



e dialysé diabétique

Dr. MAGNOL, Néphrologue - Mr DATTAS, Infirmier - *Hémodialyse* - C.H. AGEN

A partir d'une constatation collective, nous avons pu remarquer que la population des diabétiques chez les patients dialysés avait très sensiblement augmenté au cours de ces dix dernières années.

En France, la population des diabétiques chez les IRC représente 7 %, alors que dans les autres pays, on obtient 11 % dans les pays du nord, 33 % aux USA.

Lors de leur mise en dialyse, les patients diabétiques ont pour la plupart un diabète avancé, et les complications liées à cette pathologie sont déjà installées ou s'installent. Par rapport à ce phénomène, nous devons élargir notre champ d'action.

Comment ? - **par l'harmonisation des techniques de dialyse.** Par exemple dans notre centre les patients diabétiques n'ont pas d'injection d'insuline les matins des jours de dialyse. On contrôle la glycémie par des hémogluco-tests, le bain de dialyse en séance n'est pas enrichi en glucose. L'insuline est faite après le repas de midi après contrôle glycémique au débranchement et après avoir évalué l'alimentation ingérée.

Les autres jours, c'est le protocole habituel. Dans d'autres centres, le bain de dialyse est enrichi en glucose et l'insuline est faite en séance en fonction de la glycémie.

L'idéal serait d'arriver à un protocole commun.

L'approche du diabétique doit être faite d'une façon plus large : c'est-à-dire ne pas cerner uniquement le problème de la dialyse mais aussi les autres pathologies existantes, telles que le diabète.

L'objectif global sera d'anticiper, de retarder, de diminuer ses complications redoutables.

L'efficacité des soignants doit être accrue surtout au niveau de l'hygiène de vie, par l'éducation et la surveillance de ces patients.

Il est impératif d'éduquer les patients diabétiques de façon quasi intensive afin qu'ils apprennent à mieux se connaître.

C'est ainsi qu'au niveau diététique, on aura recours aux conseils de la diététicienne, et l'équipe soignante se devra d'évaluer cette éducation au niveau des contrôles par hémogluco-test, au niveau de la surveillance de l'état cutané (surtout des membres inférieurs), des injections d'insuline, l'équipe soignante devra travailler en relation avec l'infirmière libérale et la famille afin de bien cerner le patient.

D'autre part, les patients doivent maintenir une activité physique régulière (marche à pied) ou bien les inciter à pratiquer une activité (selon l'état physique du patient évidemment). Ils peuvent aussi faire venir à domicile une pédicure, ne serait-ce que trimestriellement.

Quand l'équipe soignante le juge nécessaire, avec l'accord des médecins, organiser une consultation de spécialité avec un endocrinologue afin d'équilibrer ou rééquilibrer un diabète, voire demander l'hospitalisation.

Essayer d'instaurer ou d'améliorer les supports écrits pour accroître cette surveillance de la meilleure façon possible, afin que ces supports soient des agents de liaison entre les différents intervenants. Ceci peut se présenter sous forme d'un carnet de surveillance quotidienne avec la date, contrôle glycémique, dose d'insuline, observations de la famille ou des intervenants extérieurs (IDE libérale, pédicure, médecin...) et observations de l'équipe soignante et médicale du centre de dialyse.

Pour obtenir de bonnes relations patient-soignant, la confiance doit absolument régner entre ces deux individus. Il ne faut pas faire basculer le patient dans la lassitude, les "ras-le-bol" de cette éducation. Il faut savoir le valoriser pour que les efforts fournis soient bénéfiques.

Le personnel a le sentiment qu'il serait souhaitable d'acquiescer, par le biais de la formation permanente, une formation spécifique théorique, pour être plus performant et permettre de gérer au mieux cette pathologie qu'est le diabète.