



LA DÉNUTRITION DE LA PERSONNE ÂGÉE

Auteurs : M. Demonseau & A. Guerriat

Dernière mise à jour : 19/05/22

Résumé de la présentation Rampe « Prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée » du Dr. Oana Bantéa, Gériatre, CHR Namur | 26/04/22 à Namur.

Dépistage

- Important, plus la prise en charge est précoce, moins les conséquences fonctionnelles seront importantes.
- Recommandations :

Dépistage	En pratique	MNA
<ul style="list-style-type: none">•Recommandé chez tous les patients âgés•1X/an chez tous•1X/mois en institution•Lors de chaque hospitalisation•+ souvent si à risque	<ul style="list-style-type: none">•Recherche de situations à risque•Estimation de l'appétit et des apports•Mesure du poids et du BMI•Evaluer la perte de poids	<ul style="list-style-type: none">•> 24/30 = normal•Entre 17 et 23,5/30 = à risque•< 17 = dénutrition

Diagnostic

Dénutrition =

- Perte de poids > 5% sur 1 mois ou > 10% sur 6 mois
- IMC < 21 (mais dénutrition pas exclue par un BMI normal)
- Albuminémie < 35 g/L

Dénutrition sévère =

- Perte de poids > 10% sur 1 mois ou > 15% sur 6 mois
- IMC < 18
- Albuminémie < 30 g/L

Prise en charge

a. Objectifs

- Apport **énergétique** entre 30 et 40 kcal/kg/j
- Apport **protéique** entre 1,2 et 1,5 g/kg/J
- Variable d'un sujet à l'autre en fonction de ses pathologies

b. Modalités

- **Nutrition orale** : conseils, aide diététicienne, alimentation enrichie (lait, fromage rapé, crème, œufs, ...), compléments nutritionnels oraux (CNO)
- **Nutrition entérale** si impossibilité ou insuffisance de la prise en charge orale.
- **Nutrition parentérale** si tube digestif non fonctionnel (malabsorption).

Conseils pratiques :

- Augmenter la fréquence des prises
- Éviter jeûne de > 12 heures
- Privilégier les produits riches en énergie et protéines
- Adapter les menus et les textures au goût
- Aide humaine et/ou technique si nécessaire
- Environnement agréable
- Garder en tête les repères nutritionnels pour personnes âgées

	Statut nutritionnel normal	Dénutrition	Dénutrition sévère
Apport alimentaire spontanément normal	- Surveillance	- Conseils - Alimentation enrichie - Réévaluation à un mois	- Conseils - Alimentation enrichie - CNO - Réévaluation à 15 jours
Apport alimentaire > 50% de l'apport habituel	- Conseils - Alimentation enrichie - Réévaluation à 1 mois	- Conseils - Alimentation enrichie - Réévaluation à 15 jours - Si échec : + CNO	- Conseils - Alimentation enrichie - CNO - Réévaluation à une semaine - Si échec : nutrition entérale .
Apport alimentaire < 50% de l'apport habituel	- Conseils - Alimentation enrichie - Réévaluation à une semaine - Si échec : CNO	- Conseils - Alimentation enrichie - CNO - Réévaluation à 1 semaine - Si échec :NE	- Conseils, - Alimentation enrichie - Nutrition entérale d'emblée - Réévaluation à une semaine

c. Prescription des CNO

Modalités :

- Soit en collation 2h avant/après le repas soit en dessert. Attention, le CNO ne doit **pas** remplacer un repas.
- 400 kcal et 30g de protéines = 2 CNO.
- C'est un **traitement** de la dénutrition → le présenter comme tel augmente la compliance.
- Différents **types** en fonction des comorbidités.

Situations particulières

- **Fin de vie :**
 - Privilégier le confort
 - Soulager les symptômes incommodes liés à l'alimentation (nausées, douleur)
 - Pas de nutrition entérale ou parentérale
- **Démence :**
 - Adapter alimentation aux troubles du comportement (finger food si déambule par ex).
 - Pas de nutrition entérale ou parentérale si maladie sévère.

Rédactrices

- Aline Guerriat, Médecin généraliste
- Manon Demonseau, Médecin assistant