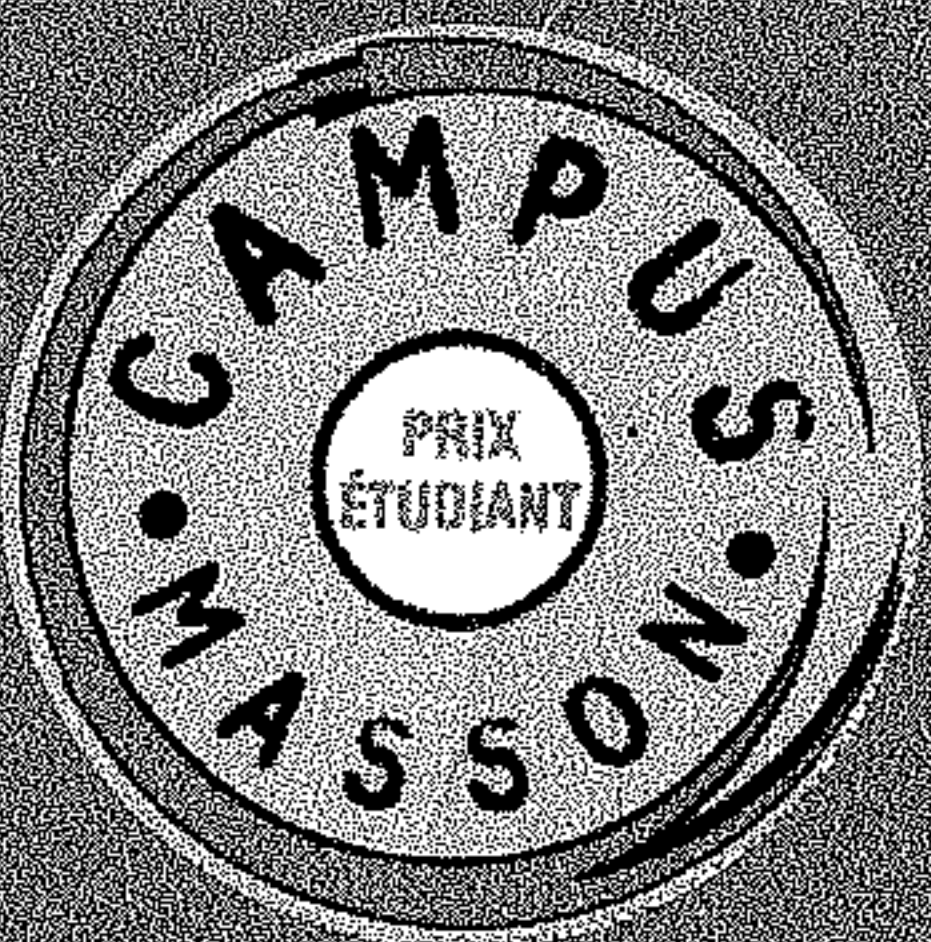


**MEDIGUIDES**

# Guide pratique du diabète

**3<sup>e</sup> édition**



**André Grimaldi**

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

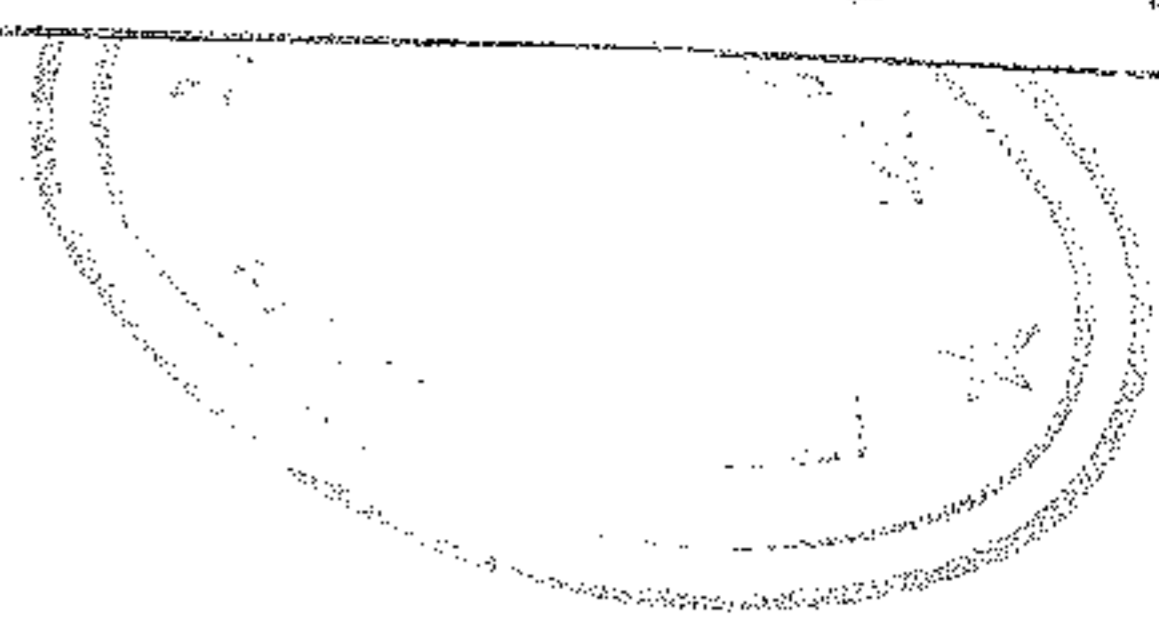
  
MIMI  
ÉDITIONS

 **MASSON**

X- 616-415-1

2-616-415-1

**MEDIGUIDES**



# Guide pratique du diabète

**3<sup>e</sup> édition**



**MASSON**

# Sommaire

Remerciements .....	V
Préface de la troisième édition.....	VII
Préface de la deuxième édition.....	IX
Préface de la première édition .....	XIII
<b>1</b> ■ Le diabète, un problème de santé publique .....	1
<b>2</b> ■ Quand et comment diagnostiquer un diabète .....	3
Quand penser au diabète ? .....	3
Comment affirmer le diabète ? .....	3
Les limites de la définition.....	4
<b>3</b> ■ 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
<b>4</b> ■ 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
<b>5</b> ■ 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
<b>6</b>	<b>Les objectifs du traitement du diabète non insulino-dépendant.....</b>	<b>29</b>
	L'objectif à long terme est la prévention des complications de micro- et de macroangiopathie .....	29
	Des objectifs généraux aux objectifs partiels .....	31
<b>7</b>	<b>Les principes de la diététique du diabète non insulino-dépendant.....</b>	<b>35</b>
	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
<b>8</b>	<b>Exercice physique et diabète non insulino-dépendant .....</b>	<b>53</b>
	Arguments physiopathologiques .....	53
	Arguments épidémiologiques .....	56
	Arguments cliniques .....	56
	Apprendre à prescrire l'activité physique.....	57
<b>9</b>	<b>Les hypoglycémisants oraux .....</b>	<b>61</b>
	Les sulfamides hypoglycémisants .....	65
	Les biguanides.....	69

	Les inhibiteurs des $\alpha$ -glucosidases.....	71
	Les médicaments de l'avenir.....	74
<b>10</b>	<b>L'observance des prescriptions thérapeutiques du diabétique de type 2. Peut-on faire mieux ? .....</b>	<b>77</b>
	Alléger les contraintes .....	77
	Expliquer les prescriptions .....	78
	Favoriser la motivation .....	78
	Accompagner les étapes du changement.....	81
	Changer la relation médecin-malade .....	82
<b>11</b>	<b>Autocontrôle glycémique.....</b>	<b>87</b>
<b>12</b>	<b>Quand recourir à l'insulinothérapie chez le diabétique non insulino-dépendant ? .....</b>	<b>91</b>
<b>13</b>	<b>Prise en charge des diabétiques :</b>	
	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
<b>14</b>	<b>Le diabète insulino-dépendant ou diabète de type 1 .....</b>	<b>105</b>
	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
<b>15</b>	<b>Les obstacles au bon équilibre du diabète insulino-dépendant .....</b>	<b>123</b>
<b>16</b>	<b>Les urgences métaboliques diabétiques avant l'hospitalisation et au service des urgences .....</b>	<b>133</b>
	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
	Ce que doit savoir (et faire) le médecin traitant devant un coma acidocétosique .....	137
	Ce que doit savoir (et faire) l'interne de garde au service des urgences devant un coma acidocétosique.....	139
	Ce que doit savoir (et faire) le médecin traitant devant une acidose lactique.....	142
	Ce que doit savoir (et faire) l'interne des urgences devant une acidose lactique .....	142
	Au domicile du malade et pendant le transport, comment traiter ? .	143
	Faut-il toujours hospitaliser le malade ? .....	143
<b>17</b>	■ La microangiopathie diabétique .....	147
	Corrélation avec l'équilibre glycémique .....	147
	Physiopathologie.....	148
	Facteurs modulateurs (protecteurs ou aggravants).....	150
<b>18</b>	■ La rétinopathie diabétique .....	153
	Pourquoi l'échec ?.....	154
	Physiopathologie et clinique .....	155
	Traitement.....	157
<b>19</b>	■ La neuropathie diabétique .....	159
	Facteurs favorisants.....	159
	Formes cliniques .....	160
	Les mononeuropathies et les mononeuropathies multiples .....	160
	Les polyneuropathies diabétiques.....	161
	La neuropathie végétative .....	163
	Traitement de la neuropathie diabétique .....	168
<b>20</b>	■ La néphropathie diabétique .....	171
	La glomérulopathie diabétique.....	171
	La glomérulopathie patente .....	172
	La glomérulopathie incipiens .....	174
	Les facteurs de risque de la glomérulopathie .....	176
	Les particularités de la glomérulopathie du DNID de plus de 50 ans .....	177

	Les infections urinaires .....	178
	La néphropathie due aux produits de contraste iodés.....	181
<b>21</b>	■ La macroangiopathie diabétique .....	183
	Épidémiologie : fréquence et gravité .....	183
	Rôle des facteurs de risque et de l'hyperglycémie : conséquences cliniques.....	184
	Particularités cliniques de la macroangiopathie diabétique .....	188
	Prévention de la macroangiopathie .....	192
<b>22</b>	■ Le pied diabétique ou comment prévenir les amputations	199
	Les causes d'un échec .....	199
	Quels sont les diabétiques à risque podologique ? .....	200
	Comment dépister les pieds à risque podologique ? .....	202
	Que faire en cas de plaie du pied chez un diabétique ? .....	206
	Toute plaie du pied chez un diabétique nécessite-t-elle obligatoirement une hospitalisation en urgence ?.....	209
	En urgence, l'interne de garde doit .....	209
	Secondairement .....	210
	Enfin les progrès tiennent à la coordination des différents intervenants.....	211
	Qu'enseigner aux diabétiques sur le risque podologique ?.....	211
	Comment savoir si l'on a un risque podologique ? .....	212
	Vous n'avez ni artérite ni neuropathie .....	213
	Comment éviter l'artérite ou la neuropathie ?.....	213
	En cas de blessure du pied .....	213
	Vaccinations .....	214
	Comment protéger un pied diabétique fragilisé par une artérite ou une neuropathie ? .....	215
	Savoir combattre ces ennemis.....	215
	Vous devez apprendre à examiner vos pieds tous les jours .....	217
	Si vous constatez une blessure, même petite .....	218
	Vaccinations .....	218
<b>23</b>	■ 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 hypoglycémisants 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
<b>24</b> ■ 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
<b>25</b> ■ Contraception et diabète .....	241
Lorsque la pilule œstro-progestative est contre-indiquée on a donc le choix entre :.....	242
<b>26</b> ■ Hormonothérapie de la ménopause .....	243
<b>27</b> ■ 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
<b>28</b> # 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.