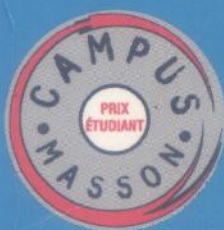


MEDIGUIDES

Guide pratique du diabète

3^e édition



André Grimaldi

S. Jacqueminet - A. Heurtier
F. Bosquet - N. Masseboeuf
M. Halbron - C. Sachon


MIMI
ÉDITIONS

 MASSON

MD 987



35111
②

Guide pratique du diabète



35111

3^e édition

André Grimaldi

Professeur des Universités
Chef du service de diabétologie CHU La Pitié-Salpêtrière

Sophie Jacqueminet

Praticien hospitalier, diabétologue

Agnès Heurtier

Professeur des Universités, diabétologue

Frédéric Bosquet

Praticien hospitalier, diabétologue

Nathalie Masseboeuf

Déticienne

Marine Halbron

Médecin généraliste

Claude Sachon

Praticien hospitalier, diabétologue

Sommaire

Remerciements	V
Préface de la troisième édition	VII
Préface de la deuxième édition	IX
Préface de la première édition	XIII
1 ■ Le diabète, un problème de santé publique	1
2 ■ Quand et comment diagnostiquer un diabète	3
Quand penser au diabète ?	3
Comment affirmer le diabète ?	3
Les limites de la définition	4
3 ■ Hyperglycémie à jeun et intolérance aux hydrates de carbone ou faut-il encore demander des HGPO ?	7
Quelle signification ?	7
Faut-il encore demander des HGPO ?	8
4 ■ Quelle enquête étiologique ?	11
Les données cliniques essentielles pour le diagnostic étiologique	12
Le diagnostic du type de diabète est souvent évident	13
Des formes étiologiques caractéristiques	14
Des formes étiologiques atypiques	15
Des formes rares et exceptionnelles	16
5 ■ Physiopathologie du syndrome métabolique et du diabète de type 2	19
L'anomalie métabolique fondamentale qui précède le DNID est l'insulinorésistance	20
Trois types de tissus adipeux	21
Trois types de fibres musculaires	22

	L'anomalie primitive à l'origine du diabète non insulino-dépendant n'est pas connue.....	23
	L'insulino-résistance a la recherche d'un syndrome.....	24
6	Les objectifs du traitement du diabète non insulino-dépendant.....	29
	L'objectif à long terme est la prévention des complications de micro- et de macroangiopathie.....	29
	Des objectifs généraux aux objectifs partiels.....	31
7	Les principes de la diététique du diabète non insulino-dépendant.....	35
	Chez l'obèse, le régime doit être modérément hypocalorique.....	36
	La restriction calorique doit ensuite porter sur les graisses.....	37
	Ce n'est qu'en troisième ligne qu'il faut éventuellement diminuer l'apport en glucides.....	37
	Pour éviter les compulsions ou les grignotages de fin d'après-midi, il faut proposer au moins trois repas par jour.....	38
	Préférer les graisses insaturées.....	38
	La séparation ancienne entre sucres lents et sucres rapides a été complètement révisée.....	38
	Le conseil diététique doit porter tout autant sur la façon de manger que sur la composition de l'alimentation.....	39
	Les édulcorants peuvent être utilisés chez les diabétiques comme chez les non-diabétiques.....	40
	Le diabétique peut-il prendre des substituts de repas?.....	40
	Il est devenu classique de reconnaître la difficulté du traitement de l'obésité, en avouant l'échec de la faculté en la matière.....	41
8	Exercice physique et diabète non insulino-dépendant.....	53
	Arguments physiopathologiques.....	53
	Arguments épidémiologiques.....	56
	Arguments cliniques.....	56
	Apprendre à prescrire l'activité physique.....	57
9	Les hypoglycémisants oraux.....	61
	Les sulfamides hypoglycémisants.....	65
	Les biguanides.....	69

	Les inhibiteurs des α -glucosidases.....	71
	Les médicaments de l'avenir.....	74
10	L'observance des prescriptions thérapeutiques du diabétique de type 2. Peut-on faire mieux?.....	77
	Alléger les contraintes.....	77
	Expliquer les prescriptions.....	78
	Favoriser la motivation.....	78
	Accompagner les étapes du changement.....	81
	Changer la relation médecin-malade.....	82
11	Autocontrôle glycémique.....	87
12	Quand recourir à l'insulinothérapie chez le diabétique non insulino-dépendant?.....	91
13	Prise en charge des diabétiques : l'enseignement des grandes études contrôlées.....	97
	L'étude du DCCT (<i>diabetes control and complications trial</i>).....	98
	L'étude UKPDS (<i>united kingdom prospective study</i>).....	99
	Hypertension artérielle et diabète.....	100
	Facteurs de risque lipidiques.....	102
14	Le diabète insulino-dépendant ou diabète de type 1.....	105
	Épidémiologie.....	105
	Physiopathologie.....	106
	Une susceptibilité plurigénique.....	107
	Le rôle suspecté des virus.....	107
	La pathogénie du DID n'est pas totalement connue.....	108
	Traitement du diabète insulino-dépendant.....	110
	Les règles de l'insulinothérapie.....	111
15	Les obstacles au bon équilibre du diabète insulino-dépendant.....	123
16	Les urgences métaboliques diabétiques avant l'hospitalisation et au service des urgences.....	133
	Ce que doit savoir (et faire) le médecin traitant devant un coma hyperosmolaire.....	133

	Ce que doit savoir (et faire) l'interne aux services des urgences devant un coma hyperosmolaire	135		Les infections urinaires	178
	Ce que doit savoir (et faire) le médecin traitant devant un coma acidocétosique	137		La néphropathie due aux produits de contraste iodés.....	181
	Ce que doit savoir (et faire) l'interne de garde au service des urgences devant un coma acidocétosique.....	139	21	La macroangiopathie diabétique	183
	Ce que doit savoir (et faire) le médecin traitant devant une acidose lactique.....	142		Épidémiologie : fréquence et gravité	183
	Ce que doit savoir (et faire) l'interne des urgences devant une acidose lactique	142		Rôle des facteurs de risque et de l'hyperglycémie : conséquences cliniques.....	184
	Au domicile du malade et pendant le transport, comment traiter ?	143		Particularités cliniques de la macroangiopathie diabétique	188
	Faut-il toujours hospitaliser le malade ?	143		Prévention de la macroangiopathie	192
17	La microangiopathie diabétique	147	22	Le pied diabétique ou comment prévenir les amputations	199
	Corrélation avec l'équilibre glycémique	147		Les causes d'un échec	199
	Physiopathologie	148		Quels sont les diabétiques à risque podologique ?	200
	Facteurs modulateurs (protecteurs ou aggravants).....	150		Comment dépister les pieds à risque podologique ?	202
18	La rétinopathie diabétique	153		Que faire en cas de plaie du pied chez un diabétique ?	206
	Pourquoi l'échec ?	154		Toute plaie du pied chez un diabétique nécessite-t-elle obligatoirement une hospitalisation en urgence ?.....	209
	Physiopathologie et clinique	155		En urgence, l'interne de garde doit	209
	Traitement.....	157		Secondairement	210
19	La neuropathie diabétique	159		Enfin les progrès tiennent à la coordination des différents intervenants.....	211
	Facteurs favorisants.....	159		Qu'enseigner aux diabétiques sur le risque podologique ?.....	211
	Formes cliniques	160		Comment savoir si l'on a un risque podologique ?	212
	Les mononeuropathies et les mononeuropathies multiples	160		Vous n'avez ni artérite ni neuropathie	213
	Les polyneuropathies diabétiques.....	161		Comment éviter l'artérite ou la neuropathie ?.....	213
	La neuropathie végétative	163		En cas de blessure du pied	213
	Traitement de la neuropathie diabétique	168		Vaccinations	214
20	La néphropathie diabétique	171		Comment protéger un pied diabétique fragilisé par une artérite ou une neuropathie ?	215
	La glomérulopathie diabétique	171		Savoir combattre ces ennemis.....	215
	La glomérulopathie patente	172		Vous devez apprendre à examiner vos pieds tous les jours	217
	La glomérulopathie incipiens	174		Si vous constatez une blessure, même petite	218
	Les facteurs de risque de la glomérulopathie	176		Vaccinations	218
	Les particularités de la glomérulopathie du DNID de plus de 50 ans	177	23	Le diabète du sujet âgé.....	219
				Deux règles médicales générales	219
				Existe-t-il des particularités diagnostiques dues à l'âge ?.....	220
				Quels sont les objectifs glycémiques ?.....	220

Faut-il rechercher un bon équilibre glycémique chez le diabétique âgé athéromateux n'ayant pas de rétinopathie diabétique ?	221
L'âge du diabétique apporte-t-il des particularités aux complications du diabète ?	222
Quand faut-il rechercher une pathologie sous-jacente au diabète ?	224
Quels hypoglycémifiants oraux prescrire ?	225
Quand recourir à une insulinothérapie chez un diabétique âgé ?	227
Quelle autosurveillance glycémique proposer à un diabétique âgé ?	229
Comment prévenir le coma hyperosmolaire ?	230
Peut-on prévenir les lésions du pied diabétique ?	230
Comment reconnaître l'otite maligne externe ?	231
Le diabète favorise-t-il les « rhumatismes » para-articulaires ? ..	231
24 ■ Diabète et grossesse	233
Ce succès est en fait la conséquence de deux progrès :	233
La prise en charge diabétologique	234
Reste le problème du diabète gestationnel dont le dépistage revient essentiellement au généraliste et à l'obstétricien	236
Quand faut-il instituer une insulinothérapie ?	239
Chez quelles femmes réaliser le dépistage de l'hyperglycémie gestationnelle ?	240
25 ■ Contraception et diabète	241
Lorsque la pilule œstro-progestative est contre-indiquée on a donc le choix entre :	242
26 ■ Hormonothérapie de la ménopause	243
27 ■ Quand le médecin généraliste doit-il adresser un diabétique non insulino-dépendant	245
... À un ophtalmologiste ?	245
... À un diabétologue ?	245
... À une diététicienne ?	245
... À une infirmière compétente en diabétologie ?	246
... À un médecin podologue ou à un pédicure podologue compétent en diabétologie ?	246
... À un cardiologue ?	246

... À un angiologue-« Dopplériste » ?	247
... En hôpital de jour ?	247
... En hôpital de semaine d'éducation diabétologique ?	247
28 ■ Diabète – droits et société	249
École	249
Orientation professionnelle	249
Médecine du travail	249
Droit du travail	250
Sécurité sociale	250
Vie sociale	251
Glossaire	253
Adresses utiles	257
Association française des diabétiques (AFD)	257
Association de pédiatres pour l'aide aux jeunes diabétiques	257
Association de langue française d'études du diabète et des maladies métaboliques	257
Alfediam paramédicale	258
Ainsi que... ..	258
Index	259

Guide pratique du diabète

Face à plus de deux millions de diabétiques et cinq cent mille qui s'ignorent, les praticiens se doivent d'être bien informés des formes (insulino- et non insulino-dépendants), des traitements et des complications de cette pathologie dont la prévalence augmente de 3% par an.

L'ouvrage fait la synthèse de la physiopathologie de la maladie et de ses complications, des données de la médecine factuelle basées sur les grandes études et des apports de la psychologie de la santé appliqués au diabète.

Cette **troisième édition** met en exergue l'essentiel du traitement curatif et préventif sous la forme des **conduites pratiques à tenir dans les différentes situations** : comment aider le patient à se motiver pour modifier ses habitudes alimentaires et son activité physique ? Quand prescrire un hypoglycémiant oral ? Quand passer à une bi- ou une trithérapie ? Quelle place pour l'auto-surveillance glycémique ? Quand parler de l'insulinothérapie et comment la mettre en œuvre ? Quels objectifs glycémiques, tensionnels, lipidiques ? Quand recourir au spécialiste ? Quand hospitaliser ? Quels sont les premiers gestes devant une complication podologique ? Quelle relation médecin-malade ? Comment éviter les principales contre-attitudes médicales face à la mauvaise observance du patient ? Autant de questions pratiques.

Guide très concret et très complet, cet ouvrage a été spécialement conçu par l'équipe médicale et paramédicale du service de diabétologie de La Pitié-Salpêtrière pour les médecins praticiens, en particulier pour les médecins généralistes.

L'AUTEUR

André Grimaldi est professeur des universités, chef du service de diabétologie au CHU La Pitié-Salpêtrière.

