

Editorial

Le congrès annuel 2013 de la SFD paramédical, qui s'est tenu à Montpellier et réunissant plus de 650 paramédicaux a rencontré un vif succès témoignant de l'intérêt porté à la thématique proposée « Au cœur du diabète : prise en charge des risques cardiovasculaires ». Depuis 5 ans maintenant, il est coutume que notre congrès soit précédé la veille d'un symposium. L'édition 2013 qui avait pour sujet « Le diabète autour du monde » a également contribué à la réussite de nos rencontres. Malgré les progrès technologiques, et les étapes franchies, force est de constater que certaines difficultés persistent encore dans la prise en charge des personnes diabétiques hors de nos frontières. Certaines de ces difficultés ont d'ailleurs été pointées par les différents orateurs.

S'occuper du diabète à l'autre bout du monde n'est pas toujours simple et nécessite adaptation et accompagnement. L'auditoire particulièrement attentif a pu ainsi pleinement réaliser l'importance du chemin qu'il reste encore à parcourir dans certains cas. Cependant le message à retenir est que tout reste possible pour les personnes diabétiques.

Une préparation adéquate et une bonne organisation logistique peuvent devenir d'excellents compagnons de voyage « autour de monde ». Le programme du jeudi a permis d'apporter de nouveaux éclairages sur la prise en charge des risques cardio-vasculaires et, nous l'espérons de nouvelles pistes de réflexion pour les paramédicaux mais aussi médecins présents dans la salle. Un grand merci à l'ensemble du Conseil Scientifique et plus particulièrement à sa présidente : Jacqueline Delaunay qui remplit avec énergie et originalité sa mission en nous proposant des sujets toujours d'actualité. Le congrès 2013 a également marqué la fin du mandat de présidente pour Michelle Joly, que nous remercions encore pour son implication et sa rigueur, durant toutes ces années. Elle rejoint le Conseil des Sages de la SFD paramédical qui réunit nos past présidentes : Marie-Laure Cottez, Danielle Durain, Odile Lautier, Caroline Martineau, Nathalie Masseboeuf et Florence Rossi. Merci au Comité Local d'Organisation de nous avoir accueilli au cœur de cette cité historiquement liée à la médecine.

Rendez-vous donc l'année prochaine à Paris du 11 au 14 mars 2014...

La Présidente de la SFD Paramédical,
Jocelyne Bertoglio.

Lettre n° 58

Sommaire

P.1

Editorial

P.2

Retour d'expérience : Formation des professionnels paramédicaux et médicaux de Mayotte

P.5

Améliorer l'encadrement de la prise en charge des enfants diabétiques de type 1 en milieu scolaire

P.7

Diabète Afrique : la fin d'un paradoxe

P.11

L'hypertension chez le patient diabétique

P.13

Adolescents avec un diabète de type 1 : Adaptation émotionnelle et suivi thérapeutique

P.15

SWITCH : Optimisation du contrôle métabolique avec une éducation thérapeutique intensive

P.17

Le diabète au Japon : de la high-tech à la prise en charge

P.19

Suivi post-sleeve gastrectomie : Les besoins nutritionnels sont loin d'être couverts pendant la première année

P.24

Agenda

Retour d'expérience : Formation des professionnels paramédicaux et médicaux de Mayotte

Bernard Bauduceau, Jocelyne Bertoglio, Sandra Charrière,
Michèle Joly, Christiane Mourrey

Faisant suite à une demande officielle de l'ARS auprès de la SFD paramédicale pour l'organisation d'une formation des professionnels de santé de l'île de Mayotte, une délégation composée de deux infirmières, de deux diététiciennes et d'un diabétologue s'est rendue dans ce département français de l'Océan indien au mois d'Avril 2012. Une première mission programmée au mois d'Octobre 2011 avait du être reportée en raison de graves troubles sociaux.

Un peu d'histoire et de géographie

L'île de Mayotte est située dans le canal du Mozambique entre l'Afrique et Madagascar. Elle fait partie de l'archipel des Comores mais contrairement aux trois autres îles, elle est devenue Française et est devenue le 101ème département en 2011. Elle est composée de deux îles entourées d'un lagon dont la plus petite accueille



l'aéroport. La surface globale est 376 km² (3 fois Paris intramuros) et compte 186 000 habitants dont beaucoup de clandestins venus des autres îles et notamment d'Anjouan.

La population est d'origine Bantou et de religion musulmane. Si le niveau de vie a presque doublé ces dernières années, les Mahorais restent globalement très pauvres, une personne sur dix disposant de moins de 850 Euros par an. La population est très jeune (âge moyen 22 ans) et le chômage bien qu'en régression atteignait un adulte sur quatre en 2011. L'habitat est précaire et l'île accueille les plus grands bidonvilles de France. Ces considérations sont essentielles à la compréhension de la difficulté de la prise en charge des diabétiques qui sont particulièrement nombreux (photographie 1).

Etat sanitaire

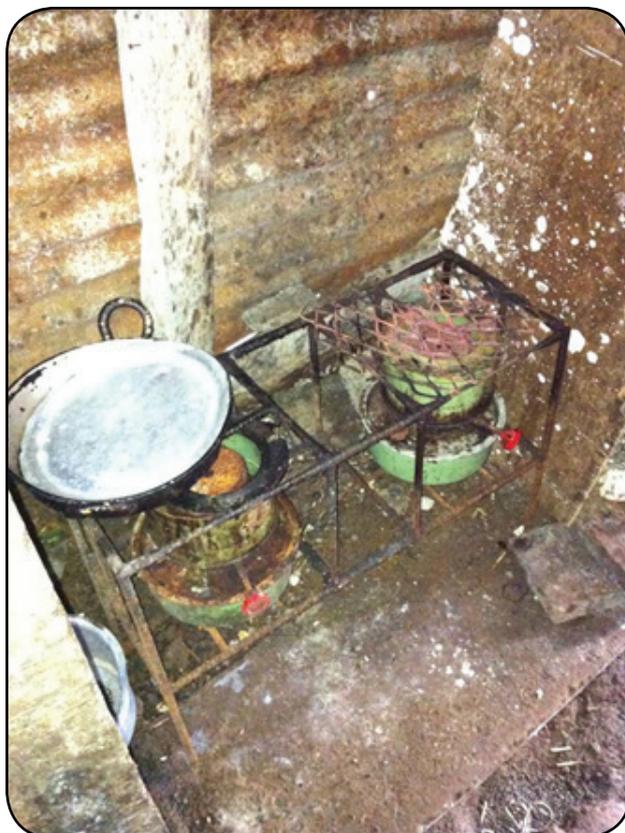
La précarité et les conditions de vie difficiles expliquent pour une grande partie l'état sanitaire qui demeure préoccupant en dépit de progrès incontestables puisque le taux de mortalité est passé de 25 à 7 pour 1000 en 50 ans. Les pathologies transmissibles par les moustiques (dengue, chikungunya et filariose) par l'eau (turista, choléra, typhoïde, hépatite A) ou interhumaine (tuberculose ou VIH : moins de 5% de la population) et la leptospirose demeurent à l'avant de la scène. Toutefois, les maladies chroniques non transmissibles et notamment le diabète constituent chaque jour davantage une préoccupation des responsables sanitaires.

Epidémiologie du diabète

Le diabète de type 2 est en effet particulièrement fréquent et sa prévalence se situe à 11% en seconde place après celle de la Réunion. Le surpoids et l'obésité expliquent cette fréquence du diabète. En effet, la moitié des hommes et 80% des femmes sont en surpoids ou obèses. Parmi les diabétiques, 79% des hommes et 94% des femmes sont en surpoids ou obèses. Le diabète est méconnu chez la moitié des malades et l'équilibre glycémique n'est pas obtenu chez 50% des malades traités. Ces faits expliquent la gravité de la maladie et de ses complications constatées.

Offre de soins

L'organisation des soins est sous la responsabilité de l'ARS comme en métropole. Un grand hôpital est situé dans la capitale à Mamoudzou et il existe une annexe sur petite terre. L'activité de cette structure est très importante puisqu'elle accueille notamment la plus grande maternité de France. Des dispensaires sont répartis sur l'ensemble des secteurs du département. Les soins ne sont plus gratuits dans le public depuis 2005 et les malades doivent présenter une carte de sécurité sociale ou régler des honoraires de 10 euros. Cette offre de soins est complétée par l'activité de médecins privés et par un réseau d'infirmières libérales. La prise en charge des diabétiques est assurée par ces différentes formations mais la coordination des soins paraît perfectible.



Le réseau RédiabYlang 976

C'est pour améliorer la qualité des soins destinés aux diabétiques que le réseau RédiabYlang 976 a été créé en 2010. Il s'agit d'une Association loi 1901 dont les objectifs sont de :

- Former les professionnels de santé
- Accompagner les patients dans leur parcours de soins
- Coordonner les professionnels de santé dans les relations ville-hôpital
- Recueillir des données statistiques et épidémiologiques

C'est à l'initiative de ce réseau, soutenue par l'ARS de Mayotte que la mission de formation de la SFD a pu se mettre en place.

Un déficit de formation des soignants en diabétologie

Il existe en effet une hétérogénéité très grande dans le niveau de connaissance des différents partenaires de soins en matière de diabète ainsi que cela est clairement apparu lors des séances de formation. Ce déficit est aggravé par le cloisonnement qui existe entre la ville et l'hôpital, le public et le privé ainsi qu'entre médecins et paramédicaux. Les objectifs de la mission de la SFD étaient donc de tenter d'améliorer cet état de fait :

- En réactualisant les connaissances
- En harmonisant les pratiques
- En sensibilisant et en orientant les soignants vers une prise en charge préventive
- En adaptant l'alimentation dans le respect des croyances et des habitudes culturelles.





Implication des médias

L'intérêt que porte la population sur le diabète est largement relayé par les médias qui ont fait une large place aux membres de la mission. C'est ainsi que la presse, la télévision et la radio se sont fait l'écho de cette formation ce qui a permis de mieux faire comprendre à la population mahoraise les enjeux du diabète, de ses complications et de sa prise en charge.

Déroulement de la formation SFD

Toutes les séances de la formation se sont déroulées dans les locaux du réseau et l'accueil réservé à la mission a été particulièrement amical et chaleureux. Cette formation a alterné pendant 3 jours des séances plénières et des ateliers pratiques très appréciés notamment pour ceux consacrés à la diététique (photographie 2). Ces journées ont été l'occasion d'échanges très riches sur le plan humain et professionnel. Le retour des participants a été favorable pour plus de 95 % d'entre eux. La volonté des soignants pour mieux prendre en charge les diabétiques est apparue comme une constante de ces journées. La motivation des infirmières libérales, souvent isolées et exerçant dans des conditions très difficiles ne peut que forcer l'admiration.

Face à ces points positifs indiscutables et à la satisfaction du devoir accompli par cette mission, force est de souligner un certain nombre de points négatifs. C'est ainsi que les membres de la SFD n'ont eu que très peu de contact avec l'ARS pourtant à l'origine du projet, aucun avec l'Hôpital et très peu avec les médecins qui prennent en charge les diabétiques. L'impression globale est un sentiment de manque de coordination des soins et des moyens. Il s'agit à l'évidence d'un département en souffrance en raison de la pauvreté et de l'insécurité expliquant que la durée de séjour des soignants n'excède pas quelques années. La mise en place de structures de soins destinées en particulier aux diabétiques s'avère donc aussi difficile que nécessaire.

Mais des points négatifs

Face à ces points positifs indiscutables et à la satisfaction du devoir accompli par cette mission, force est de souligner un certain nombre de points négatifs. C'est ainsi que les membres de la SFD n'ont eu que très peu de contact avec l'ARS pourtant à l'origine du projet, aucun avec l'Hôpital et très peu avec les médecins qui prennent en charge les diabétiques. L'impression globale est un sentiment de manque de coordination des soins et des moyens. Il s'agit à l'évidence d'un département en souffrance en raison de la pauvreté et de l'insécurité expliquant que la durée de séjour des soignants n'excède pas quelques années. La mise en place de structures de soins destinées en particulier aux diabétiques s'avère donc aussi difficile que nécessaire.

En conclusion

Les objectifs de cette mission ont été globalement accomplis mais le sentiment de tous est que beaucoup de travail reste à faire dans la formation des soignants et plus encore dans l'organisation des soins destinés à ces si nombreux malades. L'implication du réseau RédiabYlang 976 et la motivation des paramédicaux qui ont si bien accueilli cette mission sont une raison d'espérer pour une meilleure prise en charge du diabète dans ce département.



Améliorer l'encadrement de la prise en charge des enfants diabétiques de type 1 en milieu scolaire

Prix Lifescan du meilleur abstract

Agnès Desserprix, Le Creusot

C'est en écoutant les récits éprouvants des enfants diabétiques de type I et de leurs parents lors de séances d'éducation que nous avons réfléchi à comment améliorer la prise en charge de ces derniers en milieu scolaire et extra extrascolaire.

Nous avons pu entendre :

F. 5 ans : « je dois aller dans le couloir pendant l'anniversaire de ma copine »

Ses parents « nous avons demandé à ce qu'elle puisse participer aux goûters la directrice nous a répondu qu'elle avait déjà eu un enfant diabétique en classe, et que pour son bien elle ne devrait pas manger en dehors des repas ».

A. 12 ans : « En cours de gym (bâtiment excentré du collège) j'avais 5 g, j'ai demandé à monter à la vie scolaire pour vérifier l'acétone, mon prof m'a répondu « cours si t'es haute faut faire baisser ».

T.9 ans « tu ne partiras pas en voyage scolaire puisque tu as ton diabète et que tes parents ne peuvent pas venir ».

L. 13ans « J'ai pas envie d'être obligé de me resucrer à l'infirmerie, l'infirmière est souvent absente de l'infirmerie ».

Ces exemples illustrent certaines des différentes situations d'exclusion et de discrimination que peuvent subir les enfants diabétiques ;

Leurs parents y sont donc confrontés par la même occasion avec toutes les répercussions psychologiques que cela implique, la communication entre eux et les encadrants en est quelque fois compliquée et les enseignants demandent souvent la possibilité de pouvoir joindre les parents à tout moment.

Nous avons souhaité rencontrer les médecins et infirmières scolaires pour faire un état des lieux de leurs propres difficultés.

Ils ont souligné leurs difficultés à être omniprésents sur le terrain compte tenu du secteur dont ils sont référents, leurs difficultés à être qualifiés dans les nouveaux modes de traitement du diabète de type 1.

Enfin nous avons fait le point avec les enseignants, leurs difficultés au quotidien étant la peur de se tromper, la nécessité de se référer à un protocole qui quelque fois n'est pas établi dès la reprise des cours, le manque de connaissances médicales spécifiques et de lien avec le milieu médical.

Suite à cet état des lieux nous avons proposé :

Une formation aux médecins et infirmières scolaires s'articulant en trois phases :

- Cours théorique sur le diabète de type 1
- Présentation pratique des différents modes de traitement
- Partage de difficultés

La participation d'une infirmière spécialisée en diabétologie à l'élaboration du PAI demandé par les parents, pour définir le rôle de chacun et les conduites à tenir dans des situations précises.

Cette démarche se compose ainsi :

- Un entretien avec l'enfant et les parents afin de cibler les difficultés rencontrées jusqu'alors, de déterminer la composition de la trousse de secours devant être mise à disposition à l'école, et d'organiser le rendez vous en veillant à n'oublier aucun professionnel.
- Un déplacement sur site pour élaborer le PAI : document ciblant des situations délicates comme l'hypoglycémie, l'hypoglycémie sévère, les activités sportives ou encore les repas ou collations ; pour proposer une mise en situation pratique d'injection d'insuline, de glucagon et, ou de prélèvements capillaires ; pour laisser à disposition des documents écrits et souligner les numéros utiles.
- Une synthèse avec l'élaboration de documents personnalisés.
- Une évaluation de cette collaboration.

Nous avons participé en 2009/2010 à 8 PAI, en 2010/2011 à 12 PAI, en 2011/2012 à 21PAI et en 2012/2013 à 16PAI, et rencontré 220 professionnels comme des enseignants d'écoles élémentaires, de collège ;des ATSEM , des animateurs, des assistantes sociales, des agents de restauration, des éducateurs, des animateurs... la liste se diversifie et s'allonge au fur et à mesure des différentes actions.

Quelques résultats :

100% des parents répondent favorablement à la participation aux PAI, aux démonstrations faites aux accueillants, à l'amélioration de leur relation avec ces derniers, aux réponses à leurs inquiétudes et soulignent l'intérêt de rassurer.

87% des professionnels répondent favorablement à la présence et la collaboration de l'infirmière spécialisée en diabétologie lors de l'élaboration du PAI, à la démonstration technique du matériel, au fait d'être joignable 24H/24 et sont friands de documents écrits (documents personnalisés, question / réponses, BD ...)

66% sont satisfaits de l'apport sur des connaissances générales.

Notamment le savoir faire en cas:

- d'hypoglycémies : satisfaction 97 %
- hyperglycémies : satisfaction 94%
- de repas/gouter : satisfaction : 93%
- de sport : satisfaction 93%.

96% déclarent être moins inquiets et plus sereins après l'intervention de l'infirmière et le sentiment d'isolement disparaît à 98%.

Et ce qui illustre mieux le résultat de cette collaboration ce sont les mots des enfants :

J.15 ans : « Carte postale de Venise avec les copines c'est génial »

N.13 ans : « Merci pour l'aménagement aux épreuves du Brevet »

F.10 ans : « je vais partir en voyage une semaine sans maman ! »

Recevoir le prix du meilleur abstract va nous permettre de poursuivre cette collaboration et de finaliser un projet d'amélioration des synthèses imagées et personnalisées

Diabète Afrique : la fin d'un paradoxe

Stéphane Besançon – Directeur de l'ONG Santé Diabète

Le paradoxe ?

Lorsque l'on écrivait le livre « Diabète Afrique » avec le Dr Ramayia diabétologue de Tanzanie, nous avons réfléchi sur cette question du paradoxe autour du diabète en Afrique. A cette époque nous écrivions sur cette question « Le paradoxe autour du diabète en Afrique est causé par les images de l'Afrique véhiculées par les médias et les grandes ONG où l'Afrique est présentée comme un bout de brousse où tous les problèmes alimentaires renvoient aux images d'adultes aux visages creusés, vieilliss avant l'âge, et d'enfants décharnés aux ventres ballonnés ».



© Gil Corre

avec 395 millions de personnes vivant dans des zones urbaines (40%). En 2050, la population totale des villes africaines passera à 1,23 milliards d'habitants représentant 60% de la population. L'urbanisation galopante entraîne une modification des modes de vie avec une forte augmentation de la sédentarité.

Une transition nutritionnelle : qui se caractérise par une augmentation de la consommation de graisses, de sucres et de produits d'origine animale.

Ces changements de mode de vie expliquent l'explosion du surpoids et de l'obésité en cours sur le continent, entraînant une transition des formes de malnutrition, de la sous-nutrition vers la surnutrition. Les problèmes de nutrition dépassant aujourd'hui les problèmes de surpoids.

Ils expliquent aussi la transition épidémiologique que vit aujourd'hui l'Afrique, du fardeau des maladies transmissibles à celui des maladies non transmissibles.

Pour ce qui concerne le diabète, l'Afrique sub-saharienne compte déjà plus de 14 millions de personnes atteintes de diabète soit 4,3% de la population adulte. Elles seront 28 millions en 2030, avec un quasi doublement de la prévalence en 20 ans. Il ne faut pas oublier que la région a le plus haut pourcentage de diabète non diagnostiqué dans le monde (81%).

La fin d'un paradoxeMais il apparaît de nouveaux paradoxes : des millions de patients diabétiques font face à des systèmes de santé qui ne sont pas en mesure de les prendre en charge.

Pourtant la situation réelle est très loin de ce cliché. Aujourd'hui, l'Afrique est un continent qui connaît une forte croissance économique, un important développement et qui par conséquent fait face à 3 grands défis.

Une augmentation de l'espérance de vie et donc de l'âge des populations : l'espérance de vie moyenne en Afrique subsaharienne est passée de 44 ans en 1970, à 52 ans aujourd'hui. Cette augmentation accroît d'année en année le nombre de personnes présentes dans les classes d'âge où se développent le plus le diabète.

Une urbanisation galopante : en 2009, l'Afrique dépassait le milliard d'habitants

Une expertise menée par l'ONG Santé Diabète en 2004 au Mali, en collaboration avec l'International Insulin Foundation, montrait une situation catastrophique pour la prise en charge des personnes atteintes de diabète :

- Seulement 2 médecins consultant les diabétiques (1 diabétologue et 1 endocrinologue), qui exerçaient dans 3 structures nationales situées dans la capitale Bamako.
- Manque de matériel adéquat (lecteurs de glycémie, bandelettes ...) qui entraînait un retard de diagnostic des patients et rendait le suivi de ces patients difficile.
- Régulièrement des médicaments n'étaient pas disponibles dans les structures publiques (ruptures).
- Si disponibles à un prix trop élevé pour les patients (salaire moyen de 50 euros) :
 - 10 euros pour un flacon d'insuline
 - 5 euros pour un mois d'antidiabétiques oraux.
- Hémoglobine glyquée disponible que dans un seul laboratoire privé de la capitale Bamako (15 euros l'analyse soit 30% du salaire moyen).
- Moins de 10 patients diabétiques de type 1 étaient suivis avec une espérance de vie de 1 an après le dépistage.
- Pas de programme spécifique de prévention et pas de programme spécifique d'ETP.



© Gil Corre

La faiblesse des possibilités de prise en charge entraînait des fréquences de complications très hautes, faisant du diabète la 1ère cause de mise sous dialyse, la 1ère cause d'amputation non traumatique, la 1ère cause de cécité et le décès de 90% des enfants diabétiques de type 1 moins d'un an après le diagnostic. Face à cette situation intolérable, Santé Diabète a décidé de mettre en place un programme structurant pour prendre en compte ces différents enjeux. Santé Diabète qui est une organisation non gouvernementale (ONG) française créée en 2001 qui est la première ONG internationale travaillant sur le renforcement des systèmes de santé pour la prévention et la prise en charge du diabète en Afrique.

A travers une méthodologie innovante l'ONG a agi à 4 niveaux :

- Le renforcement des ressources humaines.
 - Assurer la référence au plus haut niveau (hôpitaux nationaux).
 - Assurer la prise en charge et la référence au niveau secondaire.
 - Assurer le dépistage et la référence au niveau primaire.
- L'accès aux médicaments.
 - Assurer la disponibilité nationale et locale.
 - Assurer l'accessibilité géographique et financière.
- Le renforcement des plateaux techniques et des bilans biologiques.
 - Plateau technique pour dépistage et prise en charge du diabète (lecteur de glycémie, tensiomètre, toise, balance, registre etc...).
- Equipement de toutes les consultations diabète des communes de Bamako et des hôpitaux régionaux pour réaliser la mesure de l'Hba1c .



© Olivier Hébrard



©Olivier Hébrard

Plateau technique complémentaire pour quelques complications du diabète (kits pied diabétique, ophtalmoscope ...) et le diabète gestationnel.

- Le Développement de programmes de prévention et d'éducation thérapeutique.
- L'appui à la structuration des associations de patients diabétiques.

En quelques années, ce travail a bouleversé la prise en charge des patients diabétiques du Mali comme le montre la situation de la prise en charge du diabète à la fin de l'année 2012 :

- Un service d'endocrinologie et de diabétologie renforcé (hôpital national du Mali).
- 22 consultations diabète ouvertes dans 7 régions du Mali et le district de Bamako, prenant en charge plus de 10 000 patients (avant la crise).
- Disponibilité pour chacune des consultations diabète du matériel d'analyse, du matériel d'éducation et du médicament.
- Formation de 22 médecins référents diabète pour les différentes régions du pays.
- Formation de 557 médecins et paramédicaux (infirmiers, sage femmes ...) dans les autres structures sanitaires.

- Disponibilité pour chacune des consultations diabète du matériel d'analyse, du matériel d'éducation et du médicament.
- Baisse des prix de l'insuline de 48% et prix des ADO en moyenne divisés par 10.
- Mise en place d'un programme spécifique sur la prise en charge du pied diabétique.
- Prise en charge de 160 enfants diabétiques.
- Mise en place d'un programme de prévention et d'éducation thérapeutique.
- Création d'une fédération nationale des patients diabétiques et d'une vingtaine d'associations locales.

La fin d'un paradoxe ... mais il apparaît de nouveaux paradoxes: en cas de crise, le diabète n'est pas une urgence humanitaire.

Le Mali a connu un coup d'état le 22 mars 2012, suivi de l'occupation des régions nord du pays, puis d'une guerre depuis le mois de janvier 2013. Ces troubles ont eu de lourdes conséquences sur le système de santé dans les régions occupées du nord du pays :

- Fuite des ressources humaines.
- Plus de capacités d'analyses des laboratoires, d'accès aux médicaments.
- Un grand nombre de patients se déplacés au sud :
 - Augmentation des comas diabétiques
 - Augmentation des pieds diabétiques

Dès le mois d'avril 2012, la réponse humanitaire massive s'est mise en place. Cependant, aucune structure que ce soit les Nations Unies (OCHA) ou les ONG urgentistes, n'ont inclus le diabète dans leur réponse. Les patients diabétiques se sont retrouvés en quelques jours sans accès à leurs médicaments et aux professionnels de santé.



©Olivier Hébrard



©Olivier Hébrard

districts de la région de Mopti) par la fourniture trimestrielle de tous les intrants nécessaires (bandelettes, insuline, ADO, ...) pour les patients de ces zones (2000 patients depuis une année).

3. Mise en place sur ces zones de Kits d'urgence coma diabétiques et pieds diabétiques (60 pieds sauvés et 10 comas).

4. Prise en charge de 120 patients diabétiques déplacés des régions nord dans les régions du sud.

5. Positionnement de kits d'urgence pour CHU de Bamako et Mopti (urgences déplacées).

Ce travail montre bien que le diabète est aujourd'hui une réalité en Afrique et les résultats obtenus au Mali démontrent qu'il est possible:

- d'obtenir des résultats importants pour les patients diabétiques tout en renforçant les systèmes de santé
- d'inclure la prise en charge du diabète dans les contextes d'urgence humanitaire.

Face à cette situation intolérable, l'ONG Santé Diabète, qui normalement est une ONG de développement, a mis en place dès le mois d'avril 2012 une réponse humanitaire pour les patients diabétiques qui est toujours en cours.

Cette réponse a été mise en œuvre avec 4 axes :

1. Evacuation des enfants diabétiques type 1 du Nord vers Bamako.

2. Réponse dans les 4 régions occupées (région de Tombouctou, Gao, Kidal et trois



Soutenir l'ONG Santé Diabète et faire un don pour l'urgence au Mali :

Contact:

ONG Santé diabète

17 avenue malherbe – 38100 Grenoble (France)

Tel : 0033624518269 - E-mail: contact@santediabete.org

Site web: www.santediabete.org

Don par internet : <http://www.santediabete.org/fr/nous-soutenir>

L'hypertension chez le patient diabétique

Olivier Dupuy , Elise Hamon,

Service d'Endocrinologie et Maladies métaboliques HIA Bégin 94160 Saint-Mandé

Dans la population générale, l'hypertension artérielle est assurément délétère : le risque d'AVC ou d'infarctus s'élève parallèlement avec le niveau de PA et le niveau de preuve est très élevé entre l'élévation de la PA et le risque cardio-vasculaire (RCV). L'étude MRFIT (1), qui a inclus plus de 350 000 hommes, suivis pendant une dizaine d'année sur le continent Nord Américain, a permis de situer le niveau de risque des principaux facteurs de risque cardio-vasculaires (FRCV).

La différence entre non diabétiques et diabétiques est ici flagrante, avec une mortalité croissante selon l'élévation de la PAS, environ 3 fois plus importante chez les diabétiques et ceci permet de comprendre pourquoi le diabétique est considéré comme un patient à très haut risque cardio-vasculaire.

La première étude d'intervention « contemporaine » et surtout « favorable » chez le diabétique de type 2, fut l'UKPDS (2), rapportée en 1998, montrant notamment l'efficacité d'une stratégie invasive en matière de contrôle de la PA. Ce bénéfice reste précaire car tout relâchement en matière de contrôle de la PA se solde par une perte du bénéfice ainsi que l'a démontré le suivi à 10 ans de cette grande étude (3). Il n'y a pas de mémoire tensionnelle, par opposition à la mémoire glycémique.

C'est cette même année, en 2008, que les grandes études prospectives confirmèrent tout l'intérêt d'une stratégie de contrôle strict de la PA chez le diabétique de type 2. ADVANCE (4) avec son bras PA trouve une baisse du risque relatif de mortalité de 14 % entre groupe intensif et groupe standard pour une différence de PA moyenne de 5,6/2,2 mm Hg en fin d'étude. Dans l'étude ACCORD PA (5) la réduction des événements cardiovasculaires est très marquée, en partie parce que les chiffres cibles de PA ont été respectés !

Un gain très net a donc été établi, prouvé, entre la baisse de la PA et la réduction du nombre d'évènements cardio-vasculaires.

Le contrôle de la PA est donc devenu une priorité chez nos patients diabétiques de type 2. Deux questions se posent alors : quelles cibles de PA ? Comment y arriver ?

La cible en matière de PA fait l'objet de débats répétés. Si l'on s'accorde sur une valeur de PA délétère au-delà de 140/90 (6), et sur les risques que l'on fait courir en de ça de 110/70, le niveau de pression où doivent se situer des patients particuliers tels que les diabétiques, les diabétiques coronariens et/ou néphropathes, ne peut être affirmé car les études d'intervention n'ont pas clairement répondu à cette question.

Mais la vérité se trouve à coup sûr entre ces valeurs. Le consensus pour le diabétique de type 2 se situe donc autour des valeurs fournies par les études d'intervention et que chaque praticien se doit de transposer avec intelligence chez son propre patient...

Les études de terrain ont démontré depuis des décennies la faiblesse de nos stratégies en terme de traitement de l'HTA : l'observance est médiocre, y compris dans des populations spécifiques qui devraient être particulièrement motivées, comme dans les quelques mois suivant un événement coronarien et l'étude EUROASPIRE (7) dans sa nouvelle version attendue en 2013 ne devrait pas déroger à ce constat.

Aussi la promotion de l'auto-surveillance tensionnelle s'est elle développée après avoir été validée par de nombreuses études cliniques et fortement encouragée par les sociétés savantes (6).

A côté de la mesure clinique de la PA dont on connaît les faux positifs, des techniques dynamap réservées aux structures hospitalières et de la Mesure Ambulatoire de la PA sur 24 heures, l'auto mesure est une méthode simple, d'un apprentissage facile et qui va rendre de nombreux services pour le diagnostic et surtout pour l'adaptation du traitement.

Mais l'éducation du patient reste indispensable, les conditions de recueil et le report de toutes les mesures de PA et de la fréquence cardiaque sont des conditions non négociables pour permettre une appréciation fiable et juste des valeurs fournies.

Comme l'automesure glycémique, le diabétique peut donc aujourd'hui utiliser des outils de mesure de PA fiables, validés et très utiles d'autant plus intéressants que le rôle pronostique de l'HTA chez le patient diabétique est majeur. Une fois encore, l'éducation thérapeutique apparaît comme un élément central de la prise en charge des maladies chroniques comme le sont l'HTA et le diabète et permettent d'espérer de substantiels progrès dans la prise en charge de l'HTA chez le patient diabétique.

Références

1. Stamler J, Diabetes Care 1993;16:434-44
2. UK Prospective Diabetes Study, BMJ 1998;317:703-13.
3. Holman RR N Engl J Med 2008;359:1565-76
4. The Advance Collaborative Group, Lancet 2007;370:928-40
5. ACCORD Study Group, N Engl J Med. 2010;362:1575-85
6. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. www.sfhta.org
7. Kotseva K, EUROASPIRE Study Group. Lancet. 2009;373:929-40

Dans le cadre de notre partenariat avec l'Association Française des Diététiciens Nutritionnistes, la SFD Paramédical était présente aux 51^e Journées d'Etudes de l'AFDN qui se sont tenues au Corum, à Montpellier du 30 mai au 1er juin 2013.

Notre stand a reçu la visite de nombreux congressistes avec lesquels nous avons pu échanger sur les missions de formations de la SFD paramédical, les publications en lien avec la nutrition, nos projets et en particulier la réactualisation du référentiel de Bonnes Pratiques du Diabète de type 2 chez l'adulte en partenariat avec l'AFDN.

Le rendez vous est d'ores et déjà pris pour l'année prochaine à Marseille.

Adolescents avec un diabète de type 1 : Adaptation émotionnelle et suivi thérapeutique

Teresa Gyuriga Perez - Infirmière clinicienne et infirmière cheffe
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne, SUISSE

Problématique

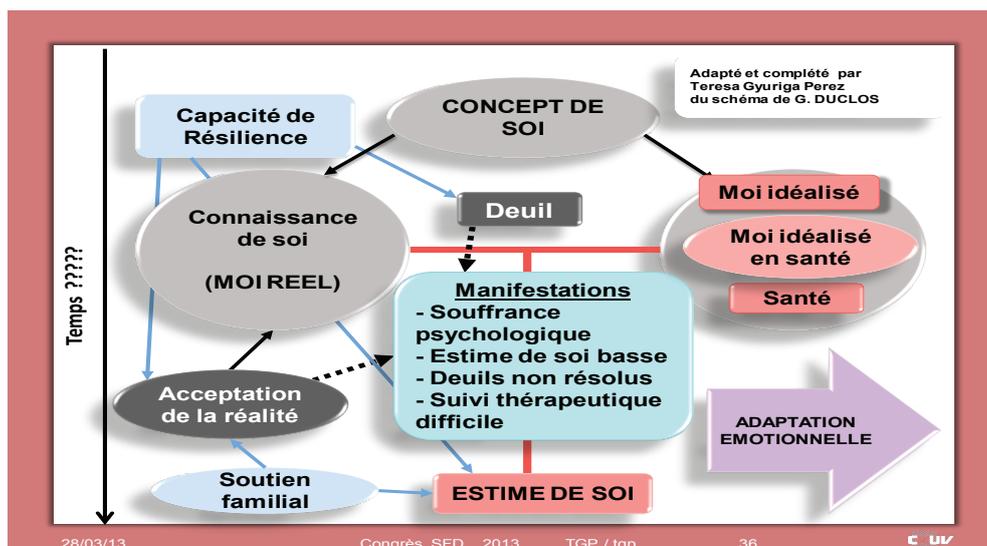
L'équipe pluridisciplinaire de la Division d'Endocrinologie Diabétologie et Obésité Pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) de Lausanne en Suisse suit notamment 220 patients avec un diabète de type 1 et leur famille dont 102 adolescents de 14 ans - 20 ans.

Ce que nous avons pu observer est que certains adolescents avec un diabète type 1, par le fait de se sentir différents, ont peur d'être rejetés ou stigmatisés. Cela peut les amener à négliger leur traitement pour ne pas être vus.

En effet, la crainte d'être différents des autres adolescents de leur âge ou le fait de se sentir différents est souvent une souffrance commune. Bien sûr, tous ne sont pas affectés de la même manière et avec les mêmes conséquences. Un contexte psychosocial dysfonctionnel peut péjorer la situation.

Exploration

Une synthèse de littérature ainsi que l'approfondissement des concepts d'estime de soi et de deuil ont fait émerger un nouveau concept, celui de l'adaptation émotionnelle, détaillé ci-dessous :



L'estime de soi est le sentiment résultant de la comparaison entre ce que nous sommes ou ce que nous croyons être (connaissance de soi, moi réel) et ce que nous aimerions ou pourrions être (moi idéalisé).

L'adolescent voudrait se plaire à lui-même sur le plan physique et psychique en devenant conforme à un "moi idéalisé".

Pour un adolescent avec un diabète de type 1, nous pourrions parler de deux deuils différents :

o Le deuil qu'un adolescent doit faire quand il compare ce qu'il est à ce qu'il aimerait être (moi idéalisé), comme tout autre adolescent

o Le deuil qu'un adolescent avec un diabète de type 1 doit faire quand il se compare à un adolescent en santé. En quelque sorte, cela peut se synthétiser en deuil du "Moi idéalisé en santé".

Tout cela met en évidence l'importance de faire un deuil sain de ce "moi idéalisé". Faire un deuil qui permette à l'adolescent de s'accepter tel qu'il est et ainsi maintenir son estime de soi. Dans cette problématique le concept de deuil est lié à l'estime de soi.

L'adolescent ne doit pas seulement faire le deuil de ce qu'il n'est pas ou aurait perdu, il doit également accepter la réalité. S'il ne le fait pas, il peut en découler une souffrance psychologique qui se traduit par une perturbation de l'estime de soi, des deuils non résolus et une difficulté dans le suivi thérapeutique. Les bases de sécurités

(tels que la famille, les amis, les figures d'autorité, etc..) et la capacité de résilience sont des facteurs qui peuvent influencer de manière positive le processus de deuil et l'acceptation de cette nouvelle réalité. Toutefois, logiquement, leur manque pourrait avoir une influence négative sur le processus.

Nous voyons que cette problématique implique un processus plus vaste que l'estime de soi, que je vais appeler adaptation émotionnelle : cette dernière comprend l'acceptation de la réalité, résoudre certains deuils et vivre les émotions correspondantes.

Or nous constatons que l'adaptation émotionnelle est souvent évaluée de manière informelle par l'équipe infirmière.

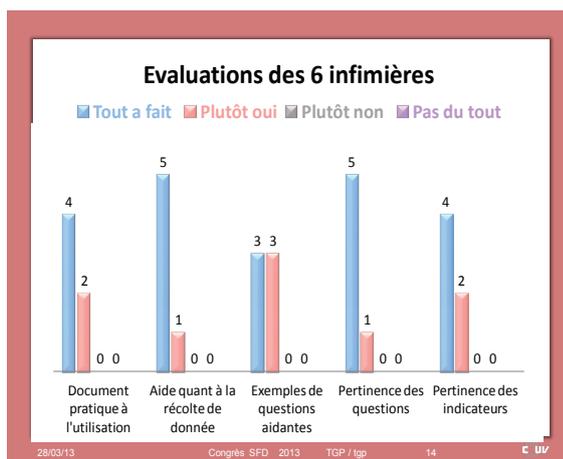
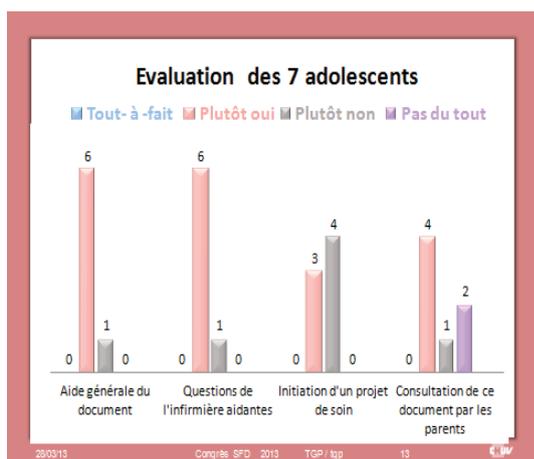
Création d'un document de référence

Cela nous a amené à la création d'un document de référence, rempli par l'adolescent en présence de l'infirmière. Ce document comprend :

- 3 volets
- 38 indicateurs adaptés à la compréhension de l'adolescent tirés des différents concepts étudiés et de l'expérience
- Des exemples de questions ouvertes posées par l'infirmière pour investiguer les indicateurs
- Les indicateurs sont quantifiés au moyen d'une échelle de mesure de type Lickert de 0-6 qui va d'un pôle plutôt négatif à un pôle plutôt positif

Volet 1 : Adaptation au diabète et au traitement	Volet 2 : Vie sociale et vie future en lien avec le diabète	Volet 3 : Deuil et estime de soi
Indicateurs	14 Indicateurs	14 Indicateurs
Thèmes : -Prévenir ouvertement de son diabète -Autonomie -Engagement pour le traitement -Qualité de vie -Résolution de problèmes -Présentations	Thèmes : -Relations d'amitié, familiales -Vie amoureuse -Motivation à l'école -Sport ou hobby -Projets d'avenir -Conduites à risque lors de sorties	Thèmes : -Emotions -Pensées limitantes -Confiance -Résilience -Connaissance de soi -Estime de soi -Deuils, pertes en lien avec le diabète

Ce document a été testé durant une période de deux mois auprès de 7 adolescents : 4 filles, 3 garçons, âge médian 16 ans (14 ans- 20 ans), années de diabète médianes 8 années (2-13 années) et auprès de 6 infirmières issues de l'équipe pluridisciplinaire.



Conclusion

Dans l'ensemble ce document est une aide pour les adolescents et les professionnels. Pour certains adolescents, cela a permis de mettre en évidence qu'ils n'acceptaient pas la maladie, de prendre conscience qu'il y avait des domaines qu'ils n'avaient pas résolus et la nécessité d'en changer.

Pour les infirmières, ce document sert de grille d'entretien, rend le patient actif pendant l'entrevue et permet d'ouvrir la discussion de manière structurée. Ce recueil de donnée structuré, permet de poser un projet de soin infirmier à partir des problématiques mises en évidence et permet une traçabilité de ce soin relationnel.

SWITCH : Optimisation du contrôle métabolique avec une éducation thérapeutique intensive

Yasmina Rayane – Muriel Fichelle Clinique Pédiatrique Luxembourg

Au nom de : Tadej Battelino, MD, Ignacio Conget, MD, Birthe Olsen, MD, Ingrid Schütz-Fuhrmann, MD, Eva Hommel, MD, Roel Hoogma, MD, Ulrike Schierloh, MD, Nicoletta Sulli, MD, Jan Bolinder, MD, et le groupe d'étude SWITCH

Il y a une proportion de sujets traités par pompe dont les objectifs pour un bon contrôle métabolique ne sont pas atteints.

La mesure du glucose en temps réel en continu (CGM) permet aux patients atteints de DT1 de vérifier continuellement leur glycémie, au moyen d'un capteur sous-cutané, d'un transmetteur et d'un receveur. Les utilisateurs peuvent donc analyser les tendances glycémiques.

Plusieurs études ont démontré l'effet bénéfique de la mesure du glucose en temps réel en continu (CGM) combinée avec la thérapie par pompe à insuline.

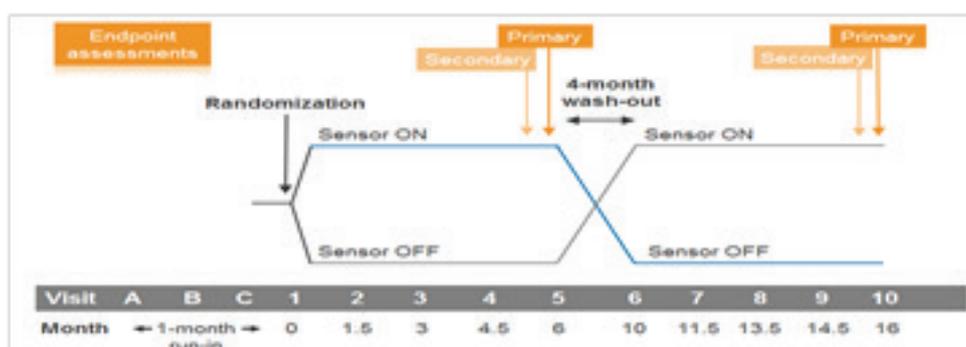
L'étude SWITCH (Sensing With Insulin pump Therapy to Control HbA1c) est la première étude croisée, randomisée et contrôlée, qui a évalué l'impact de la CGM chez 153 patients atteints de DT1 (72 enfants, 81 adultes) qui avaient un contrôle métabolique inadéquat, malgré leur traitement par pompe.

L'objectif de l'étude était évaluer l'efficacité:

- sur le contrôle métabolique, ainsi que le bénéfice sur la qualité de vie des patients atteints de DT1, grâce à l'association de la mesure du glucose en continu (MGC) et de la thérapie par pompe à insuline

- des professionnels en éducation

L'étude a été menée dans 8 centres européens. La durée totale de l'étude était de 17 mois, incluant une période de pré-inclusion et de formation ainsi que deux périodes de traitement de 6 mois, séparées par une période de sevrage thérapeutique de 4 mois.

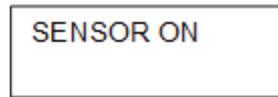




Pendant la période où le capteur n'était pas activé (sensor off), les participants devaient quand même porter un appareil de MCG GUARDIAN à l'insu.



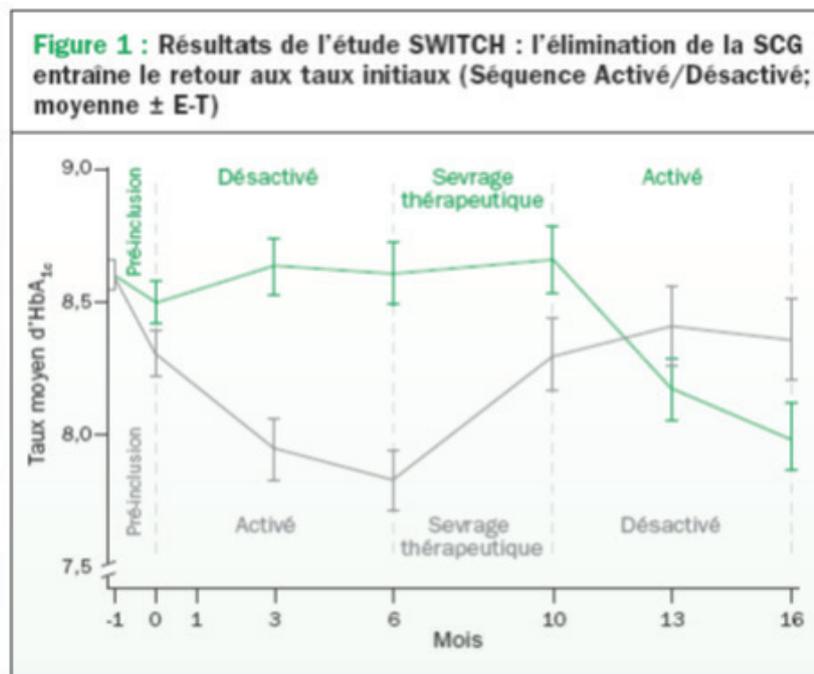
SENSOR OFF



SENSOR ON

Le critère principal d'analyse des résultats était l'HbA1c.

L'étude a démontré une diminution de l'HbA1c chez des patients ayant un contrôle métabolique sous-optimal (-0,43%). Mais l'arrêt de l'utilisation du capteur après la 1er séquence a entraîné le retour des taux d'HbA1c aux niveaux initiaux lors de la 2ème séquence.



SCG = surveillance continue de la glycémie; ET = écart type; Hb = hémoglobine
Battelino T, et coll. *Pediatric Diabetes*. 2011;12 (suppl. 15):30.

Les autres résultats ont prouvé une réduction significative du temps passé en hypoglycémie (<70mg/dl). Durant la séquence sensor ON les différentes fonctions de la pompe à insuline ont été plus utilisées et on note une diminution du nombre de glycémies capillaires. Une augmentation de la satisfaction vis à vis du traitement est constatée chez les adultes, tandis que la qualité de vie des enfants reste inchangée, toutefois il y a une diminution de l'absentéisme scolaire. Les appels téléphoniques chez les enfants étaient beaucoup plus nombreux pour la 1er séquence ON/OFF ce qui est la conséquence du temps d'apprentissage nécessaire aux équipes assurant la formation pour devenir plus expertes afin d'aider le patient avec son nouveau traitement. Cette expérience acquise par le personnel soignant lors de la première séquence de l'étude a donc permis un transfert plus efficace des compétences au cours de la deuxième séquence et ainsi obtenir une baisse d'HbA1c plus rapide. En conclusion SWITCH a permis de mettre en évidence la nécessité de la formation des formateurs qui est un avantage supplémentaire pour la conduite de projets de recherche en milieu hospitalier car plus le personnel est expert plus le patient en bénéficie.

Le diabète au Japon : de la high-tech à la prise en charge

Lucile DI MEO

Hôpital d'Instruction des Armées Bégin, Saint Mandé

Le Japon, 128 millions d'habitants dont un tiers a plus de 65 ans, est un pays au niveau de vie élevé, à la pointe de la technologie et dont la population a la réputation d'être disciplinée et observante. Modernité et discipline, le paradis pour les docteurs et les patients sur le plan du diabète semble-t-il ! Faisons un tour de la situation japonaise.

Le Japon compte selon le Ministère de la santé Japonais, 8,9 millions de diabétiques et 13,2 millions de personnes à risque. Chaque année, environ 14 000 nouveaux patients diabétiques sont pris en charge en dialyse, 3 000 sont amputés et 3 500 perdent la vue. L'incidence du diabète chez l'enfant est faible mais 80% d'entre eux sont atteints de diabète de type 2 et 83,7% de ces jeunes diabétiques sont obèses. A l'instar des autres pays développés, le taux d'obésité dans la population est également en constante augmentation. Ainsi, 30% des hommes sont considérés comme obèses, mais il convient de noter que les enquêtes gouvernementales se basent toutes sur un IMC supérieur à 25 kg/m² et ne différencient donc pas surpoids et obésité. La majoration des dépenses de santé publique est une des conséquences de l'augmentation de la prévalence des maladies métaboliques. Tout comme la France, le gouvernement a mis en place des politiques de santé publique pour améliorer cette situation, en promulguant deux lois depuis le début des années 2000. L'une d'elle concerne l'Education Alimentaire (Shokuiku kihon hô 2005). En effet, les habitudes alimentaires japonaises ont fortement changé depuis la fin du XIX^{ème} siècle, introduisant notamment la consommation de viande qui faisait jusqu'alors l'objet d'un interdit religieux et celle de produits laitiers. Cette loi encourage un retour à une « alimentation traditionnelle », sans vraiment en donner une définition précise. Elle est néanmoins souvent caractérisée par un bol de riz, un poisson grillé, quelques petits légumes marinés appelé tsukemono et une soupe miso. Cette politique, mise en place en collaboration avec trois ministères (l'Education, la Santé et l'Economie) incite également à consommer des produits locaux dans un effort de soutien à l'économie, ce qui manque de réalisme puisque le Japon n'est autosuffisant qu'à 40% sur le plan alimentaire.



Bien qu'il existe de nombreuses sociétés ou groupes d'études, la Société Japonaise du Diabète (SJD) est la principale société savante concernée par le sujet. Elle s'attache à définir les bonnes pratiques japonaises. Ainsi, la SJD a fixé l'objectif optimal de l'équilibre glycémique à une HbA_{1c} à 6,5% (6,2%-6,9%), si bien qu'un patient dont l'HbA_{1c} est à 7% est considéré comme mal équilibré. L'Association Japonaise des Diabétiques, ou nittokyo a une action essentiellement d'information et d'éducation, notamment à travers sa revue mensuelle Sakae. Elle a eu un rôle très actif dans la lutte pour le droit à l'auto-injection d'insuline de 1961 à 1981. En effet, lors de création de l'assurance sociale en 1951, l'auto-injection d'insuline était omise dans les textes et devenait alors un « geste d'urgence ou une auto-mutilation ». Il faudra 20 ans de lutte pour faire reconnaître le droit à l'auto-injection par les patients, et cette technique reste limitée au patient ou à la famille.

Sur le plan des traitements, il n'existe pas de différence avec la France. Les mêmes classes médicamenteuses sont disponibles qu'il s'agisse des antidiabétiques oraux, des insulines ou des analogues du GLP-1. Les insulines sont

utilisables sous forme de stylos jetables ou rechargeables. Un grand choix de lecteurs est également disponible sur le marché. En revanche, les pompes sont très peu répandues et seul le laboratoire Medtronic est présent sur le territoire japonais.



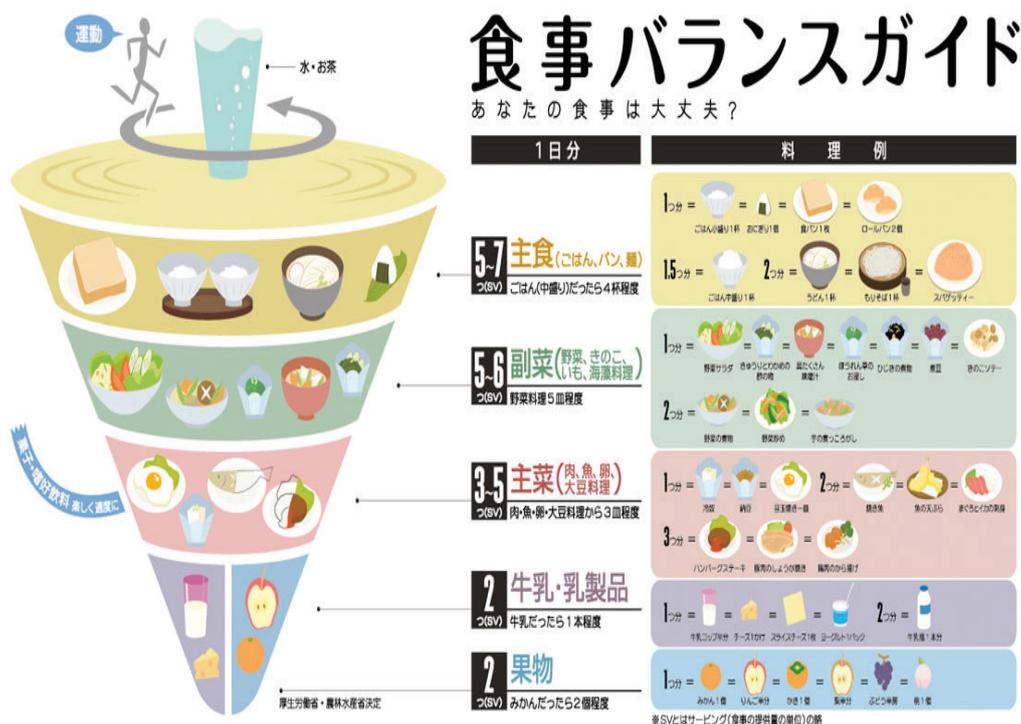
En ce qui concerne l'assurance sociale, elle prend en charge 70% du coût des traitements et les bénéficiaires de l'aide sociale sont soignés gratuitement. Toutefois, le reste à charge peut être important pour beaucoup de malades. Ainsi, un diabétique de type 1 garde à sa charge entre 100 et 200 euros tous les mois. L'auto-contrôle glycémique n'est remboursé que pour les patients sous insuline.

Enfin, les diabétiques doivent consulter chaque mois leur médecin car une des spécificités du Japon fait que les ordonnances n'ont une validité que de 4 jours et ne sont pas renouvelables.

En conclusion, le Japon a fait le choix d'une politique de prévention primaire en axant

ses objectifs sur une amélioration des habitudes de vie. L'espoir des autorités est de mettre un frein à l'épidémie de diabète et d'obésité et ainsi de réduire les dépenses de santé. Pour l'avenir, le risque est que l'augmentation de la charge financière pèsera sur les malades nécessitant des soins importants. Ainsi, le Japon ne s'avance-t-il pas ainsi vers une sélection par l'argent de la qualité de soins ?

Cet éclairage sur le diabète au Japon, nous amène à nous interroger sur les pratiques dans notre pays et constater que la prise en charge du diabète n'est pas si mauvaise en France et qu'il convient de s'en réjouir.



Suivi post-sleeve gastrectomie : Les besoins nutritionnels sont loin d'être couverts pendant la première année

Clément C., Molines L., Chaix F., Berthet B., Raccach D., Darmon P.

CHU La Timone, Marseille

Introduction

(Référence : Haute Autorité de Santé. Recommandation professionnelle 2009. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte).

Parmi les différentes prises en charge de l'obésité sévère ou massive, le recours à la chirurgie bariatrique occupe une place de plus en plus importante ces dernières années. Plusieurs techniques sont utilisées en chirurgie, elles reposent sur deux grands principes : la première technique est fondée sur la restriction gastrique en diminuant le volume alimentaire par réduction de la capacité gastrique, il s'agit de la gastroplastie verticale calibrée (GVC), l'anneau gastrique ajustable (AGA) et la sleeve gastrectomy ou gastrectomie longitudinale (GL), l'autre dite « mixte » associant restriction gastrique et malabsorption intestinale, il s'agit du by-pass gastrique (BPG) et la dérivation biliopancréatique (DBP).

La gastrectomie longitudinale gagne peu à peu du terrain par rapport au by-pass, notamment en raison du faible risque supposé de carences nutritionnelles avec cette chirurgie restrictive. Il existe pourtant peu d'études documentant précisément le statut nutritionnel après gastrectomie longitudinale.

Travail personnel

1 - Objectif de l'étude

Dans le but d'améliorer nos pratiques professionnelles dans la prise en charge des patients suivis dans notre service après gastrectomie longitudinale, nous avons souhaité étudier le statut nutritionnel en vitamines, minéraux et éléments traces de ces patients.

2 - Matériel et méthode

Nous avons mené une étude rétrospective portant sur 51 patients consécutifs opérés d'une gastrectomie longitudinale par le même chirurgien dans le service de Chirurgie Viscérale et Digestive de l'Hôpital de la Timone entre janvier 2009 et décembre 2010.

Tous ces patients ont bénéficié d'un suivi pré- et post-opératoire dans le service de Nutrition, Endocrinologie et Maladies Métaboliques du l'hôpital Sainte-Marguerite du Pr Raccach à Marseille.

A chaque visite (M0, M3, M6, M9, M12), un bilan nutritionnel complet est réalisé (mesures anthropométriques, examen clinique, dosages sanguins, consultation diététique).

Le bilan biologique nutritionnel inclut le dosage de l'albumine, de la transthyrétine, de vitamines (A, D, E, B1, B6, B9, B12, C), du fer, de la ferritine, du magnésium, du sélénium et du zinc.

Parmi les mesures anthropométriques réalisées, on retrouve la taille, le poids dans le but de calculer l'Indice de Masse Corporelle (IMC) mais aussi les pourcentages de Perte d'Excès d'Indice de Masse Corporelle (PEIMC) et de Perte d'Excès de Poids (PEP).

Une enquête diététique détaillée des apports quantitatifs : énergie, protides, lipides, glucides ainsi qu'en vitamines, minéraux et éléments traces est réalisée en parallèle de l'évaluation qualitative : horaire, structure, nombre, lieux des repas. A l'issue de la consultation diététique, des conseils nutritionnels adaptés et personnalisés sont remis au patient.

3 - Statistiques

Les résultats sont exprimés en moyennes \pm déviation standard.

Nous avons comparé les valeurs à M3, M6, M9 et M12 à celles observées à M0

4 - Résultats

Les caractéristiques des patients à M0 sont les suivantes : 43 femmes contre 8 hommes, âgés en moyenne de $41,3 \pm 12,3$ ans, avec un poids moyen de 112 ± 18 kg et un IMC moyen de $41 \pm 4,9$ kg/m². L'apport énergétique total (AET) 2350 ± 945 kcal/j ; l'apport en protéines est de 92 ± 29 g/j. Le pourcentage de patients ne s'étant pas présentés à l'hôpital de jour après l'intervention est de 29% à M3, 43% à M6, 49% à M9 et 49% à M12. Parmi les patients suivis, le pourcentage de perte d'excès d'Indice de Masse Corporelle est de $48 \pm 13\%$ à M3, $63 \pm 16\%$ à M6, $76 \pm 19\%$ à M9 et $83 \pm 18\%$ à M12 (poids moyen à M12 : 73 ± 11 kg). L'AET journalier moyen est de 610 ± 190 kcal à M3, 870 ± 380 kcal à M6, 780 ± 210 kcal à M9 et 880 ± 180 Kcal à M12. L'apport protéique journalier moyen est de 30 ± 9 g à M3, 41 ± 13 g à M6, 34 ± 10 g à M9 et 45 ± 10 g à M12. Le pourcentage d'insuffisances ou de carences en vitamine D est très élevé à M0 (78%) et reste stable tout au long du suivi (88% à M3, 89% à M6, 81% à M9 et 73% à M12). Plusieurs carences en micronutriments se constituent pendant l'année de suivi, en particulier en vitamine A, folates et sélénium (cf tableau : résultats exprimés en % de patients présentant une valeur inférieure à la normale).

% Carence	M0	M3	M6	M9	M12
Vitamine A	8,3	45,7	44,8	20	27
Folates	14,9	36,4	27	37,5	17,4
Vitamine B12	4	8,5	10,3	16	21,7
Sélénium	23,7	64,7	48,1	30,4	48

5 - Discussion

Cette étude rétrospective réalisée dans notre service nous permet de mettre en évidence, un an après gastrectomie longitudinale, plusieurs enseignements importants à savoir un nombre très important de perdus de vue malgré l'éducation réalisée en pré-opératoire, ainsi qu'un apport protéino-énergétique très insuffisant pouvant engendrer des carences significatives en micronutriments (vitamines A, B12, folates et sélénium). Ces résultats nous incitent à penser qu'il est indispensable de renforcer la prise en charge pluridisciplinaire pré- et post-opératoire chez ces patients.

Perdus de vue

Dès le premier suivi, au troisième mois suivant l'intervention, 1/3 des patients ne s'est pas présenté à l'hôpital de jour. Au fur et à mesure des suivis, cette tendance s'est accentuée puisqu'à 6 mois, 43 % des patients sont absents au rendez-vous et, à partir du neuvième mois, la moitié des patients ne se présente pas.

Devant ce taux très important d'absentéisme, 50 % la première année suivant la gastrectomie longitudinale, il serait souhaitable d'accentuer l'information au sein des différents ateliers quant à l'importance du suivi post-opératoire pour prévenir ces risques de carences

Apports énergétiques et protidiques

L'apport énergétique total moyen, faible déjà à 3 mois, ne s'améliore que très peu (+ 200 kcalories / jour) au cours de la première année puisqu'il atteint seulement 880 kcalories par jour.

Si l'on considère qu'une alimentation au-dessus de 1500 kcalories par 24 heures est nécessaire pour couvrir les besoins en vitamines, minéraux et éléments traces, il est évident qu'à long terme, avec cette insuffisance d'apports le risque d'apparition de carences est fort.

Cette insuffisance d'apport peut s'expliquer par la diminution du volume alimentaire, une certaine crainte de la part des patients de « trop » manger mais aussi la diminution de la satiété qui engendre la suppression des collations.

C'est pour cette même raison qu'on constate un taux de protéines insuffisant, aux alentours de 45g / jour à un an. Très souvent, les patients rencontrent un certain dégoût pour la viande, notamment la viande rouge, après la chirurgie bariatrique mais aussi des difficultés à la mastication et une digestion inconfortable.

Le taux moyen de transthyréline reste à la limite inférieure tout au long de la première année, il oscille en moyenne entre 0,222 et 0,249 g/l. Ce marqueur de dénutrition s'explique par la faiblesse des apports protéino-énergétiques.

Carences en micronutriments en pré-opératoire

Au cours du bilan pré-gastroplastie, on constate déjà des carences en micronutriments chez ces patients obèses ; le cas de la vitamine D est assez flagrant puisque 100 % des patients présentent un taux inférieur à la norme dont 1/3 de carence et 2/3 d'insuffisance.

Parmi les autres carences avant la chirurgie, on décèle des carences en vitamine A (8 %), en folates (14,9 %) et en sélénium (23,7 %) ; la vitamine B12 (4 %) mais à la limite de la significativité ($p=0,056$). Ces carences sont multifactorielles mais sont sans doute pour une large part dues à une alimentation insuffisamment diversifiée et pauvre sur le plan nutritionnel.

Carences en micronutriments en post-opératoire

Les carences repérées dans le bilan pré-opératoire ne font que s'accroître au cours de la première année avec une diminution des concentrations sanguines dès le premier trimestre suivant la chirurgie et peu d'amélioration voire une aggravation (B12) par la suite.

La carence post-opératoire en vitamine B12 a déjà été retrouvée dans la littérature, elle peut s'expliquer par des apports énergétiques insuffisants notamment en viandes et également par une diminution de l'acidité gastrique et du facteur intrinsèque après résection de la grande courbure de l'estomac limitant son absorption après gastrectomie longitudinale.

Nos résultats sont en accord avec ceux retrouvés dans la littérature.

6 – Propositions

L'éducation thérapeutique nutritionnelle prend ici toute sa place puisqu'il s'avère primordial de renforcer la prise en charge en pré-opératoire au sein de l'équipe pluridisciplinaire et ce, dans le but d'informer le patient sur l'importance des suivis pour prévenir les carences et de mettre en place rapidement une action.

Cette prise en charge peut se réaliser avant la chirurgie, à l'hôpital de jour, par le biais d'ateliers à thème où les patients seront plus sensibilisés sur le risque de dénutrition, carences d'où l'intérêt d'un suivi assidu. Des consultations personnalisées et spécialisées pourront être proposées aux patients en fonction de leurs difficultés. Les recommandations de la société américaine des diététiciennes pour la prise en charge nutritionnelle pré- et post-opératoire des patients bénéficiant d'une gastrectomie longitudinale soulignent l'importance du rôle de la diététicienne tout au long de la prise en charge, pour dépister la dénutrition protéino-énergétique et les carences en micronutriments et proposent une supplémentation multivitaminique systématique avec un apport suffisant en B12, à vie, et de bien surveiller l'apparition d'une carence martiale qu'il faudra alors substituer.

Les recommandations de l'HAS prévoient que « le suivi éducatif établi en préopératoire doit être poursuivi afin de s'assurer de la mise en place et du maintien des compétences acquises par le patient au plan de la diététique et de l'activité physique et de faire le bilan de la manière dont il s'adapte à sa situation ». Lorsqu'une insuffisance d'apport et/ou une carence est décelée, il conviendra de réagir rapidement en adaptant des conseils nutritionnels individualisés voire de mettre en place une complémentation nutritionnelle orale et/ou des suppléments vitaminiques et minéraux si celles-ci s'avèrent nécessaires.

Dans le cadre du Programme National de Nutrition Santé 2 il est prévu de renforcer la prise en charge de la chirurgie de l'obésité dans des établissements médicaux spécialisés.

Conclusions

Ce travail rétrospectif révèle, un an après gastrectomie longitudinale, 1/ un nombre très important de perdus de vue (1 sur 2 à un an) malgré l'éducation pré-opératoire réalisée dans le service et 2/ un apport protéino-énergétique très insuffisant au cours de la première année (30 à 45 g de protéines/j, 600 à 900 kcal/j).

Nos travaux vont dans le sens de la littérature, mais aucune étude jusque là n'avait souligné précisément comme dans notre étude des AET aussi diminués.

Une telle insuffisance d'apport explique sans doute en grande partie les carences en micronutriments retrouvées (en vitamines A, B12, folates et sélénium). Il est donc souhaitable de renforcer, au sein de l'équipe pluridisciplinaire l'éducation thérapeutique nutritionnelle pré-opératoire, la sensibilisation au suivi post-opératoire ainsi que la personnalisation de la prise en charge pour prévenir ou traiter ces carences.





Agenda

Octobre

- 38ème Entretiens de Podologie
Paris les 4 -5 octobre
<http://www.fnp-online.org/>
- 26^{ème} Salon Infirmier 2013 - Paris les 16, 17 et 18 Octobre
www.salon-infirmier.com

Novembre

- SEFor 3ème rencontres-Lyon 15 novembre 2013
<http://www.se-for.com>
- Journée d'Automne SFD Paramédical
Hôpital Val de Grace -Paris le 22 novembre 2013

Février

- A.F.D.E.T.
Maison de la Chimie - Paris Février 2014
<http://www.afdet.net/>

Mars

- Congrès Francophone Annuel de Diabétologie S.F.D.
Paris Palais des Congrès les 11, 12 et 13 mars 2014

Éditée par SFD Paramédical

88 rue de la Roquette – 75011 Paris

01 40 09 89 07 – www.sfdiabete.org

Responsable de Publication : Jocelyne BERTOGLIO

Rédacteurs en Chef :

Ivano MANTOVANI - Martine SAMPER

Tous les articles sont sous la responsabilité de leurs auteurs

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

