

Diabète et corticoïdes

21 septembre 2023

Hélène du Boullay
Endocrinologue

Centre Hospitalier Métropole Savoie- site Chambéry
helene.du.boullay@ch-metropole-savoie.fr



Plan

Physiopathologie

Epidémiologie

Population à risque

Dépistage

Prise en charge



Contexte

Patient sous antidiabétiques oraux, n'ayant pas d'appareil d'autosurveillance mis sous corticoïdes; hospitalisé 1 mois après pour décompensation sévère

HbA1c avant la mise sous corticoïdes élevée à 9%

Patiente de 80 ans. Mise sous corticoïdes pour maladie de Horton. Surveillance des glycémies capillaires le matin en hospitalisation. 1,10 g/l

Revient 1 mois après pour coma hyperosmolaire

Etude diabète corticoïdes cancer 2015 - 2017

Pas de recommandations

Peu de publications

100 patients diabétiques inclus

Inclusion:

- 1/3 HbA1c > 8%
- 40%: HbA1c < 7%

Modification de traitement dès la première consultation: 50%

Fin de l'étude à 6 mois:

- 60 %: HbA1c < 7%

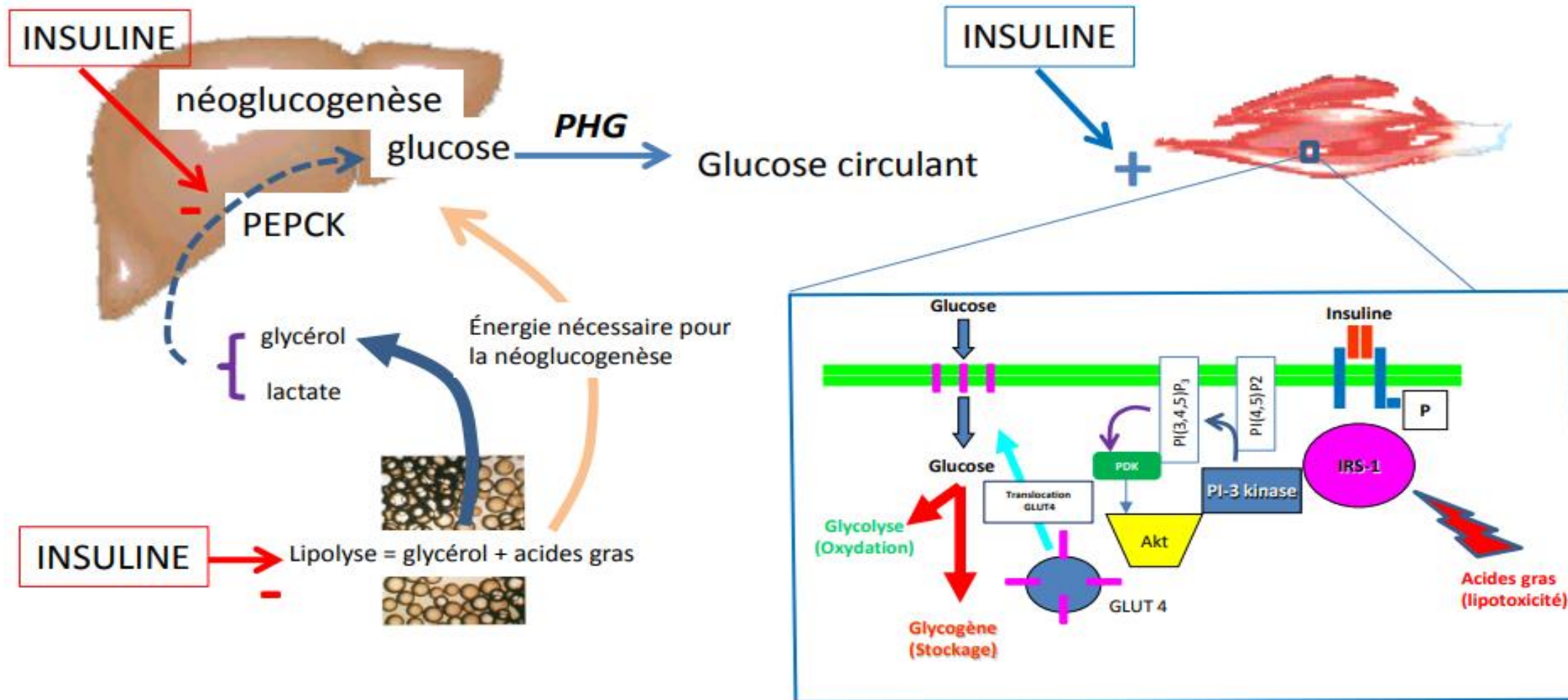
Physiopathologie

Corticoïdes induisent

- Insulinorésistance
 - Foie
 - Adipocyte
 - Muscle squelettique
- Altération directe de l'insulinosécrétion
- Mêmes types de mécanismes que pour le diabète de type 2 et le diabète gestationnel



Figure 1

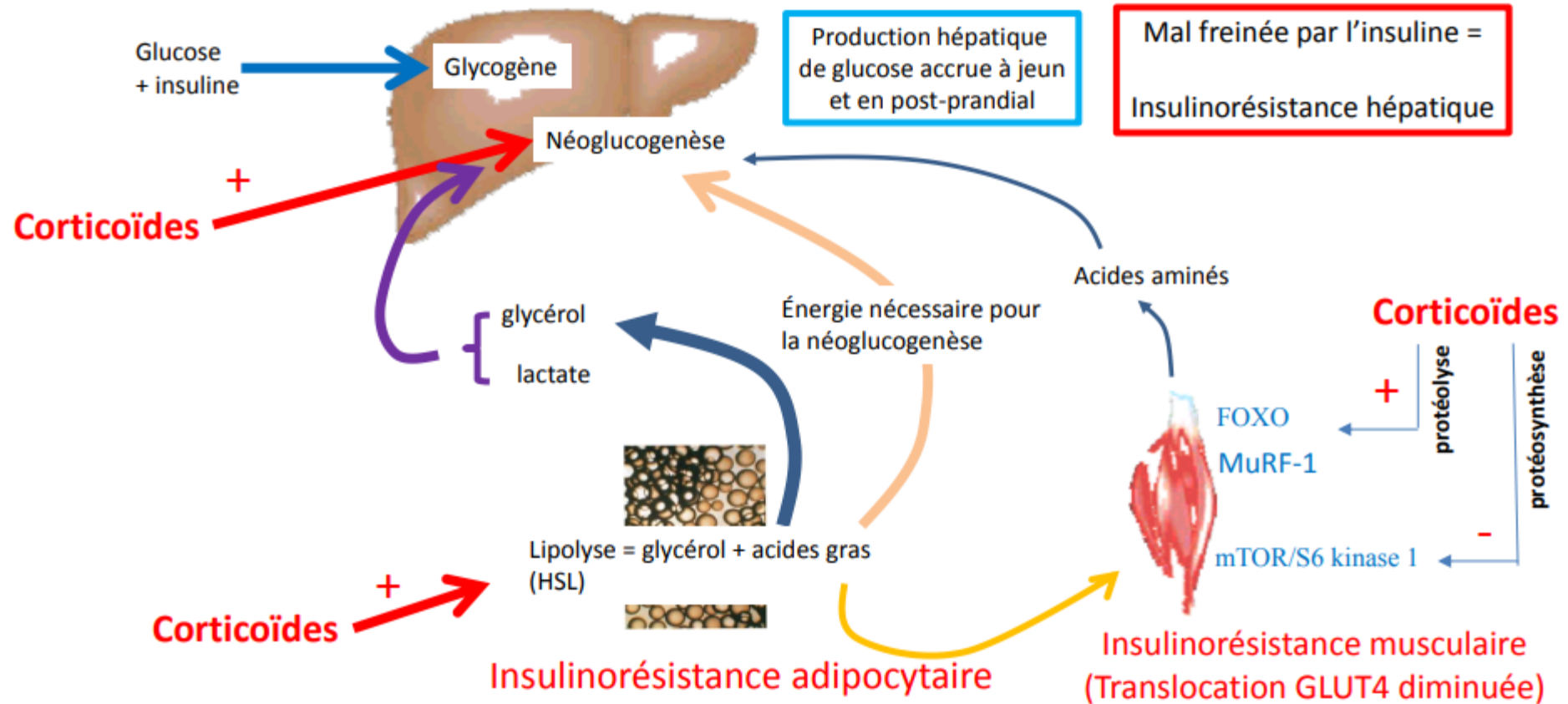


Physiopathologie

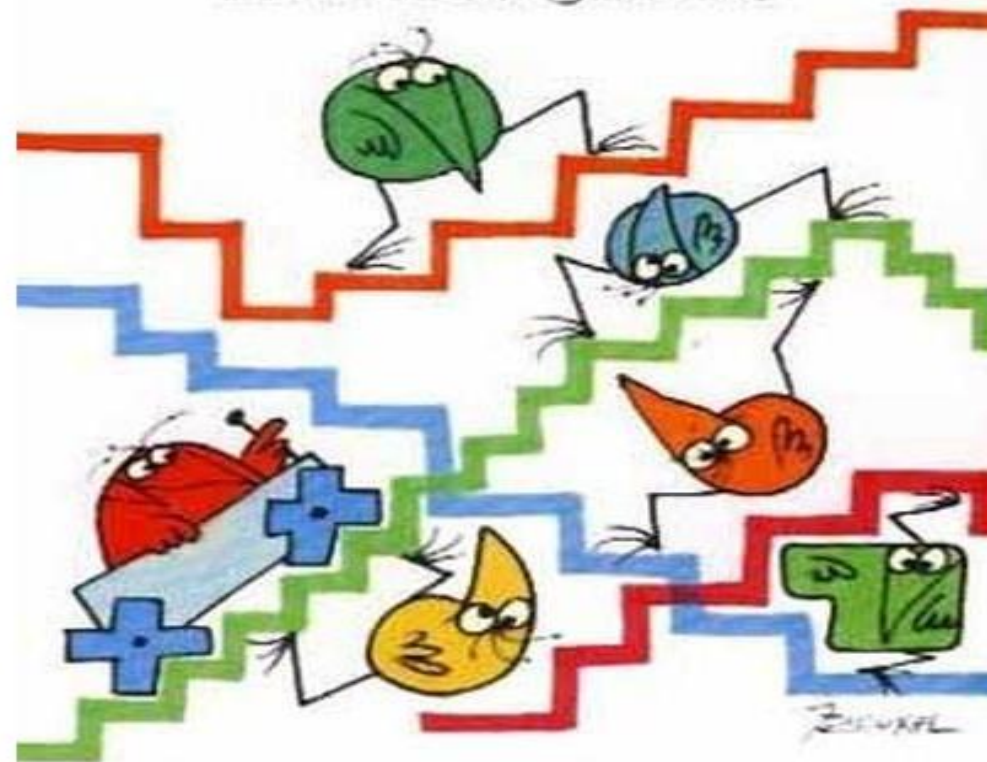
Corticoïdes induisent dès la première prise:

- Augmentation de la néoglucogénèse hépatique
- Augmentation de la lipolyse
- Réduction transport du glucose dans le muscle squelettique

Figure 2



Les devises Shadok



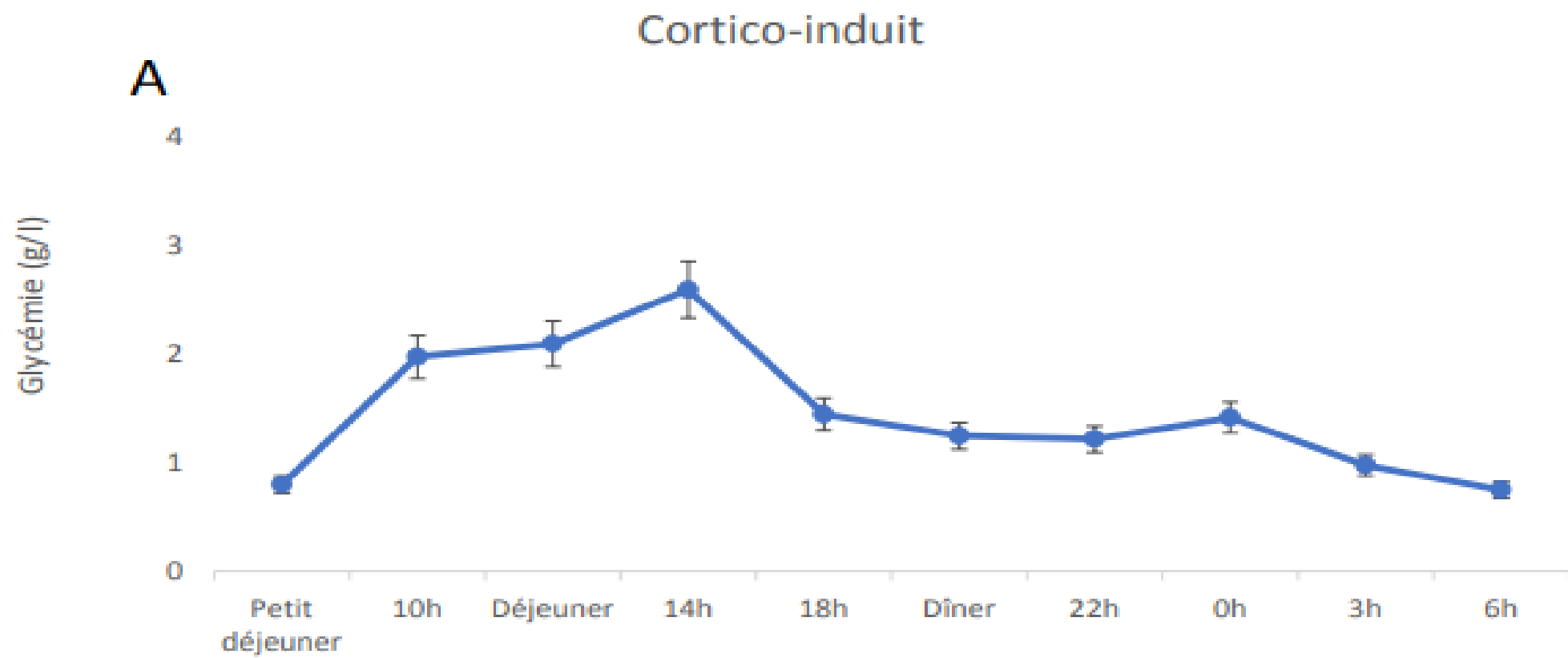
AVEC UN ESCALIER PRÉVU
POUR LA MONTÉE ON REUSSIT
SOUVENT À MONTER PLUS BAS
QU'ON NE SERAIT DESCENDU AVEC UN
ESCALIER PRÉVU POUR LA DESCENTE.

Physiopathologie

Insulinorésistance est systématique avec les corticoïdes mais pas l'hyperglycémie

- Origine génétique de cette adaptabilité de la cellule β
- Cellule va sécréter +/- d'insuline en réponse à l'insulinorésistance
- Explique les sujets à risque

- Effet aigu des corticoïdes: dans les 4 à 8h suivant la prise



Epidémiologie

Diabète corticoinduit

- Fréquence: 20 à 50% selon les séries

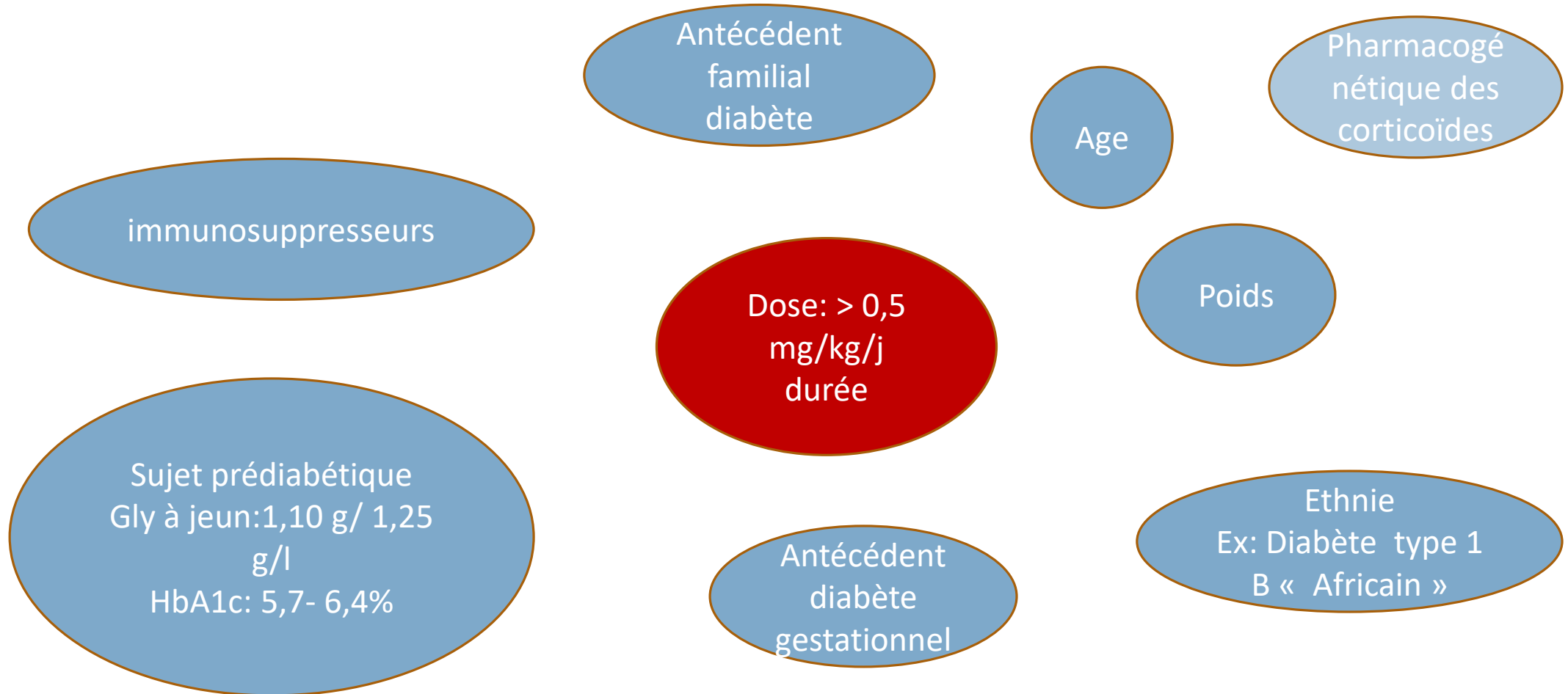
Déséquilibre diabète connu

- Très fréquent

Fréquence du diabète:

30% chez les patients hospitalisés

Facteurs de risque diabète cortico-induit



Dépistage patient hospitalisé

Patient diabétique:

- HbA1c et surveillance glycémie capillaire avant chaque repas

Patient non diabétique et hospitalisé

- Glycémie à jeun et/ou HbA1c
 - Afin de détecter un diabète non connu
- Surveillance systématique glycémie capillaire avant repas de midi et du soir pendant 48h puis 1/semaine si normal

Patient non diabétique ambulatoire

- Surveillance glycémie au laboratoire

Dépistage patient non hospitalisé

Patient diabétique:

- HbA1c et surveillance glycémie capillaire avant chaque repas
 - Surv glycémie capillaire à espacer à 1/semaine si les glycémies sont satisfaisantes
 - Ou surveillance glycémie fin de matinée régulièrement et mise en place autosurveillance si $> 2 \text{ g/l}$

Patient non diabétique

- Surveillance glycémie au laboratoire
 - À jeun – attention peut rester normale
 - Ou fin de matinée – mise en place autosurveillance si $> 2 \text{ g/l}$

Prise en charge corticothérapie longue

- Patient diabétique:
 - Insulinotraité
 - Augmentation des doses – Ajout rapide aux repas si 1 seule injection par jour
 - Si hbA1c > 8% - avis diabétologue
 - Non insulinotraité:
 - Si les glycémies sont < 2g/l
 - Biguanides
 - Inhibiteurs DPP4, voir incrétines
 - Si les glycémies dépassent 2 g/l et/ ou hbA1c > 8% et corticothérapie longue
 - Avis diabétologue
 - introduction insuline

Prise en charge corticothérapie courte

- Patient diabétique:
 - Si corticothérapie courte
 - HbA1c > 7% et bon état général
 - Avis diet si possible –APA
 - Augmentation traitement
 - Ajout insuline si besoin (si hbA1c > 8%)

Prise en charge diabète corticoinduit

- Si les glycémies sont $< 2\text{g/l}$
 - Biguanides
 - Inhibiteurs DPP4, voir incrétines
- Si les glycémies dépassent 2 g/l
 - Insuline : 2 insulines mixtes: HUMALOG Mix 50 matin midi ou NOVOMIX 50 matin midi



Prise en charge

Institution insulinothérapie

- 2 insulines mixtes: HUMALOG Mix 50: matin midi ou NOVOMIX 50 :matin midi
- Débuter à 10 ui matin midi , à augmenter si besoin- de 4 ui en 4 ui si glycémies > 2 g/l
- **injection même si la glycémie est normale avant le repas**
- Education
 - Aux injections
 - Autosurveillance capteur freestyle
 - A l'hypoglycémie
 - A la décroissance des corticoïdes
 - Baisser de 2 à 4 ui voire plus
- Arrêt insulinothérapie
 - Switch vers antidiabétiques oraux si corticoïdes < 10 mg/j ou dose totale insuline < 10 ui/j



Patients diabétiques

Avis diététicienne

Encourager APA

Evaluation retentissement

- Suivi ophtalmologique?

objectifs

Eviter prise en charge tardive sur altération de l'état général, déshydratation

Personnaliser la prise en charge

- Traitement
- Education

Take home messages

Surveillance systématique glycémie capillaire midi et soir

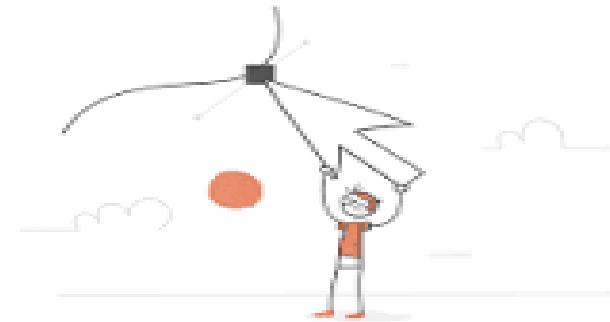
- Si patient hospitalisé

HbA1c

- Chez patient diabétique

Insuline

- Si HbA1c > 8% et/ou glycémie > 2 g/l
- 2 insulines mixtes matin midi
- À injecter même si glycémie normale



Les devises Shadok



* LA VÉRITÉ C'EST QU'IL
N'Y A PAS DE VÉRITÉ.
(Y COMPRIS CELLE-CI)

Bibliographie

Bastin M., Andreelli F. Diabète et corticoïdes: nouveautés et aspects pratiques. La Revue de Médecine Interne, 2020; 41(9): 607-616.