

Louis Monnier

Claude Colette

L'insulinothérapie dans le diabète de type 2

de la théorie à la pratique

Rappels des concepts

Physiopathologie

Modalités pratiques

Thérapeutiques alternatives
et complémentaires

Cas cliniques

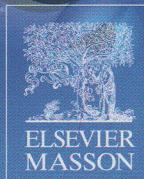


Table des matières

Avant propos	V
Introduction	VII
1 Épidémiologie, position du problème, enjeux actuels et futurs	1
La fréquence du diabète de type 2	1
La fréquence de l'insulinothérapie chez les patients diabétiques de type 2	1
L'insulinothérapie basale : où se situe-t-elle dans l'histoire naturelle du diabète de type 2 ?	5
Les troubles de l'insulinosécrétion endogène (6). La production excessive de glucose au niveau du foie (9). L'insulinorésistance (11).	
2 Rappels sur les effets de l'insuline	13
Les effets sur le métabolisme des glucides	13
Les effets sur le métabolisme des lipides	16
Les effets pléiotropes anti-inflammatoires, antithrombotiques et antistress-oxydants	16
Les effets mitogènes de l'insuline : l'insuline, facteur de croissance et de prolifération cellulaire	18
3 L'insulinothérapie basale en pratique	21
Généralités	21
Les objectifs	22
Les modalités de l'insulinothérapie basale	25
L'insulinothérapie basale « idéale » (27). Les doses d'insuline au moment de l'initiation du traitement (28). À quel moment faut-il proposer une insulinothérapie basale ? (28).	
Les types d'insulines utilisées pour l'insulinothérapie basale	30
Rappel sur l'histoire des insulines et du développement des nouvelles préparations (30). Les analogues rapides de l'insuline (33).	
Les analogues prolongés de l'insuline (35).	
Les autres modalités de l'insulinothérapie basale en dehors de la glargin en injection unique	38
Les schémas basés sur l'utilisation de l'insuline NPH (38). Les schémas basés sur l'utilisation d'insulines premix avant le dîner (41).	
Les schémas basés sur l'utilisation de l'insuline détémir (41).	
Les schémas basés sur l'utilisation de l'insuline dégludec en une seule injection (44). Les autres schémas thérapeutiques (46).	
4 La surveillance clinique et biologique sous insulinothérapie basale	51
L'HbA1c	52
La variabilité glycémique	53

L'autosurveillance glycémique et les hypoglycémies	56	Rappels physiopathologiques	101
Les objectifs (56). Le rationnel de l'autosurveillance glycémique à partir de la physiologie (56). L'utilisation de la glycémie pré-petit-déjeuner pour adapter la dose d'analogues prolongés de l'insuline (59).		Démonstration clinique des effets bénéfiques de la correction des perturbations glycémiques par l'insulinothérapie ou par une autre méthode	105
La glycémie de fin d'après-midi pour assurer la sécurité (60).		Les études DIGAMI (105). Les études en dehors de DIGAMI (106).	
La glycémie de milieu de matinée (60). Les cas particuliers (61).		L'attitude pragmatique en présence d'un état pathologique intercurrent	108
Prise de poids, hypoglycémies et qualité de vie	63	Le cas simple (108). Le cas complexe (108).	
5 Quelles thérapeutiques diététiques ou par antidiabétiques oraux doit-on ou peut-on associer à l'insulinothérapie basale ?	67	Comment définir les déséquilibres glycémiques nécessitant une insulinothérapie ?	109
Généralités	67	Les objectifs à atteindre en terme de glycémie pendant l'hospitalisation (110). La poursuite de l'insulinothérapie après la période aiguë au moment de la sortie de l'hôpital (110).	
Influence d'un traitement insulinique sur les deux grands mécanismes du diabète sucré de type 2 : le déficit insulinosécrétoire et l'insulinorésistance	68		
Les associations insulinine-insulinosensibilisateurs	69		
Mécanismes d'action (69). Les preuves de l'efficacité des associations insulinine-insulinosensibilisateurs (69).			
Les associations insulinine-acarbose	72		
Les associations insulinine-insulinosécrétagogues	72		
Mécanisme d'action (72). Évaluation de l'efficacité des associations insulinine-insulinosécrétagogues (sulfonylurées et glinides) par rapport à l'insulinothérapie seule (74).			
Les associations insulinine et nouveaux insulinosécrétagogues agissant par la voie des incrétines	75		
Les essais avec les inhibiteurs de la DPP-4 en association avec l'insuline (76). Les essais thérapeutiques avec les agonistes des récepteurs du GLP-1 en association avec l'insuline (77).			
Mesures hygiéno-diététiques	79		
Synthèse des résultats obtenus	81		
6 Quelles alternatives à l'insulinothérapie basale en cas d'échec des antidiabétiques oraux ?	83	9 Cas cliniques	113
Généralités	83	Cas clinique n°1	113
Les agonistes des récepteurs du glucagon-like peptide-1 (GLP-1)	83	Les avis des trois experts sont consultés : (113). Les arguments des experts (114).	
Les études comparatives entre agonistes des récepteurs du GLP-1 et insulinine chez les patients en échec des multithérapies orales	87	Cas clinique n°2	116
Les conséquences sur le plan pratique	88	L'avis de l'expert dans le premier cas de figure (118). L'avis de l'expert dans le deuxième cas de figure (118). L'avis de l'expert dans le troisième cas de figure (119).	
7 Que faire quand l'insulinothérapie basale est en échec ?	93	10 Perspectives et avenir de l'insulinothérapie dans le diabète de type 2	121
Généralités	93	Références	125
L'insulinothérapie basale avec deux injections quotidiennes de NPH ou d'analogues prolongés	93	Index	139
L'insulinothérapie basale avec deux injections quotidiennes de premix	94		
Les insulinothérapies personnalisées	95		
Y-a-t-il d'autres solutions en dehors de l'insulinothérapie ?	97		
8 Les indications transitoires de l'insulinothérapie dans les états pathologiques intercurrents	101		
Généralités	101		

La fréquence de l'insulinothérapie chez les patients diabétiques de type 2

Au cours des dernières décennies, le nombre de patients diabétiques de type 2 (insulinothérapie nécessitants ou insulinorequérants) n'a cessé de progresser et il est même devenu plus important que celui des patients diabétiques de type 1 (ancien diabète insulindépendant). Dans un pays comme la France, en 2008, le nombre de patients diabétiques insulines englobant à la

L'insulinothérapie dans le diabète de type 2

de la théorie à la pratique

Louis Monnier / Claude Colette

Cet ouvrage est consacré à l'insulinothérapie chez les patients ayant un diabète de type 2 et devenus insulinorequérants. Les **schémas insuliniques** proposés pour ces patients sont de plus en plus **complexes**. Ce phénomène est amplifié par l'apparition de **nouvelles classes thérapeutiques** que l'on peut associer à l'insuline pour optimiser le contrôle glycémique. La collaboration entre médecins spécialistes, omnipraticiens et personnels paramédicaux est ainsi de plus en plus nécessaire pour initier et surveiller les traitements insuliniques chez des patients diabétiques de type 2.

Cet ouvrage fait le point sur les **effets de l'insuline** et les **modalités pratiques** de mise en place d'une insulinothérapie. Il aborde dans le détail la **surveillance clinique et biologique** du patient, les **associations diététiques et thérapeutiques** à envisager et les alternatives en cas d'échec. **Complet et didactique**, il s'adresse à tous les professionnels médicaux et paramédicaux concernés par ce problème de santé publique.

Louis Monnier est professeur émérite à l'université de Montpellier. Il est membre du comité éditorial de plusieurs revues internationales : Diabetes Care, Diabetes Technology and Therapeutics, Diabetes and Metabolism. Il a été secrétaire de l'Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques (Alfediam) et il a participé à plusieurs comités de recommandations américaines (American College of Endocrinologists) et internationaux (International Diabetes Federation).

Claude Colette est docteur es sciences. Elle a été chargée de recherche à l'Inserm pendant une trentaine d'années et elle a signé ou cosigné de nombreuses publications ou revues scientifiques parues dans des journaux comme JAMA, Diabetes Care, Diabetes and Metabolism, American Journal of Clinical Nutrition.

978-2-294-74059-6



9 782294 740596