

Editorial



La Journée d'Automne de la Société Francophone du Diabète Paramédical s'est tenue à Rennes, capitale historique du duché de Bretagne. C'était pour moi une grande première en tant que nouvelle Présidente de la SFD Paramédical.

Le thème retenu « Diabète et Cancer » par le Comité Scientifique a rencontré un vif intérêt de la part de tous les participants à cette journée. Ces deux pathologies si différentes mais tellement semblables dans la prise en charge des patients ont permis de mettre en évidence qu'une équipe multidisciplinaire est ô combien nécessaire pour améliorer tant se faire que peut la qualité de vie des patients diabétiques atteints d'un cancer que ceux qui ont un cancer et qui deviennent diabétiques. Cette journée a sans nul doute suscité une réflexion sur nos habitudes de soins.

La nouveauté de cette année pour cette Journée d'Automne a été les partages d'expériences sous formes d'ateliers. Des échanges animés, pertinents aussi bien sur les cas diététiques que sur l'importance de la prise en charge des soins et le suivi lors de multi pathologies. Ces cas pratiques ont été très sollicités et pour un début ce fut un véritable succès.

Félicitations donc à tout le Comité Scientifique et à sa Présidente Jacqueline DELAUNAY pour avoir relevé ce défi et d'avoir su élaborer un tel programme.

LETTRE N°53

Editorial

Mme Joly Michelle
Présidente S.F.D. paramédical

Page 2

DR Laure Sandret

Gestion du diabète chez le patient atteint de cancer : s'adapter au cas par cas.

Page 3

Equipe de Chalons sur Saône

Bien dans mes baskets : Je dribble mon diabète

Prix Abbott 2010

Page 4

Professeur Maurice Schneider

L'Après cancer

Page 5

Gaëlle Soriano et Jessica Durrieu
diététiciennes
Session interactive

Cas clinique : Prise en charge d'un patient atteint de diabète traité pour un cancer de la langue.

Page 6

Mr. Alban Trevilly

Alimentation, cancer et diabète : des hypothèses aux certitudes

Page 9

Evaluation Journée d'Automne
Ivano Mantovani

Page 11

AGENDA



Gestion du diabète chez le patient atteint de cancer : s'adapter au cas par cas.

Les patients atteints par un cancer développent plus facilement un diabète que la population générale, du fait des traitements associés (corticoïdes notamment) et de l'inflammation chronique. Inversement le cancer est une situation favorisant le déséquilibre d'un diabète préexistant.

Le déséquilibre du diabète s'accompagne d'un amaigrissement, d'une fatigue et d'une sensibilité accrue aux infections. Il est donc important de traiter le diabète pour ne pas altérer encore la qualité de vie du patient.

Les objectifs glycémiques et la fréquence des contrôles glycémiques doivent être discutés avec l'équipe soignante en fonction du pronostic. En fin de vie, la famille doit être également impliquée dans la discussion car cesser les contrôles et le traitement peut être vécu comme un abandon. Il s'agit en tout cas d'être le moins invasif possible.

Le traitement par insuline est souvent choisi. La gestion au coup par coup des hyperglycémies peut être moins confortable pour le patient qu'une injection par jour d'une insuline ultralente, en tolérant les variations glycémiques liées aux repas.

Il n'y a pas de « régime diabétique » recommandé dans le cadre d'un cancer. L'alimentation est parfois déjà problématique et il s'agit de conserver appétit et plaisir pour le patient. Le principal objectif est d'éviter la dénutrition. Une alimentation artificielle, entérale ou parentérale, est parfois nécessaire. Elle implique des ajustements du traitement et une bonne coordination avec les soignants : horaires et débits précisés, interruptions signalées, glycémies notées en parallèle.

Il est essentiel d'accompagner le patient et sa famille en expliquant les modifications thérapeutiques qui peuvent être fréquentes. Afin d'éviter au maximum que le patient subisse son traitement, il peut être éduqué aux autocontrôles, resucrages voire injections (selon son degré d'autonomie).

Dans tous les cas la prise en charge peut faire appel à une équipe spécialisée en diabétologie et/ou soins palliatifs, ce qui aide à formuler les questions, favorise le travail en équipe et le dialogue avec la famille.

Laure Sandret, chef de clinique du service d'endocrinologie-nutrition du CHU de Rennes.





Bien dans mes baskets : Je dribble mon diabète

Prix Abbott 2010

Equipe de Chalons sur Saône

A la demande des parents et des enfants diabétiques, le groupe diabète de l'Unité de pédiatrie du Centre Hospitalier William Morey organise chaque année une journée d'éducation. Pour l'année 2010, le thème du sport a été retenu. Nous avons organisé une rencontre avec les joueurs de basket de l'Elan Chalon. Après un entraînement avec des basketteurs professionnels, les enfants ont pu partager leurs connaissances et réfléchir aux différentes situations rencontrées au quotidien dans leurs pratiques sportives et récréatives. Ceci nous a amené à créer (construire) un jeu éducatif et interactif.

Nous souhaitons que ce jeu réponde aux objectifs suivants :

- Citer le sport pratiqué
- Nommer ses insulines
- Adapter les doses d'insuline avant et/ou après le sport
- Donner la conduite à tenir en fonction de la glycémie avant et après le sport
- Déterminer le site d'injection d'insulinothérapie en fonction du nombre sollicité pendant le sport
- Faire la différence entre collation et resucrage.

L'objectif général étant de mieux connaître son diabète pour mieux le gérer pendant l'activité.

Le jeu comprend :

- un plateau magnétique représentant une journée de 24h sur lequel figure un personnage avec les sites d'injection et un sac à dos
- des magnets classées par thème représentant les activités sportives
- des magnets collation, resucrage et boisson
- des magnets contrôle glycémie, carnet de surveillance, bandelette, insuline, cétonurie et cétonémie

L'animateur s'assure que l'enfant connaît le matériel indispensable à toujours avoir sur lui quand il part faire du sport. Pour ce faire, il lui fait remplir le sac à dos.

A l'issue de la séance, l'enfant reçoit un Pass'Sport qui synthétise les différents aspects abordés lors de la séance. Ce Pass'Sport se présente comme un permis de conduire en 3 volets, recto/verso. Une partie intérieure comprenant l'identité de l'enfant, un tableau précisant le sport et l'auto surveillance, le schéma insulinique, les conduites à tenir selon la glycémie, avant le sport et les collations resucrage. Une seconde partie extérieure indiquant des généralités selon le moment où le sport est pratiqué, selon l'intensité et la durée.

L'évaluation globale à court terme révèle une satisfaction immédiate de la totalité des enfants et de leur famille. Il faut également souligner une bonne adhésion de l'équipe à l'utilisation de ce support éducatif repris en séance individuelle lors des consultations médicales et infirmières.

D'autre part, on note que cela lève une partie de l'appréhension des parents quand à la pratique des activités sportives et récréatives de leur enfant.

Cela permet également une meilleure compréhension de l'adaptation des insulines et du rôle de l'alimentation.



L'Après cancer

Professeur Maurice Schneider

Le cancer reste un problème de santé publique et en 2010 il y a eu près de 350000 nouveaux cas en France et 147000 décès par cancer. On note actuellement une diminution de la mortalité sauf dans certaines localisations, en particulier les cancers bronchiques chez la femme. Après les traitements, il y a souvent un choc post traumatique qui entraîne la dépression avec une peur de la récurrence, une fatigue ainsi que les nombreux problèmes de la réinsertion socioprofessionnelle. Le plan cancer 2 prévoit un certain nombre de mesures entre 2009 et 2013 et en particulier : **Améliorer la qualité de vie pendant et après la maladie, et combattre toute forme d'exclusion** . La Ligue nationale et ses 103 comités s'emploient à aider les malades à retrouver une vie normale.

Cas clinique : Prise en charge d'un patient atteint de diabète traité pour un cancer de la langue

L'atelier porte sur la prise en charge nutritionnelle de personnes atteintes de diabète dans des situations pathologiques spécifiques telles que la dénutrition et les difficultés à s'alimenter (odynophagie, dysphagie). Au delà du cas présenté d'un patient atteint d'un cancer de la langue, seront abordées les questions d'adaptations alimentaires, de la complémentation orale et de la nutrition artificielle. Ces questions concernent les personnes diabétiques qui au cours de leur vie peuvent être confrontées à des pathologies surajoutées : cancer, maladie neurologiques et vasculaire ainsi que lors du processus du vieillissement physiologique.

La dénutrition

La dénutrition est fréquente dans les pathologies tumorales, elle doit faire l'objet d'un dépistage systématique lors de l'entrée en hospitalisation et réévaluée régulièrement.

Les critères cliniques permettant le diagnostic d'une dénutrition sont :

- une perte de poids > 10 % en 6 mois ou 5 % en un mois
- un Indice de Masse Corporelle < 18 (21 chez le sujet âgé)

La prise en charge de la dénutrition s'articule autour de mesures diététiques (enrichissement des préparations, fractionnement des repas sur la journée), d'une prescription de complémentation orale ou de la mise en place d'une nutrition artificielle. L'efficacité de la prise en charge doit être vérifiée par un suivi de l'évolution pondérale et une surveillance des ingesta.

Les troubles de la déglutition

Une altération de la déglutition entraîne souvent une diminution de la prise alimentaire, une augmentation de la durée des repas ainsi qu'un risque de fausses routes responsables de pneumopathies ; les troubles de la déglutition sont donc une cause majeure de dénutrition, de surcroît lorsqu'il existe une pathologie tumorale entraînant un hypercatabolisme.

Le support nutritionnel optimal doit tenir compte des capacités à s'alimenter du patient : modification de la consistance alimentaire (alimentation molle, mixée, liquide, etc.), de la viscosité des boissons (liquides épaissis ou gélifiés) et du temps de repas (fractionnement, volume du repas).

La complémentation orale

Lorsque les mesures diététiques sont insuffisantes, un apport protéino-énergétiques peut être proposé aux patients sous la forme de compléments alimentaires. Sous forme solide ou liquide, de saveur salée ou sucrée, le choix doit être fait en fonction de leurs caractéristiques nutritionnelles et de la demande du patient. L'apport calorique prime dans une situation de dénutrition, il est préférable d'employer un complément nutritionnel "sucré" qui réponde aux attentes (exigences ?) du soignant et du patient.

La nutrition entérale

Elle est indiquée si les apports oraux sont faibles (< 2/3 des besoins) ou impossibles et/ou s'il existe une dénutrition et/ou des troubles de la déglutition sévères qui ne peuvent être compensés par les stratégies diététiques présentées ci-dessus...La voie entérale est à privilégier, la voie parentérale est uniquement indiquée lorsque la voie digestive ne peut être utilisée. Le choix des produits et du mode de nutrition doit se faire selon les besoins énergétiques et la tolérance du patient. Il est souvent nécessaire de recourir à une insulinothérapie durant cette période, d'autant plus lorsqu'elle est pratiquée en post-opératoire.



Alimentation, cancer et diabète : des hypothèses aux certitudes



Alban TREVILLY

Diététicien Diplômé depuis 1996

Clinique Saint-Yves, Rennes (35)

Clinique privée à but non lucratif ; PSPH

Diététicien des consultations externes

Diététicien coordinateur du service de NED
(Nutrition Entérale à Domicile)

2

ubuntu

Alimentation, cancer et diabète : des hypothèses aux certitudes



1. Cancer : rappels
2. Diabète et alimentation : rappels
3. Alimentation et diabète : rappels
4. Cancer et alimentation : relations (la genèse, la protection).
5. Alimentation et cancer ; l'alimentation du cancéreux ; quelles possibilités, quelles particularités ?
6. Diabète et cancer ; quelle priorité ?

3

ubuntu

Alimentation, cancer et diabète : des hypothèses aux certitudes



1. Cancer : rappels

Maladie multicausale.

Évolution complexe.

Incidence en augmentation constante depuis 25 ans :

Essor démographique

Vieillesse de la population

Amélioration diagnostic/dépistage

Exposition accrue à des facteurs de risque.

Dépendance à des facteurs :

Génétiques

Environnementaux (alimentation, ...)

ubuntu

Alimentation, cancer et diabète : des hypothèses aux certitudes



1. Cancer : rappels

1. Le cancer survient à la suite de la modification d'une seule cellule. L'apoptose (mort cellulaire) ne fait pas fonction.

2. "Cancer" est un terme général ; on parle aussi de tumeurs ou néoplasmes malins (néoplasie = formation nouvelle).

3. L'une des caractéristiques principales du cancer est la prolifération (rapide) de cellules anormales.

4. Possibilité d'envahissement des parties ou organes adjacents mais aussi d'essaimage à distance (métastases).

5. Dans les pays à revenu élevé, tabac, alcool et surcharge pondérale/obésité sont les principales causes de cancer.

5

ubuntu

Alimentation, cancer et diabète : des hypothèses aux certitudes



1. Cancer : rappels

Quelques chiffres :

En 2000 → 10 millions de nouveaux cas (monde).

En 2000 → 6,5 millions de morts (monde).

En 2005, en France → 320 000 nouveaux cas.

En 2005, en France → 146 000 décès par cancer

Depuis 2004, en France, cancer =
1ère cause de mortalité pour les hommes [1/3] et
2ème pour les femmes [1/4] (après MCV).

6

ubuntu

Alimentation, cancer et diabète : des hypothèses aux certitudes



1. Cancer : rappels
2. Diabète et alimentation : rappels Cf. Point 3
3. Alimentation et diabète : rappels

Alimentation équilibrée : manger de tout (mais pas trop).

1. Eviter (ou lutter contre) surpoids/obésité calories
2. Contrôler l'apport glucidique (adapté ET régulier)
3. Intérêt majeur des Fibres (surtout légumes, (3) fruits)
4. Limiter les graisses, notamment saturées
5. Activité physique pour dépenser des calories + pour meilleure utilisation glucides/lipides ⁷

ubuntu

Alimentation, cancer et diabète : des hypothèses aux certitudes



3. Alimentation et diabète : rappels
- Alimentation équilibrée en 3 repas par jour
- Chaque jour :
- Fruits et légumes (riches en fibres) : 5/jour
 - Pain et féculents à chaque repas
 - Produits laitiers (½ écrémés) : 3/jour
 - Viandes maigres ou équivalent : 1 à 2 fois/jour
 - Boissons : eau, seule boisson indispensable.

8

ubuntu

Alimentation, cancer et diabète : des hypothèses aux certitudes



3. Alimentation et diabète : rappels
- Limiter:

- Les graisses + privilégier les graisses végétales
- Les aliments gras (pâtisseries, plats préparés, charcuteries, sauces grasses, fritures, ...)
- L'alcool (tous les types d'alcool)
- Les sucreries et les boissons sucrées.
- Pas de grignotage entre les repas

9

ubuntu

Alimentation, cancer et diabète : des hypothèses aux certitudes



4. Cancer et alimentation : des règles simples
- basées sur les relations convaincantes ou probables**

Conseils assis sur le rapport du Fond Mondial de Recherche contre le Cancer (FMRC ou WCRF = World Cancer Research Fund)

1. Manger équilibré ; de tous les groupes d'aliments.
2. Principalement plus de Légumes/Fruits.
3. Moins de sel.
4. Moins d'alcool.
5. Pas trop de viande (et plus de poisson).
6. Moins de graisses (et plutôt d'origine végétale).

10

ubuntu

Alimentation, cancer et diabète : des hypothèses aux certitudes



4. Cancer et alimentation : des règles simples
- basées sur les relations convaincantes ou probables**

Conseils assis sur le rapport du Fond Mondial de Recherche contre le Cancer (FMRC ou WCRF = World Cancer Research Fund)

Privilégier équilibre et variété.
L'important est de manger de tout.
Ne pas exclure d'aliments particuliers.

11

ubuntu

Alimentation, cancer et diabète : des hypothèses aux certitudes



4. Cancer et alimentation : des règles simples
- Facteurs reconnus scientifiquement comme :
- PROTECTEURS**

- Activité Physique
- Fruits et légumes
- Allaitement (pour la mère ET pour le bébé)

12

ubuntu

Alimentation, cancer et diabète : des hypothèses aux certitudes



4. Cancer et alimentation : des règles simples

Facteurs reconnus scientifiquement comme :

MAJORANT LES RISQUES

- Alcool
- Surpoids/Obésité
- Viandes rouges et Charcuterie
- Sel et aliments salés
- Compléments alimentaires avec Bêta-Carotène

13

ubuntu

Alimentation, cancer et diabète : des hypothèses aux certitudes



4. Cancer et alimentation : des règles simples

- Le lait donne le cancer Faux ! (Mais attention à l'excès de Ca++)
- La Vit B9 (Folates) protège du cancer Vrai ... dans les végétaux !
- Le thé vert est anti-cancer Faux ! Abus de langage ...
- La tomate soigne le cancer Faux ! Mais végétal = protection.
- Soja/phyto-œstrogènes protègent du cancer Faux, pas de preuve
- Micro-ondes = cancer aucun résultat dans ce sens !
- Le vin rouge (vive la France) est protecteur Faux ; au contraire !
- Additifs/pesticides sont cancérigènes non, si respect des règles.
- Relation café cancer effet jugé peu probable.
- ...

14

ubuntu

Alimentation, cancer et diabète : des hypothèses aux certitudes



4. Cancer et alimentation : des règles simples

Message rationnel à faire passer aux patients :

AUCUN aliment ne DONNE le cancer !
AUCUN aliment ne SOIGNE/ÉVITE le cancer !
Alimentation équilibrée + rester actif.

Note à propos des polyamines

15

ubuntu

Alimentation, cancer et diabète : des hypothèses aux certitudes



5. Alimentation et cancer ; l'alimentation du cancéreux ; quelles possibilités, quelles particularités ?

1. Majoration des besoins par hypercatabolisme.
Risque majeur de dénutrition (perte de masse maigre)
Suivi nutritionnel (alimentation/poids) indispensable.
Nécessité de majorer les apports nutritionnels.
2. Capacités alimentaires altérées selon localisation de la tumeur ; phénomène mécanique (œso/ORL).
3. Capacités alimentaires altérées selon traitement par anorexie, dysgueusie, nausées, ...

16

ubuntu

Alimentation, cancer et diabète : des hypothèses aux certitudes



6. Diabète et cancer ; quelle priorité ?

Le patient est avant tout cancéreux.
DEVOIR de le nourrir pour éviter ou lutter contre la dénutrition pour poursuivre les traitements.
Adapter la nutrition (orale, CO, NED voire NPD) aux besoins propres (hypercatabolisme)//capacités.
DEVOIR de prendre en compte la composante diabète ... d'autant plus que cancer et traitements ne font que perturber les glycémies.

- ① Nourrir le patient ; ② Adapter le traitement.

17

ubuntu

Alimentation, cancer et diabète : des hypothèses aux certitudes



6. Diabète et cancer ; quelle priorité ?

En cas de nutrition artificielle, surtout au décours d'un traitement par radio et/ou chimiothérapie, le recours à une insulinothérapie est souvent indispensable.

Certes le patient est, de manière aiguë, un cancéreux, mais il reste un diabétique chronique.

Il passe même dans une phase aiguë de son diabète.

Nourrir le patient ; traiter la tumeur ; ne pas oublier la gestion des glycémies.

Ne pas dire « ce n'est pas grave ; ce n'est pas le problème actuellement ».

18

ubuntu

EVALUATION JOURNEE D'AUTOMNE RENNES 2010

Ivano MANTOVANI CHPG Monaco

Cette journée thématique d'automne a été, une fois encore, couronnée par un réel succès.

L'accueil chaleureux, que nous avaient réservé nos collègues de Rennes sur place, et le nombre important de nouveaux participants à cette journée sont les témoins de cette réussite.

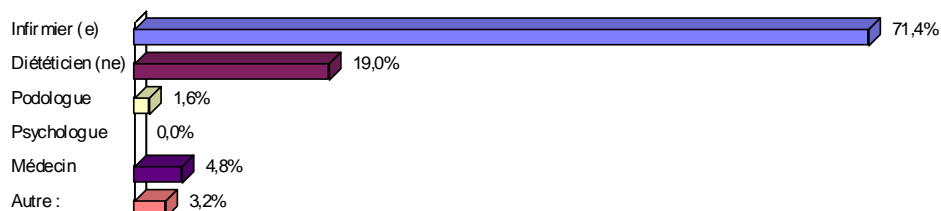
Comme chaque année, le corps infirmier était prépondérant mais il est à noter que le corps médical est de plus en plus intéressé par le programme des journées d'automne.

Pour la première fois, des ateliers interactifs ont été introduits non sans une certaine appréhension. L'adhésion du public a été ressentie comme en témoignent les résultats des questionnaires de satisfactions.

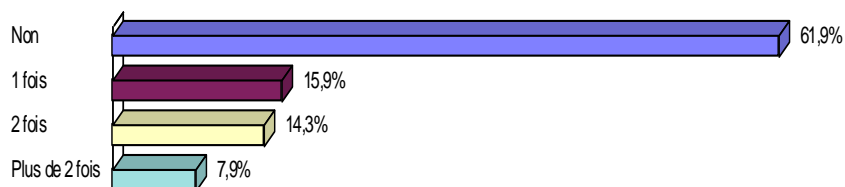
Le choix du thème, diabète et cancer, bien que difficile à exploiter, a été apprécié par les participants grâce au dynamisme des orateurs et à la qualité des exposés.

L'évaluation de la journée a été l'occasion pour les participants d'exprimer leurs idées à propos des thèmes qu'ils souhaiteraient voir traiter lors des prochaines journées de la SFD Paramédical.

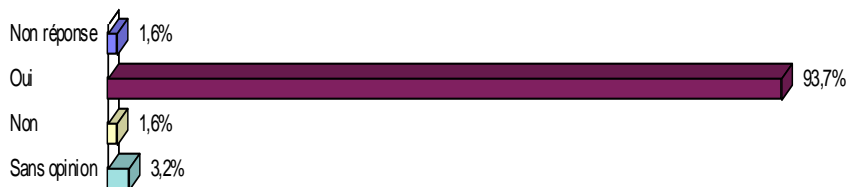
Qui êtes-vous ?



Avez-vous déjà participé à une journée thématique ?



Avez-vous apprécié l'animation interactive ?



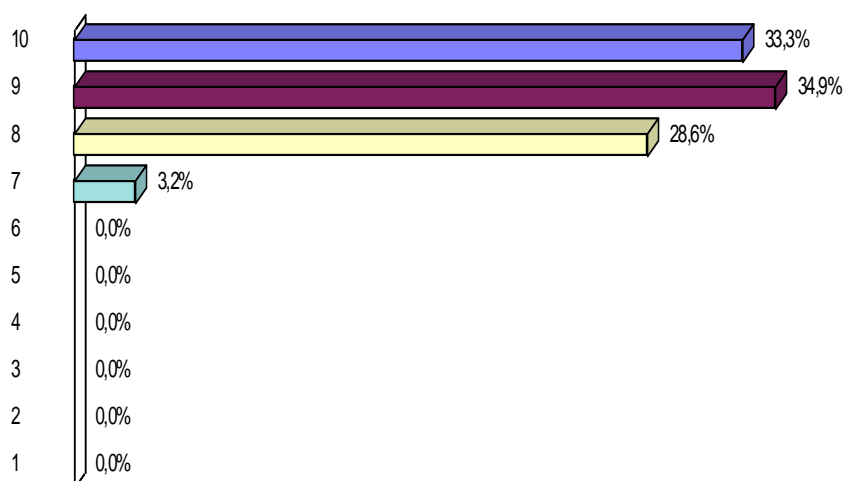
Ainsi, les thèmes les plus plébiscités sont :

- diabète gestationnel ;
- ITF ;
- savoir interpréter le holter glycémique ;
- diabète de l'enfant ;
- l'annonce de la maladie.

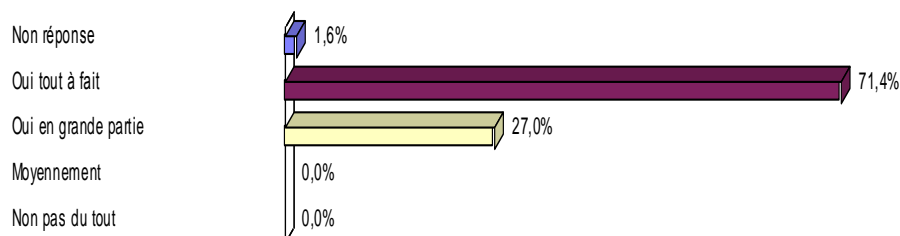
Les échanges avec les laboratoires sont aussi des moments forts lors de ces journées. Mais le nombre croissant de participants empêchent parfois ces échanges d'avoir lieu, car lors des pauses les stands sont pris d'assaut et malheureusement tout le monde ne peut accéder pour écouter, échanger, questionner avec les industriels. Afin de pallier à cette difficulté, le Comité Scientifique se penche sur ce problème et recherche des solutions pratiques afin de satisfaire tout le monde.

Pour conclure, le public a globalement été très satisfait de cette journée d'automne et nous espérons que cette satisfaction donnera lieu à de nouvelles adhésions à la SFD Paramédical, ainsi qu'une participation toujours plus active à son fonctionnement.

Quelle note donneriez-vous à cette journée ?



Etes-vous globalement satisfait de cette journée ?



Les dates à retenir de la SFD paramédical

Février

- Congrès Santé Education Paris 2011 - le 10 et 11 février 2011
- La Maison de la Chimie
- <http://www.diabete-education.org/>

Mars

- Congrès Francophone Annuel de Diabétologie S.F.D. 2011 - Genève -
du 22 au 25 mars 2011
- <http://www.alfediam.org/>

Mai

- Journées d'étude de l'AFDN 2011
Grenoble 25 - 26 et 28 mai 2011
- <http://www.afdn.org/>

Octobre

- 36èmes Entretiens de Podologie, 21-22 octobre 2011 :
Cité des Sciences, La Villette Paris
- <http://www.fnp-online.org/>

Novembre

- 24ème Salon Infirmier 2011 - Paris Porte de Versailles novembre 2011
- www.salon-infirmier.com
- Salon du Diabète et de la Nutrition Paris 2011
- Journées d'Automne SFD Paramédical 2011

Edité par SFD Paramédical

88 rue de la Roquette – 75011 Paris

01 40 09 89 07 – www.sfdiabete.org

Responsable de Publication : Michelle JOLY

Rédacteurs en Chef : Martine SAMPER – Ivano MANTOVANI

La S.F.D. Paramédical remercie pour son soutien

