Critères HAS 2021 de dénutrition du sujet âgé de 70 ans et plus

Quelles nouveautés?

Clément LAHAYE
CHU Clermont-Ferrand
clahaye@chu-clermontferrand.fr

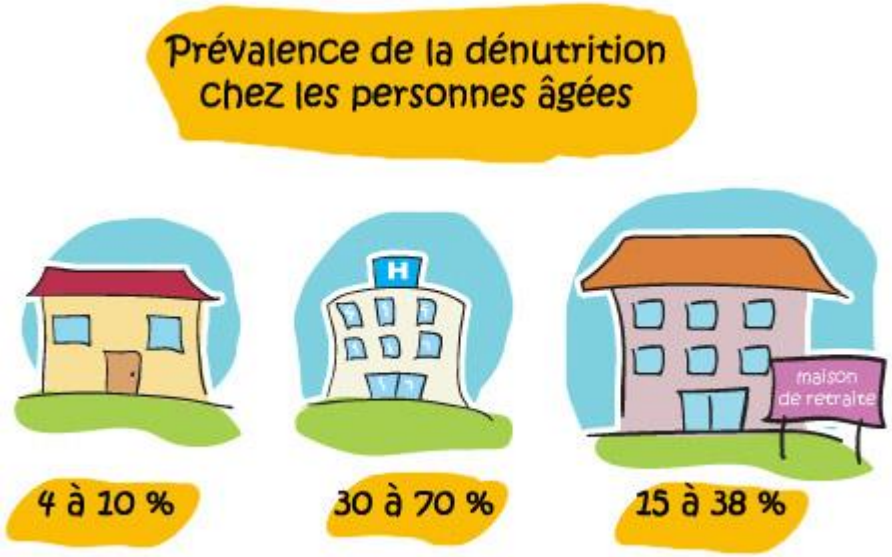




Conflits d'intérêt

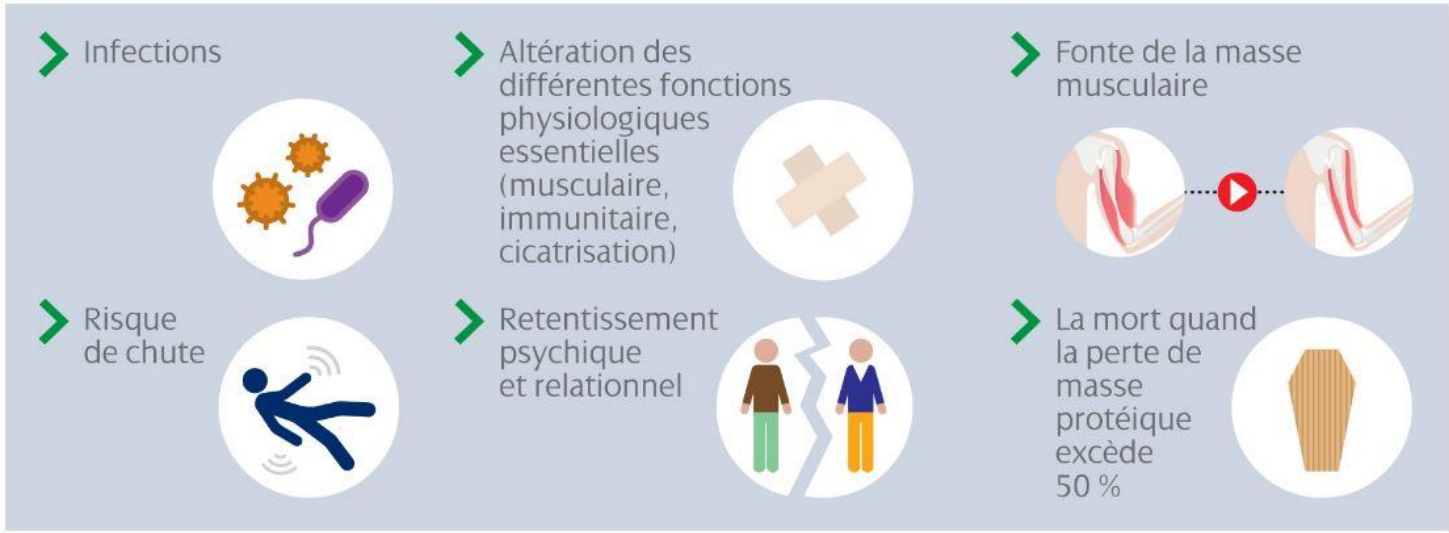
Chargé de mission HAS pour la rédaction des critères 2020-21

Dénutrition et santé publique









Il était une fois en 2007 ….

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

Stratégie de prise en charge
en cas de dénutrition protéino-énergétique
chez la personne âgée

RECOMMANDATIONS

Avril 2007

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE DÉNUTRITION

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

Dénutrition	Dénutrition sévère
• **Perte de poids :** ≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 10 % en 6 mois • **Indice de masse corporelle :** IMC < 21 • **Albuminémie** [1] < 35 g/l • **MNA global** < 17	• **Perte de poids :** ≥ 10 % en 1 mois ou ≥ 15 % en 6 mois • **IMC** < 18 • **Albuminémie** < 30 g/l

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

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

Global Leadership Initiative on Malnutrition GLIM 2018

- **Critère phénotypique** + Critère étiologique

- Perte de poids > 5% en 6 mois ou > 10% au-delà
- IMC < 22
- Réduction de la MASSE musculaire selon des méthodes validées

- Réduction des prises alimentaires
- Maldigestion / malabsorption
- Pathologie ou état inflammatoire

- Sévérité ?



- Perte de poids > 10% en 6 mois ou > 20% au-delà
- IMC < 20

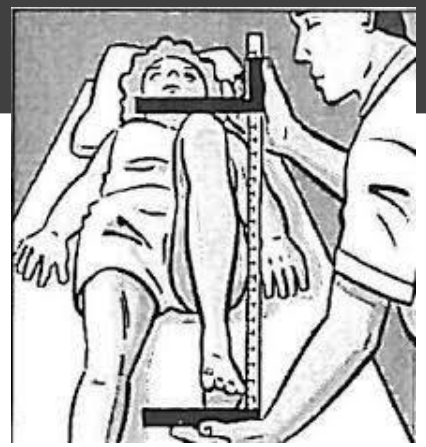
- Pas de critère biologique

Recommandations HAS 2021
Définition

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

- Etat d'un organisme en **déséquilibre nutritionnel**
- caractérisé par un **bilan énergétique et/ou protéique négatif**
- conduisant à
  - des **effets délétères** sur les tissus avec des changements mesurables des fonctions corporelles et/ou de la composition corporelle,
  - associés à une **aggravation du pronostic des maladies**, à une **diminution de la qualité de vie**
  - et, plus particulièrement chez les personnes âgées, à une **augmentation du risque de dépendance**
- **Diagnostic = 1 critère phénotypique + 1 critère étiologique**

Critères phénotypiques



Les critères phénotypiques sont les suivants (1 seul critère suffit) :

- perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ou ≥ 10 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;
- IMC < 22 kg/m² ;
- sarcopénie confirmée*.

* Plusieurs définitions de la sarcopénie ont été proposées[4]. Les critères proposés sont ceux de l'EWGSOP 2 (*European Working Group on Sarcopenia in Older People 2*) de 2019[5].

Pour calculer l'IMC, le poids et la taille doivent être mesurés. La taille doit être mesurée en priorité par toise. En cas d'incapacité à tenir debout, il est recommandé d'utiliser la formule de Chumlea (taille du corps entier extrapolée à partir de la distance talon-genou).

Femme : taille (cm) = 84,88 – 0,24 x âge (années) + 1,83 x taille de la jambe (cm).

Homme : taille (cm) = 64,19 – 0,04 x âge (années) + 2,03 x taille de la jambe (cm)

Critères phénotypiques

Les critères phénotypiques sont les suivants (1 seul critère suffit) :

- perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ou ≥ 10 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;
- IMC < 22 kg/m² ;
- sarcopénie confirmée*.

* Plusieurs définitions de la sarcopénie ont été proposées[4]. Les critères proposés sont ceux de l'EWGSOP 2 (*European Working Group on Sarcopenia in Older People 2*) de 2019[5].

Consensus européen (EWGSOP 2019) définissant la sarcopénie confirmée comme l'association d'une réduction de la force et de la masse musculaire.

	Femme	Homme
Réduction de la force musculaire (au moins 1 critère)		
5 levers de chaise en secondes	> 15	
Force de préhension (dynamomètre) en kg	< 16	< 27
ET réduction de la masse musculaire (au moins 1 critère)*		
Masse musculaire appendiculaire en kg	< 15	< 20
Index de masse musculaire appendiculaire en kg/m²	< 5,5	< 7

* Les outils les plus fréquemment utilisés dans la littérature pour estimer la réduction de la masse musculaire sont la DEXA et l'impédancemétrie. D'autres techniques sont validées pour mesurer la masse musculaire (tels le scanner, l'IRM ou l'échographie musculaire), mais les seuils restent à définir dans la population âgée. Concernant l'anthropométrie, un tour de mollet < 31 cm est proposé.

Critères étiologiques

Les critères étiologiques sont les suivants (1 seul critère suffit) :

- réduction de la prise alimentaire ≥ 50 % pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport :
  - à la consommation alimentaire habituelle,
  - ou aux besoins protéino-énergétiques ;
- absorption réduite (malabsorption/maldigestion) ;
- situation pathologique (avec ou sans syndrome inflammatoire) :
  - pathologie aiguë,
  - ou pathologie chronique,
  - ou pathologie maligne évolutive.

Critères étiologiques

Les critères étiologiques sont les suivants (1 seul critère suffit) :

- réduction de la prise alimentaire ≥ 50 % pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport :
  - à la consommation alimentaire habituelle,
  - ou aux besoins protéino-énergétiques ;
- absorption réduite (malabsorption/maldigestion) ;
- situation pathologique (avec ou sans syndrome inflammatoire) :
  - pathologie aiguë,
  - ou pathologie chronique,
  - ou pathologie maligne évolutive.

Si, au cours du suivi, il y a une disparition du critère étiologique (reprise de l'alimentation, guérison d'une maladie), le diagnostic de dénutrition persiste tant que persiste le critère phénotypique.

Diagnostic de sévérité

Une fois le diagnostic posé

≥ 1 critère phénotypique	≥ 1 critère étiologique	Sévérité
Perte de poids : – ≥ 5 % en 1 mois – ou ≥ 10 % en 6 mois – ou ≥ 10 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie	Réduction de la prise alimentaire ≥ 50 % pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport : – à la consommation alimentaire habituelle – ou aux besoins protéino-énergétiques	Perte de poids : – ≥ 10 % en 1 mois – ou ≥ 15 % en 6 mois – ou ≥ 15 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie
IMC < 22 kg/m²	Absorption réduite (malabsorption/maldigestion)	IMC < 20 kg/m²
Sarcopénie confirmée	Situation d'agression (avec ou sans syndrome inflammatoire) : – pathologie aiguë – ou pathologie chronique – ou pathologie maligne évolutive	Albuminémie ≤ 30 g/L

Mini Nutritional Assessment

Pas pour le diagnostic

- **MNA = questionnaire 18 items (MNA-SF 6 items)**
  - Des critères phénotypiques ≠ des critères diagnostiques
  - Des situations fréquemment associées à la dénutrition (dépendance, cognition, dépression, escarre…)
  - Une évaluation des prises alimentaires et de l'appétit

Outil de dépistage du risque nutritionnel

« Screening » - GLIM 2018



Fin d'une ambiguïté

Reste un outil de dépistage



Outil très utilisé dans les études et dans certains EHPAD
> Alternatives ?

ALBUMINE

Pas pour le diagnostic

- **Hypoalbuminémie = facteur pronostique dans de nombreuses situations pathologiques**
  - Quel que soit le niveau d'inflammation +++
  - Pas forcément spécifique de l'état nutritionnel
  - Certaines formes de dénutrition ne s'accompagnent pas d'hypoalbuminémie

Critère de sévérité des pathologies et donc de la dénutrition



Fin d'une ambiguïté

Incitation à véritable évaluation nutritionnelle



Limitation des possibilités diag

Difficultés de cotation

Seuils d'IMC plus élevé

- Perte de taille → augmentation de 1-2 points d'IMC
  - 78 kg pour 1m62 -> 78 kg pour 1m56 IMC 29,7-> 32

- **Nombreuses études des nadir de mortalité entre 24 et 30 d'IMC**
- **↗ mortalité en dessous de 22**

- Alignement sur critères internationaux du GLIM

Méta analyse 32 études
197 940 personnes de 65 ans et plus, à domicile
Mortalités Suivie sur 5-12 ans

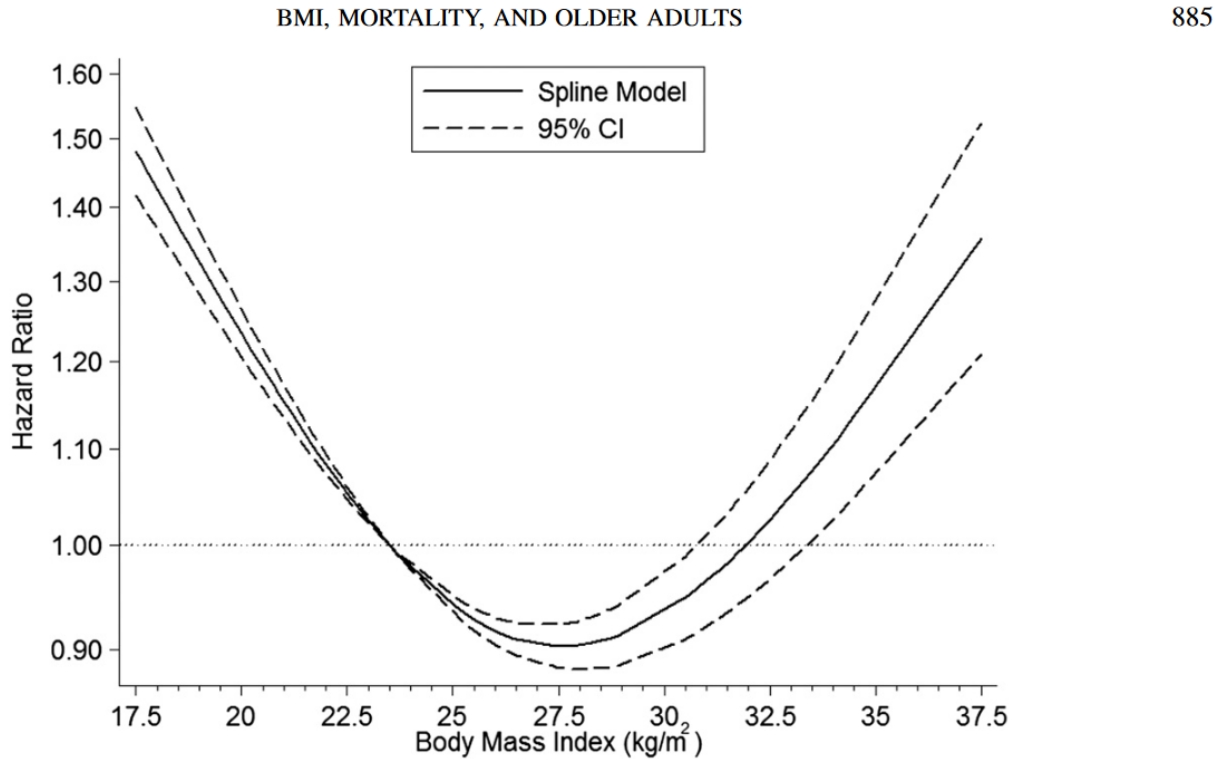
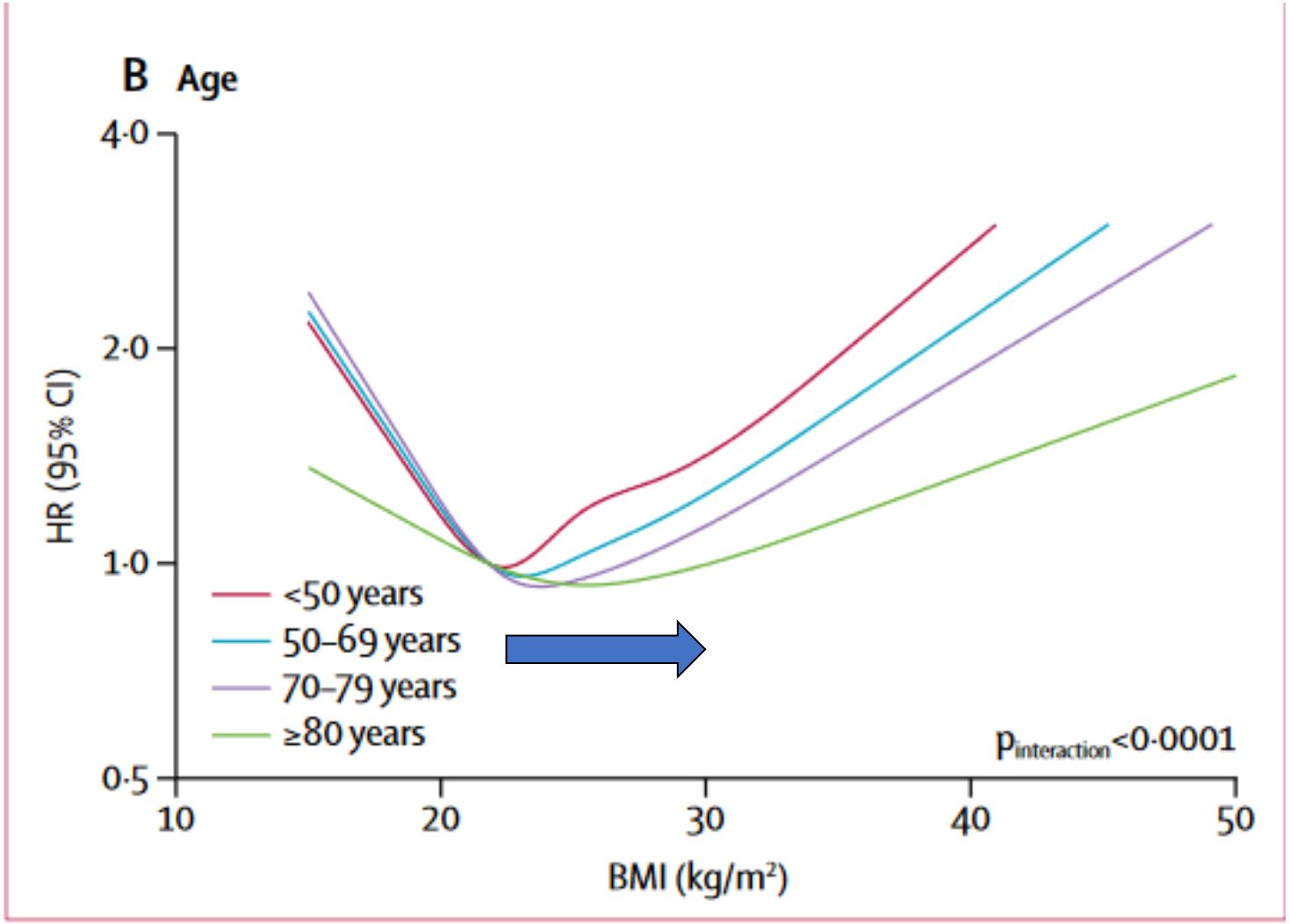


FIGURE 2. HRs (95% CIs) of all-cause mortality according to BMI for men and women aged ≥65 y. BMI was modeled with restricted cubic splines in a random-effects dose-response model. A BMI (in kg/m^2) of 23.5 (most common midpoint for the reference BMI category) was used as the reference to estimate all HRs. The vertical axis is on a log scale.

Winters et al. Am J Clin Nutr 2014;99:875–90

Seuils d'IMC plus élevé



- **Relation IMC et mortalité**
- **Etude cohorte 3,6 millions**
- **Représentatif de la population anglaise**
- **Suivi de la mortalité sur 5 ans**
- **Etude de l'âge et des pathologies**

- **Décalage de l'optimum avec l'âge**
- **A 80 ans nadir IMC 22-28**

Bhaskaran et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2018; 6: 944–53

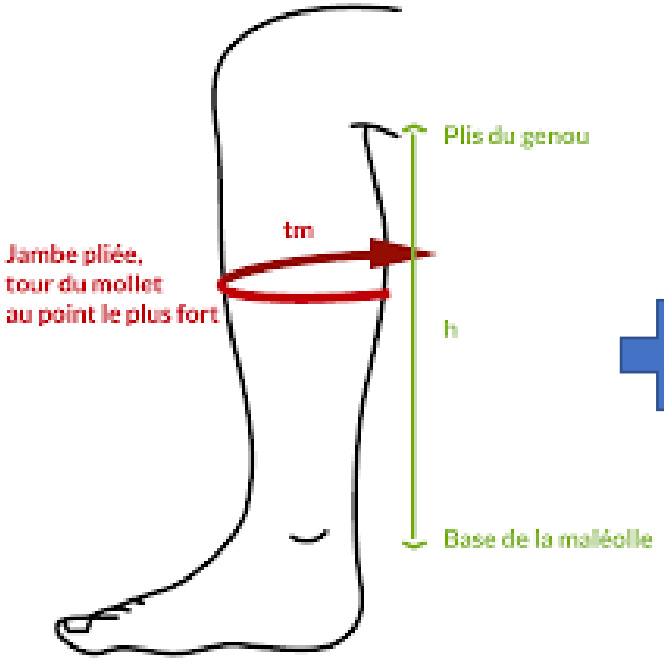
Sarcopénie « confirmée »

- ≠ HAS 2019 adulte < 70 ans
  - Baisse quantifiée de la Masse ou de la Force ou des Performances physiques

- **En accord avec consensus Européen (EWGSOP 2019)**
  - Baisse de force musculaire : Handgrip < 16 kg / < 27 kg ou 5 levers de chaise > 15 s
  - **ET** Baisse de la masse musculaire : DEXA, Impédancemétrie (scanner, echographie…)
  - sévérité si Baisse de performances physiques (vitesse de marche, TUG, SPPB)

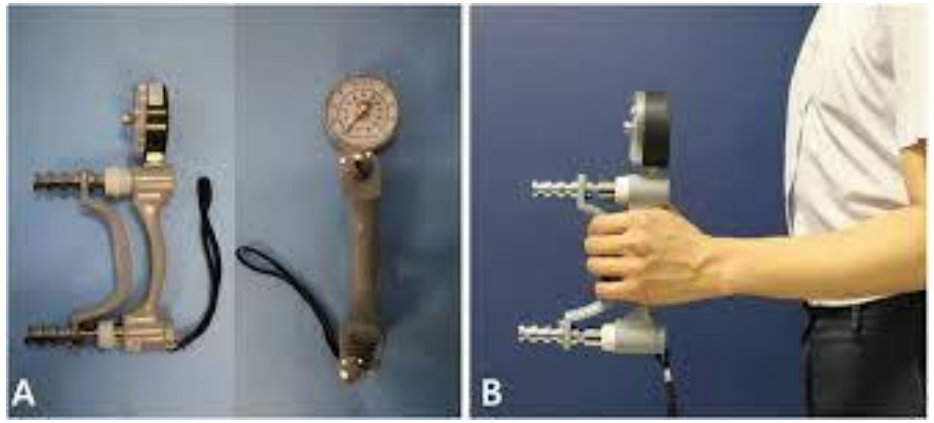
- *Nécessaire si les autres critères phénotypiques ne sont pas remplis +++*
- *Encourager l'accès et la validation de ces techniques*
- *Plus spécifique de l'état nutritionnel que chaque critères séparément chez les sujets âgés*

Sarcopénie : Tests à réaliser





OU





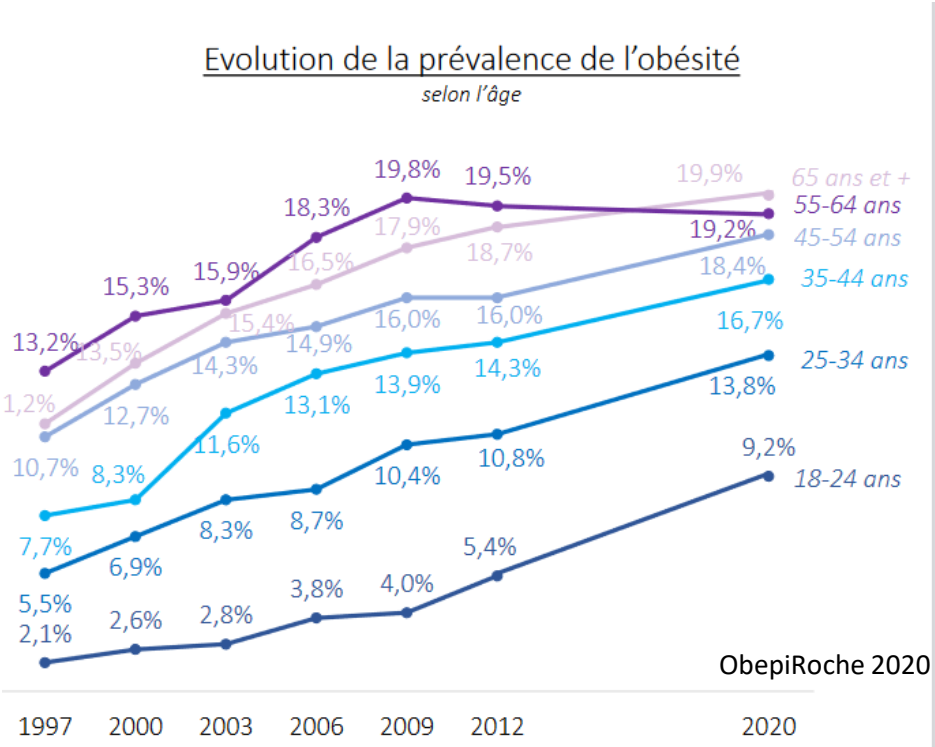
<u>Périmètre de mollet</u>
Critère de masse musculaire diminuée si < 31 cm

<u>5 Levers de chaise</u>
Diminution de force si > 15s

<u>Force de préhension</u>
Diminution de force si < 16 kg F ou < 27 kg H

Dénutrition et obésité

- Obésité = 20 % des 65 ans et plus
- Critères identiques sans l'IMC



ObepiRoche 2020

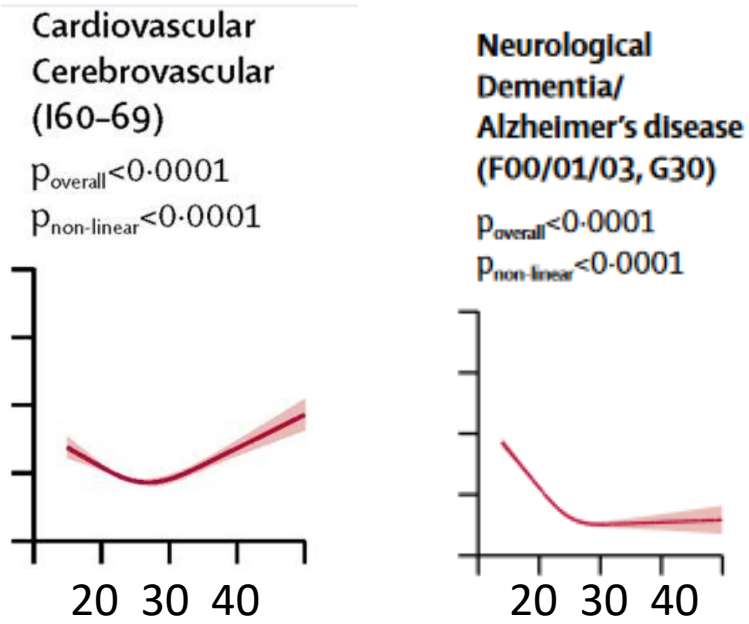
– perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ou ≥ 10 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie* ;
– sarcopénie confirmée**.

* En présence d'un critère étiologique, une telle perte de poids, qu'elle soit volontaire, à visée thérapeutique ou involontaire, est un critère phénotypique de dénutrition. Ce risque est plus élevé chez la personne âgée que chez l'adulte jeune. En cas de perte de poids à visée thérapeutique, l'évaluation individualisée de la balance bénéfice/risque est particulièrement importante.

** À défaut de critères de sarcopénie définis spécifiquement chez la personne âgée en situation d'obésité, il est recommandé d'utiliser les critères de sarcopénie de l'EWGSOP2.

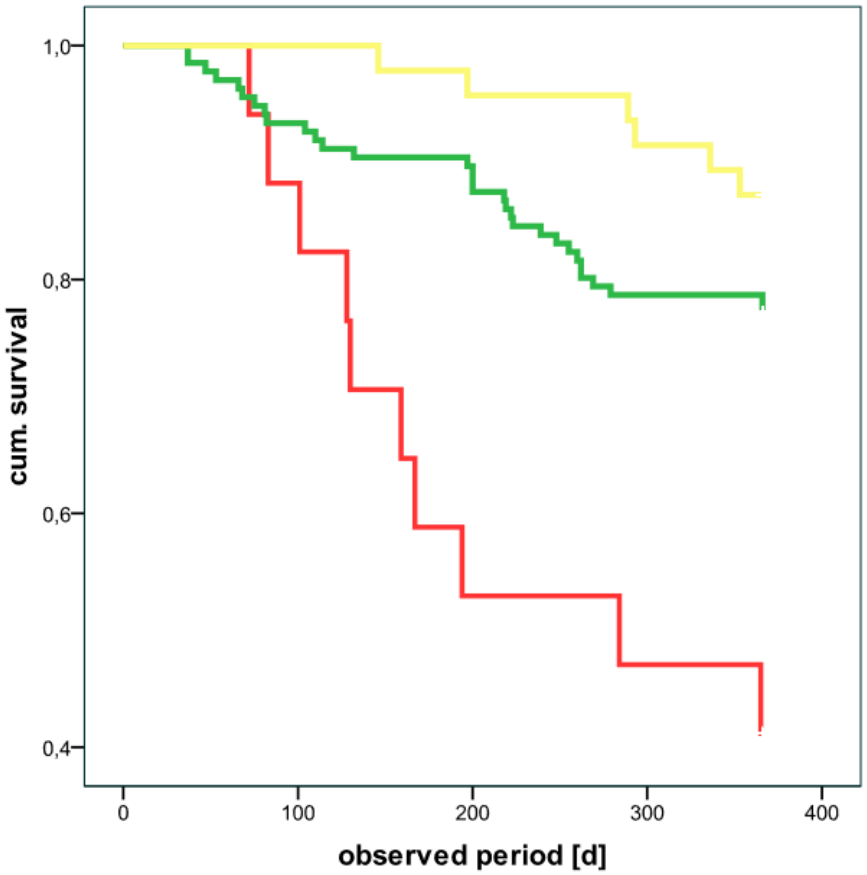
Bhaskaran et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2018; 6: 944–53

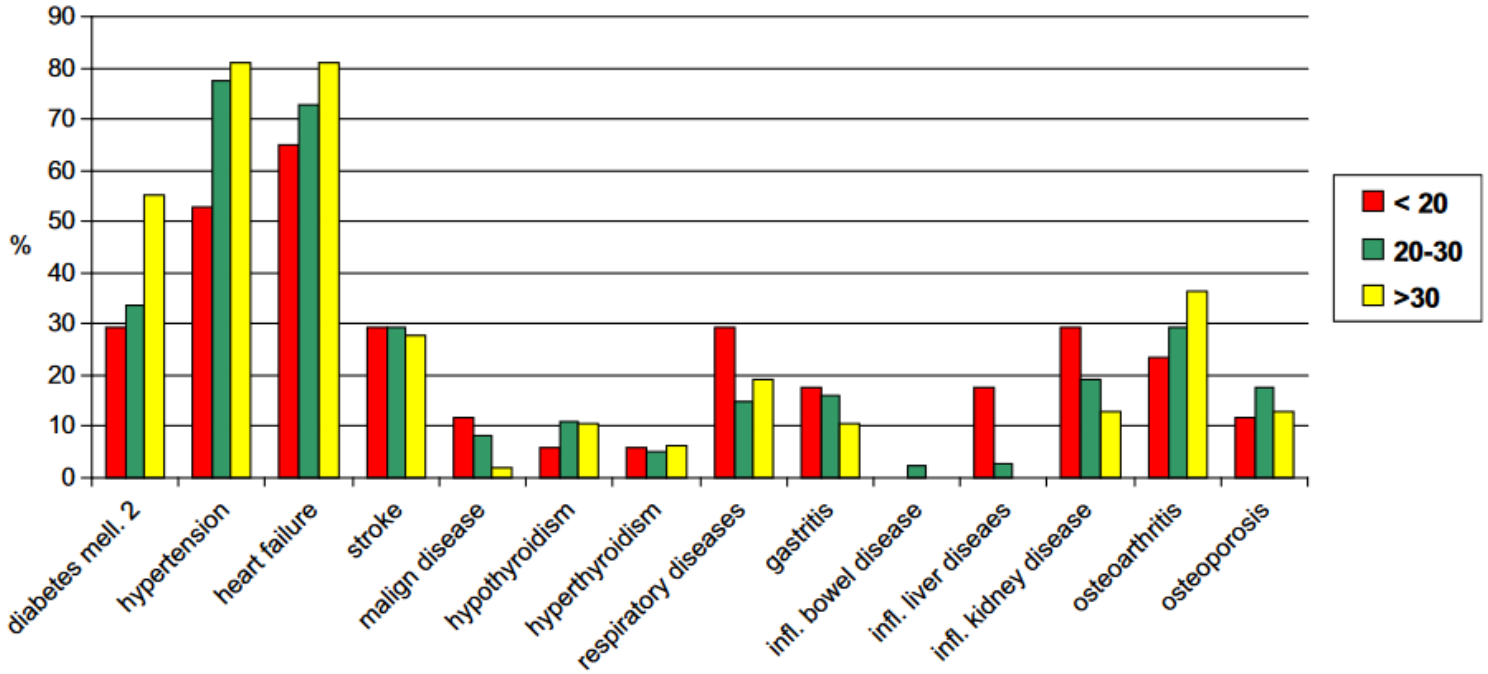
Association entre IMC et mortalité toutes causes en fonction de l'âge



IMC en EHPAD

- 200 résidents d'EHPAD en Allemagne
- 85 +/- 8 ans suivi au moins 1 an
- 23 % d'obèses
- Polypathologique
- **Mortalité et déclin fonctionnel plus faibles chez les résidents avec IMC > 30**



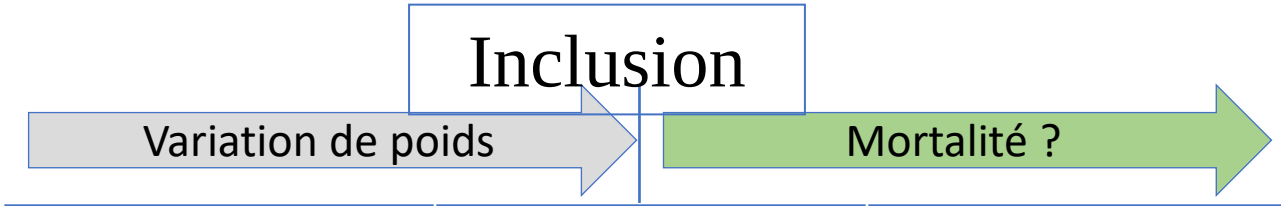


Kaiser et al. JAMDA – July 2010

Fig. 1. *Prevalence of diseases stratified for BMI groups.*

Evolution IMC et survie

- Mortalité à 11 ans selon modification IMC entre 40-50 ans et 68-77 ans
- 5 240 hommes , 40-50 ans, en « bonne santé» en 1972–73
- Modèles ajustés sur pathologies et médicaments
- **<u>Référence</u> : <u>BMI < 25</u> à <u>40-50 ans</u> et à <u>68-77 ans</u>**



40- 50 ans	68-77 ans	Mortalité à 11 ans
<25	25-29,9	0,84 [0,75 – 0,94]
25-29,9	<25	1,43 [1,15 – 1,78]
≥ 30	25-29,9	1,79 [1,12 – 2,88]

Holme Age Ageing. 2015 May;44(3):434-9

Obésité sarcopénique

- Coexistence de critères d'obésité et de sarcopénie : Critères ESPEN/EASO 2022

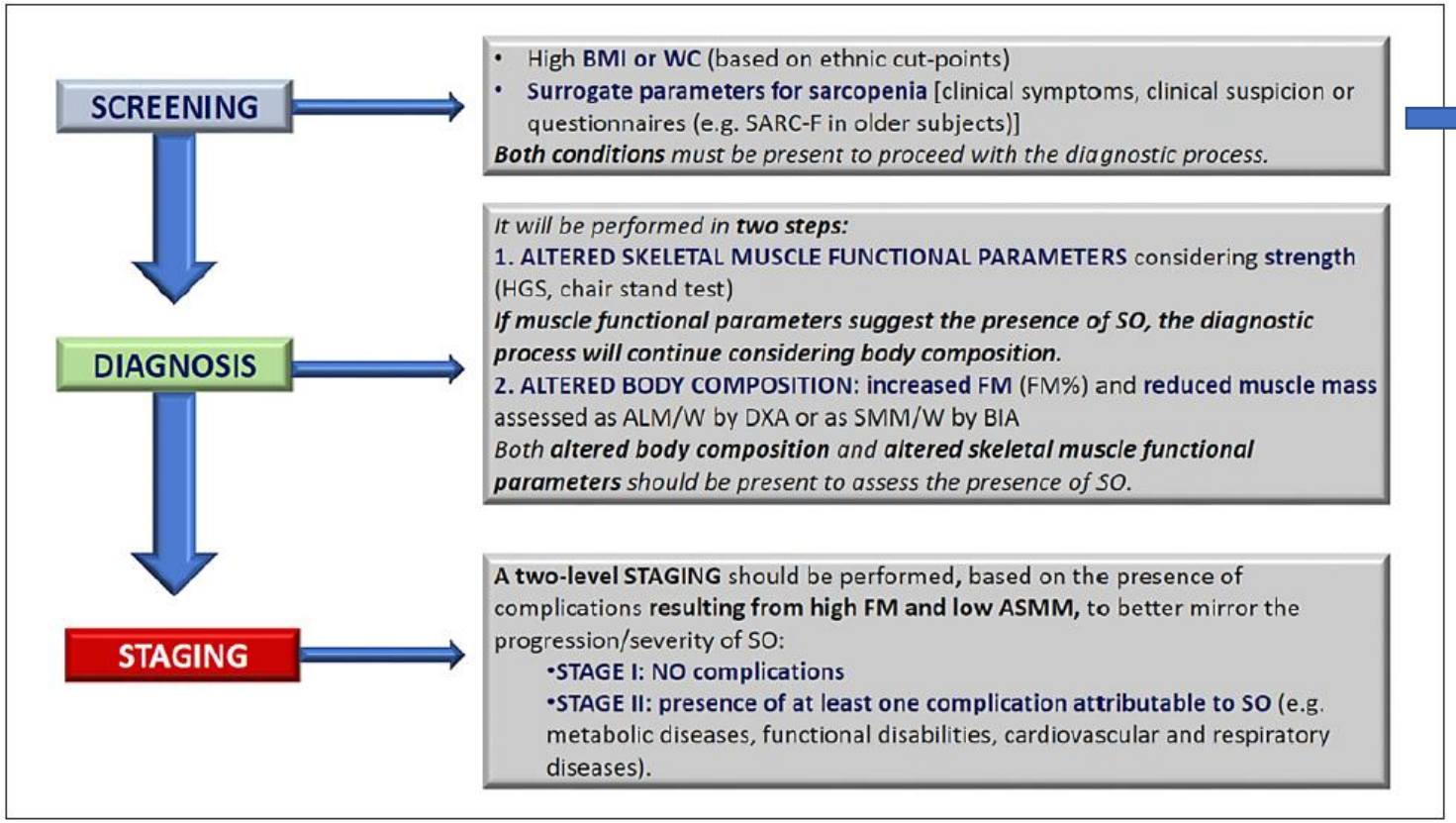


Fig. 1. Diagnostic procedure for the assessment of sarcopenic obesity. ALM/W, appendicular lean mass adjusted to body weight; ASMM, absolute skeletal muscle mass; BIA, bioelectrical impedance analysis; BMI, body mass index; DXA, dual X-ray absorptiometry; FM, fat mass; HGS, handgrip strength; SMM/W, total skeletal muscle mass adjusted by weight; SO, sarcopenic obesity; WC, waist circumference; SARC-F, strength, assistance with walking, rising from a chair, climbing stairs and falls.

Questionnaire Sarc-f

Composante	Question	Score
Force	Avez-vous des difficultés pour lever et transporter 4,5 kg ?	Aucune = 0 Un peu =1 Beaucoup ou incapable = 2
Troubles de la marche	Avez-vous des difficultés pour traverser une pièce ?	Aucune = 0 Un peu =1 Beaucoup ou incapable = 2
Lever d'une chaise	Avez-vous des difficultés pour vous lever d'une chaise?	Aucune = 0 Un peu =1 Beaucoup, avec aide ou incapable = 2
Montée des escaliers	Avez-vous des difficultés pour monter 10 marches ?	Aucune = 0 Un peu =1 Beaucoup, avec aide ou incapable = 2
Chutes	Combien de fois êtes-vous tombé dans les 12 derniers mois ?	Pas de chute = 0 1 à 3 chutes = 1 ≥ 4 chutes=2

un **score supérieur à 4 doit faire supposer la présence d'une sarcopénie**

Joerger. Nutrition Clinique et Métabolisme 2016; 30:46–47
Donini et al. Obes Facts 2022;15:321–335

Surveillance nutritionnelle

- Indiqué chez toutes les personnes âgés même en absence de dénutrition
  - Poids, appétit, apports alimentaires, force musculaire…
  - Traçabilité dans le dossier médical et les documents médicaux +++

En ville

- 1x/mois à domicile
- À chaque consultation

En EHPAD / USLD

- 1x/mois
- 1x/semaine si évènement intercurrent

À l'hôpital (MCO/SSR)

- À l'admission
- 1x/semaine
- A la sortie



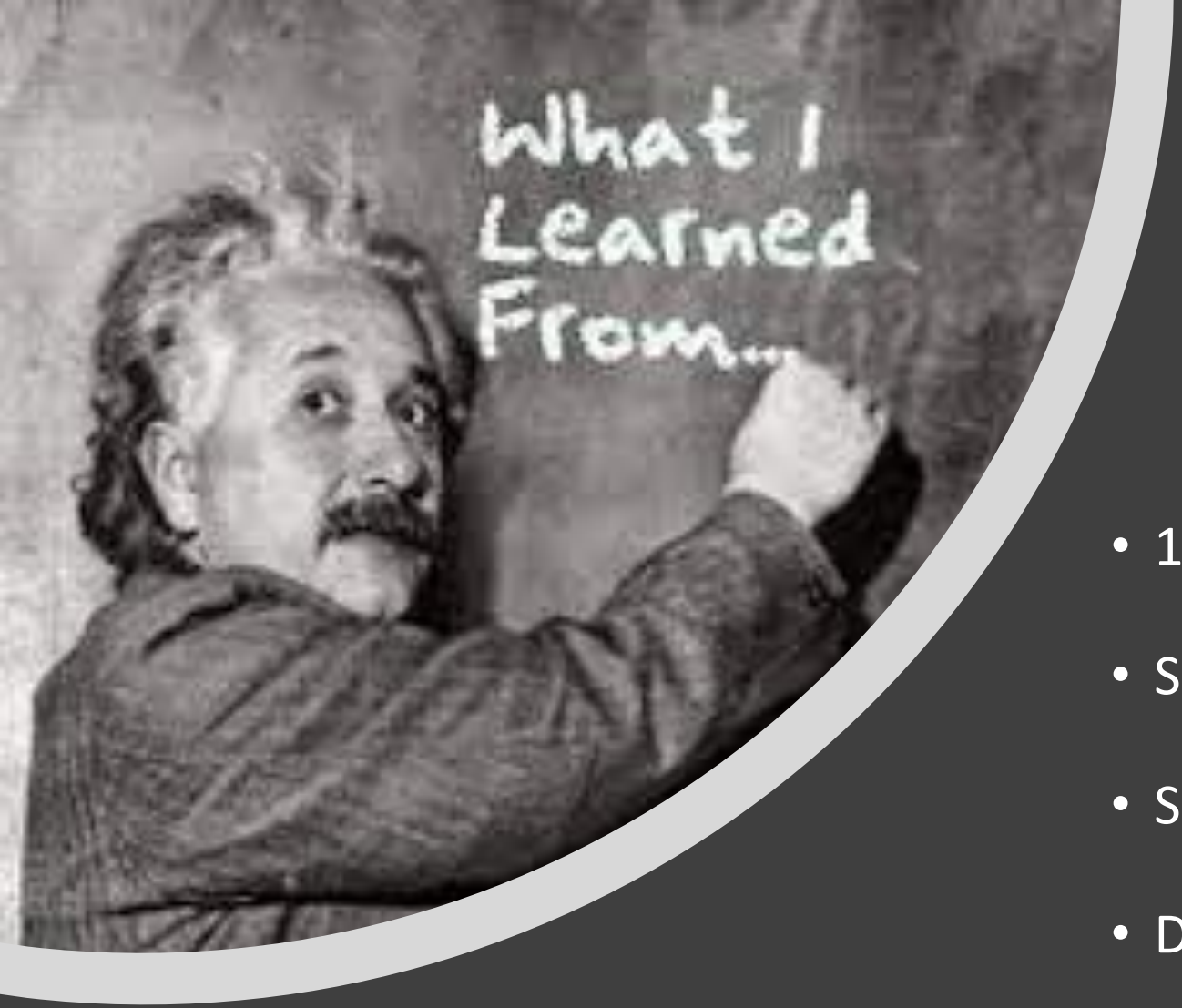
Surveillance minimale mensuelle

Intensification si épisode aigu



Equipement souvent insuffisant

Chronophage



Dénutrition du sujet âgé ≥ 70 ans Quelles évolutions?

- 1 critère phénotypique + 1 critère étiologique
- Seuil d'IMC à 22
- Sarcopénie confirmée
- Disparition du MNA
- Albumine <30 g/l uniquement pour la sévérité

Intérêts et limites



- **Harmonisation internationale**
- **Introduction de la sarcopénie**
- **Relèvement du seuil d'IMC**
- **Prise en compte de l'obèse dénutri**



- **Orphelin du MNA et de l'albumine**
- **Seuils de force et composition corporelle à affiner**
- **Sortez vos mètres ruban!**
- **Découplé de la prise en charge**

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

