

Points récapitulatifs et recommandations consensuelles du Sommet international sur les protéines¹

SOMMAIRE

Le Sommet international sur les protéines a rassemblé des experts mondiaux de la nutrition clinique et du métabolisme des protéines dans le but de formuler une opinion consensuelle sur l'apport de protéines à l'unité des soins intensifs (USI) et d'aider à combler le fossé entre ce qui se passe dans la pratique clinique et les recommandations des organisations professionnelles.

Le problème

Dans le monde entier, les patients dans les USI ne reçoivent pas une quantité de protéines située entre 1,2-2,0g/kg/jour contrairement aux recommandations des Lignes directrices SCCM-ASPEN de 2016.

Pourquoi les protéines sont importantes

On observe systématiquement une perte protéique chez les patients gravement malades et cette perte protéique est associée à une morbidité et à une mortalité accrues. Un apport adéquat en protéines est très vraisemblablement essentiel à un traitement nutritionnel optimal.

Recommandation

Les cliniciens sont vivement invités à accorder la priorité à l'apport en protéines chez les patients présentant un risque nutritionnel élevé.

Principaux points récapitulatifs et nouvelles tendances

Recommandation
≥ 1,2 g/kg/jour de protéines,
avec des doses
jusqu'à 2-2,5 g/kg/jour

- Le catabolisme des protéines fait partie de la réponse métabolique en présence d'une maladie grave. L'ampleur de la perte protéique et de la perte de masse musculaire subséquente est associée à une altération du fonctionnement, à de mauvais résultats cliniques et à une augmentation de la morbidité et de la mortalité.
- Les protéines alimentaires sont une condition préalable fondamentale à la synthèse protéique musculaire et au maintien du fonctionnement.

Certains patients pourraient avoir besoin d'un apport en protéines se situant à l'extrémité supérieure de la fourchette recommandée.

Les sous-groupes de patients à l'USI qui pourraient avoir besoin de stratégies d'apport plus élevé en protéines comprennent les suivants:

- Patients âgés (> 60 ans)
- Patients obèses
- Patients ayant subi un traumatisme ou des brûlures
- Patients sous dialyse ou recevant un traitement rénal substitutif

L'atteinte des objectifs d'apport protéique devrait prendre le pas sur la satisfaction des besoins en énergie.

- Les données ont démontré qu'en tenant compte de l'apport calorique, on observe une réduction significative de la mortalité lorsque > 80 % des besoins en protéines sont couverts. À l'inverse, on n'observe aucun bienfait sur le plan de la mortalité avec l'augmentation de l'apport calorique en tenant compte de l'apport protéique.
- L'apport énergétique précoce dans le cadre du traitement nutritionnel devrait être prudent, à 80-90 % des dépenses énergétiques mesurées.

Une alimentation hyperprotéinée et hypocalorique pourrait aider à la maîtrise de la glycémie.

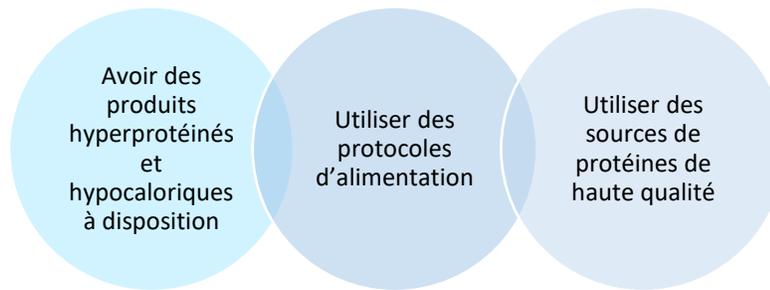
- Il a été montré que des stratégies d'alimentation hyperprotéinées et hypocaloriques réduisaient les besoins quotidiens en insuline, diminuaient le pourcentage de patients ayant besoin d'insuline et pourraient réduire le risque d'hypoglycémie/hyperglycémie.

Il faut utiliser des sources de protéines de grande qualité.

- Les sources de protéines n'ont pas toutes la même capacité à stimuler la synthèse protéique musculaire (SPM) squelettique.
- Des sources de protéines de grande qualité (soya, lactosérum, caséine) sont recommandées. Les sources de faible qualité telles que le collagène devraient être évitées.

1. Hurt R et coll. *Nutrition in Clinical Practice* 2017; 32(S1): 142-151S.

Stratégies recommandées pour aider à fournir un apport en protéines par voie entérale approprié à l'USI



Des sous-groupes de patients gravement malades ont des besoins uniques en protéines, tel qu'il est démontré dans le tableau ci-dessous.

| Groupe de patients | Dose de protéines |
|--|--|
| Patients obèses <ul style="list-style-type: none"> L'obésité est présente chez > 25 % des patients admis à l'USI. 2 g/kg de poids corporel idéal (PCI) avec un IMC de 30–39,9; 2,5 g/kg de PCI avec un IMC ≥40 kg | 2,0 – 2,5 g/kg/jour |
| Insuffisance rénale <ul style="list-style-type: none"> Les lésions rénales aiguës sont courantes et peuvent être présentes chez > 57 % des patients à l'USI. L'apport en protéines aux patients de l'USI présentant une lésion rénale aiguë qui ne reçoivent pas encore de traitement rénal substitutif (TRS) doit être établi de la même manière que chez les autres patients. Avec le TRS, des quantités plus élevées de protéines pourraient être nécessaires pour obtenir un bilan azoté positif. | Sans TRS: 1,2 – 2,0 g/kg/jour Avec TRS: 1,5 – 2,5 g/kg/jour |
| Patients âgés (> 60 ans) <ul style="list-style-type: none"> L'apport en protéines est compliqué en raison de la perte initiale de masse musculaire comparativement aux patients plus jeunes, de la capacité réduite à récupérer la fonction musculaire après une inutilisation et de la réponse anabolique inférieure aux acides aminés en circulation participant à la synthèse des protéines musculaires squelettiques. | Jusqu'à 2,0 – 2,5 g/kg/jour |
| Syndrome catabolique inflammatoire persistant (SCIP) <ul style="list-style-type: none"> En raison des progrès réalisés dans les soins intensifs aux patients gravement malades, le pourcentage de patients qui décèdent d'un syndrome de défaillance multiviscérale (SDMV) tôt durant leur séjour à l'USI a diminué. Ceux qui survivent finissent souvent par présenter une immunosuppression et un syndrome catabolique inflammatoire persistant (SCIP). | 1,2 – 2,0 g/kg/jour |

En résumé



Pour consulter l'article au complet: tinyurl.com/proteinsummit16