

Un syndrome gériatrique fréquent

## L'anorexie liée à l'âge

**Les changements dans la régulation de l'appétit, même en l'absence d'un processus pathologique spécifique, et l'inappétence qui en découle ont été regroupés sous le terme d'anorexie liée à l'âge. Cette entité est un des principaux syndromes gériatriques ayant un impact sur la qualité de vie, la morbidité et la mortalité. L'étiologie de l'anorexie liée à l'âge est multifactorielle. Elle comprend l'association de facteurs physiologiques, pathologiques et sociaux. Sans une prise en charge adaptée, sa complication principale est la dénutrition protéino-calorique.**

Les études épidémiologiques montrent qu'environ 4% des personnes âgées (> 75 ans) qui vivent encore à domicile souffrent d'une dénutrition. En institution, cette prévalence varie entre 15 à 38%. A l'hôpital, en présence du stress physique et psychologique chez des patients déjà fragilisés, la prévalence peut atteindre 50 à 60% (1-2). Les données épidémiologiques obtenues en Suisse, montrent une augmentation de la prévalence de la dénutrition intra hospitalière qui est proportionnelle à l'âge: < 54 ans: 8%; 45-64 ans: 11%; 65-84 ans: 22%; > 84 ans: 28% (3, 4).

### Mécanismes de l'anorexie chez la personne âgée

L'appétit est un paradigme complexe impliquant des mécanismes de régulation génétiques, physiologiques et psychologiques qui ne sont, à l'heure actuelle, pas complètement élucidés (5). Le site central de la régulation de l'appétit est situé au niveau de l'hypothalamus où des interactions complexes entre les noyaux ventromédial, hypothalamique (centre de la satiété), l'hypothalamus latéral (centre de la faim) et le noyau arqué ont lieu (6). Le noyau arqué, situé à la base de l'hypothalamus, est le coordinateur principal des signaux périphériques. La communication avec les centres cérébraux situés plus haut se fait à travers le neuropeptide Y et le peptide Agouti sous forme d'activation des neurones libérateurs de peptides orexigènes ou anorexigènes. Cette voie centrale est activée par la sensation de faim et freinée par des signaux de satiété périphériques. Le système central de prise de nourriture reçoit le feedback supplémentaire des cellules adipeuses, des nutriments spécifiques et des hormones circulantes (5).

Les hormones peptidiques sont considérées une partie majeure de la régulation périphérique de l'appétit et elles sont libérées comme réponse à des stimuli nutritionnels. Ces hormones se classifient comme anorexigènes (hormones de satiété) ou orexigènes (hormones de faim). Les hormones anorexigènes incluent le peptide YY (PYY), le peptide-1 glucagon like (GLP-1), le polypeptide pancréatique (PP) et la cholecystokinine (CCK). La leptine, aussi anorexigène, est libérée par le tissu adipeux et influence le bilan énergétique à long terme. La seule hormone orexigène connue est la ghréline (5). L'insuline est considérée comme anorexigène et est libérée par les cellules bêta pancréatiques suite à un repas (7).



**Dr Claudia Panait**  
Riaz

Plusieurs hypothèses concernant des modifications possibles de ce système complexe associées à l'âge ont été émises, comme par exemple une réduction de la production ou de l'action de la ghréline, une augmentation de la sécrétion de la CCK ou une augmentation de l'effet de la CCK chez la personne âgée. Ces changements vont se traduire par une sensation de satiété précoce et/ou prolongée, ou encore par des changements dans la sécrétion d'insuline, de GLP-1, PP et oxyntomodulin. Les résultats des différentes études effectués jusqu'à présent restent toutefois insuffisamment précis, ne permettant pas, l'identification des mécanismes physiologiques précis de l'anorexie liée à l'âge (5). Il est démontré que le vieillissement est associé à une perte de l'hyperphagie compensatrice après une période d'apport insuffisant (8, 9).

Les modifications cliniques qui participent à l'anorexie de la personne âgée incluent des changements de la perception, notamment une diminution de la sensation du goût et de l'odorat, qui sont proportionnelles avec l'âge. Les papilles gustatives s'atrophient et diminuent en nombre. De plus, elles sont affectées par le tabagisme, les différentes médications et une hygiène orale précaire. Pour ce qui concerne la sensation d'olfaction, elle serait influencée par des changements de l'épithélium olfactif, une réduction de la sécrétion de mucus, des changements de l'épaisseur de l'épithélium et une réduction de la régénération des récepteurs olfactifs. Les goûts les plus affectés sont le goût salé et sucré (6).

D'autres causes physiologiques impliquées dans l'anorexie de la personne âgée sont représentées par des modifications de la fonction gastro-intestinale. Les altérations de la motilité gastrique peuvent causer une satiété précoce en lien avec la compliance réduite du fundus. La sécrétion d'oxyde nitrique diminue au niveau du fundus gastrique, ce qui s'associe à une diminution de la compliance gastrique et un remplissage antral plus rapide. La vidange gastrique ralentie, associée à une hypochlorhydrie pathologique (gastrite chronique) ou iatrogène (IPP), contribue à la satiété précoce et à l'allongement de la période de satiété (10).

L'inflammation chronique à bas bruit associée à une augmentation des taux de cytokines (IL1, IL6) et de TNF $\alpha$  est un processus lié à l'âge et indépendant de toute pathologie spécifique. Elle contribue à la diminution de la vidange gastrique et de la motilité intestinale, stimulant directement et indirectement les niveaux de leptine (10). La figure 1 résume les mécanismes majeurs de l'anorexie de la personne âgée.

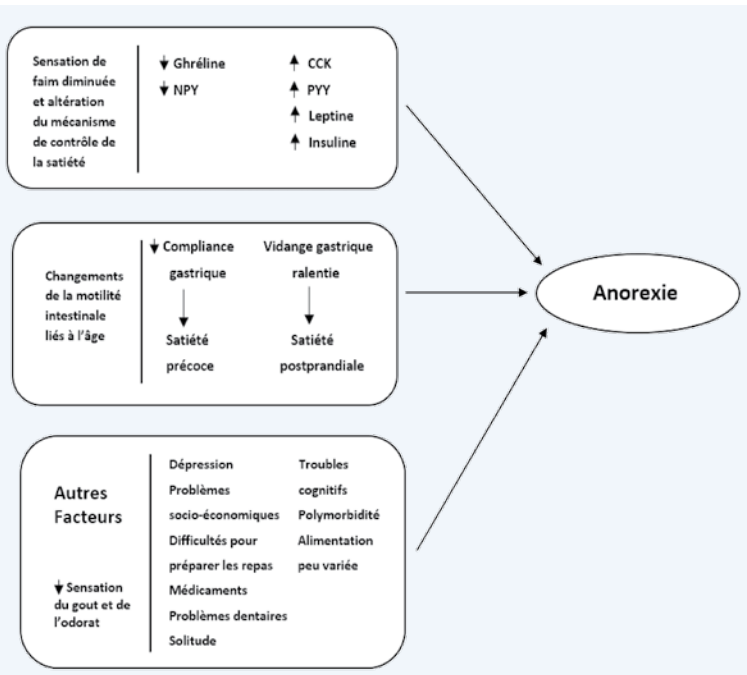


Fig. 1: Mécanismes majeurs impliqués dans le développement de l'anorexie de la personne âgée (10)

### Facteurs de risque

Les besoins nutritionnels individuels de la personne âgée sont déterminés par des facteurs multiples.

Durant le vieillissement, les besoins énergétiques réduits mènent à une diminution physiologique du besoin d'apport calorique. Ces changements sont associés avec des modifications de la composition corporelle sous forme d'une augmentation du tissu adipeux, une diminution de la masse musculaire et de la quantité d'eau dans l'organisme (6).

Les limitations fonctionnelles dans les activités de la vie quotidienne sont associées à une réduction de l'apport alimentaire et à une perte de l'appétit. Des facteurs additionnels sont une dentition abîmée ou des prothèses mal adaptées. De plus, l'inflammation locale s'associe à une libération des cytokines qui participe à l'entretien de l'anorexie (10).

L'isolement social joue un rôle important en s'associant à une perte d'intérêt face aux choses de la vie en général, y compris à l'alimentation. De plus, ce dernier peut également favoriser la dépression qui est un facteur aggravant de l'anorexie (10, 11).

La polymorbidité joue un rôle très important. L'anorexie pathologique de la personne âgée peut être secondaire à des maladies comme un cancer, une bronchopneumopathie chronique obstructive, un angor mésentérique (douleurs abdominales post-prandiales), une constipation (provoquant une sensation de plénitude abdominale). D'autres pathologies qui provoquent souvent une anorexie et une cachexie sont les maladies chroniques rénales et cardio-circulatoires qui sont associés à une augmentation du stress oxydatif. La gastroparésie, causée par des maladies comme le diabète ou la maladie de Parkinson s'associe à une diminution de l'appétit et de la vidange gastrique. La consommation de tabac et d'alcool à également un impact négatif. Les syndromes de malabsorption entraînent un déficit en micronutriments. La dépression et les démences représentent également un grand pourcentage de pathologies qui s'associent avec une perte d'appétit (6).

Les pathologies aiguës sont souvent génératrices d'une diminution, voire d'une perte d'appétit. De plus, il a été démontré qu'environ deux tiers des personnes âgées avaient déjà un apport protéino-cal-

rique insuffisant le mois avant l'hospitalisation. Cela a été considéré comme facteur favorisant l'hospitalisation de la personne âgée vulnérable, conduisant à une association bidirectionnelle entre la maladie aiguë et la perte d'appétit (12).

La composante iatrogénique de l'anorexie de la personne âgée est représentée par la polymédication. De nombreux médicaments prescrits régulièrement chez la personne âgée ont comme effets secondaires la xérostomie, des changements du goût, des nausées, la constipation, entre autres, et peuvent avoir même un effet direct sur l'appétit (6).

### Conséquences de l'anorexie chez la personne âgée

La conséquence directe est la dénutrition protéino-calorique et une carence vitaminique. Associée à une réduction de l'activité physique, elle va mener à la sarcopénie, une diminution de la masse osseuse, une dysfonction du système immunitaire, une anémie, une réduction de la fonction cognitive, de la capacité de cicatrisation et réadaptation et à une fragilisation globale (10, 13). Les chutes, qui en sont une traduction, peuvent conduire à une augmentation de la morbidité, de la durée de séjour hospitalier et finalement de la mortalité. Les différentes complications survenues dans un contexte de fragilité mènent à un cercle vicieux qui aggrave l'anorexie et ainsi la dénutrition protéino-calorique. En effet, avec chaque nouvel événement, la récupération est non seulement plus difficile et mais aussi incomplète. Le risque de décès toute cause confondue semble être deux fois plus élevé chez la personne âgée souffrant d'anorexie (10, 14).

### Dépistage de l'anorexie chez la personne âgée

Toute personne âgée est à risque d'anorexie pour les raisons physiologiques déjà évoquées, raison pour laquelle un travail de dépistage axé sur la recherche des facteurs de risque doit se faire.

Le questionnaire d'évaluation nutritionnelle simplifiée (SNAQ) est un outil simple qui offre une bonne valeur prédictive sur le risque de perte de poids et malnutrition protéino-énergétique (15, 16).

Pour ce qui concerne le dépistage de la dénutrition, un instrument simple à utiliser est le MNA (mini nutritional assessment tool). Il s'agit d'un questionnaire qui permet l'identification des changements au niveau de l'appétit, de l'apport alimentaire, du poids, de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) et des facteurs stressants associés. Il tient également compte de la mobilité de la personne et des éventuels problèmes cognitifs associés. Un score obtenu à la fin du questionnaire permet de conclure à une personne bien nourrie, à risque de dénutrition ou dénutrie. La sensibilité de ce test est de 96% avec une spécificité de 98% et une valeur prédictive positive de 97% pour le diagnostic de malnutrition (17-19).

Un autre outil de dépistage est le Nutrition Risk Screening (NRS) qui évalue le degré d'atteinte de l'état nutritionnel, tenant compte de la sévérité de l'éventuelle maladie aiguë en cours (20).

### Prévention et traitement

La prévention et le traitement de l'anorexie doivent se faire en travaillant à plusieurs niveaux. Malheureusement, il n'existe à ce jour aucun traitement pharmacologique contre l'anorexie. De fait, d'autres mesures devront être mises en place.

Dans ce sens, il est important d'intensifier les saveurs et les odeurs, ainsi que les couleurs et la texture des aliments afin de potentialiser le goût et d'influencer l'aspect visuel de la stimulation de l'appétit. La diversification des menus est également importante (21, 22). Les régimes restrictifs de type pauvre en sel sont à éviter, même dans des situations où elles seront normalement indiquées.

L'isolement social pourrait être limité par l'encouragement à la participation à des activités sociales, comme il peut en exister dans les différentes associations pour personnes âgées ou des accueils de jour.

Les nombreux médicaments qui peuvent avoir une influence directe ou indirecte sur l'appétit doivent être évalués. La réévaluation de la liste des médicaments à l'aide de la liste STOPP/START est indiquée (23). Il s'agit d'une liste de médicaments effectuée selon des critères validés par un groupe d'experts européens avec le but d'éviter la prescription médicamenteuse inappropriée et, en même temps, de ne pas omettre des médicaments utiles (23). A titre d'exemple, il faut citer des substances courantes comme les agents anxiolytiques et certains antidépresseurs, les antihistaminiques, certains médicaments antihypertenseurs, les AINS ou les antilipémiants. Une liste de ces médicaments, ainsi que des détails concernant les mécanismes impliqués dans les altérations du goût et de l'appétit par ses médicaments ont été publiés en 2010 par Naik et al (24).

Certains médicaments ont comme effet secondaire la stimulation de l'appétit tels que les corticostéroïdes, le métoclopramide, ou la mir tazapine. Toutefois, le bénéfice de ces médicaments en termes d'augmentation d'appétit est surpassé par le risque des potentiels effets secondaires et ne permet donc pas leur utilisation en pratique courante. L'administration de la ghréline semble une solution prometteuse mais reste pour le moment dans la phase d'étude (5, 10).

Les suppléments nutritifs oraux peuvent être utilisés pour prévenir la malnutrition ou la traiter.

## Conclusion

L'anorexie de la personne âgée a un impact négatif sur la qualité de vie et augmente la mortalité, la morbidité et les taux de complications majeures, ainsi que la durée des hospitalisations. La connaissance des mécanismes impliqués dans l'anorexie, même s'ils ne sont pas encore entièrement élucidés, est nécessaire pour le développement

des mesures prophylactiques et thérapeutiques efficaces. La prise en charge de l'anorexie de la personne âgée commence par l'identification des facteurs de risque, l'intervention sur ceux qui sont modifiables, notamment la polymédication, le traitement des pathologies qui favorisent l'anorexie et l'utilisation des outils de dépistage de la malnutrition. Il n'y a, pour le moment, pas de traitement spécifique de l'anorexie. Sa complication principale, la malnutrition protéino-calorique peut être prise en charge par des interventions diététiques et l'utilisation des suppléments nutritifs oraux.

### Dr Claudia Panait

Service de gériatrie aiguë et réadaptation gériatrique  
Hôpital Fribourgeois/Freiburger Spital, Site Riaz  
Rue de l'Hôpital 9, 1632 Riaz  
Claudia.Panait@h-fr.ch

**+** **Conflit d'intérêts:** L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

**+** **Références:** sur notre site internet: [www.medinfo-verlag.ch](http://www.medinfo-verlag.ch)

### Messages à retenir

- ◆ L'anorexie liée à l'âge est un syndrome gériatrique fréquent qui se complique par la dénutrition protéino-calorique
- ◆ Les conséquences de ce syndrome sont représentées par le développement d'un syndrome de fragilité, qui entraîne une perte progressive de l'autonomie, une augmentation de la morbidité, des hospitalisations, de la durée de séjour, ainsi que la mortalité
- ◆ Des traitements spécifiques n'existent pas pour le moment
- ◆ Le travail doit être axé sur le dépistage de l'anorexie et de la dénutrition protéino-calorique et sur leur prévention. Des outils simples de dépistage de l'anorexie et de la dénutrition protéino-calorique sont à disposition

### Références:

1. EURONUT-SENECA; Nutrition in the elderly in Europe. *Eur J Clin Nutr* 1991;45:Suppl 3 : 105-9
2. Launer L et al. The epidemiologic follow-up study of NHANES I. Body mass index, weight change, and risk of mobility disability in middle-aged and older women. *JAMA* 1994;271:1093-8
3. Imoberdorf R, Ballmer PE. Die Epidemiologie der Mangelernährung. *Therapeutische Umschau* 2014;71(3):123-6
4. <http://www.medicalforum.ch/docs/smf/2014/49/de/smf-02092.pdf>
5. Moss C, Hickson M. Gastrointestinal hormones: the regulation of appetite and the anorexia of ageing; *J Hum Nutr Diet* 2012;25(1):3-15
6. Wysokinski A, Kostka T. Mechanisms of the anorexia of aging – a review. *Age* 2015; 37(4):81
7. Polanski et al. Twenty-four-hour profiles and pulsatile patterns of insulin secretion in normal and obese subjects. *J. Clin Invest* 1988;81:442-8
8. Moriguti et al. Effects of a week hypocaloric diet on changes in body composition, hunger, and subsequent weight regain in healthy young and older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2000;55:B580-7
9. Roberts SB. Energy regulation and aging: recent findings and their implications. *Nutr Rev* 2000;58:91-7
10. Landi F et al. Anorexia of Aging: Risk Factors, Consequences, and Potential Treatments. *Nutrients* 2016;8(2):69
11. <http://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-475-la-denuitration-chez-le-sujet-age-l-anorexie-souvent-en-cause.htm>
12. Mowe M et al. Reduced nutritional status in an elderly population (>70) is probable before disease and possibly contributes to the development of disease. *Am J Clin Nutr* 1994;59:317-24
13. Tanvir A et al. Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *J Dove Oress* 2010;Clinical Interventions in aging
14. Landi F et al; Prevalence and potentially reversible factors associated with anorexia among older nursing home residents: Results from ULISSE project. *J Am Med Dir Assoc* 2013;14:119-24
15. Rolland Y et al. Screening older people at risk of malnutrition or malnourished using the Simplified Nutritional Appetite Questionnaire (SNAQ): A comparison with the Mini-Nutritional Assessment (MNA) tool. *J Am Med Dir Assoc* 2012;13:31-4
16. Wilson M et al. Appetite assessment: Simple appetite questionnaire predicts weight loss in community-dwelling adults and nursing home residents. *Am J Clin Nutr* 2005;82:1074-81
17. Guigoz Y et al. Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional assessment. *Clin Geriatr Med* 2002;18(4):737-57
18. Kaiser MJ et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging* 2009;13(9):782-8
19. [http://www.mna-elderly.com/forms/mna\\_guide\\_french.pdf](http://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_french.pdf)
20. <https://www.revmed.ch/Scores/SCORES-DIAGNOSTIQUES/NUTRITION/Nutrition-Risk-Screening-NRS-2002>
21. Essed NH et al. Optimal preferred MSG concentration in potatoes, spinach and beef and their effect on intake in institutionalized people. *J Nutr Health Aging* 2009;13:769-75
22. Nijs K et al. Malnutrition and mealtime ambiance in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc* 2009;10:226-29
23. O'Mahony D, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing* 2015;44(2):213-8
24. Naik et al. Drug induced taste disorders. *Eur J Int Med* 2010;21:240-3