

Nutrition et insuffisance rénale : quoi de neuf ?

D. Fouque¹ et P. Chauveau²

¹Département de néphrologie, Hôpital Edouard Herriot, Lyon

²Association pour l'usage du rein artificiel en Aquitaine, Gradignan

Malgré de constants progrès techniques dans les méthodes de dialyse, les patients français n'échappent pas à la grande fréquence de dénutrition mise en évidence par l'étude multicentrique transversale de 1996.¹ En effet, près de 30% des hémodyalisés français présentent des altérations des index nutritionnels cliniques ou biologiques. Il existe de multiples raisons à ces observations. D'une part, ce n'est que récemment que les techniques d'étude de la composition corporelle ont été adaptées aux caractéristiques du patient insuffisant rénal, puis diffusées (peut-être encore insuffisamment) aux cliniciens, ce qui a permis de mieux identifier cette dénutrition. D'autre part, l'épidémiologie de l'insuffisance rénale est en constante évolution avec le vieillissement de la population mais également avec l'augmentation de la survie des insuffisants rénaux qui sont exposés plus longtemps aux conséquences métaboliques de l'insuffisance rénale. Enfin, l'augmentation de l'incidence de pathologies complexes telles que le diabète est également responsable d'anomalies métaboliques à retentissement nutritionnel.

Entre 1996 et 2000, plusieurs réflexions internationales ont été conduites sur le thème de la dénutrition en insuffisance rénale. Nous avons choisi de traduire la cinquième version des recommandations élaborées par la National Kidney Foundation américaine, (Kidney-Disease Outcomes Quality Initiative, K-DOQI) centrée sur la nutrition du patient insuffisant rénal.² Nous n'avons pas voulu aborder l'aspect pédiatrique des recommandations, mais un chapitre leur est consacré dans le document original. Nous remercions vivement le Dr G. Eknoyan et la National Kidney Foundation pour leur aimable autorisation de traduction. Ces recommandations concernent :

- Les méthodes d'étude de la composition corporelle, cliniques et biologiques.
- Les enquêtes diététiques.
- Le contrôle de l'équilibre acido-basique.
- Les apports nutritionnels recommandés (énergie, protéines, carnitine).
- L'utilisation des suppléments nutritionnels chez les patients en hémodialyse, en dialyse péritonéale et également avant dialyse.

Nous avons ajouté un calculateur permettant d'estimer l'état nutritionnel des patients et de réaliser régulièrement une feuille de suivi individuelle qui pourra être imprimée et intégrée au dossier de soins.

A propos des référentiels nord-américains de composition corporelle, nous voudrions brièvement aborder leur adaptation à la population française. En effet, il n'existe pas en France actuellement de tables de composition corporelle tirées de l'examen d'adultes français en bonne santé. Du fait de l'utilisation des référentiels nord-américains (NHANES II et III, Metropolitan Insurance dans certains cas) dans les études de survie et des études de composition corporelle en insuffisance rénale, nous avons gardé l'usage de ces tables dans les recommandations. Mais les valeurs de poids idéal sont probablement inférieures en Europe, si l'on observe qu'il existe une prise de poids régulière dans la population nord-américaine entre les publications des tables NHANES II et III.

L'obtention d'un poids de référence est très importante pour la détermination des rations énergétiques et protéiques, tâche quotidienne des diététiciens et diététiciennes. La notion de « poids de forme » doit probablement être plus développée. Ce poids de forme peut être basé sur le poids du patient adulte avant sa maladie, ou sur le poids moyen des cinq dernières années de traitement de suppléance par exemple. L'usage de l'index de masse corporelle, IMC ou BMI des anglo-saxons (poids divisé par le carré de la taille), compris entre 20 et 25, définit une fourchette compatible avec une survie optimale et une incidence minimale de complications métaboliques. Finalement, il s'agit bien du coup d'œil du maquignon qu'il nous faut peut-être redévelopper au chevet de nos patients, et cet aspect clinique reste aussi valable que l'utilisation de tables et d'équations. Quel que soit le référentiel choisi, la surveillance longitudinale de ces valeurs nous fournira toujours une information de première importance dans l'évolution de l'état de santé des patients.

Il faut enfin souligner l'important investissement des néphrologues français qui participent activement à des études multicentriques de nutrition pionnières au niveau international. Entreprises sous l'égide du Groupe de recherche en nutrition et dialyse, elles concernent l'effet de la nutrition parentérale per-dialytique, soutenue par l'INSERM, l'effet des statines sur l'état nutritionnel des patients, soutenu par le PHRC, et prochainement l'effet des suppléments oraux en hémodialyse. Les résultats de ces études sont attendus pour 2004.

Remerciements

Nous tenons à remercier Ortho-Biotech, division de Janssen-Cilag S.A.S. pour leur soutien dans la réalisation et la diffusion de ce document.

Adresse de correspondance :

Dr Fouque
Service de néphrologie
Hôpital Edouard Herriot
F-69437 Lyon Cedex 03

Dr P. Chauveau
Association pour l'usage du rein artificiel en Aquitaine
2, allée des Demoiselles
F-33170 Gradignan



Références

1. Aparicio M, Cano N, Chauveau P, Azar R, Canaud B, Flory A, Laville M, Lèverve X. Nutritional status of haemodialysis patients: A French national cooperative study. French Study Group for Nutrition in Dialysis. *Nephrol Dial Transplant* 1999; 14: 1679-86.
2. Clinical practice guidelines for nutrition in chronic renal failure. K/DOQI, National Kidney Foundation. *Am J Kidney Dis* 2000; 35 (Suppl 2): S1-140.