

E-ENDIRECT DE L'APNP

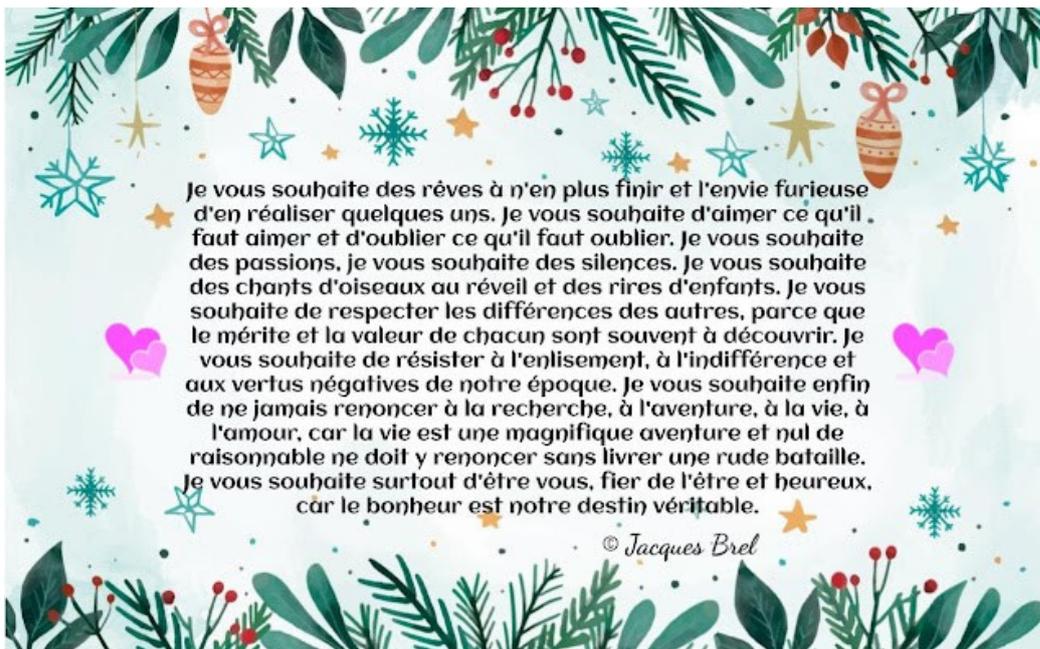
Association des Personnels de Néphrologie Pédiatrique



EDITO

SOMMAIRE

- EDITO
- Compte rendu de l'Assemblée Générale
- Le syndrome polyuro-polydipsique
- partenariat néphro crèche hospitaliere
- Le tuto de Prescillia
- La recette d'Alizé



Quoi de mieux que de commencer la nouvelle année en poésie ?

Toute l'équipe de L'APNP vous souhaite une très bonne année 2022.

La nouvelle année annonce aussi le développement de notre nouveau site. Nous mettons tout en œuvre pour que ce site vous donne l'envie de vous y connecter alors n'hésitez pas à nous faire des propositions pour nous aider à l'enrichir.

Nous en profitons pour remercier chaleureusement l'équipe de Bordeaux pour l'organisation des dernières Journées Nationales appréciées des participants. Vous trouverez dans ce bulletin le retour des enquêtes de satisfaction des JN et du séminaire ainsi que le Procès-Verbal de l'AG.

C'est avec un immense plaisir que nous vous retrouverons en 2022 à Paris où l'équipe de Robert Debré nous promet des moments fabuleux...

A vos agendas :

- 14 et 15 Mars 2022 : Séminaire de Necker

- 2 au 4 juin 2022 **SNP** à Annecy

- 14 au 16 Octobre 2022 : Séminaire et Journée APNP à Paris Robert Debré



Compte-rendu de l'Assemblée Générale

Les membres de l'association APNP se sont réunis en assemblée générale le 10 octobre 2021 dans l'enceinte la faculté de la Victoire de Bordeaux lors des Journées Nationales de l'APNP. Cette assemblée générale était inscrite dans le programme de ces Journées Nationales communiqué à tous les adhérents. L'ouverture de la séance est à 10h.

Étaient présents 81 adhérents, dont l'ensemble des membres du conseil d'administration (CA). L'assemblée est présidée par Nathalie Gadier en qualité de présidente, Alexandra Musialowski intervient en tant que trésorière, Florence Lucats intervient en tant que secrétaire, Jordan Lamouroux intervient en tant que membre du CA.

La présidente rappelle l'ordre du jour.

Remerciements

La présidente remercie l'équipe de Bordeaux pour son accueil et l'organisation de ses journées Nationales.

Approbation compte rendu de l'assemblée générale exceptionnelle du 30 novembre 2020: intervenante Nathalie Gadier Présidente.

A notre demande, l'assemblée n'a exprimé aucune opposition concernant le compte rendu de l'AG 2020. Il est donc approuvé à l'unanimité.

Rapport moral : intervenante Nathalie Gadier Présidente.

Le nombre d'adhérents à ce jour est porté à 132 en augmentation par rapport aux années précédentes et 22 centres représentés dans l'association. 25 centres représentés lors des JN. La répartition professionnelle est la suivante : 69 IDE-puéricultrices, 22 médecins, 17 auxiliaires de puériculture, 6 diététiciennes, 8 cadres de santé, 7 psychologues, 2 enseignantes éducatrice.

Rapport financier de l'année 2020 : intervenante Alexandra Musialowski

Le prix de l'adhésion 20€ est maintenu.

Le montant des recettes correspondant aux 115 adhésions (1680 €), aux intérêts du livret (19.93 €), s'élève à 1 699,93 €

Celui des dépenses, assurance 91,72 €, frais de banque 51€, réunion du conseil d'administration-transport : 343,65 €, s'élève à 571,12 €.

Soit un bilan de l'exercice 2020 positif : + 1 128,81€.

Ce rapport ne fait l'objet d'aucune remarque de la part de l'assemblée.

Concernant le séminaire, proposition d'un nouveau tarif compte-tenu des dépenses engendrées par la location des salles et du nombre croissant de participants :

Adhérents : 20€ et non adhérents : 50€.

A notre demande, l'assemblée n'a exprimé aucune opposition concernant le nouveau tarif proposé pour le séminaire. Il est donc approuvé à l'unanimité.

La décision de fermeture de 2 anciens comptes et livrets bancaires appartenant à l'association 1/Compte-courant et Livret bleu de Tours (transfert vers le compte de Saint-Maurice) 2/ Ceux d'Angers (fermeture du compte-courant « Association des Personnels de Néphrologie Pédiatrique » n°00020012902 d'un solde de 0.62 euros et du livret bleu « Association des Personnels de Néphrologie pédiatrique » n°00020012903 d'un solde nul). Les membres du CA donnent pouvoir à Mme Bouvier, l'ancienne trésorière d'Angers, de clôturer ces comptes.

A notre demande, l'assemblée n'a exprimé aucune opposition concernant la fermeture de ces 2 comptes. Elle est donc approuvée à l'unanimité.

Rapport d'activité 2020: intervenante Florence Lucats, secrétaire, Nathalie Gadier et Jordan Lamouroux

-Les coordonnées du site de l'APNP sont rappelées à l'assemblée. Nouveau site internet accessible à l'adresse suivante : <http://www.apnp-association.com>

-Ne pas hésiter à contacter l'association par mail : mail.apnp@gmail.com

Différentes actions :

-Création et publication du nouveau site par Jordan Lamouroux, membre de CA
-Poursuite des e-EnDirect qui permettent la diffusion d'informations et de partager sur les pratiques des centres, possibilité de nous faire parvenir des articles via le mail de l'APNP.

-Poursuite des e-EnDirect des centres : après Lille, appel à candidature. L'équipe de Nancy se porte candidate.

-L'APNP assure un soutien aux équipes qui organisent les Journées Nationales (JN).

-L'APNP assure l'organisation du séminaire du vendredi après-midi qui permet d'aborder de façon plus approfondie un thème.

Cette année le séminaire « Les CAKUTS, rien que la vérité » a réuni 82 participants.

-L'attribution du Prix du Jury APNP lors des JN est maintenue.

-L'annuaire des centres est indispensable pour la vie de l'association car il permet :

o La diffusion de l'information

o D'identifier chaque correspondant local afin de faciliter la communication inter centre et la diffusion des informations à l'équipe, répondre à des questionnaires, enquête éventuelle... .

oDe Recenser les modalités d'accueil des vacanciers

La fiche du centre est à mettre à jour chaque année s'il y a des changements, cela évite la perte d'information. Elle sera envoyée aux correspondants locaux pour modifications ou validation par mail chaque année.

Toutefois il est demandé de ne fournir que des adresses professionnelles, car l'accès au nouveau site se fait sans code d'accès.

Répartition des centres

La répartition des centres et leur référent du conseil d'administration sont présentés et seront réactualisés en fonction des nouveaux membres élus lors de cette assemblée générale.

Le séminaire : Cette année : 7e séminaire sur le thème des CAKUTS

Rappel des thèmes des années précédentes :

-Diététique (Bordeaux-2014)

-Dialyse Péritonéale (Trousseau-2015)

-Fistule Artério-Veineuse (Reims-2016)

-Prise en charge du Tout-Petit IR (Nice-2017)

-Le syndrome néphrotique (Limoges-2018)

-L'adolescent (Nantes-2019)

Le thème suggéré pour l'année prochaine : le SHU . L'assemblée ne fait pas d'autres suggestions, le bureau prendra également en compte les propositions émises dans les questionnaires de satisfaction.

Le site internet : Présentation aux membres participants à l'assemblée du nouveau site internet : accès et différentes fonctionnalités.

Certaines pages n'ont pas encore de contenu mais seront ouvertes à fur et à mesure de l'avancée du site.

Renouvellement des membres du conseil d'administration :

Nathalie Gadier présidente cite le bureau actuel et annonce qu'aucun membre ne quitte le bureau. Il est proposé à l'assemblée une place restant disponible au sein du bureau
Theresa Know, médecin, se propose spontanément.

Le nouveau bureau est approuvé à l'unanimité par l'assemblée, après vote à main levée (aucune opposition à cette entrée dans le conseil d'administration, ni abstention).

Il est donc composé de 9 membres :

Sylvie Bourru, Nathalie Gadier, Clemmie Flahauw, Annie Lahoche, Jordan Lamouroux, Florence Lucats, Alexandra Musialowski, Cyrielle Parmentier et Theresa Know

Organisation des prochaines Journées Nationales : Intervenante Nathalie Gadier, Présidente

- Récapitulatif des centres ayant organisé les JN depuis la création de l'APNP
- Information des prochaines JN : 2022 à Paris Robert Debré
- Prochaines JN : 2023 : Lyon
2024 : Rouen
2025 : Genève
2026 : Montpellier
2027 : Paris TRS ?
2028 : Strasbourg?
2029 : Lille ?
2030 : Nancy ?
2031 : Bruxelles ?

La présidente annonce que les prochaines Journées Nationales seront organisées par l'équipe de Robert Debré les 14 et 15 octobre 2022.

Questions diverses : La présidente interpelle l'assemblée sur d'éventuelles questions.

Il n'y a pas de question par l'assemblée.

La présidente annonce la publication de photos des participants sur le nouveau site et demande que ceux qui acceptent restent sur place dans l'amphi afin de procéder à la prise de photos. Les personnes restant sur place acceptent donc le droit à la diffusion de leur image (uniquement sur le site de l'APNP) et renoncent à toute poursuite. La prise de photos est effectuée.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 11h00.

Composition du nouveau bureau

Les membres du conseil d'administration se sont réunis à l'issue de l'assemblée générale et après délibération, ils ont désigné les nouvelles fonctions des membres du bureau :

Nathalie Gadier : Présidente
Annie Lahoche : Vice- Présidente
Alexandra Musialowski : Trésorière
Florence Lucats : Secrétaire

Membres actifs : Sylvie Bourru, Clemmie Flahauw, Jordan Lamouroux, Cyrielle Parmentier et Theresa Know

Répartition des centres 2021-2022:

Nathalie GADIER : La Réunion St-Denis, Nancy, Paris TRS, Roscoff
Annie LAHOCHÉ : Amiens, Caen, Dijon, Grenoble, Reims (+/- La réunion St-Pierre)
Florence LUCATS : Angers, Bordeaux, Montréal, Nantes
Alexandra MUSIALOVSKI : Besançon, Paris RDB, Paris NCK, St-Etienne
Sylvie BOURU : Limoges, Poitiers, Rennes, Tours
Cyrielle PARMENTIER : Brest, Genève, Lausanne, Paris Rist
Jordan LAMOUREUX : Marseille, Nice, Strasbourg, Toulouse
Clemmie FLAHAUW : Bruxelles, Liège, Lille, Rouen
Theresa KWON : Abidjan, Lyon, Montpellier (+/- Clermont-Ferrand)



Retour Journées APNP Bordeaux 2021

66 questionnaires de satisfaction ont été récupérés.

Le retour des participants, sur le séminaire APNP du vendredi et sur les journées, est très positif tant sur l'originalité et la qualité du programme que dans la qualité des intervenants. Les interventions de Mr Elbarhi, conférencier et ancien cadre au sein de GIPN et DU RAID ainsi que le dessinateur Mr Testut ont été très appréciées.



Le programme social a également d'excellents retours : ambiance, accueil, lieux...

Voici quelques thèmes que les participants souhaiteraient voir aborder aux prochaines journées :

Difficultés à greffer... Pourquoi ?

La 1ere dialyse : préparation, accueil, PEC de l'enfant et de sa famille

Les vacances en famille des dialysés

La greffe, quand le patient ne la souhaite pas...

Comment rendre le jeune patient acteur de sa PEC ? Autonomisation dans la maladie chronique

La place de l'AP en hémodialyse

La difficulté des parents à garder une vie professionnelle/sociale/de couple...

Hypnose, hypo analgésie, sophrologie : des alternatives à la PEC du patient

Oralités, troubles alimentaires, gastrostomie, IRT dialyse et repas

PEC patients étrangers ou d'autres régions pour la greffe, suivi, 2eme avis ...

La sexualité, comment l'aborder ?

ETP des parents dans la PEC de la DP

Jeux, sports et animations

L'impact psychologique des enfants en HD

Belatacept, intérêt ?

Voici quelques thèmes que les participants souhaiteraient voir aborder aux prochains séminaires :

Le lupus, la douleur, APA sport et greffe, SHU, IPA, la distance patient/ soignant dans la PEC de la maladie chronique, les maladies génétiques rares.



Le syndrome Polyuro polydipsie chez l'enfant

Physiopathologie de l'homéostasie hydrique

Dr Cyrielle Parmentier

L'organisme doit réguler de manière très précise sa balance hydrique pour assurer son métabolisme. Il dispose pour cela d'un système de détection des variations d'osmolarité plasmatiques : les osmorécepteurs et de deux systèmes régulateurs : la sensation de soif et l'action de l'hormone antidiurétique : l'arginine vasopressine (AVP).

Les osmorécepteurs sont des neurones situés dans l'hypothalamus. Ils comportent des canaux calciques dont l'ouverture est dépendante de l'étirement de la cellule. Ainsi, ils sont capables de transduire un signal mécanique (variation de volume cellulaire) en un signal électrique (dépolarisation membranaire). C'est ce signal électrique qui va in fine réguler la libération d'ADH, stockée au niveau de la post-hypophyse dans des granules neuro sécrétoires, dans la circulation systémique.

Une augmentation de l'osmolarité plasmatique va déclencher la sensation de soif et une sécrétion d'ADH, la diminution de l'osmolarité déclenchant les phénomènes inverses.

Chez les sujets sains, l'osmolarité plasmatique normale se situe entre 280 et 295 mOsm/kg d'eau.

Une fois libéré dans la circulation générale, l'ADH va se lier à son récepteur V2 (Figure 1) principalement exprimé au niveau du pôle basolatéral des cellules épithéliales du tube collecteur rénal. Cette liaison augmente l'expression et l'insertion au niveau de la membrane apicale de canaux à eau : les aquaporines 2 (figure 1).

Définitions :

- Syndrome polyuro-polydipsique (SPUPD)

Comme son nom l'indique, le SPUPD associe une polyurie à une polydipsie. L'exploration d'un SPUPD commence par la confirmation du caractère abondant de la diurèse ; définie par une diurèse supérieure à 2 litres/m²/jour soit 150 ml/kg/jour chez le nouveau-né, 100 à 110 ml/kg/jour chez enfant de moins de 2 ans et 40 à 50 ml/kg/jour chez l'enfant de plus de 2 ans.

Le terme de SPUPD ne renseigne pas sur son origine physiopathologique. De manière schématique, deux types de polyurie peuvent conduire à une polydipsie adaptée :

- La polyurie osmotique : Dans ce cas, les urines sont hypertoniques en raison de la présence d'une substance osmotiquement active.

- La polyurie hydrique : Cette fois-ci les urines sont diluées et l'osmolarité urinaire est inférieure à 300 mOsm /Kg d'eau. Se pose alors un problème diagnostique : le diabète insipide central (DIC), le diabète insipide néphrogénique (DIN) ou la potomanie peuvent en être la cause.

- La potomanie ou polydipsie primaire :

Il s'agit d'un apport liquidien excessif sans pathologie décelable dans la région hypothalamo-hypophysaire, responsable d'une polyurie. Cette polydipsie est secondaire à un trouble du comportement chez le petit enfant ou d'une mauvaise habitude prise par l'enfant ou ses parents (utilisation d'un biberon d'eau comme doudou par exemple).

-Le diabète insipide (DI) :

Il définit par une incapacité à retenir l'eau libre et donc à concentrer ses urines, même en cas de déshydratation intra-cellulaire (hypernatrémie).

Il peut être dû à une libération insuffisante d'hormone antidiurétique (ADH), par l'hypothalamus. Dans ce cas, il est d'origine central : DI central (DIC). La cause du déficit en ADH peut être génétique (mutation du gène de l'ADH) ou acquise (idiopathique, auto-immun, secondaire à des lésions hypothalamo-hypophysaire, traumatique, postopératoire, tumorale, ischémique, granulomateuse, infectieuse).

Le DIC peut être isolé ou associé à une insuffisance antéhypophysaire.

Il peut être également en lien avec une résistance du rein à l'ADH. Dans ce cas, il est d'origine périphérique : DI néphrogénique (DIN). On distingue, là aussi, les causes héréditaires (mutations dans le gène AVPR2 codant pour le récepteur V2 de l'ADH) des causes acquises (troubles ioniques comme l'hypercalcémie et l'hypokaliémie et des causes toxiques).

Conduite à tenir devant un SPUPD :

L'objectif de cette prise en charge est encore une fois d'éliminer les causes de polydipsie secondaire.

-Interrogatoire :

L'interrogatoire permet tout d'abord d'éliminer une pollakiurie, qui correspond à une augmentation de la fréquence des mictions avec un volume urinaire normal.

Certains antécédents médicaux peuvent orienter le diagnostic étiologique : antécédents de chirurgie ou traumatisme crânien. Certaines causes iatrogènes à la polyurie doivent aussi être recherchées.

-Examen clinique :

L'examen clinique est souvent pauvre si l'enfant n'a pas un accès restreint à l'eau. Cependant, le médecin doit rechercher des signes de déshydratation intra-cellulaire (troubles neurologiques, soif intense, sécheresse des muqueuses) ou extra-cellulaire (pli cutané, hypotension orthostatique, tachycardie) ; insister sur l'examen neurologique à la recherche de signe faisant évoquer un DIC secondaire comme l'altération du champ visuel ou des céphalées et évaluer la croissance staturo-pondérale.

-Explorations paracliniques :

Le diabète sucré est la cause la plus connue est la plus fréquente de SPUPD. Il doit bien entendu être éliminé en urgence. Par ailleurs plusieurs désordres hydro-électrolytiques sont responsables de polydipsie, en particulier l'hypercalcémie ou dans une moindre mesure l'hypokaliémie.

En cas de ralentissement de la vitesse de croissance staturale, un bilan antéhypophysaire doit être ajouté (TSH, T4I, IGF1, ± Prolactine) voire une IRM hypophysaire en cas de forte suspicion de DIC.

Par ailleurs, si le contexte est évocateur, une échographie rénale peut également être prescrite à la recherche d'altération du parenchyme rénale.

- Test de restriction hydrique :

Le test dit « de restriction hydrique » est performant pour différencier la polydipsie primaire du diabète insipide. Le principe est d'interrompre totalement la consommation d'eau et de suivre l'évolution de l'osmolalité plasmatique et de l'osmolalité urinaire. En cas de polydipsie primaire, le système permettant de concentrer les urines fonctionnent, le rein va s'adapter à cette restriction et il n'y aura aucune conséquence pour le patient. En cas de polydipsie secondaire par contre, malgré la restriction hydrique, la polyurie va se poursuivre conduisant à la déshydratation.

Un test de restriction hydrique dure habituellement 4 à 6 heures (tableau 1) mais peut être interrompu dès que l'osmolalité urinaire est > 800 mOsm/L.

Le début du test doit se faire à un moment d'équilibre hydro-électrolytique correct, de préférence le matin au réveil.

Le test de restriction doit donc obligatoirement être réalisé en hospitalisation, sous surveillance clinique rapprochée. Une perte de poids $> 5\%$ du poids d'entrée, une hypotension artérielle, une hypernatrémie > 150 mmol/l doivent conduire à arrêter le test pour réhydrater le patient.

Une concentration urinaire au-delà de 750-800 mOsm/L est en faveur d'un mécanisme de concentration urinaire intact, et donc d'une polydipsie primaire. L'interprétation du test est parfois difficile en cas de diabète insipide partiel ou de polydipsie primaire chronique. Le dosage de la copeptine peut aider dans certaines situations à l'état basal et après test de restriction hydrique.

Au contraire, une perte de poids significative ou une hyperosmolalité plasmatique au-dessus de 300 mOsm/L avec une osmolarité urinaire < 600 mOsm/L évoquent un diabète insipide central ou nephrogénique (tableau 2). Le test à la vasopressine (desmopressine, DDAVP) est ensuite réalisé pour distinguer un DIC d'un DIN.

Deux heures après l'injection de desmopressine (Minirin), une osmolarité urinaire > 600-800 mOsm/L orientera vers un DIC, alors qu'une osmolarité urinaire < 600 mOsm/L orientera vers un DIN (tableau 2).

Conclusion :

Le diagnostic de polydipsie primaire ou potomanie n'est pas exceptionnel chez l'enfant et sera évoqué devant tout syndrome polyuro-polydipsique. Il peut être en lien avec de mauvaises habitudes d'hydratation sans trouble psychogène sous-jacent. Cependant, ce diagnostic reste un diagnostic d'élimination et un test de restriction hydrique en milieu hospitalier doit être systématiquement réalisé afin d'éliminer un diabète insipide central ou néphrogénique.

Points clefs à retenir :

- La polyurie est définie par une diurèse supérieure à 2 litres/m²/jour soit environ soit 100 à 110 ml/kg/jour chez enfant de moins de 2 ans et 40 à 50 ml/kg/jour chez l'enfant de plus de 2 ans.
- La polydipsie primaire, peut être objectivée chez l'enfant avec de mauvaises habitudes hygiéno-diététiques, sans trouble psychogène associé.
- La potomanie ou polydipsie primaire doit être évoquée devant tout syndrome polyuro-polydipsique de l'enfant mais reste un diagnostic d'élimination
- La démarche diagnostique devant un SPUPD passe par un test de restriction hydrique en milieu hospitalier.
- Le test de restriction hydrique et le test à la desmopressine permettent de faire le diagnostic entre diabète insipide central, néphrogénique et la polydipsie primaire

Résumé :

Une polyurie se définit par une diurèse supérieure à 2 litres/m²/jour soit environ soit 100 à 110 ml/kg/jour chez enfant de moins de 2 ans et 40 à 50 ml/kg/jour chez l'enfant de plus de 2 ans. L'objectif de l'approche diagnostique est de différencier une polydipsie secondaire, adaptée à la polyurie dont les causes et le retentissement sont potentiellement graves pour l'enfant ; d'une polydipsie primaire ou potomanie, responsable de la polyurie.

Le diabète sucré est la cause la plus connue est la plus fréquente de syndrome polyuro-polydipsiques (SPUPD) et doit être éliminé en urgence. Le test dit « de restriction hydrique » est performant pour différencier la polydipsie primaire du diabète insipide. Une concentration urinaire au-delà de 750-800 mOsm/L en fin de test est en faveur d'un mécanisme de concentration urinaire intact, et donc d'une polydipsie primaire.

Partenariat Néphropédiatrie - Crèche hospitalière

Chaque trimestre, les crèches du CHU de Lille éditent « mon z'ournal à moi » à 300 exemplaires. Ce petit journal est distribué à l'ensemble des parents qui confie leur enfant dans les différentes structures d'accueil du CHU de Lille, crèche collective et familiale, jardin d'enfants. Ainsi, la coordinatrice des crèches utilise ce moyen de communication pour faire de la prévention grand public sur un sujet sensible pédiatrique. Validée par le médecin responsable de l'unité d'hémodialyse pédiatrique ; l'article sera diffusé pour la deuxième fois courant janvier 2022.

Le flyer « prévention SHU » : une étudiante puéricultrice en stage à la crèche hospitalière « la farandole » a créé un flyer à destination des familles.

Sensibilisée par les SHU, il nous a semblé important de profiter de la période estivale pour rappeler quelques règles de prévention.

En collaboration avec le service d'hémodialyse pédiatrique, le flyer a été réalisé et distribué à l'ensemble des familles dont les enfants sont en crèche du CHU.

Profitant du réseau de directrice de crèche hospitalière de France, le flyer a eu un rayonnement national. Voici le flyer :

Connaissez-vous le Syndrome Hémolytique et Urémique ?

Le SHU est une maladie rare en France, mais grave chez l'enfant puisqu'elle est la principale cause d'insuffisance rénale aigüe chez les enfants de 1 mois à 3 ans.

Elle est le plus souvent causée par une bactérie appartenant à la famille des Escherichia coli.

La maladie se manifeste d'abord par une diarrhée souvent avec du sang, des douleurs abdominales et parfois des vomissements. Quelques jours plus tard, l'enfant présente alors des signes de grande fatigue, de pâleur, une diminution du volume des urines.

Comment l'enfant se contamine -t-il ?

Les bactéries responsables du SHU sont présentes dans les intestins de nombreux animaux (vaches, veaux, chèvres, moutons...) et sont éliminées par les selles qui peuvent contaminer l'environnement.

Elles supportent bien le froid (survie de plusieurs jours dans le réfrigérateur) mais sont détruites par la cuisson.

Outre une contamination par les mains souillées des personnes malades, il existe une contamination facile et fréquente par des aliments contaminés consommés crus ou peu cuits comme la viande hachée de bœuf.

Le Docteur Annie LAHOUCHE, néphropédiatre, responsable du service de néphrologie pédiatrique à l'hôpital Jeanne de Flandre, pousse un cri d'alarme.



**Pas de steak haché
avant l'âge de 3 ans !!!**

PREVENIR = EVITER UNE CONTAMINATION

La viande :

La cuisson de la viande est très importante pour protéger l'organisme. Les viandes crues ou peu cuites peuvent contenir la bactérie Escherichia Coli.

Chez l'enfant cette bactérie peut toucher le système rénal principalement et être responsable d'un syndrome hémolytique et urémique.

les viandes types volaille ou agneau ou mouton doivent impérativement être bien cuites

lors de barbecues, une viande cuite à l'extérieur ne l'est pas forcément à l'intérieur.



La consommation de viande crue n'est pas recommandée chez un enfant de moins de 5 ans (tartare, carpaccio, viande saignante...)

Les animaux :

Lors d'une visite à la ferme les enfants ont été exposés à une variété d'animaux porteur de la bactérie capnocytophaga canimorsus.

la bactérie Escherichia coli responsable du SHU peut se rencontrer également après contact avec les animaux

Afin d'éviter cela il est impératif de laver les mains des enfants après un contact avec l'animal



Le tuto de Prescillia

EJE - CHU Lille

Etre hospitalisé n'est pas facile à vivre pour l'enfant, cela est d'autant plus vrai au mois de décembre avec les fêtes de fin d'année qui approchent.

C'est pourquoi en tant qu'éducatrice de jeunes enfants, j'ai eu l'idée de créer un calendrier de l'avent spécial pour le service.

Pour cela, rien de plus simple, une boîte en carton, comme une boîte de chaussures ainsi que 24 gobelets en plastiques.

Ce sont les enfants eux-mêmes qui créent leur calendrier de l'avent en décorant la boîte principale ainsi que les gobelets.

Les enfants en hémodialyse ayant un bras immobilisé par la dialyse pourront utiliser de la peinture, des feutres ou encore des gommettes afin de décorer chaque élément.

Une fois les divers éléments décorés et secs, il ne reste plus qu'à monter notre calendrier de l'avent et surtout ne pas oublier de le garnir de petits cadeaux ou de douceurs en chocolat.



Ainsi les enfants pourront à tour de rôle découvrir l'une des surprises cachées dans ce calendrier de l'avent unique.

Les enfants prendront plaisir en participant à l'activité de décoration mais surtout ils seront contents de venir à l'hôpital pour avoir leur petite surprise. Une activité simple qui permet aux enfants de patienter jusqu'à la venue du Père Noël.



La recette pour des Butterbredele Alsaciens

proposé par Alizé



liste des ingrédients (pour 30 pièces environ)

- 250g de farine
- 125 g de beurre doux
- 125 g de sucre
- 2 œufs
- Extrait de vanille, quelques gouttes
- 10 cL de lait demi-écrémé

Préparation :

- Creuser une fontaine dans la farine tamisée et y verser le sucre, 1 œuf et l'extrait de vanille.
 - Sabler le mélange avant d'ajouter le beurre coupé en petits morceaux et pétrir rapidement pour obtenir une pâte homogène.
 - Mélanger les ingrédients et laisser reposer la pâte au frais au moins 1h.
 - Fariner le plan de travail et abaisser la pâte sur 3-4 mm d'épaisseur.
 - Utiliser des emporte-pièces pour former les biscuits. Les déposer sur une plaque recouverte de papier cuisson, puis dorer à l'œuf délayé dans le lait.
- **Cuisson** : 180 °C, 5-6 minutes environ.

PS : un grand merci à Samantha Brissaud, diététicienne à Strasbourg, qui m'a partagé cette recette

Astuce : vous pouvez utiliser un mélange d'épices à « pain d'épice » maison, pour varier les saveurs des biscuits.

- 20 g de cannelle (de préférence en bâton ; ou en poudre)
- 2 étoiles de badiane (anis étoilé)
- 2 clous de girofle
- 6 g de gingembre en poudre
- 10 graines de coriandre
- 3 capsules de cardamome
- Le zeste d'une orange bio

Dans le bol d'un mixeur, versez tous les ingrédients, inclut le zeste d'orange. Puis, mixez jusqu'à obtenir une poudre d'épices à pain d'épices fine (assurez-vous que les zestes soient bien sec avant de faire le mélange). Versez dans un contenant en verre bien fermé. Le mélange peut se conserver plusieurs mois dans un contenant hermétique.

Il ne reste plus qu'à les déguster... avec modération bien sûr! !