

Prise en charge nutritionnelle et diététique dans les MCI

C. Bergoin*, C. Chambrier*, G. Boschetti**, X. Roblin***, B. Flourié**, S. Nancey**, P. Faure****

*Service de Nutrition Clinique Intensive - CHU de Lyon - Services d'Hépatogastroentérologie

CHU de Lyon - *CHU de St Etienne et ****Clinique Saint Jean Languedoc de Toulouse

MCI mémo

.....► **CONSEILS DIÉTÉTIQUES**

- **Conseils diététiques en cas d'atteinte du grêle adaptés à la localisation de la maladie et limités à la durée de la poussée**
 - En cas de diarrhée abondante
 - Hydratation en privilégiant la voie *per os*
 - Limiter les résidus jusqu'à amélioration
 - Si forme très étendue ou fistule entéro-cutanée ou interne de faible débit :
 - Support nutritionnel parentéral à discuter (moins puissant que la thérapeutique médicamenteuse sur les formes très étendues) avec mise au repos du tube digestif (effet suspensif sur les fistules)
 - En cas de sténose non occlusive
 - Eviter les fibres (fruits, légumes, céréales), peaux, noix, graines
 - Adapter selon la sévérité de la sténose et son retentissement
- **Conseils diététiques à distance d'une poussée**
 - Elargir le régime dès que la poussée régresse
 - Noter les aliments qui sont mal tolérés et essayer de les réintroduire dans de plus petites quantités
 - Trouver des équivalents dans les mêmes groupes d'aliments
- **Conseils diététiques sous corticothérapie = Pas de régime strict !**
 - Limiter l'hyperphagie
 - Eviter les sucreries et limiter les graisses
 - Ne pas ajouter de sel à table
 - Augmenter les apports en protéines
 - Supplémenter en calcium (1 g/j) et en vitamine D (800 UI/j)
- **Conseils diététiques sous biothérapies anti-TNF alpha**
 - Risque accru listériose et salmonellose

INTÉRÊT DES RÉGIMES ALIMENTAIRES SUR LES MICI = 0

- Peu de données fiables (études peu nombreuses, ouvertes, méthodologie discutable)
- Aucun impact démontré des régimes d'exclusion sur l'évolution de la MICI
- Régime sans gluten et régimes pauvres en FODMAPS : pas d'intérêt démontré
- **Quelques chiffres... idées reçues**
 - 15 % des patients considèrent que l'alimentation déclenche la maladie ou une poussée
 - 58 % considèrent que certains aliments favorisent les rechutes (40 % identifient un aliment responsable)
 - Seuls 1/4 gardent un régime alimentaire normal en cas de poussée
 - 2/3 avouent éviter certains aliments pour prévenir une rechute

CARENCES : DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE

Enquête alimentaire : régime inadapté et prolongé d'exclusion alimentaire entraînent des carences : fer, folates, vitamine B12, calcium, zinc, sélénium et vitamine D

Carence martiale

- **Dépistage** : ferritine, coefficient de saturation de la transferrine (CST)
 - En rémission : tous les 6-12 mois; ferritine < 30 mg/l
 - En poussée : tous les 3 mois ferritine <100 mg/l et CST < 20%
- **Prise en charge** : supplémentation par voie intraveineuse dans la maladie active si :
 - Anémie < 10 g/dL
 - Si intolérance de la voie *per os*

Vitamines B9 et B12

- **Dépistage systématique** sous traitement au long cours par salazopyrine et/ou méthotrexate et/ou en cas d'atteinte iléale et/ou de résection iléale étendue

Des carences augmentent le risque d'hyperhomocystéinémie qui est un facteur de risque de cancer colorectal et de thrombose veineuse profonde

- **Supplémentation systématique** en vitamine B9 si traitement par méthotrexate et en vitamine B12 si résection iléale > 60 cm)

Vitamine D : Fréquente, associée à un risque accru d'ostéopénie/ostéoporose (surajouté au risque induit par MICI, corticothérapie prolongée, tabac) et peut être associée à une activité accrue de la MICI (discuté).

Supplémentation systématique en vitamine D : 100 000 UI en 1 fois par trimestre
Ostéodensitométrie osseuse selon les facteurs de risques

AUTRES RÉGLES HYGIENO-DIÉTÉTIQUES

- **Maintien d'une activité physique** pour maintenir la masse maigre
- **Sevrage tabagique** doit toujours être recherché surtout chez les patients atteints de maladie de Crohn

INDICATIONS DE LA NUTRITION ARTIFICIELLE (NA) :

- **Dans le traitement des poussées de MICI**

MC chez l'enfant : en 1^{ère} intention en privilégiant la nutrition entérale exclusive (NEE) à visée d'épargne des corticoïdes et pour promouvoir la croissance staturo-pondérale.

MC chez l'adulte : limitée aux situations de contre-indications aux corticoïdes. La NEE, moins efficace comparée aux corticoïdes (problème de compliance), délai d'action lent, peu efficace dans les formes coliques pures, effet suspensif.

RCH ou colite aiguë grave : pas d'efficacité démontrée de la NA sur le traitement de la poussée.

- **Dans la prise en charge de la dénutrition +++**

Prévention et dépistage :

- Evaluer les ingestas et éduquer pour éviter les erreurs de régime ++ (régime d'exclusion)
- Peser le malade à chaque consultation (courbe de poids, perte de poids ?) et calculer l'indice de masse corporel (IMC en kg/m²)
- Suivre biologiquement si nécessaire (albuminémie et protéine C-réactive (CRP))
- Rechercher les sources de dénutrition (anorexie, douleurs abdominales, diarrhées...)

Définition dénutrition :

- IMC < 18,5 (IMC < 21 chez le sujet de plus de 70 ans)
- et/ou perte de poids récente ≥ 10 %
- et/ou albuminémie < 30 g/L (quelle que soit la concentration de la CRP)

Patients non dénutris sans risques nutritionnels = Pas d'indication à une prise en charge nutritionnelle spécifique

Patients dénutris = Conseils diététiques ± Assistance nutritionnelle

- 16 < IMC < 18,5 (IMC < 21 chez le sujet de plus de 70 ans)
- et/ou perte de poids récente entre 10 % et 20 %
- et/ou albuminémie < 30 g/L (quelle que soit la concentration de la CRP) sans dysfonction rénale ou hépatique

Patients dénutris sévères à risque de syndrome de renutrition inapproprié (SRI) = Assistance nutritionnelle

- IMC < 16
- et/ou perte de poids > 20 % en 3 mois
- et/ou des apports oraux négligeables pendant 15 jours ou plus
- et/ou jeûne > 15 j

.....► MODALITÉS DE LA NUTRITION ARTIFICIELLE :

• Evaluation des besoins

- Besoins énergétiques quotidiens : **25 à 35 kcal/kg/j (jusqu'à 40-45 kcal/kg/j oraux + entéraux** dans les pathologies chroniques avec dénutrition sévère, en suites d'agression aiguë et en cas de malabsorption)
 - Sujet dénutri : utiliser le poids actuel
 - Sujet obèse (IMC > 30) : idéalement calorimétrie. En pratique, 20 Kcal/kg poids actuel/j

• **Besoins protéiques** chez patient avec une maladie active, en ambulatoire ou en unité d'hospitalisation conventionnelle, en l'absence d'insuffisance rénale : **1,2 à 1,5 g/kg/j** selon le niveau d'agression et l'hypermétabolisme

- Le plateau calorique peut être atteint dès le 2^{ème} jour en l'absence de facteur de risques de syndrome de renutrition inapproprié
- Durée variable, en moyenne de 3-4 semaines
- A l'arrêt de la NA, reprise d'une alimentation orale fractionnée de texture normale

• Dans la prise en charge pré-opératoire

- NA indiquée en cas d'exposition prolongée aux corticoïdes et/ou dénutrition sévère. Discuter report de la chirurgie de 7 à 14 jours

• Dans la prise en charge de complications spécifiques

- **Syndrome du grêle court** après résections intestinales multiples, jéjunostomie, fistule du grêle supérieur à débit élevé... : DISCUTER une NP pour pallier la malabsorption digestive (pas de mise à jeun systématique)

.....► NUTRITION ENTÉRALE (NE) +++

La ou les sténoses intestinales non occlusives ne sont pas une contre-indication à la NE. En cas d'échec de la NE, envisager dans un 2nd temps une nutrition parentérale (NP)

Nutrition entérale exclusive par sonde nasogastrique, avec régulateur de débit (pompe), avec un mélange nutritif **sans fibre, polymérique** (Pas de supériorité démontrée pour le MODULEN® enrichie en TGFβ2)

Eviter toute alimentation orale associée (incluant bonbons/chewing-gum). Boissons autorisées : une tasse de thé /café par jour

Nutrition entérale complémentaire (à une alimentation orale normale)

- Intérêt en cas de dénutrition +++
- Résultats moins bons qu'avec la NEE dans le traitement des poussées

Rythme et durée de la NE : en débit continu ou en plusieurs fois par jour (2 à 3)

- Débuter avec un faible volume (≤ 500 ml) et un faible débit (≤ 50 ml/h)
- Augmentation par palier de 10 à 20 ml/h par jour

NUTRITION PARENTÉRALE

- Supplémentation systématique des poches d'alimentation parentérale industrielles en vitamines et en éléments traces
- Privilégier une administration cyclique (moitié du nyctémère), plus physiologique

SURVEILLANCE DE LA NUTRITION ARTIFICIELLE

- Clinique : tolérance, SRI (surcharge hydrosodée)
- Biologique : triglycérides pour la NP, SRI (hypokaliémie, hypophosphorémie, hypertransaminasémie)