Néphrologie

GLIFOZINES : Le traitement anti diabétique qui ralentit la progression de l'insuffisance rénale

Ces dernières années ont vu l'émergence de plusieurs innovations thérapeutiques dans la prise en charge du diabète de type 2 et de la maladie rénale chronique. Parmi celles-ci, l'apparition de la classe des inhibiteurs spécifiques de SGLT2, aussi appelés glifozines, semble être l'une des plus prometteuses. Par le Dr Mélanie DECAMBRON, néphrologue à la Polyclinique Vauban

Dans le rein normal, le glucose passe librement dans l'urine primitive, mais est rapidement réabsorbé. Cette action est médiée au niveau moléculaire par deux transporteurs nommés SGLT1 et SGLT2, respectivement responsable de 10% et 90% de cette réabsorption, qui est accompagnée de sodium.bLa fuite dans l'urine de glucose et de sodium qui résulte de l'inhibition de SGLT2 a été exploitée à des finalités pharmaceutiques comme illustré dans la figure 1.

Autrement dit, les effets favorables liés aux glifozines ne procèdent pas seulement de leur contrôle glycémique et de la pression artérielle. A l'heure actuelle neuf molécules de la classe des gliflozines sont disponibles dans différents pays du monde. Trois grands types d'indications ont jusqu'à présent été testées dans ces essais : la première, historique, est celle du diabète de type 2 avec complications cardiovasculaires. Sur la base des résultats de ces essais, qui montraient un intérêt potentiel dans l'insuffisance cardiaque et la maladie rénale, d'autres ont été pensés pour se focaliser sur ces deux pathologies.

Un essai thérapeutique concerne la maladie rénale chronique (EMPA-KIDNEY) est actuellement en cours mais les résultats ne sont pas encore disponibles. C'est un essai clinique multicentrique international randomisé en groupe parallèle en double aveugle contrôlé par placebo sur EMPAgliflozin une fois par jour pour évaluer les résultats cardio-rénaux chez les patients atteints de maladie chronique du rein

Alors quelles informations nous apportent-ils ? Les gliflozines ont un rôle certain dans le diabète de type 2 compliqué, l'insuffisance cardiaque et la maladie rénale chronique.

La Canagliflozine (9), la Dapagliflozine (10) et l'Empagliflozine sont développées dans cette indication, mais l'essai ayant évalué cette dernière est encore en cours et ne sera pas publié avant 2022.

La Canagliflozine n'a été testée que chez des patients avec un diabète de type 2 alors que les deux autres sont également testées chez des patients indemnes de cette pathologie.

En plus de ces études dédiées à la maladie rénale chronique, plusieurs milliers de patients présentant une insuffisance rénale, la plupart du temps modérée, ont été inclus dans celles concernant le diabète de type 2 et l'insuffisance cardiaque.

Ces données, lorsqu'elles sont publiées, convergent vers un même résultat : dans les populations étudiées, l'utilisation d'une gliflozine permet de prévenir la progression de la maladie rénale chronique vers un stade plus avancé, en ralentissant le déclin du débit de filtration glomérulaire et l'augmentation du débit de protéinurie.

La dernière étude publiée, DAPA-CKD, testant la Dapagliflozine dans la progression de la maladie rénale chronique, a fait l'objet d'une attention particulière car celle-ci a été arrêtée avant la date initialement prévue, le bénéfice observé étant suffisamment significatif pour ne plus pouvoir justifier de poursuivre un placebo chez la moitié des patients.

Cette prévention de la progression de la maladie rénale chronique s'est accompagnée d'une réduction de la mortalité toute cause, dans cet essai qui n'avait pourtant pas été prévu pour mettre en évidence une différence statistiquement significative sur ce critère.

Les principaux résultats relatifs à la Canagliflozine et la Dapagliflozine sont détaillés dans le tableau 4.

Les analyses en sous-groupes des essais dans la maladie rénale chronique semblent indiquer que le bénéfice est constant quel que soit l'âge, le sexe, l'ethnie, le contrôle de la pression artérielle ou l'abondance de la protéinurie.

L'écrasante majorité des essais évoqués concernent exclusivement des patients diabétiques de type 2, qui présentent pour la plupart une atteinte rénale modérée.

Si leur intérêt semble donc aujourd'hui indiscutable dans cette population, qu'en est-il des autres néphropathies ?

Peu de données sont aujourd'hui disponibles, la plupart étant issues de l'essai DAPA-CKD sur la Dapagliflozine qui comprenait environ un tiers de patients non diabétiques (10).

Dans ce groupe hétérogène de néphropathies, principalement composé de patient présentant une néphroangiosclérose et néphropathie à IgA, le résultat sur le critère de jugement principal était identique à celui obtenu chez les patients diabétiques.

Néanmoins, il n'y a pas eu d'analyse par catégorie de néphropathie individualisée. Il n'est donc pas certain que le bénéfice soit constant quelle que soit la pathologie initiale. De plus, de nombreux types de maladies rénales ne sont pas du tout représentées dans ces essais.

On peut notamment citer l'ensemble des patients ayant reçu des immunosuppresseurs comme des corticoïdes dans les 6 mois, ceux atteints de lupus, de polykystose rénale, de vascularite ou encore les patients transplantés du rein ou du foie.

Figure 1 : Fonction du transporteur SGLT2 et conséquences de son inhibition pharmacologique

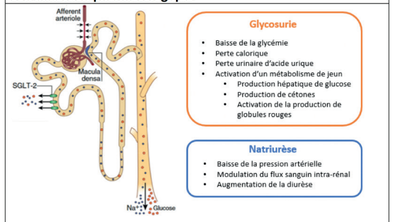


Schéma extrait de Cherney DZ, et al, JACC, 2019

Médecine du sport

La prise en charge d'un sportif de haut niveau

En quoi consiste le suivi d'un sportif de haut niveau ? Par le Dr François FROMONT et le Dr Louis NOISETTE, médecins du sport au Centre de Rééducation La Rougeville.

Une convention de partenariat a récemment été signée entre le centre de rééducation fonctionnelle de la Rougeville et le St Amand Hainaut Basket, équipe de Basket féminine professionnelle évoluant en 1ère division nationale.

Au travers de ce partenariat, expliquons en quoi consiste le suivi d'un sportif de haut niveau.

La prise en charge d'un sportif de haut niveau s'articule autour de 3 grands axes: **la prévention, la prise en charge médicale au quotidien, et la récupération.**

LA PRÉVENTION : Le code du sport a introduit la volonté de préserver la santé des sportifs de haut niveau qui sont exposés aux contraintes de l'entraînement et de la compétition, en les soumettant à une surveillance médicale particulière. Cette surveillance est définie et contrôlée par les commissions médicales des fédérations et ligues professionnelles. Pour le sportif, le suivi de ces recommandations est nécessaire pour bénéficier du statut haut niveau ou professionnel.

Le sportif bénéficie tout d'abord d'un bilan médical de pré-saison, réalisé par un médecin du sport et comprenant:

-Un examen clinique avec interrogatoire et examen physique selon les recommandations de la Société française de médecine de l'exercice et du sport : il a pour but de répertorier les antécédents personnels, notamment traumatologiques et familiaux, la réalisation d'un examen de l'appareil locomoteur, et d'un examen complet appareil par appareil. Il est recommandé de réaliser un examen clinique deux fois par an pour un sportif de haut niveau.

-Un examen cardiologique, comprenant le plus souvent des explorations de repos (ECG, ETT) et d'effort (épreuve d'effort, échographie d'effort). Le contenu exact, la fréquence de ces explorations varient selon les recommandations de chaque fédération ou ligues.

-Un bilan diététique et des conseils nutritionnels.

-Un bilan psychologique visant à dépister des difficultés psychopathologiques pouvant être liées à la pratique sportive intensive.

-La recherche indirecte d'un état de surentraînement via un questionnaire élaboré selon les recommandations de la Société française de médecine de l'exercice et du sport.

-Un bilan biologique qui aura pour but de dépister certaines carences consécutives à la pratique intensive du sport . Le contenu d'un bilan biologique de base pour une sportif de haut niveau est le suivant : NFS, plaquettes , réticulocytes , glycémie, cholestérol , triglycérides (une fois par an), TGO, TGP, gamma-GT, ionogramme,, créatinine (une fois par an), ferritine , urée , acide urique ,CRP , protides totaux.

-Un bilan bucco-dentaire

On pourra associer à ce bilan principal d'autres explorations, non obligatoires mais qui auront pour objectif d'apporter des informations et des axes de travail pour réduire l'incidence de blessures traumatiques ou microtraumatiques:

- Un bilan isocinétique : il permet une évaluation objective des capacités musculaires (principalement au niveau du genou et de l'épaule). Celle-ci guidera la mise en place de protocoles de renforcement musculaire en prévention primaire ou secondaire.
- Un bilan kinésithérapeutique
- Un bilan podologique

LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE EN COURS DE SAISON :

Elle associe la prise en charge :

- des pathologies intercurrentes relevant de la médecine générale (viroses ORL, digestives, pathologies dentaires, troubles du sommeil ...), la gestion du risque de contamination en cas d'épidémies saisonnières (grippe, covid-19) par l'isolement si besoin et la vaccination. L'asthénie est une manifestation physique à ne pas négliger et doit faire rechercher un surentraînement, une déshydratation, une carence martiale ou énergétique.
- des blessures : diagnostic , traitement et prise en charge rééducative.

Il est important dans ce contexte de pouvoir s'appuyer sur un réseau de correspondants chevronnés à la traumatologie du sport (radiologues, chirurgiens etc ..).

Après la prise en charge initiale, un protocole de rééducation personnalisé est établi, et une activité physique adaptée doit être maintenue pendant la phase de rééducation. La communication entre médecins, kinésithérapeutes et préparateurs physiques est primordiale.

LA RÉCUPÉRATION:

Chaque séance d'entraînement, chaque compétition et ou match provoque une dépense énergétique proportionnelle à l'intensité et la durée de la sollicitation musculaire. L'organisme accumule pendant l'effort des perturbations biologiques plus ou moins importantes qui nécessitent un temps de restructuration, défini comme étant le temps de récupération.

Le respect et la prise en charge adaptée de cette phase de récupération permettent d'optimiser les charges d'entraînement et de concevoir des programmes structurés individuellement afin d'améliorer les performances et de réduire le risque de blessures.

La charge de travail est gérée en collaboration entre médecin, kinésithérapeute et préparateur physique. Les questionnaires évaluant l'intensité ressentie (Échelle de Borg) et plus récemment les données GPS permettent une quantification individualisée de la charge de travail de plus en plus précise.

Cette phase de récupération pourra être optimisée en incluant :

- de la massothérapie
- différentes techniques de physiothérapie : électrothérapie, pressothérapie, Game Ready
- des séances d'étirements
- des ambiances thermiques : cryothérapie corps entier, sauna
- des immersions : en eau chaude ou froide, ou alternées

Elle est également conditionnée par la mise en place d'une diététique adaptée, en termes de nutrition et d'hydratation : boisson de récupération pour des apports protéiques et glucidiques adaptés, et une hydratation adaptée en quantité et qualité.

Janvier 2022

La lettre

Des Hôpitaux Privés du Hainaut

ELSAN
HÔPITAUX PRIVÉS DU HAINAUT
POLYCLINIQUE VAUBAN
POLYCLINIQUE DU PARC
CENTRE DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE DE LA ROUGEVILLE

A la une

Ouverture d'une unité de Soins de Suite et Réadaptation spécialisée en affections cardio-vasculaires à la Polyclinique Vauban

Avec 84 lits de médecine dont 8 lits de soins intensifs cardiologiques, 87 lits de chirurgie dont 13 lits de soins intensifs post opératoires et 12 lits de surveillance continue, l'équipe de la Polyclinique Vauban, composée de plus de 80 praticiens, intervient dans la prise en charge de plus de 28 000 patients chaque année.

Le pôle cardiologique de la Polyclinique Vauban comprenait jusqu'à présent les activités de :

-Cardiologie Interventionnelle
-Rythmologie
-Explorations cardiologiques
-Unité de réadaptation cardiovasculaire

De la prise en charge de la consultation à la réadaptation, en passant par les examens et l'urgence absolue, forte d'une équipe de 30 Cardiologues et de 3 chirurgiens cardio-vasculaires avec prises en charges pluridisciplinaires, la polyclinique Vauban possède un pôle de cardiologie qui offre une réponse graduée de soins, avec : une unité de soins intensifs de cardiologie de 8 lits ;
une unité de soins continus de 12 lits ;
un service d'hospitalisation de 42 lits ;
une unité de réadaptation cardiovasculaire de 12 places.

L'ouverture de cette unité va nous permettre d'optimiser le parcours des patients atteints de maladies cardio-vasculaires et de répondre à un vrai besoin territorial de soins en Soins de Suite et de Réadaptation en Cardiologie Vasculaire. Il va nous permettre de prendre en charge les patients en :
Post –opératoire de chirurgie valvulaire.
Insuffisance cardiaque.
Suites de décompensation cardiaque.

Chaque patient accueilli dans l'unité de SSR cardio-vasculaire sera accompagné par une équipe pluridisciplinaire : cardiologue, kinésithérapeute, psychologue, diététicienne, équipes d'infirmiers et d'aides-soignants, assistante sociale, secrétaire, ash,...

Un projet thérapeutique sera élaboré par l'équipe, en concertation avec le patient et son entourage.

Ce projet adapté et personnalisé sera évalué en milieu et en fin de séjour afin d'adapter les objectifs fixés au regard des évolutions de la personne prise en charge. L'élaboration du projet thérapeutique sera basée sur les habitudes de vie du patient et sur ses ressources personnelles, tant sur le plan physique, psychologique que social.

A noter que pour mettre en œuvre ce programme, des travaux ont été réalisés, et notamment la rénovation de chambres et la création d'une salle dédiée, d'une superficie de 80m2, équipée de vélos, vélo elliptique, matériel d'aide à la marche, poids,...

Chirurgie Orthopédique et traumatologique

Optimisation de la rééducation dans les suites des reconstructions du ligament croisé antérieur.

Par le Dr Arnaud MULLIEZ, Chirurgien Orthopédique et Traumatologique et le Dr François FROMONT, médecin du sport

Les interventions du ligament croisé antérieur permettent une reconstruction de plus en plus anatomique avec un traitement à la carte des lésions associées (LAL, lésions méniscales) ceci dans l'objectif d'améliorer toujours nos résultats. Ces derniers dépendent également de la qualité de la prise en charge dans les suites de l'intervention depuis la gestion post-opératoire immédiate à la reprise de l'activité sportive.
Cette prise en charge a considérablement évolué ces dernières années.
Les durées d'hospitalisation ont été réduites avec un geste réalisé pour la grande majorité en ambulatoire. La rééducation s'effectue maintenant pour la plupart du programme en milieu libéral. Il n'y a plus de nécessité de rééducation en centre dans les suites immédiates avec l'avènement des techniques arthroscopiques.

La rééducation comporte 4 phases principales :

-la phase analytique avec un objectif principal de récupération de la mobilité (6 semaines environ).
-une phase de renforcement et de contrôle musculaire (6 semaines environ)
-une phase de réathlétisation avec la reprise des activités dans l'axe en général autour de 3 mois post-opératoire.
-enfin la réadaptation sur le terrain ne pouvant être envisagée avant 6 mois et souvent prolongée de quelques mois en fonction de l'évolution.

Ces 2 dernières phases sont généralement guidées par la réalisation de tests isocinétiques afin de rechercher d'éventuels déficits ou déséquilibre de force de 2 groupes musculaires importants pour le contrôle actif et la prévention de nouveaux accidents : le quadriceps et les ischio-jambiers

Outre les complications, La question du retour au sport reste toujours la préoccupation principale des athlètes opérés du LCA. La nécessité d'optimiser les délais de reprise reste omniprésente. Cette reprise du sport est basée sur la validation de critères d'évolution clinique (laxité) et le délai après la chirurgie. Ces seuls critères ne sont plus suffisants pour autoriser un retour sans restriction aux activités sportives à risque.

En effet, malgré des résultats cliniques satisfaisants, le retour aux activités sportives à un niveau similaire reste encore un challenge après reconstruction du LCA. Par ailleurs, la pratique d'un sport de pivot –contact expose le patient à une nouvelle lésion traumatique. Les taux de re rupture oscillant entre 2 et 8%.
Le feu vert du retour au sport doit s'appuyer sur d'autres critères indispensables à la restauration d'un genou stable et sur.

La Mesure de force et d'équilibre entre les groupes musculaires s'effectue à l'aide d'un bilan isocinétique. Il sert aussi de base objective pour observer la progression au cours des dernières phases.

Une évaluation neuromusculaire plus globale doit faire désormais partie du bilan final des patients opérés. Ce bilan repose sur une série de tests objectifs reproductibles (balance tests, hop tests, landing tests) visant à tester le contrôle proprioceptif et la gestuelle.
Enfin cette évaluation fonctionnelle objective doit également être associée à une évaluation psychologique analysant le ressenti du genou du patient et notamment l'appréhension (score ACL-RSI).

Un parcours de soin spécifique organisé par les médecins rééducateurs et médecins du sport permet d'accompagner les patients au sein au sein du centre de rééducation de la rougeville lors de ces 2 dernières phases (réathlétisation et reprise du terrain). Cette reprise est généralement validée par une journée finale de tests permettant d'apprécier les possibilités de reprise d'activité ou d'affiner la rééducation si besoin. Une prise en charge rééducative plus intensive au centre peut notamment être proposée si un déficit musculaire important est constaté (généralement au-delà des 30%) ou chez des sportifs de haut niveau ayant pour objectif un retour au sport au niveau antérieur le plus rapide possible.

Tests isocinétiques

Side Hop Tests

Vasculaire

Une implantation d'endoprothèse aortique tri-fenêtrée par voie endovasculaire en percutanée

En juillet 2021, le Dr SALARI en collaboration avec le Dr HERTAULT, a réalisé la première implantation d'endoprothèse aortique fenêtrée à 3 fenêtres dans le cadre du traitement d'un anévrisme de l'aorte abdominale para rénale. Par le Dr Reza SALARI, chirurgien vasculaire

L'apport technologique de la salle hybride installée depuis janvier 2021 au bloc opératoire offre la possibilité de réaliser une reconstruction pré-opératoire à partir des images de scanner sous forme d'un masque artériel et d'un masque osseux. Cela permet de localiser l'endroit de la navigation endovasculaire et de minimiser l'utilisation de produit de contraste et rayon X.

L'intervention a duré 3 heures et le patient a pu quitter la Clinique seulement 2 jours après son intervention.

Qu'est-ce qu'un anévrisme de l'aorte ?
L'anévrisme aortique correspond à une fragilisation de la paroi de l'aorte entrainant une dilatation. La paroi étant fragile, elle présente un risque de rupture, pouvant provoquer une grave hémorragie.

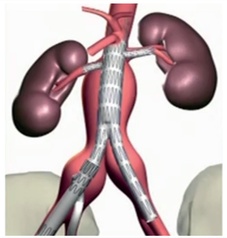
Quels traitements ?
Un traitement chirurgical est proposé selon la taille de l'anévrisme. Deux types d'interventions peuvent vous être proposées:

- L'intervention classique consiste à remplacer l'anévrisme par une prothèse en ouvrant l'abdomen.
- Le traitement endovasculaire permet d'éviter l'ouverture de l'abdomen.

Le traitement chirurgical endovasculaire :

Ce traitement consiste à implanter, par voie endovasculaire, une endoprothèse au niveau de l'anévrisme, créant ainsi une nouvelle voie de passage pour le sang, et renforçant la paroi artérielle. Il s'agit d'une Endoprothese simple pour un anévrisme abdominal infra renal et une endoprothese fenêtrée pour un anévrisme englobant les artères rénales et digestives.

Qu'est-ce qu'une endoprothèse ?
Une endoprothèse est un tube en tissu synthétique renforcé avec une structure métallique (stent), et comportant des ouvertures. Sa structure et les dispositifs d'attachement permettent d'empêcher le sang de continuer à circuler dans la cavité de l'anévrisme, de soutenir la zone affaiblie et d'éviter la migration de la prothèse. Une endoprothese fenêtrée comporte aussi des ouvertures en faces des artères rénales et digestives permettant de conserver la circulation dans ces organes



Recherche Clinique

La Polyclinique Vauban retenue par NOVARTIS pour participer à une étude clinique sur un processus thérapeutique révolutionnaire

Depuis Septembre 2021, les établissements ELSAN des Hauts de France se sont dotés d'une Cellule de Recherche Clinique. Cette Cellule participe actuellement à de nombreuses études clinique dans différentes aires thérapeutiques (cardiologie, infectiologie, néphrologie, ...)

Récemment la Polyclinique Vauban a été retenue par le Laboratoire NOVARTIS pour participer à une nouvelle étude clinique. Celle-ci consiste à utiliser un nouveau processus thérapeutique totalement révolutionnaire pour traiter le LDL Cholestérol chez des patients à hauts risques cardiovasculaires, porteurs d'une maladie cardiovasculaire établie.

Cette étude a été lancée le 22 novembre 2021 et devra intégrer 15 000 patients sur 5 ans. La polyclinique Vauban a pu intégrer un premier patient dès le 26 novembre : 2eme patient inclus au niveau mondial , et 1er patient inclus au niveau Européen, ce qui a permis de mettre en avant la promotion de la Recherche Clinique en France

Lors de la réunion du comité exécutif de l'étude, Novartis a remercié la cellule de recherche clinique régionale Hauts de France ELSAN et plus particulièrement la Polyclinique Vauban.

ELSAN Cellule Recherche Clinique
HÔPITAUX PRIVÉS DU HAINAUT

Anesthésie

SOS Perfusion

Les équipes d'anesthésie de la Polyclinique Vauban et de la Polyclinique du Parc proposent la mise en place et la gestion des accès vasculaires.

ELSAN SOS Perfusion

Les deux établissements permettent de bénéficier d'un accès rapide à l'expertise des praticiens expérimentés pour la pose de cathéters veineux centraux aux patients fragiles recevant des traitements de longue durée (PICC lines, Midlines, cathéter central et chambres implantables ou Port-a-Cath).

La pose est réalisée au Bloc, en SSPI par nos médecins anesthésistes.

Ces dispositifs permettent d'administrer et de prendre en charge :

- La nutrition parentale
- La chimiothérapie
- L'antibiothérapire
- La réhydratation
- La prise en charge de la douleur
- Toute faiblesse du capital veineux

Les objectifs de ces dispositifs sont nombreux :

- Adapter l'accès veineux en fonction de la thérapeutique envisagée pour le patient
- Mieux gérer le capital veineux
- Eviter les ponctions douloureuses, inutiles
- Améliorer le confort des patients hospitalisés ou à domicile
- Répondre aux besoins des professionnels de santé médicaux et paramédicaux sur la prise en charge des soins et la surveillance.

✓MIDLINE :

Ce cathéter veineux périphérique long de longue durée est un cathéter périphérique souple en polyuréthane, d'une longueur de 8 à 25 cm. Il est inséré, avec une asepsie chirurgicale, dans une veine périphérique du bras au-dessus du pli du coude sous contrôle échographique, l'extrémité distale ne dépassant pas la ligne axillaire. Il est utilisable jusqu'à quatre semaines après la pose et c'est une bonne alternative à l'utilisation d'un cathéter veineux central.

La pose est effectuée par un médecin anesthésiste
sur prescription médicale. La dépose est effectuée par un infirmier sur prescription médicale.

✓PICC LINE :

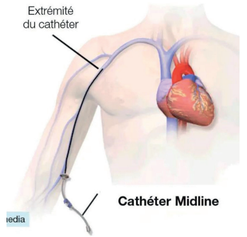
Le cathéter veineux central à insertion périphérique, est un cathéter en polyuréthane d'une longueur de 50 – 60 cm (en fonction de l'anatomie du patient). Il est inséré au niveau du pli du coude dans une veine périphérique du bras. L'extrémité de ce cathéter est située à la jonction de la veine cave supérieure en regard de l'oreillette droite.

C'est un geste médical réalisé sous contrôle échographique dans des conditions d'asepsie chirurgicale. C'est un geste médical réalisé sous contrôle échographique dans des conditions d'asepsie chirurgicale. Le contrôle de l'extrémité du cathéter est réalisé par détection électro-cardiographique ou radiologique.

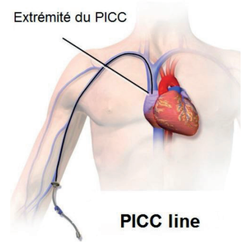
L'organisation :

- Programmation en ambulatoire
- Le patient n'a pas besoin d'être à jeun (anesthésie locale).
- Geste réalisé par le médecin anesthésiste au bloc pour une asepsie chirurgicale.
- Pose rapide et indolore grâce au guidage échographique.
- Contrôle de l'extrémité du cathéter par détection électro-cardiographique et/ou radiographique.
- Prescription et organisation des soins infirmiers à domicile par notre équipe.
- Entretien aisé : réfection du pansement une fois par semaine.
- Dépose du cathéter par un infirmier sur prescription médicale.

MIDLINE



PICCLINE



Vous pouvez joindre les équipes d'anesthésie pour plus d'informations

Polyclinique Vauban
• Tel : 03 27 32 58 98
• Mail :
sosperfusionhphvauban@elsan.care

Polyclinique du Parc
• Tel : 03 66 20 04 78
• Mail :
sosperfusionhphparc@elsan.care

Accèder au site :