

**LES DENUTRITIONS CHRONIQUES  
DU SUJET AGE**

**J.C. LODS : La Provence Médicale – N°1 – 1983 : 21-31.**

LE G.R.E.N.A.N.

Le G.R.E.N.A.N. (Groupement de Recherches et d'Etudes Niçois sur l'Alimentation et la Nutrition) est une association loi 1901 qui est née en raison des besoins de recherches actuellement considérables sur les problèmes de la nutrition particulièrement chez les gens âgés porteurs très volontiers de dénutritions chroniques, chez les sujets qui ont une maladie qui détermine des besoins caloriques élevés (cancer, leucémie, malades sous chimiothérapie etc.).

Ce groupe de recherches a donc un travail considérable ; il est heureusement alimenté par une équipe très dévouée et son siège est situé au C.H.R. de NICE, à l'HOPITAL ANNEXE DE CANTARON, chemin de la Lauvette, 06730 SAINT-ANDRE-DE-NICE.

Toute aide et toute collaboration sur ces problèmes majeurs nous seront des plus utiles.

Nous tenons à remercier Les NOUVELLES EDITIONS MEDICALES FRANÇAISES et LA PROVENCE MEDICALE (cahiers de Médecine Méditerranéenne) de bien vouloir nous permettre de communiquer nos travaux sur la nutrition et les dénutritions et sur les corrections des carences.

## LES DENUTRITIONS CHRONIQUES DU SUJET AGE\*

J.C. LODS\*\*

Les dénutritions chroniques des sujets âgés sont mal connues alors qu'elles posent un problème quotidien et ce, aussi bien en pratique de ville qu'en médecine hospitalière.

Leurs conséquences sur les plans humain, social et économique sont des plus importantes et pourtant, elles sont négligées.

La majorité des sujets âgés hospitalisés sont porteurs de dénutrition chronique ; le motif de l'hospitalisation permet de distinguer deux cas :

— soit l'hospitalisation est secondaire à une infection, à un traumatisme, parfois à une fracture et en quelques jours, en raison de la dénutrition chronique souvent inapparente, ces sujets qui étaient en équilibre nutritionnel instable, se transforment de valides autonomes, indépendants, en patients dépendants voire grabataires.

— soit l'hospitalisation est liée à l'apparition progressive et à l'aggravation inexorable de délabrements physique et psychique secondaires à l'accumulation lente de multiples carences qui vont majorer considérablement les effets physiologiques du vieillissement.

### Notre plan sera le suivant :

Nous étudierons successivement la fréquence, les causes et les conséquences métaboliques et cliniques des dénutritions chroniques avant d'étudier les processus d'estimations qui devraient être faits chez

\* Conférence faite le 21 décembre 1982 à Nice.

\*\* Médecin des Hôpitaux — Chef de service, Président du Groupement des Recherches et d'Etudes Niçois sur l'Alimentation et la Nutrition.

tous les patients âgés même en apparence bonne santé car c'est à ce stade que les déséquilibres et les carences devraient être corrigées.

Puis nous envisagerons le rôle de la cause de l'hospitalisation sur la dénutrition, la conduite à tenir au début qui sera variable selon les cas, enfin, la conduite à tenir secondairement.

## LA FREQUENCE

La fréquence des cas de dénutrition chronique est très élevée, variable selon les villes : entre 40 et 50 %, mais dans les régions comme les Alpes Maritimes, par exemple : à Nice, le chiffre oscille aux alentours de 55 à 60 % des sujets de plus de 70 ans hospitalisés.

Lors de l'hospitalisation certes il est indispensable de traiter la cause médicale ou chirurgicale, motif de l'hospitalisation, mais il faudrait conjointement, préciser l'importance de la dénutrition, car si parfois celle-ci est évidente, le plus souvent elle doit être recherchée ; en effet, comme nous le verrons, il y a des obèses porteurs de dénitritions sévères.

L'importance, pour le devenir du malade, de la recherche et de la correction de la dénutrition est considérable et elle doit se faire dès le premier jour de l'admission. Malheureusement, le plus souvent, il n'en est rien.

## LES CAUSES DES DENUTRITIONS CHRONIQUES

Elles sont multiples et en principe connues.

Cependant, il n'est que des cas particuliers et il importe donc de préciser les intrications dans chaque cas.

**a) Mastication défectueuse en raison de problèmes dentaires,**

**b) Dénaturation du goût et souvent hyposiallorrhée,**

**c) Transit intestinal défectueux lié à des troubles carentiels chroniques ; ces troubles du transit souvent mal corrigés par le patient, peuvent**

déterminer selon les « modes », une sélection alimentaire qui est toujours néfaste ; parfois cela détermine l'utilisation de laxatifs ou d'herbes laxatives qui entraînent volontiers une hyper-sécrétion de la muqueuse intestinale et cliniquement l'émission de selles liquides que le sujet interprète comme une diarrhée d'où, prise de médicaments destinées à lutter contre la diarrhée alors qu'en fait, il s'agit d'une fausse diarrhée de constipés.

Tous ces troubles et ces erreurs entraînent un inconfort digestif avec des ballonnements et des douleurs abdominales.

**d) Psychiques :** L'isolement et la solitude font que le repas n'est plus une joie, n'est plus un rite, n'est plus un plaisir ; il n'est que fatigue, obligation et alors, soit le même plat est consommé plusieurs jours de suite, soit la composition de l'alimentation se déséquilibre progressivement, les mets sucrés prennent l'avantage car plus faciles à préparer. En fait, il y a peu de couples de dénutris.

Les dénutris chroniques sont le plus souvent des gens seuls, isolés depuis quelques années, en effet, le vieux célibataire a ses habitudes, ses joies, ses rites, ses traditions et il maintient plus volontiers une alimentation équilibrée.

De plus, très souvent et avec trop de légèreté, on conseille, ou les malades croient eux-même, qu'il est utile d'avoir un régime. Lequel « régime » n'est pas valable pour tous et, l'utilisation abusive de régimes sans sel a diminué considérablement la joie et le plaisir de l'alimentation pour les gens âgés, alors que ce régime et le plus souvent totalement inutile.

e) Paradoxalement, les **causes économiques** sont peu importantes avec cependant une nuance : elles n'interviennent, d'après notre expérience, que chez des sujets âgés où il y a eu brusquement une rupture des ressources économiques dont les conséquences sur la gestion du budget et surtout sur le psychisme sont alors des plus importantes.

Par contre, des gens extrêmement modestes, habitués à une alimentation essentiellement végétale en utilisant les protéines végétales, restent en parfaite santé et parfaitement équilibrés car il ne faut pas oublier que le rat, qui a un régime pauvre en protides meurt beaucoup plus tardivement que le rat qui a un régime hyper-protidique ; il en est de même chez l'homme.

## CONSEQUENCES :

Dans ce chapitre nous séparerons deux paragraphes :

- A) les conséquences métaboliques,
- B) les conséquences cliniques.

### A) Conséquences métaboliques

Les conséquences de la dénutrition chronique sont proches de celles du jeûne, c'est-à-dire qu'il apparaît des modifications dans l'utilisation des réserves de l'organisme, modifications qui sont variables selon chaque malade.

Le cerveau cesse d'être gluco-dépendant, il acquiert la capacité d'utiliser des corps cétoniques dérivés de l'oxydation des acides gras par le foie, ce qui a pour conséquence bénéfique de réduire la néoglycogénèse d'origine protidique.

L'hydrolyse des protéines est progressive et douce. L'organisme s'adapte, par le catabolisme des graisses endogènes qui deviennent la principale source d'énergie tissulaire à la situation de carence ; d'autant que lors des dénitritions chroniques, et ce, contrairement au jeûne, il persiste un apport glucidique qui facilite cette épargne, laquelle évite un catabolisme protidique qui rapidement excessif serait incompatible avec le maintien des fonctions vitales.

Dans les dénitritions chroniques le bilan azoté se modifie considérablement de façon assez voisine de ce que l'on observe dans le jeûne.

Si dans le jeûne, au début, les pertes d'azote (N) sont de 8 à 10 g par jour, elles diminuent ensuite pour atteindre 2 à 3 g d'N par jour ; dans les dénitritions chroniques des sujets âgés, c'est progressivement que les pertes de N diminuent pour atteindre 2 à 3 g. Mais ces pertes de N sont difficiles à chiffrer pour des raisons que nous envisagerons.

Il apparaît une augmentation du capital sodé de l'organisme due à l'augmentation du Sodium (NA) intracellulaire et une baisse du NA extracellulaire.

Cette augmentation détermine une rétention hydrosodée : le poids diminue peu, si bien que lorsque l'on corrigera, comme nous le verrons, la dénutrition, il est fréquent lors des premiers jours, d'assister à une baisse de la courbe pondérale qu'il faut savoir interpréter.

Une autre conséquence, des plus graves, car parfaitement latente de la dénutrition chronique, est la baisse des possibilités des réponses immunitaires du sujet ; c'est-à-dire une diminution, voire un effondrement, des possibilités de défense de l'organisme.

Cette incapacité ne se démasquera, si elle n'est pas recherchée, que lors d'une agression, quelle soit infectieuse ou chirurgicale mais alors, souvent, il sera trop tard.

Ce déficit immunitaire associé aux conséquences des carences sur lesquelles nous reviendrons, réduit considérablement les possibilités de défense de l'organisme à une agression.

### B) Les conséquences cliniques :

Le sujet semble aller bien, progressivement il baisse, trop souvent le vieillissement est incriminé, le déséquilibre nutritionnel est masqué : l'aspect extérieur ne se modifie que très lentement en raison de la rétention hydrosodée qui évolue parallèlement à la dénutrition. Cette dénutrition détermine une asthénie qui fait éviter la fatigue de la constitution des repas et pousse inexorablement à la facilité par la prise d'aliments monotones d'où un apport alimentaire déséquilibré. Il apparaît secondairement une anoxerie, des pesanteurs épigastriques, des troubles du transit intestinal secondaires à la baisse d'apport des éléments essentiels au fonctionnement de l'appareil digestif, notamment, diminution des apports hydriques et de la consommation de fibres céréalières et végétales.

Un cercle vicieux est amorcé. La carence détermine une anémie qui ne fait que majorer l'asthénie avec troubles de la motricité et apparition de troubles psychiques qui ne font qu'aggraver l'état du patient.

Dans la majorité des cas à ce stade, tous les troubles peuvent être corrigés rapidement ; c'est à ce moment qu'il faudrait préciser l'importance, le type, la qualité de la dénutrition, l'importance, la spécificité des carences car trop souvent, on parle d'une insuffisance vasculaire cérébrale qui dans les 9/10<sup>e</sup> des cas n'est qu'un mythe et non une réalité ; il faut et il faudrait parler d'insuffisance cérébrale d'origine nutritionnelle et les corriger, tous ces troubles secondaires des anomalies de la nutrition chez les sujets âgés sont parfaitement réversibles.

C'est à ce moment que le médecin traitant doit faire le bilan nutritionnel indispensable.

## ESTIMATION DE L'ETAT NUTRITIONNEL :

Tout praticien, devant tout sujet âgé, devrait faire cette estimation avant que ne surviennent les causes qui vont déterminer l'hospitalisation et qui vont modifier considérablement les conduites à tenir comme nous le verrons.

Il est peu de critères uniques infaillibles et c'est en fait leur association qui permettent de préciser l'état exact de la nutrition d'un sujet âgé.

### Le poids :

Le poids est critiquable, il faut si possible préciser l'évolution de la courbe pondérale sur les cinq dernières années au moins en se rappelant qu'une dénutrition chronique détermine une rétention hydrosodée donc, le poids peut paraître à peu près stable alors que les réserves protidiques et lipidiques diminuent.

C'est dire l'intérêt des *mesures anthropométriques*. Celles-ci permettent de préciser l'importance des compartiments des réserves protidiques et lipidiques ; ce sont de bons critères.

### 1) Compartiment lipidique :

a) Epaisseur cutanée tricipitale (E.C.T.) : mesurée à l'aide de l'adipomètre la mesure s'effectue à mi-distance entre l'acromion et l'olécrane : H : 12,5 mm — F : 16,5 mm —

b) Pli abdominal : s'il est inférieur à 1 cm, il existe une urgence nutritionnelle chez les gens âgés.

### 2) Compartiment protidique :

#### A) Protéines musculaires :

a) Mesure de la masse musculaire par le périmètre brachial (P.B.) qui fournit la mesure du périmètre musculaire par l'équation suivante : Périmètre musculaire = P.B. — (E.C.T. × 3,14)  
Normal : H : 25,3 cm — F : 23,2 cm.

#### b) La créatinine urinaire :

Le seul précurseur de la créatinine est la créatine musculaire, aussi, théoriquement, la créatinurie permet d'évaluer la masse musculaire mais chez le sujet âgé, il n'en est pas de même. La clearance à la

créatinine est toujours perturbée, les chiffres ont donc peu de valeur si bien que le taux de créatinine sérique est d'interprétation discutable, sauf lorsqu'il est effondré, montrant alors une fonte musculaire massive.

De toute façon, les chiffres ne sont pas comparables d'un sujet à l'autre ; la créatinine urinaire doit également être interprétée avec prudence en raison de l'insuffisance rénale.

#### B) Protéines viscérales

Leurs dosages ont beaucoup plus de valeur :

- dosage de la transferrine.
- dosage de l'albumine sérique.

Il est classique de dire que les chiffres sont parfois normaux tant que la dénutrition est compensée or, le plus souvent d'après notre expérience, chez les sujets âgés ils sont abaissés ce qui impose d'urgence des mesures nutritionnelles.

#### C) Défenses immunitaires :

Certes il est des interférences, d'une part avec les états pathologiques qui déterminent l'hospitalisation et d'autre part, avec les thérapeutiques administrées. C'est une des raisons pour lesquelles nous les envisageons maintenant dans le bilan idéal de la nutrition fait par le praticien chez le sujet âgé de la même manière que l'accident soit survenu. C'est à ce moment qu'il est intéressant de faire des explorations par des Multitests pour préciser les possibilités de défense ; il y a peu de réactions ou aucune. De plus, le taux de lymphocytes est abaissé, tout cela témoigne d'un haut risque à la moindre infection, au moindre acte chirurgical.

### Dépistage des carences :

Les carences dans les dénitritions chroniques sont multiples, il est essentiel de les dépister et de les corriger mais elles sont certainement complexes et mal connues et nous n'envisagerons ici que nos certitudes en tentant de préciser les stigmates carenciels simples à évaluer.

### L'anémie :

L'anémie est le premier signe biologique de la dénutrition.

Elle relève de plusieurs processus ; nous envisagerons ici les trois principaux :

a) Baisse des besoins en O<sub>2</sub> de l'organisme secondaire à la dénutrition, cette baisse réduit la stimulation médullaire par l'érythropoïétine d'où diminution progressive du taux de l'hémoglobine et apparition d'une anémie hypochrome.

b) Carence en acide folique : elle est extrêmement fréquente et l'acide folique est indispensable à l'activité de l'ADN si bien que les noyaux cellulaires ne peuvent se diviser ; il apparaît par conséquent une anémie macrocytaire et hyperchrome. Mais en fait, cette carence a des conséquences multiples :

— l'inefficacité de l'ADN empêche toute cellule de se diviser donc : retard de cicatrisation ; il apparaît dans les carences en acide folique une altération de la muqueuse de l'intestin grêle qui peut déterminer une mal absorption. De plus, comme il a été démontré récemment, les pouvoirs phagocytaires des polynucléaires neutrophiles sont diminués donc cette carence va favoriser les infections et très souvent, comme nous l'avons remarqué dans le service, la carence en acide folique détermine des troubles psychiques de type très variable : il peut s'agir de délire, de confusion onirique, de confusion mentale, de dépression mélancolique légèrement atypique. C'est dire d'emblée l'importance de déceler cette carence qui parfois peut être évoquée devant l'anémie hyperchrome et macrocytaire mais il ne faut pas compter sur cet élément d'orientation de la numération comme nous le verrons.

c) Carence de fer d'où anémie hypochrome avec baisse du taux de fer sérique et augmentation de la sidérophiline mais cette augmentation n'est que relative en raison du trouble de métabolisme des protéines.

En fait, l'association des trois facteurs est des plus fréquentes pour ne pas dire habituelles, si bien que l'anémie sera soit normochrome soit hypochrome soit hyperchrome sans que cela n'est une valeur d'orientation : une carence peut en cacher une autre d'où l'intérêt de faire systématiquement les dosages des folates, du fer sérique et de la sidérophiline.

#### **L'hyponatrémie :**

L'hyponatrémie est fréquente dans les dénutritons sévères parfois elle ne peut se démasquer que

secondairement lors de la reprise de l'alimentation, parfois elle est évidente.

Ses mécanismes sont complexes ; il est essentiel de les connaître afin de les corriger efficacement.

En dehors de prises abusives de diurétiques que l'interrogatoire précise plus ou moins aisément chez les sujets âgés, il existe une augmentation du sodium (NA) intracellulaire qui compense la perte du K intracellulaire.

La charge en K est inutile car le NA ne peut sortir du milieu intracellulaire en raison de l'inefficacité de l'A.T. Pase nécessaire à la pompe à NA, l'A.T. Pase ne pouvant fonctionner qu'avec du magnésium. Le déficit magnésien intracellulaire détermine donc une inefficacité de l'A.T. Pase intracellulaire d'où accumulation sans retour du NA intracellulaire et augmentation du capital sodique de l'organisme.

Par ailleurs, il apparaît une fuite du K qui ne peut entrer dans la cellule.

Tout apport de K seul est inutile. Il faut du Mg et du K afin de corriger l'hyponatrémie, en étant prudent sur les apports de NA car lorsque l'A.T. Pase redevient efficace, le NA passe dans le milieu extracellulaire et il y a risque d'hypernatrémie.

Dans les hyponatrémies sévères, on peut même utiliser le Sulfate de magnésie par voie intraveineuse dans du sérum glucosé : l'administration de Mg détermine une chute du NA et du Cl intracellulaires qui passent du secteur intra au secteur extra-cellulaire, le NA augmente dans le secteur extra-cellulaire, le K intra-cellulaire augmente, le potassium reprenant sa place normale.

Un apport potassique permet le maintien du K extra cellulaire.

#### **L'Hypocalcémie :**

Elle est habituelle car la calcémie dosée est le calcium lié aux albumines sériques, il y a donc toujours une hypocalcémie qui n'est qu'un reflet de l'hypoalbuminémie sérique. Il est préférable de ne pas tenter d'assurer sa correction au début car en effet, un apport calcique risque de déterminer une hypercalciurie.

A l'issue de cette brève schématisation il est en principe deux tableaux de dénutrition qui apparaissent mais les intrications sont très fréquentes.

### 1) le Kwashiorkor :

Celui-ci est une dénutrition protéique isolée sans déficit énergétique parfois même sans fonte musculaire ; le déficit protéique est viscéral, le poids peut-être normal, ou même élevé (nous en avons personnellement observé plusieurs chez les sujets âgés de plus de 110 Kg).

Le taux de l'albumine sérique est effondré, les défenses immunitaires sont très déficientes, le pronostic est d'après notre expérience extrêmement grave car la moindre infection est mortelle.

### 2) le Marasme :

Le marasme est une dénutrition globale protido-énergétique. Les critères de dépistage sont ceux que nous avons vus, notamment critères anthropométriques, baisse de la transferrine puis, de l'albumine sérique, anémie, hyponatrémie et carence en folates.

Les intrications entre les deux tableaux sont des plus fréquentes rendant toute schématisation délicate il n'est que des cas individuels.

Le plus souvent, et malheureusement, la dénutrition chronique ne sera décelée, encore si elle est recherchée, qu'en milieu hospitalier ; cela est des plus regrettable et a des conséquences sociales, économiques et humaines considérables. En fait, c'est au praticien devant tout sujet âgé de pratiquer un bilan nutritionnel et de corriger précocement les déséquilibres et les carences.

## L'HOSPITALISATION :

L'hospitalisation peut être : soit *secondaire à un phénomène brutal*, soit être *l'aboutissement d'une détérioration progressive*.

Nous envisagerons successivement les deux cas.

### 1) Apparition d'un phénomène brutal :

Qu'il s'agisse de fractures, d'infections, de tumeurs à opérer, les besoins caloriques augmentent brutalement atteignant facilement 3 000 à 4 000 calories.

Le pseudo-équilibre dû à la dénutrition chronique se rompt, les processus d'épargne protidique sont dépassés, les réserves glucidiques sont inexistantes, les réserves lipidiques totalement inadaptées, les besoins en folates augmentent brutalement, les syndromes carenciels se démasquent ; il apparaît une urgence nutritionnelle dramatique. Cette dénutrition chronique va être majorée du phénomène brutal qui a déterminé l'hospitalisation. Cela entraîne :

- une diminution considérable de l'efficacité des thérapeutiques médicales, notamment des antibiotiques,
- une suppression des défenses immunitaires,
- une impossibilité d'avoir un processus normal de cicatrisation notamment en raison de la carence en folates et accessoirement en vitamines du Groupe B et C,



## DOSES-O-SON n'est pas un médicament mais il est prescrit

Doses-O-Son REALDYME est une préparation diététique de SON PUR de blé, garantie exempte de pesticides et insecticides.

Il apporte 6 avantages :

- richesse en fibres alimentaires : 38,5 %,
- présentation en sachets de 2 grammes, faciles à utiliser,
- goût neutre et prise aisée, mélangé aux aliments,
- dose quotidienne faible : 2 à 4 sachets par jour,
- accoutumance sans effets secondaires,
- très faible apport calorique (6 k cal/sachet).

Réaldyme - 15 rue Agar, 75016 Paris - Tél. 524.23.27

Le psychisme, car il apparaît très volontiers des troubles en cas de carences, un de nos meilleurs critères, est la disparition de tout syndrome confusionnel chez les gens âgés lors des renutritions.

Biologiquement, de bons stigmates sont : la transferrine, la correction lente de l'anémie, l'urée sanguine et l'urée urinaire peuvent aider à la surveillance, mais il faut tenir compte de l'insuffisance rénale latente et des modifications de la clearance de la créatinine habituelle à cet âge.

Dès que la phase aiguë est franchie, plus ou moins facilement, car si les carences ont pu commencer à avoir un début de correction, les besoins caloriques n'ont pu être compensés tout au moins au début, en effet, rappelons qu'il leur faut de 4 000 à 6 000 calories, ce n'est que secondairement que l'on arrivera à compenser cette importante déperdition.

### **CONDUITE A TENIR LORS DES HOSPITALISATIONS SANS CAUSE BRUTALE :**

Dans ces cas là, il n'y a pas d'élévation brusque des besoins caloriques.

La dénutrition peut-être : soit de *type marasme*, soit de *type kwashiorkor*.

Les examens cliniques et anthropométriques sont primordiaux et il existe en plus de la dénutrition chronique une déshydratation avec souvent, une hyperhydratation intra-cellulaire. C'est dire que les examens de laboratoires sont difficiles à interpréter durant les premiers jours, il faut s'occuper d'urgence de la nutrition du sujet.

La voie entérale est toujours préférable, associée à une mobilisation passive et dès que possible active ; au début, il faut un apport hydrique d'environ 2 litres mais l'apport calorique sera limité dans les 800 calories avec une augmentation progressive de 200 calories tous les deux jours jusqu'à obtenir un taux de 2 500 calories par jour, ce, chez les sujets indemnes de toute infection. Les carences seront précisées et corrigées par des apports adaptés en oligo-éléments ; en Acide Folique, Vitamines, Fer, Magnésium et parfois Sodium avec prudence, sans oublier que les besoins en potassium sont élevés afin de permettre un anabolisme efficace.

Lors de la nutrition, il peut apparaître une petite diarrhée. Pour cela, il est facile d'utiliser des thérapeutiques symptomatiques dénuées totalement d'effets secondaires comme l'Imodium.

Il peut être utile d'utiliser des thérapeutiques à visée neuropsychiatrique lors de la reprise de l'alimentation orale car, d'une part, la dénutrition a altéré les possibilités d'action de neuro transmetteurs cérébraux déjà diminuées chez les sujets âgés, et d'autre part, il existe souvent une tendance dépressive.

On a toujours intérêt au début à utiliser une alimentation par nutripompe ou par sonde, dès que possible associée à cette alimentation, la prise de repas en faisant les calculs de calories nécessaires.

### **Il est des cas particuliers :**

Ces cas interfèrent avec les précédents.

#### *La présence d'escarre :*

Elle détermine toujours une perte de N difficilement appréciable et ces escarrhes ne peuvent cicatriser qu'avec des apports caloriques très élevés : au dessus de 4 000 calories, avec un apport azoté également important.

#### *Les troubles de la glycorégulation :*

L'insuline, qu'elle soit endogène ou exogène est peu active chez les sujets dénutris. Or, lors de la renutrition, elle redevient efficace. Les dénutris chroniques ont donc une intolérance aux hydrates de carbone et trop souvent, ils sont qualifiés de diabétiques en raison d'une hyperglycémie et ils sont traités comme tels ; dès qu'apparaît une correction, même débutante de la dénutrition, il survient une reprise de l'activité de l'insuline ou de la reprise de l'efficacité des récepteurs insuliques, associés à la baisse de la sécrétion du glucagon et à ce moment-là, il apparaît des accidents d'hypoglycémie.

Il faut le savoir et chez ces malades, nous n'utilisons jamais d'insuline, ni d'anti-diabétiques oraux mais uniquement des fibres céréalières sans glucose lors des repas, nous prescrivons du Dos O Son Realdynme : ce produit ralentit l'absorption glucidique et évite les à-coups de sécrétion insulique et les variations brutales de la glycémie.

## CONDUITE A TENIR SECONDAIREMENT

La conduite à tenir est identique quelle que soit la cause de l'hospitalisation ; lorsque la dénutrition chronique se corrige, c'est-à-dire, après malheureusement des semaines et un temps qui sera d'autant plus long que la correction de la dénutrition a été plus lente à apparaître lors de l'hospitalisation du sujet, il apparaît une reprise de l'appétit très importante, une réapparition de l'activité, une amélioration de la conscience. Il faut à ce stade maintenir un apport calorique très élevé en augmentant l'alimentation avec prises régulières soit de produits diététiques, ce qui est préférable, soit de collations entre les repas.

La prise de poids est lente à apparaître et ne survient que lorsque tous les foyers infectieux, les escarrhes ont disparu.

Les besoins en protides des sujets âgés sont élevés, souvent supérieurs à 2 g/kg. Il est facile en pratique quotidienne hospitalière d'assurer un apport riche en protides de façon économique en utilisant, comme nous le faisons dans le service, des farines de Soja déshuilées qui contiennent de 50 à 55 % de Protéines, de 34 à 36 % de glucides et moins de 1 % de lipides. Ces produits mélangés aux aliments lors des repas dans une proportion de 17 % de Soja afin de ne pas modifier le goût de l'aliment sont parfaitement acceptés et cet apport protéique économique permet de pouvoir augmenter les apports glucidiques souvent bien mieux acceptés psychologiquement par les sujets âgés.

## CONCLUSION :

Les dénitritions des sujets âgés sont très fréquentes et trop souvent négligées. Il importe dans

chaque cas particulier de préciser l'importance, le type des multiples carences qui s'intriquent et de les corriger.

Cela devrait se faire systématiquement au niveau du médecin praticien lorsque des sujets de plus de 70 ans consultent et ce quelque soit leur état de santé apparent. C'est à ce stade qu'il faut être efficace.

Mais le plus souvent, la cure de la dénutrition se fait chez les malades âgés hospitalisés et malheureusement non pas dès les premiers jours de l'hospitalisation, où l'on ne traite que la cause médicale ou chirurgicale sans s'apercevoir que le traitement de la dénutrition est essentiel afin que les thérapeutiques soient efficaces.

Cette évaluation nutritionnelle, cette correction des besoins alimentaires des sujets permettraient d'éviter des décompensations dont les conséquences physiques, psychiques, sociales et économiques sont considérables.

---

### CONSEILS POUR LE PRATICIEN (Note du Comité de Rédaction) :

Les produits les plus aisément maniables sont en pratique de ville :

- I — Dose O Son Realdyme,
  
- II — Nutrigil
  - Renutryl 500,
  - Shak,
  - Shak 560,
  - Realmentyl,
  - Flexinutryl

Tous ces produits peuvent être enrichis avec Alburone ou Prottil.

---

