

Rénif'mag

N° 16 - juin 2014

Bien vivre avec une maladie rénale



Dossier médical

Tout sur la maladie rénale chronique

Dossier ETP

L'apport de l'éducation thérapeutique
du patient dans les maladies rénales
chroniques

Dossier nutrition

Maladie rénale chronique &
alimentation

Calendrier des ateliers Rénif
pages 36-37

SOMMAIRE

Rénif'mag n° 16 - juin 2014

Editorial
par le Dr Catherine Gaudry

DOSSIER MEDICAL

- 4** L'entrée dans la maladie rénale
par le Dr Catherine Gaudry
- 9** Maladie rénale chronique : quelle surveillance ? Quels signes d'alerte ?
par le Dr Frédérique Meeus
- 12** Les autres facteurs importants à contrôler
par le Dr Sylvain Marchais
- 15** L'arrivée au stade de la dialyse : quelles informations pour le patient insuffisant rénal chronique ? Quand débiter la dialyse ?
par le Dr Hafedh Fessi
- 19** Les médicaments à prendre et à éviter
par le Dr Stéphane Roueff

DOSSIER EDUCATION THERAPEUTIQUE

- 22** L'apport de l'éducation thérapeutique du patient dans les maladies rénales chroniques
par Emma Belissa

DOSSIER NUTRITION

- 25** Maladie rénale chronique & alimentation
par Sylvie Partouche
- 32** A vous de jouer
par Nicole Kucharski
- 33** Recettes de cuisine
par Sylvie Partouche et Dominique Amar-Sotto
- 36** Calendrier des ateliers Rénif 2014
- 39** Bulletin d'adhésion

Rénif'mag

3-5 rue de Metz 75010 Paris. Tél : 01 48 01 93 00, fax : 01 48 01 65 77, email : contact@renif.fr, site internet : www.renif.fr
Directeur de publication : Dr Xavier Belenfant ; directeur de rédaction : Stéphanie Willems ; rédacteur en chef : Dr Barbara Lesavre ; secrétaire de rédaction : Annie Toupenot ; comité scientifique : Dr Xavier Belenfant, Emma Belissa, Dr Catherine Gaudry, Sylvie Partouche

Crédits photos : page 1 : thinkstock / Sébastien Kaulitzki ; page 3 : thinkstock / Yoeml ; page 4 : muha 04 ; page 7 : thinkstock / BrianAJackson ; page 8 : thinkstock / IPGGutenbergUKLtd ; page 9 : thinkstock / Martynasfoto ; page 11 : thinkstock / Siarhey Lenets ; page 12 : thinkstock / sunnycircle ; page 17 : thinkstock / Jman78 ; page 19 : tycoon 751 ; page 21 : Marco 2811 - Fotolia.com ; page 22 : thinkstock / Wavebreakmedia Ltd ; page 25 : thinkstock / Martin Poole ; page 27 : thinkstock / Image Source White ; page 33 : thinkstock / Yelena Yemchuk ; page 34 : thinkstock / Anastasiya_Kolyaskina

Impression : imprimerie Launay, Paris 5 ; tirage : 7000 exemplaires

EDITORIAL

LES 10 COMMANDEMENTS

1. TON MÉDECIN RÉGULIÈREMENT TU VERRAS
2. LE NÉPHROLOGUE, SI NÉCESSAIRE, TU CONSULTERAS
3. TES MÉDICAMENTS TOUS LES JOURS TU PRENDRAS
4. AU LABORATOIRE, LES ANALYSES PRESCRITES TU FERAS
5. TA PRESSION ARTÉRIELLE TU CONTRÔLERAS
6. TON POIDS TU SURVEILLERAS
7. DU SEL POINT TU N'ABUSERAS
8. AU RÉSEAU RÉNIF TU ADHÉRERAS
9. SA REVUE ATTENTIVEMENT TU LIRAS
10. A SES ATELIERS TU PARTICIPERAS

QUAND ON EST ATTEINT D'UNE MALADIE RÉNALE, LA SEULE CHOSE À FAIRE POUR BIEN VIVRE EST DE RESPECTER CES «10 COMMANDEMENTS». C'EST FACILE, NON ?

DR CATHERINE GAUDRY
NÉPHROLOGUE, VICE-PRÉSIDENTE RÉNIF



L'entrée dans la maladie rénale

par le Dr Catherine Gaudry

service de néphrologie dialyse, Centre Hospitalier Sud Francilien,
Corbeil-Essonnes

L'annonce d'une maladie rénale est souvent comme un coup de tonnerre dans un ciel serein : on passe du stade de bien-portant à celui de malade chronique ! En effet, parmi les maladies rénales chroniques, nombreuses sont celles qui ne donnent aucun symptôme, mais pour lesquelles on n'a aucun traitement permettant de les guérir.

Elles sont alors découvertes à la suite d'une prise de sang, d'une analyse des urines, ou d'une échographie faites pour une toute autre raison. Parfois elles sont révélées par des œdèmes (gonflement des chevilles le soir, des paupières et des mains le matin) associés à une prise de poids (qui correspond au poids de l'eau accumulée), une gêne pour respirer, une hypertension artérielle, des épisodes d'hématurie (présence visible de sang dans les urines).

Des examens plus approfondis (dont éventuellement une ponction-biopsie rénale) sont généralement nécessaires pour en connaître la nature et le degré de gravité.

Souvent un traitement est mis en route, mais il a rarement pour but de guérir la maladie : il est primordial de normaliser la pression artérielle si elle est trop élevée, et de diminuer la protéinurie (présence anormale de protéines dans les urines) pour protéger les reins et éviter qu'ils ne se détériorent trop vite. Cette détérioration se manifeste par l'apparition d'une insuffisance rénale (voir tableau «Classification des stades d'évolution de la maladie rénale chronique»). Celle-ci peut s'aggraver progressivement et entraîner des désordres de plus en plus importants jusqu'au

stade d'insuffisance rénale dite «terminale». A ce stade, les reins ne fonctionnent plus suffisamment et exposent le malade à des complications graves. Un traitement est alors indispensable, soit par une transplantation rénale, soit par la dialyse (hémodialyse ou dialyse péritonéale).

Certaines maladies rénales entraînent l'apparition rapide et irréversible d'une insuffisance rénale sévère. Cependant, dans la grande majorité des cas, l'évolution vers l'insuffisance rénale sera très lente, voire même ne se fera pas. Il est cependant indispensable que soit faite une surveillance régulière pour vérifier l'absence d'aggravation de la maladie. De même la prise très régulière et ininterrompue des médicaments prescrits est primordiale pour ralentir la progression d'une insuffisance rénale.

Dans certains cas, un régime alimentaire est nécessaire, adapté à la maladie en cause, aux symptômes présents, et à l'importance de l'insuffisance rénale.

Même si le régime alimentaire représente une contrainte, il est important de chercher les solutions permettant à la fois de suivre les prescriptions diététiques et de garder un mode de vie conforme à ce que l'on souhaite : manger au self avec ses collègues (même si on doit apporter son repas), aller chez des amis (même si il faut leur préciser les aliments à éviter), et surtout manger avec les autres membres de sa famille (même si on les oblige à suivre en partie le régime, ce qui peut être très acceptable).

« Dans la grande majorité des cas, l'évolution vers l'insuffisance rénale sera très lente, voire même ne se fera pas. »

Etre porteur d'une maladie rénale chronique est malgré tout un handicap dans un certain nombre de situations de la vie courante, même si cette maladie est silencieuse et peu évolutive. Sa mention posera problème lors de la souscription d'un emprunt ou d'une assurance (voir encadré «Maladie rénale chronique & droits au travail» page 7), ou pour accéder à certaines professions dans lesquelles l'état de santé

CLASSIFICATION DES STADES D'ÉVOLUTION DE LA MALADIE RÉNALE CHRONIQUE (MRC)

| stade | Débit de filtration glomérulaire DFG (ml/min/1,73m ²) | définition |
|-------|---|---|
| 1 | ≥ 90 | MRC* avec DFG normal ou augmenté |
| 2 | entre 60 et 89 | MRC avec DFG légèrement diminué |
| 3 | stade 3A : entre 45 et 59 | Insuffisance rénale chronique modérée |
| | stade 3B : entre 30 et 44 | |
| 4 | entre 15 et 29 | Insuffisance rénale chronique sévère |
| 5 | < 15 | Insuffisance rénale chronique terminale |

* avec marqueurs d'atteinte rénale : albuminurie, hématurie, leucocyturie, ou anomalies morphologiques ou histologiques, ou marqueurs de dysfonction tubulaire, persistant plus de 3 mois (2 ou 3 examens consécutifs).

est pris en compte (pompiers par exemple...). De même il est légitime de s'interroger sur son avenir, sur sa capacité à avoir des enfants (voir encadré «Maladie rénale chronique & vie affective», page 8) et les conditions dans lesquelles on pourra les élever. Dans la plupart des cas, même si on est devenu

un «malade chronique», les contraintes qu'impose la maladie sont très supportables et permettent une vie normale, avec tout au plus quelques aménagements. Bien sûr, si une insuffisance rénale apparaît, des contraintes plus importantes existeront dès qu'elle deviendra sévère. ●

Et maintenant, quelques affirmations : vrai ou faux ?

vrai

On peut avoir une maladie rénale, parfois même sévère, et n'avoir jamais eu mal aux reins.

La grande majorité des maladies rénales chroniques donne peu ou pas de symptômes, et en tous cas pas de douleurs lombaires. Le «mal aux reins» n'a en général rien à voir avec les reins.

faux

Maintenant, je suis malade donc ma vie est finie.

Il n'y a pas de raisons de vivre différemment avant de savoir qu'on a une maladie et en le sachant, sauf dans les quelques cas où des traitements très agressifs sont mis en place. Le plus souvent, les contraintes se résument à des comprimés à prendre et un suivi régulier à mettre en place (consultations médicales, examens de laboratoires ou examens radiologiques), ce qui au quotidien ne représente en rien une gêne importante. Par contre il faut se faire à l'idée qu'on est porteur d'une maladie chronique.

faux

Cette maladie n'est pas grave puisque je n'ai aucun symptôme.

Ces maladies évoluent à bas bruit, et même en l'absence de symptôme, elles peuvent s'aggraver. Le seul moyen de s'en apercevoir est de vérifier régulièrement le fonctionnement des reins et l'absence de complication par un suivi régulier.

Des traitements médicamenteux et un régime alimentaire peuvent être utiles pour traiter certains facteurs de risque et ralentir la progression d'une insuffisance rénale, et il est important de les suivre très régulièrement.

vrai

Maladie rénale ne signifie pas insuffisance rénale, et insuffisance rénale ne signifie pas dialyse.

Toutes les maladies rénales n'évoluent pas vers l'insuffisance rénale. Lorsqu'il existe une insuffisance rénale, on peut généralement en freiner la progression par des traitements et un régime appropriés.

Il y a différents stades d'insuffisance rénale, et ce n'est qu'au tout dernier stade, dit d'insuffisance rénale terminale, qu'un traitement par la greffe de rein ou la dialyse devient nécessaire. En insuffisance rénale sévère, des médicaments et un régime sont suffisants. Aux stades précédents, il est seulement nécessaire de suivre un certain nombre de recommandations.

Maladie rénale chronique & droits au travail

S'assurer pour emprunter...

L'accès au crédit pour les personnes malades est souvent très difficile. Et plus particulièrement lorsqu'il concerne des candidats à l'emprunt atteints d'une maladie chronique comme l'insuffisance rénale.

Afin de pouvoir souscrire un emprunt, il est en effet nécessaire de souscrire à une assurance... Or les personnes touchées par l'IRC se heurtent à des refus d'assurance ou se voient proposer des surprimes très importantes.

Afin d'améliorer l'accès à l'assurance pour les personnes présentant un risque aggravé concernant leur état de santé, la convention AERAS (S'assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) a pour objet de proposer un grand nombre de solutions pour élargir l'accès à l'assurance et à l'emprunt des personnes ayant eu un problème grave de santé.

En vigueur depuis le 6 janvier 2007, la convention AERAS concerne les prêts professionnels, les prêts immobiliers et les crédits à la consommation dédiés. Elle apporte un certain nombre d'améliorations et des innovations : davantage de transparence, la prise en compte de la couverture du risque invalidité et la création d'un mécanisme de solidarité en faveur des emprunteurs, sous conditions de ressources.

L'insuffisance rénale chronique et le travail

Le Temps Partiel Thérapeutique (TPT)

Le temps partiel thérapeutique est une solution temporaire qui doit faciliter, à terme, la reprise du travail à plein temps.

Si le médecin traitant estime que le patient ne peut reprendre une activité à temps plein mais qu'il juge que la reprise d'une activité peut contribuer au rétablissement du patient, il peut prescrire une reprise à temps partiel pour motif thérapeutique.

Aucune disposition réglementaire ne fixe les modalités d'application de cette procédure.

Le TPT est accordé pour une durée de trois mois

et peut être renouvelé trois fois.

Le statut de travailleur handicapé

La demande de la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) se fait auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Elle est souvent mal vécue par une grande majorité des personnes.

Mal comprise à cause de son nom, elle se veut pourtant outil et passeport, permettant de résoudre de nombreuses situations.

La reconnaissance du statut de travailleur handicapé peut dans certains cas être accordée aux personnes dialysées ou greffées.

Elle permet des aménagements du temps ou des postes de travail.

Elle peut aussi intéresser l'employeur qui peut bénéficier d'aides de l'état.

La retraite pour inaptitude

Depuis la réforme des retraites de 2004, les personnes qui bénéficient de la carte d'invalidité peuvent dans certains cas prendre leur retraite avant 60 ans : la retraite pour inaptitude.

Références

www.aeras-infos.fr

www.mdph.fr

Rénif'mag n° 8 «Maladie rénale chronique & droits au travail»



Maladie rénale chronique & vie affective

Etre atteint d'une maladie rénale ne signifie pas s'arrêter de vivre, et la vie de couple en fait partie.

La vie sexuelle reste généralement normale en cas de maladie rénale. Bien sûr, l'inquiétude liée à une maladie chronique peut diminuer la libido. Certains traitements peuvent être à l'origine d'une impuissance chez l'homme, et il ne faut pas hésiter à évoquer ce problème avec le néphrologue qui pourra souvent les changer. Chez la femme, on aura recours à une contraception, dont le choix sera, là encore, discuté avec le néphrologue en fonction de la maladie rénale et des traitements en cours.

La grossesse est généralement possible sans complication particulière, mais nécessite une surveillance conjointe par l'obstétricien et le néphrologue.

Trois facteurs peuvent en altérer le déroulement : une hypertension artérielle sévère ou mal contrôlée, une protéinurie importante, une insuffisance rénale sévère.

Il se pose aussi la question du risque de transmission à l'enfant de la maladie rénale, si il s'agit d'une maladie héréditaire.

Dans tous les cas, l'éventualité d'une grossesse doit être évoquée avec le néphrologue qui en évaluera les risques, changera les médicaments non compatibles avec la grossesse, et pourra orienter vers la maternité la plus adaptée pour la prise en charge obstétricale.

En cas d'insuffisance rénale, il est souhaitable que la grossesse ait lieu avant que celle-ci ne soit trop sévère, d'autant plus que l'insuffisance rénale sévère s'accompagne souvent d'anomalies de l'ovulation, responsables d'anomalies des règles et d'une stérilité relative.

Par ailleurs, certains traitements peuvent diminuer la fertilité, chez l'homme comme chez la femme. Chez l'homme, on peut stocker du sperme à une banque du sperme avant la mise en route du traitement. Chez la femme, il faudra parfois, après ces traitements, avoir recours au don d'ovocyte pour obtenir une grossesse.

De toute façon, la question de la sexualité ne doit pas être tabou, et toute question ou tout problème peut être évoqué en consultation, plutôt que de rester sans réponse.

Référence

Rénif'mag n° 10 «Rein et grossesse»



Maladie rénale chronique

Quelle surveillance ?
Quels signes d'alerte ?

par le Dr Frédérique Meeus
service de néphrologie,
Clinique Edouard Rist, Paris



Vous avez une insuffisance rénale chronique (IRC), conséquence d'une maladie qui détruit progressivement les reins. Cette IRC va évoluer plus ou moins rapidement vers l'insuffisance rénale terminale (IRT), moment où il sera nécessaire de démarrer un traitement de suppléance.

Avant l'arrivée à ce stade ultime de l'IRC, un suivi spécifique néphrologique est nécessaire, souvent avec une prise en charge partagée avec votre médecin traitant. L'objectif principal de ce suivi : ralentir l'évolution vers l'IRT, maintenir une qualité de vie, une prise en charge précoce des complications cliniques (comme l'hypertension artérielle) et biologiques (comme l'anémie) qui surviennent dans cette pathologie.

Les altérations biochimiques sanguines paraissent précocement au cours de l'évolution de l'insuffisance rénale chronique et

s'aggravent progressivement. Elles sont secondaires à la perte de régulation hydro-électrolytique par les reins.

Les manifestations cliniques vont apparaître plus tardivement, à un stade avancé de l'insuffisance rénale. Quelle que soit la cause de votre insuffisance rénale chronique, les conséquences biologiques et cliniques sont les mêmes pour tous les patients.

Les altérations biologiques

Une hyperkaliémie, ou excès de potassium dans le sang, apparaît car l'élimination rénale du potassium est diminuée.

Les symptômes sont des sensations de fourmillements ou de piqures d'épingle au niveau des mains, pieds ou de la région péribuccale, une diminution de la force musculaire pouvant aller jusqu'à la paralysie. Si le cœur est atteint cela peut aboutir au décès brutal par arrêt

cardiaque. Cette éventualité dramatique justifie les rappels réguliers faits par les équipes soignantes sur le suivi d'un régime adéquat.

L'anémie, qui est définie par une baisse du taux de l'hémoglobine, va s'installer progressivement en raison de la baisse de sécrétion de l'érythropoïétine par le rein malade, cette hormone étant essentielle à la fabrication des globules rouges.

Afin de lutter contre cette anomalie hématologique, il vous sera éventuellement demandé de prendre une supplémentation en fer et proposé un traitement par injections d'érythropoïétine. Les symptômes liés à l'anémie sont une fatigue progressive associée à une pâleur.

Le métabolisme du calcium et du phosphore se trouve également perturbé en cas d'insuffisance rénale.

Le calcium est moins bien absorbé par l'intestin en raison d'une baisse du taux efficace de vitamine D. Cette diminution de la calcémie (taux de calcium dans le sang) va stimuler les glandes parathyroïdes en augmentant la sécrétion de parathormone afin de maintenir une concentration de calcium normale dans le sang.

Parallèlement, le phosphore va voir sa concentration augmentée au niveau du sang car il est moins bien éliminé par les reins. Cette hyperphosphorémie va également augmenter la sécrétion de parathormone par les glandes parathyroïdes. C'est ce que l'on appelle l'hyperparathyroïdie secondaire. Celle-ci est néfaste puisqu'elle contribue à une destruction osseuse.

Les manifestations cliniques sont devenues relativement pauvres et très peu de patients signalent des douleurs osseuses liées à cette anomalie. Par contre il existe une fragilité osseuse avec un taux plus élevé de fractures chez

les insuffisants rénaux, par rapport à la population générale.

Il vous sera indiqué dans votre traitement, la prise de sel de calcium, de vitamine D et un chélateur du phosphore. Ce traitement est essentiel pour maintenir un état osseux satisfaisant. Ces anomalies biologiques peuvent également être responsables d'un prurit (démangeaisons) sans lésion cutanée.

Enfin une acidose métabolique s'installe progressivement car les déchets acides sont éliminés par les reins. Cette anomalie, cliniquement silencieuse, est neutralisée par la prise orale d'alcalins, soit sous forme de gélules soit sous forme d'eau minérale gazeuse.

Les altérations cliniques et signes d'alerte

L'hypertension artérielle est très fréquente au cours de l'insuffisance rénale chronique. Un contrôle rigoureux de la tension artérielle est indispensable car celui-ci permet de ralentir l'évolution de l'insuffisance rénale. Celle-ci est traitée par des médicaments anti-hypertenseurs et par un régime sans sel.

Au cours du temps, l'hypertension artérielle peut s'aggraver en raison de la surcharge hydrosodée qui s'installe inévitablement. En plus d'entraîner une élévation de la pression artérielle, cette accumulation d'eau et de sel va entraîner une prise de poids, l'apparition d'œdèmes, surtout au niveau des chevilles mais également au niveau des mains ou du visage, voire un œdème pulmonaire qui se manifeste par un essoufflement.

Afin d'éviter ces situations cliniques, il vous sera prescrit un régime pauvre en sel, à 6 grammes par jour, le plus souvent associé à des diurétiques.

LES SIGNES BIOLOGIQUES

Hyperkaliémie
Anémie
Hypocalcémie
Hyperphosphorémie
Hyperparathyroïdie
Acidose métabolique

L'accumulation de nombreuses autres molécules, appelées toxines urémiques, va entraîner l'apparition d'une perte d'appétit, ou anorexie puis de nausées.

La surveillance

Elle se fait conjointement entre votre néphrologue et votre médecin traitant. Selon votre stade d'insuffisance rénale, les consultations auront lieu de 2 fois par an à tous les mois. Il vous sera prescrit des analyses biologiques avant chaque consultation, et parfois des examens complémentaires, comme une échographie cardiaque ou des examens radiologiques. Enfin, la prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaire est indispensable (une dyslipidémie ou anomalie du taux de lipides dans le sang, un surpoids, la sédentarité, un diabète, un tabagisme) ainsi que des conseils diététiques.

Une activité physique régulière est toujours bénéfique.

Cette surveillance comporte des mesures de néphro-protection en évitant la prise de médicaments néphrotoxiques, ou la prescription d'examens radiologiques comportant des injections de produits de contraste. ●

LES SYMPTÔMES

Hypertension artérielle

Prise de poids, oedème, dyspnée

Pâleur, asthénie

Prurit, fracture

Fourmillements, crampes

Perte d'appétit, nausées



LES AUTRES FACTEURS IMPORTANTS À CONTRÔLER

*par le Dr Sylvain Marchais
service de néphrologie,
Centre Hospitalier Manhès,
Fleury-Mérogis*



Chaque rein est constitué d'unités fonctionnelles appelées néphrons au nombre de plus d'un million. La sommation de leur action détermine la fonction rénale de l'individu. En corollaire, l'amputation d'une partie de ces unités, quelle qu'en soit la cause, détermine l'insuffisance rénale chronique (IRC). Celle-ci est susceptible d'empirer à un rythme variable d'un individu à l'autre. Non seulement par augmentation de la «charge d'épuration» qui est appliquée à la population néphronique saine restante (qui s'épuise progressivement et inexorablement), mais aussi du fait de facteurs autres qui constituent autant d'agressions qui risquent de précipiter l'IRC vers le stade terminal et la dialyse. Ce sont ces facteurs que nous allons énumérer.

L'hypertension artérielle (HTA) et la protéinurie sont les premières agressions à combattre.

Il est rare que l'HTA ne complique pas l'IRC à un moment ou à un autre de son évolution, quand elle n'en est pas la cause. Sur ce terrain, elle est

souvent la conséquence d'une rétention d'eau et de sel.

Dans tous les cas, elle a un effet destructeur sur les néphrons restants et ce d'autant plus qu'elle est associée à une protéinurie comme dans le diabète.

Le contrôle de l'HTA nécessite de recourir à des médicaments et à quelques règles diététiques. On choisit préférentiellement les médicaments antihypertenseurs de la famille des antagonistes du système rénine-angiotensine (ASRA) agissant sur la circulation rénale, plus à même de préserver les néphrons restants et susceptibles de réduire la protéinurie. Il s'agit des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA₂).

Parallèlement, il convient de réduire les apports en sel alimentaire à 6 g/jour, sous contrôle d'une mesure du sodium dans les urines de 24 heures.

Il faut s'efforcer à ce que la pression artérielle ne dépasse pas 130/80, et que la protéinurie reste inférieure à 0,5 g/jour.

Le traitement est initié à petites doses et augmenté par paliers successifs de 4 semaines jusqu'à ce que la pression artérielle cible de 130/80 soit atteinte.

En cas d'échec, l'association d'un diurétique de l'anse a pour intérêt de réduire la rétention hydro-sodée tout en agissant en synergie avec l'ASRA. Si la pression artérielle cible n'est toujours pas atteinte, on propose d'associer un IEC et un ARA2 lorsque la protéinurie est supérieure à 0,5 g/jour, ou d'introduire une autre classe de médicaments antihypertenseurs (bêta-bloquant ou anti-calcique) dans le cas contraire.

Le diabète requiert des mesures spécifiques et une prise en charge multidisciplinaire (généraliste, néphrologue, diabétologue, diététicien, etc.) afin d'obtenir un équilibre glycémique optimal.

Il faut savoir que, en cas de diabète de type 2, l'IRC avancée nécessite souvent le recours à l'insuline (diabète insulino-requérant) et que, à l'inverse, l'évolution de la maladie rénale modifie le métabolisme de l'insuline justifiant parfois de réduire les doses.

Une limitation des apports protidiques est classiquement préconisée.

Elle réduit certainement les symptômes liés à l'insuffisance rénale arrivée au stade terminal, mais ils seront plus efficacement combattus par le recours à la dialyse.

Cette limitation ne ralentirait la progression de l'insuffisance rénale que si elle est très importante, avec alors le risque de provoquer une dénutrition. Il semble que limiter la ration pro-

tidique à 1 g/kg/jour (qui devrait être celle de la population générale, largement dépassée sous nos latitudes) soit une proposition raisonnable.

La dyslipidémie (c'est-à-dire une anomalie du taux de lipides dans le sang) participe au phénomène d'athérome accéléré, correspondant au dépôt de plaques riches en cholestérol sur la paroi interne des artères. Ce processus décrit chez le patient en IRC il y a quelques 25 ans menace bien sûr la vascularisation et donc la fonction rénale comme l'ensemble du système cardio-vasculaire. Environ 50 % de ces patients présentent une affection cardio-vasculaire et environ 50 % des décès sont d'origine cardio-vasculaire (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, insuffisance artérielle mésentérique, etc.). C'est dire l'importance de traiter ce désordre métabolique.

« Il faut s'efforcer à ce que la pression artérielle ne dépasse pas 130/80 et que la protéinurie reste inférieure à 0,5 g/jour. »

La dyslipidémie consiste en l'association variable d'une augmentation du LDL-cholestérol, du cholestérol-HDL et des triglycérides. En premier lieu, une enquête alimentaire et une prise en charge diététique sont nécessaires pour obtenir une réduction des graisses animales, des produits sucrés comme la confiture, les bonbons et les sodas, de l'alcool...

Lorsque le régime seul ne suffit pas, on y associe un médicament hypolipémiant : le plus souvent une statine en cas d'hypercholestérolémie isolée, parfois un fibraté en cas d'hypercholestérolémie associée à une hypertriglycéridémie, à dose adaptée et sous surveillance biologique hépatique et musculaire. En l'absence de recommandations précises, on conseille de cibler le cholestérol HDL à moins de



2,60 mmol/L et les triglycérides à moins de 1,70 mmol/L.

D'autres facteurs de risque cardio-vasculaire doivent être dépistés et dans la mesure du possible contrôlés : tabagisme, surcharge pondérale.

Les désordres hydro-électrolytiques sont une conséquence de l'IRC, mais sont aussi susceptibles d'en précipiter le cours. Ces anomalies sont le plus souvent réversibles, pour peu qu'on les dépiste et les traite à temps :

La déshydratation est le fait d'apports hydriques insuffisants, éventuellement mal adaptés au traitement diurétique ou inversement. Ces apports doivent compenser les pertes liquidiennes urinaires, de l'ordre de 1,5 à 3 L/jour.

L'hyperhydratation et les œdèmes, s'ils apparaissent avant le stade ultime de la maladie, doivent faire rechercher une autre cause de

rétenction hydrosodée : insuffisance cardiaque, hépatopathie, obstacle.

L'intérêt d'un régime appauvri en sodium a été évoqué. A l'inverse, une restriction excessive de sodium alors que les reins sont incapables d'en limiter l'excrétion peut s'avérer dangereuse.

La dyskaliémie (c'est-à-dire l'anomalie du taux de potassium dans le sang) est dans l'immense majorité des cas dans le versant de l'excès et est combattue par des mesures diététiques et, au stade avancé de la maladie, par l'utilisation d'une résine échangeuse (Kayexalate®, Reskali®).

L'acidose métabolique, qui correspond à un trouble de l'équilibre acido-basique par diminution des bicarbonates plasmatiques lors de l'insuffisance rénale, est traitée par du bicarbonate ou simplement par un apport de Vichy Célestins®.

Enfin, de nombreuses substances sont susceptibles d'accélérer la progression de la maladie parfois de façon irréversible vers le stade terminal : anti-inflammatoires non stéroïdiens, iode, certains antibiotiques, toutes substances réputées allergisantes... C'est dire la nécessité de faire systématiquement appel au néphrologue avant toute modification thérapeutique ou décision d'examen complémentaire invasif.

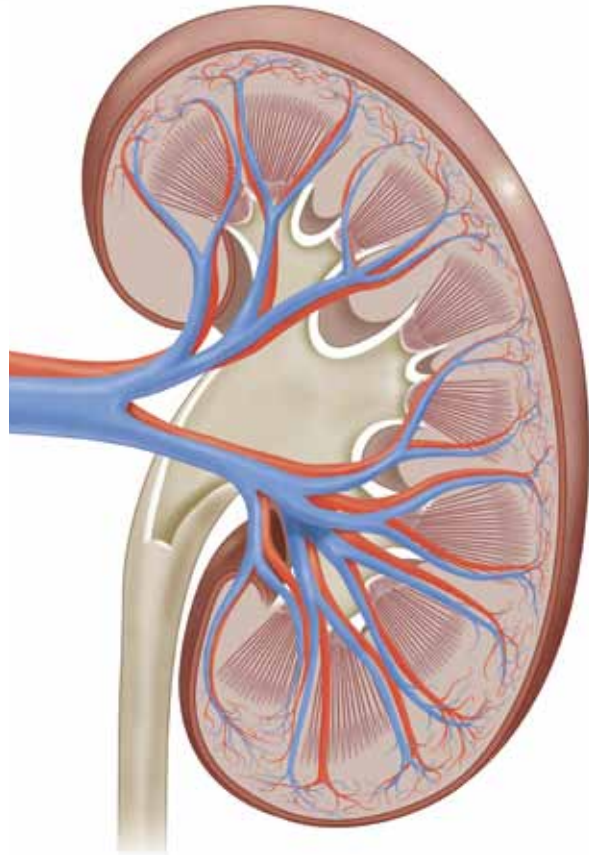
Ainsi, une fois établie la réalité de l'IRC et mis en route l'éventuel traitement de sa cause, le dépistage de l'ensemble de ces facteurs de risque est un élément essentiel du pronostic.

Des consultations régulières de suivi et la mise en relation du médecin généraliste avec le néphrologue bien sûr, mais aussi le cas échéant du cardiologue, du diabétologue, du diététicien sont les garants d'une prise en charge adaptée à même de préserver la fonction rénale et la qualité de vie du patient. ●

L'ARRIVÉE AU STADE DE LA DIALYSE

Quelles informations pour le patient insuffisant rénal chronique ? Quand débiter la dialyse ?

*par le Dr Hafedh Fessi
service de néphrologie,
hôpital Tenon, Paris*



L'insuffisance rénale chronique (IRC) est un dysfonctionnement progressif et permanent des deux reins. Elle peut évoluer vers le stade 5, dit aussi stade terminal ou stade ultime de la maladie rénale, nécessitant un traitement par la dialyse ou la greffe. Parce qu'il y a peu de symptômes, l'IRC peut être diagnostiquée à un stade tardif, qui nécessite parfois un recours immédiat à la dialyse. Sans moyens de traitement comme la dialyse dans toutes ses formes, la transplantation rénale ou le traitement conservateur, le malade ne peut continuer une vie normale.

Le suivi régulier de la maladie rénale avant le stade ultime a un fort impact sur la réduction

des complications qui peuvent survenir ultérieurement, plusieurs années après l'arrivée au stade 5. Plus le suivi a été régulier, plus faible est le risque de complications et plus facile est la prise en charge en dialyse.

En raison de la progression de la maladie rénale et de la diminution de la capacité de filtration des deux reins, l'organisme subit pendant longtemps une perturbation de son métabolisme, souvent de façon insidieuse avec l'illusion d'un fonctionnement normal. Pourtant, il s'altère progressivement en raison de la rétention d'eau, l'accumulation de sel, de toxiques, de sels minéraux (potassium, phosphore...) et de déchets métaboliques, et d'une diminution de la production de vitamines et d'hormones (vitamine D, érythropoïétine...).

Il en résulte :

- un ralentissement du métabolisme,
- une perte d'appétit liée à l'effet anorexigène des déchets et une dénutrition progressive avec un amaigrissement souvent insensible parfois remplacé par une prise de poids modérée : c'est la rétention d'eau qui remplace le muscle et la graisse,
- une hypertension artérielle nécessitant le renforcement du traitement antihypertenseur,
- une anémie responsable d'un essoufflement aux efforts et d'une fatigabilité plus marquée,
- des troubles de l'équilibre phospho-calcique dont les conséquences sont à la fois osseuses (fragilisation de l'os) et vasculaires et tissulaires (calcifications).

Quand initier le traitement par la dialyse ?

Il existe deux types de symptômes : certains relèvent de l'urgence et d'autres, bien plus fréquents, sont liés à la mauvaise tolérance de l'IRC.

La situation où la dialyse est débutée **en urgence** concerne le plus souvent des patients non suivis. Elle est due à la présence de l'une des complications suivantes :

- une péricardite (épanchement liquidien autour du cœur),
- une encéphalopathie ou une neuropathie urémique (confusion, tremblements musculaires, convulsions),
- des hémorragies attribuables à l'urémie (saignement nasal, saignement digestif,...),
- un oedème aigu pulmonaire,
- enfin, une hyperkaliémie menaçante.

Le plus souvent l'initiation de la dialyse est décidée selon des critères sur lesquels il existe aujourd'hui un large consensus, comme en témoignent les recommandations américaines, canadiennes et européennes, sur le traitement de suppléance.

« Si le patient n'a pas de contre-indication médicale ou socioprofessionnelle à l'une des méthodes, il peut choisir celle qui lui correspond le mieux. Le choix est libre. »

Le traitement par dialyse doit être débuté sur **deux critères** :

un **débit de filtration glomérulaire** calculé selon la formule MDRD **inférieur à 10 à 12 ml/min** qu'il faut associer à,

un **état clinique détérioré** traduisant la mauvaise tolérance de la maladie rénale. Ces critères cliniques sont essentiellement :

- une insuffisance cardiaque congestive réfractaire aux diurétiques,
- une hypertension artérielle résistante à l'association de plusieurs médicaments antihypertenseurs,
- des anomalies métaboliques non contrôlées par le traitement médical (acidose métabolique, hyperphosphatémie),
- des nausées, des vomissements,
- un amaigrissement ou une dénutrition.

Tous ces symptômes, souvent discrets, s'installent de façon progressive. Ils sont recherchés par le médecin lors de chaque consultation qui informe le patient afin de prendre la décision, avec son accord, de débuter le traitement de suppléance.

Plusieurs études ont montré que l'initiation tardive de la dialyse chez des patients au stade des signes cliniques d'intolérance de l'IRC, bien qu'ils aient été suivis en consultation et préalablement informés, s'accompagne d'une augmentation de la mortalité globale dominée par les complications cardiovasculaires tout au long de leur évolution en dialyse.

Il est important d'informer

Tout patient qui arrive au stade ultime de la maladie rénale a «une consultation infirmière». L'infirmière va expliquer au patient, de façon objective et adaptée, toutes les techniques de dialyse qui existent, les contraintes et les avantages de chacune.

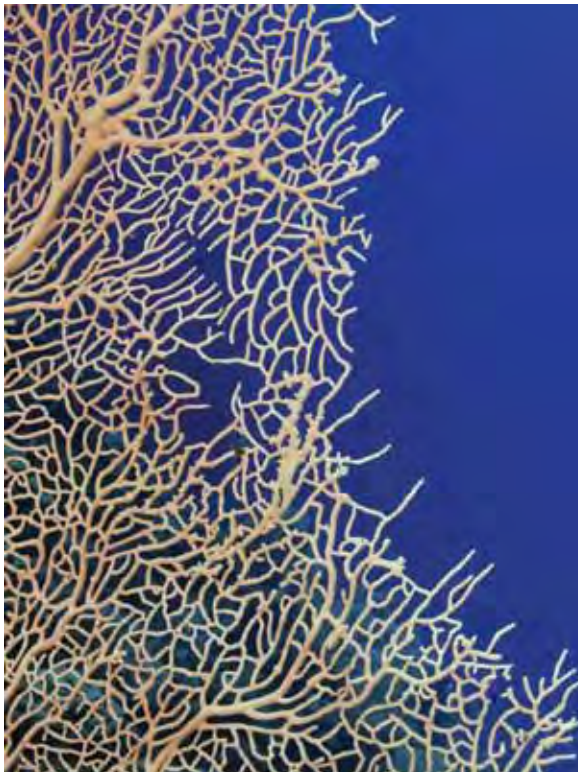
Si le patient n'a pas de contre-indication médicale ou socioprofessionnelle à l'une des méthodes, il peut choisir celle qui lui correspond le mieux. Le choix est libre.

L'entretien, de préférence en présence d'un membre de sa famille, dure plus d'une heure.

Il est souvent complété par un entretien avec la psychologue, l'assistante sociale et/ou la diététicienne.

Ensuite, le patient a un temps de réflexion. Quelque temps après, il revient voir le médecin en consultation pour lui exposer son choix.

Le même type d'information est donné sur la transplantation, si bien sûr l'état du malade et son âge permettent d'envisager ce traitement.



Début du traitement de suppléance

La dialyse permet d'épurer le sang de personnes atteintes d'IRC arrivée au stade ultime. Elle consiste à éliminer l'excès d'eau et les toxines (urée, créatinine...) et à rééquilibrer les électrolytes (excès de potassium, phosphore...) dans le corps. Une machine remplace alors l'activité des reins.

La première méthode est l'hémodialyse.

Elle utilise l'épuration du sang par l'intermédiaire d'une circulation extracorporelle et son passage dans un dialyseur ou filtre. Le générateur de dialyse fabrique un liquide : le dialysat. C'est ce liquide pur qui fait un échange avec le sang à travers une membrane semi-perméable. Pour assurer une épuration optimale par le dialyseur, le débit sanguin doit être élevé. Cet objectif est atteint grâce à la confection d'une voie d'abord vasculaire : la fistule artério-veineuse. Cette méthode est utilisée chez 90 % des dialysés.

La seconde méthode est la dialyse péritonéale,

moins fréquente (< 10% des dialysés en France). C'est une technique d'épuration extrarénale utilisant le péritoine comme membrane d'échange entre le sang chargé de

déchets et un liquide stérile introduit de façon répétitive dans l'abdomen. Ce liquide est renouvelé plusieurs fois par jour, ou la nuit, pendant le sommeil, à l'aide d'une machine.

On recense 39 600 dialysés en France dont environ 5 500 en Ile-de-France. La majorité des personnes dialysées sont âgées de 65 ans et plus.

La troisième méthode thérapeutique est la transplantation rénale. En l'absence de contre-indication liée à l'âge ou une pathologie associée, elle peut être pratiquée à partir d'un donneur vivant avant même de débiter la dialyse, ou bien après l'inscription sur une liste d'attente de transplantation rénale.

Le traitement conservateur, alternative à la dialyse

Les patients âgés de 75 ans et plus sont les plus nombreux à débiter la dialyse. Ils ont souvent une comorbidité importante. Leur qualité de vie peut être sérieusement altérée par la dialyse. L'évaluation de leur prise en charge doit être personnalisée et non systématique. Ils doivent être informés et participer à la décision.

Un traitement conservateur peut parfois être bien plus bénéfique pour leur qualité de vie. Les objectifs thérapeutiques sont : traitement de l'HTA, correction de l'anémie, protection du cœur et des artères, correction des perturbations hydro-électrolytiques (acidose, hyperkaliémie), correction des désordres phospho-calciques, adaptation des médicaments pour éviter la toxicité rénale, prévention de la dénutrition et du déficit vitaminique.

Conclusion

La consultation tardive des patients en néphrologie et le démarrage de la dialyse en urgence sont liés à une augmentation significative de la morbi-mortalité. La comorbidité doit être prise en compte dans la décision de démarrage du traitement de suppléance.

« L'évaluation de leur prise en charge doit être personnalisée et non systématique » »

L'information des patients et de leurs familles est un moment extrêmement important. Elle a un impact direct sur le suivi, l'observance et l'adhésion au traitement par dialyse.

Il est important de personnaliser la prise en charge des patients (patients âgés) et de mettre en balance le rapport bénéfice/risque du traitement par dialyse. ●



LES MÉDICAMENTS à prendre ou à éviter

par le Dr Stéphane Roueff

service de néphrologie, Hôpitaux de Saint-Maurice, Saint-Maurice

Les patients atteints d'une maladie rénale chronique reçoivent très souvent de nombreux traitements pour la prise en charge de celle-ci et de ses complications. Les recommandations concernant la prescription des médicaments sont, par ailleurs, modifiées par le stade de la maladie rénale chronique (MRC) et varient selon sa sévérité. Dans cet article, nous rappellerons brièvement la physiopathologie de la MRC et nous évoquerons ses conséquences quant à l'importance de l'observance médicamenteuse et sur le risque de l'automédication.

Les reins ont plusieurs fonctions dans l'organisme. Pour simplifier, ils assurent :

- l'élimination des déchets,
- la régulation de la composition du corps en

eau et en électrolytes (sodium, potassium, calcium, etc.) qui doit rester stable,

- la sécrétion d'hormones régulant la pression artérielle,
- la sécrétion d'érythropoïétine.

Dans les MRC, les reins n'assurent plus correctement leurs fonctions. Il apparaît très souvent une hypertension artérielle (HTA) qui elle-même, si elle n'est pas traitée, d'une part accélère la détérioration des reins et d'autre part favorise la survenue de complications cardiovasculaires. L'élimination des déchets et notamment des médicaments est également perturbée. Ainsi, il apparaît un risque de surdosage pour un certain nombre de médicaments éliminés par les reins et surtout un risque de survenue d'accidents médicamenteux graves si leur posologie n'est pas adaptée.

On appelle **observance**, le fait de prendre régulièrement et de façon adaptée les traitements et régimes prescrits.

Dans le cas des MRC, l'importance de l'observance est justifiée par les objectifs même du traitement néphrologique. Le premier est d'essayer de ralentir la progression de l'insuffisance rénale chronique afin d'éviter (ou retarder) l'arrivée en dialyse. Le second est de lutter contre les complications induites par les MRC dont principalement les maladies cardiovasculaires.

La discussion entre le médecin et le patient sur les indications avec la présentation des bénéfices et des risques de chaque traitement, et sur la tolérance des médicaments permet d'améliorer l'observance.

Certains médicaments ou produits sont potentiellement **néphrotoxiques**.

Cela signifie qu'ils peuvent entraîner la survenue d'une insuffisance aigüe, avec un risque de détérioration des reins pouvant mener le patient au stade de dialyse de façon irréversible.

C'est le cas des **anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)**. Ces médicaments sont fréquemment utilisés comme antalgique, antipyrétique, ou anti-inflammatoire. Certains d'entre eux sont même en vente libre, seuls ou en association avec d'autres classes médicamenteuses comme le paracétamol ou les vasoconstricteurs nasaux. L'utilisation des AINS en application cutanée n'est également pas recommandée car il existe tout de même un risque de passage du produit actif dans la circulation sanguine.

Les autres produits néphrotoxiques le plus couramment utilisés sont les **produits de contraste iodé intraveineux utilisés en radiologie**.

Le risque néphrotoxique peut être réduit en hydratant les patients 48 heures avant l'examen,

et en arrêtant (si possible) en même temps les traitements diurétiques. Les examens radiologiques avec injection d'iode peuvent éventuellement être remplacés par des IRM avec injection de gadolinium (qui n'est pas néphrotoxique aux doses utilisées). Cependant, l'utilisation du gadolinium doit également être prudente aux stades 4 et 5 de la MRC du fait du risque de survenue d'une complication rare mais potentiellement grave appelée la fibrose systémique néphrogénique.

« La prise de médicaments chez les patients en IRC peut s'accompagner d'accidents si les règles de prescription ne sont pas respectées. »

Les médicaments diurétiques et bloqueurs du système rénine angiotensine ne sont pas néphrotoxiques. Ils sont utilisés très largement en cardiologie et en néphrologie notamment pour le traitement de l'HTA.

Cependant, en cas de déshydratation aigüe, chez les patients âgées et/ou ayant une maladie rénale chronique avancée (stade 4 et 5), ils peuvent entraîner une insuffisance rénale aigüe. Les patients doivent être informés de ce risque et il est recommandé de faire figurer les consignes d'arrêt de ces traitements au bas de l'ordonnance.

Il existe également avec les bloqueurs de système rénine angiotensine et certains diurétiques dits «épargneurs potassiques», un risque de survenue d'hyperkaliémie. Les mesures prévenant ce risque sont le régime pauvre en potassium, si besoin la prescription de résines échangeuses d'ions qui diminuent la kaliémie (taux de potassium dans le sang), et la surveillance régulière de la kaliémie. Il faut citer le cas des sels de régime (sel de potassium), parfois prescrits pour remplacer le sel de table (chlorure de sodium)



dans les régimes hyposodés. Ceux-ci sont à proscrire formellement car ils entraînent une charge potassique importante dans l'organisme et exposent les patients au risque d'hyperkaliémie symptomatique avec troubles du rythme, voir arrêt cardiaque.

De nombreux médicaments sont éliminés partiellement ou entièrement par les reins. La posologie de ces traitements doit être adaptée au stade de la MRC qui est donné par le débit de filtration glomérulaire (DFG), ou clairance de la créatinine, et que l'on retrouve sur les résultats des bilans biologiques. Ce DFG est estimé en routine à partir de formules mathématiques prenant en compte notamment le taux de la créatinine sérique.

Pour adapter les posologies des médicaments, le médecin se réfère à des ouvrages rassemblant les résumés des caractéristiques des médicaments comme le dictionnaire Vidal®, qui donnent des recommandations d'adaptation de la posologie en fonction du stade de la maladie rénale. De nombreux médicaments sont concer-

nés et il serait trop long de tous les détailler. Nous pouvons citer les cas des classes les plus fréquemment utilisées, comme la plupart des antidiabétiques oraux (et il peut être nécessaire de passer à l'insuline), certains antibiotiques, les traitements à base de colchicine, les dérivés des digitaliques, les nouveaux anticoagulants oraux autres que les AVK, la plupart des chimiothérapies, etc.

En conclusion, la prise de médicaments chez les patients insuffisants rénaux chroniques peut s'accompagner d'accidents si les règles de prescription ne sont pas respectées. Il est important que les patients connaissent les principales règles d'utilisation des médicaments et les traitements contre-indiqués dans la MRC. Il faut également insister sur l'importance de l'observance médicamenteuse pour les traitements ayant fait leur preuve pour la prévention des complications cardiovasculaires, et la prévention de la progression de l'insuffisance rénale chronique. ●



L'APPORT DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT DANS LES MALADIES RÉNALES CHRONIQUES

par *Emma Belissa*

coordinatrice éducation thérapeutique, Rénif

La maladie rénale chronique est une pathologie qui dans la plupart des cas est «silencieuse», sans véritables signes annonciateurs.

Son diagnostic et l'annonce de la maladie ont donc de quoi surprendre les patients, poser question sur les raisons de la maladie et perturber un mode de vie. Quelles seront les adaptations nécessaires ou utiles tant au niveau du rythme de vie, des activités pour vivre avec cette maladie rénale qui s'invite dans le quotidien ? Qu'en est-il des possibilités de guérison ou non, des traitements médicamenteux et

des traitements dit de «suppléance» (greffe, dialyse) ? La foison d'informations et de témoignages que l'on trouve sur les médias informatiques (sites, blogs...) peut ajouter à la perte de repère avec cette maladie rénale.

L'insuffisance rénale chronique apporte son lot de contraintes tant au niveau des mesures hygiéno-diététiques qu'au niveau de la pluri-médication (traitements préventifs ou correcteurs : HTA, hypocholestérolémiants, hypouricémiants, chélateurs...).

Selon l'OMS, «l'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci à pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie»¹.

Concrètement, l'éducation thérapeutique est une démarche centrée sur le patient qui tient compte de ses connaissances, de son entourage, de ses savoir-faire et qui reconnaît son expérience de la maladie et ses capacités d'adaptation. C'est un véritable partenariat entre les soignants et la personne soignée. Pour pouvoir «maintenir ou améliorer leur qualité de vie», il faut pouvoir comprendre ses propres difficultés face à la maladie. Le patient doit être capable d'identifier et de repérer les comportements ou situations à risque comme par exemple mesurer les risques néphrotoxiques liés à l'auto-médication, ou la déshydratation.

Proposer un programme d'éducation thérapeutique, c'est mettre à disposition des patients, des lieux et des professionnels complémentaires dans le suivi de la maladie. Tous les professionnels de santé (médecins, diététiciens, infirmiers, pharmaciens...) peuvent intervenir en éducation thérapeutique, à condition d'être formés à la pratique, la posture, l'utilisation de méthodes et outils utiles au patient.

« Le patient doit être capable d'identifier et de repérer les comportements ou situations à risque »

Le diagnostic éducatif

Le diagnostic éducatif (ou bilan éducatif) permet de tenir compte de la personne dans sa globalité avec ses conceptions, ses croyances, ses émotions, ses projets de vie et ses potentialités d'apprentissage. Le professionnel de santé n'est plus uniquement focalisé sur la maladie et les paramètres biologiques ou cliniques². Il s'agit d'une consultation au cours de laquelle le patient fait le point de ses besoins, de ses attentes, des difficultés avec un professionnel de santé formé à l'ETP. Cet entretien d'une heure permet de fixer des objectifs avec le patient et de convenir de l'approche la plus adaptée : consultations seules, ateliers uniquement ou une combinaison des deux. Des priorités seront établies, il n'est pas nécessaire de tout faire. S'il existe des difficultés avec la prise du traitement, des oublis de médicament(s) ou une incompréhension de l'utilité de ceux-ci, seuls les ateliers médicaments (Mes'Docs[®]) seront proposés. Rien n'est préétabli, le patient est libre de ses choix.

Le patient pourra assister à des ateliers ou être suivi en consultation en plus de son suivi médical habituel.

Les ateliers

Rénif propose un programme d'éducation thérapeutique validé et autorisé depuis 2010³ par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Il comporte en plus du bilan éducatif, de nombreuses thématiques d'ateliers : 6 concernent la diététique, 3 les médicaments et 3 l'aspect psychosocial du «vivre avec la maladie rénale».

Les ateliers sont ouverts à tout patient adhérent du Réseau Rénif.

L'effet de groupe permet de faire émerger les croyances autour de ce qui est ou doit être fait dans le cadre d'une maladie rénale. En effet, lors des ateliers, un petit groupe de personnes ve-

nues chercher des réponses, confrontent leurs connaissances, vérifient leurs façons de faire. Tout patient a des connaissances mais souvent des difficultés à s'appliquer à lui-même les «bons» comportements. En groupe, on apprend autant par la personne atteinte de la même maladie que par le soignant-éducateur.

La diététique

Les ateliers de diététique sont un complément à la consultation. Les règles hygiéno-diététiques doivent être pratiques, applicables et concrètes. Que veut dire «alimentation équilibrée», comment adapter sa consommation de sel, dans quels aliments va-t-on vraiment trouver les protéines, doit-on supprimer la viande rouge... Autant de questions et de sujets d'échanges qui seront abordés en atelier pour faciliter le quotidien.

L'atelier permet à chacun de donner ses astuces et d'exprimer ses difficultés. Les animateurs utilisent des « outils d'éducation » et des méthodes permettant au patient d'être pleinement acteur de ces ateliers.

Les ateliers Mes'Docs®

En ce qui concerne le traitement médicamenteux, de nombreuses questions sont posées sur les médicaments «génériques», les effets indésirables ou encore les difficultés de prises (horaires, taille des comprimés, goût des chélateurs...). Pour respecter la prescription médicamenteuse, les patients ont besoin de comprendre le mode de fonctionnement du traitement, gérer les oublis, apprendre à réagir dans des situations particulières (sport, voyage...). Au Réseau Rénif, après avoir élaboré et testé les ateliers avec des patients volontaires, nous avons décliné les ateliers «Mes'Docs®» en 3 thématiques : «Mes médicaments», «Mon traitement au quotidien», «Surveiller ma santé».

Les ateliers «vivre avec la maladie rénale»

Les groupes de parole sont des ateliers où, en présence d'une psychologue, sont abordées les expériences de vie avec la maladie, tant sur des aspects de qualité de vie que de facilités ou difficultés à réaliser ses projets ou encore sur la possibilité d'en parler, de communiquer avec les proches ou au travail.

L'éducation thérapeutique est donc une méthode venant en appui aux patients et aux professionnels. Il ne s'agit en rien de cours donnés aux patients. Grâce à l'ETP, le patient acquiert des compétences pour prendre soin de lui-même, maintenir sa qualité de vie. ●

Références

- 1 - OMS-Europe, «Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques», 1998.
- 2 - Thèse de doctorat en pharmacie, «Elaboration d'un atelier collectif d'éducation thérapeutique du patient sur la thématique des médicaments dans la maladie rénale chronique au sein du réseau de néphrologie d'Ile-de-France (RENIF)», 2014.
- 3 - Autorisation ARS n°ETP/10/264



Maladie rénale chronique & alimentation

par Sylvie Partouche

coordinatrice diététique, Rénif

La maladie rénale est responsable de la rétention sanguine de substances normalement éliminées dans les urines. L'alimentation, source de déchets, a donc une place importante et fait partie intégrante de son traitement. Les objectifs de la prise en charge diététique sont simples :

- Maintenir ou améliorer l'état nutritionnel,
- Ralentir la progression de l'insuffisance rénale,

« Le maintien d'un bon état nutritionnel est une priorité [...] Il faut manger ! »

- Prévenir les complications extra-rénales (surtout cardio-vasculaires) de l'insuffisance rénale chronique (IRC).

Maintenir ou améliorer l'état nutritionnel

Contre toute attente, un grand nombre de patients en IRC est dénutri. La désinformation, ou au contraire trop d'informations, ou une mauvaise interprétation aboutissent parfois à des auto restrictions sévères. Le maintien d'un bon état nutritionnel est une priorité, pour votre santé en général mais aussi pour l'autonomie et la qualité de vie.

Pour cela, il faut manger ! Si votre indice de masse corporelle (IMC) est normal, il est sou-

haitable de maintenir votre poids (tableau 1). Il est impératif de faire 3 repas par jour, d'avoir une alimentation variée c'est-à-dire qui apporte à chaque repas un aliment de chaque groupe alimentaire. Aucune famille d'aliments ne doit être supprimée sous peine d'avoir des carences. Faites attention aux idées reçues : les besoins nutritionnels de la personne âgée sont au moins aussi importants que ceux d'un adulte à activité physique équivalente.

Ralentir la progression de l'insuffisance rénale

Les protéines

Nécessaires à la construction puis à l'entretien de la masse musculaire, les protéines ne doivent surtout pas être supprimées de l'alimentation. Cependant, leur produit de dégradation étant l'urée, filtrée par les reins, il convient de les limiter de 0,8 à 1 g/kg de poids idéal/jour. Le poids idéal est un poids correspondant à un IMC compris entre 23 et 27. Le médecin ou le diététicien peut vous aider à définir votre poids idéal.

Les protéines animales (tableau 2), de bonne qualité, sont essentiellement apportées par la viande (rouge ou blanche), le poisson, les œufs, le lait et les produits laitiers (laitages et fromages).

Les protéines végétales (tableau 3), de qualité inférieure, sont apportées par le pain, les féculents, les légumes secs et les céréales.

Pour maintenir un bon état musculaire, variez les sources de protéines animales et végétales et utilisez les équivalences.

Afin d'équilibrer le travail rénal, il est préférable, dans la mesure du possible, de répartir les protéines sur la journée. Cependant, si vous avez succombé à une deuxième tranche de rosbif au déjeuner dominical, vous pouvez vous passer de viande (ou équivalent) au dîner ou réduire votre portion.

Au cours de l'insuffisance rénale chronique (IRC), les toxines urémiques s'accumulent et peuvent, parfois, favoriser une anorexie vis-à-vis de la viande. Il est très important de consommer au minimum 50 g de protéines/jour. Cela correspond au minimum de protéines dégradées dans la journée. Parlez-en à votre diététicien.

Le sel

L'excès de sel entraîne une augmentation du travail rénal et de la pression artérielle. Il est recommandé de ne pas dépasser 6 g de sel par jour. Cette limite améliore les valeurs tensionnelles.

On entend par «sel» le chlorure de sodium (NaCl).

Il ne faut pas totalement supprimer le sel et les aliments salés de votre alimentation. Vos menus deviendraient alors trop fades et votre appétit en serait affecté.

Le sel de table est à limiter mais il est aussi essentiel de connaître les aliments les plus salés

LES PROTÉINES D'ORIGINE ANIMALE

| | |
|---|-------|
| 150 ml de lait | 4,5 g |
| 1 yaourt (125 g) | 5 g |
| 100 g de fromage blanc | 8 g |
| 1 petit suisse (60 g) | 5 g |
| 30 g de fromage à pâte molle (camembert, ...) | 6 g |
| 20 g de fromage à pâte dure (emmental, ...) | 6 g |
| 100 g de viande | 20 g |
| 2 tranches de jambon (100 g) | 20 g |
| 100 g de poisson | 20 g |
| 2 oeufs | 12 g |

tableau 2

| LES PROTÉINES D'ORIGINE VÉGÉTALE | |
|--|---------|
| 4 biscottes standard | 3 g |
| 60 g de pain (1/4 de baguette) | 5 g |
| 3 petites tranches de pain de mie | 5 g |
| 50 g de céréales de petit déjeuner | 4 à 5 g |
| 200 g de féculents cuits (6 à 8 c. à soupe de riz ou pâtes, pommes-de-terre...) | 4 g |
| 100 g de tofu | 11 g |

tableau 3

comme le pain, les fromages, la charcuterie, le jambon, les viandes et les poissons fumés et/ou séchés, les chips, les biscuits apéritifs, les quiches, les pizzas, les conserves, les préparations du commerce, etc. (cf. : Rénif'mag n° 12 «Hypertension, le sel à consommer avec modération»). Là aussi le système des équivalences est précieux.

Pour rehausser le goût des aliments et la saveur des plats, pensez aux épices et aux herbes aromatiques.

Si vous avez fait ou devez faire un repas particulièrement riche en sel, l'équilibre se fait aussi sur la journée. Réduisez au maximum vos apports au deuxième repas principal de la journée.

L'eau

Il est important d'avoir une bonne hydratation. Buvez sans exagération 1 litre à 1,5 litre par jour. Répartissez vos boissons sur l'ensemble de la journée. L'eau reste la seule boisson indispensable mais le thé, le café, et les tisanes contribuent aussi à l'hydratation. Retenez que les jus de fruits et sodas restent pourvoyeurs de sucre en quantités importantes.



Le contrôle glycémique chez les patients diabétiques

L'évolution du diabète vers la néphropathie s'accompagne du renforcement des mesures de suivi et de la recherche d'un équilibre glycémique.

Le cas du potassium

Au cours de l'évolution de l'IRC, il est possible, mais non systématique, d'avoir le taux de potassium sanguin (ou kaliémie) supérieur à la normale. Cela justifie de contrôler ses apports en potassium. Présent dans l'alimentation, le potassium se trouve principalement dans les fruits secs et oléagineux (cacahuètes, amandes...), les légumes secs, les pommes de terre, les céréales complètes, le chocolat, mais aussi les viandes, les poissons, les légumes et les fruits.

L'atelier «Le potassium, une affaire de cœur» (cf. calendrier des ateliers pages 36-37) peut vous aider à vous limiter tout en variant quotidiennement vos menus et sans supprimer aucune famille d'aliments.

Le sel sans sel

Le sel de régime ne contient quasiment pas de NaCl, mais du KCl ou chlorure de potassium. Ce dernier est parfois à limiter chez certaines personnes en IRC, il n'est donc pas souhaitable d'utiliser du sel de régime.

Prévenir les complications extra-rénales (surtout cardio-vasculaires) de l'IRC

Le cholestérol

Une alimentation adéquate peut vous aider à garder un bon bilan lipidique. Le LDL cholestérol (ou «mauvais cholestérol») doit rester inférieur à 1 g/L.

Pour cela, limitez votre consommation de

| Graisses cachées | GRAISSES | Graisses visibles |
|---|-----------------|--|
| Côte de boeuf, côte de mouton Fromages Lait entier et laitages au lait entier | SATUREES | Beurre, crème fraîche, saindoux, palme, palmiste, margarines ordinaires |
| Porc, volailles, amandes | MONO-INSATUREES | Huile d'olive, de colza, d'arachide |
| Poissons gras (sardine, saumon, maquereau, flétan...) | POLY-INSATUREES | Huiles et margarines au tournesol, colza, pépins de raisin, maïs, soja, noix |

tableau 4

graisses en général mais surtout limitez les graisses saturées et favorisez l'apport de graisses insaturées (voir tableau 4). L'atelier «Graisses et cholestérol : les choix du cœur» peut vous aider à faire le tri (cf. calendrier des ateliers pages 36-37).

La pratique d'une activité physique régulière et l'arrêt du tabac

Ce sont des moyens complémentaires pour ralentir l'évolution de l'insuffisance rénale et ils sont d'autant plus justifiés que le tabac participe à l'aggravation du risque cardio-vasculaire.

Nul n'est besoin d'être marathonien ! Il n'est pas nécessaire de pratiquer un sport pour avoir une activité physique. Marchez au moins 30 minutes chaque jour, en une ou plusieurs fois, tous les jours de la semaine. Intégrez cette mesure à votre vie quotidienne. Délaissez la voiture. Raccourcissez votre temps dans les transports en commun et terminez votre voyage par une ou deux stations à pieds. Sortez votre chien un peu plus longtemps que d'habitude, jardinez... On ne le répétera jamais assez : il faut bouger.

En dépit de toutes ces informations, comment faire le tri ?

L'alimentation doit être adaptée aux goûts et habitudes de l'individu, afin d'assurer une compliance optimale. Méfiez-vous «d'internet» dont les articles, souvent très vulgarisés, ou pire des multiples forums fournisseurs (officiels !) d'idées fausses, de recommandations contradictoires et d'expériences personnelles souvent catastrophiques et alarmantes.

Les paramètres alimentaires sont multiples, tout comme les goûts de chacun. La consultation diététique est « la » solution pour une prise en charge réellement personnalisée. C'est votre bilan nutritionnel qui permettra d'aboutir à de nouvelles recommandations nutritionnelles ciblées et individualisées. Elle est complémentaire des 6 ateliers diététiques proposés par le réseau (cf. calendrier des ateliers page 36-37).

Chaque patient adhérent au réseau Rénif peut bénéficier gracieusement de 4 consultations diététiques par an. 116 diététiciennes en Ile-de-France ont été formées par le réseau à la diététique de l'IRC. Il suffit d'une prescription médicale pour y accéder, n'hésitez pas.

| Classification du surpoids et de l'obésité par l'IMC (Indice de Masse Corporelle) | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Classe de l'obésité IMC (kg/m ²) | Age ≤ 70 ans (kg/m ²) | Age > 70 ans (kg/m ²) |
| Poids normal | 18,5 - 24,9 | 23 - 27,9 |
| Surpoids | 25,0 - 29,9 | 28 - 32,9 |
| Obésité | I. modérée | 30,0 - 34,9 |
| | II. sévère | 35,0 - 39,9 |
| | III. morbidité | ≥ 40 |
| | | ≥ 43 |

tableau 1

En conclusion, il est certain que modifier ses habitudes alimentaires prend du temps. Il est utopique de vouloir tout mettre en place d'un seul coup. Commencez par identifier ce qui vous semble réalisable et vous demandera moins d'effort. Lorsque cela sera devenu un réflexe, expérimentez alors un nouveau geste, une nouvelle mesure. L'équilibre alimentaire reste la clé du succès. La diététique de l'IRC ne se résume pas à une liste d'aliments interdits ou autorisés. «L'interdiction» fait d'avantage briller et convoiter «l'interdit». Tout est une question de fréquences, de quantités, d'équivalences et surtout de connaissances. ●

Les 7 groupes d'aliments

Les produits laitiers, ainsi que les fruits et légumes, sont les deux groupes d'aliments que les Français consomment insuffisamment juste devant les produits céréaliers.



**Viande,
Poisson
Œufs**

Riches en protéines, ce sont les meilleures sources de fer. Ils apportent également des vitamines et de nombreux autres minéraux.

**1 à 2 fois
par jour.**

This infographic features a red background. It includes images of a shrimp, a fish, a piece of meat, a whole chicken, and two eggs. The text is in white and red.



**Pain, pâtes, riz,
pommes de terre,
légumes secs
et produits céréaliers**

Ils sont riches en glucides. Les produits céréaliers complets apportent également des fibres et des vitamines B.

**À tous les repas
selon votre appétit.**

This infographic has a brown background. It shows images of a loaf of bread, a slice of bread, a potato, lentils, and two eggs. The text is in white and brown.



**Fruits
et légumes**

Ils sont la principale source de vitamine C. Ils sont riches en fibres, en vitamines et en nombreux minéraux.

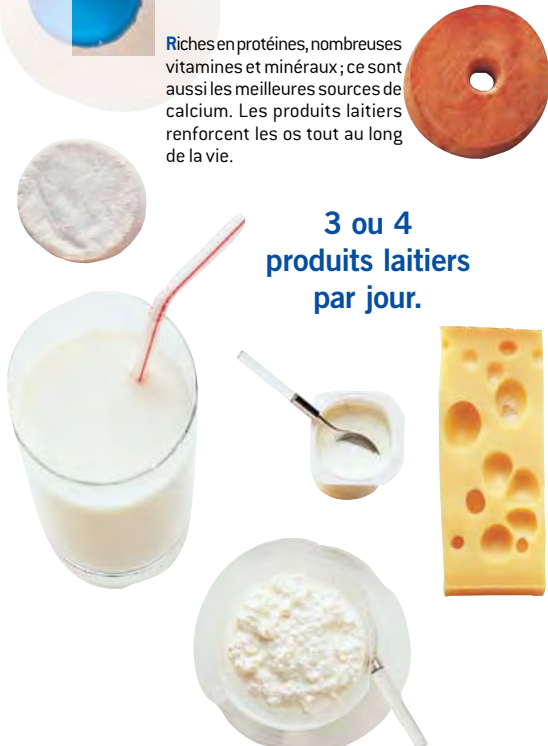
**5 fruits
et légumes
par jour.**

This infographic has a green background. It displays various fruits and vegetables including an apple, a lemon, cherries, a head of cabbage, an orange, a grape cluster, a corn cob, carrots, and a fennel bulb. The text is in white and green.

Lait et produits laitiers

Riches en protéines, nombreuses vitamines et minéraux ; ce sont aussi les meilleures sources de calcium. Les produits laitiers renforcent les os tout au long de la vie.

3 ou 4 produits laitiers par jour.



Matières grasses

Riches en lipides, elles apportent également certaines vitamines. Le beurre et la crème contiennent des vitamines A et D, tandis que l'huile contient de la vitamine E.

En consommer un peu à chaque repas.



Sucre et produits sucrés

Pour le plaisir, en quantité modérée.



Boissons

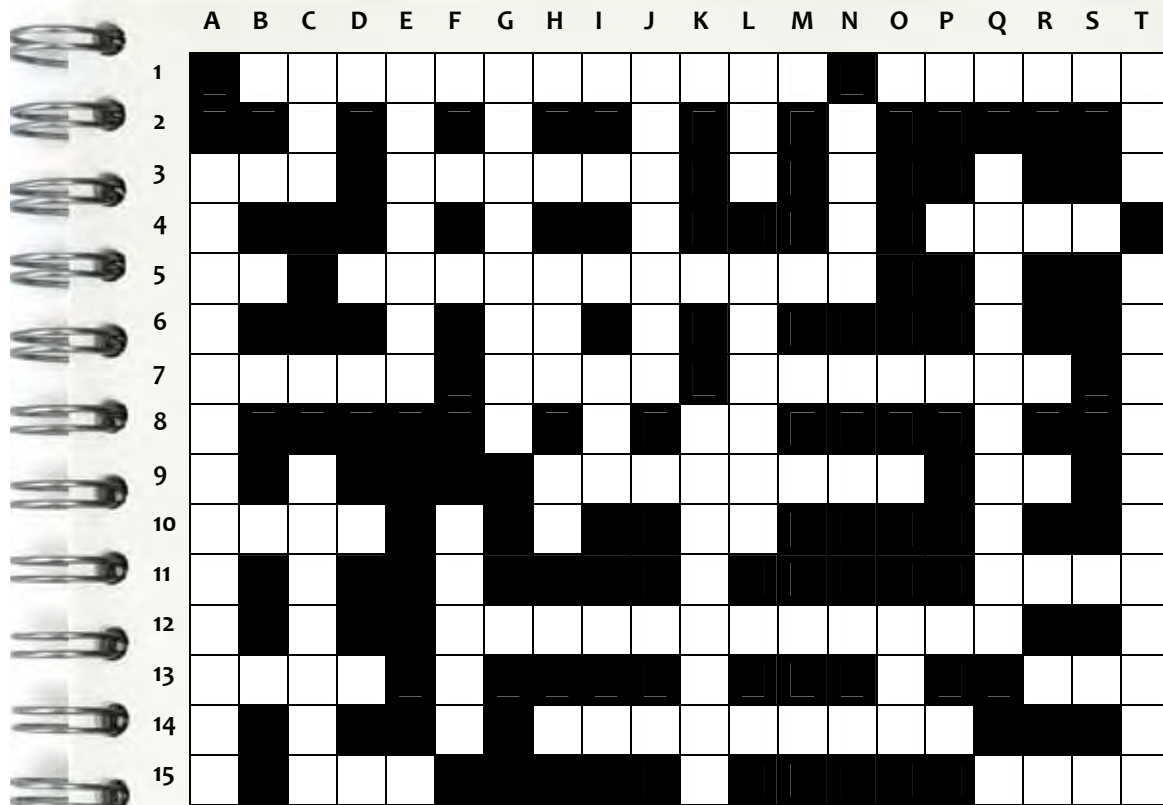
Seule l'eau est indispensable. On peut aussi en boire sous forme de café, de thé, de tisane, ou de lait pour les enfants et les adolescents ; les jus de fruits et les sodas apportent aussi de l'eau mais contiennent du sucre. Quant aux boissons alcoolisées, il faut évidemment ne pas en abuser.

Boire de l'eau à volonté, au cours et en dehors des repas.



A vous de jouer

par Nicole Kucharski, diététicienne nutritionniste, Ile-de-France



Horizontalement

1. Hydrogénocarbonate qui permet de neutraliser l'acidité. Liquide sécrété par le rein et éliminé vers l'extérieur en passant par les voies urinaires.
3. Point représentant une difficulté. Lait fermenté.
4. Déchet azoté présent dans les urines et dans le sang.
5. Potentiel hydrogène. Maladie génétique héréditaire touchant principalement les reins, le foie et le pancréas qui provoque l'apparition de kystes.
6. Ordinateur personnel.
7. Variété de pommes de terre cultivée exclusivement dans le nord de la France. Pronom personnel féminin. Hyperglycémie chronique.
8. Symbole chimique du sélénium.
9. Substance protéique complexe composée d'azote, d'oxygène, d'hydrogène, présente dans le sérum sanguin, le lait, le blanc d'œuf. Formule chimique du sodium.
10. Liquide blanchâtre sécrété par les mammifères. Réticulum endoplasmique.
11. Pain indien.
12. Maladie des reins.
13. Douceur préférée des ours. Poisson de mer de la famille des Séranidés.
14. Unité de filtration des reins.
15. Electrocardiogramme. Gâteau garni de raisins secs et de fruits confits.

Verticalement

- A. Excès de potassium dans le sang.
- C. Insuffisance rénale chronique. Volume des urines émises sur une période de temps donnée.
- E. Maladie rare caractérisée par l'abondance d'amyloïde dans les tissus.
- F. Réseau de néphrologie d'Ile-de-France.
- G. Caractères génétiques portés par une même catégorie d'individus.
- H. Chlorure de potassium. Acides aminés.
- I. Mauvais cholestérol.
- J. Musicien jouant de l'alto.
- K. Etre humain aux dons intellectuels ou physiques exceptionnels.
- L. Liquide indispensable à la vie. Gonflement constitué d'eau.
- N. Fromage à pâte molle, fait dans la Brie.
- O. Bon cholestérol.
- Q. Substance azotée provenant de la dégradation de la créatine servant à établir le diagnostic de l'insuffisance rénale.
- T. 6 g par jour. Présence de protéines dans les urines quantifiées en mg par 24 heures.

Veau marengo



Préparation : 20 min

Cuisson : 2 heures

Pour 4 personnes

600 g de viande de veau (blanquette ou jarret)

4 c. à soupe d'huile d'olive

2 échalotes

2 carottes

1 c. à soupe bombée de farine (30g)

50 g de concentré de tomate

30 cl de vin blanc sec

20 cl d'eau

100 g de champignons de Paris

1 bouquet garni

poivre

1. Coupez la viande en morceaux. Epluchez et lavez les carottes, les champignons, l'ail et les échalotes. Coupez les carottes en rondelles, les champignons en 4, les échalotes et l'ail en morceaux.

2. Dans une cocotte à fond épais, faites dorer la viande dans l'huile d'olive.

3. Ajoutez ensuite les carottes, l'ail et les échalotes. Lorsque ces derniers sont translucides, saupoudrez de farine. Mouillez avec l'eau et le vin blanc. Ajoutez le concentré de tomate, le bouquet garni et le poivre.

4. Laissez mijoter 1h30 à couvert et à feu doux. Ajoutez ensuite les champignons et prolongez la cuisson de 15 min.

5. Retirez le bouquet garni et servez le veau marengo avec du riz parfumé, thaï ou basmati.

L'avis de la diététicienne

Pour 1 personne

Protéines : 31 g ●●●

Sel : négligeable

Potassium : 870 mg ●●●●●

Glucides : 14 g

Suggestion de menu

Concombre au yaourt

Veau marengo

riz basmati

clafoutis aux cerises

1 ● = 10 g de protéines

1 ● = 1 g de sel

1 ● = 200 mg de potassium

Pour un plat de viande en sauce, on compte environ 150 g de viande par personne. En cas d'insuffisance rénale chronique, les protéines devant être limitées, vous pouvez soit vous servir moins que vos convives, soit prendre 150 g et limiter d'avantage (ou supprimer) la viande (ou équivalent) à l'autre repas.

Clafoutis aux cerises



Préparation : 15 min

Cuisson : 45 min

Pour 8 personnes

250 g de cerises
1/2 L de lait demi-écrémé
100 g de farine
100 g de sucre
4 oeufs
10 g de beurre
1 pincée de sel
1 verre à liqueur de kirch ou cognac (facultatif)

1. Lavez, équeutez et dénoyotez (ou pas) les cerises.
2. Préchauffez le four à 180°C (thermostat 6).
3. Battez les oeufs et le sucre. Incorporez la farine (et l'alcool) puis, délayez progressivement avec le lait, en veillant à ce que la pâte soit bien lisse sans grumeau. Au besoin, passez la préparation au chinois.
4. Beurrez une tourtière dans laquelle vous déposerez les cerises. Recouvrez avec la pâte et faites cuire à 180°C pendant 45 min environ.
5. Dégustez froid.

Les puristes font le clafoutis avec les noyaux de cerises pour un goût plus prononcé.

L'avis de la diététicienne

Pour 1 personne

Protéines : 7 g ◀
Sel : négligeable
Potassium : 220 mg ●
Glucides : 27 g

Suggestion de menu

Concombres au yaourt
Veau marengo
Riz basmati
Clafoutis aux cerises

1 ● = 10 g de protéines

1 ● = 1 g de sel

1 ● = 200 mg de potassium

Association PolyKystose
 POUR LUTTER CONTRE LA SÉVÉRITÉ DE
 LA POLYKYSTOSE RÉNALE EN
 France PKD France

WWW.POLYKYSTOSE.ORG

LA POLYKYSTOSE RENALE
 EST L'UNE DES MALADIES GÉNÉTIQUES
 LES PLUS RÉPANDUES DANS LE MONDE

Ça n'arrive pas qu'aux autres.

REJOIGNEZ L'ASSOCIATION POLYKYSTOSE FRANCE
 ET ENSEMBLE, AGISSONS !

ASSOCIATION POLYKYSTOSE FRANCE
 EMAIL : contact@polykystose.org

NOS SERVICES
 prêt d'un tensiomètre
 consultation diététique
 bilan éducatif
 ateliers de diététique
 ateliers sur les médicaments
 ateliers «vivre avec la maladie rénale»
 formation des professionnels de santé

Rénif
 Réseau de néphrologie
 d'Île-de-France

**Réseau de santé pour la prévention et la prise
 en charge des maladies rénales chroniques**

3-5 rue de Metz 75010 Paris
 Tél. 01 48 01 93 00 - Fax : 01 48 01 65 77
 contact@renif.fr - www.renif.fr

Avec le Soutien de
 ARS
 Agence Régionale de Santé
 Île-de-France

SOLUTION DES MOTS CROISÉS

| | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O | P | Q | R | S | T | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | B | I | C | A | R | B | O | N | A | T | E | S | | U | R | I | N | E | S | | | | |
| 2 | | | R | | M | | I | | | L | | A | | B | | | | | | E | | | | |
| 3 | H | I | C | | Y | A | O | U | R | T | | U | | R | | | C | | | L | | | | |
| 4 | Y | | | | L | | T | | I | | | | | I | | U | R | E | E | | | | | |
| 5 | P | H | | | P | O | L | Y | K | Y | S | T | O | S | E | | | | | P | | | | |
| 6 | E | | | | S | | P | C | | T | | E | | | | | A | | | R | | | | |
| 7 | R | A | T | T | E | | E | L | L | E | | D | I | A | B | E | T | E | | O | | | | |
| 8 | K | | | | | | S | | | | S | E | | | | | I | | | T | | | | |
| 9 | A | | D | | | | | A | L | B | U | M | I | N | E | | N | | | E | | | | |
| 10 | L | A | I | T | | | R | | A | | | R | E | | | | I | | | I | | | | |
| 11 | I | | U | | | | E | | | | H | | | | | | N | A | A | N | | | | |
| 12 | E | | R | | | | N | E | P | H | R | O | P | A | T | H | I | E | | | U | | | |
| 13 | M | I | E | L | | I | | | | | | M | | | | D | | | | B | A | R | | |
| 14 | I | | S | | | F | | G | L | O | M | E | R | U | L | E | | | | | | I | | |
| 15 | E | | E | C | G | | | | | | | E | | | | | | | | | C | A | K | E |

CALENDRIER DES ATELIERS RENIF 2014

Inscription obligatoire

Rénif
3-5 rue de Metz 75010 Paris

tél. 01 48 01 93 08

email : gabet.catherine@renif.fr

| ATELIERS DE DIÉTÉTIQUE | Hôpital Necker - Paris 15e | Rénif - Paris 10e |
|---|-------------------------------------|--------------------------------------|
| Bien dans son assiette* * atelier obligatoire | lundi 15 septembre 18:00 > 20:00 | mardi 30 septembre 10:00 > 12:00 |
| | | jeudi 16 octobre 16:00 > 18:00 |
| Mettons notre grain de sel | mardi 30 septembre 18:00 > 20:00 | mercredi 4 juin 18:00 > 20:00 |
| | | jeudi 6 novembre 10:00 > 12:00 |
| Les protéines, ce n'est pas que la viande | jeudi 16 octobre 18:00 > 20:00 | jeudi 19 juin 18:00 > 20:00 |
| | | lundi 24 novembre 14:00 > 16:00 |
| Graisses et cholestérol : les choix du coeur | | jeudi 18 décembre 14:00 > 16:00 |
| Déchiffrons les emballages alimentaires | | lundi 1er décembre 14:00 > 16:00 |
| Le potassium, une affaire de coeur | | mercredi 3 décembre 10:00 > 12:00 |



CALENDRIER DES ATELIERS RENIF 2014

Inscription obligatoire

Rénif
3-5 rue de Metz 75010 Paris

tél. 01 48 01 93 08
email : gabet.catherine@renif.fr

| | |
|---|-------------------------------------|
| ATELIERS MES'DOCS | Rénif - Paris 10e |
| Mon traitement au quotidien | jeudi 18 septembre 10:00 > 12:00 |
| Mes médicaments | mardi 10 juin 14:30 > 16:30 |
| | jeudi 9 octobre 14:00 > 16:00 |
| | jeudi 11 décembre 14:00 > 16:00 |
| Surveiller ma santé | mardi 4 novembre 10:00 > 12:00 |
| Voyages, vacances et fêtes : adapter ses traitements et son alimentation | mardi 9 décembre 16:00 > 18:00 |

| | |
|--|----------------------------------|
| ATELIERS «VIVRE AVEC LA MALADIE RENALE» | Rénif - Paris 10e |
| Qualité de vie : «ma perception, mes adaptations» | lundi 23 juin 10:00 > 12:00 |
| Communiquer autour de la maladie | mardi 8 juillet 14:00 > 16:00 |

ADRESSES

Rénif, 3-5 rue de Metz, 75010 Paris

Hôpital Necker, 149 rue de Sèvres, 75015 Paris

* Il est obligatoire de commencer par l'atelier «Bien dans son assiette» pour pouvoir assister aux autres ateliers de diététique.



Adhérez à Rénif
gratuit et sans
contrainte !

**“Les reins sont précieux,
ensemble prenons-en soin”**

prêt d'un tensiomètre



voir une diététicienne



**ateliers pratiques
et plus encore !**

bulletin d'adhésion
des patients



**consultez notre site
www.renif.fr**



Bulletin d'adhésion

destiné aux personnes ayant une insuffisance rénale chronique avant dialyse et résidant en Ile-de-France

Madame* Monsieur* (* mention obligatoire)

Nom* :

Prénom* :

Né(e) le * :

Adresse* :

.....

.....

Code postal* :

Ville* :

Téléphone* :

Portable :

Email :

je souhaite adhérer au réseau Rénif*

A :

Le :

Signature du patient *

Les données administratives et médicales recueillies sont nécessaires pour une prise en charge par le réseau. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au service statistique du réseau. En application de la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez exercer ce droit en vous adressant au réseau.



Envoyez votre bulletin d'adhésion au réseau
Rénif 3-5 rue de Metz 75010 Paris
Tél. : 01 48 01 93 00 - Fax : 01 48 01 65 77
Email : contact@renif.fr



**Pour recevoir un numéro gratuitement
tél. : 01 48 01 93 08 - mail : contact@renif.fr**