

Dénutrition chez la personne âgée

À quoi penser et quelle prise en charge par le médecin de premier recours ?

Pr LAURENCE GENTON^a et Dr CHRISTOPHE GRAF^b

Rev Med Suisse 2020; 16: 189-90

La prévalence du risque de dénutrition des personnes de plus de 65 ans atteint 80% en milieu hospitalier, 65% en EMS et 35% dans la communauté.¹ Les facteurs de risque sont par exemple une dysphagie, une altération de l'état buccodentaire, la prise de médicaments entraînant une dysgueusie, une xérostomie ou une anorexie, une diminution de la mobilité, ce qui affecte les achats alimentaires et la préparation des repas, ainsi que des facteurs psychosociaux (dépression, isolement), et environnementaux (par exemple, les limitations financières).^{2,3} La dénutrition entraîne de multiples complications, comme une perte fonctionnelle, une augmentation des infections, du risque d'escarre et de la mortalité.⁴ Dernièrement, la définition de la dénutrition a été revue et nécessite un critère phénotypique et un critère étiologique (tableau 1).⁵

MESURE

En cabinet, plusieurs outils peuvent être utilisés pour détecter les patients à risque de dénutrition. Le NRS 2002, recommandé par la Société européenne de nutrition clinique et métabolisme (ESPEN), est rapide à effectuer.⁶ Il est composé de 2 parties cotées de 0 à 3 à additionner. Un point supplémentaire est compté si l'âge est supérieur à 70 ans. Le patient est à risque nutritionnel avec un score total $\geq 3/7$ (tableau 2). Il permet en Suisse de coder la dénutrition en milieu hospitalier mais n'est pourtant pas formellement validé en ambulatoire chez la personne âgée, contrairement au Mini Nutritional Assessment short form (MNA-SF).⁷ Ce dernier est plus complet, car il intègre aussi des questions sur la fonctionnalité, l'état cognitif et thymique, mais il est plus long à réaliser. Il est positif si le score est $\leq 11/14$. À noter que l'état nutritionnel des personnes en surpoids et obèses devraient également être évalué.³

SUIVI

Pour le suivi d'une dénutrition en cabinet, le poids est un bon marqueur. Le dosage de l'albumine ou de la préalbumine en l'absence d'inflammation reste utile, mais n'est plus recom-

mandé pour le diagnostic. Pour le suivi de la masse musculaire, une composition corporelle par bioimpédancemétrie est la méthode de choix en ambulatoire, du fait de sa facilité d'utilisation, de la possibilité de la réaliser en cabinet ou à domicile, et la validation de la méthode dans la population romande.⁸

TABLEAU 1 Critères de dénutrition selon l'ESPEN

ESPEN : Société européenne de nutrition clinique et métabolisme.

Critères phénotypiques	Critères étiologiques
Perte de poids involontaire • > 5% dans les 6 derniers mois ou > 10%	• Diminution des apports alimentaires: $\leq 50\%$ des besoins consommés sur > 1 semaine ou diminution des apports sur > 2 semaines ou • Diminution de l'assimilation: n'importe quelle maladie gastro-intestinale qui diminue la digestion et l'absorption des aliments
Indice de masse corporelle bas : • < 20 kg/m ² si < 70 ans • < 22 kg/m ² si ≥ 70 ans	État inflammatoire lié à une maladie aiguë ou chronique
Masse musculaire réduite par absorptiométrie biphotonique ou bioimpédancemétrie électrique: • par ex: index de masse non grasse < 17 kg/m ² chez les hommes et < 15 kg/m ² chez les femmes	

TABLEAU 2 Critères de dénutrition selon le codage DRG Suisse (NRS2002)⁶

1. Additionner le score de dénutrition (0-3) et celui de la sévérité de la maladie (0-3) ; 2. Si l'âge est > 70 ans : ajouter 1 point ; 3. Si le score total est ≥ 3 : il indique une dénutrition, ce qui implique de débiter un support nutritionnel.
↓ : diminution.

Dénutrition		Sévérité de la maladie	
Légère (score = 1)	↓ poids > 5% en 3 mois ou apports 50-75% des besoins	Légère (score = 1)	Maladies chroniques
Modérée (score = 2)	↓ poids > 5% en 2 mois ou IMC entre 18,5 et 20,5 kg/m ² ou apports entre 25 et 50% des besoins	Modérée (score = 2)	Chirurgie abdominale majeure, AVC, maladie hématologique maligne
Sévère (score = 3)	↓ poids > 5% en 1 mois (> 15% en 3 mois) ou IMC < 18,5 kg/m ² ou apports < 25% des besoins	Sévère (score = 3)	Traumatisme cérébral, transplantation de moelle osseuse, soins intensifs

^a Unité de nutrition clinique, Service d'endocrinologie, diabétologie, hypertension et nutrition, Département de médecine, HUG, 1211 Genève 14, ^b Service de médecine interne et de réadaptation Loex Bellerive, Département de réadaptation et gériatrie, HUG, 1211 Genève 14
laurence.genton@hcuge.ch | christophe.graf@hcuge.ch

TRAITEMENT

Le traitement de la dénutrition repose sur la prise en charge nutritionnelle et l'activité physique. L'évaluation initiale doit comporter une mesure des apports caloriques et protéiques du patient, qui devraient atteindre 27 à 30 kcal/kg pour les premiers et au moins 1 g/kg pour les seconds.³ Cette évaluation peut se faire avec l'aide d'une diététicienne. En cas d'insuffisance d'apports, il s'agit de les augmenter, soit en fractionnant les repas, soit en les enrichissant (huile, beurre, poudre de protéines, etc.), en tenant compte des goûts et des préférences individuels. Les suppléments nutritionnels oraux sont souvent utiles dans cette situation, pour autant qu'ils soient supportés par le patient et pris régulièrement en dehors des repas. La compliance à ces suppléments devrait être évaluée mensuellement.³ La prise de suppléments nutritionnels instaurée pendant l'hospitalisation et poursuivie pendant 90 jours après le retour à domicile a montré un effet bénéfique sur la mortalité dans une étude randomisée contrôlée.⁹ Malheureusement, la compliance à domicile n'est souvent pas optimale, soit en raison de l'absence de prescription, dénotant souvent une méconnaissance de la problématique, soit par refus du patient.¹⁰ Cette approche devrait s'intégrer dans une prise en charge nutritionnelle globale. Une étude multicentrique hospitalière suisse récente a montré un effet

bénéfique d'une prise en charge nutritionnelle standardisée sur la mortalité, le maintien de l'autonomie et la qualité de vie.¹¹

Parallèlement, l'intervention associera une motivation à effectuer une activité physique régulière de 30 minutes par jour associant exercices aérobiques et de résistance.¹² Cette approche a montré des effets additifs à la prise en charge nutritionnelle, que ce soit pour la masse ou la fonction musculaire.¹³ À ce jour, il n'existe pas d'évidence qu'une substitution hormonale (testostérone, hormone de croissance) ait un quelconque effet à long terme pour traiter la dénutrition chez la personne âgée.¹⁴

CONCLUSION

Lors d'une dénutrition chez la personne âgée, le médecin de premier recours devrait déterminer régulièrement l'indice de masse corporelle, la présence d'une perte de poids et s'enquérir d'une possible diminution des apports alimentaires. En cas de risque de dénutrition (NRS \geq 3), une recherche étiologique est nécessaire. Le médecin traitant est alors encouragé à mettre en place une prise en charge personnalisée au niveau du support nutritionnel et de l'activité physique et de suivre de manière régulière l'état nutritionnel du patient.

1 Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Frequency of malnutrition in older adults: a multinational perspective using the mini nutritional assessment. *J Am Geriatr Soc* 2010;58:1734-8.

2 Guyonnet S, Rolland Y. Screening for malnutrition in older people. *Clin Geriatr Med* 2015;31:429-37.

3 Volkert D, Beck AM, Cederholm T, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr* 2019;38:10-47.

4 Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clin Nutr* 2008;27:5-15.

5 Cederholm T, Jensen GL, Correia M, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from

the global clinical nutrition community. *Clin Nutr* 2019;38:1-9.

6 Kondrup J, Allison SP, Elia M, et al. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr* 2003;22:415-21.

7 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, et al. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form mini-nutritional assessment (MNA-SF). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56:M366-72.

8 Mareschal J, Achamrah N, Norman K, Genton L. Clinical value of muscle mass assessment in clinical conditions associated with malnutrition. *J Clin Med* 2019;8.

9 Deutz NE, Matheson EM, Matarese LE, et al. Readmission and mortality in

malnourished, older, hospitalized adults treated with a specialized oral nutritional supplement: a randomized clinical trial. *Clin Nutr* 2016;35:18-26.

10 Mareschal J, Altwegg J, Berthet D, et al. Prescription and indication for oral nutritional supplements in a Swiss university hospital: a prospective survey. *Swiss Med Wkly* 2017;147:w14475.

11 Schuetz P, Fehr R, Baechli V, et al. Individualised nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: a randomised clinical trial. *Lancet* 2019;393:2312-21.

12 Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, et al. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and

the American Heart Association. *Circulation* 2007;116:1094-105.

13 Cermak NM, Res PT, de Groot LC, et al. Protein supplementation augments the adaptive response of skeletal muscle to resistance-type exercise training: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 2012;96:1454-64.

14 O'Connell MD, Roberts SA, Srinivas-Shankar U, et al. Do the effects of testosterone on muscle strength, physical function, body composition, and quality of life persist six months after treatment in intermediate-frail and frail elderly men? *J Clin Endocrinol Metab* 2011;96:454-8.