

Quand passer à l'insuline un diabétique de type 2 ?

Claude ATTALI

1- Lors de situations d'urgence :

Les indications indiscutables sont :

- la survenue d'une cétose
- la survenue d'un coma hyperosmolaire
- la grossesse, si le contrôle glycémique n'est pas obtenu par la diététique seule

Les autres situations nécessitant l'insulinothérapie à court terme, de façon transitoire sont

- les infections sévères
- les interventions chirurgicales
- les contre - indications transitoires à un traitement oral (examens radiologiques avec opacification)
- la mise en route d'un traitement hyperglycémiant (corticoïdes)
- les complications chroniques associées à un déséquilibre glycémique (neuropathie et artériopathies)
- les complications aiguës qui contre- indiquent temporairement les traitement oraux (infarctus, AVC)

2- Les situations définitives

Chaque année, 5 à 10% des diabétiques de type 2 deviennent insulinorequérants.

Cette mise à l'insuline peut être justifiée :

- Par un échec du régime diététique associé à l'exercice physique et au traitement combiné par les hypoglycémiantes oraux à doses maximales (association de metformine + sulfamides hypoglycémiantes + inhibiteurs des alphaglucosidases) (lien avec le traitement oral). C'est à dire pour des patients qui n'arrivent pas à obtenir des objectifs glycémiques idéaux en tenant compte de leur âge et de leurs complications (lien avec les objectifs idéaux).

La situation est simple lorsqu'il existe une perte de poids avec persistance de signes d'hyperglycémie qu'il s'agisse d'un sujet :

- jeune, présentant des complications. Il faut alors évoquer le diagnostic de diabète de type 1 d'évolution lente,
- chez qui s'impose, après un infarctus du myocarde, une prévention secondaire
- âgé avec un diabète très déséquilibré et une contre indication aux antidiabétiques oraux (lien avec le diabète de la personne âgée)

- Chez les patients obèses n'arrivant pas à respecter les conseils diététiques et ne pratiquant pas de sport, il faut par contre éviter la mise sous insuline. Le plus souvent, l'insulinothérapie chez ces patients conduit à une prise de poids excessive, à une augmentation des besoins en insuline et à un déséquilibre glycémique.

- Les indications sont moins codifiées (il n'y a pas d'études randomisées prospectives actuellement) pour les diabétiques de type 2 avec un poids normal ou avec un surpoids.

Comment passer définitivement ou presque à l'insuline en ambulatoire ?

La mise à l'insuline est la quatrième étape du traitement. Celle ci est justifiée devant un échec du régime diététique associé à l'exercice physique et au traitement antidiabétique maximal par voie orale associé à une diététique adaptée : trithérapie chez les patients présentant une hyperglycémie post prandiale ou bithérapie chez les autres patients.

Avant le passage à l'insuline, il faut avoir aussi vérifié la bonne observance du traitement et éliminé les causes curables de déséquilibre du diabète (infections ORL, Stomatologiques, urinaires).

Chez les patients obèses ne respectant pas les conseils diététiques et ne pratiquant pas de sport, ayant une faible adhésion au traitement, il faut éviter l'insuline dans la mesure où ce traitement induit le plus souvent une prise de poids, une augmentation des besoins en insuline et un déséquilibre glycémique.

Actuellement, lors du passage à l'insuline, il est recommandé d'utiliser l'association insuline et antidiabétiques oraux, dont les mécanismes d'action différent, afin d'obtenir un équilibre glycémique dans les conditions de sécurité maximales. Lors de ce passage une prise en charge coordonnée généraliste – diabétologue est souhaitable.

En pratique, il est conseillé :

- de maintenir les antidiabétiques oraux aux mêmes doses,
- d'éduquer le patient afin qu'il puisse surveiller sa glycémie à jeun et au moins deux fois par semaine le midi et le soir avant les repas (éducation et apprentissage à l'autosurveillance).
- d'ajouter une insuline à action intermédiaire au coucher à la dose de 0,1U par kilo soit 7 U pour une personne de 70 kg

Ajustement du traitement :

- augmenter d'environ 2 unités tous les 7 jours jusqu'à l'obtention des objectifs glycémiques souhaités dans la journée en fonction de l'âge et des complications. Une glycémie inférieure à 1,40 g au réveil est habituellement souhaitable.
- en cas d'amélioration des glycémies à jeun et de l'auto surveillance glycémique d'au moins de 0,15 à 0,30g/l et d'une diminution de l'HbA1c de 1,5% en 3 mois, il faut habituellement maintenir ce traitement. Quelquefois, il est possible d'envisager un retour au traitement oral seul.
- si, au bout de trois mois à six mois, les objectifs ne sont pas atteints par le traitement combiné hypoglycémiant oraux à dose maximale et 30 U d'insuline NPH au coucher, on peut débiter un traitement par deux injections d'insuline NPH à dose quotidienne initiale de 0,3U/kg. Faire les 2/3 de la dose totale le matin et 1/3 de la dose au coucher. L'autosurveillance glycémique plus régulière, tous les matins à jeun, le midi et le soir avant les repas et aussi au coucher.
- Si, au bout de trois à six mois les objectifs ne sont pas atteints par ce traitement, il est préférable d'adresser à un diabétologue pour avis, éducation et passage si besoin à trois, voire quatre injections par jour.