

Formul R info

Geneesmiddelenbrief

Editeur: vzw Farmaka asbl
Année 17 • n° 4 • novembre 2010

Bureau de dépôt Gent X
P 408505
paraît 4 x par an (février, mai, septembre, novembre)

Dénutrition

Introduction

Dans la population générale, le surpoids et l'obésité (c.-à-d. un excédent de masse grasse) représentent un grave problème de santé publique. Par contre, la dénutrition constitue un réel challenge chez nos aînés, essentiellement lorsqu'ils sont institutionnalisés et hospitalisés¹.

La définition de dénutrition varie selon les sources. Le NICE p.ex. parle de dénutrition chez la personne âgée lorsqu'elle répond à un des critères suivants: un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 18,5 ou une perte pondérale involontaire supérieure à 10% au cours des 3 à 6 derniers mois ou encore la combinaison d'un IMC inférieur à 20 et une perte pondérale involontaire supérieure à 5% au cours des 3 à 6 derniers mois². Une autre source définit la dénutrition chez la personne âgée comme une perte pondérale involontaire supérieure à 10% dans les 6 derniers mois ou supérieure à 5% au cours du dernier mois et/ou un IMC inférieur à 20^{3,4}. Ce pourcentage de perte pondérale ne peut alors pas être considéré comme un processus physiologique normal du vieillissement.

La malnutrition est un terme fréquemment retrouvé dans la littérature. Généralement assimilé à la dénutrition, il désigne plus volontiers un déséquilibre entre apports et besoins nutritionnels, n'entraînant pas nécessairement une perte de poids ou un sous-poids. La malnutrition peut constituer un des éléments du syndrome gériatrique, syndrome multifactoriel résultant de l'accumulation d'incapacités de plusieurs systèmes organiques qui fragilisent le sujet âgé⁵. La fragilité peut être considérée comme la perte de réserves dans divers domaines de fonctionnement qui affecte la capacité d'une personne à préserver ou à rétablir un équilibre avec son environnement, à la suite d'événements stressants⁶.

Dans ce Formul R/info, nous voulons surtout nous concentrer sur la dénutrition en général et ne pas nous égarer dans des discussions sur les déficits ou déséquilibres entre différents nutriments. Par la suite, et afin d'éviter toute confusion, nous utiliserons uniquement le terme «dénutrition».

Dans une étude récente réalisée en Belgique auprès de 5.334 personnes âgées de plus de 70 ans dont 975 vivant à domicile, 16% étaient touchées par la dénutrition (IMC<20). Un risque de dénutrition (sur base de la version courte du Mini Nutritional Assessment (MNA-SF), voir plus loin) a été constaté dans 57% des cas⁷. Un rapport du Conseil Européen mentionne des chiffres de prévalence de dénutrition de 8 à 19% chez les personnes âgées vivant à domicile et de 26 à 38% chez les personnes âgées vivant en institution⁸.

La dénutrition a un impact important sur la qualité de vie des patients âgés. Les conséquences de la dénutrition sont entre autres: pertes musculaire (ou sarcopénie) et de mobilité, altération de la fonction cardiaque, risques accrus de chute et d'escarres, cicatrisation ralentie, immunodépression, insuffisance respiratoire, isolement social, dépression, dépendance plus lourde, troubles hydro-électrolytiques... La durée d'hospitalisation des patients dénutris serait multipliée par deux et les risques de complications et mortalité précoce par 20. Ainsi la dénutrition pèse significativement sur les dépenses relatives aux soins de santé^{1,2,3,8}.

1. Causes de la dénutrition

Il y a 4 facteurs qui contribuent au développement de la dénutrition: une réduction des apports, une digestion et/ou absorption diminuée(s), une augmentation des besoins métaboliques et des pertes gastro-intestinales².

Les facteurs qui contribuent au développement de dénutrition	
Source: NICE-guideline: Nutrition support for adults ²	
Apports ↓	<p><i>Perte d'appétit:</i> e.a. pour cause de maladie en général, douleurs/nausées pendant les repas, dépression/anxiété, aversion pour la nourriture, divers médicaments (*)</p> <p><i>Réduction de la capacité à se nourrir:</i> e.a. pour cause de faiblesse musculaire/arthrose, dysphagie, affections buccales douloureuses, mauvaise hygiène buccale, restrictions dues à une intervention chirurgicale ou à des examens médicaux</p> <p><i>Manque de nourriture:</i> pauvreté, qualité insuffisante de la nourriture en institution, problèmes pour faire les courses ou préparer les repas</p>
Absorption ↓	problèmes médicaux ou chirurgicaux au niveau du système digestif
Besoins ↑	besoins métaboliques accrus ou modifiés pour cause de maladie, de chirurgie, d'un dysfonctionnement organique ou d'un traitement
Pertes ↑	gastro-intestinal: vomissements, diarrhée, fistules, stomies, perte par la sonde nasogastrique
<p>(*) Les médicaments peuvent avoir une influence négative sur l'appétit de différentes façons⁹:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ anorexie p.ex. par anticonvulsivants, benzodiazépines, digoxine, lévodopa, metformine, neuroleptiques, opioïdes, ISRS, théophylline,... ▪ sécheresse buccale: anticholinergiques, antihistaminiques, diurétiques de l'anse,... ▪ dysgueusie et/ou dysosmie: allopurinol, IECA, antibiotiques, anticholinergiques, antagonistes calciques, fer, lévodopa, metformine, nitroglycérine, opioïdes, spironolactone, statines, terbinafine,... ▪ dysphagie: antibiotiques, bisphosphonates, corticostéroïdes, lévodopa, AINS, théophylline,... ▪ nausées et/ou vomissements: antibiotiques, bisphosphonates, digoxine, agonistes dopaminergiques, substitution hormonale, fer, lévodopa, metformine, métronidazole, opioïdes, ISRS, statines, antidépresseurs tricycliques,... 	

Une évaluation multidisciplinaire de la dénutrition chez des patients vivant en maison de repos¹⁰ a révélé comme facteurs étiologiques les plus fréquents: des troubles de l'appétit, une mauvaise posture lors des repas (table haute, fauteuil roulant inconfortable) et une bouche en mauvais état. Les autres causes identifiées sont: des problèmes pour se nourrir (dus à une mauvaise coordination main-bouche, des déficits visuels, des difficultés pour accéder aux couverts et/ou ustensiles de table), un environnement peu accueillant pour manger (bruyant, manque de soutien du personnel), la négligence des préférences personnelles. Une autre étude effectuée en maison de repos¹¹ a désigné la dépression comme étant la cause la plus fréquente de la diminution pondérale. On ne trouve cependant aucune cause dans environ 25% des cas¹².

L'origine de la dénutrition n'est pas toujours identifiée. Des apports insuffisants dus à une perte d'appétit ou aux limitations pratiques, physiques ou environnementales sont très fréquents. Les médicaments peuvent également avoir une influence négative sur l'appétit.

2. Dépistage

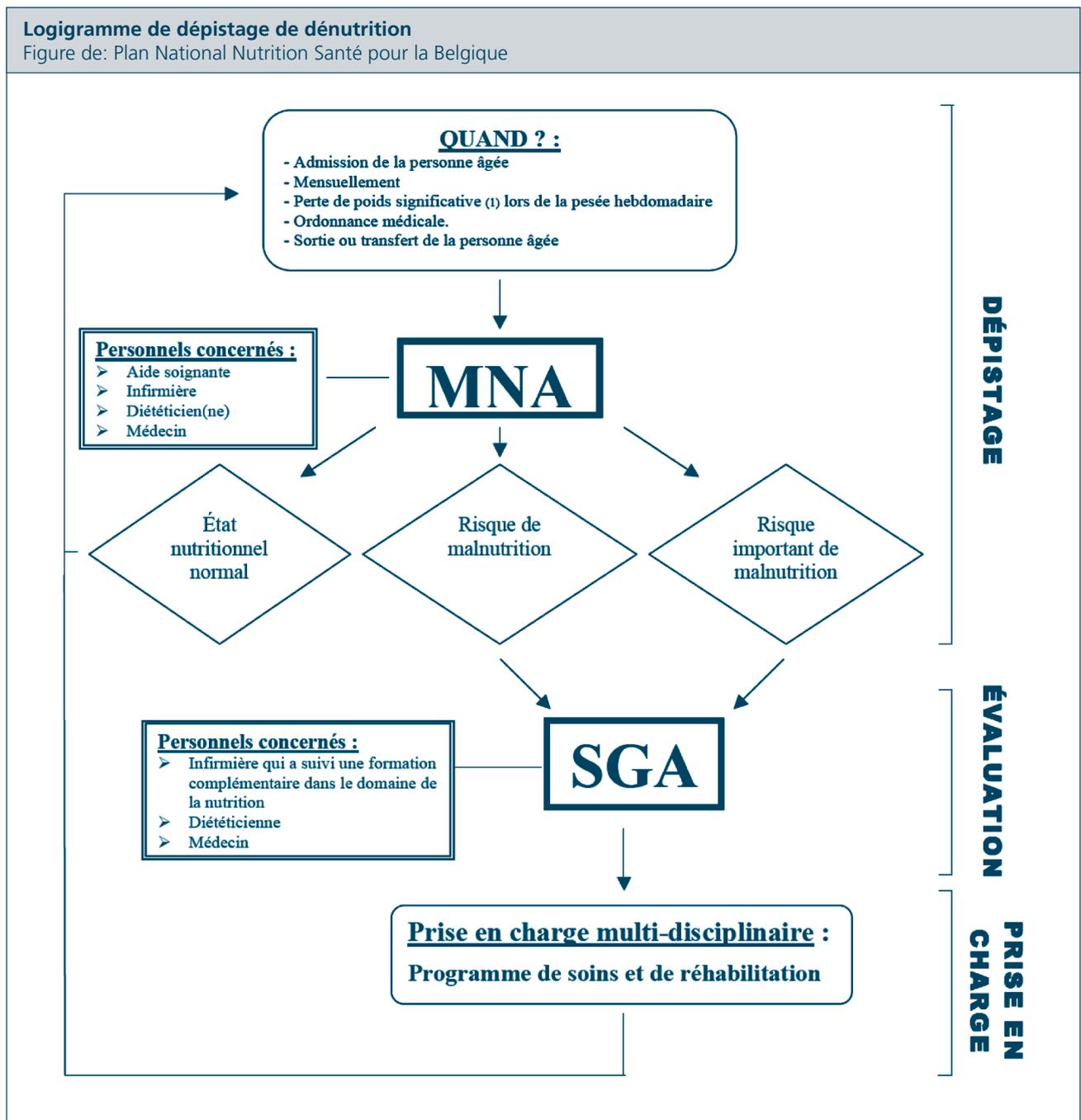
Des indications montrent que le dépistage de dénutrition chez des patients en milieu hospitalier peut avoir un rapport coût/efficacité intéressant et être efficient^{2,13}. Bien qu'il n'y ait pas d'études rigoureuses disponibles en dehors du milieu hospitalier, cette intervention s'avère pourtant être une étape primordiale dans la prise en charge de la dénutrition, d'autant plus que le traitement de la dénutrition a un effet bénéfique prouvé (voir plus loin).

Pour les patients âgés, on recommande le Mini Nutritional Assessment (MNA) ou le Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF) aussi bien pour les personnes vivant en institution qu'à domicile. Aux Pays-Bas, on utilise souvent le Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ) dont il existe une version adaptée à l'utilisation en maisons de repos (SNAQ^{RC}). D'autres instruments de dépistage sont disponibles, comme le Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) et le Nutritional Risk Screening-2002 (NRS-2002), le premier choix pour les patients hospitalisés¹⁴.

L'utilisation du MNA-SF est conseillée par l'European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) comme instrument de dépistage de la dénutrition chez les personnes âgées alors que la version complète du MNA sert à une évaluation plus dé-

taillée en cas de dénutrition¹⁴. Le MNA-SF évalue différents paramètres comme des changements de l'appétit, la perte pondérale, la motricité, l'IMC, des facteurs neuropsychologiques etc. L'évaluation est notée sur 14 points: un score égal ou inférieur à 11 indique un risque de dénutrition et incite à poursuivre l'évaluation (voir tableau en annexe). Le MNA complet est noté sur 30 points: un score inférieur à 17 désigne une dénutrition, un score entre 17 et 23,5 désigne un risque accru de dénutrition (voir tableau en annexe). Les scores du MNA et du MNA-SF sont fortement en corrélation et, par rapport à l'appréciation classique de l'état nutritionnel, la sensibilité du MNA-SF est de 97,9%, la spécificité de 100% et la précision diagnostique de 98,7%¹⁵.

Aux Pays-Bas, on utilise le SNAQ^{RC}-score en maison de repos, un instrument qui rappelle les feux tricolores de signalisation routière (voir tableau en annexe). La valeur diagnostique du SNAQ^{RC}-score est bonne: sensibilité de 87%, spécificité de 82%, valeur prédictive positive de 59% et valeur prédictive négative de 95%, par rapport à l'appréciation classique de l'état nutritionnel¹⁶. Lorsque le patient obtient un score orange ou rouge, on lui offre 2 à 3 aliments (collations) supplémentaires, en plus des trois repas principaux. Lorsqu'il obtient un score rouge, on fait appel à un diététicien³. La mise en place de cette intervention paraît actuellement bien illusoire en Belgique.





Il est difficile de déterminer le poids et la taille de certains patients, notamment grabataires. Chez les patients qui sont dans l'incapacité de se tenir debout ou p.ex. en cas de cyphose dorsale importante, on peut estimer la taille du patient à partir de la distance talon-genoux (TG). L'estimation de la taille peut alors être calculée à l'aide de la formule de Chumlea (pour l'homme: $(2,02 \times TG) - (0,04 \times \text{âge}) + 64,19$; pour la femme: $(1,83 \times TG) - (0,24 \times \text{âge}) + 84,88$)³. L'envergure des bras, formée essentiellement par des os longs, reste constante en vieillissant et une fois atteint l'âge adulte, elle équivaut à la hauteur du corps et peut être utilisée pour calculer l'IMC¹⁷. Chez les patients qui ne peuvent pas être pesés, l'IMC peut être remplacé, dans le MNA-SF, par la circonférence du mollet. On obtient alors un score de 0 points lorsque la circonférence du mollet est inférieure à 31 et un score de 3 points lorsqu'elle est égale ou supérieure à 31¹⁸.

La dénutrition étant souvent sous-estimée, la dépister paraît indispensable. Dans une étude transversale¹⁹, les infirmiers ont cliniquement dépisté une dénutrition chez seulement 15,2% des patients alors que sur base du MNA, la dénutrition touchait 56,7% des patients (MNA < 17 points). Ceux, qui étaient cliniquement reconnus comme dénutris, étaient réellement anorexiques, avec un IMC moyen de 17,2. Parmi les patients avec un IMC < 20 et un MNA < 17, les infirmiers ont dépisté une dénutrition dans seulement un tiers des cas. Chez les patients avec un IMC > 24 mais un MNA < 17, seuls 2% ont été identifiés. Ceci illustre que l'IMC uniquement est insuffisant pour évaluer l'état nutritionnel des personnes âgées.

Le dépistage au moyen du MNA-SF (ou du SNAQ^{RC}) pourrait suffire, le MNA complet servant de support en cas de risque de dénutrition. Le Plan National Nutrition Santé pour la Belgique²⁰ ainsi qu'un document du Conseil Européen²⁰ proposent une démarche (voir logigramme ci-dessus) permettant une approche plus détaillée du dépistage et du suivi de la dénutrition chez les personnes âgées. Selon ce logigramme, un MNA complet doit être effectué à l'admission du patient, ensuite mensuellement, en cas de perte de poids importante (c.-à-d. > 2% en une semaine, > 5% en un mois, ou > 10% en six mois), sur ordonnance médicale, à la sortie ou en cas de transfert. Ce document propose également de peser chaque semaine les personnes âgées vivant en institution. Ce tout constitue une mission peu commune!

Si le dépistage suggère que le patient est exposé à un risque de dénutrition, il convient d'évaluer les variables métaboliques, nutritionnelles et fonctionnelles afin de déterminer l'état nutritionnel réel du patient. Cela peut se faire au moyen du SGA (Subjective Global Assessment). C'est une méthode simple, fréquemment utilisée et validée où l'état nutritionnel est apprécié par l'évaluation de plusieurs paramètres (perte et évolution du poids, présence d'atrophie musculaire et d'œdèmes, quantité de graisses sous-cutanées, modifications et durée des modifications des ingesta, accompagné ou non de problèmes gastro-intestinaux et changement de l'activité physique), voir tableau en annexe.

Dans le cadre des maisons de repos et des soins à domicile, le dépistage de la dénutrition semble également constituer une étape primordiale dans la prise en charge de la dénutrition. À cet égard, le MNA-SF et le SNAQ^{RC} sont des outils simples et efficaces. Pour une évaluation plus détaillée sur le degré et la gravité de la dénutrition, on propose le MNA complet et le SGA.

3. Examens complémentaires

Les examens complémentaires sont à réaliser sur base d'une anamnèse et d'un examen physique. Bien que la perte pondérale chez les personnes âgées puisse avoir des origines diverses, le recours aux examens de laboratoire et autres examens paracliniques non-ciblés donne des résultats peu utilisables¹². Une série de tests initiaux pourrait consister à rechercher la présence de sang occulte dans les selles, à effectuer un bilan sanguin pour détecter l'éventuelle présence d'infection, d'anémie ou d'affection myéloproliférative, de diabète, de trouble de la fonction rénale ou de déshydratation, d'hypo ou hyperthyroïdie ainsi qu'un examen urinaire pour détecter l'éventuelle présence d'infection ou de maladie rénale.

Bien que des taux faibles d'albumine sérique ou de cholestérol ou encore de lymphocytes puissent faciliter le diagnostic d'une dénutrition, ils ne contribuent pas à trouver son étiologie. De plus, d'autres affections peuvent aussi présenter des taux faibles sans qu'il soit question de dénutrition¹².

Ensuite, on préconise de procéder à une endoscopie ou une échographie en cas de plaintes abdominales et/ou d'amaigrissement permanent¹².

Quelques examens complémentaires ciblés peuvent suffire pour détecter une éventuelle affection sous-jacente.



4. Modalités pratiques chez les patients dénutris ou à risque de dénutrition

4.1. Soins nutritionnels de base

Les soins de base sont d'un intérêt capital dans la prise en charge de la dénutrition chez les personnes âgées. À cet égard, les habitudes alimentaires et les préférences des personnes âgées doivent être respectées autant que possible².

Dans un souci de satisfaire les besoins du patient en matière de nutrition, il est essentiel que ces soins soient coordonnés. D'un nombre restreint d'études réalisées en milieu hospitalier, il ressort que la durée d'hospitalisation et les complications peuvent être réduites en ayant recours à une *équipe multidisciplinaire de nutrition*^{2,13}. Faire appel à ce type d'équipe, compétente en conseil, développement, recherche et contrôle de la qualité, est à recommander²¹. Cette équipe met en place la répartition des tâches et des responsabilités, les instruments de dépistage à utiliser, la procédure de pesée, le suivi de l'intervention nutritionnelle chez le résident, le choix d'une aide spécialisée éventuelle (diététicien, logopède, ergothérapeute, dentiste,...), les circonstances, modalités, lieux, environnement de la prise des repas,... La faisabilité d'une approche multidisciplinaire et des modalités mentionnées ci-dessous dépendra évidemment des possibilités pratiques et matérielles des institutions.

La prévention et la prise en charge de la dénutrition nécessite des soins nutritionnels de base pour l'ensemble de la population âgée. Il convient d'assurer ces soins dans un cadre multidisciplinaire.

4.1.1. Adapter le cadre

Adapter les lieux des repas et l'atmosphère de ceux-ci peut avoir une influence bénéfique sur l'état nutritionnel^{2,13}. Une stratégie pour encourager les résidents à manger dans un espace commun ('voir manger, fait manger') et ne pas s'isoler en chambre, peut également être adoptée. Il faut veiller à la répartition des places à table (éviter de placer des résidents en perte d'appétit avec des résidents qui se nourrissent de façon peu appétissante). L'aide aux personnes âgées lors des repas et la proposition des boissons impliquent le déploiement de personnel compétent en nombre suffisant et la présence de matériel adapté.

Il ressort d'un essai randomisé, mené aux Pays-Bas dans des maisons de repos, que la prise des repas dans une atmosphère familiale semble avoir une influence bénéfique sur la qualité de vie et le maintien du poids²². Les composantes de cette prise des repas dans une ambiance familiale ont été:

- table joliment dressée: garnir d'une nappe, ne pas utiliser des assiettes ou des gobelets en plastique, éventuellement poser des fleurs,...
- répartition à table (6 personnes par table): en présence de membres du personnel (au moins 1 par table)
- service des repas: placer les mets sur un plateau à table, laisser le choix entre 2 menus, laisser les résidents se servir, attendre que tout le monde soit à table,...
- ne pas associer des activités qui peuvent déranger le bon déroulement du repas comme le nettoyage, la visite du médecin ou de la famille.

Créer un cadre (familial) adapté et manger en groupe peut avoir des effets bénéfiques sur l'état nutritionnel des personnes âgées.

4.1.2. Adapter le régime alimentaire

Il convient de veiller à l'apport protéino-énergétique des résidents et d'enrichir l'alimentation par différents produits. L'avis d'un diététicien est conseillé². Un enrichissement en protéines peut se faire en ajoutant du jaune d'œuf, du fromage râpé, de la poudre de lait. De même, un enrichissement en énergie peut être concrétisé par l'ajout de beurre ou de crème fraîche (et en calcium par l'ajout de lait aux repas)²³. Une étude réalisée dans des maisons de repos a montré que la mise à disposition de jus de fruit et de céréales pour le petit-déjeuner et l'enrichissement du potage et des pommes de terre lors du déjeuner, profitaient surtout aux petits mangeurs²⁴.

L'alimentation doit en premier lieu être savoureuse et appétissante pour le résident. L'utilisation d'épices et d'exhausteurs de goût est conseillée afin de compenser la perte de goût due au vieillissement². À cet égard, évoquons un projet intéressant, réalisé avec le soutien du Gouvernement flamand, visant à prendre en charge la dénutrition et la malnutrition en ayant recours à la promotion des saveurs et du goût via un encadrement ciblé²⁵. Dans ce cadre, une certaine souplesse avec les aliments diététiques est à défendre²⁶.

Les portions peuvent être adaptées aux goûts et aux préférences des personnes âgées, tout en portant attention à la texture de l'alimentation, et aux capacités de mastication et de déglutition du résident².

Un enrichissement de l'alimentation en énergie et en protéines ainsi que l'utilisation d'épices et d'exhausteurs de goût influencent favorablement l'état nutritionnel.

4.1.3. Adapter les moments des repas

On plaide en faveur d'une augmentation de la fréquence des repas: au moins trois repas principaux par jour, avec plusieurs collations². Les longues périodes de jeûne (plus de 12 heures) doivent être évitées. Cela peut se faire en reportant le dîner et en organisant le petit-déjeuner plus tôt ou encore en proposant une collation le soir^{2,23}. Dans une étude française dans des maisons de repos, la période de jeûne nocturne était en moyenne de 11,77 heures et la période maximale de jeûne nocturne était de 13,75 heures²⁷.

Il est recommandé de proposer plus fréquemment des collations (snacks) et d'éviter de longues périodes de jeûne.

4.1.4. Le suivi

Lorsqu'un résident ingère trop peu de nourriture (p.ex. quand il laisse plus d'un quart du repas sur l'assiette), on doit le communiquer et l'enregistrer systématiquement.

4.2. Prise en charge des patients dénutris et à risque de dénutrition

4.2.1. Rechercher et prendre en charge les facteurs étiologiques

Les patients, qui ne sont pas autonomes pour manger, doivent recevoir une aide suffisante au cours des repas. Ceci requiert beaucoup de temps et d'investissement de la part du personnel, mission souvent difficilement réalisable en MRS. Dans une étude sur le sujet, l'assistance dans le groupe d'intervention était en moyenne de 42 min. par personne lors d'un repas (principal), de 13 min. par personne pour l'administration de collations, alors que dans le groupe contrôle, ces moyennes étaient de 5 min. pour le repas et d'une minute pour une collation²⁸. Une assistance suffisante lors des collations a peut-être le meilleur rapport coût/efficacité et peut éventuellement être intégrée à quelques activités sociales et animations.

Une attention particulière doit être portée aux résidents qui 'refusent' de s'alimenter. L'origine de ce problème peut être (in)conscient et associée à une maladie. Il peut s'agir de difficultés existentielles, d'une négation systématique (mécanismes de défense dans les syndromes démentiels), d'une aversion pour la nourriture, d'un refus de s'alimenter, de manger dans un certain environnement ou tout simplement d'une incapacité physique de manger ou de formuler ses souhaits en matière de nourriture (chez les résidents ayant des troubles de langage et de la parole)²¹.

Par ailleurs, les affections pouvant entraîner une perte d'appétit ou une réduction des apports doivent être détectées et prises en charge. Il convient d'attribuer une attention particulière à l'hygiène bucco-dentaire (contrôle par un dentiste au besoin). En cas de problèmes de déglutition, on doit éventuellement modifier la texture de la nourriture. Certains patients ont moins de difficultés avec les liquides plus visqueux (p.ex. jus de tomate par rapport à l'eau ou le jus de pomme). D'autres patients qui présentent des contractions pharyngées de faible amplitude ont plus de gênes avec les liquides épais et la nourriture solide²⁹. On peut faire appel à l'expertise d'un logopède pour faciliter la déglutition p.ex. par des manœuvres de flexion du menton ou d'apnée avant la déglutition. Cela permet d'éviter les phénomènes de fausse déglutition. Une rotation ou inclinaison de la tête du côté lésé peut favoriser la phase pharyngée du processus de déglutition (clairance pharyngale) en dirigeant le bolus en direction du côté sain chez les patients ayant une faiblesse pharyngée unilatérale²⁹. Le logopède évalue e.a. la bonne texture des aliments à offrir au patient²². On peut éventuellement procéder à un examen médical ORL spécialisé sous forme d'une endoscopie transnasale ou d'une vidéofluoroscopie.

Il convient également d'évaluer les médicaments qui peuvent interférer avec la prise ou l'ingestion d'aliments.

Il est indiqué de détecter et de prendre en charge les facteurs étiologiques. Pour les personnes qui ont des difficultés ou n'ont plus les capacités de s'alimenter pour cause de limitations physiques, il convient de mettre en place un accompagnement suffisant et des outils appropriés. L'hygiène bucco-dentaire et les troubles de déglutition nécessitent une attention particulière.

4.2.2. Surveillance de la prise alimentaire

Aux Pays-Bas, on propose de surveiller la prise alimentaire globale à l'aide de la méthode 'Meet en weet wat je cliënt eet' ('masurez et sachez ce que mange votre client')³⁰. C'est un test très simple et rapide à effectuer où on attribue un score à la prise alimentaire pour déterminer le moment où une intervention s'impose.

Un contrôle mensuel du poids est également recommandé.

L'enregistrement systématique de la prise alimentaire et du poids est recommandé chez les personnes dénutries ou à risque de dénutrition.

Annexes

1. Mini Nutritional Assessment (MNA)

http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_dutch.pdf

2. Subjective Global Assessment (SGA)

<http://www.health.belgium.be/eportal/Myhealth/Healthylife/Food/FoodandHealthPlan/Informationforprofessionals/index.htm>

3. Short Nutritional Assessment Questionnaire for Residential Care (SNAQ^{RC})

http://www.stuurgroepdervoeding.nl/fileadmin/inhoud/verpleeg_verzorging/documenten/SNAQ-RC.pdf

Kruizenga HM, De Vet HCW, Van Marissing CME. The SNAQ^{RC}, an easy traffic light system as first step in the recognition of undernutrition in residential care. *J Nutr Health Aging* 2010;14:83-89.

1. Mini Nutritional Assessment (MNA)



Mini Nutritional Assessment MNA®

Nom:		Prénom:		
Sexe:	Age:	Poids, kg:	Taille, cm:	Date:

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

Dépistage		J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour?	
A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition? 0 = sévère baisse de l'alimentation 1 = légère baisse de l'alimentation 2 = pas de baisse de l'alimentation	<input type="checkbox"/>	0 = 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas	<input type="checkbox"/>
B Perte récente de poids (<3 mois) 0 = perte de poids > 3 kg 1 = ne sait pas 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg 3 = pas de perte de poids	<input type="checkbox"/>	K Consomme-t-il? • Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • Une ou deux fois par semaine des oeufs ou des légumineuses? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • Chaque jour de la viande Du poisson ou de volaille? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 0.0 = si 0 ou 1 oui 0.5 = si 2 oui 1.0 = si 3 oui	<input type="checkbox"/>
C Motricité 0 = du lit au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile	<input type="checkbox"/>	L Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes? 0 = oui 1 = non	<input type="checkbox"/>
D Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois? 0 = oui 2 = non	<input type="checkbox"/>	M Combien de boissons consomme-t-il par jour? (eau, jus, café, thé, lait...) 0.0 = moins de 3 verres 0.5 = de 3 à 5 verres 1.0 = plus de 5 verres	<input type="checkbox"/>
E Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence modérée 2 = pas de problème psychologique	<input type="checkbox"/>	N Manière de se nourrir Hilfe 0 = nécessite une assistance 1 = se nourrit seul avec difficulté 2 = se nourrit seul sans difficulté	<input type="checkbox"/>
F Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille) ² en kg/m ²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>	O Le patient se considère-t-il bien nourri? (problèmes nutritionnels) 0 = malnutrition sévère 1 = ne sait pas ou malnutrition modérée 2 = pas de problème de nutrition	<input type="checkbox"/>
Score de dépistage (sous-total max. 14 points) 12-14 points: état nutritionnel normal 8-11 points: risque de malnutrition 0-7 points: malnutrition avérée	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge? 0.0 = moins bonne 0.5 = ne sait pas 1.0 = aussi bonne 2.0 = meilleure	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Score de dépistage (sous-total max. 14 points)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Q Circonférence brachiale (CB en cm) 0.0 = CB < 21 0.5 = CB ≤ 21 ≤ 22 1.0 = CB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Score de dépistage	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	R Circonférence du mollet (CM en cm) 0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31	<input type="checkbox"/>
Score de dépistage	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Evaluation globale (max. 16 points)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Score de dépistage	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Score de dépistage	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Score de dépistage	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Score total (max. 30 points)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Score de dépistage	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Appréciation de l'état nutritionnel	
Score de dépistage	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	de 24 à 30 points <input type="checkbox"/>	état nutritionnel normal
Score de dépistage	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	de 17 à 23,5 points <input type="checkbox"/>	risque de malnutrition
Score de dépistage	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	moins de 17 points <input type="checkbox"/>	mauvais état nutritionnel

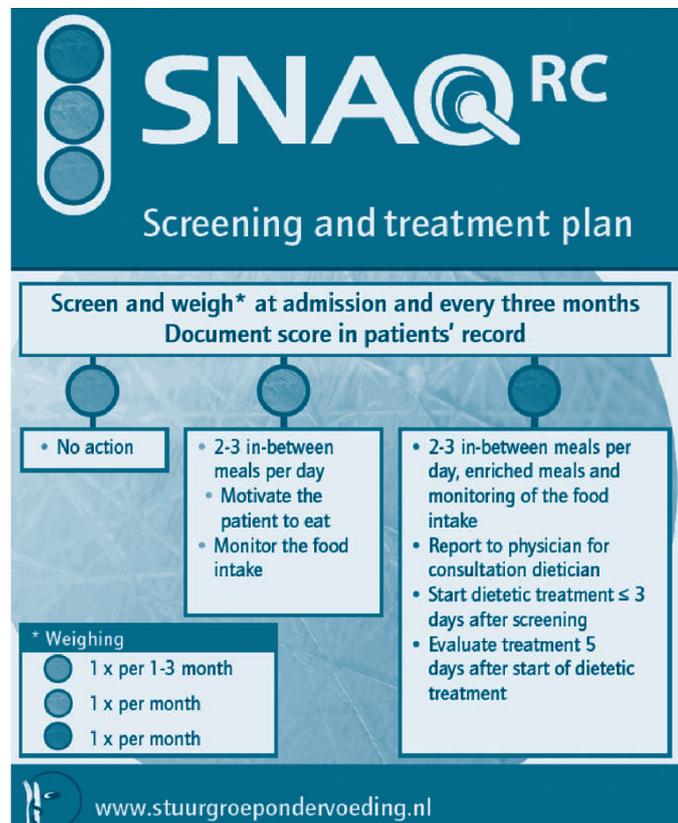
Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006; 10:456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001;56A: M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
Pour plus d'information: www.mna-elderly.com

2. Subjective Global Assessment (SGA)

ITEM	INTERPRETATION	SCORE
PERTE DE POIDS (3-6 mois)	automatiquement (= question du screening initial)	<input type="checkbox"/> Score 0 = A <input type="checkbox"/> Score 1 = B <input type="checkbox"/> Score 2 ou 3 = C
EVOLUTION DU POIDS (3-6 mois)	<input type="checkbox"/> 5-10 % perte continue <input type="checkbox"/> 5-10 % perte, mais amélioration <input type="checkbox"/> > 10 % perte continue <input type="checkbox"/> > 10 % perte, mais amélioration continue	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B
ATROPHIE MUSCULAIRE	<input type="checkbox"/> peu ou pas de déplétion dans la majorité ou toutes les zones corporelles <input type="checkbox"/> déplétion faible ou modérée dans la majorité ou toutes les zones corporelles <input type="checkbox"/> déplétion modérée à sévère dans quelques zones corporelles <input type="checkbox"/> déplétion sévère dans la majorité ou toutes les zones corporelles	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
OEDEMES	<input type="checkbox"/> pas ou peu <input type="checkbox"/> faibles à modérés <input type="checkbox"/> modérés à sévères	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
GRAISSES SUBCUTANÉES	<input type="checkbox"/> pas ou peu de déplétion dans la majorité ou toutes les zones corporelles <input type="checkbox"/> déplétion faible ou modérée dans la majorité ou toutes les zones corporelles <input type="checkbox"/> déplétion modérée à sévère dans quelques zones corporelles <input type="checkbox"/> déplétion sévère dans la majorité ou toutes les zones corporelles	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
CHANGEMENT DE LA PRISE ALIMENTAIRE	<input type="checkbox"/> pas de changement ou changement de courte durée <input type="checkbox"/> prise alimentaire réduite mais une amélioration <input type="checkbox"/> prise alimentaire réduite mais une détérioration	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
DURÉE DU CHANGEMENT DE LA PRISE ALIMENTAIRE	<input type="checkbox"/> < 2 semaines <input type="checkbox"/> > 2 semaines, alimentation légèrement à modérément inadéquate <input type="checkbox"/> incapable de manger	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
PROBLÈMES GASTRO-INTESTINAUX	<input type="checkbox"/> pas ou peu de symptômes <input type="checkbox"/> symptômes modérés > 2 semaines <input type="checkbox"/> symptômes sévères mais une amélioration <input type="checkbox"/> symptôme(s) > 2 semaines	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
FUNCTIONALITÉ	<input type="checkbox"/> pas de changement <input type="checkbox"/> perte sévère mais une amélioration <input type="checkbox"/> grabataire	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Nombre de fois A:		A: bon état nutritionnel
Nombre de fois B:		B: dénutrition faible ou modérée
Nombre de fois C:		C: dénutrition sévère

4. Short Nutritional Assessment Questionnaire for Residential Care (SNAQ^{RC})

Ask these questions	
Did you lose weight unintentionally?	
▶ more than 3 kg in the last month	<input type="radio"/>
▶ more than 6 kg in the last 6 months	<input type="radio"/>
Are you only capable of eating and drinking with help?	<input type="radio"/>
Have you experienced a decreased appetite over the last month?	<input type="radio"/>
Measure BMI	
BMI below 20 equals red	<input type="radio"/>
BMI 20 to 22 equals orange	<input type="radio"/>
BMI 22 to 28 equals green	<input type="radio"/>
BMI above 28 equals overweight	
Total score of questions + BMI	
<input type="radio"/> + <input type="radio"/> = <input type="radio"/>	
<input type="radio"/> + <input type="radio"/> = <input type="radio"/>	
<input type="radio"/> + <input type="radio"/> = <input type="radio"/>	
<input type="radio"/> + <input type="radio"/> = <input type="radio"/>	



4.2.3. Soutien nutritionnel

Une assistance nutritionnelle doit être offerte à tout patient dénutri ou à risque de dénutrition. L'alimentation peut être assurée par voie orale, entérale ou parentérale². On privilégie dans la mesure du possible la voie orale. Les autres options sortent du cadre de cet article puisqu'elles sont le plus souvent instaurées en milieu hospitalier.

Concernant la voie orale, il existe plusieurs possibilités: adapter le menu, enrichir la nourriture (ajout de collations au régime de base, régime enrichi par ajout de fromage, de crème fraîche, de beurre... (voir ci-dessus)) ou administrer des compléments nutritionnels oraux^{2,31-33}. Il ressort d'une étude prospective réalisée auprès de résidents de maisons de repos, que des compléments nutritionnels oraux sont souvent administrés avant d'avoir décelé les éventuels facteurs responsables sous-jacents comme un personnel insuffisant et un manque de supervision lors du repas, une dysphagie non diagnostiquée et une mauvaise hygiène buccale³⁴. Ceci doit évidemment être évité.

Une revue Cochrane (62 études portant sur un total de 10.187 patients) affirme que l'administration d'aliments enrichis ou de compléments nutritionnels oraux a un effet bénéfique sur le poids et le risque subséquent de complications (p.ex. à la suite d'une fracture de la hanche). Il s'agissait surtout de patients hospitalisés présentant des affections aiguës. La dénutrition était rarement documentée. Le risque de mortalité a été significativement réduit uniquement chez les patients dénutris sous suppléments. Les effets indésirables les plus fréquents étaient nausée et diarrhée¹. Une méta-analyse du NICE montre un effet favorable des compléments nutritionnels oraux sur le poids, la morbidité et le taux de mortalité chez des patients dénutris². Bien que les études incluses étaient en grande partie de moindre qualité et réalisées en milieu hospitalier, il paraît utile de donner des compléments nutritionnels oraux à des patients dénutris.

Étant donné que l'ajout inadéquat ou excessif de micro et de macronutriments peut être nocif, il serait indiqué que les recommandations à ce sujet soient basées sur des essais randomisés. Le sujet est malheureusement peu documenté. Les recommandations reposent d'ailleurs essentiellement sur « l'opinion d'experts »². Il revient au diététicien de matérialiser les observations, complétées par une anamnèse nutritionnelle fiable. Le NICE conseille de calculer séparément les besoins individuels en énergie, protéines, liquide, électrolytes, minéraux, micronutriments et fibres. Ceci peut se faire sur base d'une anamnèse élaborée à partir du régime alimentaire. Pour les personnes qui ne sont pas gravement malades, ou qui n'encourent pas de risque de « refeeding syndrome » (voir plus loin), le NICE fait les recommandations suivantes en ce qui concerne le régime alimentaire total:

- Apport énergétique total: 25-35 kcal/kg/j
- Protéines: 0,8-1,5 g (0,13-0,24 g d'azote) /kg/j
- Liquide: 30-35 ml/kg

Il ressort d'une RCT néerlandaise que l'administration de boissons nutritionnelles à des résidents de maisons de repos n'affecte pas la prise énergétique d'une alimentation normale³⁵. Une assistance nutritionnelle associée à une administration de compléments est potentiellement plus efficace qu'une assistance nutritionnelle seule³⁶.

La mesure dans laquelle ces compléments nutritionnels sont acceptés varie selon différentes études¹. Les compléments nutritionnels ne sont pas toujours reçus avec autant d'enthousiasme chez les patients et l'observance n'est donc pas toujours optimale. Lors de l'administration, il convient donc de prêter attention entre autres au goût (selon le goût du patient et varier suffisamment), à la composition et au timing par rapport au repas habituels³⁶. Cela n'empêche pas de toujours veiller au bon déroulement des repas principaux et des collations. L'administration d'un supplément protéiné enrichi en fibres dans des maisons de repos espagnoles a montré une bonne observance, et avait pour conséquence une amélioration de l'état nutritionnel et du transit intestinal³⁷. Une étude (RCT) néerlandaise montre également une bonne observance avec des compléments nutritionnels oraux sous forme de boissons³⁸.

L'administration de compléments nutritionnels oraux ne peut être débutée qu'une fois les facteurs étiologiques dépistés et pris en charge. Cette intervention ne semble pas seulement utile en milieu hospitalier, mais aussi en ambulatoire. Il n'y a pas de preuve quant à la composition idéale de ces préparations. Afin d'augmenter l'observance, il convient de porter une attention suffisante à la composition, à la diversité des goûts et au timing de ces apports par rapport aux repas habituels.

N.B. Refeeding syndrome

Le « refeeding syndrome » ou « syndrome de renutrition inappropriée » (SRI) constitue un problème important, surtout chez les personnes âgées hospitalisées pour cause de dénutrition sévère. Cette situation met en jeu le pronostic vital d'un patient dénutri et peut survenir suite à une renutrition conduite de manière peu équilibrée ou instaurée trop rapidement. Des modifications hormonales et métaboliques font apparaître des transferts hydriques et électrolytiques importants qui peuvent entraîner de graves complications comme des troubles du rythme, une insuffisance cardiaque ou un œdème pulmonaire. Chaque patient qui jeune pendant plus de 5 jours s'expose à ce risque. C'est pourquoi il convient de démarrer l'assistance nutritionnelle pendant les 2 premiers jours avec un maximum de 50% des besoins estimés. Une plus grande prudence s'impose encore chez certaines personnes, p.ex. en cas d'IMC inférieur à 16, de perte de poids involontaire > 15% au cours des 3 à 6 derniers mois ou en cas de jeûne supérieur à 10 jours. Une description détaillée des risques et de la prise en charge du SRI peut être consultée dans la directive NICE sur l'assistance nutritionnelle^{2,39}.

4.2.4. Situations particulières

Si la perte de poids se poursuit malgré toutes les interventions possibles, la pose d'une sonde PEG peut être envisagée et discutée avec le patient et/ou sa famille. La considération des avantages et des inconvénients implique la prise en compte du contexte général (espérance de vie, soins palliatifs, démence). La pose d'une sonde PEG ne diminue pas le taux de mortalité chez les personnes atteintes de démence et, de plus, n'améliore pas leur qualité de vie⁴⁰. Elle ne prévient pas non plus les fausses voies ni la survenue de pneumonies par aspiration⁴¹ ou d'ulcères de pression^{42,43}. Il y a peu d'arguments en faveur d'une nutrition/hydratation médicalement assistée dans le cadre palliatif⁴⁴.

La pose d'une sonde PEG peut être envisagée lorsque les mesures susmentionnées se révèlent insuffisantes. La considération des avantages et des inconvénients implique la prise en compte du contexte général. Rien n'indique que la pose d'une sonde PEG améliore la qualité de vie dans un cadre palliatif ou chez des patients atteints de démence.

4.3. Options médicamenteuses

Bien que plusieurs médicaments aient été testés dans la perte de poids involontaire, ils ne sont pas conseillés dans la pratique clinique en raison de leur rapport bénéfice-risque peu documenté chez les personnes âgées, tout comme leur efficacité à long terme.

La dépression est une cause fréquente de l'anorexie, alors que les *inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine* peuvent également causer l'anorexie. La *mirtazapine* stimulerait l'appétit, mais n'est pas recommandée comme antidépresseur de premier choix étant donné que les autres ISRS n'entraînent pas de perte de poids dans la plupart des cas⁴⁵. Les effets indésirables évoqués par quelques essais cliniques et études de cas ne paraissent pas innocents⁴⁶.

Le *dronabinol* est un cannabinoïde indiqué pour le traitement de l'anorexie accompagnée d'une perte de poids chez les malades du SIDA. Il a également été testé chez des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Son utilisation n'est pas conseillée en raison de ses effets indésirables comme la somnolence, les vertiges et la confusion. Il n'est pas disponible sur le marché belge.

Le *mégesterol*, un progestagène de synthèse, a été utilisé dans la cachexie chez des patients cancéreux ou sidaïques. Il a un effet favorable sur l'appétit et sur la prise de poids, mais il n'y a pas suffisamment de preuves que cela soit associé à une qualité de vie améliorée⁴⁷. Son utilisation est déconseillée en raison de ses effets indésirables (œdèmes, complications thrombo-emboliques)

La *cyproheptadine* est un antihistaminique avec des propriétés antisérotoninergiques qui stimule l'appétit. Dans une RCT chez des patients cancéreux d'un âge moyen de 65 ans, ce produit n'a pas montré d'efficacité en termes de prise de poids⁴⁸. Son utilisation chez les personnes âgées est problématique en raison de ses effets secondaires, comme la somnolence et les vertiges. Aucune étude évaluant la cyproheptadine comme stimulateur de l'appétit chez les personnes âgées n'a été retrouvée.

Le *métoclopramide*, qui peut être utilisé en cas d'anorexie secondaire à des nausées répétées, peut favoriser l'apparition d'un parkinsonisme à long terme.

Des *anabolisants* ont été utilisés dans la cachexie chez des patients cancéreux ou sidaïques. Ils n'ont pas été testés chez des personnes âgées. Les effets secondaires possibles sont une masculinisation chez les femmes, une rétention d'eau et une toxicité hépatique.

Les *androgènes* peuvent stimuler les cancers de la prostate et augmenter le risque cardiovasculaire.

L'*hormone de croissance* est très onéreuse et a comme effets secondaires: syndrome du canal carpien, céphalées, arthralgies, myalgies et gynécomastie. Son utilisation n'est également pas recommandée.

De nombreux médicaments sont proposés pour stimuler l'appétit. Aucun de ces produits n'a suffisamment prouvé son efficacité. Les traitements médicamenteux n'ont donc aucune place dans la prise en charge de la dénutrition.

5. En pratique

De nombreuses interventions abordées dans ce Formul R/info souffrent d'une faisabilité limitée dans le cadre des soins aux personnes âgées. Les MRS manquent de moyens et de main-d'œuvre pour implémenter de telles interventions.

Dans l'approche multidisciplinaire, les interventions les plus pratiquées sont: l'ajout de beurre et de poudre de lait à la nourriture, l'addition de boissons protéinées, l'amélioration de l'ambiance des repas comme manger en petit groupe (« comme à la maison »), l'administration d'antidépresseurs et la réparation de la prothèse dentaire¹⁰.

Il ressort d'une étude menée en 2006 qu'il existe une grande disparité entre la situation actuelle au sein des institutions et ce qui est souhaitable en matière de soins nutritionnels. C'est le cas de la politique nutritionnelle générale, de l'évaluation de l'état nutritionnel des résidents, du dépistage de la dénutrition, des stratégies élaborées pour les patients à risque de dénutrition et de l'accompagnement lors du retour à domicile. Au niveau politique, les soins nutritionnels ne semblent pas avoir actuellement la priorité. La présence limitée de diététiciens et d'équipes multidisciplinaires de nutrition et le manque de collaborateurs qui travaillent sur le sujet de l'alimentation en sont des exemples¹³.

De nombreuses interventions débattues dans cet article paraissent pratiquement irréalisables dans le cadre actuel des soins aux personnes âgées. Une plus grande priorité devrait être accordée aux soins nutritionnels au niveau politique. La présence d'un diététicien dans les MRS est à défendre.

La liste de références peut être consultée sur le site web: www.formularium.be

Étude ACCOMPLISH: une occasion pour modifier le traitement de l'hypertension?

Analyse de:

- Jamerson K, Weber MA, Bakris GL et al. Benazepril plus amlodipine or hydrochlorothiazide for hypertension in high-risk patients. *N Engl J Med* 2008;359:2417-28.
- Bakris GL, Sarafidis PA, Weir MR. Renal outcomes with different fixed-dose combination therapies in patients with hypertension at high risk for cardiovascular events (ACCOMPLISH): a prespecified secondary analysis of a randomized controlled trial. *Lancet* 2010;375:1173-81.
- Weber MA, Bakris GL, Jamerson K et al. Cardiovascular events during differing hypertension therapies in patients with diabetes. *J Am Coll Cardiol* 2010;56:77-85.

L'étude ACCOMPLISH, qui a comparé une association d'un IECA et d'un antagoniste calcique à une association d'un IECA et d'un diurétique, a été publiée en décembre 2008. De récentes publications d'analyses secondaires préspecifiées sur les critères d'évaluation rénaux et d'autres réalisées chez des personnes diabétiques attirent de nouveau l'attention sur cette étude.

L'association avec l'antagoniste calcique s'est montrée significativement plus efficace que celle avec le diurétique, aussi bien en termes de critère d'évaluation primaire (critère d'évaluation combinant la mortalité et la morbidité cardiovasculaires: RR 0,80; IC à 95%: de 0,72 à 0,90) que dans l'analyse secondaire préspecifiée concernant les critères d'évaluation rénaux (progression chronique de l'insuffisance rénale: RR 0,52; IC à 95%: de 0,41 à 0,65). Le critère d'évaluation primaire dans l'analyse de sous-groupe préspecifiée, a montré des résultats comparables chez les diabétiques (HR 0,79; IC à 95%: de 0,68 à 0,92), chez les diabétiques à très haut risque cardiovasculaire (HR 0,77; IC à 95%: de 0,64 à 0,73) et les non-diabétiques (HR 0,82; IC à 95%: de 0,69 à 0,97).

Sur base de ces constatations, les auteurs recommandent une association d'un IECA et d'un antagoniste calcique pour le traitement de l'hypertension en première ligne. Cette étude change-t-elle quelque chose aux recommandations du Formulaire MRS concernant le traitement de l'hypertension?

La population dans l'étude ACCOMPLISH était sélectionnée. Les patients inclus étaient hypertendus mais avaient également un risque cardiovasculaire élevé (un quart d'entre eux avait un antécédent d'infarctus du myocarde ou d'AVC, 60% étaient diabétiques). Plus de 95% étaient déjà traités pour hypertension et plus de 60% recevaient une association de plusieurs antihypertenseurs^{2,3}. Lors de l'inclusion, environ un sixième de la population avait une clairance à la créatinine inférieure à 60 ml/min. Les thiazides ne sont plus actifs si la clairance à la créatinine est inférieure à 40 ml/min. Il est donc probable qu'une partie non insignifiante des patients ait été traitée par un diurétique thiazidique dès le début ou au cours de l'étude, mais qu'il n'était plus efficace en raison de leur degré d'insuffisance rénale. Par ailleurs, concernant la baisse de tension, une petite différence mais significative a été observée entre les deux groupes en faveur de l'association avec l'antagoniste calcique, mais reste à savoir si elle a été d'une grande influence sur les résultats⁴.

Le diurétique utilisé dans l'étude était l'hydrochlorothiazide, à la dose de 12,5 à 25 mg. Quelques commentateurs attirent l'attention sur le fait que l'efficacité de l'hydrochlorothiazide à cette dose n'a pas suffisamment été prouvée. De petites études ont montré que l'effet antihypertenseur de la chlortalidone persiste plus longtemps que celui de l'hydrochlorothiazide à la même dose et qu'il est plus puissant^{2,3,5}. Bien que seule une petite différence de tension artérielle ait été observée entre les deux groupes, la tension artérielle sur 24 heures pourrait varier plus souvent dans le groupe hydrochlorothiazide. Ceci pourrait expliquer les différences entre les deux groupes en termes de critère d'évaluation primaire. Les commentateurs plaident donc en faveur de la chlortalidone pour le traitement de l'hypertension⁵. Il est peu probable qu'un jour une étude comparant l'efficacité de ces deux diurétiques thiazidiques en termes de critères forts soit menée et qu'elle puisse clarifier cette discussion.

Le choix des critères d'évaluation rénaux constitue également un point de discussion. Le critère d'évaluation primaire dans cette analyse secondaire préspecifiée était la progression des affections rénales chroniques et était défini comme un doublement de la créatinine sérique ou l'apparition d'une insuffisance rénale terminale (clairance à la créatinine inférieure à 15 ml/min ou le besoin de dialyse) avait été déterminé. La différence significative entre les deux groupes en termes de critère d'évaluation composite s'explique en grande partie par une différence significative d'effet sur le doublement de la créatinine sérique⁶. Il n'y avait pas de différence significative au niveau du besoin de dialyse ou d'une clairance à la créatinine inférieure à 15 ml/min. Le doublement de la créatinine sérique n'est toutefois pas un paramètre suffisamment fiable de la fonction rénale. Il peut effectivement s'agir d'une manifestation d'altération structurale de la fonction rénale, mais peut aussi être la conséquence d'une modification hémodynamique, temporaire et réversible du DFG (débit de filtration glomérulaire), causée par exemple par un traitement médicamenteux⁷. On peut déduire d'un graphique provenant de l'éditorial se rapportant à l'étude, que les différences en matière de DFG estimé peuvent être attribuées aux modifications hémodynamiques initiales (sur base de la créatinine sérique) causées par l'instauration d'un traitement thiazidique (effet initial: réduction plus importante pendant 12 semaines) et d'antagonistes calciques (effet initial: léger accroissement du DFG estimé). Ce graphique a été présenté lors d'un congrès par les auteurs de l'étude ACCOMPLISH, mais n'a pas été repris dans la publication. Il semble aussi montrer, qu'après les 12



premières semaines de l'étude, le déclin du DFG estimé était comparable dans les deux groupes. L'auteur de cet éditorial en conclut que les différences en termes de critère d'évaluation primaire peuvent uniquement être attribuées aux modifications hémodynamiques réversibles des DFG estimés pendant les 12 premières semaines du traitement⁷.

Enfin, portons notre attention sur le fait que l'étude a été interrompue prématurément (suivi moyen: 36 mois au lieu des 5 ans prévus) en raison de résultats d'analyse préliminaires démontrant un avantage significatif de l'association avec l'antagoniste calcique en termes de critère d'évaluation primaire. Il est probable que par conséquent, l'information concernant l'efficacité et la sécurité à plus long terme ait été perdue. L'étude a été sponsorisée par une firme qui met une association fixe de bédazépril et d'amlodipine sur le marché (pas en Belgique). Le sponsor était étroitement impliqué dans le design de l'étude et l'analyse des résultats.

Commentaire de la rédaction:

Étant donné que cette étude a examiné des traitements combinés chez des patients hypertendus déjà traités pour hypertension et ayant des comorbidités importantes, on ne peut se prononcer quant au traitement initial de l'hypertension sur base de ces résultats. Il en est de même pour les monothérapies par rapport aux traitements combinés. Cela ne modifie pas le conseil de la rédaction qui, en cas d'hypertension non compliquée, recommande de préférer un diurétique thiazidique (la chlortalidone) en monothérapie comme traitement initial^{4,6}. Étant donné que les différents antihypertenseurs ont un effet comparable, chaque antihypertenseur constitue un bon premier choix et en fonction des comorbidités ou effets indésirables attendus, on peut toujours opter pour un autre antihypertenseur^{2,3}. Reste à savoir quand il est indiqué de passer à un traitement combiné. Cette étude ne nous éclaire pas non plus suffisamment sur le choix des médicaments à associer en raison des doutes concernant le choix du diurétique thiazidique et des critères d'évaluation (secondaires) utilisés. Aussi, lors de l'instauration du traitement combiné, il convient de se laisser guider par la comorbidité et les effets indésirables présumés. Une association d'un IECA et d'un diurétique reste un choix défendable². Chez les patients présentant une comorbidité et une insuffisance rénale débutante ou avancée (comme beaucoup de patients dans cette étude), on peut préférer un antagoniste calcique à un diurétique⁴. Notons par ailleurs qu'il existe des indications qui préfèrent la chlortalidone à l'hydrochlorothiazide comme diurétique⁵. Étant donné que la chlortalidone est le seul thiazide sous forme de préparation monocomposée disponible en Belgique et que la rédaction préfère les préparations monocomposées aux associations fixes, nous accordons notre préférence à la chlortalidone, aussi bien dans les traitements monocomposés que dans les traitements combinés.

1. Jamerson K, Weber MA, Bakris GL et al. Benazepril plus amlodipine or hydrochlorothiazide for hypertension in high-risk patients. *N Engl J Med* 2008;359:2417-28.
2. Chobanian AV. Does it matter how hypertension is controlled? *N Engl J Med* 2008;359:2485-8.
3. Schut NH, Kerst AJFA. ACE-remmer: combineren met een thiazide-diureticum of met een calciumantagonist bij patiënten met een hoog cardiovasculair risico? *GeBu* 2009;43:62-3.
4. Anonymous. ACCOMPLISH-Studie: Erste Endpunktstudie zur Hochdrucktherapie mit initialen Wirkstoffkombinationen. *Arznei-telegramm* 2009;40:13-5.
5. Kooter AJ, Smulders YM. Bij hypertensie liever chloortalidon dan hydrochlorothiazide. *Ned Tijdschr Geneesk* 2010;154:A1608.
6. Anonymous. Etude ACCOMPLISH: résultats concernant les critères d'évaluation rénaux. *Folia Pharmacotherapeutica* 2010;37:75-6.
7. Heerspink HL, de Zeeuw D. Composite renal endpoints: was ACCOMPLISH accomplished? *Lancet* 2010;375:1140-2.

Mesures non médicamenteuses dans la prise en charge des troubles comportementaux chez les personnes atteintes de démence

Analyse de:

- Cohen-Mansfield J, Marx MS, Dakheel-Ali M et al. Can agitated behavior of nursing home residents with dementia be prevented with the use of standardized stimuli? *JAGS* 2010;58:1459-64.
- Gitlin LN, Winter L, Dennis MP et al. Targeting and managing behavioural symptoms in individuals with dementia: A randomized trial of a nonpharmacological intervention. *JAGS* 2010;58:1465-74.

L'approche des troubles comportementaux chez les personnes atteintes de démence (« Behavioural and psychiatric symptoms in dementia » (BPSD) ou « Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence » (SCPD)) est en premier lieu non-médicamenteuse. Deux articles récents, provenant du même numéro du « Journal of the American Geriatrics Society », évaluent plusieurs de ces interventions non médicamenteuses.

Le premier article formule une hypothèse selon laquelle une partie de l'agitation observée chez les personnes atteintes de démence est causée par un manque de stimulation et d'interactions sociales, ayant pour conséquence un sentiment d'ennui



et de confusion. L'influence de 25 stimulations différentes et prédéfinies a été observée chez 111 personnes démentes agitées (avec un score MMSE moyen de 5).

Les stimulations sociales réelles (présence d'un vrai bébé, d'un vrai chien, mener une conversation), les tâches (trier des fleurs, colorier) et la lecture (revues avec grands caractères) avaient le plus d'effet sur l'agitation. Les contacts sociaux simulés (poupées, animaux en peluche, animaux robotisés, vidéo familiale) et des stimulations par activités manuelles (balle anti-stress, blocs de construction, trousse à outils, sac à roulettes et puzzle) ont eu le moins d'effet, alors que la musique et les stimulations basées sur l'identité de la personne démente (ancien travail, hobbies ou intérêts personnels) avaient un effet intermédiaire.

Les stimulations étaient plus efficaces pour les formes physiques d'agitation (agitation motrice, déambulation) que pour les formes verbales (répétition de phrases ou de questions). Il est probable que l'agitation physique résulte surtout du sentiment d'ennui et on peut y remédier en détournant l'attention du patient par des stimuli externes. L'agitation verbale pourrait avoir une autre origine (comme la solitude et la douleur).

La deuxième étude a examiné l'effet du soutien des aidants proches des personnes âgées démentes vivant à domicile. Selon cette étude, les troubles comportementaux résultent de facteurs interagissant dans 3 domaines: les facteurs propres au patient (besoins non satisfaits, inconfort ou douleur, problèmes médicaux), les facteurs liés au soignant (stress, style de communication) et les facteurs environnementaux (situation vague, risques). L'aidant a suivi une formation ('Advancing Caregiver Training') pendant 16 semaines; 9 sessions ont été données par un(e) ergothérapeute et 2 sessions par un(e) infirmier(ère). Le groupe contrôle bénéficiait d'un encadrement habituel.

On a ciblé un seul trouble comportemental, rapporté par l'aidant. L'ergothérapeute a observé la situation à domicile et l'interaction soignant-patient (le style de communication e.a.). L'ergothérapeute a utilisé une approche de résolution des problèmes afin d'aider le soignant à identifier les facteurs déclenchants et les conséquences des troubles comportementaux ainsi que les déclencheurs potentiellement modifiables. Il(elle) a établi un plan de traitement sur base de cette approche. L'infirmier(ère) a assuré l'éducation thérapeutique concernant les conditions médicales qui peuvent aggraver les troubles comportementaux (douleur, déshydratation, constipation e.a.). On a également prélevé un échantillon de sang et d'urine afin de détecter les problèmes médicaux et le traitement médicamenteux a été évalué.

La plupart des problèmes qui ont été rapportés par les aidants (p.ex. refus de soins) ne justifiaient pas un traitement médicamenteux. Seul un petit nombre (< 5%) d'aidants ont rapporté des problèmes psychiatriques qui auraient éventuellement pu bénéficier d'un traitement médicamenteux (hallucinations p.ex.). Le soutien des aidants a eu un effet bénéfique sur les troubles comportementaux et sur le bien-être des aidants, aussi bien à court terme (16 semaines) qu'à plus long terme (24 semaines). La communication négative était clairement moins présente au terme des 16 semaines, mais le résultat n'était plus statistiquement significatif au bout des 24 semaines par rapport au groupe contrôle. Il y a eu moins de symptômes dépressifs dans le groupe d'intervention (soutien), tant au bout de 16 semaines que de 24 semaines, mais la différence n'était statistiquement significative qu'au bout de 16 semaines. Ceci justifie la nécessité d'un soutien continu.

Il faut souligner que plus d'un tiers des patients examinés (34,1%) a présenté des problèmes médicaux non diagnostiqués. Le problème le plus fréquent était les bactériuries (14,5%), hyperglycémies (5,9%) et anémies (5,1%).

Commentaire de la rédaction:

Les mesures non médicamenteuses ont un effet sur les troubles comportementaux chez les personnes atteintes de démence. Étant donné que les antipsychotiques sont peu efficaces et qu'ils s'accompagnent de divers effets indésirables dont un taux de mortalité accru, ces mesures non médicamenteuses occupent la première place dans la prise en charge des troubles comportementaux chez les personnes atteintes de démence. La deuxième étude prouve l'utilité d'un soutien pour les aidants proches et met en évidence que ce soutien reste nécessaire.

Rédacteur en chef: Jean Pierre Sturtewagen

Responsable d'édition: J. Vandenhoven

Rédaction: J. Baguet, D. Boudry, T. Christiaens, A. Courtens, K. D'Hollander, T. Gilliet, J. Lannoy, I. Leunckens, W. Staessen, I. Tigra, S. Vanderdonck, J. Van Elsen, K. Verhofstadt.

Adresse de contact concernant le contenu du Formul R info: redact@formularium.be; fax 09/265 76 49

Adresse de contact pour les abonnements, changement d'adresses: Kleindokkaai 3-5, 9000 Gent; tél 09/265 76 40; fax 09/265 76 49; e-mail: secret@formularium.be

Editeur responsable: K. Verhofstadt, Bonsgrachtstraat 1, 9070 Destelbergen

Site web: www.formularium.be

Le Formul R info est réalisé avec le soutien financier de l'INAMI qui respecte l'indépendance de la rédaction.



Références

1. Milne AC, Potter J, Vivanti A, Avenell A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No.: CD003288. DOI: 10.1002/14651858.CD003288.pub3.
2. National Institute for Health and Clinical Excellence. Nutrition support in adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. *NICE Clinical Guideline CG32*, 2006. <http://guidance.nice.org.uk/CG32>.
3. Stuurgroep Ondervoeding. Richtlijn Ondervoeding. Screening en behandeling van ondervoeding. Version octobre 2009. <http://www.stuurgroepondervoeding.nl>
4. Mensinck PAJS, De Bont MAT, Remijnse-Meester TA et al. Landelijke eerstelijns samenwerkingsafpraak ondervoeding. *Huisarts Wet* 2010;53(7):S7-10. www.nhg.artsennet.nl
5. Van Hoeyweghen R, de Raes E, Lambert M. Het geriatrisch syndroom, een concept voor klinische problemen met multifactoriële origine bij oudere patiënten. *Tijdschr voor Geneesk* 2010;66(12):588-92.
6. De Lepeleire J, Iliffe S, Mann E, Degryse J-M. Kwetsbaarheid: Een concept dat in de huisartsgeneeskunde aan belang wint. *Huisarts Nu* 2009;38:401-6.
7. Van Gossum A, Vandewoude M. Données épidémiologiques concernant la dénutrition chez des patients âgés de plus de 70 ans en Belgique (Nutriaction-Belgique). *Nutrition clinique et métabolisme* 2009;23:S51-2.
8. Council of Europe. Nutrition in care homes and home care. Report and recommendations: from recommendations to action (2009).
9. Alibhai SMH, Greenwood C, Payette H. An approach to the management of unintentional weight loss in elderly people. *CMAJ* 2005;172:773-80.
10. Crogan NL, Alvine C, Pasvogel A. Improving nutrition care for nursing home residents using the INRx Process. *J Nutr Elder* 2006;25(3-4):89-103.
11. Morley JE, Kraenzle D. Causes of weight loss in a community nursing home. *J Am Geriatr Soc* 1994 Jun;42(6):583-5.
12. Huffman GB. Evaluating and treating unintentional weight loss in the elderly. *Am Fam Physician* 2002;65:640-50.
13. Heyneman A, Van Hecke A, Grypdonck M, Defloor T. Strategie voor de transmurale aanpak van de voedingsproblematiek bij ouderen. Service public fédéral: Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, 2006. <http://www.health.belgium.be/eportal>
14. Kondrup J, Allison SP, Elia M et al. ESPEN Guideline for nutrition screening 2002. *Clin Nutr* 2003;22:415-21.
15. Rubenstein LZ, Harker JO, Salvà A et al. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form mini-nutritional assessment (MNA-SF). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56:M366-72.
16. Kruijenga HM, de Vet HC, Van Marissing CM et al. The SNAQ(RC), an easy traffic light system as a first step in the recognition of undernutrition in residential care. *J Nutr Health Aging* 2010;14:83-9.
17. Omran ML, Morley JE. Assessment of protein energy malnutrition in older persons, part I: History, examination, body composition, and screening tools. *Nutrition* 2000;16:50-63.
18. Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): a practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging* 2009;13:782-8.
19. Suominen MH, Sandelin E, Soini H, Pitkala KH. How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients? *Eur J Clin Nutr* 2009;63:292-6.
20. Plan National Nutrition Santé pour la Belgique. "Depistage de la denutrition et evaluation nutritionnelle." et "Charte Qualité-Nutrition en maison de repos et maison de repos et de soins." Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2009. <http://www.health.belgium.be/eportal/Myhealth/Healthylife/Food/FoodandHealthPlan/Informationforprofessionals/index.htm> Consulté le 19/05/2010.
21. Van Staveren WA, Jessen CMF, Van der Zeeuw AE et al. Multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedselvoorziening voor verpleeg-huisgeïndiceerden. *Arcades Utrecht* 2001.
22. Nijs KA, de Graaf C, Kok FJ et al. Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance, and body weight of nursing home residents: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2006;332:1180-4.
23. Groupe d'Etude des Marchés de Restauration Collective et de Nutrition. Recommandation relative à la nutrition du 4 mai 2007. Ministère de l'Economie des Finances et de l'Industrie, Observatoire Economique de l'Achat Public. http://www.minefe.gouv.fr/directions_services/daj/guide/gpem/nutrition/nutrition.htm. Consulté le 15/09/2010.
24. Castellanos VH, Marra MV, Johnson P. Enhancement of select foods at breakfast and lunch increases energy intakes of nursing home residents with low meal intakes. *J Am Diet Assoc* 2009;109:445-51.
25. www.smaakensmaaksturing.be
26. Niedert KC. Position of the American Dietetic Association: liberalization of the diet prescription improves quality of life for older adults in long-term care. *J Am Diet Assoc* 2005;105:1955-65.
27. Bourdel-Marchasson I, Rolland C, Jutand MA et al. Undernutrition in geriatric institutions in South-West France: policies and risk factors. *Nutrition* 2009;25:155-64.

28. Simmons SF, Keeler E, Zhuo X et al. Prevention of unintentional weight loss in nursing home residents: a controlled trial of feeding assistance. *J Am Geriatr Soc* 2008;56(8):1466-73.
29. Palmer JB, Drennan JC, Baba M. Evaluation and treatment of swallowing impairments. *Am Fam Physician* 2000;61:2453-62.
30. www.stuurgroepondervoeding.nl/index.php?id=142
31. Anonymous. Southern Derbyshire guidelines for using prescribable oral nutritional supplements (sip feeds) for adults. *Greater Derby NHS* 2006 (review). <http://www.southernderbyshire.nhs.uk>
32. Anonymous. Oral Nutritional Support. *South Yorkshire NHS* 2007 (review). <http://www.doncasterpct.nhs.uk/documents/OralNutritionalSupport.pdf>
33. Anonymous. A guide to the use of oral nutritional supplements. *Irish Nutrition and Dietetic Institute (INDI) Fact Sheet* 2009. http://www.indi.ie/docs/957_INDI_Fact_sheet_ONS_June_09.pdf.
34. Kayser-Jones J, Schell ES, Porter C et al. A prospective study of the use of liquid oral dietary supplements in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 1998;46:1378-86.
35. Manders M, de Groot CP, Blauw YH et al. Effect of a nutrient-enriched drink on dietary intake and nutritional status in institutionalised elderly. *Eur J Clin Nutr* 2009;63:1241-50.
36. Baldwin C, Weekes CE. Dietary advice for illness-related malnutrition in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD002008. DOI: 10.1002/14651858.CD002008.pub3.
37. Cruz-Jentoft AJ, Calvo JJ, Durán JC et al. Compliance with an oral hyperproteic supplement with fibre in nursing home residents. *J Nutr Health Aging* 2008;12:669-73.
38. Wouters-Wesseling W, Wouters AE, Kleijer CN et al. Study of the effect of a liquid nutrition supplement on the nutritional status of psycho-geriatric nursing home patients. *Eur J Clin Nutr* 2002;56(3):245-51.
39. Mehanna HM, Moledina J, Travis J. Refeeding syndrome: what it is, and how to prevent and treat it. *BMJ* 2008;336:1495-8.
40. Murphy L, Lipman T. Percutaneous endoscopic gastrostomy does not prolong survival in patients with dementia. *Arch Internal Med* 2003;163:1351-3.
41. Finucane T, Christmas C, Travis K. Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of the evidence. *JAMA* 1999;282:1365-70.
42. Arinzo Z, Peisakh A, Berner YN. Evaluation of the benefits of enteral nutrition in long-term care elderly patients. *J Am Med Dir Assoc* 2008;9:657-62.
43. Sampson EL, Candy B, Jones L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No.: CD007209. DOI: 10.1002/14651858.CD007209.pub2.
44. Anonymous. Soins Palliatifs - Formulaire MRS édition 2010. *vzw Farmaka asbl*. www.farmaka.be
45. Rigler SK, Webb MJ, Redford L, et al. Weight outcomes among antidepressant users in nursing facilities. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:49-55.
46. Fox CB, Treadway AK, Blaszczyk AT et al. Megestrol acetate and mirtazapine for the treatment of unplanned weight loss in the elderly. *Pharmacotherapy* 2009;29:383-97.
47. Berenstein G, Ortiz Z. Megestrol acetate for treatment of anorexia-cachexia syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD004310. DOI: 10.1002/14651858.CD004310.pub2.
48. Kardinal CG, Loprinzi CL, Schaid DJ et al. A controlled trial of cyproheptadine in cancer patients with anorexia and/or cachexia. *Cancer* 1990;65:2657-62.