

Avertissement : Notes prises au vol, erreurs possibles, prudence...

Mardi 16 octobre 2018
Hôpital cantonal de Genève

Update sur le diabète de type 1 : complications/ survie en 2018

Dr F.Jornayvaz/ Dr G.Gastaldi

L'incidence du diabète de type I augmente, mais 1/3 à 3/4 des malades l'ignorent, et ne sont pas diagnostiqués ...

En Suisse (en 2008), c'est 6.6% de la population, dont 66% sont diagnostiqués (donc 1/3 l'ignorent) , par contre 96% des diagnostiqués sont traités...

Actuellement il doit y avoir environ 55'000 patients diabétiques de type I en Suisse...

La mortalité et les maladies cardiovasculaires du diabète de type I diminuent progressivement depuis 1998. Mais même avec une HbA1C inférieure à 6.9% la mortalité des diabétiques de type 1 est doublée par rapport à un groupe contrôle.

Le risque augmente encore selon l'élévation de l'HbA1C.

L'HbA1C reflète une moyenne mais ne montre pas les écarts glycémiques au cours de la journée...

Une étude suédoise a montré qu'un diabète de type I diagnostiqué avant l'âge de 10 ans multipliait la survenue d'une maladie coronarienne ou d'infarctus du myocarde par 30 par rapport à un groupe contrôle...(perte de durée de vie de 17.7 ans chez les femmes et de 14.2 ans chez les hommes).

Ceci suggère qu'une prise en charge précoce du diabète de type I doit comporter statine, contrôle de la TA, stop Tabac, lutte contre obésité et sédentarité...).

Mais. alors que dans le diabète de type 2, les facteurs de risque cardiovasculaire (FRCV) sont responsables des maladies cardiovasculaires, la relation est moins bien établie dans le diabète de type I, et les facteurs de risque les plus important sont d'abord l'âge puis l'hyperglycémie.

Il faut donc optimiser le contrôle glycémique...

Dans les schémas actuels comprenant 1 injection d'insuline basale avec 3 injections d'insuline prandiale, et éventuellement des injections de corrections...il faut compter 4-7 glycémies par jour...

En 2015, 1/3 des patients parvenait à un contrôle optimal ...

Question ?

Anxiété et dépression influencent ils le comportement du patient et l'homéostasie du glucose ?

Réponse :

La prévalence de la dépression dans le diabète de type I est entre 5 et 32%, surtout au cours de la 1^{ère} année.

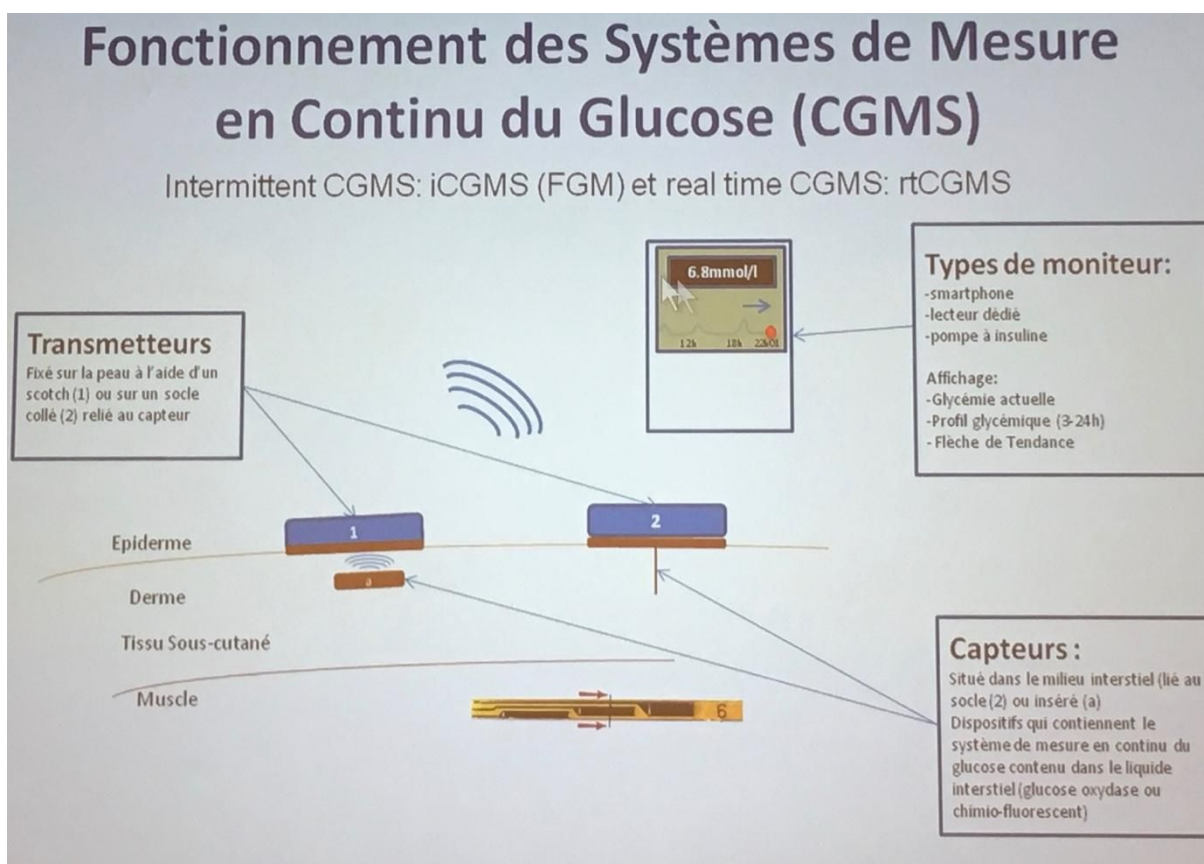
Il y a une relation bidirectionnelle entre le risque de complications/dysglycémie (hypo/hyper) et la survenue d'une dépression. Le risque le plus important de présenter une dépression est l'existence d'un épisode dépressif préalable au diagnostic.

Il existe des échelles de mesure de la dépression chez le diabétique: Problem Areas in Diabetes Scale (PAID) and the Diabetes Distress Scale (DDS).

(http://www.unil.ch/sciences-infirmieres/files/live/sites/sciences-infirmieres/files/shared/Conferences_IUFRS/J_Sturt_Lausanne%20April%202016%20Diabetes%20Distress_f2_handout.pdf).

Différentes évolutions technologiques permettent d'optimiser la surveillance glycémique...les pompes à insuline, et la mesure en continu du glucose (CGMS)...soit au moyen d'un capteur inséré sous la peau, et d'un transmetteur collé, soit au moyen d'une aiguille relié directement à un socle transmetteur, collé sur la peau.

Les transmetteurs sont connectés soit à un smartphone, soit à un lecteur ad hoc, soit directement à la pompe à insuline.



Il faut savoir qu'il existe un délai physiologique de 5 min. pour que l'équilibre se fasse entre la glycémie veineuse et le glucose interstitiel.

Le système CGMS permet une baisse de 1% de l'HbA1C, et le temps passé soit en hyper soit en hypoglycémie est diminuée. Le risque d'hypoglycémies sévères en cas d'insensibilité aux hypoglycémies est aussi diminué.

FGM c'est *flash glucose monitoring*, c'à d. discontinu...

CGM c'est *continuous glucose monitoring* c'à d. continu (!).

Systèmes de FGM/CGM disponibles en Suisse en 2018

- Dexcom G4, G5*, G6*
*Aleppo et al. Diabetes Care 2017
- Medtronic (connect et minilink 2+3)
- Eversense
- Freestyle libre (Flash Glucose Monitoring)



On recommande le système CGM aux patients traités par pompe à insuline ou multi-injection d'insuline (> 3 injections/jr) lorsque l'HbA1C >8%, qu'il y a des hypoglycémies ou que le patient est insensible aux hypoglycémies, ou lors de labilité glycémique...

L'âge n'est pas un facteur limitant...mais il faut que le patient soit capable d'intégrer les informations données par le système donc : éducation (!), et qu'il s'y intéresse...

Les coûts se situent aux alentours de 1'900 frs/an pour le FGM (mesure discontinue: flash glucose monitoring) et entre 4'000 et 6'000 frs/ an.pour le CGM (mesure continue).

Il existe actuellement des algorithmes « minimize hypo » qui s'activent à partir d'une valeur de glycémie déterminée et qui désactivent momentanément la pompe jusqu'à ce que la glycémie remonte à des valeurs fixées...

C'est un peu ce que propose le pancréas artificiel comportant une pompe à insuline, un senseur et un algorithme...

Chaque développement cependant comporte aussi ses avantages et ses inconvénients...



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch