

Module III-7

Complications à long terme

Contexte

Tandis que la pathophysiologie sous-jacente et la gestion des deux principales formes de diabète diffèrent, une caractéristique commune est le développement de complications micro- et macrovasculaires à long terme, comme la rétinopathie, la néphropathie, les troubles macrovasculaires et la neuropathie périphérique et autonome. Ces complications sont associées à une morbidité et à une mortalité accrues.

La durée du diabète et un mauvais contrôle métabolique sont des indicateurs prévisionnels du développement de complications microvasculaires. Il est toutefois possible de freiner la progression de ces complications par le biais d'un traitement précoce et intensif. Des stratégies doivent donc être mises en place pour permettre leur détection précoce.

Étant donné que le diabète de type 2 est parfois présent plusieurs années avant son diagnostic et que près de 30 % des personnes concernées ont déjà développé une complication au moment du diagnostic, l'évaluation des complications doit commencer dès le diagnostic, puis se répéter tous les ans. Les adultes atteints de diabète de type 1 doivent faire l'objet d'un dépistage des complications dans un délai de 5 ans après le diagnostic, puis chaque année.

Buts

- Comprendre parfaitement la pathophysiologie des complications micro- et macrovasculaires.
- Faire comprendre aux participants leur rôle lorsqu'il s'agit de recommander et d'encourager le dépistage et le traitement précoces et, dans certains cas, de procéder au dépistage des complications.
- Débattre des implications du suivi et du traitement des complications à long terme.
- Comprendre les conséquences psychologiques des complications à long terme pour les personnes atteintes de diabète et leur famille.
- Expliquer la nécessité d'être sincère et d'adopter une approche positive de la prévention et de la gestion des complications et de ne pas utiliser de stratégies intimidantes ni de messages menaçants.

Module III-7b

Néphropathie diabétique

Objectifs

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

- Conseiller les parents d'enfants, les adolescents et les adultes concernant les risques de développer une néphropathie associée à un mauvais contrôle glycémique.
- Décrire l'épidémiologie de la néphropathie diabétique, notamment les taux d'incidence et de prévalence.
- Décrire les indicateurs prévisionnels du développement de la néphropathie et l'histoire naturelle de la maladie.
- Décrire les différents niveaux de complication rénale, notamment l'hyperfiltration, la micro-albuminurie et la macro-albuminurie, la néphropathie chronique.
- Expliquer la nature transitoire de la micro-albuminurie et les causes des accélérations transitoires de l'excrétion d'albumine.
- Présenter les tests de diagnostic utilisés dans le cadre du dépistage de la néphropathie.
- Expliquer l'impact de la micro-albuminurie sur le diabète de type 1 et sur le diabète de type 2.
- Savoir que la micro-albuminurie est un marqueur de dysfonctionnement vasculaire et éventuellement de maladie vasculaire.
- Décrire l'utilité du taux de filtration glomérulaire estimé (eGFR).
- Présenter les différentes études démontrant les bienfaits d'un meilleur contrôle glycémique – notamment le DCCT et l'UKPDS.
- Décrire le lien entre l'hypertension et la progression de la néphropathie chez les personnes atteintes de diabète.
- Expliquer l'importance du contrôle de la pression artérielle pour la prévention et la gestion de la néphropathie diabétique.
- Décrire les différentes études démontrant les bienfaits de l'amélioration de l'hypertension – notamment les études Lewis, PRIME, CALM et HOPE.
- Savoir que les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et les inhibiteurs des récepteurs de l'angiotensine (ARB) constituent le traitement de première ligne, lorsqu'il est disponible, pour les personnes atteintes de néphropathie diabétique.

- Décrire les caractéristiques cliniques de la néphropathie diabétique.
- Décrire l'impact des facteurs liés au style de vie, comme la consommation excessive de sel ou d'alcool, sur la pression artérielle.
- Décrire les changements alimentaires possibles en cas de progression de l'insuffisance rénale.
- Être conscient de la nécessité de réduire les besoins en insuline en cas de néphropathie chronique.
- Savoir que la greffe de rein est une option de traitement pour certaines personnes.
- Décrire l'impact psychosocial de la néphropathie diabétique sur les personnes atteintes de diabète et leurs proches (voir **Module I-4, Approches psychosociales et comportementales**).
- Identifier les ressources disponibles au sein de la communauté.
- Expliquer les différences entre dialyse péritonéale et hémodialyse*.

Stratégies d'enseignement

Exposé
Apprentissage par expérience

Temps suggéré

Séance formelle autour d'une étude de cas : 1-2 heures

Profil du/des formateur(s)

Endocrinologue, éducateur en diabète, infirmière spécialisée dans les troubles rénaux, néphrologue

Evaluation des apprentissages

Jeu de rôle sur les implications d'un diagnostic de néphropathie diabétique et la gestion requise

Références

- Andersen S, Brochner-Mortensen J, Parving H. Kidney function during and after withdrawal of long-term irbesartan treatment in patients with type 2 diabetes and microalbuminuria. *Diabetes Care* 2003; 26: 3296-302.
- Berl T, Hunsicker LG, Lewis JB, et al; Irbesartan Diabetic Nephropathy Trial Collaborative Study Group. Cardiovascular outcomes in the Irbesartan Diabetic Nephropathy Trial of patients with type 2 diabetes and overt nephropathy. *Ann Intern Med* 2003; 138: 542-9.
- 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): S66-S71.
- Clark CM Jr, Lee DA. Prevention and treatment of the complications of diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1995; 332: 1210-7.
- Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1993; 329: 977-86.
- Finne P, Reunanen A, Stenman S, et al. Incidence of end-stage renal disease in patients with type 1 diabetes. *JAMA* 2005; 294: 1782-7.

International Diabetes Federation Clinical Guidelines Task Force. *Global guideline for type 2 diabetes*. IDF. Brussels, 2005.

International Diabetes Federation. *Diabetes Voice* special issue. The Kidney Issue. 2003; 48.

Krolewski AS, Warram JH, Cupples A, et al. Hypertension, orthostatic hypotension and the microvascular complications of diabetes. *J Chronic Dis* 1985; 38: 319-26.

Lewis EJ, Hunsicker LG, Bain RP, et al. The effect of angiotensin-converting enzyme inhibition on diabetic nephropathy. The Collaborative Study Group. *N Eng J Med* 1993; 329: 1456-62. Erratum in *N Eng J Med* 1993; 330: 152.

Mehler PS, Jeffers BW, Estacio R, Schrier RW. Associations of hypertension and complications in non-insulin dependent diabetes mellitus. *Am J Hypertens* 1997; 10: 152-61.

Mogensen CE. Microalbuminuria as a predictor of clinical diabetic nephropathy. *Kidney Int* 1987; 31: 673-89.

Pirart J. Diabetes mellitus and its degenerative complications: A prospective study of 4400 patients observed between 1947 and 1973. *Diabetes Care* 1978; 1: 168-88.

Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, et al. DASH-Sodium Collaborative Research Group. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. *N Eng J Med* 2001; 344: 3-10.

The HOPE Study Investigators. The HOPE (Heart Outcomes Prevention Evaluation) Study: the design of a large, simple randomized trial of an angiotensin-converting enzyme inhibitor (ramipril) and vitamin E in patients at high risk of cardiovascular events. *Can J Cardiol* 1996; 12: 127-37.

UK Prospective Diabetes Study Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 1998; 352: 837-53.

UK Prospective Diabetes Study Group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes (UKPDS 38). *BMJ* 1998; 317: 703-13.

* Objectifs d'un niveau avancé

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