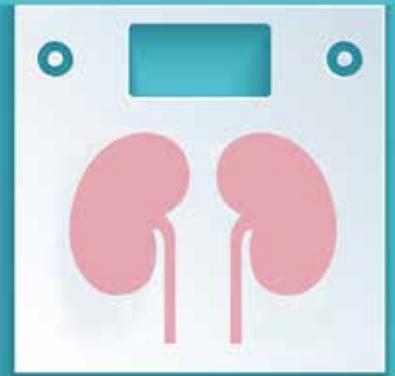
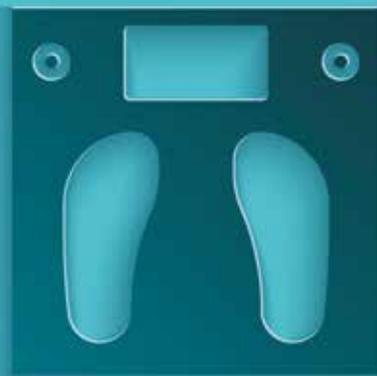


Rénif'mag

Le magazine des patients sur les maladies rénales

N° 38 - octobre 2021



OBESITE : un poids méconnu pour les reins

DOSSIER MEDICAL

Obésité : quel impact sur le fonctionnement du rein ?

L'obésité, une maladie chronique à prendre en charge comme telle

Maladie rénale et chirurgie de l'obésité ou chirurgie bariatrique

Obésité et transplantation rénale : quels sont les risques ? Quelles sont les solutions ?

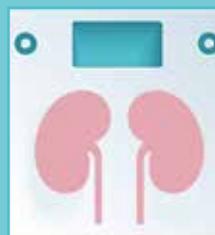
DOSSIER ETP

Obésité, rein et éducation thérapeutique

DOSSIER NUTRITION

A plein régime !

CALENDRIER DES ATELIERS



SOMMAIRE

Editorial *par Dr Stéphane Roueff*

DOSSIER MEDICAL

- 4** Obésité : quel impact sur le fonctionnement du rein ? *par Pr Guillaume Favre*
- 7** L'obésité, une maladie chronique à prendre en charge comme telle, *par Pr Claire Carette*
- 10** Maladie rénale et chirurgie de l'obésité ou chirurgie bariatrique, *par Dr Tigran Poghosyan et Dr Clément Baratte*
- 14** Obésité et transplantation rénale : quels sont les risques ? Quelles sont les solutions ? *par Dr Renaud Snanoudj*

DOSSIER EDUCATION THERAPEUTIQUE

- 17** Obésité, rein et éducation thérapeutique, *par Thibaud Verdier, Dr Diane Messenger et Dr Léa Lucas-Martini*

DOSSIER NUTRITION

- 20** A plein régime ! *par Sylvie Partouche*
- 24** Recettes de cuisine, *par Dominique Amar Sotto et Delphine Bourlier*
- 26** A vous de jouer ! *par Sylvie Partouche*

27 Associations de patients partenaires

28 CALENDRIER DES ATELIERS

31 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

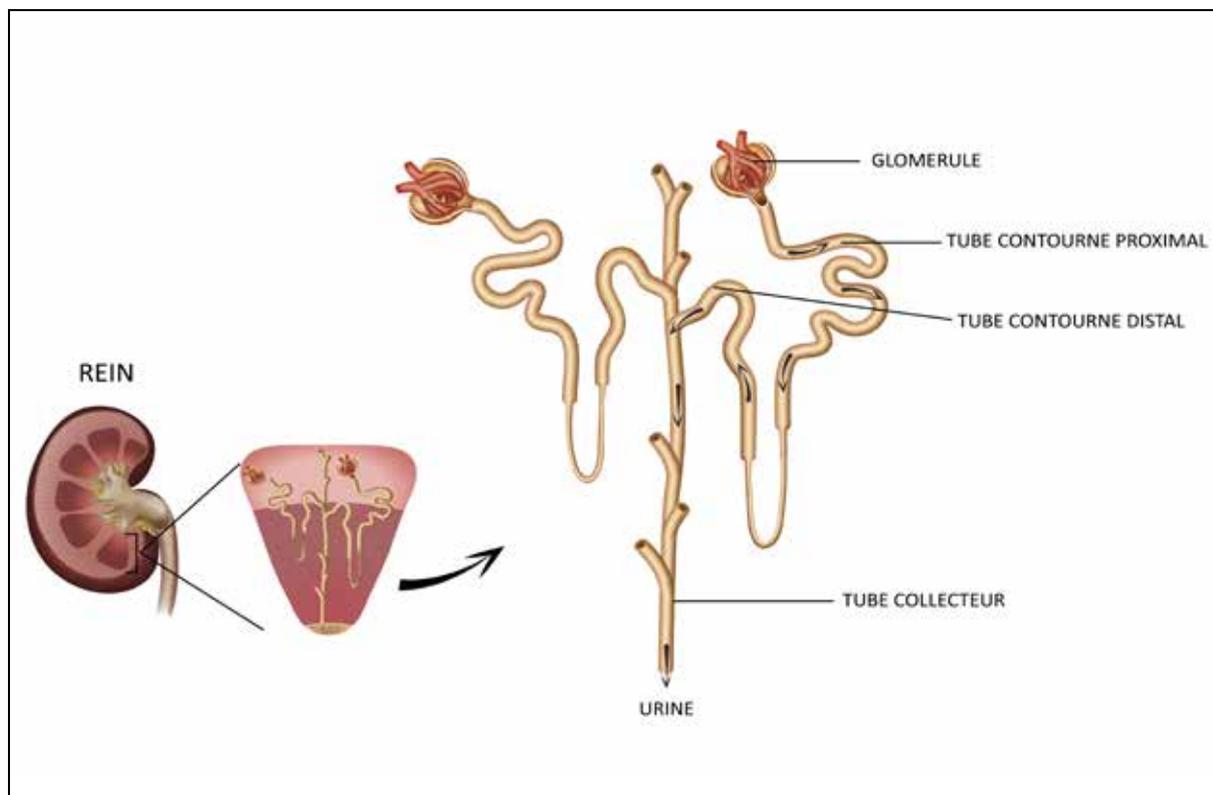
Crédits photos : Istock by Getty Images

Impression : imprimerie CHAUVEAU (28) ; tirage : 11000 exemplaires



L'obésité touche près de 25% des patients insuffisants rénaux chroniques. Dans ce numéro du Rénif'mag vous trouverez un dossier très complet sur l'obésité et ses conséquences sur la prise en charge des maladies rénales chroniques. Le professeur Guillaume Favre, néphrologue, expliquera dans un premier temps, les conséquences de l'obésité sur le fonctionnement du rein. Le professeur Claire Carette, endocrinologue, dressera un panorama général de la prise en charge de l'obésité qui est considérée comme une maladie chronique et qui nécessite l'intervention de multiples professionnels de santé : médecins, chirurgiens, spécialistes de l'activité physique, diététiciens, psychologues. Les docteurs Pogossyan et Baratte détailleront le traitement chirurgical de l'obésité, ses limites, ses bénéfices sur l'état de santé et ses conséquences sur le fonctionnement des reins. Le docteur Renaud Snanoudj évoquera la problématique de l'obésité et de la transplantation rénale. Enfin, comme nous l'expliquera le docteur Léa Lucas-Martini, la pratique d'une activité physique régulière et la modification des habitudes alimentaires représentent la pierre angulaire de la prise en charge de l'obésité ce qui ne peut se faire sans une adhésion des patients au projet thérapeutique. C'est tout l'enjeu de l'éducation thérapeutique, que promeut Rénif depuis plusieurs années.

Dr Stéphane Roueff
Néphrologue, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris



OBESITE : QUEL IMPACT SUR LE FONCTIONNEMENT DU REIN ?

par Pr Guillaume Favre
Néphrologue, CHU de Nice

Introduction

En moyenne, le tiers de la population mondiale est obèse. En France, l'obésité concerne un quart de la population tandis qu'aux Etats-Unis ce chiffre atteint 40%. L'obésité survient de plus en plus tôt dans la vie, y compris dans l'enfance, et sa prévalence augmente. Parmi les personnes souffrant de maladie rénale chronique, 44% sont obèses et, d'après les registres américains, la moitié d'entre elles auraient une forme sévère ou morbide d'obésité. De nombreuses observations, obtenues chez l'animal ou chez l'homme, font apparaître l'obésité comme néfaste pour les reins.

Définition de l'obésité

L'obésité est définie par un indice de masse corporelle supérieur à 30 kg/m^2 et comporte trois catégories de gravité croissante. Un indice de masse corporelle entre 30 et $34,9 \text{ kg/m}^2$ définit l'obésité modérée, entre 35 et $39,9 \text{ kg/m}^2$ l'obésité sévère et à partir de 40 kg/m^2 et au-delà l'obésité morbide. L'obésité correspond à l'expansion du tissu adipeux blanc, composé d'adipocytes, de cellules immunitaires et de vaisseaux sanguins. Normalement, ce tissu est une réserve énergétique qui produit des hormones appelées adipocytokines contrôlant notamment la satiété.

Lorsque les capacités d'expansion du tissu

adipeux ne permettent plus de constituer des réserves en lipides à partir des nutriments, les adipocytes se nécrosent, les cellules immunitaires augmentent en nombre et elles acquièrent un profil inflammatoire. En parallèle, la nature des adipocytokines produites par le tissu adipeux blanc change. Elles sont responsables d'un état inflammatoire chronique de bas grade dans tout l'organisme, ce qui est néfaste pour les reins (entre autres). Cette transformation concerne plus particulièrement la graisse qui entoure les viscères et aussi, mais beaucoup moins, la graisse située sous la peau. Le tour de taille permet d'apprécier la quantité de graisse viscérale.

Fonctionnement rénal

Les glomérules rénaux sont environ un million dans chaque rein et ce nombre est déterminé définitivement peu après la naissance. Ils filtrent le plasma sanguin plus de 50 fois par jour. Le plasma est en continuité avec le liquide interstitiel qui entoure les cellules et qui reçoit les nutriments ainsi que les déchets du métabolisme cellulaire. A partir du plasma filtré, les tubules rénaux ajustent la composition et le volume du liquide interstitiel aux besoins de l'organisme. Le débit de filtration glomérulaire est variable. Il existe une réserve fonctionnelle rénale qui est utilisée par exemple au 3^{ème} trimestre de la grossesse (augmentation de 50%) ou après l'ablation d'un rein en cas de cancer. Cette réserve est utilisée aussi chez les personnes obèses, parce que le volume du liquide interstitiel augmente parallèlement à la corpulence, tandis que le nombre de glomérules n'augmente pas. En effet, une personne présentant une obésité morbide a deux fois plus de liquide interstitiel qu'une personne normo-pondérale. Le débit de filtration glomérulaire diminue avec l'âge. En présence d'une maladie rénale, la perte irréversible du débit de filtration glomérulaire au cours du temps est plus ou moins rapide et accessible à un traitement. Le débit de filtration glomérulaire est aussi appelé fonction rénale.

Impact de l'obésité sur le fonctionnement des reins

Les glomérules sont des petites sphères d'environ 1/10^e de millimètre de diamètre, présentes en périphérie des reins, tandis que les tubules sont des canaux situés en aval des glomérules. L'obésité morbide multiplie par dix le volume des glomérules sans changer leur nombre, augmentant ainsi beaucoup la surface de filtration du plasma. De plus, les adipocytokines inflammatoires augmentent le diamètre des artères qui conduisent le sang aux reins. Les deux phénomènes concourent à l'apparition d'une hyperfiltration glomérulaire et d'une microalbuminurie. On sait que l'obésité en est responsable parce que l'amaigrissement obtenu par le traitement chirurgical de l'obésité fait disparaître l'hyperfiltration et la microalbuminurie. En revanche, on ignore si la taille des glomérules redevient normale.

Bien qu'en partie réversibles, les conséquences rénales de l'obésité sont durables. En effet, une forte concentration sanguine d'adipocytokines inflammatoires est associée à la perte de réserve fonctionnelle rénale. La perte de fonction rénale liée à l'âge est 2,2 fois plus rapide chez les personnes présentant un indice de masse corporelle supérieur à 35 kg/m² par rapport à celles qui sont en dessous de 25 kg/m². Même en l'absence d'obésité, la perte de fonction rénale est 1,7 fois plus rapide en présence d'un tour de taille élevé par rapport à un tour de taille normal. Les données épidémiologiques en population générale indiquent que le risque relatif d'avoir besoin de dialyse ou de transplantation rénale est 7 fois plus élevé chez les personnes dont l'indice de masse corporelle est supérieur 40 kg/m² par rapport à celles dont l'indice de masse corporelle est inférieur à 25 kg/m².

La perte du débit de filtration glomérulaire liée à une maladie rénale est significativement accélérée chez les personnes obèses par rapport à celles qui ont un poids normal. En effet, c'est ce qu'on observe chez les

personnes atteintes de maladie de Berger, celles qui ont subi une néphrectomie unilatérale élargie ou bien encore chez les receveurs de transplantation rénale. Rarement, l'obésité sévère ou morbide peut déclencher à elle seule une maladie rénale spécifique.

Conclusion

L'obésité est néfaste pour les reins, particulièrement dans son type viscéral, parce qu'elle induit une surcharge glomérulaire dans un contexte d'inflammation chronique de bas grade. Cette toxicité est indépendante de celle du diabète de type 2 ou de l'hypertension artérielle, qui sont des complications très fréquentes de l'obésité également délétères pour les reins. La correction de l'obésité améliore le contrôle du diabète et de l'hypertension, ce qui protège les reins. Actuellement, on cherche à savoir si la correction de l'obésité en elle-même pourrait éviter ou différer le recours à la dialyse ou à la transplantation rénale chez des personnes atteintes de maladie rénale chronique sévère. Les programmes de recherche en cours devraient permettre de répondre à cette importante question dans les années à venir. ●

GLOSSAIRE

Glomérule, tubule rénal

Le nom de ces structures fait référence à leur forme. Le plasma est filtré dans les glomérules puis il parvient aux tubules. Une toute petite fraction du plasma filtré devient de l'urine tandis que la majeure partie est redistribuée dans la circulation sanguine et reste du plasma. Grâce à ce processus, le liquide interstitiel garde une composition constante.

Débit de filtration glomérulaire ou fonction rénale

Il se mesure directement par la clairance rénale d'un traceur de filtration ou bien s'estime grâce à des formules. Il est rapporté à la surface corporelle pour permettre la comparaison entre individus de corpulence différente. Les valeurs normales sont entre 60 et 120 ml/min/1,73m². L'hyperfiltration est définie par un débit supérieur à 120 ml/min/1,73m² et la maladie rénale chronique par un débit durablement inférieur à 60 ml/min/1,73m².

Microalbuminurie

Elle se mesure sur un échantillon d'urine par le rapport entre l'albuminurie et la créatininurie. Les valeurs pathologiques sont entre 20 et 300 mg/g chez la femme et entre 30 et 300 mg/g chez l'homme.

Tour de taille

Il se mesure en position debout, à l'horizontal au niveau des crêtes iliaques. Un excès de graisse viscérale est généralement présent lorsque le tour de taille dépasse 80 cm chez la femme et 94 cm chez l'homme.

Indice de masse corporelle

Indice de Masse Corporelle

$$\text{IMC} = \frac{\text{poids (Kg)}}{\text{taille}^2(\text{m})}$$



L'OBESITE, UNE MALADIE CHRONIQUE A PRENDRE EN CHARGE COMME TELLE

par Pr Claire Carette

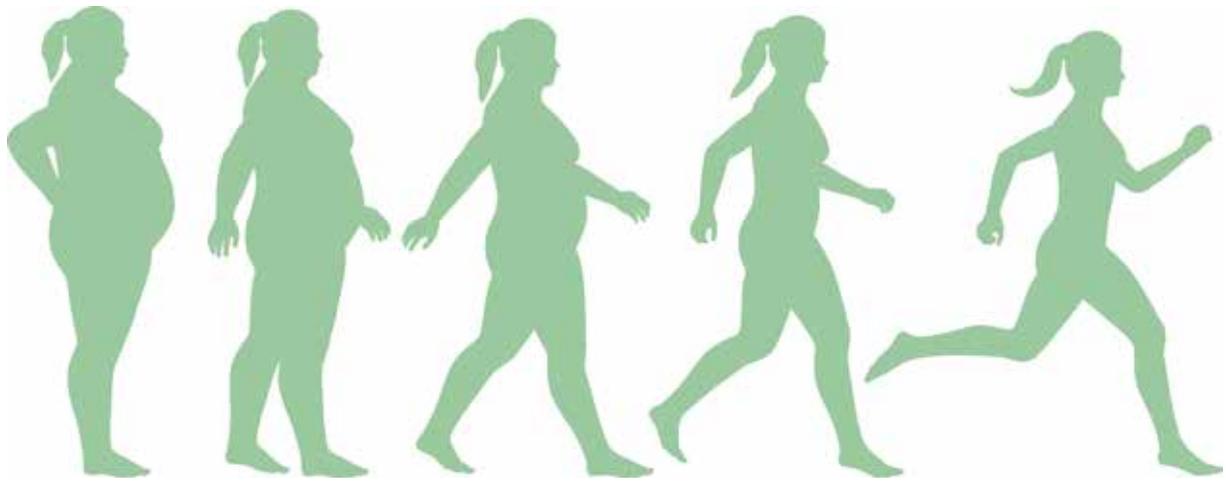
Service de nutrition, hôpital Européen Georges Pompidou, Paris

L'obésité est reconnue depuis plus de vingt ans comme une maladie chronique mais elle tend à rester dans le regard de la société perçue de manière négative comme une maladie psycho-comportementale en rapport avec une « faiblesse de la volonté ».

Il s'agit d'une maladie dont la définition repose sur le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) qui sera mesuré comme supérieur ou égal à 30 kg/m². L'excès de masse grasse tend à se chroniciser et à résister aux traitements faisant entrer les patients dans un cercle vicieux combinant altération du tissu adipeux, anomalies du comportement alimentaire et sédentarité. Les causes de l'obésité commencent à être bien connues ; elles impliquent des prédispositions

génétiques, des anomalies endocriniennes, des causes environnementales, psycho-sociales ou psycho-traumatiques. Le microbiote intestinal ou l'environnement intra-utérin ont également été impliqués.

Face à cette pathologie, de nombreuses propositions, parfois commerciales, fleurissent notamment en ce qui concerne les « régimes diététiques ». Il est bien établi que tous ces régimes, quels qu'ils soient, reposent sur une restriction calorique dans l'objectif d'induire une modification de la balance énergétique et une perte de poids. Aucun de ces régimes n'est supérieur à un autre en ce qui



concerne la perte de poids qui est en général modeste et surtout difficile à maintenir à long terme pour les personnes avec une obésité sévère. Les régimes très restrictifs en terme de contenu énergétique permettent des résultats plus spectaculaires et rapides mais ils induisent des troubles du comportement alimentaire parfois sévères qui mettent en péril leur bénéfice à moyenne échéance. Finalement, le plus raisonnable semble de proposer un rééquilibrage alimentaire, adapté aux besoins énergétiques, en essayant d'individualiser les conseils et de limiter la restriction calorique pour qu'elle soit réelle mais non drastique. L'objectif est de perdre 5 à 10 % de son poids corporel sur une durée prolongée d'au moins 6 mois. Ceci est possible au prix d'efforts majeurs, de réorganisation de son emploi du temps, de sa façon de cuisiner, de manger, etc.

L'activité physique est un point clef de la réussite de la prise en charge. En effet, si le rééquilibrage alimentaire permet une perte de poids, pour maintenir cette perte de poids à long terme, l'activité physique est indispensable. L'activité physique permet d'augmenter la dépense énergétique au moment où elle est pratiquée mais aussi en dehors car elle va permettre d'augmenter la masse musculaire

et donc la dépense énergétique de repos qui dépend très nettement de cette quantité de masse musculaire. L'activité physique est un terme utilisé à dessein, il ne s'agit pas de sport au sens strict mais de bouger le plus possible autant que possible et de lutter contre la sédentarité qui n'a de cesse d'augmenter dans nos modes de vie. La Haute Autorité de Santé (HAS) conseille de pratiquer 30 minutes d'activité physique modérée au moins 5 jours par semaine (2h30 par semaine). Pour obtenir un bénéfice supplémentaire pour la santé, il est proposé d'augmenter progressivement la durée de façon à atteindre 5 heures d'activité physique modérée par semaine (ou pratiquer 2h30 par semaine d'activité physique d'intensité plus soutenue). Des exemples d'activité physique sont présentés dans la fiche de l'HAS "Conseils pratiques activités physiques"^[1].

Les outils connectés comme par exemple les podomètres présents dans la plupart des smartphones sont utiles pour motiver les patients à atteindre 10 à 12 000 pas par jour comme le recommande l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS).

Pour aider à la perte de poids, au-delà des modifications du mode de vie précédemment décrites, des thérapeutiques

médicamenteuses ou chirurgicales peuvent être proposées. Concernant les médicaments, l'orlistat (Xenical®) n'est pas recommandé par la HAS et depuis peu le liraglutide 3 mg/j (Saxenda®) a été commercialisé avec comme indication l'obésité mais il n'est pas remboursé, ce qui limite considérablement son utilisation. Finalement, c'est la chirurgie bariatrique qui a le mieux démontré son efficacité à court et long terme pour les patients avec les obésités les plus sévères compliquées de maladies attribuables à celles-ci comme le diabète de type 2 ou les apnées du sommeil.

«Le plus raisonnable semble de proposer un rééquilibrage alimentaire, adapté aux besoins énergétiques »

Au-delà de ces différentes options thérapeutiques, la prise en charge psychocomportementale est essentielle. Les troubles de l'humeur sont à rechercher, notamment la dépression, et à traiter en parallèle de la prise en charge. Les troubles du comportement alimentaires sont très fréquents, notamment l'hyperphagie boulimique (équivalent de boulimie mais sans conduite purgative c'est-à-dire sans vomissements ni prise de laxatifs par exemple), répondent à des thérapies psychothérapeutiques comme les thérapies cognitivo-comportementales (TCC).

Un des écueils de la prise en charge de l'obésité est que finalement seule la chirurgie bariatrique et les consultations médicales sont remboursées par l'assurance maladie. Les consultations diététiques, les consultations en activité physique adaptée, les consultations avec les psychologues et les médicaments actifs ne sont pas remboursés.

Hors les différentes sociétés savantes ont bien mis en avant le fait que la modification du style de vie ne peut être obtenue qu'au prix d'un « coaching » régulier et fréquent par diététiciennes, enseignants en activité physique adaptée, médecins et psychologues ou psychiatres. C'est ce mode de prise en charge active pluridisciplinaire qui tend à montrer une efficacité certaine. L'avenir se tourne vers les outils connectés et le « coaching » à distance qui seront probablement et sont déjà des partenaires indispensables de cette prise en charge mais dont le bénéfice scientifique et médico-économique devra être démontré. ●

Indice de Masse Corporelle

$$\text{IMC} = \frac{\text{poids (Kg)}}{\text{taille}^2(\text{m})}$$

[1] - https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/10irp02_cons_pra_obeiste_adulte_conseils_pratiques_activites_physiques.pdf





MALADIE RENALE ET CHIRURGIE DE L'OBESITE OU CHIRURGIE BARIATRIQUE

par Dr Tigran Poghosyan et Dr Clément Baratte

Service de chirurgie digestive et viscérale, hôpital Européen Georges Pompidou, Paris

A l'initiation du traitement de suppléance (dialyse ou greffe), 23 % des hommes et 30 % des femmes sont obèses (IMC > 30) contre 17 % en population générale^[1]. Les patients en insuffisance rénale sont donc plus touchés par l'obésité. Il est important de prendre en charge l'obésité lorsqu'on est insuffisant rénal, quel que soit le stade de la maladie rénale. En effet, l'obésité est un facteur aggravant de la maladie rénale chronique^[2]. Le traitement, chirurgical ou non, de l'obésité permet également l'amélioration des comorbidités qui sont néfastes pour le rein (diabète, hypertension)^[3-7]. La chirurgie bariatrique peut, dans certains cas,

être l'une des options proposées.

Un patient obèse ne passera pas forcément par la chirurgie bariatrique. Une simple prise en charge nutritionnelle peut parfois suffire.

La chirurgie bariatrique consiste à réduire la prise alimentaire et éventuellement à restreindre l'absorption des aliments selon le type d'intervention réalisée.

En cas d'obésité sévère ou morbide (respectivement IMC > à 35 ou IMC > 40), la chirurgie

est l'option la plus efficace, mais il ne s'agit pas d'une solution miracle. Il a été montré que la chirurgie bariatrique améliore le pronostic rénal à court terme, et des données récentes suggèrent un effet bénéfique également au long terme.

Toutefois, la solution chirurgicale implique en outre l'association à une hygiène de vie stricte. Si le patient, après l'opération, ne change pas d'habitudes alimentaires et ne fait aucune activité physique, les bénéfices seront limités dans le temps, voire même inexistant.

En 2016, un peu plus de 58 000 actes de chirurgie bariatrique ont été réalisés. La répartition des techniques était de 72% pour la sleeve, 23% pour le bypass, l'anneau gastrique est progressivement abandonné en raison d'inefficacité et de complications chirurgicales.

Sleeve gastrectomie (Image 1)

Cette technique consiste à retirer environ les 2/3 de l'estomac et notamment la partie contenant les cellules qui secrètent l'hormone stimulant l'appétit (ghréline). La sensation de satiété arrive plus rapidement et l'appétit est diminué. La digestion des aliments et l'absorption des médicaments ne sont pas perturbées.

By-Pass gastrique en Y (Image 2)

Cette technique réduit à la fois la quantité d'aliments ingérés (la taille de l'estomac est réduite à une petite poche) ainsi que l'absorption de ces aliments par l'organisme, grâce à un court-circuit d'une partie de l'estomac et de l'intestin (aucune portion organe n'est enlevée). Les aliments vont directement dans la partie moyenne de l'intestin grêle et sont donc moins digérés par l'organisme. Par conséquent, les graisses et les calories sont donc moins absorbées, mais aussi les vitamines. Il existe donc un risque de carence en vitamines si le suivi n'est pas réalisé correctement.

By-pass gastrique en Oméga ou Mini-By-pass

Cette technique dérive du bypass en Y, mais est plus simple à réaliser sur le plan technique. Pratiquée depuis plusieurs années, elle est toutefois en cours de réévaluation et fait l'objet d'une étude à l'échelle nationale visant à actualiser son utilisation.

Dérivation bilio-pancréatique avec switch duodénal

Cette intervention est la combinaison d'une sleeve gastrectomie et d'un court-circuit intestinal. Cette intervention s'adresse aux patients avec un IMC extrême (≥ 50) ou bien si la perte de poids est insuffisante après une sleeve gastrectomie.

Chaque intervention comporte ses propres indications, différentes en fonction de chaque patient. L'équipe pluridisciplinaire vous propose l'intervention la plus appropriée à votre situation, en fonction de vos besoins et de vos facteurs de risque (en cas de reflux gastro-œsophagien préexistant, par exemple, la sleeve n'est pas conseillée).

« En cas d'obésité sévère ou morbide, la chirurgie est l'option la plus efficace, mais il ne s'agit pas d'une solution miracle.[...] Si le patient, après l'opération, ne change pas d'habitude alimentaire et ne fait aucune activité physique, les bénéfices seront limités dans le temps, voire même inexistant. »

Processus de décision

Il existe, pour la chirurgie bariatrique, un protocole décisionnel bien défini fondé sur les recommandations de l'HAS (Haute Autorité de Santé). Le processus d'évaluation et d'information dure au moins six mois. Cette phase de préparation est importante, car les patients ont besoin de mûrir leur projet. La décision

de chirurgie est systématiquement prise de manière collégiale, lors d'une RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire) en présence du médecin, d'un(e) diététicien(ne), d'un(e) psychologue, d'un chirurgien, de l'enseignant(e) en APA (Activité Physique Adaptée).

Bénéfice pour le patient insuffisant rénal chronique non dialysé

Le traitement, chirurgical ou non, de l'obésité permet l'amélioration de nombreuses comorbidités, qui peuvent aggraver le pronostic de l'insuffisance rénale si elles ne sont pas traitées. En effet, un diabète mal équilibré, ou une hypertension artérielle difficile à stabiliser sont autant de facteurs qui aggravent l'insuffisance rénale.

Il a été montré que la chirurgie bariatrique améliore la fonction rénale dans la maladie rénale d'origine diabétique de manière rapide, stable et plus efficacement que les mesures diététiques seules. Il existe aussi une amélioration de l'hypertension artérielle dans une moindre mesure. Certains patients peuvent alors se passer de traitements anti-diabétiques ou anti-hypertenseurs. On réduit alors les risques d'interactions médicamenteuses et on améliore l'observance aux autres traitements. Si la chirurgie de l'obésité permet de freiner la progression des lésions rénales du diabète ou de l'hypertension artérielle, elle peut permettre de garder une filtration rénale stable et d'éviter ou de retarder la dialyse. Des études récentes montrent que la réalisation d'une chirurgie bariatrique chez les patients obèses insuffisants rénaux est associée à une réduction significative de la mortalité, et ce quel que soit le stade de la maladie rénale. Ces bénéfices sont présents à court et à long terme.

La décision de réaliser une chirurgie bariatrique doit être consciencieusement examinée avec le néphrologue référent, pour évaluer les bénéfices et les risques d'une telle intervention. Car il ne faut pas oublier que l'insuffisance rénale chronique augmente le risque de complications post-opératoires après n'importe quel type de chirurgie. Le choix de l'intervention se fait ensuite avec le chirurgien, puis au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire. ●

REFERENCES

1. Rapport R.E.I.N. 2019 (Réseau Epidémiologie, Information, Néphrologie)
2. Coleman KJ, Shu YH, Fischer H, Johnson E, Yoon TK, Taylor B, Imam T, DeRose S, Haneuse S, Herrinton LJ, Fisher D, Li RA, Theis MK, Liu L, Courcoulas AP, Smith DH, Arterburn DE, Friedman AN. Bariatric Surgery and Risk of Death in Persons with Chronic Kidney Disease. *Ann Surg.* 2021 Mar 3. doi: 10.1097/SLA.0000000000004851. Epub ahead of print. PMID: 33914480.
3. Lautenbach A, Wienecke JW, Stoll F, Riedel N, Mann O, Huber TB, Busch P, Aberle J. Bariatric Surgery Is Protective Against Renal Function Decline in Severely Obese Patients in the Long-Term. *Obes Surg.* 2021 Mar;31(3):1038-1045. doi: 10.1007/s11695-020-05096-w. Epub 2020 Nov 7. PMID: 33161461; PMCID: PMC7921037.
4. Fischer H, Weiss RE, Friedman AN, Imam TH, Coleman KJ. The relationship between kidney function and body mass index before and after bariatric surgery in patients with chronic kidney disease. *Surg Obes Relat*

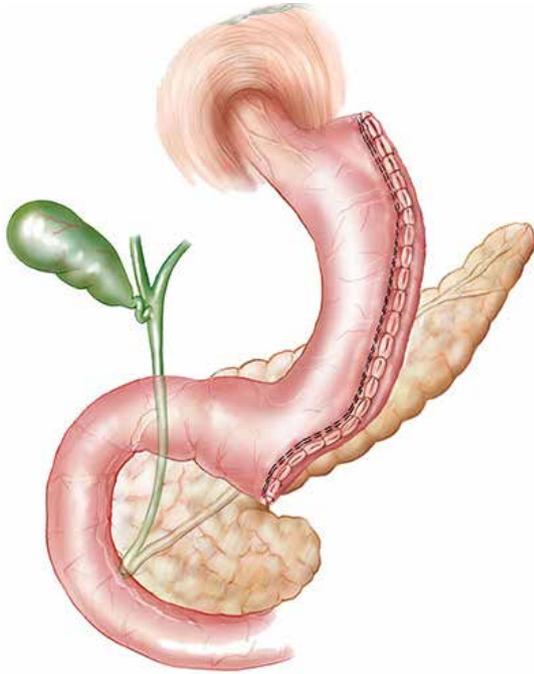


Image 1 : Sleeve

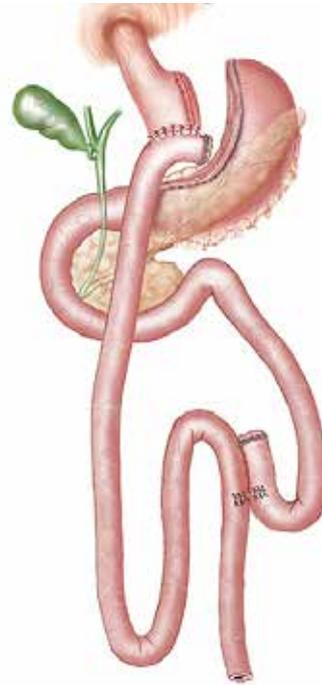


Image 2 : By-Pass gastrique en Y

Dis. 2021 Mar;17(3):508-515. doi: 10.1016/j.soard.2020.11.010. Epub 2020 Nov 19. PMID: 33358080; PMCID: PMC7904605.

5. Saeed K, Ahmed L, Suman P, Gray S, Khan K, DePaz H, Persaud A, Fox BP, Alothman S, Saeed S. Bariatric Surgery Improves Renal Function: a Large Inner-City Population Outcome Study. *Obes Surg.* 2021 Jan;31(1):260-266. doi: 10.1007/s11695-020-04909-2. Epub 2020 Aug 20. PMID: 32815104.

6. Zhang T, Wang Y, Zhang X, Wang W, Zhao G. The Impact of Bariatric Surgery on Renal Function: a Retrospective Analysis of Short-Term Outcomes. *Obes Surg.* 2021 Jun 1. doi: 10.1007/s11695-021-05366-1. Epub ahead of print. PMID: 34061302.

7. Cohen RV, Pereira TV, Aboud CM, Petry TBZ, Lopes Correa JL, Schiavon CA, Pompílio CE, Pechy FNQ, da Costa Silva ACC, de Melo FLG, Cunha da Silveira LP, de Paris Caravatto PP, Halpern H, Monteiro FLJ, da Costa Martins B, Kuga R, Palumbo TMS, Docherty NG, le Roux CW. Effect of Gastric Bypass vs Best Medical Treatment on Early-Stage Chronic Kidney

Disease in Patients With Type 2 Diabetes and Obesity: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg.* 2020 Aug 1;155(8):e200420. doi: 10.1001/jamasurg.2020.0420. Epub 2020 Aug 19. PMID: 32492126; PMCID: PMC7270872.



OBESITE ET TRANSPLANTATION RENALE : QUELS SONT LES RISQUES ? QUELLES SONT LES SOLUTIONS ?

par le Dr Renaud Snanoudj

Service de néphrologie et transplantation rénale, hôpital Bicêtre, Kremlin-Bicêtre

L'augmentation de la fréquence de l'obésité observée dans la population générale (17 % actuellement) concerne également les patients insuffisants rénaux chroniques (25 % des patients démarrant la dialyse) et pose plusieurs problèmes pour ceux qui sont candidats à une transplantation rénale^[1].

Risques liés à l'obésité après transplantation rénale

L'obésité est un frein à l'inscription sur la liste d'attente pour une transplantation rénale en raison de complications survenant plus fréquemment après transplantation en cas d'obésité.

Risques chirurgicaux

Ils sont au premier plan. La principale difficulté vient de l'accès difficile des vaisseaux iliaques du receveur sur lesquels doivent être raccordés les vaisseaux du greffon rénal. Plus la distance entre la peau et ces vaisseaux iliaques augmente, plus la suture vasculaire est difficile, risquant d'entraîner une occlusion des vaisseaux conduisant à la perte immédiate du greffon. Cette distance n'est pas forcément corrélée à l'indice de masse corporelle (IMC) traditionnellement utilisé pour quantifier l'obésité mais plus à la répartition abdominale de la graisse, dite « androïde » car majoritairement observée chez les hommes. Les risques de saignement, de fuite urinaire ou lymphatique, et les troubles de cicatrisation (infection de paroi, éventration, retard) sont également plus fréquents.

Risques médicaux

Les maladies associées à l'obésité, très fréquentes chez les sujets insuffisants rénaux, sont à risque de décompensation après transplantation : le diabète, l'hypertension artérielle, les pathologies cardiovasculaires et les pathologies pulmonaires (syndrome d'apnée du sommeil, insuffisance respiratoire). Pour les sujets qui ne sont pas diabétiques avant transplantation, l'obésité représente un risque de développer un diabète en post-transplantation, avec un impact négatif sur la survie du greffon, c'est-à-dire sa durée de fonctionnement.

Risque d'aggravation de l'obésité après transplantation

Les sujets aux antécédents de surpoids ou d'obésité avant greffe sont à risque de développer ou de majorer une obésité après transplantation, avec parfois des prises de poids très importantes (jusqu'à 20 voire 30 kg). Cette obésité peut créer des lésions rénales et ainsi altérer la fonction du greffon.

Quels sont les résultats de la transplantation chez les sujets présentant une obésité ?

Tous les risques évoqués ci-dessus ont été retrouvés à des degrés divers dans la littérature, mais il est important d'étudier les résultats globaux de la transplantation rénale en cas d'obésité, avec deux approches.

Résultats de la transplantation des sujets obèses comparés à ceux des sujets non obèses

Dans une première méta-analyse (une étude analysant les patients de plusieurs études), il y a une augmentation du risque de perte du greffon et du risque de décès mais uniquement dans les études publiées avant 2000 ; il n'y a plus de différence après, ce qui suggère une amélioration de la prise en charge^[2]. Dans la seconde méta-analyse, (130 000 patients), il y

a une augmentation minimale du risque de perte du greffon (6%), une mortalité équivalente et un retard à la reprise de fonction du greffon chez les sujets obèses. Certaines études ont également retrouvé une augmentation de la fréquence du rejet aigu. L'effet de l'obésité sur le pronostic de la transplantation n'est donc pas univoque et dépend probablement des comorbidités et de la sévérité de l'obésité^[3].

Résultats de la transplantation des sujets obèses comparés à ceux des sujets obèses maintenus en dialyse

Une étude de registre américaine a montré un bénéfice de survie des patients transplantés par rapport aux patients restés en dialyse, et ce, quel que soit le niveau d'IMC. La réduction de la mortalité était néanmoins moins importante chez les patients avec un IMC supérieur à 40^[4].

« Une perte de poids chez un sujet dialysé doit être considérée comme relevant d'une prise en charge hautement spécialisée [...] dont l'objectif sera la diminution de la masse grasse et le maintien ou l'augmentation de la masse musculaire. »

Existe-t-il un bénéfice de la perte de poids avant transplantation ?

Le principal danger de la perte de poids est la diminution de la masse musculaire qui peut conduire à un pronostic défavorable après transplantation. C'est ce qui a été nommé le paradoxe de l'obésité chez les sujets dialysés : les sujets les plus maigres ont un risque de décès équivalent à celui des sujets les plus obèses et supérieur à celui des sujets « modérément » obèses. La perte de poids dans ce contexte peut être plus dangereuse que la prise de poids. De plus, la perte de poids par un régime hypocalorique

est souvent difficile chez les patients dialysés, déjà soumis à un régime drastique et ayant en général un appétit limité. C'est pour cette raison qu'une perte de poids chez un sujet dialysé doit être considérée comme relevant d'une prise en charge hautement spécialisée par des médecins nutritionnistes, dont l'objectif sera la diminution de la masse grasse et le maintien ou l'augmentation de la masse musculaire.

Quelques études rétrospectives de faible envergure semblent montrer un bénéfice de la chirurgie bariatrique (avant ou après transplantation) par rapport à l'absence de prise en charge de l'obésité, sur la survie du greffon. Même si l'effet n'est pas très net, la perte de poids améliore les conditions opératoires et le risque cardio-vasculaire (glycémie, lipides, pression artérielle) en post-transplantation.

Quelle prise en charge de l'obésité avant transplantation ?

Comme déjà dit, l'obésité du sujet insuffisant rénal requiert une prise en charge hautement spécialisée. En aucun cas le patient ne doit être adressé directement à un chirurgien pour une intervention bariatrique. Une équipe de nutritionnistes, diététiciens, psychologues, chirurgiens, endocrinologues, anesthésistes évalue les causes, le retentissement et le contexte psycho-social de l'obésité.

En fonction de cette évaluation, une prise en charge médicale (diététique, physique) peut simplement être proposée. En fonction de la réponse à cette première ligne ou directement, une chirurgie bariatrique peut être proposée (sleeve gastrectomie ou by-pass gastrique). Plusieurs études montrent une bonne efficacité de ces techniques et un faible taux de complications.

Pour les patients ne pouvant bénéficier d'une prise en charge efficace de leur obésité, qu'elle soit médicale ou chirurgicale, une transplantation rénale robot-assistée a montré de bons résultats avec un faible taux de complications.

Conclusion

L'obésité est un problème fréquent et retarde l'accès à la transplantation en raison des difficultés chirurgicales qu'elle entraîne. Les recommandations sont de ne pas récuser sur la seule base de l'IMC mais sur la difficulté chirurgicale réelle et sur les risques individuels (cardiovasculaires, métaboliques, respiratoires). En cas de contre-indication, une évaluation multidisciplinaire spécialisée doit être systématique au terme de laquelle une prise en charge médicale et/ou chirurgicale est proposée. Il y a désormais un assez bon recul concernant la chirurgie bariatrique, réalisée préférentiellement avant transplantation et qui donne des résultats satisfaisants et durables. ●

REFERENCES

- 1- Rapport du R.E.I.N Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie. 2018. <https://www.agence-biomedecine.fr/Le-rapport-du-REIN-2018-est-en-ligne>
- 2- Nicoletto B et al. Effects of obesity on kidney transplantation outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Transplantation*. 2014 Jul 27;98(2):167-76.
- 3- Hill CJ et al, Recipient obesity and outcomes after kidney transplantation: a systematic review and meta-analysis *Nephrol Dial Transplant*. 2015 Aug;30(8):1403-11
- 4- Gill JS et al, The survival benefit of kidney transplantation in obese patients. *Am J Transplant*. 2013 Aug;13(8):2083-90



OBESITE, REIN ET EDUCATION THERAPEUTIQUE

par Thibaud Verdier¹, Dr Diane Messenger², Dr Léa Lucas-Martini³

1 IDE coordinateur programme ETP, hôpital Cognacq-Jay, Paris

2 Médecin nutritionniste, hôpital Cognacq-Jay, Paris

3 Cheffe de service en soins de suite et réadaptation affections digestives, métaboliques et endocriniennes, hôpital Cognacq-Jay, Paris

L'obésité et certaines maladies rénales sont des maladies chroniques. Une maladie chronique représente pour l'individu un changement, une perte, un bouleversement dans la vie, une lutte pour maintenir un équilibre. Cette maladie chronique est aussi susceptible d'impacter chez l'individu l'image de soi, la perception de son corps, sa vie émotionnelle, sa relation aux autres, sa confiance en la vie. En somme, l'obésité comme l'insuffisance rénale chronique représentent une perte de pouvoir imposant à la personne de réapprendre à vivre différemment pour améliorer

sa santé. Vivre différemment, c'est modifier ses anciennes habitudes sur différents plans. Cela peut paraître anodin pour certaines personnes. Pourtant il est réaliste de dire qu'il est beaucoup plus simple de mettre en place une nouveauté plutôt que de modifier une habitude qui était déjà en place depuis plusieurs années. C'est là qu'intervient l'éducation thérapeutique (ETP) pour accompagner le patient dans le changement, en prenant en compte ses croyances, son environnement psychosocial, ses peurs, ses angoisses...

Ces apprentissages seront assimilés au travers d'ateliers thérapeutiques collectifs, mais aussi de consultations individuelles. Des activités sont pensées pour que la personne soit actrice de son apprentissage. Il est rare d'apprendre juste en écoutant une information. C'est pourquoi les animations en éducation thérapeutique sont construites selon des schémas pédagogiques spécifiques permettant au patient de s'approprier les messages clés. (Mise en place de l'ETP, HAS 2014)

L'éducation thérapeutique a fait ses preuves dans la prise en charge des maladies chroniques. Elle permet une considération globale et personnalisée de la personne touchée par la maladie comme en témoigne les dires des patients entendus en séances d'ETP : « Enfin je me sens comprise », « Vous prenez en compte mes émotions, mes attentes, mes projets », « Je n'ai plus cette impression d'être seul à vivre avec cette maladie... ». Ainsi l'individu n'est plus défini par sa maladie, mais il est reconnu dans sa singularité, il va apprivoiser sa maladie pour « vivre avec ».

Par exemple, dans le service de soins de suite et réadaptation (SSR) spécialisé en obésité de l'hôpital Cognacq-Jay, nous accompagnons le patient souffrant d'obésité afin d'initier un changement de son mode de vie. Il peut également avoir d'autres maladies chroniques associées telles qu'une maladie rénale chronique, un diabète...

Nous proposons un programme d'ETP, validé par l'Agence Régionale de Santé, qui va permettre au patient, accompagné d'une équipe multidisciplinaire, de comprendre les origines de sa prise de poids, de limiter l'ascension pondérale et d'améliorer sa santé. Le patient est placé comme acteur de son parcours de soin ; il n'est pas passif, il agit en se saisissant d'outils pertinents et adaptés à sa santé, à ses habitudes de vie, à ses possibilités et ses préférences.

Il est important que le patient n'ait pas d'attentes « magiques » sur un seul séjour. Il doit s'accorder le temps nécessaire pendant lequel un suivi multidisciplinaire lui sera proposé de manière régulière. Tout cela dans le but qu'il s'approprie les outils et appréhende les changements qu'il va mettre en place dans son quotidien, pour devenir son propre expert. En SSR, nous bénéficions de ce temps pour définir ensemble les compétences qu'il doit acquérir dans le but de s'autonomiser.

Nos principaux objectifs sont d'améliorer la santé et la qualité de vie de l'individu, et non pas obligatoirement la perte de poids comme certains le souhaitent. Ainsi, nous expliquons au patient qu'il ne s'agit pas d'une « cure d'amaigrissement » où il subirait des mesures restrictives sévères et non poursuivies une fois de retour à domicile...

*« Enfin je me sens comprise »,
« Vous prenez en compte mes émotions,
mes attentes, mes projets », « Je n'ai plus
cette impression d'être seul à vivre avec
cette maladie... »*

Nous abordons, entre autres, les raisons de la prise de poids, les effets néfastes des régimes restrictifs sur la santé (Quels sont les risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement ? ANSES, 2011). Nous mettons éventuellement en évidence le lien entre émotions et alimentation, la différence entre « sport » et activité physique adaptée et ses effets positifs sur la santé quand elle est pratiquée régulièrement. Avec la psychologue, le patient va travailler sur l'affirmation de soi, la confiance en soi ou la gestion du stress... Les aides-soignantes animent un atelier sur les astuces à acquérir pour améliorer les gestes du quotidien, comme prendre soin de la peau (organe protecteur de l'environnement extérieur et limitant les infections), ou des pieds, utiles pour marcher...



Nous proposons également au patient un atelier de cuisine thérapeutique pour qu'il mette en pratique ses acquis en concevant lui-même un repas complet équilibré, avec l'aide de la diététicienne et de l'aide-soignante. Le but est que le patient prenne conscience de ce qu'il ressent ou pas. Ce repas est dégusté lors d'un moment convivial.

De plus, notre accompagnement n'est pas seulement centré sur l'individu. Nous associons aussi l'entourage du patient si celui-ci le souhaite. Ainsi les infirmiers sensibilisent l'entourage à la maladie chronique, à l'ETP et à leur rôle d'accompagnant.

Cette approche éducative invite le patient à remettre en cause les idées reçues culturellement acquises. C'est sur cet aspect que l'ETP a toute sa force. Elle permet une prise de conscience de l'obésité, sa compréhension et son acceptation. Effectivement, à ce jour, il n'existe pas de traitement médicamenteux contre l'obésité et certains patients peuvent déclarer : « Je ne suis pas malade » « Je ne suis pas comme cette personne vous le voyez bien » « Être malade c'est prendre un médicament »...

L'éducation thérapeutique ouvre la voie à la compréhension pour que le patient puisse agir en accord avec ses valeurs et le sens qu'il souhaite donner à sa vie. Chacun a son propre vécu.

Chaque praticien doit comprendre la personne dans sa singularité pour pouvoir collaborer avec elle de manière pertinente et personnalisée. C'est l'expertise de chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire qui apportera une vision globale et adaptée à la situation du patient. De même, la voix du patient est écoutée pour faire vivre ce programme et l'adapter à ses besoins, via l'intervention de patients-experts ou d'associations de patients. ●



A plein régime !

par Sylvie Partouche
coordinatrice diététicienne Rénif

A lors que la malnutrition était un problème jusqu'au début du 20^{ème} siècle, en France, au 21^{ème} siècle, les dictats de la mode sont terribles : il faut maigrir et à tout prix. Soupe aux choux, régime cétogène, régime alcalin, régime Dukan, jeûnes... : maigrir. La prévalence croissante du surpoids et de l'obésité est maintenant décrite comme une pandémie mondiale qui touche tant les pays développés que les pays en développement. On parle de surpoids quand l'indice de masse corporelle (IMC) est égal ou supérieur à 25 et d'obésité quand l'IMC est égal ou supérieur à 30.

Si le surpoids est un facteur de risque pour la santé, certains régimes peuvent être dangereux.

En voici quelques-uns prometteurs (à ne surtout pas suivre !) qui ventent un amaigrissement exceptionnel et rapide.

Le régime cétogène

Dans ce régime, les glucides (sucres) sont consommés en très faibles quantités (au maximum 10% des apports caloriques) pour que les graisses apportées par les aliments mais surtout celles de réserve de notre corps deviennent la principale source d'énergie. Une partie des graisses est transformée en corps cétoniques (d'où le terme "cétogène") qui servent alors de carburant à l'organisme.

Le régime cétogène bouleverse les habitudes alimentaires et exclut de nombreux aliments

du quotidien. Adieu les fruits, le pain, les féculents riches en glucides, bienvenue à la viande, au poisson, aux œufs, aux produits laitiers et aux matières grasses !

En raison de cet apport élevé en protéines, ce mode alimentaire peut avoir un impact défavorable sur la fonction rénale. La lithiase rénale est également une complication bien documentée^[1] de ce régime.

Le régime sans gluten

Ce régime consiste à éliminer une protéine, le gluten, que l'on trouve dans le blé, l'orge, l'avoine et le seigle. C'est le traitement de la maladie cœliaque (ou intolérance au gluten).

Il faut donc supprimer de l'alimentation le pain, les pâtes, les pâtisseries, les viennoiseries, les pizzas, les tartes... ça aide à maigrir !

En enlevant tous ces aliments, on se prive d'une grande diversité alimentaire, d'une source de protéines, de vitamines du groupe B, de fibres. Par ailleurs, l'industrie alimentaire a développé de nouveaux produits « sans gluten » tels que des pâtes, des biscuits, du pain. Si ces aliments sont consommés en excès, gluten ou pas, adieu la perte de poids, nous revoilà donc au point de départ...

Le jeûne intermittent ou « fasting » en anglais

Le principe est de ne plus s'alimenter durant 12 à 16 heures d'affilées tout en s'hydratant continuellement et de manger « plus sainement ». L'organisme puise ainsi dans ses réserves.

Le plus pratiqué est le 16/8. Il s'agit d'un jeûne de 16 heures suivi de deux repas distants de 8 heures (déjeuner/dîner ou petit déjeuner/dîner ou petit déjeuner/déjeuner). En bref, on saute un repas !

Cela peut occasionner une frustration telle que le repas suivant peut devenir incontrôlable voir compulsif même si ce schéma alimentaire n'évince aucune famille d'aliments.

Le régime paléolithique

Ce mode alimentaire est à base de viandes, de poissons, de fruits, de légumes, de noix et de

graines. Ce sont des aliments qui étaient obtenus par la chasse et la cueillette au temps de la préhistoire. Le régime paléolithique limite les aliments devenus courants lorsque l'agriculture a émergé tels que les produits laitiers, les légumineuses et les céréales... ça aide à maigrir !

Ce régime supprime des familles alimentaires et peut engendrer des carences en calcium, en vitamine D et en vitamines du groupe B.

Il favorise la consommation de protéines en excès facteur d'aggravation de la maladie rénale chronique.

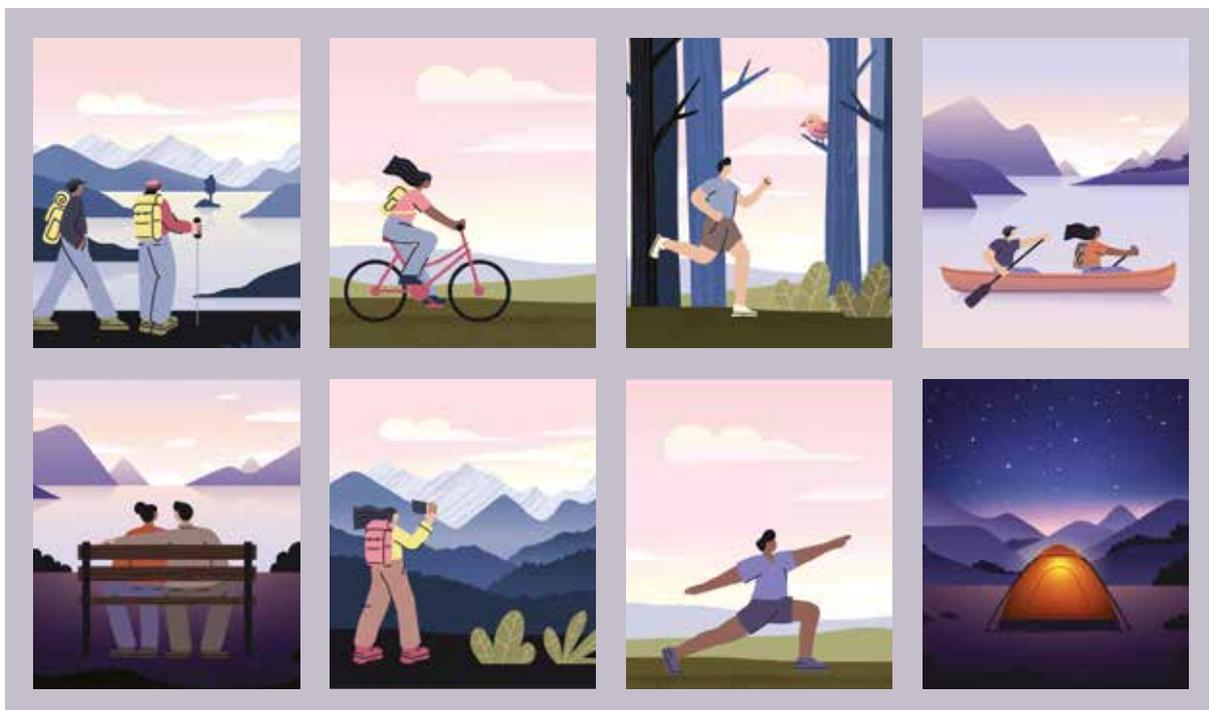
Soulignons que nos ancêtres marchaient des kilomètres pour se nourrir. Ils n'ont pas eu la chance de connaître les commerces de proximité, encore moins, la voiture et la trottinette.

« Il est désormais établi que les régimes "amaigrissants" présentent des dangers pour la santé. »

On pourrait encore décliner de nombreux régimes dont la promesse est de « maigrir beaucoup et rapidement ». Heureusement, la médecine ne suit pas la mode. Il est désormais établi que les régimes « amaigrissants » présentent des dangers pour la santé. Ils aboutissent le plus souvent à une reprise de poids (parfois supérieur à celui perdu), des carences, une baisse du métabolisme de base (nos dépenses énergétiques au repos). Ils peuvent même générer des troubles psychologiques.

A lors maigrir oui, mais pas n'importe comment.

Quelles que soient les mesures hygiéno-diététiques mises en place, il est indispensable qu'elles puissent être envisageables sur du long terme. L'alimentation c'est 2 à 4 repas par



jour et tous les jours ! Toute la difficulté est là ! L'alimentation doit s'adapter au style de vie et non l'inverse. C'est une des clés du succès. Les régimes « d'exclusion », à terme, font « scintiller » les aliments « interdits ». La restriction engendre la frustration et les compulsions. Quand on « craque », c'est pour littéralement se jeter sur ce qui a été proscrit.

Alors, quelle solution ?

Aucun miracle à ce jour, aucune pilule prodigieuse ! On ne le répétera jamais assez, il est préférable de choisir l'équilibre alimentaire et c'est déjà bien compliqué. Aucun interdit, des menus identiques pour toute la famille (dans la limite des goûts de chacun) et une savante combinaison de quantités, de fréquence et de compromis !

De combien faut-il réduire les apports énergétiques, les portions ?

Il n'est pas possible de donner de repères chiffrés, encore moins en présence d'une maladie rénale chronique. Il est conseillé de faire un bilan diététique^[2] avec un diététicien.

Celui-ci adaptera les conseils en fonction du patient, de sa ou ses pathologies, de son poids, son âge, son mode de vie, ses croyances, etc.

Combien de kilos doit-on perdre par mois ? Encore une fois, il n'y a pas de bonne réponse. Ce qui est certain c'est que « maigrir vite » c'est « reprendre vite ». Chacun avance à son rythme au gré des événements de la « vraie » vie.

N'oublions pas l'activité physique !

Pour les plus sédentaires, elle ne rime pas forcément avec sport. L'activité physique est définie comme « tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui entraîne une dépense énergétique. L'activité physique peut être effectuée dans le cadre du travail, des transports, des activités domestiques et des loisirs »^[3].

Ainsi, tout exercice, qui met le corps en mouvement est pris en compte : monter des escaliers, promener son chien, courir après ses petits-enfants, jardiner... Il faut donc multiplier les prétextes et surtout, tout comme pour l'équilibre alimentaire, tenir dans le temps.

L'activité physique est indéniablement bénéfique pour la santé, notamment pour le système cardiovasculaire. Elle sert aussi de « défouloir » pour évacuer les tensions de la vie quotidienne. Pour nombre d'entre nous, « l'humeur » a une incidence sur la prise alimentaire. Les émotions peuvent nous pousser à manger davantage ou à nous orienter vers certains types d'aliments, gras ou sucrés notamment.

S'engager dans une démarche de perte de poids, c'est s'engager sur du long terme. Il faut viser des changements simples et réalisables. Perdre trois, quatre ou cinq kilos... non ce n'est pas « rien » et oui cela a déjà une incidence positive sur la santé. Si malgré tout, l'aiguille de la balance ne penche toujours pas du bon côté, il vaut mieux se stabiliser dans le surpoids médicalement contrôlé que de répéter des régimes inutiles, contraignants et finalement dangereux^[4] pour la santé. ●

Indice de Masse Corporelle

$$\text{IMC} = \frac{\text{poids (Kg)}}{\text{taille}^2(\text{m})}$$

REFERENCES

1. KIELB S., KOO H. P., BLOOM D. A., FAERBER G. J. « NEPHROLITHIASIS ASSOCIATED WITH THE KETOGENIC DIET ». J. Urol. Août 2000. Vol. 164, n°2, p. 464-466.
2. Chaque patient adhérent du réseau Rénif peut bénéficier d'un accompagnement diététique.
3. Rapport de l'ANSES « Actualisation des repères du PNNS- révision des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité ».
4. Revue critique des régimes amaigrissants populaires DR Jean Louis SCHLIENGER, Médecine des Maladies Métaboliques Volume 9, Issue 5, July 2015

Courge butternut rôtie au four

Préparation : 10 min

Cuisson : 40 min

Pour 4 personnes

1 courge butternut

2 c à soupe d'huile d'olive

1 pincée de cannelle

1 pincée de paprika

poivre



- 1. Préchauffer le four à 200°C.*
- 2. Eplucher, vider et couper la courge en petits cubes.*
- 3. Dans un saladier, arroser d'huile d'olive et saupoudrer avec les épices. Poivrer. Mélanger le tout.*
- 4. Disposer les cubes de courge sur une plaque recouverte de papier sulfurisé en une seule couche.*
- 5. Enfourner 20 min en chaleur traditionnelle, puis 20 min en mode grill ou rôtisserie.*

Apport nutritionnel par portion

Protéines : négligeable

Sel : négligeable

Potassium : 700 mg ●●●●

Glucides : 4,5 g

1 ● = 10 g de protéines

1 ● = 1 g de sel

1 ● = 200 mg de potassium

Suggestion de menu

Filet de poulet poêlé

Courge butternut rôtie au four

Fromage blanc et langues de chat

Cookies aux flocons d'avoine

Préparation : 10 min

Cuisson : 10 min

Pour 30 cookies

120 g de flocons d'avoine

240 g de farine

150 g de sucre

100 g de beurre à température ambiante

2 œufs

100 g de pépites de chocolat noir

1 c à café d'extrait de vanille

1 sachet de levure chimique



1. Préchauffer le four à 180° C.
2. Battre les 2 œufs en omelette.
3. Mélanger la farine avec les flocons d'avoine, le sucre et la levure chimique.
4. Ajouter le beurre mou, les œufs et l'extrait de vanille. Bien mélanger afin d'avoir une pâte homogène.
5. Incorporer les pépites de chocolat.
6. Faire 30 boules de pâte bien régulières. Avec la paume de la main, les aplatir légèrement et les disposer sur une plaque recouverte de papier cuisson. Penser à bien les espacer, les cookies vont un peu s'étaler.
7. Enfourner pour environ 10 min. Les cookies sont mous à la sortie du four. Les laisser refroidir avant de les déguster.

Apport nutritionnel par portion

Protéines : 4 g ●

Sel : négligeable

Potassium : 115 mg ●

Glucides : 30 g

1 ● = 10 g de protéines

1 ● = 1 g de sel

1 ● = 200 mg de potassium

Suggestion de goûter

1 café ou 1 thé

2 cookies

A vous de jouer !

par Sylvie Partouche, coordinatrice diététique Rénif



ADIPOCYTE
ALIMENTS
CHOCOLAT
COLLATION
DIETE
EQUILIBRE
FAIM

FAMINE
FRUITS
IMC
INTERDITS
JEUNE
KILOS
LEGUMES

MESURE
METABOLISME
MODE
POIDS
REGIME
REPAS

solution du jeu page 27



ASSOCIATIONS DE PATIENTS PARTENAIRES



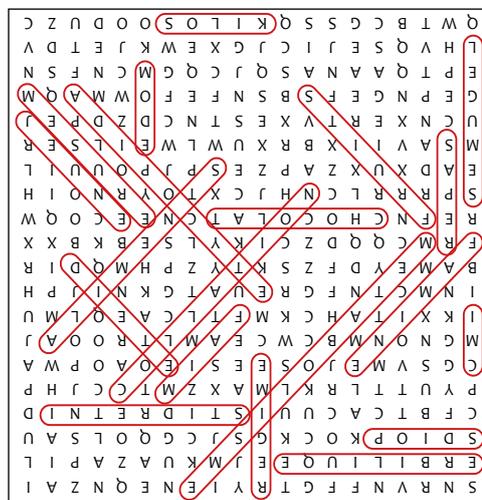
E-LEARNING RENIF



Pour s'informer de façon ludique et interactive sur les maladies rénales, Rénif vous propose son E-learning.

Pour créer un compte, rendez-vous sur : elearning.renif.fr

SOLUTION DU JEU





CALENDRIER DES ATELIERS

2021 - 2022

Pass sanitaire et port du masque obligatoires

COMMENT PARTICIPER AUX ATELIERS ?

- Etre adhérent du réseau Rénif
- Inscription obligatoire

COMMENT S'INSCRIRE ?



01 48 01 93 08



gabet.catherine@renif.fr



www.renif.fr/inscription-ateliers

OÙ ?



Maison de santé Alésia Denfert : 29 avenue du Général Leclerc, 75014 Paris

Hôpital Privé Ouest Parisien : 14 rue Castiglione Del Lago, 78190 Trappes
Salle Pasteur, 4^{ème} étage, ascenseur A

Rénif : 3-5 rue de Metz, 75010 Paris



En visioconférence : inscription sur la plateforme sécurisée <https://barnabe.io>

ATELIERS D'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE en visioconférence ⁽³⁾	le lundi de 18h à 19h	le jeudi de 18h30 à 19h30
supervisés par des professionnels de l'activité physique adaptée 1 séance par semaine pendant 8 semaines	8 séances à partir du 6 septembre 2021	8 séances à partir du 9 septembre 2021

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

(2) Consultez régulièrement les dates sur le site www.renif.fr/ateliers

(3) Inscription sur la plateforme sécurisée <https://barnabe.io>

ATELIERS DE DIÉTÉTIQUE	Maison de santé Alésia Denfert	Hôpital Privé Ouest Parisien	Rénif	En visioconférence ⁽³⁾
BIEN DANS SON ASSIETTE <i>Ce premier atelier de diététique est obligatoire.</i>			lundi 8 novembre 2021 10h - 12h	mardi 9 novembre 2021 10h - 11h15
			mercredi 1er déc. 2021 14h - 16h	
			mercredi 12 janvier 2022 14h - 16h	
			mercredi 9 février 2022 15h - 17h	
			mardi 22 février 2022 17h - 19h	
			vendredi 18 mars 2022 10h - 12h	lundi 29 novembre 2021 14h - 15h15
jeudi 24 mars 2022 17h - 19h				
LES PROTÉINES, CE N'EST PAS QUE LA VIANDE⁽¹⁾	vendredi 8 octobre 2021 10h - 12h		lundi 11 octobre 2021 14h - 16h	lundi 11 octobre 2021 15h - 16h15
			mercredi 17 nov. 2021 17h - 19h	
			jeudi 9 décembre 2021 14h - 16h	jeudi 18 nov. 2021 17h - 18h15
			jeudi 17 février 2022 10h - 12h	
			jeudi 10 mars 2022 17h - 19h	mercredi 8 déc. 2021 14h - 15h15
METTONS NOTRE GRAIN DE SEL⁽¹⁾	vendredi 19 novembre 2021 10h - 12h	jeudi 14 octobre 2021 10h - 12h	mercredi 20 oct. 2021 17h - 19h	jeudi 21 octobre 2021 17h - 18h15
			jeudi 25 novembre 2021 10h - 12h	
			mardi 14 déc. 2021 10h - 12h	vendredi 26 nov. 2021 10h - 11h15
			jeudi 21 janvier 2022 15h - 17h	
			mardi 22 mars 2022 10h - 12h	lundi 13 décembre 2021 11h - 12h15
DÉCHIFFRONS LES EMBALLAGES ALIMENTAIRES⁽¹⁾			vendredi 4 mars 2022 10h - 12h	
GRAISSES ET CHOLESTÉROL : LES CHOIX DU COEUR⁽¹⁾	vendredi 10 décembre 2021 10h - 12h	jeudi 2 décembre 2021 10h - 12h	mardi 30 novembre 2021 14h - 16h	mardi 30 nov. 2021 15h - 16h15
			mercredi 9 mars 2022 10h - 12h	
LE POTASSIUM, UNE AFFAIRE DE COEUR⁽¹⁾		jeudi 18 novembre 2021 10h - 12h	jeudi 14 octobre 2021 10h - 12h	prochainement ⁽²⁾
	mardi 3 décembre 2021 14h - 16h			
	lundi 7 mars 2022 10h - 12h			

ATELIERS DE DIÉTÉTIQUE	Rénif	En visioconférence ⁽³⁾
QUEL EST LE MENU DU JOUR ? <i>Pour vous inscrire, il est nécessaire d'avoir participé aux ateliers sur les protéines et sur le sel.</i>	mardi 26 octobre 2021 17h - 19h	lundi 25 octobre 2021 17h - 18h15
	lundi 22 novembre 2021 14h - 16h	mardi 23 nov. 2021 14h - 15h15
	mardi 15 mars 2022 14h - 16h	
LES LITHIASES⁽¹⁾	mardi 9 novembre 2021 10h - 12h	
	mardi 7 décembre 2021 17h - 19h	
	mardi 15 février 2022 15h - 17h	
	mercredi 30 mars 2022 10h - 12h	
ATELIERS SUR LES TRAITEMENTS	Rénif	En visioconférence ⁽³⁾
AUTOMÉDICATION	<i>prochainement⁽²⁾</i>	<i>prochainement⁽²⁾</i>
DÉCHIFFRER SON BILAN BIOLOGIQUE	<i>prochainement⁽²⁾</i>	<i>prochainement⁽²⁾</i>
LES MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES	jeudi 21 octobre 2021 14h - 16h	<i>prochainement⁽²⁾</i>
MON TRAITEMENT AU QUOTIDIEN	<i>prochainement⁽²⁾</i>	<i>prochainement⁽²⁾</i>
SE SOIGNER SANS DANGER	jeudi 2 décembre 2021 14h30 - 16h30	<i>prochainement⁽²⁾</i>
SURVEILLER MA SANTÉ	jeudi 14 octobre 2021 14h30 - 16h30	<i>prochainement⁽²⁾</i>
VOYAGES, VACANCES ET FÊTES	jeudi 16 décembre 2021 14h - 16h	jeudi 7 octobre 2021 10h - 11h15
		jeudi 16 décembre 2021 15h - 16h15
ATELIERS DE PSYCHOLOGIE	Rénif	En visioconférence ⁽³⁾
ASPECTS ÉMOTIONNELS DE LA DIALYSE ET DE LA GREFFE	mercredi 13 octobre 2021 10h - 12h	
COMMUNIQUER OU NON AUTOUR DE LA MALADIE	mardi 2 novembre 2021 17h - 19h	mercredi 10 novembre 2021 17h - 18h
MES PROJETS : FREINS ET LEVIERS	lundi 29 novembre 2021 17h - 19h	jeudi 16 décembre 2021 17h - 18h
MIEUX VIVRE SES ÉMOTIONS	vendredi 19 novembre 2021 14h - 16h	<i>prochainement⁽²⁾</i>
PRENDRE SOIN DE SOI	<i>prochainement⁽²⁾</i>	mercredi 20 octobre 2021 10h - 11h
QUALITÉ DE VIE : MA PERCEPTION, MES ADAPTATIONS	mercredi 27 octobre 2021 10h - 12h	<i>prochainement⁽²⁾</i>
VIVRE SON QUOTIDIEN PLUS SEREINEMENT		mercredi 15 décembre 2021 10h - 11h

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

**Réseau de santé financé par
l'Agence Régionale de Santé
Ile-de-France*

Madame* Monsieur* (* mention obligatoire)

Nom* :

Prénom* :

Né(e) le* :

Adresse* :

Code postal* :

Ville* :

Téléphone* :

Portable :

Email :

Nom de l'établissement de santé où vous êtes suivi en néphrologie* :

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

Je déclare avoir une maladie rénale et ne pas être en dialyse. **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.

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

Comment adhérer ?

- En retournant le bulletin d'adhésion ci-joint :
par courrier : Rénif, 3-5 rue de Metz 75010 Paris
par Email : contact@renif.fr
- En ligne sur le site internet : www.renif.fr/adherer
- En scannant ce QR code



Nous contacter

 01 48 01 93 08

 contact@renif.fr

 www.renif.fr

 Rénif, 3-5 rue de Metz 75010 Paris

ADHEREZ au réseau RENIF pour bénéficier de nos SERVICES*



✓ Consultations de DIÉTÉTIQUE**



✓ Prêt d'un TENSIOMÈTRE**



✓ Ateliers de DIÉTÉTIQUE
✓ Ateliers de PSYCHOLOGIE
✓ Ateliers sur les TRAITEMENTS
✓ Ateliers d'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE



✓ Abonnement au magazine RÉNIF'MAG



E-learning RENIF

✓ S'informer avec notre E-LEARNING

* Réseau de santé financé par l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France

** Sur prescription médicale



 **Rénif**
Réseau de néphrologie
d'Ile-de-France