



Obésité et IRC : quelle prise en charge nutritionnelle ?

L'insuffisance rénale chronique induit des traitements si lourds qu'elle laisse souvent peu de place à une prise en charge nutritionnelle (alimentation et activité physique) lorsque le patient est également atteint d'obésité. Cette prise en charge, bien que délicate, est pourtant nécessaire. Elle est l'affaire de professionnels de santé, qui doivent veiller au maintien de plusieurs équilibres...

Souvent, le patient obèse et insuffisant rénal est sédentaire. Son obésité (dite « sarcopénique ») se caractérise alors par un gain de masse grasseuse et une perte de masse musculaire. La chronicité de la maladie, la dialyse, la fatigue peuvent expliquer cette obésité. Comme dans toute obésité, l'arthrose des articulations portantes (hanche, genou, cheville) est plus fréquente, ce qui aggrave la sédentarité de ces patients et leur déconditionnement à l'effort.

Évaluer le patient

Même si les patients obèses et insuffisants rénaux sont volontaires pour faire de l'activité physique, il y a tout un panel d'éléments qui vont provoquer chez eux un essoufflement. Cette dyspnée n'a pas forcément une origine respiratoire ou cardiaque, cela peut être aussi un déconditionnement à l'effort.





Obésité et IRC : quelle prise en charge nutritionnelle ?

La phase d'évaluation est très importante. Si les explorations respiratoires, l'imagerie pulmonaire, l'analyse du sommeil et l'échographie cardiaque sont normales, cela indique que le patient a un déconditionnement à l'effort, mais qu'on peut lui proposer une activité physique. On oriente alors le patient vers des enseignants en APA (activité physique adaptée) qui vont mettre en place des protocoles d'intensité croissante, des membres inférieurs ou supérieurs (cf. fiche n°73).

La prise en charge diététique implique aussi une évaluation de la composition corporelle de base du patient (pourcentage de masse grasse et de masse maigre des patients) afin de guider le médecin nutritionniste. Une calorimétrie permet d'estimer la dépense énergétique du patient au repos et le besoin énergétique individuel. Ensuite, une enquête alimentaire permet de savoir si le problème de poids du patient est lié à son alimentation. Il n'y a pas forcément de trouble du comportement alimentaire derrière chaque obésité, il peut s'agir aussi d'un manque d'activité.

Enfin, le médecin doit se poser à chaque fois la question suivante : où en sommes-nous de la maladie rénale ? Les patients peuvent rester stables à un stade de leur maladie pendant des années et la prise en charge ne sera pas la même

pour un patient qui fait 140 kilos depuis 20 ans et pour un autre qui est en train de constituer ou d'aggraver son obésité.

Pour maigrir, fuir les régimes !

Quel que soit le problème de santé, on sait que les régimes d'exclusion conduisent à la prise de poids par les troubles du comportement alimentaire que cela engendre, notamment les compulsions répétées. Les régimes très basse calories (800 à 1000 kcal / jour) n'ont aucun intérêt car notre organisme, programmé pour ne pas se dénutrir, va allumer des signaux hormonaux pour dire à notre corps « stocke ! ». Il faut passer en dessous des radars physiologiques, pour que la modification de l'alimentation puisse avoir un effet sur le long terme. Il faut donc que la perte de poids soit progressive. En règle générale, une perte de poids supérieure à 2 kilos par mois n'est donc pas bon signe.

Enfin, il convient de combattre l'idée fautive selon laquelle un patient obèse a tous les apports nutritionnels (et un peu plus...) dont il a besoin. Beaucoup d'études prouvent que les patients obèses sont souvent carencés en vitamine D, C, en calcium, en fer... D'où l'accompagnement indispensable du professionnel de santé.