

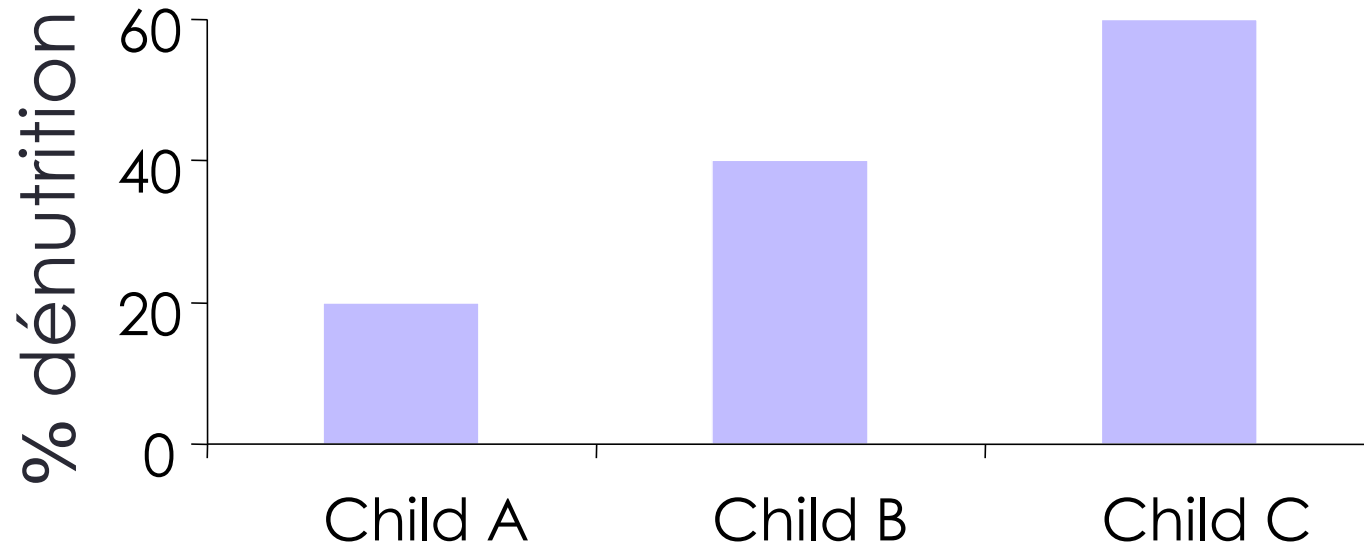
Nutrition et Cirrhose

Pr Marie-Astrid PIQUET

Service d'Hépatogastro-Entérologie Nutrition

CHU de CAEN

Guidelines EASL. *J Hepatol* 2018

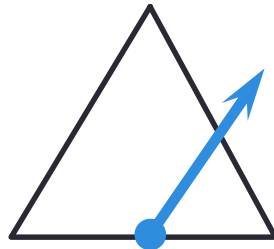


↓ entrées

diminution apports oraux
(anorexie, régime sans sel, ascite)
maldigestion / malabsorption
(cholestase)

↑ sorties

calories alcooliques non stockables
altérations du métabolisme

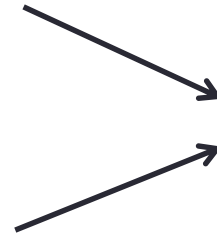


fibrose
insulino-résistance

↓ stocks en glycogène



↑ néoglucogénèse



+ ↑ acides aminés

↑  protéolyse >> sarcopénie

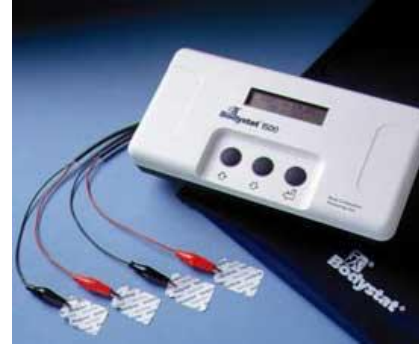
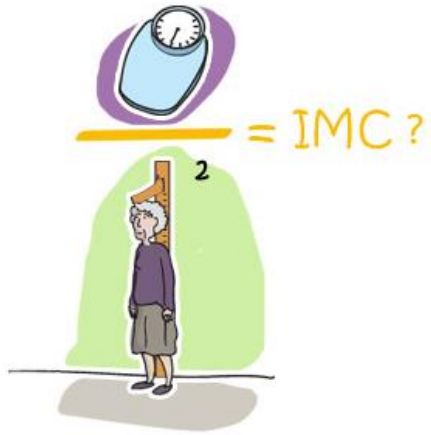
Bien que l'état nutritionnel soit fortement corrélé à la sévérité de la cirrhose, en analyse multivariée

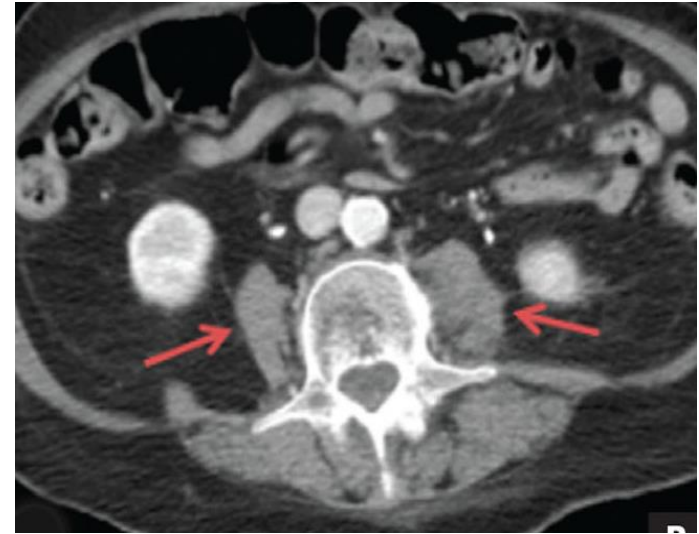
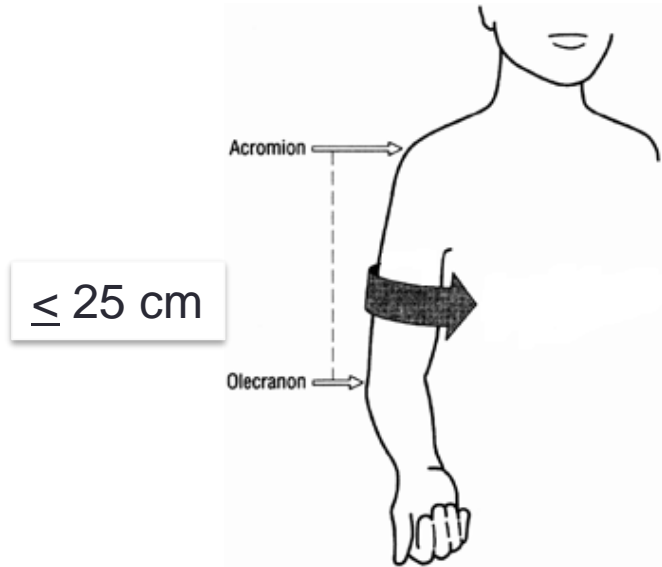
Dénutrition

=

Facteur prédictif indépendant de mortalité

Il faut dépister la malnutrition





Rechercher la sarcopénie aussi chez les patients obèses !

Traiter la malnutrition

Cirrhose non compliquée

Consensus Européen

Apports calculés sur un "poids sec"

Apports en cas de cirrhose

Energie
kcal/kg/j

Protéines
g/kg/j

30 - 35

1 - 1.5



Plus élevé que chez le sujet sain

*Plauth. Clin Nutr 1997;16:43-55.
 Guidelines EASL. J Hepatol 2018.*

Métabolisme de "jeûne accéléré"



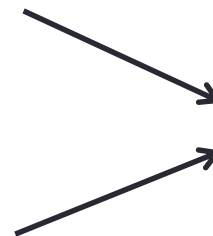
collation
vespérale



stocks en glycogène



néoglucogénèse



+



acides aminés



protéolyse >> sarcopénie



2 g NaCl / jour

anorexigène



5 g NaCl / jour

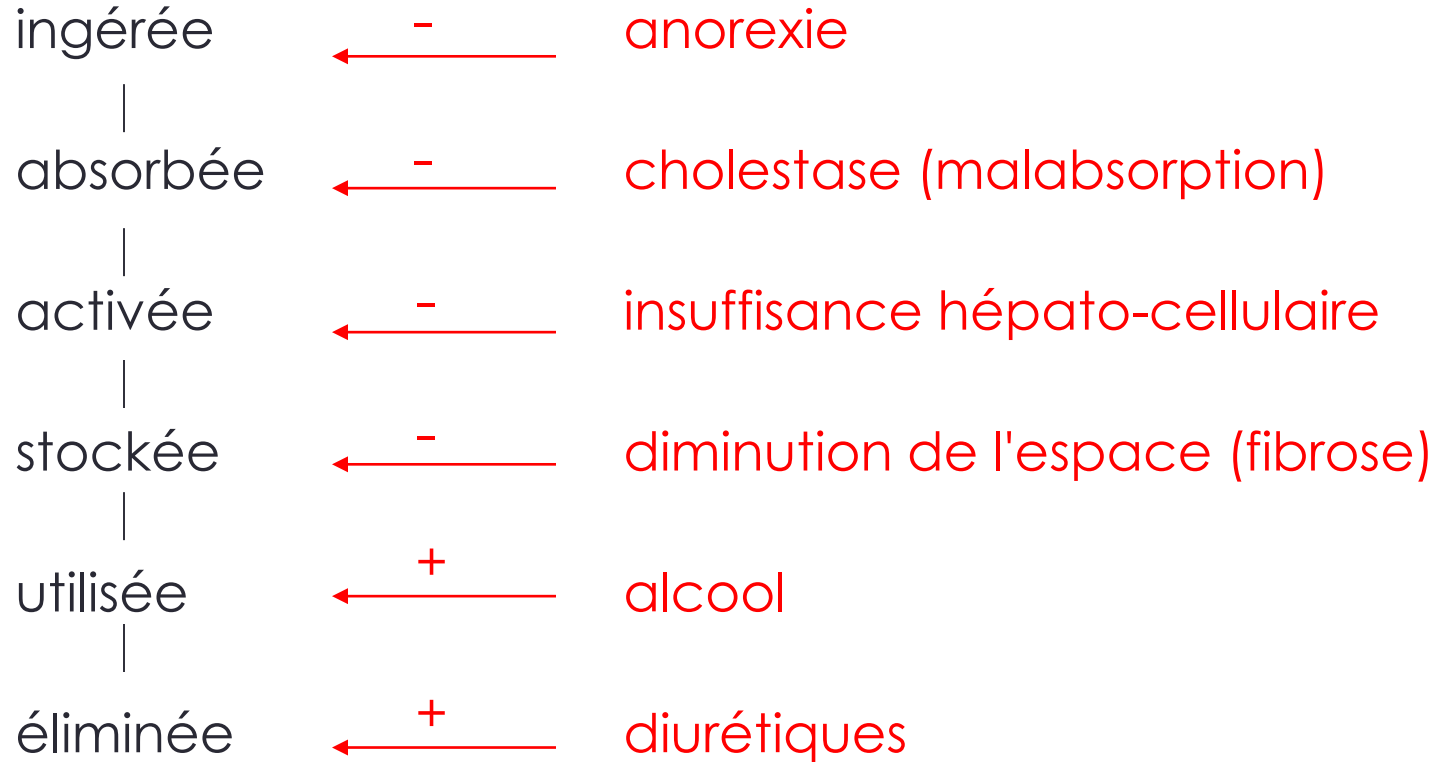


8-10 g NaCl / jour

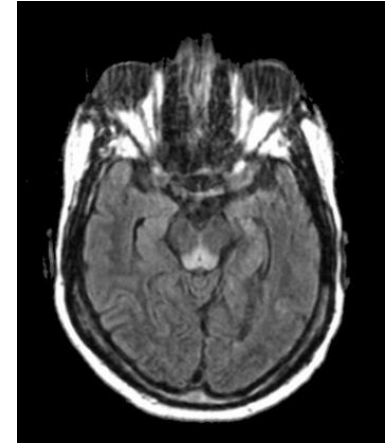
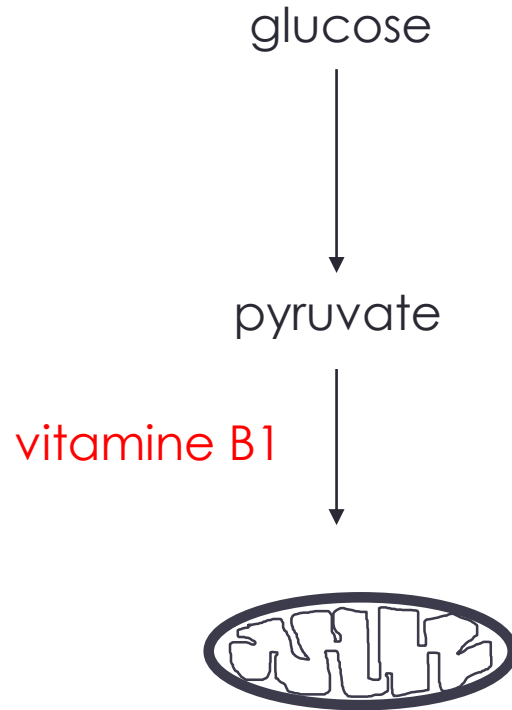
Bernardi. Liver 1993;13(3):156-62.

Recommandations HAS 2007. Guidelines EASL. J Hepatol 2018.

Cirrhose et vitamines



Alcool et vitamine B1



mauvaise biodisponibilité per os
B1 500 mg/j IV
B6 250 mg/j IV

altération du
métabolisme de la
vitamine D

+

hypogonadisme

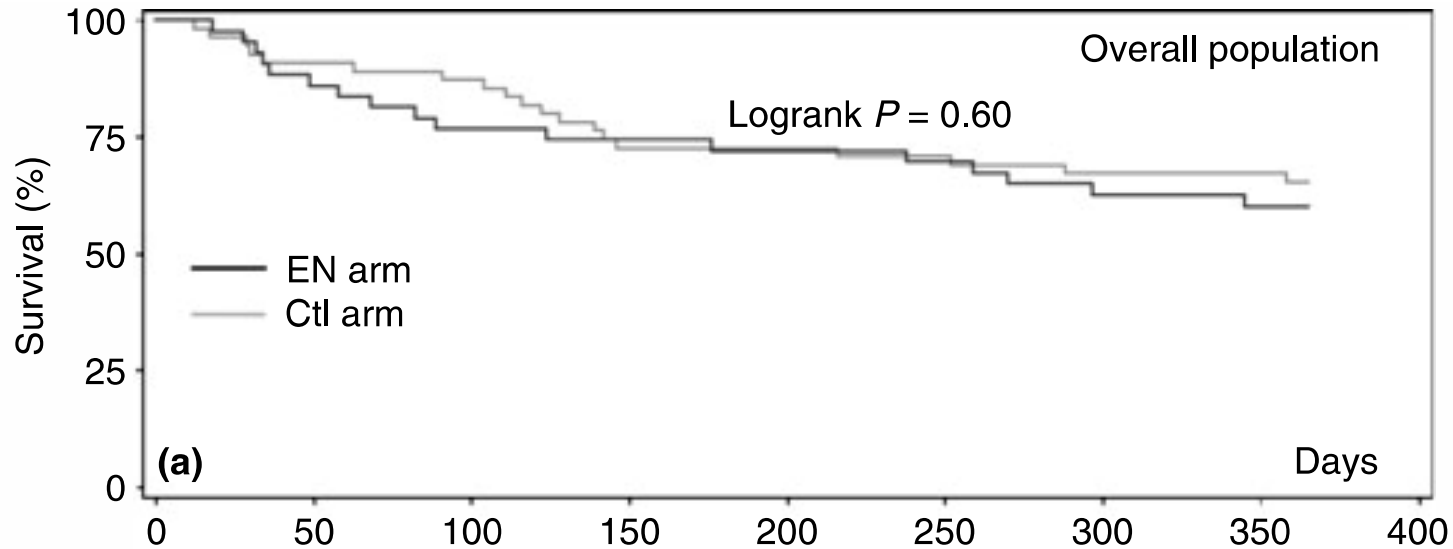
ostéoporose



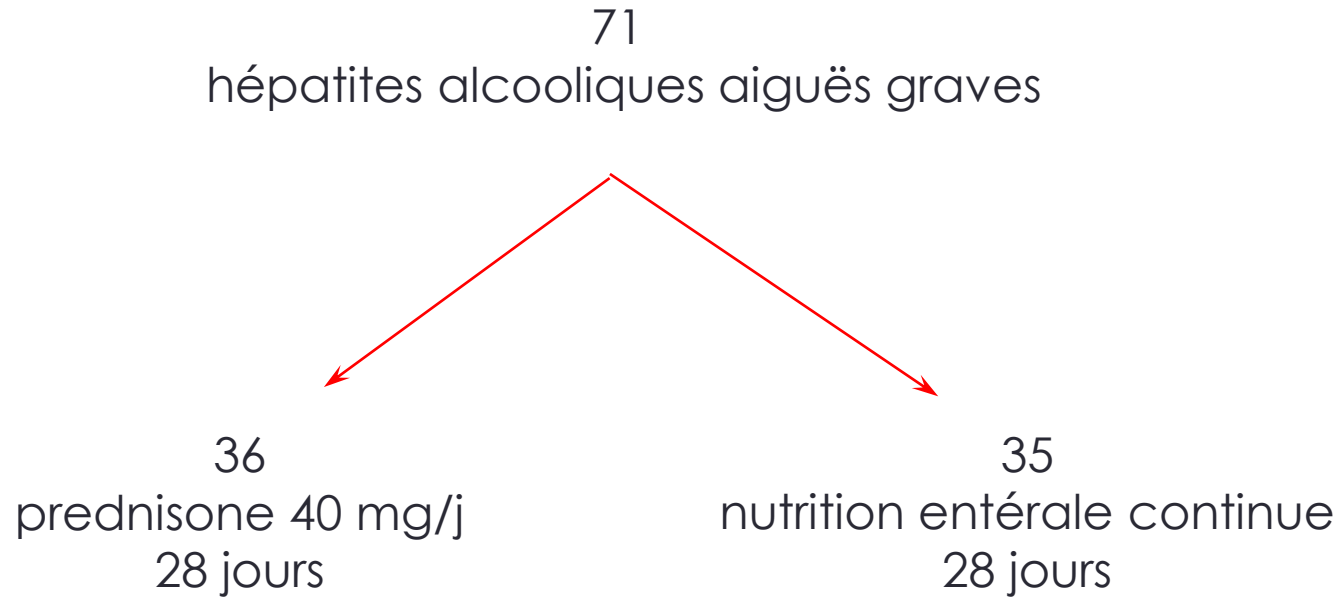
vit D 800 UI/j
Ca 1000 mg/j

Nutrition entérale

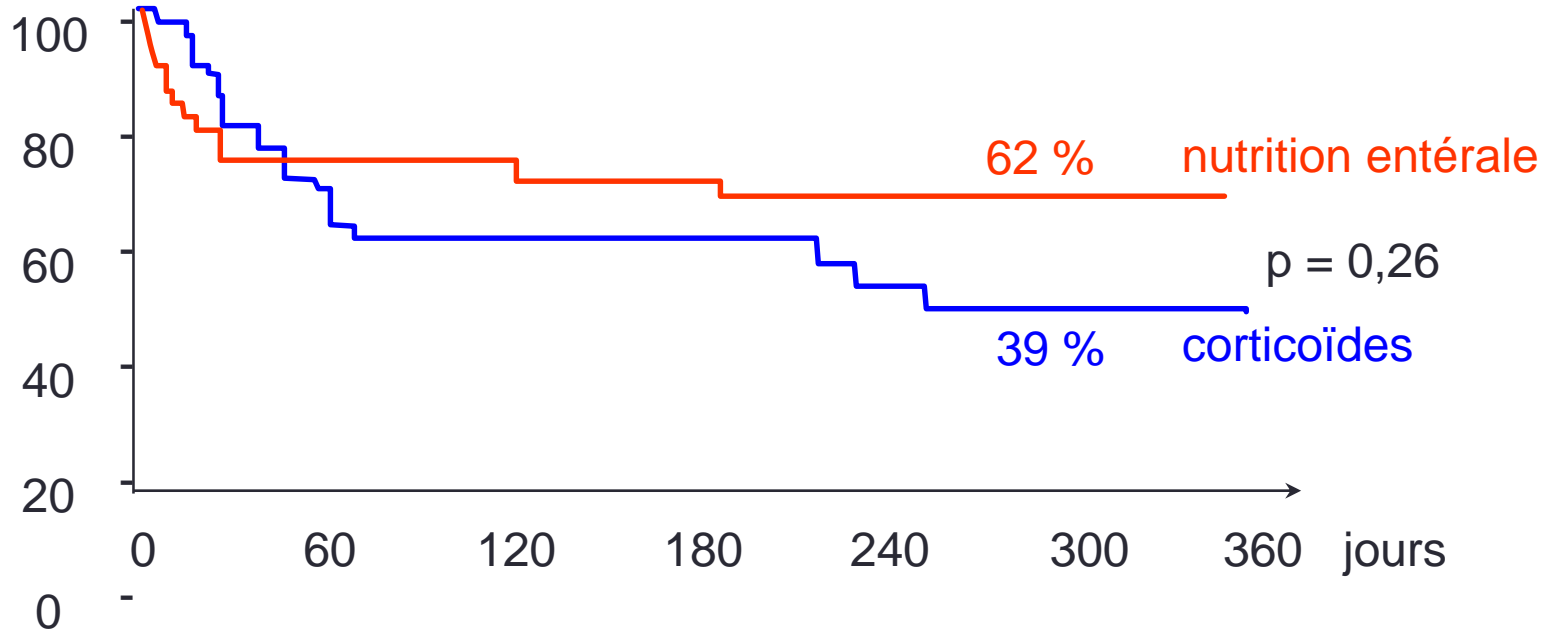
Nutrition entérale et cirrhose

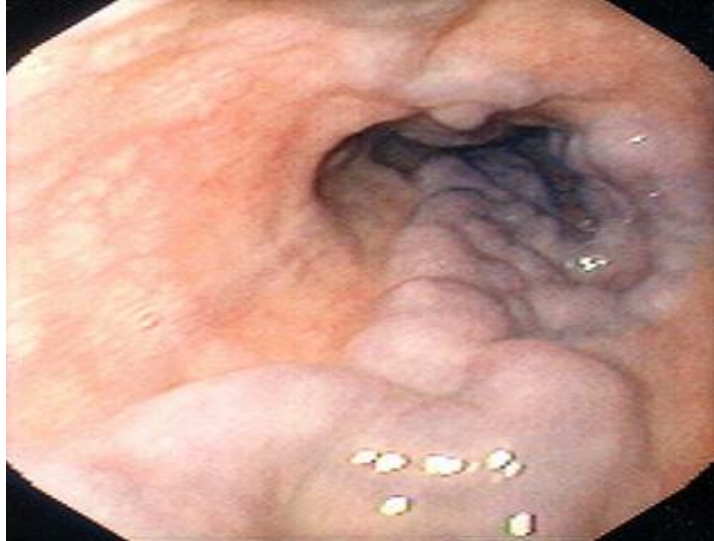


Dupont B. *Aliment Pharmacol Ther* 2012; 35: 1166–1174.
Koretz RL. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; CD008344.



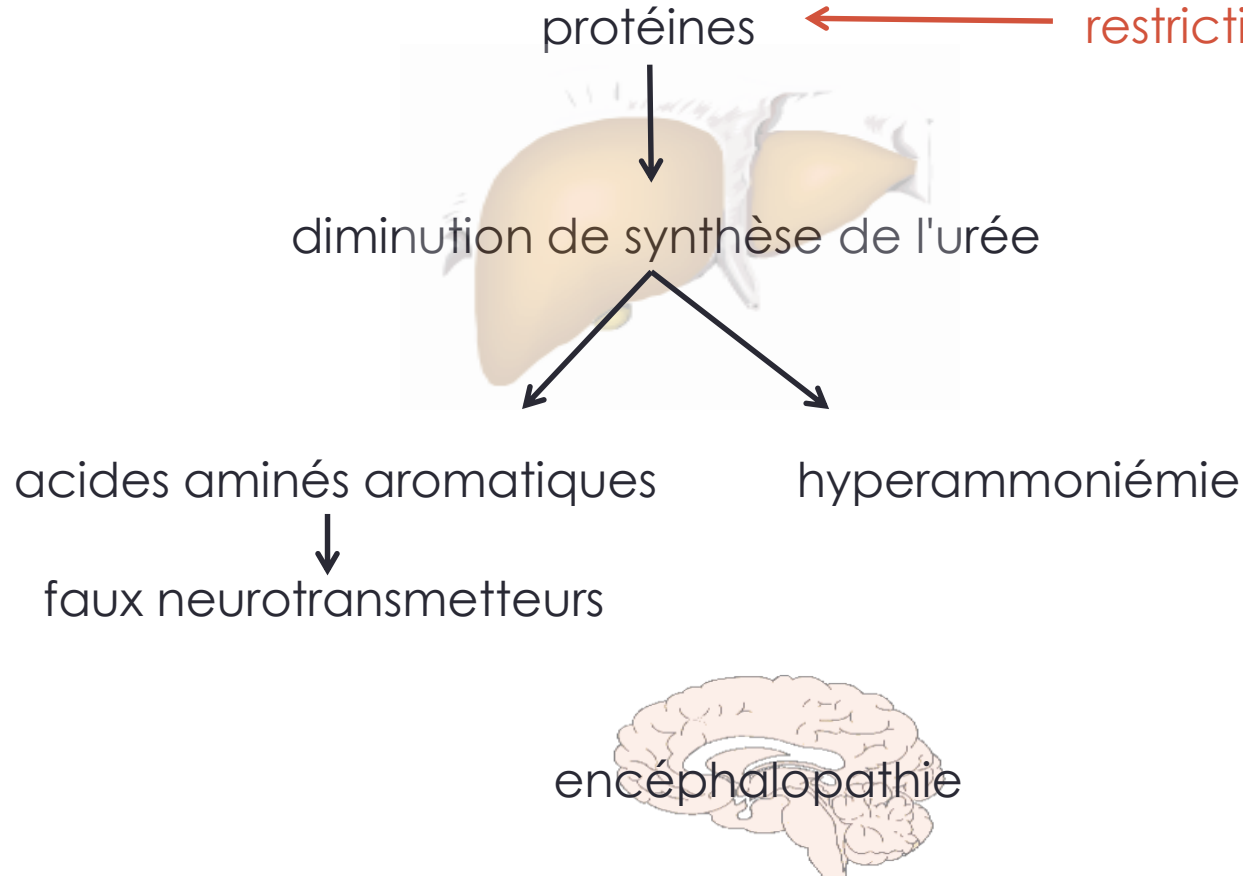
% survie

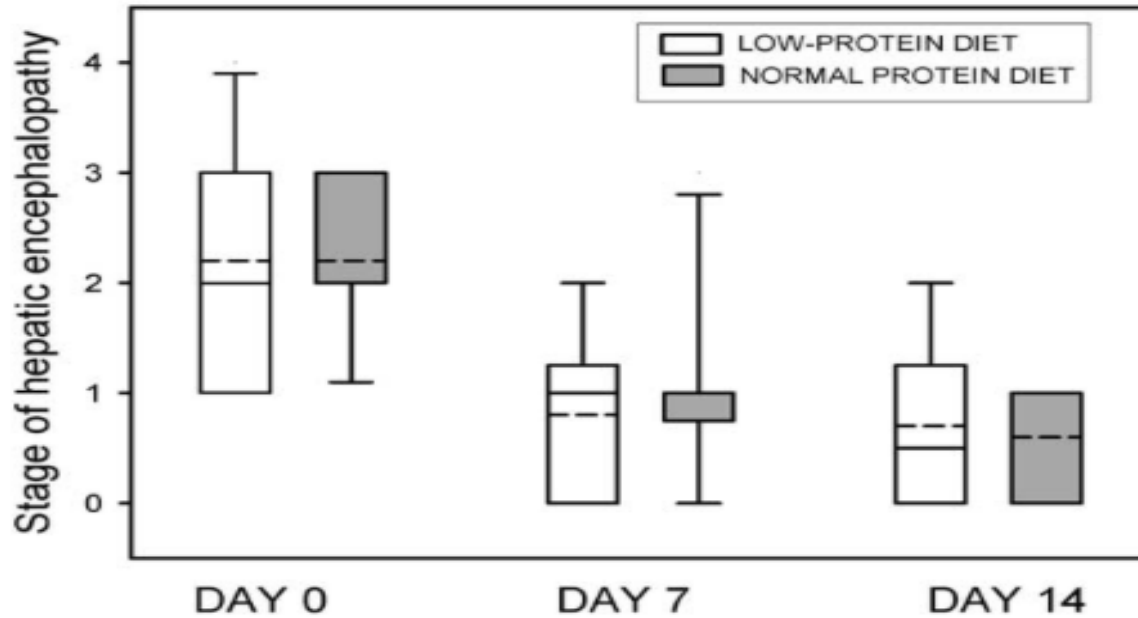




Dupont B. *Aliment Pharmacol Ther* 2012; 35: 1166–1174.
Koretz RL. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; CD008344.

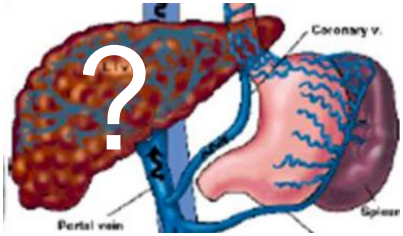
Encéphalopathie hépatique



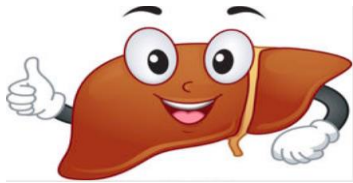


Privilégier la renutrition (facteur pronostique)

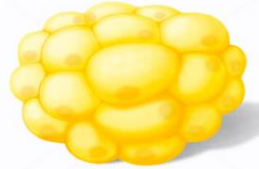
Activité physique



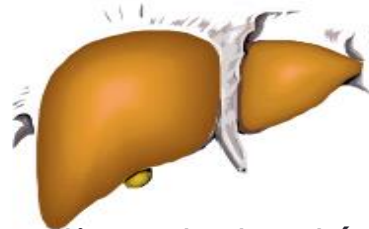
diminution de l'insulino-résistance



activité physique



diminution de la masse grasse



diminution de la stéatose

Conclusion

- dénutrition fréquente chez le cirrhotique
 - facteur prédictif de mortalité
- prise en charge nutritionnelle systématique
 - raccourcir la période de jeûne
 - apports protéique élevés
 - prévenir les carences en micronutriments (B1, Ca, D)
- efficacité de la nutrition entérale prouvée
 - hépatite alcoolique aiguë grave