

La revue d'information de la Société Francophone du Diabète Paramédical

N° 61
2^{ème} semestre
2014

Journée d'Automne 2014 SFD Paramédical

Faculté de médecine
Henri Warembourg
Lille

Vendredi 5 décembre

DIABÈTE ET REIN : Regards croisés



Diabète et Rein : Regards croisés

P.4 Les stades de la néphropathie diabétique

Pierre Fontaine, Lille

P.8 Le point sur la prise en charge dialytique du patient diabétique

Joëlle Nortier, Bruxelles, Belgique

P.11 Micro albuminurie et Activité Physique : la prévention par l'exercice

Amandine Duvivier, Nivelles, Belgique

P.12 Parcours du patient greffé

Sophie Grangette, Lyon

P.18 Diabète et rein – Aspects nutritionnels

Céline Pasian, Lyon

Outil d'éducation SFD paramédical/Abbott 2014

P.23 Réglette glycémique

Marie Hélène Potteau, Orléans

Vie de l'Association

P.25 Formation des professionnels sur la plaie du pied diabétique à Mayotte

Catherine Journot, Toulouse et Ivano Mantovani, Monaco

P.27 Evaluation Journée d'Automne SFD Paramédical Lille 2014

Justine Grégoire pour le Conseil Scientifique et Bureau de la SFD Paramédical

P.29 Programme JETD : « Education thérapeutique 2.0 »

P.30 Programme paramédical Congrès SFD Bordeaux

P.32 Agenda

Editorial

J' ai eu l'honneur de présider la réunion d'automne de la branche paramédicale de la SFD du 5 décembre 2014.



Pr Pierre Fontaine
Vice-président de la SFD

« C'est grâce au mérite de toutes celles qui se sont succédé...que nous devons ce beau succès. »

J'ai été impressionné par la grande qualité de tout ce dont j'ai été témoin durant cette réunion.

Qualité du travail en conseil d'administration composé de membres tous très impliqués, portant et présentant chacun ses dossiers avec beaucoup de pertinence et de conviction. Dans ce conseil largement dominé par le sexe féminin, l'ambiance de travail est très gaie malgré la lourde charge que représente l'organisation de la vie de la société. Tous les paramédicaux s'impliquent dans la SFD uniquement sur le temps de loisirs et de vacances. Il en résulte une grande solidarité et cohésion du groupe.

Qualité du programme scientifique de la réunion consacrée à la néphropathie diabétique sous les aspects physiopathologiques, épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et éducatifs. Le nombre de participants était important, les échanges étaient nombreux, l'inter activité permanente. Les questions posées par les participants témoignaient de leur expérience clinique et de la maîtrise des aspects pratiques de l'accompagnement des patients. Il en résultait une parfaite cohérence de cette journée de formation clairement adaptée au public ciblé.

Qualité des personnes et des projets au service des patients et de la francophonie portés par la branche paramédicale de notre société témoignant de son dynamisme, sa pertinence et sa maturité.

Nous allons fêter les 30 ans de la branche paramédicale de la SFD qui a su s'affirmer, se développer, s'autonomiser et se projeter dans la réalisation de tous ses projets (référentiels, formations, réunions scientifiques, ...). C'est grâce au mérite de toutes celles qui se sont succédé jusqu'à présent au conseil d'administration et à la présidence que nous devons ce beau succès.

Merci et bonne chance à celles et ceux, qui vont poursuivre cette belle histoire.



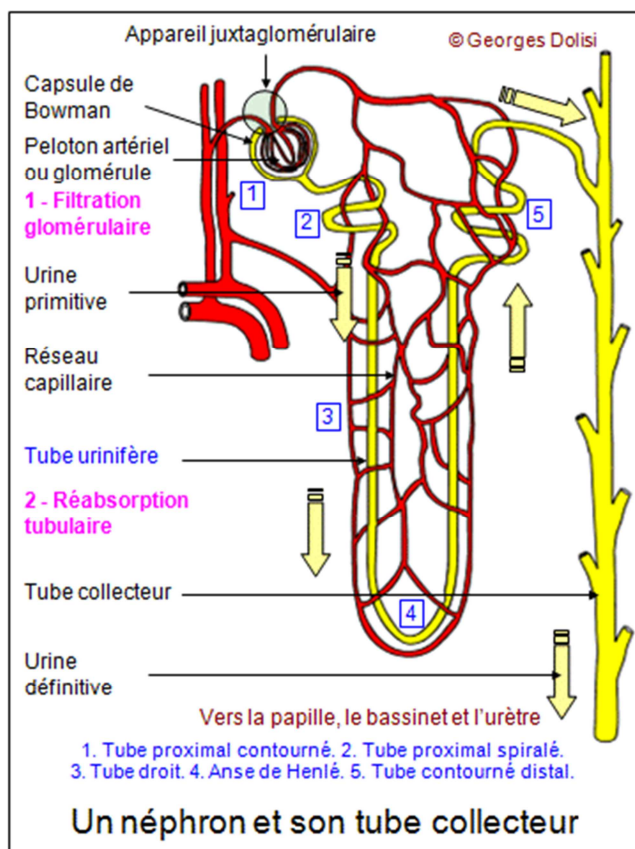
Les stades de la néphropathie diabétique

Pr Pierre Fontaine
CHRU Lille

Parler de la néphropathie diabétique à nos patients, c'est le plus souvent déclencher une peur immense, celle de la dialyse :
« Docteur, plutôt mourir que d'être dialysé ! »

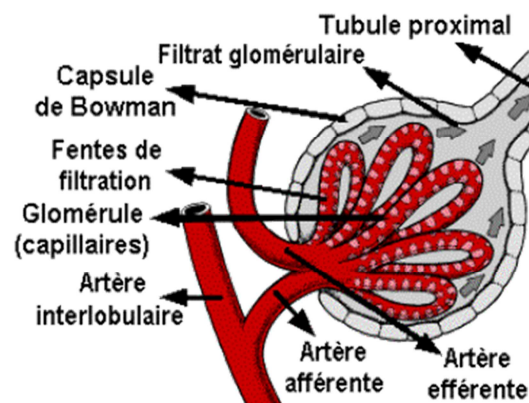
La dialyse est cependant l'aboutissement possible mais évitable d'une longue histoire, dont le cours peut être maîtrisé, contrôlé, ralenti par la prise en charge précoce et adaptée à chaque étape de l'évolution de la maladie.

Histoire naturelle de la néphropathie diabétique :



Le néphron et le glomérule normal

C'est dans le glomérule, à l'intérieur de la capsule de Bowman que se forme l'urine primaire, par ultra filtration à travers la paroi des capillaires situés entre les artérioles afférentes et efférentes.



L'atteinte spécifique est la glomérulopathie qui évolue en 5 stades.

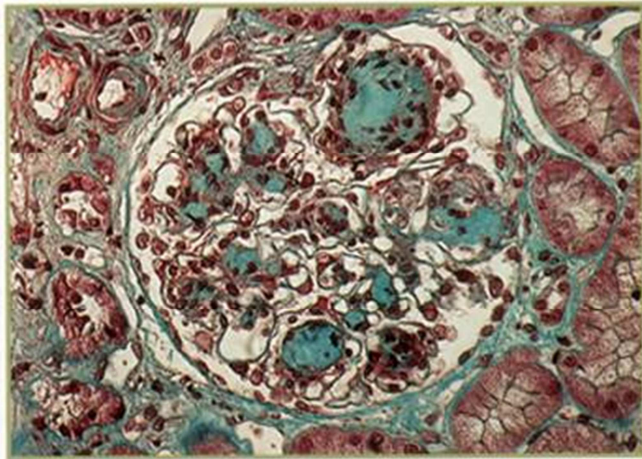
Stade I : La néphropathie fonctionnelle (année 1)

- augmentation de la taille des reins et du volume glomérulaire ;
- augmentation de la filtration glomérulaire de 20 à 40 % ;
- pression artérielle normale ;
- albuminurie normale.

A ce stade, il n'y a pas d'altérations histologiques et les anomalies purement fonctionnelles sont réversibles avec la normoglycémie. Il y a donc intérêt à ce stade d'équilibrer le diabète de la façon la plus parfaite possible.

Stade II : Les lésions rénales histologiques sans traduction clinique (années 2-6)

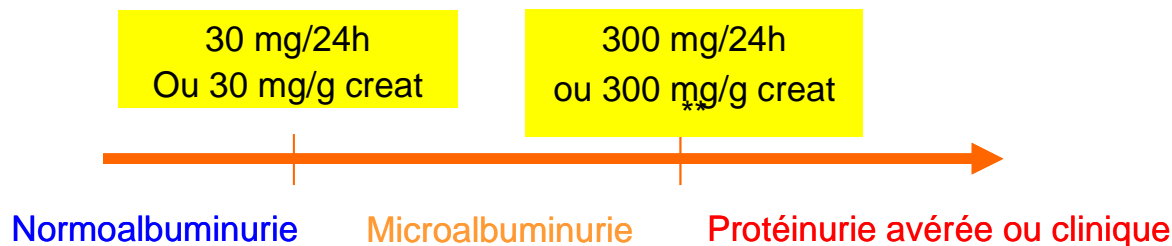
Le patient reste asymptomatique mais des lésions histologiques s'installent progressivement à bas bruit au niveau des glomérules, c'est la glomérulosclérose nodulaire de Kimmelstiel et Wilson.



Ces lésions sont spécifiques du diabète et ont pu être décrites à partir de ponctions-biopsies rénales. Elles altèrent la membrane basale des capillaires dans le glomérule qui progressivement laisseront filtrer des molécules de taille croissante.

Stade III : la néphropathie incipiens (années 7-15)

- augmentation de la filtration glomérulaire ;
- augmentation de l'albuminurie > 20 µg/min (croissance annuelle de 20 à 50 %) ;
- augmentation annuelle de la pression artérielle de 3 à 4 mm Hg restant cependant dans les normes (micro HTA).



Dans le diabète de type 2, la cause est multifactorielle associant l'HTA, athérome des artérioles du glomérule et l'atteinte microvasculaire.

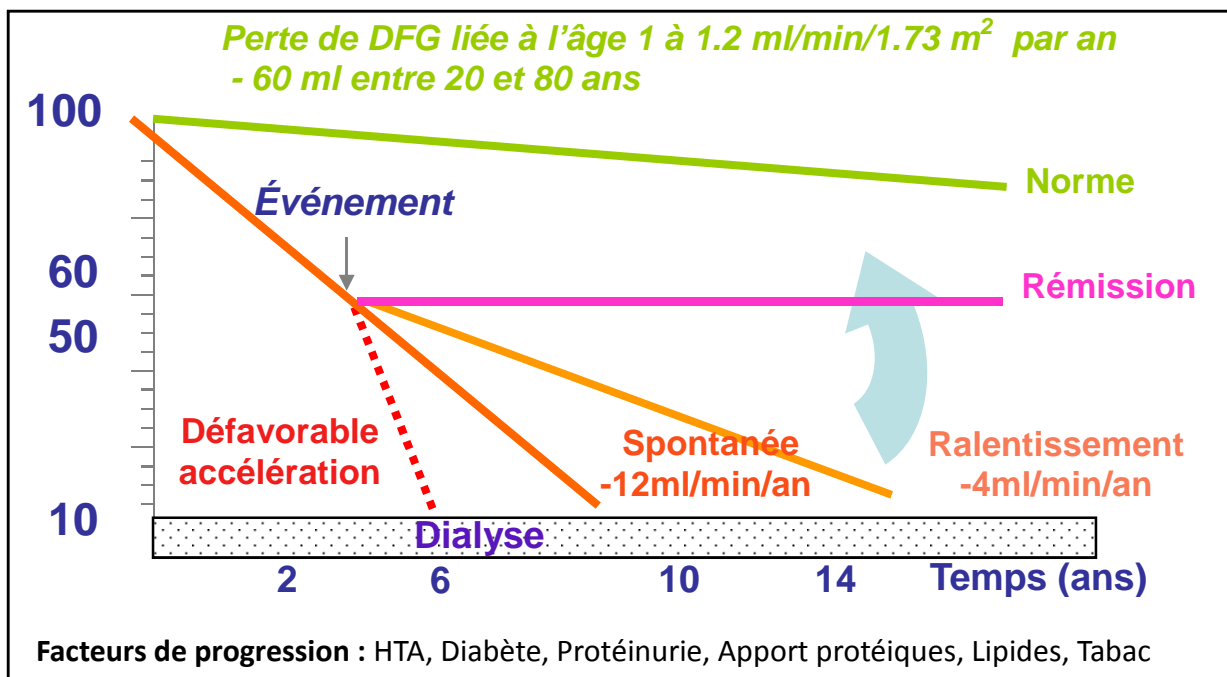
L'altération de la membrane basale de la paroi des capillaires laisse passer des petites quantités d'albumine dont le poids moléculaire est faible.

Dans le diabète de type 1, cela témoigne de la présence de l'atteinte microvasculaire du diabète au niveau rénal. A ce stade il est possible de faire régresser la micro albuminurie par le bon équilibre du diabète et l'usage de médicaments de la classe des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC).

Stade IV : La néphropathie clinique (années 16-20)

- albuminurie > 300 mg/24h (protéinurie > 500 mg/24h);
- dépôts mésangiaux nodulaires ou diffus ;
- hyalinose artériolaire (touchant les artères glomérulaires) ;
- diminution de la filtration glomérulaire ;
- hypertension artérielle (> 140/90 mm Hg).

A ce stade, la fonction rénale baisse progressivement mais la pente de cette baisse peut être influencée positivement par la prise en charge thérapeutique globale ou négativement par le mauvais contrôle du diabète, de l'HTA ou par des examens ou thérapeutiques néphrotoxiques.



Classification de la maladie rénale en fonction du débit de filtration glomérulaire

Stades	Description	DFG (ml/min/1,73m ²)
1	Anomalie rénale avec DFG normal ou élevé	≥ 90
2	Anomalie rénale avec réduction minime du DFG	60-89
3	Réduction avérée* du DFG	30-59
4	Réduction sévère du DFG	15-29
5	Insuffisance rénale terminale	< 15 ou dialyse

**Afin de ralentir la progression,
il faut mettre en œuvre des mesures de néphroprotection.**

1. Contrôler l'hypertension artérielle (IEC, ARA2) :

- < 130/ 80 mm Hg ;
- < 125/ 75 mm Hg si protéinurie > 1 g/jour.

2. Réduire la protéinurie (IEC, ARA2) :

- Micro albuminurie < 20 mg/24h ;
(2 mg/mmol créatinine)
- Protéinurie < 0,5 g/24h.

3. Adapter le régime :

- Protéines : environ 0,8 g/kg/jour ;
- Sel : 3 à 5 g/jour ;
- Prévenir la dénutrition (albuminémie > 35g/l).

4. Traiter la dyslipidémie :

- LDL cholestérol < 2,5 mM (1 g/L).

5. Traiter le diabète :

- HbA 1c < 6,5 % ou 7%.

6. Corriger l'anémie : hémoglobine > 12 g/dl.

7. Contrôler le poids ;

8. Arrêter le tabac ;

9. Favoriser l'exercice physique ;

10. Eviter les médicaments/produits néphrotoxiques.

Cette démarche nécessite une approche globale, un accompagnement multi professionnel des patients afin d'obtenir la meilleure adhésion possible au protocole de soins. L'éducation thérapeutique doit impérativement faire partie de la démarche.

Stade V : L'insuffisance rénale terminale (années 20-30)

- obstructions glomérulaires ;
- filtration glomérulaire < 15 ml/min ;
- HTA volodépendante.

Le patient doit être préparé progressivement à la dialyse. Plus la prise en charge est précoce et bien menée, plus l'acceptation et le succès sont présents. Il s'agit là aussi d'une prise en charge multidisciplinaire.

Au total

Aujourd'hui le diabète est la première cause d'insuffisance rénale terminale.

Cependant nous connaissons les mécanismes responsables de l'apparition et de l'évolution de cette complication majeure du diabète.

La prise en charge précoce de la maladie dans toutes ses composantes (clinique, diététique, activité physique, traitement et éducation) peut empêcher le développement de cette complication ou ralentir fortement son évolution.

Cette prise en charge est multi professionnelle et doit accompagner le patient durant tout son parcours de soins.



Lille 2015





Le point sur la prise en charge dialytique du patient diabétique

Pr Joëlle Nortier, Chef de service
Néphrologie, dialyse et transplantation rénale
Hôpital Erasme - Université Libre de Bruxelles

Le stade avancé de la néphropathie diabétique requiert une prise en charge multidisciplinaire du patient et, le cas échéant, une information précise sur les modalités dialytiques possibles et l'évaluation de la transplantabilité. L'hémodialyse et la dialyse péritonéale sont des options

dialytiques équivalentes en termes de survie ; elles présentent chacune des avantages et des inconvénients. Le choix éclairé du patient sera guidé par l'équipe néphrologique sur base des caractéristiques individuelles et dans le but de préserver au mieux son autonomie. La survie en dialyse reste malheureusement précaire suite aux nombreux facteurs de comorbidité, en particulier cardio-vasculaires.

Aspects épidémiologiques

En Europe comme aux USA, la fréquence élevée du diabète de type 2 et des maladies cardio-vasculaires ainsi que l'âge croissant de la population contribuent à la mise en évidence de cas de plus en plus nombreux de perturbations métaboliques complexes liées à une détérioration progressive de la fonction rénale regroupées en anglais sous le vocable « Chronic Kidney Disease » (CKD) et traduit en français par le terme insuffisance rénale chronique (IRC). Les deux causes les plus fréquentes d'IRC terminale (stade 5 de la classification anglo-saxonne de l'IRC) sont l'hypertension artérielle et le diabète. L'obésité augmente considérablement le risque de développer l'une ou l'autre de ces affections. Toutes trois sont traitables ou évitables.

Tant à l'échelle mondiale qu'au niveau national, les données épidémiologiques collectées au départ de registres régionaux ou nationaux montrent que le diabète et l'IRC représentent de véritables problèmes de santé publique : la France comme la Belgique se retrouvent dans le top 20 des pays les plus touchés [1]. Concernant la néphropathie diabétique, d'évolution plus ou moins rapide selon le contrôle des facteurs de risque de progression (hypertension artérielle, athéromatose vasculaire, dyslipidémie, tabagisme) et la précocité des mesures de néphroprotection initiées, la prise en charge du stade terminal impose aux patients un traitement lourd de suppléance rénale (hémodialyse, dialyse péritonéale, voire greffe rénale).

Modalités thérapeutiques

En cas de néphropathie diabétique terminale (taux de filtration glomérulaire <10-15 % de la normale), une épuration extra-rénale doit être initiée, les reins malades étant devenus incapables de purifier le sang. Sans traitement, une IRC terminale entraîne la mort en quelques jours.

Il existe deux formes de dialyse:

Dialyse Péritonéale (DP)

Elle consiste en l'épuration du sang à l'aide d'un liquide injecté dans le péritoine, membrane naturelle entourant les organes situés dans l'abdomen. Le remplacement régulier de ce liquide s'effectue à domicile manuellement pendant la journée (dialyse péritonéale continue ambulatoire ou DPCA) ou grâce à une machine pendant la nuit (dialyse péritonéale automatisée ou DPA). Le patient peut réaliser seul sa dialyse ou se faire aider par une tierce personne.

Hémodialyse (HD)

Elle consiste à épurer le sang par un dispositif externe, encore dénommé « le rein artificiel ». Le plus souvent, elle se déroule de manière ambulatoire dans un centre de dialyse situé dans un hôpital ou à proximité de celui-ci, à raison de 3 séances de 4 heures (en moyenne) par semaine.

Chacun de ces deux procédés a ses avantages et ses inconvénients. Le choix du procédé le plus adéquat se fait en concertation avec le néphrologue, l'équipe infirmière et paramédicale, le patient et sa famille. A ce titre, l'information du patient et de sa famille à l'occasion d'une consultation dite de pré-dialyse, planifiée suffisamment tôt et non dans la précipitation d'une dialyse imminente, est primordiale (nous y reviendrons dans le paragraphe suivant).

La dialyse est un traitement cher, qui ne guérit pas, mais qui peut sauver la vie. Il est recommandé actuellement de débuter la dialyse lorsque les reins ne fonctionnent plus qu'entre 10 et 15% de la normale. Le moment opportun est déterminé par le néphrologue en fonction de l'état de santé général et des résultats d'analyses de sang et d'urines. Il est déconseillé de retarder le début du traitement. Le fait de commencer à temps permet souvent d'éviter des complications par accumulation de toxines ou d'eau dans l'organisme, situation susceptible d'entraîner une première hospitalisation de longue durée. La dialyse ne peut remplacer que la fonction éliminatrice des reins. Des médicaments peuvent suppléer aux autres fonctions.

Lorsqu'elle est réalisable, une greffe rénale peut remplacer le traitement par dialyse. Pour diverses raisons (mauvais état général, maladie grave associée, problème cardiaque ou vasculaire), cette greffe ne peut être pratiquée chez tous les patients. La dialyse peut ainsi demeurer, dans une proportion non négligeable de cas, le seul traitement possible.

Préparation du patient diabétique à la dialyse et bilan pré-greffe

Les missions de l'infirmière de coordination en néphrologie clinique visent à accueillir et accompagner de façon optimale le patient IRC ambulatoire ou hospitalisé dès le début de son itinéraire clinique en s'attachant à mettre en œuvre un plan de soins individualisé. Celui-ci recouvre non seulement la coordination des consultations pluridisciplinaires (médicales et paramédicales) mais aussi l'activation d'un véritable processus d'éducation thérapeutique : informer ne suffit pas, le patient IRC doit prendre part à un projet thérapeutique élaboré en partenariat ayant pour but d'accroître à la fois sa compliance et son autonomie. Ainsi les missions seront-elles variées et adaptées au patient : depuis l'acceptation des consignes diététiques et du traitement médicamenteux liés à la progression de l'IRC (en collaboration avec le pharmacien clinique et la psychologue) jusqu'à la promotion des techniques alternatives à l'hémodialyse hospitalière (autodialyse, domicile et dialyse péritonéale), de la transplantation rénale au départ de donneurs vivants (en collaboration avec des référents infirmiers, la psychologue et l'assistante sociale) et à la mise en place, le cas échéant, d'un accompagnement de fin de vie en coordination avec l'équipe des soins continus. Les enjeux d'une préparation optimale au traitement de suppléance rénale doivent également tenir compte des aspects multiculturels, philosophiques et éthiques.

En ce qui concerne plus spécifiquement le patient diabétique à préparer au mieux à l'une ou l'autre modalité de dialyse, il faudra tenir compte de nombreux facteurs susceptibles d'orienter le choix vers HD ou DP [2] :

***en Hémodialyse (HD)**, le patient bénéficie d'une surveillance étroite dans un cadre médicalisé. Toutefois, la tolérance aux séances peut être problématique en cas de cardiopathie avancée, les hypotensions per-dialytiques étant fréquentes. D'autre part, il est nécessaire de confectionner un accès vasculaire performant, de préférence une fistule artério-veineuse (FAV) dite native (réalisée au départ des vaisseaux artériel et veineux propres au patient) à l'avant-bras, voire au bras du patient, plusieurs mois avant la date présumée de son utilisation. En effet, le terrain vasculaire périphérique du sujet diabétique est souvent précaire (d'autant plus en cas de tabagisme actif !) et peut entraîner diverses complications au cours du processus de maturation de la FAV: un non-développement de la veine efférente de drainage au départ de l'anastomose AV ou un phénomène de vol occasionnant une ischémie de l'extrémité du membre supérieur par défaut de suppléance au niveau de l'arcade palmaire. Par conséquent, il n'est pas rare de devoir initier les séances d'HD à l'aide d'un hémocathéter temporaire placé en semi-urgence au niveau de la veine jugulaire (droite le plus souvent). Cette situation a pour conséquence néfaste une prise en charge en hospitalisation avec coût élevé et une morbi-mortalité accrue chez les patients incidents [3] [4].

***la Dialyse Péritonéale (DP)** présente l'avantage d'être une technique de dialyse plus douce et mieux tolérée sur le plan cardio-vasculaire. A l'exception de cas particuliers (maladies inflammatoires du tube di-

gestif, interventions chirurgicales nombreuses avec risque élevé d'adhérences...), la mise en place du cathéter de DP est programmée quelques semaines avant la date fixée d'initiation de la technique. Après un apprentissage avec une équipe spécialisée d'infirmières, en présence d'un proche du patient, la technique est rapidement implémentée au domicile (ou éventuellement dans un home après apprentissage d'un membre de l'équipe de soins). Un bémol toutefois, le risque infectieux est une préoccupation constante (risque de péritonite) et la dénutrition par pertes protéiques par le dialysat peut représenter un problème majeur. Toutefois, l'avantage d'un traitement DP "sur mesure" est indéniable: méthode manuelle en journée ou automatisée de nuit.



Toutefois, tant l'HD que la DP présentent des avantages et des inconvénients et exposent le patient à des risques cardio-vasculaires et infectieux non négligeables.



Enfin, quand la transplantation rénale est envisageable, un bilan pré-greffe rénale (en cas de diabète de type 2) ou pré-greffe combinée rein-pancréas (en cas de diabète de type 1) est à initier le plus tôt possible, compte tenu du temps d'attente d'un organe compatible. Ici également, c'est l'état cardio-vasculaire qui sera déterminant dans l'évaluation de la transplantabilité du patient. En effet, l'artériopathie périphérique est fréquente chez le patient diabétique, déjà au stade de la pré-dialyse; c'est la raison pour laquelle un avis vasculaire sera systématiquement demandé.

Complications du patient diabétique dialysé

L'IRC en soi entraîne un risque important de maladies cardiovasculaires, lesquelles sont la première cause de mortalité dans nos pays industrialisés. Le diabète représente à lui seul un facteur de risque cardio-vasculaire surajouté comme d'ailleurs aussi le tabagisme actif, l'hypertension artérielle et la dyslipidémie. Par conséquent, le patient diabétique dialysé présente un risque majoré de décès par infarctus myocardique ou un accident vasculaire cérébral. Les autres affections cardiaques du patient dialysé sont outre la cardiopathie ischémique, la décompensation cardiaque (surcharge hémodynamique, dysfonction systolique ou diastolique du ventricule gauche), la péricardite urémique, les valvulopathies (calcifications de l'anneau mitral en particulier) et les arythmies.

D'autres complications plus spécifiques à l'une ou l'autre modalité dialytique peuvent survenir: les infections et risque de septicémie au départ d'hémocathéters en HD (risque accru d'endocardite et de spondylodiscite) et les infections péritonéales en DP (infection du site d'émergence du cathéter, tunnellite, péritonite).

Conclusion

Les causes d'IRC terminale qui ont augmenté le plus nettement en France comme en Belgique ces dernières années sont les néphropathies diabétiques et vasculaires. Ensemble, ces deux causes représentent environ la moitié des nouveaux cas d'IRC terminale. C'est dire l'importance capitale d'une détection précoce, d'un traitement strict du diabète, de l'hypertension artérielle et du contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire. On ne peut que souligner l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire de ces patients complexes à la faveur d'une collaboration étroite entre médecins généralistes et spécialistes. Quand l'IRC devient terminale, il est indispensable d'analyser la situation le plus précisément possible afin d'aider le patient à s'orienter vers la modalité dialytique qui lui conviendra le mieux.

Bibliographie

- [1] Statistiques américaines du U.S. renal Data System (www.USRDS.org).
- [2] Ritz E. Prevention and treatment of diabetic nephropathy. In *Comprehensive Clinical Nephrology* (3rd edition), Feehally J, Floege J and Johnson RJ, editors. pp 365-373.
- [3] Pisoni RL, Young EW, Dykstra DM, Greenwood RN, Hecking E, Gillespie B, Wolfe RA, Goodkin DA, Held PJ. Vascular access use in Europe and the United States: results from the DOPPS. *Kidney Int* 2002;61:305-316.
- [4] Vascular Access 2006 Work Group. Clinical practice guidelines for vascular access. *Am J Kidney Dis* 2006; Suppl1: S176-273.

Micro-albuminurie et Activité Physique : la prévention par l'exercice !

Amandine Duvivier, Kinésithérapeute
(Nivelles, Belgique)



A l'heure actuelle, l'inactivité physique est un problème de santé publique dans le monde entier. Cependant, l'inactivité est un facteur de risque modifiable. L'activité physique peut influencer l'apparition (prévention primaire) ou le décours (prévention tertiaire) de nombreuses pathologies chroniques.

Si les effets bénéfiques de l'activité physique dans le traitement quotidien du diabète sont maintenant reconnus unanimement, l'intérêt et la mise en place de programme d'entraînement chez les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique est assez récent. Des études plus vastes et plus sérieuses doivent encore être menées afin de déterminer les modalités d'exercice les plus adéquates pour ce type de patient.

La réduction de la capacité aérobie ($VO_2\max$) chez les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique (stade 3 à 5) est variable selon les études entre 50 et 80% des valeurs prédites [Johansen, 2012]. A l'heure actuelle, les études ont démontré un effet significatif de l'exercice sur la performance, la masse musculaire, la qualité de vie et le contrôle de la tension artérielle [Cochrane, 2011]. D'autres suggèrent que l'exercice peut améliorer la fonction vasculaire endothéliale, la sensibilité à l'insuline et réduire l'inflammation et le stress oxydatif.

La réalisation d'une épreuve d'effort cardio-respiratoire lors de la reprise d'une activité physique est nécessaire chez les patients présentant plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire. Elle permet également de définir les modalités d'entraînement et de s'assurer de la sécurité de la réalisation du programme d'exercice.

Un exercice intense et prolongé peut augmenter transitoirement la pression artérielle et l'albuminurie. Cependant, la micro-albuminurie, marqueur de risque cardiovasculaire et rénal chez le patient diabétique, n'est pas une contre-indication à la pratique d'une activité physique [ACSM-ADA, 2010]. Plusieurs études sur l'animal montrent même un effet protecteur de l'exercice sur l'albuminurie [Somineni, 2014].

La pratique d'une activité physique chez les insuffisants rénaux doit être prônée par tous les professionnels de la santé. La mise en place de programme spécifique d'activité physique chez les patients dialysés ou greffés a toute son importance même si les modalités spécifiques à ce type de population n'ont pas encore été définies clairement. Il semble toutefois que les effets sur la capacité aérobie sont plus importants pour des entraînements de longue durée (> 3 mois), combinés (exercice aérobie et renforcement musculaire), au moins 3 fois par semaine. L'entraînement pendant la dialyse donne de moins bon résultats que l'entraînement réalisé les jours de non dialyse. Toutefois, l'adhérence est supérieure en dialyse (Smart, 2011).

L'exercice devrait donc faire partie intégrante de la prise en charge du patient diabétique présentant une insuffisance rénale et s'intégrer dans une approche pluridisciplinaire.



**La pratique
d'une activité physique
chez les insuffisants rénaux
doit être prônée par tous les
professionnels de la santé.**



Parcours du patient greffé

Sophie Grangette
IDE Coordinatrice
CHU Edouard Herriot, Lyon



La transplantation est le traitement de choix de l'insuffisance rénale terminale. C'est la seule alternative à la dialyse périodique. Elle améliore la qualité de vie des patients par rapport aux autres traitements, hémodialyse ou dialyse péritonéale. Elle leur permet également d'augmenter considérablement leur espérance de vie. Il a été très récemment montré en France qu'un patient transplanté peut espérer vivre entre 2,5 et 3,8 fois plus longtemps que s'il était resté en dialyse.

Etre Candidat à une Greffe

On peut aujourd'hui envisager une greffe rénale chez tout insuffisant rénal terminal ou pré terminal :

- ✓ qui a une espérance de vie d'au moins 5 ans ;
- ✓ dont le risque opératoire n'est pas prohibitif essentiellement sur le plan cardiaque et vasculaire ;
- ✓ chez lequel il n'y a pas de contre-indication au traitement immunosuppresseur ;
- ✓ et qui opte pour une préparation optimale à la transplantation (comme l'arrêt du tabac, correction de l'excédent pondéral, observance thérapeutique, etc...).

La greffe chez le patient âgé :

Il faudra soigneusement évaluer les avantages de la greffe comparés à ceux de la poursuite de la dialyse chez le patient âgé.

En effet chez ces derniers, la motivation individuelle à être greffé et le vécu personnel de la dialyse sont des éléments de poids dans la décision

1 - Le Bilan Pré-Greffe

✓ Bilan Cardiovasculaire

- **Echographie cardiaque** pour recherche d'insuffisance cardiaque et de maladies valvulaires.
- **ECG et Epreuve d'effort** (scintigraphie cardiaque, écho Dobutamine) +/- Coronarographie.

Le risque d'avoir des lésions athéromateuses augmente avec l'âge et l'existence de facteurs de risques bien connus (tabagisme, hypercholestérolémie, HTA, diabète...). En effet l'existence d'une athéromatose des artères coronaires peut majorer le risque opératoire. Il est possible dans certains cas d'envisager une greffe après avoir traité une maladie coronarienne par dilatation ou pontage.

✓ Recherche De Foyers Infectieux

En effet tout foyer infectieux actif ou potentiel doit être traité et contrôlé avant la greffe : c'est pourquoi on recherchera un foyer infectieux ORL en cas de sinusite chronique par exemple (consultation ORL + radio de sinus) ou dentaire (panoramique dentaire et consultation de stomatologie).

✓ Autres Examens à Effectuer

L'échographie abdominale et rénale a pour but de dépister une polykystose infra clinique, une tumeur rénale ou toute autre anomalie du parenchyme ou de l'appareil collecteur (rein unique, malformation ma-

• Scanner aorto-iliaque sans injection

Il donne des résultats équivalents pour l'appréciation des sténoses significatives sur le plan hémodynamique. Il est l'examen le plus performant pour mettre également en évidence les calcifications vasculaires.

• Echo doppler aorto-iliaque + TSA

Ce bilan cardiovasculaire est réalisé chez les patients présentant des facteurs de risque ou une anomalie de l'examen clinique. Une sténose de l'artère iliaque ou de l'aorte en amont du site de la greffe peut entraîner un défaut de perfusion du greffon. C'est un excellent examen de dépistage des défauts de débit vasculaire au niveau des artères iliaques.

jeure rénale ou excréto-urinaire). La découverte d'une lithiase vésiculaire nécessite souvent une cholécystectomie préalable.

Une radio pulmonaire, une consultation gynécologique et une mammographie chez la femme et un dosage de PSA chez l'homme sont également prévus.

Des antécédents d'ulcère gastroduodéal ou de maladie du gros intestin (diverticulite par ex.) nécessitent le plus souvent une évaluation par coloscopie ou fibroscopie gastrique.

2 – La Consultation Pré-Greffe

Ce rendez-vous est destiné à recueillir des informations sur l'état de santé du patient, sur sa motivation personnelle, à lui donner toutes les renseignements indispensables à la greffe, l'informer sur le type de donneur (donneur cadavérique, donneur vivant, don croisé, ABO incompatible, donneur décédé par arrêt cardiaque), à examiner tous les documents communiqués par son néphrologue (histoire médicale et différents examens préalables à la greffe déjà réalisés).

Déroulement Du Bilan :

Après la consultation avec le néphrologue de transplantation, la fin du bilan sera faite en une séance d'hôpital de jour (si possible).

- Bilan sanguin (sérologies, biologie, hémostase) ;
- Le groupage sanguin et tissulaire (2 prélèvements par 2 IDE différentes et à 2 moments différents) ;
- Consultation urologie ;
- Consultation anesthésie ;
- Consultation avec le psychologue ;
- Consultation avec l'IDE coordinatrice.

L'inscription sur la liste d'attente :

Le bilan est récupéré, remontré au néphrologue référent si nécessaire avant d'être présenté en réunion pluridisciplinaire. Le patient sera inscrit dans les plus brefs délais !

Un courrier est envoyé au patient, puis il reçoit une confirmation par l'Agence de Biomédecine. Un autre courrier est envoyé à son néphrologue référent.

3 – La Réactualisation du Bilan Pré-Greffe

Chez les patients en attente de greffe qui ont des facteurs de risque potentiellement évolutifs (par exemple une athéromateuse déjà significative), un bilan périodique (1 fois par an ou tous les 2 ans) sera proposé afin de s'assurer que la transplantation reste possible.

D'où la consultation de suivi dédiée à cette réévaluation périodique dans notre établissement.

Il peut aussi arriver qu'une complication sévère conduise à retirer temporairement un patient de la liste d'attente. Cette décision se prend en concertation avec le néphrologue traitant et l'équipe médico-chirurgicale de transplantation.

Pendant la période d'inscription en liste d'attente, une prise de sang est exigée tous les 3 mois pour la détermination des AC anti HLA dans le sérum.

4 - L'appel de Greffe

A tout instant, de jour comme de nuit, l'appel se fait par un médecin du service de néphrologie transplantation. De ce fait, il est impératif que les patients communiquent le plus de N° de téléphone possible afin que l'on soit sûr de les joindre.

**Dès l'appel de greffe, le patient devra rester à jeun
Et pour les démarches administratives il devra se munir :**

- *de sa carte vitale ;
- *de sa carte de mutuelle ;
- *de sa carte d'identité ;
- *des ordonnances de ses médicaments en cours ;
- *du formulaire E112 pour les personnes étrangères.



Le patient est accueilli dans le service GREFFES, situé au 2^{ème} étage du Pavillon P à l'Hôpital Edouard HERRIOT. Un prélèvement sanguin « préopératoire » ainsi que le « CROSS MATCH » (test pour confirmer la compatibilité avec le donneur qui peut durer 3 à 5 heures) sont réalisés ainsi que la radio pulmonaire, l'ECG., la prise de la température, de la TA et la pesée.

Le médecin examine le patient, lui pose des questions précises sur son état de santé depuis sa dernière consultation, vérifie tous les examens réalisés et confirme ou non la possibilité d'être greffé. Selon les résultats du bilan biologique, une séance de dialyse peut être organisée au 3^{ème} étage du même pavillon.

La préparation pour l'intervention comporte une douche avec shampoing avec un savon antiseptique (voire 2 selon délai du bloc) et un rasage avec une tondeuse chirurgicale. Le lit est refait à « blanc » et le patient revêt une chemise de l'hôpital

5 - L'intervention

Idéalement, une première greffe de rein est réalisée dans la fosse iliaque droite, en position basse rétro péritonéale.

- ✓ L'anastomose artérielle est faite sur l'artère iliaque externe ;
- ✓ L'anastomose veineuse est faite sur la veine iliaque externe ;
- ✓ L'uretère est réimplanté sur la vessie.

L'intervention dure environ 4 heures. En salle d'opération, l'anesthésiste pose une voie veineuse centrale qui restera en place environ 10 jours.

*Le drainage du greffon est assuré temporairement par 2 sondes.

Une sonde interne, appelée sonde double J passe dans l'uretère et relie le bassinet du rein à la vessie, protégeant ainsi la cicatrisation des sutures chirurgicales.

Une sonde externe, à demeure, placée dans la vessie par le canal de l'urètre relié à un sac collecteur.

Ces deux sondes sont enlevées très simplement :

- À J7 pour la sonde à demeure par une IDE dans la chambre ;
- À J10 pour la sonde double J par l'urologue en consultation d'urologie ;

*Pour drainer la plaie opératoire, un drain dit « redon » est placé durant l'intervention et sera enlevé au 3^{ème} jour post opératoire.

La plaie est fermée par des agrafes qui seront enlevées progressivement entre le 13^{ème} et le 15^{ème} jour post opératoire.

Le patient se réveille en salle de réveil pour retourner dans sa chambre dans le service GREFFES ou être muté directement en réanimation en fonction de ses antécédents cardio-vasculaires.

6 - La Surveillance Post Opératoire

En fonction de l'évolution de l'état de santé du patient, les surveillances auront lieu d'abord toutes les heures puis s'espaceront toutes les 2 heures, puis toutes les 4 heures...

Cette surveillance comprend :

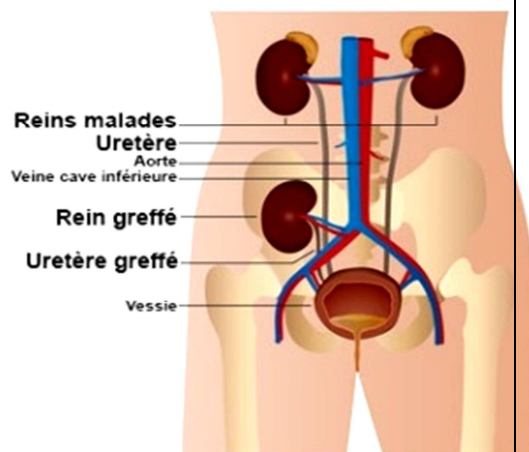
- *Prise de la TA, de la fréquence cardiaque ;
- *Contrôle de la diurèse par la SAD, du pansement et du redon ;
- *Surveillance de la biologie (ionogramme et NFP), de la FAV, de la VVC et du poids.

L'hospitalisation dure environ 2 semaines et la décision de sortie est prise par le médecin en fonction de la stabilité de la fonction rénale, de la compréhension de la prise médicamenteuse, des paramètres biologiques et cliniques à suivre.

7 - Le Suivi en Hôpital de Jour et en Consultation

Le patient sera suivi en hôpital de jour à raison de 2 séances par semaine le premier mois, une fois par semaine ensuite, puis les surveillances seront espacées en fonction de son état.

Greffe de rein



Puis les possibles hospitalisations de jour alterneront avec les consultations et permettront le suivi de son état général, l'évolution de la fonction du greffon, l'adaptation du traitement selon les résultats et effets secondaires.

Dès que la situation sera stabilisée, ce suivi se fera en alternance avec le néphrologue référent ou l'ancien centre de dialyse ainsi qu'avec le médecin généraliste. Il sera demandé au patient de suivre l'évolution de sa fonction rénale en notant les résultats de sa créatinine, de ses globules blancs ou leucocytes, de l'hémoglobine et des protéines dans les urines.

LE TRAITEMENT IMMUNOSUPPRESSEUR

Le système immunitaire constitué de cellules immunitaires (globules blancs avec les lymphocytes) est programmé pour nous protéger des différentes infections venant de l'extérieur (ou de l'intérieur) comme par exemple des infections bactériennes ou virales mais aussi contre toute cellule n'appartenant pas à notre propre corps (comme le rein greffé).

Le nouveau rein sera donc reconnu comme étranger d'un point de vue immunitaire pendant toute la vie du patient greffé.

Le but du traitement dit immunosuppresseur est d'empêcher ces cellules immunitaires de combattre, donc de rejeter le rein qui vient d'être transplanté.

Pour se prémunir du rejet, il est indispensable de poursuivre ce traitement TOUTE SA VIE !!!

Il existe plusieurs familles de médicaments immunosuppresseurs. Leur rôle est de faire accepter le greffon par le système immunitaire responsable de la défense de l'organisme. Ils agissent chacun à des niveaux différents sur les globules blancs.

✚ *Traitement à prendre à vie*

✚ *À prendre à heure fixe*

✚ *Interaction avec de nombreux autres médicaments y compris la phytothérapie, médecine chinoise*

✚ *Pour prévenir la variation sanguine des IS, avec le risque de rejet ou d'effets secondaires, ne jamais prendre de nouveaux médicaments sans l'avis des médecins du centre de transplantation*

✚ *La prise de pamplemousse (jus ou fruit) interfère avec les IS. Il augmente la concentration sanguine du médicament et ainsi augmente le risque de toxicité. Il est fortement déconseillé d'en consommer.*



COMPLICATIONS POSSIBLES DE LA GREFFE RENALE

Le rejet du rein : C'est une complication survenant chez 10 à 20% des patients. Un patient peut présenter un ou plusieurs épisodes de rejet. Ils sont exceptionnellement irréversibles. Le rejet est lié aux mécanismes naturels de défense de l'organisme. Il se traite par des corticoïdes en perfusion intraveineuse et en cas d'aggravation par du sérum anti lymphocytaire et/ou une modification du traitement d'entretien.

Les signes d'alerte +/- associés :

- ✓ Une augmentation de la créatinine (plus de 20% par rapport à la créatinine la plus basse) et de l'urée dans le sang ;
- ✓ Apparition ou augmentation d'albumine dans les urines ;
- ✓ Rein gros et douloureux ;
- ✓ Augmentation progressive du poids ;
- ✓ Baisse de la diurèse ;
- ✓ Fièvre ;
- ✓ Œdèmes des membres inférieurs.

Le diagnostic de rejet est confirmé par la ponction biopsie du greffon qui nécessite une hospitalisation de 48 h après avoir vérifié le bilan de coagulation. Cette ponction biopsie se fait sous AL et après repérage échographique. Les résultats obtenus en 24h permettent d'instaurer un traitement rapidement.

Les infections possibles : La prise du traitement immunosuppresseur, évidemment prévient les rejets, mais fragilise et rend vulnérable face aux différentes infections. Il faut savoir déceler les signes évocateurs d'une infection urinaire (brûlures en urinant, urines troubles, sang dans les urines, fièvre, ECBU +), d'un rhume, angine, bronchite (toux, rhinite, maux de gorge, fièvre), d'une infection dentaire (douleurs dentaires, abcès, fièvre), d'une infection à cytomégalovirus (fatigue intense, diarrhées, forte fièvre, diminution des globules blancs, +/- douleurs abdominales).

Les complications virales : Elles sont fréquentes et liées aux médicaments immunosuppresseurs.

L'herpès se reconnaît sous forme de petites lésions ou vésicules. Il se traite par un antiviral adapté et efficace comme le Zovirax ou le Zelitrex.

Le cytomégalovirus (CMV) se manifeste par une diminution des globules blancs et des plaquettes, parfois de la fièvre. Le diagnostic est confirmé par la recherche de CMV dans le sang. Le traitement est un antiviral, le Cymevan en IV pendant 10 à 15 jours, en fait jusqu'à la disparition du virus dans le sang.

Le pneumocystis carinii est responsable d'une infection pulmonaire grave. Un traitement préventif est débuté en post greffe, le Bactrim.

Les complications hématologiques : Certaines complications, rares, comme **le lymphome**, sont favorisées par le traitement immunosuppresseur. Elles répondent à la diminution du traitement immunosuppresseur et peuvent demander une modification de ce traitement.

Les complications carcinologiques : Le traitement immunosuppresseur augmente les risques de verrues et de cancers cutanés. La prévention de ces complications cutanées peut être assurée par des mesures simples de protection solaire, éviter les expositions au soleil, conseiller le port d'un chapeau et l'utilisation d'une crème écran total pendant les périodes ensoleillées. Une consultation de dermatologie est prévue chaque année.

ALIMENTATION :

En post greffe immédiat du 1^{er} au 7^{ème} jour : Comme pour toute intervention, on propose très vite un apport hydrique (eau, thé, bouillon...). Dès la reprise du transit intestinal, le patient pourra avoir une alimentation « légère » type « potage dessert » puis très vite un repas complet.

7^{ème} jour à environ 3 semaines : Ayant subi une intervention, l'organisme présente des besoins énergétiques et protidiques importants. D'autre part, le traitement immunosuppresseur associe une corticothérapie. Nous proposons donc au patient un apport calorique adapté à ses besoins en y associant une réduction des sucres rapides car les corticoïdes risquent chez certains patients d'augmenter la glycémie et un contrôle plus ou strict des apports en sel.

Attention le pamplemousse et le jus de pamplemousse sont interdits.

Au domicile : L'objectif est d'avoir une alimentation équilibrée et pour cela, un entretien avec la diététicienne est proposé à titre systématique 1 mois et 3 mois après la transplantation.

Afin de préserver la fonction rénale du greffon, l'apport protéique (de 0,8g à 1g de protéines par kg de poids) sera maîtrisé, l'apport de sel (6 à 8 g de sel par jour) sera contrôlé et une quantité de boisson suffisante sera maintenue sur prescription du néphrologue.

Des précautions pour éviter une contamination par les aliments sera évoquée c'est-à-dire éviter les produits fermiers au lait cru à pâte molle, les coquillages et les crustacés crus notamment.

LA GREFFE, UN TRAITEMENT PAS UNE GUERISON

Malgré tous les avantages démontrés, la greffe n'est pas une guérison.

Elle ne dure en général pas toute la vie. Il est fréquent que des malades soient greffés à plusieurs reprises, en alternant avec des périodes de dialyse.

Le traitement immunosuppresseur doit être respecté à la lettre et jamais interrompu, il est indispensable au bon fonctionnement du greffon.

Des complications parfois graves peuvent se produire, notamment en raison de ce traitement (augmentation du risque d'infections et de cancer, diabète, maladies cardio-vasculaires, etc.). Ces risques sont connus et renforcent la nécessité d'un suivi médical très régulier.

La greffe implique donc également un certain nombre de contraintes qui peuvent être plus ou moins bien acceptées. Elle bouleverse aussi d'une certaine manière les équilibres antérieurs, ce qui implique une élaboration psychologique.

Une greffe de donneur vivant donne les meilleures chances mais ce n'est pas une assurance tout risque. Il arrive, très rarement heureusement, que des échecs surviennent parfois de manière immédiate.

Evolution de la durée d'attente d'une greffe rénale



Période d'inscription	Nb patients inscrits	Médiane d'attente (mois)
1996-1999	8771	14,5
2000-2003	9430	16,6
2004-2007	12142	18,1
2008-2011	14768	22,3

Durée d'attente dans différents centres

Equipe	Effectif	Médiane (mois)*
Amiens	528	13,3
Angers	335	12,1
Bordeaux	910	17,2
Brest	323	13,0
Caen	396	10,8
Clermont-Ferrand	321	17,1
Créteil Henri Mondor	707	43,4
Dijon	307	15,0
Grenoble	674	22,9
Le Kremlin Bicêtre	780	34,3
Lille A. Calmette	954	18,6
Limoges	310	8,7
Lyon	972	26,7
Montpellier La Peyronie	814	21,8

Equipe	Effectif	Médiane (mois)*
Nancy	666	23,2
Paris Necker	1285	32,2
Paris Pitié-Salpêtrière	607	29,1
Paris Saint-Louis	890	47,0
Paris Tenon	652	52,2
Point-à-Pitre Abymes	281	35,6
Poitiers	422	7,4
Reims	393	21,6
Rouen	425	11,4
Saint-Etienne	433	11,0
Suresnes Foch	657	37,3
Toulouse Rangueil	869	18,9
Tours Bretonneau	750	13,9

Explications sur ces disparités

Le rein local :

Lorsqu'un centre de transplantation effectue également des prélèvements d'organes, sur les deux reins prélevés, le premier est attribué selon les règles de répartition en vigueur, tandis que le second reste acquis à l'équipe de greffe locale et donc transplanté à un des malades en attente dans l'hôpital.

Priorité nationale :

Pour les patients âgés de moins de 18 ans, patients inscrits en double transplantation (1ère greffe, non immunisés).

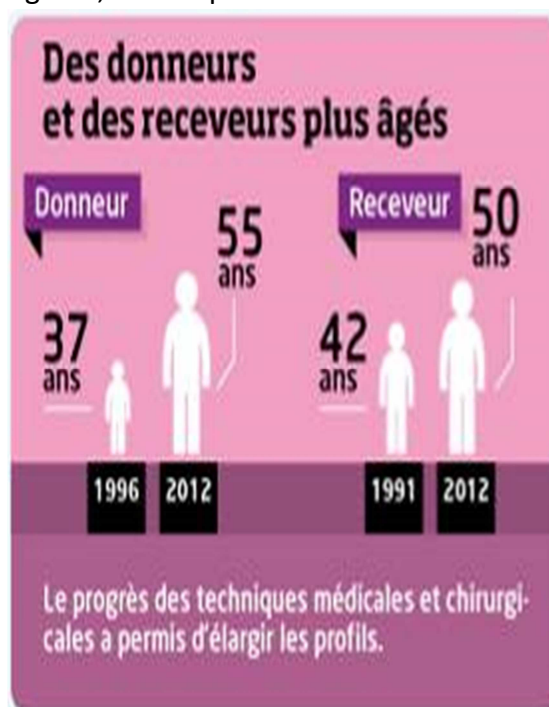
Le groupe sanguin :

Les patients de groupe B et O sont clairement défavorisés par rapport à ceux du groupe A et AB.

L'influence de l'âge :

Les patients jeunes (entre 18 et 45 ans) accèdent plus lentement à la greffe en France.

En effet, le vieillissement général de la population des donneurs, mais également des receveurs, peut à terme rendre l'accès à la greffe plus compliqué pour les patients de moins de 45 ans. L'accès à la greffe des patients de plus de 70 ans est également difficile, mais le frein se situe pour eux au niveau de l'inscription sur la liste d'attente. Une fois inscrits, ils sont assez souvent greffés rapidement.



Diabète et rein - Aspects nutritionnels

Céline Pasian, diététicienne-
Service de transplantation, néphrologie et immunologie.
CHU Edouard Herriot, Lyon

Un tiers des patients diabétiques présente une Maladie Rénale Chronique (MRC). Les objectifs diététiques diffèrent selon le stade de la MRC (dialyse ou non, transplantation), le profil nutritionnel (surpoids, obésité, dénutrition, obésité + dénutrition), le type de diabète (type 1 = normopondéré, type 2 = surpoids) et les pathologies associées. Le phénotype commun reste la prévention des maladies cardio-vasculaires, première cause de mortalité chez ces patients. Pour être efficace, le soin nutritionnel sera individualisé et mené de manière interdisciplinaire en associant diététique, thérapeutique et rééducation physique.

1- Objectifs suivant les stades de la Maladie Rénale Chronique



MRC pré-dialyse (DFG < 50 ml/min)

L'objectif est de préserver la fonction rénale afin de retarder la mise en dialyse.

La « **néphroprotection** » consiste à limiter **les protéines à 0.8 g/kg/jour** (NB : 0.6 à 0.8 g/kg/j chez le patient non diabétique) et le **sel à 6 g/jour**.

Ainsi, la protéinurie et l'urémie sont limitées, l'hyperfiltration évitée, le bilan lipidique amélioré et la phosphatémie diminuée.

MRC au stade de la dialyse

Le risque majeur est la **DENUTRITION** (perte per-dialytique d'acides aminés).

Le diabète accentue le risque de dénutrition avec une insulino-résistance et une inflammation chronique majorées ainsi qu'une masse musculaire plus affaiblie que celle des patients non diabétiques.

L'apport protéique est augmenté avec **1.1 à 1.3 g /kg/jour**.

Transplantation

L'objectif est de pallier le stress chirurgical (maintien de la masse musculaire, cicatrisation, limitation des infections) en augmentant les apports protéino-énergétiques (1.3 à 1.5 g de protéines /kg/j avec 30 à 35 kcal/kg/j) durant les premiers mois (1 à 3 mois).

Après convalescence, l'objectif est d'éviter une prise pondérale et les complications métaboliques (dyslipidémie, HTA, hyperglycémie) qui limitent la durée de vie du greffon. Les apports seront de **1 g de protéines/kg/j, 25 à 30 kcal/kg/j et 6 à 8 g de sel**.

★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★

Les recommandations varient suivant le stade de la maladie et le patient est amené à modifier plusieurs fois ses habitudes alimentaires.

★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★

2- Apport énergétique (à tous les stades de la MRC, sauf transplantation)

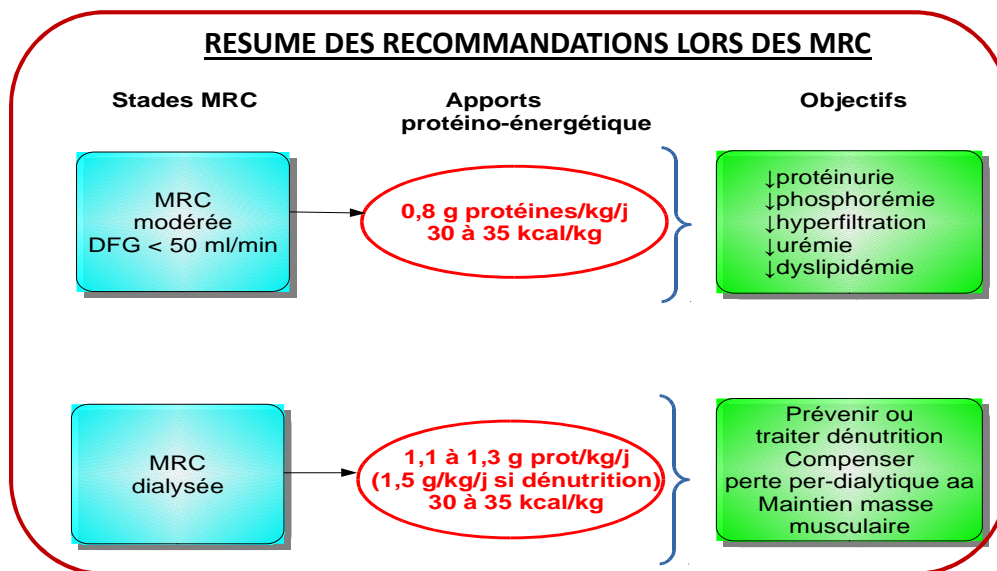
Des apports de **30 à 35 kcal/kg/jour** permettent d'assurer une balance azotée neutre, de maintenir la masse musculaire et de prévenir une dénutrition.

En cas d'obésité (IMC > 30 kg/m²), le poids ajusté est utilisé comme référence.

[Poids ajusté = poids idéal (formule de Lorentz) + 0.25 x (poids actuel – poids idéal*)].*

La recherche d'une perte pondérale (diabète de type 2) sera prudente et suivie par le médecin et le diététicien afin d'éviter une dénutrition et une perte de masse musculaire. Il existe un paradoxe entre un IMC augmenté et l'amélioration de la survie lors de la MRC. La cible sera principalement un ajustement des apports lipidiques.

RESUME DES RECOMMANDATIONS LORS DES MRC



3- Phénotype commun : prévention cardio-vasculaire

En cas de surpoids ou obésité les lipides seront réduits quantitativement.

Les apports qualitatifs seront optimisés avec :

- Acides Gras Saturés (AGS) < 10% de l'apport énergétique total ;
- Limitation les Acides Gras Poly-Insaturés trans (margarine hydrogénée, viennoiserie) et série n-6 (tournesol, maïs, noix) ;
- Favoriser n-3 (colza, poisson gras) et Acides Gras Mono-Insaturés (olive).

En pratique:

*limiter le beurre à 1 cuillère à soupe par jour (utiliser cru)
 Choisir les huiles d'olive, de colza et éventuellement des mélanges de 4 huiles,*

Eviter les huiles de palme et de coprah et les produits en contenant,

*Limiter les plats cuisinés et les charcuteries grasses,
 Consommer du poisson 2 fois par semaine.*

4- Sel : 6 g par jour

Le contrôle des apports sodés permet la régulation de l'HTA, évite la rétention hydrosodée, améliore l'effet hypertenseur des médicaments et diminue la protéinurie.

En pratique :

*Utiliser épices et aromates, produits frais ou surgelés,
 Limiter fromage et charcuterie,*

Ne pas utiliser sel de remplacement,

Utiliser les équivalences,

(1g de sel = 2 pincées de sel = 1 tranche de jambon = 40 g de fromage = 1/3 de baguette de pain = 80 g de quiche ou pizza = 5 olives = 6 huitres...).

5- Phosphore

En cas d'hyperphosphatémie (> 1.5 mmol/l), le phosphore alimentaire est limité à 800 mg/j.

Le contrôle de la phosphatémie prévient ou retarde l'apparition d'une hypocalcémie, l'hyperparathyroïdie secondaire et la calcification des tissus mous.

Le phosphore est principalement contenu dans les aliments riches en protéines (1 g de protéine = 13 mg P). Les équivalences et l'éviction des additifs phosphatés seront recommandées afin d'éviter une réduction protéique (stade dialyse) qui pourrait engendrer une dénutrition.

En pratique :

Repérer les additifs (phosphates de Na, K, Mg, acide phosphorique, phosphate tricalcique...), notamment présents dans les sodas, charcuteries, fromage, sauces,...

Privilégier les fromages frais (yaourt, fromage blanc, petits suisses, lait ½ écrémé),

Préférer les fromages à pâte molle (brie, camembert,

livarot, Saint Marcellin, mozzarella, feta) aux fromages à pâte dure,

Utiliser les équivalences pour les aliments riches en phosphore.

6- Potassium

L'hyperkaliémie peut être causée par la progression de la MRC, l'acidose, l'hyperglycémie ou un stress catabolique.

En cas d'hyperkaliémie (> 5.5 mmol/l) les apports alimentaires sont limités à **2000 mg/j**.

En pratique :

Privilégier les féculents les moins riches en potassium : riz, pâtes et semoule,

Utiliser les équivalences pour les aliments riches en potassium,

Cuire pommes de terre et légumes dans un grand volume d'eau (le potassium diffuse dans l'eau),

Consommer un légume cuit ou une portion de pomme de terre, un légume cru, un fruit cru et un fruit cuit sur une journée,

Ne pas utiliser de sel de potassium.

7- Dénutrition protéino-énergétique (DPE) dans les MRC

Le diabète accentue le risque de DPE.

Le dépistage de la dénutrition intègre des paramètres biologiques, anthropométriques, de composition corporelle ainsi que l'estimation des apports nutritionnels.

Le diagnostic de DPE est avéré lorsqu'un des critères est présent dans 3 des 4 groupes suivants.

Groupe 1 : biologie plasmatique	Albuminémie < 38 g/l (méthode au vert de bromocresol, < 35 g/l (par immunonéphélométrie) Transthyrélinémie (préalbuminémie) < 300 mg/l Cholestérolémie < 1 g/l
Groupe 2 : anthropométrie	IMC < 23 kg/m ² Perte de poids non intentionnelle > 5% en 3 mois ou 10% en 6 mois Pourcentage de masse grasse < 10%
Groupe 3 : masse musculaire	Diminution de l'aire musculaire > 10% par rapport au 50 ^{ème} percentile Perte de masse musculaire > 5% en 3 mois ou 10% en 6 mois Hémodialyse : diminution de la génération de créatine
Groupe 4 : apports nutritionnels	Apport protéique spontané < 0.8 g/kg/jour pendant plus de 2 mois (stade dialyse) et < 0.6 g/kg/j (stade pré-dialyse) Apport énergétique spontané < 25 kcal/kg/jour pendant plus de 2 mois

Traitement nutritionnel de la DPE

En cas de DPE (ou risque de DPE) et lorsque **les apports énergétiques sont > 20 kcal/kg/jour**, la prescription de **compléments nutritionnels oraux (CNO)** associée à un enrichissement protéino-énergétique des repas permet d'atteindre les cibles nutritionnelles (30 à 35 kcal/kg/j).

Les CNO avec un index glycémique faible (avec fibres) sont à privilégier.

Une adaptation du traitement est souvent indispensable (après avis de l'endocrinologue) en fonction du moment de la prise (notamment en cas de prise inter-prandiale avec par exemple la nécessité d'ajout d'une injection d'insuline).

Lorsque les **apports énergétiques sont < 20 kcal/kg/jour**, une nutrition artificielle doit être initiée. La **Nutrition Entérale (NE)** est la technique à privilégier puisqu'elle permet la trophicité du tube digestif, joue un

rôle de barrière immunitaire et comporte moins de risque notamment infectieux que la nutrition parentérale. La nutrition parentérale est indiquée seulement si la nutrition entérale est impossible.

Nutrition entérale

La réaction hyperglycémiant est variable d'un patient diabétique à l'autre (le recours à l'insuline est très fréquent).

La présence d'une gastroparésie ne doit pas être un frein à l'initiation d'une NE (utilisation de prokinétiques, adaptation du débit...).

Nutrition parentérale

L'effet glycémiant est plus important que la voie orale ou entérale.

L'insulinothérapie doit être adaptée par l'endocrinologue.

Conclusion

L'éducation nutritionnelle lors de la néphropathie diabétique est complexe. Les recommandations varient suivant le stade de la maladie et le patient est amené à modifier plusieurs fois ses habitudes alimentaires.

En cas de surpoids ou obésité (diabète de type 2), l'objectif d'une perte pondérale doit être prudent afin d'éviter une dénutrition. Les actions prioritaires viseront l'équilibre quantitatif et qualitatif des lipides ainsi que l'encouragement à une activité physique adaptée. Le risque de mortalité cardio-vasculaire est prépondérant.

Le diabète est un des facteurs de risque de dénutrition avec notamment une masse musculaire diminuée, une insulino-résistance et une inflammation chronique accrues. Il faut prêter une attention particulière au dépistage de la dénutrition et initier des actions de renutrition précoces et adaptées.

Nous devons donc accompagner le patient dans une démarche multimodale, créer un lien de confiance et individualiser les conseils en évitant toutes restrictions alimentaires inutiles.

Vie de l'association

Le stand SFD Paramédical, lors de la Journée d'automne à Lille en décembre, a rencontré un réel succès.

Véritable lieu de rencontre avec les membres de l'association, ce stand permet d'informer, sur les actions et missions de la SFD paramédical, tous les participants à nos formations.

Merci à Fanny, Annie, Nathalie, Neïla et Didier, membres du conseil d'administration pour leur investissement.



N'hésitez pas à participer à la vie de l'association.

N'oubliez pas de voter pour le renouvellement partiel 2015 du Conseil d'Administration.

Pensez à soumettre vos projets pour l'amélioration de la prise en charge du diabète, toute initiative est intéressante à développer et à partager !

RESUME DES RECOMMANDATIONS NUTRITIONNELLES

	Objectifs	Aspects pratiques
Energie	30 à 35 kcal/kg/ j (30 kcal/kg/j si âge > 60 ans)	Si IMC > 30 utiliser le poids ajusté pour le calcul
Protéines	0.8 g/kg /j (stades 3-4) <i>Estimation apport protéique</i> Iono urinaire 24h00 Protéines (g) = urée/5 1.1 à 1.3 g/ kg /j (dialyse) <i>Estimation apport protéique</i> Protéines (g/kg) = nPCR (mesure la génération de l'urée)	soit 1 portion viande ou équivalents/j <u>Equivalences</u> 100 g de viande = 100 g de volaille = 120 g de poisson = 2 œufs = 2 tranches de jambon. = 2 portions viande ou équivalents/j
Lipides	Prévention cardiovasculaire 10 % AGS Favoriser AGMI et oméga 3	Limitation graisses « cachées » (viennoiserie, plats cuisinés...) Limitation des graisses saturées (beurre, fromage, charcuterie) ++ Huiles olive, colza Poisson 2 x /semaine
Glucides	Equilibre glycémique HbA1c < 7 % (stade 3) HbA1c < 8 % (stade 4-5)	Equivalences (lipidiques et glucidiques) Adaptation traitements (néphrologue, endocrinologue)
Sel	6 g de NaCl /j <i>Estimation des apports :</i> Iono Urinaire 24h00 : NaCl (g) = sodium/17	Limitier aliments riches Equivalences (fromage, charcuterie, sel d'ajout) Pas de sel de K
Phosphore	800 mg/j si P >1.5 mmol/l	1 g protéine =13 mg Phosphore ↓Légumes secs, céréales complètes, fruits secs, fruits oléagineux... ↓Fromages pate cuite, crème gruyère =>Utiliser les équivalences Eviter les additifs phosphatés
Potassium	2000 mg/j si K > 5.5 mmol/l Stade dialyse, anurie	↓Légumes secs, céréales complètes, fruits oléagineux, fruits secs, potage, pomme de terre, banane, chocolat, sel dit de régime... =>Utiliser les équivalences 1 légume cuit /1 cru-1 fruit cuit /1 cru Conseils cuisson
Liquides	IRC terminale (ou œdèmes) 500 cc + diurèse résiduelle ou 750 cc si anurie	Limitier sel et sucre (stimulent la soif) Repérage des contenants (1 verre = 150 ml, 1 bol = 250 ml, 1 tasse à café = 50 ml...)

Réglette glycémique

Marie-Hélène Potteau, infirmière en diabétologie
CHR Orléans La Source

Prix du meilleur outil d'éducation SFD paramédical/Abbott

L'éducation thérapeutique vise l'autonomie (partielle ou complète) et doit pouvoir être au service de tous les patients. La population diabétique de type 2 non francophone, prise en charge dans notre service, se situe aux alentours de 35%. Il est essentiel d'être en mesure de répondre à leurs besoins éducatifs, de la même façon que pour les autres patients.

L'idée de la création d'un outil pédagogique, pour l'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 non francophones, m'est venue en raison de la difficulté à éduquer cette population. Le problème de communication dû à la barrière de la langue m'a permis d'élaborer un outil visuel dont nous ne disposions pas jusqu'alors.

Objectifs :

Cet outil permet de travailler la compréhension des patients, aussi bien au niveau de la conduite à tenir que de la cohérence des messages. Il permet aux infirmières, en diabétologie de passer la main au patient. Le patient va pouvoir visualiser ses glycémies hors normes. Il gagne, l'auto-surveillance glycémique à



travailler sur l'auto-surveillance glycémique de la connaissance qu'ils en ont en fonction de leurs valeurs glycémiques, et diététiciennes travailler la barrière de la langue en favorisant différents intervenants. Les objectifs glycémiques ainsi que les messages, en autonomie en passant de l'autocontrôle.

Public concerné :

Tous les patients présentant un diabète de type 2, mais plus particulièrement les patients non francophones, illettrés, rencontrant des problèmes de compréhension ou nécessitant un support visuel.

Description et Méthode d'utilisation de la réglette :

Le recto de la réglette regroupe des valeurs glycémiques de 30 mg/dl à 350 mg/dl, chacune associée à des conduites à tenir illustrées par des symboles.

Le patient est guidé grâce au curseur qui focalise les messages à retenir sous forme d'images et/ou de pictogrammes. Les données visibles dans le curseur permettent au patient d'associer immédiatement les attitudes qu'il doit adopter en fonction du chiffre du lecteur de glycémie.

On peut adapter les valeurs 70 mg/dl et/ou 180 mg/dl aux objectifs du patient en déplaçant le curseur central de la réglette.

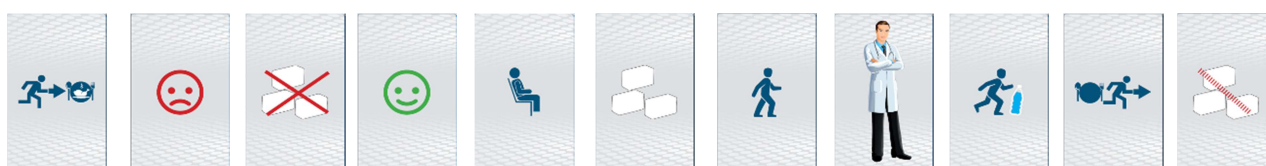
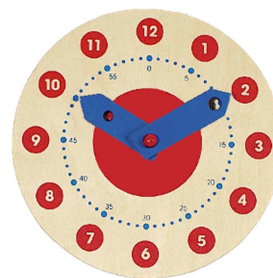


Afin que le patient puisse faire le rapprochement entre la glycémie affichée sur le lecteur ou sur le carnet, il est souhaitable de choisir les moments de réalisation de la glycémie en pré ou post prandial.

Si la glycémie dépasse la fourchette comprise entre 70mg/dl et 160 mg/dl, on déplacera le curseur sur les valeurs correspondantes pré ou post prandiales.

La réglette s'utilise de différentes manières selon les soignants mais toujours en s'adaptant au patient.

Une horloge avec aiguilles mobiles permet de bien déterminer le moment de la glycémie et complète les pictogrammes avant et après repas. Elle aide également à déterminer les horaires de repas des patients qui diffèrent bien souvent du rythme hospitalier.



Le verso de la réglette permet avec un jeu de 11 cartes reprenant les images et les pictogrammes utilisés au recto, d'évaluer les connaissances du patient et de les réajuster.

Le curseur est positionné sur une valeur glycémique, les cartes sont posées devant le patient. Celui-ci choisit celles qui correspondent à la valeur.

Suite à l'éducation réalisée en diabétologie, le patient peut repartir avec une réglette glycémique pour son usage personnel. Afin d'adapter l'outil, l'infirmière apposera une vignette autocollante rouge sur la valeur 70mg/dl et/ou une vignette autocollante verte sur la valeur 180 mg/dl si les objectifs diffèrent de ceux affichés sur la réglette.

Le patient va pouvoir, en toute quiétude, revenir sur les objectifs et valeurs glycémiques en dehors du milieu hospitalier et s'y référer dès qu'il en éprouvera le besoin.

Sa famille, son entourage et les différents intervenants médicaux vont pouvoir prendre connaissance des objectifs et de la conduite à tenir préconisés lors de l'hospitalisation.



Conclusion

La réglette glycémique a répondu à un besoin du service et des patients. C'est un outil pragmatique. L'utilisation répétée permet la mémorisation, elle-même favorisée par l'association nombre/image/pictogramme. Il s'inscrit dans une démarche ETP et reste donc adaptable aux besoins du patient.

Nous avons pu étendre l'usage de cet outil à d'autres patients nécessitant un temps d'assimilation et des méthodes éducatives différentes. La réglette a répondu au manque de visuel dans nos schémas éducatifs bien souvent basés sur l'échange oral.

Depuis son utilisation dans notre service de diabétologie, il apparaît comme une évidence dans l'éducation au quotidien.



Formation des professionnels sur la plaie du pied diabétique à Mayotte

Catherine Journot (Podologue, Toulouse) Ivano Mantovani (Infirmier, Monaco)

SFD Paramédical

A l'occasion de la journée nationale de prévention de la santé du pied, et après une première collaboration positive, le réseau RéDiabYlang 976 et la SFD Paramédical ont organisé une formation avec le soutien de l'ARS de Mayotte afin de poursuivre la sensibilisation des professionnels de santé déjà initiée en 2012.

Selon l'étude « Prévalence média » réalisée en 2008, 10,6 % de la population Mahoraise âgée de 30 à 69 ans est atteinte du diabète. En métropole, elle n'est que de 4 %.

Sur l'île, le diabète de type 2 est pris en charge par des médecins généralistes, faute de diabétologue.

Passant de 25 à 7 pour 1000 en 50 ans, le taux de mortalité bien qu'en régression, atteste de la précarité et des conditions de vie difficile pour une grande partie de la population. Même si les maladies transmissibles restent sur le devant de la scène, les maladies chroniques non transmissibles et notamment le diabète constituent une des préoccupations majeures des responsables sanitaires. L'arrivée récente d'un diabétologue sur l'île (Dr Dominique Rossi) s'inscrit dans une volonté réelle d'améliorer la prise en charge des diabétiques.



Située entre l'Afrique et Madagascar, l'île de Mayotte est devenue le 101e département français en 2011. Elle compte 186 000 habitants dont beaucoup de clandestins venus des autres îles. Bien que le niveau de vie s'améliore, une personne sur dix dispose de moins de 850 € par an. Très jeune, la population est âgée de 22 ans en moyenne. La conjoncture ainsi décrite explique en partie la difficulté de prise en charge des patients diabétiques.

Le réseau RéDiabYlang, Association loi 1901 créée en 2010, destiné à améliorer la qualité des soins aux patients

★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★
La prise en charge précoce d'un pied diabétique est primordiale, vu l'évolution des risques podologiques, et permettrait de réduire les amputations.

★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★
Pour suivre DiabYlang publics et la praticiens.

diabétiques, encourage les Mahorais à la pratique d'une activité physique et à un meilleur équilibre de leur alimentation. Le retour à une alimentation locale moins riche en graisse, une consommation plus importante de légumes constituent un rempart au caractère héréditaire de la maladie.

Depuis la lancée de l'arrivée d'un diabétologue sur l'île, le réseau RéDiabYlang et la SFD Paramédical se sont associés pour sensibiliser les pouvoirs publics et la population quant à la nécessité de compter un podologue parmi les praticiens.

Lors de l'arrivée de l'équipe sur place, il a été frappant de constater une réelle implication des médias locaux. Presse, télévision et radios ont ainsi relayé la formation auprès de la population.

De même, l'interview d'un chef religieux diabétique présente l'avantage d'ancrer l'intervention dans la culture locale afin d'opérer une meilleure sensibilisation. Le constat d'un grand intérêt médiatique retransmis à la population Mahoraise est encourageant car c'est grâce à une diffusion importante que la formation sera à même de porter ses fruits. En effet, le risque de blessures engendré par la diminution ou l'absence de la sensibilité liées à la maladie, favorise la surinfection qui amène souvent le patient à une amputation partielle ou complète du pied.

La présence d'un podologue sur l'île permettrait d'évaluer les risques, de mettre en place des soins de prévention et d'élaborer des orthèses et des prothèses pour améliorer la qualité de vie du patient à risque. Toutefois, l'accès aux soins semble un facteur limitant au traitement du pied diabétique. Ainsi, l'auto éducation des patients constitue un pilier fondamental du traitement de la maladie, d'autant plus dans une région à forte imprégnation religieuse. C'est dans ce contexte que s'inscrit l'intervention d'un soignant pratiquant la prise en charge des plaies dans un milieu hospitalier.

Parce qu'aucune éducation thérapeutique ne peut correctement être effectuée sans connaître les fondements de la maladie, la formation a commencé par la mise en évidence des risques fondamentaux du diabète de type 2 à travers la physiopathologie, le traitement et ses complications.

La dimension pratique étant au cœur de la collaboration entre la SFD Paramédical et le réseau Ré-DiabYlang 976, l'accent a particulièrement été mis sur l'utilisation des différents dispositifs et pansements selon le stade et la nature de la plaie.

En définitive, si une notion clé devait être soulignée parmi les conseils donnés, c'est bien celle de la « décharge » consistant dans la nécessité de décharger la plaie de toute pression. Si en métropole le concept de décharge ne soulève pas de difficultés, il n'en va pas de même sur l'île de Mayotte où l'accès aux soins n'est pas aisé. Le challenge de cette formation réside alors dans l'interaction entre tous les participants afin de trouver des solutions palliatives pour compenser le manque de moyens.

Cette expérience humaine particulièrement enrichissante pour une équipe de soignants en provenance de la métropole s'est achevée par une évaluation particulièrement positive.



alfediam
ASSOCIATION DE LANGUE
FRANÇAISE POUR L'ÉTUDE
DU DIABÈTE ET DES
MALADIES MÉTABOLIQUES
30 1985 - 2015...
ANS
francophone
du
diabète
Paramédical

Vie de l'association

Notre association aura 30 ans cette année
En effet la branche paramédicale de la SFD a commencé ses actions en 1985 et depuis elle n'a eu cesse de s'améliorer pour répondre aux missions qu'elle s'est fixées.

Evaluation de Journée d'automne SFD paramédical Lille 2015

Conseil Scientifique et Bureau de la SFD Paramédical
Justine Grégoire (membre Conseil Scientifique)

La journée d'Automne de la Société Francophone du Diabète Paramédical s'est déroulée cette année le **vendredi 5 décembre 2014 à Lille** au pôle de recherche de la faculté de médecine Henri Warembourg. Cette journée de formation et d'information était consacrée à un thème très sollicité : « **Diabète et Rein : regards croisés** ». Le Professeur Pierre FONTAINE, chef de service de diabétologie du CHRU de Lille, nous a fait l'honneur de présider cette journée.

Le programme scientifique de qualité a su séduire un large public de paramédicaux puisque nous avons enregistré **233 participants**. De par la proximité, 93 Belges et 2 Luxembourgeois ont fait le déplacement.

Une fois de plus la mixité paramédicale était à l'honneur. Infirmiers, diététiciens, podologues, cadre de santé dont la plupart exerce en institution, ont enrichi cette journée.

Les communications se sont déroulées dans un grand amphithéâtre sous l'œil bienveillant des « géants de Lille ». La pause et le déjeuner, qui cette année était servi sur place sous forme de buffet, ont eu lieu dans la partie centrale du pôle de recherche sous une magnifique verrière, permettant la poursuite des échanges et favorisant la rencontre entre professionnel.

Nous avons pu recueillir un nombre conséquent de questionnaires d'évaluation (133).



103 questionnaires de satisfaction rendus

	Non répondu	Très insatisfait	Insatisfait	Satisfait	Très satisfait
Accueil	1,0%	0,0%	1,0%	31,1%	67,0%
Information sur la journée	2,9%	0,0%	0,0%	33,0%	64,1%
Programme clair	1,9%	0,0%	1,0%	24,3%	72,8%
Inscription	6,8%	0,0%	1,0%	22,3%	69,9%
Organisation matérielle	1,9%	1,9%	4,9%	41,7%	49,5%
Exposition industrie et échanges	6,8%	0,0%	1,0%	46,6%	45,6%
Pauses	3,9%	0,0%	2,9%	45,6%	47,6%
Lieu de la journée	1,9%	3,9%	2,9%	40,8%	50,5%
Horaires	1,0%	1,9%	2,9%	34,0%	60,2%
Buffet / Restauration	1,9%	18,4%	24,3%	29,1%	26,2%
Satisfaction générale	4,9%	1,0%	5,8%	41,7%	46,6%

La satisfaction générale des participants est encourageante (**46.6% très satisfait, 41.7% satisfait**), conforté par la note générale de la journée de **8.1/10**.

Encore une fois, l'accueil, le programme, l'organisation matérielle et les horaires ont été bien notés puisque les appréciations « très satisfaisants » sont respectivement : **67, 73, 50 et 60%**.

Seuls bémols sur les conditions de travail (froid dans la salle) et sur la restauration (buffet pas assez copieux selon plusieurs personnes).

Concernant le programme, les orateurs ont su transmettre leur dynamisme grâce à des interventions aussi variées que captivantes.

« Regards croisés » faisait référence aux nombreux acteurs dans la prise en charge du patient diabétique avec complications rénales, tous représentés à cette journée : néphrologue, diabétologue, infirmier, diététicien, kinésithérapeute.

Les thèmes, la qualité et les orateurs de la matinée ont été très appréciés par l'ensemble des participants (**73.8, 71.8, 73.8%**). L'après-midi était consacrée à la pratique : néphropathie et traitement du diabète, aspect nutritionnel, activité physique. L'application pratique et l'adaptation aux échanges avec vos équipes ont été évaluées positivement : respectivement 40.8 et 41.7% de satisfaction.

Mr COULOMB, patient expert, a conclu cette journée par un témoignage émouvant et a su transmettre à toute la salle son vécu, son ressenti et son point de vue en qualité de patient. Tout comme l'année dernière, un jeu concours en partenariat avec les laboratoires et prestataires exposants a été organisé offrant au gagnant une prise en charge complète pour la journée d'automne 2015.

Malgré un fort ancrage de la SFD Paramédical, force est de constater que seuls **17.6%** des participants sont membres de l'association. Ce constat renforce la motivation de la SFD Paramédical de se faire connaître et de se développer grâce à des professionnels investis dans leur travail et permettre ainsi la reconnaissance de l'activité des paramédicaux dans le domaine des soins et de l'éducation des patients diabétiques.

L'organisation de rendez-vous de formation continue des paramédicaux telles que les journées d'automne mais également les congrès annuels sont l'une des missions de la SFD Paramédical.

Elle récompense également chaque année de nombreux projets novateurs, fruits du travail d'équipes dynamiques tels les meilleurs abstracts, les projets de recherche, le prix du meilleur outil éducatif...

N'hésitez pas à consulter régulièrement notre site internet (<http://sfdiabete.org/paramedical>) pour les appels à projet et toute l'actualité de l'association.



En majorité les participants sont des infirmier(es) qui exercent en institution.

Seuls 11,7% sont membres de la SFD paramédical.

Le lieu de la journée, l'accueil et le programme ont satisfait la majorité des participants.



La SFD Paramédical vous donne rendez-vous pour la prochaine
Journée d'Automne à Paris le 20 novembre 2015.





4^{ème} JETD : « Education thérapeutique 2.0 »
Venez le vendredi 29 mai 2015 à Paris
échanger avec nous
sur ces aspects passionnants.
SFD/SFD Paramédical



Helen Mosnier Pudar-Jocelyne Bertoglio

Société
francophone
du
diabète

Société
francophone
du
diabète
Paramédical

Le Web 2.0 avec sa simplicité d'utilisation et son interactivité est un nouveau « partenaire » dans la relation soignant- soigné. Au-delà de l'internet haut débit, les nouvelles technologies (smartphone, tablette, TV connectée...) deviennent des outils intéressants pour l'éducation thérapeutique sans oublier les objets connectés de santé, les plateformes mobiles de suivi ainsi que les forums, les réseaux sociaux, ... « **Education thérapeutique 2.0** » abordera le plan théorique et de multiples exemples de mise en application permettront de mieux comprendre cette douce révolution déjà en marche.

PROGRAMME

09h00 - 09h30	L'éducation thérapeutique au temps du web 2.0 PIERRE YVES BENHAMOU (GRENOBLE)
09h30 - 10h00	Outils connectés pour améliorer l'observance KEVIN DOLGIN – OBSERVIA (PARIS)
10h00 - 10h30	— Pause —
10h30 - 11h00	L'information numérique dans la relation thérapeutique COLETTE DAHAN (NICE)
11h00 - 11h30	Serious game ERIC SANCHEZ (GRENOBLE)
11h30 - 12h00	Comment prendre en compte les réseaux sociaux en ETP MARIE ANNICK DE BIASI (PARIS)
12h00 - 12h30	Table ronde Orateurs et patients
12h30 - 14:00	— Déjeuner —

EXPERIENCES DE TERRAIN

14:00 - 14:30	Base de connaissance : Indigo EQUIPE PARAMEDICAL (GRENOBLE)
14:30 - 15:00	Suivi connecté à distance : Protocole Educ@dom JACQUELINE DELAUNAY (TOULOUSE)
15:00 - 15:30	Serious Game en pédiatrie EQUIPE (CAEN)
15:30 - 16:00	— Pause —
16:00 - 16:30	Site patients « maman diabétiques » DELPHINE CALLOT (PARIS)
16:30 - 17:00	Serveur vocal (téléphone) SEBASTIEN FONTAINE (TOULOUSE)
17:00 - 17:30	Coaching en ligne Télénutrition BORIS HANSEL (PARIS)

Congrès SFD 2015 à Bordeaux

Jeudi 26 Mars 2015

Bordeaux

Salle Montesquieu – Hall 2

Le diabète au fil des ans

Ouverture : Jocelyne BERTOGLIO, Nice, Henri GIN, Bordeaux

Parcours de Soins

Modérateurs : Jean Doucet, Rouen

9h00 : Les enjeux de la 1ère consultation

Hélène HANAIRE, Toulouse

9h30 : Les objectifs de soins en secteur pédiatrique

Régis COUTANT, Angers

10h00 : Gériatrie : des critères revus à la baisse ?

Bernard BAUDUCEAU, Paris, Cécile DOIGNON, Diététicienne, Paris

10h30 Pause

Modérateurs : Maïté Cressot-Guiraud, Jacques Martini, Toulouse

11h00 : Dépistage des complications : bilan annuel

Vincent RIGALLEAU, Bordeaux, Frédéric DOMENGE, Podologue, Bordeaux

11h30 : Bourse ROCHE 2014

Programme d'Education Thérapeutique transversal et ambulatoire concernant les patients porteurs d'un risque cardio-vasculaire ou d'une maladie cardio-vasculaire

Audrey VANHOOREN, Infirmière, ASSON

Prix LILLY 2014

Diab'mouv, aujourd'hui je m'y mets

Sylvia HENRIQUES, Infirmière, Toulouse

12h00 : Les 30 ans de la SFD Paramédical

Parcours de Vie

Modérateurs : Martine Samper, Aix en Provence, Véronique Kerlan, Brest.

14h00 : Le passage de la pédiatrie au secteur adulte

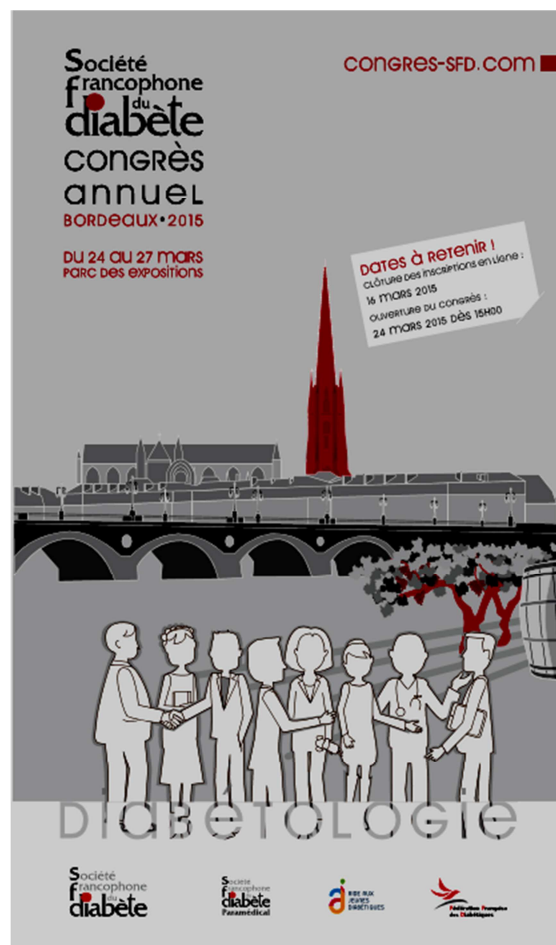
Nadia TUBIANA, Paris, Claudette ROCABOY, Psychologue, Paris

14h30 : L'impact social : la place des associations

Carole AVRIL, Fédération Française de Diabétiques, Paris

15h00 : L'évolution de l'offre de soins : mieux répondre aux besoins des patients

Philippe BARRIER, Philosophe, Paris



12h30- 13h45
Déjeuner débat
Lifescan /SFD paramédical

Glycémie capillaire
et
observance du patient DT2 :
un lien à revoir

Échanges professionnels, pratiques et recherches

Modérateurs : Emilie Bourcelot, Besançon, Chantal Godefroid, Bruxelles

15h30 : Référentiel Pied SFD Paramédical

Marie Louise GRUMBACH, Catherine JOURNOT, Podologues, Jacques MARTINI,

15H45 : Allocation Recherche 2013

Evaluation et analyse des déterminants cognitifs, socioculturels et psychologiques du comportement alimentaire de jeunes ayant un diabète en vue d'une amélioration des pratiques en éducation thérapeutique

Karine BARRE, Diététicienne, Toulouse

16h00 : Remise Prix

Bourse Roche 2015

Prix Lilly 2015

Prix du meilleur Poster

16h15 : Communications Orales

Prix meilleur abstract Lifescan 2015 :

Suivi éducatif de patients atteints de rétinopathie diabétique sévère traités dans un centre hospitalier d'ophtalmologie

Angélique Bresson, Infirmière, Paris

Prix Coup de cœur SFD Paramédical 2015

La fourniture de la chaussure de décharge pendant la consultation de pied diabétique réduit le risque d'aggravation des lésions du pied diabétique.

Marie Bouly, Infirmière, Corbeil Essonnes

Communication orale 3

Diabétopharma : un accompagnement innovant des pharmaciens d'officine pour leur formation à l'entretien individuel avec les patients diabétiques.

Frédérique Rousseau, Directrice de la Maison du Diabète et des Maladies Chroniques, Loos

Communication Orale 4

Un livret de recettes créé pour les patients suivis au Centre Spécialisé de l'Obésité Poitou-Charentes

Lélia Eprinchard, Diététicienne, Poitiers

Symposium

Mercredi 25 Mars 2015

Le coût du diabète en 2015: des recommandations aux contraintes économiques

Modérateurs : Caroline MARTINEAU, Serge HALIMI

Le point en 2015: convergence et divergence

Serge HALIMI, Grenoble

Le coût de l'épisode aigu: focus sur l'hypoglycémie

Patrice DARMON, Marseille

Comment adapter le soin aux contraintes économiques

Sylvaine CLAVEL, Le Creusot

Discussion et échanges

AGENDA

Mars

Congrès Francophone Annuel
de Diabétologie

S.F.D.

Bordeaux du 24 au 27 Mars 2015

<http://sfdiabete.org>

Mai

4ème JETD

Fédération Française de Football, 15ème
Paris 29 Mai 2015

<http://sfdiabete.org/>

Juin

53 ème Journées
d'Etudes de l'AFDN
Tours 11 au 13 Juin 2015

<http://afdn.org/>

Octobre

Congrès SFE
et Journée paramédicale
Angers 7 au 10 Octobre 2015
<https://SFE.org>

40ème Entretiens de Podologie
Paris 16 et 17 octobre 2015
<http://fnp-online.org>

28ème Salon Infirmier
Paris 14 au 16 Octobre 2015
<http://saloninfirmier.fr>

Novembre

Journée d'Automne
SFD Paramédical
Paris 20 novembre 2015
Espace Charenton
<http://sfdiabete.org>

Si vous souhaitez adhérer
à la SFD Paramédical
et profitez de ses publications
et formations

Allez sur le site :

<http://sfdiabete.org>

Accès paramédical

☞ Vie de l'association

☞ Devenir membre

Editée par SFD Paramédical

Centre d'affaires Emergence Opéra

5 rue du Helder 75009 Paris 01 40 09 89 07

www.sfdiabete.org

Responsable de Publication :

Jocelyne BERTOGLIO

Rédacteur en Chef : J.DELAUNAY

et le Conseil Scientifique de la
SFD Paramédical.

Merci aux relecteurs de cette édition

N.CARTIER, M.GUIRAUD, C.JOURNOT, M.SAMPER

Photos : Ivano MANTOVANI

*Tous les articles sont publiés
sous la responsabilité de leurs auteurs.*

N°61 – 2ème semestre 2014.

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



PRESTATAIRE DE SANTÉ À DOMICILE
homeperf

