

Items 227, 179 : Alimentation du patient insuffisant respiratoire chronique

Collège des Enseignants de Nutrition

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

1 Rappels physiologiques	1
2 Objectifs.....	2
3 Repères cliniques	3
4 Situations particulières	4

OBJECTIFS

ENC :

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

SPECIFIQUE :

- Connaître la valeur pronostique de la dénutrition dans l'IRC.
- Savoir prescrire une prise en charge nutritionnelle adaptée dans une démarche éducative globale intégrant la promotion d'une activité physique adaptée.
- Respecter le surpoids et l'obésité modérée chez les patients présentant une IRC.
- Expliquer au patient l'importance et l'efficacité d'une prise en charge multidisciplinaire.

I RAPPELS PHYSIOLOGIQUES

- L'insuffisance respiratoire chronique (IRC) représente l'évolution ultime de différentes pathologies pulmonaires parmi lesquelles la plus importante en fréquence est la Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO). A ce stade, l'organisme est confronté à une hypoxie chronique souvent associée à une inflammation généralisée.
- Selon la pathologie initiale, l'IRC s'accompagne de dénutrition dans 20 à 70% des cas. La dénutrition est un facteur pronostique indépendant de mortalité.
- La physiopathologie de la dénutrition est multifactorielle. Il existe généralement une augmentation de la dépense énergétique de repos (augmentation du travail respiratoire, intoxication tabagique, β -2 agonistes) pas systématiquement responsable d'une augmentation de la dépense énergétique totale (diminution parallèle de la dépense liée à l'activité physique). L'alimentation est souvent altérée par (i) une majoration de la dyspnée pendant et au décours du repas ; (ii) le syndrome inflammatoire responsable d'une anorexie ; et (iii) le contexte psychosocial.
- La perte de la masse maigre est secondaire à la production de cytokines (TNF- α en particulier) et à l'hypoxie chronique qui entraînent une diminution de la protéosynthèse sans diminution parallèle de la protéolyse.
- A déficit pulmonaire comparable, la survie des patients IRC est linéairement corrélée à leur IMC, y compris en cas de surpoids et d'obésité.

II OBJECTIFS

- dépister systématiquement la dénutrition chez les sujets IRC.
- diminuer la dyspnée lors des prises alimentaires en ayant recours à une alimentation fractionnée et de haute densité calorifique.
- intégrer la prise en charge nutritionnelle dans une prise en charge globale des différents facteurs contribuant à la dénutrition.
- respecter le surpoids et l'obésité modérée chez les patients avec IRC, puisque les données épidémiologiques objectivent une meilleure survie chez ce type de patient.

III REPÈRES CLINIQUES

- L'évaluation nutritionnelle de ces patients fait appel aux paramètres anthropométriques habituels (% de perte de poids et IMC). L'index composite pronostic BODE (*Body mass index, airflow Obstruction, Dyspnea, Exercise capacity*)
- La prise en charge multidisciplinaire de ces patients est pneumologique, nutritionnelle et kinésiologique. Elle a pour but d'optimiser la fonction pulmonaire, d'augmenter l'apport énergétique et de favoriser l'anabolisme par l'exercice physique (parfois en association avec des stéroïdes anabolisants).
- En règle générale, l'augmentation de l'apport énergétique est assurée par des conseils diététiques, complétés au besoin par des compléments nutritionnels oraux (cf chapitre sur la dénutrition).

IV SITUATIONS PARTICULIÈRES

- En cas de mucoviscidose, la prise en charge nutritionnelle comporte en plus une prise en charge de la malabsorption digestive (enzymes pancréatiques et vitamines liposolubles) et du diabète lorsqu'il est présent.
- Lorsque l'IRC est d'origine neuromusculaire (myopathies, SLA), il existe souvent des troubles de la déglutition qui nécessitent généralement une nutrition entérale par gastrostomie.