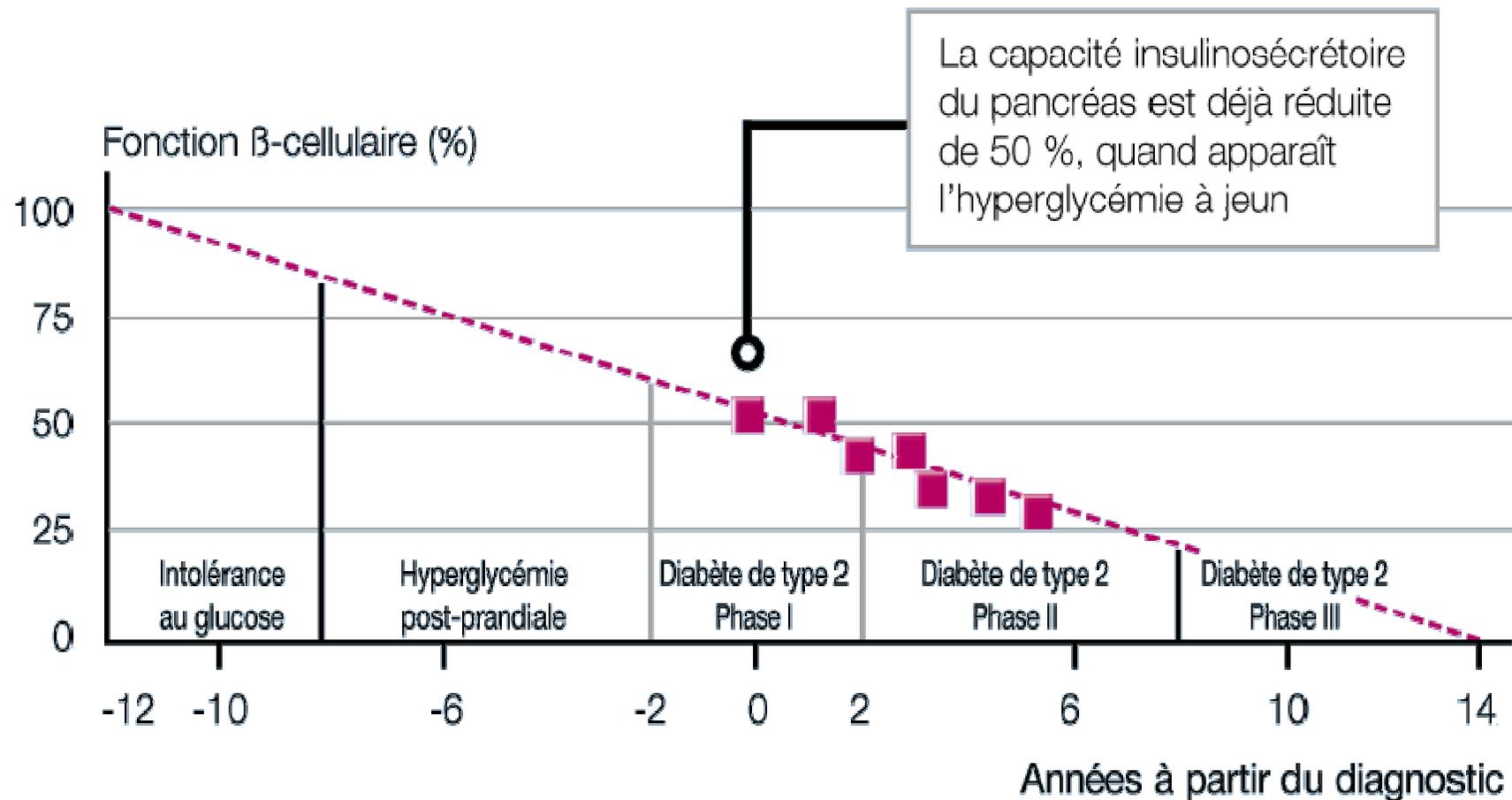


Pourquoi et comment
passer à l'insuline
un diabétique de type 2 ?

Insulinosécrétion au long cours : Insuline inéluctable !





Message

« C'est simple contrairement à ce que pensent les patients ou à ce que nous pensons »



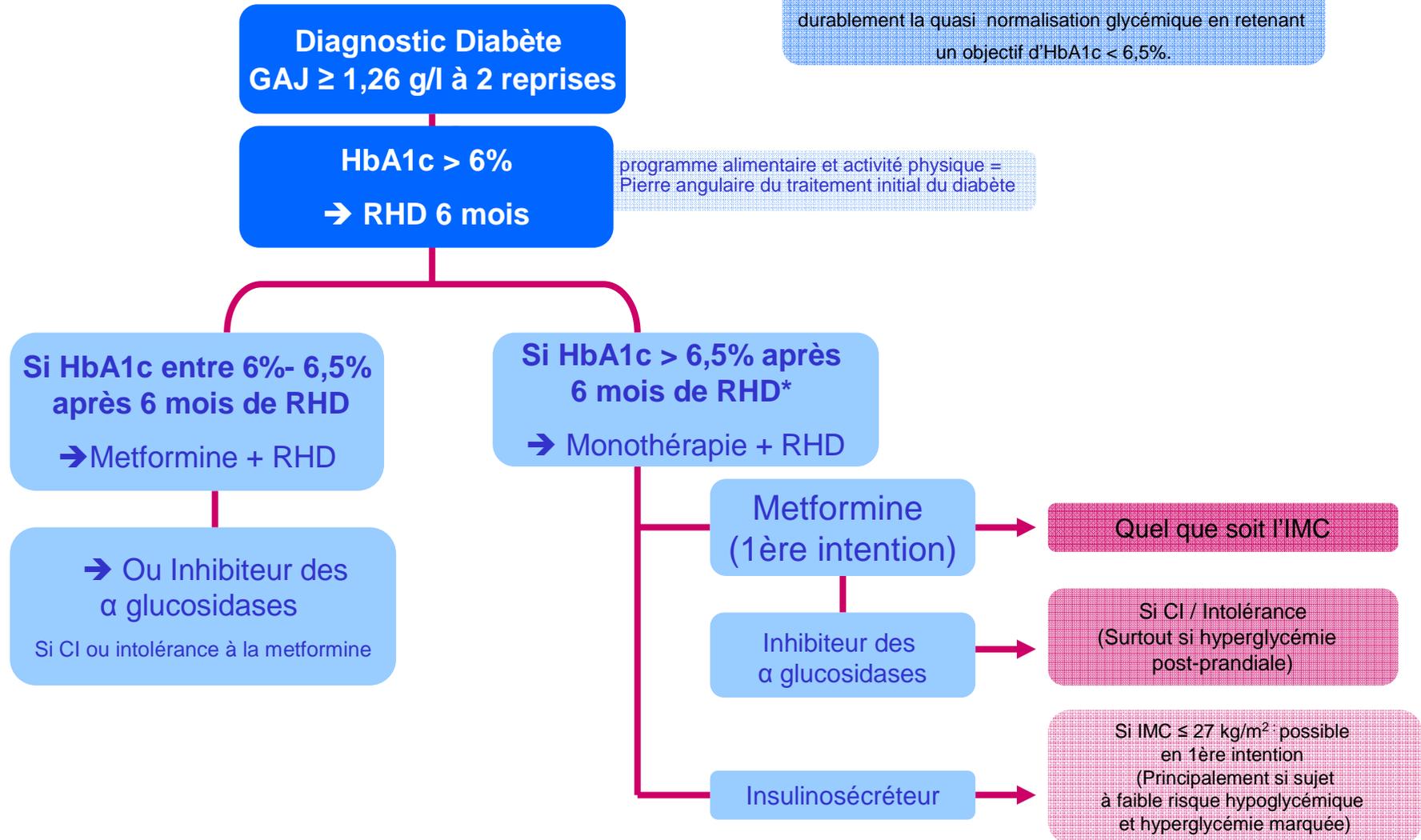
Message

- **Après l'échec des ADO**
- **Objectif d'HBA1c**
- **Traiter plus vite et plus fort**

Diabète découvert à un stade précoce

Prise en charge initiale :

Il est recommandé de rechercher d'emblée et de maintenir durablement la quasi-normalisation glycémique en retenant un objectif d'HbA1c < 6,5%.



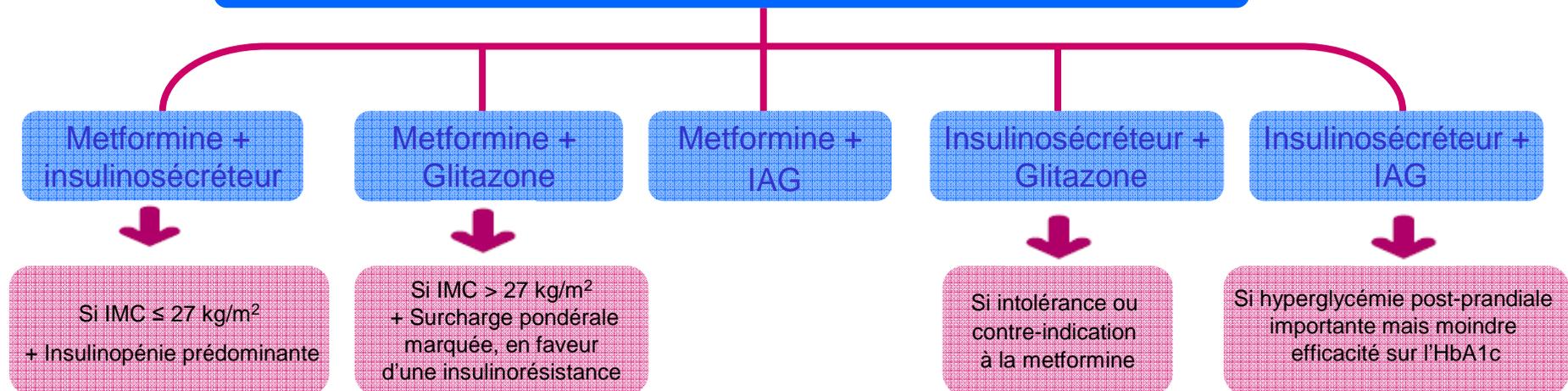
GAJ = Glycémie à jeun; RHD = Règles hygiéno-diététiques; CI = Contre indication; PP = ; IMC = Indice de masse corporelle

* 3 mois si hyperglycémie importante

Échec de monothérapie : HbA1c > 6,5% après 6 mois d'une des monothérapies à dose maximale +RHD :

Objectif : HbA1c <6.5%

Recours à une des bithérapies suivantes + RHD :



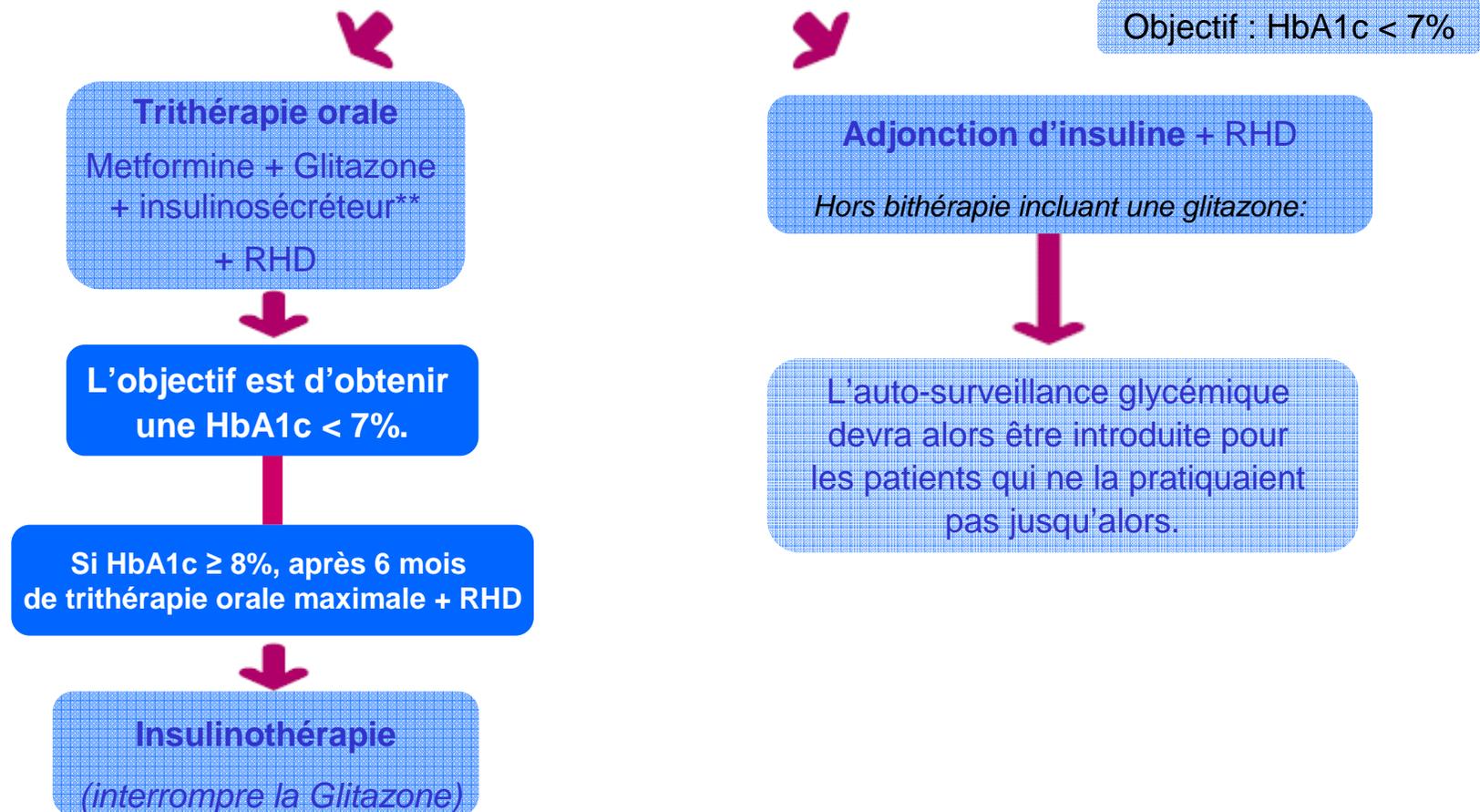
Le choix de l'association devra prendre en compte la tolérance et les contre-indications de chaque classe de médicaments, l'âge du sujet, le risque hypoglycémique, l'importance de l'hyperglycémie, le profil clinique et biologique propre à chaque patient.

Un élément déterminant du choix de l'association est le rapport bénéfice/risque de chaque classe médicamenteuse.

Ce rapport est moins bien évalué pour les nouveaux médicaments hypoglycémifiants.

Pour certains patients, le souci de simplifier la thérapeutique pourra faire recourir à des formes de bithérapie en un seul comprimé.

En cas d'échec de la bithérapie: HbA1c > 7% * après 6 mois de traitement + RHD



* Si HbA1c > 9% malgré 6 mois de bithérapie maximale : le groupe de travail recommande le passage d'emblée à l'insulinothérapie sans passer par l'étape d'une trithérapie

** Cette association demande à être évaluée dans la durée

RHD = Règles hygiéno-diététiques

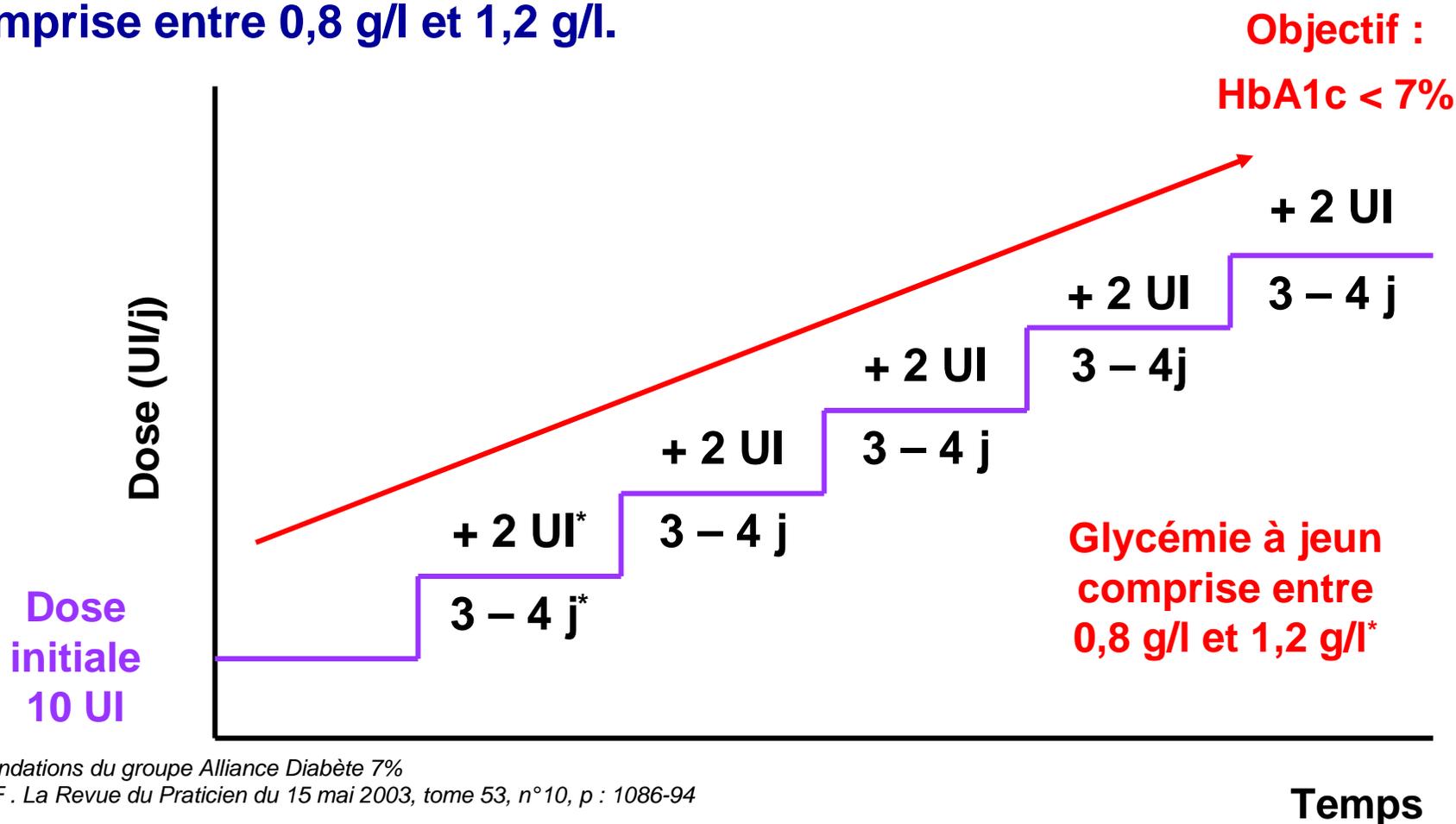


Message

Connaître « son » insuline à prescrire en
une injection dans ses injections.

Comment adapter une insuline lente ?

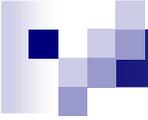
Initier Lantus® ou Lévémir ou NPH à la dose de 10 UI puis augmenter de 2 UI tous les 3-4 jours jusqu'à l'obtention d'une glycémie à jeun comprise entre 0,8 g/l et 1,2 g/l.





A demain matin :

Café à 08h 30



Éducation du patient

- Aider le patient dans le choix du stylo ou de la seringue : *par ex. matériel adapté au malvoyants..*
- Vérifier les gestes techniques
- Insister sur l'importance de changer l'aiguille à chaque injection
- Informer de la législation concernant l'élimination des aiguilles et des seringues
- Informer de l'importance de vérifier que le matériel délivré par le pharmacien corresponde à la prescription (préciser sur l'ordonnance la longueur de l'aiguille, la marque du stylo, le type d'insuline +++)



Les pièges à éviter

Ne pas oublier

- de changer le stylo tous les ans
- De vérifier au moins une fois par an la technique d'injection (on a des surprises!)
- De rechercher à chaque consultation les lypodystrophies (de façon visuelle et tactile)
- Peut expliquer un diabète déséquilibré car peut augmenter jusqu'à 50% la consommation d'insuline!



- De taper vite et fort
C'est simple
 - D'informez tôt
 - De se fixer des objectifs...
Hb A1c < 7% (6 - 6,5 - 7)
 - De bien connaître "une" insuline
Dose initiale fonction du poids
 - D'être attentif au matériel
 - De ne pas travailler seul
 - De promouvoir l'autonomie
- A médecin convaincu, patient adhérent
- Ayez la foi ...



D.D.
denie111e@mail.com

ON NE FERA
PAS DE
MIRACLE



 deniellemal@gmail.com