

Rénif'mag

Le magazine des patients sur les maladies rénales

N° 33 - février 2020



PROTEGER SES REINS une partition qui se joue au quotidien

DOSSIER MEDICAL

La néphroprotection en médecine générale, pratiques médicales et limites

Nutrition et maladie rénale chronique

Symptômes et qualité de vie des personnes vivant avec une maladie rénale chronique : résultats issus de la cohorte CKD-REIN

DOSSIER ETP

Qualité de vie et maladie rénale chronique

Comment se soigner sans danger avec les compléments alimentaires et une maladie rénale chronique ?

DOSSIER NUTRITION

L'alimentation limitée en protéines

DOSSIER DEPISTAGE

Utilité du dépistage des maladies rénales en population, enseignements de trois années de campagne réalisée par Rénif

GUIDE

Parcours de vie d'un insuffisant rénal

CALENDRIER DES ATELIERS



SOMMAIRE

Editorial par le Dr Xavier Belenfant

DOSSIER MEDICAL

- 4** La néphroprotection en médecine générale, pratiques médicales et limites, par le Dr Juliette Fernoux
- 8** Nutrition et maladie rénale chronique, par le Pr Denis Fouque et le Dr Laetitia Koppe
- 13** Symptômes et qualité de vie des personnes vivant avec une maladie rénale chronique : résultats issus de la cohorte CKD-REIN, par Elodie Speyer
- 16** Glossaire

DOSSIER EDUCATION THERAPEUTIQUE

- 18** Qualité de vie et maladie rénale chronique, par Farida Amieur
- 21** Comment se soigner sans danger avec les compléments alimentaires et une maladie rénale chronique ? par le Dr Sandrine Masseron et par le Dr Sébastien Homs

DOSSIER NUTRITION

- 23** L'alimentation limitée en protéines, par Stanislas Trolonge
- 26** Recettes de cuisine, par Sylvie Partouche et Delphine Bourlier

DOSSIER DEPISTAGE

- 28** Utilité du dépistage des maladies rénales en population, enseignements de trois années de campagne réalisée par Rénif chez 16 597 personnes, par le Dr Daniel Vasmant

GUIDE

- 30** Parcours de vie d'un insuffisant rénal, par France Rein

33 A vous de jouer ! par Sylvie Partouche

34 Associations de patients partenaires

35 CALENDRIER DES ATELIERS

39 BULLETIN D'ADHESION

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, Dr Eric Gauthier, Dr Daniel Vasmant

Crédits photos : Istock by Getty Images

Impression : imprimerie COPITEXTE (77) ; tirage : 11000 exemplaires

Editorial

Dans ce nouveau numéro, nous avons décidé de vous présenter deux études dédiées à la perception de la maladie rénale chronique (MRC) par les patients et les soignants.

L'étude CKD-REIN-France menée depuis 2013 a inclus plus de 3000 patients atteints d'une MRC. Elle permet d'analyser le ressenti des patients, d'identifier les symptômes les plus fréquents et les plus gênants au quotidien. Cette étude et celles à venir permettront d'éclairer les professionnels de santé et d'en tirer les enseignements appropriés pour améliorer la prise en charge des patients atteints de cette maladie silencieuse.

Une autre étude menée auprès de médecins généralistes tente d'analyser la perception qu'ont ces derniers sur leurs pratiques de néphroprotection. Cette enquête sans concession nous rappelle, à nous médecins, que l'exercice de notre profession nécessite une mise en jour régulière de nos connaissances médicales et un échange de savoirs entre spécialistes et généralistes afin de garantir au patient une prise en charge optimale.

Au lendemain des fêtes de fin d'année, nous vous proposons d'étudier l'impact de l'alimentation sur l'évolution de la maladie rénale chronique.

De délicieuses recettes concoctées par les diététiciennes du réseau vous sont proposées à la fin de ce numéro. Elles sauront ravir vos papilles tout en préservant votre capital santé.

Santé préservée et bonheur à tous pour cette nouvelle année 2020 !

Dr Xavier Belenfant
Néphrologue, président du réseau Rénif



NÉPHROPROTECTION EN MÉDECINE GÉNÉRALE, PRATIQUES MÉDICALES ET LIMITES

par le Dr Juliette Fernoux

Médecin généraliste

La maladie rénale chronique (MRC) de stade 3* est une pathologie chronique aux enjeux humains et économiques non négligeables. Sa fréquence n'a cessé de croître ces dernières années [1]. Cette majoration est due à l'accentuation des facteurs de risque et au vieillissement de la population.

Une des caractéristiques de la MRC est son risque évolutif vers la MRC de stade 5*. Ce risque représente un enjeu de santé et de qualité de vie pour les patients [2], avec un possible impact économique pour le système de santé [3].

* cf. glossaire page 16

La néphroprotection est une attitude de soin préventive et pluridisciplinaire visant à retarder l'évolution de la MRC et à éviter les aggravations aiguës. Cette prise en charge préventive de la MRC est un défi actuel.

Depuis 2004, le médecin est devenu « médecin traitant » et véritable coordinateur du « parcours de soin » du patient. Cette mission de coordination des soins a été réaffirmée dans la loi HPST du 21 juillet 2009 [4], où le médecin généraliste est décrit comme l'acteur pivot du suivi des pathologies chroniques.

Nous avons mené une étude auprès de 374 médecins généralistes (MG), maîtres de stage universitaire (MSU) pour déterminer quelles étaient les pratiques de néphroprotection menées en ambulatoire auprès de leurs patients porteurs d'une MRC de stade 3. Ces MSU étaient répartis en région Rhône-Alpes sur les subdivisions des facultés de Lyon : Ain, Ardèche, Drôme, Haute-Savoie, Isère, Loire et Rhône.

Un questionnaire d'enquête en ligne a été construit avec plusieurs médecins et testé au cours d'une première étude préliminaire. Il a ensuite été diffusé par mail par l'intermédiaire du collège de médecine générale de la faculté Lyon Est.

27.8% des médecins contactés, soit 104 MSU, ont participé à l'étude au décours de 3 envois successifs, effectués en novembre et décembre 2017.

Les résultats ont permis de mettre en évidence que 99% des MG se considéraient comme étant au centre du parcours de soin du patient ayant une MRC. Cette position centrale donne au médecin généraliste de multiples responsabilités allant de la prévention et prescription de traitements adaptés à l'orientation

auprès de professionnels de santé spécialistes ou paramédicaux. (cf. figure 1)

Tout d'abord, la prise en charge thérapeutique de la pression artérielle des patients porteurs d'une MRC de stade 3 était bien effectuée par 69% des MG (traitement anti-hypertenseur par inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) ou antagoniste de l'angiotensine II (ARA2) prescrits) et 97% choisissaient une cible tensionnelle adéquate. (cf. figures 2 et 3)

Concernant la prévention des néphrotoxicités d'origine médicamenteuse, la majorité des MG interrogés déclaraient penser « souvent » ou « toujours » à la fonction rénale de leurs patients au moment de la prescription médicamenteuse. Cependant, les effets secondaires ou toxiques liés à un débit de filtration glomérulaire* diminué étaient sous-estimés. Les outils informatiques d'aide à la prescription, utilisés surtout par les néphrologues ou spécialistes hospitaliers étaient sous-utilisés.

La prévention diététique menée auprès des patients était également non optimale. Seulement 36% des MG effectuaient une prévention diététique adaptée au cours de la consultation (règles diététiques et conseils alimentaires). 27% adressaient leurs patients avec MRC de stade 3 chez un(e) diététicien(ne).

* cf. glossaire page 16

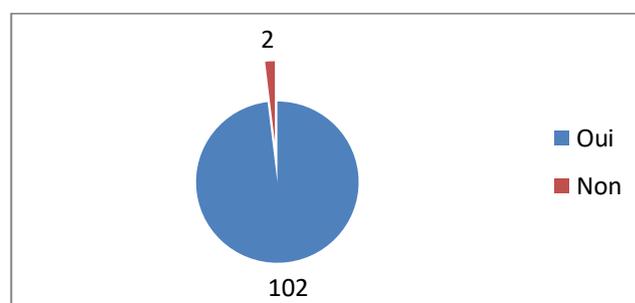


Figure 1 : place du médecin généraliste dans le parcours de soin du patient avec MRC de stade 3
Résultats en valeurs numériques pour un total de 104 médecins répondants à la question : pensez-vous que le médecin généraliste est un acteur principal dans le parcours de soin du patient atteint d'IRC modérée?
 -items : Oui / Non

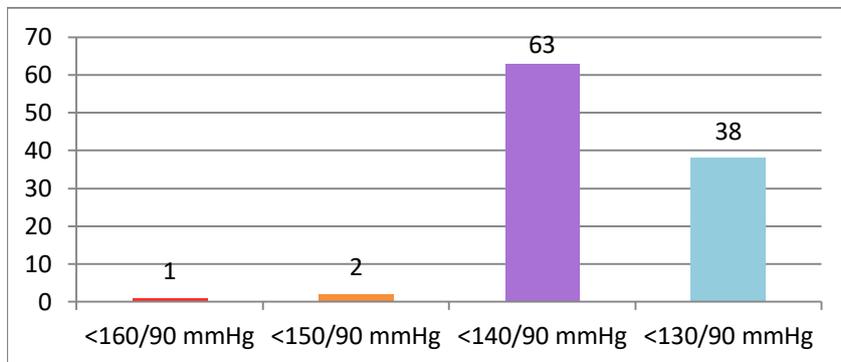


Figure 2 : cible tensionnelle chez un patient avec MRC de stade 3
Résultat en valeur numérique pour un total répondant de 104 médecins

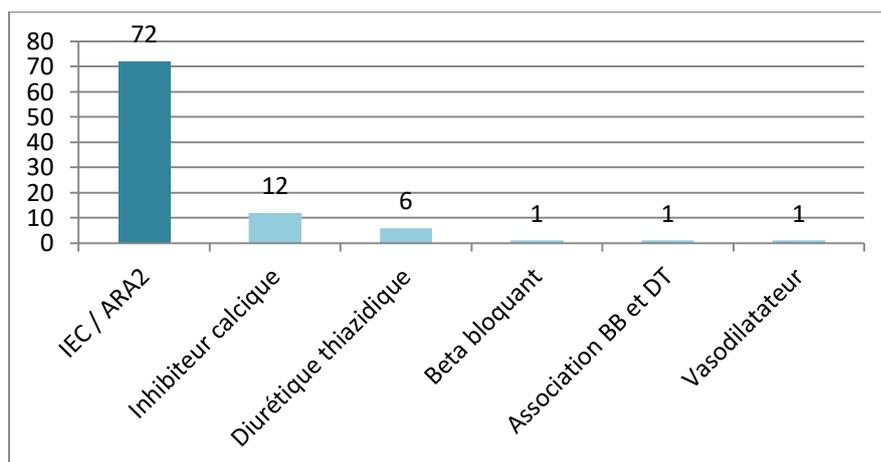


Figure 3 : traitement de première intention prescrit
Résultat en valeur numérique pour un total répondant de 93 médecins
 Classes médicamenteuses rapportées par les médecins
 Association BB et DT = association bêtabloquant et diurétique thiazidique

De multiples contraintes pouvaient expliquer ces manques de prévention concernant la diététique et les risques de néphrotoxicités médicamenteuses.

Tout d'abord, un manque de sensibilisation sur le sujet de la MRC en médecine générale. En effet, les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sont utilisées par seulement 33% des MG. Les outils informatiques de prévention utilisés en majorité par

les médecins spécialistes sont également méconnus en médecine générale.

Il existe, de plus, des difficultés de coordination et de communication entre professionnels de santé en situation de suivi et d'urgence. La prise en charge de pathologies chroniques telle que la MRC demande une relation entre médecine de ville (médecine générale) et médecine hospitalière (suivi spécialisé néphrologique). Cette relation est de nos jours encore dépendante du territoire de soins et donc inégale selon les régions.

Des contraintes sont également liées à la consultation elle-même (manque de temps ou manque de coopération du patient).

C onclusion

La néphroprotection menée en médecine générale auprès des patients porteurs d'une MRC de stade 3 n'est malheureusement pas optimale. La prise en charge cardiovasculaire des patients est bien adaptée avec une prise en charge de la pression artérielle (cible et thérapeutiques prescrites) adéquate. Les préventions diététiques, médicamenteuses et biologiques pourraient être améliorées par une meilleure sensibilisation de la part des autorités de santé et des médecins spécialistes d'organe.

N'oublions pas que 99% des médecins généralistes se considèrent comme étant au centre du parcours de soin du patient ayant une MRC et que la majorité d'entre eux sont conscients des problématiques de la MRC et souhaitent bien prendre en charge leurs patients.

En tant que patient, prenez le temps de solliciter votre médecin généraliste pour votre MRC tout en respectant le temps de consultation dédié pour ce seul et unique motif ; n'hésitez pas à lui parler des différents moyens préventifs actuels existants (Rénif, recommandations HAS, orientation vers un(e) diététicien(ne)). N'hésitez pas à solliciter votre néphrologue pour une meilleure sensibilisation de votre médecin généraliste. ●

REFERENCES

- [1] Stengel B. L'insuffisance rénale chronique : une épidémie ? Presse Médicale. 2011 Nov;40(11):1020-7.
- [2] A C, T P, L M. The quality of life analysis in renal transplant recipients and dialysis patients. Georgian Med News. 2011 Nov;11(200):10-7.
- [3] HAS. Evaluation médico-économique des stratégies de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale en France [En ligne]. 2014 [cité le 20 novembre 2017]. Disponible: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/synthese_irct_vf.pdf
- [4] LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. [En ligne]2009[cité le 18 mars 2018]. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr>



NUTRITION ET MALADIE RENALE CHRONIQUE

par le Pr Denis Fouque et le Dr Laetitia Koppe

Service de néphrologie-dialyse-nutrition, hôpital Lyon Sud, Université de Lyon

Tout au long de la vie, la fonction des reins est indissociable de l'alimentation. Lorsqu'il existe une maladie rénale, les capacités d'élimination des toxines métaboliques diminuent et les toxines s'accumulent dans l'organisme. Chaque année, de nouveaux travaux sont publiés, montrant la relation entre les nutriments ingérés et la génération de dérivés toxiques puis le rapport entre ces toxines et les altérations fonctionnelles des organes non seulement en cas d'insuffisance rénale mais aussi dans la population générale.

Les analyses et revues récentes se concentrent sur le rôle du tube digestif et du microbiote* colique (Kalantar-Zadeh 2017). En effet, la plupart des toxines métaboliques proviennent de la digestion des nutriments par les enzymes* et les bactéries coliques. Ainsi, une fois que la néphropathie* est stabilisée, il est tentant d'imaginer que la maladie rénale chronique devienne une maladie «d'origine digestive», en tout cas clairement liée aux aliments et à leur digestion. Les toxines métaboliques vont s'accumuler dans le plasma* et perturber de nombreux organes : tissu adipeux* en rendant l'adipocyte* pro-inflammatoire, insulino-résistance musculaire, ostéodystrophie rénale*,

* cf. glossaire page 16

atteinte myocardique* et vasculaire entraînant insuffisance cardiaque et artériopathie*, etc.

De nombreuses études ont confirmé ces concepts. Par exemple, la colectomie totale* chez des patients traités par dialyse chronique fait disparaître une toxine bien identifiée, le P-crésyl sulfate sanguin alors qu'il est trouvé en excès au cours de l'insuffisance rénale. Ainsi, les patients porteurs d'une maladie rénale chronique devront particulièrement contrôler leurs apports alimentaires afin de réduire la production de ces toxines car leurs reins ne pourront suffisamment les éliminer. Cette approche est également valable en dialyse, car ces toxines sont mal éliminées au cours des séances.

Quels nutriments doit-on éviter ou sélectionner au cours des maladies rénales chroniques ?

D'abord limiter les protéines animales puis choisir les types de protéines. Les protéines animales proviennent de la viande (on différenciera les viandes rouges des blanches), des œufs et du poisson. A quantité de protéines égale, la viande rouge semble la moins souhaitable alors que les poissons semblent plus favorables (Harring 2017). Les œufs doivent être limités en raison de la choline contenue dans le jaune qui entraîne la production de triméthylamine-oxyde (TMAO), molécule toxique qui va s'accumuler en cas d'insuffisance rénale (Koeth 2018).

La quantité globale de protéines doit être diminuée mais sans parler de régime restrictif. En effet, il ne faut plus évoquer de termes négatifs comme restriction, régime, interdiction, limitation, afin de sensibiliser

positivement les patients à leur nouvelle alimentation. La plus récente méta-analyse* sur les effets d'une réduction des protéines montre deux nouvelles informations (Fouque 2018). Premièrement, les apports protéiques les plus réduits (0,3-0,4 g protéines/kg/jour) retardent significativement le début de la dialyse par rapport à des apports moins réduits (0,6 g protéines/kg/jour ou plus), suggérant qu'une réduction plus importante est plus protectrice. Deuxièmement, il n'a pas été rapporté de dénutrition dans ces études même avec des

« Dans notre expérience, il est possible de repousser la dialyse de 6 à 18 mois en moyenne lorsqu'on arrive à un apport en protéines de 0.3-0.4 g/kg/jour »

apports protéiques bas, confirmant la sécurité de ces interventions. Il faut souligner qu'au cours de ces études, une grande attention a été portée aux apports énergétiques afin de les maintenir supérieurs à 28-30 kcal/kg/jour. Il faut noter également que par rapport à des apports modérément réduits (0.6 g protéines/kg/jour), les apports bas en protéines (0.3-0.4 g/kg/jour) doivent être complétés par des acides aminés essentiels* et céto-analogues* afin d'assurer un apport optimal en acides aminés essentiels, qui permettent une adaptation métabolique optimale (Garibotto 2018).

* cf. glossaire page 16

Stage	eGFR (mL/min/1.73 m ²)	Considered daily protein supply	
1	≥ 90	Normal protein intake (RDA: 0.8 g protein/kg/day)	<ul style="list-style-type: none"> • Low-normal protein, low sodium • Low phosphate, normal energy • Improve CKD-MBD, BP, proteinuria = Slow renal progression
2	60–89	Normal protein intake (RDA: 0.8 g protein/kg/day)	
3	30–59 (a) 45–59 (b) 30–44	Normal protein intake (RDA: 0.8 g protein/kg/day) Protein restriction 0.6 g protein/kg/day	
4	15–29	Protein restriction (1) 0.6 g protein/kg/day (2) 0.3–0.4 g protein/kg/day*	<ul style="list-style-type: none"> • Low protein, low sodium, low phosphate • Low acids, increase energy • Reduce uremic toxicity • Improve uremic symptoms • Reduce protein-energy wasting = Delay ESRD
5	< 10–15	Protein restriction (1) 0.6 g protein/kg/day (2) 0.3–0.4 g protein/kg/day*	

Figure 1 : adaptations diététiques conseillées aux différents stades de la maladie rénale chronique et leur justification (d'après Consensus statement J Renal Nutr, Vol 22, 2012: pp S22-S24) : ESRD : maladie rénale sévère avec nécessité de dialyse ou transplantation

Pourquoi observe-t-on ces effets bénéfiques ?

La réduction quantitative des protéines se justifie par de nombreuses raisons. Parmi elles, une baisse de la protéinurie des 24 heures* (Aparicio 1988), une diminution directe et immédiate de la génération d'urée* et donc de l'urée plasmatique, dont on a oublié le caractère toxique (Koppe J Clin Invest 2016). On observera également une baisse de la phosphorémie* et une amélioration du métabolisme phosphocalcique car le phosphore est contenu principalement dans les protéines, et ceci va améliorer le contrôle de la parathormone* (Rigalleau 1997, Scialla 2015). Les apports de sel sont également réduits car les protéines animales (viande) sont consommées avec plus de sel que les protéines végétales. Ceci permet de diminuer les antihypertenseurs, et augmente l'effet antiprotéinurique des inhibiteurs du système rénine-angiotensine* (Heeg 1987). Le programme diététique ainsi mis en place permettra de s'assurer de la bonne compréhension et du vécu de cette nouvelle diététique et de dépister une carence calorique, afin de

prévenir une dénutrition. Outre la surveillance régulière du poids on recommandera trois consultations diététiques initiales et un suivi de l'urée urinaire des 24h une à deux fois par an (Fouque 1995).

Un régime végétarien entraîne-t-il une hyperkaliémie* ?

Cette question est souvent posée car transiter vers une diététique pauvre en viande et riche en fruits et légumes apporte plus de potassium. Une étude récente n'a pas confirmé ce risque d'hyperkaliémie, montrant une très faible relation entre les apports diététiques de potassium et la kaliémie. Deux raisons sont avancées : l'apport de fibres végétales réduit l'absorption du potassium intestinal et l'augmentation du transit intestinal sous l'effet des fibres, réduit le temps de contact potassium-entérocytes* (St Jules 2016). C'est probablement la constipation qui augmente le risque d'hyperkaliémie.

* cf. glossaire page 16

Stade	DFG (mL/min/1.73m ²)	Adaptation de l'apport protéique
1	≥ 90	apports en protéines recommandés 0,8 g/kg*/jour
2	60-89	apports en protéines recommandés 0,8 g/kg*/jour
3A	45-59	apports en protéines recommandés 0,8 g/kg*/jour
3B	30-44	apports en protéines recommandés 0,6 g/kg*/jour
4	15-29	apports en protéines recommandés 0,6 g/kg*/jour ou 0,3 à 0,4 g/kg*/jour + céto-analogues
5	< 10-15	apports en protéines recommandés 0,6 g/kg*/jour ou 0,3 à 0,4 g/kg*/jour + céto-analogues

*de poids idéal ou ajusté (cf. article diététique)

Figure 1 : version traduite et simplifiée du tableau

Mais revenons au microbiote. Des études récentes ont montré le rôle de l'alimentation sur la fonction du microbiote intestinal. Koeth et coll ont donné une charge orale en carnitine (molécule uniquement contenue dans la viande rouge) à des adultes sains omnivores ou végétariens. La carnitine est dégradée par les bactéries digestives en butyrobétaïne puis en triméthylamine (TMA) qui donnera un composé très oxydant, le TMAO. Les volontaires végétariens ne vont pas produire de TMA, car leur microbiote n'est pas capable de métaboliser la butyrobétaïne (Koeth 2018). Ainsi, le microbiote des adultes omnivores est métaboliquement dangereux car il entraîne la production de toxines athérogènes* et associées à une surmortalité cardiovasculaire. Bien qu'il n'y ait pas de données aussi précises en insuffisance rénale, ces nouvelles études renforcent le risque cardiovasculaire d'une alimentation riche en viande rouge. Une autre étude en cross-over randomisé a également confirmé que la production de TMAO est liée à la viande rouge mais n'a pas été observée avec des viandes blanches (Wang 2018^a).

Au fur et à mesure de la progression de la maladie rénale, on conseille d'intensifier la réduction protéique afin de limiter la production d'urée, et de permettre de retarder le début de la dialyse (cf Figures 1 et 2) (Consensus statement 2012 et Wang 2018^b). Dans notre expérience, il est possible de repousser la dialyse de 6 à 18 mois en moyenne lorsqu'on arrive à un apport en protéines de 0.3-0.4 g/kg/jour. Ainsi, l'attente de la maturation d'un abord vasculaire ou l'attente d'une greffe préemptive semblent de bonnes indications d'une telle intervention nutritionnelle, ainsi qu'au cours d'un traitement conservateur optimisé en cas de refus du traitement de suppléance. L'aspect économique n'est pas non plus à négliger (Mennini 2014).

Enfin, l'observance d'un apport adapté en protéines reste un point important de la prise en charge des patients. En effet, certains patients ne souhaiteront pas modifier leur diététique, d'autres n'auront pas la compréhension suffisante car il s'agit ici d'une véritable éducation diététique. Un effort doit être fait au niveau

médical, diététique et organisationnel avec un encadrement et une répartition des rôles dans les équipes soignantes. On peut ainsi obtenir une adhésion des patients dans 30 à 70% des cas, ce qui est finalement peu différent d'un traitement pharmacologique habituel. Dans notre expérience, l'éducation thérapeutique (programme EDEN-Sud) améliore cette adhésion, et devrait être renforcée par la mise en place de la forfaitisation du suivi de la maladie rénale en France (octobre 2019). ●



REFERENCES

Aparicio et al, Nephron 1988
 Consensus statement J Renal Nutr, Vol 22, 2012: pp S22-S24
 Fouque et al. J Am Soc Nephrol 1995
 Fouque et al, Cochrane Database Syst Rev Oct 2018
 Garibotto et al, Kidney Int reports 2018 ;3 :701-710
 Harring et al ; J Renal Nutr 27, 2017:233-242
 Heeg et al, Kidney Int 1987
 Kalantar-Zadeh et al, N Engl J Med 2017 ;377:

1765-76
 Koeth et al, J Clin Invest 2018
 Koppe et al, J Clin Invest 2016, 126:3598
 Mennini et al., J Renal Nutr 2014;24:313-321
 Rigalleau et al. Am J Clin Nutr 1997
 Scialla et al. J Renal Nutr, 2012; 22: 379-388
 St-Jules et al, J Renal Nutr 2016; 26:282
 a) Wang et al, Eur Heart J 2018 1-13
 b) Wang et al, Semin Nephrol 2018;4:383

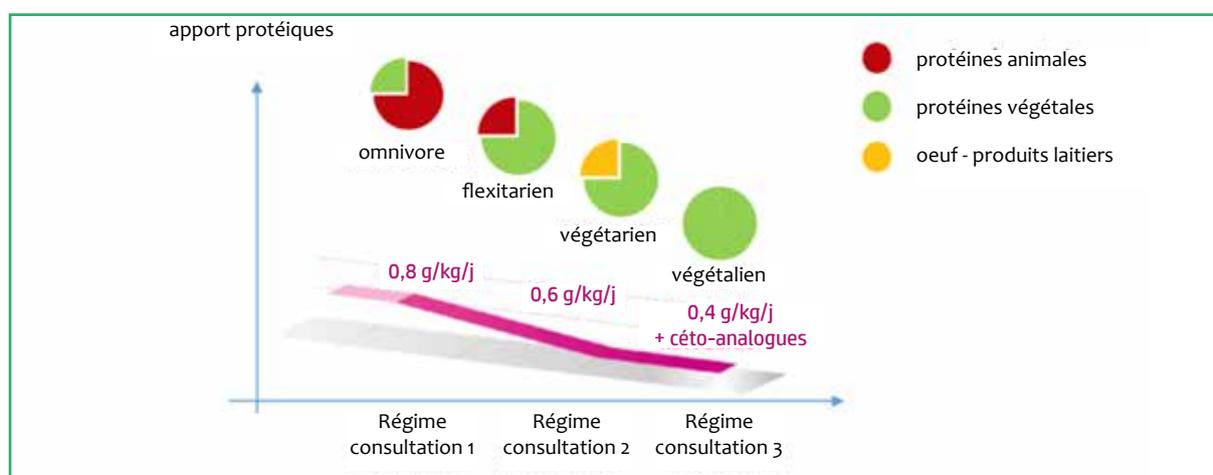


Figure 2 : Mise en place progressive d'un apport personnalisé au cours de la maladie rénale chronique (d'après Wang et al, Semin Nephrol 2018;4:383)



SYMPTÔMES ET QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES VIVANT AVEC UNE MALADIE RÉNALE CHRONIQUE : RÉSULTATS ISSUS DE LA COHORTE CKD-REIN

par Elodie Speyer

Epidémiologiste, CESP, INSERM U1018, Université Paris-Saclay

La maladie rénale chronique est souvent décrite comme silencieuse car elle n'est associée à aucun symptôme spécifique. Ceci amène parfois un diagnostic tardif, pouvant se produire au moment même de la mise en place du traitement de suppléance.

Alors que de nombreuses études ont exploré l'impact de l'insuffisance rénale terminale traitée et son évolution sur la qualité de vie des personnes atteintes de cette maladie, peu l'ont fait aux stades plus précoces de la maladie.

Cependant, est-elle si asymptomatique que ça ? Qu'en est-il de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie rénale chronique avant le stade terminal ?

La cohorte CKD-REIN

L'étude de cohorte CKD-REIN^[1], menée en France métropolitaine depuis 2013, suit des patients atteints de maladie rénale chronique modérée ou avancée, dans le but d'examiner la prise en charge de leur maladie rénale et leur devenir, et ce aux moyens de questionnaires complétés par les participants eux-mêmes, les attachés de recherche clinique et les néphrologues.

A ce jour, CKD-REIN c'est :

- Plus de 3000 patients et leurs proches qui participent à l'étude.
- Des patients âgés en moyenne de 70 ans (60% d'hommes et 40% de femmes) suivis dans l'une des 40 consultations de néphrologie représentatives des régions et du statut des établissements en France métropolitaine.

- Plus de 140 000 échantillons de sang, d'urines et de selles ont d'ores et déjà été recueillis et sont conservés dans une biobanque pour la recherche.
- 200 néphrologues qui participent au recrutement et au suivi des patients.

E ntendre la voix des patients

À l'entrée dans l'étude, les participants à CKD-REIN ont reçu un questionnaire papier à compléter pour évaluer, entre autres, leur état de santé, leurs symptômes et leur qualité de vie (selon deux composantes [physique et mentale]).

Afin de regarder l'effet de la maladie à différents stades de la maladie, les résultats de cette enquête ont été comparés à d'autres enquêtes menées auprès de personnes en dialyse ou porteuses d'un greffon fonctionnel (étude Quavi-REIN^[2]) et de personnes représentatives de la population générale française (enquête Insee^[3]).

E tat de santé et qualité de vie

Alors qu'en population générale, près de 10% des personnes interrogées et âgées de 60 ans et plus rapportent un état de santé médiocre ou mauvais, plus de 30% des personnes atteintes de maladie rénale chronique en stade modéré ou avancé déclarent un état de santé médiocre. Après ajustement pour tenir compte des facteurs démographiques, sociaux et des comorbidités, les patients avec une maladie rénale chronique et ce dès le stade modéré présentaient une diminution importante et significative de la composante physique de la qualité de vie, comparée à celle de la population générale. Par contre, la maladie rénale n'a d'effet sur la composante mentale de qualité de vie que chez les patients dialysés. A noter, que les personnes porteuses d'un greffon fonctionnel rapportent une qualité de vie quasi-similaire à celle de la population générale [4].

S ymptômes aux stades précoces

Plus d'un patient sur quatre rapporte être beaucoup/énormément gêné par 4 symptômes ou plus, à partir d'une liste de 18 symptômes prédéfinis. De façon globale, les plus fréquents étant des douleurs musculaires (26%), une perte de 3 kg sur l'année écoulée (26%), une fatigue (22%), des crampes (19%) et des troubles du sommeil (19%) (Figure 1).

Ces patients présentaient une qualité de vie très altérée par rapport aux participants ayant rapportés 0 ou 1 symptôme.

Certains symptômes augmentent de façon significative avec la baisse de la fonction rénale, à savoir la fatigue, les crampes et le manque d'appétit.

A retenir

Avec ces 4 ans de recul, CKD-REIN commence à apporter des éléments cruciaux et novateurs dans la prise en charge de la maladie rénale chronique en France. Ceci passe notamment par le fait d'accepter que, dès les premiers stades de la maladie, cette maladie est un poids et un fardeau pour les patients. Maintenant, il est important de savoir comment évolue, à moyen et court terme, ces symptômes et la qualité de vie des patients afin de leur proposer la meilleure prise en charge possible.

P our en savoir plus sur l'actualité CKD-REIN, n'hésitez pas à consulter le site internet dédié à l'étude : <http://ckdrein.inserm.fr/> ●

REFERENCES

[1] Stengel B. et al. [The French Chronic Kidney Disease-Renal Epidemiology and Information Network (CKD-REIN) cohort study: To better understand chronic kidney disease]. *Nephrol Ther.* 2016 Apr; 12 Suppl 1:S49-56.

[2] Briançon S. et al. Méthodologie générale de l'étude Quavi-REIN, Volet dialyse & greffe 2011, France. *Bull Epidemiol Hebd.* 2014;(37-38):611-5. http://www.invs.sante.fr/beh/2014/37-38/2014_37-38_2.html

[3] Source : Enquête Insee santé et soins médicaux 2002-2003. <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=sources/ope-enq-sante.htm>

[4] Legrand K. et al. Perceived Health and Quality of Life in Patients With CKD, Including Those With Kidney Failure: Findings From National Surveys in France. *AJKD* 2019 (in press)

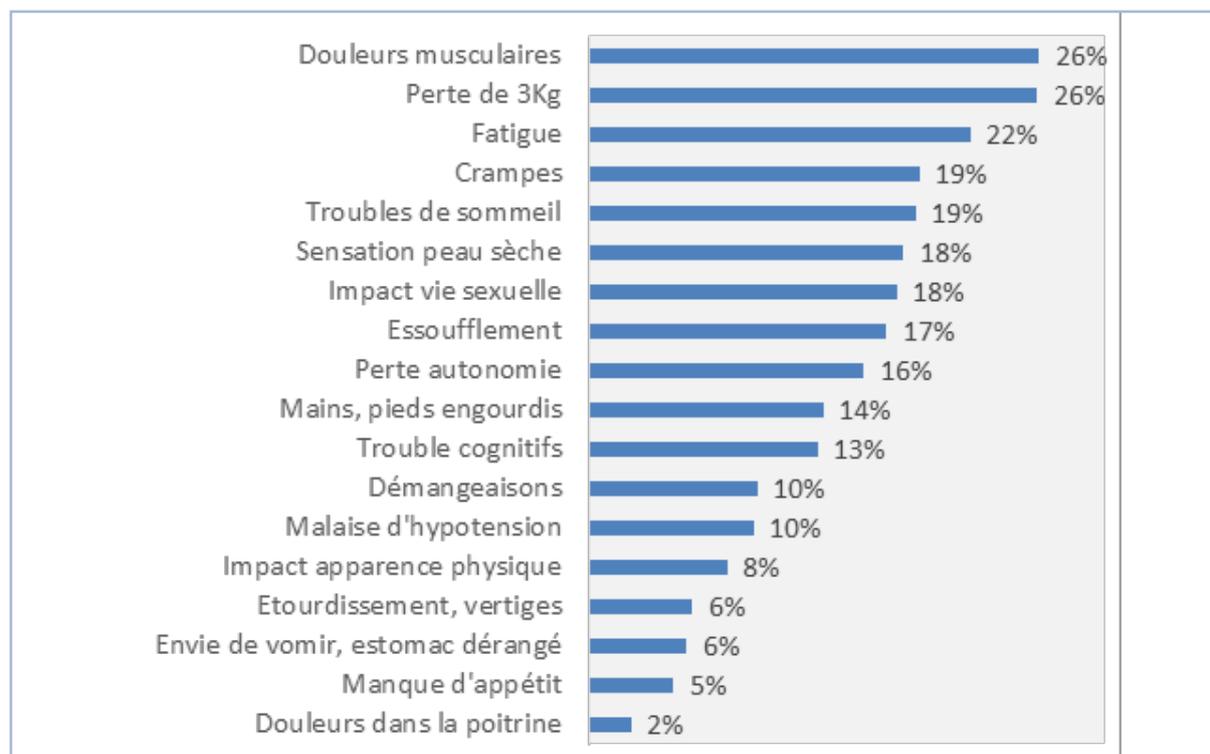
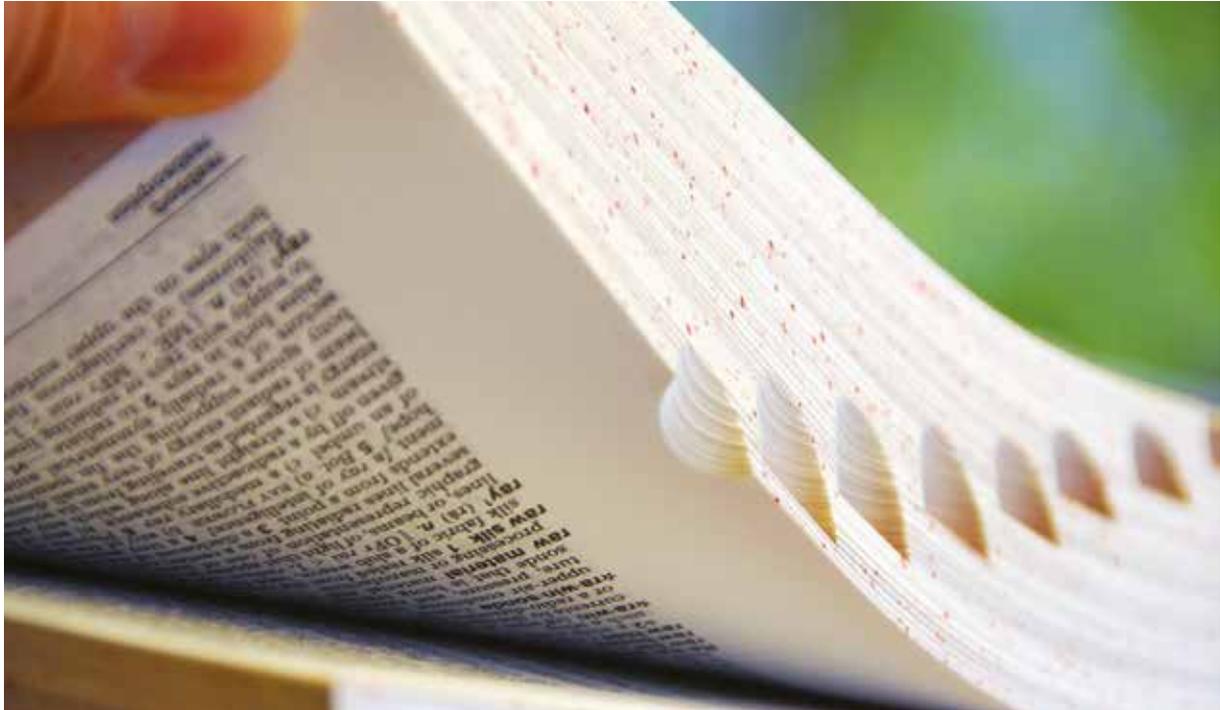


Figure 1 : Proportion de patients rapportant les symptômes ci-dessus.



GLOSSAIRE

Acides aminés essentiels

20 acides aminés sont utilisés pour fabriquer des protéines. Huit ou neuf d'entre eux sont dits essentiels car ils ne sont pas synthétisés par l'organisme et leur origine est uniquement d'origine alimentaire.

Adipocyte

Cellule contenant des lipides.

Artériopathie

Maladie des artères.

Athérogène

Qui produit l'athérome, dépôt de plaques riches en cholestérol dans la paroi interne des artères.

Atteinte myocardique

Atteinte du muscle cardiaque.

Céto-analogues

Acides aminés modifiés pour ne pas rentrer dans le cycle de production de l'urée.

Colectomie totale

Réséction de la totalité du côlon.

Débit de filtration glomérulaire (DFG)

Volume de liquide filtré par le rein par unité de temps. C'est une valeur qui permet de quantifier l'activité du rein.

Entérocyte

Cellule de l'intestin.

Enzyme

Protéine de l'organisme qui catalyse spécifiquement une réaction chimique.

Hyperkaliémie

Augmentation du taux de potassium dans le sang.

Inhibiteur du système rénine-angiotensine

Famille de médicaments anti-hypertenseurs incluant les inhibiteurs de l'enzyme de conversions et les sartans. (Ex : Ramipril, péridopril, irbésartan, losartan, valsartan...)

Méta-analyse

Analyse statistique qui permet de synthétiser les résultats issus de différentes études concernant une question précise.

Microbiote intestinal

Ensemble des micro-organismes vivant dans l'intestin.

Néphropathie

Maladie rénale.

Ostéodystrophie

Trouble de la formation ou de la nutrition du tissu osseux entraînant des déformations du squelette.

Parathormone (PTH)

Hormone sécrétée par les glandes parathyroïdes, augmentant la concentration du calcium sanguin et résorbant le tissu osseux.

Phosphorémie

Taux de phosphore dans le sang.

Plasma

Partie liquide du sang dans laquelle baignent les cellules sanguines (globules rouges, globules blancs et plaquettes).

Prévalence

C'est le nombre total de personnes présentant une maladie à un instant donnée divisé par la taille de la population analysée. Elle s'exprime généralement en pourcentage.

Protéinurie des 24 heures

Taux de protéines provenant du sang présentes dans les urines de 24 heures.

Stade 3, stade 5

Le stade de maladie rénale chronique est défini à partir du débit de filtration glomérulaire estimé et de la présence de marqueurs d'atteinte rénale.

Tableau 1. Classification des stades d'évolution de la maladie rénale chronique

Stade	DFG (ml/min/1,73 m ²)	Définition
1	≥ 90	Maladie rénale chronique ^a avec DFG normal ou augmenté
2	entre 60 et 89	Maladie rénale chronique ^a 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

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

Tissu adipeux

Il est constitué d'un ensemble de cellules grasses appelées adipocytes.

Urée

Produit de dégradation des protéines. Il est fabriqué par le foie et excrété par les reins.



QUALITÉ DE VIE ET MALADIE RÉNALE CHRONIQUE

par Farida Amieur
Psychologue clinicienne

En sociologie, la qualité de vie est ce qui rend la vie agréable ou confortable (notamment sur des critères socio-économiques). C'est une notion très individuelle dont chacun peut donner une définition. C'est vers 1970 que la santé s'est emparée de cette problématique.

La qualité de vie est liée à trois grandes catégories : d'abord les conditions de vie dans les différents domaines et la satisfaction qui en découle ; ensuite les capacités, les performances et les limites fonctionnelles de la personne (réelles ou perçues) ; et enfin, le sentiment de bien-être subjectif lié aux états de bien-être ou de détresse.

La prise en compte de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique est une

priorité nationale, car ces pathologies sont fréquentes dans notre société. En France, à partir de la loi du 9 août 2004, le gouvernement a mis en place en avril 2007 un plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique pour 2007-2011. Ce plan comporte quatre objectifs : aider chaque patient à mieux connaître sa maladie, favoriser les actions de prévention, faciliter la vie quotidienne des malades, enfin, avoir une meilleure connaissance des répercussions de la pathologie sur leur qualité de vie.

La qualité de vie en santé porte sur trois dimensions : physique, psychique et sociale. L'estimation de la qualité de vie passe par l'étude du retentissement de tout événement

modifiant à la hausse ou à la baisse la satisfaction d'une personne à l'égard de son existence.

Chez le patient, l'évaluation de la qualité de vie porte sur son vécu à différents niveaux : fonctionnel (activité dans le quotidien, symptômes), social, émotionnel et cognitif, en lien avec des objectifs qu'il s'est fixé. Ceci permet au patient d'exprimer son ressenti sur son handicap et l'atteinte de son estime de soi.

En médecine ce qui prime, avant l'efficacité thérapeutique et la quantité de vie gagnée, est bien la qualité du surcroît de vie proposée, d'autant plus quand un traitement curatif n'est pas disponible, comme dans la maladie rénale chronique.

Les différentes échelles d'évaluation de la qualité de vie utilisées, la perception subjective et la sensibilité des équipes soignantes de la qualité de vie du patient rendent son évaluation très complexe en créant parfois des décalages.

En pratique l'important est ce que le patient exprime, lors de ses consultations et hospitalisations, sur son vécu et le retentissement de sa maladie au quotidien. Prêter attention à cela, c'est améliorer l'évaluation de la qualité de vie des patients et saisir le décalage qui existe entre la perception de la maladie par les professionnels de santé et celle du patient. Ce décalage est très bien restitué par les patients lors des groupes de parole où ils décrivent un certain décalage entre leur ressenti et la perception du professionnel de santé. Pour donner un exemple, les patients peuvent avoir des résultats biologiques satisfaisants, toutefois ils ressentent des symptômes comme une fatigue, des nausées, une perte d'appétit qui altèrent leur qualité de vie. Le professionnel est quant à lui satisfait voire rassuré par les résultats biologiques. Si le patient ne parvient pas à exprimer ses symptômes, comment le professionnel de santé peut-il percevoir le décalage entre des résultats biologiques satisfaisants et

l'état du patient ? Les patients expliquent très bien la charge émotionnelle intense et leurs attentes qui précèdent les consultations avec les professionnels de santé (inquiétude sur les résultats, sur le retour des professionnels de santé, « verdict »...). Les professionnels sont eux pris dans leur propre temporalité et abordent le patient avec des éléments objectifs permettant de statuer sur la situation médicale de ce dernier. Un décalage relationnel prend alors naissance dans cette interface. Pourtant, cela ne veut pas dire que les professionnels de santé sont dénués d'humanité, mais que les deux protagonistes sont dans des temporalités et des vécus émotionnels différents. Ceci crée parfois des malentendus qui malmènent la relation soignant-soigné.

D'où l'importance d'un réel partenariat entre le patient et les professionnels de santé. Au réseau Rénif, cette question est abordée au cours de l'atelier d'éducation thérapeutique intitulé « Communiquer ou non autour de la maladie rénale ». Les patients sont très créatifs et proposent des astuces telles que faire une liste de questions et de symptômes ressentis avant les consultations avec l'équipe soignante, recourir au mail professionnel des équipes (infirmières, néphrologues...), pour rendre la communication plus efficace et attirer l'attention des professionnels.

Le rapport qu'a le patient avec les professionnels de santé contribue favorablement ou défavorablement à sa qualité de vie au quotidien puisque sa maladie est un compagnon indésirable de tous les jours avec lequel il doit composer. Améliorer les échanges entre patients et professionnels de santé contribue à améliorer la prise en charge et la qualité de vie du patient.

Dans la maladie rénale chronique, l'évolution inéluctable oblige à une prise en charge au long cours avec l'échéance éventuelle d'un traitement de suppléance indispensable mais contraignant. Cette évolution altère de

fait la qualité de vie du patient qui vit avec une « Epée de Damoclès » au-dessus de la tête.

Prendre en compte le vécu du patient donne un indicateur de suivi tout à fait utile pour les professionnels de santé. ●

REFERENCES

Le Moigne Philippe. La qualité de vie : une notion utile aux sciences sociales ? (Commentaire). In : Sciences sociales et santé. Volume 28, n°3, 2010. pp. 75-84.

Soulas, Thierry, et Anne Brédart. « I. Qualité de vie et santé », Serge Sultan éd., Psychologie de la santé. Presses Universitaires de France, 2012, pp. 17-40.

Serge Briançon, Michèle Kessler : Qualité de vie et maladies rénales chroniques ; Collection : Pathologie-Science / Formation, Éd John Libbey Erotext, 2008





COMMENT SE SOIGNER SANS DANGER AVEC LES COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES ET UNE MALADIE RÉNALE CHRONIQUE ?

par le Dr Sandrine Masseron, *pharmacienne d'officine*

et par le Dr Sébastien Homs, *néphrologue, hôpital privé de l'est-parisien, Aulnay-sous-Bois*

Dans une époque de méfiance croissante envers les laboratoires pharmaceutiques, et d'un besoin d'un retour à la nature pour se réappropriier sa santé, il est tentant de s'intéresser aux produits dits « naturels ». Le plus souvent, ils sont conseillés en complément des prescriptions médicales mais parfois en substitution, exposant alors les patients à différents risques qu'ils ignorent. Témoin de cette évolution rapide de pratique, le sujet est devenu récurrent et quasi incontournable lors des différentes discussions des ateliers d'éducation thérapeutique "Mes'docs" du réseau Rénif. La presse grand public s'est également emparée du sujet en y consacrant leur une et des chapitres entiers dédiés.

Face au développement rapide et croissant de ce secteur d'activité, il s'est avéré important pour le réseau Rénif de travailler avec les patients certains éléments afin qu'ils puissent avoir un ensemble d'informations éclairées sur le sujet pour sécuriser leurs pratiques, et que les professionnels de santé puissent aussi répondre au plus près des questions qui leur sont posées.

La question du cadre réglementaire Il est important de poser le cadre réglementaire des produits à « visée sanitaire ». Ils sont classés en différents statuts : médicament, complément alimentaire ou dispositif médical.

La phytothérapie (plantes), l'homéopathie, l'aromathérapie (huiles essentielles), la gemmothérapie (bourgeons)... sont des pratiques dont les produits peuvent être commercialisés sous l'un des 3 statuts précédents.

Pour information, l'article L.5111-1 du Code de la Santé Publique (CSP) définit le médicament comme étant une *"substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, [...] pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique."*

Quelles sont les problématiques liées aux compléments alimentaires ?

Les compléments alimentaires sont distribués en pharmacies d'officine, parapharmacies, super/hypermarchés, magasins spécialisés dit "BIO", instituts de beauté/SPA, sites de commerce en ligne.

Pour la législation, les compléments alimentaires sont des denrées alimentaires. Leur commercialisation et leurs contrôles n'obéissent pas aux mêmes règles que celles du médicament.

Les sources d'information étant multiples, il est difficile de pouvoir obtenir des études précises quant aux risques d'effets indésirables, d'impact sur les traitements associés, d'impact sur la santé en général, et ce d'autant que les patients peuvent avoir plusieurs pathologies et donc prendre plusieurs médicaments. Les connaissances scientifiques restent rares et disparates suivant les substances concernées et les sources consultées rendant encore à l'heure actuelle l'analyse des interactions difficile.

Les principaux risques à envisager chez les patients atteints d'une maladie rénale chronique

peuvent être classés selon le type d'impact qu'ont ces produits :

- interaction médicamenteuse avec le traitement en cours
- toxicité rénale ou autre
- déséquilibre clinique, tensionnel
- perturbation du bilan biologique

Quelle que soit leur composition, tous les compléments alimentaires renferment des substances actives qui ne sont pas sans danger pour la santé. C'est pourquoi, il est important de déchiffrer l'étiquetage de ces produits tant dans l'allégation de «bien-être» annoncée que dans la composition affichée, pour y rechercher un de ces risques.

Développer un atelier d'éducation thérapeutique sur le sujet a été pour Rénif une évidence face à l'usage croissant de ces produits ces dernières années et au risque d'interactions médicamenteuses qu'ils représentent. L'atelier est ouvert à toutes personnes intéressées par le sujet.

Venez travailler avec nous en atelier. Vous pouvez vous y inscrire sur simple demande auprès du secrétariat du réseau Rénif ou sur le site internet. (Cf. calendrier des ateliers page 38) ●



L'ALIMENTATION LIMITEE EN PROTEINES

par Stanislas Trolonge
diététicien, AURAD-AQUITAINE (33)

Une alimentation réduite en protéines a montré ses bénéfices à plusieurs niveaux :

- la réduction du taux sanguin d'urée. L'urée résulte de la digestion des protéines. Un taux élevé peut être responsable d'un manque d'appétit et/ou de fatigue.
- une diminution de l'acidose,
- un meilleur contrôle du bilan phosphocalcique,
- une diminution de la rétention d'eau et de sel, avec pour but final de retarder la mise en dialyse.

Quels sont les aliments les plus riches en protéines ?

Les aliments les plus riches en protéines sont d'origine animale à savoir :

- les viandes rouges et blanches, les poissons et les œufs avec plus de 20 % de protéines

pour 100 g d'aliments. La volaille, certes moins grasse, est souvent plus riche en protéines que la viande rouge.

- Les produits laitiers (lait, laitages et fromages).

Les féculents issus des céréales comme le pain, les pâtes, sont également une source non négligeable de protéines. Il existe d'ailleurs dans les magasins diététiques des versions spéciales hypoprotidiques.

Comment diminuer la quantité de protéines ingérée ?

Des objectifs d'apports quotidiens en protéines sont proposés au patient pour lequel la fonction rénale se dégrade progressivement. Ils sont fixés en fonction du poids du patient.

Plusieurs objectifs existent. Le premier est de

diminuer les protéines à hauteur de 0,8g/kg de poids idéal*/jour, qu'elles soient végétales ou animales. Ce niveau correspond aux recommandations actuelles pour la population générale. Progressivement il pourra être proposé au patient une réduction à 0.6g/kg, puis 0,4 g/kg avec une supplémentation en acides aminés spécifiques, les céto-analogues pour éviter tout risque de dénutrition. Les céto-analogues sont des acides aminés modifiés pour ne pas rentrer dans le cycle de production de l'urée.

En pratique, pour atteindre le niveau de 0,8 g/kg, un des deux repas de la journée sera végétarien (sans viande, sans poisson ni œuf). Une seule portion de viande ou équivalent sera consommée. La portion, de 80 à 130 g, sera fonction du poids. Deux produits laitiers viendront compléter cette journée.

A 0,6 ou 0,4 g/kg de poids, la consommation de ces mêmes aliments sera réduite à 1, 2, 3 fois par semaine maximum. La progression vers une alimentation végétarienne, voir végétalienne (sans viande, sans poisson, ni produit laitier, ni œuf) devient de plus en plus importante.

Il convient, en parallèle, de pallier la baisse de l'apport énergétique (car les aliments sources de protéines apportent de l'énergie) en augmentant les aliments pauvres en protéines.

Quels aliments choisir pour maintenir un apport calorique suffisant ?

La part belle est donnée aux fruits, légumes, céréales pauvres en protéines comme le riz ou les pommes de terre, les boissons végétales (autre que le soja) et surtout les huiles (colza, noix et olive pour leur richesse en oméga 3 et 9).

Comprendre les analyses de sang et d'urines permet d'évaluer l'impact de cette alimentation sur la fonction rénale. Par exemple, une baisse du taux d'urée sanguin est un des signes d'efficacité du régime limité en protéines. Une diététicienne ayant

une formation en diététique des pathologies rénales, vous accompagnera au mieux pour adapter selon vos envies les portions ou fréquences de consommation des aliments contenant des protéines. ●

* Poids idéal = $23 \leq \text{IMC} \leq 25$

Indice de Masse Corporelle (IMC)

$$\text{IMC} = \frac{\text{poids (Kg)}}{\text{taille (m)} \times \text{taille (m)}}$$

En cas d'IMC >25, les rations sont calculées en fonction du poids ajusté.

Poids ajusté

Poids ajusté = poids idéal + 0,25 x (poids réel - poids idéal)

EXEMPLE DE MENUS CONTRÔLÉS EN PROTÉINES, EN SEL ET SUFFISANT EN ÉNERGIE

2000 kcal - 55 g de protéines soit 0,8 g de protéines / kg de poids - 1000 mg de phosphore - 2300 mg de potassium - 5 g de sel.

Dans le cadre d'une alimentation pauvre en protéines inférieure à 0,8 g/kg de poids / jour, la consommation d'une portion de viande, poisson ou oeuf en plat principal est proposée au maximum 1 à 2 fois par semaine ainsi que la consommation, 4 fois par semaine, d'un produit laitier.



PETIT DEJEUNER	DEJEUNER EN BRASSERIE	DINER
<p>1 croissant au beurre artisanal jus de fruit (120 ml) café noir sucre blanc (1 morceau - 5 g)</p>	<p><i>sans sel, demander au cuisinier</i></p> <p>bar (1/2 portion) légumes variés huile d'olive pain (60 g - 1/4 de baguette) tartelette au citron</p>	<p><i>sans sel ajouté, utiliser des herbes et des épices pour donner du goût à vos plats</i></p> <p>soupe de légumes maison (1 bol - 250 ml) pain (60 g - 1/4 de baguette) blé précuit (200 g - 6 à 8 c. à soupe) beurre doux (1 noisette /5 g) yaourt nature (1 pot - 125 g) miel (1 c. à café - 20 g) salade de fruits frais (1 portion - 100 g)</p>

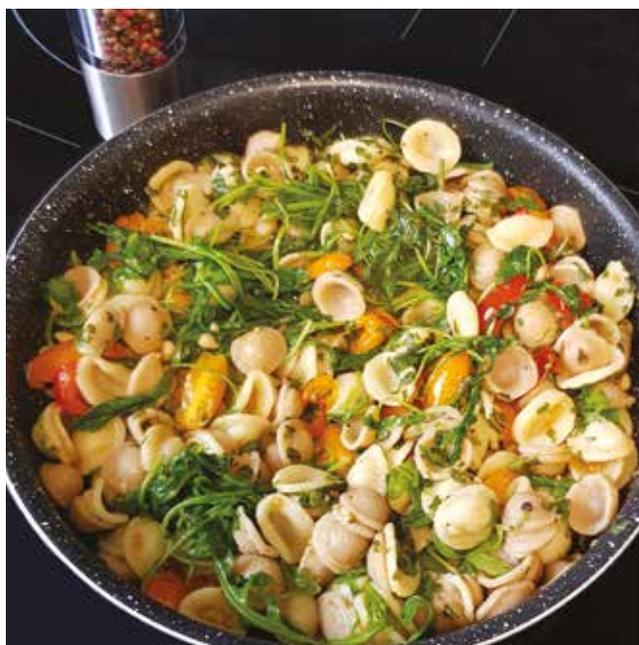
Orecchiette à la roquette

Préparation : 10 min

Cuisson : 15 min

Pour 4 personnes

350 g d'orecchiette (ou autres pâtes courtes)
200 g de roquette
250 g de tomates cerises
2 c. à soupe d'huile d'olive
50 g de parmesan râpé ou en poudre
50 g de pignons de pin ou de graines de tournesol
2 à 4 gousses d'ail (suivant votre goût)
basilic frais ou surgelé
poivre



1. Peler les gousses d'ail.
2. Laver les tomates cerises et les couper en 2.
3. Laver et essorer la roquette.
4. Faire cuire les pâtes dans de l'eau non salée en suivant le temps de cuisson indiqué sur le paquet.
5. Pendant ce temps, dans une poêle, faire revenir l'ail écrasé dans l'huile d'olive pendant une petite minute. Ajouter les pignons de pin puis les tomates cerises et faire revenir 3 à 4 minutes. Poivrer.
6. Ajouter les pâtes cuites, le basilic et la roquette. Bien mélanger. Hydrater avec 3 à 4 cuillères à soupe d'eau de cuisson des pâtes. Saupoudrer de parmesan et servir aussitôt.

L'avis de la diététicienne

Suggestion de menu

Orecchiette à la roquette

Faisselle

Poire

Apport nutritionnel par portion

Protéines : 18 g ●●

Sel : 0.25 g ▲

Potassium : 630 mg ●●●

Glucides : 60 g

1 ● = 10 g de protéines

1 ● = 1 g de sel

1 ● = 200 mg de potassium

Cake au citron

Préparation : 20 min

Cuisson : 30 min

Pour 8 tranches environ

3 œufs

150 g de farine

150 g de sucre

100 ml d'huile neutre (tournesol, colza, arachide)

80 ml de jus de citron (2 citrons non traités)

½ sachet de levure chimique



1. Préchauffer le four à 180°C.
2. Laver les citrons. A l'aide d'une râpe, prélever les zestes délicatement en veillant à ne pas entamer la partie blanche. Les couper en deux et les presser.
3. Fouetter ensemble le sucre et les œufs (pas besoin de faire blanchir). Ajouter l'huile et les zestes.
4. Incorporer la farine, la levure puis le jus de citron.
5. Verser la préparation dans un moule à cake préalablement huilé. Faire cuire 30 min. Vérifier la cuisson à l'aide de la pointe d'un couteau. Si besoin, prolonger.

L'avis de la diététicienne

Suggestion de menu

Orecchiette à la roquette

Faisselle

Poire

Apport nutritionnel par portion

Protéines : 4 g 

Sel : négligeable

Potassium : 65 mg 

Glucides : 35 g

1 ● = 10 g de protéines

1 ● = 1 g de sel

1 ● = 200 mg de potassium

UTILITÉ DU DÉPISTAGE DES MALADIES RÉNALES EN POPULATION : ENSEIGNEMENTS DE TROIS ANNÉES DE CAMPAGNE RÉALISÉE PAR RÉNIF CHEZ 16597 PERSONNES

par le Dr Daniel Vasmant
Néphrologue coordinateur Rénif

Lors du 4ème congrès de la SFNDT (Société Francophone de Néphrologie Dialyse et Transplantation) qui s'est tenu à Nancy du 30 septembre au 2 octobre 2019 Rénif a présenté une communication sous la forme d'un poster sur les résultats de trois années de campagne de co-dépistage des facteurs de risque de maladie rénale et de diabète en Ile-de-France.

En 2016, 2017 et 2018 les associations de patients (notamment France-Rein et l'AFD), les réseaux régionaux thématiques (notamment Rénif et R2D) et les services de santé volontaires (106, 108 et 95 structures respectivement) ont organisé en partenariat avec l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France des semaines de co-dépistage régional du diabète, de l'obésité, d'une maladie rénale et de leurs facteurs de risque en population générale.

L'objectif est ici de rapporter les principaux résultats du co-dépistage et les facteurs ayant conduit à conseiller certaines personnes de consulter leur médecin traitant. Le dépistage a porté au total sur 16597 personnes. Ont été recueillis des données socio-démographiques, les antécédents médicaux et des données cliniques (Indice de masse corporelle (IMC), tour de taille, pression artérielle, protéinurie à la bandelette, Findrisk* calculé en 2017-2018). Une régression logistique sur les données de 2017 a déterminé les raisons principales d'orientation vers le médecin traitant.

* Score permettant de calculer le risque de développer un diabète, à partir du sexe, du poids, de la taille, des antécédents personnels et familiaux et du périmètre abdominal

** cf. glossaire page 16

Résultats
Dans la population totale l'âge médian était de 51 ans, femmes 67,8% / hommes 32,2%. 52,3% avaient au moins une maladie connue : hypertension artérielle (HTA) 21%, diabète 7,9%, maladie rénale 13%, maladie cardio-vasculaire 8,6%. 34,2% étaient en surpoids et 20,4% obèses. Parmi les personnes sans diabète connu, 20% avaient un Findrisk ≥ 12 (risque de diabète modéré à très élevé) et seulement 2,5% avaient une glycémie capillaire élevée. La prévalence** de la protéinurie $\geq 0,3$ g/l était de 15,4%. Il a été conseillé à 51,3% des personnes de voir leur médecin traitant. Selon les modèles de régression multiple, les 4 principaux facteurs d'orientation vers le médecin traitant étaient la présence d'une protéinurie, un IMC élevé, un Findrisk élevé et une pression artérielle élevée, expliquant 75% des orientations.

Conclusion
Lors de ces campagnes de co-dépistage la proportion de personnes à risque de diabète et de maladie rénale était élevée, plus de 21% ont une HTA et plus de 15% des personnes ont une protéinurie. Plus de 50% des personnes ont été orientées vers leur médecin traitant afin notamment de compléter le bilan rénal (sanguin et urinaire), mieux contrôler l'hypertension, insister sur une meilleure prise en charge diététique et sur la bonne observance des médicaments.

Ce résultat justifie la réalisation de campagnes de dépistage de l'hypertension et de la protéinurie chez ces personnes, pendant la semaine nationale du Rein qui commence à partir du 7 mars 2020. ●



1 En France, personne sur **10** est concernée par une maladie rénale.

Surpoids, diabète, hypertension, vous présentez des risques supplémentaires...

Dépistage gratuit maladies rénales

Une détection précoce pour améliorer la prévention et l'accès équitable aux soins
Axes stratégiques mondiaux 2020

La
semaine
nationale
du
rein
Du 7 au 14 mars 2020

Tous les lieux de dépistage sur :

www.semainedurein.fr

PARCOURS DE VIE D'UN INSUFFISANT RÉNAL

France Rein
édite le premier guide
sur le parcours de vie de
l'insuffisant rénal



La vie ne doit pas s'arrêter lorsque l'on est atteint d'insuffisance rénale. C'est pourquoi France Rein, réseau d'associations de patients insuffisants rénaux, a souhaité étendre son guide de la dialyse à l'ensemble du parcours de vie avec une maladie rénale chronique. Pour aider malades et proches à mieux appréhender les décisions de soins et les questions du quotidien à chaque étape de leur parcours.

L'insuffisance rénale est une maladie silencieuse dont l'intéressé ne perçoit pas l'arrivée ni la gravité. Pourtant, quand les premiers signes sont décelés par le médecin généraliste puis le diagnostic confirmé par une analyse biologique, la vie s'écroule et de nombreuses décisions doivent être prises, à un moment où il est nécessaire d'être aidé et éclairé.

Un guide pour ne pas rester seul face à sa maladie

La maladie étant souvent diagnostiquée en urgence, le patient n'a pas le temps de se poser pour faire des choix qui peuvent pourtant l'engager pour longtemps. Quand la maladie évolue, de nouvelles questions et de nouveaux choix se présentent. « Aider les patients et leurs proches à envisager un nouveau parcours de vie en même temps qu'un parcours de soins adapté au projet de chacun, c'est ce que nous avons voulu faire avec ce guide à la fois simple et complet, » explique Michel Coulomb, président de France Rein.

En effet, jusqu'à présent, seul existait un guide sur le parcours du patient dialysé, et il devenait urgent de pallier ce manque. « France Rein est avant tout une association de patients. Par nature et par conviction, nous accompagnons tous ceux qui, touchés par l'insuffisance rénale,



« La vie des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique ne s'arrête pas au diagnostic. La prévention et l'information sont les meilleurs atouts pour bien gérer sa maladie, quelle que soit sa situation, » conclut le Pr Gabriel Chouckroun, chef du service de néphrologie du CHU d'Amiens, président de la Société Francophone de Néphrologie Dialyse et Transplantation (SFNDT), partenaire de France Rein. « Avec ce guide, les patients et leurs proches vont pouvoir apprivoiser pas à pas l'insuffisance rénale chronique et ses différentes étapes. »

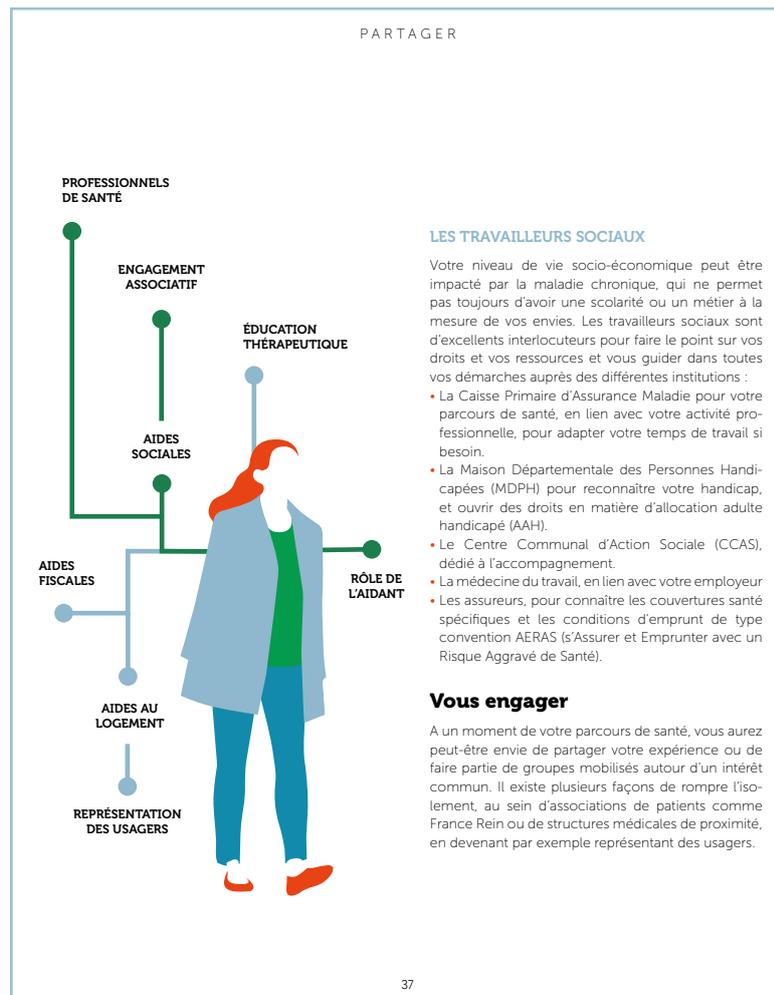
doivent faire face aux différentes étapes de la maladie chronique, » poursuit-il. « Leur permettre d'avoir des réponses à leurs questions à tout moment, grâce à un document unique, s'est imposé comme une évidence. » Surtout quand on sait que le parcours de l'insuffisant rénal n'est pas linéaire, ne pas rester seul pour décider librement de la solution qui nous convient le mieux à chaque étape est essentiel.

Écrit par des patients pour les patients
Fruit d'un long travail collaboratif réunissant malades et proches, professionnels de la santé, experts et partenaires scientifiques, le guide « *Parcours de vie d'un insuffisant rénal* » est écrit par des patients pour les patients. Outre des informations pratiques, il propose des témoignages de patients et des éclairages de professionnels de santé.

I

tinéraire médical et projet de vie d'un insuffisant rénal

Vous venez d'apprendre votre insuffisance rénale chronique, vous entrez en dialyse ou vous vous préparez au parcours de la greffe ? Notre guide dresse le panorama de ce qu'il est utile de connaître pour gérer sa maladie en toute



conscience et connaissance à chaque étape de son parcours.

COMPRENDRE l'insuffisance rénale, CONNAÎTRE les différentes modalités de traitement, ÊTRE ACTEUR DE SA VIE et savoir qui décide, connaître les impacts sur sa vie EN PRATIQUE, PARTAGER et savoir à qui en parler, sont les grandes rubriques de ce guide.

Le guide **Parcours de vie d'un insuffisant rénal** est disponible sous forme numérique sur le site internet de France Rein. Vous pouvez le consulter à tout moment, ou le télécharger et l'imprimer. Il sera également distribué par certains partenaires au sein de leur réseau.

N'hésitez pas à le télécharger et à en parler autour de vous !

<https://www.francerein.org/actualites/23-parcours-de-vie-d-un-insuffisant-renal>

Pour en savoir plus sur France Rein : www.francerein.org



« Ne pas être seul pour décider librement de la solution qui nous convient le mieux à chaque étape de la maladie est essentiel. »

A vous de jouer !

par Sylvie Partouche, coordinatrice diététique Rénif



Donnez à chaque pâte son nom !

- farfalle
- fusilli
- orecchiette
- penne lisce
- penne rigate
- pipe rigate
- spaghetti
- tortiglioni

solution du jeu page 34

1 :

2 :

3 :

4 :

5 :

6 :

7 :

8 :

9 :

ASSOCIATIONS DE PATIENTS PARTENAIRES



PUBLICATIONS RENIF

Pour recevoir un numéro gratuitement, contactez-nous au 01 48 01 93 08 ou par email : contact@renif.fr

- Livret : Automesure tensionnelle et maladie rénale chronique
- Rénif'mag 7 : Spécial rein et diabète, le plaisir de manger
- Rénif'mag 8 : Maladie rénale chronique & droits au travail
- Rénif'mag 9 : Don d'organe, transplantation rénale
- Rénif'mag 10 : Rein & grossesse
- Rénif'mag 11 : 30 ans de recherche en néphrologie
- Rénif'mag 12 : Hypertension, le sel à consommer avec modération
- Rénif'mag 13 : Destination vacances, embarquement immédiat
- Rénif'mag 14 : Et si on parlait des médicaments ?
- Rénif'mag 15 : Lithiases rénales
- Rénif'mag 16 : Bien vivre avec une maladie rénale
- Rénif'mag 17 : Reins et vieillissement
- Rénif'mag 18 : Les protéines, ni trop ni trop peu
- Rénif'mag 19 : L'eau, les reins et la santé
- Rénif'mag 20 : Coeur et maladie rénale, les liaisons dangereuses
- Rénif'mag 21 : Maladie rénale & génétique
- Rénif'mag 22 : Qualité de vie & maladie rénale chronique
- Rénif'mag 23 : La consultation d'annonce, quand le besoin de suppléance rénale se fait sentir...
- Rénif'mag 24 : E-santé, l'ère de la santé connectée
- Rénif'mag 25 : Vaccination & maladie rénale
- Rénif'mag 26 : Préserver ses reins, l'objectif d'une vie
- Rénif'mag 27 : Santé & environnement, les effets de la pollution
- Rénif'mag 28 : L'EPO dans tous ses états
- Rénif'mag 29 : Traitements de suppléance, favoriser l'autonomie
- Rénif'mag 30 : Rein & maladies auto-immunes
- Rénif'mag 31 : Microbiote intestinal, un nouvel espoir pour la compréhension de nombreuses maladies
- Rénif'mag 32 : Intelligence artificielle au service de la médecine de demain
- Livre de recettes, cuisine simple, rapide et gourmande

SOLUTION DU JEU

- 1- Spaghetti
- 2 - Farfalle
- 3 - Penne rigate
- 4- Fusilli
- 5 - Penne lisse
- 6 - Pipe rigate
- 7 - Tagliatelle
- 8 - Tortiglioni
- 9 - Orecchiette

CALENDRIER DES ATELIERS 2020

A vos agendas !

Réservez le **mardi 26 mai 2020 à Paris**

pour un cycle de **conférences sur la maladie rénale chronique :**
avec les dernières actualités sur les phosphates, le microbiote, les protéines, la dialyse...

ATELIERS «VIVRE AVEC LA MALADIE RÉNALE»	Rénif - Paris 10e
Qualité de vie : ma perception, mes adaptations	mardi 17 mars 2020 10h - 12h
Communiquer ou non autour de la maladie	mardi 25 février 2020 10h - 12h
	vendredi 15 mai 2020 10h - 12h
	mercredi 23 septembre 2020 10h - 12h
Mes projets : freins et leviers	vendredi 3 avril 2020 10h - 12h
	mercredi 17 juin 2020 10h - 12h
Aspects émotionnels de la dialyse et de la greffe	mardi 28 avril 2020 10h - 12h



ATELIERS DE DIÉTÉTIQUE	NéphroCare Jossigny (77)	MSP Alésia-Denfert Paris 14e	CHI André Grégoire Montreuil (93)	MSP Porte de Vanves Paris 14e	Rénif Paris 10e
<p>Bien dans son assiette</p> <p><i>Il est indispensable de commencer par cet atelier pour pouvoir participer aux autres ateliers de diététique.</i></p>	<p>lundi 3 février 2020 10h - 12h</p>	<p>vendredi 13 mars 2020 15h - 17h</p>	<p>mardi 21 avril 2020 10h - 12h</p>	<p>vendredi 5 juin 2020 15h - 17h</p>	<p>mercredi 12 février 2020 15h - 17h</p>
			<p>mardi 25 février 2020 17h - 19h</p>		
			<p>vendredi 20 mars 2020 10h - 12h</p>		
			<p>jeudi 26 mars 2020 17h - 19h</p>		
			<p>jeudi 30 avril 2020 10h - 12h</p>		
			<p>lundi 11 mai 2020 10h - 12h</p>		
			<p>mardi 16 juin 2020 17h - 19h</p>		
<p>Mettons notre grain de sel*</p>	<p>mardi 25 février 2020 14h - 16h</p>	<p>vendredi 27 mars 2020 15h - 17h</p>	<p>mardi 12 mai 2020 14h - 16h</p>	<p>vendredi 19 juin 2020 15h - 17h</p>	<p>mardi 24 mars 2020 10h - 12h</p>
					<p>jeudi 30 avril 2020 14h - 16h</p>
					<p>mardi 2 juin 2020 17h - 19h</p>
<p>Les protéines, ce n'est pas que la viande*</p>	<p>jeudi 12 mars 2020 10h - 12h</p>	<p>vendredi 20 mars 2020 10h - 12h</p>	<p>mardi 5 mai 2020 10h - 12h</p>	<p>vendredi 12 juin 2020 10h - 12h</p>	<p>jeudi 13 février 2020 10h - 12h</p>
					<p>jeudi 12 mars 2020 17h - 19h</p>
					<p>vendredi 24 avril 2020 14h - 16h</p>
					<p>vendredi 29 mai 2020 10h - 12h</p>

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



Inscription obligatoire

Rénif 3-5 rue de Metz 75010 Paris

tél. 01 48 01 93 08

email : gabet.catherine@renif.fr

<http://www.renif.fr/inscription-ateliers>

ATELIERS DE DIÉTÉTIQUE	NéphroCare Jossigny (77)	MSP Alésia-Denfert Paris 14e	CHI André Grégoire Montreuil (93)	MSP Porte de Vanves Paris 14e	Rénif Paris 10e
Graisses et cholestérol les choix du coeur*	lundi 4 mai 2020 14h - 16h	vendredi 3 avril 2020 10h - 12h	mardi 19 mai 2020 14h - 16h		mercredi 11 mars 2020 10h - 12h
Déchiffrons les emballages alimentaires*					vendredi 6 mars 2020 10h - 12h
					mercredi 17 juin 2020 14h - 16h
Le potassium, une affaire de coeur*	vendredi 27 mars 2020 10h - 12h		jeudi 14 mai 2020 10h - 19h	vendredi 26 juin 2020 10h - 12h	lundi 9 mars 2020 10h - 12h
					lundi 4 mai 2020 10h - 12h
					mardi 23 juin 2020 17h - 19h
NOUVEAU Quel est le menu du jour ? <i>Pour vous inscrire, il est nécessaire d'avoir déjà participé aux 3 ateliers «Bien dans son assiette», «Les protéines, ce n'est pas que la viande» et «Mettons notre grain de sel».</i>					mardi 17 mars 2020 14h - 16h
					mercredi 1er avril 2020 10h - 12h
					mardi 28 avril 2020 17h - 19h
					lundi 15 juin 2020 15h - 17h
					vendredi 26 juin 2020 14h - 16h

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



CALENDRIER DES ATELIERS

2020

Inscription obligatoire

Rénif 3-5 rue de Metz 75010 Paris

tél. 01 48 01 93 08

email : gabet.catherine@renif.fr

<http://www.renif.fr/inscription-ateliers>

ATELIERS MES'DOCS	Rénif - Paris 10e
Voyages, vacances et fêtes	prochainement*
Les médicaments génériques	jeudi 23 avril 2020 14h - 16h
Surveiller ma santé	jeudi 27 février 2020 14h - 16h
Mon traitement au quotidien	jeudi 11 juin 2020 14h - 16h
Automédication	jeudi 5 mars 2020 14h - 16h
Se soigner sans danger	jeudi 28 mai 2020 14h - 16h
Déchiffrer son bilan biologique	jeudi 19 mars 2020 14h - 16h

ADRESSES

CHI André Grégoire, 56 boulevard de la Boissière, 93100 Montreuil

MSP Alésia-Denfert, Maison de santé, 29 avenue du Général de Gaulle, 75014 Paris

MSP Porte de Vanves, 12 rue Wilfrid Laurier, 75014 Paris

NéphroCare Jossigny, Centre Hospitalier Lagny Marne-la-Valée, 2-4 cours de la Gondoire, 77600 Jossigny

Rénif, 3-5 rue de Metz, 75010 Paris

RESEAUX SOCIAUX

facebook.com/renif.fr

Instagram : [@renif.fr](https://www.instagram.com/renif.fr)

Twitter : [@ReseauRenif](https://twitter.com/ReseauRenif)



BULLETIN D'ADHESION

destiné aux personnes ayant une maladie rénale chronique,
non dialysées et suivies en Ile-de-France

Adhésion en ligne : www.renif.fr/adherer

*“J’ai une
maladie rénale chronique
et je ne suis pas en dialyse,
j’adhère à Rénif,
c’est gratuit* !”*

*Réseau financé par l'Agence Régionale de Santé (ARS)

Madame* Monsieur* (* mention obligatoire)

Nom* :

Prénom* :

Né(e) le* :

Adresse* :

.....

Code postal* :

Ville* :

Téléphone* :

Portable :

Email :

Dans quel établissement de santé êtes-vous suivi en néphrologie (hôpital, clinique...)*?

.....

Sur votre dernière analyse de sang, quel est votre débit de filtration glomérulaire (DFG)?

je souhaite adhérer au réseau Rénif et je déclare avoir une maladie rénale chronique et ne pas être en dialyse.*

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.

Le programme d'éducation Rénif garantit la confidentialité des informations conformément aux dispositions de l'article 226-13 du code pénal.



Envoyez votre bulletin d'adhésion au réseau

Rénif 3-5 rue de Metz 75010 Paris

Tél : 01 48 01 93 08 - Fax : 01 48 01 65 77

Email : contact@renif.fr

*En adhérant, vous bénéficiez
de tous nos services :*

- ✓ voir une diététicienne*
- ✓ prêt d'un tensiomètre*
- ✓ participer à des ateliers pratiques*
- ✓ être abonné au magazine Rénif'mag*

Adhérez à Rénif, c'est gratuit !

www.renif.fr

facebook.com/renif.fr

Instagram : [@renif.fr](https://instagram.com/@renif.fr)

Twitter : [@ReseauRenif](https://twitter.com/@ReseauRenif)

