



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

Revue générale

Prise en charge diététique du sujet obèse à l'hôpital : quels régimes ?[☆]

Dietary management of obese patients at hospital: What diet?

Esther Guex^{a,*}, Yvonne Fierz^{a,b}, Anne Kouadio^a, Pauline Coti Bertrand^a

^a Nutrition clinique, service d'endocrinologie-diabétologie-métabolisme, centre hospitalier et universitaire Vaudois, 1011 Lausanne, Suisse

^b Centre de médecine générale, policlinique médicale universitaire, centre hospitalier et universitaire Vaudois, 1011 Lausanne, Suisse

Résumé

Le patient obèse à l'hôpital ne reçoit pas toujours des apports alimentaires lui permettant de couvrir ses besoins nutritionnels. La prise en charge nutritionnelle a pour objectif principal le maintien de la masse maigre car la perte de celle-ci peut être plus rapide chez le sujet obèse que chez le sujet de poids normal. Elle doit également être adaptée à la pathologie ayant motivé l'hospitalisation, notamment en fonction de la présence ou non d'une agression métabolique (chirurgie digestive, affections aiguës, réanimation). Dans tous les cas, l'apport protéique est important à considérer. Comme première intervention, l'adaptation de l'alimentation par l'enrichissement, le fractionnement et la prise de compléments nutritionnels oraux (CNO) a tout son sens. En cas d'obésité massive, une approche multidisciplinaire systématique impliquant une équipe spécialisée dans l'obésité est indispensable pour assurer une prise en charge nutritionnelle adaptée.

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

Mots clés : Obésité ; Sarcopénie ; Alimentation ; Protéines

Abstract

At hospital, nutritional intakes of obese patients are often not covering their nutritional needs. The aim of nutrition support is to maintain the lean body mass, since lean body mass loss may be faster in obese than in non-obese patients. Nutrition support must be adapted to the disease, and particularly to the presence or not of metabolic stress (GI surgery, acute diseases, critical illness. . .). In all cases, protein intakes are important to consider. As a primary nutrition therapy, food adaptation with frequent and enriched meals, and oral nutritional supplements (ONS), are indicated. In case of morbid obesity, a multidisciplinary systematic approach involving a specialized team in obesity management is pivotal to ensure adequate nutritional care.

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

Keywords: Obesity; Sarcopenia; Food; Protein

1. Introduction

Selon l'OMS, le surpoids concerne 1,4 milliards de personnes avec aujourd'hui un adulte obèse sur 10. Le surpoids et l'obésité représentent le cinquième facteur de risque de décès au niveau mondial et fait au moins 2,8 millions de victimes chaque année

[1]. En 2014, en France l'excès de poids concerne près de la moitié de la population. La prévalence de l'obésité globale était de 15,8 % pour les hommes et de 15,6 % pour les femmes, et celle de l'obésité abdominale était de 41,6 % et 48,5 % respectivement chez les hommes et les femmes [2].

L'augmentation de la prévalence de l'obésité est observée dans toutes les tranches d'âge de la population, y compris les seniors et les projections pour les années à venir ne sont pas rassurantes.

En conséquence, la population de patients obèses malades augmente également dans les hôpitaux.

[☆] Cet article est une suite au numéro thématique 31/4 « Dénutrition du sujet obèse ».

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Esther.Guex@chuv.ch (E. Guex).

<https://doi.org/10.1016/j.nupar.2018.02.001>

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

Tableau 1
Classification de l'obésité selon l'OMS.

Classification du surpoids et de l'obésité selon OMS	Indice de masse corporelle (IMC)
Normal	18,5–24,9
Surpoids	25–29,9
Obésité grade I ou obésité modérée ou commune	30–34,9
Obésité grade II ou obésité sévère	35–39,9
Obésité grade III ou obésité massive ou morbide	≥ 40

Comme l'indique le [Tableau 1](#), il existe selon l'OMS une classification du surpoids et de l'obésité en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC) qui résulte du rapport entre poids du patient (kg) et la taille élevée au carré (m²) [3]. Il exprime la corpulence.

2. Le paradoxe de l'obésité

L'IMC est un indicateur global de la corpulence ne permettant pas de distinguer la masse musculaire de la masse adipeuse, ni le type d'obésité, viscérale ou sous-cutanée. Il est connu que c'est l'obésité viscérale qui est associée au syndrome métabolique et à la mortalité cardiovasculaire et non l'obésité sous-cutanée. L'augmentation de la mortalité cardiovasculaire liée à l'obésité viscérale s'explique par une prévalence élevée d'hypertension artérielle, de dyslipidémies et de résistance à l'insuline, qui font partie du syndrome métabolique [4,5].

Dans la population générale, une méta-analyse de 97 études [6] portant sur 2,8 millions d'individus a montré une augmentation de la mortalité chez les obèses de grades II et III (IMC ≥ 35) par rapport aux sujets avec IMC entre 18 et 25. En revanche, il n'a pas été démontré d'augmentation de la mortalité chez ceux ayant un grade I (IMC entre 30 et 35). Il a même été observé une diminution de la mortalité chez ceux qui sont en surpoids (IMC entre 25 et 30). Cette découverte inattendue constitue le paradoxe de l'obésité. Ce dernier est observé principalement chez le sujet obèse « agressé » : après une intervention chirurgicale, en réanimation et dans les pathologies chroniques d'insuffisance d'organes, notamment au cours de l'insuffisance respiratoire, l'insuffisance cardiaque et surtout chez le patient dialysé rénal. Dans cette dernière population, l'obésité est protectrice, quelle que soit la valeur de l'IMC, y compris au-delà de 40 [7,8].

3. Obésité et dénutrition, en milieu hospitalier

En 2003, le conseil de l'Europe a proclamé que « l'hôpital représente un facteur de risque majeur de dénutrition » [9].

Il est connu que chez le patient hospitalisé, la sous-nutrition, i.e. l'insuffisance d'apports protéino-énergétiques, et leurs conséquences : la dénutrition, aggravent la morbi-mortalité, justifiant la mise en place d'un dépistage précoce pour une meilleure prise en charge [10].

Dénutrition et obésité semblent contraires et pourtant elles sont fréquemment associées. Réunies, elles sont à l'origine de l'obésité sarcopénique qui cumule une perte de masse

Tableau 2

Principales situations pour lesquelles la dénutrition devra être suspectée chez le patient obèse.

Situations à risque important de dénutrition chez le patient obèse
Agression métabolique, stress aigu (infection, traumatisme, chirurgie, réanimation)
Maladies chroniques et insuffisances d'organes (insuffisance rénale, respiratoire, cardiaque, ...)
Corticothérapie, traitement oncologique (chimiothérapie, radiothérapie, thérapie ciblée)
Chirurgie digestive lourde ou chirurgie de l'obésité
Régimes restrictifs sévères et répétés, troubles du comportement alimentaire à type d'anorexie-boulimie
Sédentarité
Contexte psychosocial : précarité, syndrome dépressif, dépendance
Troubles de la mastication, de la déglutition, mauvais état bucco-dentaire

musculaire et un excès de masse grasse. Cette situation clinique est rencontrée chez les patients avec un tour de taille important signant la présence d'une adiposité abdominale associée à une faible musculature des membres [11].

Parmi les principaux critères diagnostiques de la dénutrition, on trouve les critères anthropométriques tels l'IMC et la perte de poids qui ne sont pas adaptés chez le sujet obèse. Pour rappel, une dénutrition se définit par un IMC inférieur ou égal à 17 kg/m² pour les moins de 70 ans ou à 21 kg/m² pour les plus de 70 ans ; et/ou une perte de poids, exprimée en pourcentage du poids d'il y a 1 ou 6 mois de bonne santé et est significative en cas de perte supérieure ou égale à 5 % en un mois ou de 10 % en six mois [12]. Ainsi, chez l'obèse, l'IMC peut rester supérieur à la norme malgré une perte de poids importante [11]. Parmi les critères biologiques classiquement utilisés, l'albuminémie, n'est pas corrélée à la masse protéique et est aujourd'hui reconnue comme un marqueur de morbi-mortalité indépendant de la dénutrition [13].

Si les scores de risque nutritionnels montrent leurs limites, le patient obèse présente toutefois le même risque de dénutrition qu'un patient ayant un IMC dans les normes. Plusieurs facteurs de risque de dénutrition sont identifiés chez l'obèse hospitalisé comme le résume le [Tableau 2](#) [14].

Le fait que l'obèse est, par définition, une masse grasse augmentée ne prévient pas la perte musculaire. En effet, le patient obèse malade mobilise préférentiellement ses réserves musculaires en comparaison à ses réserves lipidiques et ceci en raison de l'insulinorésistance et de l'état inflammatoire en réponse au stress métabolique [15,16]. La perte musculaire induite par l'hyper-catabolisme protéique est encore aggravée par une insuffisance d'apports protéino-caloriques et par l'inactivité physique fréquente en milieu hospitalier. Chez le sujet obèse, la perte de la masse et de la fonction musculaire définit l'obésité sarcopénique. Cette perte de masse maigre augmente la morbi-mortalité et la durée d'hospitalisation en situation de maladie chronique [17]. Et chez le sujet obèse, l'augmentation de la mortalité et de la toxicité médicamenteuse est prouvée en oncologie [18]. Néanmoins, l'obésité sarcopénique est une préoccupation clinique débutante avec peu de littérature à son actif. Sa prévalence est estimée entre 5–15 % dans la population générale [19] et

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8589190>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8589190>

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