

GRAND-PÈRE A PRIS DU POIDS.

Un régime, sup.

Patrice DARMON¹ | Claude PICHARD²

Nutrition Maladies métaboliques Endocrinologie, Hôpitaux Sud, Marseille¹

Nutrition Clinique, Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève²

INTRODUCTION

L'excès de poids complique les activités physiques quotidiennes à tous les âges. Cet effet s'aggrave avec le vieillissement en raison d'une force physique déclinante. Les régimes alimentaires restrictifs chez la personne âgée sont fréquents. Ils sont occasionnellement justifiés lors de pathologie aiguë, mais défavorables dans la majorité des cas. Ils favorisent le développement de carences spécifiques et/ou de dénutrition qui pave le chemin des complications associées à une morbidité augmentée. Ils vulnérabilisent les patients âgés alors que leur risque de malnutrition est physiologiquement augmenté pour des raisons physiques, psychologiques, économiques et sociales⁽¹⁾. Des régimes restrictifs au long court sont parfois indiqués et peuvent être favorables à la qualité de vie ou au pronostic⁽²⁾. L'analyse du quotient bénéfice/risque des régimes restrictifs chez la personne âgée requiert, si possible, plusieurs évaluations, car elle doit être basée sur plusieurs paramètres médicaux et sociaux. Globalement, ces régimes restrictifs sont à éviter, et s'ils préexistent au moment de la consultation, leur poursuite doit être soigneusement évaluée. Les principales situations indiquant un régime alimentaire restrictif prolongé chez la personne âgée sont revues et mises en perspectives.

RÉGIMES = RISQUES

Les régimes sont souvent prescrits lors d'un événement aigu (par ex. gastroentérite et régime sans lactose, diverticulite et régime sans fibres), puis poursuivis de manière injustifiée longtemps après la guérison. Parfois, ils découlent d'une auto-administration (ex. végétarisme), d'idées fausses ("les personnes âgées ont moins besoin de viande"), de croyances religieuses, ou de traditions culturelles. Le rapport bénéfice/risque de ces régimes est variable. Ils doivent être évalués en fonction de l'état de santé du patient, et des bénéfices subjectifs déclarés (figure 1). En général, ils doivent être discontinués, ou rendus moins stricts. Au minimum, le patient doit être averti des risques associés à son régime restrictif.

RÉGIMES RESTRICTIFS: SEULEMENT APRÈS ÉVALUATION NUTRITIONNELLE

La décision de prescrire un régime restrictif chez le patient âgé doit être le fruit d'une réflexion circonstanciée sur les bénéfices escomptés en matière de pronostic et/ou de qualité de vie d'une part, et les risques encourus d'autre part. Ces régimes peuvent induire une dénutrition (tableau 1), surtout lors d'une réduction significative des prises alimentaires préexistante liée à l'existence de satiété précoce, de dysgueusie et de dysosmie, de dysphagie, de problèmes bucco-dentaires ou de la digestion. Ces régimes fragilisent les patients âgés. Leur prescription doit être pesée après une évaluation de l'état nutritionnel et leur indication régulièrement réévaluée (par ex. tous les 2-3 mois). Avant toute prescription, il faut disposer d'une évaluation nutritionnelle (figure 2).

SURPOIDS ET OBÉSITÉ

La prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité (IMC ≥ 30 kg/m²) augmente dans toutes les classes d'âge, bien que plus modérément au-delà de 65 ans. L'obésité est associée à une augmentation du risque relatif de mortalité, mais cette association faiblit avec l'âge et disparaît après 75 ans⁽³⁾. Il n'existe pas de réel consensus pour définir un IMC optimal chez la personne âgée. Après 70 ans, un IMC de 32 kg/m² chez la femme et 29 kg/m² chez l'homme seraient les plus protecteurs en termes de mortalité⁽⁴⁾. Pour autant, l'obésité est source de pathologies chroniques invalidantes, accentue les déficits fonctionnels liés au vieillissement, et représente une situation à risque de fragilisation⁽⁵⁾. La perte de poids volontaire ou non est un facteur pronostique péjoratif chez le patient âgé, même lorsqu'elle est modeste (par ex. 5% du poids habituel)⁽⁶⁾. Certaines études suggèrent que la perte pondérale s'effectue préférentiellement aux dépens de la masse maigre⁽⁷⁾; d'autres travaux montrent que les modifications de la composition corporelle après perte de poids sont superposables à celles observées chez des patients plus jeunes, soit -75% de masse grasse et -25% de masse maigre⁽⁸⁾. Par ailleurs, l'amaigrissement fait perdre l'avantage conféré par l'obésité sur la minéralisation osseuse⁽⁹⁾. Le plaisir

de manger est amputé, mais il reste à étudier son impact sur la qualité de vie.

Il existe peu d'études sur le bénéfice qu'auraient les patients âgés à réduire leur adiposité viscérale. Globalement, la glycémie, la pression artérielle ou les paramètres lipidiques, et donc le profil de risque cardio-vasculaire, s'améliorent⁽¹⁰⁾, mais il n'existe aucune preuve pour le taux de mortalité et d'événements cardio-vasculaires majeurs.

Après 70 ans, chez les patients obèses, la recherche d'une stabilité pondérale et la pratique d'une activité physique adaptée visant au maintien de la masse musculaire constituent sans doute l'attitude la plus favorable en termes de pronostic⁽¹¹⁾. Ce type de prise en charge permet en outre d'améliorer la qualité de vie et de réduire la symptomatologie douloureuse liée à la gonarthrose⁽¹²⁾. Il faudra donc proposer des modifications du style de vie plutôt que des régimes restrictifs.

En cas de complications métaboliques ou mécaniques (rhumatologiques, orthopédiques), on proposera une réduction calorique modérée (environ 300 à 500 kcal/j) par rapport à l'alimentation habituelle, conjointement à la pratique d'une activité physique quotidienne, adaptée et prudente, essentielle pour le maintien de la masse musculaire⁽¹³⁾. La mise en route d'un programme d'activité physique peut être sécurisée et stimulée par un kinésithérapeute. Le régime doit rester équilibré, non restrictif sur le plan qualitatif, privilégiant l'apport en acides gras mono- et polyinsaturés par rapport à l'apport en acides gras saturés, et riche en fibres.

Les régimes alimentaires restrictifs chez la personne âgée sont défavorables dans la majorité des cas.

AUTRES INDICATIONS AU RÉGIME RESTRICTIF

Quelques pathologies fréquentes peuvent justifier un régime restrictif (Tableau 2). Une prescription de courte durée (4 à 6 semaines) suivie d'une objectivation des effets est conseillée. La poursuite ou la modification du régime sera alors dictée en pleine connaissance de cause.

Y A-T-IL ENCORE UNE PLACE POUR UN RÉGIME RESTRICTIF APRÈS 80 ANS ?

L'intérêt des régimes restrictifs chez les patients de plus de 80 ans est peu étudié. La restriction alimentaire est parfois indispensable sur une courte période lors d'un épisode aigu (ex. régime sans sel après décompensation sévère d'une insuffisance cardiaque, régime sans lactose après une gastroentérite). Au long cours, le rapport bénéfice/risque des régimes restrictifs est le plus souvent défavorable compte tenu de la fréquence élevée de la dénutrition, potentiellement aggravée par les restrictions alimentaires, et de la forte prévalence des co-morbidités dans ce groupe de patients. Quelques rares situations peuvent faire exception : un régime hyposodé autour de 6 à 8 g/j pourra raisonnablement être proposé à cet âge en cas d'insuffisance cardiaque sévère ou d'hypertension artérielle sévère sensible au sel et/ou résistante aux traitements; au stade d'insuffisance rénale terminale ou pré-terminale, la consommation d'aliments riches en potassium ou en phosphore devra être évitée... En dehors de ces rares exceptions, une alimentation équilibrée permettant de couvrir les besoins et intégrant la notion de plaisir, doit être privilégiée. Chez ces patients, la promotion de l'activité physique, lorsqu'elle est possible, semble mieux répondre aux objectifs de prévention que les mesures diététiques (?). De la même façon, les recommandations actuelles préconisent d'assouplir les régimes chez les patients âgés vivant en institution (14).

CONCLUSION

La prescription de régimes alimentaires restrictifs au long cours chez la personne âgée est généralement injustifiée. Ces régimes aggravent le risque de carences spécifiques et/ou de dénutrition protéino-énergétique, et représentent une source potentielle de fragilisation, corréée à une morbi-mortalité accrue. Certaines situations cliniques peuvent justifier de modifications de l'alimentation tenant compte spécifiquement des besoins et des co-morbidités du patient. Les meilleures mesures de prévention chez la personne âgée reposent sur la lutte contre les carences nutritionnelles et le maintien de la masse musculaire, grâce à la pratique d'une activité physique régulière et adaptée.

“ GRAND-PÈRE A PRIS DU POIDS.
Un régime, svp.

LA PERTE DE POIDS VOLONTAIRE OU NON
EST UN FACTEUR PRONOSTIQUE PÉJORATIF
CHEZ LE PATIENT ÂGÉ

”



Risques des régimes restrictifs au long cours chez la personne âgée

DÉNUTRITION PROTÉINO-ÉNERGÉTIQUE
SARCOPÉNIE
OSTÉOPOROSE FRACTURAIRE
CARENCES EN MICRONUTRIMENTS
DÉSINVESTISSEMENT OU ISOLEMENT SOCIAL
QUALITÉ DE VIE DIMINUÉE
FRAGILISATION
MORBI-MORTALITÉ ACCRUE

Tableau 2

Occasionnelles indications à des régimes restrictifs chez les patients âgés

DIABÈTE DE TYPE 2
HYPERTENSION ARTÉRIELLE
INSUFFISANCE CARDIAQUE
HYPERCHOLESTÉROLÉMIE
MALADIE DE PARKINSON

Figure 1

Régimes restrictifs chez la personne âgée: l'analyse du rapport bénéfice/risque est déterminante

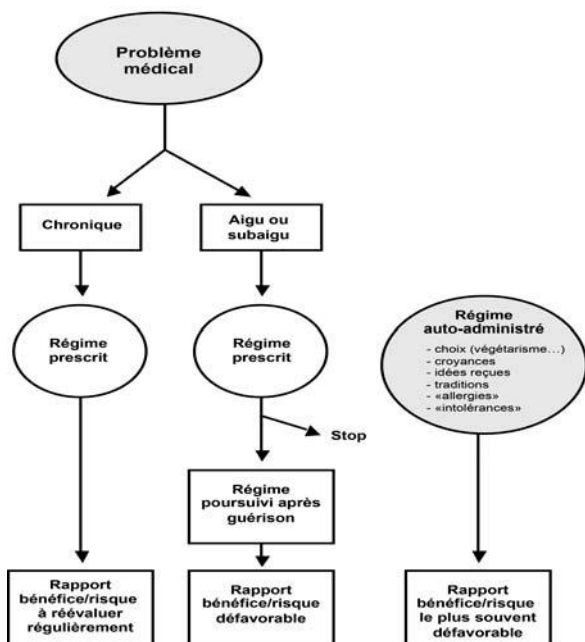
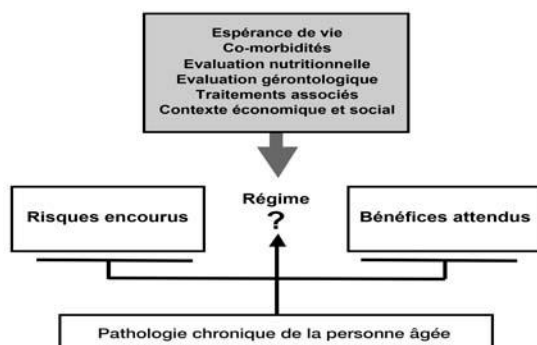


Figure 2

Quand et comment prescrire un régime restrictif au long cours chez le patient âgé?



Références

(1) Recommandations professionnelles de la Haute Autorité de Santé (2007). Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. *Nutr Clin Metab* 21: 120-33

(2) Bourdel-Marchasson I, Traissac T (2004). Place et impact des régimes chez les personnes très âgées. *Nutr Clin Metab* 18: 224-30

(3) Stevens J, Cai J, Pamuk ER et al (1998). The effect of age on the association between body-mass index and mortality. *N Engl J Med* 338: 1-7

(4) Allison DB, Gallagher D, Heo M et al (1997). Body mass index and all-cause mortality among people age 70 and over: the Longitudinal Study of Aging. *Int J Obes Relat Metab Disord* 21: 424-31

(5) Blaum CS, Xue QL, Michelson E et al (2005). The association between obesity and the frailty syndrome in older women: the Women's Health and Aging studies. *J Am Geriatr Soc* 53: 927-34

(6) Newman AB, Yanez D, Harris T et al (2001). Weight change in old age and its association with mortality. *J Am Geriatr Soc* 49: 1309-18

(7) Forbes GB (1999). Longitudinal changes in adult fat-free mass: influence of body weight. *Am J Clin Nutr* 70: 1025-31

(8) Gallagher D, Kovera AJ, Clay-Williams G et al (2000). Weight loss in postmenopausal obesity: no adverse alterations in body composition and protein metabolism. *Am J Physiol Endocrinol Metab* 279: E124-E131

(9) Ricci TA, Heymsfield SB, Pierson RN et al (2001). Moderate energy restriction increases bone resorption in obese postmenopausal women. *Am J Clin Nutr* 73: 347-52

(10) Villareal DT, Miller BV, Banks M et al (2006). Effect of lifestyle intervention on metabolic coronary heart disease risk factors in obese older adults. *Am J Clin Nutr* 84: 1317-23

(11) Villareal DT, Banks M, Sinacore DR et al (2006). Effect of weight loss and exercise on frailty in obese older adults. *Arch Intern Med* 166: 860-6

(12) Messier SP, Loeser RF, Miller GD et al (2004). Exercise and dietary weight loss in overweight and obese older adults with knee osteoarthritis: the Arthritis, Diet, and Activity Promotion Trial. *Arthritis Rheum* 50: 1501-10

(13) Villareal DT, Apovian CM, Kushner RF et al (2005). Obesity in older adults. Technical review and position statement of the American Society for Nutrition and NAASO, the Obesity Society. *Obes Res* 13: 1849-63

(14) American Dietetic Association (2005). Position of the American Dietetic Association: liberalization of the diet prescription improves quality of life for older adults in long-term care. *J Am Diet Assoc* 105: 1955-65

Remerciements

Ce texte est largement inspiré de la revue du Dr Patrice Darmon et coll. (Darmon P, Kaiser M.J, Bauer J.M, Sieber C.C, Pichard C. Restrictive diets in the elderly: "Never say never again?" *Clinical Nutrition* 2010, 29: 170-174).