

Editorial

La Journée d'Automne 2011 a eu lieu à Paris dans un endroit très agréable, Le Forum des Images. « Diabète : La Technologie est-elle toujours au service du patient ? », tel était le thème de cette Journée, qui a remporté un grand intérêt à en croire le nombre de participants. Sujet innovant, passionnant, qui nous a emmené vers des traitements et des techniques très pointues utilisées en diabétologie :

La mesure en continu du glucose, système complexe qui permet une analyse du profil glycémique des patients, l'électrostimulation gastrique, traitement possible de la gastroparésie diabétique, les nouveaux médicaments avec leurs bénéfiques risques, sans oublier les traitements de l'avenir : les greffes d'îlots. Cette Journée a été placée aussi sous le signe de l'innovation car des ateliers pratiques avaient été installés.

Des outils novateurs dans la prise en charge du patient diabétique ont été présentés, moments d'échanges et de partages d'expériences, très enrichissants, montrant le travail assidu des équipes et l'envie de toujours mieux faire et de progresser pour les patients.

L'industrie pharmaceutique présente, comme toutes les années, ainsi que diverses associations ont permis également aux participants d'échanger, questionner, s'initier aux dernières techniques. La technologie ne peut qu'avancer, elle doit aider le patient, améliorer sa qualité de vie, lui donner plus de liberté, mais devant toutes ces techniques prometteuses, le patient doit rester notre priorité.

Le Comité Scientifique et sa présidente, Jacqueline Delaunay nous ont une fois de plus concocté un programme d'une grande qualité. Nous tenons à les remercier et à les féliciter. Bonne lecture à tous et nous vous donnons rendez vous à Nice pour le prochain congrès annuel de la Société Francophone du diabète les 21 et 22 mars pour les journées paramédicales.

C. MOUREY
Trésorière de la SFD Paramédical
LE CREUSOT

LETTRE N°55

Éditorial

C. MOUREY - Le Creusot.

Page 2

Pieds diabétiques: Quoi de neuf ?

Dr. S. CLAVEL - Le Creusot.

Page 4

Le Glucoloto: 100% des gagnants ont tenté leur chance...

Dr. V. DI COSTANZO,
F. HARROUCH-MAUPIN,
Diététicienne -

Toulon La Seyne sur Mer

Page 6

Les nouveaux médicaments : un progrès pour le patient et sa pathologie ?

Pr. Henri GIN

CHU de Bordeaux.

Page 7

Présentation des logiciels d'éducation nutritionnelle

P. MARTINI et M. GIORGINO -
CTDIT. CHU de Toulouse.

Page 8

La Gastroparésie diabétique

Dr. S. FONTAINE, Hôpital Joseph
Ducuing - Toulouse.

Page 9

Retinopathie, photographie de la rétine (retinographe) Mal voyance
Dr N. BOUHERAOUA (ophtalmologiste)

E. GUERIN (IDE service de médecine) C.H.N. des Quinze-Vingts - Paris.

Page 11

Évaluation Journée d'Automne 2011:

J. DELAUNAY - I. MANTOVANI

Page 12

Agenda 2012

PIEDS DIABÉTIQUES : QUOI DE NEUF ?

Docteur S. CLAVEL Le Creusot

« Toutes les 30 secondes quelque part dans le monde, un diabétique est amputé.. » a affirmé Schaper à l'EASD en 2010....

On estime actuellement à 25% le pourcentage de diabétiques qui sera concerné par un problème de pieds. Boulton en 2010 et 2011 a rappelé qu'aux USA le nombre de diabétiques en 2008 était de 20,8 millions, le coût des plaies podologiques s'était élevé à 19 bn \$ et celui des amputations à 11 bn \$. 70% des amputations concernent les patients diabétiques et 28 à 80% récidiveront à 1 an. Mais plus de 21 bn \$ pourraient être économisés avec une éducation préventive efficace.... Si le pronostic fonctionnel est sévère celui vital l'est aussi. Le risque de mortalité s'accroît de façon majeure en présence d'un trouble trophique podologique mais encore plus après une amputation.

Quoi de neuf dans la détection des patients à risque ?

Ceux qui présentent une neuropathie des membres inférieurs, une pathologie poly vasculaire, des antécédents de plaie podologique, une complication microangiopathique en particulier une néphropathie, des déformations podologiques, des antécédents d'amputation sont à très haut risque orthopédique. Être âgé et vivant seul sont des facteurs favorisant ce risque.

La dialyse est un facteur de risque majeur et indépendant de développer un trouble trophique podologique (4,2 fois plus) mais aussi de mortalité post amputation. Tout patient dialysé devrait avoir une éducation préventive spécifique.

Quoi de neuf dans le diagnostic de la neuropathie ?

Monofilaments 10g + diapason gradué

Quoi de neuf dans le diagnostic de l'artériopathie des membres inférieurs ?

Palpation des pouls et si absent ou si antécédent de maladie polyvasculaire faire une mesure de l'index de pression systolique de l'orteil (IPSO). L'ADA/ACC: conseille de faire cet examen systématiquement de façon annuelle dès que le patient diabétique est âgé de plus de 50 ans. Si la pression systolique de l'orteil est <30mmHg, l'ischémie est critique. Si l'indice pression systolique à l'orteil (IPSO : rapport de la pression systolique de l'orteil sur la pression systolique brachiale) est < 0,64 le résultat est pathologique, <0,25 l'artériopathie est très sévère, par contre >1 le risque de médiacalcose est important.

Quoi de neuf dans la prévention ?

De nombreuses études démontrent la diminution du nombre de plaies par l'éducation des patients et de leur famille et la diminution du nombre d'amputation et de la mortalité par la prise en charge multidisciplinaire des plaies diabétiques.

Le suivi des patients est différent en fonction des grades de risque mais aussi en fonction des pays..en France : grade 2 (neuropathie avec déformation pied et / ou artériopathie) 4 consultations/an chez un podologue, remboursées, grade 3 (antécédent de plaie chronique ou d'amputation) 6/an

Quoi de neuf dans le traitement ?

Ce qui est fondamental et qui le reste : la décharge, la maîtrise de l'infection et l'obtention d'un afflux de sang adéquate.

→ La décharge avec plâtre total standard ou instantané, résine fenêtrée, attelle amovible, botte de marche type aircast... L'hyperpression est le premier facteur déclenchant et favorisant la récurrence des plaies. La station debout semble particulièrement délétère.

→ L'infection augmente le risque d'amputation et le coût financier de la prise en charge. Elle entraîne un œdème qui augmente la pression, aggrave le défaut de perfusion et donc entraîne la nécrose. Elle est une conséquence et non une cause d'ulcère. Elle est favorisée par le retard de la prise en charge... Le diagnostic est clinique (classification IWDFG et IDSA 2004) mais la neuropathie retarde et rend difficile le diagnostic, par la perte de la sensation douloureuse et la moindre réponse vasodilatatrice. Les examens biologiques n'ont guère de valeur. Le meilleur test de présomption d'ostéite est le « choc osseux » au stylet. Les prélèvements n'ont aucune valeur dans les plaies chroniques qui sont généralement colonisées et ne doivent pas se faire dans les plaies

superficielles. Ils peuvent être utiles dans une plaie profonde infectée avec curetage de la base, aspiration et biopsie osseuse. Les Grams négatifs et les anaérobies sont plus fréquents dans les plaies chroniques profondes et ischémiques, les Grams positifs dans les plaies superficielles et aiguës. Le traitement de cette infection nécessite : débridements répétés au bistouri pour enlever tous les tissus nécrotiques et faire une mise à plat (Boulton a d'ailleurs insisté sur l'obligation de savoir utiliser un scalpel, des ciseaux, des pinces pour tous les médecins s'occupant de pieds diabétiques). L'ostéite n'est pas synonyme d'amputation. Attention à l'abus de l'utilisation d'antibiotiques... « les antibiotiques ne sont ni des facteurs de croissance, ni des cicatrisants, ni des nettoyeurs de mains et d'environnement, ni des bistouris !! ».

Les autres thérapeutiques mais qui ne remplacent pas les 3 premières prises en charge :

-l'oxygénothérapie hyperbare et la thérapie par pression négative sont des traitements ayant démontré leur efficacité mais leurs indications doivent être précisées et les études comparatives manquent.

-le gel plaquettaire autologue : une étude multicentrique devrait démarrer prochainement.

-le fénofibrate a démontré son effet de réduction du nombre d'amputation d'orteils ou pieds chez le diabétique de type 2 après 18 mois de traitement probablement par un effet anti-inflammatoire, antioxydant et un effet sur la fonction endothéliale, sur la différenciation des kératinocytes et la barrière épidermique (étude FIELD).

-les pansements locaux : aucun ne démontre leur supériorité même le plus cher.

-la larvothérapie probablement par la production d'un lucifensine antimicrobial peptide, permet un bon débridement et est efficace sur plusieurs Grams positifs incluant les MRSA, et les Grams négatifs mais est inefficace sur les pseudomonas

Conclusion

Rien de bien nouveau !!

Mais compte tenu de la fréquence des troubles trophiques podologiques, de leurs conséquences médicales, économiques, sociales, il est fondamental que les soignants médicaux et paramédicaux apprennent à être réactifs, manuels, réfléchis et patients.

Symposium du 21 mars 2012 Nice

16h15 - 18h15

SFD et Francophonie : Des échanges pour enrichir nos pratiques.

Modérateurs : S.HALIMI (Grenoble), J.BERTOGLIO (Nice)

16h15 Formation de paramédicaux en Algérie

Entre connaissances et croyances de santé - M. BELHADJ

Echanges entre soignants pour la continuité des soins aux migrants - C. MARTINEAU, diététicienne (Toulouse)

Quels bénéfices pour le patient ? - M. CRESSOT, infirmière (Toulouse)

Exemple d'une mise en oeuvre en Algérie - E. BOUDJEMA, psychologue (Annaba, Algérie)

17h00 Formation de soignants dans les DOM TOM un projet à Mayotte

S.CHARRIERE, diététicienne (Mayotte), B.BAUDUCEAU (Paris)

17h30 Communications orales :

Obésité, habitudes alimentaires et activité physique : étude d'un groupe de femmes de la ville de Marrakech

S.OMGHAR, H.AMOR, A.BAALI (Marrakech, Maroc)

Bourse Roche 2011

Education alimentaire et patients atteints de diabète de type 2 : Programme d'accompagnement au changement de comportement alimentaire

G.INVERNIZZI, Diététicienne (Montbard)

18h15 Assemblée Générale SFD paramédical

LE GLUCOLOTO : 100% DES GAGNANTS ONT TENTE LEUR CHANCE...

Ou Quand jouer rime avec santé et liberté.

Docteur V. DI COSTANZO, Endocrinologue

F. HARROUCH-MAUPIN, Diététicienne

Belle aventure que celle du Glucoloto ! Avant tout, l'aventure d'une équipe soudée, battante, innovante, motivée: celle du service d'endocrinologie et maladies métaboliques du Dr V. Di Costanzo, à l'hôpital de Toulon la Seyne. Depuis plusieurs années, cadre, infirmières, aides-soignantes, diététiciennes, kinésithérapeute, art-thérapeute et médecins, dûment formés à l'éducation thérapeutique (plus de 60% du personnel), œuvrent ensemble à autonomiser le patient, à l'émanciper, à le rendre acteur de sa propre santé. Au travers de 4 programmes labellisés par l'ARS PACA, les patients diabétiques de type 1 ou 2 ainsi que les patients obèses trouvent au sein du service l'écoute, la compréhension, l'aide et les connaissances dont ils ont besoin pour grandir avec leur maladie et mener à bien leur projet de vie. Parmi ces programmes, l'un des plus anciens est le programme d'insulinothérapie fonctionnelle (IF), en place depuis 2006. Outre le diagnostic éducatif, il fait appel à de multiples ateliers individuels et collectifs, dont certains, les plus nombreux, sont abordés de façon ludique. Il est en effet dans la tradition du service de s'appuyer sur des jeux à visée éducative, dont l'un (le Trivial Poursuite du Diabétique) déjà a été primé à l'ALFEDIAM en 2008. L'insulinothérapie fonctionnelle a pour objectif de permettre entre autre aux patients de distinguer l'insuline basale, ou insuline pour vivre, de l'insuline prandiale, ou insuline pour manger. Il est alors nécessaire d'identifier les glucides dans l'alimentation dans un premier temps, puis de savoir les quantifier, afin d'adapter très précisément la quantité d'insuline rapide à administrer. Les diététiciennes, confrontées à cet apprentissage difficile, interviennent traditionnellement dans des ateliers permettant de visualiser, manipuler, peser et observer les portions d'aliments réels ou fictifs. C'est à l'occasion d'une session d'IF un peu particulière qu'est née l'idée du Glucoloto. Il s'agissait en effet d'animer un groupe plus nombreux que d'habitude, constitué en grande partie des patients ayant bénéficié de l'IF au cours des dernières années, afin de consolider si nécessaire leurs acquis. Les ateliers classiques se seraient avérés répétitifs, voire rébarbatifs et donc inopérants. Le jeu était bien évidemment l'outil idéal pour un plus grand effectif. Le principe du Glucoloto est simple, ce qui en fait sa force, puisque d'utilisation intuitive et rapidement compréhensible par la plus grande majorité. Utilisé comme un loto classique, des numéros sont piochés au hasard par le personnel soignant, ils sont déposés sur les numéros correspondants aux cases des cartons. Le premier patient qui a rempli son carton (ou éventuellement une ligne selon la difficulté souhaitée ou le temps disponible) se manifeste. Les cases numérotées des cartons représentent des portions d'aliments dont il convient alors de quantifier la teneur en glucides à 5g près. Les pions sont eux-mêmes éducatifs, puisqu'ils représentent les différents types de glucides de l'alimentation. Le gagnant sera le patient ayant identifié un maximum de rations glucidiques sans erreur. La correction de tous les cartons utilisés se fait en groupe, par la diététicienne, afin de renforcer le champ des connaissances. Il est tout-à-fait licite d'envisager que les gagnants reçoivent un prix... en nature ! Rien de tel qu'un bon gâteau pour motiver les participants, à condition de pouvoir en énoncer la quantité en glucides !



L'originalité de ce Glucoloto réside par ailleurs dans l'existence d'un set de cartons représentant des plats d'origine maghrébine, réalisés spécialement pour le jeu par le restaurant « Le Petit Prince », situé à la Seyne sur Mer, et dont les recettes savoureuses sont concoctées par les habitantes des zones urbaines sensibles environnantes.

Dans le même esprit, les photos ont été réalisées par l'art thérapeute du service, dont l'action est indispensable au bon déroulement des sessions d'éducation thérapeutique. Ses photos, résolument artistiques (même si la production de l'outil de manière industrielle a dû en atténuer le caractère original!) sont un atout pour rendre le jeu attrayant et réaliste.

Le tout présenté dans un écrin somptueux et coloré, suscitant le désir de... jouer !

Une histoire de proximité donc, une histoire de famille, même. Et le patient au centre...

Un grand merci à la SFD paramédical et au laboratoire Abbott qui ont permis la réalisation concrète de ce beau projet, issu de l'imagination fertile d'une équipe motivée et inventive...

**Journée SFD Paramédical NICE le 22 mars 2012
LE DIABETE ET LA FAMILLE**

9h00 Ouverture de la journée : M.MARRE (Paris), M.JOLY (Monaco), P.FREYCHET (Nice)

Modérateurs : D.CHEVALLIER (Nice), P.FENICHEL (Nice), J.BERTOGLIO (Nice)

9h15 Les diabètes, le « poids » de l'hérédité
T.MOURAUX (Bruxelles, Belgique)

9h45 Sexualité : masculin-féminin
R.CHENET et F.PROVIN, infirmières (Nice)

10h15 Pause

Modérateurs : A.VAMBERGUE (Lille), E.BAECHELER-SADOUL (Nice), N.HUSSIN (Bruxelles, Belgique)

10h45 Diabète et grossesse : recommandations et pratiques
C.BOUCHE (Paris), D.ROUGE, diététicienne (Toulouse)

11h15 Conséquences à long terme de l'exposition fœtale au diabète maternel
J.F.GAUTIER (Paris)

11h45 Paroles de patients : La réalité des femmes, mamans diabétiques
D.CALLOT (Association des mamans diabétiques, Paris)

12H15 Bourse Novo 2011 :
Education diététique pour les Comoriennes qui présentent un diabète gestationnel
S.LOPEZ, S.BEAUJOUR, diététiciennes (Marseille)

12h30 Pause Déjeuner

Modérateurs : M.SAMPER (Nice) et J.DELAUNAY (Toulouse)

14h00 Remise des prix : lauréats bourses et meilleur poster 2012

14h15 Prix Lifescan du meilleur abstract
Comment favoriser l'évolution de la prise en charge du patient diabétique hospitalisé?
D. SOFRA, S. MASMONT-BERWART, M. EGLI, L. MESSINA, E. BERNEY, J. RUIZ (Lausanne, Suisse)

14h30 Prix Coup de cœur SFD paramédical
Dépistage du risque podologique : seuil de perception vibratoire ou monofilament ?
L.REILHES, S.BUVRY, M.GOLETTO, S.SCHULDINER, J.L.RICHARD, (Le Grau du Roi)

Modérateurs : M.RUFO (Marseille), R.REYNAUD (Marseille), M.SAMPER (Nice)

14h45 Famille et fidélité diabétique
M.RUFO, pédopsychiatre, (Marseille)

15h15 Diabète de l'enfant : la vie familiale
C.LE TALLEC (Toulouse), C.COLMEL, cadre de santé diététique (Toulouse)

15h45 Diabète de l'enfant et famille en difficulté
A.M.BERTRAND (Besançon)

16h15 Communications orales :

Apports de l'utilisation d'un questionnaire d'évaluation des connaissances avec degré de certitude dans le cadre d'un atelier d'éducation thérapeutique à destination des personnes diabétiques

C.MAJ, C.KUBIAK, C.FOULON, C.LEMAIRE, (Béthune)

Bourse Lilly 2011 :

Le miroir grossissant : un outil éducatif pour l'auto surveillance podologique des patients diabétiques
E.GUERIN, infirmière (Paris)

17h00 Clôture

LES NOUVEAUX MEDICAMENTS : UN PROGRES POUR LE PATIENT ET SA PATHOLOGIE ?

Professeur H. GIN
CHU de Bordeaux

Depuis tout temps, la médecine a pour but essentiel de faire la balance « Bénéfices-Risques ». Cette notion s'impose dans toutes décisions d'examen complémentaires mais aussi dans toutes prescriptions thérapeutiques.

Le diabète est une maladie chronique c'est-à-dire que toute décision thérapeutique va exposer le patient à la médication, non pas pendant 7 à 8 jours, comme dans une pathologie virale bénigne, mais pour toute une vie. Il est évident dans ces conditions que la notion de bénéfices sera liée à la diminution du risque de complications dégénératives liées au diabète, à la qualité de vie ; la notion de risque elle, sera le risque iatrogène visible dans les essais sur des temps d'exposition relativement court, mais visible en clinique seulement au bout de nombreuses années d'utilisation.

Des exemples seront pris avec des médicaments connus depuis très longtemps comme les biguanides, en rappelant la « saga » de cette classe pharmacologique, allant de leur interdiction aux Etats-Unis pour risque d'acidose lactique à l'engouement actuel, quelques 50 ans plus tard, faisant des biguanides les médicaments de tous les bénéfices.



La discussion se fera surtout autour des nouveaux produits inhibiteurs des DPP4, analogue du GLP1. Sera rappelé l'aventure des glitazones avec leur engouement pour des nouvelles médications de l'insulino résistance, puis l'accumulation des effets secondaires, avec la rétention hydro-sodée, le risque de fracture osseuse, jusqu'au risque vésical.

Le débat peut aussi être poursuivi autour des insulines, en passant des insulines animales, aux insulines humaines, puis aux analogues rapides et aux analogues lents.

Chaque nouvelle classe médicamenteuse est, à chaque fois, un progrès pour la compréhension de la pathologie, puis un nouvel outil dont il faut apprendre à se servir au long cours.

Au total, les nouvelles médications sont toujours de nouveaux outils mis à la disposition des médecins et des patients mais pour lesquels il faut savoir réfléchir, non pas dans le cadre de l'engouement d'un effet mode ou d'une pression commerciale, mais dans la sagesse de la discussion « Bénéfices-Risques ».

PRÉSENTATION DES LOGICIELS D'ÉDUCATION NUTRITIONNELLE

Par les Diététiciennes P. MARTINI et M. GIORGINO
CTDIT. CHU de Toulouse

Le CTDIT c'est le Centre de Traitement du Diabète par l'Informatique et la Télématique.

Depuis 1990, nous réalisons des logiciels d'éducation nutritionnelle pour les enfants et les adultes soucieux de leur alimentation ou ayant un problème médical en rapport avec la nutrition. Nous avons réalisé des jeux pour différentes classes d'âge d'enfants, ainsi que des logiciels sophistiqués d'analyse nutritionnelle, et des bornes interactives.

Nous avons présenté durant la journée d'automne, deux de nos logiciels : Nutri-Educ et Nutrikiosk.

NUTRI-EDUC

C'est un logiciel d'éducation nutritionnelle interactif qui fournit une aide personnalisée à la composition des repas. Chaque utilisateur possède un dossier personnalisé qui renferme certaines de ses caractéristiques physiopathologiques permettant un calcul individuel des besoins énergétiques.

Nom	Qté	Portion	Energie (kcal)	Protéines (g)	lipides (g)	Sucres (g)	Fibres (g)
Pain blanc (baguette)	1	une petite tranche	54,20	1,60	0,20	11,20	
Jambon cuit	1	une petite tranche	54,20	6,40	1,20	0,33	
Haricots verts cuits	1	une assiette	42,00	3,15	0,35	6,82	
Beurre	1	une noisette	37,60	0,04	4,18	0,02	
Raisin blanc	1	une grappe moyenne	138,0	1,20	1,40	32,20	

Nom	Qté	Portion	Energie (kcal)	Protéines (g)	lipides (g)	Sucres (g)	Fibres (g)
Pain blanc (baguette)	1	une petite tranche	54,20	1,60	0,20	11,20	
Jambon cuit	1	une petite tranche	54,20	6,40	1,20	0,33	
Haricots verts cuits	1	une assiette	42,00	3,15	0,35	6,82	
Beurre	1	une noisette	37,60	0,04	4,18	0,02	
Raisin blanc	1	une grappe moyenne	138,0	1,20	1,40	32,20	

Nutri-Educ est le seul logiciel à analyser un repas avec propositions de « réparation » si celui-ci est déséquilibré. Il prend aussi en compte l'imprécision naturelle des quantités saisies et des valeurs nutritionnelles des aliments en s'appuyant sur l'utilisation de la théorie des ensembles flous.

NUTRI KIOSK

C'est un ensemble de mini activités pour toute personne souhaitant tester et parfaire ses connaissances nutritionnelles et permettant de s'auto évaluer sur :

- le poids d'une portion d'aliment : « Combien Pèse... »
- la composition des aliments : « Trouvez l'intrus » et « Vrai -Faux »
- les nutriments des aliments : « Dans quoi y a-t-il »
- l'évaluation de son « indice de masse corporelle »



Les exercices proposés par chaque jeu sont différents selon le profil du patient : si le patient est diabétique de type 2 et doit suivre également un régime hyposodé, les 2 thèmes seront abordés avec lui. Il présente 3 niveaux de difficultés : facile, moyen et difficile.

Service CTDIT - CHU de Toulouse

Tel : 05-61-32-22-74

martini.p@chu-toulouse.fr

giorgino.m@chu-toulouse.fr

LA GASTROPARÉSIE DIABÉTIQUE

Docteur S. FONTAINE, Hôpital Joseph Ducuing
Toulouse

La gastroparésie est une complication chronique du diabète (type 1 et type 2). Elle s'intègre dans le groupe des neuropathies diabétiques. Sa fréquence est particulièrement élevée chez les patients diabétiques ayant plus de 10 ans d'évolution et présentant déjà des complications microangiopathiques évolutives. L'atteinte des terminaisons nerveuses dans la paroi de l'estomac est responsable d'une modification de sa motricité avec principalement un excès de relaxation en première phase de remplissage (Lag phase) puis un ralentissement de la propulsion du bol alimentaire vers l'intestin grêle. La conséquence est un ralentissement global de la vidange de l'estomac. La forme la plus fréquente de la gastroparésie est asymptomatique et ne justifie pas systématiquement de traitement spécifique.



Pour certains patients, la gastroparésie évolue de façon sévère (10%) avec l'apparition de signes cliniques digestifs (satiété précoce, ballonnements après les repas, nausées, vomissements et parfois perte de poids) et d'une aggravation de l'instabilité glycémique sous traitement par insuline (déphasage entre l'arrivée du bol alimentaire et l'insuline rapide injectée). Il existe alors une forte altération de la qualité de vie.

Le dépistage de ces formes cliniques est important de façon à pouvoir initier la démarche thérapeutique: hygiéno-diététique, médicamenteuse et en dernier recours l'implantation d'un stimulateur gastrique.

Ce dépistage s'organise par la réalisation d'une fibroscopie gastrique qui permet d'éliminer les diagnostics différentiels puis une scintigraphie de vidange gastrique.

Une fois le diagnostic établi, les premières mesures sont hygiéno-diététiques avec un fractionnement optimisé (5 à 6 prises alimentaires journalières) et la mise en priorité d'aliments glucidiques à assimilation plus lente, mais aussi une limitation des graisses et des fibres et une suppression des boissons gazeuses. Encourager un repos en post-prandial après les repas principaux est important mais aussi d'éviter les boissons en trop grande quantité au moment du repas et d'étaler régulièrement les apports hydriques sur la journée.

Un décalage de l'insuline en fin de repas est souvent nécessaire voir changement d'insuline rapide et au mieux pompe externe avec des bolus étendus sur 2 à 3 heures.

En deuxième ligne, un traitement oral prokinétique et antiémétique est souvent nécessaire.

La stimulation gastrique par implantation d'électrodes dans la paroi de l'estomac (en coelioscopie) est utilisée en dernier recours dans la gastroparésie sévère résistante aux traitements oraux. Les résultats de cette thérapeutique sont encourageants.

Une vaste étude multicentrique, randomisée en cross-over ON/OFF est en cours en France avec un objectif d'inclusion de 220 patients. L'objectif de cette étude est double, confirmer l'efficacité et la tolérance du traitement par stimulation gastrique, et évaluer l'intérêt médico-économique en vue de permettre une future prise en charge par la sécurité sociale.

RETINOPATHIE, PHOTOGRAPHIE DE LA RÉTINE (RETINOGRAPHE) MAL VOYANCE

Dr N. Bouheraoua (ophtalmologiste)
E. GUERIN (IDE service de médecine interne)
Centre Hospitalier National des Quinze-Vingts Paris

La rétinopathie diabétique (RD) :

Elle est la première cause de cécité avant l'âge de 50 ans.

Son évolution est silencieuse et indolore pendant des années.

Deux tiers des cas de cécité pourraient être évités si la rétinopathie était dépistée et traitée à temps.

C'est une atteinte micro vasculaire liée à l'hyperglycémie chronique, qui entraîne un épaissement de la membrane basale, une prolifération des cellules endothéliales, une diminution du nombre de péricytes, une dilatation capillaire, des microanévrismes et une occlusion des capillaires.

L'obstruction des capillaires rétiens conduit à une ischémie rétinienne, entraînant la formation de néo-vaisseaux à la surface de la rétine et non à l'intérieur. Il s'agit alors du stade de la rétinopathie diabétique proliférante. Le saignement des néo-vaisseaux conduit à des hémorragies vitréennes (perte de la vue).

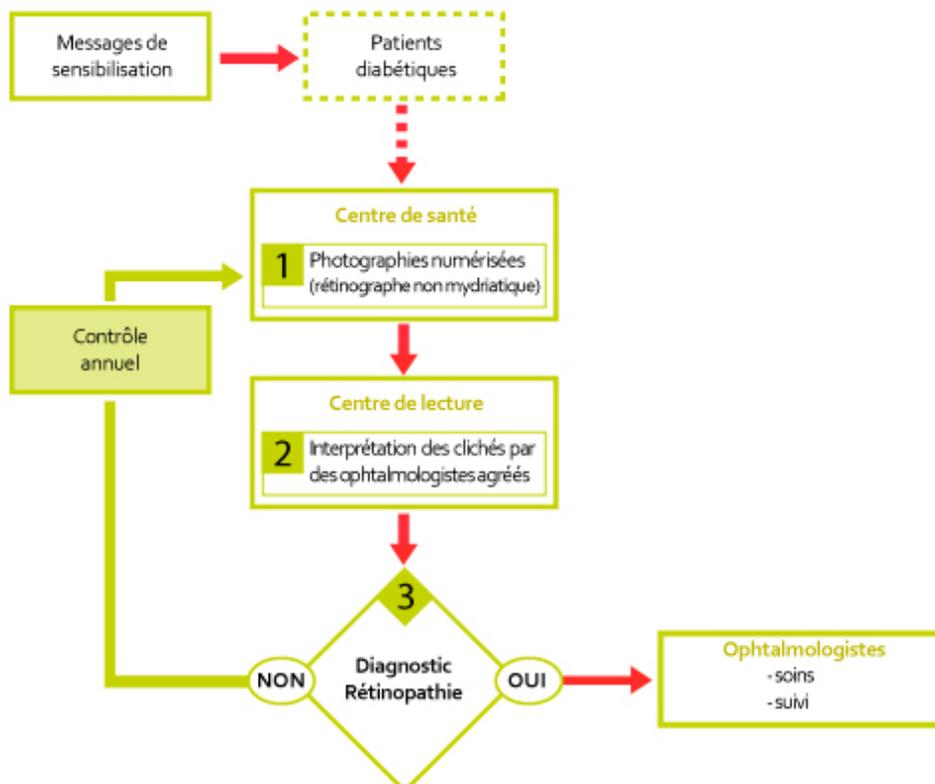
Le diabète altère la paroi des capillaires rétiens responsable d'un passage de liquide dans la rétine et notamment dans la macula, c'est l'œdème maculaire.

La prévention de la rétinopathie diabétique repose sur :

- le contrôle de l'équilibre glycémique,
- le contrôle de la pression artérielle,
- le dépistage et/ou la surveillance de la RD

et si nécessaire un traitement par Laser, par Chirurgie et/ou par Injection Intra-Vitréenne sera proposé.

Dépistage :



La rétinographie et les rétinophotos



But : Dépistage de la retinopathie diabétique chaque année (Photographies du fond d'œil avec le retinographe)

La vision peut être encore normale alors que la rétine est déjà atteinte

Qui ? La manipulation d'un retinographe demande une formation et est le plus souvent réalisée par un ophtalmologue en ville, une orthoptiste (au CHNO des Quinze-Vingt), ou encore par une IDE selon les centres hospitaliers.

Interprétation des résultats : Il est de la responsabilité d'un ophtalmologue de faire la lecture et l'interprétation des photos (même à distance).

La mal voyance et la cécité :

Différents critères permettent de définir l'état de vision des patients, entre malvoyance et cécité, et d'adapter leur accompagnement en conséquence.

Catégorie 1 : La déficience visuelle moyenne

Acuité visuelle binoculaire corrigée inférieure à 3/10ème et supérieure à 1/10ème, avec un champ visuel d'au moins 20°.

Catégorie 2 : La déficience visuelle sévère

Acuité visuelle binoculaire corrigée inférieure à 1/10ème et supérieure ou égale à 1/20ème, avec un champ visuel compris entre 10° et 20°. (En pratique le sujet compte les doigts de la main à 3 mètres).

Catégorie 3 : La déficience visuelle profonde

Acuité visuelle binoculaire corrigée inférieure à 1/20ème et supérieure ou égale à 1/50ème, avec un champ visuel compris entre 5° et 10° (le sujet compte les doigts de la main à 1 mètres).

Catégorie 4 : La cécité presque totale

Acuité visuelle binoculaire corrigée inférieure à 1/50ème, mais perception lumineuse préservée, avec un champ visuel inférieur à 5° (le sujet ne compte pas les doigts à 1 mètre, il voit bouger la main).

Catégorie 5 : La cécité absolue

Pas de perception lumineuse, voir absence de l'œil (éviscération/énucléation).

En conclusion :

Sont considérées comme malvoyants, les personnes dont l'acuité visuelle du meilleur œil et après correction est située entre 1/20ème et 3/10ème ou dont le champ visuel est égal ou inférieur à 1/20ème.

ÉVALUATION DE LA JOURNÉE D'AUTOMNE PARIS 2011

J. DELAUNAY - I. MANTOVANI C. Scientifique SFD Paramédical

Cette Journée d'Automne 2011, sur un thème très actuel, « les technologies », a été une fois encore très appréciée par un grand nombre de participants. La qualité et le charisme des orateurs ainsi que l'élégance et la chaleur du lieu de la manifestation, le Forum des Images, ont contribué fortement à cette réussite. Sur 237 inscriptions, 205 personnes ont participé à cette Journée d'Automne 2011, soit 147 paramédicaux inscrits (si on exclut les orateurs et les organisateurs). Les 80 questionnaires d'évaluation recueillis (soit 54%) font apparaître un taux de satisfaction élevé (97,9%) et une note globale d'appréciation de la journée d'environ 8,2/10.

En ce qui concerne la logistique et les conditions de travail, l'appréciation dépasse les 90% et l'accueil dans ce lieu chaleureux et très adapté est couronné à 100%. Comme chaque année, le corps infirmier a répondu présent en majorité soit plus de 70% des participants et il faut noter que 1/3 des participants étaient membres de la SFD paramédical, et 53% avaient déjà assisté à cette journée de formation.

Le choix du thème : « Diabète: la technologie est-elle toujours au service du patient? », le dynamisme des orateurs et la qualité de leurs exposés ont été fortement appréciés et on peut noter la remarque des participants sur l'intérêt de l'association d'une réflexion philosophique et psychologique aux données scientifiques permettant de garder en ligne de mire la relation soignant-soigné.

Cette année, le Conseil Scientifique a voulu associer des stands de démonstrations interactifs aux séances plénières.

Ces stands animés par des binômes médicaux et paramédicaux pour certains, ont eu un grand succès auprès du public. Ils ont permis de compléter les informations données en plénières et de côtoyer ces nouvelles techniques, en profitant de la présentation d'outils, de matériels. La présence de spécialistes a permis d'avoir des réponses rapides à des interrogations légitimes de la part des participants initiés et non initiés.

La satisfaction de ces stands est à plus de 80% pour les stimulateurs gastriques et la lecture des profils glycémiqes et à plus de 60% pour les autres stands.

Les outils pédagogiques primés ces 6 dernières années par le Concours ABBOTT/SFD Paramédical avaient été sollicités pour participer à cette Journée.

Cette initiative a permis de rencontrer les créateurs et de permettre la présentation de leur outil à une échelle plus importante. Le taux de satisfaction à plus de 70% témoigne de l'importance de ces travaux dans la pratique journalière auprès des patients. Nous remercions leurs créateurs de leur participation active à ces développements.

Le temps de pause et l'entrée libre aux ateliers a permis une fluidité tant dans les espaces de démonstrations qu'avec les industriels. Les échanges avec les représentants de l'industrie pharmaceutique (21 exposants), restent un de moments forts de cette Journée. L'accès, plus facile, aux différents stands a favorisé le dialogue et le recueil d'informations sur les nouveaux produits. L'évaluation est également l'occasion pour les participants d'exprimer leurs attentes à propos des thèmes qu'ils souhaiteraient voir traiter lors des prochaines Journées d'Automne de la SFD Paramédical.

Les thèmes les plus plébiscités ont été :

- Diabète et grossesse et Diabète gestationnel en atelier ;
- Éducation thérapeutique du patient, Éthique et perspectif ;
- Témoignages de patients ;
- Diabète de l'enfant ;
- L'annonce du diabète (de la maladie) ;
- La télé médecine ;

Le Conseil Scientifique de la SFD Paramédical, sensible à ces demandes, essaie de réaliser ses programmes autour des thèmes plébiscités. Il est important pour lui de rester en adéquation avec les préoccupations et demandes des participants qu'ils soient membres ou non de la SFD Paramédical. D'ores et déjà, le Conseil Scientifique peut annoncer que la journée du paramédical le jeudi 22 mars à Nice, lors du Congrès de Printemps de la SFD, sur le thème « Diabète et famille » abordera entre autres le thème du diabète et de la grossesse, ainsi qu'une approche du diabète de l'enfant.

En conclusion, le public a été globalement très satisfait de cette Journée d'Automne 2011. Nous espérons que cette appréciation donnera lieu à une participation toujours plus active au fonctionnement de la SFD Paramédical.

AGENDA

Mars

- Congrès Francophone Annuel de Diabétologie S.F.D. Nice du 20 au 23 mars 2012
- <http://www.sfdiabete.org/>

MAI

- E.T.P. - S.F.D. Institut Pasteur Paris le 11 mai 2012

Juin

- Journées d'Études de l'AFDN à Saint-Malo, les 7, 8, 9 juin 2012
- <http://www.afdn.org/>

Octobre

- 37èmes Entretiens de Podologie
- <http://www.fnp-online.org/>

Novembre

- 25ème Salon Infirmier 2012 - Paris
- www.salon-infirmier.com
- Journées d'Automne SFD Paramédical 23 novembre 2012 à Monaco

Édité par SFD Paramédical

88 rue de la Roquette – 75011 Paris

01 40 09 89 07 – www.alfediam.org

Responsable de Publication : Michelle JOLY

Rédacteurs en Chef : Ivano MANTOVANI - Martine SAMPER

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



Medtronic



novo nordisk®



Helping all people live healthy lives

