

D

iététique et transplantation

Mr le Pr. M. OLMER - C.H.U. La Conception - MARSEILLE

Si la transplantation rénale représente pour la majorité des insuffisants rénaux qui peuvent en bénéficier, le terme d'une tranche de vie faite de contraintes répétitives (dialyse, régime, etc...) elle ne signifie pas pour autant une liberté alimentaire totale.

A cela existe trois types de raisons :

- **Clinique** : Existence d'un catabolisme post-opératoire, possibilité d'une insuffisance rénale secondaire à un rejet précoce ou à un rejet chronique, hypertension artérielle fréquente, excès pondéral.
- **Inhérente au traitement** : Les stéroïdes favorisent l'excès pondéral, les troubles glucidiques et calciques, voire l'hypercatabolisme protéidique. La Ciclosporine peut être à l'origine d'hypertension artérielle et d'insuffisance rénale.
- **D'ordre biologique** : A côté de l'insuffisance rénale toujours possible quelle qu'en soit la cause, on retiendra surtout les troubles lipidiques dont les mécanismes sont complexes mais qui peuvent contribuer à favoriser une glomérulosclérose et aggraver l'insuffisance rénale.

La diététique pour toutes ces complications a donc sa place chez le greffé tant au plan prophylactique que thérapeutique.

Au début, la ration protéique doit être adaptée au catabolisme azoté afin d'éviter une balance azotée négative.

Par la suite, une greffe fonctionnelle n'imposera comme modulation alimentaire que l'apport sodé selon les valeurs tensionnelles et surtout la ration lipidique qui ne doit pas dépasser 30% de l'apport calorique.

Compte tenu du risque des troubles lipidiques sur les vaisseaux et du peu de compliance des malades greffés à un réel contrôle diététique, un traitement hypolipémiant est souvent nécessaire.