

Items 253, 179 : Alimentation de l'adulte insuffisant rénal chronique

Collège des Enseignants de Nutrition

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

ENC :.....	3
SPECIFIQUE :.....	3
I Rappels physiologiques	3
II Objectifs	3
III Repères cliniques	5
III.1 Apports nutritionnels recommandés	5
III.2 Suivi nutritionnel	5
III.3 Prise en charge de la dénutrition	5
IV Situations particulières	6

OBJECTIFS

ENC :

- Item 179 : Prescrire un régime diététique en fonction de la pathologie et du contexte clinique.

SPECIFIQUE :

- Connaître les apports protidiques recommandés au cours des différents stades de l'IRC .
- Savoir évaluer et surveiller l'état nutritionnel dans ces conditions.

I RAPPELS PHYSIOLOGIQUES

- Le rein joue un rôle fondamental dans le métabolisme des nutriments. Il intervient dans le métabolisme énergétique par sa contribution à la gluconéogenèse et par son rôle dans le catabolisme des peptides glycorégulateurs, insuline et glucagon notamment.
- L'impact de l'insuffisance rénale chronique (IRC) sur le régime alimentaire tient principalement au rôle du rein dans le métabolisme azoté : élimination des déchets azotés et contrôle de l'équilibre acide-base. Ainsi, en l'absence de dialyse, les apports protéiques doivent être adaptés pour limiter le risque de « toxicité urémique » et d'acidose métabolique.
- L'IRC est caractérisée par plusieurs perturbations endocriniennes et métaboliques : insulino-résistance, hypertriglycéridémie, anomalies des facteurs de croissance (GH et IGF-1), hyperparathyroïdie, hypoandrogénie. En outre, le métabolisme des micronutriments est marqué par le défaut de synthèse rénale de la forme dihydroxylée de la vitamine D et les déperditions per dialytiques de vitamines hydrosolubles.

II OBJECTIFS

- prévenir la dénutrition chez les sujets IRC par une alimentation suffisamment énergétique
- adapter les apports protidiques en fonction du stade de l'IRC (**tableau 1**)
- adapter les apports hydriques et limiter les apports sodés excessifs
- intégrer la prise en charge nutritionnelle dans une prise en charge globale intégrant notamment celle des facteurs de risque cardio-vasculaire

Tableau 1 : Apports protidiques au cours de l'insuffisance rénale chronique

Degré d'insuffisance rénale	Taux de filtration glomérulaire (TFG, ml/min.1,73 m ²)	Apports recommandés/kg de poids idéal/jour
Stade 1	Fonction rénale normale	Besoins nutritionnels du sujet normal • 0,8 g
Stade 2	TFG>60	• 0,8 g
Stade 3	30<TFG<60	• 0,8 g
Stade 4 & Stade 5	15<TFG< 30 TFG<15 (non dialysés)	• 0,6-0,8 g ou 0,3 -0,4 g + AA essentiels et cétoanalogues d'AA <i>Ratio protéines animales/végétales = 1</i>
Stade 5, traitement par hémodialyse		• 1,2 g
Stade 5, traitement par dialyse péritonéale		• 1,3 g

III REPÈRES CLINIQUES

III.1 APPORTS NUTRITIONNELS RECOMMANDÉS

- Aux stades pré-dialytiques : il faut limiter les signes de toxicité urémique et retarder la dégradation de la fonction rénale tout en prévenant la dénutrition. L'alimentation doit donc être limitée en protéides. L'apparition d'une dénutrition doit être prévenue par un apport énergétique élevé (35 kcal/kg/j). Elle constitue un élément conduisant à une mise en dialyse plus précoce.
- Chez le patient dialysé : la dénutrition (20 à 60% des patients) menaçant la survie, il faut majorer les apports énergétiques (30 à 35 kcal/kg/j) et protéiques (tableau 1). Un apport en vitamines hydrosolubles est recommandé.
- Quel que soit le stade de l'IRC : les apports énergétiques doivent être représentés pour 30 à 40 % par les lipides, et les glucides d'absorption lente doivent être privilégiés. Les particularités concernant les apports hydroélectrolytiques sont dominées par les risques d'hyperkaliémie, d'hyperphosphorémie et de surcharge hydrosodée. Le régime alimentaire devra prendre en compte les co-morbidités fréquemment associées à l'insuffisance rénale : diabète, dyslipidémie, hypertension artérielle. La prescription de vitamine D est fonction du statut phospho-calcique. Chez le patient dénutri, un apport d'éléments-traces (zinc et sélénium) est parfois nécessaire.

III.2 SUIVI NUTRITIONNEL

- A tous les stades de l'insuffisance rénale, hormis le suivi néphrologique, des consultations diététiques avec évaluation des ingesta et conseil alimentaire, ainsi qu'un monitoring régulier de l'état nutritionnel sont nécessaires.
- Chez le patient dialysé, une perte de 10% du poids corporel en 6 mois, un IMC < 20 kg/m²

III.3 PRISE EN CHARGE DE LA DÉNUTRITION

- Outre les mesures habituelles, elle doit y associer chaque fois que possible l'exercice physique (et parfois une androgénothérapie substitutive).
- Chez l'hémodialysé dénutri, le mode d'intervention doit être adapté au niveau des ingesta spontanés.

- Lorsque ceux-ci sont ≥ 20 kcal/kg/jour il est recommandé d'administrer des compléments nutritionnels oraux (CNO), la nutrition per dialytique ne devant être prescrite qu'en l'absence de compliance aux CNO.
- Lorsque les ingesta sont < 20 kcal/kg/jour ces deux méthodes ne permettent pas de découvrir les apports recommandés. Une nutrition entérale doit alors être entreprise, le plus souvent après pose d'une gastrostomie, la durée nécessaire de ce traitement étant en règle supérieure à un mois.

IV SITUATIONS PARTICULIÈRES

Après transplantation rénale, l'alimentation doit prendre en compte : le niveau de fonctionnement du greffon, les co-morbidités, la présence des traitements corticoïde et immuno-suppresseur.