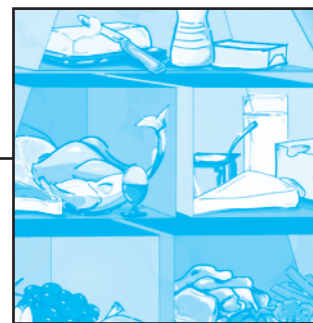


PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE DU PATIENT TRANSPLANTÉ



Prise en charge nutritionnelle du patient transplanté rénal

Docteur Karine MOREAU - Emmanuelle GRIGAUT – Bordeaux

La plupart des patients en attente de greffe rénale présentent une insuffisance rénale terminale nécessitant une prise en charge en épuration extra rénale. A ce titre, ces sujets sont soumis au risque de dénutrition protéino-énergétique (diminution de la disponibilité en substrats ou mauvaise utilisation). La greffe rénale permet en théorie la correction de la majorité de ces facteurs. Cependant, la situation du greffé n'est pas pour autant dénuée de risque. Nous aborderons par la suite les risques métaboliques selon un ordre chronologique après la greffe.

PENDANT LES PREMIÈRES SEMAINES

Lors des trois premiers mois après la transplantation, le patient est soumis à un faisceau d'éléments (acte chirurgical, alitement, jeûne post opératoire, stress, corticothérapie...) qui se potentialisent pour aboutir à une situation d'hyper catabolisme. Ainsi, le taux de catabolisme protéique a été estimé à 1,5 g/kg/j dès le 5^e jour après la greffe, pour se maintenir à cette valeur élevée pendant plusieurs semaines. Ceci est responsable d'une balance protéique négative chez 75 à 95% des sujets. Pour cette raison, les apports protéiques recommandés après la greffe sont de 1,3 à 1,5 g/kg/j.

Parallèlement, après le premier mois, la majorité des sujets prennent du poids, essentiellement en rapport avec la corticothérapie. Pour limiter l'apparition d'un syndrome cushingoïde, il est recommandé un apport calorique suffisant (30 à 35 kcal/kg/j) en limitant les hydrates de carbone à assimilation rapide. Un régime peu sodé doit parallèlement être proposé.

APRÈS LES TROIS PREMIERS MOIS

La levée des contraintes alimentaires, le traitement immunosuppresseur (corticothérapie, anticalcineurines, sirolimus), l'état préalable

à la greffe conduisent à un risque métabolique non négligeable : prise de poids, dyslipidémie, diabète, perte de masse osseuse.

La prise de poids

Elle survient rapidement après la greffe (dès la fin du premier mois). Cette prise de poids est à rattacher à une augmentation de la masse grasse, la masse maigre (muscles et viscères) étant en général stable. Il est donc conseillé de limiter les apports en lipides (30 % de la ration calorique), avec un apport protéique de 1 g/kg/j. Dans tous les cas, il est essentiel de rappeler au patient l'importance de la pratique d'une activité physique régulière.

La dyslipidémie

Elle est multifactorielle, liée à des facteurs génétiques, au sexe et à l'âge, au poids (préalable à la greffe, évolution post greffe), au traitement immunosuppresseur (sirolimus +++++, ciclosporine), à l'altération de la fonction rénale associée ou non à une protéinurie...

La dyslipidémie est délétère à double titre : Il s'agit d'une part d'un facteur de risque cardiovasculaire (les pathologies cardiovasculaires étant la première cause de décès chez le greffé après la première année), et d'autre part d'un facteur d'altération de la fonction du greffon à long terme (« néphropathie chronique d'allogreffe »).

Elle est rencontrée fréquemment après la greffe (de 65 à 85 % des patients sont porteurs d'une hypercholestérolémie, alors qu'une hypertriglycéridémie est notée chez 30 à 60% des sujets). Par ailleurs, ces altérations métaboliques persistent longtemps après la greffe (plus de 10 ans, malgré l'allègement possible du traitement immunosuppresseur).

Le traitement est difficile, les médicaments à notre disposition étant pour certains délétères pour le greffon. Dans ces conditions, des conseils diététiques ne sont pas à négliger.

Ainsi, on peut proposer :

- **En cas d'hypercholestérolémie** : réduire les apports en lipides, diminuer les aliments riches en acides gras saturés pour favoriser les aliments riches en acides gras poly-insaturés et en fibres.
- **En cas d'hypertriglycéridémie** : réduire les glucides et supprimer les boissons alcoolisées.
- **Dans tous les cas** : ne pas négliger l'effet bénéfique de l'activité physique.

Le diabète

La définition du diabète post greffe est la même que celle proposée pour la population générale, à savoir une glycémie à jeun supérieure à 7 mmol/l ou une glycémie après une charge orale en glucose supérieure à 11,1 mmol/l. Pour être diagnostiqué, il est donc impératif de surveiller la glycémie à jeun une fois par semaine pendant 6 mois, puis une fois par mois jusqu'à un an. Par la suite, une surveillance annuelle est suffisante. La fréquence de survenue de cette complication est variable selon les équipes (de moins de 4 % à 20 %), mais les caractéristiques sont constantes :

Apparition précoce après la greffe, dès les premières semaines ou premiers mois, et toujours avant un an.

Les facteurs de risque de survenue sont le traitement immunosuppresseur (corticothérapie, tacrolimus), l'âge du receveur et son origine ethnique (sujets de race noire).

La survenue d'un diabète post greffe s'accompagne de l'augmentation de la fréquence de complications essentiellement cardiovasculaires et infectieuses, sans retentissement sur la survie du patient. En revanche, à long terme, la survie du greffon est altérée chez ces sujets avec une survie à 10 ans de 40 % versus 70 %.

La prévention nutritionnelle de cette complication est assez limitée, avec une optimisation du poids corporel et une limitation des apports en glucides chez les sujets à risque.

Les complications osseuses

L'ostéopénie est une complication fréquente de la greffe, favorisée par la corticothérapie au long cours sur un os au préalable fragilisé par une hyperparathyroïdie préexistante à la greffe. Dans ces conditions, il apparaît licite de proposer une alimentation normale « haute » en calcium (900 à 1200 mg/j), voire enrichie chez la femme ménopausée, avec correction des éventuelles carences associées (phosphore, magnésium, vitamine D). Dans tous les cas, l'activité physique régulière est bénéfique.

L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE DU GREFFÉ

La néphropathie chronique d'allogreffe se traduit par une dégradation progressive de

la fonction rénale avec perte du greffon à plus ou moins long terme. Cette évolution est influencée par des facteurs immunologiques et des facteurs dits non immunologiques. Parmi ceux-ci, certains, comme la surcharge pondérale, la dyslipidémie, le diabète, la protéinurie, sont accessibles à une prise en charge nutritionnelle. Il semble donc licite de proposer une diététique basée sur une restriction protéique modérée (0,7 à 0,8 g/kg/j) avec une limitation des apports lipidiques, l'ensemble sous couvert d'un apport énergétique suffisant (35 kcal/kg/j).

CONCLUSION

Les problèmes nutritionnels des patients greffés rénaux ont pendant longtemps été négligés, l'essentiel étant d'assurer la survie du greffon. Actuellement, la prise en

charge du patient greffé s'inscrit dans une optique de long terme. A ce titre, les complications métaboliques requièrent une collaboration pluridisciplinaire au sein des services, pour que puissent être conciliés plaisir alimentaire et santé.

Docteur Karine MOREAU
Praticien hospitalier
service du Professeur Merville
CHU de Bordeaux

Emmanuelle GRIGAUT
Diététicienne
Hôpital Pellegrin
CHU de Bordeaux