

Typage du diabète

- Bilan systématique: diabète
 - bilan martial, imagerie pancréatique
 - WOOCLAP
 - Et si ce n'était pas un DT2; les marqueurs pour tous ?
 - Ce qui met la puce à l'oreille: vitiligo, Hashimoto, petit poids, insulinoréquérance « rapide », absence d'ATCDs familiaux
- > dosage des Ac
- Et si c'était un diabète monogénique?
 - Cas clinique
-
- François Mikael 22/11/1978
 - Annick Saint Martin 28/08/1951
 - Lemonnier Gisèle 31/05/1950

HbA1c/GMI

Pour ou contre

- Obligation ROSP 1 dosage tous les 3 mois

- Ce qui fausse l'HbA1c:

Anémie-transfusion/cirrhose/hémolyse/insuff rénale....

- Explications sur le GMI/lecture de courbes
- Données de biblio uniquement sur HbA1c
- Les données sur GMI et mortalité
- Et finalement faut il se fier à l'HbA1c pour orienter le ttt du diabète?
- Oui reco SFD sur obj personnalisés
- Non pas forcément recommandations ADA/EASD, prise de position de la SFD, recommandations ESC

Pièges de l'HbA1c

Sous estimation

- Anémie aiguë
- Réticulocytes
- Drépanocytose
- Interféron, vit E et C, pH
- Hépatopathie
- Hémodialyse
- Grossesse
- HIV (antiviraux)

Surestimation

- Anémie ferriprive (accumulation du monaldéhyde)
- Afro-américain
- Splénectomie
- Hb Foetale
- Alcool; opiacés, acide salicylique
- Insuffisance rénale (Hb carbamylée)
- Age

Recommandations CGM

| Paramètres MCG | Objectifs |
|---|-----------|
| CV (coefficient de variabilité) | ≤ 36% |
| Temps très au delà de la cible > 250 mg/dl | < 5% |
| Temps au delà de la cible entre 181 et 250 mg/dl | < 25% |
| Temps dans la cible entre 70 et 180 mg/dl | > 70% |
| Temps en dessous de la cible entre 54 et 69 mg/dl | < 4% |
| Temps très en dessous de la cible < 54 mg/dl | < 1% |

Battelino T, Danne T, Bergenstal RM, et al. Clinical Targets for Continuous Glucose Monitoring Data Interpretation: Recommendations From the International Consensus on Time in Range. Diabetes Care 2019;42:1593-603

4 octobre 2023 - 17 octobre 2023

Temps d'activité du capteur:

14 J SAM. 7 oct.

96%

| Plages et cibles pour | | Diabète de type 1 ou de |
|--|--|--|
| Plages de glycémie | | Cibles % de lectures (heure/jour) |
| Plage cible 70-180 mg/dL | | Supérieur à 70% (16h 48min) |
| En dessous de 70 mg/dL | | Inférieur à 4% (58min) |
| En dessous de 54 mg/dL | | Inférieur à 1% (14min) |
| Au-dessus de 180 mg/dL | | Inférieur à 25% (6h) |
| Au-dessus de 250 mg/dL | | Inférieur à 5% (1h 12min) |
| Chaque augmentation de 5 % du temps dans la plage (70-180 mg/dL) est bénéfique sur le plan clinique. | | |

Taux de glucose moyen

148 r DIM. 8 oct.

Indicateur de gestion de la glycémie (GMI)

6,9% ou 51 mmol/mol

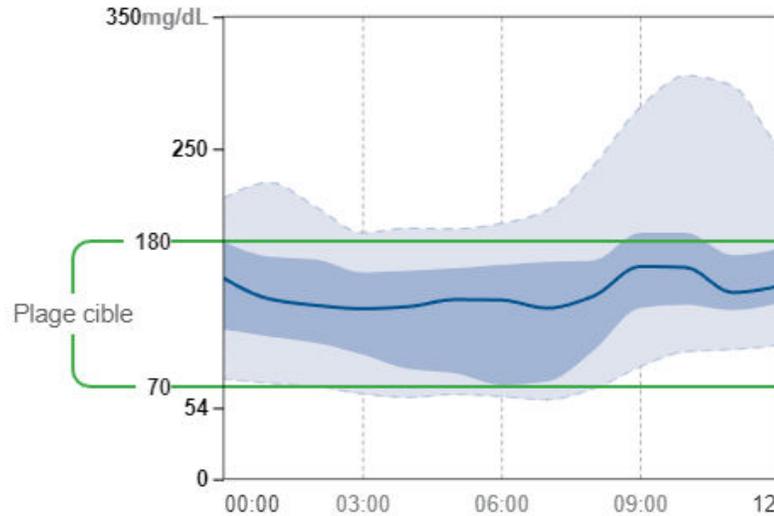
Variabilité de la glycémie

32,6%

Défini en pourcentage du coefficient de variation (%CV) ; Cible ≤ 36 %

PROFIL DE GLUCOSE AMBULATOIRE (PGA)

Le PGA est un récapitulatif des valeurs de glycémie pendant la période du rapport affichant la répartition des lectures.



- Glucose mg/dL
- Max
- Min
- Glucides grammes
- Insuline à action rapide
- Insuline à action prolongée

Commentaires



- Glucose mg/dL
- Max
- Min
- Glucides grammes
- Insuline à action rapide
- Insuline à action prolongée



LUN. 9 oct.

- Glucose mg/dL
- Max
- Min
- Glucides grammes
- Insuline à action rapide
- Insuline à action prolongée

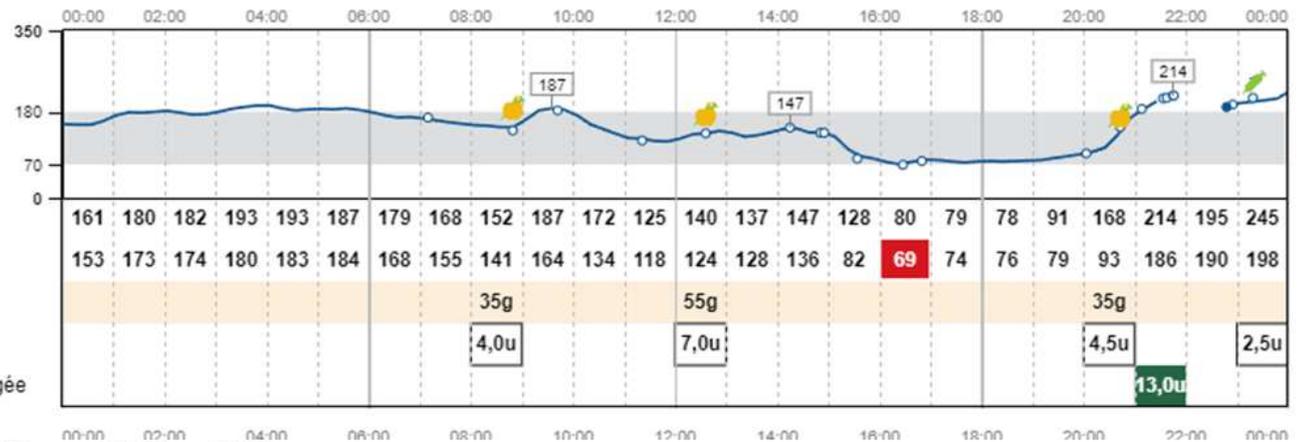
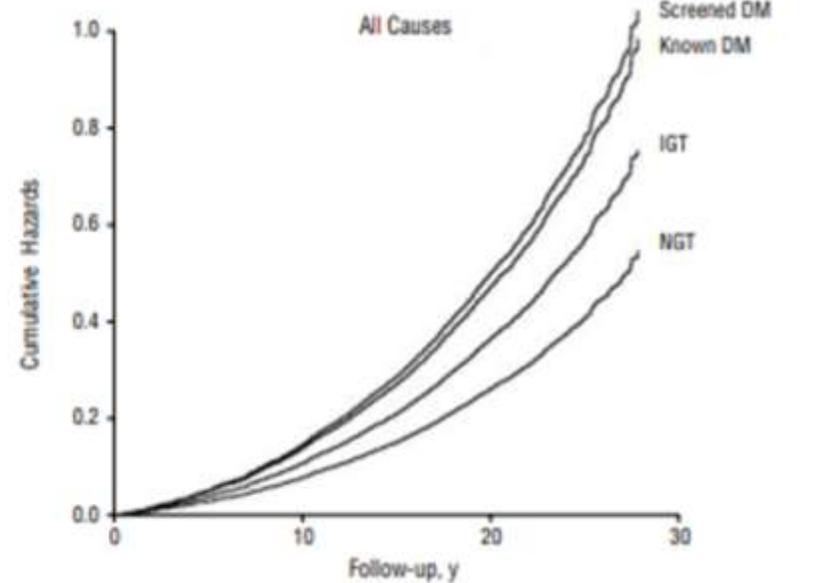
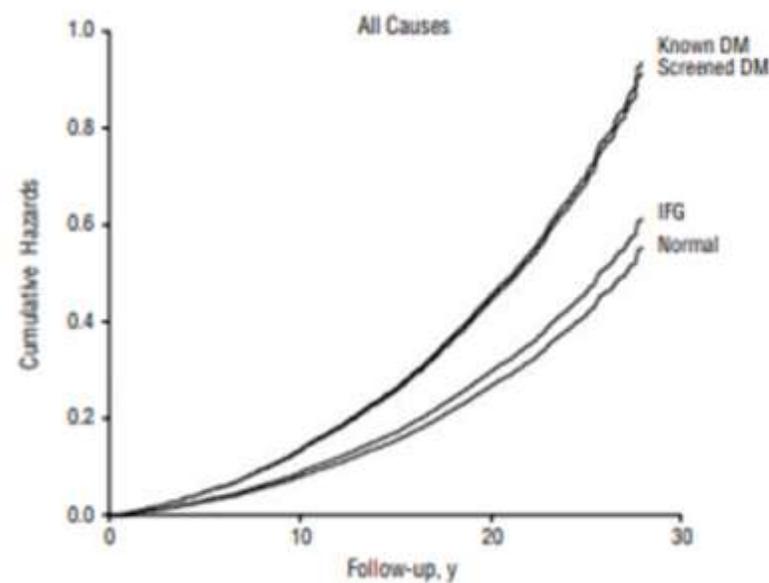
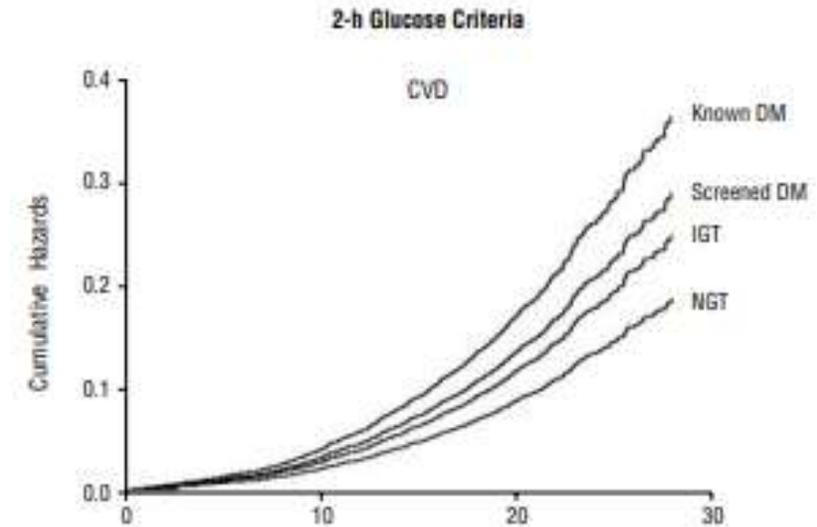
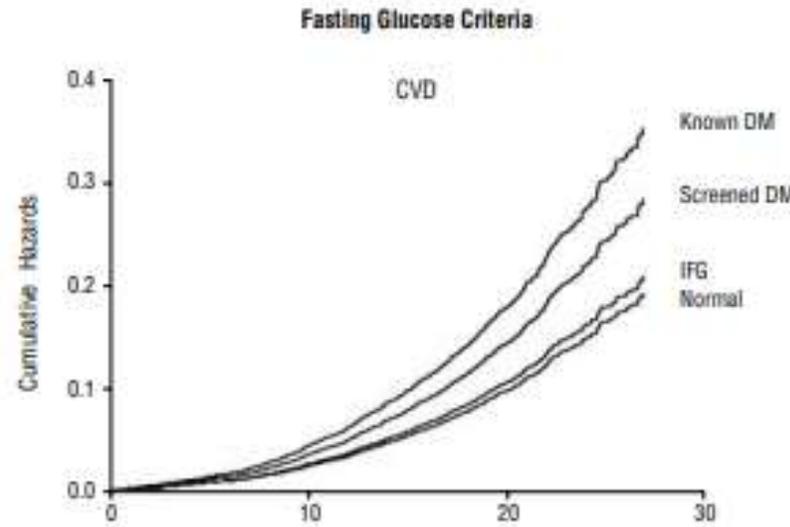


TABLEAU 1

Objectifs d'HbA_{1c} à individualiser selon le profil du patient.

| Profil du patient | HbA _{1c} cible | |
|---|---|--|
| Personnes âgées de moins de 75 ans | Patients vivant avec un DT2 : – avec une espérance de vie supérieure à 5 ans – ET sans comorbidité(s) sévère(s) – ET sans IRC sévère ou terminale (stade 4 ou 5) ¹ | $\leq 7\%$, voire $\leq 6,5\%$ à condition que cet objectif soit atteignable grâce aux modifications thérapeutiques du mode de vie et/ou à des traitements ne provoquant pas d'hypoglycémie |
| | Patients vivant avec un DT2 : – avec une espérance de vie limitée (< 5 ans) – ET/OU une (ou plusieurs) comorbidité(s) sévère(s) – ET/OU une IRC sévère ou terminale (stade 4 ou 5) ¹ – OU ayant une longue durée d'évolution du diabète (> 10 ans) et pour lesquels la cible de 7 % s'avère difficile à atteindre, en particulier lorsque l'intensification thérapeutique expose au risque d'hypoglycémies sévères | $\leq 8\%$ en restant au-dessus de 7 % en cas de traitement par sulfamide hypoglycémiant (SU) ² , glinide ou insuline |
| Personnes âgées de plus de 75 ans ³ | Dites « en bonne santé », bien intégrées socialement et autonomes d'un point de vue décisionnel et fonctionnel, et dont l'espérance de vie est jugée satisfaisante | $\leq 7\%$ ⁴ |
| | Dites « fragiles » à l'état de santé intermédiaire et à risque de basculer dans la catégorie des « dépendants et/ou à la santé très altérée » | $\leq 8\%$ ⁵ en restant au-dessus de 7 % ⁵ en cas de traitement par SU ⁶ , glinide ⁷ ou insuline |
| | Dites « dépendantes et/ou à la santé très altérée », en raison d'une polyopathie chronique évoluée génératrice de handicaps et d'un isolement social | $< 9\%$ et/ou glycémies capillaires préprandiales entre 1 et 2 g/L en restant au-dessus de 7,5 % avec des glycémies préprandiales $> 1,40$ g/L en cas de traitement par SU ⁷ , glinide ⁷ ou insuline |
| Patientes enceintes ou envisageant de l'être ⁷ | Avant d'envisager la grossesse | $\leq 6,5\%$ |
| | Durant la grossesse | $\leq 6,5\%$ et glycémies capillaires $< 0,95$ g/L à jeun et $< 1,20$ g/L en postprandial à 2 h |

- Etude européenne DECODE
- 8,8 années de suivi
- 22514 patients
 - 796 DT2 préalables
 - Autres classés selon GAJ et HGPO (75g):
 - Découverte de DT
 - Intol au glucose (IGT)
 - GAJ anormale (IFG)
 - Profil glycémique normal
- Les patients intolérants au glucose ont un risque intermédiaire entre les patients diabétiques et le normoglycémiques



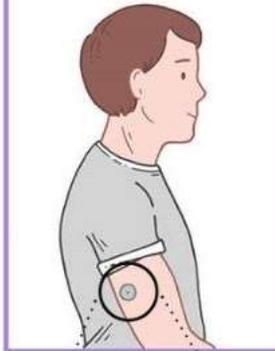
Point capteurs

- Remboursement
- FSL
- Dexcom One

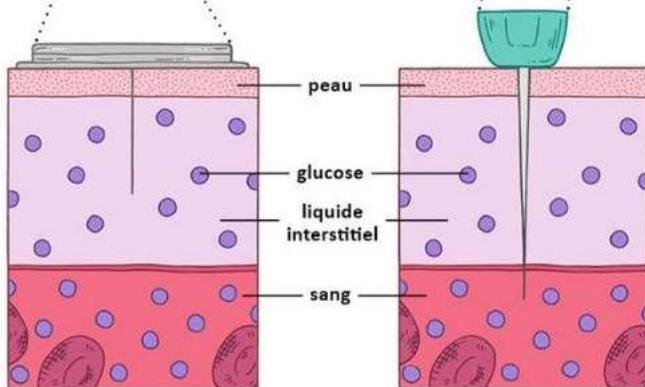
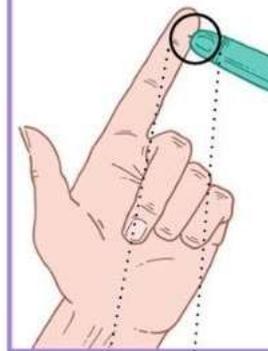
- Tuto de déchargement

- Différence glycémie interstitielle/capillaire

MESURE DU GLUCOSE DANS
LE LIQUIDE INTERSTITIEL
avec un capteur de glucose



MESURE PAR
GLYCÉMIE CAPILLAIRE
avec un autopiqueur



CARNET/ FREESTYLE ADAPTATION DE DOSE

- Cas clinique DT2
- Basale/ADO

Cinétique/Supériorité des insulines

- Pour/contre
- Bio similaires sont moins chers et équivalents
- Insuline ultra rapide ou ultra lentes: vraie bonne idée?
- Rappel sur la cinétique des insulines