

Introduction

De nombreux marqueurs cliniques et/ou biologiques ont été proposés pour aider à la reconnaissance de la dénutrition protéino-énergétique, à l'évaluation de sa gravité ainsi qu'au suivi de son traitement. Il peut s'agir tout d'abord d'évaluer la prise alimentaire par l'interrogatoire qui peut permettre de rechercher l'insuffisance d'apport en regard des besoins. Les méthodes anthropométriques rassemblent des mesures telles que le poids, la taille, l'index de masse corporelle qui sont relativement faciles à effectuer. Quant aux marqueurs biochimiques leur intérêt est d'aider au dépistage de la dénutrition à un stade infra-clinique et d'évaluer l'efficacité de la renutrition. Pour tenter de remédier au manque de spécificité et de sensibilité de chaque marqueur pris isolément, des index multifactoriels ont été proposés. Certains sont destinés plus précisément à l'évaluation de la dénutrition chez les patients hospitalisés, d'autres sont plus spécifiques de la personne âgée. Ainsi, le MNA (*mini-nutritional assessment*) développé en France s'inscrit dans le cadre de l'évaluation gériatrique globale et permet d'évaluer l'état nutritionnel avant même l'apparition de signes évidents de dénutrition. Il comprend une évaluation anthropométrique (IMC, perte de poids depuis plus de trois mois), une évaluation globale, des indices diététiques, une évaluation subjective.

Les personnes âgées sont particulièrement touchées par la dénutrition en raison des modifications physiologiques (vieillesse du tube digestif, modification des métabolismes) et en raison des changements dans le statut social (isolement, baisse du pouvoir d'achat). La sensation de satiété et de faim s'estompe avec l'âge de même que les sensations gustatives. Il faut donc proposer des plats plus assaisonnés, favoriser la diversité et adapter la texture à la denture. Enfin il faut proscrire tout régime restrictif au-delà de 80 ans. La dénutrition protéino-énergétique touche 3 % à 4 % des sujets âgés vivant à domicile et plus de 50 % des patients âgés hospitalisés. Les enquêtes alimentaires montrent que 12 % des hommes et 30 % des femmes de plus de 65 ans consomment moins de 1 500 calories, ce qui ne couvre ni les besoins énergétiques ni leurs besoins en micronutriments. D'après l'étude MIN-VIT-AOX, 76 % des personnes âgées vivant en institution auraient une déficience en au moins deux micronutriments (vitamine C, sélénium, cuivre). Il est cependant difficile d'évaluer les besoins réels en vitamines du sujet âgé.

En dehors de situations pathologiques précises, il semble difficile de préciser la prévalence de la dénutrition chez l'enfant. Certains rapports relèvent, comme celui de l'Inspection générale de l'Éducation nationale (IGEN), une chute de la fréquentation des cantines dans les lycées et les collèges en raison de l'augmentation de la précarité. Il apparaît urgent d'évaluer de façon rigoureuse l'impact de la précarité sur l'état nutritionnel de l'enfant.

À l'adolescence, les troubles des conduites alimentaires, l'anorexie mentale et à un degré moindre la boulimie représentent des causes graves de dénutrition. L'anorexie mentale est une affection à large prédominance féminine. Elle touche 1,5 % des adolescentes et peut avoir des conséquences sur la fertilité et entraîner un risque d'ostéoporose. Elle est également associée à un taux élevé de mortalité (7 % à 10 %) par dénutrition ou par suicide.

La dénutrition est fréquente chez tout sujet hospitalisé quel que soit son âge et la pathologie en jeu. En France, la prévalence de la dénutrition est estimée entre 30 % et 50 % chez les patients hospitalisés. Ces mêmes données sont retrouvées dans les études nord-américaines. La dénutrition peut avoir des conséquences importantes en termes de santé publique (temps d'hospitalisation plus long, complications). Des estimations des coûts supplémentaires causés par les conséquences d'une dénutrition ont été effectuées en particulier aux Etats-Unis. Le coût de l'hospitalisation est multiplié par quatre pour un patient dénutri présentant de ce fait une complication.

Dans certaines circonstances pathologiques, la dénutrition est présente avec différents degrés de gravité. Les situations les plus graves concernent les patients dits « agressés » comme lors d'un état important de brûlures, un sepsis, un traumatisme chirurgical. Toute agression entraîne une réponse métabolique caractérisée par une augmentation de la dépense énergétique, une mobilisation intense des réserves, une hyperglycémie avec insulino-résistance et une réorientation des synthèses protéiques. L'augmentation de la dépense énergétique est une conséquence de l'élévation de la température, de la vigilance, du tonus musculaire, de l'hyperkinésie. Dans d'autres pathologies, les sujets sont également à risque de dénutrition : malades atteints de malabsorptions digestives, d'amputation du grêle ; insuffisants respiratoires, cardiaques sévères, dialysés chroniques ; malades infectés sévères (sida, tuberculose) ; patients atteints de maladies inflammatoires chroniques (Crohn), mucoviscidose, cancers.

La dénutrition est une conséquence très fréquente de la cirrhose alcoolique, elle est considérée comme un facteur de mauvais pronostic. Selon certaines études, la dénutrition peut être observée chez 30 % des malades. Elle semble s'accompagner de diverses carences dont il est important de tenir compte de manière précoce pour éviter des désordres neurologiques irréversibles.

Selon différents travaux et enquêtes nutritionnels, environ 30 % des malades hémodialysés en France présentent des signes de dénutrition plus ou moins sévères. Des stratégies de soins permettent soit de prévenir la dénutrition soit de la corriger par l'apport de traitements nutritionnels actifs au cours des dialyses. Des conseils et un suivi nutritionnel chez les patients qui débutent une insuffisance rénale peuvent permettre d'éviter un état de dénutrition par réduction spontanée de la consommation de protéines. Pendant la période de dialyse le suivi nutritionnel est très important pour adapter le régime alimentaire à l'état du patient.

La dénutrition est observée chez 20 % à 60 % des insuffisants respiratoires chez lesquels elle aggrave les troubles ventilatoires par diminution des performances des muscles respiratoires et diminue la survie de patients. La dénutrition augmente également l'incidence et la gravité des infections bronchopulmonaires et des infections nosocomiales. Cependant, une surcharge calorique peut aggraver les troubles ventilatoires.

En cas de dénutrition, la prescription de compléments doit être réservée à des indications précises évaluées par le médecin et ne doit pas se substituer à une alimentation normale. Certaines pathologies sont de fait prises en charge par l'assurance maladie en ce qui concerne la supplémentation nutritionnelle. Pour augmenter les apports en protéines, les médecins et les diététiciens ont à leur disposition des compléments diététiques oraux liquides ou semi-liquides. Le recours à l'alimentation entérale ne peut être envisagé qu'en cas d'apport impossible ou insuffisant par voie orale. Les comités de liaison alimentation-nutrition (CLAN) sont destinés à coordonner l'action de tous les intervenants du pôle alimentation nutrition et à assurer le suivi des actions entreprises à l'hôpital. Il conviendrait que cette prise en charge puisse se poursuivre lorsque le patient est de retour à son domicile. Il est également essentiel que la dénutrition puisse être mieux diagnostiquée au stade infraclinique en pratique de ville et fasse l'objet d'une prévention par un suivi des groupes à risque.