

Journée SSMG

par le Dr Par le Dr Jacques Vanderstraeten • Médecin généraliste • 1200 Bruxelles

La nutrition, 2^e partie

Bruxelles, samedi 23 février 2008

Malnutrition de la personne âgée

La malnutrition par carence d'apport alimentaire est un problème très fréquent chez la personne âgée, institutionnalisée ou non. Les **causes de la dénutrition** des personnes âgées sont multiples :

- isolement social et perte de revenus ;
- déclin fonctionnel et perte de mobilité ;
- maladies diverses interférant avec la fonction digestive (malabsorptions, insuffisance cardiaque, gastroparésie) ;
- troubles de la déglutition et dysphagie (voir ci-après) ;
- médicaments avec effets secondaires digestifs (IEC, digoxine, AINS, morphinomimétiques, SSRI, antibiotiques, metformine, etc.) ;
- ignorance des besoins réels, des aides possibles ;
- régimes diététiques au long cours ;
- dépression ;
- démence débutante.

Les **troubles de la déglutition** et la **dysphagie** de la personne âgée sont fréquents en institution. Ils concernent 40 à 45 % des résidents en MR et MRS et 13 % des hospitalisés en service de gériatrie. Les causes sont aussi bien fonctionnelles (dentition ou dentier déficient, hyposalivation, affaiblissement des muscles du larynx et du pharynx) que pathologiques (AVC, démence, parkinson). Il faut suspecter ces troubles face à une assiette qui ne se vide pas, un poids qui diminue, du bavage, une vidange incomplète de la cavité buccale, une absence d'ascension du larynx à la déglutition, une toux per- ou post-prandiale ou encore des bronchites ou pneumonies à répétition.

Toute malnutrition laissée à elle-même entraîne la personne âgée dans la **spirale de l'hypercatabolisme** avec accentuation consécutive de la perte d'appétit, infections à répétition (par carence en albumine et lymphocytes notamment), déclin fonctionnel et chutes. Plus cette situation évolue, moins elle est réversible.

L'**évaluation de la dénutrition** d'une PA est d'abord clinique (BMI < 21, tour de

bras à mi-bras < 24 cm), intégrant si possible d'autres paramètres (voir l'échelle du Mini Nutritional Assessment sur www.mna-elderly.com) dont certains marqueurs biologiques sanguins : albumine (< 3,5 g/dl hors syndrome inflammatoire), pré-albumine (< 200 mg/dl) — celle-ci permet de suivre la réversibilité d'une dénutrition de semaine en semaine de par sa courte 1/2 vie (3 à 4 jours) — et éventuellement lymphocytes (< 1800), mais à titre plutôt indicatif.

D'après l'exposé du Dr P. CORNETTE, Service de gériatrie, Cliniques universitaires Saint-Luc.

Nutrition de l'insuffisant rénal

L'insuffisant rénal chronique est souvent une personne âgée et l'insuffisant rénal sévère est en général en perte d'appétit. Il convient donc de bien cibler la population des patients parmi ceux qui devront réellement limiter leur apport de protéines alimentaires, afin de ne pas prendre le risque de majorer un état de dénutrition éventuellement déjà présent.

Seuls les patients présentant à la fois une **protéinurie > 1 gr/24h** et une HTA non équilibrée devront restreindre leur apport protéique quotidien à moins de 0,8 gr/kg de poids corporel. Mais, face à une protéinurie, le bénéfice de la restriction protéique est marginal et secondaire par rapport à deux mesures essentielles à appliquer conjointement :

1. La restriction sodée (< 6 gr/jour) qui doit sinon être obtenue par prescription de thiazide ou de furosémide.
2. La prescription d'un IEC ou d'un Sartan, associée alors au nécessaire suivi de la kaliémie (attention aux fausses hyperkaliémies dues notamment aux modalités de prélèvement et de conservation de l'échantillon de sang).

Le **contrôle des restrictions** sodée et protéique de l'insuffisant rénal se fait au mieux sur une collecte urinaire de 24 heures, sachant que, sauf en présence

d'un résidu vésical significatif, une bonne collecte de 12 heures vaut mieux qu'une mauvaise collecte de 24 heures. L'apport protéique quotidien en grammes est égal à : $3 \times \text{l'urée (gr/24h)} + 15$ (représentant les pertes extra-rénales). Le dosage de NaCl traduit l'apport sodé de la veille et ne devrait pas dépasser 6 gr. Le dosage de créatinine est indispensable pour pouvoir juger du caractère complet ou non de la collecte, son excrétion allant de 10 mg/kg x jour pour une femme âgée à 25 mg/kg x jour pour un athlète de 20 ans. Notons encore que l'insuffisance rénale constitue un **facteur indépendant du risque cardio-vasculaire** même si cette insuffisance n'est encore que modérée (créatinine sanguine $\geq 1,5 - 1,7$ mg/dl et clearance de la créatinine ≤ 60 ml/min). Pourtant, bien que les taux d'homocystéine sanguine soient élevés chez la plupart des insuffisants rénaux, une récente étude n'a pas pu montrer de bénéfice d'une supplémentation systématique en acide folique sur la mortalité globale, du moins en cas d'insuffisance sévère.

D'après l'exposé du Pr M. JADOU, Service de néphrologie, Cliniques universitaires Saint-Luc.

Régime et lithiases urinaires

La plupart des lithiases urinaires sont de nature oxalo-calcique. Dans un cas sur deux, elles sont associées à une hypercalciurie (> 4 mg/kg par 24h). Pourtant il a été montré qu'un régime pauvre en calcium augmente le risque de lithiase malgré la diminution consécutive de la calciurie. Cet effet, en apparence paradoxal, est lié à la moindre élimination digestive des oxalates, ceux-ci étant moins captés dans la lumière du tube digestif par le calcium alimentaire. Il s'ensuit une hyperoxalurie responsable du risque majoré de lithiase.

À part l'indispensable apport abondant de liquides (2 l/jour), le seul régime utile est ici le régime pauvre en sel, celui-ci dimi-

nuant l'oxalurie. Les thiazidés peuvent donc être ici utiles, ceux-ci diminuant également la calciurie (d'où leur effet préventif sur l'ostéoporose), au contraire du furosémide qui accroît celle-ci. Un régime pauvre en oxalates n'a par contre que peu ou pas d'intérêt.

D'après l'exposé du Pr M. JADOL, Service de néphrologie, Cliniques universitaires Saint-Luc.

Intolérance au lactose

Entre 15 et 25% de la population européenne est concernée par une intolérance au lactose, celle-ci touchant près de 75% de la population d'Afrique noire. Cette intolérance semble souvent se manifester dans les suites d'une virose. Les symptômes en sont variables: crampes, ballonnements, diarrhée.

Le **diagnostic** se fait par dosage de la glycémie après absorption d'une quantité standardisée de lactose (test de tolérance au lactose) ou par le dosage du carbone marqué du lactose ingéré dans le CO₂ de l'air expiré, ce lactose non absorbé faisant l'objet de la fermentation bactérienne (breath test au lactose).

Le **traitement** passe par un régime pauvre en lactose (5 à 10 gr/jour) voire strict (< 5 gr/jour) selon le cas. Rappelons qu'un décilitre de lait contient 45 gr de lactose, et que l'on trouve celui-ci également dans les pâtisseries, les charcuteries, etc. Les aliments pauvres en lactose et donc permis, sont: les fromages à pâte dure (gouda, chester, cheddar...), certaines margarines, le yaourt (le lactose y ayant été fermenté) et le fromage blanc. Un quart de litre de ces deux derniers produits peut être consommé au quotidien, de même que les produits à base de soja, sans limitation de leur quantité. Une supplémentation en calcium et vitamine B2 peut être indiquée. Des comprimés de lactase existent en vente libre en pharmacie et peuvent être d'une certaine utilité notamment à titre "social".

D'après l'exposé du Dr Marc DE REUCK, gastro-entérologue, Digestive Disease Group, Bruxelles

Intolérance au gluten

La maladie cœliaque concernerait environ 100 000 personnes en Belgique et seuls 10% des cas seraient diagnostiqués. Soixante pour cent des diagnostics se font à l'âge adulte et 20% au-delà de 60 ans. Les symptômes sont aspécifiques, asso-

ciant plaintes digestives diverses (diarrhée surtout mais parfois aussi constipation), ostéoporose, dépression, etc. L'association à une dermatite herpétiforme est par contre assez classique et suggestive. Chez l'enfant, c'est essentiellement un retard de croissance staturo-pondérale qui doit attirer l'attention. Biologiquement, on peut retrouver diverses altérations non spécifiques telles qu'anémie, sidéropénie, hypoprotéinémie, etc. Le diagnostic est biologique (Ac anti-gliadine et anti-endomysium, et bientôt Ac anti-transglutaminase), voire anatomopathologique (biopsie duodénale).

Le régime sans gluten est composé d'aliments devant contenir moins de 10 mg de gluten pour 100 gr de masse sèche. De plus en plus d'aliments en vente courante proposent l'indication du contenu en gluten, mais on trouve celui-ci également dans de nombreux additifs alimentaires, émulsifiants et stabilisateurs notamment.

D'après l'exposé du Dr Marc DE REUCK, gastro-entérologue, Digestive Disease Group, Bruxelles

Acides gras et athérosclérose

Les acides gras (AG) dont il faut conseiller la consommation sont les mono-insaturés (huile d'olive et de colza) et les poly-insaturés (huiles de tournesol, soja, maïs, noix, poissons, etc.).

Les **acides gras trans** constituent par contre un véritable toxique cardiovasculaire de notre alimentation quotidienne moderne, et sont même interdits désormais dans certains pays européens. Ils présentent en effet des propriétés pro-inflammatoires sur l'endothélium vasculaire dont ils altèrent également la fonction. Ces AG trans sont un sous-produit de l'hydrogénation des AG natifs, celle-ci étant pratiquée dans le but d'améliorer les propriétés de longévité (conservation) et de fermeté des aliments et afin de désodoriser les huiles de poisson, notamment. On les retrouve donc dans de très nombreux produits industriels tels que viennoiseries, cookies, crackers, cakes (jusqu'à 40% d'AG trans), gâteaux, pâtes à pizza, fritures, popcorn, margarines (17% d'AG trans), etc. Ils sont soit mentionnés tels quels dans la composition, soit identifiables par la mention "acides gras hydrogénés". Les enfants et les adolescents étant consommateurs réguliers de ces produits, il est donc capital d'être attentif à la composition alimentaire des produits industriels qu'ils consomment, rien ne valant finalement une alimentation à base de produits frais.

Les **acides gras essentiels** sont les fameux oméga-3, oméga-6 et oméga-9. Les oméga-3 (EPA, DHA, ALA) se retrouvent dans les huiles de poisson (saumon, thon, maquereau, hareng) et certaines huiles végétales (lin, cartame, olive). Les oméga présentent des propriétés pro-inflammatoires. Le rapport oméga/oméga de notre alimentation occidentale moderne est de 1/10 alors qu'il était proche de l'unité originellement. Or on sait que, par exemple, la consommation de poisson, ne fût-ce qu'une fois par semaine réduit le risque de mort subite chez l'homme.

D'après l'exposé du Dr T. MULLER, Service de cardiologie, Clinique St-Pierre, Ottignies

Alimentation et colopathies

Le **syndrome du colon irritable** concerne environ 15% de la population occidentale. Il est parfois secondaire à un épisode infectieux. Les aliments à éviter, surtout dans les formes avec diarrhée, sont les boissons riches en fructose, les épices, le café, l'alcool, les crudités abondantes. Des compléments reconstituant de la flore intestinale peuvent également être utiles. La **diverticulose colique** doit faire l'objet, en phase stabilisée, d'un apport abondant en fibres alimentaires. Lors d'une crise de diverticulite, un régime sans résidu est par contre indiqué pendant 6 semaines au moins.

Les **maladies inflammatoires chroniques**, telles que Crohn et recto-colite ulcéro-hémorragique, ne font l'objet d'aucun régime particulier en phase de rémission, si ce n'est l'apport de compléments en fonction des carences possibles (fer, vit B12, acide folique, calcium, vit D, oligo-éléments). Également, toute sténose ou substénose intestinale doit faire l'objet d'un apport restreint en fibres et de l'abstention de champignons, ceux-ci étant susceptibles d'engendrer une véritable occlusion dans ce cas. Souvent, ces pathologies sont secondairement associées à des intolérances et/ou allergies alimentaires diverses. En phase de poussée inflammatoire, un régime sans déchet s'impose, associé à une supplémentation renforcée.

D'après l'exposé du Dr Marc DE REUCK, gastro-entérologue, Digestive Disease Group, Bruxelles