

# Nutrition et maladie d'Alzheimer

Nutrizoom n°26  
Septembre 2007

SOMMAIRE

## Éditorial

Pr Bruno Lesourd

## Question Médicale

Pr Fati Nourhashemi  
Recommandations nutritionnelles

## Consultation Pratique

Dr Jean Barré  
Défaut d'alimentation chez un patient Alzheimer: les bonnes mesures.

## Zoom Nutriments

Dr François Clostre  
Vit B6, B9, B12

## Conseils aux Aidants

Dr Michèle Micas,  
Dr Sandrine Andrieu  
Surveillance et recommandations



Pr Bruno LESOURD  
Service de Gériatrie Clinique,  
Hôpital Nord du CHU de Clermont-Ferrand

L'insuffisance d'apports alimentaires que ce soit en macronutriments, source d'énergie, ou en micronutriments (vitamines et oligo-éléments) aggrave toutes les pathologies. Cette situation est fréquente et grave en gériatrie. Il est donc important, voire même indispensable, de surveiller l'état nutritionnel des personnes âgées que nous avons en charge et ce de façon régulière.

La maladie d'Alzheimer n'échappe pas à cette règle et, depuis quelques années, l'accent est mis sur le rôle des dénutritions dans la survenue et l'évolution de cette pathologie qui envahit non seulement les services gériatriques mais aussi notre pratique quotidienne de médecin traitant.

Notre compréhension du rôle de la nutrition dans l'évolution de cette pathologie avance, même si encore aujourd'hui nous ne pouvons pas proposer de guide thérapeutique dans ce domaine pour ralentir l'évolution de cette pathologie chronique.

L'impact des carences en vitamines B6, B9 et B12, carences facilement diagnostiquées par le dosage de l'homocystéine, est de plus en plus clair et ce à un stade très précoce de la maladie. La surveillance de ces apports dans l'alimentation des aînés et leur correction par des conseils alimentaires, sont donc aujourd'hui des éléments importants du maintien de leur santé mentale. Il faut considérer que la prévention est devenue la pierre angulaire de la médecine des personnes vieillissantes.

Regarder régulièrement s'ils mangent et boivent de façon suffisante et équilibrée est une tâche que nous devons intégrer dans notre prise en charge et ce à tous les stades de l'évolution de cette maladie. Cette surveillance ne doit plus se limiter au patient lui-même mais aussi à son entourage, notamment envers l'aidant principal. Chez lui, le burn-out se traduit souvent par une négligence de lui-même que reflète précocement son état nutritionnel. A ce stade, il ne s'occupe plus de l'aidé comme celui-ci en aurait besoin et cela entraîne une dégradation de l'état de santé et de l'aidant et de l'aidé. C'est en amont, notamment en surveillant l'état nutritionnel des 2 et en intervenant alors précocement pour modifier les conditions de prises en charge, que nous pouvons être le plus utile.



Pr Fati NOURHASHEMI  
Service de Médecine Interne et Gériatrie  
Hôpital Purpan - Casselardit, Toulouse

## Quels sont les problèmes nutritionnels chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer ?

- La perte de poids représente, avec les symptômes psycho-comportementaux et les troubles de la mobilité, l'une des manifestations principales de la maladie d'Alzheimer (MA). **Elle affecte entre 30 à 40% des patients atteints de la MA, indépendamment du lieu de vie (domicile ou institution).** Elle peut s'associer à une malnutrition protéino-énergétique à l'origine de complications sévères (altération du système immunitaire, atrophie musculaire, perte d'autonomie, décès). Les différentes études montrent que la perte de poids ne survient pas qu'aux stades évolués de la MA ; elle peut également affecter les patients dès les premiers stades de la maladie.
- Les mécanismes de cet amaigrissement ne sont pas encore totalement élucidés. **Dans tous les cas, la perte de poids traduit une insuffisance des apports caloriques alimentaires par rapport aux besoins.** L'altération des activités instrumentales de la vie quotidienne peut en être une des causes. Avec l'aggravation de la maladie, on constate l'apparition de troubles du comportement alimentaire de nature parfois oppositionnelle mais aussi apraxique. Ces troubles sont dominés par l'anorexie qui peut survenir à n'importe quel stade de la maladie. L'anorexie peut être secondaire à des symptômes dépressifs, mais peut aussi être en rapport avec des signes productifs (délires ou hallucinations), une iatrogénie ou une cause somatique. Les troubles du compor-

tement alimentaire ont bien été détaillés par Blandford et coll. qui ont proposé une échelle d'évaluation, très utile en particulier en institution. Cette échelle distingue 4 groupes de troubles résumés dans le tableau 1.

- Dans certains cas, l'amaigrissement paraît inexplicable par les mécanismes précédents. D'autres hypothèses ont été évoquées, comme la possibilité d'une élévation des dépenses énergétiques ou l'existence de perturbations biologiques mais aucune n'a fait réellement sa preuve. La mesure régulière du poids doit donc être un des paramètres de suivi des patients atteints de maladie d'Alzheimer. Parmi les échelles évaluant le statut nutritionnel, le Mini Nutritional Assessment ou MNA (tableau 2) est un outil comprenant 18 items de maniement simple qui permet de classer des sujets en 3 catégories selon leur statut nutritionnel : normal, à risque de dénutrition ou dénutri. Cet outil peut également guider la mise en place d'une intervention nutritionnelle ciblée.

## Que doit repérer un aidant ? Que doit-il faire ?

- Le poids doit être surveillé tous les mois ainsi qu'au cours de chaque événement stressant. Il faut garder à l'esprit que la perte de poids témoigne toujours d'une insuffisance des apports caloriques qui doivent être ajustés de façon individuelle. Dès l'amorce d'un amaigrissement, l'aidant doit en parler au médecin.
- En fonction des causes potentielles retrouvées, le praticien pourra proposer différentes attitudes (si besoin assistance, accompagnement par l'aidant ou l'aide ménagère lors des repas, portage des repas, compléments nutritionnels, suppléments nutritionnels...). Des conseils spécifiques adaptés à chaque cas peuvent améliorer considérablement les apports nutritionnels (ex : privilégier les aliments qui se mangent avec les doigts, présenter les plats un par un...). La littérature scientifique souligne l'efficacité de certaines de ces interventions dans la prise en charge de l'amaigrissement associé à la MA. La majorité de ces études montre une reprise de poids significative avec une augmentation des apports nutritionnels, en particulier par adjonction des compléments nutritionnels oraux. D'autres auteurs ont montré que la prise en charge nutritionnelle des patients à travers la formation des aidants familiaux sur la MA et la nutrition pouvait aussi avoir une action positive. En effet, une meilleure compréhension de la maladie par l'entourage lui permet de mieux adapter ses réactions. Enfin, il faut garder à l'esprit que l'activité physique est un des moyens d'intervention simple qui permet de stimuler l'appétit et de restaurer la balance énergétique chez les patients.
- Dans tous les cas, il convient de prévoir les repas à des heures régulières, de respecter la place de la personne à table et de proposer une alimentation variée sans trop de plats différents au même moment.

### Tableau 1

Les différents troubles dépistés par l'échelle de Blandford

- 1- les comportements sélectifs :** refuser de manger une grande variété d'aliments, refuser les solides... Ces troubles nécessitent en général un changement de régime alimentaire.
- 2- les comportements actifs de résistance alimentaire ou d'opposition :** comme repousser la nourriture ou la personne qui veut nourrir, mettre ses mains en face de sa bouche, cracher la nourriture
- 3- la dyspraxie buccale de l'alimentation et des troubles de l'attention :** comme mélanger les aliments et jouer avec la nourriture, utiliser les doigts à la place des couverts, manger des choses non comestibles... Ces troubles concernent en général des patients qui ont besoin d'être guidés pour initier leur repas.
- 4- la dysphagie oro-pharyngienne :** fermer la bouche, serrer les dents etc... Ces troubles sont liés à la perte de coordination musculaire au cours des phases de mastication et de déglutition. Ils sont souvent à l'origine de fausses-routes.

Les comportements sélectifs, les comportements d'opposition et certains troubles des pratiques semblent être la conséquence directe du déclin cognitif et de l'inattention survenant avec l'évolution de la maladie.

**Tableau 2**

Le Mini Nutritional Assessment (MNA)

**A- La quantité d'aliments consommée a-t-elle diminué ces trois derniers mois en raison d'une perte d'appétit, de problèmes digestifs, de difficultés de mastication ou de déglutition ?**

- 0 - Forte diminution
- 1 - Diminution modérée
- 2 - Pas de diminution

**B- Le patient a-t-il perdu du poids ces trois derniers mois ?**

- 0 - Oui, plus de 3 kg
- 1 - Ne sait pas
- 2 - Entre 1 et 3 kg
- 3 - Non

**C- Quelle est la mobilité du patient ?**

- 0 - Confiné au lit ou au fauteuil
- 1 - Peut se lever, mais ne sort pas
- 2 - Sort

**D- Le patient a-t-il subi un stress psychologique ou souffert d'une maladie aiguë ces trois derniers mois ?**

- 0 - Oui
- 2 - Non

**E- Le patient souffre-t-il de troubles neuropsychiatriques ?**

- 0 - Démence ou dépression sévère
- 1 - Démence modérée
- 2 - Pas de troubles neuropsychologiques

**F- Index de masse corporelle (IMC= poids en kg/ taille en m)<sup>2</sup>**

- 0 - IMC < 19
- 1 - 19 < IMC < 21
- 2 - 21 < IMC < 23
- 3 - IMC > 23

- - Si le score total à ce moment est de 12 ou plus, le patient n'est pas à risque de dénutrition et le test peut s'arrêter là.
- Si le score est de 11 ou moins, le MNA complet doit être effectué.

**G- Le patient vit-il de façon indépendante (n'est pas en institution) ?**

- 0 - Non
- 1 - Oui

**H- Le patient prend-il plus de trois médicaments par jour ?**

- 0 - Oui
- 1 - Non

**I- Le patient a-t-il des escarres ou des ulcères cutanés ?**

- 0 - Oui
- 1 - Non

**J- Combien de vrais repas complets le patient fait il chaque jour ?**

- 0 - 1 repas
- 1 - 2 repas
- 2 - 3 repas

**K- Indicateurs de la consommation de protéines ?**

- **Au moins une part de produits laitiers (lait, fromage, yaourt) par jour :** Oui / Non
- **Au moins deux parts de légumes ou d'œufs par semaine :** Oui / Non
- **De la viande, du poisson ou de la volaille chaque jour :** Oui / Non
- 0 - si aucun ou un « oui »
- 0,5- si deux « oui »
- 1 - si trois « oui »

**L- Le patient consomme-t-il au moins deux parts de fruits ou de légumes par jour ?**

- 0 - Non
- 1 - Oui

**M- Combien de liquides (eau, jus, café, thé, lait) consomme-t-il par jour ?**

- 0 - Moins de trois tasses
- 0,5 - Trois à cinq tasses
- 1 - Plus de cinq tasses
- (une tasse : environ 190 ml)

**N- Mode d'alimentation ?**

- 0 - Incapable de manger sans assistance
- 1 - S'alimente avec quelques difficultés
- 2 - S'alimente sans difficulté

**O- Comment le patient considère-t-il son propre état nutritionnel ?**

- 0 - Se considère en état de malnutrition
- 1 - Ne sait pas
- 2 - Considère qu'il n'a pas de problème nutritionnel

(en cas de trouble cognitif, demander l'avis de l'entourage)

**P- Par comparaison avec d'autres personnes du même âge, comment le patient considère-t-il son état de santé ?**

- 0 - Pas aussi bon
- 0,5 - Ne sait pas
- 1 - Aussi bon
- 2 - Meilleur

(en cas de trouble cognitif, demander l'avis de l'entourage)

**Q- Circonférence du bras ?**

- 0 - Moins de 21 cm
- 0,5 - 21 à 22 cm
- 1 - 22 cm ou plus

(au milieu du biceps, bras pendant, détendu)

**R- Circonférence du mollet ?**

- 0 - moins de 31 cm
- 1 - 31 cm ou plus

(assis jambes pendantes ou debout)

- - Si le score total est < à 17, le patient est en état de dénutrition.
- Entre 17 et 23,5, il est à risque nutritionnel.
- Au-delà de 23,5, il est bien nourri.

## Pourquoi l'aidant doit-il faire attention à lui ? Comment l'aider face à la maladie ?

- De nombreux travaux confirment que l'aidant du patient atteint de MA est fragilisé aussi bien sur le plan physique que psychique. La souffrance de l'aidant, si elle n'est pas prise en compte, peut retentir sur l'état de santé du patient. Il est impératif d'évaluer son état de santé et en fonction, d'adapter le dispositif d'aides qui peut être mis en

place à domicile (intervenants extérieurs : aides ménagères souvent prises en charge par l'APA, aides-soignantes ou IDE, kinésithérapeutes, centres de jours...). Les catégories d'acteurs intervenants et les services nécessaires dépendent des incapacités de la personne. Les Centres Locaux d'Informations et de Coordination gérontologiques (CLIC) sont en principe là pour assurer l'information concernant l'offre de soin et aider le médecin à la coordonner.

### Références

- 1 - IANA (International Academy on Nutrition and Aging) groupe d'experts : perte de poids et maladie d'Alzheimer. *Rev Geriatr* 2006 ; 31 : 565-580.
- 2 - Le guide nutrition pour les aidants des personnes âgées. PNNS 2006.
- 3 - Guerin O, Andrieu S, Schneider SM, Milano M, Boulahssass R, Brocker P, Vellas B. Different modes of weight loss in Alzheimer disease: a prospective study of 395 patients. *Am J Clin Nutr* 2005; 82: 435-441.
- 4 - Blandford G, Watkins LB, Mulvihill MN. Assessing abnormal feeding behavior in dementia: a taxonomy and initial finding. In: Vellas B, Rivière S, Fitten J, ed. *Weight loss & eating behaviour in Alzheimer's patients. Research and practice in Alzheimer disease. Paris: SERDI, 1998; 47-64.*



Dr Jean BARRÉ  
Consultation mémoire, service de gériatrie,  
CHU d'Angers.

## Première consultation

• Votre patiente, Mme R. âgée de 78 est atteinte d'une maladie d'Alzheimer diagnostiquée un an plus tôt ; elle est également traitée pour une hypertension et un diabète de type 2 depuis 15 ans environ. Institutrice retraitée, elle vit avec son mari de 6 ans son aîné, lui-même soigné pour une angine de poitrine. Leur fils unique domicilié à proximité, leur rend visite deux à trois fois par semaine. Avant sa maladie, Mme R. assurait seule l'ensemble des activités domestiques, les courses, la cuisine, l'entretien du linge.

Au cours de la consultation, la patiente se décrit comme en bonne santé, mais lorsque son mari vous explique que depuis environ six mois, c'est lui qui fait les courses, les comptes, et le plus souvent la cuisine à la maison, elle s'indigne et s'emporte. « Tu dis n'importe quoi ! », lui dit elle. Monsieur précise qu'il aurait souhaité, pour sa part, la mise en place d'un service de livraison de repas à domicile et l'intervention d'une femme de ménage, mais que son épouse s'y oppose.

• Le score du MMSE de Folstein est à 19/30 contre 23/30 lors du diagnostic. Mme R. ne connaît pas son poids exact, une fois déshabillée, déchaussée, et sans son corset, elle pèse 57 kilos, pour une taille de 1,52m, contre 62 kilos 1 an plus tôt. Mme R. est plutôt satisfaite de découvrir cette perte de poids, ayant depuis de nombreuses années lutté contre quelques kilos superflus. Mr. R. précise qu'il aide de son mieux son épouse à respecter son régime diabétique en réprimant une attirance croissante de celle-ci pour les sucreries.

## Commentaires

### • Quelles modalités de surveillance du poids proposez vous ?

Il faut recommander une mesure de poids par mois, toujours sur la même balance, déshabillé, le matin, de noter le poids et la date sur un cahier ou sur le calendrier, et proposer de venir à la consultation avec ce recueil du poids sur plusieurs mois. Afin d'insister sur l'importance de ce suivi, il est préférable de le « prescrire » par écrit plutôt que de l'évoquer oralement.

### • Quels conseils nutritionnels proposez vous ?

Chez une personne âgée, *a fortiori* dans le cadre d'une maladie d'Alzheimer, l'objectif nutritionnel est de prévenir la survenue d'une dénutrition en incitant les personnes à conserver une alimentation variée et équilibrée. Parfois très attachés à des régimes sans sucre, les patients et leurs entourages peuvent perdre de vue que les restrictions alimentaires mal compensées peuvent précipiter la survenue d'une dénutrition. En revanche, la pratique d'une activité physique régulière adaptée à l'autonomie reste souhaitable dans ce contexte.

### • Comment définir des seuils d'alerte sur le plan nutritionnel ?

- 1) En se référant à un changement brutal du comportement alimentaire rapporté par l'entourage (par ex : "depuis une semaine, elle ne mange presque plus rien"),
- 2) En fonction du degré d'amaigrissement. Un amaigrissement de 5 % du poids du corps sur 6 mois doit conduire à la réalisation d'une évaluation nutritionnelle. Un amaigrissement de 10 % du poids du corps sur 6 mois évoque une dénutrition sévère.

- 3) En se référant à l'indice de masse corporelle (poids/ taille au carré) :  
Dénutrition très probable chez la personne âgée si l'IMC < 21  
Dénutrition sévère si IMC < 18,5  
La calculatrice est indispensable pour calculer l'IMC, trop souvent il n'est pas calculé alors même que l'on dispose du poids, de la taille du patient.
- 4) Au décours d'une maladie aiguë, notamment infectieuse, qui associe souvent une anorexie et une augmentation des besoins nutritionnels.
- 5) En se référant au MNA, un score < 17 traduisant une dénutrition

### • Face au refus d'aide de Mme R. que peut-on dire à son conjoint ?

Les consignes générales apportées à l'entourage peuvent se construire à partir de deux notions : l'anosognosie et le concept de capacités restantes.

1) **L'anosognosie** est une notion difficile à cerner et à gérer au quotidien par l'entourage des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Le terme désigne la méconnaissance par le patient de sa maladie et de la perte de ses capacités fonctionnelles. Bien que de sévérité variable, l'anosognosie est un symptôme caractéristique de la maladie d'Alzheimer. La nature de la relation entre époux ou entre les parents et les enfants doit évoluer pour permettre la protection des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. Cette évolution se fait parfois naturellement, mais il arrive qu'elle se fasse très lentement et dans la souffrance ou paraisse insurmontable. Il n'est pas rare que le conjoint autonome ne parvienne pas du tout à imposer ses propositions. L'information apportée à l'entourage sur l'anosognosie, l'aide à prendre de l'assurance vis-à-vis du patient ce qui accélère la mise en place des aides à la personne. Plutôt que de consacrer un temps inutile à convaincre le patient de sa perte d'autonomie, les aides sont apportées progressivement et avec tact, par des personnes de confiance dont la bienveillance est perçue par le patient, avec le souci de ne pas heurter son amour-propre. Les aides sont souvent critiquées, mais tolérées avant d'être progressivement acceptées.

### 2) Les capacités restantes, et le respect du patient dans sa spécificité.

Pour nuancer le discours précédent, il faut insister sur la nécessité de personnaliser les propositions d'aide en fonction notamment des capacités restantes de Mme R. Si plusieurs modalités d'aides sont possibles, il est important de choisir la moins contraignante et d'associer le patient au choix de la proposition la plus acceptable à ses yeux. Pour cela, il faut disposer d'une connaissance la plus complète possible des propositions d'assistances localement disponibles : courses livrées à domicile, transporteurs bénévoles en milieu rural, livraison de plats surgelés à domicile, service municipal ou privé de livraison à domicile, apports ponctuels de repas par des amis, des parents, intervention d'une aide ménagère pour la préparation des repas, possibilité de prendre certains repas en collectivité notamment dans un foyer logement ou une maison de retraite de proximité, invitation le week-end chez les enfants...

Les cellules d'évaluation gériatrique et les CLICS (Centre Local d'Information et de Coordination) peuvent favoriser l'élaboration d'un projet personnalisé. L'allocation personnalisée à l'autonomie peut contribuer au financement d'une partie de ses prestations.

## Deuxième consultation

• Quelques mois plus tard, vous revoyez Mme R. à son domicile après une hospitalisation motivée par une pneumopathie aiguë. Son conjoint vous apprend que durant l'hospitalisation son épouse était agitée, désorientée et opposante, et qu'il avait fallu lui administrer de nombreux calmants. Voyant son épouse négliger ses repas de façon inquiétante, Mr R. est venu la voir tous les après-midi, pour lui tenir compagnie et la faire manger le soir.

Deux jours après son retour à domicile, la patiente, toujours désorientée, a besoin d'être guidée aux heures de repas. Malgré les efforts de son mari, elle mélange desserts, entrées et plat principal, éprouve des difficultés pour utiliser ses couverts, se lève au cours du repas. Mme R. pèse 50 kilos.

## Commentaires

### • Quelles propositions faites-vous à Mr R ?

Dans les suites d'une hospitalisation, une dénutrition est fréquente. Un réajustement des prescriptions à domicile, et notamment une diminution des psychotropes est souvent nécessaire, certaines co-morbidités (candidoses buccales, constipation importante, globe vésical) doivent être recherchées. La perte d'autonomie brutale de Mme R ne correspond pas à l'évolution naturelle de sa maladie et peut être partiellement ou largement réversible si une prise en charge précoce est proposée. Dans ce contexte de dénutrition sévère une hydratation suffisante, une alimentation enrichie hyper calorique et hyperprotidique doit être envisagée.

Les propositions sont les suivantes :

#### 1) Observer et analyser et décrire

Un médecin ayant rarement l'occasion de voir de lui-même manger ses patients, il faut rappeler à l'entourage familial qu'il est un témoin privilégié qui peut rendre compte d'une multitude d'informations utiles. Une grimace pendant la mastication, la déglutition, un dégoût pour les viandes ou tout autre sélectivité dans le comportement alimentaire sont à prendre en compte. Des nausées au cours du repas ou après la prise d'un médicament, des difficultés pour tenir les couverts ou voir les plats, une méfiance ou une réticence lors de la présentation du repas, une tristesse ou une auto-dépréciation peuvent également orienter la prise en charge.

#### 2) Simplifier

Choisir des aliments faciles à manger, que l'on peut saisir avec une cuillère, ou avec les doigts. Servir les plats un par un. Ouvrir les conditionnements.

#### 3) Stimuler

Interroger le patient sur ses envies, le faire participer au choix des menus ou à l'assaisonnement des plats, l'inciter à goûter les plats délaissés, initier certains gestes tout en invitant le patient à poursuivre. Ne pas hésiter à donner un caractère festif et convivial à certains repas, anniversaire, repas de famille.

#### 4) Tolérer

Le pragmatisme prime quand le risque de dénutrition est important, mais il peut heurter des habitudes et des interdits fortement ancrés. Renoncer à des restrictions alimentaires respectées depuis de nombreuses années peut s'avérer difficile. Il faut savoir tolérer la préférence pour le goût sucré, le petit-déjeuner, le grignotage entre les repas, la lenteur lors de la prise du repas, (en réchauffant au besoin certains plats), tolérer aussi les interruptions au cours du repas, le mauvais usage des couverts, l'usage des doigts. Il faut également accepter les fluctuations comportementales du patient avec des jours « avec » et des jours « sans ».

#### 5) Enrichir

Si les apports caloriques et protidiques sont insuffisants, il ne faut pas hésiter à renforcer le petit-déjeuner souvent très apprécié, de quelques tartines supplémentaires, enrichir les plats par des moyens naturels (beurre, crème fraîche, œuf, fromage) dans un potage ou une purée.

A ce stade, l'utilisation de compléments nutritionnels oraux hypercaloriques et hyperprotidiques est particulièrement adaptée car ils vont garantir, dans un faible volume, l'apport en protéines et en calories nécessaires aux besoins du patient.

Il existe une grande variété de textures et d'arômes (boissons lactées, crèmes dessert, soupes, plats mixés, céréales) adaptée à tous les moments de la journée.

#### 6) Fractionner

Quand la patiente ne finit pas son repas, déambule, il est licite de proposer des collations, fruits, viennoiserie, biscuit, crème, compote. Compléments nutritionnels laissés en évidence, un buffet de mets pouvant même être grignotés debout.

#### 7) Gérer les comportements d'opposition

De toutes les formes d'aide, l'assistance apportée dans la prise des repas est celle qui fait l'objet du plus grand investissement affectif. Le refus alimentaire, l'opposition aux soins génèrent une angoissante culpabilité; le risque de surinvestissement n'est jamais loin et peut conduire à une obstination déraisonnable. Il n'est pas inutile de rappeler que la prise des repas doit rester un plaisir pour les patients, que les causes de l'amaigrissement dans la maladie d'Alzheimer ne sont pas toutes curables ni clairement connues.

#### 8) Accepter l'aide des soignants, envisager l'institutionnalisation.

La maladie d'Alzheimer renforce souvent la dépendance affective entre conjoints. L'aidant principal se refuse à déléguer la charge croissante de ses engagements, tout en se plaignant d'être épuisé. Il faut respecter les décisions de Mr R, mais il est important de l'aider à délimiter ses compétences, ses capacités physiques et d'évoquer les mois d'anticipation nécessaire à la recherche d'une alternative au maintien à domicile.

## Troisième consultation

- Quatre mois plus tard, Mr R se présente accompagné de son épouse qui a repris 4 kilos et mange de nouveau seule les aliments préparés. Mr R vous apprend qu'il s'est vu proposer au décours de sa dernière consultation rhumatologique, une intervention chirurgicale en vue de subir une prothèse du genou. Mr R exclut cette intervention parce que son épouse est dans l'incapacité de se débrouiller seule et qu'elle n'accepterait pas d'aide d'une autre personne que son époux.

## Commentaires

### • Quelles propositions faites-vous ?

Il est souhaitable d'informer l'aidant principal, mais aussi les autres membres de la famille le plus tôt possible de ce risque potentiel de négligence de leur propre prise en charge médicale, pour les aider à anticiper ce type de situation. L'épuisement des aidants n'est pas que psychologique, il relève aussi d'une tendance plus ou moins prononcée de l'aidant à sous-estimer ses pathologies propres. Mr R ne veut pas déranger ses enfants, n'ose pas leur demander d'aide.

Aborder les possibilités d'hébergement temporaire avec Mme R, et en présence de son mari, communiquer la liste des établissements proposant des accueils temporaires, rappeler l'existence de délai d'attente de plusieurs mois, sont des façons possibles d'apporter de l'aide au conjoint. Il est désormais bien établi que l'aidant principal d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer est sur le plan médical une personne à risque. Il n'est donc pas superflu lors de chaque consultation de l'interroger sur son état de santé, et lui aussi de le peser de façon régulière.

Plus de  
**Savoir**

Plus de  
**Saveur**

*Clinutren*<sup>®</sup>  
Solutions

**Clinutren**<sup>®</sup> propose une solution de prise en charge nutritionnelle de vos patients en s'appuyant sur sa maîtrise de la nutrition clinique et sa connaissance de leurs attentes sur le plan organoleptique.

Fort d'une équipe de chercheurs, spécialement dédiée à la nutrition clinique, répartie dans 15 centres de recherche internationaux, le laboratoire pharmaceutique **Nestlé Clinical Nutrition** met à disposition de vos patients les produits de complémentation orale les plus adaptés à leur situation pathologique.

Avec plus de **40 préparations** sucrées, salées, liquides ou texturées, la **gamme Clinutren**<sup>®</sup> offre une réponse adaptée à chaque patient. Sa grande diversité, ses saveurs appréciées et ses textures agréables favorisent l'observance au long cours et garantissent ainsi l'efficacité du traitement.



Retrouvez la gamme Clinutren<sup>®</sup> sur notre site  
[www.nutripro.nestle.fr](http://www.nutripro.nestle.fr) (Rubrique Nestlé Clinical Nutrition)

La **vitamine B 6** ou **pyridoxine** est un coenzyme essentiel de nombreuses réactions enzymatiques intervenant dans le métabolisme des acides aminés, de protéines et de neuromédiateurs indispensables au bon équilibre des fonctions cérébrales. Rappelons que les taux de vitamine B 6 sont cent fois plus élevés dans le cerveau que dans le sang. <sup>(1)</sup>

La **vitamine B9** : on parle plus souvent d'**acide folique** ou de **folates** que de vitamine B9. L'acide folique tire son nom de son abondance dans les légumes verts à feuilles, tels que les laitues ou les épinards. C'est une molécule de petite taille très sensible à l'oxydation. L'acide folique est essentiellement un donneur de méthyle.

La **vitamine B 12** est la **cyanocobalamine**. Elle joue un rôle majeur dans la synthèse de certaines protéines, en particulier, des acides désoxyribonucléiques (ADN) et ribonucléiques (ARN). Une carence en vitamine B 12 entraîne chez l'homme des troubles neurologiques et psychiques et, bien sûr, des désordres hématologiques pouvant être graves.

### Rôles des vitamines B 6, B 12 et de l'acide folique dans la maladie d'Alzheimer

La nutrition est devenue, depuis quelques années, un facteur important dans la pathogénie de la maladie d'Alzheimer (MA). <sup>(2,3)</sup> De nombreux travaux ont, en particulier, montré chez les patients atteints de MA que l'altération des fonctions cognitives pouvaient être liée à une baisse des taux plasmatiques des vitamines B 6, B 12 et des folates.

### L'hyperhomocystéinémie dans la maladie d'Alzheimer

Une augmentation de l'homocystéine plasmatique joue également un rôle important et spécifique dans le déclin des fonctions cognitives de la MA. Or, le catabolisme de l'homocystéine est étroitement lié aux taux d'acide folique et de vitamines B6 et B12. En cas de déficit nutritionnel de ces cofacteurs, l'homocystéine risque de s'accumuler et exercer ses effets toxiques.

### Sources et apports conseillés de vitamines B6, B9, B12

#### ► Les apports recommandés <sup>(4)</sup>

Les apports nutritionnels conseillés en folates (qui varient selon les sources, même avec les sources officielles) <sup>(4,5)</sup> sont de 330 µg/jour chez l'adulte, 300 µg/jour chez l'adolescente, jusqu'à 400 µg/jour chez les femmes enceintes, et entre 330-400 µg/jour chez les personnes âgées.

Les apports quotidiens recommandés <sup>(4,6)</sup> de vitamine B 6 sont de 1,5 à 1,8 mg/jour chez l'adulte (2,2mg/jour chez les personnes âgées) et ceux de vitamine B 12 de 2,4 µg/jour chez l'adulte (3 µg/jour chez la personne âgée). A noter que les folates et la vitamine B 12 sont plus efficaces chez les personnes âgées quand ils sont administrés simultanément. <sup>(7)</sup>

#### ► Les principales sources <sup>(9, 10)</sup>

Vitamine B6 (en mg/100 g)	Vitamine B12 (en mg/100 g)	Acide Folique (en mg/100 g)
> 1	0,05 à 0,1	> 0,5
- Levure de boulanger - Foie de veau	- Foie de veau	- Levure de boulanger
0,7 à 1	0,01 à 0,05	0,1 à 0,5
- Germe de blé - Flocons d'avoine, noix - Saumon frais, maquereaux	- Poissons : maquereaux, harengs	- Légumes verts à feuilles - Betteraves, p. de terre, chou, pois - Foie de veau
0,2 à 0,7	0,001 à 0,01	0,01 à 0,1
- Viande de bœuf, de mouton, de veau, - Jambon, poulet, hareng, crabe - Lentilles, haricots blancs - Fruits : avocats, bananes	- Viande de bœuf, de mouton, de veau - Viande de porc - Lait de vache et dérivés	- Viande de bœuf, de veau, de porc - Œuf de poule - Carottes, concombres, endives, asperges, haricots verts
0,1 à 0,2		0,005 à 0,01
- Œuf de poule et lait - Légumes : choux, pommes de terre, pois, salades, épinards		- Autres légumes

#### ► Quelques choix alimentaires pratiques

Pour la vitamine B 6, privilégier le foie de veau, les légumineuses – lentilles, petits pois, haricots blancs, pois chiches -, les céréales, les viandes et les volailles, le jambon, les pommes de terre, les bananes.

Pour la vitamine B 12, on recherchera une alimentation d'origine animale – viandes maigres, foie de veau, rognons, poissons, comme les maquereaux, les œufs, sans négliger pour autant le lait.

Pour l'acide folique, on favorisera une prise régulière et quotidienne de légumes verts à feuille – épinards, cresson, laitue et autres salades – mais aussi asperges, choux, brocolis, poireaux, endives, le foie de veau, les œufs sans oublier, en saison, les amandes, les noix et les châtaignes. Ces légumes à feuilles vertes doivent toutefois être consommés rapidement après la cueillette ou l'achat, sachant par exemple qu'une salade gardée 4 jours au réfrigérateur a perdu 50% de son contenu en acides foliques.

Ajoutons qu'une consommation modérée de vin rouge entraîne une diminution de l'hyperhomocystéinémie et du risque cardiovasculaire chez des patients obèses, un argument qui pourrait s'ajouter à d'autres pour expliquer le fameux « *French Paradox* ». <sup>(11)</sup>

Notez également que les compléments nutritionnels oraux contiennent également des vitamines B6-B9-B12.

Fiche rédigée par le Dr François CLOSTRE,

Membre du Groupe de réflexion « Aliments-Médicaments », Académie Nationale de Pharmacie

#### Quelques références :

- Bourre J.M. Effects of nutrients (in food) on the structure and function of the nervous system : update on dietary requirements for brain. Part I : micronutrients. *The J. of Nutrition, Health & Aging*. 2006 ; 5 : 377-85.
- Morris M.C., Schneider J.A., Tangney C.C. Thoughts on B-vitamins and dementia. *J. of Alzheimer's Dis.* 2006 ; 9 : 429-33.
- Guyonnet S., Nourhashemi F., Ousset P.J. et al. Maladie d'Alzheimer et nutrition. *Rev. Neurol.(Paris)* 1999 ; 5 : 343-9.
- Apports nutritionnels conseillés pour la population Française, Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments, 3<sup>e</sup> édition, Ed. Tec & Doc.
- Potter de Courcy G. Recommandations pour la pratique clinique : acide folique. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 1997 ; 26 : 75-83.
- Favier M., Hliringer I. Recommandations pour la pratique clinique : polyvitamines B1,B6,B12. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 1997 ; 26 : 100-8.
- Bourre J.M. Effets des nutriments sur les structures et les fonctions du cerveau : le point sur la diététique du cerveau. *Rev. Neurol. (Paris)* 2004 ; 160 : 767-792.
- Touvier M., Boutron-Ruault M.C., Volatier J.L., Martin A. Efficacy and safety of regular vitamin and mineral supplement use in France : results from the ECCA study. *Int. J. Vitam. Nutr. Res.* 2005 ; 75 (3) : 201-9.
- Apfelbaum M., Romon M., Dubus M. Diététique et nutrition. Ed. Masson. 2004 : 27-90.
- Randoin L., Le Gallic P., Dupuis Y., Bernardin A. Table de composition des aliments. *Institut Scientifique d'Hygiène Alimentaire* 2004 : 106-7.
- Dixon J.B., Dixon M.E., O'Brien P.E. Reduced plasma homocysteine in obese red wine consumers : a potential contributor to reduced cardiovascular risk status. *Eur. J. of Clin. Nutr.* 2002 ; 56 : 608-14.

# Surveillance et états de santé de l'aidant

## Le rôle de l'aidant est-il déterminant dans l'évolution de la maladie d'Alzheimer ?

L'entourage (la famille le plus souvent) a un rôle clé dans la prise en charge du malade Alzheimer, mais au risque fréquent d'épuisement et de conséquences négatives sur sa santé physique et mentale.

L'impact psycho-affectif, matériel et financier de la maladie va en effet se manifester par des difficultés objectivables et/ou ressenties par l'aidant.

Le temps passé à l'aide et les tâches matérielles est repéré comme le « fardeau » objectif, alors que le fardeau subjectif témoigne de l'épuisement et du stress ressenti par l'aidant.

La typologie des aidants est d'une extrême variabilité, et leur vécu par rapport à la maladie est en constante évolution. L'épuisement ressenti est surtout lié aux troubles du comportement ; avec un risque accru d'épuisement pour les aidants ayant un proche atteint de pathologie frontale.

D'autre part, les diagnostics portés de manière plus précoce modifient les problèmes rencontrés par les aidants. Leurs difficultés sont moins bien identifiées et les aides inadéquates à leurs besoins.

## Pourquoi l'aidant doit se surveiller et doit-il accepter d'être aidé ?

Au cours de l'évolution de la maladie, 30 à 50 % des aidants vont présenter des signes cliniques de dépression, de détresse psychologique (se traduisant souvent par une plus grande consommation de psychotropes), une diminution de la qualité du sommeil, ou des pathologies somatiques.

► **Le rôle du clinicien dans l'évaluation de l'état de santé des aidants :** l'approche strictement médicale sera l'évaluation de l'état psychique et somatique de l'aidant. Plus globalement, cette évaluation doit prendre en compte : la capacité à faire face, le niveau d'implication, la motivation à assumer des responsabilités spécifiques à la maladie. Il s'agit aussi d'apprécier les risques potentiels liés au contexte ou aux types de troubles présentés par le malade : situations critiques nécessitant la mise en place de mesures de protections juridiques, dangerosité, risque de maltraitance...

Cette évaluation doit être renouvelée dans le temps, mais il faut souligner les difficultés de cette approche surtout si l'aidant ne comprend pas la nécessité d'une surveillance de son état de santé, et s'il n'a pas le même médecin que son parent malade.

## Comment faut-il le surveiller ou l'inciter à se surveiller ?

► **Surveillance de l'aidant :** il ne faut pas hésiter à lui poser des questions de santé précises, en faisant le lien entre une symptomatologie de stress et les répercussions de la prise en charge (penser à une entrevue avec l'aidant sans son parent).

L'aidant doit être encouragé à :

- Reconnaître ses propres besoins (dans quel domaine se situent ces besoins) et ses capacités à aider et ses limites.
- Reconnaître les signes de stress et d'épuisement liés à l'aide : déni, colère, isolement social, anxiété, dépression, fatigue, troubles du sommeil, irritabilité, difficultés de concentration.
- Savoir ne pas atteindre l'extrême limite de la résistance.

### ► Les messages pour l'aidant :

- Informez-vous sur la maladie et les aides disponibles ;
- Comprenez votre réaction, votre rôle de soignant, le cumul des responsabilités et les nouveaux rôles à assumer ;

- Gardez le contact avec l'extérieur, prenez soin de vous, prenez du repos, apprenez à vivre au jour le jour.

- Acceptez de vous faire aider car tout ce qui peut vous aider est aussi utile à votre parent.

**C'est en prenant soin de vous que vous pourrez ainsi mieux aider le patient Alzheimer dont vous avez la charge.**

## Sous quelle forme peut se faire cette aide ?

• **Proposer une aide adaptée** pouvant prévenir les dysfonctionnements (Pour l'aidé = hospitalisations à répétition, choix de séparation en urgence. Pour l'aidant = épuisement et *burn out*)

• **Proposer des solutions de répit :** accueil de jour, garde à domicile, voire accueil temporaire avant le *burn out*...

• **L'information de l'aidant est un temps indispensable.** Il faut l'inciter à faire cette recherche d'aide, à rompre l'isolement, à anticiper les problèmes, à valider des décisions.

Le relais d'information par des livres et brochures disponibles en librairie ou sur internet, est nécessaire voire indispensable. La plupart de ces documents sont suffisamment généraux et précis pour être conseillés à toutes les personnes concernées. Ils soulignent le caractère hétérogène de ces pathologies et de leur évolution, et donnent en outre des informations sociales sur les aides disponibles.

## Qu'attendre de ces actions d'aide à l'aidant ?

Une meilleure connaissance de la maladie, de son évolution et de ses complications, une acceptation du diagnostic, l'apprentissage de stratégies, une meilleure gestion du stress personnel peuvent améliorer la qualité de vie du patient et de la famille.

Certaines études montrent l'efficacité d'une prise en charge des familles en termes de morbidité et de délai de placement.

## Où s'adresser ?

- *Groupes de soutien* pour les aidants. Ils sont mis en place par des associations départementales de France Alzheimer, certaines consultations de mémoire, des organismes tels que la MSA (Mutuelle Santé Agricole), la CRAM (Caisse Régionale d'Assurance Maladie)

- *les actions structurées de formation* des aidants sont plus ponctuelles (se renseigner auprès de France Alzheimer, CMRR : Centre Mémoire de Ressources et de Recherches), voire des CLICs

- *les aides matérielles :* le service social de la mairie dont vous dépendez vous renseignera.

**France Alzheimer** • 21, bd Montmartre 75002 Paris Tél.: 01.42.97.52.41 [www.francealzheimer.org](http://www.francealzheimer.org) : sur ce site des liens avec les principaux sites pour les aidants.

### Principales références

- 1- Pancrazi MP. Comment soutenir les proches des personnes atteintes d'Alzheimer. La santé de l'homme. 2005; (377). <http://www.mps.sante.fr>
- 2- Belmin J, Hee C, Ollivet C. A health education program lessens the burden of family caregivers of demented patients. J. Am. Geriatr. Soc. 1999; 47 (11): 1388-9.
- 3- Andrieu S, Bocquet H, Jobl A, Gillette-Guyonnet S, Nourhashemi F, Salva A, Grand A and the REALFR Group. Changes in Informal care Over One Year for Elderly Persons with Alzheimer's Disease. J Nutr Health Aging. 2005; 9(2): 121-6.
- 4- Haley WE, Bailey S. Recherche sur la prise en charge par la famille dans la maladie d'Alzheimer : implications pratiques et de santé publique. In : Les aidants familiaux et professionnels de la charge à l'aide. Paris : Serdi, 2001 : 81-93.
- 5- Mittelman MS, Haley WE, Clay OJ, Roth DL. Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. Neurology. 2006 Nov 14;67 (9):1592-9.
- 6- Micas M. Comment vivre avec une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Ed.Lyon 5<sup>ème</sup> édition 2006

Conseils du Dr Michèle MICAS et du Dr Sandrine ANDRIEU  
Service de Médecine Interne et Gériatrie  
Hôpital Casselardit, Toulouse