

DENUTRITION ET DEMENCE

Dr Aude Massoulard

Médecin coordonnateur

Réseau Limousin Nutrition

Définition de la démence:



Perte des capacités cognitives et intellectuelles

- Démence dégénératives 60% (Alzheimer, fronto-temporales, corps de Lewy, Parkinson...)
- Démences non dégénératives 30% (vasculaires, dysmétaboliques)
- Démences mixtes 10%

Alz: Maladie chronique conduisant progressivement à une perte des capacités : amnésie (mémoire), aphasie (langage), apraxie (geste), agnosie (défaut de reconnaissance des objets)

18% des plus de 75 ans, en institution plus de 2/3 de déments

En France 800000 cas en 2003

Maladie d 'Alzheimer et perte de poids



- la perte de poids touche 30 à 40 % des patients atteints dans les formes légères à modérées.

(Neurothepareutics, 2008)

- La perte de poids pourrait précéder le diagnostic
(Barret & Connor-1996)

- Elle s'amplifie avec l'évolution de la maladie.

- Perte de poids $\geq 5\%$ par an = facteur de risque de mortalité

- 30% de dénutris

- 2 modes : perte progressive ou perte sévère

⇒ Déclin plus marqué

Risque institutionnalisation accru

Mécanismes de la perte de poids dans la maladie d'Alzheimer

Les perturbations des fonctions instinctuelles : troubles de l'appétit, (désintérêt ou au contraire sollicitations répétées).

Dysrégulation de l'appétit : ↓ Neuropeptide Y (puissant stimulateur de la prise alimentaire et de la consommation hydrique) + ↑ CCK (facteur -) => ↓ appétit

Altération de l'odorat

Majoration des dépenses énergétiques: déambulation, agitation, troubles du sommeil, stress.

Effets secondaires des traitements anti-cholinéserasiques: anorexie, nausées-vomissements en début de traitement.

Diminution des capacités à s'alimenter :

- difficultés à faire les courses, cuisiner...
- oublis de manger, de l'utilisation des couverts...
- apathie

Corrélation positive entre IMC (corpulence) et échelle IADL (Berlinger-1991)

Agnosie et dyspraxie buccale,

Dysphagie oropharyngienne : perte de la coordination neuromusculaire au cours de la mastication et de la déglutition

⇒ Risque de fausses routes

Attention toutefois de ne pas négliger une cause curable à une perte de poids ou d'appétit:

Mycose buccale,

Douleur,

Pathologies dentaires,

Dépression,

Constipation,

Globe vésical,

Problème médicamenteux,

Ulcère gastrique...

Les comportements alimentaires

Echelle de Blandford (Blandford, 1998)

1. Comportements de résistance
2. Comportements sélectifs
3. Dyspraxie et agnosie
4. Incoordination orale neuromusculaire

1: Comportements de résistance

- Détourne la tête à la vue de la cuillère
- Repousse la nourriture
- Met les mains en face de la bouche
- Agrippe, frappe ou mord la personne qui tente de le nourrir
- Crache ou jette la nourriture



2: Comportements sélectifs

- Refuse de manger une grande variété d'aliments, se nourrit de certains aliments exclusivement (pain, desserts...)
- Ne prend que des petites quantités
- Préfère les liquides, parfois refuse les solides
- Se plaint puis refuse



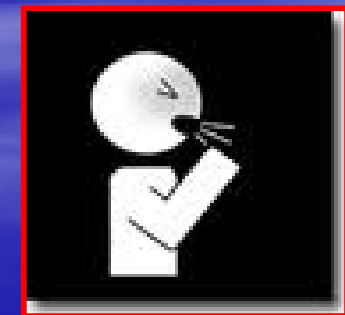
3: Dyspraxie et agnosie

- Utilise les doigts, incapable d'utiliser les couverts
- Parle pendant le repas et ne s'alimente pas
- Mélange et joue avec la nourriture
- Mange des choses non comestibles
- Ne semble ne pas reconnaître les aliments
- Quitte la table, va marcher pendant le repas...



4: Incoordination orale neuromusculaire

- N'ouvre pas la bouche spontanément
- Plisse les lèvres, serre les dents, mouvements de la langue qui empêchent l'ingestion des aliments
- Accepte la nourriture puis la recrache, ne la mâche pas, ne l'avale pas
- La nourriture dégouline de la bouche
- Tousse ou s'étouffe en mangeant



Comportement de l'entourage :

corrélation entre fardeau de l'aidant et le poids du malade

GRILLE ZARIT

Evaluation de la souffrance des aidants naturels
dans le maintien à domicile des personnes âgées

Plus l'aidant principal est stressé, plus le patient présente un risque de perte de poids et de dénutrition, elle signe une limite de tolérance dans la prise en charge du malade.

LE DEPISTAGE DE LA DENUTRITION

- recommandé chez toutes personnes âgées et doit être réalisé au minimum une fois par an en ville, **à l'admission puis une fois par mois en institution**, et lors de chaque hospitalisation.
- repose sur:
 - la recherche de situations à risque de dénutrition ;
 - l'estimation de l'appétit et/ou des apports alimentaires ;
 - **la mesure du poids ;**
 - l'évaluation de la perte de poids par rapport au poids antérieur ;
 - **le calcul de l'indice de masse corporelle $IMC = \text{Poids (kg)} / \text{Taille(m)}^2$.**

HAS 2007

Recommandations en fréquence de pesée

- en ville : à chaque consultation médicale ;
- en institution : à l'entrée, puis au moins une fois par mois ;
- à l'hôpital : à l'entrée, puis au moins une fois par semaine en court séjour, tous les 15 jours en soins de suite et réadaptation, une fois par mois en soins de longue durée



Situations	Causes possibles
Psycho-socio-environnementales	Isolement social, Deuil, Difficultés financières, Maltraitance, Hospitalisation Changement des habitudes de vie : entrée en institution
Troubles bucco-dentaires	Trouble de la mastication, Mauvais état dentaire, Appareillage mal adapté, Sécheresse de la bouche, Candidose oro-pharyngée, Dysgueusie
Troubles de la déglutition	Pathologie ORL Pathologie neurodégénérative ou vasculaire
Troubles psychiatriques	Syndromes dépressifs, Troubles du comportement
Syndromes démentiels	Maladie d'Alzheimer, Autres démence
Autres troubles neurologiques	Syndrome confusionnel, Troubles de la vigilance, Syndrome parkinsonien
Traitements médicamenteux au long cours	Polymédication Médicaments entraînant des effets secondaires digestifs, Corticoïdes au long cours
Toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique	Douleur, Pathologie infectieuse, Fracture entraînant une impotence fonctionnelle Intervention chirurgicale, Constipation sévère, Escarres
Dépendance pour les actes de la vie quotidienne	Dépendance pour l'alimentation, Dépendance pour la mobilité
Régimes restrictifs	Sans sel, Amaigrissant, Diabétique, Hypocholestérolémiant Sans résidu au long cours

LE DIAGNOSTIC DE LA DENUTRITION (+70 ans)

DENUTRITION	DENUTRITION SEVERE
PERTE DE POIDS \geq 5% en 1 mois ou 10% en 6 mois	PERTE DE POIDS \geq 10% en 1 mois ou 15% en 6 mois
IMC < 21	IMC < 18
Albuminémie < 35g/l (protéine C-réactive < 10)	Albuminémie < 30g/l (protéine C-réactive < 10)
MNA global < 17	

Conséquences de la dénutrition: morbidité

Déficit immunitaire	X 2 à 6 infections Mauvaise réponse vaccinale
Fonte musculaire	Perte d'autonomie Escarres, chutes+++ Fonctions respiratoire et cardiaque
Perte osseuse	Majoration du risque de fracture
Modification pharmacologique des médicaments	Surdosages
Retard de cicatrisation	Plaie chroniques
Troubles psychologiques	Dépression Troubles du comportement chez les déments
Troubles du goût	Anorexie

Prise en charge de la dénutrition

		Statut nutritionnel	
		Dénutrition	Dénutrition sévère
Apports alimentaires spontanés	Normaux	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation ¹ à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation ¹ à 15 jours
	Diminués mais supérieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation ¹ à 15 jours et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation ¹ à 1 semaine et si échec : NE
	Très diminués, inférieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation ¹ à 1 semaine et si échec : NE	Conseils diététiques Alimentation enrichie et NE d'emblée Réévaluation ¹ à 1 semaine

Surveillance:

- pondérale une fois par semaine,
- les ingesta

Les objectifs à ne pas perdre de vue.

- maintien de l'autonomie,
- maintien des habitudes de vie et repères temporels,
- Faire plaisir (connaître les goûts),
- Eviter les restrictions,
- Ne pas négliger l'hygiène bucco-dentaire



Améliorer les prises alimentaires:

Les enrichissements :

Augmenter les apports protidiques et énergétiques sans augmenter les volumes:

- En privilégiant les aliments les plus riches mais aussi:

- ↪ Potage
- ↪ Entrées
- ↪ Légumes ou purées
- ↪ Viandes, poissons, œufs
- ↪ Desserts
- ↪ Boissons

ENRICHIR AVEC

- ↪ poudre de lait, lait concentré
- ↪ Fromages râpés ou fondus
- ↪ Pain, biscottes, vermicelle
- ↪ Œuf, jambon
- ↪ crème fraîche, beurre,
- ↪ Fromage frais, fromage fondu
- ↪ Poudre de protéines

Améliorer les prises alimentaires: adapter les textures des boissons et aliments

En cas de troubles de la mastication ou de la déglutition

Alimentation entière, hachée ou mixée

Épaississements des boissons si besoin (poudre épaississante ou aliments (mie de pain, flocons de pommes de terre, biscuits))

Si refus: privilégier les aliments mixés « lisses » en s'adaptant aux goûts.

Veiller à la variété et à la à des apports protéino-énergétiques suffisants.



Mousse de radis



Mousse de chèvre

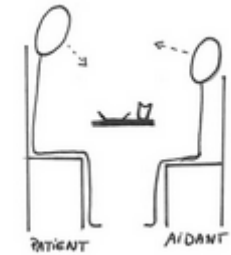


Terrine de porc à l'ananas
Duchesse de céleri
Semoule au lait



Cappuccino de framboise au mascarpone

Améliorer les prises alimentaires: Rôle des aidants et environnement:



- Positionnement pour l'aide au repas : se mettre en face de la personne à hauteur, s'asseoir, respecter son rythme, faire des pauses,
- Communication verbale : parler (importance du timbre), utiliser des mots simples, expliquer, dire ce qu'elle va manger,
Et non verbale: le regard, le toucher,
- Valoriser le repas : ne pas mélanger les plats, ne pas mettre les médicaments dans une préparation;
- Service du repas: ne présenter qu'un plat à la fois, éviter les plateaux,
- Sécurité (aliments non adaptés, objets non comestibles)

Y a-t-il une place pour la nutrition artificielle en cas de démence?

- Non en cas de stade évolué de la maladie car les refus alimentaires constituent un des symptômes de la maladie d'Alzheimer.
- Pas de bénéfice démontré chez ses patients.
- Oui en cas d'épisode aigu réversible si stade peu avancé.

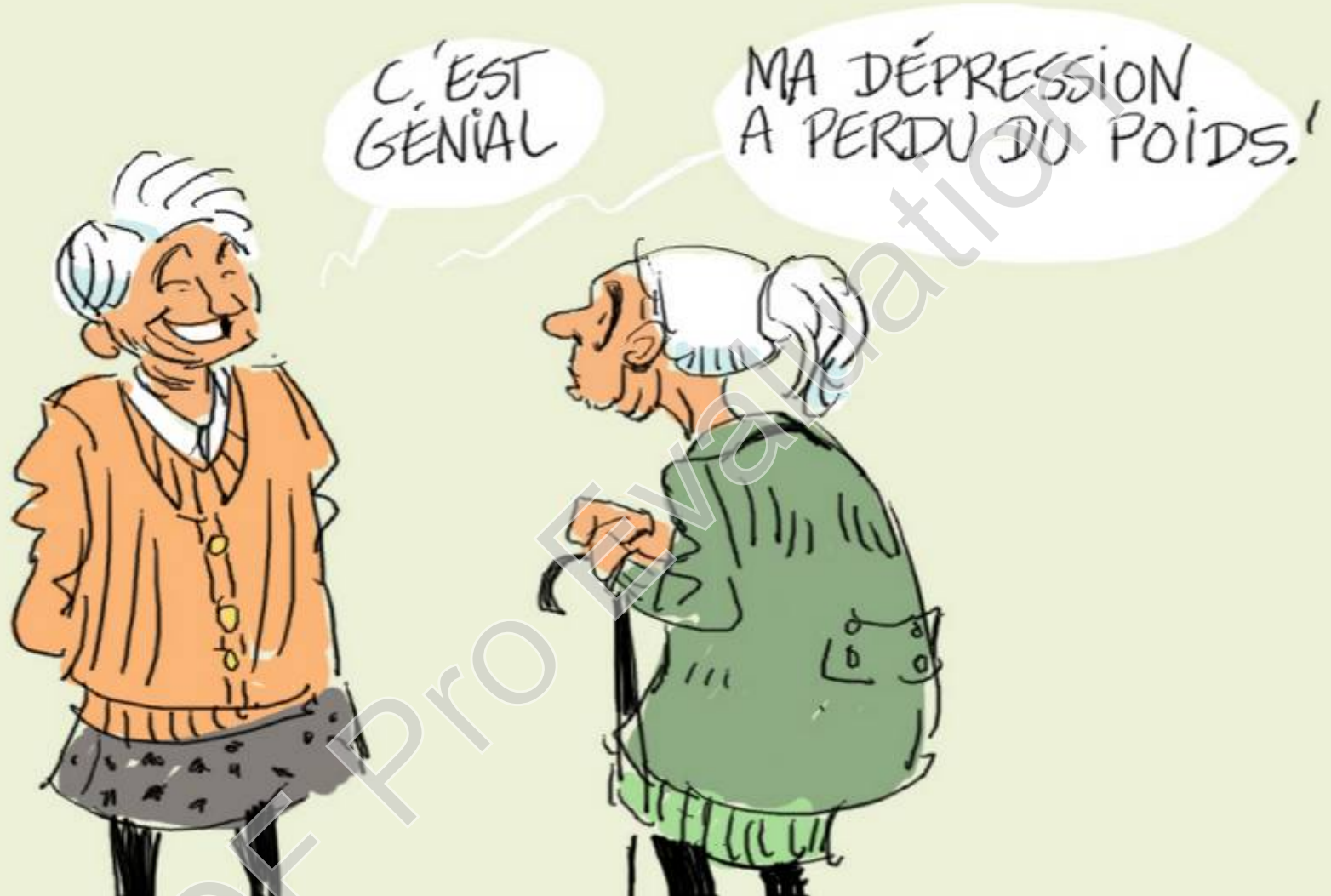
Conclusion:

Alimentation joue un rôle fondamental au niveau de la santé de la personne âgée.

Tout ce qui se passe autour de l'assiette
est aussi important
que ce qu'il y a dans l'assiette
Surveiller le poids+++

Environnement
Accompagnants





EN-Ri-CHI.
UN RÉGIME EN-Ri-CHI!

QUEL
HENRI?

