

HUG: Hôpital cantonal de Genève

mardi 7 Juin 2022

Prise en charge hospitalière et relais ambulatoire du diabète

Pr F. Jornayvaz, Dr K. Gariani

La prévalence de l'hyperglycémie intrahospitalière (> 10 mmol/l) est de 32.2%, incluant les patients aux soins intensifs.

L'hyperglycémie est également un marqueur de morbi-mortalité et de séjours hospitaliers prolongés.

Avec le COVID, il a été observé que plus la variabilité des glycémies est élevée, plus le risque de mortalité, de ventilation ou de dialyse, augmente.

L'étude de Van Den Berghe *et al*, randomise deux groupes de 700 patients issus des soins intensifs chirurgicaux et sous ventilateur, chacun avec une cible glycémique différente: 10 mmol/l vs 4.4-5 mmol/l.

Elle montre un bénéfice envers le contrôle strict, pour la survie aux SI et hospitalière.

L'étude NICE-SUGAR contredit cette conclusion avec les mêmes cibles et 3000 patients dans chaque groupe. La différence étant que les patients sont également issus des soins intensifs médicaux, en plus des soins chirurgicaux.

La survie à 90j était meilleure dans le groupe avec un traitement classique plutôt que strict...

Une méta-analyse fait le point. Elle inclut l'étude de Van Den Berghe, qui est la seule à montrer un bénéfice au contrôle strict de la glycémie. Les 23 études incluses sont réparties en deux groupes: les patients aux SI et les patients non-SI.

Elle ne montre pas de désavantage au contrôle classique < 10 mmol/l, et un probable désavantage au contrôle strict, au vu d'un risque d'hypoglycémie sévère.

Hospitalisation

Lors d'hospitalisation pour une décompensation diabétique, acido-cétosique ou hyperosmolaire, certains tests sont à prévoir ([guideline](#) du Prof. Jornayvaz): hémoglobine glyquée, cétones, cétones capillaires...

Néanmoins, les patients diabétiques sont souvent hospitalisés pour d'autres raisons avec un diabète comme co-morbidité.

Il faut mettre à jour l'hémoglobine glyquée si la dernière date >3 mois, pour connaître le contrôle glycémique, qui peut aussi être trop strict avec des hypoglycémies cachées.

Insuffisance rénale

- L'insuline, les gliptines et les analogues du GLP-1, peuvent majoritairement être utilisés jusqu'à la dialyse, bien que ces derniers puissent provoquer des nausées, délétères chez un patient qui se sous-alimente...

- La metformine doit être diminuée à 1000mg/prise dès 50ml/min et stoppée à 30ml/min
- Les inhibiteurs du SGLT2 (gliflozines) perdent leur efficacité sur la glycémie à la baisse de la fonction rénale, bien que protections cardiaque et rénale soient conservées.
- Sulfonylurées: arrêter absolument <60ml/min (sauf Gliclazide, < 30ml/min) car les métabolites s'accumulent et peuvent causer une hypoglycémie.

Schémas d'insuline

En cas de décompensation diabétique sévère, l'injection d'insuline est intraveineuse. Lors du relais vers les injections sous-cutanées, commencer quelques heures avant le retrait IV car l'insuline intraveineuse disparaît rapidement.

Pour la même raison, injecter les bolus en sous-cutané si le patient mange.

Si la décompensation est modérée, il existe des schémas complètement en sous-cutané.

Chez les patients non sévères:

- Hyperglycémie légère, patient naïf à l'insuline: bolus rapides aux repas
- Hyperglycémie modérée à : insuline basale ± bolus correctifs
- Hyperglycémie sévère: régime basal-bolus

En cas de diabète de type 1, le patient doit être placé sous insuline basale en tout temps.

Le dosage d'insuline doit être adapté selon le type de corticoïde:

- Dexaméthasone: insuline basale ultralente (glargine, degludec..)
- Prednisone: insulatard le matin, ± bolus matin/midi

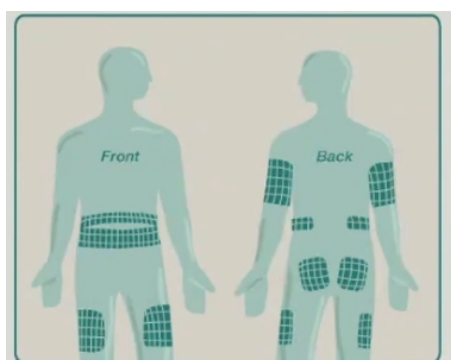
Hypoglycémies

Chez un patient diabétique, c'est une glycémie <3.9mmol/l.

La correction se fait avec 1 gr de sucre ou 1.5 dl de jus de fruit...Le glucagon ayant une demie vie très courte, la correction doit se faire dès le réveil du patient.

Plus le patient fait d'hypoglycémies, moins il en ressent les symptômes adrénergiques, ce qui peut s'avérer dangereux. Pour rétablir la sensibilité du patient, remonter légèrement les cibles glycémies pendant quelque temps.

<p>Symptômes adrénergiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sudations • Palpitations • Anxiété • Faim • Nausées
<p>Symptômes neuroglucopéniques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confusion • Difficultés de concentration • Faiblesse • Vision trouble • Troubles du langage • Somnolence



Injections sous-cutanées

Il est essentiel de prescrire des aiguilles courtes (4-6mm) et d'éduquer le patient pour faire une rotation sur les parties grasses de la peau, afin d'éviter des lipodystrophies.

Traitements

Les médicaments classiques sont suspendus à l'admission et ré-introduits au départ.

- Metformine: 60 ans de recul, bon marché, plutôt bien toléré, en 1ère intention
- Analogues du GLP-1: existe sous forme sous-cut quotidienne ou hebdomadaire, mais aussi récemment sous forme orale. Plus coûteux, leur avantage est la perte de poids importante. 10-15% d'arrêt à cause des effets secondaires (nausées, vo..). Le BMI doit être au minimum à 28 pour prescrire.
- Inhibiteur DPP4: Comprimés pratiques. Pas de perte de poids. Effet sur la glycémie mais pas de protection cardio-rénale.
- Inhibiteurs du SGLT2: comprimés qui font le buzz en 2015, Perte pondérale, risques d'infections urinaires, mais effet protecteur cardio-rénal qui leur vaut d'être prescrits aux patients non diabétiques également, à moindre dose.

L'association iSGLT2 et GLP-1 semble la plus bénéfique pour la perte pondérale et la protection cardiovasculaire. La prescription peut être faite sur accord de l'assurance maladie.

- Sulfonylurées: bon contrôle glycémique. Prise pondérale associée, pas de données claires sur la protection cardio-rénale

Acidocétose euglycémique sous iSGLT2

C'est un effet secondaire que l'on voit surtout en hospitalier. Les facteurs de risques sont: ostéopénie, diabète de type 1, diabète auto-immun latent, diabète T2 depuis très longtemps, régimes cétogènes...

En cas de mise à jeun, pour une chirurgie par exemple, arrêter le traitement 3 jours avant. Si le patient tombe malade (fièvre, vomissements, diarrhée), il faut diminuer la dose pour éviter l'acidocétose.

Algorithme décisionnel

Applicable à la sortie ou en ambulatoire

Anticiper la sortie du patient

Dès son admission, évaluer s'il aura besoin d'insuline à la sortie et prévoir son éducation thérapeutique s'il est naïf: injection, soutien IMAD, RDV chez le médecin traitant ou diabétologue, autocontrôles, gestions des hypoglycémies...

Idéalement, si l'hémoglobine glyquée est dans la cible, garder le même traitement qu'à l'entrée. Sinon, choisir en fonction des caractéristiques du patient.

→ éviter de passer de 3 comprimés et une injection à 5 injections/jours si l'hémoglobine glyquée était bonne à l'entrée...

Il faut impliquer le médecin traitant dans la décision et assurer un suivi proche de la sortie pour ré-évaluer le traitement.

Important

- Jamais de schéma de novorapid seul (exception du patient naïf légèrement hyper)
- Ne jamais arrêter l'insuline basale lors de DT1
- Toujours consulter en diabétologie (33562) si porteur de pompe ou DT1
- Pas d'antidiabétiques oraux en phase aiguë, insuffisants.

[Le guide médical de prise en charge du diabète en milieu intra-hospitalier](#) (2017) sera bientôt mis à jour..



Compte-rendu de Valentine Borcic
valentine.borcic@gmail.com
Transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch