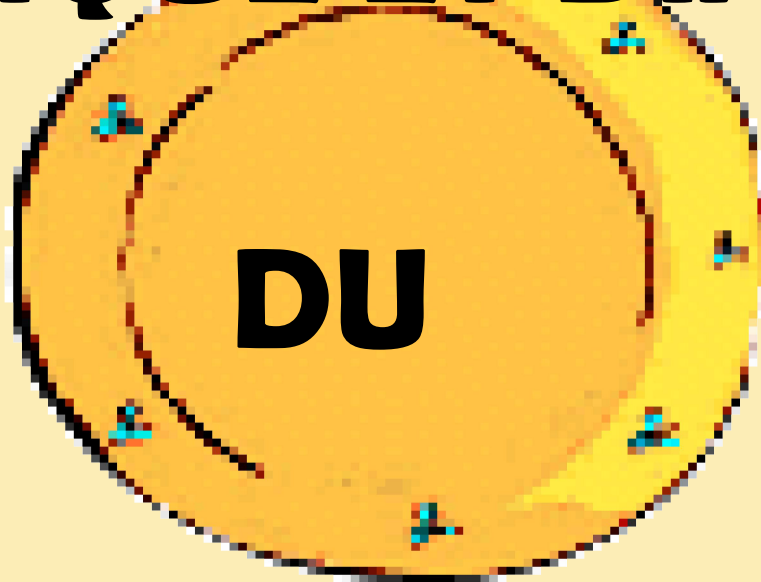


**DIETETIQUE ET DIABETE**



**SUJET AGE**

**C. Boutet – Diététicienne – Mai 2007**



# La priorité

- **Rechercher et éviter la dénutrition**
- **Conserver le plaisir de manger**
- **Rechercher une alimentation diversifiée, sans exclusion totale**
- **Eviter les grignotages en dehors des repas**
- **Limiter les produits gras (surtout si ils sont sucrés)**

# La malnutrition du sujet âgé

- L'insuffisance d'apports alimentaires
- Les carences aggravantes
- Les causes d'hyper catabolismes
- Les taux estimés de MPE  
(Malnutrition protéino-énergétique)
- Les conséquences
- Le diagnostic de la MPE)



# Les causes de la malnutrition

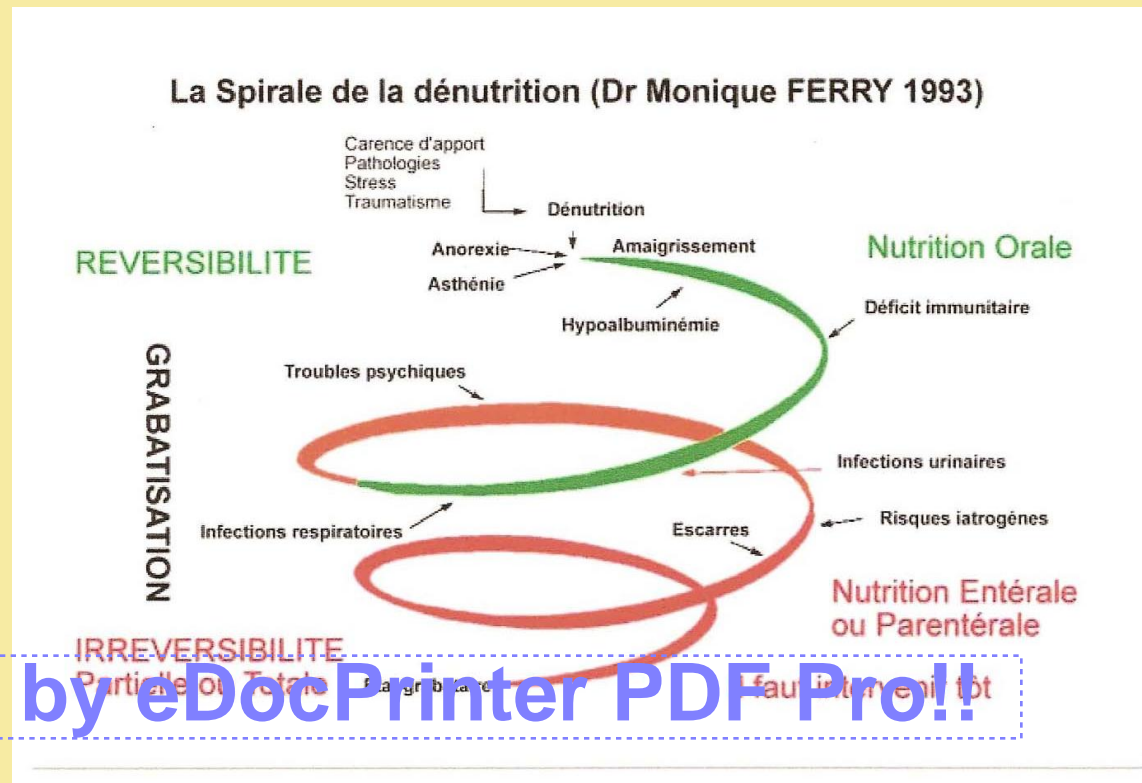
- **Insuffisances d'apports et méconnaissances des besoins** : Erreurs diététiques, régimes anorexigènes, déficits en Kcalories, en vitamines..
- **Causes sociales** : Isolement , diminution des ressources...
- **Diminution des capacités** : De mastication, de déglutition, de la marche, de gestuelle précise (préparation des repas...), d'autonomie (en institution surtout), intellectuelles...
- **Maladies du tube digestif** : Malabsorptions, mycoses, ballonnements, inconforts...
- **Dépressions, démences...**
- **Hypercatabolismes** (Infections, maladies ..)

- Il peut y avoir malnutritions par carences d'apports (exogènes)
- Et il y a les malnutritions par augmentations des besoins (endogènes)
- La combinaison de ceux-ci provoque souvent la malnutrition sévère

# Les taux et les conséquences

- **La Malnutrition Protéino-énergétique (MPE)** est estimée à **3 à 4%** des personnes âgées vivant **à domicile** et environ **50%** des personnes âgées vivant **en institution** ou **à l'hôpital**.

- **La spirale de la dénutrition :**



**• Recommandations et mesures :**

- « L'analyse des besoins du patient et leur satisfaction
- L'évaluation nutritionnelle
- un suivi nutritionnel
- L'hôpital doit s'adapter au système de vie
- La démarche qualité
- Les Comités de Liaison Alimentaire»
- (Recommandations extraites du rapport du Professeur B. Guy-Grand sur l'Alimentation en milieu hospitalier – 04/1997)
- Le Programme Nutrition Santé 1 (2001/2005) prévoyait de :  
« Prévenir, dépister, prendre en charge les troubles nutritionnels dans le système de soins ».
- Le PNNS 2 (2006/2010) va plus loin en spécifiant « L'objectif est d'améliorer la prestation alimentaire délivrée au patient ». Il prévoit également d'améliorer leur statut en calcium et en vitamine D »;

# Evaluation de l'état nutritionnel de la personne âgée et diagnostic de la MPE

- Evaluation clinique :
  - Mesures anthropométriques
  - Signes cliniques d'alerte :
- Evaluation des apports alimentaires
- Evaluation quantitative
- Evaluation qualitative

## Les douze signes d'alerte

(Un seul de ces signes ne suffit pas pour penser à un risque de dénutrition mais deux suffisent pour entreprendre une évaluation de l'état nutritionnel (MNA®))

- Perte de 2Kg dans les trois derniers mois ou 4kg dans les six derniers mois
- Perte de 15 à 20% du poids de l'âge adulte
- 2 repas par jour
- Régimes
- Revenus insuffisants
- Perte d'autonomie physique ou psychique
- Problèmes bucco-dentaires
- Trouble de la déglutition
- Veuvage, solitude, état dépressif
- Constipation
- Plus de cinq médicaments par jour
- Toujours malade

# Le Mini Nutritionnel Assessment (MMA)

- Outil d'évaluation du statut nutritionnel
- Test de diagnostic d'une MPE
- Test validé, reproductible, facile et rapide
- Questionnaire de 6 ou 18 items, pouvant être réalisé en 2 étapes :
  - Dépistage avec 6 items ( anorexie, perte de poids, maladie aigue..)
  - 2 à 3 minutes
  - Normal si **> 11**
  - si **< 11** possibilité de dénutrition  
=> faire le MNA complet  
(18 items)

- Peser régulièrement les personnes âgées et avoir un poids de référence.
- Faire un MNA de dépistage au moindre doute :
  - Si score de dépistage MMA réduit  $<$  ou  $=$  11 : poursuivre le MNA complet.
  - Si MNA complet entre 17 et 23,5 : remplir une grille d'évaluation alimentaire.
  - Si MNA complet  $<$  ou  $=$  23,5 et apports alimentaires  $<$  1 500 kcal/j : pratiquer un bilan biologique (albuminémie et CRP).
  - Si MNA  $<$  ou  $=$  17, apports alimentaires  $<$  1 500 kcal/j et hypoalbuminémie sévère : discuter l'hospitalisation et mettre en route une renutrition rapidement :
    - Orale si possible : régime hypercalorique et hyperprotidique avec suppléments diététiques si besoin.
    - Entérale si la dénutrition est sévère (albuminémie  $<$  25 g/l), et/ou la renutrition orale est insuffisante ou impossible.

# Modifications physiologiques liés à l'âge

- Appétit
- Goût
- Odorat
- Digestion
- Métabolismes (Masse maigre, cholestérolémie, ostéoporose, réserve hydrique..)
- Thermogénèse et activité physique



# L'évaluation des apports alimentaires

- L'enquête alimentaire si elle est possible
  - Mieux cerner les habitudes et comportements alimentaires
  - Connaître les goûts, les dégoûts et les croyances alimentaires
  - Connaître les aliments réellement consommables
  - Dépister les carences et les excès

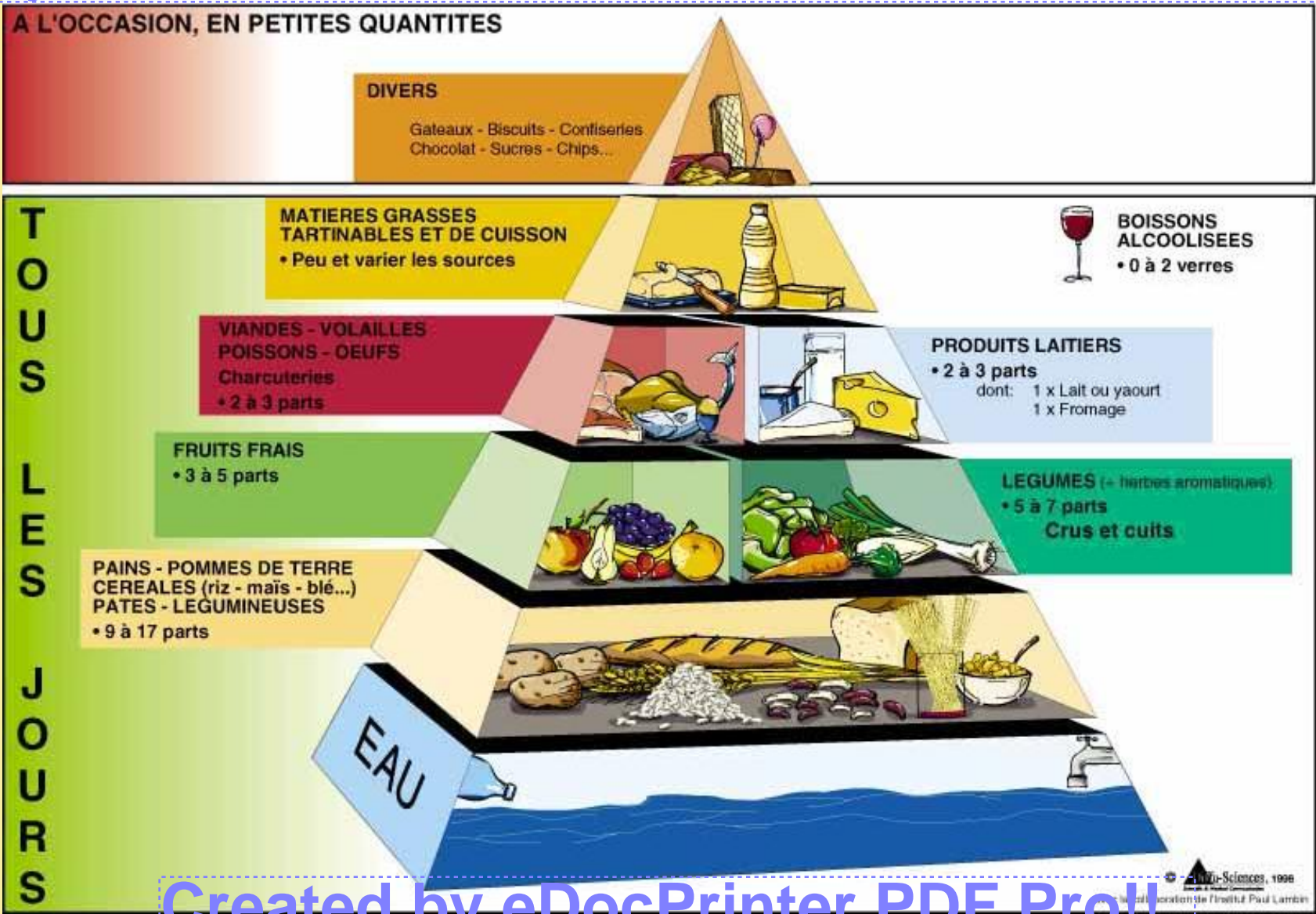
- L'évaluation des apports  
(par des relevés  
de consommation réelles)



# Besoins nutritionnels de la personne âgée



- **Les mêmes que ceux de la personne adulte (sans activité physique intense)**
- **Augmentés en cas d'hypercatabolisme**
- Soit
  - **Energie: environ 2 100 Kcal/j** (35 kcal/kg/j) et en cas d'hypercatabolisme: 40 à 50kcal/kg/j
  - **Protides : 1 g/kg/j** ( à 1.2 g/kg/j) soit 12 à 15 % de l'apport énergétique et 1,5 à 2 g/kg/j en cas d'hypercatabolisme (les maladies aiguës et chroniques augmentent les besoins)
  - **Lipides : 30 à 35 %** de l'apport énergétique total (Le vieillissement n'altère pas les besoins spécifiques en acides gras essentiels)
  - **Glucides: 50 à 55 %** de l'apport énergétique total
  - Des fibres (importantes pour la régulation du transit)
  - Calcium + Vit D: nécessitent une supplémentation en cas d'apports alimentaires insuffisants
  - Zinc, fer, sélénium, Chrome..
  - Vitamines A, E, K, B...



## **Les objectifs diététiques chez la personne âgée diabétique**

- Maintenir une ration glucidique suffisante
- Fractionner les glucides au cours de la journée
  - Respecter la capacité digestive de la personne
  - Minimiser l'hyperglycémie post-prandiale
  - Eviter les trop grandes périodes de jeun
- Ne pas limiter les apports en lipides mais veiller à leur qualité
- Respecter les goûts et la convivialité
- Pas de régime stricte (aberrant, auto-prescrit, au long court..) et sans sel

# Moyens de prévention de la dénutrition

- Menus adaptés (qualité et quantité)
- Texture adaptée (pas de régime mixé si non nécessaire)
- Goûts variés et respectant les habitudes antérieures
- Présentation agréable et colorée
- Quantités raisonnables et séparées (pas de mélanges « non reconnaissables »)

## **Buy Now to Create PDF without Trial Watermark!!**

- Alimentation plaisir plutôt que « santé »
- Relation de qualité lors des repas
- Conditionnements faciles à utiliser
- Plats chauds suffisamment chauds
- Boissons aux goûts différenciées, et adaptées
- Aider à manger dans le respect et la sécurité et éviter de déranger les personnes pendant les repas

**Created by eDocPrinter PDF Pro!!**



## **personne âgée diabétique**

- Plaisir et convivialité
- De préférence en fin de repas pour éviter l'hyperglycémie
- Apports nutritionnels intéressants (protéines, calories, calcium...donc enrichissement d'un repas trop léger
- Collation dans l'après-midi possible (goûter)
- Texture tendre et parfois support d'atelier d'animation

## En pratique...

- Une alimentation normale
- Pas d'excès de sucrerie et surtout de boissons sucrées en dehors des repas
- S'adapter
- à la personne :
  - habitudes, goûts,
  - état physiologique,
  - désirs...

