

Problèmes nutritionnels en hémodialyse

Dr O. Lavelle - Néphrologue - C.H. Toulon

La malnutrition est un problème fréquent en hémodialyse : elle concerne de 33 à 70 % des patients en insuffisance rénale chronique terminale.

Les raisons en sont multiples.

Les conséquences sont importantes sur la morbidité et la mortalité des patients. Il est donc important d'évaluer l'état nutritionnel des patients hémodialisés par des éléments cliniques et paracliniques facilement reproductibles, afin de prévenir et de corriger précocement cet état avant qu'il n'ait des conséquences néfastes.

ETIOLOGIES

Avant la prise en charge en hémodialyse

- 1 - Régime pauvre en protides : 0,8 g/kg/jour.
- 2 - Protéinurie importante dans certaines glomérulopathies.
- 3 - Troubles digestifs secondaires à l'urémie : nausées, vomissements, inappétence, douleurs abdominales.
- 4 - Acidose métabolique, source de catabolisme.
- 5 - Terrain : diabétique, alcoolique, sujets âgés, syndrome dépressif, problèmes psychosociaux, néoplasie, pathologies gastro-intestinales associées.

Tous ces éléments sont des facteurs favorisant la dénutrition, avant même que le patient n'ait débuté les séances d'hémodialyse.

Après le début des séances d'hémodialyse

- 1 - Régime excessif poursuivi : non élargissement du régime après mise en dialyse.
- 2 - Dialyse insuffisante : source d'anorexie par mauvaise épuration.
- 3 - Pertes caloriques et protidiques per-dialytiques

Les membranes en cuprophane favorisent le catabolisme.

Les membranes de haut flux peuvent être responsables de pertes de 4 à 8 grammes d'acides aminés par séance.

Un bain non glucosé peut être responsable d'hypoglycémie per-dialytique, et de perte de 25 à 30 grammes de glucose par séance.

Une contre-indication hémodynamique ou digestive à une alimentation per-dialytique ne permet pas de lutter contre les pertes caloriques per-dialytiques.

4 - Mauvaise tolérance des séances

- Troubles hémodynamiques ou digestifs per-dialytiques contre-indiquant une alimentation orale per-dialytique,
- Asthénie post dialytique empêchant le patient de manger à la sortie de la dialyse.

5 - Evénements aigus

Pathologies intercurrentes, hospitalisations responsables d'un amaigrissement.

6 - Gastroparésie urémique

7 - Acidose métabolique mal corrigée

Responsable de catabolisme

8 - Diurèse résiduelle

Lorsqu'il existe une protéinurie importante persistante.

9 - Chélateurs du phosphore

Empêchant la réabsorption de certains aliments.

10 - Malnutrition elle-même

Auto-entretenant la malnutrition

11 - Terrain

Cf. supra

EVALUATION DE LA MALNUTRITION

Données cliniques

1 - Interrogatoire diététique

sur 3 voire sur 7 jours (cahier alimentaire).

2 - Signes fonctionnels digestifs

Nausées, vomissements, inappétence.

3 - Courbe de poids sec

4 - Données anthropométriques

Circonférence des muscles, épaisseur du pli cutané.

5 - Anamnèse, terrain

Cf. supra

Données biologiques

1 - Evaluation de l'apport alimentaire

a - Urée avant la séance de dialyse

Si elle est basse, elle indique que l'apport protidique est faible.

b - Protein Catabolic Rate : PCR

Reflète l'apport protidique lorsque le patient est à l'état d'équilibre sur le plan nutritionnel. Le calcul se fait à partir de la cinétique de l'urée (après et avant dialyse), c'est un excellent indicateur de l'apport alimentaire en protéines.

2 - Evaluation de l'état nutritionnel

a - Créatinine avant la séance de dialyse

Elle est relativement basse lorsque la masse musculaire de l'organisme est faible.

b - Albuminémie

Elle reflète les réserves protidiques de l'organisme.

Une hypoalbuminémie (<30g/litre) est un marqueur de dénutrition, mais elle apparaît relativement tardivement dans le temps.

c - Pré-albumine

C'est un marqueur précoce de dénutrition.

Dénutrition si pré-albumine <0,30 grammes/litre.

Faux positif : syndrome inflammatoire

d - Cholestérol

Il est bas en cas de dénutrition.

Conséquences sur la morbidité et la mortalité

La malnutrition est l'un des principaux facteurs de morbidité et de mortalité chez l'hémodialysé.

Elle augmente la sensibilité aux infections par diminution des fonctions immunitaires.

Elle diminue les capacités de cicatrisation.

Elle favorise le grabatarisme.

TRAITEMENT

Traitement préventif

1 - Dialyse précoce

Ne pas attendre que la malnutrition s'installe pour débiter les séances de dialyse.

2 - Dialyse adéquate

Cf. infra

3 - Régime adapté après le début des séances d'hémodialyse

35 à 40 calories/kg/jour, dont :

60 % hydrate de carbones d'absorption lente

30 % lipides : 1/3 acides gras saturés

1/3 acides gras mono insaturés (olives, colza, tournesol)

1/3 acides gras poly-insaturés (poissons)

1,2 kg/jour de protides de haute valeur biologique (acides aminés essentiels) et de haut coefficient d'utilisation digestive (viandes, poissons, œufs, pain).

4 - Dialyse contre un bain glucosé.

Traitement curatif

1 - Dialyse adéquate

Choix judicieux du temps de dialyse et du dialyseur.

But : $KT/V > \text{ou} = 1,4$

PCR = 1 à 1,2 g/kg/j.

2 - Supplémentation calorique

a - Orale

b - Entérale (sonde nasogastrique)

c - Parentérale per dialytique ; bien que peu d'études contrôlées aient prouvé son efficacité, elle est fortement recommandée,

d - Parentérale totale lors des hospitalisations.

CONCLUSION

L'évaluation de l'état du patient hémodialysé doit être réalisée régulièrement afin de prévoir, dépister, et si besoin corriger un état de malnutrition dont les conséquences peuvent être sévères.