

Nutrition du sujet âgé



Dr LEBRUN Nicolas

21/05/2015

Sommaire



- Nutrition et sujet âgé
- La dénutrition en EHPAD, état des lieux
- Causes de la dénutrition
- Les solutions
- Quelle prise en charge pour quel résident ?
- L'intérêt des régimes en EHPAD

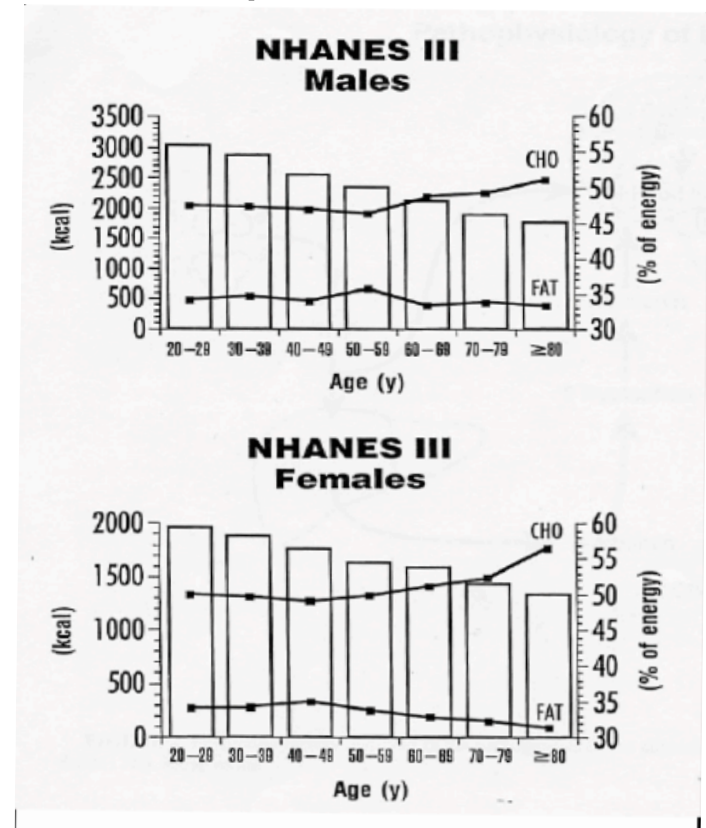
Nutrition et sujet âgé



- Vieillessement physiologique
 - Les dépenses énergétiques
 - L'appétit
 - La régulation des glycémies et le jeun
- L'évolution de la composition corporelle, de l'IMC

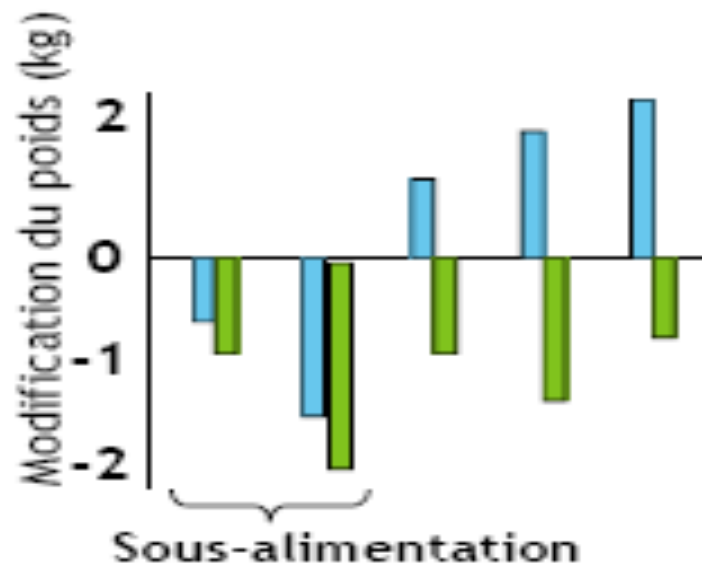
Les dépenses énergétiques

- Moins d'activités, mais chaque effort coûte plus
- 10- 20% de dépense en moins
- Moins de protéines
- Besoins: 1 à 1,5g de protéines
- 25 à 40kcal/kg/j



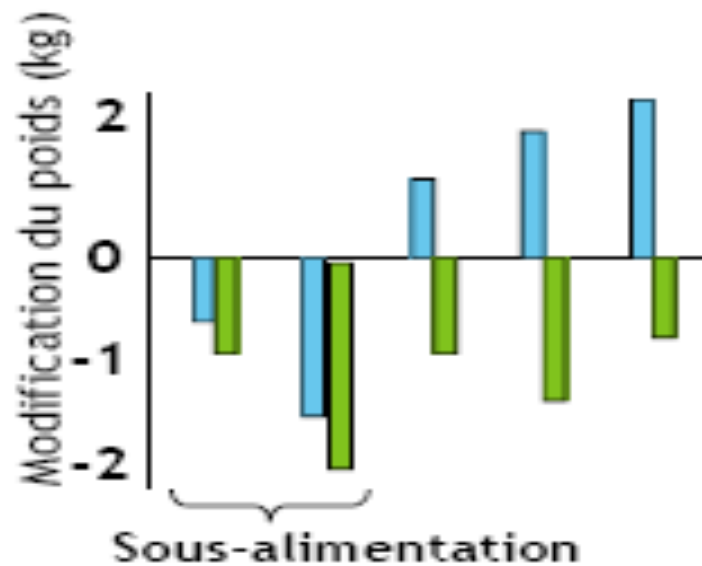
L'appétit

- La satiété arrive vite, mais part vite
 - Intérêt des collations
- Moins il mange, moins il a faim...



L'appétit

- La satiété arrive vite, mais part vite
 - Intérêt des collations
- Moins il mange, moins il a faim...

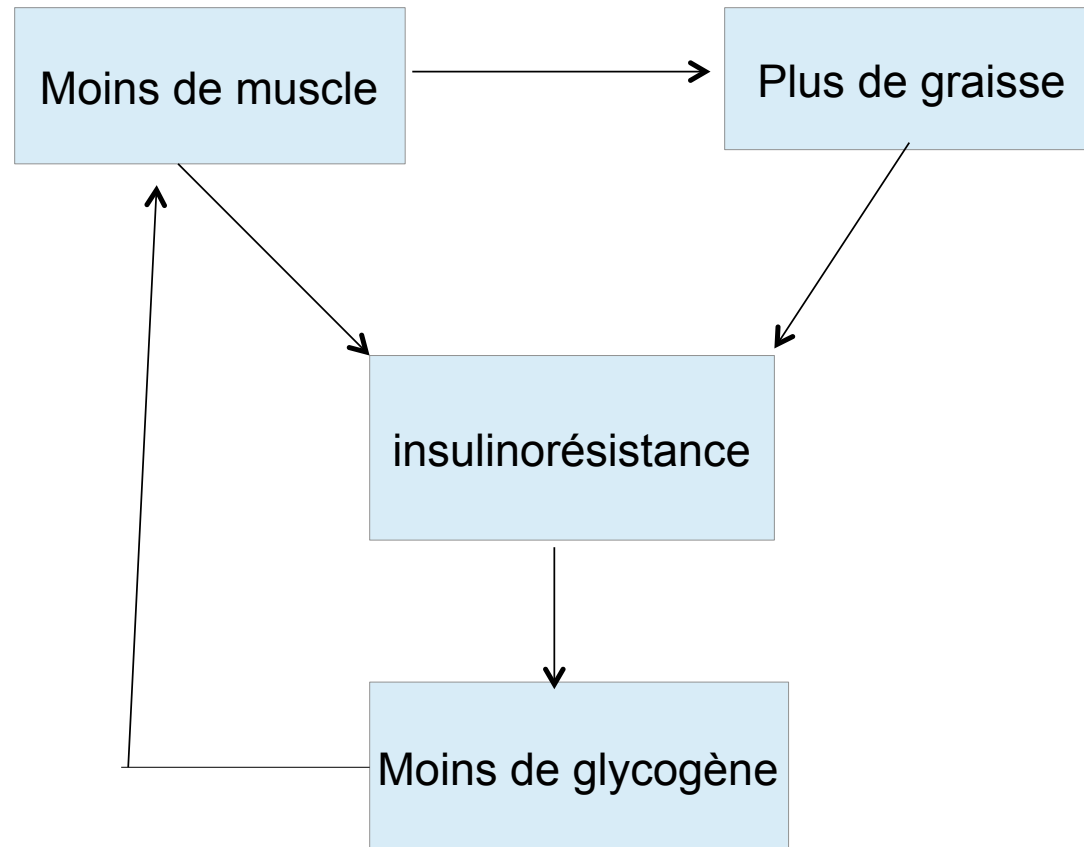


Régulation des apports



- Régulation de la glycémie
 - Retard de la sécrétion d'insuline
 - Insulinorésistance : mauvais stockage, fonte musculaire
 - intérêt des goûtés (nouvelle sécrétion d'insuline, diminution de la protéolyse)
- Les effets du jeun
 - Si on ne mange pas, on puise dans les réserves (glycogène contenu notamment dans les muscles)
 - Le sujet âgé n'a pas de réserve, il puise dans ses muscles

Modifications corporelles



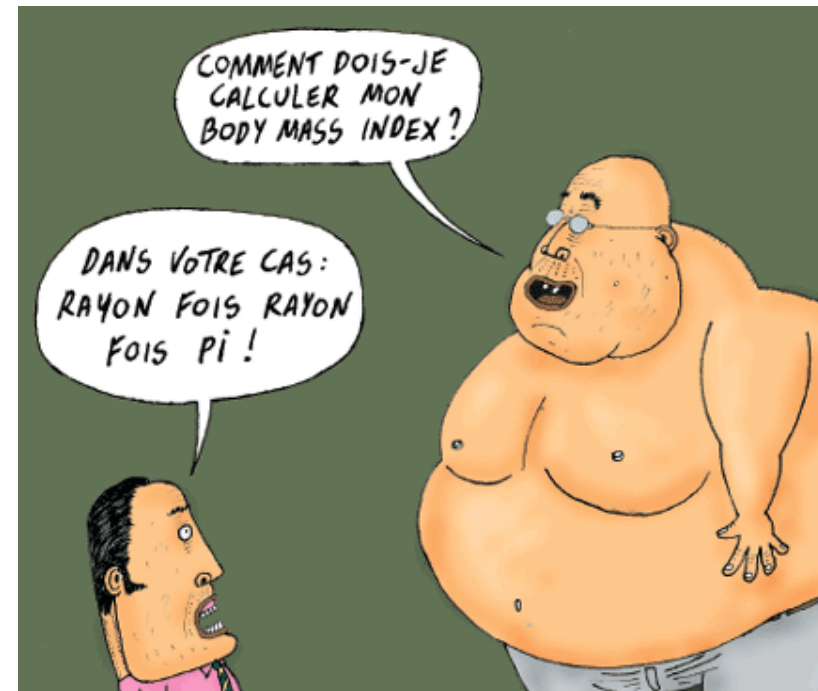
Conséquences du vieillissement



- Altération du goût et des odeurs
- Problèmes de déglutition
- Problèmes de dentition
- Importance du visuel, de la texture, du sucré, du salé

L'IMC

- Poids/taille²
- Norme adulte
18,5-25
- Sujet âgé
21à ?



Évolution IMC



- Perte de taille après 80ans
 - 5cm chez l'homme
 - 8cm chez la femme
- Mesure taille réelle/taille jeune
 - 1,5 chez l'homme
 - 2,5 chez la femme
- Mesure Talon/genou (Chumlea)
 - +/- 0,9 chez l'homme, 1,5 chez la femme

La dénutrition en EHPAD



- État des lieux et dépistage
- Le suivi nutritionnel

La dénutrition en EHPAD



- Prévalence de 4 à 41%
- Pourquoi une telle disparité ?
 - Dépend des EHPAD (GIR 1-2+++)
 - Dépend du moyen de dépistage
- Diagnostique :
 - Perte de poids >5% en 1 mois ou >10% en 6mois
 - IMC < 21
 - Albuminémie < 35
 - MNA < 17/30

Suivi nutritionnel en EHPAD



- Le poids+++

 - 1/mois voir 1/sem si dénutrition

- Recueil des ingestas

 - quantitatif : $\frac{1}{4}$ du plateau, $\frac{1}{2}$, $\frac{3}{4}$, tout le plateau

 - un peu plus qualitative : repas le plus important, aliments les mieux consommés

Recueil des ingestas Casselardit

Petit déjeuner

• Café ou thé	0
• Bol de lait	1
• 1 bol de lait + céréales	1
• 1 petit pain	1
• 1 sachet de biscottes	0.5
• 4 sachets de sucre	0,5
• 1 beurre	0,5

1 point=160 Kcal

Repas

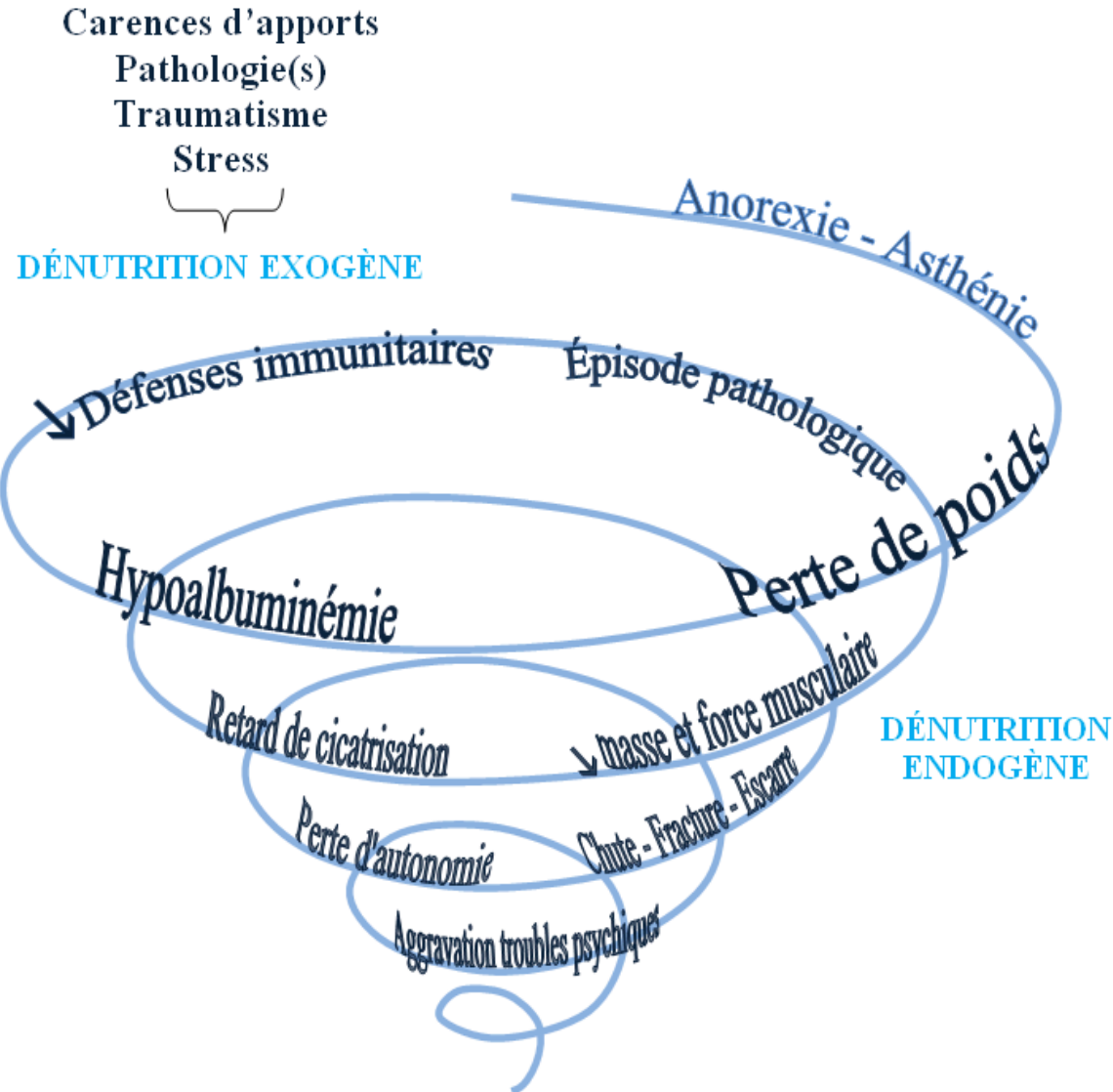
• 1 potage enrichi	1.5
• 1 entrée protidique (poisson, œuf, charcuterie,...)	1
• 1 part de viande (ou poisson ou 2 œufs)	1
• 1 portion de mixé	2
• 1 portion de mouliné	1
• 1 part de féculent	1.5
• 1 part de légumes	1
• 1 dessert	0,5
• 1 dessert enrichi	1
• 1 CNO	2

Conséquences de la dénutrition



- Augmentation du nombre d'hospitalisation et de la durée des séjours
- Escarres
- Chutes et fractures
- Diminution de la qualité de vie et déclin fonctionnel

Conséquences de la dénutrition




Les causes



- Démences
- Causes somatiques
- Les troubles de la déglutition
- L'environnement

Les causes : la démence



- Anorexie : mécanisme ?
- Apraxie : la fourchette, comment on s'en sert ?
- Agnosie : une fourchette, qu'est ce que c'est ?
- Déambulation : hypercatabolisme
- Opposition, agressivité

Causes somatiques

- Buccales
- Constipation
- Douleur
- Dépression, hypothyroïdie, cancer
- Médicaments :
 - mauvais goût
 - Anorexigènes
 - perte du goût



Troubles de la déglutition



- Bavage
- Résidus dans la cavité buccale
- Blocage « haut » ou « bas »
- Toux, avant/pendant/après la déglutition ou le repas
- Etouffement
- Reflux nasal

Conséquences des troubles de la déglutition

- Modifications du repas
 - Allongement de la durée du repas
 - Adaptation de la consistance
 - Éviction de certains aliments (« je n'aime plus »)
- Conséquences sociales
 - Isolement // famille, amis
- Conséquences psychologiques
 - Peur, anxiété
 - Perte du plaisir < effort

Solutions troubles de la déglutition



- Bol alimentaire lent (solide > liquide épais>liquide)
- Consistance homogène
- +/- Bol alimentaire stimulant (t°, acidité, gazeux)
- Petites quantités dans la cuillers
- Surveiller la déglutition avant de redonner
- Assis, tête droite, proposer la cuiller au niveau du menton

Causes environnementales



- Lassitude de la texture, des plats
- Voisins dérangementants, écoeurants
- Peur de baver, de renverser,...
- Repas servis trop tôt ou trop tard
- Repas desservis trop vites
- Repas servis au plateau : trop d'un coût écoëure

Prise en charge de la dénutrition



- Modifier l'environnement
- Les horaires décalés
- Repas conviviaux
- Enrichir et fractionner
- Les compléments nutritionnels oraux
- Et si cela ne marche pas ?

L'environnement



- Le résident a-t-il ses lunettes, appareil auditif, dentier adapté ? est il allé aux toilettes avant de passer à table ?
- Service à l'assiette : entrée, puis plat, puis dessert
- Ne pas forcer à manger, sinon l'angoisse, l'agressivité, l'opposition augmente. Expliquer, rassurer, accepter le refus. Le résident n'est pas qu'un objet de soin. L'alimentation doit rester un plaisir...
- Diminuer les distractions : télévision, réfléchir au plan de table,...

Les repas en famille



- On mange plus en famille
- Tout ce qui est amené de l'extérieur doit être consommé dans la journée voir immédiatement (mayonnaise, crème,...)
- Expliquer les aliments incompatibles avec les troubles de la déglutition
- Faire manger un proche : moment privilégié/ forcing alimentaire

Les horaires décalés

- Possibilité de servir des collations= 10h, 16h, 21h, 5h
- Les plats non pris à l'heure du déjeuner soit conservés au réfrigérateur, filmé et avec une étiquette contenant date et heure de préparation. Les plats, sandwichs, quiches,... ne doivent pas être conservés plus de 24h

Enrichissements, fractionnement



- Intérêt des collations
- Le « manger-mains » pour le déambulant, existe aussi en mixé (épaissi à l'agar agar)
- Matière grasses : protéines, texture
- Poudre de protéine, fromage fondu, œuf,...
- Potage enrichi : 100-200kcal, 7-8g de protéines

Les compléments nutritionnels

- Protenplus, Fortimel, Renutryl,..: 200ml=20g de protéines soit 1/3 des apports journaliers en protéines pour un résident de 60kg, 1/6 des apports caloriques
- Jus de fruits enrichis : 20g de prot, 200kcal soit protéines 1/3, calories 1/9
- Crème enrichie 10g prot, 200kcal soit 1/6 des apports journaliers en protéine, calories 1/9
- Céréales: 15-20g de protéines, 200-300kcal soit prot 1/3, calories 1/6. Et pourquoi pas à midi?

Et si cela ne marche pas ?

Facile :

2 qui tiennent les bras, 2 qui tiennent les jambes
et 1 qui donne à manger



Et si malgré tout il ne mange pas assez ?

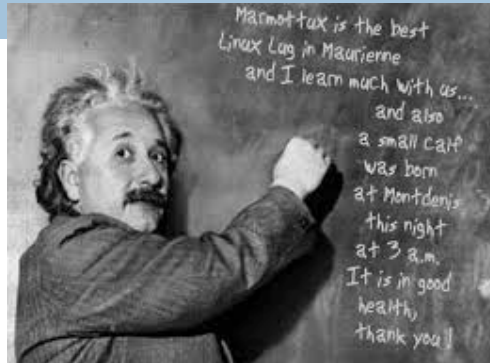
- Pathologie aiguë, réversible : insister
- Et en cas de démence ?

l'alimentation doit rester un plaisir et ne doit pas être quelque chose de subit par le résident, de frustrant pour l'aidant et la famille.

mais si il ne mange pas, il va mourir...

- Rôle attendu, espéré de l'alimentation : éviter escarres, éviter la faim, améliorer la durée de vie ?

Les données scientifiques



- En cas de jeun total, l'individu survie 90 jours, 160 jours si demi jeun, 20 jours en cas d'agression (ex:pneumopathie d'inhalation)
- Le dément sévère ne meurt pas de dénutrition, il meurt de la maladie d'Alzheimer (comme le patient cancéreux, insuffisant cardiaque,....)

Alimentation artificielle



- Revue de la littérature Cochrane 2009,chez le dément pas d'intérêt en terme de :
 - Mortalité
 - Qualité de vie (contentions...)
 - Escarres
 - Paramètres nutritionnels
 - pneumopathies
- Perte du caractère plaisir de l'alimentation, de la relation résident/soignant (soins technique et plus interhumaine)

Oui, mais quand même...



- L'Alimentation est synonyme de vie, le laisser sans manger synonyme d'abandon
- Ne pas se mettre à la place du proche/ résident
Le dément sévère n'est pas dans le même ressenti, le même rationnel. Pourquoi devrait je me lever, m'habiller, manger ?
- Le dément n'a pas faim au contraire, il s'oppose à l'alimentation. Causes: comportementale, troubles de la déglutition, perte de l'appétit, perte du «réflexe de survie»

Et ben c'est gai...

- Espérance de vie d'un dément sévère : 1,3 ans
- Dénutrition inexorable, pneumopathie d'inhalation
- Alors autant rester dans l'alimentation plaisir

Et les régimes ?



Quel que soit le régime



- Grader les différentes pathologies
- Évaluer l'espérance de vie
- Attention à la dénutrition
- Pas ou peu de données scientifiques chez le sujet âgé

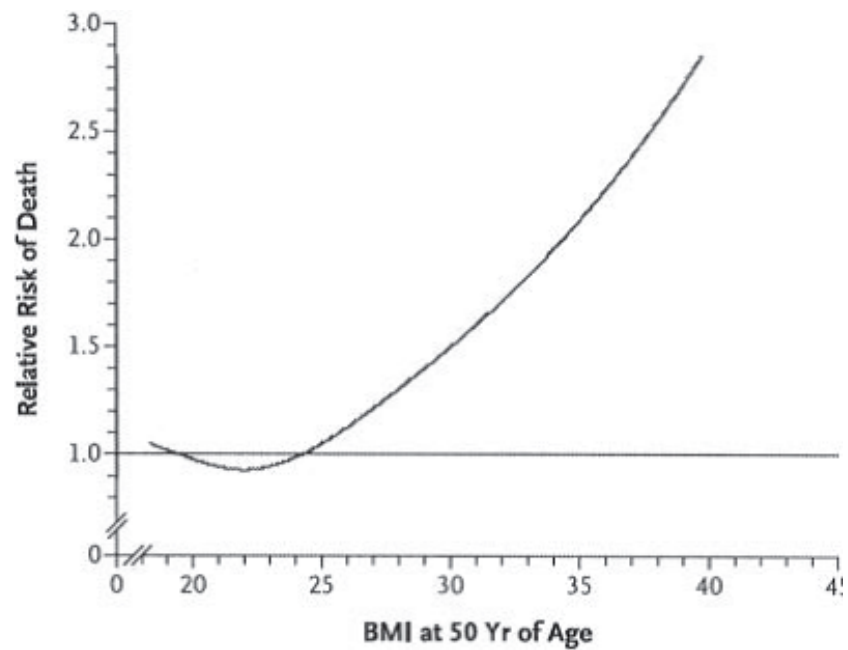
Surpoids en EHPAD

- Résidents avec surpoids/obésité (IMC ≥ 25): 40%
- Résidents obèses (IMC ≥ 30): 10-15%
- Obésité sévère /morbide (IMC ≥ 35): 2-4%
- 20% des obèses ou en surpoids sont dénutris
- Majoration du temps de toilette et habillage, matériel adapté si $>120\text{kg}$

Obèse

- Rechercher un trouble d'un comportement alimentaire : boulimie dans le cadre d'un syndrome frontal, d'un trouble anxieux ou dépressif
- Si non, régime= frustration, privation
- Alors pour quel objectif ?
 - diminution du risque de maladie ou de mortalité ?
 - amélioration de la qualité de vie ?
 - Limiter l'obésité qui rend plus difficile
 - la « manutention » ?

IMC médicalement « idéal »



Mortalité

- Chez le sujet âgé, seuls 1,2 % des décès seraient liés à un IMC élevé, mais ce chiffre est plus élevé si l'on inclut les décès liés au diabète, aux maladies cardiovasculaires et aux cancers dont les risques augmentent avec l'obésité (5,5 % des décès)
- Obésité= facteur de risque cardio vasculaire chez homme âgé, pas chez la femme. Le tour de taille est un facteur de risque, pas l'IMC

Régime= amélioration du confort?

□ Amélioration fonctionnelle:

- un sujet âgé qui maigrit perd de la masse maigre et ne la récupérera pas.
- Un sujet âgé qui grossit, prend de la masse grasse...
- diminution masse grasse avec le moins de masse maigre possible= exercice physique +/- régime pauvre en lipide

□ Douleurs articulaires: diminution si exercice physique, pas si régime seul.

Quel exercice physique ?



Quel exercice physique?



- Idéalement : piscine, vélo, marche rapide,...

- Commencer doucement, fréquemment

Ex= 2X10min/j, 2 à 3fois/semaine

- Si impossible: se lever de sa chaise 6 fois/j, aider au transfert

- Simple contraction isométrique efficace sur la douleur

Quid du dénutri obèse?

- Sarcopénie= perte de muscle et perte de force
dépistage courant: hypoalbuminémie
- Sarcopénie= facteur de risque de décès et dépendance
- Rechercher une anorexie, un hypercatabolisme
- Perte de muscle chez le patient grabataire: utilité d'enrichir? Pas d'intérêt si ingestas corrects
- Ingestas :minimum de 1500kcal/j

Diabète



- PNNS: régime identique au sujet fragile non diabétique
 - Continuer à manger des sucres simples de type fruits, compote,...
 - Manger des féculents à chaque repas
 - Continuer à manger des aliments très riches en sucre simple: pâtisseries, gâteaux, ... Privilégier la fin du repas, possibilité du goûter exceptionnel, ..

Insuffisant

□ Cardiaque:

- 2-4g de sel/j. Ne doit pas entraîner une anorexie.
- Pas de régime sans sel chez l'hypertendu
- Cachexie cardiaque: perte de 10% du poids en 6 mois= Risque décèsX4

□ Pulmonaire: régime uniquement dans le cadre d'un programme de réhabilitation respiratoire (exercice physique+++)

□ Rénal: pas de régime hypoprotidique, le sujet âgé se limite déjà spontanément.