

Entretiens de la SSMG

Louvain-la-Neuve, octobre 2022

par le Dr Camille DUBUS • médecin généraliste •
1970 Wezembeek-OppemNutrition chez la personne âgée :
pourquoi en parler ?

La dénutrition est une réalité et un important problème de santé publique, sans parler des conséquences pour le patient. Si on ne devait retenir qu'un message de cet exposé, c'est : « Pesons nos patients ! ».

Quels sont les besoins caloriques d'une personne de 60 ans, de 60 kg sans activité ni stress ?

Outre 1,5 l d'eau, la personne aurait besoin de 1800 kilocalories, 60 g de protéines, des vitamines et des oligo-éléments. Le stress métabolique augmente les besoins : un patient avec de la fièvre ou des difficultés respiratoires devrait manger plus. L'insuffisance respiratoire par exemple augmente le travail respiratoire et les besoins caloriques doivent être augmentés de 500 kcal par jour.

Avec le vieillissement, on verra une augmentation de la masse grasse et une perte de masse maigre (sarcopénie). L'odorat et le goût diminuent également avec l'âge, sauf le goût sucré. Il ne faut pas hésiter à faire édulcorer les aliments pour faire manger le patient, contrairement aux fausses croyances véhiculées. Mieux vaut un patient mangeant trop de sucre que dénutri ! À quoi sert une belle Hb glyquée, si on est mort ?

Les causes de malnutrition sont diverses. Elles peuvent être **exogènes** par une diminution des apports à cause de facteurs multiples :

- l'isolement ;
- les horaires difficiles en institution ;
- un facteur économique ;
- une mauvaise alimentation ;
- la perte d'autonomie (penser à donner à manger au patient !);
- des problèmes bucco-dentaires (penser à adapter le dentier) ;
- des troubles de la déglutition (questionner le patient : « Est-ce que vous toussiez quand vous buvez ? »).

Notons aussi que le premier symptôme de la démence n'est pas un trouble de la mémoire, mais bien une perte de poids. La dépression est également un facteur favorisant une malnutrition.

Les causes **endogènes** sont liées à une majoration du catabolisme à cause d'une inflammation, d'une infection, d'une néoplasie, ou encore d'une hyperthyroïdie, etc. L'hypothyroïdie chez la personne âgée peut aussi être une cause de perte de poids. Les causes sont toutefois souvent intriquées.

Les conséquences sont individuelles mais également socio-économiques (cout, durée de séjour : un patient dénutri prolongera sa durée de séjour à l'hôpital). Les conséquences individuelles sont évidentes : il y a une augmentation de la morbidité physique, psychique et sociale ainsi que de la mortalité. L'albumine est un excellent reflet du pronostic vital chez les personnes âgées et les malades chroniques, à condition que l'hydratation et l'inflammation soient stables.

La dénutrition est malheureusement beaucoup trop fréquente. En gériatrie, 90 % des patients sont dénutris et en MRS la dénutrition touche 50 à 60 % des patients (5 % dans la population générale).

D'où l'importance de peser régulièrement ses patients et de noter leurs poids sur une courbe. Des tests validés permettent de faire un dépistage. Le test de Buzby par exemple ou NRI (Nutritional Risk Index) nous donne une idée de la sévérité d'une dénutrition, à faire devant un IMC inférieur à 18 kg/m² et/ou s'il y a une perte de poids significative.

$(NRI = 1,519 \times \text{albuminémie} + 0,417 \times (\text{poids actuel} / \text{poids habituel}) / 100$

Si le NRI > 97,5, il y a une absence de dénutrition. La dénutrition est modérée entre 83,5 et 97,5, et sévère si le NRI < 83,5. Il est utile de faire une évaluation globale par une grille validée telle que la MNA (mini Nutritional Assessment). Ensuite, il faut faire un diagnostic étiologique.

Finalement, le traitement relève du bon sens. Il faut chercher les facteurs favorisants réversibles, favoriser une cuisine équilibrée mais aussi au goût de la personne, l'appétit doit être stimulé en adaptant parfois les consistances et textures ou avec de l'aide concrète aux repas, la fréquence des repas doit être adaptée selon chacun... Le patient doit être mobilisé et faire de l'exercice physique pour faire du muscle : « je mange, je bouge ». Le recours aux compléments alimentaires est parfois nécessaire.

Si les apports caloriques et hydriques sont nuls,



on se dirigera naturellement vers une alimentation entérale totale ou partielle.

Il est parfois utile d'évaluer au préalable exactement ce que la personne mange (éventuellement à l'aide de photos), ne fût-ce que pour une prise de conscience du patient/du compagnon ou de la compagne. Triangler la prise en charge avec une diététicienne peut être intéressant.

Il faut donc formuler le problème nutritionnel et récolter les données cliniques. Ensuite, nommer les possibilités d'intervention et déterminer les objectifs, pour les réévaluer plus tard. Tout cela doit être fait en concertation avec le patient, les proches et les autres soignants, car chacun a ses croyances, ses peurs... La nutrition est en réalité une porte ouverte pour envisager le futur du patient...

D'après un exposé du Docteur Véronique Latteur, gériatre au Grand Hôpital de Charleroi.

Mots-clés : dénutrition, vieillissement, personne âgée, gériatrie.

Détection précoce des signes et des complications de la Maladie de Parkinson

La maladie de Parkinson est une maladie de mouvement, liée à un dysfonctionnement des noyaux gris centraux.

Les symptômes moteurs sont le **tremblement** de repos (présent que dans 1/3 des cas) et non d'attitude, l'**akinéto-rigidité** (difficulté à entamer le mouvement, micrographisme, dysarthrie) et les **troubles posturaux**.

Les douleurs induites par la maladie de Parkinson sont parfois directement en rapport avec les symptômes moteurs mais il existe également des douleurs liées à une altération des mécanismes de transmission et d'intégration de la douleur, secondaire à la maladie. C'est la « douleur centrale parkinsonienne ».

Il existe également des signes non moteurs comme des troubles du **sommeil** (insomnie, agitation nocturne, apnées, jambes sans repos, nycturie), des **douleurs** et des troubles de l'odorat, des troubles de la **mémoire procédurale** (capacité à faire les choses sans y penser), des **troubles neurovégétatifs** (hypotension artérielle et chutes, constipation, troubles de la vessie [vessie hyperactive]...), des **symptômes neuropsychiatriques** (dépression, anxiété, psychoses, apathie, altération cognitive et démence)...

Ces signes non moteurs, parfois prémonitoires de la maladie de Parkinson, sont aussi souvent les causes masquées de l'altération de la qualité de vie. La détection précoce est possible! Cette détection précoce est utile si on veut prévoir l'avenir. Les premiers signes cliniques de la maladie de Parkin-

son se manifestent après une évolution masquée de 10 à 15 ans. Les troubles de l'odorat par exemple précèdent de plusieurs années l'apparition des troubles moteurs. Le syndrome des jambes sans repos est un autre exemple.

Les symptômes sont cependant très variables d'un patient à l'autre, d'un moment à l'autre et de nombreux facteurs tels que le stress, les émotions, le sommeil ou la motivation accentuent ou améliorent ces symptômes.

Les conséquences de ces symptômes sont nombreuses. On assiste à une limitation de l'autonomie motrice, des troubles de langage et un isolement consécutif, des troubles de la déglutition qui sont parfois à l'origine d'une dénutrition, une asthénie, une apathie et des douleurs.

La maladie est fréquente: il y a en Belgique 2000 nouveaux cas par an, pour une prévalence d'environ 40 000 patients. Ce n'est pas une maladie de la personne âgée. L'âge moyen du début est entre 50 et 55 ans. Plus de 10% des patients ont un début précoce de la maladie, c'est-à-dire avant 40 ans.

Les causes sont multiples et il s'agit sans doute d'une combinaison entre des facteurs génétiques et environnementaux. En France, la maladie de Parkinson est reconnue comme une maladie professionnelle liée à l'utilisation de pesticides.

Au niveau anatomo-pathologique, on assiste à une dépigmentation du locus niger où est synthétisée la dopamine, et une inclusion de « corps de Lewy ».

Le traitement par lévodopa et agonistes dopaminergiques visera à avoir des taux de dopamine suffisants et stables pendant la période diurne et nocturne pour éviter les effets on-off.

Comme expliqué plus haut, une détection précoce est possible. Face à un patient ayant des troubles de l'odorat, un syndrome des jambes sans repos ou des troubles du comportement la nuit, une sensibilité individuelle familiale importante, ou encore en contact avec des pesticides, il faut évoquer le diagnostic. Le DAT-scan n'est remboursé qu'une fois, et uniquement pour des tremblements et sur prescription du neurologue. Il est parfois faussement négatif. La clinique prime, il est parfois utile de faire un diagnostic par la thérapeutique en initiant un traitement d'essai avec une association de lévodopa et bensérazide et si les signes s'améliorent, le diagnostic est posé.

Le traitement préventif se base essentiellement sur la kinésithérapie. Des études suggèrent que la vitamine E, le coenzyme Q10, la caféine, la théine et la nicotine (pas le tabac!) peuvent être protecteurs. La rasagiline ralentit statistiquement l'évolution symptomatique si elle est donnée en début de maladie.

D'après un exposé du Docteur Gianni Franco, neurologue au CHU UCL Namur-Dinant.

Mots-clés : maladie de Parkinson.