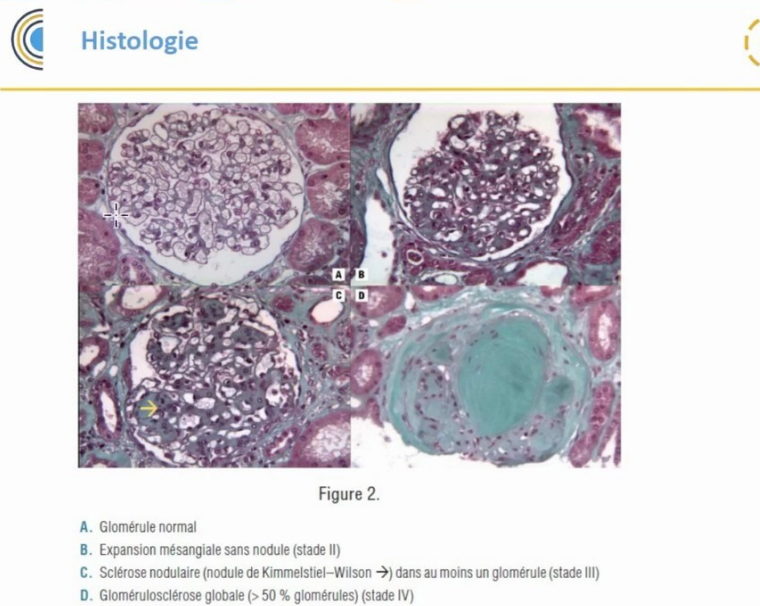


#001

Objectifs du carnet



Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Maîtriser le raisonnement devant néphropathie diabétique en contexte EDN et en garde.
- Pour Néphropathie Diabétique, identifier les signes de gravité avant de détailler l'étiologie.
- Pour Néphropathie Diabétique, choisir les examens utiles sans multiplier les explorations non contributives.
- Pour Néphropathie Diabétique, connaître les traitements initiaux, la surveillance et les critères d'avis spécialisé.

#002

Depistage



Dépistage

Moyens : **BU**, protéinurie sur échantillon

Seuils :

- Microalbuminurie si entre **30 et 300 mg/mmol** (3 - 30 mg/24h)
- Protéinurie si > 300 mg/mmol

Rythme de dépistage :

- **DT2** : au moins **1 fois/an**, BU + protéinurie sur échantillon
- **DT1** : idem mais à débiter à partir de la **5^{ème} année ET âge > 10 ans**
- Si résultat pathologique : à reconstrôler à 6 mois

Faux positifs : orthostatisme, activité physique intense, variation PA, tabac, fièvre, insuffisance cardiaque en poussée, hyperglycémie marquée, infection urinaire, hématurie

Indications de la P

- **Absence de rét**
- Protéinurie che
- Insuffisance ré
- **Hématurie**
- HTA sévère
- Protéinurie **tub**
- **Signes extra-ré** (lupus, ANCA...)

Comme il le dit, Benoît :
Les **bons seuils** sont les
- Microalbuminurie si entr
(30 - 300 mg/24h ou mg
- Protéinurie (ou macroall
(300 mg/24h ou mg/g)

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Dépister albuminurie et DFG regulierement chez patient diabetique.
- Confirmer albuminurie persistante hors infection urinaire, effort, fièvre ou desequilibre aigu.
- La nephropathie diabetique s'inscrit dans le risque cardiovasculaire global.
- Rechercher retinopathie et autres atteintes microvasculaires.

#003

Signaux atypiques

- Hematurie, deterioration rapide du DFG, absence de retinopathie ou proteinurie massive font discuter autre nephropathie.
- HTA severe, syndrome nephrotique ou anomalies immunologiques justifient avis nephrologique.
- Medicaments nephrotoxiques et obstruction doivent etre exclus.
- Adapter les traitements antidiabetiques au DFG.

#004

Traitement

- Contrôle glycémique individualisé et contrôle tensionnel sont les deux axes majeurs.
- IEC ou ARA2 si albuminurie et HTA, avec surveillance créatinine et potassium.
- Inhibiteurs SGLT2 et agonistes GLP-1 selon indications, DFG et profil cardiovasculaire.
- Education: sel, poids, tabac, automesure tensionnelle et éviction AINS.

#005

Pièges EDN

- Un dosage hormonal isolé ne suffit pas si le contexte, l'heure ou le traitement rendent le résultat non interprétable.
- Toujours rechercher grossesse, iatrogénie, insuffisance rénale et maladie aiguë devant une anomalie endocrine.
- Les urgences endocriniennes se traitent avant confirmation exhaustive si le risque vital est plausible.
- Penser au retentissement: os, cœur, rein, fertilité, nutrition, peau, sommeil et qualité de vie.

#006

Mini-cas à savoir résoudre

- Nommer l'axe hormonal atteint et dire s'il s'agit d'un excès, déficit ou résistance.
- Choisir le premier test biologique utile, puis l'imagerie seulement si elle change la conduite.
- Identifier les signes qui imposent hospitalisation ou avis spécialisé urgent.
- Prévoir surveillance, éducation du patient et adaptation au terrain.

Sources: Referentiel du College des enseignants d'endocrinologie, diabetologie et nutrition; Societe Francaise d'Endocrinologie et Societe Francophone du Diabete; HAS 2024: strategie therapeutique et parcours de soins du diabete de type 2; Supports locaux SSD1/Alex/3- Endocrinologie; Banque d'images recadreées SSD1/Carnets/phase1_collecte

Cahier de formation - 6 fiches - Endocrinologie