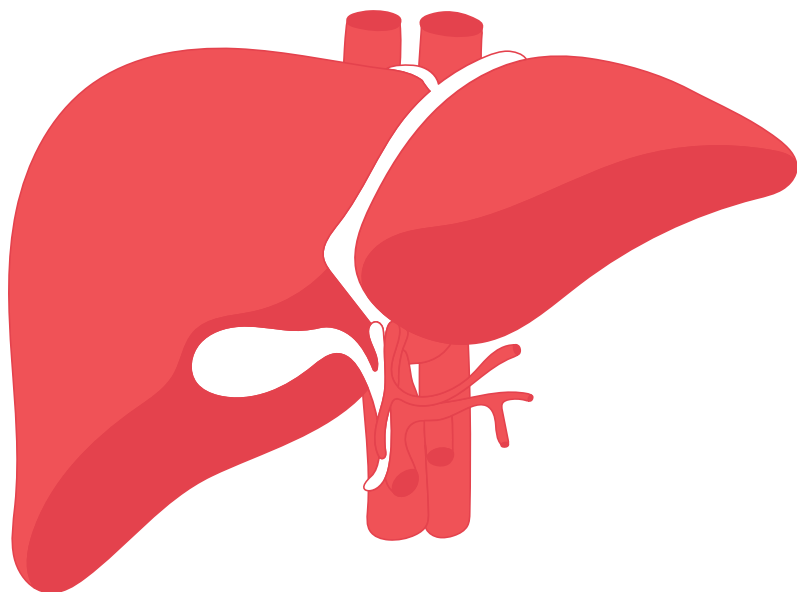




LIVRET ÉDUCATIF

STÉATOSE ET STÉATOHÉPATITE MÉTABOLIQUE (NASH)



Hôpital
Pitié-Salpêtrière
AP-HP



IHU
Ican

Fondation pour l'Innovation
en Cardiométabolisme
et Nutrition

TABLE DES MATIÈRES

01 COMPRENDRE MA MALADIE..... 05

- 1.1 Le fonctionnement du foie
- 1.2 Qu'est-ce que la maladie du foie gras ?
 - 1.2.1 Définition de la NAFLD
 - 1.2.2 Prévalence
- 1.3 Quelles sont les causes et les facteurs de risque ?
 - 1.3.1 Le syndrome métabolique
 - 1.3.2 L'index de masse corporelle (IMC)
 - 1.3.3 Les autres facteurs de risque associés à la NASH
 - 1.3.4 Causes secondaires de stéatose
 - 1.3.5 Est-ce que tous les facteurs de risque se valent ?
 - 1.3.6 Est-ce que je peux développer une NASH si je ne suis pas en excès pondéral ?

02 QUEL IMPACT DE LA NASH SUR MA SANTÉ ? 15

- 2.1 L'évolution de la maladie au niveau hépatique
 - 2.1.1 La stéatose isolée est-elle aussi sévère que la NASH ?
 - 2.1.2 Qu'est-ce que la fibrose ?
 - 2.1.3 Qu'est-ce que la cirrhose ?
 - 2.1.4 Le cancer hépatique
 - 2.1.5 Quelle est la vitesse de progression de la maladie ?
- 2.2 Quel autre impact de la maladie sur l'état général de santé en dehors du foie ?

03 COMMENT SAVOIR SI J'AI UNE NASH ? 21

- 3.1 Est-il recommandé de réaliser un dépistage ?
- 3.2 Est-ce qu'il y a des symptômes spécifiques liés à la NASH ?
- 3.3 Diagnostic de la NASH en 2 étapes
 - 3.3.1 Le diagnostic étiologique : l'identification du syndrome métabolique à l'origine de l'atteinte hépatique.

- 3.3.2 Le diagnostic de la sévérité de l'atteinte hépatique
 - 3.3.2.1 FibroScan
 - 3.3.2.2 Tests sanguins
 - 3.3.2.3 La biopsie hépatique

04 SOIGNER MA NASH 27

- 4.1 La clinique NASH
- 4.2 La NASH est-elle réversible ?
- 4.3 La nutrition
- 4.4 L'activité physique
- 4.5 La chirurgie bariatrique
- 4.6 Évaluation du risque cardiovasculaire
- 4.7 Traitement pharmacologique

05 MON HYGIÈNE DE VIE 41

- 5.1 Mon alimentation
- 5.2 Ma consommation d'alcool

06 MON SUIVI 49

- 6.1 Mes médecins et référents
 - 6.1.1 Équipe médicale
 - 6.1.2 Mes contacts
- 6.2 Mes rendez-vous
- 6.3 Mon poids
- 6.4 En cas d'urgence
- 6.5 Les règles d'or pour bien se prendre en charge

07 LA RECHERCHE 56



INTRODUCTION

Ce carnet est fait pour faciliter et optimiser la prise en charge de votre maladie chronique : **Comment vivre avec ma NASH ?**

Il vous appartient, vous le tiendrez à jour vous-même. Vous y noterez vos attentes et vos questions. Il vous accompagnera lors de vos rencontres avec les médecins et autres professionnels de santé à l'hôpital et en ville.

Il pourra être un support utile également pour votre entourage. Ce carnet médical est strictement confidentiel.

DOCUMENT RÉALISÉ À L'INTENTION DES PATIENTS

Ce livret est le fruit du groupe de travail pluridisciplinaire « Clinique NASH » de l'IHU ICAN en lien avec le service d'Hépatologie de l'Hôpital Pitié-Salpêtrière.

Toute reproduction ou distribution non autorisée de tout ou partie des éléments et informations de ce guide est interdite.

Toute utilisation quelle qu'elle soit des logos est interdite sans l'autorisation de l'IHU ICAN.

Édition 2023 réalisée sous la supervision du Dr Raluca Pais, du Pr Vlad Ratziu, de Thomas Maurel et de Luce Jean-Baptiste.

Mise en page : IHU ICAN & TESS COQUILHAT
Crédits photo : Unsplash / Freepik / Pexels / IHU ICAN

COMPRENDRE MA MALADIE



1.1 LE FONCTIONNEMENT DU FOIE

Le foie est un organe situé dans la partie supérieure de l'abdomen et pesant en moyenne 1.5kg. Il cumule près de 600 fonctions dans le corps. Protégé par les dernières côtes, **un foie sain n'est pas palpable.**

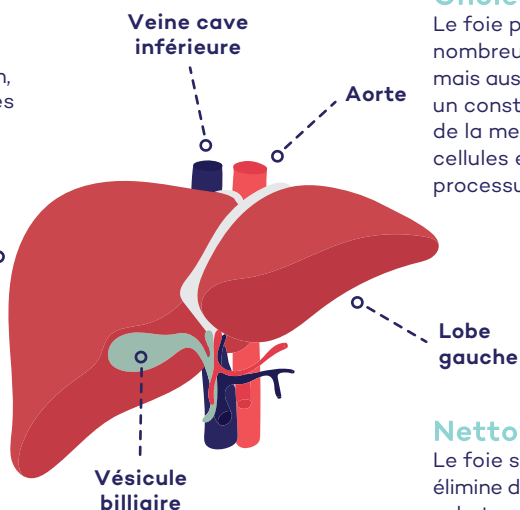
Le saviez-vous ? : un foie de taille moyenne mesure 10 cm mais son volume est similaire à celui d'un ballon de football, faisant de lui le 2^e plus gros organe du corps humain après la peau !

Bile

Le foie sécrète de la bile, qui est ensuite utilisée dans la digestion, principalement celle des lipides.

Énergie

Le glucose issu de la digestion des sucres peut être stocké par le foie. Ces réserves de glucose peuvent être utilisées lorsque l'apport alimentaire de glucose est insuffisant afin de permettre à l'organisme de continuer à fonctionner.



Cholestérol

Le foie produit de nombreuses protéines mais aussi le cholestérol, un constituant essentiel de la membrane des cellules et de nombreux processus biochimiques.

Nettoyage

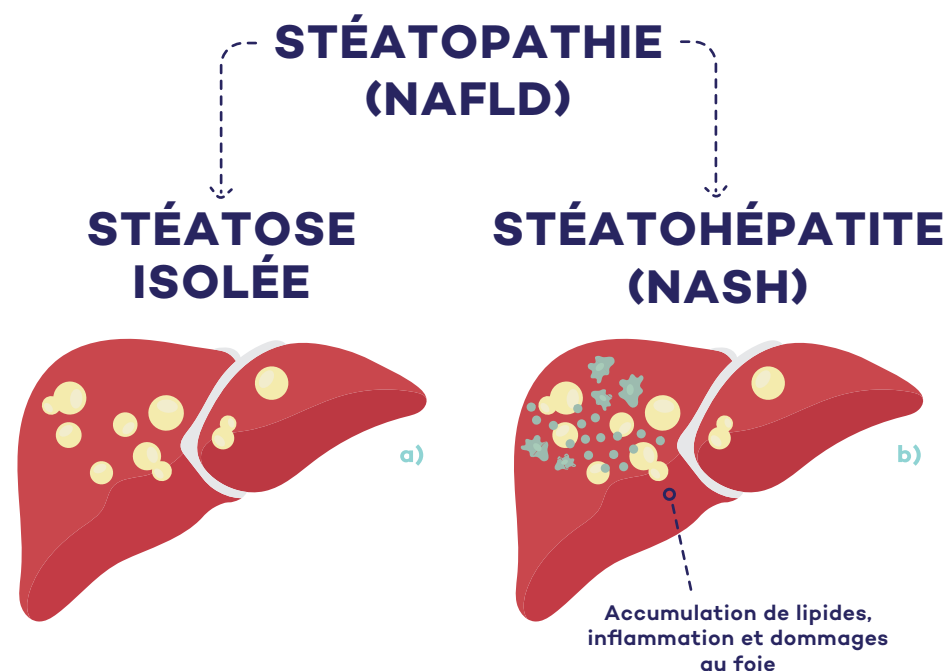
Le foie se transforme et élimine de nombreuses substances qui lui parviennent par le sang. Il évite ainsi une accumulation néfaste et limite leurs effets toxiques.

1.2. QU'EST-CE QUE LA MALADIE DU FOIE GRAS ?

1.2.1 Définition

La maladie du foie gras non-alcoolique (NAFLD (Non Alcoholic Fatty Liver Disease) ou stéatose) est un terme générique désignant une maladie chronique du foie associée à un dysfonctionnement du métabolisme, en particulier du métabolisme des glucides, lipides et à l'obésité. Cette maladie est définie par l'accumulation des graisses dans les cellules du foie (ou hépatocytes) et couvre deux entités différentes (figure) :

- **La stéatose isolée (a)** : définie par l'accumulation isolée des graisses dans les cellules du foie
- **La stéatohépatite (b)** encore appelée la **NASH** (Non alcoholic Steatohepatitis) est une stéatose qui s'accompagne d'inflammation et de destruction des cellules du foie.



1.2.2 Prévalence de la maladie dans le monde et en France

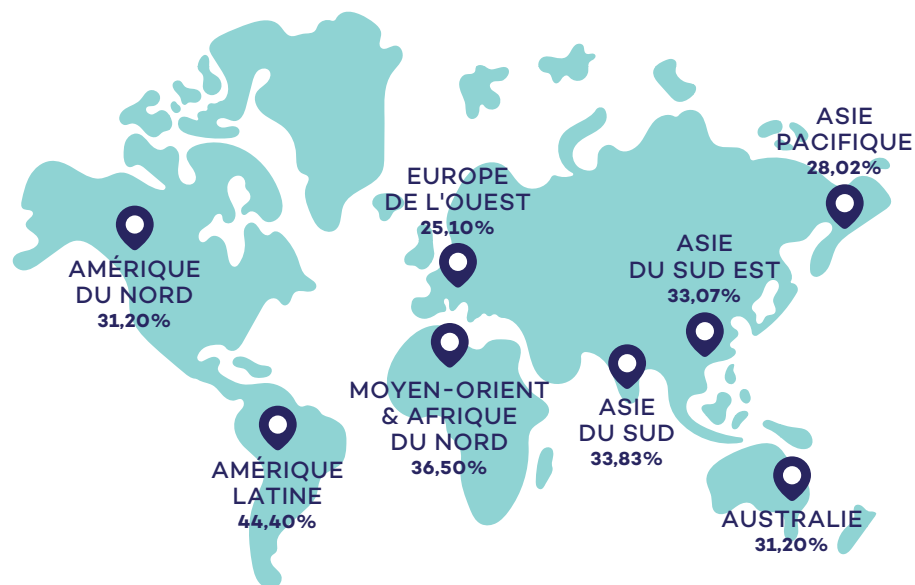
Dans le monde :

- La maladie du foie gras non alcoolique touche 25% de la population au niveau mondial.
- La NASH touche de 1,5% à 6,5% de la population générale (1 patient sur 5 avec une NAFLD va développer une NASH).
- La fibrose significative touche environ 1,5% de la population générale.

Ces chiffres varient en fonction de la région géographique et des habitudes alimentaires.

PRÉVALENCE GROUPÉE DE LA NAFLD

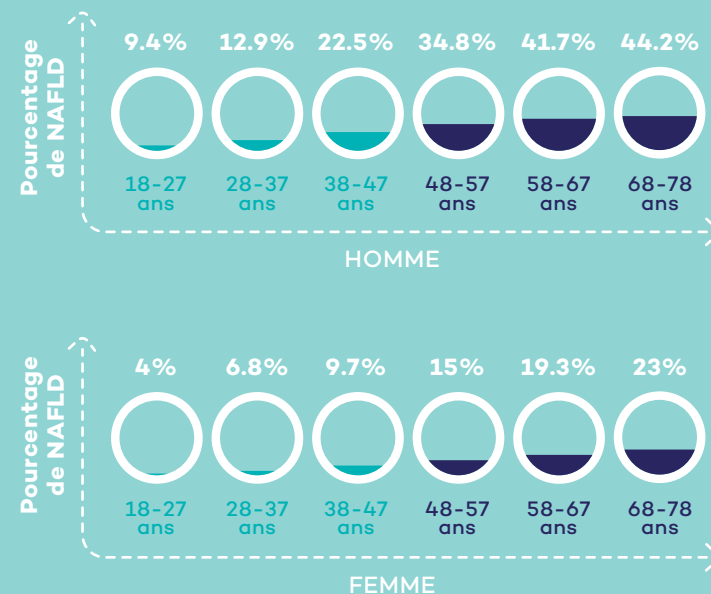
(POURCENTAGE DE LA POPULATION GÉNÉRALE ATTEINTE DE LA NAFLD DANS LE MONDE)



La NASH en France :

- La prévalence de la maladie du foie gras en moyenne en France est de 18,2%.

PRÉVALENCE DE LA NAFLD CHEZ LES ADULTES EN FRANCE EN FONCTION DE L'ÂGE ET DU SEXE



En fonction de la présence des facteurs de risque, la prévalence de la NAFLD varie de 5.2% chez les sujets non diabétiques et au poids normal à 90% chez les sujets obèses et diabétiques.

Parmi les patients avec NAFLD, la prévalence de la fibrose avancée est estimée à 2.5%, ce qui correspond à environ 230 000 personnes pour la population de la France Métropolitaine.

Ces chiffres sont renforcés par l'épidémie d'obésité et du diabète de type 2.

En France :

Il est estimé que la prévalence de la NAFLD devrait augmenter de 63% pour la période 2015 - 2030 (prévalence estimée de 23.6%, soit 16 046 000 personnes atteintes de la NAFLD, dont 3 388 900 avec une NASH).

Le nombre de nouveaux cas diagnostiqués par an en 2030 est estimé à 347 900 personnes.

Il est estimé que le nombre de décès liés à la NASH va augmenter à 7030/an en 2030 vs 2490/an recensés en 2016.

1.3 QUELLES SONT LES CAUSES ET LES FACTEURS DE RISQUE ?

Dans la grande majorité des cas, la NASH est la conséquence d'une alimentation trop riche en graisses et en sucres, et d'une activité physique insuffisante.

Elle est donc étroitement liée au surpoids, à l'obésité et au diabète de type 2.

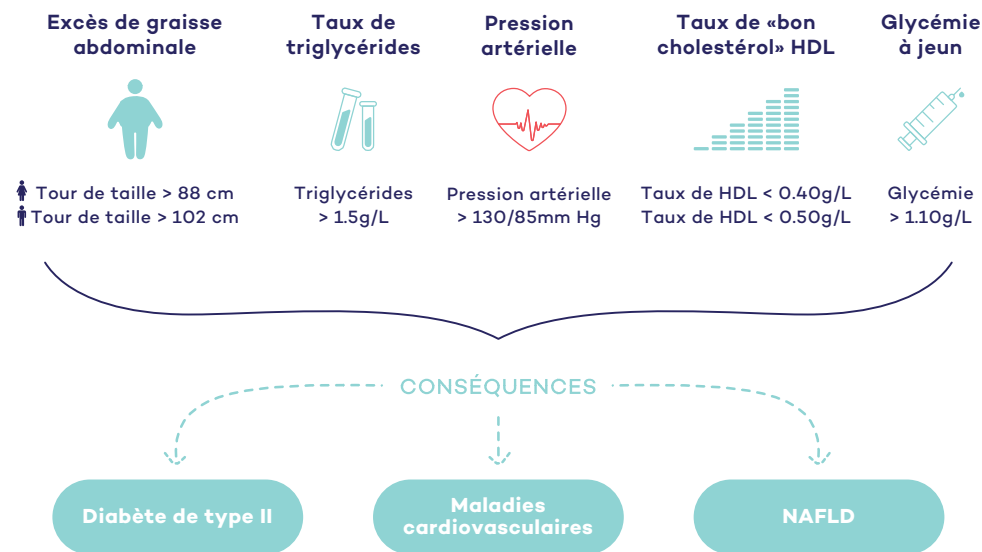
C'est pourquoi elle est qualifiée de maladie « métabolique » ou « de la manifestation hépatique du syndrome métabolique ».

Cependant, la NASH peut survenir en l'absence d'obésité dans environ 20% des cas.

1.3.1 Le syndrome métabolique

Le syndrome métabolique correspond à l'association de plusieurs troubles liés à la présence d'un excès de graisse à l'intérieur du ventre.

On dit d'une personne qu'elle a un syndrome métabolique lorsque l'on retrouve **au moins 3 des 5 critères suivants** :



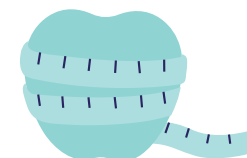
1.3.2 L'Index de Masse Corporelle (IMC)

Cet index exprime le poids (en kg) en relation avec la taille d'un individu et est utilisé pour définir l'obésité.

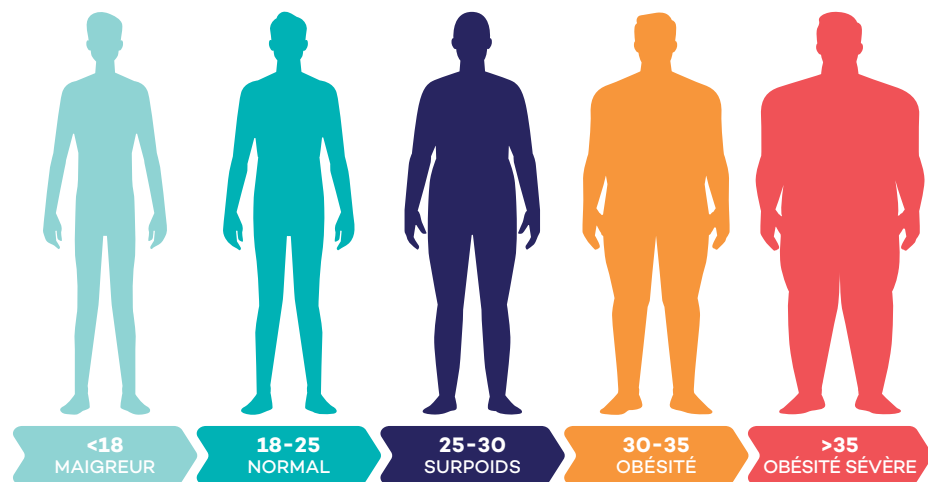
COMMENT CALCULER SON IMC ?



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



CLASSIFICATION DE L'OBÉSITÉ SELON L'IMC

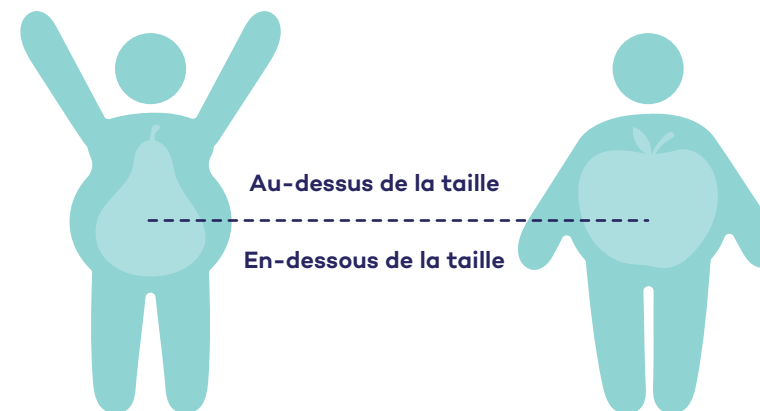


La **composition corporelle** (% de masse grasse et % de masse musculaire) ainsi que la **distribution du tissu adipeux en excès** sont plus importantes à prendre en compte que l'IMC pour le développement du **syndrome métabolique** et de la **stéatose**.

L'excès de graisse dans l'abdomen (adiposité androïde ou « en pomme »), qui se traduit par un tour de taille élevé (qui reflète un rapport masse grasse/masse musculaire relativement faible) augmente le risque. Le syndrome métabolique est moins fréquent chez les personnes qui ont un surplus de graisse sous-cutanée au niveau des hanches (appelée forme en poire ou gynoïde) et un faible rapport taille-hanches.

FORME DE « POIRE »

FORME DE « POMME »



1.3.3 Les autres facteurs de risque associés à la NASH

- **L'âge** : le risque augmente avec l'âge
- **Le sexe** : chez la femme, la prévalence est plus élevée à partir de 50 ans
- **Facteurs génétiques** : il est connu que certains gènes sont associés à un risque plus élevé d'avoir une maladie avancée (fibrose, complications). **Cependant, ces gènes ne sont pas responsables d'une transmission intrafamiliale de la maladie.**

Les cas familiaux de stéatose existent et amènent parfois à chercher une maladie parmi les proches du patient. Il ne s'agit cependant pas d'une transmission génétique simple et le partage d'un même mode de vie joue un rôle essentiel.

- **Facteurs environnementaux** : une corrélation a été notée entre la présence d'une stéatose et la consommation d'aliments ou de composés alimentaires particuliers comme le fructose industriel, la viande rouge, les aliments ultra-transformés et ceux riches en cholestérol.
- **L'hypothyroïdie**
- **L'apnée du sommeil**

1.3.4 Causes secondaires de stéatose

L'accumulation de graisse dans le foie peut survenir dans d'autres circonstances que le syndrome métabolique.

Les causes secondaires de **stéatose** que votre médecin va rechercher par l'examen et des prises de sang :

- Alcool (consommation chronique et excessive > 30g/jour chez les hommes et > 20g/jour chez les femmes)
- Autres causes de maladie chronique du foie tels que l'hépatite chronique virale C, D ou la maladie de Wilson
- Prise de certains médicaments
- Toxiques industriels
- Trouble du métabolisme du cholestérol : hypobêta lipoprotéïnémie
- Lipodystrophies (accumulation localisée de graisse – exemple : au niveau du tronc, des bras ou du ventre)
- Maladie de stockage du cholestérol

1.3.5 Est-ce que tous les facteurs de risque se valent ?

Il faut savoir que certains facteurs de risque (l'obésité et le diabète de type 2) sont plus fortement associés au risque de développer une NASH que d'autres (dyslipidémie, hypertension artérielle). Le risque d'avoir une NASH augmente avec le nombre de facteurs de risque présents et avec la durée d'exposition à ces facteurs de risque.

1.3.6 Est-ce que je peux développer une NASH si je ne suis pas en excès pondéral ?

Oui, environ 20% des patients avec une NASH ne sont pas obèses ou en surpoids.



QUEL IMPACT DE LA MALADIE DU FOIE GRAS SUR MA SANTÉ ?

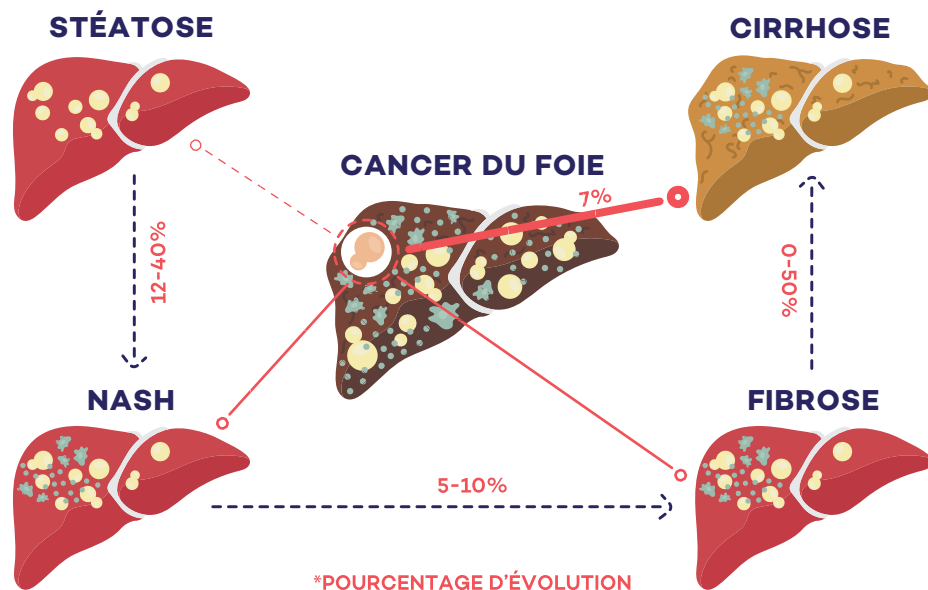


2.1 L'ÉVOLUTION DE LA MALADIE AU NIVEAU HÉPATIQUE

2.1.1 La stéatose isolée est-elle aussi sévère que la NASH ?

- Non, la stéatose isolée (forme qui touche la majorité des patients) est associée à un bon pronostic hépatique et ne progresse pas ou rarement.
- Au contraire, la stéatohépatite (NASH), présente chez une minorité de patients (environ 20% des patients avec une NAFLD), est associée à un risque d'évolution vers une fibrose voire une cirrhose et ses complications, y compris le cancer du foie.

LES RISQUES D'ÉVOLUTION VERS UN CANCER DU FOIE



2.1.2 Qu'est-ce que la fibrose ?

La fibrose du foie est définie par l'accumulation en excès du tissu cicatriciel, qui peu à peu, remplace les cellules hépatiques. Elle survient lorsque le foie est endommagé de manière répétée et continue et que celui-ci essaie de réparer et remplacer les cellules endommagées.

La fibrose hépatique est une lésion qui se rencontre dans d'autres maladies chroniques du foie. Elle est graduée sur une échelle de 0 à 4 de sévérité croissante, 4 étant le stade représentant la cirrhose.

LES STADES DE LA FIBROSE

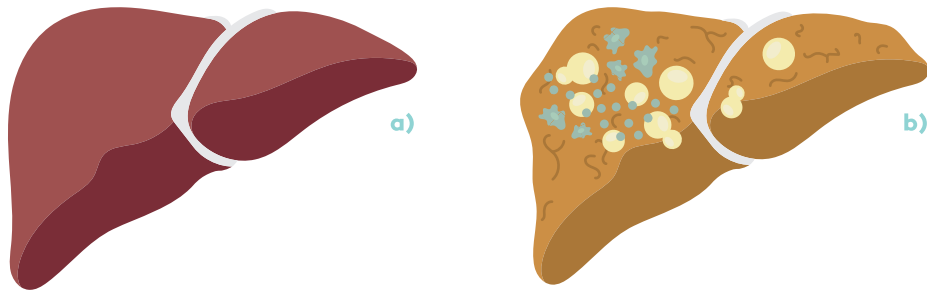


Est-ce que la fibrose est réversible ?

La fibrose (même dans les stades avancés – stade 3) peut être partiellement ou complètement réversible si l'agent causal est supprimé (ex : arrêt de la consommation d'alcool, guérison de l'hépatite C) ou contrôlée (ex : perte de poids, traitement du diabète, etc).

2.1.3 Qu'est-ce que la cirrhose ?

L'accumulation cicatricielle excessive défigure la structure du foie et remplace les cellules normales par des larges bandes de fibrose en augmentant sa dureté et la résistance au passage du sang. C'est le stade de cirrhose.



a) Foie sain
b) Cirrhose : fibrose annulaire encadrant des nodules de régénération. Le foie devient dur avec une surface irrégulière.

LA CIRRHOSE PEUT ÊTRE :

1 : Compensée, malgré une quantité significative de tissu cicatriciel, les cellules restantes suffisent pour que le foie continue de fonctionner normalement.

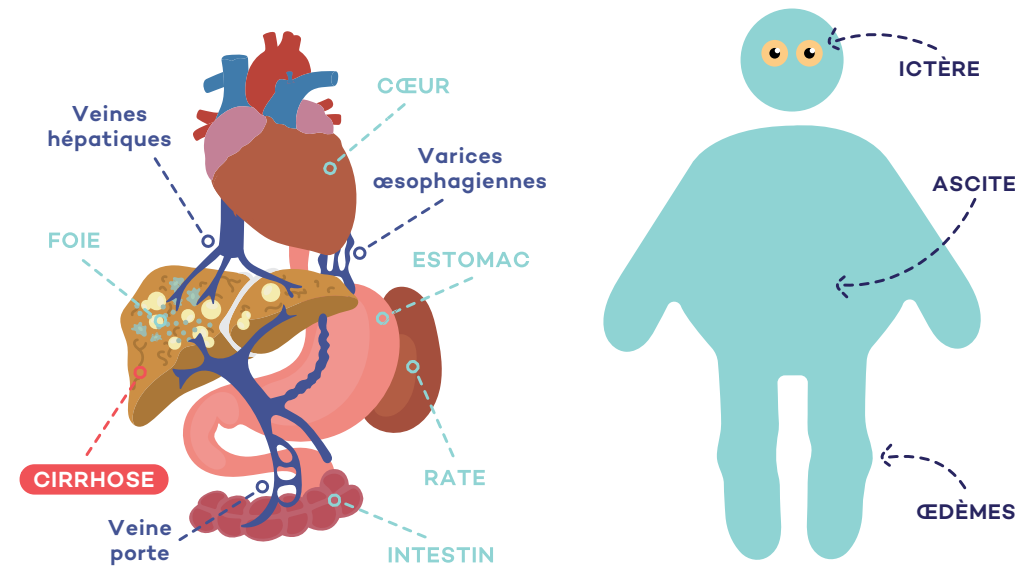
Au stade "compensé" plusieurs signes cliniques peuvent faire penser à une cirrhose : **fatigue, perte d'appétit**, foie volumineux et dur (hépatomégalie), rate volumineuse (splénomégalie), paumes des mains rouges (érythrose palmaire), petits angiomes sur le tronc, troubles sexuels, etc.

2 : Décompensée, le foie perd progressivement ses fonctions :

- Le stockage n'est plus possible – il y a une redistribution des graisses, sucres = **dénutrition**.

- La transformation et la production (facteurs de coagulation, albumine, protéines) diminuent = **risque de saignement**
- Le foie trie mal certaines substances toxiques comme l'ammoniac = **confusion, encéphalopathie hépatique**

Au stade de cirrhose décompensée les principaux signes sont : une jaunisse (ictère), des oedèmes des membres inférieurs, de l'eau dans le ventre (ascite) ou des troubles de la vigilance (confusion, troubles de mémoire, tremblements des doigts et des mains, etc).



En France, on recense entre 1500 et 2500 cas de cirrhose (toute cause confondue) par million d'habitants, avec la découverte chaque année d'environ 150 à 200 cas par million d'habitants. Le nombre de décès est estimée à 15 000 par an et représente la 5^{ème} cause de mortalité.

2.1.4 Le cancer hépatique

Bien que rarement, les patients avec NAFLD peuvent développer un cancer du foie (carcinome hépato-cellulaire, CHC).

Le plus souvent, le CHC survient chez les patients ayant une cirrhose. Cependant, des cas peuvent également survenir en l'absence de cirrhose.

2.1.5 Quelle est la vitesse de progression de la maladie ?

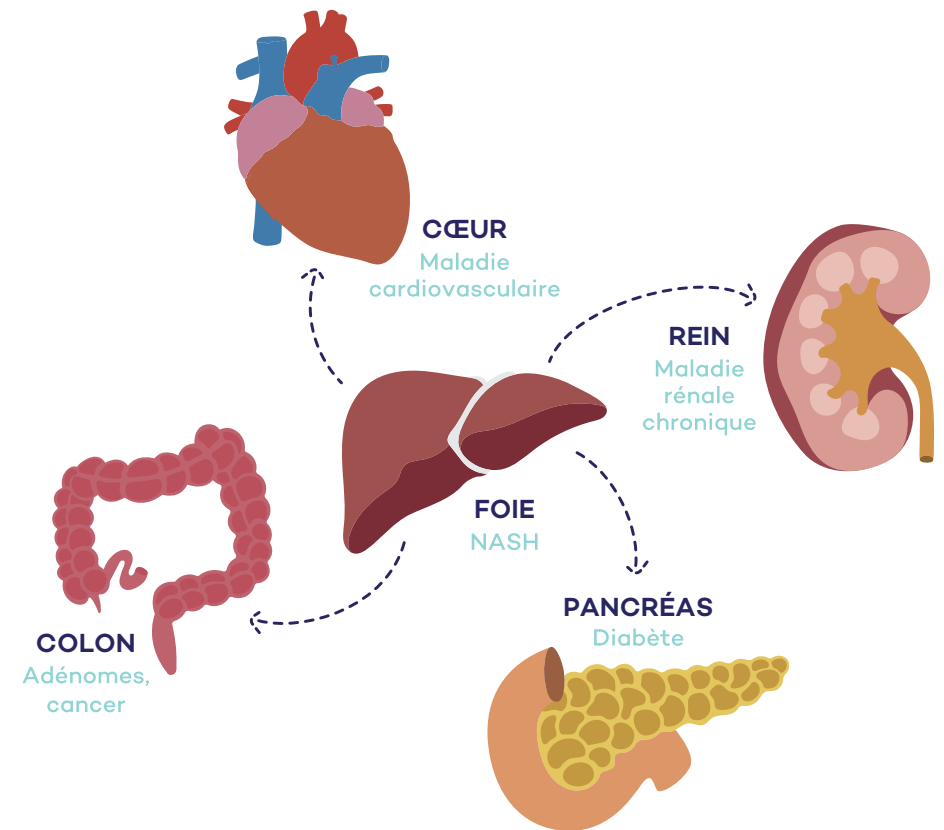
La progression de la maladie est lente mais très variable d'un individu à l'autre :

- Certains patients (environ 20%) progressent plus vite que d'autres et peuvent développer une cirrhose dans un intervalle de temps plus court (< 10 ans).
- L'influence respective des facteurs génétiques, épigénétiques et des facteurs environnementaux est probablement variable d'un sujet à l'autre. Cela expliquerait l'hétérogénéité de la maladie, avec certains patients plus sévères que d'autres.
- La vitesse de progression de la maladie n'est pas linéaire : lente dans les stades initiaux (stéatose, NASH sans fibrose ou avec fibrose modérée) et plus rapide dans les stades avancés, en particulier au stade de cirrhose.

2.2 QUEL AUTRE IMPACT DE LA MALADIE SUR L'ÉTAT GÉNÉRAL DE SANTÉ EN DEHORS DU FOIE ?

En raison de la présence des facteurs de risque métaboliques, en particulier l'obésité et le diabète de type 2, ainsi que de certains mécanismes physiopathologiques (résistance à l'insuline, inflammation systémique de bas grade), les patients avec NASH sont à risque de :

- Maladie cardiovasculaire
- Maladie rénale chronique
- Diabète de type 2
- Cancers extra hépatiques



COMMENT SAVOIR SI J'AI UNE NASH ?

3.1 EST-IL RECOMMANDÉ DE RÉALISER UN DÉPISTAGE DANS LA POPULATION GÉNÉRALE ?

Le dépistage est recommandé chez les sujets considérés à risque à savoir ceux en surpoids atteints de diabète de type 2 ou d'hypertension artérielle avec dyslipidémie.

3.2 EST-CE QU'IL Y A DES SYMPTÔMES SPÉCIFIQUES LIÉS À LA NASH ?

- Non, il n'y a pas de symptômes spécifiques liés à la NASH
- La maladie est **silencieuse**. La plupart du temps le diagnostic est fait par hasard :
 - Découverte fortuite de la stéatose sur une échographie abdominale faite pour d'autres indications (douleurs abdominales, etc)
 - Découverte fortuite de perturbations hépatiques lors de bilans biologiques de routine (médecin du travail, médecin généraliste).
- Des symptômes peuvent apparaître dans les stades plus avancés de la maladie (cirrhose) et demeurent peu spécifiques pour la NASH :
 - Fatigue et perte d'appétit
 - Vagues douleurs abdominales et au niveau du foie (en haut du ventre à droite)
- Au stade de cirrhose décompensée d'autres symptômes peuvent apparaître :
 - Gonflement des jambes (œdèmes)
 - Accumulation de liquide dans l'abdomen (ascite)
 - Confusion et troubles de l'élocution (encéphalopathie)
 - Coloration jaune des yeux et de la peau (ictère)

3.3 DIAGNOSTIC DE LA NASH EN 2 ÉTAPES

3.3.1 Le diagnostic étiologique : l'identification du syndrome métabolique à l'origine de l'atteinte hépatique

Le syndrome métabolique peut être à l'origine de l'atteinte hépatique seul ou en association avec d'autres causes de maladie chronique du foie tels que l'alcool et les hépatites virales.

3.3.2 Le diagnostic de la sévérité de l'atteinte hépatique

Le diagnostic non invasif de la sévérité de l'atteinte hépatique utilise des méthodes d'imagerie (échographie, Fibroscan) et tests sanguins pour le diagnostic non invasif de la stéatose et de la fibrose.

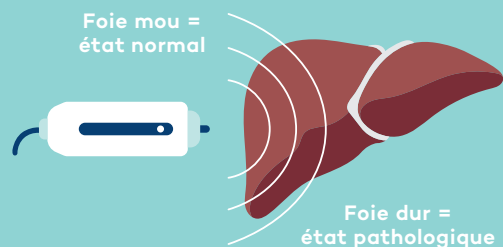


3.3.2.1 Fibroscan

► Un médecin ou un(e) infirmier(ère) réalise l'examen en positionnant une petite sonde d'échographie entre les côtes. Cette sonde va émettre des vibrations ou ultrasons qui vont traverser les tissus et rebondir sur eux pour revenir à cette même sonde. En fonction de la vitesse de retour de l'écho, l'appareil va mesurer l'élasticité du foie. En effet, plus il y a de fibrose dans le foie, plus le foie est dur. Le résultat est rendu en kiloPascal (kPa).

► Pour l'examen il faut être à jeun depuis au moins 4 heures.

LA DURETÉ DU FOIE DÉTERMINE L'ÉTAT PATHOLOGIQUE



Le Fibroscan mesure la dureté du foie qui varie en fonction de l'inflammation des tissus et du stade de fibrose.



L'application
My FibroScan®
vous aidera à
comprendre et
interpréter vos
résultats.

AVANTAGES

- Non invasif
- Court temps de procédure
- Résultats immédiats
- Facile à utiliser
- Bonne reproductibilité

INCONVÉNIENTS

- À jeun 4 heures
- Impossibilité d'obtenir des résultats en cas d'ascite
- Difficile chez les patients obèses/petit espace intercostal
- Difficile à déterminer entre les stades intermédiaires de fibrose
- Faux positifs en cas d'insuffisance cardiaque ou de tests hépatiques très élevés (> 10N)

3.3.2.2 Tests sanguins

Il existe plusieurs tests sanguins pour calculer les stades de la fibrose à partir des paramètres cliniques et résultats biologiques. Tous les tests ne sont pas utilisés en première intention. Il est recommandé en effet de réaliser une stratégie de dépistage séquentielle, avec un test de première ligne peu coûteux (FIB-4 par exemple) suivi, si nécessaire, d'un test dit de deuxième ligne, plus performant mais plus onéreux (Ex. FibroMax, ELF) ou plus invasif (biopsie).

3.3.2.3 La biopsie hépatique

C'est l'examen qui permet de prélever un petit fragment de foie pour l'analyser sous microscope.

Est-ce que la biopsie hépatique est obligatoire pour le diagnostic ?

Non, la biopsie hépatique n'est pas un examen systématique pour tous les patients, elle est indiquée lorsque :

- Il existe un doute sur le diagnostic
- Les examens non invasifs (Fibroscan et tests sanguins) sont discordants pour le stade de fibrose ou indique une fibrose avancée de stade 3 ou une cirrhose.

La biopsie hépatique permet d'établir la cause de l'atteinte hépatique (hépatites virales, alcool, maladies biliaires, NAFLD) et d'évaluer la sévérité de l'atteinte hépatique (ex. stéatose/NASH/fibrose/cirrhose).

Comment se passe l'examen ?

L'examen est réalisé sous anesthésie locale, il dure environ 30 minutes.



Il existe 2 façons de réaliser la biopsie du foie :

BIOPSIE PAR VOIE TRANSCUTANÉE

Vous êtes installé sur le dos et le médecin prélève à l'aide d'une aiguille spécifique un ou plusieurs petits fragments du foie à but diagnostique en passant par le côté droit de l'abdomen. Il est possible qu'une douleur au niveau du point de ponction et au niveau de l'épaule droite (douleur irradiante de la capsule du foie) puisse apparaître sans que cela ne soit une complication.

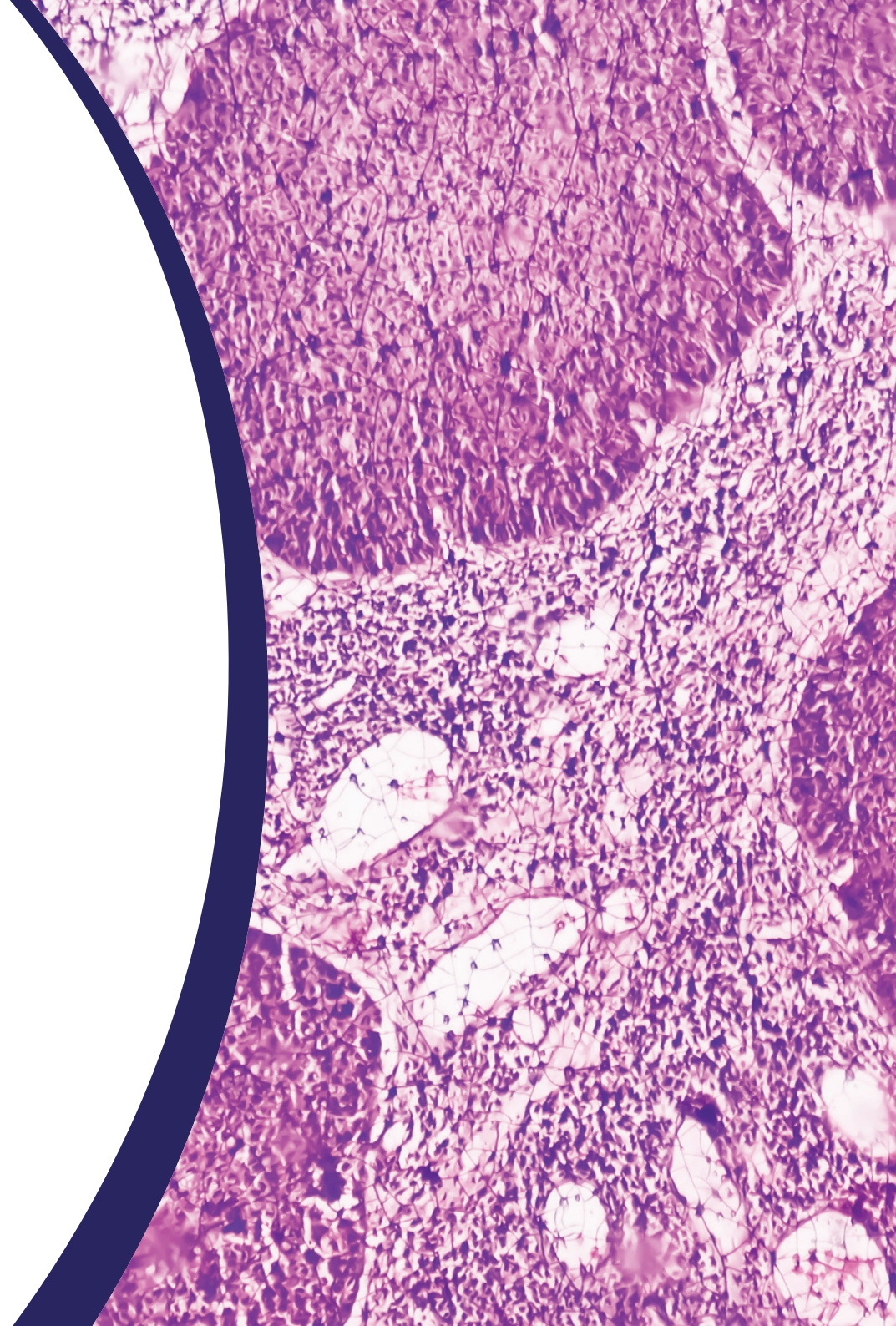
En revanche, il est important de signaler tout saignement au niveau du point de ponction. L'examen est réalisé en hôpital de jour, vous restez quelques heures en observation après l'examen. Vous devez rester en position allongée 6 heures après l'examen.

Les résultats seront disponibles entre 4 à 6 jours après.

BIOPSIE HÉPATIQUE PAR VOIE TRANSJUGULAIRE

Lorsque la biopsie hépatique ne peut être réalisée par voie transpariétal, le prélèvement se fera en passant par les veines du cou (voie transjugulaire).

L'intervention est réalisée sous anesthésie locale par des médecins radiologues en salle de radiologie interventionnelle. Le médecin guidé par l'imagerie va mettre en place un cathéter dans l'une des veines sus hépatiques. Il conduit ensuite son aiguille de biopsie jusque dans le foie et effectue le prélèvement.



SOIGNER MA NASH



4.1 LA CLINIQUE NASH

La clinique NASH est la première structure hospitalière de diagnostic et de prise en charge multidisciplinaire des patients atteints de stéatose métabolique en France. Depuis sa création, près de 350 patients ont déjà pu en bénéficier. Les objectifs de la clinique NASH sont d'anticiper ou de dépister tôt les complications de la NASH (athérosclérose précoce, hypertension artérielle, diabète...) et de proposer des soins personnalisés à chaque patient en prenant en compte son état clinique, son histoire personnelle et son environnement pour s'assurer de la meilleure observance possible des recommandations médicales.



1. Premier rendez-vous médical :
évaluation cardiovasculaire
et métabolique.



2. Examen cardiovasculaire
et examen de DXA.

6. Consultation de synthèse
avec le médecin (évaluation
de la sévérité hépatique).

LE CIRCUIT NASH

Prise en charge pluridisciplinaire, unitaire et fluide
permettant une stratification du risque et une
prise en charge personnalisée.



5. Rencontre avec la
diététicienne, mise en place
d'un rééquilibrage
alimentaire personnalisé.



4. Séance d'information sur
la maladie et éducation
thérapeutique.



2. Bilan sanguin +
Fibroscan Explorer.

4.2 LA NASH EST-ELLE RÉVERSIBLE ?

➤ Oui, la NASH est réversible en l'absence de cirrhose. Le contrôle des facteurs de risque (perte de poids, équilibre du diabète) permet une régression/amélioration de la stéatose, de l'inflammation (la NASH) et de la fibrose chez la majorité des patients. Au stade de cirrhose, la régression de la fibrose est beaucoup moins fréquente.

4.3 CONSEILS DIÉTÉTIQUES

La diététique est un élément essentiel à prendre en compte dans le traitement de la NASH. Dans un premier temps, le nutritionniste effectuera un premier bilan de vos habitudes alimentaires et de votre activité physique afin de vous proposer un programme adapté à vos besoins et complémentaire avec celui d'une activité physique adaptée. Ce contact vise à vous sensibiliser sur la possibilité de soigner votre NASH et d'améliorer votre hygiène de vie.

Grâce à ces premières analyses, le professionnel de santé peut ensuite adapter et approfondir son évaluation diététique à l'aide de questionnaires personnalisés.

En amont des consultations de suivi avec le nutritionniste, vous pouvez vous auto-évaluer sur l'évolution de votre rééquilibrage alimentaire en notant vos repas au cours d'une journée et identifier les bons et les mauvais aliments ingérés. Lors du suivi, le professionnel de santé note la variation pondérale mais également l'évolution de la masse grasseuse, et les taux de glucides, lipides et protéines dans le sang.

Il n'y a pas de « régime miracle » pour la NASH. Le plus important est de pouvoir intégrer les conseils nutritionnels et d'activité physique dans votre mode de vie.

DÉROULÉ DU SUIVI DIÉTÉTIQUE AU COURS DU CIRCUIT NASH

Le nutritionniste peut vous proposer différents régimes alimentaires hypocaloriques appauvris en lipides, appauvris en glucides ou encore de type méditerranéen adapté à votre état de santé et votre niveau d'activité physique. L'objectif étant de diminuer l'écart journalier entre les apports caloriques et les dépenses énergétiques.

Le plus important est que vous vous sentiez bien avec le programme nutritionnel recommandé et qu'il corresponde à vos goûts et à vos contraintes ; il sera ainsi plus facile de le suivre dans la durée et d'obtenir les résultats escomptés.

À SAVOIR :

Le régime méditerranéen, composé principalement de crudités, légumes frais, d'huiles riches en oméga trois et de protéines, présente plusieurs avantages puisqu'il agit au niveau hépatique avec une diminution de la stéatose. De plus, on note une diminution des paramètres de risque cardiovasculaire, de diabète et de syndrome métabolique.

Ces recommandations nutritionnelles sont très similaires à celles prodiguées de façon préventive à l'ensemble de la population générale adulte.

POUR COMMENCER VOICI QUELQUES CONSEILS SIMPLES

Le foie est l'un des acteurs principaux de la conversion des aliments en nutriments qui sont essentiels au maintien d'une bonne santé. Il est donc important de sélectionner avec soin les aliments consommés afin de bénéficier d'une santé hépatique optimale. Les recommandations ci-dessous peuvent vous aider à optimiser le fonctionnement de votre foie.

- ✓ Évitez de sauter un repas ou au contraire de trop manger au cours d'un seul repas
- ✓ Sélectionnez des aliments faibles en gras (cf. p.33)
- ✓ Buvez 6 à 8 verres d'eau par jour
- ✓ Évitez l'alcool
- ✓ Limitez au maximum les aliments hautement transformés
- ✓ Privilégiez une alimentation variée
- ✓ Vous pouvez également choisir de remplacer les protéines animales par des protéines végétales
- ✓ Comparez les valeurs nutritives des aliments présentes sur leur emballage pour choisir les produits plus faibles en sodium, en sucres ou en graisses saturées
- ✓ Consultez votre médecin avant toute prise de compléments alimentaires (vitamines, minéraux...)
- ✓ Il faut privilégier les aliments peu transformés car ils ont un indice glycémique (IG) plus bas et un effet satiétogène plus marqué
- ✓ Il faut savoir que la sur-cuisson modifie la texture d'un aliment, et a tendance à augmenter son IG. Ex : si la cuisson des pâtes est excessive, l'IG sera supérieur à la cuisson al dente...

CONSEILS SPÉCIFIQUES CONCERNANT L'APPORT EN GLUCIDES, LIPIDES, PROTÉINES ET FIBRES :

APPORT EN GLUCIDES

Les glucides sont indispensables pour apporter de l'énergie à nos muscles et à notre cerveau. Mais consommés en trop grandes quantités, ils seront transformés en graisses dans le foie. Privilégiez les glucides riches en amidon, fibres et vitamines : blé, riz, avoine (graines...) de préférence sous forme complète, légumes secs, pomme de terre, patate douce, igname, quinoa...

EN PRATIQUE :

- Limiter la consommation de fruits à 2 portions par jour.
- Éviter les produits industriels, et en particulier les sodas et jus de fruits
- Consommer des féculents à chaque repas, en quantité limitée
- Les produits sucrés et les produits transformés sont à consommer avec modération (pas tous les jours)

QU'EST-CE QUE C'EST L'INDEX GLYCÉMIQUE ?

L'index glycémique (IG) permet de classer les aliments en fonction de l'élévation de la glycémie qu'ils produisent après leur consommation. Plus leur index est élevé plus les aliments entraînent une hausse rapide du taux de sucre.

CLASSIFICATION DES ALIMENTS SELON L'INDEX GLYCÉMIQUE

INDEX GLYCÉMIQUE ÉLEVÉ (> 55)	INDEX GLYCÉMIQUE MOYEN (40-50)	INDEX GLYCÉMIQUE BAS (<40)
• Corn flakes • Pommes de terre • Riz blanc • Pâtes • Pain blanc, • Banane mûre • Pastèque	• Muesli sans sucre • Riz complet • Raisin • Ananas • Banane verte • Pâtes et céréales complètes • Pain complet	• Fruits frais (orange, pêche, nectarine, pomme, prune...) • Haricots blancs ou rouges frais • Lentilles • Tofu • Avocat...

APPORT EN LIPIDES

Les lipides doivent représenter 35 à 40% de l'apport énergétique total. Il est important de réduire l'apport en acides gras saturés (AGS) et de privilégier les acides gras insaturés.

EN PRATIQUE :

- Limiter le fromage à une portion par jour (30-40g) et la charcuterie à moins de 50g par semaine. Le beurre est à utiliser préférentiellement cru pour le petit déjeuner et rarement pour la cuisson. Cela permettra de réduire l'apport en AGS à < 12% de l'apport énergétique total.
- Favoriser l'huile d'olive, colza, soja, tournesol...(1 cuillère à soupe par repas) pour la préparation des repas. Ceci permettra d'assurer 15% à 20% d'apport énergétique total en acides gras mono insaturés.

APPORT EN PROTÉINES

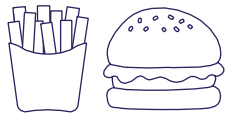
Les protéines doivent représenter entre 10 et 20% de l'apport énergétique total, avec une proportion égale de protéines végétales et animales.

- Privilégier la volaille et limiter les autres viandes (boeuf, veau, mouton, agneau) à 500g par semaine, en raison de leur contenu plus important en acides gras saturés.
- Poisson : 2 portions par semaine dont un poisson gras (pour les apports en oméga 3)
- Oeufs : 6 à 7 par semaine maximum (limiter à 4 pour les personnes avec une hypercholestérolémie importante)
- Produits laitiers : 2 à 3 fois par jour maximum (limiter le fromage à 30g-40g par jour et favoriser les produits laitiers fermentés)

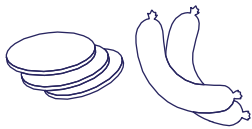
APPORT EN FIBRES

- L'apport conseillé en fibres est de 25-30 g par jour. Les légumes doivent donc être présents à chaque repas (crus ou cuits) :
- Légumes crus : environ 150g-180g
- Légumes cuits : 200g-300g

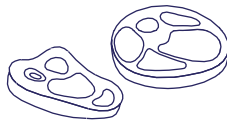
ALIMENTS NON RECOMMANDÉS



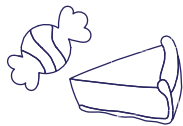
**Aliments
ultra-transformés**



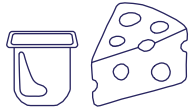
**Viande
transformée**



**Gras saturés
et cholestérol**



**Bonbons
et gâteaux**



**Produits laitiers
riches en matières
grasses/sucrés**

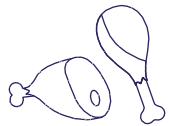


**Boissons
sucrées**



**Boissons
alcoolisées**

ALIMENTS RECOMMANDÉS



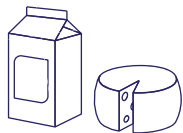
**Viande blanche
et jambon blanc**



**Poisson
et fruits de mer**



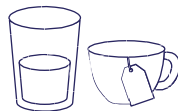
**Fruits
et légumes**



**Produits laitiers
faibles en matières
grasses**



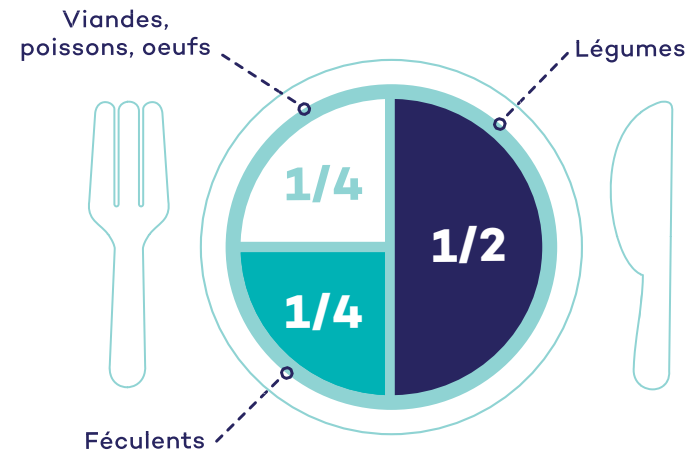
**Herbes, épices,
ail et oignons**



**Eau
et infusions**

REPAS IDÉAL

L'eau est également nécessaire au bon fonctionnement de l'organisme.



+1 laitage



+1 fruit



Crudités



4.4 L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

L'activité physique est importante quel que soit l'âge et elle a un rôle central dans la prise en charge de la NASH permettant de :

- ▷ Préserver la masse musculaire, élément essentiel pour augmenter la dépense énergétique de repos* et éviter la sarcopénie**.
- ▷ Réduire le risque cardiovasculaire
- ▷ Améliorer la stéatohépatite

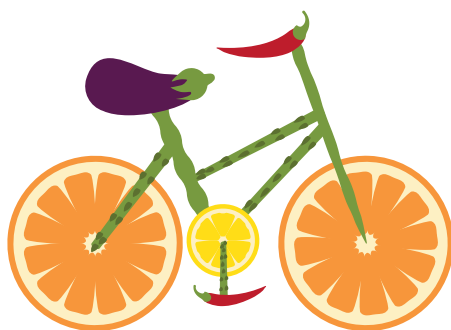
*Dépense énergétique de repos :

Aussi appelée le métabolisme de base, la dépense énergétique de repos est la dépense minimum nécessaire à notre organisme pour faire fonctionner les organes au repos. Elle correspond aux 2/3 de la dépense énergétique pour 24h.

****Sarcopénie :** La sarcopénie se définit comme une baisse progressive et généralisée de la masse musculaire (MM), de la force et de la performance physique.

ACTIVITÉ PHYSIQUE, QUELLE INTENSITÉ ?

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sont : 30 minutes / jour, 5 jours par semaine d'activité modérée ou 25 minutes / jour, 3 jours par semaine d'activité intense et des exercices de renforcement musculaire 2 fois par semaine.



QUELQUES EXEMPLES D'ACTIVITÉS PHYSIQUES CONSIDÉRÉES COMME « D'INTENSITÉ MODÉRÉE »



une marche
de 5
à 6,5km/h



une montée
lente des
escaliers



une course
à pied inférieure
à 8 km/h



du vélo
de loisir
à 15 km/h



la nage
de loisir



la danse,
le jardinage,
etc.

MARCHER

**10 000
PAS PAR JOUR**

c'est ce qui est recommandé pour garder la forme.
Mais même si on marche moins longtemps,
cela a déjà des impacts positifs sur la santé.

RÉDUIRE LE TEMPS PASSÉ À DES ACTIVITÉS SÉDENTAIRES

et les interrompre régulièrement
par de courtes périodes d'activité
physique, comme se lever &
bouger est bénéfique.

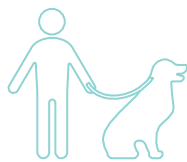
QUEL TYPE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ?

- Le type et l'intensité de l'activité physique doivent être adaptés pour chaque patient en fonction des comorbidités et en fonction des préférences des patients car pour être réalisée sur la durée il faut choisir une activité physique que l'on aime faire.
- Le patient doit être accompagné par le médecin et l'éducateur sportif.
- Il est important d'établir ensemble des objectifs réalistes et atteignables.
- Ne vous focalisez pas sur la balance ! Les effets bénéfiques de l'activité physique sont indépendants de la perte de poids.

VOTRE PROFESSIONNEL DE SANTÉ VOUS AIDE À AUGMENTER VOTRE ACTIVITÉ PHYSIQUE



Vous diminuez vos activités sédentaires, le temps passé assis ou devant des écrans...



Vous augmentez votre activité du quotidien : vous empruntez les escaliers, vous vous déplacez à pied ou à vélo, promenez votre chien...



Vous faites de l'activité physique supervisée ou du sport-santé, parfois prescrit par un médecin, encadré par un éducateur sportif formé



Vous participez à un programme d'activité physique adaptée (APA), prescrit par un médecin, encadré par un professionnel de santé ou un enseignant en APA



Vous pratiquez une activité physique ou sportive régulière & autonome : celle qui vous plaît et que vous pratiquez le plus longtemps possible



**VOUS FIXEZ ENSEMBLE
DES OBJECTIFS RÉALISTES**



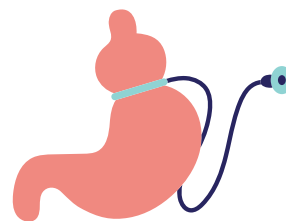
**IL VOUS CONSEILLE
ET VOUS SOUTIENT
DANS VOS EFFORTS**

Si nécessaire, votre médecin fait un bilan de votre condition physique avant que vous ne vous lanciez.

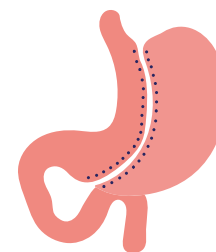
4.5 LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

Afin de traiter durablement l'obésité, les professionnels de santé peuvent vous proposer la chirurgie bariatrique. La chirurgie bariatrique modifie l'anatomie du système digestif et permet de diminuer la quantité des aliments ingérés et/ou l'assimilation des aliments par l'organisme.

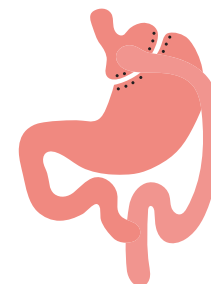
PRINCIPALES INTERVENTIONS DE CHIRURGIE BARIATRIQUE



**ANNEAU GASTRIQUE
AJUSTABLE**



**SLEEVE (GASTROPLASTIE
VERTICALE) (MASON)**



**BY-PASS (BY-PASS
GASTRIQUE) (ROUX EN Y)**

La **chirurgie bariatrique** permet une perte de poids majeure et durable, **une amélioration des pathologies chroniques associées à l'obésité**, une amélioration de l'espérance de vie et de la qualité de vie. Par ailleurs, elle permet de **réduire l'incidence des maladies chroniques associées à l'obésité**.

En améliorant l'obésité et le poids, la chirurgie bariatrique (métabolique) diminue la quantité des graisses dans le foie et réduit très probablement la progression de la NASH (amélioration de la stéatose, inflammation et de la fibrose).

LIMITES :

- **La chirurgie bariatrique est indiquée chez les patients avec IMC (Indice de Masse Corporelle) $\geq 40\text{kg/m}^2$ ou IMC $\geq 35\text{kg/m}^2$ avec comorbidités.**

Cependant, tous les patients atteints de la NASH ne bénéficient pas de la chirurgie bariatrique (exemple : patients avec IMC entre 30–35 kg/m^2).

- Risques plus élevés chez les patients cirrhotiques

4.6 ÉVALUATION DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE

Le dépistage de la maladie Cardiovasculaire (CV) précoce ainsi que le calcul du risque CV sont très importants dans la prise en charge de la NASH en raison de la prévalence élevée de la maladie CV dans la NAFLD.

Le saviez-vous ? La maladie cardiovasculaire est parmi les premières causes de décès chez les patients NAFLD non cirrhotiques.



4.7 TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

Il n'existe pas aujourd'hui de médicaments pour le traitement de la NASH. Néanmoins, il y en a qui sont en développement actuellement c'est-à-dire à l'essai.

Le saviez-vous ? :

D'après l'Agence Nationale de Santé du Médicament et des produits de santé (ANSM), un essai clinique est une recherche biomédicale organisée et pratiquée sur l'Homme en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales.

Lorsque la recherche a pour objectif de tester un nouveau médicament ou de développer un médicament existant (pour une nouvelle indication, une nouvelle voie d'administration...), le terme habituellement employé est celui d'essai thérapeutique. Les essais cliniques portant sur les médicaments ont pour objectif, selon le cas, d'établir ou de vérifier certaines données concernant l'absorption, la distribution, le métabolisme, l'excrétion ainsi que l'efficacité et la tolérance d'un nouveau médicament ou d'une nouvelle façon d'utiliser un traitement connu.

La participation volontaire à un essai clinique est utile à tous : pour soi-même, pour la communauté scientifique et médicale, pour les autres patients, afin de permettre à tous l'accès à des thérapies plus efficaces et mieux tolérées.

Ces études sont souvent effectuées après de multiples tests expérimentaux ayant confirmé leur pertinence et leur sécurité d'emploi. Elles ne peuvent être mises en place sans l'accord des autorités de santé et d'éthique du pays où elles ont lieu.

Certains patients peuvent participer à ces essais cliniques sous certaines conditions; cela leur permet de bénéficier d'un traitement innovant adapté à leur pathologie et d'augmenter leurs chances d'amélioration de la NASH.



5.1 MON ALIMENTATION

DES CHOIX PLUS SAINS POUR LE FOIE

TENEUR EN GLUCIDE	ÉQUIVALENCES	QUANTITÉ
5 à 10%	☐ 3 citrons ☐ ½ livre de fraises, framboises, groseilles ☐ 1 grenade ou 1 coing ☐ 1 melon ☐ ½ pamplemousse ☐ 1 grosse tranche de pastèque ☐ rhubarbe	250 à 300g
10 à 15%	☐ 3 à 4 abricots ou prunes ☐ 1 belle nectarine ou pêche ☐ 2 à 3 clémentines ☐ 1 beau kiwi ☐ ¼ de mangue ou d'ananas ☐ 6 mirabelles ☐ 1 orange ☐ 1 poire ou 1 pomme	150g
15 à 20%	☐ 1 petite banane ☐ 15 cerises ou grains de raisins ☐ 2 figues fraîches ☐ 5 litchis frais	100g
75%	☐ Bananes sèches, pruneaux, dattes, raisins secs, figues sèches, abricots secs	30g
Les fruits oléagineux (dits « GRAS »)	☐ Amandes, cacahuètes (arachide), noix, noisette, noix de cajou, de bésil, pistache, olives, avocats.	A limiter

ÉQUIVALENCES EN PROTÉINES :

100g de viande (blanche ou rouge) = 100g de poisson = 1 douzaine d'huîtres = 100g de saumon fumé = 500g de moules = 100g de chair de crevettes, langouste, homard... = 100g d'abats = 80 g de jambon blanc ou de pays = 80g de charcuterie (pâté saucisson, mortadelle...) = 2 œufs.

Pour couvrir les besoins en protéines, il suffit d'en consommer 100 à 200g par jour.

Choisissez les morceaux maigres de viande (colonne de gauche) et augmentez la fréquence de consommation des volailles (poulet, dinde, pintade, filet de canard...) et des poissons. Pensez aux poissons gras : maquereau, hareng, thon, sardine, saumon, anchois.

BOEUF 		
MORCEAUX MAIGRES < 10% M.G.	MORCEAUX GRAS	MORCEAUX TRÈS GRAS
☐ Rumsteak ☐ Gîte à la noix ☐ Paleron ☐ Tende de Tranche ☐ Gîte ☐ Jarret ☐ Hampe Tranche grasse ☐ Filet ☐ Aiguillette ☐ Faux-filet ☐ Aloyau ☐ Surlonge ☐ Jumeau ☐ Boule de macreuse ☐ Viande des grisons	☐ Collier ☐ Flanchet ☐ Tendron ☐ Bavette à pot au feu ☐ Onglet ☐ Bavette	☐ Basse côte ☐ Entrecôte ☐ Poitrine ☐ Plat de côtes ☐ Côte de bœuf ☐ Langue ☐ Queue de bœuf ☐ Tétine

VEAU 		
MORCEAUX MAIGRES < 10% M.G.	MORCEAUX GRAS	MORCEAUX TRÈS GRAS
☐ Quasi ☐ Longe ou filet ☐ Noix ☐ Escalope ☐ Sous noix ☐ Noix pâtissière ☐ Jarret ☐ Bas de carré ☐ Foie ☐ Rognons	☐ Côtes premières et secondes ☐ Epaule ☐ Tendron ☐ Crosse ☐ Collier ☐ Tête de veau	☐ Poitrine ☐ Flanchet ☐ Langue

MOUTON 		
MORCEAUX MAIGRES < 10% M.G.	MORCEAUX GRAS	MORCEAUX TRÈS GRAS
☐ Gigot dégraissé ☐ Foie	☐ Gigot ☐ Selle ☐ Filet ☐ Côtes secondes ☐ Épaule dégraissée ☐ Cerveau	☐ Carré ☐ Côtes premières ☐ Poitrine ☐ Flanchet ☐ Côtelettes découvertes ☐ Épaule ☐ Collier ou collet ☐ Merguez

(Cette classification dépend de la façon dont les viandes sont parées. Dégraisser les morceaux de viande avant cuisson.)

PORC 		
MORCEAUX MAIGRES < 10% M.G.	MORCEAUX GRAS	MORCEAUX TRÈS GRAS
☐ Filet et filet mignon ☐ Rôti dans le filet ☐ Jambon cru ou cuit dégraissé ☐ Jambonneau ☐ Bacon ☐ Dés de jambon ☐ Rognons ☐ Foie	☐ Longe de porc ☐ Epaule ☐ Palette ☐ Fromage et pâté de tête ☐ Hure ☐ Andouille ☐ Andouillette ☐ Galantine ☐ Ballotine ☐ Coppa ☐ Boudin blanc	☐ Echine ☐ Carré de côtes ☐ Tête ☐ Travers ☐ Lard maigre ☐ Lard gras ☐ Lardons ☐ Poitrine ☐ Plat de côtes et gorge ☐ Grillades ☐ Boudin noir ☐ Saucisses ☐ Saucissons ☐ Pâtés ☐ Rillettes ☐ Chorizo ☐ Mortadelle ☐ Cervelas



LES LÉGUMES



Ils sont riches en eau, fibres, vitamines et sels minéraux et contiennent en moyenne 5% de glucides.

Frais, surgelés ou en conserve, crus ou cuits, ils peuvent être consommés à volonté :

- | | |
|---|---|
| ☐ Asperges | ☐ Carottes |
| ☐ Artichauts | ☐ Épinards |
| ☐ Aubergines | ☐ Endives |
| ☐ Betteraves | ☐ Haricots verts |
| ☐ Bettes | ☐ Haricots beurre |
| ☐ Brocolis | ☐ Fenouil |
| ☐ Céleri rave | ☐ Navets |
| ☐ Céleri en branches | ☐ Oignons |
| ☐ Champignons | ☐ Petits pois extra-fins |
| ☐ Concombre | ☐ Poivrons |
| ☐ Courgettes | ☐ Potiron |
| ☐ Chou | ☐ Radis |
| ☐ Chou rouge | ☐ Salsifis |
| ☐ Chou blanc | ☐ Salades |
| ☐ Chou-fleur | ☐ Soja |
| ☐ Chou de Bruxelles | ☐ Tomates |
| ☐ Cœurs de palmier | |

5.2 MA CONSOMMATION D'ALCOOL

Une consommation excessive d'alcool est définie par une consommation > 20g par jour pour les femmes et > 30g par jour pour les hommes.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Un verre standard est égal à :



Dans l'appréciation de la consommation d'alcool, il est important de prendre en compte non seulement la quantité consommée par jour mais aussi les habitudes de consommation.

Le binge drinking est un terme anglo-saxon, traduit par « alcoolisation ponctuelle importante » (API) et correspond à un état d'ivresse aiguë avec des spécificités propres.

Selon la Haute Autorité de santé (HAS), le binge drinking, peut être défini comme la consommation d'au moins 6 verres d'alcool (soit 60 g d'alcool pur). L'effet recherché est l'ivresse obtenue le plus rapidement possible.

Or, c'est précisément cette vitesse de consommation qui est dangereuse.



Les repères pour une consommation d'alcool à moindre risque prennent en compte la quantité et la fréquence de consommation d'alcool :

- Ne pas consommer plus de 10 verres standard par semaine
- Ne pas consommer plus de 2 verres standard par jour
- Avoir des jours dans la semaine sans consommation d'alcool.

Il existe des questionnaires spécifiques permettant d'évaluer d'une manière simple le mésusage d'alcool. Parmi ces questionnaires, le plus utilisé est le questionnaire AUDIT ou la version simplifiée AUDIT-C. L'AUDIT-C permet d'identifier le mésusage d'alcool mais ne permet pas de prendre en compte les aspects motivationnels et de

résistance au changement. Un score supérieur ou égal à 7 chez l'homme et un score à 6 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool.

Un score supérieur à 12 chez l'homme et chez la femme indique une dépendance à l'alcool.

LE SAVIEZ VOUS ?

Alcool = calories

1 unité d'alcool équivaut à 10g d'alcool. Vous pouvez vérifier combien d'unités d'alcool vous buvez par semaine (et combien de calories cela représente) en utilisant le calculateur en ligne sur :

www.drinkaware.co.uk/tools/unit-and-calorie-calculator

- Données de drinkaware.co.uk





6.1 MES MÉDECINS ET RÉFÉRENTS

6.1.1 Équipe médicale

QUI SONT LES MÉDECINS QUI PRENNENT EN CHARGE LA NASH ?

MÉDECIN TRAITANT

assure le recours aux soins de base, coordonne le suivi médical et établit un protocole pour une affection de longue durée.

NUTRITIONNISTE

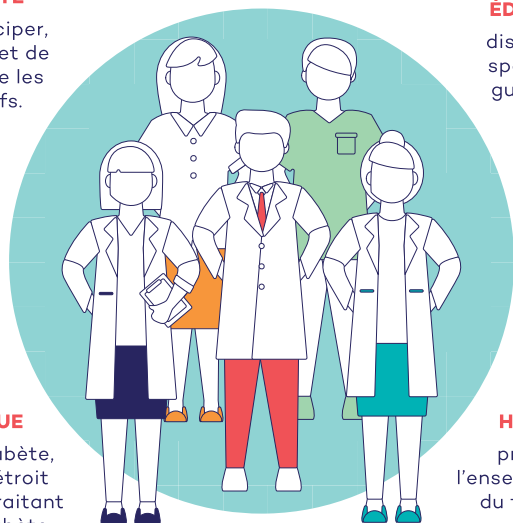
est chargé d'anticiper, de diagnostiquer et de prendre en charge les troubles nutritifs.

INFIRMIER(ÈRE) EN PRATIQUE AVANCÉE (IPA)

assure le suivi et améliore la qualité du parcours de soins des patients.

DIABÉTOLOGUE

spécialiste du diabète, il exerce en lien étroit avec le médecin traitant sur le suivi du diabète.



DIÉTÉTICIENNE

participe à l'éducation et à la rééducation nutritionnelle de patients atteints de troubles du métabolisme.

ÉDUCATEUR SPORTIF

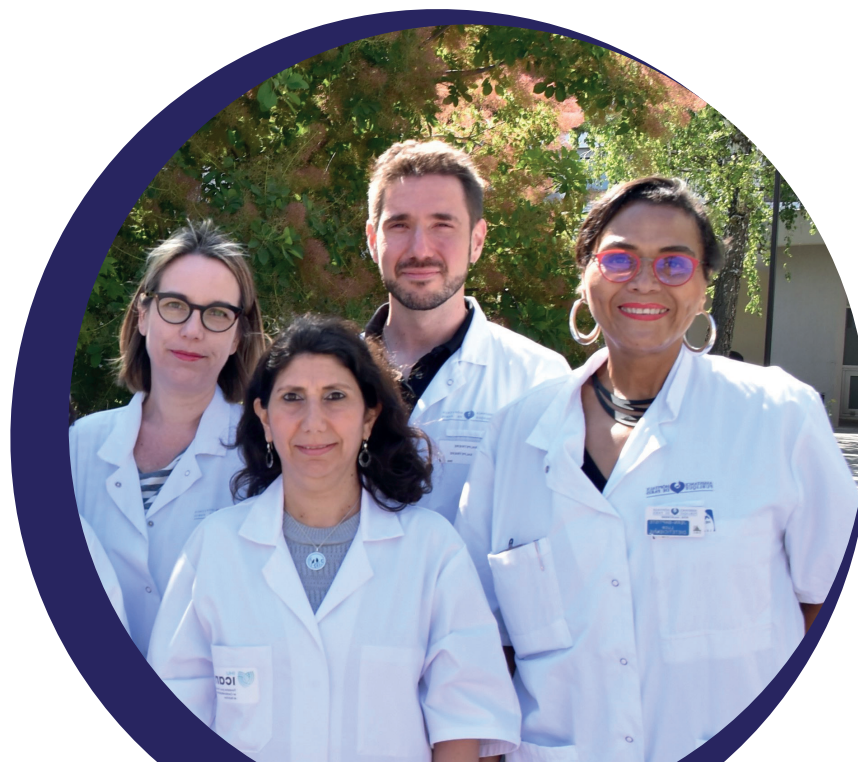
dispense des exercices sportifs pour aider à la guérison des patients.

CARDIOLOGUE

médecin spécialisé dans les maladies du cœur ou cardiovasculaires.

HÉPATOLOGUE

prend en charge l'ensemble des maladies du foie et des voies biliaires.



6.1.2 Mes contacts

Mon médecin traitant :

 Téléphone :

Mon hépatologue de ville :

 Téléphone :

Mon service d'hépatologie à l'hôpital :

 Téléphone :

Mon cardiologue à l'hôpital :

 Téléphone :

Mon cardiologue de ville :

 Téléphone :

Mon assistante sociale :

 Téléphone :

Mon diététicien nutritionniste :

 Téléphone :

Ma pharmacie :

 Téléphone :

Mon infirmier(ère) en pratique avancée / mon infirmier(ère) référent(e) :

 Téléphone :

**Pensez à prévenir les équipes de professionnels
en cas de déménagement ou de changement
de coordonnées.**

6.2 MES RENDEZ-VOUS

AUTRES											
HOSPITALISATION											
DIÉTÉTICIENNE											
INFIRMIÈRE											
HÉPATOLOGUE											
MÉDECIN TRAITANT											
	Nom :	Téléphone :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :

6.3 MON POIDS

SEMAINE DU (JOUR/MOIS)	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3	JOUR 4



6.4 EN CAS D'URGENCE

Si vous pouvez vous déplacer : adressez-vous au service d'urgence de l'hôpital le plus proche de chez vous.

Si vous ne pouvez pas vous déplacer pour vous rendre au service d'urgence le plus proche : **appelez le SAMU (15).**

NUMÉROS UTILES



SAMU : 15



POMPIERS : 18



APPEL D'URGENCE EUROPEEN : 112

EN SAVOIR PLUS

- IHU ICAN - <https://ihuican.org/clinique-nash/>
- Ensemble contre la NASH - <https://associations-info.fr/W691092521/ensemble-contre-la-nash.html>
- AFEF - <https://afef.asso.fr/afef/clubs-et-groupes-de-reflexion/>
- SOS Hépatites - <https://soshepatites.org/plateforme/nash/suivi-analyses/>

6.5 LES RÈGLES D'OR POUR BIEN SE PRENDRE EN CHARGE

- ✓ Avoir un suivi régulier avec les professionnels de santé
- ✓ Connaître sa pathologie et le stade de fibrose. Ne pas hésiter à poser des questions aux différents professionnels de santé
- ✓ Contrôler son alimentation : limiter les aliments trop sucrés, trop gras, trop salés
- ✓ S'aider d'une diététicienne/nutritionniste si nécessaire
- ✓ Se peser régulièrement et alerter son médecin en cas de prise/perte de poids rapide
- ✓ Pratiquer une activité physique régulière selon ses possibilités/capacités : légère à modérée chaque jour (ex : marche) à plus intensive une fois par semaine
- ✓ Connaître et bien contrôler avec son médecin les comorbidités associées à la NASH/NAFLD : Hypertension artérielle, Diabète de Type 2, Dyslipidémie.

LA RECHERCHE



Pour mieux comprendre la NASH et y apporter des solutions durables, l'IHU ICAN a monté une cohorte de patients nommée FRAMES / LITMUS dont les objectifs sont les suivants :

- Identifier et mieux connaître les facteurs responsables de la progression de la maladie pour comprendre pourquoi certains malades développent des lésions hépatiques plus sévères et progressent plus vite que d'autres, à travers des investigations cliniques, biologiques, histologiques et génétiques. Cela permettra d'identifier de meilleures stratégies de surveillance et d'éventuelles nouvelles pistes thérapeutiques
- Savoir si la maladie du foie aggrave les maladies métaboliques (diabète, hypertension, dyslipidémie, etc.)
- Identifier des nouveaux tests diagnostics (biomarqueurs) qui pourraient renseigner sur les patients présentant une forme avancée de la maladie ou susceptible d'évoluer. A terme, ces biomarqueurs pourraient dans certains cas remplacer la biopsie hépatique qui est une méthode invasive.





