

Recommandations pratiques pour le diagnostic et la prise en charge de la perte de poids dans la maladie d'Alzheimer : un consensus formalisé à partir de la cotation d'un large panel d'experts

Practical guidelines for the diagnosis and management of weight loss in Alzheimer's disease: a consensus from appropriateness ratings of a large expert panel

Joël BELMIN et les membres du panel d'experts et du comité d'organisation*

ERRATUM

L'article intitulé "**Recommandations pratiques pour le diagnostic et la prise en charge de la perte de poids dans la maladie d'Alzheimer : un consensus formalisé à partir de la cotation d'un large panel d'experts**" a été publié de façon incomplète dans le numéro de février 2007 de la Revue de Gériatrie. Le texte des recommandations qui constituait le principal résultat de ce travail a été omis par erreur. Cette partie manquante a été publiée séparément dans le numéro de mars 2007 de la Revue de Gériatrie sous la forme d'un nouvel article, ce qui rendait plus difficile sa compréhension. La rédaction de la Revue de Gériatrie, publie l'article en entier et présente ses excuses aux auteurs et aux lecteurs.

RÉSUMÉ

Contexte : La perte de poids est une situation fréquente chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer et elle est responsable de complications et d'altération de la qualité de vie. Il n'y a pas de recommandations pratiques pour le diagnostic et la prise en charge de la perte de poids dans la maladie d'Alzheimer.

Objectif : Elaborer des recommandations pratiques pour le diagnostic et la prise en charge de la perte de poids dans la maladie d'Alzheimer.

Méthodes : A la suite d'une revue de la littérature, une série d'affirmations concernant la perte de poids dans la maladie d'Alzheimer a été proposée à un panel national d'experts constitué de 23 gériatres français choisis par le comité d'organisation. Les affirmations ont été discutées avec les experts pendant une réunion et modifiées selon leurs remarques. Ensuite, il a été demandé à chaque

SUMMARY

Background: Weight loss is a frequent condition in Alzheimer's disease patients and is responsible for complications and impaired quality of life. Practical guidelines for the diagnosis and management of weight loss in Alzheimer's disease are lacking.

Aim: To elaborate practical guidelines for the diagnosis and management of weight loss in Alzheimer's disease.

Methods: Following a literature review, a set of statements about weight loss in Alzheimer's disease were proposed to a 23-member nationwide expert panel drawn from French geriatricians selected by the organisation committee. Statements were discussed and modified with the experts during a meeting and modified according to their remarks. By the means of a postal questionnaire each expert was then asked to rate each statement on a 9-point appropriateness scale, 1 being highly inappropriate

* la liste des co-auteurs est publiée à la fin du texte

expert de coter chaque affirmation sur une échelle de 9 points, 1 correspondant à "complètement inappropriée" et 9 à "complètement appropriée". L'analyse était basée sur la médiane et l'étendue des cotations. Pour éviter l'influence d'opinions extrêmes ou atypiques, les 2 cotations les plus éloignées de la médiane ont été exclues de l'analyse pour chaque affirmation. L'accord/désaccord à propos de chaque affirmation a été déterminé par la méthode RAND/UCLA.

Résultats : Sur les 23 affirmations soumises à la cotation, 17 ont obtenu l'accord du panel d'expert. Des recommandations pratiques ont été élaborées à partir de ces 17 affirmations.

Conclusion : La cotation par un panel d'expert, de données issues de la littérature, ont produit des recommandations pratiques pour aider au diagnostic, à la prise en charge et à la prévention de la perte de poids dans la maladie d'Alzheimer.

Mots clés : Perte de poids - Dénutrition - Maladie d'Alzheimer - Mini Nutritional Assessment.

and 9 highly appropriate. Analysis was based on the median and the range of the ratings. To avoid the influence of extreme or atypical opinions, the two ratings the furthest from the median were excluded from analysis for each statement. Agreement/disagreement about the statements was determined using the RAND/UCLA methodology. **Results:** Of the 23 statements selected by the expert panel and submitted for rating, 17 obtained the agreement of the expert panel. Practical guidelines were produced from these 17 statements. **Conclusion:** These expert panel ratings, based on the best evidence currently available, provide comprehensive guidelines to appropriately diagnose, manage and prevent weight loss in Alzheimer's disease.

Revue de Gériatrie 2008;33:5-12.

Key words : Weight loss - Malnutrition - Alzheimer's disease - Mini Nutritional Assessment.

Cet article a été publié en langue anglaise dans the Journal of Nutrition Health and Aging : Belmin J, and the members of the expert panel and the organisation committee. Practical guidelines for the diagnosis and management of weight loss in Alzheimer's disease: a consensus from appropriateness ratings of a large expert panel. *J Nutr Health Aging* 2007;11:33-37. Cette publication en langue française a été réalisée avec l'accord des auteurs et du journal.

La perte de poids est une constatation clinique fréquente dans la maladie d'Alzheimer ^(1,2). La perte de poids est typiquement associée à une malnutrition protéino-énergétique et une masse musculaire réduite, ce qui conduit à augmenter le risque de complications comme la perte d'autonomie fonctionnelle, les escarres, l'infection et la mortalité ^(3,4). Même si ses causes exactes ne sont pas clairement élucidées ^(5,6), la perte de poids liée à la maladie d'Alzheimer est une situation qui peut faire l'objet d'une prévention et d'un traitement ^(7,8). De notre point de vue, la prévention et le traitement de la perte de poids sont des composants importants de la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et elles contribuent à préserver la qualité de vie des patients et peut-être celle de leurs aidants ⁽³⁾.

Alors que l'importance de la prise en charge de la perte de poids dans la maladie d'Alzheimer est maintenant bien reconnue, il n'y a pas de recommandations pratiques pour aider les médecins à optimiser leur pratique. Le but de ce travail a été d'élaborer des recommandations pour le diagnostic, la prise en charge et la prévention

de la perte de poids dans la maladie d'Alzheimer au moyen d'une méthode dérivée de la méthode de consensus formalisé d'expert RAND/UCLA.

MÉTHODES

Le comité d'organisation, les experts et les affirmations

Le comité d'organisation était composé de Bruno Vellas, Sophie Gillette, Fati Nourashémi, Gilles Berrut, Monique Ferry, Patrick Ritz et Joël Belmin. Un financement a été obtenu de l'Institut Nestlé Nutrition et de l'Institut Alzheimer, une association dédiée à l'enseignement et la recherche dans la maladie d'Alzheimer. Les crédits ont été utilisés pour organiser la réunion et régler les dépenses de transport et d'hébergement. Le comité d'organisation a réalisé une revue de littérature scientifique sur la perte de poids dans la maladie d'Alzheimer. Le comité d'organisation a invité un panel d'experts de 32 gériatres issus de pratiques variées (incluant des scientifiques et des prati-

ciens, exerçant en hôpital universitaire et non universitaire ou en consultation) et de diverses régions françaises. Un rapport détaillé de la revue de la littérature a été adressé aux experts 2 à 3 semaines avant la réunion qui s'est tenue pendant une journée et demi à Paris. Durant cette réunion, les membres du comité d'organisation ont présenté les résultats de la revue de littérature et les points présentés ont été discutés par les experts. Durant la dernière partie de la réunion, le comité d'organisation a proposé aux experts une série d'affirmations pertinentes pour la pratique. Ces affirmations ont été discutées en détail, certaines ont été retirées et d'autres ajoutées selon les propositions des experts. La formulation des affirmations a aussi été discutée et modifiée en fonction de l'opinion des experts.

Cotation des affirmations

Après la réunion, le comité d'organisation a envoyé aux experts un questionnaire postal anonyme leur demandant de coter le caractère approprié/inapproprié de chaque affirmation sur une échelle de 9 points : 1 correspondait à hautement inappropriée et 9 à hautement appropriée ⁽¹¹⁾ (Figure). Les experts avaient la possibilité d'ajouter des commentaires ouverts à chaque affirmation. Les questionnaires ont été retournés au comité d'organisation et analysés par l'un de nous. Pour chaque affirmation, la médiane et

Indiquer votre opinion concernant chacune des affirmations suivantes en entourant le score qui correspond le mieux à votre opinion

Dans la maladie d'Alzheimer au stade sévère avec perte de poids, anorexie et/malnutrition, il n'y a pas de bénéfice à débuter une alimentation artificielle (entérale ou parentérale)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
totalement inapproprié						totalement approprié		

Commentaire libre :

Figure : Exemple d'une affirmation avec échelle de cotation du caractère approprié/inapproprié, et exemple de cotation.

Figure: Sample of a statement with the appropriateness scale and an example of rating.

l'étendue des réponses ont été déterminées. A partir d'une première analyse, il était évident qu'un petit nombre de cotations étaient très atypiques et exprimaient des opinions marginales ou extrêmes. Dans la mesure où le nombre d'experts du panel était très important, nous avons décidé d'exclure de l'analyse de chaque affirmation les 2 cotations les plus éloignées de la médiane dans le but d'atténuer l'influence de cotations extrêmes.

L'accord/désaccord du groupe vis-à-vis de chaque affirmation a été déterminé par la méthode RAND/UCLA ⁽¹¹⁾. L'accord était obtenu si l'étendue des cotations était comprise dans l'un des intervalles suivants [1-3], [4-6], ou [7-9] (accord (fort)), ou dans l'un des intervalles suivants [1-6], [4-9] (accord (relatif)). Si l'étendue des cotations couvrait les 3 intervalles [1-3], [4-6], [7-9], il était conclu à un désaccord. L'affirmation était retenue pour les recommandations si elle obtenait l'accord tel qu'il est défini précédemment, et si la médiane était supérieure ou égale à 7. Autrement, l'affirmation était considérée comme inappropriée et/ou n'obtenait pas l'accord du groupe et n'a pas été incluse dans les recommandations. Nous n'avons pas eu la possibilité de réunir le panel d'experts pour discuter des points de désaccord et des incohérences entre cotations, ni d'organiser un second tour de cotation, comme cela est réalisé dans la méthode RAND/UCLA ⁽¹¹⁾.

RÉSULTATS

Sur les 32 experts choisis par le comité d'organisation, 23 ont participé et assisté à la réunion. Leurs noms et leur ville sont listés à la fin du texte. Pendant la réunion, 23 affirmations ont été choisies pour être soumises au processus de cotation (Tableaux 1 et 2). Tous les experts ont reçu les questionnaires et tous ont répondu. Les scores médians et l'étendue des scores sont présentés dans les tableaux 1 et 2. Dix-sept affirmations ont été considérées appropriées selon les critères indiqués dans la partie Méthodes (Tableaux 1 et 2). Il s'agit des items 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 12, 13, 14, 16, 17, 18A, 19A, 20, 22, 23. Un texte combinant ces affirmations a été élaboré par l'un de nous et approuvé par les membres du comité d'organisation (Annexe).

DISCUSSION

Cette étude montre qu'une méthode de cotation dérivée de la méthode RAND/UCLA peut être efficacement appliquée à des problèmes qui sont cliniquement pertinents pour les gériatres dans le but de produire des recommandations utiles pour la pratique médicale et ayant une excellente cohérence au plan clinique. Par de nombreux côtés, le processus de consensus formalisé complète les revues de la littérature scientifique basée sur les preuves (evidence-based).

N°	Affirmation	Médiane	Étendue	Conclusion
1	La perte de poids involontaire est une manifestation fréquente de la maladie d'Alzheimer (MA) et peut être observée à tous les stades de la maladie, voire même précéder les premiers symptômes cognitifs.	9	6-9	Accord (R)
2	Tout patient atteint de la MA doit bénéficier d'une évaluation nutritionnelle au début de sa prise en charge.	9	8-9	Accord (F)
3	L'évaluation nutritionnelle d'un patient atteint de la MA nouvellement diagnostiquée comprend au minimum : la pesée et le test Mini Nutritional Assessment réalisé avec un aidant.	8	6-9	Accord (R)
4	Le suivi nutritionnel d'un patient atteint de la MA comprend au minimum une pesée mensuelle faite dans les mêmes conditions (notamment même balance) dans son lieu de vie habituel avec l'aide si nécessaire d'un aidant familial ou professionnel. Le résultat et la date de la pesée doivent être notés.	8	6-9	Accord (R)
5	Lors d'une consultation médicale de suivi (ou lors d'une hospitalisation), tout patient atteint de la MA doit être pesé, et une perte de poids doit être recherchée.	9	8-9	Accord (F)
6	Le suivi nutritionnel d'un patient atteint de la MA comprend au minimum la réalisation d'un MNA tous les 6 mois.	6,5	2-9	Désaccord
7	Chez les patients atteints de la MA, une perte de poids de 2 kg (ou plus) par rapport au poids initial ou une perte d'appétit doit alerter l'entourage et le médecin et doit conduire le médecin à réaliser une évaluation nutritionnelle.	9	6-9	Accord (R)
8	Chez les patients atteints de la MA, le critère suivant doit conduire à une intervention nutritionnelle : perte de poids de 5% ou plus en 3 à 6 mois, isolément.	8	4-9	Accord (R)
9	Chez les patients atteints de la MA, le critère suivant doit conduire à une intervention nutritionnelle : score MNA < 17, isolément.	8	1-9	Désaccord
10	Chez les patients atteints de la MA, le critère suivant doit conduire à une intervention nutritionnelle : albuminémie < 35 g/L, isolément.	6	1-9	Désaccord
11	Chez les patients atteints de la MA, le critère suivant doit conduire à une intervention nutritionnelle : diminution des ingesta évalués sur 3 jours, isolément.	6	3-9	Désaccord
12	Chez les patients atteints de la MA, le critère suivant doit conduire à une intervention nutritionnelle : deux ou plusieurs des critères présentés aux questions 8 à 11.	9	4-9	Accord (R)

MA : maladie d'Alzheimer ; (F) : fort ; (R) : relatif

Tableau 1 : Affirmations (items de 1 à 12) concernant la perte de poids dans la maladie d'Alzheimer sélectionnées et soumises à la cotation de leur caractère approprié/inapproprié, avec médiane, étendue des réponses des experts et conclusion (voir Méthodes).

Table 1: Statements (items 1 to 12) concerning the weight loss in Alzheimer's disease selected and submitted for appropriateness rating, with median, range obtained and conclusions (see Methods).

N°	Affirmation	Médiane	Étendue	Conclusion
13	Une intervention nutritionnelle inclut : la recherche d'une cause médicale ou socio-environnementale modifiable, l'augmentation des apports en calories et en protéides (enrichissement de l'alimentation orale et/ou complémentation nutritionnelle orale), et une activité physique quotidienne.	8	7-9	Accord (F)
14	Chez tout patient atteint de la MA, pour prévenir la perte de poids et le risque nutritionnel, il est souhaitable d'encourager une alimentation variée et équilibrée et une activité physique quotidienne.	9	5-9	Accord (R)
15	Chez tout patient atteint de la MA, pour prévenir la perte de poids et le risque nutritionnel, il est souhaitable d'encourager une alimentation riche en protéides et en calories et une activité physique quotidienne.	7	3-9	Désaccord
16	Les professionnels de santé et les aidants familiaux des patients atteints de la MA doivent bénéficier de programmes de formation centrés sur l'alimentation de ces patients.	8	7-9	Accord (F)
17	Les professionnels de santé et les aidants familiaux des patients atteints de la MA doivent bénéficier de programmes de formation centrés sur la détection de signes indiquant un risque nutritionnel (perte de poids débutante, anorexie).	9	7-9	Accord (F)
18	Chez les patients atteints de la MA recevant un tt inhibiteur de l'acétylcholinestérase (IACE) depuis quelques semaines, la survenue d'une anorexie et/ou d'une perte de poids impose dans un premier temps de :			
A	Rechercher une cause autre que le tt IACE	8	5-9	Accord (R)
B	Diminuer la dose du tt par IACE	4	1-9	Désaccord
C	Arrêter le tt par IACE	2	1-9	Désaccord
D	Changer de médicament IACE	2,5	1-8	Désaccord
19	Chez les patients atteints de la MA recevant un traitement inhibiteur de l'acétylcholinestérase (IACE) depuis plusieurs mois et le tolérant bien, la survenue d'une anorexie et/ou d'une perte de poids impose avant tout de :			
A	Rechercher une cause autre que le traitement IACE	9	8-9	Accord (F)
B	Diminuer la dose du traitement par IACE	2	1-7	Désaccord
C	Arrêter le traitement par IACE	2	1-7	Désaccord
D	Changer de médicament IACE	2	1-5	Accord (R)
20	Pour les patients ayant une MA au stade sévère, il n'y a pas de bénéfice à entreprendre une nutrition artificielle en cas de perte de poids, de dénutrition ou d'anorexie.	9	6-9	Accord (R)
21	Chez les patients ayant une MA au stade modéré, une nutrition artificielle peut être discutée en cas de perte de poids, de dénutrition ou d'anorexie.	7,5	1-9	Désaccord
22	Certaines situations induisant un stress médical (par exemple intervention chirurgicale, infection grave) justifient une prise en charge nutritionnelle systématique.	9	6-9	Accord (R)
23	La prévention de la déshydratation fait partie de la prise en charge du patient atteint de MA.	9	6-9	Accord (R)

MA : maladie d'Alzheimer ; (F) : fort ; (R) : relatif ; IACE : inhibiteur de l'acétylcholinestérase

Tableau 2 : Affirmations (items de 13 à 23) concernant la perte de poids dans la maladie d'Alzheimer sélectionnées et soumises à la cotation de leur caractère approprié/inapproprié, avec médiane, étendue des réponses des experts et conclusion (voir Méthodes).

Table 2: Statements (items 13 to 23) concerning the weight loss in Alzheimer's disease selected and submitted for appropriateness rating, with median, range obtained and conclusions (see Methods).

Le consensus d'experts issu de méthodes de consensus formalisé ^(11,12) est un moyen pratique de déterminer des standards concernant des processus de soins, en particulier lorsque ceux-ci n'ont pas été évalués par des études contrôlées. Par exemple, dans la plupart des études, la perte de poids était définie par une modification exprimée en pourcentage du poids du corps. Dans les affirmations du consensus formalisé, les experts ont conseillé la recherche d'une possible perte de poids si le patient a perdu deux kilos ou plus.

Cette formulation exprime une notion plus simple pour les aidants familiaux et pour le médecin traitant, si bien que l'utilisation de ce critère dans la pratique clinique pourra probablement aider une détection plus rapide de la perte de poids chez les patients ayant une maladie d'Alzheimer. De plus, le panel d'experts a formulé des conseils pratiques sur le suivi du patient et a proposé des critères concrets pour décider une intervention nutritionnelle. Ces conseils et critères n'étaient pas strictement déduits d'études scientifiques mais pouvaient avoir une certaine valeur dans la pratique. Ainsi, la méthode de consensus formalisé a pour avantage de confronter les données issues de la médecine basée sur les preuves avec les aspects pratiques du soin quotidien.

Le processus de cotation formalisé est une méthode très intéressante qui peut aider l'expression des opinions de tous les experts. En particulier, il contribue à faire émerger des opinions qui n'avaient pas été exprimées au cours de la réunion en groupe. Par exemple dans notre étude, la démarche de cotation a diminué le rôle du Mini Nutritionnal Assessment ⁽¹³⁾ pour le suivi des patients ayant une maladie d'Alzheimer, alors que les études ont montré que cet outil d'évaluation aidait la détection de la malnutrition et la décision concernant le début des interventions nutritionnelles chez ces patients ⁽¹⁴⁾. Des remarques ouvertes obtenues à partir du questionnaire ont montré que de nombreux experts considéraient que la longueur de l'échelle (environ 10-15 minutes), plus que sa pertinence, était un problème pratique pour réaliser l'évaluation et le suivi du patient en consultation. Ce point n'était pas du tout apparu lors des discussions entre les membres du panel d'experts durant la réunion, possiblement parce que l'équipe qui a créé et développé l'outil participait au comité d'organisation et à la réunion ⁽¹¹⁾. L'enregistrement des opinions des experts concernant ce point a été facilité par la méthode de cotation, et cela pourrait aussi être vrai pour d'autres points inclus dans les affirmations.

Il doit être noté que dans notre étude, nous avons appliqué le processus de cotation à un très grand groupe d'experts. Dans la méthodologie RAND/UCLA typique, les experts sont moins nombreux (environ 6-10) que dans notre étude et ils sont sélectionnés de façon plus stricte. Ce point fait l'objet de débat, parce que le choix des experts influence très fortement les résultats des cotations et donc les conclusions tirées de cette méthode ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. Dans notre étude, le nombre élevé d'experts est un point intéressant qui donne la possibilité d'inclure un éventail large de pratiques et d'opinions, incluant celles de scientifiques et de praticiens. Toutefois, le grand nombre d'experts rend plus difficile l'obtention d'un consensus tel qu'il est défini dans la méthodologie RAND/UCLA, car il y a toujours un petit nombre de cotations atypiques et/ou incohérentes. L'incohérence des cotations des experts a été pointée comme une limite de ce type de méthodes ⁽¹⁸⁾. Par exemple, Hodgson a trouvé que des incohérences logiques peuvent concerner jusqu'à 5,6% des cotations d'un expert individuel qui concernaient les indications de traitements pour un grand nombre de scénarii cliniques similaires et pairés ⁽¹⁶⁾. Dans la même étude, le taux d'incohérence a été diminué à 2,2% après un second tour de cotation, mais n'a pas été complètement annulé. Dans notre étude, la première analyse des réponses a révélé des incohérences liées à un très petit nombre de cotations qui apparaissaient clairement extrêmes et/ou marginales mais qui influençaient fortement la détermination de l'accord avec les critères de la méthode RAND/UCLA. Dans la mesure où nous n'avons pas eu la possibilité de réunir de nouveau le panel d'experts pour la discussion des désaccords et des incohérences et d'organiser un second tour de cotation, le comité d'organisation a décidé d'exclure de l'analyse de chaque affirmation les 2 réponses (8% des réponses) les plus éloignées de la médiane. Cette procédure n'avait pas été décidée avant l'analyse et cela est certainement une limite de notre étude. Toutefois, en raison du nombre élevé d'experts de notre panel, nous avons considéré qu'un consensus défini par plus de 90% des réponses était approprié et fiable, que les recommandations pratiques ainsi définies reflétaient fortement l'opinion du groupe et qu'elles étaient cliniquement cohérentes.

Nous concluons que la cotation d'affirmation par un panel d'expert est une façon utile d'obtenir un consensus pour la pratique et pourrait être plus souvent utilisée pour les problèmes cliniques pertinents pour les gériatres. Les méthodes d'analyse des cotations du caractère approprié/inapproprié doivent aussi être adaptées pour les panels d'experts nombreux. ■

Les membres du comité d'organisation étaient les suivants : Pr Bruno Vellas (Toulouse), Dr Sophie Gillette (Toulouse), Pr Fati Nourashémi (Toulouse), Pr Gilles Berrut (Angers), Dr Monique Ferry (Valence), Pr Patrick Ritz (Angers), Pr Joël Belmin (Ivry-sur-Seine).

Les membres du panel d'experts étaient les suivants : Dr Gabor Abellan Van Kan (Toulouse), Dr Emmanuel Alix (Le Mans), Dr Sandrine Andrieu (Toulouse), Pr Joël Belmin (Ivry-sur-Seine), Pr Gilles Berrut (Angers), Pr Marc Bonnefoy (Lyon), Pr Patrice Brocker (Nice), Pr Thierry Constans (Tours), Dr Monique Ferry (Valence), Dr Anne Ghisolfi-Marque (Toulouse), Dr Laurence Girard (Paris), Pr Régis Gonthier (St-Etienne), Dr Olivier Guerin (Nice), Dr Marie-Pierre Hervy (Le Kremlin-Bicetre), Pr Pierre Jouanny (Rennes), Dr Marie-Christine Laurain (Vandœuvre-les-Nancy), Dr Laurent Lechowski (Paris), Pr Bruno Lesourd (Clermont-Ferrand), Pr Fati Nourhashemi (Toulouse), Dr Agathe Raynaud-Simon (Ivry-sur-Seine), Pr Patrick Ritz (Angers), Dr Jean Roche (Lille), Dr Yves Rolland (Toulouse), Pr Tony Salva (Barcelone, Espagne), Pr Laurent Teillet (Paris).

RÉFÉRENCES

1. **Reynish W, Andrieu S, Nourhashemi F, Vellas B.** Nutritional factors and Alzheimer's disease. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001; 56: M675-80.
2. **White HK, McConnell ES, Bales CW, Kuchibhatla M.** A 6-month observational study of the relationship between weight loss and behavioral symptoms in institutionalized Alzheimer's disease subjects. *J Am Med Dir Assoc.* 2004; 5: 89-97.
3. **Gillette-Guyonnet S, Lauque S, Ousset PJ.** Nutrition et maladie d'Alzheimer. *Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2005; 3 (Suppl 1): S35-41.
4. **Porock D, Oliver DP, Zweig S, Rantz M, Mehr D, Madsen R, et al.** Predicting death in the nursing home: development and validation of the 6-month Minimum Data Set mortality risk index. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2005; 60: 491-8.
5. **Mazzali G, Bissoli L, Gambina S, Residori L, Pagliari P, Guariento S, et al.** Energy balance in Alzheimer's disease. *J Nutr Health Aging.* 2002; 6: 247-53.
6. **Wang SY.** Weight loss and metabolic changes in dementia. *J Nutr Health Aging.* 2002; 6: 201-5.
7. **Rivière S, Gillette-Guyonnet S, Voisin T, Reynish E, Andrieu S, Lauque S, et al.** A nutritional education program could prevent weight loss and slow cognitive decline in Alzheimer's disease. *J Nutr Health Aging.* 2001; 5: 295-9.
8. **Young KW, Greenwood CE, van Reekum R, Binns MA.** A randomized, crossover trial of high-carbohydrate foods in nursing home residents with Alzheimer's disease: associations among intervention response, body mass index, and behavioral and cognitive function. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2005; 60: 1039-45.
9. **Gillette S, Abellan Van Kan G, Alix E, Andrieu S, Belmin J, Berrut G, et al.** IANA (International Academy on Nutrition and Aging) Expert Group: Weight loss and Alzheimer's disease. *J Nutr Health Aging* 2007; 10 : 535-548.
10. **Gillette S, Abellan Van Kan G, Alix E, Andrieu S, Belmin J, Berrut G, et al.** IANA (International Academy on Nutrition and Aging) Groupe d'Experts : perte de poids et maladie d'Alzheimer. *Revue de Gériatrie* 2006 ; 31 :565-80.
11. **Brook RH, Chassin MR, Fink A, Solomon DH, Kosecoff J, Park RE.** A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. *Int J Technol : Assess Health Care* 1986; 2: 53-63
12. **Phelps CE.** The methodologic foundations of studies of the appropriateness of medical care. *N Engl J Med.* 1993; 329: 1241-5.
13. **Guigoz Y, Lauque S, Vellas BJ.** Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. *Clin Geriatr Med.* 2002; 18: 737-57.
14. **Guérin O, Andrieu S, Schneider SM, Milano M, Boulahssass R, Brocker P, et al.** Different modes of weight loss in Alzheimer disease: a prospective study of 395 patients. *Am J Clin Nutr.* 2005; 82: 435-41.
15. **Bernstein SJ, Lazaro P, Fitch K, Aguilar MD, Kahan JP.** Effect of specialty and nationality on panel judgments of the appropriateness of coronary revascularization: a pilot study. *Med Care.* 2001; 39: 513-20.
16. **Hodgson DC, Brierley JD, Cernat G, Bondy S, Slaughter PM, Pinfold SP, et al.** The consistency of panelists' appropriateness ratings: do experts produce clinically logical scores for rectal cancer treatment? *Health Policy.* 2005; 71: 57-65.
17. **Fraser GM, Pilpel D, Kosecoff J, Brook RH.** Effect of panel composition on appropriateness ratings. *Int J Qual Health Care* 1994; 6: 251-5.
18. **Kravitz RL, Park RE, Kahan JP.** Measuring the clinical consistency of panelists' appropriateness ratings: the case of coronary artery bypass surgery. *Health Policy* 1997; 42: 135-43.

ANNEXE : Recommandations pour la pratique concernant la perte de poids associée à la maladie d'Alzheimer, obtenues par consensus formalisé d'experts.

APPENDIX: Practical guidelines concerning weight loss in Alzheimer's disease, obtained from the expert panel ratings.

Généralités

La perte de poids involontaire est une manifestation fréquente de la maladie d'Alzheimer (MA) et peut être observée à tous les stades de la maladie, voire même précéder les premiers symptômes cognitifs.

Évaluation nutritionnelle des patients atteints de la MA

Tout patient atteint de la MA doit bénéficier d'une évaluation nutritionnelle au début de sa prise en charge. L'évaluation nutritionnelle d'un patient atteint de la MA nouvellement diagnostiquée comprend au minimum : la pesée et le test Mini Nutritional Assessment (MNA) réalisé avec un aidant.

Le suivi nutritionnel d'un patient atteint de la MA comprend au minimum une pesée mensuelle faite dans les mêmes conditions (notamment même balance) dans son lieu de vie habituel avec l'aide si nécessaire d'un aidant familial ou professionnel. Le résultat et la date de la pesée doivent être notés.

Lors d'une consultation médicale de suivi (ou lors d'une hospitalisation), tout patient atteint de la MA doit être pesé, et une perte de poids doit être recherchée.

Chez les patients atteints de la MA, une perte de poids de 2 kg (ou plus) par rapport au poids initial ou une perte d'appétit doit alerter l'entourage et le médecin et doit conduire le médecin à réaliser une évaluation nutritionnelle.

Chez les patients atteints de la MA, une intervention nutritionnelle doit être entreprise en cas de perte de poids de 5% ou plus en 3 à 6 mois, isolément. De même, une intervention nutritionnelle doit être entreprise si deux ou plusieurs des critères suivants sont remplis : score MNA < 17, albuminémie < 35 g/L, diminution des ingesta évalués sur 3 jours.

Chez les patients atteints de la MA recevant un traitement inhibiteur de l'acétylcholinestérase (IACE), la survenue d'une anorexie et/ou d'une perte de poids impose dans un premier temps de rechercher une cause autre que le traitement IACE

Prise en charge nutritionnelle

Une intervention nutritionnelle inclut : la recherche d'une cause médicale ou socio-environnementale modifiable, l'augmentation des apports en calories et en protéides (enrichissement de l'alimentation orale et/ou complémentation nutritionnelle orale), et une activité physique quotidienne.

Pour les patients ayant une MA au stade sévère, il n'y a pas de bénéfice à entreprendre une nutrition artificielle (entérale ou parentérale) en cas de perte de poids, de dénutrition ou d'anorexie.

Certaines situations induisant un stress médical (par exemple intervention chirurgicale, infection grave) justifient une prise en charge nutritionnelle systématique.

Prévention et éducation

Chez tout patient atteint de la MA, pour prévenir la perte de poids et le risque nutritionnel, il est souhaitable d'encourager une alimentation variée et équilibrée ainsi qu'une activité physique quotidienne. La prévention de la déshydratation fait partie de la prise en charge du patient atteint de MA.

Les professionnels de santé et les aidants familiaux des patients atteints de la MA doivent bénéficier de programmes de formation portant sur l'alimentation de ces patients et aussi sur la détection de signes indiquant un risque nutritionnel (perte de poids débutante, anorexie).