

# Exploration d'un diabète sucre de découverte récente

## Objectifs:

- 1- Poser le diagnostic du DS
- 2 - Classer un DS
- 3 - Rechercher et traiter les facteurs de risque cardio-vasculaire
- 4 - Planifier un bilan périodique des lésions lies au DS

## Définitions - Généralité

### Le diabète :

« un groupe de maladies métaboliques caractérisées par une **hyperglycémie chronique** résultant d'un défaut de la sécrétion ou de l'action de l'insuline ou des **deux conjuguées** ».

L'hyperglycémie chronique est la cause principale de la survenue des complications dégénératives du diabète ( yeux, reins , nerfs, cœur et vaisseaux)

## CAS CLINIQUE

Mr B,N 44 ans, consulte pour un bilan de santé dans le cadre de la médecine de travail dont une glycémie a jeun est revenue a 1,80g/l,

### ATCD:

- Personnels: -Tabagisme 10 paquet/an depuis 02 ans,
- Familiaux: - père diabétique depuis 10 ans

### Examen clinique:

- poids = 90 kg; taille = 171 m ; Tour de taille: 110 cm
- TA = 155/85 mmhg
- le reste de lexamen clinique est RAS,

Quelques jours après ce premier résultat son médecin réalise un nouveau bilan sanguin:

- ▶ Glycémie à jeun: 1,90g/l,
- ▶ HBA1C: 8,5%,
- ▶ Créatinine: 95µmol/l,

1- Quel est votre diagnostic? Sur quels Arguments?

Est-ce que la glycémie est en corrélation avec l'HBA1C?

### Diabète sucré

- ▶ 02 glycémie a jeun sup a 1,26g/l
- ▶ sur l'HBA1C,

### De type 2

- ▶ Age 55ans,
- ▶ Asymptomatique
- ▶ Atcds Familiaux de diabete,

	g/l	mmol/l
Diabète	<b>G0 ≥ 1,26</b> et/ou <b>HGPO 2h ≥ 2,00</b> <b>Hb1ac ≥ 6,5 %</b>	7,0 11,1
Intolérance au glucose I.T.G	G0 < 1,26 et HGPO 2h ≥ 1,40	7,0 7,8
Hyperglycémie modérée à jeun H.M.G	$1 \leq G_0 < 1,26$ et HGPO 2h < 1,40	6,1-7,0 7,8

## Quand faut-il rechercher un diabète sucré ?

1- En cas de <u>symptomatologie évocatrice</u>	2/ Chez un sujet à risque <u>même en absence de symptomatologie</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Syndrome cardinal (insulinocarence) :</u></li> <li>• <u>Polyurie-Polydipsie,</u></li> <li>• <u>Amaigrissement contrastant avec la polyphagie,</u></li> <li>• <u>Asthénie</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>dépistage :</u></li> <li>• <u>en cas de BMI ≥ 25 avec 1 facteur de risque</u></li> </ul>

### Dépistage :

#### en cas de BMI ≥ 25 avec 1 facteur de risque

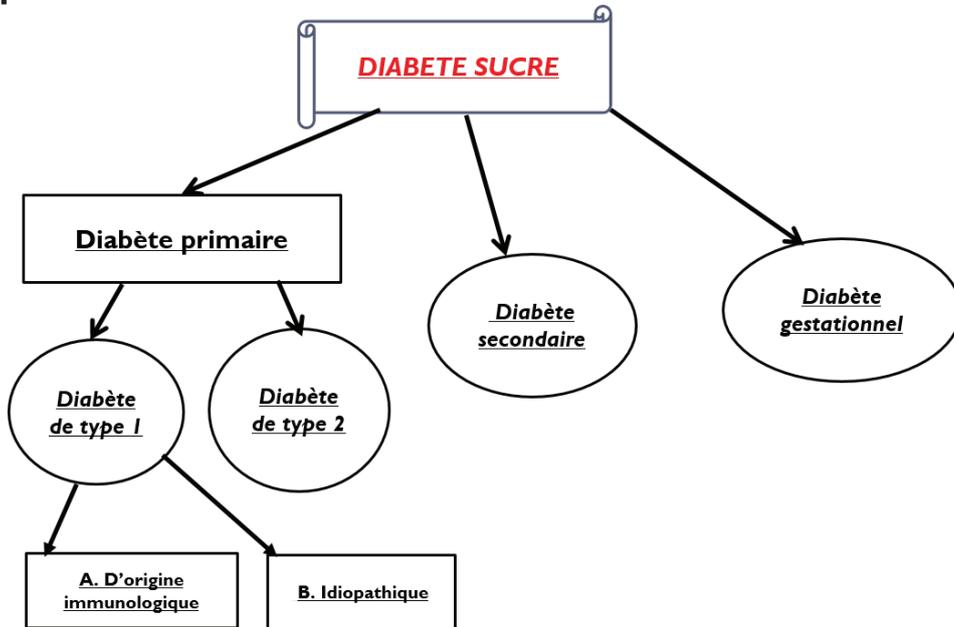
- ▶ Ethnies à haut risque de DS (américains, asiatiques...)
- ▶ ATCDS familiaux (1°) de DT2
- ▶ Femmes aux ATCDS de Diabète gestationnelle ou de macrosomie....
- ▶ Sédentarité
- ▶ Signes d'insulinorésistance

(HTA, dyslipidémie = TG > 1,5 et/ou HDLc < 0,35, obésité sévère, acanthosis nigricans)

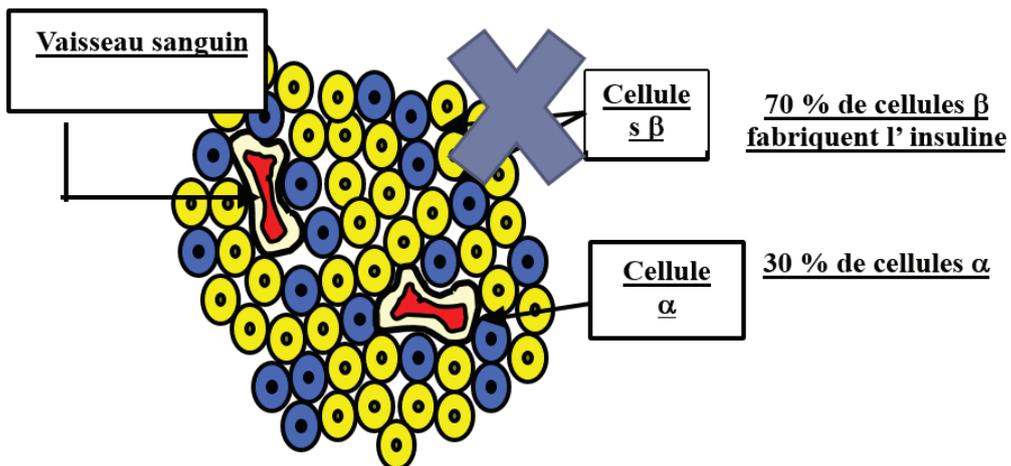
- ▶ ATCDS perso de pré diabète ou de Maladie CVx

1- En cas de <u>symptomatologie évocatrice</u>	2/ Chez un sujet à risque même en absence de <u>symptomatologie</u>	3/ EN ABSENCE DE <u>FACTEUR DE RISQUE:</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Syndrome cardinal (insulinocarence) :</u></li> <li>• <u>Polyurie-Polydipsie,</u></li> <li>• <u>Amaigrissement contrastant avec la polyphagie,</u></li> <li>• <u>Asthénie</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>dépistage :</u></li> <li>• <u>en cas de BMI ≥ 25 avec 1 facteur de risque</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>DT2 doit être rechercher si AGE &gt; 45ans</u></li> </ul>

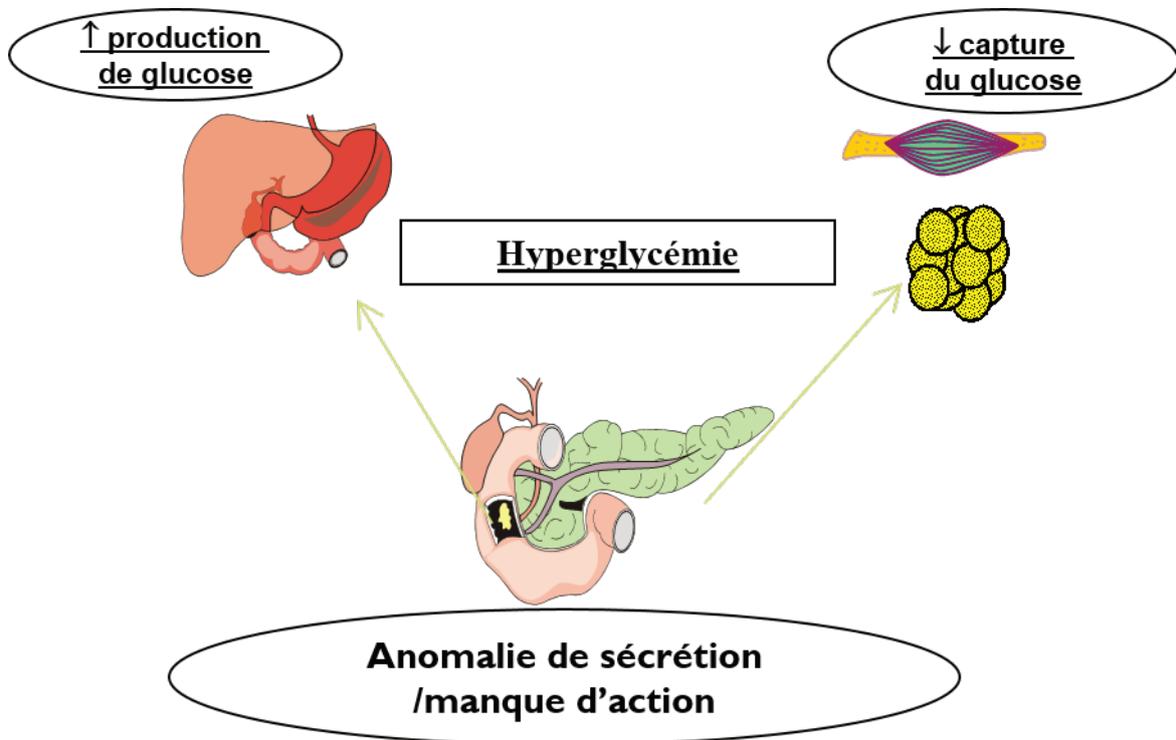
Quel est le type de ce diabète?



**DESTRUCTION PLUS 90 % = DIABETE SUCRE TYPE I**



Diabète de type 2



## SAVOIR DEPARTAGER ENTRE DT1 ET DT2

	DS type 1	DS type 2
<u>Paramètres épidémiologiques :</u>	- Faible :0,2-0,5% - 10-15% des DS - Faible (Type1)	- plus élevée 5-10% - 85-90% des DS - Forte prévalence (type 2)
<u>Paramètres cliniques :</u>	- Avant 30ans - normal - brutal et rapide - bruyants intenses - franche - spontanée, inaugurale	- Après 40 ans - 80% obèses - insidieux - latents ou modérés - modérée - non spontanée
<u>Paramètres biol et Im</u>	- effondré - oui - présents	- normal / peu diminué - non - absents
<u>Hypoglycémiant oraux</u>	- inefficace (seuls)	- efficaces
<u>Insulinothérapie</u>	- vitale	- non vitale
<u>Complications chroniques</u>	- pas avant 05 ans	- fréquentes lors du diagnostic

### Formes cliniques intermédiaires

Caractérisées par une dégradation intermédiaires de l'insulinosécrétion : plus rapide que le DT2 classique et moins rapide que le DT1

- **LADA:** (Latent Auto immune Diabetes in Adults,/ Diabète type 1 Lent ): destruction des îlots par un processus auto immunité lent,
- Adulte (après 30 ans)
- Marqueurs d'auto-immunité anti-îlots
- Ne nécessitant pas de traitement par insuline dans les 6 mois suivant le diagnostic.
- 10 % des patients étiquetés « diabète de type 2 »

### CHERCHER UNE CAUSE SECONDAIRE DIABÈTE

<b>Maladies pancréatiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pancréatite chronique calcifiante (30 % des PCC) (QS)</li> <li>• Pancréatite aiguë (QS)</li> <li>• Cancer du pancréas exocrine (QS)</li> <li>• Mucoviscidose (QS)</li> <li>• Hémochromatose (QS)</li> <li>• Pancréatectomie / traumatisme (QS)</li> </ul>
<b>Maladies endocrines</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Syndrome de Cushing (QS)</li> <li>• Hyperaldostéronisme I (QS-hypokaliémie diabétogène)</li> <li>• Acromégalie (QS)</li> <li>• Phéochromocytome (QS)</li> <li>• Glucagonome : <b>erythème nécrolytique</b></li> <li>• Somatostatine</li> <li>• Hyperthyroïdie (QS)</li> </ul>
<b>Médicaments et toxiques</b> (interrogatoire)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corticoïdes</li> <li>• Stéroïdes sexuels</li> <li>• Neuroleptiques atypiques (type Zyprexa®)</li> <li>• Immunosuppresseurs</li> <li>• Antiprotéases des trithérapies VIH</li> <li>• Statines</li> <li>• Pentamidine (bêta-2 mimétique)</li> </ul>

## le type de diabète ?

- 1) AGE DE DECOUVERTE: 55 ANS
- 2) CIRCONSTANCE CE DECOVERTE : FORTUITE (BILAN DE ROUTINE)
- 3) DEBUT NON CÉTOSIQUE
- 4) SIGNES CLINIQUES MODÉRÉS
- 5) ATCDS FAMILIAUX DE DS
- 6) OBÉSITÉ
- 7) **PAS PRISE MDCTS NI PATHOLOGIES SOUS JACENTE**

## DIABETE PRIMAIRE TYPE 2

### CAS CLINIQUE

2- Est-ce que la glycémie est en corrélation avec l'HBA1C?

▶ **Oui;**

la glycémie a jeun est en corrélation avec une HBA1C élevé

▶ En effet toute augmentation de la glycémie de 0,3g/l s'accompagne d'une augmentation de 1% d'HBA1C,

3 - que pensez vous de son poids?

Il présente une **obésité grade I** De type **androïde**

IMC: **30,8 kg/m<sup>2</sup>,**

TT= **110cm**

### **IMC NORMALE: 18-25**

**< 18 : maigre**

**25-30 : surpoids**

➤ **30 : obésité**

**TT H ≥ 94 cm / F ≥ 80 cm**

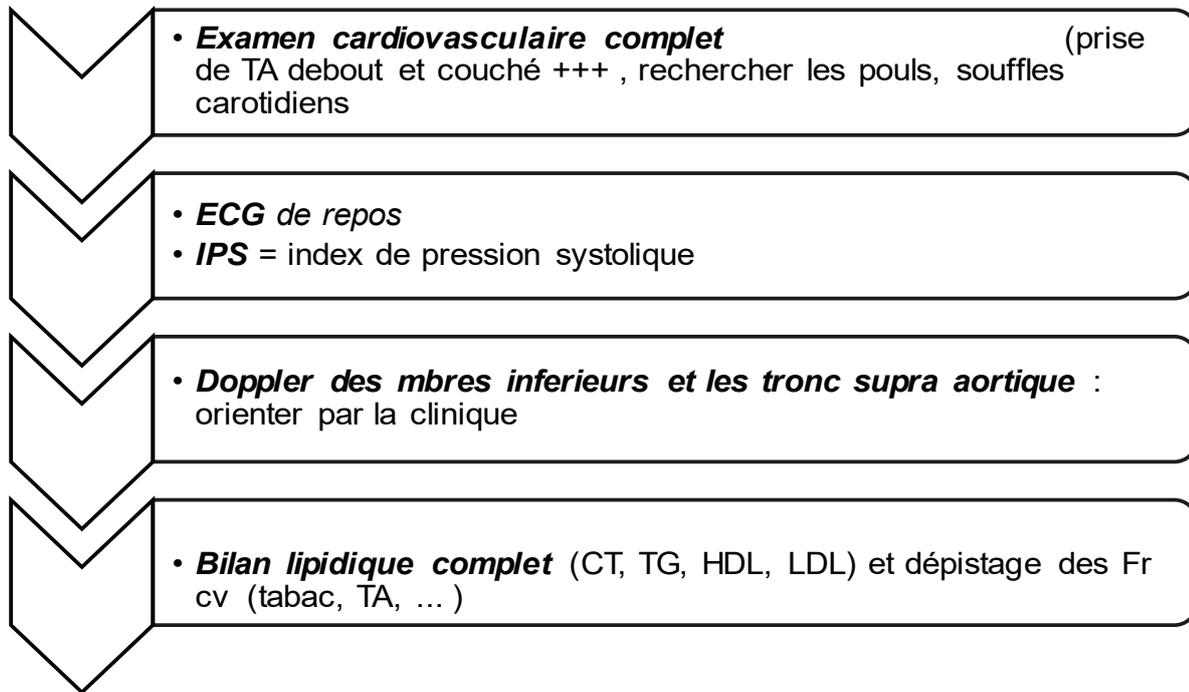
4- que pensez vous de sa TA?

- ▶ **Hypertension Artérielle**
- ▶ recommandation chez le diabétique: **130/80cmhg**

5- quel bilan de complications proposez vous chez se patient?

- ▶ **Etablir la carte lésionnelle du diabète :**
- ▶ complications dégénératives macro et microvasculaire
  - Chez les DT2 **dés la découverte du DS**
  - Chez les DT1 **Après 5 ans évolution**

## Macro Angiopathie : Cardiovasculaires



## Micro angiopathie :



## 6- Quel bilan des facteurs de risques que cardiovasculaire vous allez demander?

### **IL FAUT CHERCHER ET TRAITER** **Les Facteurs de risque cardiovasculaire**

#### **Non modifiables:**

- **Antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire précoce :**
  - IDM ou mort subite avant 55 ans chez le père ou chez un parent du 1er degré de sexe masculin,
  - IDM ou mort subite avant 65 ans chez la mère ou chez un parent du 1er degré de sexe féminin,
  - Antécédents familiaux d'AVC constitué avant 45 ans.
- **Âge et sexe :**
  - Homme de 50 ans ou plus,
  - Femme de 60 ans ou plus.

#### **Modifiables:**

- Tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3ans.
- HTA permanente traitée ou non.
- HDL-cholestérol < 0,40 g/L (1,0 mmol/L).
- Obésité abdominale .
- Sédentarité.
- Consommation excessive d'alcool (> 3 verres de vin par jour).

#### **Spécifiques:**

- Microalbuminurie (> 30 mg/24 h), macro protéinurie, insuffisance rénale.
- Mauvais équilibre glycémique.
- **Diabète sucré type 2.**

## CAS CLINIQUE

- ▶ **Bilan lipidique**
- ▶ Cholestérol t
- ▶ TG
- ▶ HDL
- ▶ LDL

Le LDL-cholestérol est calculé par la formule de **FRIEDEWALD**, valable à condition que les triglycérides soient inférieurs à 4,6 mmol/l (ou 4 g/l):

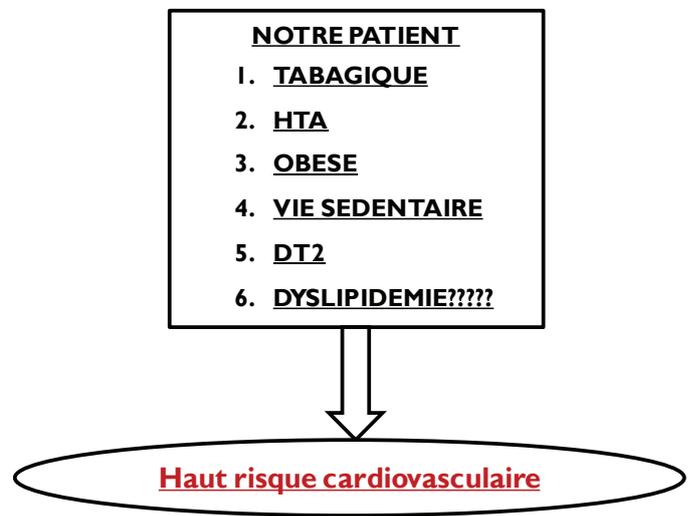
**Chol LDL = Chol T - (Chol HDL + TG/2,2) (en mmol/l)**

**Chol LDL = Chol T - (Chol HDL + TG/5) (en g/l)**

- ▶ le fond d'œil et la microalbuminurie sont normaux,
- ▶ Le bilan lipidique est le suivant:
  - ▶ **Cholestérol total:2,20 g/l**
  - ▶ **TG : 2,2g/l**
  - ▶ **HDL: 0,61 g/l**
  - ▶ **LDL: 1,20g/l**

## 7- Que pensez vous?

- ▶ Hypertriglycéridémie: sup a 1,5g/l
- ▶ HDL à **taux protecteur** sup a 0,4
- ▶ LDL non dans les objectifs sup a 0,7
- ▶ Diabète moins de 10ans: + 3FRCV



## 8- Quelle prise en charge thérapeutique lui proposez vous?

Et quels seraient vos objectifs thérapeutiques?

### OBJECTIFS

- A. Equilibre glycémique
- B. Recherche, traitement et prévention des complications
- C. Suivi au long cours et observance

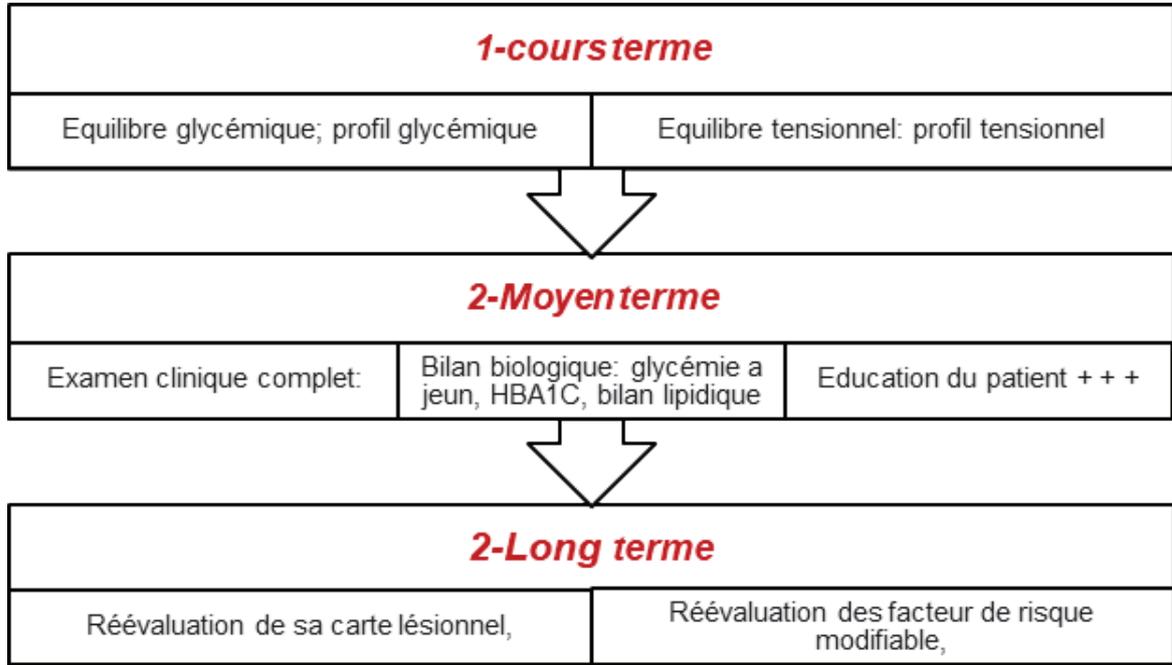
### OUTILS:

1. Règles hygiéno-diététiques
2. Education thérapeutique du patient
3. Traitements médicamenteux de DS : ADO
4. Trt HTA + dyslipidémie
5. **CONTRÔLE DES FRCVX**: arrêt de tabac, réduction de poids, lutter contre la sédentarité, activité physique régulière.....

### **mesure hygiéno-diététique:**

- ▶ Restriction calorique car obésité,
- ▶ Réduction des graisses alimentaires,
- ▶ Réduction des sucres raffinés
- ▶ Restriction sodée car HTA
- ▶ Activité physique sup a 3h par semaine,

## SURVEILLANCE



## DEMARCHE INITIALE LORS DE LA DECOUVERTE D'UN DIABETE

- **Bilan étiologique:** rechercher un diabète secondaire (cause curable)
- **Typier** du diabète (1 ou 2)
- Rechercher les **complications dégénératives**
- Rechercher des **comorbidités**
- Mettre en place la **stratégie thérapeutique et le suivi**