

RECO COMMUNES SOCIÉTÉ FRANCOPHONE DU DIABÈTE ET
SOCIÉTÉ FRANCOPHONE DE NÉPHROLOGIE DIALYSE ET TRANSPLANTATION*

Dr Maryse Pholséna, pour Réucare le 30/04/16

*Diabetes and Metabolism 37 (2011) S1-S25

Paulette

65 ans, DT2 depuis l'âge de 50 ans, hypertendue, non tabagique, bien entourée, active,

85 kg (imc 33), TA 160/80, à plusieurs reprises,

Hb1ac 7,6 – 8,5% sur 2015-16, clairance ckd épi 50 ml/mn (70 en 2014), μ alb élevée 100 mg/24h

prend glimépiride 4 mg le matin, metformine 1g matin et soir,

insuline basale par ide 40 u le soir, 3 anti - hta : ara2 diurétique et antagoniste

glycémies réveil entre 1g50 – 2g,

fin après midi 0g60 à 1g20, bas surtout si marche dans l'après midi (45 mn marche)

histoire pondérale : découverte du diabète : 70 kg,
160 cm (imc 27)

mise à l'insuline il y a 5 ans, avec hba1c vers 9% :
80 kg

poids actuel 85 kg, (imc 33) stable depuis la reprise
de la marche,

objectifs de la prise en charge?

quelles compétences sont utiles au patient? en pratique, comment j'organise le parcours?

GÉNÉRALITÉS

La MRC est classée en 5 stades de sévérité

Stade DFG

1- > 90 ml/mn : Marqueurs d'atteinte rénale avec DFG normal ou augmenté

2 - 60 - 89 : Marqueurs d'atteinte rénale avec DFG légèrement diminué

3 - 30 - 59 : Insuffisance rénale chronique modérée

4 - 15 - 29 : Insuffisance rénale chronique sévère

5 - < 15 Insuffisance rénale chronique terminale

microalbuminurie = 30-300 mg / 24h, macro albuminurie = > 300 mg / 24h

LE PRONOSTIC

Les patients présentant une micro albuminurie élevée sont à haut risque de développer une néphropathie diabétique (x4 DT2, x 20 DT1),

c'est un marqueur de haut risque CV (cardio-vasculaire) et ces patients ont davantage de risque de décéder d'une pathologie CV que des suites d'une IRC terminale.

DIAGNOSTIC DE LA NÉPHROPATHIE DIABÉTIQUE

La néphropathie diabétique avérée est diagnostiquée sur :
10-15 ans de diabète + macro albuminurie > 300 mg et /ou DFG
<60 ml/mn/1.73m² et absence de signe rénal ou extra-rénal
faisant suspecter une autre pathologie

20% des patients ayant une néphropathie diabétique n'ont pas
de microprotéinurie,

QUAND SUSPECTER UNE NÉPHROPATHIE NON DIABÉTIQUE ?

- détérioration rapide de la fonction rénale (> 10 ml/mn/an),
- début rapide du syndrome néphrotique,
- pas de rétinopathie
- et pas de macro protéinurie
- et diabète < 5 ans,

PEUT ON RENDRE SERVICE AU PATIENT?

La détérioration de la fonction rénale va de 2 à 20 ml/mn/an selon le contrôle de la PA et la protéinurie, avec une prise en charge adaptée, elle peut être ramenée à 2 à 3 ml/mn/ an.

Les patients à risque :

facteur familial ++, hta, race noire (x2.5), mauvais équilibre glycémique, tabac, +/- hyperCT,

QUELS OBJECTIFS POUR LE DIABÈTE?

dans la plupart des cas : hba1c <7% (réduit l'incidence de la micro et macroprotéinurie)

hba1c <6.5% au début du DT2 (dans les 10 premières années)

IRC modérée (stade 3A et B) : HbA1c < ou = 7%,

IRC sévère ou terminale (stade 4 et 5) : HbA1c < ou = 8%

Personnes âgées, dites « malades », dépendantes, en mauvais état général et isolement social < ou = 9%

EN PLUS DE DIABÈTE, QUE FAUT IL FAIRE ?

1- La diminution de la protéinurie

- est associée à une réduction du risque rénal et CV,
- l'objectif de TA est $< 130/80$ pour ralentir la progression de la néphropathie diabétique, en première intention un IEC ou ARA 2 réduisent la protéinurie de 40% et protège la fonction rénale
- **Un régime limitant à 6 g l'apport en NaCl est indispensable à l'effet anti -hypertenseur et anti - protéinurique des IEC ou ARA 2 (ce paramètre devra être mesuré régulièrement sur les urines de 24h : sodium en mmol /j/17 = g de nacl / 24h); et expliqué au mieux par une diététicienne**
- L'effet anti - protéinurique survient 1 - 3 mois après le début du traitement, est dose dépendant et corrélé à la baisse de la PA ; une augmentation de 30% max à 1-2 mois de la créatinine peut survenir surtout si DFG < 60 ml/mn, cette augmentation est associée à une diminution de la protéinurie et une meilleure protection rénale à long terme.
- Surveillance étroite et adaptation vers la baisse en cas d'augmentation de la créat au delà de 30%, de déshydratation, hyperkaliémie. (creat et kaliémie à mesurer une à 2 semaine après début du traitement et à chaque augmentation de dose),
- Pour les patients gardant une protéinurie résiduelle $> 1g$ ---> avis néphrologie
- La consommation de protéine doit être modérément limitée (1g/kg/j) pour les patients diabétiques avec dfg < 60 ml/mn et en l'absence de syndrome néphrotique.

ET AUSSI...

2-une réduction de 5% du poids maximal dans l'année et

3- un arrêt du tabac est conseillé en protection de la fonction rénale et CV

4- en protection CV : TA < 13/8, LDLc < 1g (atorvastatine 10 mg ou simvastatine 40 mg) dès DFG < 60 ml/mn

ADAPTATION DU TRAITEMENT

Aucun traitement, y compris les plus récents et coûteux ne fonctionne si le mode de vie n'est pas adapté...

se référer au document de Réucare,
Dr Riemens :
Limites d'usage selon le DFG

Essayer de garder la metformine aussi
longtemps que possible

adapter la dose : entre 30-60 ml/mn ckd épi
moitié de dose : 1g- 1g500,

stop si clairance <30 ml/mn),

Ne pas tout changer à la fois,

un médicament est réputé efficace si diminue
au moins de 0,6 point l'HbA1c –

évaluer aussi la qualité de vie et le nombre
d'hypoglycémies.

ADAPTER LA DOSE DU SULFAMIDE

dépister au moins une fois par semaine, les hypoglycémies :
glycémie avant midi et avant dîner,

si $< 1g$ → diminuer voir arrêter le sulfamide / novonorm →
remplacer par une gliptine si nécessaire.

ADAPTER L'INSULINE BASALE

INJECTION LE SOIR POUR VISER AU REVEIL ENTRE 0G90 ET 1G30

> 1G30 2 FOIS SUITE +2 <0.90 UNE SEULE FOIS -2

MISE EN SÉCURITÉ

le patient / l'entourage
connaît sa maladie et les
moyens de prendre soin des
reins

- former le patient et son entourage à la
cât devant hypoglycémie.
- À l'utilisation du lecteur de glycémie,
- à l'arrêt de la metformine et ara2- iec si
déshydratation (gastro)
- prise de conscience : ETP reucare sur
la maladie rénale (séance collective
durée 2h)

MISE EN SÉCURITÉ

Le médecin traitant gère le
parcours de soins
les professionnels de santé
collaborent

exemples (à développer)

- information sur les herbages et médicaments par le pharmacien
 - soins podo si nécessaire,
 - info sur mode de vie via l'IDE à domicile et adaptation insuline et traitements
 - **compétence nutritionnelle avec l'aidant familial : prioritaire chez cette patiente prise en charge diét**
 - si nécessaire, psychologue pour annonce du diagnostic et motivation
 - si nécessaire recours assistant sociale en particulier milieu précaire ou situation familiale complexe
-

Proposer précocement l'adhésion à Réucare au Patient :

- facilite l'adhésion au traitement et le suivi
- ralentit la progression de la maladie,
- améliore la qualité de vie

critères inclusion Réucare

---> dès le stade de la
microalbuminurie élevée
avec fonction rénale
normale