

Revue générale

Nutrition et accident vasculaire cérébral

Nutrition and stroke

Corinne Bouteloup^{a,*}, Anna Ferrier^c

^a Service de médecine digestive et hépatobiliaire, hôpital Estaing, CHU de Clermont-Ferrand, 1, place Lucie-Aubrac, 63003 Clermont-Ferrand cedex 1, France

^b UMR 1019, laboratoire de nutrition humaine, université d'Auvergne-Inra, CRNH Auvergne, 58, rue Montalembert, 63058 Clermont-Ferrand, cedex 1, France

^c Service de neurologie, hôpital Gabriel-Montpied, unité neuro-vasculaire, CHU de Clermont-Ferrand, 58, rue Montalembert, 63003 Clermont-Ferrand, cedex 1, France

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

Disponible sur Internet le 26 octobre 2011

Résumé

La nutrition tient une place importante dans la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux. Parmi les facteurs de risque reconnus et donc intégrés dans la prévention primaire et secondaire, plusieurs sont d'ordre nutritionnel tels l'obésité ou le surpoids, le diabète, les dyslipidémies. À l'opposé, l'accident vasculaire cérébral favorise les troubles de la glycorégulation et est un facteur de risque de dénutrition. La dénutrition doit être systématiquement recherchée et prévenue compte tenu de ses conséquences sur la morbi-mortalité. Elle est favorisée par les troubles de la déglutition, notamment s'ils ne régressent pas rapidement. Dans ce cas, la nutrition entérale est indiquée et la pose d'une gastrostomie doit être envisagée si la nutrition entérale se prolonge. Différentes interventions nutritionnelles ayant pour objectif d'améliorer la morbi-mortalité sont encore à évaluer.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Prévention ; Dénutrition ; Troubles de déglutition ; Nutrition entérale ; Hyperglycémie

Abstract

Nutrition is an important factor to take into account in the management of stroke. Within the framework of primary and secondary prevention, different risk factors are now well known and designed as target, among them numerous nutritional factors like overweight or obesity, diabetes, dyslipidemia. At the opposite, stroke favours troubles of the glycoregulation and is a risk factor of malnutrition. Malnutrition has to be detected and treated because of its negative effects on morbidity and mortality. Dysphagia is one of the main causes of malnutrition, in particular if it do not regress rapidly. In this case, enteral nutrition is indicated and a gastrostomy is preferred if enteral nutrition has to be prolonged. In order to reduce morbidity and mortality, different nutritional interventions are yet to be evaluated.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Prevention; Malnutrition; Swallowing disorders; Enteral tube feeding; Hyperglycemia

1. Introduction

En France, chaque année, environ 130 000 patients sont victimes d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) [1]. Les AVC représentent la troisième cause de mortalité en France, la deuxième cause de démence et la première cause de handicap acquis de l'adulte. Parmi les AVC, on différencie les acci-

dents ischémiques cérébraux ou infarctus cérébraux (environ 80 %), les hémorragies cérébrales (environ 10 %) et sous-arachnoïdiennes (environ 5 %). Selon le registre dijonnais (1985–2004), le taux de mortalité des AVC, toutes formes confondues, reste à 10 % à 28 jours même si on observe une diminution sur les 20 dernières années, principalement par diminution de la mortalité des hématomes intracérébraux [2]. D'autres pays européens rapportent un taux de l'ordre de 20 % [3,4]. Les taux de récurrence varient, selon le type d'AVC, de 2,1 % par an pour les hémorragies cérébrales [5] à 22 % à deux ans pour les infarctus cérébraux d'origine cardio-embolique [6]. Le

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : cbouteloup@chu-clermontferrand.fr (C. Bouteloup).

sex-ratio est proche de 1, avec un âge moyen de survenue de 71,1 ans chez l'homme et 75,6 ans chez la femme [2,7]. L'âge est le facteur de risque non modifiable le plus puissant puisqu'on estime que le risque d'AVC double chaque décennie après 55 ans [8]. Les facteurs de risque vasculaire modifiables sont représentés par l'hypertension artérielle (HTA), le diabète de type 2, l'élévation du LDL cholestérol, le tabagisme actif, la consommation d'alcool supérieure à 60 g/j, l'obésité et certains facteurs alimentaires. En France, au cours des 20 dernières années, il a été observé une baisse de l'intoxication tabagique mais une hausse de la prévalence du diabète et de l'hypercholestérolémie [2]. Le vieillissement de la population, l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité dans la population et donc des facteurs de risque vasculaire, sont autant de conditions favorables à une augmentation de l'incidence des AVC dans les prochaines années. La relation entre nutrition et AVC s'établit donc du fait du rôle joué par plusieurs facteurs nutritionnels dans la survenue d'un AVC et qui sont à intégrer dans les stratégies de prévention primaire et secondaire. Mais, cette relation existe également dans le sens inverse, l'AVC ayant des conséquences d'ordre nutritionnel telles que la dénutrition, les troubles de l'alimentation, les troubles de la glycémie. . . Cette revue générale aborde les différents aspects de cette relation bidirectionnelle.

2. Les facteurs de risque nutritionnels de l'accident vasculaire cérébral

Le nombre d'AVC dans le monde, qui était de 16 millions en 2005, augmentera à 18 millions en 2015 et 23 millions en 2030 d'où la nécessaire mise en place de moyens de prévention [9]. Le meilleur moyen de réduire l'incidence et les conséquences des maladies vasculaires (AVC et infarctus du myocarde principalement) reste de dépister et de traiter les facteurs de risque vasculaire.

2.1. Prévention primaire

Les recommandations de la HAS 2008 sur la prévention vasculaire après un infarctus cérébral préconisent le traitement de tout hypertendu avec un objectif de pression artérielle en dessous de 140/90 mmHg et une consommation de sel inférieure à 6 g/j, la diminution du LDL cholestérol en dessous de 1 g/L et l'instauration d'un traitement par statine, une quasi-normalisation glycémique ($HbA1c < 6,5\%$) chez le diabétique, l'arrêt du tabac, la réduction d'une consommation d'alcool en dessous de 30 g/j chez l'homme et 20 g/j chez la femme, trente minutes d'activité physique quotidienne et une réduction du poids corporel chez les patients présentant une obésité abdominale (tour de taille > 88 cm chez la femme ou 102 cm chez l'homme) [10]. En effet, les patients en surpoids (index de masse corporelle (IMC) entre 25 et 29,9) et les obèses (IMC > 30) sont plus à risque de développer une HTA, un diabète de type 2, une coronaropathie, des apnées du sommeil et aussi un AVC [11]. Bien qu'il n'existe actuellement aucune étude randomisée, contrôlée permettant d'affirmer qu'une réduction du poids corporel chez ces patients diminuerait

le risque de faire un premier AVC [11], les recommandations les plus récentes conseillent une diminution du poids en prévention primaire [12].

Les mauvaises habitudes alimentaires constituent un facteur de risque cardiovasculaire à part entière [13]. Il a été démontré que la conduite d'un régime méditerranéen chez des sujets âgés de 70 à 90 ans réduisait la mortalité, y compris d'origine cardiovasculaire [13]. En termes de prévention primaire des AVC, la conduite d'un régime méditerranéen dans une large cohorte de 74 886 femmes, suivies sur 20 ans, a également montré une réduction significative du nombre d'AVC et d'événements coronariens [14]. Dans une autre cohorte de 37 636 femmes, âgées de 45 ans et plus, celles ayant un mode de vie sain (absence de tabac, consommation modérée d'alcool, faible IMC, exercice physique régulier et alimentation de type méditerranéen) avaient un risque plus faible d'infarctus cérébral mais aucun effet n'a pu être démontré sur le risque de survenue d'un AVC hémorragique [15]. Par ailleurs, la consommation de fruits et légumes en quantité importante a montré un rôle protecteur quant au risque d'infarctus cérébral [16]. Cette donnée a été confirmée avec une incontestable diminution du risque d'AVC, qu'il soit hémorragique ou ischémique, chez les individus qui consomment plus de cinq fruits et légumes par jour [17]. Les données concernant les acides gras oméga 3, les antioxydants (vitamine C, α -tocophérol, β -carotène) et les vitamines du groupe B restent en revanche controversées [18].

Depuis quelques années, dans le but d'abaisser les chiffres de pression artérielle, certains pays ont émis des recommandations alimentaires telles qu'une consommation élevée de fruits et légumes, un apport modéré de produits laitiers pauvres en graisses, un apport faible en protéines animales et une consommation réduite de sodium [19]. L'adhésion à ce régime a montré une diminution du risque d'AVC dans une population de 88 517 femmes âgées de 34 à 59 ans, suivies de 1980 à 2004 [20].

Ainsi, en prévention primaire de l'AVC, les recommandations américaines et européennes proposent une augmentation de la consommation quotidienne de fruits et légumes et une réduction de la consommation de sodium [12,21].

2.2. Prévention secondaire

Les études de prévention secondaire ont été menées le plus souvent à la suite de syndromes coronariens aigus et montrent elles aussi une réduction des événements cardiovasculaires (infarctus du myocarde, AVC, décès d'origine cardiovasculaire) chez les patients bénéficiant d'une prise en charge diététique [22,23].

En conclusion, la mauvaise alimentation doit être considérée comme un facteur de risque vasculaire modifiable. Cela justifie une évaluation et une prise en charge diététique pour les patients à risque vasculaire [24]. Le dépistage du risque vasculaire alimentaire peut être réalisé au moyen d'un questionnaire de 14 items, simple et validé [24]. Une récente revue de la littérature a démontré que les sujets ayant reçu des conseils diététiques amélioreraient leur risque vasculaire par rapport à ceux n'ayant pas

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2687470>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2687470>

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