

14

Point de vue du généraliste

La clinique de la dénutrition (asthénie, fatigabilité) est peu spécifique et donc peu utilisable comme moyen de dépistage, de diagnostic et de suivi. Il convient, par conséquent, d'utiliser les marqueurs à la disposition du médecin généraliste.

Marqueurs de dénutrition

Différentes évaluations pourraient théoriquement être utilisées en médecine générale.

Marqueurs anthropométriques

La pesée est un geste simple à réaliser systématiquement en consultation comme en visite à domicile et à transcrire dans le dossier médical du patient. Cette donnée élémentaire de l'examen clinique manque parfois dans les dossiers de médecine générale. C'est ainsi qu'un audit clinique réalisé en 1995 puis en 1997 par le Groupe lorrain d'Audit médical (Birge, 1999) montre que 51 % seulement des dossiers des patients comportent une pesée annuelle. Ce taux passe à 69 % lors du deuxième tour de l'audit, en 1997, ce qui prouve que des médecins motivés peuvent modifier leur pratique dans ce domaine et que des progrès sont réalisables. La pesée systématique de tous les patients suivis en médecine générale permet de mettre en place le suivi pondéral. Une perte de poids peut alors être repérée, chiffrée et déclencher l'enquête étiologique.

Lors de l'hospitalisation d'un patient, l'évolution du poids doit apparaître clairement dans la lettre de sortie. Ces repères sont particulièrement précieux pour les patients en perte d'autonomie dont la pesée en ambulatoire est parfois difficile. Nous n'avons pas trouvé d'évaluation publiée de cette pratique, la mention du poids dans la lettre de sortie, mais l'expérience indique que, là aussi, des progrès sont concevables.

La pesée à domicile est presque toujours omise par le médecin ou le personnel soignant. Dans un certain nombre de situations, la pesée est difficilement réalisable : patients âgés à mobilité réduite, troubles de l'équilibre, grabatisation, absence de balance suffisamment fiable... Dans d'autres cas, c'est le manque de disponibilité du médecin et du patient qui est un obstacle à la

pesée. Le médecin n'y pense pas, le patient est réticent, la balance n'est pas accessible... Les patients pris en charge par les services de soins à domicile pourraient bénéficier d'une pesée systématique lors de la toilette, encore faudrait-il qu'un dossier de soins infirmiers soit utilisé et rempli par les différents intervenants (Agence nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé – ANAES, 1997).

La mesure de la taille est indispensable pour calculer l'indice de masse corporelle (IMC) qui est le seul marqueur anthropométrique utilisable de façon courante en médecine générale. Le suivi de l'IMC permet de repérer les dénutritions en cours de constitution et de suivre leur évolution. La mesure de la taille lors des hospitalisations est également un renseignement précieux. Les difficultés rencontrées dans le suivi pondéral en médecine générale sont encore amplifiées quand il s'agit du suivi statural : la mesure de la taille de l'adulte n'est pas encore un geste courant en médecine générale. Quand il s'agit d'une personne âgée, la seule mesure de la taille (difficile) n'est plus opérationnelle en raison de sa fréquente diminution. En effet, les tassements vertébraux, l'amincissement des disques intervertébraux et l'accentuation de la cyphose dorsale réduisent la taille et compliquent encore sa mesure et son interprétation. Il faudrait alors recourir à l'estimation de la taille « adulte » du sujet âgé par la distance talon-genou et à l'utilisation de formules : cette procédure est trop longue pour être couramment utilisée en médecine générale.

Impédancemétrie

Cet examen simple permet de déterminer la composition corporelle et de mesurer les variations de la masse maigre et de la masse grasse. La mise sur le marché d'appareils accessibles en médecine générale (moins de 1 000 F) est encourageante, même si ces appareils demandent à être validés et si la place de l'impédancemétrie en médecine générale n'a pas encore été évaluée.

Dosages biologiques

Le dosage de l'albuminémie est utilisé en médecine générale, dans les situations à risque ou lorsque les marqueurs anthropométriques évoquent une dénutrition. La ferritinémie est le marqueur le plus sensible et le plus spécifique de la carence martiale, particulièrement fréquente chez les enfants et les femmes réglées.

Évaluation multifactorielle

Le « MNA » (*Mini nutritional assessment*) est théoriquement utilisable en médecine générale, en particulier chez les personnes âgées, mais sa place n'a pas été évaluée et le temps que requiert cet examen est un obstacle à sa réalisation.

Prévalence de la dénutrition

La prévalence de la dénutrition en médecine générale n'est pas connue. Une étude américaine récente conduite sur 441 patients visités a permis de poser le diagnostic de dénutrition dans un peu moins de 10 % des cas. Ces chiffres confirment ceux d'une étude anglaise qui retrouve 7 % de dénutrition dans une population âgée en ville (Serfaty-Lacrosnière, 1997 pour revue).

Dictionnaire des résultats de consultation en médecine générale

Dans le cadre d'une enquête réalisée par la Société française de médecine générale (1996), 120 médecins ont enregistré leurs « résultats de consultation » durant 6 mois. Ils ont ainsi identifié 200 résultats de consultation qui sont représentatifs de plus de 95 % de l'activité des médecins généralistes français. Cette enquête révèle que la dénutrition n'est pas retenue comme résultat de consultation dans ce travail. Il apparaît cependant que le résultat de consultation « amaigrissement » (perte de poids involontaire et inexplicquée) représente 0,13 % des résultats de consultation, soit 6 à 10 actes par an et par médecin. Il n'est pas possible de déterminer la raison de l'absence du résultat de consultation « dénutrition » : faible prévalence réelle ou sous-estimation diagnostique ? Par ailleurs, le résultat de consultation « anorexie/boulimie » représente 0,05 % des résultats de consultation, soit environ 2 à 3 actes par médecin et par an.

Problème des personnes âgées

Au 1^{er} janvier 1998, plus de 15 % de la population française avaient plus de 65 ans ; cette proportion devrait s'élever à 20 % en 2015 (Lévy, 1998). La dénutrition protéino-énergétique atteindrait 5 % de la population âgée vivant à domicile, ce qui représenterait actuellement 4 à 5 personnes âgées dénutries dans une clientèle de médecine générale (approximation basée sur une moyenne de 1 000 patients dans une clientèle de médecine générale et en faisant abstraction des personnes âgées institutionnalisées). C'est dans cette population que se situe la majorité des patients dénutris en médecine générale. Dans l'avenir, c'est également dans cette population que se poseront le plus de problèmes de dénutrition. En outre, l'entrée « dans la vieillesse » de populations qui ont vécu une partie de leur vie active dans une situation de grande précarité entraînera la création d'un groupe à haut risque de pauvreté et de dénutrition potentielle.

Étiologie de la dénutrition

Toute pathologie grave est à risque de dénutrition, ce qui explique d'ailleurs la faible prévalence de la dénutrition en médecine générale. Les agressions, infectieuses, traumatiques ou inflammatoires, de même que les situations

entraînant des défauts d'apport énergétique exposent au risque de dénutrition, notamment chez les personnes âgées dont l'équilibre nutritionnel est fragile. Dans la pratique quotidienne, un certain nombre de situations pathologiques à haut risque de dénutrition peut être identifié :

- maladie cancéreuse : par elle-même et par les thérapeutiques mises en œuvre (notamment la chimiothérapie) ;
- sida ;
- malades en fin de vie : il faut respecter la volonté du patient et les souhaits de son entourage. Le confort physique et psychologique du patient est au centre de la décision qui sera prise par rapport à l'alimentation. Dans ce cadre, il faut parfois savoir accepter la dénutrition ;
- pathologie digestive : les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, les malabsorptions, l'entérocolite radique, les pancréatites chroniques ;
- pathologie psychiatrique : anorexie mentale, boulimie/vomissements, dépressions ;
- pathologie bucco-dentaire : la mauvaise prise en charge des soins et prothèses dentaires est un facteur aggravant de dénutrition, notamment chez la personne âgée ;
- grandes défaillances viscérales : insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale (le suivi des patients en dialyse est assuré le plus souvent en milieu spécialisé et la prise en charge de la dénutrition échappe alors au généraliste).

Dans ces situations, le praticien devrait être particulièrement vigilant afin de ne pas méconnaître une dénutrition en cours d'installation.

La pauvreté est un facteur de risque de déséquilibre nutritionnel dans les pays économiquement développés. La progression actuelle des phénomènes de précarisation (Rapport du Haut Comité de Santé publique, 1998) est dans ce cas particulièrement préoccupante.

Chez les personnes âgées, au risque de dénutrition induit par les pathologies précédentes s'ajoutent des éléments péjoratifs plus spécifiques : l'isolement social favorisé par le veuvage et le milieu urbain, les difficultés motrices et la diminution des ressources pécuniaires qui diminuent l'accessibilité et la diversité alimentaires, les troubles du goût et de l'odorat, la sécheresse buccale et les mauvais états dentaires (ou les appareillages insuffisants), les dépressions plus ou moins masquées. La pathologie iatrogène peut être également en cause : polymédication réalisant un véritable « repas médicamenteux », sécheresse buccale induite par de nombreux produits, poursuite de régimes ou d'interdits alimentaires qui réduisent encore la diversité de l'alimentation.

Carences en micronutriments

En pratique de médecine générale, ce sont les carences martiales qui sont essentiellement repérées. La prévalence de la carence martiale en France a été étudiée en 1993 sur une population de 1 108 sujets âgés de 6 mois à 97 ans,

représentatifs de l'ensemble de la population du Val-de-Marne : une carence martiale est mise en évidence chez 29,2 % des enfants âgés de 6 mois à 2 ans, 13,6 % des enfants entre 2 et 6 ans, 15,4 % des jeunes filles âgées de 14 à 18 ans et 10 % des femmes entre 18 et 30 ans. Les conséquences cliniques de la carence martiale isolée ne sont pas établies avec certitude mais l'ANAES recommande cependant un dosage de la ferritinémie tous les 5 ans chez les femmes réglées et le traitement de toute carence documentée (ANAES, 1996). Il est à noter que les femmes porteuses d'un stérilet constituent un groupe à haut risque de carence martiale (28 % d'entre elles auraient une déplétion totale des réserves en fer selon les constatations en cours dans l'enquête SU.VI.MAX).

En ce qui concerne les femmes enceintes, l'ANAES recommande le dépistage de la carence martiale et de l'anémie par un hémogramme et un dosage de la ferritine sérique au cours du premier trimestre de chaque grossesse, afin de commencer précocement une thérapeutique martiale si nécessaire. L'administration systématique d'un supplément de fer aux femmes enceintes n'est pas recommandée par le groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique en l'absence de preuves suffisantes d'efficacité (*Guide canadien de médecine clinique et préventive*, 1994a).

La prévalence exacte de la carence martiale chez les nourrissons nourris aux laits premier et deuxième âge enrichis en fer n'est pas connue (ANAES, 1996). Un dépistage systématique est difficilement concevable. Le groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique ne le recommande que chez les nourrissons à haut risque : nourrissons issus de familles défavorisées sur le plan socio-économique, nourrissons hypotrophiques ou nourris exclusivement au lait de vache au cours de leur première année de vie (*Guide canadien de médecine clinique et préventive*, 1994b). La prévention primaire par l'allaitement maternel et l'utilisation de laits supplémentés est l'attitude actuellement adoptée en France.

La carence d'apport en calcium chez la personne âgée est bien connue mais ses conséquences cliniques ne sont pas clairement établies. Le déficit en calcium et en vitamine D est particulièrement marqué chez les personnes âgées vivant en institution ou confinées à domicile pour lesquelles il est justifié de recommander une supplémentation (Expertise collective INSERM, 1996).

Les carences en vitamines du groupe B chez l'alcoolique posent le problème de leur mise en évidence. La pertinence d'un traitement systématique reste à démontrer et se heurte actuellement en France au non-remboursement de la supplémentation vitaminique.

Prise en charge diététique et médicamenteuse

La priorité sera toujours donnée à l'alimentation spontanée qui peut être enrichie en lait en poudre, en gruyère râpé. L'utilisation traditionnelle du

« lait de poule » (lait plus œufs) pourrait être encouragée. Les conseils d'un diététicien seraient utiles mais ces professionnels ne sont pas disponibles en médecine ambulatoire.

Des suppléments nutritionnels peuvent rendre transitoirement service. Actuellement, seul le Renutryl® 500 a le statut de médicament (AMM 1965 validée en 1992) remboursable par l'Assurance maladie (à 35 %) pour tous les patients et à 100 % en cas d'affection de longue durée (ALD). Il se présente sous forme de flacons de 375 ml apportant 500 calories (protides 25 %, lipides 20 %, glucides 55 %), à un prix public de 17,50 F le flacon. Il n'est pas toujours adapté, en particulier en cas de non intégrité fonctionnelle du tube digestif ou lorsqu'il existe un besoin nutritionnel spécifique. Par ailleurs, son acceptabilité est variable et une lassitude apparaît fréquemment : c'est pourquoi il serait souhaitable que d'autres produits soient remboursés, permettant une diversité de goûts et de textures.

Le Cétoran® 5 g (oxoglutarate de L-ornitine) est un adjuvant de la nutrition chez le sujet âgé dénutri, la dénutrition étant ici définie par des critères (perte de poids d'au moins 3 kg au cours des 6 derniers mois, associée soit à un indice de masse corporelle inférieur à 22, soit à une albuminémie inférieure à 36 g/l) différant de ceux couramment admis. Le Cétoran 5 g dispose de l'AMM depuis 1996 et est remboursé à 65 % par l'Assurance maladie. Il est vendu en officine par boîtes de 10 sachets au prix public de 161,40 F pour 5 jours de traitement. L'intérêt de ce produit ne fait pas toutefois l'unanimité : selon la revue « Prescrire » (1994, 1997), l'analyse des essais cliniques effectués ne permet pas de démontrer l'utilité clinique du Cétoran® 5 g.

Enfin, certains nutriments énergétiques ont obtenu le remboursement sur la base du TIPS dans des états pathologiques bien définis. Il s'agit de produits ayant reçu au préalable l'autorisation du ministère de l'Économie. En 1999, quatre indications sont prises en charge par le Tarif interministériel des prestations sanitaires (TIPS) : mucoviscidose, épidermolyse bulleuse dystrophique ou dermolytique, patients séropositifs dont la perte de poids est au moins égale à 5 % de leur poids habituel et, depuis 1998, maladies neuromusculaires pour les patients présentant une perte de poids supérieure à ou égale à 5 % de leur poids habituel ou pour les enfants présentant une stagnation staturopondérale durant une période de 6 mois. La prescription de ces nutriments peut être effectuée par tout médecin, en ville comme à l'hôpital, sans durée limitée de prise en charge. Les arrêtés TIPS prévoient une prise en charge limitée à une participation à l'achat pour 100 kcal. Par ailleurs, un certain nombre d'aliments sont remboursés dans le cadre bien défini de la prise en charge des maladies métaboliques.

En conclusion, il peut paraître paradoxal de s'intéresser à la question de la dénutrition dans un pays riche où les produits alimentaires sont en excès et où l'obésité est un problème de santé publique. Cependant, il apparaît que la dénutrition touche non seulement une partie importante de la population

institutionnalisée et hospitalisée, mais également la population qui, pour diverses pathologies, consulte en médecine générale.

BIBLIOGRAPHIE

Actualité des médicaments. Rayon des nouveautés : médicaments à l'hôpital. *Prescrire* 1994, 14 : 141-142

Actualité des médicaments. Rayon des nouveautés : copies et compléments de gamme. *Prescrire* 1997, 17 : 581

ANAES. Recommandations pour la tenue du dossier de soins infirmiers du malade à domicile. Juin 1997 : 1-53

BIRGE J. Audit sur la surveillance du poids en médecine générale. *Rev Prat MG* 1999, 12 : 222-225

CONCOURS MEDICAL. Recommandations et références médicales de l'ANAES 1996, 40 : 43-54

EXPERTISE COLLECTIVE INSERM. Ostéoporose, stratégies de prévention et de traitement, 1996

Guide canadien de médecine clinique préventive. Groupe Communication Canada éditeur, 1994a : 72-81

Guide canadien de médecine clinique préventive. Groupe Communication Canada éditeur, 1994b : 276-288

LEVY ML. La population de la France 1995-1997. INED. *Population et Société* 1998, 333 : 1-4

RAPPORT DU HAUT COMITE DE SANTE PUBLIQUE. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Février 1998

Société française de médecine générale, Décembre 1996

Serfaty-Lacrosnière. La dénutrition des malades en 1997 : état des lieux. Syndicat français des aliments de l'enfance et de la diététique. 1997, 45p