

Vivre avec une insuffisance rénale chronique

Mots clés :
Insuffisance
rénale
Mode de vie
Nutrition
Risque
cardiovas-
culaire

L'insuffisance rénale chronique (IRC) pose des problèmes nutritionnels et métaboliques complexes. « Cette question est presque constamment soulevée par le patient qui, intuitivement, demande s'il doit faire un régime face à l'annonce d'un problème rénal »¹. La difficulté est de trouver un équilibre incertain entre effets bénéfiques et délétères de restrictions éventuelles, sachant que le risque de malnutrition est majeur aux stades avancés de l'évolution². Puisqu'il est aujourd'hui démontré que l'HTA et/ou l'hyperglycémie sont les deux paramètres ayant le plus grand impact sur la progression de l'IRC, il est logique que les premières adaptations du mode de vie à envisager concernent ces deux facteurs de risque. Les récentes revue systématique² et recommandations³ canadiennes, une revue Cochrane⁴ permettent de préciser sur quelles données s'appuyer pour envisager avec le patient des modifications comportementales toujours difficiles à mettre en œuvre.

Maintenir (ou revenir à) un poids « idéal »

De nombreuses études épidémiologiques ont montré que l'obésité est associée au développement de l'IRC, à sa progression et à une surmortalité, partiellement en rapport avec le diabète, l'HTA et les dyslipidémies. La prise de poids même avec un poids initial normal favorise la progression de l'IRC. Un indice de masse corporelle compris entre 18,5 et 24,9 représente un objectif « idéal » (niveau de preuves modéré à fort)^{2,3}.

Avoir (reprendre) une activité physique modérée

Ce n'est pas spécifique à l'IRC : 30 à 60 mn d'activité modérée 4 à 7 fois par semaine (les activités plus intenses n'apportent rien de plus) réduit le risque de survenue d'une HTA et diminue la pression artérielle d'un patient hypertendu³ (avis d'experts sur séries de cas).

Sel

Un apport maximum quotidien de 100 mmol de sodium (environ 6g de sel) est recommandé, moins encore (4 à 6g) en cas d'HTA (niveau de preuve fort)².

Tabac et alcool

Comme l'obésité, le tabac est associé au développement de l'IRC, à sa progression et à une surmortalité, de même que l'alcool en excès (apports maximum 9 « unités » par semaine chez la femme et 14 chez l'homme, niveau de preuve fort)².

Apports lipidiques

Les dyslipidémies ont une forte prévalence chez les patients atteints d'IRC. Les recommandations générales

sont applicables (y compris pour la prescription de statines).

Contrôle des apports protidiques

Par consensus professionnel, une limitation des apports protidiques à environ 0,8 à 1 g/kg de poids par j (50g de poisson ou viande ou 1,5 œuf = 10 g de protéines) est recommandée². Des réductions plus importantes ont donné lieu à controverse³ mais une récente méta-analyse⁴ sur 10 études randomisées (2000 patients) conclut que des apports $\leq 0,6$ g/kg/j (indépendamment des suppléments nécessaires) sont associés chez ces patients à une réduction de 32% du risque de mort rénale (décès ou nécessité de recourir à l'hémodialyse, dialyse péritonéale ou une transplantation rénale au cours du suivi). La méta-analyse ne permet pas de déterminer l'apport protéique optimal. Les experts américains recommandent de ne pas dépasser 0,6 à 0,75 g/j/kg dès que le débit de filtration glomérulaire (DFG) passe au dessous de 25 ml/mn, les experts européens dès 70 ml/mn. Le risque de malnutrition exige cependant une surveillance attentive de l'équilibre nutritionnel, au-delà de la prise en charge dans les seuls soins primaires.

Apports phospho-calciques

Le groupe canadien rappelle seulement que les apports phosphorés doivent être limités et les apports calciques suffisants². La maladie phospho-calcique rénale relève d'une prise en charge spécialisée.

Que conclure pour notre pratique ?

Le traitement non pharmacologique de l'IRC repose sur quelques règles simples. Elles sont pour une grande partie celles de la prévention cardiovasculaire, difficile lorsqu'elle exige des modifications comportementales d'un mode de vie ancien (*Bibliomed 514*). Elles nécessitent, comme le disait l'ANAES en 2004, un « temps d'éducation des patients » encore très hypothétique⁵...

Malgré les traitements préventifs, la progression de l'IRC va concerner inéluctablement certains patients, même si nous manquons aujourd'hui d'arguments pour dire lesquels. S'il est envisageable de prendre en charge la plupart des cas d'IRC de stade 3 stable dans le cadre des soins usuels, certains cas nécessitent le recours au néphrologue. Les données ont un peu évolué et nécessitent une mise à jour de notre synthèse de 2003 (*Bibliomed 325*).

Références

- 1- Martin PY et al. La nutrition et le métabolisme dans les maladies rénales. *Rev Med Suisse*. 2010; 3: 427-8.
- 2- Levin A et al. Guidelines for the management of chronic kidney disease. *CMAJ*. 2008; 179: 1154-62.
- 3- James MT et al. Early recognition and prevention of chronic kidney disease. *Lancet*. 2010; 375: 1296-1309.
- 4- Fouque D, Laville M. Low protein diets for chronic kidney disease in non diabetic adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3.
- 5- ANAES. Moyens thérapeutiques pour ralentir la progression de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte. Septembre 2004.