



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 = artéiopathie oblitérante des membres inf

BU = bandelette urinaire

CAT = conduite à tenir

ETT = échographie trans-thoracique (écho cœur)

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)

interstitiel, remplace les lectures de glycémie)

HbA1c = héoglobine 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 (hyperglycémante) - exocrine : sécrète suc et enzymes pancréatiques

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

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

Type 1 ou DT1-> 10-15% - insulinopénie absolue, jeunes et souvent minces +++

Type 2 ou DT2 -> 80-90% - insulinorésistance, défaut de sécrétion d'insuline, personnes obèses, sédentaires et agées +++

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 insulinopénie 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 pouls -> pédieux +++, tibiaux postérieurs, poplitées, 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	Diamicron, Amarel
Glinides	Repaglinide	Novonorm
IDPP-4	Sitagliptine	Januvia
Analogues du GLP1	Liraglutide, dulaglutide	Victoza (quotidien) Trulicity (hebdo)

NOTES

