

Prise en charge du diabète instable : approche humaine ou technologique ?

Management of unstable diabetes: Human factor on top of technology

P.-Y. Benhamou

Service d'endocrinologie,
CHU de Grenoble-Alpes, Grenoble.

Résumé

La problématique du diabète instable est celle d'une variabilité glycémique extrême, responsable d'évènements cliniques, essentiellement hypoglycémies itératives et/ou sévères, altérant la qualité de vie.

La technologie permet d'abord de se rapprocher d'une définition plus consensuelle du diabète instable et de mieux phénotyper les patients. Elle offre ensuite différentes options thérapeutiques : pompes à insuline couplées à des capteurs avec arrêt seuil ou arrêt prédictif selon la glycémie, insulinothérapie en boucle fermée, thérapie cellulaire. Le bénéfice métabolique de ces approches doit être mis en balance avec leur acceptabilité et leurs effets secondaires propres. L'art médical est de contribuer à identifier certaines étiologies de l'instabilité glycémique, et d'éclairer la décision thérapeutique. En définitive, le choix thérapeutique en présence d'un diabète instable est un bel exemple de décision médicale partagée, et de complémentarité entre la technologie et l'accompagnement humain du patient.

Mots-clés : Diabète de type 1 – diabète instable – variabilité glycémique – hypoglycémie – décision médicale partagée.

Summary

The main feature of unstable diabetes is extreme glucose variability, responsible for clinical events, mostly recurrent and/or severe hypoglycemia, impairing quality of life. Technology will allow to standardize the definition of unstable diabetes and to provide a better patient phenotyping. Technology offers several therapeutic options: insulin pumps coupled with glucose sensors, with threshold or predictive low glucose suspend feature, closed-loop insulin delivery devices, cell therapy. Metabolic improvement provided by these treatments must be balanced with their acceptability and own side effects. The role of the diabetologist is to help identifying some underlying causes for glucose instability, and to enlighten the therapeutic decision. Overall, unstable diabetes is a typical situation where shared medical decision is recommended, illustrating that technology and human support are both required for appropriate diabetes care.

Key-words: Type 1 diabetes – unstable diabetes – glucose variability – hypoglycemia – shared medical decision.

Correspondance

Pierre-Yves Benhamou

Service d'endocrinologie
CHU de Grenoble-Alpes
CS10217
38043 Grenoble cedex
PYBenhamou@chu-grenoble.fr

Cas clinique

- Pour illustrer la problématique de la gestion du diabète instable, nous présentons le cas d'une patiente de 62 ans, diabétique de type 1 depuis 19 années, invalidée depuis plusieurs années par de fréquentes hypoglycémies sévères (au moins 6 épisodes annuels), associées à des hypoglycémies moins sévères (au moins 8 épisodes hebdomadaires) qui ont la caractéristique de ne pas être ressenties. Le tableau s'est quelque peu amendé depuis qu'elle a été équipée d'une pompe à insuline, couplée secondairement à des capteurs de glucose (pompe SAP, pour pompe à insuline augmentée par capteur), mais la persistance d'hypoglycémies quotidiennes y compris la nuit, et l'imprévisibilité des glycémies, obèrent considérablement sa vie personnelle, sociale, dans sa sécurité et sa qualité (*figure 1*).
- Cette histoire clinique nous conduit à nous interroger sur l'apport respectif des outils technologiques, mais aussi du savoir-faire humain, dans la prise en charge de ces situations difficiles, que ce soit sur le plan diagnostique ou thérapeutique.

Les aspects diagnostiques

- Il n'est pas dans notre propos de discuter de façon extensive de la définition du diabète instable, qui demeure un cadre nosologique très flou encore en 2018. La variabilité glycémique est un phénomène inhérent au diabète de

type 1 en soi. L'utilisation très large de la mesure continue du glucose (MCG) n'a fait que conforter cette observation. Les cliniciens s'accordent à apposer une étiquette d'instabilité lorsque cette variabilité devient extrême, au point d'entraîner des événements cliniques, essentiellement hypoglycémies itératives et/ou sévères, dont le ressenti ou la fréquence altère la qualité de vie [1]. Cette définition subjective n'est pas sans conséquence, lorsqu'il s'agit d'argumenter auprès des assureurs la prise en charge de telle ou telle thérapeutique onéreuse. Une définition objective du diabète instable aurait-elle pu accélérer le remboursement de la MCG par les assureurs ? En effet, inscrit dans les préconisations de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS) pour la prise en charge des hypoglycémies sévères dès 2013, il n'a été effectif en pratique qu'en 2017 seulement pour le FreeStyle Libre (Abbott Diabetes Care), et en 2018 pour deux autres systèmes. On entrevoit que la technologie pourrait contribuer à nous rapprocher d'une définition plus consensuelle du diabète instable et de mieux phénotyper les patients, et ce de deux façons :

– d'une part, en validant, avec des données issues de la MCG, la bonne vingtaine d'indicateurs proposés depuis plusieurs années à partir des glycémies capillaires (*Standard Deviation [SD], Mean Amplitude of Glucose Excursions [MAGE], Low Blood Glucose Index [LBGI], Average Daily Risk Range*

[ADRR], *InterQuartile Range [IQR]*, etc.). Le coefficient de variation de la glycémie ($CV = SD/moyenne$) est actuellement l'indicateur le plus préconisé, même si le seuil d'instabilité ($CV \geq 36\%$) suggéré dans un consensus international récent nous paraît trop bas et peu discriminant [2, 3].

– d'autre part, en appliquant de nouvelles méthodes d'analyse mathématique des données MCG, qui pourraient aboutir à définir de nouveaux marqueurs. Dans tous les cas, c'est la très large diffusion de la MCG depuis son remboursement et la mise à disposition des données sur le Cloud Internet (*Big Data*), qui vont contribuer à accélérer cette recherche. La littérature récente foisonne de propositions de nouveaux indicateurs glycémiques, qui restent à valider. Citons le *Personal Glycemic State (PGS)*, score composite calculable à partir d'un enregistrement MCG et intégrant quatre composantes, dont la glycémie moyenne, le temps dans la cible 70-180 mg/dL, le nombre d'événements hypoglycémiques < 70 et < 54 mg/dL, et un nouveau mode d'expression de la variabilité [4]. Ce PGS vise à devenir le « GPS glycémique » du patient, le « score d'Apgar » du diabétologue. À suivre...

- Cependant, on bute sur la nécessaire confrontation entre un marqueur mathématique glycémique, et la situation clinique. Cette dernière est pour l'heure appréciée par deux scores (score de Clarke, et score de Gold) évaluant notamment le caractère non ressenti des hypoglycémies. Certes,

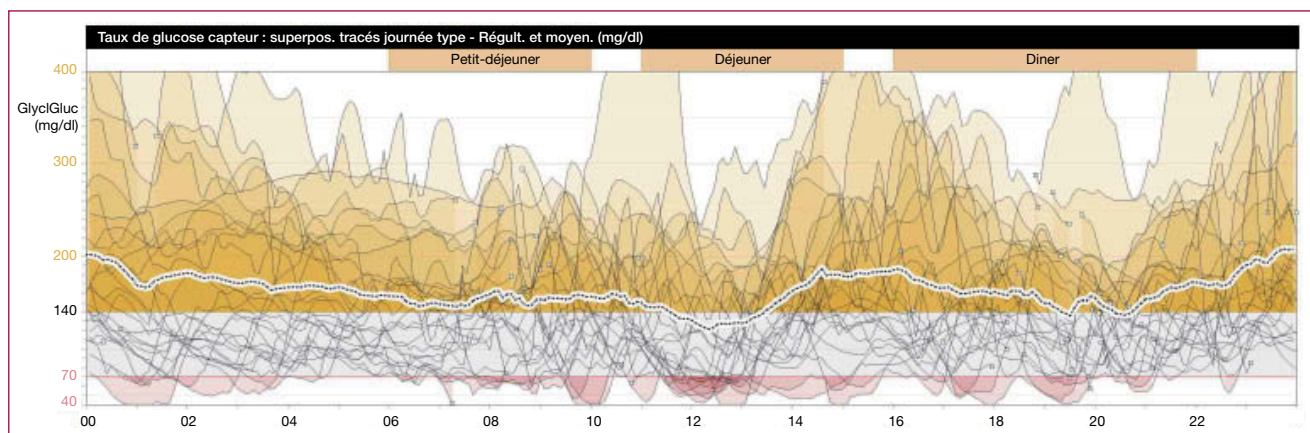


Figure 1. Tracé de mesure continue du glucose d'un patient présentant un diabète de type 1 instable.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8723348>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8723348>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)