

Diagnostic biologique

■ **Albuminémie:**

■ ≥ 35 g/l "normal,

■ 30 à < 35 g/l "dénutrition modérée,

■ < 30 g/l "dénutrition sévère.

■ **Pré albumine :**

■ ≥ 200 mg/l "normal

■ < 200 mg/l "dénutrition .

Facteurs favorisants

Sociaux	Psychologique neurologiques	Médicaux
Pauvreté, Dépendance pour les actes de la vie courante Isolement faible niveau d' éducation, Institutionnalisation	.démence, .maladie de Parkinson, .alcoolisme, .anorexie mentale, Troubles de l'humeur	.médicaments, .pathologies orales, Gastro entérologique, .diabète, .troubles métaboliques entraînant augmentation de dépense énergétique, .traumatismes, .syndrome d'immobilisation, .BPCO, cachexie cardiaque, .cancer.

Conséquences

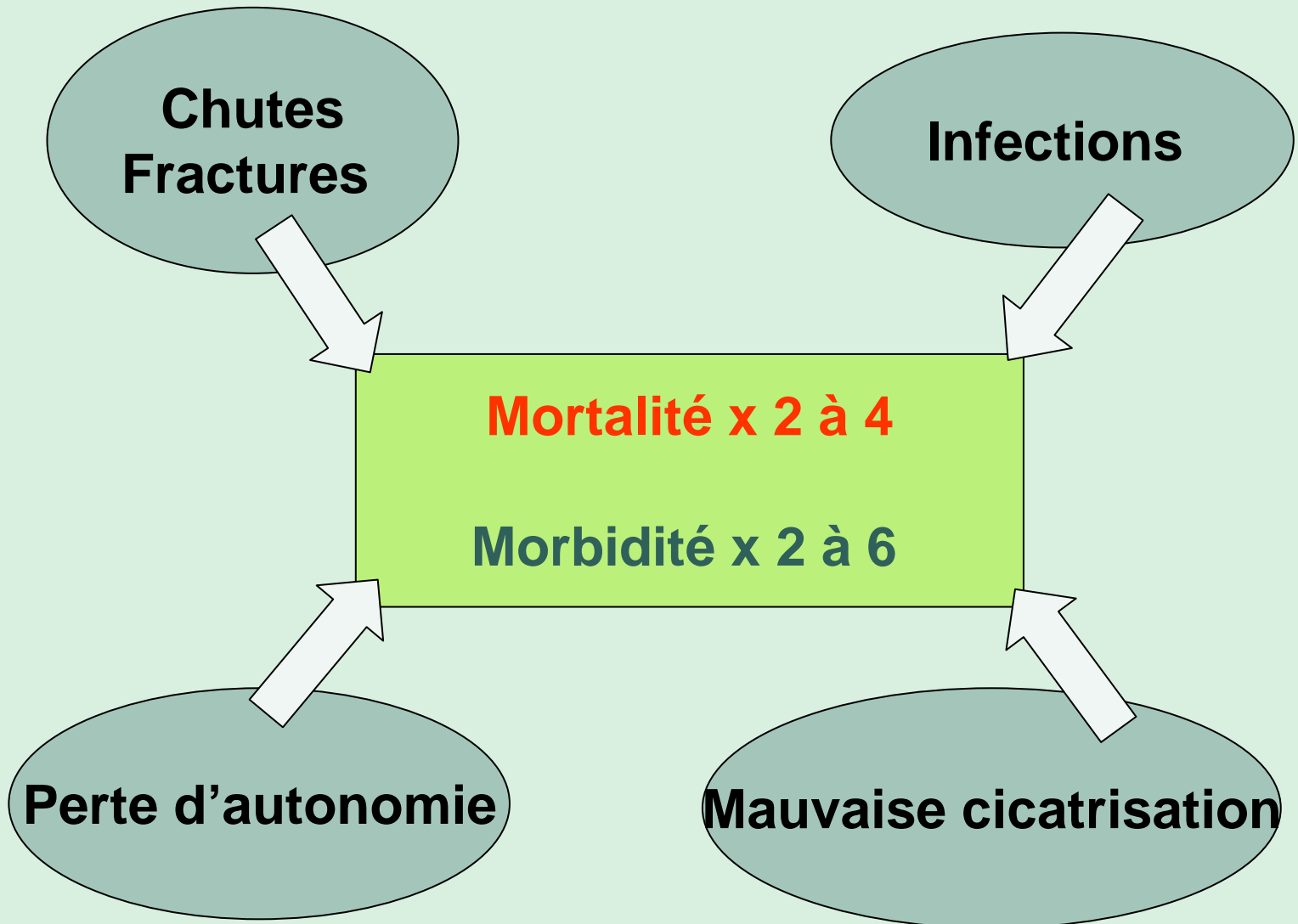
■ **Sarcopénie:**

↓ de la masse musculaire ⇒ ↓ de la force musculaire

- Troubles de la marche,
- Augmentation du nombre de chutes et de fractures,
- Perte d'autonomie,
- Altération de la fonction respiratoire,
- **Retard de cicatrisation** et cicatrisation de mauvaise qualité (escarres, plaies chirurgicales, ulcères, .).

■ **Altération du système immunitaire** avec surtout augmentation **des infections**





Prise en charge de la dénutrition

- Diagnostic précoce +++ (avant les complications).
- Traitement des facteurs favorisants (dépression, troubles dentaires, syndrome inflammatoire, ulcère œsophagien ou gastroduodéal, mycose buccale, dépendance .).
- Vérifier les apports énergétiques et protéiques,
- Régime hypercalorique et hyperprotéique :
 - enrichir l'alimentation (gruyère, crème fraîche, ...),
 - compléments nutritionnels.

- Fractionner les repas.

Prise en charge de la dénutrition

■ Autres mesures :

- tenir compte des goûts et des dégoûts,
- respecter le temps nécessaire à la prise du repas,
- favoriser la convivialité, le confort (couverts ergonomiques si besoin)
- aider à la prise du repas, stimuler,
- éviter les périodes de jeûne prolongées,
- éviter les médicaments anorexigène,

■ Donner les médicaments après les repas.

TROUBLES DE LA MARCHÉ ET CHUTES.

- 1/3 des patients de 65 ans et plus, et la moitié des patients de 85 ans et plus font une ou plusieurs chutes par an.
- En France : 12.000 décès par an, à court terme.
- Fracture dans 6 % des cas (col fémoral).
- 40 % des patients hospitalisés pour chute vont être orientés vers une institution.

Facteurs de risque prédisposants

■ Affections neurologiques :

- Centrales : vasculaire (séquelles d.AVC, hydrocéphalie, .), dégénérative (Parkinson, Alzheimer), tumorale.
- Périphériques : canal lombaire étroit, sciatique, neuropathies, .

■ !Affections ostéo-articulaires:

- arthrose rachidienne, coxarthrose, gonarthrose, pathologies des chevilles et des pieds.

■ Atteintes visuelles(cataracte, glaucome, DMLA).

■ Dénutrition(sarcopénie= fonte musculaire)

■ Baisse de vigilance (psychotropes), syndrome dépressif.

■ Désadaptation à l'effort (insuffisance cardiaque).

Causes intrinsèques

■ **Cardiaques :**

- trouble du rythme, infarctus du myocarde, embolie pulmonaire, rétrécissement aortique serré.

■ **Vasculaires :**

- hypotension orthostatique, malaise vagal, hypersensibilité sino-carotidienne.

■ **Neurologiques :**

- AVC, confusion, hématome sous-dural, épilepsie.

■ **Métaboliques :**

- hypo-ou hypernatrémie, hypo-ou hyperkaliémie, hypoglycémie, hypercalcémie.

■ **Iatrogènes = médicaments :** psychotropes, anti-hypertenseurs, diurétiques, etc.



Causes extrinsèques

- Habillement :
 - chaussures inadaptées (mules).
- Mobilier :
 - fauteuil trop haut ou trop bas.
 - Obstacles au sol :
 - tapis, fils électriques, sol irrégulier, etc.
- Conditions locales dangereuses ou inadaptées :
 - mauvais éclairage,
 - baignoire glissante ; sol glissant, humide,
 - toilettes inadaptées.



Conséquences des chutes

Conséquences immédiates :

■ Traumatismes :

■ hématomes,

■ plaies des tissus mous / de la peau,

■ fractures (col fémoral, côtes, tassement vertébraux .),

■ hématomes intracrâniens



Conséquences des chutes

Conséquences à distance :

■ Hospitalisation,

(alitement, risque nosocomial, iatrogénie, .).

■ "Perte d'autonomie:

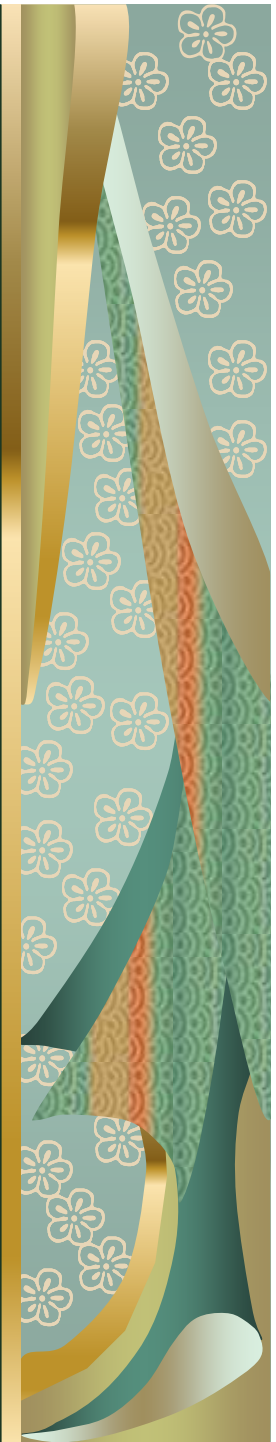
- .conséquence du traumatisme,

- Peur de tomber, perte de confiance en soi, phobie de la marche.

■ Nouvelle chute.

■ Risque d'institutionnalisation.

■ Décès.



Conduite à tenir devant une chute

- Fréquence cardiaque , PA, T°, FR, Sat, conscience, **HGT**.
- Si PC, mettre en PLS.
- ECG systématique (surtout si malaise, douleur thoracique, dyspnée, .).
- Recherche de complication (fractures? TC ? retentissement psychologique ? .).
- Appeler le médecin pour la déclaration de chute et la rédaction du « constat de chute ».

Recherche d'hypotension orthostatique

Définition :

baisse de la PAS et/ou de la PAD dans les 5 minutes après le passage en position debout (orthostatisme).

- Mesurer la PA et le pouls :
 - en position allongée au repos,
 - puis immédiatement après le passage en position debout (0 minute),
 - puis à 1, 3 et 5 minutes.
- Noter la présence signes associés (vertige, lipothymie, PC .).

TROUBLES SPHINCTÉRIENS

- Incontinence = perte involontaire d'urine et/ou de matières fécales.
- Incontinence urinaire :
 - 10 % des sujets de 70 à 75 ans,
 - 25 % des sujets après 85 ans,
 - 50 à 70 % des SA en institution.
- Incontinence fécale :
 - 30 à 50 % en SLD.

Incontinence urinaire

■ Facteurs de risque :

- dépendance physique
- et/ou dépendance mentale (déments sévères : 90 %).

On distingue :

- Incontinence urinaire chronique (permanente),
- Incontinence urinaire transitoire : en rapport avec une circonstance aiguë favorisante, réversible avec une prise en charge active : **pas de protection** : aggrave l' incontinence et peut la rendre définitive