

Module III-3

Thérapie insulinique

Contexte

Les personnes atteintes de diabète de type 1 ont besoin d'une thérapie insulinique quotidienne à vie. A l'heure actuelle, la majorité des enfants et adolescents atteints de diabète ont un diabète de type 1. Si la tendance à intensifier la gestion du diabète pour réduire ou retarder le déclenchement de complications se maintient, de plus en plus de personnes atteintes de diabète de type 2 devront ajouter l'insuline à leurs hypoglycémifiants oraux, voire remplacer ces derniers par de l'insuline. L'étude UKPDS a démontré que, pour atteindre un bon contrôle glycémique, plus de 50 % des personnes atteintes de diabète de type 2 avaient besoin de médicaments supplémentaires, comme une thérapie insulinique, après 5 ans pour atteindre les valeurs cibles fixées. Ainsi, la thérapie insulinique ne devrait jamais être utilisée comme une menace en cas de mauvais contrôle glycémique. Il s'agit d'une conséquence de la progression naturelle du diabète de type 2. Les traitements à base d'insuline sont variés et doivent être adaptés aux objectifs et au style de vie de la personne atteinte de diabète.

But

Permettre aux participants de comprendre la thérapie insulinique chez les personnes atteintes de diabète de type 1, de diabète de type 2, de diabète gestationnel ou d'autres types de diabète – comme le diabète stéroïde

Objectifs

Au terme de ce module, le participant sera capable de :

- Expliquer les obstacles à la thérapie insulinique du point de vue des professionnels de la santé.
- Expliquer les obstacles à la thérapie insulinique du point de vue de la personne atteinte de diabète.
- Distinguer les différents types d'insuline.
- Expliquer la durée d'action des différents types d'insuline.
- Identifier la source d'insuline disponible dans le système de santé des participants – de porc, de bœuf, humaine d'ADN recombiné, analogue.
- Identifier les facteurs qui influencent les besoins en insuline et son absorption.
- Faire la démonstration de la préparation et de l'administration d'insuline par le biais de différentes méthodes, notamment les seringues, les stylos injecteurs et les pompes.

- Expliquer comment gérer l'insuline et les stratégies de stockage de l'insuline dans les différentes régions du monde.
- Décrire les effets secondaires du traitement insulinaire, notamment l'hypoglycémie, l'œdème, la prise de poids, la lipohypertrophie et la lipoatrophie.
- Expliquer la thérapie insulinaire combinée à des agents oraux chez les personnes atteintes de diabète de type 2.
- Expliquer les avantages liés à l'intensification de la thérapie insulinaire chez les personnes atteintes de diabète de type 1 et de diabète de type 2.
- Expliquer les avantages et les défis liés aux différentes thérapies insulinaires.
- Identifier le type d'insuline et la thérapie insulinaire appropriés à utiliser dans différentes situations cliniques.
- Identifier les objectifs de traitement personnalisés en termes de taux de glycémie, de taux d'HbA_{1c}, de gestion du poids et de taux de lipides sanguins.
- Identifier des stratégies susceptibles d'aider la personne atteinte de diabète à surmonter les craintes associées au démarrage ou à la poursuite d'une thérapie insulinaire.
- Comprendre les principes relatifs à l'adaptation des doses d'insuline.
- Enseigner aux personnes atteintes de diabète comment adapter leurs doses d'insuline pour atteindre les valeurs cibles établies pour leur contrôle glycémique.
- Débattre de l'adaptation des doses d'insuline lors d'événements spéciaux, comme les jours de maladies, les voyages, les activités physiques, les opérations, les fêtes religieuses ou culturelles.
- Débattre de la gestion de l'insuline pour les utilisateurs de pompes à insuline*.
- Comprendre l'importance d'une équipe spécialisée dans la gestion de la thérapie insulinaire*.

Stratégie d'enseignement

Etudes de cas pouvant inclure : la mise en route d'une thérapie insulinaire chez une personne atteinte de diabète de type 2 ; le diagnostic d'un diabète de type 1 ; une thérapie insulinaire intensive ; l'adaptation de l'insuline en fonction des taux de glycémie

Temps suggéré

Etudes de cas : 2 heures

Profil du/des formateur(s)

Endocrinologue ou éducateur en diabète

Evaluation des apprentissages

Réussite des études de cas

Références

- American Diabetes Association. *Medical management of type 1 diabetes* 5th edition. ADA. Alexandria, 2008.
- American Diabetes Association. Clinical practice recommendations 2008. *Diabetes Care* 2008; 31(Suppl 1).
- Campbell RK, White JR Jr. *Medications for the treatment of diabetes*. American Diabetes Association. Alexandria, 2000.
- Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Canadian Diabetes Association 2003 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. *Can J Diab* 2003; 27(Suppl 2).
- Colwell JA. *Hot Topics Diabetes*. Hanley and Belfus. Philadelphia, 2003.
- Cusi K, Cunningham GR, Comstock JP, et al. Safety and efficacy of normalizing fasting glucose with bedtime NPH insulin alone in NIDDM. *Diabetes Care* 1995; 18: 843-51.
- Davidson MB. *Diabetes mellitus diagnosis and treatment* 4th edition. WB Saunders Company. Philadelphia, 1998.
- Garg SK, Carmain JA, Braddy KC, et al. Pre-meal insulin analogue Lispro vs Humulin R insulin treatment in young subjects with type 1 diabetes. *Diabet Med* 1996; 13: 47-52.
- Ilkova H, Glaser B, Tunckale A, et al. Induction of long-term glycemic control in newly diagnosed type 2 diabetic patients by transient intensive insulin treatment. *Diabetes Care* 1997; 20: 1353-6.
- International Diabetes Federation Clinical Guidelines Task Force. *Global guidelines for type 2 diabetes*. IDF. Brussels, 2005.
- Klingensmith GJ (Ed). *Intensive diabetes management* 3rd edition. American Diabetes Association. Alexandria, 2003.
- Landstedt-Hallin L, Adamson U, Arner P, et al. Comparison of bedtime NPH or preprandial regular insulin combined with glibenclamide in secondary sulfonylurea failure. *Diabetes Care* 1995; 18: 1183-6.
- Nathan DM. Initial management of glycemia in type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med* 2002; 347: 1342-9.
- Olsson PO, Hans A, Henning VS. Miscibility of human semisynthetic regular and lente insulin and human biosynthetic, regular and NPH insulin. *Diabetes Care* 1987; 10: 473-7.
- UK Prospective Diabetes Study Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared to conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 1998; 352: 837-53.

* Objectifs d'un niveau avancé

Du contenu détaillé pour ce module est disponible en anglais sous forme de présentation PowerPoint à www.idf.org