

Revue générale

Troubles nutritionnels lors de la sclérose latérale amyotrophique (SLA)

Nutritional troubles in amyotrophic lateral sclerosis (ALS)

Benoît Marin^{a,b}, Pierre Jésus^c, Pierre-Marie Preux^{a,b}, Philippe Couratier^{a,d}, Jean-Claude Desport^{a,c,*}

^a EA 3174, neuroépidémiologie tropicale et comparée, faculté de médecine, institut d'épidémiologie neurologique et de neurologie tropicale, université de Limoges, IFR 145 GEIST, 2, rue du Dr-Marcland, 87025 Limoges, France

^b Unité fonctionnelle de recherche clinique et de biostatistiques, CHU Limoges, 2, avenue Martin-Luther-King, 87042 Limoges cedex, France

^c Unité de nutrition, service d'hépatogastroentérologie, CHU Limoges, 2, avenue Martin-Luther-King, 87042 Limoges cedex, France

^d Service de neurologie, centre SLA, CHU Limoges, 2, avenue Martin-Luther-King, 87042 Limoges cedex, France

Reçu le 1^{er} septembre 2011 ; accepté le 9 septembre 2011

Disponible sur Internet le 21 octobre 2011

Résumé

La sclérose latérale amyotrophique (SLA) est une maladie neuromusculaire rare de l'adulte, mais de pronostic très défavorable. Elle a des conséquences non seulement neurologiques, mais aussi nutritionnelles, du fait d'une baisse usuelle des apports alimentaires due à des troubles de déglutition et de salivation, à une anorexie et une constipation fréquentes, à des effets secondaires de l'éventuelle insuffisance respiratoire associée à la maladie, ainsi que des difficultés parfois majeures liées au handicap pour se procurer l'alimentation, préparer les repas et s'alimenter au quotidien. Dans 50 à 70 % des cas, malgré la baisse de masse maigre, il existe également lors de la SLA un hypermétabolisme, qui participe à la dégradation nutritionnelle. Les outils d'évaluation, qui du fait du handicap survenant au cours de la maladie présentent plusieurs spécificités, sont des marqueurs anthropométriques et impédancemétriques, les méthodes d'enquête diététique, l'absorptiométrie biphotonique et la calorimétrie indirecte. Lors de la SLA, la réduction des apports alimentaires amène à une baisse de poids et d'IMC, à une dénutrition avec réduction de la masse maigre. Il existe une altération de l'angle de phase en impédancemétrie, reflétant des altérations cellulaires profondes. Des troubles du métabolisme lipidique sont possibles, mais ceux-ci sont variables selon les études, peut-être en rapport avec des différences culturelles d'alimentation. La perte de poids dès le diagnostic et la dénutrition durant l'évolution sont des facteurs pronostiques indépendants de survie, ce qui justifie une évaluation et une prise en charge rapides. Un niveau de masse grasse plus important durant l'évolution serait également un facteur positif pour la survie. Des recommandations françaises, européennes et issues des États-Unis précisent les éléments du suivi, la prise en charge des facteurs à l'origine de la dénutrition, ainsi que les modalités d'utilisation des compléments nutritionnels oraux enrichis en énergie et en protéines et de la nutrition artificielle, avec une technique de choix qui est la nutrition entérale.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Nutrition ; SLA ; Maladie neuromusculaire

Abstract

Amyotrophic lateral sclerosis (ALS) is a rare neuromuscular disease, with a severe prognostic. Its consequences are not only neurological, but also nutritional, linked with a decrease of feeding, caused by swallowing and salivation disorders, a frequent anorexia or constipation, troubles due to a possible respiratory insufficiency, and sometimes important difficulties for going shopping, cooking and more simply putting the food into the mouth. Although fat-free mass is usually decreased during ALS, a paradoxical hypermetabolism is present in 50 to 70% cases, favouring nutritional alterations. The tools used for assessment, sometimes specific to the disability, are anthropometric criteria, body impedance analysis (BIA), dietetic surveys, dual X-ray absorptiometry and indirect calorimetry. Alimentary intakes, weight, fat-free mass and body mass index are progressively reduced, leading to malnutrition. BIA phase angle is largely decreased, reflecting severe cellular alterations. Disorders of lipid status are possible but inconsistent across studies and perhaps linked with cultural feeding habits. The loss of weight at diagnosis and malnutrition during evolution are independent prognostic factors for survival, justifying early nutritional assessment and care. During evolution of ALS, a higher level of fat mass seems to be a positive factor for survival. French, European and American recommendations give precisions on follow-up, modalities

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nutrition@unilim.fr (J.-C. Desport).

of fight against the causes of malnutrition, nutritional care, mainly including the use of oral energy and protein-enriched nutritional supplements and enteral nutrition.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Nutrition; ALS; Neuromuscular disorder

1. Introduction

La sclérose latérale amyotrophique (SLA) est maladie neuro-dégénérative de cause inconnue qui touche des patients âgés de 60 ans en moyenne [1]. Depuis la création des registres de population en Europe et aux États-Unis, l'incidence de la SLA apparaît relativement stable dans les populations caucasiennes et comprise entre 1,5 et 2,5 sur 100 000 personnes-années en fonction des pays [2–8]. On peut retrouver cliniquement lors de la maladie une amyotrophie des membres, du thorax, de l'abdomen et de la sphère ORL, des fasciculations ainsi qu'une spasticité [1]. La plupart des patients ont durant leur évolution des signes bulbaires tels que des troubles de déglutition ou de phonation [1]. Les atteintes nutritionnelles sont fréquentes, mais les escarres restent très rares, car il existe une infiltration cutanée qui majore la tolérance aux forces de cisaillement et à la pression, et une persistance de la sensibilité. Cet article a pour objectifs de faire le point sur les causes de la dénutrition lors de la SLA, les outils et marqueurs nutritionnels utilisés, l'évolution des troubles durant la maladie, les critères pronostiques de survie et les recommandations nutritionnelles.

2. Les causes de la dénutrition

La dénutrition lors de la SLA peut être due à une baisse des apports alimentaires et/ou à une augmentation des dépenses d'énergie.

2.1. Une baisse des apports

Les facteurs potentiels de cette baisse sont nombreux.

2.1.1. Une dysphagie

Elle peut être en rapport avec une paralysie labio-glossopharyngée, une atrophie linguale avec des fasciculations, une hypotonie musculaire faciale, une régurgitation nasale, un retard ou un blocage de déclenchement du réflexe de déglutition, des troubles d'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage et des troubles moteurs œsophagiens gênant la déglutition [9,10]. Ces troubles sont causés par l'atteinte des dernières paires crâniennes (IX, X et XII). La dysphagie peut se manifester par des difficultés à faire progresser le bol alimentaire de la partie arrière de la bouche vers le pharynx et l'œsophage, ce qui augmente la durée des repas, limite leur volume, et altère l'état psychologique des patients. Elle peut s'accompagner de fausses routes (FR) identifiées par une toux lors de la déglutition ou par des pneumopathies à répétition en cas de FR à bas bruit. Les principales méthodes d'identification des FR sont, pour un niveau de validité et d'invasivité croissant : le test de De Pippo, l'endoscopie ORL, la cinétique de déglutition [11].

2.1.2. Des troubles de la salivation et du goût

Les troubles de la salivation sont favorisés par une atonie des muscles de la face, une dysphagie, et sont de plusieurs types : pseudo-hypersialorrhée avec fuites salivaires, hypersialorrhée vraie par stimulation cholinergique, épaissement salivaire par stimulation bêta-adrénergique. Ils entraînent des difficultés de constitution du bol alimentaire et de la déglutition, et sont souvent à l'origine d'une gêne sociale importante par le bavage qu'ils produisent [10]. Une xérostomie est également possible, gênant l'insalivation du bol alimentaire [12], ainsi que des troubles du goût, qui peuvent cependant exister lors de la maladie indépendamment des altérations de salivation [13].

2.1.3. Une perte d'appétit et une satiété précoce

L'anorexie peut être liée aux médicaments [14,15], ou à des troubles psychologiques, notamment la dépression [10,16]. La satiété précoce peut être favorisée par un ralentissement de vidange gastrique [16].

2.1.4. Constipation

Elle est liée à l'atteinte des muscles abdominaux et pelviens et/ou des muscles lisses avec réduction de la motricité gastro-intestinale, à la baisse de l'activité physique, aux traitements anticholinergiques ou opioïdes, à un régime pauvre en fibres alimentaires, à une réduction de l'hydratation [10]. Elle contribue également à l'anorexie.

2.1.5. L'insuffisance respiratoire

Elle peut entraîner une gêne mécanique lors de la déglutition et une hypoxie-dyspnée lors des repas. En effet, il y a lors de l'alimentation et de la digestion une augmentation de la pression intra-abdominale, de la résistance à la mobilité diaphragmatique, de la demande aérobie, et en conséquence de la dyspnée [16]. Les patients qui se sentent vite fatigués après ingestion de nourriture réduisent leur alimentation, ce qui favorise le développement d'une dénutrition.

2.1.6. Le handicap

C'est est un état objectif et subjectif résultant des difficultés citées ci-dessus, mais aussi dû à la faiblesse musculaire inhérente à la maladie. Si les membres supérieurs sont atteints, la préparation des repas et le fait de porter l'alimentation à la bouche sont difficiles, d'où un problème grave pour les patients vivant seuls ou qui ont une aide ménagère intermittente [16]. Les difficultés de mobilisation par atteinte des membres inférieurs limitent les possibilités de déplacement et d'accès aux sources alimentaires, et par conséquent rendent les patients plus dépendants d'une aide extérieure.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2687469>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2687469>

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