

À propos d'un cas : testez vos connaissances

Prise en charge nutritionnelle d'un patient atteint d'une insuffisance cardiaque[☆]

Management of a patient with cardiac failure

Pauline Coti Bertrand^{*}, Esther Guex

Service endocrinologie, diabétologie, métabolisme – unité de nutrition clinique, centre hospitalier universitaire Vaudois, rue du Bugnon 46, 1011 Lausanne, Suisse

Reçu le 12 septembre 2013 ; accepté le 15 novembre 2013

Disponible sur Internet le 20 janvier 2014

Résumé

L'insuffisance cardiaque chronique est une maladie cachectisante amenant à une perte de poids fréquente, progressive et le plus souvent irréversible. La cachexie cardiaque est définie comme une perte de poids supérieure à 6 % par rapport au poids pré-morbide, non volontaire, en l'absence d'œdème. Elle s'accompagne d'une hypotrophie des muscles squelettiques et d'une hypotrophie myocardique. L'anorexie n'est impliquée que dans 10 à 20 % des cachexies cardiaques. La plupart du temps, les ingesta sont maintenus. Cependant ils ne permettent pas de couvrir l'augmentation des besoins secondaires à un hypermétabolisme de repos. Les autres mécanismes de cachexie cardiaque sont la malabsorption et l'entéropathie exsudative par hypoperfusion splanchnique/stase veineuse splanchnique, le déséquilibre neuro-endocrinien et immunologique associé à une hyperactivation de facteurs cataboliques (catécholamines, cortisol, TNF alpha) et une diminution ou résistance aux facteurs anaboliques (GH, IGF-1, insuline, DHEA, activité physique). Une évaluation alimentaire est nécessaire pour identifier les restrictions ou évictions instaurées dans le cadre d'une prévention cardiovasculaire et qui ne se justifient plus au stade de la cachexie cardiaque. L'enrichissement et le fractionnement de l'alimentation sont les premières interventions visant à couvrir les besoins énergétiques et protéiques. En cas d'échec, la nutrition entérale par sonde naso-gastrique est à envisager. La nutrition parentérale est à réserver aux cas d'intolérance ou d'échec de la nutrition entérale.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Insuffisance cardiaque ; Nutrition ; Cachexie ; Conseils diététiques

Abstract

Weight loss in chronic heart failure (CHF) occurs frequently, progressively and its reversal is rare. Weight loss of more than 6% is used to define the presence of cachexia. Patients with CHF develop skeletal muscle and cardiac muscle atrophy. Anorexia plays a significant role in only 10–20% of all cases of cardiac cachexia. Higher resting metabolic rate in patients with heart failure at least partially accounts for unexplained weight loss. Fat malabsorption and protein loss are thought to be influenced mainly by bowel perfusion and bowel edema and may contribute to the development of cardiac cachexia. A severe catabolic/anabolic imbalance in favor of catabolic metabolism is observed in cachectic CHF patients. Food intake should be assessed in order to identify and stop dietary restrictions recommended for cardiovascular risk factors and no more indicated in patients with cachexia. Many enriched small meals are necessary to cover energy and protein requirements. If this first attempt fails, nasogastric tube feeding is indicated. Parenteral nutrition should be reserved for those patients in whom enteral nutrition has failed.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Cardiac failure; Nutrition; Cachexia; Nutritional advice

[☆] Ce cas clinique a été rédigé par les auteurs à la demande du Comité éducatif et de pratique clinique (CEPC) de la Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme (SFNEP). Il a été discuté, corrigé et validé par les membres du CEPC et soumis à validation au conseil scientifique de la SFNEP.

^{*} Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pauline.coti@chuv.ch (P. Coti Bertrand).

Monsieur A., 30 ans, marié sans enfant, conseiller dans une banque, en arrêt de travail depuis 6 mois est adressé pour bilan nutritionnel préopératoire. Son histoire débute à l'âge de 5 ans par la découverte d'un néphroblastome avec métastases synchrones pulmonaires et médiastinales pour lesquelles il bénéficie d'une néphrectomie gauche avec radio-chimiothérapie. Une insuffisance cardiaque iatrogène secondaire à l'exposition aux

anthracyclines et à la radiothérapie médiastinale va progressivement s'installer, favorisée par une cyphoscoliose sévère responsable d'une déformation de la cage thoracique et de l'abdomen supérieur compliquée d'un syndrome restrictif respiratoire. L'insuffisance cardiaque globale est actuellement terminale et se décompense à chaque épisode d'infection pulmonaire. Le patient est inscrit sur la liste de greffe cœur-poumon. Son traitement comprend amiodarone, diurétiques, anticoagulant, iloméidine en inhalation.

Le dernier bilan cardiologique révèle des activités quotidiennes réduites par une dyspnée stade NYHA II, avec hépatalgie à la marche après environ 200 m ; à l'ECG, une arythmie de type flutter auriculaire est notée ; l'échocardiographie objective une dilatation importante des ventricules droit et gauche avec insuffisance tricuspидienne, mitrale et aortique, fraction d'éjection de 25 % et une hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) sévère à 70 mmHg.

L'état général est altéré, l'humeur dépressive. Le patient mange comme d'habitude, environ 1500 kcal et 50 g de protéines/j. Le poids est à 45 kg pour un poids usuel à 46 kg. Des œdèmes des membres inférieurs remontent à mi-mollets. L'indice de masse corporelle (IMC) est à 17 kg/m², le pli cutané tricipital (8 mm) au 25^e percentile et la circonférence musculaire brachiale (CMB) inférieure au 5^e percentile (202 mm).

1. Question 1

Quel diagnostic nutritionnel suspectez-vous ?

- a. dénutrition absente
- b. dénutrition modérée
- c. cachexie cardiaque
- d. sarcopénie
- e. réponses b + d

La réponse exacte est : c.

Commentaires :

- les réponses « a » « b » et « e » sont fausses : ce patient présente une perte de poids partiellement masquée par les œdèmes des membres inférieurs. Il est classiquement admis que des œdèmes visibles correspondent à une prise minimale de 3 à 5 % du poids. Chez notre patient, la perte de poids totale doit être estimée à 3 kg (1 + 2 kg d'œdèmes) soit 7 % minimum du poids habituel. La CMB est très basse (inférieure au 5^e percentile), la masse musculaire de ce patient est effondrée. Ce patient présente donc une dénutrition sévère ;
- la réponse « c » est vraie : la cachexie est définie selon le consensus européen [1] comme une triade associant des anomalies métaboliques (inflammation, insulino-résistance, hypercatabolisme protéique . . .), une maladie chronique sous-jacente (insuffisance cardiaque ou respiratoire ou rénale, cancer, infection chronique . . .) et une sarcopénie avec ou sans fonte de la masse grasse. De manière spécifique, les travaux de l'équipe d'Anker [2] ont défini la cachexie cardiaque comme

une perte de poids supérieure à 6 % du poids pré-morbide, non volontaire et en l'absence d'œdèmes ;

- la réponse « d » est fautive : la sarcopénie est évoquée devant une baisse progressive, involontaire et généralisée de la masse et de la force musculaires chez une personne âgée bien portante [3]. Lorsqu'elle survient dans un contexte de maladie chronique (insuffisance cardiaque ou respiratoire ou rénale, cancer, infection chronique . . .) et d'anomalies métaboliques (inflammation, insulino-résistance, hypercatabolisme protéique . . .), elle définit alors une cachexie (cf. commentaire de la réponse c).

2. Question 2

Parmi les critères suivants, quel est le critère prédictif indépendant de mortalité le plus puissant lors d'une insuffisance cardiaque chronique ?

- a. stade NYHA
- b. fraction d'éjection ventriculaire gauche
- c. perte de poids
- d. âge
- e. albuminémie

La réponse exacte est : c.

Commentaires

Anker et son équipe [2] ont publié deux études essentielles pour la prise en charge nutritionnelle du patient avec insuffisance cardiaque chronique (ICC). L'étude V-HeFT II (Vasodilator-Heart Failure Trial) portant sur 619 patients avec ICC démontre qu'une perte de poids de 6 % est associée à une mortalité doublée à 9 mois indépendamment de l'âge, de la fraction d'éjection ventriculaire, du score d'insuffisance cardiaque selon NYHA, de la tolérance de l'effort et de la natrémie. L'étude SOLVD (Studies of Left Ventricular Dysfunction) démontre que cette perte de poids est le plus souvent irréversible et progressive.

Il est important de noter que la cachexie cardiaque s'accompagne d'une hypotrophie du muscle squelettique et d'une hypotrophie myocardique [4].

D'autres paramètres nutritionnels tels que l'albuminémie, la cholestérolémie et l'indice de masse corporelle (IMC) sont des critères pronostiques. Une hypoalbuminémie inférieure à 30 g/L influence négativement la survie globale lors de transplantation cardiaque. Une hypocholestérolémie représente un facteur de risque de mortalité accrue à 1 an alors qu'une hypercholestérolémie compromet le pronostic vital à 10 ans. L'IMC est également un facteur pronostique majeur à long terme. C'est le « paradoxe de l'obésité » de l'insuffisant cardiaque dont la mortalité apparaît comme plus faible lorsque l'IMC est supérieur à 25 voire supérieur à 30 [5,6].

3. Question 3

La cachexie cardiaque est multifactorielle. Parmi les facteurs physiopathologiques suivants, lequel est le moins fréquemment impliqué dans la survenue de la cachexie cardiaque ?

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2691804>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2691804>

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