


compétence

1

## L'importance de la nutrition dans la prise en charge du patient atteint de maladie pulmonaire obstructive chronique\*

La direction des affaires professionnelles de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec  
par **Maya Khaddag**, Dt.P., Hôpital Notre-Dame, CHUM.

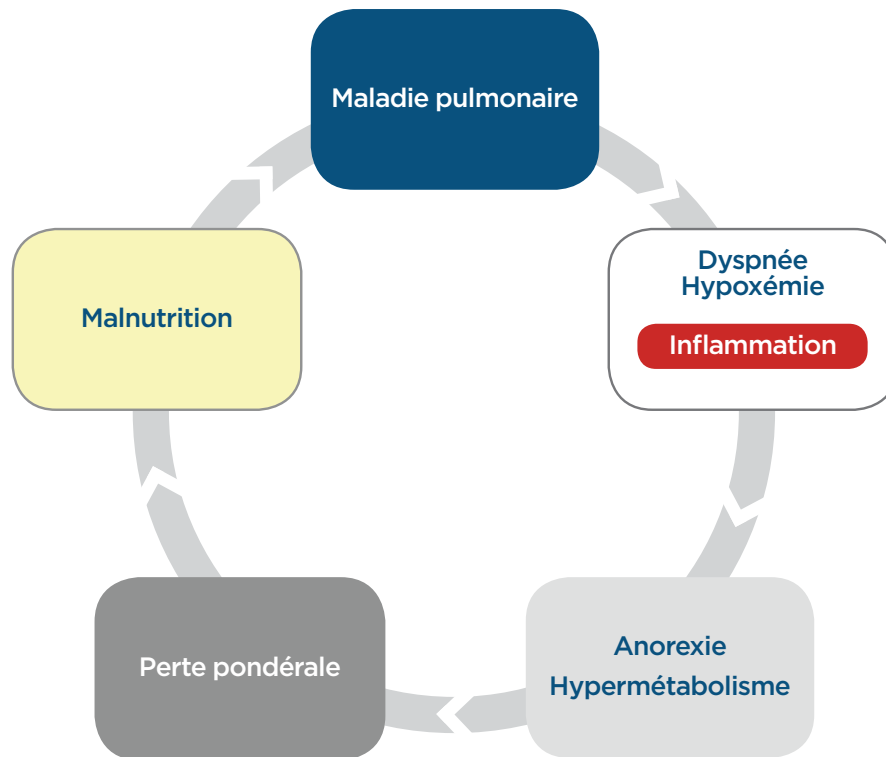
\* Adapté d'un texte paru dans le cahier du participant au congrès *La pneumologie* de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), les 7 et 8 mai 2015.



Les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) sont de plus en plus répandues au Canada. Entre 1950 et 2011, le pourcentage de décès liés aux MPOC a augmenté de 0,5 % à 4,4 % du nombre total de décès<sup>1</sup>. Par ailleurs, on estime que 11 % des Canadiens étaient atteints de ces maladies en 2013. L'état nutritionnel des patients atteints de MPOC est très variable. Les diététistes/nutritionnistes peuvent donc intervenir auprès de cette clientèle afin d'évaluer l'état nutritionnel et d'élaborer un plan de traitement nutritionnel adapté.

Chronic obstructive pulmonary diseases (COPD) are more and more widespread in Canada. Between 1950 and 2011, the percentage of death linked to COPD has increased from 0.5% to 4.4% in the total amount of death<sup>1</sup>. Furthermore, it is estimated that 11% of Canadians were suffering from this disease in 2013. The nutritional status of COPD patients varies greatly. Dietitians/nutritionists can thus intervene with these patients to evaluate their nutritional status and customize a nutritional treatment plan.

Figure 1. Physiopathologie de la malnutrition dans la MPOC.



### ••• La malnutrition et la MPOC

**B**ien qu'elle soit généralement sous-diagnostiquée, la malnutrition serait présente chez 25 à 40 % des patients atteints de MPOC stable et chez 40 à 50 % des patients atteints de MPOC sévère ; elle est considérée comme un facteur de mauvais pronostic dans l'évolution de la maladie<sup>2,3</sup>. À l'opposé, on décrit le paradoxe de l'obésité dans cette population où la surcharge pondérale semble être associée à de meilleurs taux de survie<sup>4</sup>. L'indice de masse corporelle (IMC = poids [kg]/taille [m<sup>2</sup>]) est un facteur de pronostic indépendant dans la MPOC<sup>4</sup>. En effet, les patients ayant un IMC < 20 ont un plus grand risque d'exacerbations aiguës comparativement aux patients avec un IMC ≥ 20<sup>2</sup>. Plus particulièrement, un indice de **masse maigre faible** (16 kg/m<sup>2</sup> pour les hommes et de 15 kg/m<sup>2</sup> pour les femmes) est **indépendamment associé à la sévérité de la maladie et à un pauvre pronostic**, d'où l'importance d'évaluer la composition corporelle des patients atteints de MPOC<sup>5</sup>.

#### Physiopathologie de la malnutrition dans la MPOC

Plusieurs facteurs expliqueraient la malnutrition chez les patients atteints de MPOC. La réduction des apports en raison d'une dyspnée accrue lors de l'alimentation, la fatigue chronique et la diminution de l'activité physique contribuent à la baisse de l'appétit et conséquemment des apports, conduisant à une perte pondérale involontaire. De plus, l'inflammation généralisée caractérisant la MPOC et démontrée par la sécrétion de cytokines telles la TNF- $\alpha$  et les interleukines 6 et 8 contribuent à l'anorexie. À cela s'ajoute une augmentation de la dépense énergétique au repos (DER) en raison de l'effort requis pour respirer et du processus inflammatoire. Par ailleurs, l'inflammation de même que la résistance à l'insuline qui est notée contribuent respectivement à une perte de masse

adipeuse et musculaire pouvant mener à une perte pondérale et à la dénutrition, mais également à une fatigue et une diminution du niveau d'activité physique. Ce cercle vicieux augmente évidemment les risques d'infections et de mortalité, sans oublier la piètre qualité de vie qui peut suivre<sup>3</sup>.

#### Pourquoi et quand diriger un patient en nutrition

##### Critères de malnutrition

Il est important de dépister précocement la dénutrition chez le patient atteint de MPOC puisqu'une intervention rapide aiderait à améliorer les paramètres cliniques et le taux de survie. La malnutrition peut être dépistée en questionnant le patient quant à l'histoire récente d'une perte pondérale involontaire. Spécifiquement, une perte de poids de 5 % dans les 3 derniers mois ou de 10 % dans les 6 derniers mois ou un IMC < 20 sont des critères de référence usuels auprès d'un ou d'une diététiste/nutritionniste afin d'assurer une évaluation nutritionnelle détaillée et une prise en charge<sup>6</sup>. L'utilisation d'un outil de dépistage validé est recommandée par le *Groupe de travail canadien sur la malnutrition*<sup>7</sup>.

##### Évaluation nutritionnelle approfondie

L'évaluation nutritionnelle effectuée par le ou la diététiste/nutritionniste comprend différents paramètres, notamment l'histoire pondérale et la composition corporelle, l'évaluation des apports et des besoins nutritionnels, tout en considérant la condition globale, la médication et la sévérité de la maladie. Au terme de cette évaluation, il ou elle sera à même d'établir un plan de traitement nutritionnel et de conseiller adéquatement le patient sur les modalités d'enrichissement de l'alimentation si requis et de proposer d'autres stratégies permettant d'assurer l'atteinte des besoins nutritionnels.



« La surcharge pondérale peut parfois masquer la dénutrition chez le patient MPOC. »

## Références

1. STATISTIQUES CANADA. Novembre 2015. *Étude: décès attribuables à la maladie pulmonaire obstructive chronique au Canada, 1950 à 2011*. Repéré à [<http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/151119/dq151119c-fra.htm>].
2. ITOH, M., TSUJI, T., NEMOTO, K. et collab. « Undernutrition in patients with COPD and its treatment ». *Nutrients*, 2013; 5(4): 1316-1335. [<https://dx.doi.org/10.3390%2Fnu5041316>].
3. SAMARAS, N., SAMARAS, D., CHAMBELLAN, A. et collab. « Pulmonary rehabilitation: the reference therapy for undernourished patients with chronic obstructive pulmonary disease ». *BioMed Research International*, 2014; 2014(ID248420): 1-9. [<http://dx.doi.org/10.1155%2F2014%2F248420>].
4. LAINCAK, M., VON HAEHLING, S., DOEHNER, W. et collab. « Body mass index and prognosis in patients hospitalized with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease ». *J Cachexia Sarcopenia Muscle*, 2011; 2: 81-86. [<https://dx.doi.org/10.1007/s13539-011-0023-9>].
5. PRACTICE-BASED EVIDENCE IN NUTRITION (PEN): THE GLOBAL RESOURCE FOR NUTRITION PRACTICE. Mise à jour février 2017. *Chronic Obstructive Pulmonary disease (COPD) Evidence Summary*. © Dietitians of Canada/Les diététistes du Canada. Repéré à [<http://www.pennutrition.com/KnowledgePathway.aspx?kpid=16178&trcatid=42&trid=16315>].
6. PEN, *op. cit.*, *Obstructive Pulmonary disease (COPD) Toolkit*. Repéré à [<http://www.pennutrition.com/KnowledgePathway.aspx?kpid=16178&trcatid=494>].
7. GROUPE DE TRAVAIL CANADIEN SUR LA MALNUTRITION (GTCM). Mars 2014. *Outil canadien de dépistage nutritionnel*. Repéré à [<http://nutritioncareincanada.ca/sites/default/uploads/files/OCDN-.pdf>].

### L'obésité et la MPOC

La surcharge pondérale peut parfois masquer la dénutrition chez le patient MPOC. À cet égard, des paramètres d'évaluation et de suivi nutritionnel comme la force de préhension et l'évaluation des apports alimentaires peuvent être des outils fiables pour dépister la malnutrition chez la clientèle obèse. Par ailleurs, l'obésité, notée plus souvent chez le patient avec une MPOC légère à modérée, semble associée à un risque accru de maladie cardiovasculaire. Bien que le paradoxe de l'obésité paraisse exister dans la MPOC, l'obésité morbide (IMC > 40) est associée à un risque de mortalité plus élevé chez ces patients. Une perte de poids graduelle basée sur la combinaison d'une alimentation équilibrée et d'un programme d'exercice selon la tolérance est à prôner<sup>2,5</sup>. Le ou la diététiste/nutritionniste constitue un atout important dans ce processus.

### Conclusion

Un dépistage systématique de la malnutrition chez le patient atteint de MPOC s'avère primordial dans la prise en charge globale de cette clientèle. Les inhalothérapeutes peuvent effectuer ce dépistage et diriger les patients en nutrition, lorsque jugé nécessaire. Les diététistes/nutritionnistes sont une ressource importante dans la prise en charge du traitement nutritionnel de cette clientèle, car ils traitent la malnutrition et interviennent dans une optique de prévention d'une détérioration de l'état nutritionnel.

### Quand orienter le patient vers des services de nutrition ?

- Lorsque le patient rapporte une perte pondérale involontaire
- Lorsque l'IMC du patient est < 20
- Lors d'un dépistage positif à l'aide d'un outil validé<sup>7</sup>

### Pourquoi orienter le patient vers des services de nutrition ?

- L'évaluation nutritionnelle approfondie permet :
  - d'établir un plan de traitement nutritionnel personnalisé;
  - de conseiller adéquatement le patient sur les modalités d'enrichissement de l'alimentation si requis;
  - de proposer d'autres stratégies permettant d'assurer l'atteinte des besoins nutritionnels.
- L'intervention précoce dans le traitement de l'état nutritionnel chez le patient atteint de MPOC aiderait à améliorer les paramètres cliniques et le taux de survie.

## FUTURES RETRAITÉES

Le RIIRS est pour toutes les infirmières et infirmiers, infirmières et infirmiers auxiliaires, inhalothérapeutes et perfusionnistes **RETRAITÉES**, sans égard aux champs d'activités et aux fonctions occupées au cours de leur carrière.

### Le RIIRS

- entretient un sentiment d'appartenance par la participation à des activités;
- fournit le soutien aux membres concernant l'amélioration de leur qualité de vie;
- donne une voix collective à ses membres en participant aux grands débats publics;
- établit des liens avec des organismes axés sur le mieux-être des retraités;
- publie l'Écho du RIIRS, journal d'information.

Le RIIRS est présent dans chaque région du Québec.

Pour vous prévaloir du privilège de transfert de votre assurance vie, il est essentiel que vous deveniez membre du RIIRS dans les **60 jours** suivant la date de votre prise de retraite.

**Informez-vous dès aujourd'hui en nous contactant :**



Regroupement interprofessionnel des intervenants retraités des services de santé  
Tél. : 418 626-0861 • S.F. : 1 800 639-9519  
info@riirs.org • www.riirs.org