



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com

**NUTRITION CLINIQUE  
et MÉTABOLISME**

Nutrition clinique et métabolisme xxx (2017) xxx–xxx

À propos d'un cas : testez vos connaissances

## Prise en charge d'un patient adulte atteint de mucoviscidose

### *Management of a patient with cystic fibrosis*

Romain Altwegg<sup>a,\*</sup>, Raphaël Chiron<sup>b</sup>, Davide Caimmi<sup>b</sup>, Françoise Marquez<sup>b</sup>, Florence Jaouen<sup>a</sup>,  
Pierre Senesse<sup>c</sup>, Nicolas Flori<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Service d'hépatogastroentérologie, CHU St-Éloi, 80, avenue Augustin-Fliche, 34000 Montpellier, France

<sup>b</sup> Centre de ressource et de compétence de la mucoviscidose (CRCM) de Montpellier, CHU Arnaud-de-Villeneuve, 371, avenue du Doyen-Gaston-Giraud, 34000 Montpellier, France

<sup>c</sup> Unité de gastro-nutrition, ICM Val-d'Aurelle, parc euromédecine, 208, rue des Apothicaires, 34298 Montpellier, France

Reçu le 6 février 2018 ; accepté le 7 février 2018

#### Résumé

Les auteurs rapportent l'observation d'un patient de 22 ans, pris en charge au CRCM dans le cadre de sa mucoviscidose. La prise en charge nutritionnelle est discutée au cours des différentes étapes du traitement et de l'évolution de la pathologie.

© 2018 Association pour le développement de la recherche en nutrition (ADREN). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

*Mots clés* : Mucoviscidose ; Dénutrition

#### Abstract

The authors describe the case report of a patient with cystic fibrosis. The nutritional management is discussed during the different stages of disease treatment and progression.

© 2018 Association pour le développement de la recherche en nutrition (ADREN). Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

*Keywords*: Cystic fibrosis; Malnutrition

Monsieur P., 22 ans, est suivi dans un centre de ressource et de compétence de la mucoviscidose (CRCM) dans le cadre de sa mucoviscidose, diagnostiquée à l'âge de 4 mois. Il présente une mucoviscidose  $\Delta F508$  homozygote, sévère au niveau pulmonaire avec des exacerbations respiratoires à répétition, une insuffisance respiratoire avec un volume expiratoire maximum par seconde (VEMS) à 26 %, une colonisation pulmonaire chronique à *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline et *Mycobacterium abscessus*. Il présente une insuffisance pancréatique exocrine diagnostiquée pendant sa petite enfance, traitée par extraits pancréatiques. Une transplantation pulmonaire est évoquée. Il consulte dans le cadre de son

suivi habituel au CRCM, pèse 41,5 kg pour 1 m 73 (IMC à 13,9) et a perdu 2 kg en 2 mois.

#### 1. Question 1 : la dénutrition est-elle fréquente au cours de la mucoviscidose ?

Quelle est la réponse exacte ?

- a) La dénutrition est multifactorielle, très fréquente et peut se voir dès les premiers mois de vie.
- b) La dénutrition est rare au cours de la mucoviscidose et ne touche que les patients très altérés au niveau pulmonaire.
- c) La dénutrition est fréquente uniquement chez les patients atteints d'une insuffisance pancréatique exocrine.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : r-altwegg@chu-montpellier.fr (R. Altwegg).

<https://doi.org/10.1016/j.nupar.2018.02.002>

0985-0562/© 2018 Association pour le développement de la recherche en nutrition (ADREN). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

d) La dénutrition n'est présente que chez les patients présentant la mutation  $\Delta F508$  homozygote.

La réponse exacte est : a.

Commentaires :

- la réponse « a » est vraie : la dénutrition est très fréquente au cours de la mucoviscidose et à tout âge. Les causes en sont multiples : (1) malabsorption par insuffisance pancréatique exocrine (85 % des personnes atteintes de mucoviscidose) ou par pullulation microbienne de l'intestin grêle ; (2) augmentation de la dépense énergétique de repos liée à la sévérité de l'atteinte respiratoire ; (3) diminution des apports énergétiques oraux (ingesta) liée aux douleurs abdominales, au reflux gastro-œsophagien, à l'anorexie liée aux épisodes infectieux (fièvre, dyspnée), à la polymédication, ou au retentissement psychosocial de la maladie ; (4) intolérance au glucose (prédiabète) ou apparition d'un diabète dû à une insuffisance pancréatique endocrine, justifiant son dépistage annuel. La dénutrition touche 8 à 12 % des nourrissons atteints de mucoviscidose ; 9 à 17 % des enfants ont un retard statural, 4 à 8 % des enfants de moins de 10 ans un déficit pondéral et 8 à 38 % des adultes atteints sont dénutris [1] ;
- la réponse « b » est fautive : la dénutrition est très fréquente au cours de la mucoviscidose et à tout âge. Les causes en sont multiples : (1) malabsorption par insuffisance pancréatique exocrine (85 % des personnes atteintes de mucoviscidose), ou par pullulation microbienne de l'intestin grêle ; (2) augmentation de la dépense énergétique de repos liée à la sévérité de l'atteinte respiratoire ; (3) diminution des apports énergétiques oraux (ingesta) liée aux douleurs abdominales, au reflux gastro-œsophagien, à l'anorexie liée aux épisodes infectieux (fièvre, dyspnée), à la polymédication ou au retentissement psychosocial de la maladie ; (4) intolérance au glucose (prédiabète) ou apparition d'un diabète dû à une insuffisance pancréatique endocrine, justifiant son dépistage annuel. La dénutrition touche 8 à 12 % des nourrissons atteints de mucoviscidose ; 9 à 17 % des enfants ont un retard statural, 4 à 8 % des enfants de moins de 10 ans un déficit pondéral et 8 à 38 % des adultes atteints sont dénutris [1] ;
- la réponse « c » est fautive : les autres causes sont (1) pullulation microbienne de l'intestin grêle ; (2) augmentation de la dépense énergétique de repos liée à la sévérité de l'atteinte respiratoire ; (3) diminution des apports énergétiques oraux (ingesta) liée aux douleurs abdominales, au reflux gastro-œsophagien, à l'anorexie liée aux épisodes infectieux (fièvre, dyspnée), à la polymédication ou au retentissement psychosocial de la maladie ; (4) intolérance au glucose (prédiabète) ou apparition d'un diabète dû à une insuffisance pancréatique endocrine, justifiant son dépistage annuel. La dénutrition touche 8 à 12 % des nourrissons atteints de mucoviscidose ; 9 à 17 % des enfants ont un retard statural, 4 à 8 % des enfants de moins de 10 ans un déficit pondéral, et 8 à 38 % des adultes atteints sont dénutris [1] ;

- la réponse « d » est fautive même si certaines mutations du gène *CFTR* sont significativement associées à un plus fort risque de dénutrition [2].

## 2. Question 2 : quels sont les critères d'un état nutritionnel correct chez un patient atteint de mucoviscidose ?

Quelles sont les réponses exactes ?

- a) Un poids et une taille au 50<sup>e</sup> percentile chez l'enfant de moins de 2 ans.
- b) Un indice de masse corporelle (IMC) au 50<sup>e</sup> percentile entre 2 et 18 ans.
- c) Un IMC > 18,5 chez l'adulte.
- d) Un IMC > 23 chez l'homme adulte et > 22 chez la femme adulte.

Les réponses exactes sont : a, b, d.

Commentaires :

- la réponse « a » est vraie : le dépistage de la dénutrition est fondamental et les recommandations anglaises préconisent la présence de deux diététiciennes formées à la prise en charge des patients de mucoviscidose dans les CRCM pour 250 patients adultes ou 1,5 temps diététicien pour 250 enfants. Le dépistage de la dénutrition nécessite l'évaluation du poids et de la taille à chaque consultation jusqu'à 18 ans, puis du poids à chaque consultation et deux fois par semaine en cas d'hospitalisation. Chez l'enfant de moins de 2 ans, l'IMC n'est pas un bon marqueur de dénutrition et l'utilisation du périmètre crânien est conseillée. Un état nutritionnel satisfaisant est défini selon les recommandations européennes par un poids et une taille au 50<sup>e</sup> percentile chez l'enfant de moins de 2 ans [2]. Cependant, le surpoids et l'obésité peuvent masquer la dénutrition. L'IMC seul n'est donc pas suffisant. Il faut également évaluer la perte pondérale. Un bilan biologique annuel doit être réalisé, avec dosage des vitamines liposolubles (A, D, E et recherche d'un déficit en vitamine K par mesure du taux de prothrombine), des électrolytes (sodium, calcium), et oligoéléments (zinc, sélénium, bilan martial dont ferritine), et réalisation d'une hyperglycémie provoquée par voie orale annuelle pour dépister le diabète dès l'âge de 10 ans ;
- la réponse « b » est vraie : un état nutritionnel satisfaisant est défini selon les recommandations européennes par un IMC au 50<sup>e</sup> percentile entre 2 et 18 ans. Cependant, le surpoids et l'obésité peuvent masquer la dénutrition. L'IMC seul n'est donc pas suffisant. Il faut également évaluer la perte pondérale. Un bilan biologique annuel doit être réalisé, avec dosage des vitamines liposolubles (A, D, E et recherche d'un déficit en vitamine K par mesure du taux de prothrombine), des électrolytes (sodium, calcium), et oligoéléments (zinc, sélénium, bilan martial dont ferritine), et réalisation d'une hyperglycémie provoquée par voie orale annuelle pour dépister le diabète dès l'âge de 10 ans. [2] ;
- la réponse « c » est fautive : un état nutritionnel satisfaisant est défini selon les recommandations européennes par un

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8589191>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8589191>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)