



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Cas clinique

Nutrition Clinique et Métabolisme, 2023;37:247-50.

Prise en charge nutritionnelle d'une patiente âgée obèse atteinte de sclérose latérale primitive

Nutritional management of an obese elderly patient with primary lateral sclerosis

Emeline Cuvilliez^a, Jean Claude Desport^{a,*,b}, Stéphane Meyer^c, Géraldine Lautrette^d,
Carole Villemonteix^a, Sandra Guérin^a, Corentin Varrier^a, Aurélie Lavaud^a,
Philippe Fayemendy^{a,b,e}, Pierre Jésus^{a,b,e}, Jean Louis Frayssé^a

^a CERENUT (Centre de ressources en nutrition, ARS Nouvelle-Aquitaine), résidence l'Art du temps, 16, rue du Cluzeau, 87170 Isle, France

^b Faculté de médecine, EpiMact (épidémiologie des maladies chroniques en zone tropicale), Inserm U 1094, IRD U 270, 2, rue du Dr-Marcland, 87025 Limoges cedex, France

^c EHPAD Résidence du parc, 2, rue Raoul-Vergez, 87350 Panazol, France

^d Service de neurologie et centre SLA, CHU de Dupuytren 1, 2, avenue Martin-Luther-King, 87042 Limoges cedex, France

^e Unité de nutrition, centre spécialisé de l'obésité et centre de nutrition parentérale à domicile, CHU de Dupuytren 1, 2, avenue Martin-Luther-King, 87042 Limoges cedex, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 4 septembre 2023

Accepté le 15 septembre 2023

Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :

Nutrition

Sclérose latérale primitive

Obésité

Sarcopénie

Soins palliatifs

Keywords:

Nutrition

Primary lateral sclerosis

Obesity

Sarcopeny

Palliative care

RÉSUMÉ

Une patiente en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes était atteinte de sclérose latérale primitive (SLP), qui est une maladie neuromusculaire d'évolution lente, dans son cas, très handicapante. Elle développait progressivement une obésité. La possibilité d'une sarcopénie sous-jacente était éliminée et la prise de poids était expliquée par une très faible activité physique et surtout des grignotages non contrôlés. En l'absence de traitement de la SLP, la patiente était considérée comme en situation palliative. Invoquant le respect de sa qualité de vie, elle refusait de modérer ses grignotages. Le seul recours était de prodiguer des conseils diététiques auprès de la patiente, des équipes et de sa famille. Ce cas clinique souligne la difficulté d'évaluation et de prise en charge nutritionnelles des personnes atteintes de maladies neurologiques et neuromusculaires.

© 2023 Société fran-

cophone nutrition clinique et métabolisme (SFNCM). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

A patient in a nursing home suffered from primary lateral sclerosis (PLS), which is a slowly progressive neuromuscular disease, in her case, very disabling. She gradually developed obesity. The possibility of an underlying sarcopenia was eliminated, and the weight gain was explained by very low physical activity and especially uncontrolled snacking. In the absence of treatment for PLS, the patient was considered to be in a palliative situation. Invoking respect for her quality of life, she refused to moderate her snacking. The only recourse was to provide dietary advice to the patient, the teams and her family. This clinical case highlights the difficulty of nutritional assessment and management of people with neurological and neuromuscular diseases.

© 2023 Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNCM). Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Les pathologies neurologiques et neuromusculaires sont fréquentes dans les établissements médicosociaux. Lors de ces affections, c'est en premier lieu la dénutrition qui est à redouter [1],

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : nutrition@unilim.fr (J.C. Desport).

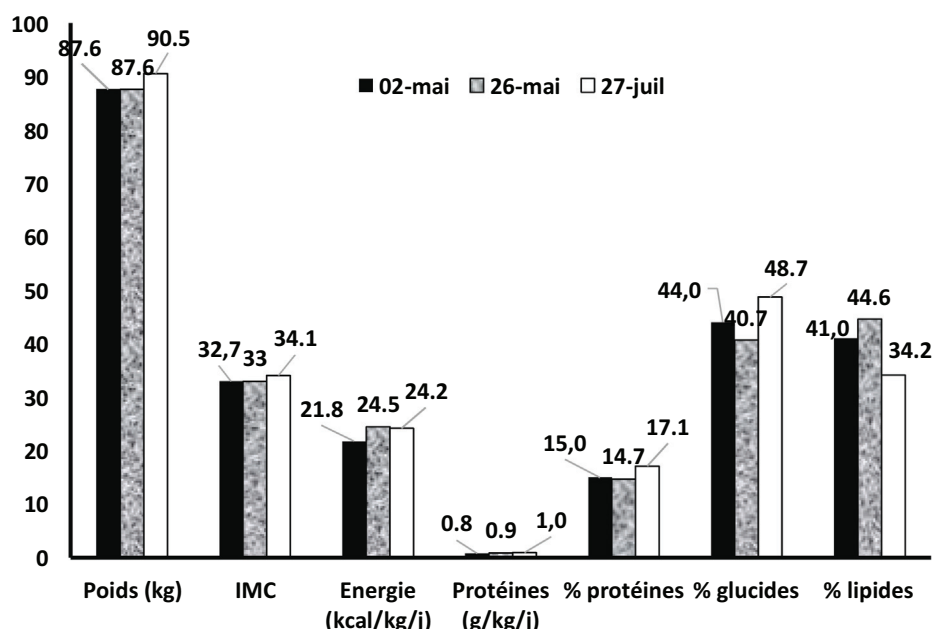


Fig. 1. Poids, indice de masse corporelle (IMC) et résultats des enregistrements alimentaires aux trois temps du suivi.

surtout due à des troubles de déglutition, mais un excès de poids est parfois présent. La question de savoir quelle attitude à avoir face à cet excès de poids se pose, d'autant plus que les personnes sont âgées et que les traitements étiologiques des maladies neurologiques sont rares ou absents. Il n'y a pas de données nutritionnelles dans la littérature portant sur la sclérose latérale primitive (SLP), qui est une maladie neuromusculaire proche de la sclérose latérale amyotrophique (SLA).

2. Observation

Une patiente âgée de 75 ans et souffrant d'une SLP était suivie du point de vue nutritionnel par le Centre de ressources en nutrition (CERENUT) de Nouvelle-Aquitaine, à la demande du centre de prise en charge de la SLA du CHU de Limoges. Elle était en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) depuis plusieurs années, à cause de grosses difficultés à se déplacer en rapport avec un syndrome tétrapyrimal (marche possible sur seulement 30 à 50 m/j, avec l'aide d'un kinésithérapeute). Elle avait fait des fausses routes respiratoires aux liquides en buvant trop vite ou lors de la prise de potage au vermicelle, mais les troubles de déglutition étaient contrôlés grâce à une aide lors des repas, à la suppression du vermicelle et à une surveillance lors de la prise d'aliments à double texture. Elle souffrait d'un ralentissement psychomoteur et de difficultés exécutives et mnésiques, et était classifiée 2 sur la grille AGGIR (autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources), correspondant à une assistance requise dans la plupart des actes de la vie quotidienne. Le test d'atteinte cognitive de Folstein (Mini-Mental State Examination) était à 24, à la limite inférieure de la normale. Il n'y avait pas d'œdèmes déclives. Elle était substituée du point de vue thyroïdien, avec une T4 libre et une TSH normales. Elle était de plus sous rispéridone (Risperdal®) et alprazolam (Xanax®) à très faibles doses, paroxétine, calcium et vitamine D (Calcidose vit d3®), téraparatide (Forsteo®). Son bilan lipidique était normal.

Début mai 2023, les soignants notaient une prise de poids lente, mais importante (+27,8 % sur une période de 18 mois), avec un poids en sous-vêtements à 87,6 kg pour une taille de 1 m 63, soit un indice de masse corporelle à 32,7, dans une zone d'obésité modérée (Fig. 1).

Tableau 1

Principaux résultats de l'impédancemétrie.

Critère	Valeur mesurée	Valeurs normales
Masse grasse	44,2 kg ; 48,8 %	14–20 kg
Masse maigre	46,3 kg ; 51,2 %	43–49 kg
Eau corporelle totale	37,4 L	45–54 L
Index de masse maigre	17,5 kg/m ²	16,2–18,4

Les soignants avaient tenté à plusieurs reprises de réduire les apports énergétiques de la patiente, mais sans succès car elle n'avait pas accepté ce qu'elle considérait comme une dégradation de sa qualité de vie. Le premier relevé alimentaire (2 mai 2023) était un rappel des 24 heures, réalisé par une diététicienne de CERENUT. Devant le faible apport énergétique (Fig. 1), en contradiction avec l'évolution pondérale de la patiente, un second relevé était effectué par l'EHPAD trois semaines après grâce à un enregistrement prospectif de consommation alimentaire de trois jours. Compte tenu de la persistance des anomalies, un contrôle était effectué fin juillet 2023 par CERENUT avec un rappel de trois jours (Fig. 1). Des grignotages fréquents étaient alors repérés (gâteaux secs et bonbons fournis par la famille), probablement anciens mais non signalés jusque-là. L'entretien avec la patiente ne permettait pas de les quantifier.

Le test de lever de chaise était impossible, en raison du handicap de la patiente. La force de préhension était à 23,3 kg (moyenne de trois mesures de chaque côté ; dynamomètre hydraulique Jamar®), dans une zone de normalité (> 16 kg) [2]. Une impédancemétrie réalisée dans l'EHPAD (Quadscan 4000®) donnait les résultats présentés par le Tableau 1. Elle confirmait l'excès de masse grasse, l'insuffisance d'hydratation ; il existait un index de masse maigre normal, nettement au-dessus de la limite de sarcopénie, qui se situe à 5,5 kg/m² [2].

La question posée par le secteur de soins de l'EHPAD était de savoir quoi faire pour cette patiente âgée atteinte d'une maladie non curable, devant la prise de poids et la présence d'une obésité.

3. Commentaires

La SLP est une maladie rare non héréditaire, touchant des patients de plus de 25 ans, d'évolution lente, pour laquelle il n'y a pas de traitement [3]. Elle est caractérisée par une dégénérescence

des neurones corticaux et des faisceaux pyramidaux, avec une faiblesse des membres inférieurs, des rigidités et des troubles de la marche, ainsi qu'un syndrome pseudobulbaire (rire et pleurer spasmodique, réactions émotives exagérées et troubles de la déglutition) et éventuellement des troubles vésicaux [3]. La maladie, handicapante mais non mortelle, est parfois décrite comme une forme « bénigne » de SLA. Dans le cas observé, elle était à un stade très handicapant. Malgré la possibilité de troubles de la déglutition, la gastrotomie et la nutrition entérale ne sont que rarement utilisées lors de la SLP [3], contrairement à la SLA, lors de laquelle il existe à la fois des troubles de déglutition et un hypermétabolisme, qui expliquent la perte pondérale, de mauvais pronostic [4].

Pour cette patiente, compte tenu de son affection neuromusculaire, la première question était de savoir si elle n'avait pas une obésité sarcopénique. En effet, la présence d'une sarcopénie, hypothèse vraisemblable du fait de sa maladie, pouvait la faire classer comme dénutrie malgré sa prise de poids et son IMC élevé [2]. Le test du lever de chaise était pathologique, mais la force de préhension était normale, ainsi que l'index de masse maigre. Elle était donc considérée comme obèse non sarcopénique.

Le second objectif était d'identifier la cause de l'augmentation majeure du poids. Les apports énergétiques et protéiques enregistrés étaient faibles par rapport aux apports recommandés pour les personnes âgées (respectivement selon les enquêtes 21,8, 24,5 et 24,2 kcal/kg/j versus au moins 30 kcal/kg/j attendus, et 0,8 et 0,9 et 1,0 g de protéines/kg/j versus au moins 1 à 1,2 g/kg/j attendus) [5], mais les grignotages identifiés en juillet, bien que non quantifiés, pouvaient au moins en partie expliquer la prise pondérale. La dépense d'activité physique était très faible, ce qui pouvait constituer un second facteur explicatif. Il faut par ailleurs noter que les apports hydriques étaient faibles, ainsi que la masse hydrique en impédancemétrie, d'où une sensibilité probable à la déshydratation.

Dans son cas, plusieurs des traitements relevés pouvaient favoriser une prise de poids, mais seule la paroxétine pouvait être incriminée [6], car la rispéridone et l'alprazolam, potentiellement en causes, étaient donnés à des doses minimales. Néanmoins, dans tous les cas, si un médicament était responsable de la prise de poids, une augmentation de l'appétit et de la prise alimentaire aurait été notée. Le bilan thyroïdien étant normal, il ne s'agissait pas non plus d'une insuffisance de substitution.

Il aurait pu enfin être évoqué un hypométabolisme, à l'inverse de la SLA, faisant suspecter une altération métabolique cellulaire à l'origine d'une baisse de la dépense énergétique de repos (DER). Cette éventualité n'est pas connue lors de la SLP. Une calorimétrie indirecte aurait pu préciser le niveau de DER, mais n'était pas envisagée pour cette patiente du fait de ses troubles cognitifs et de ses difficultés de mobilisation. Au total, la prise pondérale était probablement due aux grignotages récurrents et à la très faible activité physique.

La troisième question était de savoir s'il fallait ou non envisager une thérapie pour stopper la prise de poids ou faire baisser le poids de la patiente. Chez la personne âgée, ces objectifs ne sont judicieux que si le bénéfice attendu est supérieur aux risques [7,8]. Pour la patiente, on pouvait s'attendre à ce que la prise de poids limite encore plus sa mobilité, donc une baisse de poids pourrait être favorable. Du côté des risques de la perte de poids ils sont, chez la personne âgée, au minimum l'accentuation d'un état dépressif, déjà sous-jacent chez cette patiente, ainsi qu'une baisse de la densité osseuse et une perte de masse maigre [8]. Ces deux derniers risques étaient notables dans son cas car sa maladie l'empêchait d'augmenter son activité physique, facteur susceptible de limiter le développement d'une sarcopénie [8]. Par ailleurs, la SLP étant non curable, et semble-t-il évoluée chez cette patiente, on pouvait caractériser sa situation comme palliative, et par conséquent l'objectif de respect de la qualité de vie était majeur. [9].

La dernière question était de savoir quoi faire pour au moins tenter de stopper la prise de poids. Sachant que la maladie jouait fortement sur la motricité, il n'était pas possible d'augmenter la dépense énergétique liée à l'activité physique. La prise en charge psychologique était difficile, au vu des troubles cognitifs, et la patiente ne pouvait être incluse dans un programme de chirurgie de l'obésité en raison de son âge et de son état neuropsychologique [10]. Il ne restait donc que la possibilité d'équilibrer au mieux son alimentation actuelle, en respectant ses désirs [9], mais en lui expliquant ainsi qu'à la famille qu'il serait bon de limiter si possible les grignotages afin de ne pas majorer le handicap physique. Les conseils prodigués insistaient de plus sur une augmentation de l'hydratation. Enfin, il était proposé de réaliser un contrôle régulier de l'état nutritionnel et de la mobilité, par exemple tous les trois mois. Pour l'ensemble de ces actions, la collaboration entre la famille, la patiente, le médecin coordonnateur de l'EHPAD, le médecin généraliste, les équipes de soins et la structure CERENUT était fondamentale [9].

En conclusion, cette observation souligne plusieurs points :

- il est difficile d'appréhender l'état nutritionnel des personnes atteintes de maladies neurologiques chroniques handicapantes non curables, qui sont cependant fréquentes (suites d'accident vasculaire, démences, maladie de Parkinson évoluée, maladies neuromusculaires, etc.). En effet, il est possible que la variation de poids et l'IMC, qui sont des indicateurs phénotypiques les plus faciles à utiliser, soient insuffisants du fait du risque de sarcopénie lié à ces pathologies ; mais l'évaluation de la sarcopénie, qui nécessite de mesurer à la fois chez les personnes âgées, la fonctionnalité et la masse musculaire [2], fait appel soit à des techniques parfois difficilement applicables en raison du handicap (dynamométrie, lever de chaise), soit à des techniques d'accès difficile, non maîtrisé voire impossible (absorptiométrie biphotonique ou impédancemétrie) pour les établissements médicosociaux, que ce soient des établissements pour les personnes âgées ou pour les personnes handicapées. Enfin, l'évaluation des apports alimentaires n'est pas toujours simple ;
- en l'absence de sarcopénie, l'obésité est possible dans le cadre des maladies neurologiques ou neuromusculaires. Cette situation est bien connue chez les Parkinsoniens à la période de début du traitement de base, ainsi qu'en cas d'électrostimulation cérébrale centrale, car alors la dépense énergétique liée à l'activité physique baisse tandis que les apports alimentaires sont stables ou augmentent si des troubles du comportement alimentaire surviennent. Elle est également possible par exemple lors des démences selon les mêmes mécanismes ;
- la prise en charge d'une obésité en situation palliative doit prendre en compte le rapport bénéfice/risques et respecter la qualité de vie des personnes. Elle nécessite une prise en charge nutritionnelle multidisciplinaire, qui ne doit pas oublier les entourages familiaux.

Protection des droits des sujets humains et animaux

Les auteurs déclarent que la conduite de la recherche décrite dans cet article est en accord avec la Déclaration d'Helsinki de l'Association médicale mondiale révisée en 2013 concernant les expérimentations sur les patients ou sujets, ainsi qu'avec la directive européenne 2010/63/EU concernant les expérimentations animales.

Consentement éclairé et confidentialité des données

Les auteurs déclarent que l'article ne contient aucune donnée personnelle pouvant identifier le patient ou le sujet. Ils déclarent avoir obtenu le consentement éclairé écrit des patients et/ou des sujets auxquels ils font référence dans cet article. Les auteurs déclarent également que tous les détails personnels du (des) patient(s) et/ou des volontaires ont été retirés.

Financement

Cette étude n'a reçu aucun financement spécifique d'une agence publique, commerciale ou à but non lucratif.

Déclaration de liens d'intérêts

Emeline Cuvilliez, Carole Villemonteix, Sandra Guérin, Corentin Varrier et Aurélie Lavaud sont employés par CERENUT. Jean Claude Desport a été rémunéré par CERENUT pour des formations et est administrateur bénévole de CERENUT ; Stéphane Meyer est employé par l'EHPAD de Panazol ; Géraldine Lautrette est employée par le CHU de Limoges ; Philippe Fayemendy et Pierre Jésus sont employés par le CHU de Limoges et administrateurs bénévoles de CERENUT ; et Jean Louis Fraysse est administrateur bénévole de CERENUT.

Remerciements

EHPAD Résidence du parc, 87350 Panazol, France.

Références

- [1] Burgos R, Breton I, Cereda E, Desport JC, Dziewas R, Genton L, et al. ESPEN guideline clinical nutrition in neurology. *Clin Nutr* 2018;37:354–96.
- [2] Haute Autorité de santé (HAS), Fédération française de nutrition (FFN). Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus; 2021 [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/reco368_recommandations.denuitrition.pa.cd.20211110.v1.pdf].
- [3] Turner MR, Barohn RJ, Corcia P, Fink JK, Harms MB, Kiernan MC, et al. Primary lateral sclerosis: consensus diagnostic criteria. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2020;91:373–7.
- [4] Fayemendy P, Marin B, Labrunie A, Boirie Y, Walrand S, Achamrah N, et al. Hypermetabolism is a reality in amyotrophic lateral sclerosis compared to healthy subjects. *J Neurol Sci* 2021;20:117257.
- [5] Szeleky C. Recommandations nutritionnelles chez une personne âgée bien portante. In: Hébuterne X, Alix E, Raynaud-Simon A, Vellas B, et al., editors. *Traité de nutrition de la personne âgée*. Paris: Springer; 2009. p. 103–7.
- [6] Répertoire Vidal®. Substance active paroxétine. <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/paroxetine-5854.html>; juillet 2023.
- [7] Bauduceau B, Bordier L. Obésité du sujet âgé. In: Lecerf JM, Clément K, Czerni-chow S, Laville M, Oppert JM, Pattou F, et al., editors. *Les obésités ; médecine et chirurgie*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2021. p. 365–9.
- [8] Ritz P, Vellas B. Prise en charge du surpoids et de l'obésité chez la personne âgée. In: Hébuterne X, Alix E, Raynaud-Simon A, Vellas B, et al., editors. *Traité de nutrition de la personne âgée*. Paris: Springer; 2009. p. 123–9.
- [9] Mounsey L, Ferres M, Eastman P. Palliative care for the patient without cancer. *Aust J Gen Pract* 2018;47:765–9.
- [10] Haute Autorité de santé. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte. Recommandation de bonne pratique. https://www.has-sante.fr/jcms/c_765529/fr/obesite-prise-en-charge-chirurgicale-chez-l-adulte; Décembre 2009.