

# I

## nsuffisance rénale chronique : peut-on allier nutrition adaptée et qualité de vie satisfaisante ?

Mme Dominique MAROT, Diététicienne - CHR Pellegrin - BORDEAUX

Il est actuellement difficile de ne pas admettre la relation étroite qui existe dans l'insuffisance rénale chronique (IRC) entre d'une part le maintien d'un état nutritionnel satisfaisant et d'autre part une meilleure qualité de vie et une diminution de la morbidité à moyen ou long terme.

Notre souci actuel est d'essayer de conserver ou de retrouver un état nutritionnel acceptable grâce à une alimentation adaptée qui tient compte des impératifs de la maladie à ses différents stades.

Cela ne pourra être possible que si les conseils nutritionnels dispensés sont personnalisés, adaptés à la vie familiale, sociale et professionnelle des patients, et pas trop éloignés de leurs habitudes alimentaires traditionnelles. Si ces conditions sont réunies elles contribueront à assurer ou restituer une qualité de vie satisfaisante.

La notion de maladie chronique chez les patients pris en charge doit toujours être présente car le patient devra vivre définitivement avec sa maladie et de façon permanente. Dans les pathologies nécessitant un mode d'alimentation particulier, cette permanence va être renforcée par la notion la plus habituelle dans les pays occidentaux de prise de nourriture au moins trois fois par jour en moyenne. Ainsi la nourriture et son cortège de convivialité, de traditions familiales et sociales et - d'idées reçues également, vont être liés à la maladie à chacune de ses étapes.

Dans l'IRC les nouvelles règles alimentaires seront établies en fonction de l'incidence de la maladie sur les besoins nutritionnels des patients :

- défaut d'élimination partiel puis total des diverses substances dont les reins assurent l'épuration dans les conditions normales : déchets azotés (urée, créatinine), eau, électrolytes (sodium, potassium, phosphore)

- anomalie métaboliques concernant les métabolismes phosphocalcique (hyperphosphorémie, hypocalcémie), lipidique (hypercholestérolémie, hypertriglycéridémie), glucidique (résistance à l'insuline dans les tissus périphériques), énergétique.

Ces règles seront différentes selon le stade d'évolution de l'IRC : phase évolutive = traitement conservateur ; insuffisance rénale terminale = hémodialyse, DPCA ; transplantation.

La détermination des besoins nutritionnels tiendra compte des paramètres suivants : stade d'évolution de la maladie, caractéristiques de chaque patient, besoins énergétiques accrus. L'adaptation en fonction de ces différents paramètres sera personnalisée et tiendra compte des habitudes alimen-

taires antérieures, du mode de vie, des impératifs professionnels et des conditions socio-économiques.

L'évolution de l'état nutritionnel de chaque patient tiendra une place essentielle dans les modalités de surveillance et s'effectue à l'aide de la mesure des paramètres classiques : poids, albuminémie, protéines totales sériques, mesures anthropométriques (évaluation de la masse maigre et de la masse grasse à partir du pli cutané tricipital et de la circonférence du bras).

### IRC ÉVOLUTIVE : TRAITEMENT CONSERVATEUR

A ce stade survient la découverte de la maladie et de ses conséquences à moyen ou long terme. La possibilité actuelle est de proposer un traitement conservateur diététique qui sera susceptible de ralentir l'évolution de l'IRC et de corriger un certain nombre d'anomalies métaboliques associées. Qu'il soit peu ou très restrictif ce "régime" entraîne des contraintes alimentaires, une implication dans la vie familiale, sociale et professionnelle et une médicalisation plus importante renforcée par un suivi nutritionnel indispensable.

Cette alimentation va être restrictive en protéines et apportera en moyenne de 0,8 à 0,6 g de protéines par kg et par jour mais on pourra descendre jusqu'à un apport de 0,3 g de protéines par kg de poids et par jour à condition de supplémenter en acides aminés essentiels et céto-analogues. Elle sera en outre riche en énergie (35 à 40 Kcal/jour) et limitée en phosphore.

Les points qui nous semblent essentiels en vue d'une bonne compliance de la part des patients sont les suivants :

- conseils très personnalisés en présence du membre de la famille qui lui est le plus proche

- mise en évidence des éléments positifs (possibilité de continuer à mener une vie normale : sorties, réunions de famille, vacances, voyages)

- essai de correspondance la plus proche possible entre l'alimentation spécifique et celle du reste de la famille

- recettes sophistiquées pour les jours de fête

- rencontres avec d'autres patients ayant déjà un certain vécu dans le suivi de l'alimentation spécifique.

### INSUFFISANCE RENALE TERMINALE : HEMODIALYSE

Il s'agit d'une situation nouvelle où la contrainte du traitement épurateur extra-rénal intervient et va induire le respect

de nouvelles règles alimentaires. Il est important de toujours garder à l'esprit que cette situation va être définitive pour nombre de patients et face à toutes les contraintes il y a lieu de définir les priorités :

- maintenir un état nutritionnel satisfaisant avec des apports énergétique et protéique adaptés
- prévenir le risque d'hyperkaliémie
- contrôler les apports en phosphore afin d'éviter l'hyperparathyroïdie secondaire
- prévenir les risques en relation avec la rétention hydrosodée tout en recommandant une alimentation variée et équilibrée.

### **DIALYSE PERITONEALE CONTINUE AMBULATOIRE**

Cette technique donne lieu à l'instauration d'une alimentation spécifique liée d'une part à la nature du dialysat utilisé -solution de glucose- et d'autre part au passage des petites et moyennes molécules à travers la paroi des vaisseaux sanguins lors des échanges : pertes en acides aminés proches de l'équivalent de 10 g de protéines par jour. Ceci va bien sûr s'associer aux impératifs déjà présentés et inhérents à la maladie elle-même.

L'alimentation conseillée devra être hyperprotéique - 1,2 à 1,3 g de protéines par kg de poids - et limitée en glucides - suppression des sucres simples - cette dernière indication pouvant être modulée en fonction du patient considéré.

### **CONCLUSION**

En 1993 nous ne devrions plus parler dans l'IRC terminale en terme de survie mais de **QUALITE DE VIE**.

Les techniques en matière de traitement épurateur étant bien maîtrisées, il faudrait maintenant essayer d'être convaincu que des conseils alimentaires bien compris et suivis peuvent assurer une bonne tolérance vis-à-vis de la technique, un meilleur état général conservé à long terme et un éventuel accès à la transplantation rénale dans de meilleures conditions.

Trop souvent le terme de "régime" est perçu de façon péjorative signifiant contraintes, astreintes et dans l'esprit de trop nombreuses personnes les conseils alimentaires ennuiement les patients.

Dans le Service de néphro-Hémodialyse l'équipe multidisciplinaire agit en vue d'une cohésion totale vis-à-vis d'une meilleure prise en charge nutritionnelle de tous les patients car dans notre discipline le rôle isolé de la diététicienne ne serait en aucun cas efficace à lui seul.

Il faudrait admettre que la diététique doit composer avec la maladie pour optimiser la **QUALITE DE VIE** et qu'un équilibre alimentaire bien compris permet d'avoir dans la plupart des cas une alimentation très proche de la normale bien que spécifiquement adaptée.