

Votre patient âgé maigrit, que faire ?

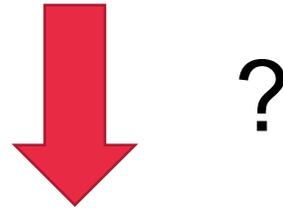
Dr Sara Thietart

Gériatrie Aigue – Pitié Salpêtrière

Conflits d'intérêt

- Aucun

Mme Z est emmenée en consultation par sa fille pour amaigrissement de 4 kg en 2 mois.



Diagnostiquer une
dénutrition

Bilan étiologique

Prise en charge

VRAI ou FAUX?

« C'est normal de maigrir Docteur, vu mon âge! »

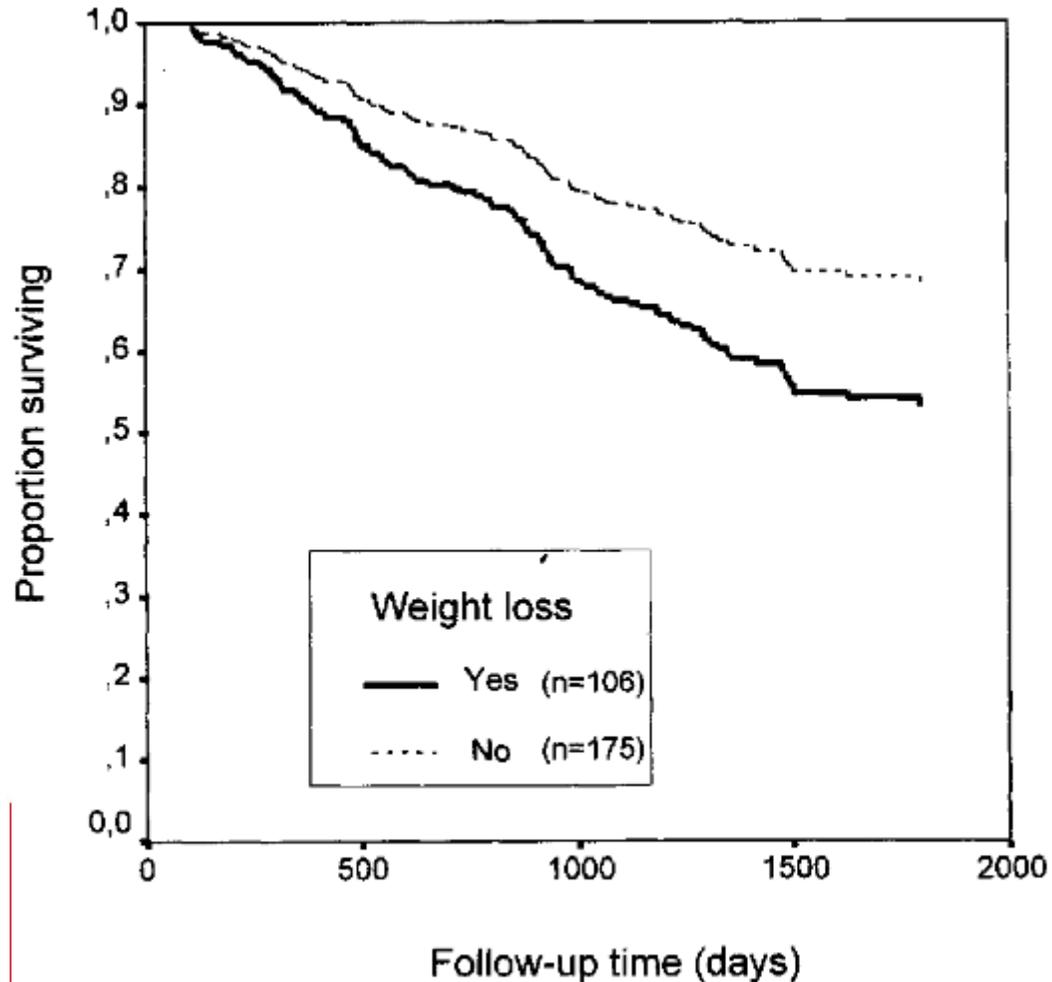
FAUX

Amaigrissement ≥ 2 kg en 1 mois
 ≥ 4 kg en 6 mois



Mortalité
Complications
Dénutrition

Amaigrissement : une problématique à ne pas négliger



- N = 288 patients âgés fragiles
- Ambulatoire
- Suivi 5 ans
- Age moyen 78 ans
- Amaigrissement >1 kg
 - Surrisque de mortalité : RR 1,76
- IMC > 29:
 - Facteur protecteur de mortalité : RR 0,51

VRAI ou FAUX?

- Mr J, 87 ans
- ATCD: HTA, diabète
- Consulte dans votre cabinet pour gonalgie droite
- Cliniquement : RAS. IMC 28
- Radiographie: gonarthrose femoro-tibiale interne

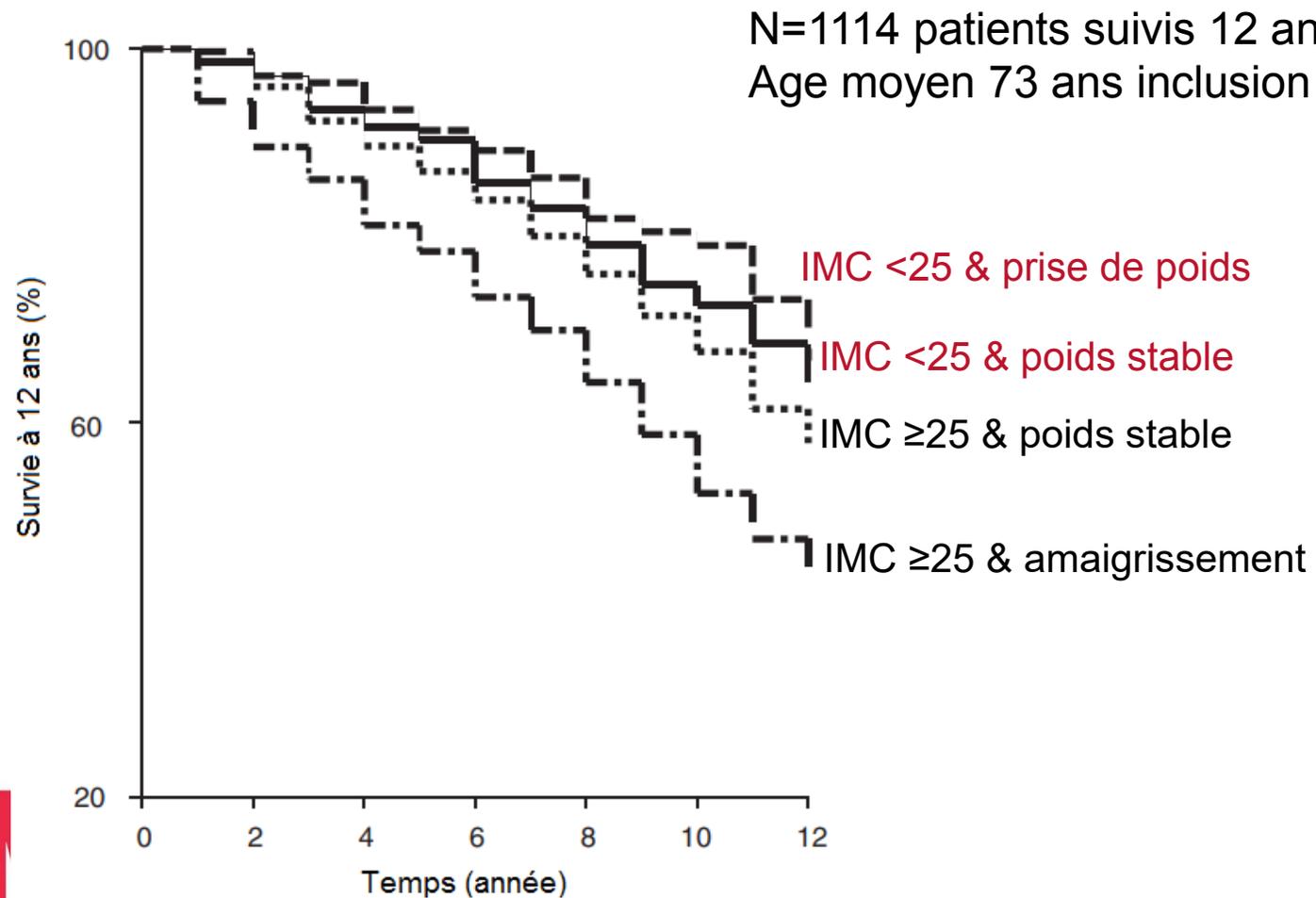
Conduite à tenir:

Prescription de kinésithérapie &
conseils hygiéno-diététiques pour maigrir

« Docteur, ça ne me fera pas de mal de maigrir vu comme je suis embonpoint! »

FAUX

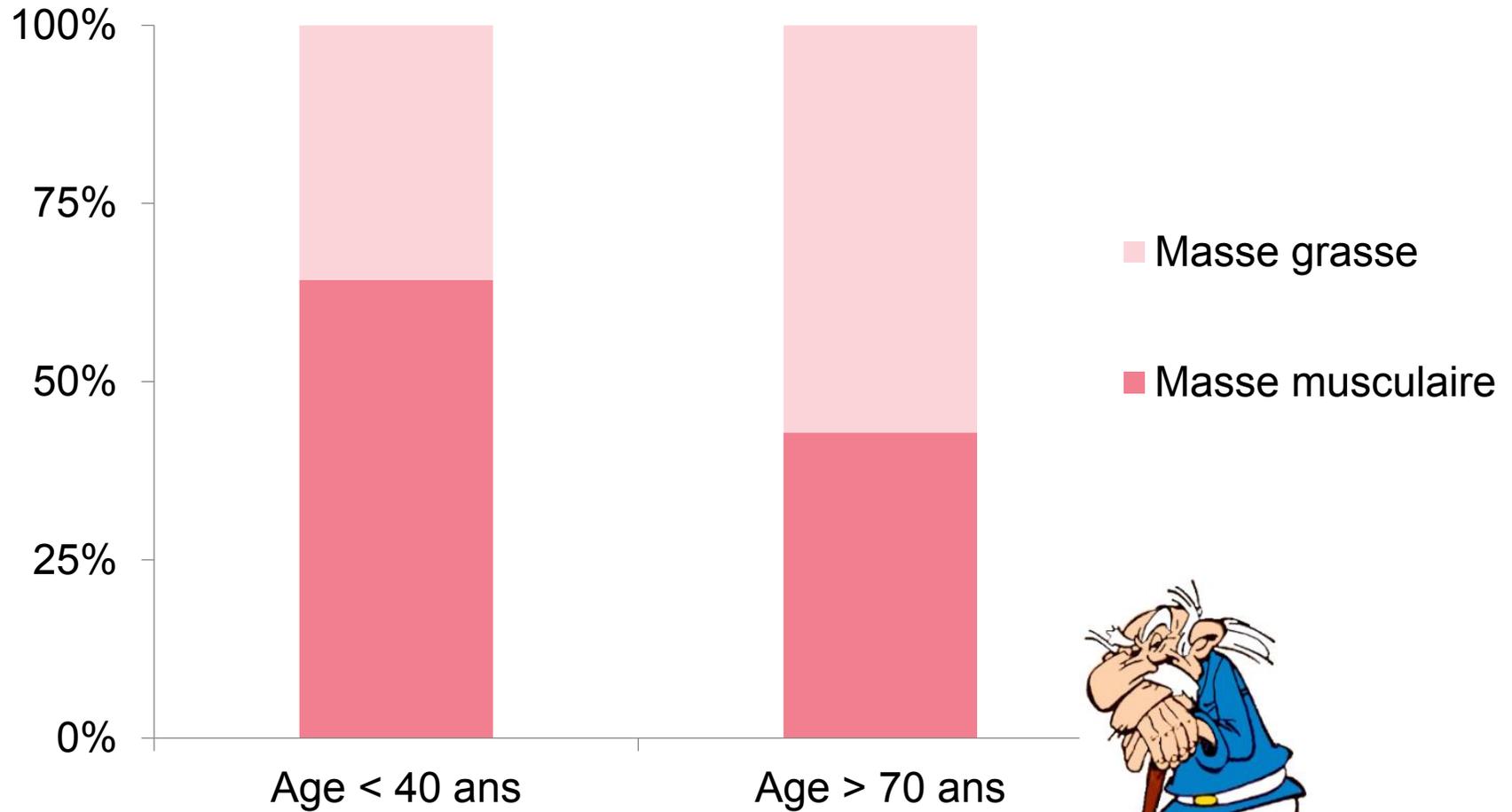
Amaigrissement & surpoids: « le paradoxe de l'obésité »



Perte de poids:

- Perte d'autonomie (risque x 2,5)
- Plus de fragilité (risque x 4)
- Mortalité augmentée (risque x 2)

Composition corporelle avec l'âge



Dénutrition : spirale négative

Mortalité augmentée

Multimorbidité

Retard de cicatrisation

Escarres



Sarcopénie

Chutes

Perte d'autonomie

Carences vitaminiques

Immunodépression

Programme National Nutrition Santé
Recommandations HAS 2007

Dénutrition chez personne âgée

Nouvelles recommandations HAS à venir fin 2021

	Dénutrition modérée	Dénutrition sévère
Perte de poids	≥ 5 % en 1 mois ≥ 10 % en 6 mois	≥ 10 % en 1 mois ≥ 15 % en 6 mois
IMC	< 21 kg/m ²	< 18 kg/m ²
Albumine	< 35 g/l	< 30 g/L
MNA	< 17	

Pourquoi mon patient maigrit?

Cas n° 1

- Homme 87 ans
- ATCD : troubles cognitifs MMS 22/30, ACFA permanente, syndrome dépressif
- Consulte à 6 mois d'une chirurgie pour fracture du col fémoral gauche
- Complications:
 - Syndrome confusionnel
 - Pneumopathie d'inhalation
 - Transfusion
 - Décompensation cardiaque
- Retour à domicile:
 - Marche avec déambulateur
 - Fille passe 2/mois pour les courses

Quels sont les facteurs expliquant l'amaigrissement?

- Environnement & Psychosocial
- Anomalies bucco-dentaires
- Troubles de déglutition
- Affection aiguë & décompensation de pathologie chronique
- Régimes restrictifs
- Cancers & Pathologies inflammatoires chroniques
- Dépendance
- Polymédication & iatrogénie
- Troubles cognitifs & confusion
- Pathologies psychiatriques

Quels sont les facteurs expliquant l'amaigrissement?

- Environnement & Psychosocial
- Anomalies bucco-dentaires
- Troubles de déglutition
- Affection aiguë & décompensation de pathologie chronique
- Régimes restrictifs
- Cancers & Pathologies inflammatoires chroniques
- Dépendance
- Polymédication & iatrogénie
- Troubles cognitifs & confusion
- Pathologies psychiatriques

Environnement et psychosocial
Isolement social
Hospitalisation

Anomalies bucco-dentaires

Affection aiguë et décompensation de pathologie chronique

Fracture, chirurgie, douleur, cicatrisation, infection, décompensation cardiaque

Régimes restrictifs

Dépendance

Difficulté pour préparer repas ?
Frigo assez rempli ?



Cancers et pathologies inflammatoires chroniques

Polymédication et iatrogénie

Troubles cognitifs et confusion

Sd confusionnel, troubles cognitifs

Pathologies psychiatriques

Troubles de déglutition

Possible

Recommandations HAS 2007

Etiologies souvent pluri-factorielles
Prise en charge médicale & sociale

Cas n°2

- Femme 82 ans
- ATCD: diabète de type 2, HTA, cardiopathie ischémique, incontinence urinaire, arthrose invalidante
- Consultation diabétologique 6 mois: introduction Sitagliptine
- Consulte pour renouvellement d'ordonnance
- Cliniquement: poids -3 kg sinon RAS

Ordonnance : Quels sont les traitements provoquant/aggravant une dénutrition?

Regime pauvre en sel + sucre

Metformine

Sitagliptine

Chlorure de trospium (Ceris)

Amytriptiline goutte

Ramipril

Bisoprolol

Kardegic

Cortancyl 5 mg

Tramadol

Calcium PO

Fer PO

Regime pauvre en sel + sucre



Abolir les régimes

Metformine

Sitagliptine



Anti-DPP4 anorexigène

Chlorure de trospium (Ceris)



Anticholinergiques =
sécheresse buccale, trouble
déglutition, dégradation cognitive

Amytriptiline goutte

Ramipril

Bisoprolol

Kardegic

Cortancyl 5 mg



Sarcopénie

Tramadol



Constipation

Calcium PO



Anorexie, nausées, constipation

Fer PO

Cas n°3

- Homme 78 ans
- ATCD: Maladie d'Alzheimer MMS 12/30, tabagisme sevré 40 PA, OH 60 g/jour sevré
- Son épouse vous « l'amène » en consultation pour amaigrissement de 10 kg en 1 an et anorexie.

Explorations réalisées

- Cliniquement:
 - Apathie, pauci-communicant
 - Cardio: souffle de retrecissement aortique
 - Adénopathie cervicale
 - Abdomen RAS, toucher rectal pas de fecalome ni masse
 - Poumon, neuro RAS
- Explorations:
 - TDM TAP, TDM cérébral, ETT, biopsie d'artère temporale, PSA normaux

Que manque t'il à l'examen clinique?

Réponse: examen de la cavité buccale

Carcinome épidermoïde avec envahissement mandibulaire



Pensez à la bouche!



Pensez aussi... au toucher rectal

H 90 ans. Vomissements et anorexie depuis 10 jours.



Rechercher et traiter les étiologies « simples »

- Affection aigue récente
- Anomalie buccale
- Fécalome
- Carence d'apport alimentaire sur isolement social
- Iatrogénie

Réévaluez votre patient : à 7-30 jours

Si absence de cause « évidentes » ou si persistance amaigrissement:

- Biologie:

- NFS plaquette, CRP
- Glycémie à jeun, HbA1c
- Ionogramme sanguin urée créatinine
- Bilan hépatique, TP
- TSH
- Sérologie VIH, VHB, VHC
- Albumine
- Folates, vitamine B12
- Bilan martial

Hémopathie? Horton? Infection?

Insuffisance hépatocellulaire?
Insuffisance rénale chronique?

Hyperthyroïdie?

Transfusion dans l'enfance?

Dénutrition? Carence vitaminique?

Ulcère? Cancer digestif?

Selon orientation étiologique

FOGD

Coloscopie

TDM TAP

Biopsie d'artère temporale

Si dysphagie/carence martiale/bilan négatif

Si carence martiale

Cancer? Réactivation de tuberculose?

Si suspicion d'Artérite à Cellule Géante

Traitement de la dénutrition

Comment traiter?

- Recherche **des** étiologiess
- Expliquer au patient: GRAVE
- Enrichir les repas
- Compléments nutritionnels oraux
- Si insuffisant: adresser à un gériatre pour discuter nutrition entérale

Comportement alimentaire & vieillissement

Diminution activité physique &
sédentarisation



Réduction des dépenses
énergétiques

Réduction sensorielle du goût avec l'âge
Troubles de mastication/dentaires:
adaptation textures



Moindre consommation de viande
Plus de consommation de sel/sucres

Enrichir les repas



Abolir les régimes

Régime sans sel? Pas grave! Majorez le Furosemide

Régime sans sucre? Même pas peur! Majorez l'antidiabétique

Eviter les périodes de jeûne longues (>12 heures)

Explications au patient... et aussi à l'aidant!

Conseils d'alimentation: mise à jour 2021 des repères alimentaires HCSP

- Fruits & légumes : ≥ 5 /jour
- Légumineux: ≥ 2 /semaine
- Produits céréaliers : ≥ 1 /jour
- Produits laitiers: $\geq 2-3$ /jour
- Protéines: ≥ 1 /jour
- Matières grasses: sans abus
- Produits sucrés: sans abus
- Sel: sans abus

Enrichir les repas

Annexe 1. Modalités d'enrichissement des repas

Modalités d'enrichissement des repas

Poudre de lait Lait concentré entier	3 cuillères à soupe (~ 20 g) apportent ~ 8 g de protéines
Poudre de protéines (1 à 3 cuillères à soupe/jour)	1 cuillère à soupe (~ 5g) dans 150 ml de liquide ou 150 g de purée apporte ~ 5 g de protéines
Fromage râpé/fromage fondu type crème de gruyère	20 g de gruyère ~ 5 g de protéines 1 crème de gruyère de 30 g ~ 4 g de protéines
Œufs	1 jaune d'œuf ~ 3 g de protéines
Crème fraîche épaisse	1 cuillère à soupe (~ 25 g) = ~ 80 calories
Beurre fondu/huile	1 cuillère à soupe (~ 10 g) = ~ 75 à 90 calories

Compléments nutritionnels oraux: hypercaloriques + hyperprotidiques

Objectif: apport calorique \geq 400 kcal
+ protidique 30 g/jour

Donc... au moins 2 CNO par jour

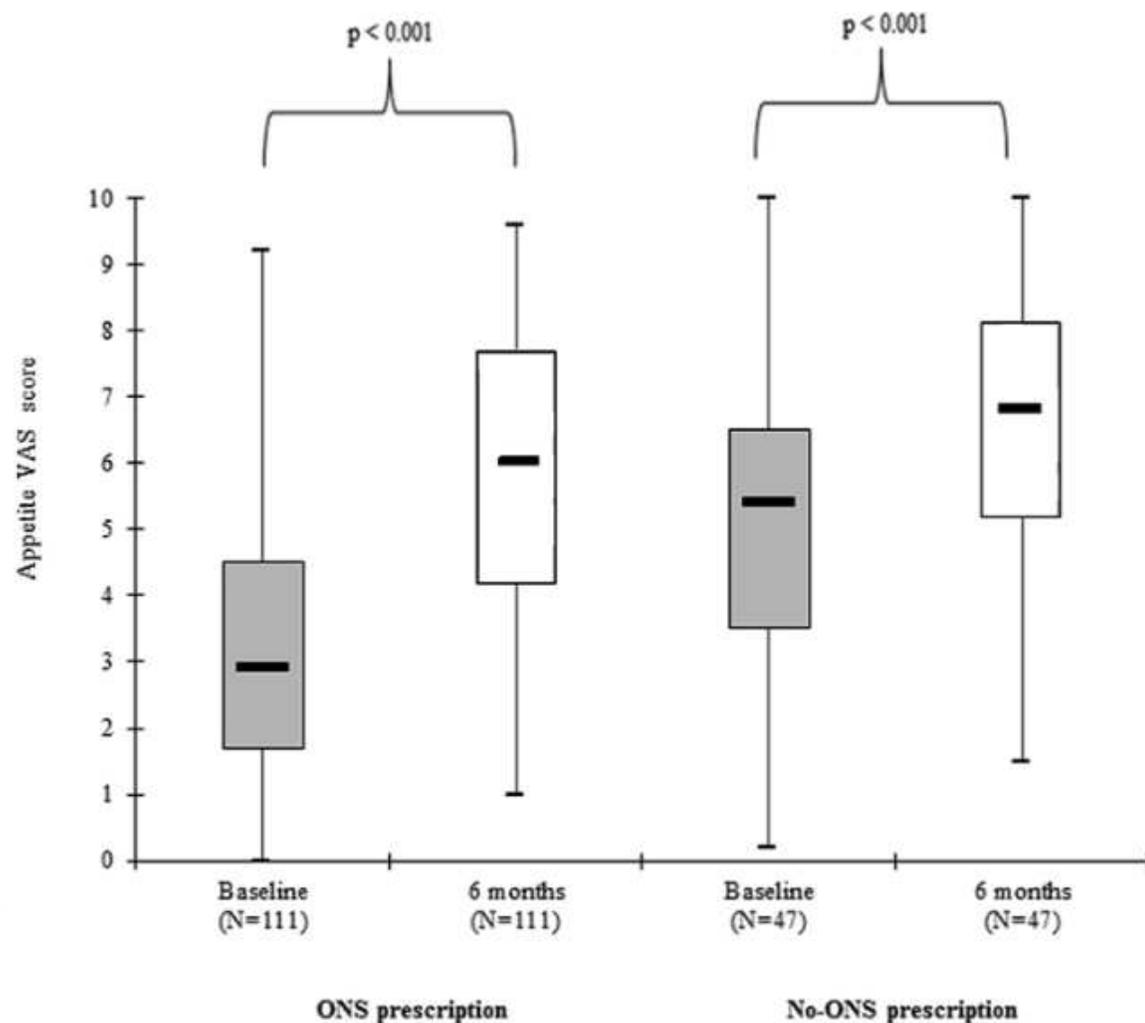


Les pièges:

« Ha non Docteur, j'aime vraiment pas ça! »

« Ha non, Docteur ça me coupe l'appétit »

CNO et appétit



N = 191 patients ≥ 70 ans dénutris

Suivi prospectif 6 mois

2 groupes: CNO vs mesures
diététiques simples

Augmentation de l'appétit dans le
groupe CNO

Compléments nutritionnels oraux

Dysrégulation de l'appétit avec l'âge

Les astuces:

Prendre en collation

Fractionner les prises (conservation 24h frigo)

Adapter au goût du malade: sucré, salé, yaourt, crème, gâteau, soupe...

Changer de marque

CNO sucrés: servir FROID

Exercice physique

- Action synergique avec la renutrition
- Kinésithérapie motrice
et/ou ≥ 30 minutes d'activité physique par jour

Conclusion

Amaigrissement chez le sujet âgé

- Signal d'alarme: ≥ 2 kg en 1 mois ou ≥ 4 kg en 6 mois
- Etiologies multifactorielles
- Causes « simples » : iatrogénie, anomalie buccale, isolement social
- Enrichir les repas & proposer des CNO
- Adressez à un gériatre si insuffisant: étiologie? Nutrition entérale?

- Nouvelles recommandations HAS à venir fin 2021

MERCI !

Stratégie de prise en charge nutritionnelle d'une personne âgée

		Statut nutritionnel		
		Normal	Dénutrition	Dénutrition sévère
Apports alimentaires spontanés	Normaux	Surveillance	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation ¹ à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation ¹ à 15 jours
	Diminués mais supérieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation ¹ à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation ¹ à 15 jours et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation ¹ à 1 semaine et si échec : NE
	Très diminués, inférieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation ¹ à 1 semaine, et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation ¹ à 1 semaine et si échec : NE	Conseils diététiques Alimentation enrichie et NE d'emblée Réévaluation ¹ à 1 semaine