

DIABÈTES

CAHIER 2 DU N° 130 • MARS 2016

Le diabète est une pathologie définie par une élévation chronique de la concentration de glucose dans le sang (ou hyperglycémie) due à une carence totale ou partielle de la sécrétion d'insuline.

On distingue trois sortes de diabète :

- le diabète de type 1, une maladie auto-immune dans laquelle la production d'insuline par le pancréas est quasiment nulle ;
- le diabète de type 2, caractérisé par une insulino-résistance associée à un surpoids, et qui représente 90 % des diabètes ;
- le diabète gestationnel.



Une personne meurt toutes les **6 secondes** du diabète dans le monde.

80 % des personnes atteintes de diabète vivent dans des pays à faible et moyen revenu.

382 millions de personnes étaient atteintes de diabète en 2013. On estime que cette pathologie touchera 592 millions d'individus en 2035.



QUIZ

VRAI OU FAUX?

1 - Trulicity est un nouvel antidiabétique oral utilisé dans le traitement du diabète de type 2.

V F

2 - Enceinte, une femme atteinte de diabète de type 2 doit passer sous insulinothérapie.

3 - Abasaglar est un analogue de l'insuline humaine d'action intermédiaire.

4 - Lors d'un voyage en avion, les diabétiques doivent parfois adapter leur traitement.

Réponses p.8

ORDONNANCE

Emmanuelle, 51 ans, a un IMC à 27 et est atteinte d'un diabète de type 2 depuis trois ans. Après échec de la normalisation de sa glycémie par la mise en place de mesures hygiéno-diététiques puis d'une monothérapie, son médecin traitant a initié une bithérapie à base de metformine et d'Ozidia. Il y a quelques semaines, elle s'était plainte dans votre officine de troubles visuels et de maux de tête. Sa tension, que vous aviez contrôlée, s'était avérée trop haute. Elle revient vous voir aujourd'hui avec cette nouvelle prescription.

Dr Delorme
Médecin généraliste
2, impasse de la Gaîté
83400 Hyères

Le 12 février 2016

Emmanuelle, 51 ans

- **Metformine 850 mg comprimés** :
1 comprimé matin, midi et soir.
- **Ozidia (glipizide) 5 mg comprimés** :
1 comprimé matin et soir.
- **Propranolol 40 mg comprimés** :
1 comprimé matin et soir.

QSP 1 mois



Pharmacien :
Bonjour! Comment vous sentez-vous depuis votre dernière visite?

Patiente :
Pas beaucoup mieux... Les maux de tête ne cessent pas.

Pharmacien :
Qu'en pense votre médecin?
A-t-il contrôlé votre tension?

Patiente :
Oui. Elle était toujours haute.
Il a ajouté des médicaments à mon ordonnance.





Y a-t-il un problème sur cette ordonnance?



Analyse de l'ordonnance

Prescripteur : médecin généraliste

Les médecins généralistes sont tout à fait habilités à prescrire ces trois spécialités.

En effet, le propranolol peut être prescrit par un médecin de ville ou un médecin hospitalier et la metformine et l'Ozidia, par un endocrinologue comme par un médecin généraliste.

Ces trois spécialités sont disponibles en pharmacie de ville et sont remboursées par la Sécurité sociale sur prescription à hauteur de 65 %. Elles ne nécessitent pas de prescription sur une ordonnance de médicament d'exception.

Modalités réglementaires

La prise en charge du diabète de type 2, comme celui de type 1, ainsi que celle de l'hypertension artérielle se font au titre d'une ALD. La prescription devra donc être écrite dans la partie haute d'une ordonnance bizoné.

Que demander au patient ?

Emmanuelle est-elle suivie par un endocrinologue ? Et par un cardiologue ?

Si le diabète de type 2 (DT2) et l'hypertension artérielle peuvent toutes les deux être prises en charge par un médecin traitant, il est plus prudent d'être également suivi par des spécialistes à raison d'un rendez-vous annuel. De plus, une surveillance biologique est indispensable : contrôle de la glycémie à jeun, postprandiale et de l'HbA1c pour apprécier l'équilibre glycémique, mais aussi bilan lipidique et contrôle de la créatinémie pour vérifier la bonne santé des fonctions rénales d'Emmanuelle. Pour compléter, une surveillance clinique sera également nécessaire, avec mesure de la pression artérielle, ECG, fond d'œil et examen des pieds. Une autosurveillance quotidienne de la glycémie capillaire peut parfois également aider à une meilleure gestion du traitement.

Emmanuelle connaît-elle bien le régime alimentaire à suivre ?

Il est toujours utile de rappeler certaines mesures hygiéno-diététiques. Ainsi, vous pouvez lui conseiller une alimentation qui privilégiera les hydrates de carbone, les acides gras insaturés, les fibres alimentaires et lui recommander d'éviter les sucres à absorption rapide. Ainsi, on privilégiera l'apport d'oméga 3 d'origine marine (maquereau, saumon, flétan, hareng). Les fruits sont autorisés, mais à limiter, car si le fructose produit une réponse insulinaire plus faible que l'amidon ou le saccharose, il augmente les triglycérides sanguins lorsqu'il

est consommé en grande quantité. Emmanuelle devra également privilégier les glucides à indice glycémique bas (pain complet, à grains entiers, son d'avoine, orge, boulgour, pâte alimentaire). Ces aliments contiennent des fibres solubles qui ralentissent la vidange gastrique, retardent l'absorption du glucose dans l'intestin grêle et donc améliorent la glycémie après les repas.

La répartition des nutriments doit s'approcher d'une répartition dite « normale », soit 50 à 55 % de glucides, 30 à 35 % de lipides et 15 % de protéides. Par sécurité, le maintien d'au moins 100 grammes de glucides journaliers est conseillé.

Prendre 3 repas par jour est impératif. Il est parfois même conseillé d'en prendre 5 (à savoir 3 repas et 2 collations), afin de mieux répartir l'apport calorique journalier.

En cas de méconnaissance de ces mesures par la patiente, orientez-la vers un nutritionniste qui lui donnera les conseils adéquats et qui contrôlera également son poids de manière rapprochée. Il est en effet important de rappeler qu'une perte de poids de 5 à 10 % améliore la sensibilité de l'insuline.

La prescription est-elle cohérente ?

Cette prescription répond à deux objectifs majeurs :

- la prise en charge d'un diabète de type 2 par la metformine et l'Ozidia ;
- la prise en charge d'une hypertension artérielle

● **La metformine** est un antidiabétique oral de la famille des biguanides, qui agit en augmentant la sensibilité des tissus hépatique et musculaire à l'insuline. Elle permet une augmentation de l'utilisation périphérique du glucose, ainsi qu'une diminution de la production hépatique et de l'absorption intestinale du glucose.

Cette molécule est habituellement prescrite en monothérapie en première intention dans la prise en charge du DT2 et, surtout, en cas de surpoids. En cas d'échec concernant l'équilibre glycémique, la metformine sera prescrite dans le cadre d'une bithérapie.

Il est préférable, en raison des inconvénients digestifs qu'elle peut provoquer, de la prendre au cours ou en fin de repas.

● **L'Ozidia (glipizide)** est également un antidiabétique oral, mais de la vaste famille des sulfamides hypoglycémisants, qui agit en stimulant la sécrétion d'insuline par les cellules β du pancréas. Il est indiqué dans le traitement du DT2 lorsque le régime hypocalorique est insuffisant. Son administration chez le diabétique provoque une majoration de la réponse insulinaire post-prandiale. Sa prise se fait donc avant les repas.

! Y a-t-il un problème sur cette ordonnance ?

● **Le propranolol** est un bêtabloquant qui est indiqué, ici, dans le traitement d'une hypertension artérielle. Cette molécule se caractérise par trois propriétés pharmacologiques :

- un effet anti-arythmique ;
- une absence d'activité bêtabloquante β_1 cardiosélective, qui limiterait les effets extracardiaques ;
- une absence de pouvoir agoniste partiel, soit une absence d'activité sympathomimétique intrinsèque qui limiterait les effets bradycardisants.

Sa prise se fait le matin.

● Interactions

La prise en charge d'Emmanuelle nécessite une réévaluation. En effet, la prise de propranolol chez un patient qui est, par ailleurs, pris en charge par un antidiabétique oral peut masquer certains symptômes de l'hypoglycémie, tels que la tachycardie ou les palpitations. Cette interaction est ici d'autant plus vraie que l'Ozidia fait partie de la famille des sulfamides hypoglycémiantes qui possèdent un risque élevé d'hypoglycémie grave et prolongée. Il serait donc plus judicieux de choisir un bêtabloquant cardiosélectif avec ou sans activité sympathomimétique intrinsèque (ASI) (bisoprolol, céliprolol, métoprolol, aténolol, acébutolol...) et d'appeler le médecin traitant.

Autres traitements

Emmanuelle revient vous voir alors qu'elle vient de faire une crise de goutte pour laquelle son médecin traitant lui a prescrit de l'allopurinol 100 mg, à raison de 2 comprimés par jour pendant 1 mois. Qu'en pensez-vous ?

La metformine et l'allopurinol sont tous deux des médicaments susceptibles d'entraîner des troubles digestifs, et notamment des diarrhées. Leur association risque donc de potentialiser ce risque, d'autant plus que le propranolol et l'Ozidia sont, eux aussi, responsables de nausées, de vomissements et de diarrhées. Il convient alors de prévenir Emmanuelle.

Quelques semaines plus tard, c'est une infection au niveau de la muqueuse buccale qui l'amène à consulter à nouveau et à se présenter à votre comptoir avec une ordonnance de Triflucan (fluconazole) 200 mg, 1 comprimé par jour pendant 14 jours. Quel est votre avis ?

Il serait préférable de rappeler le médecin traitant pour modifier le choix de l'antifongique, à cause de l'interaction qui existe entre les sulfamides hypoglycémiantes et les antifongiques dérivés de l'imidazole. En effet, cette famille d'antifongique augmente la demi-vie des sulfamides par inhibition enzymatique, ce qui majore le risque d'hypoglycémie et nécessite

des précautions d'emploi. Pour minimiser les risques, il faudrait adapter les posologies ou remplacer le Triflucan par de la Fungizone, par exemple, qui n'est pratiquement pas absorbée par la muqueuse digestive.

Quels conseils associer à cette délivrance ?

Rappeler à votre patiente qu'elle ne doit en aucun cas boire de l'alcool conjointement à la prise d'Ozidia. En effet, avec les sulfamides hypoglycémiantes, la prise d'alcool peut provoquer un effet antabuse chez les patients, avec vomissements, céphalées, tachycardie, nausées, vertiges, dyspnée ou encore hypersudation, voire des risques de coma hypoglycémique.

On pensera également à éviter tous les médicaments contenant de l'alcool et donc à surveiller les choix d'automédication d'Emmanuelle.

● De la même manière, on expliquera à Emmanuelle les risques liés à la prise d'aspirine en automédication ou de dérivés salicylés conjointement à son traitement antidiabétique. En effet, cette prise pourrait avoir une incidence sur l'équilibre du traitement antidiabétique par compétition au niveau des protéines plasmatiques.

● Interpeller Emmanuelle sur tous les facteurs qui peuvent favoriser les risques d'hypoglycémie tels que :

- le stress ;
- le jeûne, la sous-alimentation ou le fait de sauter des repas ;
- les changements alimentaires ;
- un déséquilibre entre une omission de repas associée à des efforts physiques ;
- l'altération des fonctions hépatique ou rénale ;
- la prise conjointement d'un second médicament hypoglycémiant.

● Le choix de la contraception d'Emmanuelle doit être vérifié. En effet, les progestatifs macrodosés (Lutéran, Lutenyl, Colprone, Surgestone) ont un effet diabéto-gène sont plus couramment prescrits chez les femmes de plus de 40 ans. Bien que ce ne soit pas une contre-indication absolue, cela demande alors de renforcer l'auto-surveillance glycémique.

En cas d'oubli de prise d'Ozidia

L'Ozidia étant un médicament hypoglycémiant, en cas d'oubli de prise, il est préférable d'attendre la prise suivante et de ne pas prendre le comprimé oublié plutôt que de le prendre et donc de rapprocher les prises, potentialisant ainsi les risques d'hypoglycémie.

De la même façon, il est important de faire attention au surdosage en Ozidia. ●



AVIS

D'EXPERT



TROIS
QUESTIONS
À

Saïd Bekka

Endocrinologue et diabétologue au centre hospitalier de Chartres

Quelle est la place du pharmacien dans le suivi des patients diabétiques ?

Le pharmacien est un allié objectif du corps médical. Sa parole a du sens si elle s'inscrit dans la suite de celle du médecin. Un patient qui va entendre des recommandations de son médecin reprises par son pharmacien plus simplement et d'une façon plus personnelle sera plus observant. À mon sens, son rôle est donc multiple : d'abord, c'est à lui de rappeler au patient que l'observance est capitale ; ensuite, il se doit d'insister sur les règles hygiéno-diététiques, notamment sur le respect d'une bonne alimentation et sur les soins des pieds ; par ailleurs, il a un rôle capital de surveillance des hypoglycémies qui peuvent survenir avec les autres médicaments, car il arrive souvent que les médecins oublient ce point fondamental. Le pharmacien peut aussi vérifier que les contrôles glycémiques sont réalisés correctement, en observant notamment la consommation des bandelettes, et vérifier que les médicaments sont bien pris – on sait que, globalement, pour les patients diabétiques de type 2, près de 50 % des patients ne sont pas complètement observants. Enfin, le pharmacien est un acteur du suivi biologique : il faut qu'il demande si les contrôles cardiologiques, si l'hémoglobine glyquée ont été faits récemment...

Mais attention, il ne doit pas pour autant avoir un regard inquisiteur sur les résultats biologiques de son patient !

Les stratégies thérapeutiques vont-elles évoluer avec l'apparition des nouveaux traitements ?

Prochainement, nous devrions avoir accès à des molécules qui modifieront complètement la stratégie thérapeutique et l'espérance de vie des diabétiques. En effet, pour la première fois, il a été démontré qu'une nouvelle classe thérapeutique était capable de baisser la glycémie, d'éviter les hypoglycémies, de ne pas faire prendre du poids et, en plus, d'assurer une protection cardiovasculaire : le graal pour un médicament contre le diabète ! Ces molécules, les inhibiteurs des SGLT2 (dapagliflozine, canagliflozine, empagliflozine), auraient donc un rôle majeur dans le diabète de type 2, et peut-être même un jour dans le diabète de type 1 (*ndlr* : les inhibiteurs de SGLT2 agissent sur le rein, un acteur longtemps oublié de la physiopathologie du DT2). Ces traitements nous donnent l'espoir d'améliorer la morbi-mortalité de nos patients, mais ils ne sont pas encore commercialisés. Ainsi, une récente étude a démontré que l'empagliflozine diminuait la mortalité des patients diabétiques.

La mise sur le marché de nouvelles insulines, de nouveaux agonistes du GLP1 hebdomadaires, de nouveaux systèmes de pompes-patches, de capteurs qui mesurent la glycémie toutes les 3 minutes et permettent d'éviter les autopièges... : tout cela concourt à augmenter la qualité de vie des patients diabétiques et à diminuer les contraintes.

Les capteurs de glycémie devraient être très bientôt remboursés. Regrettez-vous leur mise à disposition tardive sur le marché français ?

Absolument. Sur le plan humain comme sur le plan financier, c'est une erreur grossière. Il ne faut pas voir le diabète comme un calcul à court terme. Bien sûr, cela coûtera plus cher dans un premier temps, mais envisageons alors de le rembourser pour les enfants, les femmes enceintes, les patients qui font des hypoglycémies non ressenties ou les patients dont le diabète est instable. Si les patients se surveillent mieux, ils auront moins de complications et coûteront donc moins cher à long terme. S'il est possible de diminuer le nombre d'amputations, d'hospitalisations pour hypoglycémie, ou encore le nombre d'accidents coronariens par une facilité de suivi et un meilleur équilibre de traitement, alors nous aurons gagné.

STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES DE RÉFÉRENCE

Pour les deux types de diabète, l'objectif thérapeutique est de normaliser la glycémie afin de prévenir les complications.

DIABÈTE DE TYPE 1

L'insuline, seul traitement indiqué dans le cas d'un diabète de type 1, est une hormone hypoglycémisante et anabolisante favorisant la pénétration intracellulaire du glucose et du potassium. Seule la forme injectable est utilisée, car cette hormone est détruite lors du passage hépatique en cas de prise par voie orale.

Les insulines se classent par leur délai et leur durée d'action.

- **Insulines rapides : Actrapid, Umuline Rapide, Insuman Rapid.**
Délai d'action de 30 minutes et durée d'action de 4 à 6 heures.
Ou ultrarapides : Novorapid, Humalog, Apidra.
Délai d'action de 5 à 10 minutes et durée d'action de 2 à 3 heures.
- **Insulines intermédiaires : Umuline NPH, Insulatard, Insuman, Novomix, Mixtard, Humalog Mix.**
Délai d'action de 1 à 2 heures et durée d'action de 12 à 18 heures.
- **Insulines lentes ou retard : Levemir, Lantus, Abasaglar.**
Délai d'action de 4 heures et durée d'action de 24 à 36 heures.

Plusieurs schémas de prise existent :

- 2 injections matin et soir, avant les repas, avec une insuline rapide et une insuline intermédiaire ;
 - 3 injections avec, le matin, une insuline rapide et une insuline intermédiaire, le soir une insuline rapide et au coucher, une insuline d'action intermédiaire ;
 - 4 injections avec une injection d'insuline rapide avant les 3 repas et une injection d'insuline retard ou intermédiaire au coucher.
- Les schémas à 4 injections journalières permettent une adaptation des doses plus souple et un apport d'insuline proche de la physiologie. Ces schémas sont donc particulièrement recommandés chez les sujets jeunes, afin de limiter les complications à long terme du diabète.

Notons enfin la récente autorisation de mise sur le marché de l'Abasaglar, médicament biosimilaire de Lantus, qui a démontré sa bioéquivalence et sa non-infériorité, en termes de variation de l'hémoglobine glycosylée après six mois de traitement, par rapport à l'insuline Lantus. Cet analogue de l'insuline humaine à action lente, est indiqué dans le traitement du diabète de l'adulte, de l'adolescent et de l'enfant à partir de 2 ans.

DIABÈTE DE TYPE 2

Dans le cas de diabète de type 2, les antidiabétiques oraux ne doivent être utilisés qu'après échec des mesures hygiéno-diététiques (régime hypocalorique, activité physique) qui doivent, par ailleurs, être poursuivies à toutes les étapes du traitement. L'objectif du traitement est d'atteindre un taux de HbA1C < 6 %. Pour cela, il convient d'initier en première intention une monothérapie à base de metformine. En cas de non-normalisation de l'hémoglobine glyquée au bout de 6 mois, une bithérapie sera proposée puis, en cas de nouvel échec au bout de six mois, une trithérapie avant de passer à l'insulinothérapie. Sachez toutefois qu'en cas de HbA1C > 9 %, une bithérapie peut être proposée d'emblée.

Les antidiabétiques oraux sont classés en différentes familles :

- **les biguanides (Glucophage, Stagid) ;**
- **les insulinosécréteurs – sulfamides hypoglycémisants (Glibénèse, Amarel, Diamicon, Daonil, Ozidia) et glinides (Novonorm) ;**
- **les inhibiteurs des α -glucosidases (Glucor, Diastabol) ;**
- **les inhibiteurs de la dipeptidylpeptidase 4 ou DPP-4 (Januvia, Xelvia, Janumet, Velmetia, Galvus, Eucreas, Onglyza, Kombglyze) ;**
- **les incrétino-mimétiques ou analogues du GLP-1 (Byetta, Victoza, Trulicity).**

Rappelons que les représentants de la famille des glitazones (pioglitazone et rosiglitazone) ont été, tour à tour, retirés du marché en raison de leurs risques respectifs de cancers de la vessie et de problèmes cardiovasculaires.

Sachez enfin que Trulicity, nouvel antidiabétique de type 2 injectable, dont le principe actif est un agoniste du récepteur du GLP-1 (Glucagon-like peptide-1) a obtenu une autorisation de mise sur le marché. Son action prolongée permet ainsi une seule administration hebdomadaire par voie sous-cutanée. La Commission de la transparence a limité son périmètre de remboursement au traitement du diabète de type 2 en bithérapie avec la metformine, en trithérapie avec la metformine et un sulfamide hypoglycémiant, et en trithérapie avec la metformine et l'insuline.

Enfin, à un stade évolué de la maladie et pour éviter les complications à long terme du diabète, une insulinothérapie sera proposée. ●



CONSEILS

ASSOCIÉS



1 Rappel les mesures hygiéno-diététiques

Une réduction pondérale et la pratique régulière d'une activité physique ont prouvé leurs effets bénéfiques sur l'insulinorésistance. L'activité physique (30 minutes par jour) devra toutefois être adaptée et contrôlée, en particulier chez les patients qui ne pratiquaient plus de sport avant la découverte de la maladie, et être encadrée par un médecin. Une alimentation équilibrée peut amener à un amaigrissement qui permet chez certains patients un retour à une glycémie normale. Il est donc important de rappeler aux patients l'importance d'une telle mesure. Enfin, le diabète étant un facteur de risque des maladies cardiovasculaires, il faut corriger les autres facteurs de risque, s'ils existent : arrêt du tabac, lutte contre l'obésité et contre l'hypercholestérolémie.

2 Savoir reconnaître les signes d'hypo- et d'hyperglycémie

Les hypo- et les hyperglycémies peuvent être très graves chez les diabétiques. Il est donc important de rappeler à vos patients leurs manifestations cliniques, afin qu'ils puissent les gérer. Ainsi, en cas d'hypoglycémie, il peut ressentir de la faim, des sueurs, des tremblements, des palpitations, des vertiges, des céphalées, des troubles de la parole ou de la vision, une grande fatigue ou une somnolence. Il convient alors d'avalier un sucre rapide (3 morceaux de sucre, un verre de soda, 3 cuillères de confiture), puis des sucres complexes (un morceau de pain, par exemple).

L'hyperglycémie peut se traduire par de la fatigue, une soif intense, une langue sèche, ou des urines abondantes. Chez les diabétiques de type 1, elle est aussi responsable de coma acidocétosique : ils doivent donc toujours avoir sur eux de l'insuline à action rapide.

3 Informer des dangers de l'automédication

Certains médicaments sont susceptibles d'augmenter la glycémie de vos patients : β -2- mimétiques, hormones thyroïdiennes, thiazidiques de l'anse, œstrogènes progestatifs, corticoïdes ou encore neuroleptiques au long cours. Attention : évitez de délivrer des sirops sucrés contre la toux. À l'inverse, d'autres médicaments peuvent abaisser la glycémie. On citera certains antidépresseurs (fluoxétine, paroxétine, sertraline), le tramadol, l'aspirine, des anti-paludéens comme la quinine, les IEC, mais aussi l'alcool.

Les médecines douces ne sont pas non plus sans danger. Il faut ainsi éviter tous les produits contenant des anticoagulants couma-

riniques tels que marron d'Inde, mélilot, petit houx, vigne rouge, mais aussi les HE d'angélique ou d'agrumes à fortes doses. Le millepertuis, puissant inducteur enzymatique, est également à fuir, car il réduit l'efficacité des traitements antidiabétiques.

4 Encadrer le diabète gestationnel

Durant leur grossesse, de 2 à 6 % des femmes seront concernées par le diabète. Le régime alimentaire doit alors être adapté afin de faciliter le contrôle de la glycémie, mais aussi de réduire le risque d'acidocétose, qui peut provoquer la mort du fœtus. On conseillera de fractionner la ration alimentaire journalière en 6 repas, dont un avant le coucher pour raccourcir la période de jeûne nocturne.

Si la patiente était sous antidiabétique oral avant sa grossesse, ces derniers étant formellement contre-indiqués, un relai par insulinothérapie lui sera proposé, ainsi qu'une consultation en diabétologie tous les 15 jours pour un suivi rapproché. Sachez enfin que l'activité sportive n'est pas interdite, au contraire. Une activité physique quotidienne de 30 minutes minimum permet d'améliorer l'action de l'insuline. Elle doit toutefois être modérée et ne pas mobiliser de manière excessive les muscles de l'abdomen (marche ou natation).

5 Voyager en cas de diabète

Pour conserver l'insuline au cours d'un voyage en avion, il faut éviter la mise en soute (les températures extrêmes pourraient la détruire) mais la garder en cabine, dans des pochettes isothermes prévues à cet effet. Il est conseillé aux patients d'envisager une collation en cas d'hypoglycémie – certaines compagnies aériennes prévoient d'ailleurs des plateaux-repas pour diabétiques.

En cas de décalage horaire de 2 ou 3 heures, inutile de modifier les horaires de prise du traitement médicamenteux. S'il est de plus de trois heures, il est bon de rappeler les comportements à adopter.

– Si le patient est sous antidiabétiques oraux, conserver le même intervalle que d'habitude entre deux prises ; il est moins dangereux de sauter une prise plutôt que d'en faire deux trop rapprochées.

– Si le patient est sous insuline, il devra compenser le raccourcissement ou l'allongement de la journée. Ainsi, s'il voyage vers l'est, il remplacera une insuline intermédiaire par une insuline rapide ; s'il voyage vers l'ouest, il devra ajouter une injection d'insuline rapide. Ces changements devront être validés en amont par le diabétologue.

ÉVALUEZ-VOUS



RÉPONSES

1 : La pratique sportive est déconseillée chez la femme enceinte atteinte de diabète.

V **F**

2 : L'hypoglycémie, comme l'hyperglycémie peuvent être à l'origine d'intense fatigue chez les diabétiques.

3 : L'Apidra fait partie des insulines dites « rapides ».

4 : Les situations de stress peuvent majorer les risques d'hyperglycémie.

5 : Les biguanides sont susceptibles d'entraîner des effets secondaires digestifs.

6 : Les pilules contraceptives microdosées ont un effet diabétogène.

7 : Chez les diabétiques, il est préférable de privilégier 5 repas par jour.

8 : Chez le jeune diabétique de type 1, un schéma à 4 injections d'insuline journalières est recommandé.

1 : Faux, elle est même plutôt conseillée à condition de bien l'encadrer et de l'adapter à l'état de la patiente.

2 : Vrai, ce symptôme est commun à ces deux troubles et doit alerter les patients.

3 : Vrai, cette insuline est même dite « ultrarapide ». Elle agit en très peu de temps et sa durée d'action est courte.

4 : Faux, le stress a un effet hypoglycémiant qui peut être dangereux chez les diabétiques.

5 : Vrai, leurs effets indésirables les plus fréquents sont à type de complications du diabète à long terme.

6 : Faux, ce sont les progestatifs macrodosés dont il faut se méfier chez la diabétique (Lutéran, Lutényl, Colprone, Surgestone).

7 : Vrai en cas de déséquilibre glycémique, il faut alors répartir les calories journalières en 3 repas et 2 collations.

8 : Vrai, car c'est celui qui respecte le plus la physiologie et donc qui permet de limiter les complications du diabète.

Votre score / 8

6 points ou plus : Félicitations. Vous pouvez refaire le test dans quelques jours pour consolider vos acquis.

Entre 4 et 6 points : C'est bien. Vous pouvez faire encore mieux ? Revoyez les points qui vous manquent et refaites le test.

Moins de 4 points : Rien n'est perdu. Relisez le cahier et refaites le test.

RÉPONSES DE LA PAGE 1

1 : Faux, Trulicity est un nouvel antidiabétique utilisé dans le traitement du diabète de type 2 sous forme injectable.

2 : Vrai, les antidiabétiques oraux présentant le plus souvent des risques de malformations pour le fœtus, il est conseillé de passer ces femmes sous insulinothérapie le temps de leur grossesse.

3 : Faux, Abasaglar est biosimilaire de Lantus, donc une insuline à action lente et prolongée.

4 : Vrai et faux, car cela dépend du décalage horaire. C'est seulement si celui-ci est de plus de 3 heures que les diabétiques devront adapter leur traitement.