



DIABÉTOLOGIE



PRÉSENTATION DU SERVICE

Patients : adultes de tout âge. Autonome ou état grave en fonction des secteurs

Service : arrivée à 8h30

Hospit traditionnelle -> PEC sur découverte de diabète ou sur complications

Secteur pompe -> patients venant pour mise en place d'une insulinothérapie par pompe externe (*atelier diététique, adaptation d'insuline...*)

Hôpital de jour -> suivi annuel du diabète, nouveaux patients tous les jours.

Éducation thérapeutique -> ateliers sur 1 semaine pour améliorer la connaissance et la gestion du diabète des patients (*diététicienne, psy, médecin*)



LEXIQUE

AOMI = artériopathie oblitérante

des membres inf

BU = bandelette urinaire

CAT = conduite à tenir

ETT = échographie trans-thoracique (écho coeur)

FO = fond d'oeil (permet de voir

les complications ophtalmo)

FSL = freestyle libre (électrode sous cutanée au niveau du bras qu'on peut scanner quand on veut pour avoir le taux de glucose interstitiel, remplace les lectures de glycémie)

HbA1c = hémoglobine glyquée (reflet glycémie sur les 3 mois d'avant, objectif chez diabétique < 6,5%-8% en fct du patient)

LT = lantus (insuline lente, «pour vivre»)

NAC = neuropathie autonome

cardiaque

NR = novorapide (insuline rapide, «pour manger» à injecter après chaque repas, adaptable)

PEC = prise en charge

ROT = réflexes ostéo-tendineux

TTT = traitement



RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES

Pancréas : glande amphicrine → endocrine : sécrète l'insuline et glucagon (hyperglycémiant) - exocrine : sécrète suc et enzymes pancréatiques

Insuline → plusieurs actions, dont faire passer le glucose en intracellulaire et permettre son utilisation dans les tissus insulinosensibles (*hypoglycémiant*)

Diabète : trouble de la glyco-régulation → hyperglycémie chronique. 2 types de diabètes sont majoritairement retrouvés :

Type 1 ou DT1 → 10-15% - insulino-pénie absolue, jeunes et souvent minces +++

Type 2 ou DT2 → 80-90% - insulino-résistance, défaut de sécrétion d'insuline, personnes obèses, sédentaires et âgées +++

Exposition chronique à un excès de glucose → glycation des protéines et des



PRINCIPALES COMPLICATIONS

Complications aiguës : au moment de la découverte du diabète ou au cours de suivi (*en cas de défaut d'observance thérapeutique ou d'épisode intercurrent*)

Acidocétose, voir coma acido-cétosique → manque d'insuline conduisant à un recours aux acides gras comme substrat énergétique, donc production de corps cétoniques → cétonémie et cétonurie ++ délétères pour l'organisme

Coma hyperosmolaire → hyperglycémie avec insulino-pénie relative

Complications chroniques :

MICROANGIOPATHIES = Rétinopathie diabétique → proliférante ou non.

Lésions ophtalmologiques plus ou moins graves, nécessité d'un dépistage par FO tous les ans (*dès la première année de diagnostic si DT2, 3 ans après si DT1*)

Néphropathie diabétique → insuffisance rénale modérée à terminale nécessitant une greffe. Dosage créat, DFG et microalbuminurie au minimum annuellement

Neuropathie périphérique → sensation de picotement/fourmillement d'abord au bout des orteils/doigts et remontant de façon ascendante en chaussette. Diminution de la sensibilité possible, débutant aux pieds

Neuropathie autonome → cardiaque, urinaire, digestive, érectile... Plus tardive

MACROANGIOPATHIES = Cardiovasculaire → fréquente, risque d'obstruction, d'AOMI et d'infarctus (IDM) ++. ECG, écho doppler artérielle et test d'effort pour rechercher une ischémie/AOMI



EXAMEN CLINIQUE

Examen clinique complet : cf fiche
urgences/médecine interne, ici spécifique

INTERROGATOIRE

Classique + évolution de l'**équilibre glycémique** et du **poids** durant l'année, les difficultés à équilibrer le diabète (*hypoG, hyperG dans la journée*), la recherche des difficultés d'acceptation de la maladie, d'addictions, le niveau d'activité physique, l'existence d'une contraception ou de grossesse les **complications** du diabète, tenue d'un carnet de glycémie, habitudes alimentaires (chercher régime déséquilibré)... Demander le **traitement** antidiabétique actuel

Chercher les **facteurs de risque cardiovasculaires** ++ (FDRCV) : tabac, âge, sexe masculin, ATCD personnels et familiaux

Rechercher les **antécédents de maladies auto immunes** : thyroïde, surrénale...

ATCD gynéco : nourrisson > 4 kg, parité, contraception

EXAMEN PHYSIQUE

Examen clinique complet et plus spécifique au diabète :

Neuro : signes fonctionnels de neuropathie périphérique -> test au monofilament, sensibilité chaud/froid, douleur aux membres inférieurs lors d'un effort, perte de sensibilité, ROT et score DN4 si nécessaire pour affirmer la neuropathie périphérique

Cardio-vasculaire : rechercher les poulx -> pédieux +++, tibiaux postérieurs, poplités, fémoraux . ECG et tension systématiques.

Toujours **examiner les pieds** : plaies, hyperkératose, mycose, fissure entre les doigts de pieds, déformations



A NOTER SUR L'OBSERVATION

HbA1c actuelle et son évolution, quels facteurs ont pu sur cette période influencer les valeurs d'HbA1C (*problèmes perso, difficulté à maintenir ses glycémies dans la cible, changement de dispositif ex : pompe ou freestyle libre*)

Histoire du diabète et les circonstances de découverte

Les **derniers bilans** néphro, ophtalmo, cardio-vasculaire et lipidique ++, le suivi et les éventuelles **complications**.

Notion de perte de **poids** récente involontaire



EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Bio : systématique -> fonction rénale (*créat DFG, microalbu*) 1/an, bilan lipidique (*LDL, TG, HDL*) 1/an, HbA1c 1/3 mois et glycémie

ECG : systématique, dépistage de la cardiopathie ischémique silencieuse diabétique, séquelle de nécrose...

Contrôle ophtalmo : FO 1/an au minimum

Contrôle cardiaque : tous les 3 ans si absence de complication (*écho d'effort, scinti myocardique*) et **vasculaire** si signes cliniques ou FRCV associés ou évolutivité ancienne (*écho doppler artériel MI et TSAO*)



THÉRAPEUTIQUES

DT1 - schéma basal/bolus

Insuline lente (*Lantus, Toujeo, Abasaglar, Levemir*) pour un taux basal d'insuline capital « pour vivre » et insuline rapide (*Novorapid, Humalog, Apidra*) ou ultra rapide (*Fiasp*) à injecter à chaque repas « pour manger »

DT2 : TTT par anti-diabétiques oraux (ADO), injectables et/ou insuline en fonction du déséquilibre glycémique, des comorbidités...

Anti diabétiques

Classe	DCI	Nom commercial
Biguanides	Metformine	Glucophage, Stagid
Sulfamides hypoG	Glicazide, glimepiride	Diamicon, Amarel
Glinides	Repaglinide	Novonorm
IDPP-4	Sitagliptine	Januvia
Analogues du GLP1	Liraglutide, dulaglutide	Victoza (quotidien) Trulicity (hebdo)

NOTES

