

Table des matières

Liste des auteurs	VII
Préface de la cinquième édition	IX
Préface de la quatrième édition	XI
Préface de la troisième édition	XIII
Préface de la deuxième édition	XV
Préface de la première édition	XIX
Avant-propos	XXI
1 Le diabète, un problème de santé publique	1
2 Quand et comment diagnostiquer un diabète ?	3
Quand penser au diabète ?	3
Comment affirmer le diabète ?	4
Pourquoi ne pas recourir au dosage de l'HbA1c pour définir le diabète ? (4).	
Les limites de la définition	5
Qu'en est-il du risque pour les autres complications de la maladie : néphropathie, neuropathie et surtout macroangiopathie ? (5).	
Quelle est la signification de la zone intermédiaire entre les valeurs glycémiques normales et les valeurs glycémiques diabétiques, zone intermédiaire appelée « hyperglycémie à jeun non diabétique » ? (5).	
3 Hyperglycémie à jeun et intolérance aux hydrates de carbone	7
ou faut-il encore demander des HGPO ?	7
Quelle signification ?	7
Faut-il encore demander des HGPO ?	8
4 Quelle enquête étiologique ?	10
Les données cliniques essentielles pour le diagnostic étiologique	11
Le diagnostic du type de diabète est souvent évident	12
Des formes étiologiques caractéristiques	14
Des formes étiologiques atypiques	15
Des formes rares et exceptionnelles	16
Les diabètes endocrines (16). La pancréatite exocrine auto-immune (16). Le diabète lipoatrophique (16). Le diabète MODY (16). Le diabète par cytopathie mitochondriale (17).	
5 Physiopathologie du syndrome métabolique et du diabète de type 2	18
L'insulinorésistance	19
Le surpoids abdominal : un premier lien causal de l'insulinorésistance	19
Comment le surpoids abdominal est-il nocif sur l'homéostasie glucidique ? (20).	

L'altération de la sécrétion d'insuline : la clef de l'hyperglycémie	21
Au stade de carence relative en insuline	23
Signification du syndrome métabolique	23
D'autres mécanismes en jeu	24
L'inflammation (24). La flore intestinale (25). Un profil lipidique particulier (26).	
Conclusion	27

6

Les objectifs du traitement du diabète non insulino-dépendant	28
L'objectif à long terme est la prévention des complications de micro- et de macroangiopathie	28
Prévention de la microangiopathie (28). Prévention de la macro- angiopathie (29).	
Des objectifs généraux aux objectifs personnels	31
Le délai entre deux consultations (32).	

7

Les principes de la diététique du diabète non insulino-dépendant (diabète de type 2)	34
La diététique : élément essentiel du traitement du DNID	35
Chez l'obèse, le régime doit être modérément hypocalorique	36
La restriction calorique doit ensuite porter sur les graisses	36
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	37
Préférer les graisses insaturées, surtout les huiles riches en acides gras oméga 3	37
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	39
« Sans sucre » veut dire sans saccharose mais... (40). « Allégé en graisses » ou « allégé en glucides » (40). Le terme « light » ou « ligne » ou « minceur » (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	40
Il importe au moins de ne pas commettre un certain nombre d'erreurs (41).	
Annexe : Conseils aux diabétiques	44

8

Activité physique et diabète non insulino-dépendant	50
Activité physique et sédentarité	50
La physiopathologie	51
Arguments épidémiologiques et cliniques	54

	Les recommandations d'activité physique	55
	En pratique (56).	
9	L'hyperglycémie postprandiale est-elle un facteur de risque cardiovasculaire indépendant ?	61
	Les points d'accord	61
	Les points de désaccord	62
	Qu'en est-il chez les diabétiques de type 2 ? (62).	
10	Médicaments hypoglycémiants et stratégie thérapeutique dans le diabète de type 2	65
	Les biguanides	65
	Les inhibiteurs des alpha-glucosidases	70
	Les sulfamides hypoglycémiants (SH)	71
	Les SH entraînent une baisse du taux d'HbA1c comprise entre 1 et 1,5 % (72). Existe-t-il des différences entre les différents SH au-delà de leur durée de vie ? (73).	
	Les glinides	74
	Les gliitazones	74
	Les incrétinomimétiques	75
	Les inhibiteurs de la DPP-4	76
	Les analogues du GLP-1 ou agonistes du récepteur au GLP-1	78
	Quelle stratégie thérapeutique ?	80
	Monothérapie (80). Bithérapie (81). Et après ? (81).	
11	Quand recourir à l'insulinothérapie chez le diabétique non insulino-dépendant ?	84
	Comment vaincre l'insulinorésistance psychologique ?	85
	Quand recourir à une insulinothérapie dans le diabète de type 2 ?	85
	Quelles modalités pratiques pour l'insuline ?	86
	Insulinothérapie basale (86). Insulinothérapie en multi-injections (87).	
12	Autocontrôle glycémique	89
	Les arguments pour	89
	Les arguments contre	89
	Le matériel d'auto-surveillance glycémique	90
	Les règles de l'autocontrôle glycémique : fréquence, horaires, objectifs et algorithmes	90
13	L'observance des prescriptions thérapeutiques du diabétique de type 2	93
	Peut-on faire mieux ?	93
	Alléger les contraintes	94
	Expliquer les prescriptions	94
	Favoriser la motivation	95
	Quatre styles relationnels (96). Cinq styles cognitifs (97). Les trois instances du « moi » (97).	
	Accompagner les étapes du changement	98
	Changer la relation médecin-malade	98
	Au cours du diabète de type 2, les moments principaux d'angoisse sont les suivants : (100).	

14	Prise en charge des patients diabétiques : l'enseignement des grandes études contrôlées	105
	L'étude du DCCT (<i>Diabetes Control and Complications Trial</i>)	106
	L'étude EDIC	108
	L'étude UKPDS (<i>United Kingdom Prospective Study</i>)	108
	Biais d'interprétation (109). Problèmes éthiques (109).	
	Les études ACCORD, ADVANCE et VADT	109
	Hypertension artérielle et diabète	112
	Facteurs de risque lipidique	114
	Traitement intensif de l'ensemble des facteurs de risque cardiovasculaire : étude STENO 2	115
15	Le diabète insulino-dépendant ou diabète de type 1	117
	Épidémiologie	117
	Physiopathologie	118
	Une susceptibilité plurigénique	119
	Le rôle suspecté des virus	120
	La pathogénie du DID n'est pas totalement connue	121
	Ces données physiopathologiques ont-elles des conséquences pour le clinicien ? (121).	
	Traitement du diabète insulino-dépendant	122
	Le traitement du diabète insulino-dépendant repose sur l'insulinothérapie (122).	
	Les règles de l'insulinothérapie	123
	Première règle : s'assurer que les injections d'insuline retard couvrent bien les besoins de base du patient (123). Deuxième règle : il faut apprendre au malade la triple adaptation des doses, c'est-à-dire : (124). Troisième règle : cet autocontrôle suppose que le malade mesure sa glycémie au bout du doigt quatre à six fois par jour (125). Quatrième règle : garder le même territoire d'injection pour un moment donné de la journée (127). Cinquième règle : apprendre au malade à prévenir et à traiter l'hypoglycémie (127).	
16	Les obstacles au bon équilibre du diabète insulino-dépendant	137
	On peut répertorier sept grandes causes d'équilibre insuffisant	138
	Un schéma insulinique inadéquat (138). Absence d'autocontrôle glycémique avec adaptation thérapeutique en fonction de la glycémie capillaire (138). L'existence de lipohypertrophies (139). La peur panique de l'hypoglycémie (139). La cinquième cause de mauvais équilibre persistant du diabète est la peur phobique de la prise de poids chez des adolescentes ou des jeunes femmes (140). Le trouble psychologique le plus fréquent à l'origine du mauvais équilibre du diabète est la pseudo-acceptation de la maladie (141). Reste un groupe de patients diabétiques insulino-dépendants (environ 20 %) ayant du mal à accepter quotidiennement les contraintes du traitement (144).	
17	Les urgences métaboliques diabétiques avant l'hospitalisation et au service des urgences	147

Le coma hyperosmolaire	147
Ce que doit savoir (et faire) le médecin traitant devant un coma hyperosmolaire (147). Ce que doit savoir (et faire) l'interne aux services des urgences devant un coma hyperosmolaire (148).	
Le coma acidocétosique	151
Ce que doit savoir (et faire) le médecin traitant devant un coma acidocétosique (151). Ce que doit savoir (et faire) l'interne de garde au service des urgences devant un coma acidocétosique (153).	
L'acidose lactique	156
Ce que doit savoir (et faire) le médecin traitant devant une acidose lactique (156). Ce que doit savoir (et faire) l'interne des urgences devant une acidose lactique (157).	
Le coma hypoglycémique chez le diabétique traité	157
Au domicile du malade et pendant le transport : comment traiter ? (157). Faut-il toujours hospitaliser le malade ? (158).	
Le diabétique en situation d'agression (infection, accident cardiovasculaire, périodes pré- et postopératoires)	158
Lorsque le malade ne s'alimente pas (160). Quand le malade s'alimente... (160).	
18 La microangiopathie diabétique.	162
Corrélation avec l'équilibre glycémique	162
Physiopathologie	163
Sur le plan fonctionnel (163). Sur le plan histologique (163). Sur le plan biochimique (164).	
Facteurs modulateurs (protecteurs ou aggravants)	165
19 La rétinopathie diabétique	167
Pourquoi l'échec ?	168
Physiopathologie et clinique	169
Témoins de l'ischémie (169). La rétinopathie proliférante (170). L'œdème (170).	
Traitement	171
20 La neuropathie diabétique	173
Facteurs favorisants	173
Formes cliniques	174
Les mononeuropathies et les mononeuropathies multiples	174
Les membres inférieurs sont le plus souvent intéressés (174). Les membres supérieurs (radial, cubital, médian) sont moins souvent touchés (174). L'atteinte des nerfs oculomoteurs est parmi les plus fréquentes (175). L'atteinte du nerf facial (175). Exceptionnellement, le thorax et l'abdomen peuvent être touchés (175). L'amyotrophie diabétique proximale survient essentiellement chez des diabétiques non insulino-dépendants de plus de 50 ans (175).	
Les polyneuropathies diabétiques	175
Les manifestations subjectives sont de deux ordres : (176). L'examen neurologique (176). On distingue trois formes anatomocliniques (177).	
La neuropathie végétative	177
Des manifestations cardiovasculaires et sudorales (178).	

	Des manifestations urogénitales (180). Des manifestations digestives (182). La dysautonomie diabétique (183).	
	Traitement de la neuropathie diabétique	183
	Les inhibiteurs de l'aldose réductase (183).	
21	La néphropathie diabétique	187
	La glomérulopathie diabétique	187
	La glomérulopathie patente	187
	Mesures thérapeutiques (188).	
	La glomérulopathie incipiens	190
	Précautions diagnostiques (191).	
	Les facteurs de risque de la glomérulopathie	193
	Les particularités de la glomérulopathie du DNID de plus de 50 ans.	194
	Les infections urinaires	195
	Les infections urinaires basses (195). Les infections aiguës du haut appareil (197). La nécrose papillaire (197). La pyélonéphrite chronique (197).	
	La néphropathie due aux produits de contraste iodés	198
22	La macroangiopathie diabétique	200
	Épidémiologie : fréquence et gravité	200
	Rôle des facteurs de risque et de l'hyperglycémie : conséquences cliniques et thérapeutiques :	201
	Existe-t-il un seuil à risque ou s'agit-il d'un continuum ? (201). S'agit-il d'un facteur causal, ou seulement d'un facteur lié à un autre facteur causal, ou encore d'un facteur d'aggravation ? (203). Quelle est la pathogénie de l'athérosclérose du diabétique ? (203).	
	Particularités cliniques de la macroangiopathie diabétique	206
	En pratique, on peut distinguer deux « tableaux cliniques » à haut risque d'athérosclérose (206). Les complications de l'athérosclérose ont également des particularités cliniques chez le diabétique (207).	
	Prévention de la macroangiopathie	211
	Cependant, quatre questions restent posées : (215).	
23	Le pied diabétique ou comment prévenir les amputations.	219
	Les causes d'un échec	219
	À quoi sont dues les plaies chroniques du pied diabétique ?	221
	La neuropathie intervient par quatre mécanismes (221).	
	Comment dépister les pieds à risque podologique ?	223
	Le pied neuropathique (223). Le pied ischémique (224).	
	Qui sont les patients diabétiques à haut risque podologique ?	226
	Que faire en cas de plaie du pied chez un diabétique ?	227
	La première urgence est de supprimer totalement l'appui (227).	
	Rechercher la cause de la plaie (227). Faire la part de l'artérite et de la neuropathie (227). Rechercher une infection des parties molles (229).	
	Demander dans les 72 h un avis spécialisé (229).	
	Toute plaie du pied chez un diabétique nécessite-t-elle obligatoirement une hospitalisation en urgence ?	229
	En hospitalisation	230

	Enfin, les progrès tiennent à la coordination des différents intervenants	231
	Que doit-on enseigner aux patients diabétiques sur le risque podologique ?	231
24	Le diabète du sujet âgé	239
	Deux règles médicales générales s'appliquent ici tout particulièrement	239
	Existe-t-il des particularités diagnostiques dues à l'âge ?	240
	Quels sont les objectifs glycémiques ?	240
	Règles à respecter concernant la rétinopathie (241).	
	L'âge du patient diabétique apporte-t-il des particularités aux complications du diabète ?	242
	Quand faut-il rechercher une pathologie sous-jacente au diabète ?	244
	Le patient diabétique âgé est souvent fatigué	244
	Quels hypoglycémifiants oraux prescrire ?	245
	Quel insulinosécréteur choisir ?	245
	Quand prendre les sulfamides hypoglycémifiants ?	247
	Les gliptines (inhibiteurs de la DPP-4) (247).	
	Quand recourir à une insulinothérapie chez un diabétique âgé ?	247
	Quelle autosurveillance glycémique proposer à un patient diabétique âgé ?	250
	Avec une insulinothérapie (250). Lorsque le patient diabétique est traité par sulfamides hypoglycémifiants (250).	
	Comment prévenir le coma hyperosmolaire ?	251
	Peut-on prévenir les lésions du pied diabétique ?	251
	Comment reconnaître l'otite maligne externe ?	252
	Le diabète favorise-t-il les « rhumatismes » para-articulaires ?	252
25	Diabète et grossesse	254
	Ce succès est en fait la conséquence de deux progrès	254
	Un progrès technologique obstétrical (254). Un progrès conceptuel diabétologique (254).	
	La prise en charge diabétologique	255
	Ces progrès spectaculaires ne doivent pas cacher les éléments de mauvais pronostic persistant que sont :	256
	Reste le problème du diabète gestationnel dont le dépistage revient essentiellement au généraliste et à l'obstétricien	258
	Quand faut-il instituer une insulinothérapie ?	261
	Chez quelles femmes réaliser le dépistage de l'hyperglycémie gestationnelle ?	262
26	Contraception et diabète	264
	Lorsque la pilule œstroprogestative est contre-indiquée, on a donc le choix entre :	264
	Les pilules progestatives microdosées (264). Les progestatifs « normodosés » (265). Le stérilet (265). Les moyens locaux (265).	
27	Hormonothérapie de la ménopause	266

28	Quand le médecin généraliste doit-il adresser un diabétique non insulinodépendant...	268
	... À un ophtalmologiste ?	268
	... À un diabétologue ?	268
	... À une diététicienne ?	268
	... À une infirmière compétente en diabétologie ?	269
	... À un médecin podologue ou à un pédicure podologue compétent en diabétologie ?	269
	... À un cardiologue ?	269
	... En hôpital de jour ou programme d'éducation ambulatoire ?	270
	... En hôpital de semaine d'éducation diabétologique ou dans un réseau ?	270
29	Diabète : droits et société	272
	École	272
	Orientation professionnelle	272
	Médecine du travail	272
	Droit du travail	273
	Sécurité sociale	273
	Vie sociale	274
	Index	275