaires
  - Troubles de la déglutition
  - Troubles psychiatriques, syndrome démentiels, troubles neurologiques
  - Traitements médicamenteux au long cours
  - Affections aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique
  - Dépendance pour les actes de la vie quotidienne
  - Régimes restrictifs

# Situations à risque de dénutrition, en résumé

---

De nombreuses pathologies peuvent s'accompagner d'une dénutrition en raison d'une anorexie.

**L'anorexie** est un symptôme fréquent chez la personne âgée, en présence duquel il est nécessaire de rechercher systématiquement une cause

# Repérer la perte d'appétit

---

- A nouveau l'importance du rôle des aidants

Source d'information sur :

- La consommation alimentaire réelle
- La perte d'appétit
- Les dégoûts ou évictions...
- Le contenu du réfrigérateur

# Dépister la dénutrition : les indicateurs QUALHAS

---

- Mesure du poids à l'entrée avec 1 suivi en SSR à J+15
- Recherche de la variation de poids
- Calcul de l'IMC

# Dépister la dénutrition : les outils

---

- L'IMC : Indice de Masse Corporelle

- Poids (kg) / Taille<sup>2</sup> (m)

IMC < 21 est un des critères de dénutrition chez la personne âgée

Par contre IMC > 21 n'exclut pas le diagnostic de dénutrition

- Le MNA : Mini Nutritional Assessment

- Score de dépistage < 12 évaluation à poursuivre

- Score total <17 : dénutrition

- Score total <24 : risque de dénutrition

# Dépister la dénutrition : les outils à l'HPGM

---

- Le CLAN de l'HPGM a mis en place un dépistage systématique de la dénutrition pour chaque entrant, tout secteur confondu

Avec un dosage de l'albuminémie et pour en interpréter le résultat, les protides totaux et la CRP

- En SLD et/ou EHPAD :
  - Suivi mensuel du poids
  - Suivi annuel (au minimum) de l'albuminémie

# Dépister la dénutrition : les dosages biologiques

---

- **L'albumine**, demi vie longue, elle apprécie l'état nutritionnel à long terme, mais elle est très sensible aux variations de l'hémoconcentration et de l'inflammation
- **La pré albumine**, demi vie courte très utile pour évaluer l'efficacité d'une renutrition
- **La CRP**, traduit l'intensité de l'inflammation, donc celle de l'hyper catabolisme en cours, et donne ainsi une indication sur les besoins nutritionnels : plus l'inflammation est importante, plus grands sont les besoins

# Le diagnostic de la dénutrition

---

Le diagnostic de dénutrition repose sur la présence d'un seul des critères suivants :

- Dénutrition modérée
  - Perte de poids  $\geq 5\%$  en 1 mois ou  $\geq 10\%$  en 6 mois par rapport au poids antérieur ou au poids habituel déclaré
  - Albuminémie  $< 35\text{g/l}$
  - IMC  $< 21$
  - MNA globale  $< 17$

# Le diagnostic de la dénutrition

---

- Dénutrition sévère
  - Perte de poids  $\geq 10\%$  en 1 mois  
ou  $\geq 15\%$  en 6 mois
  - Albuminémie  $< 30\text{g/l}$
  - IMC  $< 18$

Il est important de distinguer les formes sévères de la dénutrition car elle est associée à une augmentation importante de la morbi-mortalité, donc nécessite une prise en charge nutritionnelle rapide.

# Le bilan nutritionnel

---

- L'interrogatoire alimentaire simple de la personne âgée ou de son entourage est l'étape incontournable du bilan nutritionnel, il permet d'estimer rapidement :
  - la diversité de son alimentation
  - La consommation des plats protidiques
  - La fréquence de prise des produits laitiers
  - La richesse des repas en fruits et légumes
  - Les apports hydriques

# Le bilan nutritionnel

---

- L'enquête alimentaire plus approfondie :  
Recueil de données indispensable à la diététicienne, c'est la base de la démarche de soin diététique  
L'analyse de l'enquête permet de :
  - Évaluer les ingesta : calories, protides et calcium
  - Identifier le problème nutritionnel
  - Elaborer un diagnostic diététique, seul ou complété d'une action thérapeutique, éducative ou de prévention avec éventuellement une orientation vers des consultations de suivi
  - Fixer des objectifs diététiques négociés
  - Evaluer les objectifs de soins diététiques fixés lors des consultations précédentes

# Le bilan nutritionnel: rôle des aidants

---

- L'observation du repas : Indispensable à tout bilan nutritionnel
  - elle met en évidence le décalage entre ce que le patient dit et ce qu'il fait pendant le repas.
  - elle permet d'évaluer la prise en charge nutritionnelle et de la modifier si besoin.
  - Le support est la fiche de surveillance alimentaire, où seront notés :  
Quantité, qualité, aide, comportement, présence de symptôme évocateurs de troubles de la déglutition, difficultés de mastication...

# La prise en charge nutritionnelle : Les carences principales

---

- L'énergie totale (ou calories)
- Les protéines
- Le calcium
- L'eau
- Les acides gras essentiels
- La vit D
- Le zinc
- Les vitamines du groupe B (B9, B6, B1) et la vitamine C

# Les besoins de la personne âgée en bonne santé

---

- Energétiques (calories) :  $\geq 30$  Kcal/kg/jr soit de 1800 à 2200 Kcal/jr, mais très variable d'un individu à l'autre et dépendants des activités conservées
- Protéiniques : ils augmentent, 1 à 1,2g/kg/jr, les protéines animales doivent représenter au moins la moitié des protéines totales
- Calciques : 1200 mg/jr, associé à un apport en vit D
- Vitaminiques : les vraies carences sont exceptionnelles mais le sujet âgé est exposé aux subcarences dû par ex à
  - *Une ration alimentaire en dessous de 1600 Kcal/jr (déficit en vitamines et oligoéléments)*
  - *Une alimentation trop peu diversifiée*
  - *Un défaut d'absorption, des pathologies, des interférences médicamenteuses...*

# En pratique dans l'assiette c'est quoi ?

---

## Les repères du PNNS

- Nombre de repas : **3 à 4 repas par jour** (importance du goûter)
- **Viandes, poissons et produits de la pêche, œufs** :  
minimum **1 fois / jr**
  - Protéines, fer, lipides, vit B
- **Laits et produits laitiers** : 3 ou 4 par jour
  - Protéines, Calcium, vit A, B, D
- **Pain et autres aliments céréaliers**, pomme de terre et légumes secs :  
à **chaque repas** selon l'appétit
  - Energie, glucides, fibres, vit B, minéraux

# En pratique dans l'assiette c'est quoi ?

---

- **Fruits et légumes** : au moins **5 par jour**
  - Glucides, fibres, vit A, C, minéraux
- **Matières grasses** ajoutées, beurre, huiles : en les variant
  - Energie, lipides, vit A, D, E, acides gras essentiels
- **Produits sucrés** : Pour le plaisir
- **Boissons** : **1 litre à 1,5 litre d'eau / jr**, plus si fièvre, canicule, troubles digestifs

# La prise en charge nutritionnelle

---

Chez tout patient dénutri ou à risque de dénutrition, il faut, en parallèle à toute prise en charge nutritionnelle, mettre en place :

- La correction des facteurs de risques identifiés avec par exemple :
  - Une aide technique ou humaine pour l'alimentation
  - Le portage des repas
  - Des soins bucco-dentaires
  - Une réévaluation de la pertinence des médicaments et des régimes
  - Une prise en charge des pathologies sous-jacente...

**Importance d'une coordination entre tous les partenaires du  
soin**

# Les besoins de la personne âgée dénutrie

---

- **Energétiques (calories) :** de 35 à 45 Kcal/kg/jr soit 2200 à 2800 Kcal/jr, mais très variable d'un sujet à l'autre et selon le contexte pathologique
- **Protéiniques :** de 1,5 à 2g/kg/jr, les protéines doivent représenter de 15 à 20% des AET
- **Calciques :** 1500 mg/jr, associé à un apport en vit D

# En pratique dans l'assiette c'est quoi ?

---

- Nombre de repas : **4 repas à 6 par jour**
- **Viandes, poissons ou œufs** : minimum **2 fois / jr**
- **Lait et produits laitiers** : 4 à 6 fois / jr
- **Mais aussi penser à :**
  - Un environnement agréable (cadre, convives)
  - Des aides techniques et/ou humaines

# Soyez vigilants si :

---

- Le patient n'a pas ou peu mangé :
  - N'aime t-il pas le plat ?
  - A-t-il besoin d'aide ?
  - N'a-t-il plus faim ?
  - A-t-il des difficultés à avaler ?
  - A t-il eu assez de temps ?
  - ...

# La prise en charge nutritionnel : les 3 différents modes

---

- La prise en charge nutritionnelle orale
- La prise en charge nutritionnelle entérale
- La prise en charge nutritionnelle parentérale

# Stratégie nutritionnelle

---

- Elle est fondée sur :
  - Le statut nutritionnel
  - Le niveau des apports alimentaires énergétiques et protéiques spontanés
  - La nature et la sévérité de la ou les pathologies et handicaps associés
  - Le projet de soin

# Stratégie nutritionnelle

---

- 1<sup>er</sup> cas :
  - statut nutritionnel normal : pas de perte de poids, albumine à 36g/l
  - Apports alimentaires ne couvrant que la moitié des besoins

Quelle stratégie ?

# Stratégie nutritionnelle

## Cas 1

---

- Donner les conseils diététiques : les repères du PNNS, les collations, l'adaptation de la texture, l'aide aux repas...
- Offrir le plaisir de manger : beau, bon et pratique
- Savoir donner du temps pour le repas
- Enrichir l'alimentation sans augmenter le volume
- Réévaluer à 1 semaine

# Enrichissement de l'alimentation : mode d'emploi

---

- Enrichir avec quoi ?

Poudre de lait , lait concentré, poudre de protéines	3 c.à s. = 8 g de P 2 mesures = 10 g de P
Fromage râpé ou fondu type crème de gruyère	20 g de râpé ou 1 part de c. de gruyère = 4 à 5 g de P
Œufs	1 œuf = 10 g de P
Crème fraiche, beurre, huile	1 c à s = 80 à 90 kcal

# Enrichir quoi ?

---

- Les potages : vermicelle, jambon, fromage...
- Les entrées : charcuteries, œufs durs...
  
- Le plat protidique : sauce, farcies, quenelle...
- Les légumes : gratin, béchamel...
- Les purées : lait en poudre, jaunes d'œufs, râpé...
- Les pâtes ou le riz : type carbonara, cantonnais...
  
- Les laitages ou desserts : lait concentré, nappage, caramel....
- Les boissons : lait en poudre ou concentré, lait de poule...

# L'évaluation nutritionnelle : le suivi

---

- La prise en charge nutritionnelle d'une personne âgée dénutrie nécessite un suivi à l'aide d'outils simples :
  - Le poids et le statut nutritionnel
  - L'évolution de la ou les pathologies
  - La surveillance alimentaire : élément indispensable pour adapter la prise en charge nutritionnelle
  - La tolérance et l'observance du traitement (CNO ou NE)

# Mode d'emploi des CNO :

---

- Prescription le plus souvent de 2 unités par jour soit :
  - lors des collations : 2h avant ou après un repas afin de préserver l'appétit
  - ou pendant les repas, mais dans ce cas ils doivent être en plus du repas et non à la place
  - Les présenter aux patients comme un traitement de la dénutrition
  - Adapter les saveurs, varier les produits et parfums
  - Adapter aux handicaps
  - A bonne température
  - Respecter les précautions élémentaires d'hygiène, une fois ouvert : conservation maximum de 2h à température ambiante et 24h au réfrigérateur

# Stratégie nutritionnelle

---

- 2<sup>ème</sup> cas :
  - Perte de 3 kg en 1 mois et/ou albuminémie à 33g/l = Dénutrition modérée
  - Apports alimentaires spontanés « normaux »

Quelle stratégie ?

# Stratégie nutritionnelle

## Cas 2

---

- Conseils diététiques
- Alimentation enrichie
- Réévaluation à 1 mois

# Stratégie nutritionnelle

---

- 3ème cas :
  - Perte de poids de 9 kg en 6 mois et/ou albuminémie à 28 g/l = dénutrition sévère
  - Apports alimentaires « normaux »

Quelle stratégie ?

# Stratégie nutritionnelle

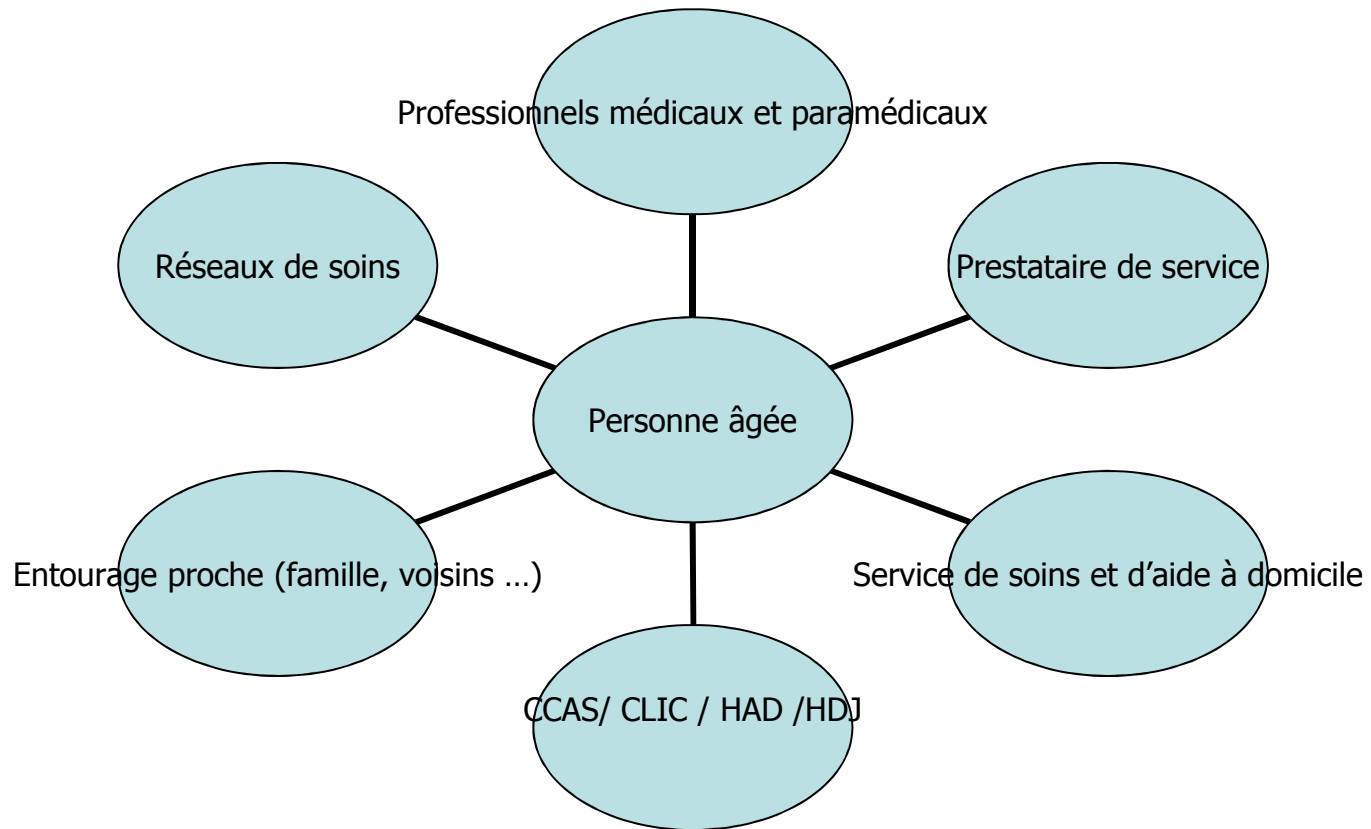
## Cas 3

---

- Conseils diététiques
- Alimentation enrichie
- CNO
- Réévaluation à 15 jours

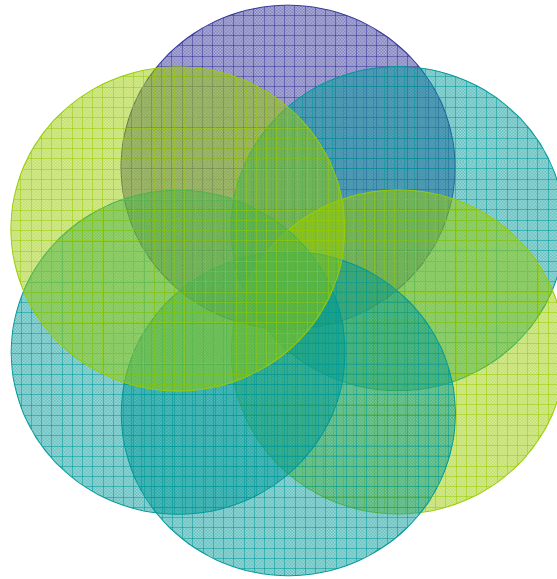
# Conclusion : ce qui existe

---



# Conclusion : l'objectif à atteindre

---



---

# Dénutrition de la personne âgée

## Repérage et prise en charge

### Aspect bucco-dentaire

---

2 Juin 2010

Hôpital Privé Gériatrique les Magnolias  
Docteur Sylvie Saporta réseau Appolline

# Demande

---

- Présenter les signes d'alertes devant faire penser à un problème bucco-dentaire chez une personne âgée

# Données épidémiologiques

---

- Enquêtes en EHPAD réalisées par l'URCAM

Essonne (2000)

Pays de Loire (2002)

Poitou-Charentes (2003)

Bretagne (2004)

Rhône-Alpes (2005)

Provence Alpes Côte d'Azur (2006)

Nord-Pas de Calais (2007)

# Données épidémiologiques

---

Dorin M. et al. Etude sur l'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes en 2001. Echelon local du service médical de l'Essonne

Baillon-Javon E. et al. L'état bucco-dentaire des personnes hébergées en Ehpad - La situation du Val-d'Oise en 2004. Echelon local du service médical du Val-d'Oise, 2005

# Données épidémiologiques

---

- Tartre 65%
- Besoin d'extraction 39% (60% des sujets dentés)
- Caries 44%
- Édentations non compensées de + de 15 dents 40%
- Édentés complets 34%

# Constat clinique

---

- Très mauvais état bucco-dentaire
- Recours aux soins

# Problèmes BD aggravant la dénutrition

---

- Douleur
- Dents manquantes
  - Édentement non compensé
  - Appareil
- Appareil mal adapté (blessures)

# Problèmes BD aggravant la dénutrition

---

- Mycose
- Aphte,
- Blessure,
- Glossite (modification du goût)
- Fonte musculaire
- Hyposialie

# Douleur Bucco-Dentaire

---

- Exprimée verbalement
- Gestuelle
- Attitude - regard
- Agressivité - anxiété
- Refus des repas - d'ouvrir la bouche
- Changement brutal de comportement
- Plaintes et cris sans raison apparente

# Dents absentes

---

# Appareil

---

- Appareil = perte entre 70% à 90% de la capacité masticatoire
- Evictions alimentaires

# Blessures

---

# Mycose

---

# Aphte

---

# Glossite

---

# Fonte musculaire

---

- Elle est physiologique

# Hyposialie

---

- Physiologique
- Médicamenteuse

# Nutrition

---

- L'alimentation-digestion débute dans la cavité buccale
- L'alimentation-plaisir débute aussi dans la cavité buccale

# Prise en charge des soins B-D

---

- Soins à 100%
- ALD: cocher la case soins dentaires
- Prothèses: aides possibles au cas par cas

# Hygiène Bucco-Dentaire Quotidienne

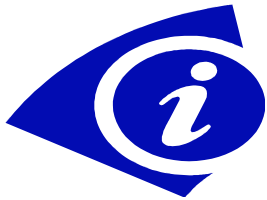
---

- Ce n'est pas un luxe mais une nécessité
- Ce n'est pas accessoire mais essentiel

# Coordination Appolline

---

- Orientation des patients après dépistage
- Formation des soignants à l'HBD



- [coordination.appolline@gmail.com](mailto:coordination.appolline@gmail.com)
- 01 69 80 59 29