GJ SSMG Luxembourg / Colloque des Ardennes

Diabète de type 2 et première ligne : un travail en réseau multidisciplinaire (1re partie)

Libramont, le 14 octobre 2019

par le Dr Luc PINEUX • médecin généraliste • 6850 Offagne • luc.pineux@ssmg.be

Identifier les complications du diabète

Au-delà du contrôle glycémique, il est indispensable de prévenir les complications du diabète. Autrement dit, comment mieux identifier le risque de macro- et de micro-angiopathies pour mieux les traiter sur base des données EBM ?
Cela débute dès la première consultation par une bonne anamnèse des antécédents personnels et familiaux ainsi qu'un examen clinique comprenant, outre l'auscultation cardiopulmonaire et carotidienne, la mesure de la tension artérielle (TA) et du périmètre abdominal, la recherche des pouls périphériques, l'examen des pieds et le test du filament (3 points par pieds, tester avant à la main).
Le bilan biologique est complété d'une mesure du rapport albuminurie sur créatininurie pour rechercher une néphropathie diabétique (en dehors d'une infection urinaire, à répéter si nécessaire).
Le fond d'œil est d'emblée demandé. L'intérêt d'un ECG de repos est très discuté.

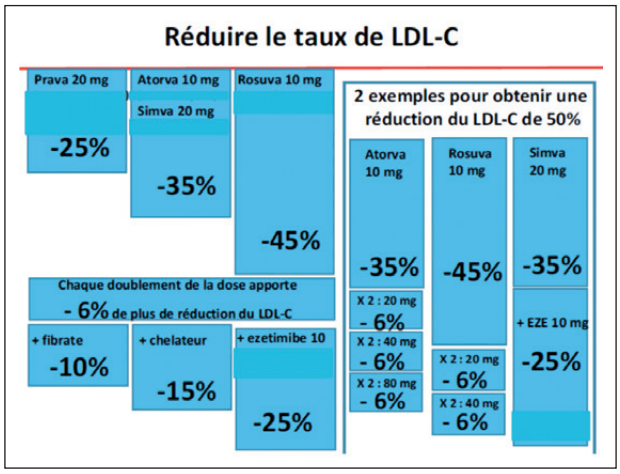
D'après l'exposé *Diabète : Mieux prévenir les complications* du Dr Luc Derdelinckx, Endocrinologue, Clinique St-Luc de Bouge.

Mots-clés : prévention, rétinopathie, néphropathie, neuropathie, diabète.

Traiter les complications du diabète

Les patients diabétiques sont classés en :
- **très haut risque cardiovasculaire** (CV) : avec déjà une maladie CV, une atteinte rénale ou rétinienne, 3 ou plus de facteurs de risque cardiovasculaire (FRCV) ou un diabète de type 1 de plus de 20 ans ;
- **haut risque cardiovasculaire** : diabète de plus de 10 ans sans atteinte rénale ou rétinienne et sans FRCV ;
- **risque CV modéré** : diabétiques jeunes (moins de 35 ans pour le type 1 et moins de 50 ans pour le type 2) sans FRCV.

Pour ces derniers, un LDL-cholestérol (LDL-C) inférieur à 100 mg/dl sera ciblé. Une amélioration des habitudes de vie sera d'abord proposée et un hypocholestérolémiant sera prescrit si la cible n'est pas atteinte.
Pour les très haut et haut risque CV, c'est un LDL-C inférieur à 70 mg/dl qui sera ciblé et un hypocholestérolémiant (statine comme premier choix) sera d'emblée prescrit. Le choix de cet hypocholestérolémiant se fera en fonction de la réduction attendue du LDL-C (voir illustration 1). Exemple : si le patient diabétique a un LDL-C à 116 mg/dl et doit atteindre 70 mg/dl, il s'agit d'une baisse de presque 40 % (116-70 = 46/116x100 = 39 %).



Le site de la Mayo Clinic propose aussi un arbre décisionnel pour le choix de l'hypocholestérolémiant (https://statindecisionaid.mayoclinic.org).
Notons quand même l'intérêt des fibrates en cas de rétinopathie déjà avérée car ils ralentissent la progression de celle-ci.

Une anticoagulation par une « petite aspirine » n'a que peu de bénéfice (contrebalancé par le risque hémorragique).
Traiter une microalbuminurie > 20 mg/g de créatinine chez la femme ou > 30 mg/g de créatinine chez l'homme ou un rapport albuminurie sur créatininurie > 3 mg/mmol par un Inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) ou un sartan est indiqué (évidence 1b).
En cas d'hypertension artérielle (HTA), il est recommandé d'initier d'emblée une combinaison IEC (ou sartan) avec un diurétique (ou un antagoniste calcique si le diurétique est contrindiqué) (évidence 1a) pour cibler une tension artérielle (TA) inférieure à 130/80.
Il faut donc sortir d'une approche strictement glucocentrique (HbA1C) et viser des objectifs LDL-C inférieurs à 70 mg % et TA inférieurs à 130/80 mmHg.
Il est nécessaire aussi d'impliquer le patient et l'informer sur l'utilité d'une bonne hygiène de vie, d'une bonne compliance thérapeutique et de soins corrects des pieds.

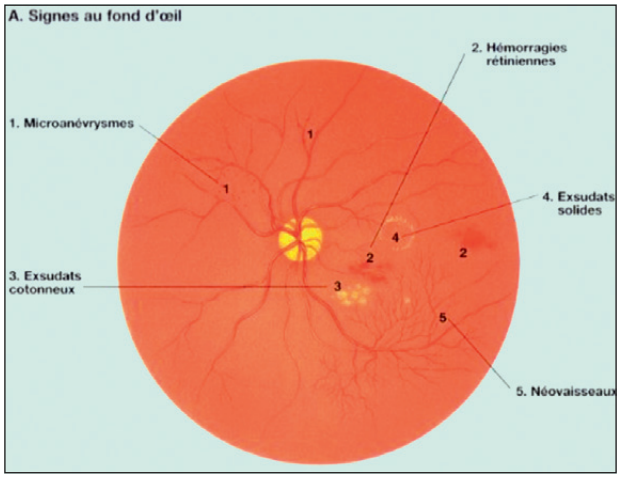
D'après l'exposé *Diabète : Mieux prévenir les complications* du Dr Luc Derdelinckx, Endocrinologue, Clinique St-Luc de Bouge.

Mots-clés : traitement, complications, facteurs de risque, diabète.

Un dépistage de la rétinopathie par les Maisons du Diabète

La rétinopathie diabétique (RPD) est la première cause de cécité dans la population active (20 à 60 ans) dans les pays développés. Deux pourcents des diabétiques deviennent aveugles et 10 % deviennent mal voyants. Elle commence par des lésions a minima avant de passer à un stade proliférati (néovaisseaux). Des traitements existent : photocoagulations au laser (sur les néovaisseaux prérétinniens et prépapillaires), injections intravitréennes d'anti-VEGF (œdème maculaire), vitrectomie et chirurgie du décollement de rétine (chirurgie des complications de la RPD). Le suivi ophtalmologique doit donc commencer dès le diagnostic du diabète. Il se poursuivra à raison d'une fois par an pour permettre une prise en charge adéquate la plus rapide possible !
C'est l'examen du fond d'œil (illustration 2) effectuée à la loupe sous dilatation par l'ophtalmologue qui permet de la diagnostiquer. Mais cet examen du fond d'œil peut aussi être réalisé par un rétinographe sans effectuer de dilatation de la pupille et être soumis ensuite à un ophtalmologue.
En raison du manque d'ophtalmologue, tous les patients diabétiques ne peuvent se faire dépister.

En achetant cette caméra rétinienne non-mydriatique permettant de faire des clichés de la rétine, l'ASBL Chronicare, qui chapeaute les Maisons du Diabète de la province du Luxembourg, donne la possibilité aux infirmières en diabétologie de proposer le dépistage de la rétinopathie à un maximum de patients diabétiques (https://www.maisondudiabete.be/deacutepistage-reacutetinopathie.html).



Ce dépistage s'adresse à toutes les personnes diabétiques :

- n'ayant pas vu un ophtalmologue les 12 derniers mois et n'ayant pas un rendez-vous dans les 6 prochains mois ;
- n'ayant pas de rétinopathie connue ou autre problème sévère aux yeux ;
- sans perte de vue totale ou importante à un des deux yeux.

D'après l'exposé *Un dépistage innovant de la rétinopathie en première ligne* du Dr Claude Heintz, Ophtalmologue, Hotton.

Mots-clés : dépistage, rétinopathie, diabétique, prévention.

Pied diabétique : observer…

Devant un pied diabétique, il convient d'abord de bien l'observer pour faire la différence entre un pied artéritique (pied froid et maigre, pied pâle en décubitus prolongé ou cyanosé en station debout prolongée, pouls pédieux et tibiaux postérieurs non perçus, dépilation et sècheresse de la peau, ongles épais et cassants, peau ulcérée et nécrotique) et un pied neuropathique (pied chaud, perte de sensibilité, déformation du pied et fragilisation de sa structure, présence de mal perforant plantaire ou ulcère neuropathique, hyperkératose). Attention aux hyperkératoses plantaires qui agissent comme des corps étrangers. Évaluer la marche du patient diabétique est aussi nécessaire. Les facteurs déclenchants d'une maladie du pied chez un diabétique sont le plus souvent des chaussures inadap-

tées (50 %), mais cela peut-être aussi des gestes inappropriés (25 %) ou un manque d'hygiène (25 %).

D'après l'exposé *Enlevez les chaussettes ! : Observer – Grader – Orienter de* Mr Christophe Van de Velde, podologue, Marche-en-Famenne.

Mots-clés : pied, neuropathie, diabétique, prévention.

Pied diabétique : ..., grader...

La progression de la neuropathie sensorielle commence par la sensibilitéthermique (tester la plante avec des tubes froids et chauds), puis par la sensibilité tactile (effleurer la plante avec une boule de coton), ensuite par la sensibilité algique (pincer le tendon d'Achille) pour finir par la sensibilité profonde (vibration avec un diapason et pression avec monofilament). La neuropathie motrice se manifestera par une atrophie musculaire suivie d'une déformation du pied, avec comme conséquence des hyper-appuis et des hyperkératoses. La neuropathie autonome apparaitra tardivement par une fragilisation de la peau et des os menant à des œdèmes et des fractures.
L'examen du pied artéritique passera par la palpation des pouls de l'artèrepédieuse (irrigation essentiellement dorsale et plantaire profonde) et de l'artère tibiale postérieure (irrigation de la plante du pied).
Il existe la classification des lésions de Wagner : 0 - pas de lésion ouverte, 1 - lésion superficielle, 2 - lésion profonde, 3 - lésion profonde infectée, 4 - gangrène localisée, 5 - gangrène globale.

Il y a aussi une classification des patients à risque de la Société Américaine d'Orthopédie de Pied et Cheville : risque 0 – Pied sensible avec ou sans déformation majeure (surveillance annuelle), risque 1 – Pied insensible sans déformation majeure (surveillance semestrielle), risque 2 – Pied insensible déformé sans ulcère (surveillance tous les 4 mois), risque 3 – Pied insensible, déformé et histoire d'ulcère (surveillance tous les 2 mois). À partir du risque 1, la surveillance doit se faire aussi par le patient et de manière journalière.

D'après l'exposé *Enlevez les chaussettes ! : Observer – Grader – Orienter de* Mr Christophe Van de Velde, podologue, Marche-en-Famenne.

Mots-clés : pied, neuropathie, diabétique, prévention.

Pied diabétique : ..., orienter et conseiller

La prévention du pied diabétique passera aussi par l'éducation du patient. Il lui faudra observer ses pieds tous les jours dans les moindres recoins, éviter de marcher pieds nus, inspecter l'intérieur des chaussures (coutures, corps étrangers...), s'imposer un régime et pratiquer une activité physique régulière. Sans oublier de contrôler sa glycémie et de consulter rapidement dès le moindre problème.
Il devra aussi respecter des règles d'hygiène : laver ses pieds quotidiennement et bien sécher entre les orteils, ne pas dépasser 5 minutes de bain de pied et utiliser un thermomètre debain (pas plus de 37°C). Ne pas oublier d'hydrater ses pieds avec une crème neutre, sans parfum et d'absorption rapide (Atrac-Tain Coloplast®, SVR Xérial 10®, Evaux crème Pied/Jambe®) en évitant d'en mettre entre les orteils. Il portera des chaussettes en textile naturel (coton, laine...) sans élastique trop serrant et sans coutures. Ses chaussures (à tige et semelle rigide) respecteront la morphologie du pied et seront respirantes (chaussures semi-orthopédiques). Il coupera les ongles au carré en utilisant une pince plate et limera les coins. Pas de chirurgie de salle de bain : si cors, durillons ou ongle incarné (etc.), il devra se rendre chez le podologue Éviter aussi les coricides chimiques.
Le patient diabétique sera référé à la clinique du pied s'il présente une lésion de type Wagner 2 ou plus.

D'après l'exposé *Enlevez les chaussettes ! : Observer – Grader– Orienter de* Mr Christophe Van de Velde, podologue, Marche-en-Famenne.

Mots-clés : pied, neuropathie, diabétique, prévention.

Préserver le rein du diabétique : avant et après 2018

Quelques vérités sur la néphropathie diabétique :
- l'insuffisance rénale (IR) est le plus grand facteur de risque CV ;
- cesser le tabac et agir sur les lipides n'a pas d'impact sur la néphropathie ;
- intensifier le contrôle glycémique n'a pas d'impact sur la néphropathie, rester à 7 % d'HbA1C serait suffisant ;
- garder des valeurs cible à 125/75 pour la TA n'est pas sécurisant, il vaut mieux rester en dessous de 140/90.

Avant 2018, seuls les inhibiteurs du système rénine-angiotensine (SAR) avaient montré une efficacité sur le ralentissement de la dégradation de la fonction rénale chez le diabétique de type 2. Après 2018, avec l'étude Credence (canagliflozine[D]), un inhibiteur du SGLT2 (gliflozine) a prouvé en à peine 2 ans et demi une efficacité identique aux inhibiteurs du SAR, en passant aussi par une petite dégradation de la fonction rénale durant les 12 premiers mois. Comme effets secondaires, il faudra retenir les infections urinaires et le risque d'une acido-cétose.

D'après l'exposé *Préserver le rein du diabétique : Quand ? Comment ? Pourquoi ?* du Dr Yvan Philips, Néphrologue, Vivalia-IFAC, Aye.

Mots-clés : néphropathie, prévention, diabète, insuffisance rénale, gliflozine.