



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



PRATIQUE INSTITUTIONNELLE

Dénutrition protéino-énergétique extrême : un concept mal connu en EHPAD

Extreme undernutrition: A poorly-understood concept in nursing homes

D. Mallay^{a,*}, C. Bouley^{b,*}, P. Manckoundia^{c,d}

^a EHPAD, centre hospitalier de Tournus, 627, avenue Henri-et-Suzanne-Vitrier, 71700 Tournus, France

^b EHPAD, centre hospitalier de Louhans, 350, avenue Fernand-Point, 71502 Louhans cedex, France

^c Service de soins de suite et réadaptation gériatrique, hôpital de Champmaillot, CHU de Dijon, 2, rue Jules-Violles, 21079 Dijon cedex, France

^d Inserm U1093, cognition, action, et plasticité sensorimotrice (CAPS), université de Bourgogne-Franche-Comté, BP 27877, 21078 Dijon cedex, France

MOTS CLÉS

Personnes âgées ;
Dénutrition ;
Syndrome de
renutrition
inapproprié ;
EHPAD ;
Renutrition ;
Prévention ;
Carences ;
Albumine ;
Hypophosphorémie ;
Anorexie ;
Cachexie

Résumé Il existe une forme particulière de dénutrition protéino-énergétique (DPE) en gériatrie : la dénutrition protéino-énergétique extrême (DPEE). Certaines personnes entrent en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en situation de DPEE, c'est-à-dire avec un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 18,5 kg/m². Par sa similitude avec le syndrome de renutrition inapproprié (SRI) ou *refeeding syndrome*, la DPEE n'est pas toujours identifiée comme une situation à risque. Or, une approche nutritionnelle ordinaire peut avoir des conséquences délétères. Nous présentons une mise au point bibliographique sur les risques de renutrition inadapté de la DPEE de la personne âgée.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : d.mallay@free.fr, m.coordo@ch-tournus.fr (D. Mallay).

KEYWORDS

Nursing homes;
Elderly;
Nutritional status;
Refeeding syndrome;
Prevention;
Albumin;
Hypophosphatemia;
Anorexia nervosa;
Cachexia

Summary There is a particular form of protein-energy malnutrition in geriatric settings: extreme protein-energy malnutrition (EPEM). Some subjects come into nursing homes in a state of EPEM, that is to say, with a body mass index (BMI) under 18.5 kg/m². By its similarity with inappropriate refeeding syndrome (IRS), EPEM is not still identified as a risk-prone situation. Yet ordinary nutritional approaches can have deleterious consequences. This work aims to provide a bibliographic update reviewing the risk of inappropriate renutrition in case of EPEM in the elderly.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

La dénutrition protéino-énergétique (DPE) se définit comme un état pathologique qui résulte d'un déficit persistant d'apports nutritionnels en regard des besoins de l'organisme, soit par insuffisance d'apports, soit par hypercatabolisme [1]. Cependant, en gériatrie, il existe parfois une forme particulière de DPE : la DPE extrême (DPEE). Par son origine (réduction des apports alimentaires spontanés) ou ses conséquences (aggravation de la sarcopénie, par exemple), la DPEE présente des caractéristiques communes avec la DPE classique. Cependant, elle s'en distingue par les risques d'hypophosphatémie qu'elle occasionne lors de la réalimentation, risques identiques à ceux que l'on retrouve dans le syndrome de renutrition inapproprié (SRI).

La prévalence de la DPE chez la personne âgée (PA) est estimée entre 30 et 70 % à l'entrée en unité de gériatrie aiguë, 30 à 50 % en unité de soins de longue durée et 25 à 40 % en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) avec ici un taux supérieur à 50 % à l'admission [2]. En ne prenant que l'indice de masse corporelle (IMC), Blin et al. [3] trouvent sur une cohorte de 4500 résidents d'EHPAD, un taux de 25 % de DPE. Torma et al. [4] trouvent pour leur part un taux de 30 %. La DPE représente donc une problématique fréquente en structure gériatrique, en particulier en EHPAD. Elle a fait l'objet de critères de dépistage [5] et de prévention dans le cadre des recommandations de bonnes pratiques alimentaires (RBPA), telles celles édictées par la Haute Autorité de santé (HAS) [6]. Ces recommandations sont aujourd'hui largement connues et parviennent à limiter, voire corriger, le retentissement clinique et biologique de la DPE [7]. Cependant, il arrive que certains sujets entrent en EHPAD en situation de DPEE, c'est-à-dire avec des critères plus sévères que ceux de la DPE, en l'occurrence une cachexie et/ou un IMC inférieur à 18,5 kg/m². N'étant pas toujours identifiée comme une situation à risque de SRI ou *refeeding syndrome*, ces résidents bénéficient souvent, en première intention, des RBPA qui ne tiennent pas compte des conséquences délétères possibles d'une renutrition majorée.

Ainsi, nous proposons une mise au point sur la renutrition de la DPEE en EHPAD qui souligne les risques encourus lors de la réalimentation trop intensive chez les résidents cachectiques.

La dénutrition protéino-énergétique extrême en EHPAD

Contrairement au domicile, l'entrée en EHPAD est souvent un moment clé de dépistage d'une DPEE. La présentation clinique est celle d'une PA cachectique présentant un poids extrêmement faible, un IMC très bas ($\leq 18,5$ kg/m²) et des apports nutritionnels faibles ou inexistantes. Dans sa forme primaire, la DPEE est liée, chez ces patients, à un désintérêt pour la nourriture dans un contexte d'isolement social, associé à des troubles cognitifs ou praxiques débutants ou établis. Elle est à distinguer des DPEE secondaires à un hypercatabolisme (cancer, infections, etc.). Le Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI) [8] est ici de moindre intérêt (même s'il est probablement corrélé à l'IMC) car il est un indicateur de morbi-mortalité et non du risque de SRI. La DPEE est insuffisamment connue en gériatrie. Ainsi, elle ne fait que rarement l'objet d'une démarche diagnostique, notamment par le biais d'un bilan biologique à la recherche de carences nutritionnelles vitaminiques et/ou en phosphore chez les résidents à risque [9]. L'intérêt de ce bilan biologique est de mesurer la profondeur de la DPEE. De plus, en cas de diagnostic de DPEE, le suivi de la renutrition, lorsqu'elle est mise en place, reste aléatoire [10,11].

Comment repérer la DPEE ? Seuls le poids ou l'IMC à l'entrée, puis l'albuminémie ultérieurement peuvent rappeler l'existence d'une DPEE. La variation de poids ne peut être proposée comme critère de DPEE car il est difficile d'établir les poids antérieurs ou la décroissance pondérale sur un ou plusieurs mois. En revanche, la notion d'une réduction importante de l'alimentation (équivalent à un jeûne prolongé) peut être retrouvée. L'IMC reste donc un critère majeur de dépistage. Inférieur à 18,5 kg/m², il évoque la cachexie. Mais un IMC bas peut être le signe d'une cachexie constitutionnelle qu'on ne pourra pas retenir comme une DPEE, certains patients étant constitutionnellement ou volontairement « maigres ». Au stade du dépistage, le rôle du dosage de l'albumine sérique s'avère donc double. Si le taux d'albuminémie est ≥ 35 g/L, une DPEE est exclue. La cachexie dans ce cas est évocatrice d'une origine constitutionnelle. À l'inverse, un taux inférieur d'albuminémie à 35 g/L indique une DPE et l'entrée dans la spirale de la DPE [12]. Le second intérêt du taux d'albumine est son rôle pronostique. Le seuil de risque nutritionnel est estimé à 38 g/L.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5662775>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5662775>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)