

NUTRITION ET VIH

- La prise en charge diététique doit être précoce c'est-à-dire dès la séropositivité .
- L'équipe médicale et soignante doit prendre en compte l'intérêt de la nutrition avant toute perte de poids.

Elle doit faire appel au diététicien le plus tôt possible.

Le conseil diététique se situe à plusieurs niveaux:

- Dès la séropositivité
- Dès le début d'un amaigrissement
- Au stade de la maladie SIDA
- En phase terminale

Dès la séropositivité:

- Augmentation du métabolisme de base de 10%

- Les objectifs :
 - sensibiliser le patient sur l'importance de conserver un état nutritionnel correct.
 - attirer son attention sur la perte de poids et sur la gravité d'une dénutrition
 - rappeler les conseils d'hygiène alimentaire habituels (exemple: la toxoplasmose)
 - mettre en garde la personne contre les alimentations aberrantes souvent inadaptées
(exemple: végétalisme...)

LA CONSULTATION DIETETIQUE:

- Evaluer et connaître les habitudes alimentaires du patient .
- Donner des conseils alimentaires personnalisés afin d'équilibrer son alimentation et lui préserver un poids stable.
- Que manger en cas de troubles digestifs: vomissements, diarrhées, dysphagies...
- En cas d'apports oraux insuffisants, prescription de compléments alimentaires .

PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE AU STADE SIDA

- ❑ Augmentation du métabolisme de base de 30 à 40% chez le sujet non infecté.
- ❑ Nécessité d'évaluer les besoins nutritionnels du patient.

Besoins nutritionnels de l'adulte

Evaluation du besoin énergétique¹

- ▮ **Equations de Harris & Benedict:** F: DER (kcal/j) = 655,10 + 9,56 P + 1,85 T – 4,68 A
H: DER (kcal/j) = 66,47 + 13,57 P + 5,00 T – 6,76 A

- ▮ **Intégration du niveau d'agression:** = DER x facteur d'agression x facteur IMC

- sida = 1,6 x DER
- chimiothérapie = 1,5 à 1,7 x DER
- Escarres = 1,5 à 1.7 x DER
- Cancer= 1,1 x DER
- IMC > à 19 = 1 x DER
- IMC >à 16 et 19= 1,2 x DER
- IMC < OU = à 16= 1,4 x DER

- ▮ **Intégration de l'activité physique:**

- Patient alité= 1,2 x DER
- Patient ambulatoire= 1,4 x DER

→ **En pratique^{1,2} = 40 à 45 kcal/kg/jour** à adapter en fonction du patient et de sa pathologie

Besoins protidiques

= 1,2 à 1,5 g de g/kg/j¹

1. Comité éducationnel et de Pratique Clinique de la SFNEP. Questions de Nutrition Clinique de l'adulte à l'usage de l'interne et du Praticien Edition 2006

2. Fiche de la SFNEP –Arbre décisionnel du soin nutritionnel - <http://www.sfnep.org/>

En cas de perte de poids modérée :

- ❑ Donner des conseils alimentaires personnalisés afin d'obtenir une alimentation hypercalorique et/ou hyperprotidique

- ❑ Adapter les conseils alimentaires en cas de troubles digestifs :
 - dysphagies, vomissements ...
 - de diarrhées chroniques ou aiguës

Attention pas de régime strict en cas de diarrhées chroniques.

Si perte de poids > à 10%

PREMIER CAS:

Apports alimentaires insuffisants



Altération de l'état général



Tube digestif fonctionnel



NUTRITION ENTERALE

DEUXIEME CAS:

Apports alimentaires insuffisants



Altération de l'état général



Diarrhées profuses et vomissements



NUTRITION PARENTERALE

PHASE TERMINALE

Le rôle de la diététicienne est de dédramatiser le refus d' aliments

- Au près du patient
- Au près de la famille

Notre rôle est celui d'accompagnement, de soutien moral au près du patient et de son entourage.

CONCLUSION

- Nécessité d'une prise en charge précoce
- Adapté à chaque stade de la maladie
- Toujours en concertation avec l'ensemble de l'équipe médicale

Critères de diagnostic de dénutrition de l'adulte

Critères de dénutrition de la HAS, ANAES ^{1,2}



	Âge du patient : 18 à 70 ans				Âge du patient >70 ans				
(Au moins l'un des critères suivants)	IMC*	Perte de poids en 1 mois	Perte de poids en 6 mois	Albumine	IMC*	Perte de poids en 1 mois	Perte de poids en 6 mois	Albumine	MNA**
Dénutrition	< 17	≥ 5%	≥ 10%	<30 g/l*	< 21	≥ 5%	≥ 10%	<35 g/l*	<17
Dénutrition sévère		≥10%	≥15%	<20 g/l*	< 18	≥10%	≥15%	<30 g/l*	

*En l'absence de syndrome inflammatoire.

** Mini Nutritional Assessment

*IMC = Poids (kg)/Taille²(m)

1. ANAES: Evaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés, septembre 2003

2. HAS. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Argumentaire Avril 2007

L'indice de masse corporelle :

C'est le rapport du poids en kg sur la taille en m au carré

On estime qu'il y a dénutrition à partir de ces résultats suivants :

- Entre 17 et 18.5 (21 à partir de 70 ans) dénutrition modérée
- Entre 15 et 17 dénutrition sévère
- Inférieur à 15 kg/m² dénutrition profonde

Le dosage des protéines plasmatiques

Albumine protéine <35 gr/l .

Préalbumine ou transthyrétine protéine <200 mg/l.

CRP C-réactive protéine : >50mg /l

Attention au sujet obèse qui peut être dénutri. Imc: 30à35

- Hommes < 75 ans 2200 – 2700 kcal /j
et 0.8 gr /kg/j
- Femmes < 75 ans: 1900-2500 Kcal/j et
0.8 gr/kg/j
- Personnes > 75 ans 30 à 35 Kcal/j