

« VISage à découvert »

La lettre mensuelle n°60 - Novembre 2008

Pourquoi faut-il dépister la dénutrition du sujet âgé?

La malnutrition protéino-énergétique (MPE) du sujet âgé relève de causes multiples, est associée à de nombreuses morbidités qui peuvent en constituer la cause ou la conséquence. Elle doit de ce fait, être considérée comme le véritable dénominateur commun aux co-morbidités les plus prévalentes chez le sujet âgé. Elle constitue à la fois un facteur et un marqueur pronostique de ces affections. Il est donc indispensable d'améliorer l'identification des sujets et des situations à risque afin d'en faire la prévention.

Reconnaître ces patients âgés dénutris

Chez les sujets âgés vivant à domicile, elle représente 3 à 4 % des plus de 65 ans et 10 % de plus de 80 ans. Chez les sujets âgés hospitalisés il représente 50 % des patients à l'admission en court séjour, et dans la population institutionnalisée (EHPAD et SLD) entre 20 et 60 % (selon les études et le degré de médicalisation de l'institution).

Il est important de distinguer la grande dépendance (5% des PA dont la moitié sont atteintes de démence), de la fragilité qui concerne 20 à 25% des PA et qui comprend tous les risques de décompensation vers la perte d'autonomie. La fragilité peut se définir comme un syndrome résultant d'une réduction multisystémique des réserves fonctionnelles limitant les capacités de l'organisme à répondre à un stress, même mineur. Elle se caractérise par un état physiologique exposant à un risque majeur de décompensation fonctionnelle associé à des phénomènes de cascades et de cercles vicieux, source de perte d'autonomie, d'institutionnalisation ou de décès. Les sujets âgés fragiles sont souvent des personnes de plus de 85 ans, dont les déficits peuvent passer inaperçu à l'examen clinique classique. La population à risque de MPE est constituée de PA de plus de 70 ans, dépendantes, isolées, anorexiques, dépressives, atteintes de pathologies chroniques et à risque d'affections aiguës intercurrentes

Deux principaux mécanismes

La MPE est soit la conséquence d'une insuffisance d'apport protéino-calorique (dénutrition exogène): causes sociales, diminution des capacités physiques, ignorance des besoins nutritionnels, maladies du tube digestif, régimes diététiques et thérapeutiques abusifs, dépression, troubles intellectuels, soit d'un hypercatabolisme (dénutrition endogène): insuffisance cardiorespiratoire, infections, suites de chirurgie, escarres et pathologies inflammatoires, hyperthyroïdie, ou au cours d'un syndrome inflammatoire tout particulièrement dans le contexte d'une

pathologie infectieuse. Ces deux mécanismes sont fréquemment associés chez le sujet âgé.

Conséquences

La dénutrition protéino-énergétique expose à un risque accru :

- d'une moins bonne réponse vaccinale.
- d'une altération des fonctions pulmonaires résultant de plusieurs facteurs : altération de la fonction ciliaire bronchique, altération des qualités du surfactant, sarcopénie diaphragmatique.
- de pathologies infectieuses et plus particulièrement d'infections broncho-pulmonaires (morbidité multipliée d'un facteur 2 à 6). Ces pathologies infectieuses représentent après 75 ans la 3ème cause de mortalité primaire, une des principales causes d'hospitalisation et de transfert en EHPAD.
- des troubles du métabolisme osseux (ostéomalacie, ostéoporose) par le biais d'une insuffisance d'apports protéiques et vitamino-calcigues.
- d'insuffisance musculaire squelettique (sarcopénie) avec comme conséquence des chutes et des fractures.
- d'interactions médicamenteuses par le biais d'hypoalbuminémie (médicaments à fixation protéique).
- de plaies de pression et de retard de cicatrisation.
- d'anémie carentielle (vitamine B, fer...).
- altération des fonctions cognitives par le biais d'une déficience en micronutriments antioxydants, en acides gras polyinsaturés
- d'une moins bonne récupération fonctionnelle dans les suites d'un évènement médical aigu ou d'une intervention chirurgicale, d'une moindre efficacité de la rééducation et réadaptation fonctionnelle post-fracturaire, et également d'un risque accru d'affections intercurrentes (infections nosocomiales). En conséquence, la MPE entraîne une augmentation de la durée de séjours hospitaliers, une majoration du risque d'incapacité fonctionnelle et de dépendance, une altération de la qualité de vie, et une majoration des coûts médicaux et sociaux directs ou indirects.

La MPE est associée à un risque de mortalité accrue, risque multiplié par un facteur 4 au cours d'une décompensation pathologique chez le sujet âgé.

Nous envisagerons le diagnostic et la prise en charge dans un prochain numéro.

Anne-Marie AMMEUX, médecin coordinateur Réseau VISage

Références bibliographiques: **JEANDEL Claude**: « La malnutrition protéinoénergétique après 70 ans : comment la dépister et la prendre en charge pour en limiter les complications? » dans Actus Gériatrique 2007; 7 : 13-20; **CONSTANS Thierry**: « Dénutrition des personnes âgées », Revue du praticien 2003; 53 : 275-279; **HAS** Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique de la personne âgée. Recommandation : avril 2007 et janvier 2008; **FERRY Monique** et al. « Nutrition de la personne âgée » Edition Masson 3ème édition 2007; **CONSTANS Thierry**, Corpus de Gériatrie Tome 1, édition 2000 : 33-39; **LESOURD B**. Escarres : importance de l'état nutritionnel dans leur prise en charge en gériatrie. La revue francophone de gériatrie et de gérontologie. 2004; Tome XI .n°105