

Le syndrome de renutrition

Un risque lors du rétablissement pondéral d'une patiente atteinte d'anorexie mentale.

Par **Fethi Boudebza**, inf., B.Sc., M.Sc.(c.)

Sarah, une jeune patiente âgée de 19 ans, souffre d'anorexie mentale de type restrictif. Elle est hospitalisée depuis quatre jours à l'unité de traitement des troubles de l'alimentation. Son IMC est de 10,8 kg/m². Sa mère appelle l'infirmière : elle est mécontente parce que sa fille est affamée et que, paradoxalement, son menu est composé de demi-portions, ce qui contredit l'objectif de son traitement. Quelle explication pouvez-vous lui donner ?

De prime abord, il va de soi qu'une personne dénutrie a avant tout besoin d'être nourrie. Mais si certaines précautions ne sont pas prises, cette renutrition pourrait être fatale au lieu de salvatrice.

Dans les cas d'anorexie mentale, le rétablissement pondéral grâce à la réalimentation demeure la pierre angulaire du traitement. Cette réalimentation contient un ensemble de macronutriments (protéines, lipides et glucides) et de micronutriments (vitamines et minéraux) qui peuvent être donnés par voie orale, entérale ou parentérale.

La nutrition entérale consiste à nourrir l'organisme par une sonde nasogastrique (du nez à l'estomac), une sonde nasoduodénale (du nez au duodénum) ou une stomie digestive, soit une gastrostomie (abouchement chirurgical de l'estomac à la paroi abdominale) ou une jéjunostomie (abouchement chirurgical du jéjunum à la paroi abdominale). La nutrition entérale est notamment indiquée lorsque l'alimentation orale est impossible à cause de lésions à la partie supérieure du tube digestif ou un manque d'apport nutritionnel. Cette technique préserve le tube digestif et les organes associés. Lorsque l'alimentation entérale est impossible, la nutrition parentérale permet de donner au patient des nutriments par voie intraveineuse au moyen d'un accès périphérique ou central (Soins infirmiers.com, 2008).

Définition

Le syndrome de réalimentation, en anglais *Refeeding Syndrome* – appelé aussi syndrome de renutrition et syndrome de renutrition inappropriée – est un trouble traité dans la littérature médicale après la Deuxième Guerre mondiale. En 1981, les auteurs Weinsier et Krundieck décrivent la forme classique du syndrome de renutrition observée chez deux patients dénutris qui souffriront de complications cardiovasculaires et respiratoires à la suite d'une nutrition parentérale (Pardo et Lescot, 2015).

Le syndrome de renutrition inappropriée est une série de complications survenant chez les patients dénutris lors de



© Kate Jacobs / Science Photo Library

la réintroduction orale, entérale ou parentérale d'apports énergétiques. La prise en charge de la dénutrition en établissement hospitalier augmente le risque de syndrome de renutrition en cas de supplémentation inadéquate ou insuffisamment surveillée (Pardo et Lescot, 2015).

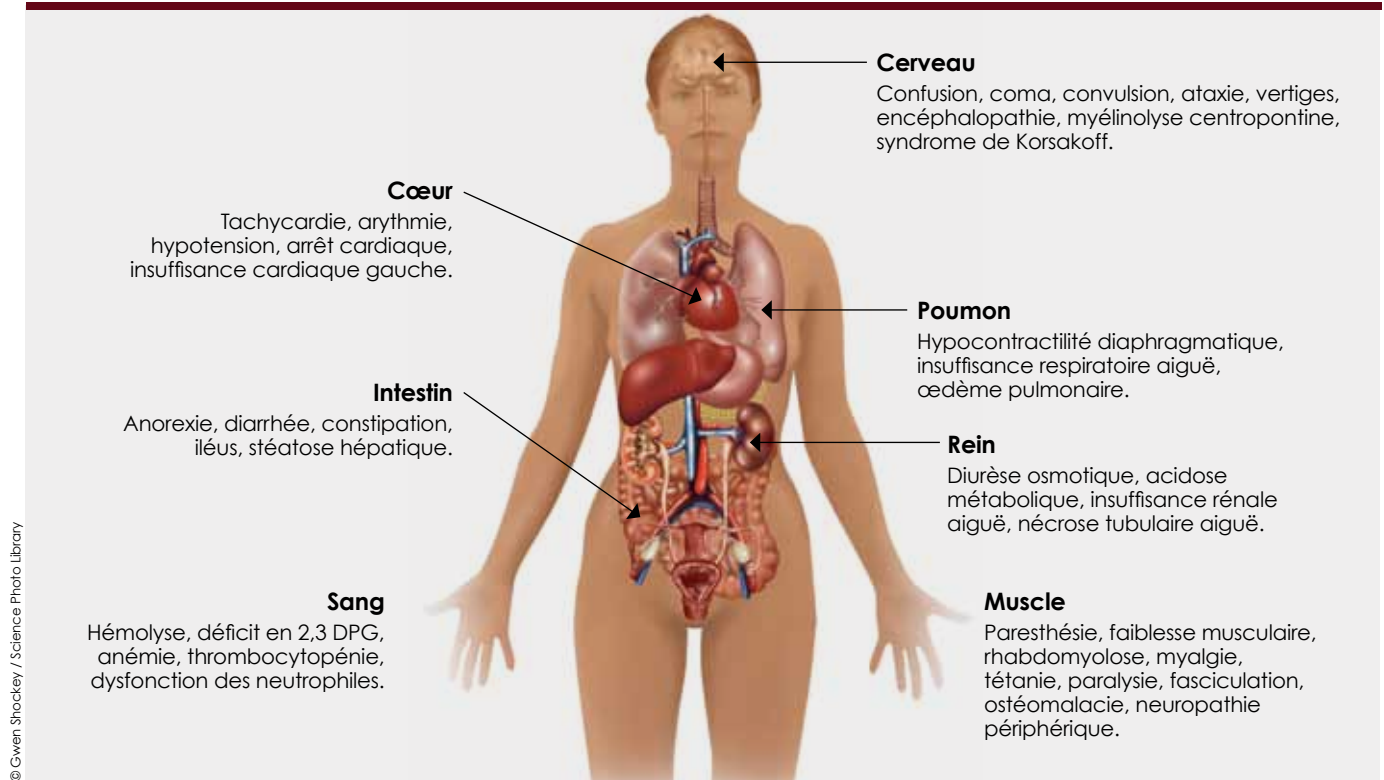
Physiopathologie

Le syndrome regroupe un ensemble de manifestations cliniques qui apparaissent généralement durant les deux premières semaines de réalimentation, particulièrement si elle est réintroduite de façon agressive chez des patients significativement dénutris.

Après un jeûne de cinq à dix jours, l'organisme est dépourvu de son « carburant principal », le glucose. Il en résulte une chute d'insuline qui entraînera à son tour un phénomène de catabolisme des lipides et des protéines (lipolyse et protéolyse). Éventuellement, ces déséquilibres peuvent provoquer une atrophie affectant des organes vitaux comme le cœur et les poumons.

Au moment où la réalimentation commence, « la réintroduction d'apports glucosés provoque l'augmentation de la sécrétion d'insuline et l'inhibition de la production de glucagon et s'accompagne d'une transition métabolique brutale qui se traduit par le développement du métabolisme glucidique aux dépens du catabolisme lipidique. L'augmentation brutale de l'insulinémie entraîne la synthèse du glycogène, des graisses et des protéines provoquant le transfert intracellulaire de potassium, de phosphore et de magnésium dont les concentrations plasmatiques

Figure 1 Principales manifestations cliniques pouvant être observées en cas de syndrome de renutrition inappropriée



Source : Pardo et Lescot, 2015.

s'effondrent. Les symptômes cliniques du syndrome de renutrition sont la conséquence des troubles hydroélectrolytiques » (Pardo et Lescot, 2015).

Ainsi, les niveaux extrêmement bas d'électrolytes, et particulièrement celui des phosphates, peuvent engendrer de multiples complications, entre autres :

- Arythmie/arrêt cardiaque, surcharge liquidienne/œdème pulmonaire (le cœur, peut-être déjà atrophié, souffre en outre d'un surplus liquidien causé par la rétention sodique et hydrique), convulsions, insuffisance rénale/hépatique/respiratoire, dysfonctionnement des globules blancs/rouges.
- Dysglycémie (↓ ou ↑ glycémie).
- Encéphalopathie de Gayet-Wernicke et/ou syndrome de Korsakoff, causés par une importante carence en vitamine B1 (thiamine) exacerbée suite à la réintroduction soudaine et massive de la réalimentation.
- Pancytopénie causée par un déficit aigu de vitamine B9 (acide folique ou folate).

Facteurs de risque

Les clientèles à risque proviennent de plusieurs milieux cliniques. En santé mentale par exemple, les patients

atteints d'anorexie mentale ; en oncologie, ceux qui ne peuvent plus s'alimenter entre autres à cause de la chimiothérapie ; en gériatrie, les personnes âgées sans appétit ou ayant un apport alimentaire déficient ; en médecine/chirurgie, des patients en phase postopératoire ou atteints de maladies inflammatoires mettant en cause l'absorption nutritionnelle. En plus, les personnes itinérantes ou alcooliques peuvent être à risque, car elles s'alimentent parfois très peu et peuvent jeûner pendant plusieurs jours.

En 2006, le National Institute for Health and Care Excellence - NICE (Angleterre) a émis des lignes directrices (Mehanna *et al.*, 2008). Leurs critères de risques d'inclusion sont :

- Critères primaires :
 - IMC < 16 kg/m².
 - Perte de poids involontaire > 15 % en 3 à 6 mois.
 - Jeûne > 10 jours.
- Critères secondaires :
 - IMC < 18,5 kg/m².
 - Perte de poids involontaire de 10 % à 15 % en 3 à 6 mois.
 - Jeûne depuis 5 à 10 jours.
 - Antécédents d'alcoolisme, d'insulinothérapie, de chimiothérapie, de traitement diurétique et antiacide.

Prévenir

Selon Mehanna *et al.* (2008) et plusieurs autres protocoles établis dans les milieux de traitement des troubles de l'alimentation, durant les deux premières semaines de réalimentation, il est particulièrement important de :

- Corriger les carences électrolytiques avant de commencer la renutrition.
- Supplémenter la carence vitaminique, spécifiquement la thiamine (200-300 mg per os/jour) + MultiVit. (1 co. per os, 2 fois /jour) avant même d'amorcer la réalimentation.
- Consulter un nutritionniste pour déterminer l'apport calorique initial qui doit être égal ou supérieur au besoin du métabolisme basal du patient.
- Suivre le principe « start low, advance slow » en procédant à une réalimentation progressive et prudente (Mehler et Andersen, 2010).
- Prévoir une augmentation de 300 à 400 calories chaque trois à quatre jours. À long terme, obtenir un apport alimentaire maximal de 4 000 cal./jour pour les hommes et de 3 500 cal. pour les femmes.
- Limiter l'apport liquidien + sodique, diminuer les lipides et le lactose.
- Surveiller les électrolytes (K⁺, Ca²⁺, P, Mg²⁺) + fonction hépatique 3 fois/semaine.

- Évaluer/monitorer la fonction cardiopulmonaire surtout en présence d'œdème.
- Faire l'ECG à l'admission + PRN.
- Prendre les signes vitaux chaque huit heures + PRN et accorder une attention particulière au pouls en prenant en considération que les patients anorexiques sont généralement bradycardiques. Un pouls soudainement supérieur à 70 battements/min peut cependant refléter une surcharge cardiaque.
- Peser le patient tous les jours.
- Cibler un gain pondéral de 2 à 3 lbs/semaine pour les patients hospitalisés et 1 à 2 lbs pour les patients suivis en externe.
- Surveiller l'ingesta/excréta toutes les huit heures.
- Mesurer la glycémie toutes les quatre à six heures. Cependant dans certains milieux cliniques, cela sera indiqué seulement si le patient est symptomatique afin d'éviter le cercle vicieux de la stimulation massive de la sécrétion d'insuline chaque fois qu'on veut corriger un épisode d'hypoglycémie.

Traiter

Dès que se manifestent les signes ou les symptômes du syndrome de réalimentation, il faudra réduire ou même cesser d'alimenter le patient, corriger les carences électrolytiques – voire administrer des électrolytes par voie intraveineuse si ces carences sont graves – et surveiller étroitement les fonctions vitales, particulièrement la fonction cardiopulmonaire. ■■■

L'auteur



Fethi Boudebza est infirmier clinicien assistant infirmier-chef à l'unité d'admission du Programme des troubles de l'alimentation de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et infirmier clinicien en chirurgie à l'Hôpital général juif. Il est aussi membre du Comité d'élaboration de l'examen professionnel de l'OIIQ.

Bibliographie

- American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5^e éd.), Washington (DC), APA, 2013, 991 p.
- Andersen, A.E. et P.S. Mehler. *Eating Disorders: A Guide to Medical Care and Complications* (2^e éd.), Baltimore (MD), John Hopkins University Press, 2010, 288 p.
- Crook, M.A., V. Hally et J.V. Panteli. « The importance of the refeeding syndrome », *Nutrition*, vol. 17, n° 7-8, juill./août 2001, p. 632-637.
- Mehanna, H.M., J. Moledina et J. Travis. « Refeeding syndrome: what it is, and how to prevent and treat it », *British Medical Journal*, vol. 336, n° 7659, 28 juin 2008, p. 1495-1498. [En ligne : www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2440847/]
- Mehler, P.S., A.B. Winkelman, D.M. Andersen et J.L. Gaudiani. « Nutritional rehabilitation: practical guidelines for refeeding the anorectic patient », *Journal of Nutrition and Metabolism*, vol. 2010, 2010, p. 1-7. [En ligne : <http://downloads.hindawi.com/journals/jnme/2010/625782.pdf>]
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). « Nutrition support in adults : oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition [Guidelines CG32] », févr. 2006. [En ligne : www.nice.org.uk/page.aspx?o=cg032] (Page consultée le 25 février 2016.)
- Palmer B. *Helping people with eating disorders: A clinical guide to assessment and treatment* (2^e éd.), Hoboken (NJ), Wiley-Blackwell, 2014, 304 p.
- Pardo, E. et T. Lescot. *Le syndrome de rénutrition inapproprié*. (Le Congrès. Médecins. Conférence d'Actualisation). Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, 2015. [En ligne : <http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/syndrome-de-renutrition-17-lescot-1442330538.pdf>] (Page consultée le 25 février 2016.)
- Soins infirmiers.com. « La nutrition entérale et parentérale », 4 sept. 2008. [En ligne : www.soins-infirmiers.com/nutrition_enterale.php#Modes_administrations]