

Les troubles du comportement alimentaire ont été analysés par Blandford. Cette échelle permet de déterminer de quelle manière la détérioration des fonctions cognitives se traduit sur le comportement alimentaire. La passation de cette échelle pour chaque malade d'Alzheimer et son interprétation permet de comprendre les troubles de chacun et permet de répondre aux besoins de chacun.

Les situations difficiles les plus souvent rencontrées sont :

- **Comportement de résistance** : il est proposé de rechercher et traiter l'anxiété, la dépression...
- **Comportement sélectif** : on adapte le régime
- **Dyspraxie et agnosie** : le malade à besoin d'être aidé, on doit le laisser manger avec les doigts : le manger-main
- **Dysphagie oro-pharyngienne** : le malade a besoin d'être accompagné pendant le repas et on adapte la texture de son alimentation

Pour proposer un manger-main adapté, les aliments suivants sont dits « aliments nomades » car ils peuvent être consommés debout ou en marchant, pas besoin de couverts pour les consommer.

- Pizza, quiches, crêpes salées, tartes aux légumes, croquettes de viande, de poisson, gnocchis, poulet froid, saucisson, surimi, légumes crus en bâtonnets, fromages, glaces, gâteaux, biscuits, crêpes sucrées, yaourt à boire
- Sandwich composé avec au choix : salade, tomates, champignons, tapenade, poulet, fromage, rondelles de radis, chèvre frais, rillettes de saumon, de thon, omelette, œuf dur...

Pour les sujets âgés présentant la maladie d'Alzheimer, l'action nutritionnelle comporte trois volets essentiels :

- 1- Prévention de l'aggravation du déclin cognitif
- 2- Prévention de la dénutrition
- 3- Prise en charge de la dénutrition quand elle existe

1 - La prévention de l'aggravation du déclin cognitif se réalise par le maintien d'un statut adéquat en :

Vitamines du groupe B : B1-B3-B6-B9-B12, Vitamines C et E, et minéraux : Zinc et Sélénium

• **Les vitamines du groupe B et la vitamine C** entre dans le processus de synthèse physiologique de divers neurotransmetteurs notamment l'acétylcholine, la dopamine, la sérotonine et la noradrénaline. Les neurotransmetteurs sont les molécules informatives du message nerveux entre les neurones. Les carences en ces vitamines du groupe B et vitamines C sont responsables des comportements d'anorexie, dépression et de pseudo-démence. Ainsi, pour ne pas cumuler les effets du déclin cognitif dû à la maladie d'Alzheimer et ceux dû aux carences nutritionnelles, un bon statut en ces vitamines est indispensable.

Pour les vitamines B6, B9 et B12, leur carence provoque une accumulation de l'homocystéine dans le sang, responsable d'un déclin des fonctions cognitives.

• **Les vitamines C et E** ont un rôle antioxydant puissant ce qui protège les cellules du cerveau du stress oxydatif qui est un des facteurs les plus contributifs au déclin des capacités cognitives et mnésiques.

• **Rôle du Zinc** : il entre dans le processus de synthèse des protéines en général (neuromédiateurs en particulier), antioxydant il permet la stabilisation membranaire. Les carences en Zinc

provoquent entre autre des troubles du goût et de l'odorat entraînant une anorexie.

• **Rôle du Sélénium** : antioxydant à part entière, il potentialise également le fonctionnement des vitamines C et E. Les carences en Sélénium provoquent entre autre un retard de développement neurologique.

> **Les aliments riches en vitamine B1** sont : *la levure de bière, le germe de blé et la viande de porc*

> **Les aliments riches en vitamine B3** sont : *le foie, la viande, le poisson, les légumes secs et la pomme de terre*

> **Les aliments riches en vitamine B6** sont : *le foie de veau, la levure de bière, le germe de blé, le poisson, la viande, les légumes secs et la pomme de terre*

> **Les aliments riches en vitamine B9** sont : *la levure de bière, le foie, la pomme de terre et les légumes verts à feuille*

> **Les aliments riches en vitamine B12** sont : *le foie de veau, la viande, le hareng et le maquereau, le lait de vache*

> **Les aliments riches en vitamine C** sont : *les fruits et légumes crus : poivrons, cassis, kiwi, brocoli, fraise, agrumes frais, chou*

> **Les aliments riches en vitamine E** sont : *huile mélangée, huile de tournesol*

> **Les aliments riches en Zinc** sont : *foie, viande de boucherie, jaune d'œuf*

> **Les aliments riches en Sélénium** sont : *rogons, foie, poisson, viande de porc, de volaille.*

En pratique, pour obtenir un statut adéquat en ces vitamines et minéraux, il faut prévoir une consommation régulière/quotidienne de :

- Huile mélangée 30 à 40 ml/j (riche en W3 : colza 70 à 80 % et riche en vitamine E : tournesol 20 à 30 %)
- Foie 100 g tous les 15 j
- Levure de bière ou germe de blé 10 à 15 g/j
- Légumes secs 250 g 1 à 2 fois / semaine
- Viande ou poisson 170 à 200 g/j
- Légumes et fruits crus et cuits à chaque repas
- Pommes de terre 250g 3 à 4 fois /semaine

2- Prévention de la dénutrition et 3- Prise en charge de la dénutrition quand elle existe passe par :

- **une évaluation de l'état nutritionnel** 1 fois par mois (poids, IMC, ingestas, albumine, MNA)
- **une évaluation des troubles du comportement alimentaire régulière** (échelle de Blandford)
- **un enrichissement de l'alimentation** à 1,2 à 1,3 g de protéines par kg de poids corporel et par jour (60 à 65 g au minimum) en préventif, de 1,5 à 1,6 g de protéines par kg de poids corporel et par jour en prise en charge.
- **une adaptation de l'alimentation** aux troubles cognitifs du malade : manger-main, adaptation des textures.

Bibliographie :

- Nutrition de la personne âgée, 3ème édition, Collectif, Masson Abrégés.
- Nutrition et maladie d'Alzheimer. Docteur Nelly Le Reun.
- Troubles du comportement alimentaire et maladie d'Alzheimer. Docteur Cartz-Piver.
- Stratégie de PEC en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. HAS.
- Diagnostic et PEC de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. HAS.
- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentées en établissement médico-social. ANESM.

Vitalrest



La lettre d'information en Diététique et Nutrition à l'attention des établissements sanitaires et médico-sociaux

N°17 - AVRIL 2012

L'édito... Spécial prise en charge de la dénutrition du sujet âgé

La prise en charge de la dénutrition du sujet âgé en institution fait intervenir tous les acteurs de l'établissement : médecins, infirmières, aides soignantes, ASH, diététicienne, cuisine. Cela nécessite une bonne communication et des protocoles mis en place. Les personnes atteintes de démences nécessitent une prise en charge adaptée. Vous trouverez substances à en discuter dans cette lettre.

Claire LOUREIRO, Barbara RENAUD & Audrey WARDINI - Diététiciennes Vitalrest

Dépistage et prise en charge du sujet âgé fragile (critères HAS)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE DÉNUTRITION

Le diagnostic de dénutrition repose sur la présence d'un ou de plusieurs des critères ci-dessous :

Dénutrition :

- Perte de poids : $\geq 5\%$ en 1 mois, ou $\geq 10\%$ en 6 mois
- Indice de masse corporelle : $IMC < 21$
- Albuminémie $< 35\text{ g/l}$
- MNA global < 17

Dénutrition sévère :

- Perte de poids : $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois
- $IMC < 18$
- Albuminémie $< 30\text{ g/l}$

Interpréter le dosage de l'albuminémie en tenant compte de l'état inflammatoire du malade, évalué avec le dosage de la protéine C-réactive.

2/ Les conséquences de la dénutrition

- Une baisse des performances physiques : difficultés de se déplacer, fatigue, risque de fracture...
- Une baisse des performances intellectuelles : confusion, désorientation
- Une baisse des performances immunologiques : moins bonne résistance aux infections
- Une moins bonne cicatrisation, rétablissement plus long suite à une chirurgie, escarre persistant.

3/ Les modalités de dépistage

La pesée :

- 1 fois par mois pour tous les résidents,
- Plus fréquent en cas de risque de dénutrition, 1 fois par semaine (critère SFNEP), plus svp si déshydratation conjointe

La variation de poids : évolution pondérale grâce à la courbe de poids (cf critères diagnostic)

Calcul de l'IMC (P/T²) (cf critères diagnostic), (taille : prise de la distance talon genou et formule du Chumléa)

Ce dépistage peut être formalisé par un questionnaire tel que le **Mini Nutritional Assessment® (MNA)**

Dosage de l'albumine : en cas d'œdèmes ou d'obésité

Evaluation des ingestas : fiche de surveillance alimentaire sur 3 jours, à renouveler si nécessaire.

4/ Les causes ou situations à risque

• **Psycho-socio-environnementales** :

Isolement social / Deuil / Difficultés financières / Maltraitance Hospitalisation / Changement des habitudes de vie : entrée en institution

• **Toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique** :

Douleur / Pathologie infectieuse / Fracture entraînant une impotence fonctionnelle / Intervention chirurgicale / Constipation sévère / Escarres

• **Traitements médicamenteux au long cours** :

Polymédication / Médicaments entraînant une sécheresse de la bouche, une dysgueusie, des troubles digestifs, une anorexie, une somnolence, etc. / Corticoïdes au long cours

• **Troubles bucco-dentaires :**

Trouble de la mastication / Mauvais état dentaire / Appareillage mal adapté / Sécheresse de la bouche / Candidose oro-pharyngée
Dysgueusie

• **Régimes restrictifs :**

Sans sel / Amaigrissant / Diabétique / Hypocholestérolémiant
Sans résidu au long cours

• **Syndromes démentiels et autres troubles neurologiques :**

Maladie d'Alzheimer / Autres démences / Syndrome confusionnel
Troubles de la vigilance / Syndrome parkinsonien

• **Troubles de la déglutition :**

Pathologie ORL / Pathologie neurologique dégénérative ou vasculaire

• **Dépendance pour les actes de la vie quotidienne :**

Dépendance pour l'alimentation / Dépendance pour la mobilité

• **Troubles psychiatriques :**

Syndromes dépressifs / Troubles du comportement



5/ **Prise en charge nutritionnelle**

Stratégie de prise en charge nutritionnelle d'une personne âgée :

		Statut nutritionnel		
		Normal	Dénutrition	Dénutrition sévère
Apports alimentaires spontanés	Normaux	Surveillance	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 1 mois	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 Réévaluation 1 à 1 semaine, et si échec : CNO	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

La réévaluation comporte :

- qualité et confort de vie
- le poids et le statut nutritionnel, la reprise d'hydratation ;
- la tolérance et l'observance du traitement ;
- l'évolution de la (des) pathologie(s) sous-jacente ;
- l'estimation des apports alimentaires spontanés (ingesta).

Le relevé des ingestas se fait sur 24h ou sur 3 jours maximum. **Les indications :**

- Evaluer le niveau des apports alimentaires
- En réévaluation après intervention nutritionnelle

L'enrichissement de l'alimentation :

Il consiste à enrichir l'alimentation traditionnelle avec différents produits de base (poudre de lait, lait concentré entier, fromage râpé, œufs, poudres de protéines industrielles) Il a pour but d'augmenter l'apport énergétique et protéique d'une ration sans en augmenter le volume.

Une alimentation hyperprotéinée doit apporter 15 à 20g de protéines en plus de la ration habituelle par jour.

Le lait en poudre est intéressant car riche en protéines 35%, goût neutre, il peut se mélanger à chaud comme à froid, dans des préparations salées ou sucrées. Pour apporter 15 à 20g de protéines en plus par jour, il faut 60g de lait en poudre/jour à répartir dans le potage, des crèmes, dans la purée...

Les compléments nutritionnels oraux CNO

- Ce sont des mélanges nutritifs complets administrables par voie orale, hyperénergétiques et/ou hyperprotidiques, de goûts et de textures variés.
- Ils doivent être consommés lors de collations (à distance d'au moins 2 h d'un repas) ou pendant les repas (en plus des repas).
- L'objectif est d'atteindre un apport alimentaire supplémentaire de 400 kcal/jour et/ou de 30 g/jour de protéines (le plus souvent avec 2 unités/jour).
- Les CNO doivent être adaptés aux goûts du malade, à ses éventuels handicaps. Il est nécessaire de veiller à respecter les conditions de conservation (une fois ouvert, 2h à température ambiante et 24h au réfrigérateur).

6/ **Suivi de la prise en charge nutritionnelle**

	Outils	Fréquence
Poids	Pèse-personne adapté à la mobilité du malade	1 fois/semaine
Apports alimentaires	Méthode simplifiée « semi-quantitative » ou calcul précis des ingesta sur 3 jours ou au moins sur 24 heures	Lors de chaque évaluation (voir « Stratégie de prise en charge nutritionnelle d'une personne âgée »)
Albumine	Dosage de l'albuminémie (sauf si albuminémie initiale normale)	Au plus 1 fois/mois

Les textures modifiées : harmoniser notre langage ...

• **Texture HACHEE = adaptée aux troubles de la mastication :**

Les aliments doivent être très tendres, bien cuits, en petits morceaux ou hachés afin que les mouvements des mâchoires puissent les écraser suffisamment avant de les avaler. Il peut y avoir quelques morceaux, la viande est hachée (poisson et œuf laissés entier), les légumes et féculents bien cuits de telle sorte qu'ils puissent être écrasés à la fourchette.

• **Texture MOULINEE = adaptée aux troubles de la déglutition :**

Les aliments doivent être très tendres, bien cuits, moulins afin qu'une simple pression de la langue suffise à les transformer et à les avaler. La viande et le poisson seront moulins ou émiettés. Les légumes seront tous bien cuits écrasés à la fourchette ou en purée.

• **Texture MIXEE :**

Les aliments doivent être de texture lisse, pâteuse, homogène et ne présenter ni morceau, ni grumeau. Les viandes, poissons, œufs et légumes peuvent être mixés séparément ou ensemble

• **Texture LIQUIDE = doit se boire à la paille (dysphagie)**

Tous les aliments doivent être bien cuits, mixés puis liquéfiés avec du lait ou un bouillon de légumes ou du jus de fruits

Les spécificités de la prise en charge nutritionnelle des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer est définie par l'association d'un syndrome démentiel, l'existence d'une perte neuronale prédominant dans le cortex temporal et l'hippocampe, la présence de plaques séniles et de dégénérescences neuro-fibrillaires.

L'acétylcholine est le neuromédiateur le plus diminué. C'est la maladie neuro dégénérative, la plus fréquente des démences, elle touche 800 000 personnes soit 20 à 25 % des plus de 80 ans. Il y a 100 000 nouveaux cas par an.

La perte de poids touche 30 à 40 % des patients atteints de malade D'Alzheimer, tous stades confondus et elle s'amplifie avec l'évolution de la maladie. Selon Barret et Connor(1996), la perte de poids pourrait précéder le diagnostic de la maladie.

Le syndrome démentiel se définit comme étant une **détérioration globale des fonctions cognitives** chez une personne ayant un état de conscience normal. Les troubles sont irréversibles. Les fonctions détériorées sont :

- **Cognitives** : processus cérébraux pour acquérir une information, la traiter, l'utiliser, la manipuler, la communiquer.
- **Visio-spatiales** : permettent de s'orienter dans l'espace
- **Exécutives** : capacité à organiser et exécuter une tâche
- **Des consciences** : faculté mentale d'appréhender de façon subjective les phénomènes extérieurs et intérieurs et plus généralement son existence
- **Des praxies** : coordination et adaptation du mouvement dans le but de réaliser une tâche
- **Des gnosies** : reconnaissance des objets

Ce déclin cognitif se traduit par des troubles du comportement, attitudes ou expressions qui peuvent être dérangeants, perturbateurs ou dangereux pour la personne ou pour autrui :

Troubles sont dits productifs : agitation, agressivité, irritabilité, désinhibition, comportements d'opposition, déambulation, cris, comportements moteurs aberrants, troubles psychotiques (hallucinations, délires), troubles du sommeil

Troubles sont dits non productifs : dépression, apathie, repli sur soi

La maladie d'Alzheimer évolue, en **trois stades**, léger, moyen puis sévère. Les troubles s'installent progressivement et s'aggravent.

• **Stade léger** : installation des troubles intellectuels : troubles de mémoires (faits récents puis faits anciens), troubles du comportement (perte d'initiative, apathie, syndrome dépressif) et troubles du raisonnement (estimer les quantités, préparer les plats, respect des délais de péremption).

• **Stade moyen** : désorientation temporo-spatiale, trouble des fonctions exécutives, trouble du langage, troubles praxiques : apraxie, troubles gnosiques : agnosie.

• **Stade sévère** : agnosie et apraxie s'aggravent, aphasie (les gestes remplacent le langage), apraxie bucco-faciale (mauvaise coordination des mouvements oro-pharyngés, attention aux fausses routes).

