Atelier forum diabète

08.05.2014

Aigle

Du risque au diagnostic, quelle suite donner?

- M. G, 18 ans sans histoire particulière concernant sa santé.
- Il est vu par son médecin traitant pour un problème d'acnée. Lors de cette consultation, il profite pour lui dire qu'il boit plus de 3 litres d'eau/j, urine plus que d'habitude et il a beaucoup de fringales.

Quelles questions aimerez-vous lui poser?

M.G

- Il va passer sa maturité dans une année
- Il participe aux sports de l’école
- Il n’a pas d’autre activité hors de ses cours
- Il habite avec ses parents

- Taille 180 cm, Poids 92kg (BMI 28.4 kg/m²)
- Il a perdu 5 kg/6 mois

- Sa grand-mère maternelle ainsi que sa mère sont diabétiques de type 2

Quelle suite donner?

Examens?

FSS	Sp
Bilan lipidique	Chol tot 6.2 mmol/l , HDL 1.1 mmol/l, LDL 4.2 mmol/l, Tg 6.1 mmol/l
Glycémie à jeun	6.8 mmol/l
HbA1c	7.2%
Urines	Glucose ++, Leucocytes +
Corps cétoniques	Absents
Bilan hépatique	Sp
Fonction rénale	Sp

Diagnostic de diabète

1. HbA1c ≥ 6,5%. Le test doit être effectué par un laboratoire utilisant une méthode certifiée NGSP et standardisée au DCCT

ou

2. Glycémie plasmatique à jeun ≥ 7 mmol/l (126 mg/dl)

ou

3. Glycémie plasmatique ≥ 11,1 mmol/l 2 heures après la prise de 75 g de glucose (TTG) (200 mg/dl)

ou

4. Présence des symptômes classiques d'hyperglycémie avec une glycémie à n'importe quel moment de la journée ≥ 11,1 mmol/l

Critères pour le diagnostic de prédiabète

Glycémie plasmatique à jeun entre 5,6 et 6,9 mmol/l (100-125 mg/dl)

ou

Test de tolérance au glucose 7,8-11 mmol/l (140-199 mg/dl)

ou

HbA1c 5,7-6,4%

NGSP: National glycohemoglobin standardiazation program; DCCT: Diabetes control and complication trial; TTG: test de tolérance au glucose.

Et pourquoi pas la filière?

Lors de l'hospitalisation:

- Accompagnement par le médecin endocrinologue, l'infirmière en diabétologie et la diététicienne dans les apprentissages liés à la maladie.
- Accompagnement et soutien de la famille
- Préparation du retour à domicile et du suivi.

Dans la vie quotidienne:

- Suivi de l'éducation thérapeutique en ambulatoire.
- Accompagnement dans les situations particulières: école, études, lieux de travail, voyage, etc…

En fonction des besoins exprimés par le patient et/ou ses proches

- Le diabète est une maladie chronique qui provoque un excès de sucre (glucose) dans le sang (**hyperglycémie**).

- L’hyperglycémie provoque des sensations de soif (**polydipsie**) et de faim (**fringales**)**,** une élimination excessive d'urine (**polyurie**), une **perte de poids** et une **grande faiblesse.**

- Le taux important de sucre dans le sang et l'urine empêche le corps de se défendre contre les germes pathogènes et les **infections** se multiplient.

Types de diabète

- **Diabète de type 1,** déficit insulinique absolu.

- **Diabète de type 2,** résistance à l'insuline et déficit insulinique secondaire (absolu ou relatif).

- **Diabètes secondaires à,** pancréatopathies (pancréatite, cancer, hémochromatose, pancréatectomie), corticothérapie.

- **Diabète gestationnel,** diagnostiqué durant la grossesse et se terminant à la fin de celle-ci.

  Il s'agit le plus souvent d'une augmentation de la glycémie apparaissant à partir de 26 SA, en présence d'une insulino-résistance liée à la sécrétion de l'hormone lactogène et de l'hormone de croissance placentaire.

Principaux types de diabète

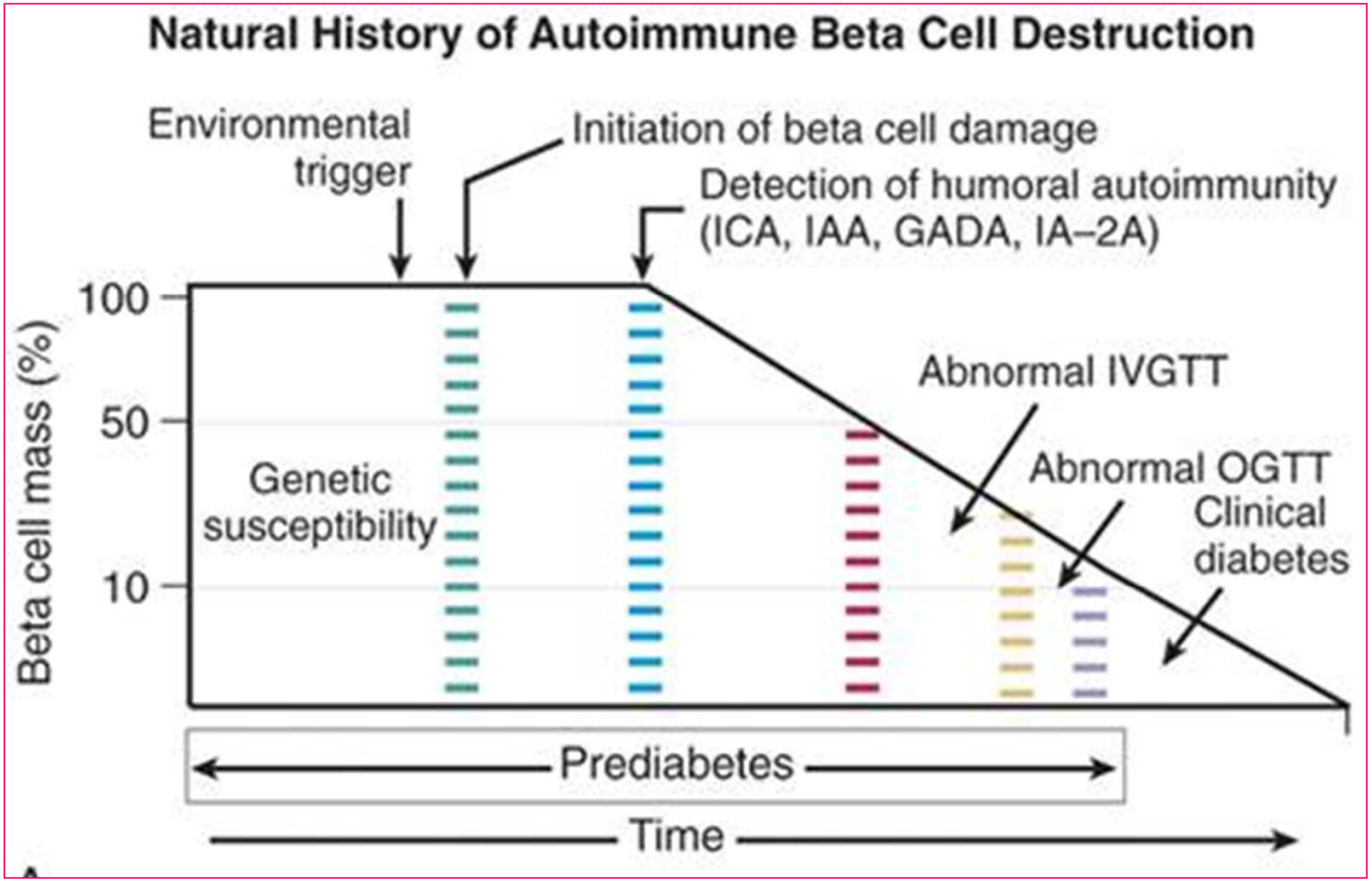
Diabète type 1

- **Maladie auto-immune,** destruction des cellules β
- ~ 90% des nouveaux cas de diabètes de type 1 surviennent chez des patients sans antécédents familiaux.
- Incidence 0.4% population générale

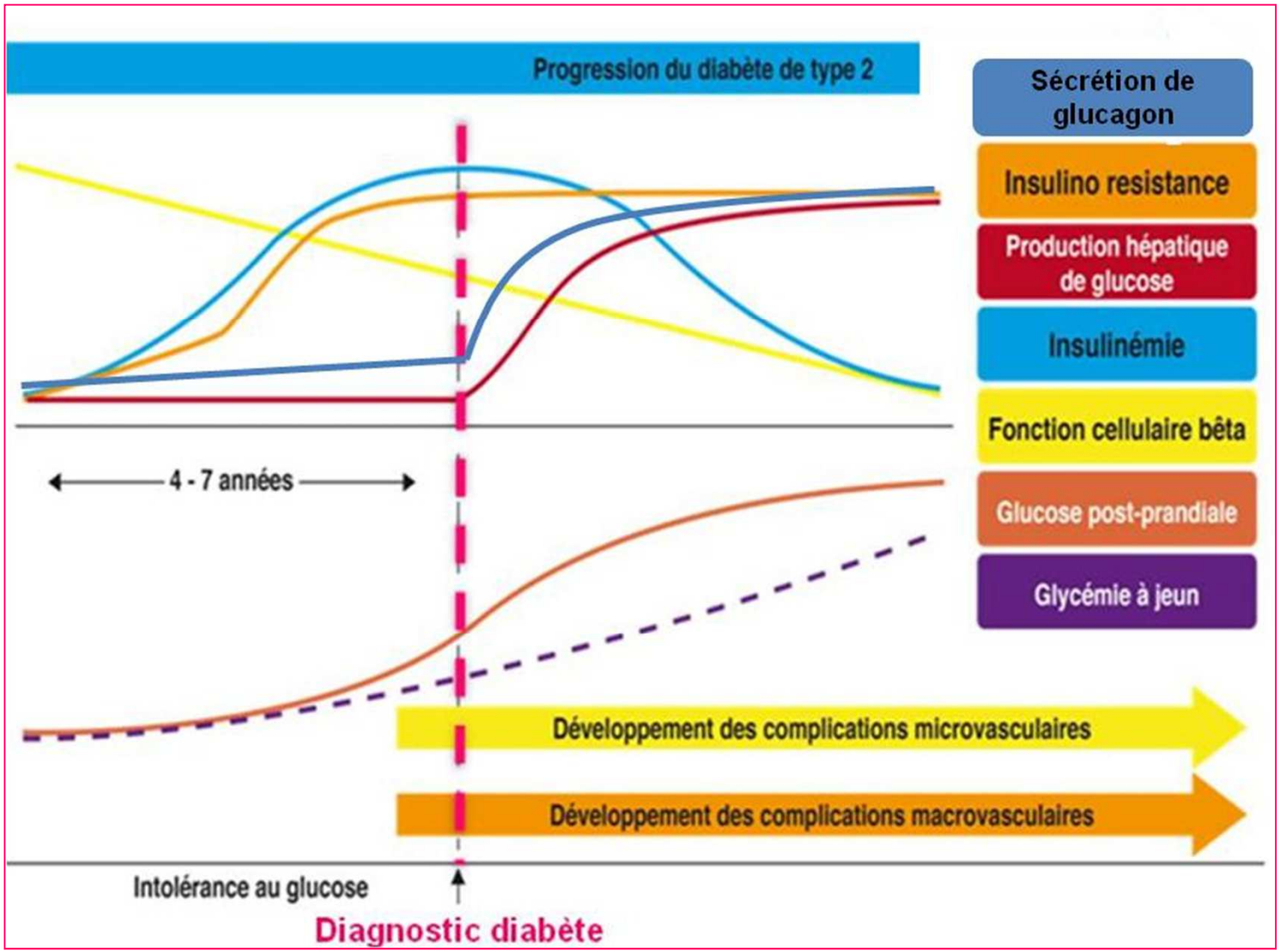
Diabète type 2

- Résultante de la **résistance à l'insuline** et de la **dysfonction de la cellule β.**
- Le diabète de type 2 est associé au syndrome métabolique (surcharge pondérale, hypertension, dyslipidémie).
- Incidence 6% population générale

Histoire du DT1



Histoire du DT2

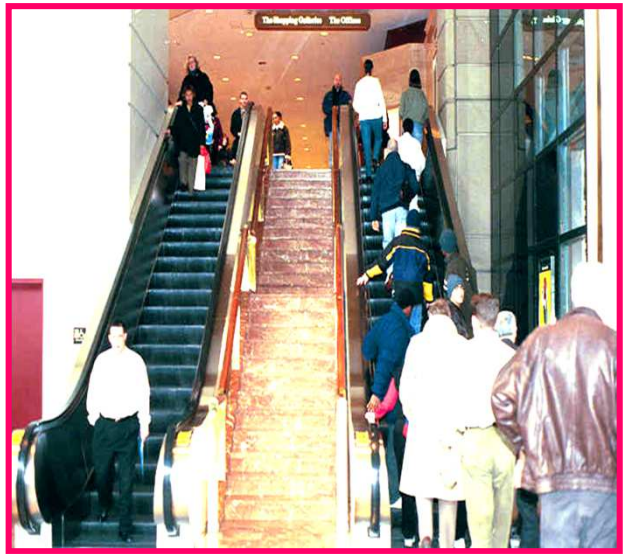


Caractéristiques

	Diabète de type 1	Diabète de type 2
Fréquence relative	10-15%	85-90%
ATCD familiaux	+	+++
Age de début	avant 30 ans	après 40 ans
Mode de début	brutal	progressif
Surpoids	absent	présent
Symptômes	+++	—
Insulinosécrétion	néant	persistante
Cétose	fréquente	absente
MAI associées*	oui	non
Auto-anticorps	présents	absents
Groupe HLA	oui	non
Traitement	insuline	régime, exercice, ADO**

* MAI : maladies auto-immunes - **ADO : anti-diabétiques oraux

Facteurs aggravants le diabète



Sédentarité

Précarité

Stress

Alimentation déséquilibrée

Sédentarité/excès caloriques

Que faire dans un cas de diabète inaugural décompensé?

- M. P, informaticien de 54 ans, obèse depuis l'âge de 15 ans. Il est connu pour une hypertriglycéridémie et une HTA identifiées il y a 9 ans lors de son dernier examen.
- Un contrôle était prévu après 3 mois suivant un essai de modification alimentaire. Le patient n'est jamais revenu.
- Nous sommes vendredi 17h30 M. P, vient chez vous pour chercher les résultats de son check-up de ce jour…

  ….la glycémie est à 18.4 mmol/l

  ….vous lui apprenez qu'il a un diabète

  ….le patient est très surpris et très angoissé par la nouvelle

Que faites-vous ?

M.P

- Obésité
- HTA
- Dyslipidémie
- Diabète

• Quels informations sont utiles à court terme?

- HbA1c (11.8%)
-TT hyperglycémiant en cours (aucun)
- Clearance de la créatinine (50 ml/min)
- Recherche de corps cétonique dans les urines (négatif)
- Ressources
- Activité
- Habitudes alimentaires

Messages à donner au patient

1. Alimentation:

   Conseils personnalisés

   Est-ce que perdre du poids est l’objectif à viser?

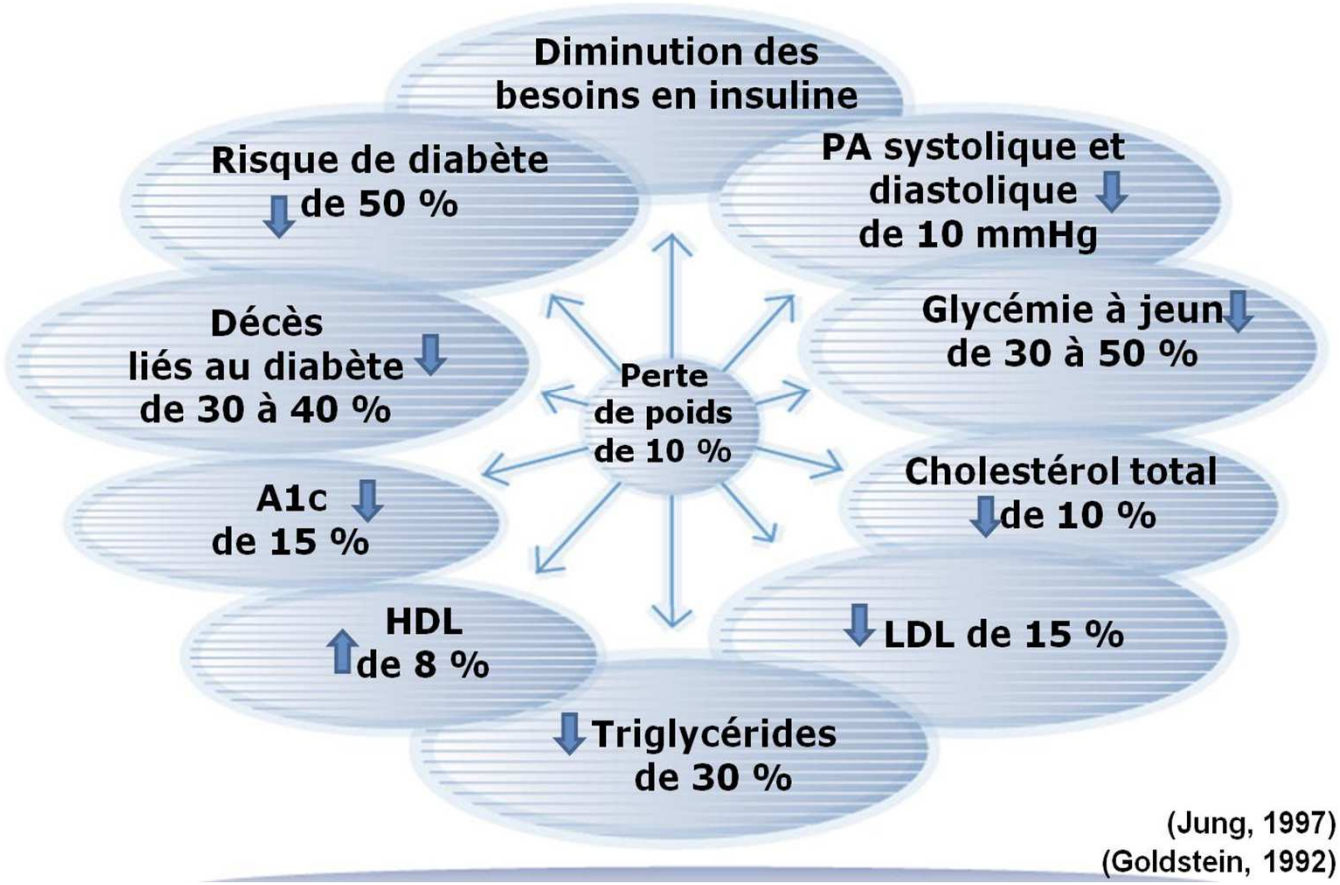
2. Activité physique:

   Comprendre l’utilité de bouger

3. Traitements:

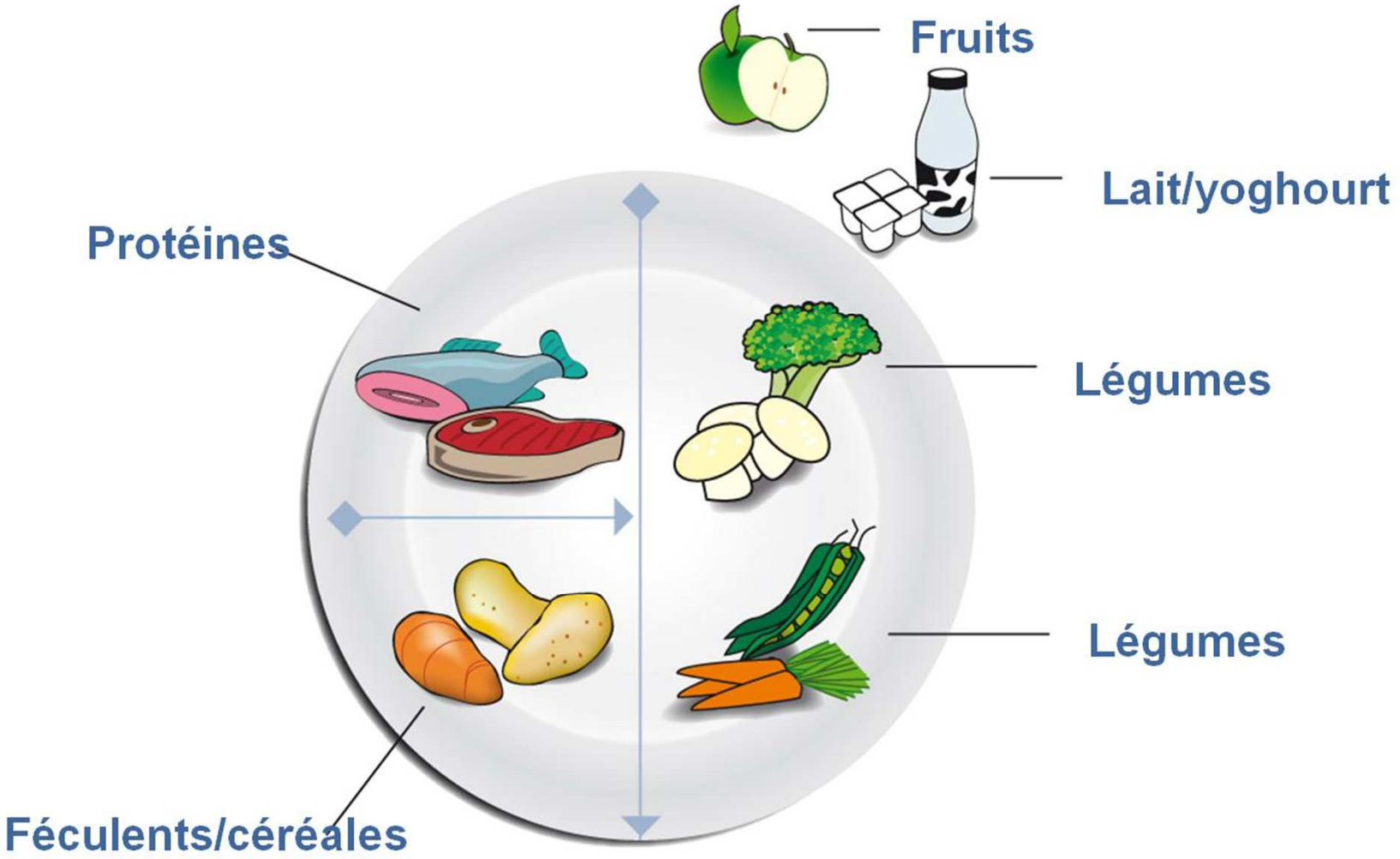
   Discuter la place du traitement

Avantages de la perte de poids



(Jung, 1997)
(Goldstein, 1992)

Modèle de l'assiette



Outil «main»

Viande (poisson: main entière doigts serrés)

Féculents

Légumes / crudités

Matières grasses

Accompagner M. P

Problématique:

l’intervention thérapeutique est souvent centrée sur le traitement du déséquilibre métabolique.

le phénomène chronique de la maladie et l’éducation thérapeutique sont souvent négligés.

➢ Quel accompagnement peut-on apporter?

L’annonce du diagnostic : une étape fondamentale dans le lien thérapeutique

- Moment émotionnellement fort→Annonce
- Compétences pour gérer→ Tous soignants
- Déterminant→ Lien thérapeutique

Quels sont vos objectifs?

A court terme

- Rassurer le patient
- L'aider à aller mieux
- Le mettre en sécurité

Objectifs spécifiques:

Kit de survie:

- Reconnaître et corriger une hypoglycémie
- Identifier les sources d'hydrates de carbone
- Apprendre à faire l'injection d'insuline
- Apprendre à faire une glycémie
- Avoir un rendez-vous avec un soignant dans les 48h.

Quels sont vos objectifs

A moyen et long terme?

Aider le patient afin de pouvoir

- Apprivoiser sa maladie et sa chronicité
- Devenir autonome dans la gestion

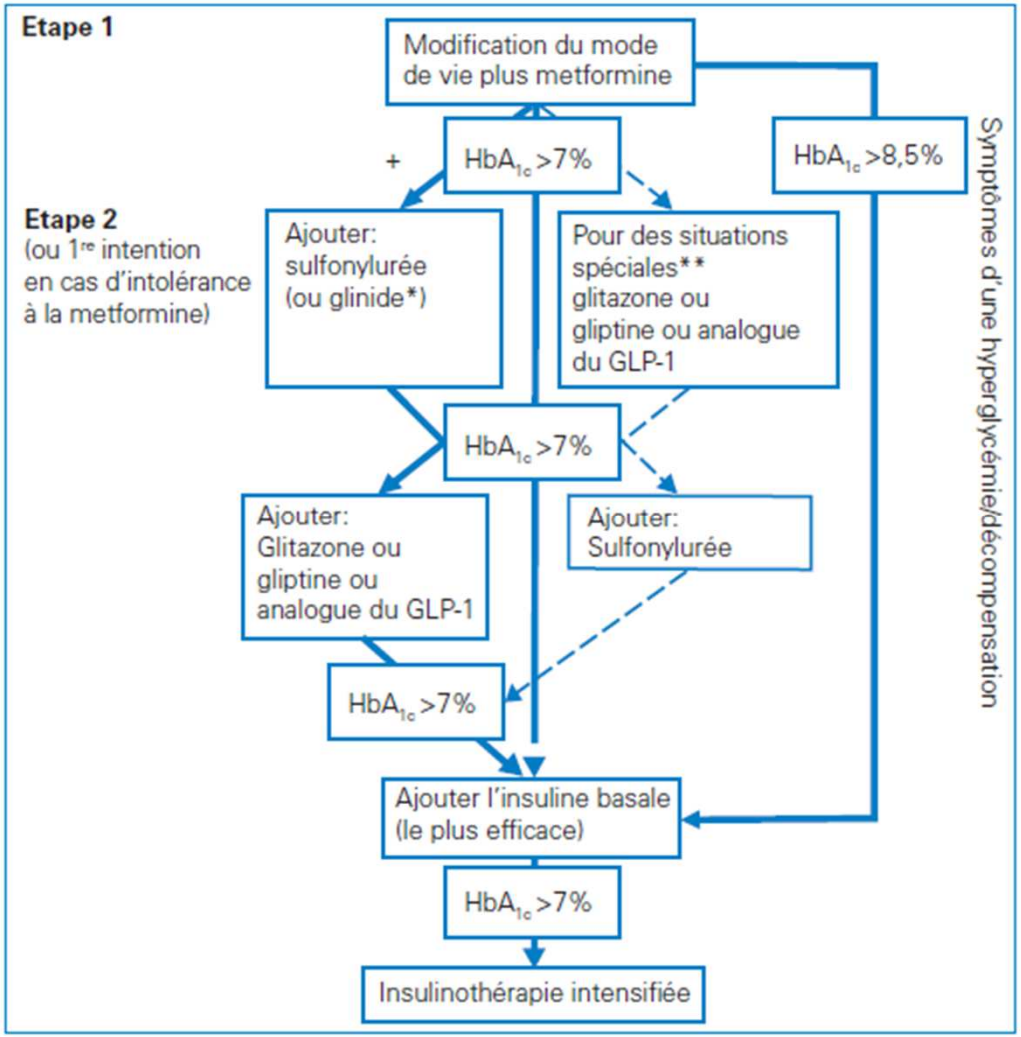
- Accompagnement et soutien du patient et de sa famille

Ce qui nous rassure…

…savoir où aller

Quels acteurs mettre rapidement en place ?

Recommandations dans le traitement du type 2



Recommandations Suisses 2009
(d'après ADA/EASD)

Forum Med Suisse 2009;9(3):50–55

…mais encore?

➢ **METFORMINE :** traitement de 1ère intention

Troubles digestifs 25-30%
- Souvent transitoires
- 10% interruptions

Acidose lactique
- 0.03 cas / 1000 pts/an
- Mortalité 50%

Diminution absorption digestive B12
- < 10% des patients traités

Goût métallique

Par la suite le choix est :

- vaste et individualisé !

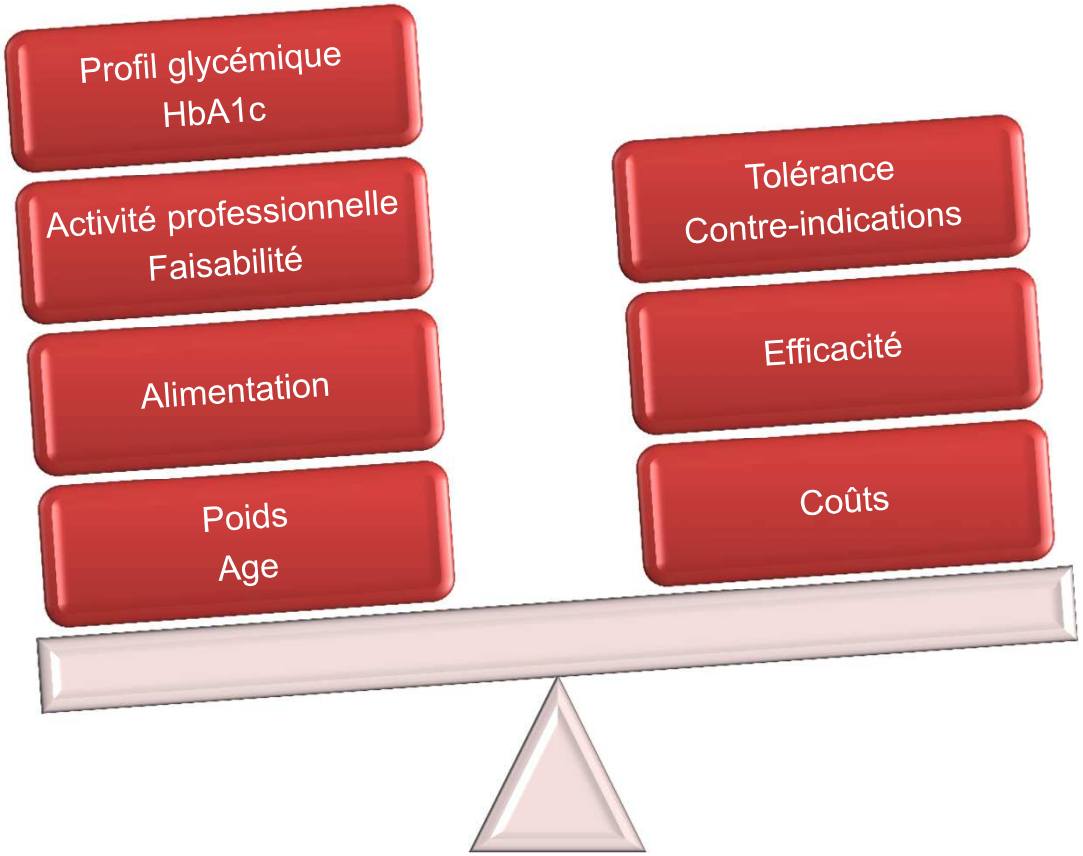
Janumet
Jentadueto
Januvia 100
XELEVIA 100
Galvus 50 mg
Galvumet
Trajenta
VELMETIA 50/500
onglyza
komboglyze 2.5 mg/1000 mg

JAL
6556

Conclusions

Variables patient

Médicaments



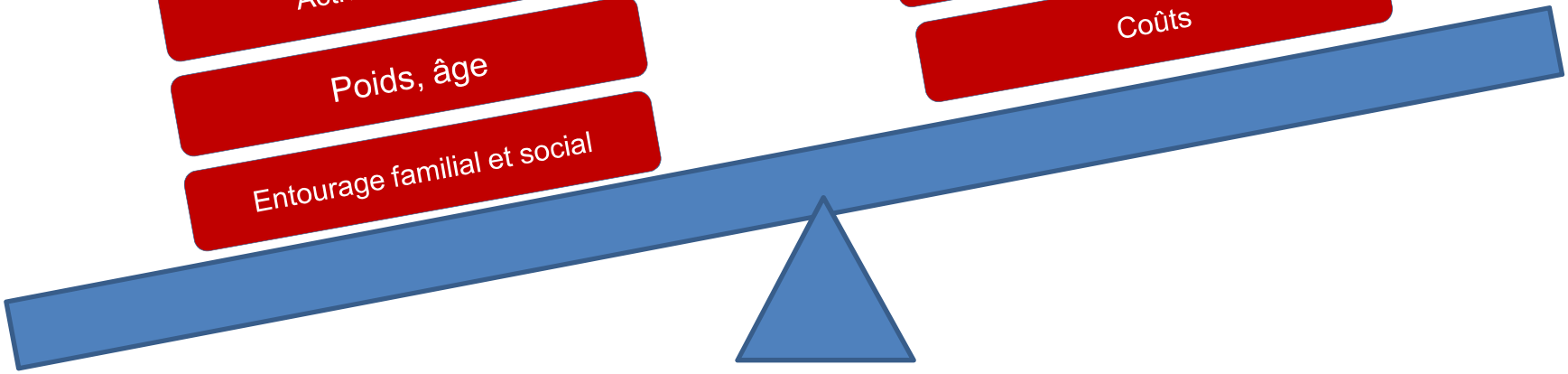
CONCLUSIONS

VARIABLES DU PATIENTS

- Motivation
- Profil glycémique, HbA1c
- Activités professionnelles faisabilité
- Alimentation
- Activité sportive
- Poids, âge
- Entourage familial et social

MEDICAMENTS

- Tolérance, contre-indivations
- Efficacité
- Coûts



Traitements hypoglycémiants et fonction rénale

ADAPTE SELON: Zanchi A, Lehmann R, Philippe J; Antidiabetic drugs and kidney disease: Recommendations of the Swiss Society for Endocrinology and Diabetology. *Swiss* Med Wkly. *2012* Sep 13;142

Stade IR Ccréat Traitement	1-2 > 60 ml/min	3a 45-60 ml/min	3b 30-45	4 15-30	5 hémodialyse
insuline			↘ 30%		↘ 50%
Repaglinide (Novonorm)	0.5–4 mg /repas				
Nateglinide (Starlix)	60-120 mg/repas		60 mg/repas		
Sitagliptine (Januvia)	100 mg/j		50 mg/j	25 mg/j	
Saxagliptine (Onglyza)	2.5 – 5 mg/j		2.5 mg/j	2.5 mg/j	
Linagliptine (Trajenta)	5 mg/j			5 mg/j	
Vildagliptine (Galvus)	50-100 mg/j		50 mg/j	50 mg/j	
Liraglutide (Vicktosa)	0.6 – 1.8 mg/j				
Exenatide (Byetta)	5-10 µg 2x/j	5 µg 2x/j			
Metformin (Glucophage,..)	500- 2250 mg/j	500-1500 mg/j			
Gliclazide (Diamicron)	30-120 mg/j	30-60 mg/j			
Glibenclamide (Daonil)	2.5 – 20 mg/j				
Glimepiride (Amaryl)	1-4 mg/j				
Acarbose (Glucobay)	50-600 mg/j				
Pioglitazone (Actos)	15-45 mg/j	15-45 mg/j			

Doses habituelles

Doses réduites

Expérience limitée

Merci
20
12