

L'alimentation de l'insuffisant rénal chronique Des conseils adaptés au stade de la maladie

L'insuffisance rénale (IRC) chronique justifie la mise en place de mesures nutritionnelles qui sont fonction du stade d'évolution de la maladie et de la nature du traitement (dialyse, transplantation). L'intervention d'une diététicienne est hautement souhaitable, a estimé le Pr Denis Fouque*.

À CHAQUE STADE évolutif de l'IRC correspondent des risques particuliers impliquant des mesures diététiques spécifiques. Ainsi, les recommandations seront différentes selon que l'on se situe aux stades 3, 4 et 5 avant dialyse, au stade 5 « dialyse » ou après une transplantation.

Pas d'excès de sel et de protéines. Avant la dialyse, l'objectif est de prévenir les complications métaboliques et la progression de l'atteinte rénale, favorisées par l'hypertension artérielle (HTA) et la protéinurie. Concrètement, cela se traduit par une réduction des apports sodés et par des apports protéiques optimisés. Dès qu'il existe une HTA, les apports de chlorure de sodium (sel alimentaire) doivent être limités à 6 g par jour. « Il ne s'agit pas d'un régime désodé strict », précise le Pr Denis Fouque. En pratique, il suffit de cuisiner peu salé, de ne pas ajouter de sel à table et de renoncer aux biscuits apéritifs et/ou aux plats tout préparés contenant trop de sel ; il n'y a pas lieu d'acheter du pain sans sel, ni d'exclure des eaux minérales riches en bicarbonate de sodium, qui n'est quasiment pas hypertensif.

Deuxième mesure très importante chez les patients insuffisants rénaux (qu'ils soient ou non hypertendus), ne pas abuser des protéines : « Il ne faut pas parler de restriction, terme mal perçu par les patients, mais d'apports optimisés équivalents à 0,8 g/kg/jour », note le Pr Denis Fouque. Actuellement, en France, on en mange beaucoup trop, en moyenne 1,4 g/kg/j. Des apports optimisés impliquent que le patient diminue significativement les quantités de viande et de fromage consommées. Des apports contrôlés de protéines permettent de réduire la charge en phosphore, en sodium et de diminuer la protéinurie. Le déficit en calcium potentiellement induit par la baisse de consommation du fromage et des produits laitiers est de toute façon compensé par une supplémentation calcique obligatoire chez l'IR. Si, en dépit de la réduction de la viande et des fromages, une hyperphosphorémie persiste, des chélateurs du phosphore sont prescrits. La prescription de vitamine D est discutée au cas par cas. Il n'y a pas lieu de restreindre les apports hydriques ; dès lors que ceux-ci seront raisonnables, de l'ordre d'1,5 litre par jour. « L'idée qu'il faut boire 3 litres par jour pour être en bonne santé est totalement erronée, s'insurge le Pr Fouque. Il n'y a pas de justification médicale (en dehors des lithiases urinaires) de boire plus de 1,5 litre par jour. Pour sécréter correctement l'ADH, l'hypophyse a besoin de périodes de restriction hydrique. Il n'est pas bon de boire sans arrêt. »

Enfin, il faut être vigilant vis-à-vis des apports énergétiques. Une anorexie accompagne très souvent l'IRC. Et les patients risquent de restreindre spontanément leurs apports énergétiques du fait du

manque d'appétit et/ou d'une mauvaise compréhension de leur régime. D'où la très grande utilité d'un suivi diététique.

Avant la dialyse, les recommandations diététiques ne diffèrent pas selon le stade d'évolution de la maladie - 3, 4 ou 5. « Plus la maladie est avancée, plus on sera exigeant sur la mise en œuvre et l'observance des mesures préconisées et plus on exercera une surveillance étroite des résultats obtenus », précise le Pr Denis Fouque. *Le recours à une diététicienne pour accompagner le patient est hautement souhaitable ; elle permet de traduire en pratique les recommandations théoriques faites par le médecin. Dans le cadre du réseau TIRCEL mis en place dans la région lyonnaise, les patients avec une IRC rencontrent une diététicienne tous les 6 mois, puis tous les 3 mois, quand la maladie a progressé. Bien sûr, le rythme est adapté aux besoins de chaque patient, c'est-à-dire à sa capacité à comprendre et à appliquer durablement les consignes hygiéno-diététiques. »*

La guerre du sel Vers un non-lieu ?

Lancée il y a quelques années, la controverse sur la nécessité ou non d'abaisser les apports sodés continue à alimenter thèses et antithèses. Les points de vue de deux scientifiques, le Pr Albert Mimran* et le Dr Tilman Druke, éclairent le débat en s'appuyant sur les données disponibles.**

C'EST À PARTIR des données issues de l'enquête américaine NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey) que la polémique a, semble-t-il, commencé. Plus de 20 000 adultes représentatifs de la population américaine y ont participé ; 11 348 d'entre eux ont bénéficié d'un examen médical et ont rempli un questionnaire sur leur consommation au cours des 24 heures précédentes. L'inclusion a eu lieu entre 1971 et 1975. Leur statut vital a été recueilli en 1992. L'analyse a mis en évidence une relation inverse, statistiquement significative, entre consommation de sel et mortalité globale, mais aussi mortalité d'origine cardio-vasculaire. Malgré les questions méthodologiques posées par cette étude observationnelle, le débat était lancé et repris de façon « passionnelle » par certains. Et les résultats des études sur le rôle du sel comme facteur de risque ont fait l'objet d'interprétation différente. En témoigne le débat publié dans la revue « NDT » (Nephrologic Dialysis Transplantation).

Le Pr Albert Mimran, coauteur de

Les apports actuels

En France, on estime la consommation moyenne de sel à 11 g/j dans la population masculine et à 7,5 g/j dans la population féminine. Mais 60 % des hommes ont des apports sodés inférieurs à 11 g/j et 60 % des femmes inférieurs à 7,5 g/j ; 60 % des hommes consomment plus de 8 g/j et 60 % des femmes plus de 6 g/j ; autrement dit, d'ores et déjà, 40 % de la population a une consommation correspondant aux objectifs.

Le respect des consignes alimentaires est facilement évalué par une analyse des urines de 24 h mesurant le sodium et l'urée (300 mmol d'urée par 24 h correspondent à la consommation de 60 g de protéines). Un contrôle est réalisé tous les 6 mois pour l'IRC de stade 3, puis tous les 3 mois lorsqu'il s'agit d'un stade 4 ou 5. La calcémie et la phosphorémie sont contrôlées tous les 6 mois.

Attention à la dénutrition. Le traitement par dialyse chronique marque un tournant à bien des égards et notamment concernant les mesures diététiques. « Le risque de dénutrition passe au premier plan chez les patients dialysés », souligne le Pr Fouque ; la principale préoccupation va alors être d'assurer des apports protéino-énergétiques suffisants. On a moins besoin de contrôler les anomalies métaboliques qui le sont par la dialyse. La technique même de dialyse favorise les pertes protéiques. Les apports conseillés passent de 0,8 à 1,1 g/kg/j. Il faut aussi augmenter la ration calorique.

« Ces mesures risquent d'élever la phosphorémie ; la prescription de chélateurs est généralement nécessaire, indique le Pr Fouque. De même, il est difficile d'imposer des restrictions en vue de contrôler le risque dyslipidémique ; aussi préférerait-on prescrire une statine, si besoin. » Enfin, les patients étant très souvent hypertendus, la limitation des apports sodés reste plus que jamais d'actualité ; elle est fixée à 4 g/jour - seuil qui ne nécessite pas nécessairement de passer aux produits de régime sans sel. Les apports en potassium doivent aussi être surveillés. « Il arrive qu'à la saison des fraises ou des cerises la kaliémie augmente brutalement du fait d'une consommation excessive », note le Pr Fouque. Encore une fois, l'ensemble de ces mesures n'est pas facile à mettre en pratique ; le suivi par une diététicienne est indispensable.

Concernant les vitamines, l'habitude en France est d'administrer une association (B1, B6, C et folates) par la voie de la dialyse et d'apporter la vitamine D sous

forme de médicament. La surveillance porte en priorité sur le poids, la composition corporelle et l'albuminémie ; le principal risque étant la dénutrition. « Il faut être très interventionniste, précise le Pr Fouque, et ne pas hésiter à donner des suppléments oraux ou intraveineux. »

Le risque métabolique. Après transplantation, les patients vont mieux ; ils ont de l'appétit, ne sont plus soumis à des restrictions et prennent des traitements cortisonés et immunosuppresseurs. Ils peuvent prendre du poids et devenir dyslipidémiques, intolérants au glucose, voire diabétiques. Le diététicien intervient à nouveau pour appliquer les mesures concernant l'HTA, le cholestérol, les triglycérides, la glycémie, etc. « Le risque de dénutrition s'éloigne et laisse la place à celui des maladies métaboliques », conclut le Pr Fouque.

> Dr DENISE CARO

D'après un entretien avec le Pr Denis Fouque (service néphrologie hôpital Édouard-Herriot, Lyon).



Faut-il réduire la consommation de sel de la population générale ?

après les avoir classés en deux groupes, en fonction de leur consommation "librement choisie" d'un régime soit plus riche, soit moins riche en sodium. Il va de soi que ces deux groupes de sujets se distinguaient par beaucoup d'autres facteurs, captés ou non captés. La différence de mortalité entre ces deux groupes n'existait d'ailleurs que pour les sujets obèses. Ce genre d'analyses rétrospectives, observationnelles, sert à générer des hypothèses qu'il faut ensuite tester dans des études prospectives, randomisées et contrôlées. À ce jour, de telles études n'existent pas. » Néanmoins, comme l'explique le Pr Mimran, « en dehors de son effet sur la pression artérielle, le sodium peut être considéré comme un facteur de risque indépendant. Il existe en effet une relation positive entre natriurèse et masse ventriculaire gauche, ainsi qu'entre apport sodé et albuminurie, comme l'a montré G. Du Caillar (5), chez les sujets normotendus comme chez les patients hypertendus. Or il est bien établi que l'albuminurie et l'hypertrophie ventriculaire gauche sont deux témoins mesurables d'atteinte des organes cibles ». Pour le Pr Mimran, l'ensemble des données disponibles permettent de préconiser une réduction de la consommation de chlorure de sodium entre 5 et 7 g, ce qui serait tout à fait acceptable pour la palatabilité des aliments. Cet objectif peut être atteint par l'éducation et l'étiquetage compréhensible des produits, estime-t-il.

Quels effets dans certaines populations ? Un avis que ne partage pas tout à fait le Dr Druke. La survie des Japonais qui conservent une

alimentation très salée tout en consommant l'alimentation japonaise habituelle ne s'est-elle pas révélée meilleure en termes de mortalité que celle de sujets soumis à un régime riche en fruits et en légumes et réduit en sodium (6) ?

S'il est bien admis que les hypertendus, les cardiaques et les insuffisants rénaux doivent réduire leurs apports sodés, pourquoi imposer une telle mesure à toute la population dont la majorité, du moins en France, consomme entre 7 et 9 g de sel par jour ? Cette baisse pourrait avoir des effets délétères chez les femmes enceintes, les sujets ayant des pertes rénales de sel supérieure à la moyenne, les sportifs et les sujets âgés qui, tous, ont besoin d'apports en sel suffisants pour garantir leur équilibre hydrosodé. Argument rejeté par le Pr Mimran : en cas de fuite digestive ou sudorale de chlorure de sodium, le rein diminue son extraction fractionnelle. De 1 à 2 % en situation normale, celle-ci peut baisser d'un facteur 10, pour n'être plus que de 0,1 à 0,2 %, assurant ainsi l'homéostasie sodée. Chez le sujet âgé néanmoins, le rein n'assure plus aussi bien cette homéostasie, mais, avec de 6 à 7 g de sodium par jour, les besoins sont largement couverts.

> Dr MARINE JORAS

* Hôpital Lapeyronie, Montpellier.
** INSERM U845, hôpital Necker, Paris.
(1) Interstalt Cooperative Research Group. *BMJ* 1998 ; 297 : 319-328.
(2) Sacks FM et coll. *N Engl J Med* 2001 ; 344 : 3-10.
(3) Hooper L et coll. *BMJ* 2002 ; 325 : 628-637.
(4) *Lancet* 2001 ; 357 : 848-851.
(5) *American Journal of Hypertension* 2002 ; 15 : 222-9.
(6) Shimazu T et coll. *Int J Epidemiol* 2007 ; 36 : 600-609.