

# Définition du diabète

## Conseils pour la prise en charge des patient·es diabétiques

### DEFINITION

Le diabète sucré est une affection chronique se caractérisant par la présence de valeurs de glucose élevées dans le sang (Hyperglycémie) pouvant conduire à son tour à des lésions affectant plusieurs appareils ou systèmes, en particulier les vaisseaux et les nerfs.

### TYPES DE DIABETE

#### **Diabète de type 1 :** (5-10% des patient·es)

Maladie auto-immune détruisant les cellules bêta du pancréas productrices d'insuline (sur base génétique), détectable par la présence d'autoanticorps. L'étiologie souvent évoquée est liée à certains virus ou bactéries ainsi que des facteurs environnementaux. La conséquence est que le pancréas ne produit plus d'insuline ce qui provoque les signes cardinaux du diabète de type 1 (en rapport avec la glycémie élevée, cf. doc. [hyperglycémie](#)) :

- Soif, polyurie et polydipsie
- Perte de poids involontaire et malgré une hyperphagie
- Fatigue
- Vision floue pouvant fluctuer au cours de la journée
- Douleurs abdominales, vomissements
- Confusion possible par accumulation des corps cétonique

Ce type de diabète apparaît en général chez le sujet jeune mais peut se développer à tout âge.

Une forme de diabète auto-immun latent chez l'adulte (LADA) est également classé sous le diabète de type 1 et se caractérise par une destruction plus progressive des cellules beta si bien que les symptômes au début peuvent ressembler à ceux du diabète de type 2.

Tou·tes ces patient·es nécessitent un apport exogène d'insuline pour vivre.

#### **Diabète de type 2 :** (90-95% des patient·es)

Ce type de diabète est souvent asymptomatique et peut évoluer plusieurs années de manière silencieuse et provoquer déjà des complications. L'hyperglycémie est souvent due à l'augmentation de la résistance des cellules du foie, du muscle et du tissu adipeux, à l'insuline. Pour répondre, en conséquence, à la demande accrue en insuline, le pancréas en produit jusqu'à s'épuiser.

Parfois en plus des signes cardinaux, liés à l'hyperglycémie, certains autres signes sont présents tels que :

- Des infections fréquentes, notamment des voies génito-urinaires
- Cicatrisation lente
- Syndrome des ovaires polykystiques
- Des dermatoses, dont l'acanthosis nigricans

Il existe une forte prédisposition familiale (hérédité). Il apparaît plus fréquemment chez certaines ethnies ou après un diabète gestationnel.

Il peut apparaître à tout âge mais se développe en général chez les adultes d'âge moyen ou les personnes âgées pouvant déjà souffrir d'un syndrome métabolique (surpoids, obésité, dyslipidémie, hypertension...).

## **Diabète gestationnel** : (7-14% des femmes enceintes)

Ce diabète apparaît lors d'une grossesse. Celle-ci provoque une augmentation de la résistance à l'insuline, ce qui induit une intolérance au glucose. Ce diabète est en général asymptomatique d'où l'importance du dépistage par un test de tolérance au glucose, qui doit être systématique chez toute femme entre la 24 et la 28ème semaine de grossesse. Certains facteurs de risques sont associés à son apparition tels que :

- Ethnie non-caucasienne
- Surpoids/obésité
- Âge > 30 ans
- Anamnèse familiale de diabète de type 2 positive
- Femme ayant déjà accouché d'un nouveau-né de plus de 4kg
- Antécédent de diabète gestationnel
- Un syndrome d'ovaires polykystiques
- Sédentarité

Ces patientes doivent être suivies par une équipe multidisciplinaire spécialisée en diabétologie et nécessitent souvent un traitement basé sur des règles hygiéno-diététique, parfois aussi d'insuline ainsi qu'une surveillance étroite de leur glycémie durant la grossesse et en post-partum.

Le nouveau-né sera aussi encadré étroitement par une équipe multidisciplinaire.

## **Autres diabètes :**

Les autres formes sont plus rares. On distingue par exemple :

Les diabètes monogéniques :

- Les MODY (Maturity Onset Diabetes in the Young), regroupe des diabètes hétérogènes caractérisés par une dysfonction de la sécrétion d'insuline par la cellule  $\beta$ . Ils ont la particularité d'être génétiquement déterminés selon un mode de transmission autosomique dominante : dans les familles présentant cette mutation, on trouve 50% des personnes atteintes, à toutes générations. Le début est habituellement précoce (néonatale parfois, avant 25 ans en général). Il s'agit d'un diabète en général non insulino-dépendant.

Les diabètes secondaires à :

- Des maladies du pancréas (pancréatite chronique, cancer du pancréas, mucoviscidose, hémochromatose familiale, chirurgie du pancréas)
- Des maladies endocriniennes, dont le syndrome de Cushing, l'acromégalie...
- Des maladies du foie
- Les diabètes iatrogènes associés à la prise de médicaments : corticoïdes, diurétiques thiazidiques, neuroleptiques, certains immunosuppresseurs...

## DIAGNOSTIC

| Méthodes diagnostiques   | Glycémie (mmol/L)             | Interprétation   |
|--|-------------------------------|--|
| Glycémie plasmatique à jeun<br>• A jeun ou «régime 0 calories» durant au moins 8h  | <5,6                          | Valeur normale   |
|  | 5,6 – 6,9                     | Pré-diabète  |
|  | ≥ 7,0                         | Diabète<br>(ou diabète gestationnel si femme enceinte)                           |
| <b>Glycémie postprandiale</b><br><br>Test de tolérance au glucose :<br>• Prise orale de 75g de sucre<br>• 2h plus tard, ad. glycémie | < 7,8                         | Tolérance au glucose normale   |
|  | 7,8 – 11,0                    | Pré-diabète  |
|  | ≥ 11,1                        | Diabète  |
| <b>Glycémie (à tout moment) chez des patient·es symptomatiques</b><br>(CLINIQUE: Polyurie, polydipsie, perte pondérale inexpliquée)  | ≥ 11,1                        | Diabète  |
| <b>Glycémie veineuse entre la 24<sup>e</sup> et 28<sup>e</sup> semaine de grossesse après prise orale de 75g de sucre (HGPO)</b>     | à jeun : ≥ 5,1 <b>ou</b>      | Diabète gestationnel<br>(une seule valeur anormale suffit à poser le diagnostic) |
|  | 1h post HGPO : ≥ 10 <b>ou</b> |  |
|  | 2h post HGPO : ≥ 8,5          |  |
| <b>HbA1c</b><br>(Hémoglobine glycosylée ou glyquée)  | 4,4 – 5,6%                    | Valeur normale   |
|  | 5,7 – 6,4 %                   | Pré-diabète  |
|  | ≥ 6,5 %                       | Diabète  |

- Le diagnostic ne peut pas être posé avec le résultat d'une glycémie capillaire. Le diagnostic de diabète nécessite une mesure de glycémie veineuse et doit être confirmé par une deuxième mesure effectuée un autre jour. Cette confirmation n'est pas nécessaire si la glycémie est supérieure à 11,1 mmol/L et que le·ou la patient·e est symptomatique ou si l'HbA1c est ≥ 6,5 % et dans le cas d'un diabète gestationnel.
- **Attention !** La concentration du glucose diminue rapidement dans le sang complet (environ dès 10 min.) en raison de la glycolyse, c'est pourquoi il est recommandé d'utiliser des tubes de prélèvement contenant du fluorure de sodium (anti-glycolyse).

## Rechercher la présence de diabète chez les personnes asymptomatiques

### Critères de dépistage

Entre 18 et jusqu'à 45 ans : Indice de masse corporelle (IMC)  $\geq 25\text{kg/m}^2$  ( $\geq 23\text{kg/m}^2$  chez les personnes asiatiques)

ET au moins un facteur de risque.

*OU*

Pré-diabète déjà diagnostiqué.

*OU*

Test FINDRISC de risque du diabète de type 2 élevé ou très élevé

(<https://www.diabetevaud.ch/testez-votre-risque>)

### Facteurs de risque du diabète

- Parent du premier degré diabétique
- Ethnie à haut risque (africaine, hispanique, asiatique –en particulier indienne et sri-lankais, insulaire du pacifique, amérindienne).
- Femme ayant accouché d'un bébé de plus de 4kg ou ayant eu un diabète gestationnel.
- Lésions microvasculaires d'organes cibles associées au diabète (rétinopathie, neuropathie, néphropathie).
- Antécédent de maladie cardiovasculaire.
- Facteurs de risque cardiovasculaire : HTA, tabagisme, sédentarité, dyslipidémie (HDL-cholestérol  $< 0,9\text{mmol/l}$ , TG  $> 2,82\text{mmol/l}$ )
- Autres maladies associées : syndrome d'apnée obstructive du sommeil, infection par VIH, syndrome psychiatrique (schizophrénie, trouble bipolaires, dépression), nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD).
- Conditions associées à une résistance à l'insuline : hématochromatose familiale, certaines myopathies (dystrophie myotoniques, myopathies mitochondriales).
- Certains médicaments (corticoïdes, diurétiques thiazidiques, furosémide, antiprotéases (indinavir), immunosuppresseurs (tacrolimus, ciclosporine A, pentamidine, diazoxide, œstrogènes de synthèse, neuroleptiques atypiques).

### Références

[1] <http://www.who.int>, OMS, Aide-mémoire No 138

[2] Recommandations pour la pratique clinique, Programme cantonal Diabète, 2017, <http://www.diabetevaud.ch/RPC/>

[3] Guide pratique de diabétologie à l'usage du personnel infirmier, N. Marcoz, PIC, EHC, v1. 09.2013

[4] Le diabète expliqué, Document d'éducation thérapeutique, Réseau Nord Broye, juin 2010

*\*Texte issu de la recommandation de pratique clinique « Diagnostic précoce du diabète de type 2 »*

### Groupe ayant élaboré ou mis à jour le document

#### Groupe ayant élaboré le document (mai 2015)

Heike Labud, Nicole Jenni et Noémie Marcoz; validé par Dres Daniela Sofrà et Patricia Halfon

#### Groupe de révision (novembre 2022)

Heike Labud, Fabienne Matthys, Marianne Turin, Belinda Marzo, Virginie Bahon, Mariela Mordasini, Aline Veuve, Coralie Vuagniaux, Angélique Saussier; validé par Dres Daniela Sofrà et Patricia Halfon

Date de la prochaine révision : décembre 2025