

Suivi clinique et paraclinique du diabète

Personnes à qui s'appliquent les recommandations : adultes ayant un diabète de tout type (femmes enceintes exclues)

Personnes à qui sont destinées les recommandations : professionnels de la santé concernés par les soins aux personnes diabétiques

Introduction, justificatifs

Un suivi régulier et adapté à la personne diabétique est important pour prévenir les complications.

L'essentiel

Anamnèse : mode de vie, suivi médicamenteux, autogestion du diabète (épisodes d'hyper- ou d'hypoglycémie), évaluation du plan thérapeutique, anamnèse cardiovasculaire, neurologique.

Examen clinique : mesures statur pondérales, mesure de la TA, examen vasculaire, des pieds et cutané.

Examens complémentaires : **2-4x/an** : HbA1c ; **1x/an** : Cholestérol total, HDL, triglycérides, LDL, spot urinaire: créatinine sérique et eGFR.

Autres éléments du suivi : dépistage de la rétinopathie et de troubles psychologiques ; suivi de l'hygiène bucco-dentaire ; conseils concernant la grossesse et le contraception, le tabagisme ; vaccinations ; évaluation de l'adhésion thérapeutique.

Anamnèse

Anamnèse habituelle avec attention particulière pour :

Mode de vie : évaluation du mode de vie et de son évolution (habitudes alimentaires, activité physique, tabagisme, consommation d'alcool), et anamnèse psycho-sociale.

Suivi médicamenteux : traitement en cours, effets indésirables, automédication, y compris médecines complémentaires, observance.

Autogestion du diabète : évaluation de l'auto-surveillance glycémique et de la capacité à gérer son diabète.

- **Épisodes hyper- ou hypoglycémiques** : survenues et, le cas échéant, cause et sévérité des épisodes.

Plan thérapeutique : évaluer le plan thérapeutique médicamenteux et non-médicamenteux.

Anamnèse cardiovasculaire : recherche anamnétique d'épisodes ou de complications cardiovasculaires.

Anamnèse des manifestations neurologiques du diabète : dès le diagnostic dans le type 2, 5 ans après diagnostic dans le type 1. Anamnèse neurologique 1x/an à la recherche de neuropathie périphérique et/ou végétative ; 1x/an anamnèse de la dysfonction érectile

Examen clinique

Examen clinique habituel avec attention particulière pour :

Mesures statur pondérales : poids, taille, calcul de l'Indice de Masse Corporelle (IMC ou BMI).

Mesure de la TA : de routine à chaque visite. Si TA limite (>140/ 90), faire de nouvelles mesures et investiguer.

Examen vasculaire : palpation des pouls périphériques.

Examen des pieds : au moins 1x/an, plus si le risque est accru (cf. RPC « [Pied diabétique](#) ») : pieds nus, sans chaussures, ni chaussettes. Inspection (y c. recherche de mycoses, inspection des chaussures), état de perfusion, évaluation de la sensibilité avec diapason gradué et/ou monofilament.

Examen cutané : examen de la peau en particulier sites d'injection, recherche de lipodystrophie, recherche d'acanthosis nigricans.

Examens complémentaires

HbA1c (suivi) : 2-4x/an de routine ; plus souvent en cas de changement de traitement ou de contrôle sub-optimal; 2x/an si HbA1c stable selon objectifs individuels.

Schéma HbA1c strict

- HbA1c < 7%
- En tenant compte du risque lié à l'hypoglycémie ou limite inférieure HbA1c ≥ 6%
- Critères pour un schéma « strict » : courte durée du diabète, longue espérance de vie, pas de pathologie cardiovasculaire significative

Schéma HbA1c large

- HbA1c ≤ 8% ou si cible d'HbA1c non atteinte, informer que toute amélioration est bénéfique
- Critères pour un schéma « large » : histoire d'hypoglycémie sévère, impossibilité de reconnaître les symptômes d'hypoglycémie, espérance de vie à 10 ans limitée ; complications diabétiques avancées, comorbidités importantes (haut risque ou antécédents CV ; insuffisance rénale ou hépatique ; troubles cognitifs), polymorbidité, longue histoire de diabète, grande dépendance fonctionnelle

Recherche de dyslipidémie

- Cholestérol Total, Cholestérol-HDL, Triglycérides, calcul du Cholestérol-LDL **1x/an**
- 1x/2 ans si risque bas : LDL ≤ 2.6 mmol/L et HDL ≥ 1.3 mmol/L et TG ≤ 3.9 mmol/L

Recherche de néphropathie

- Dès le diagnostic, pour les personnes diabétiques de type 1 et 2
- Rapport albumine/créatinine (ACR) sur un spot urinaire et créatinine sérique et estimation du taux de filtration glomérulaire (eGFR) par la formule MDRD de préférence
- Si valeurs anormales ou limites voir RPC « [Néphropathie diabétique](#) »

Dépistage de la maladie coronarienne

- Dépistage systématique non recommandé chez les patients en l'absence de symptôme cardiovasculaire
- Dépistage du syndrome d'apnée du sommeil chez le diabète type 2 avec surpoids

ECG : à effectuer selon la clinique et le niveau de risque cardiovasculaire.

Étalonnage du glucomètre : glycémie plasmatique veineuse à jeun au laboratoire + glucomètre avec prélèvement au même moment pour étalonnage (ou selon les recommandations du fabricant, éventuellement étalonnage en pharmacie).

Autres examens paracliniques à considérer : tests hépatiques, TSH, Vitamine B12 si traitement de metformine.

Autres éléments du suivi

La prise en charge de la personne diabétique doit être adaptée à son contexte socioculturel et économique.

Rétinopathie : recherche d'une rétinopathie dès le diagnostic pour le diabète de type 2, dès 5 ans après le diagnostic pour le type 1. Adresser à un-e ophtalmologue tous les 1-2 ans pour un dépistage systématique de la rétinopathie.

Hygiène bucco-dentaire : s'assurer que la personne bénéficie d'un suivi dentaire régulier.

Grossesse : informer les femmes en âge de procréer des implications du diabète (contraception, planification de grossesse).

Tabagisme : recommander de ne pas fumer et les soutenir dans cette démarche.

Vaccination : vaccins complémentaires recommandés (en plus de ceux de base) :

- **Vaccin contre la grippe** : vaccination annuelle contre la grippe de toutes les personnes diabétiques âgées ≥ 6 mois.
- **Vaccin antipneumococcique 23-valent (polysaccharidique, PPV 23)¹** : vaccination (1 dose) des personnes adultes avec diabète de type 2. Pas de vaccination systématique chez l'enfant avec diabète de type 1 (avec la considération que le diabète est suffisamment contrôlé).

¹ Plan de vaccination suisse 2014 (OFSP, CVF) : vaccin conjugué (PCV 13) recommandé pour les personnes à risque élevé de maladie pneumococcique invasive, au lieu du PPV 23. Toutefois, le diabète ne figure pas dans la liste justifiant un remboursement du PCV 13 par l'assurance maladie de base, au contraire du PPV 23 (art.12a, ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), 01.01.2014).

Adhésion thérapeutique : évaluer régulièrement la prise de médicaments et l'acceptation de la maladie par la personne diabétique.

Troubles psychologiques :

- Dépister régulièrement la présence de troubles psychologiques/psychiatriques tels que troubles dépressifs, ou troubles du comportement alimentaire, particulièrement chez les personnes avec une mauvaise gestion du diabète. Adopter une vigilance particulière chez les sujets ≥ 65 ans (haute priorité dépistage).
- Adapter la prise en charge du diabète en présence de troubles psychologiques ou psychiatriques.

Autres examens selon les symptômes ou les préoccupations de la personne diabétique.

Méthode

Ces recommandations pour la pratique clinique (RPC) ont été adaptées à partir de RPC jugées de bonne qualité méthodologique et fondées sur les meilleures preuves actuellement disponibles. Une sélection a été effectuée à partir de nombreuses RPC issues de différentes bases de données (National Guidelines Clearing house (AHRQ), Guidelines International Network, sites de différentes agences de RPC, de sociétés ou associations, Medline). La grille d'évaluation AGREE a été utilisée pour évaluer la qualité méthodologique des recommandations sources. Nous avons utilisé le processus d'adaptation ADAPTE pour ces RPC. Les recommandations adaptées au contexte du Programme cantonal Diabète ont été élaborées par un groupe restreint, puis évaluées et finalisées par un groupe de travail multidisciplinaire. Les éléments détaillés de la méthode sont disponibles sur demande.

Niveau de preuve et force des recommandations

Les objectifs d'HbA1c sont basés sur des essais randomisés comparatifs (preuves indirectes), les recommandations sur l'examen du pied et la recherche de néphropathie sont basées sur des études de cohortes et des études d'évaluation d'un test diagnostique, celle sur le dépistage de la coronaropathie est basée sur un essai randomisé comparatif, celles concernant la recherche de rétinopathie sur des études de cohortes de bonne qualité. Les autres recommandations se fondent sur des consensus d'experts.

Recommandations sources

American Association of Clinical Endocrinologists (AACE) and American College of Endocrinology (ACE) – USA

- AACE and ACE. Clinical Practice Guidelines for Developing a Diabetes Mellitus Comprehensive Care Plan. *Endocr Pract.* 2015; 21 (Suppl 1): 1-87. [Lien](#)

American Diabetes Association (ADA) – USA

- ADA. Standards of medical care in diabetes 2017. *Diabetes Care*: Jan 2017; 40 (suppl. 1). [Lien](#)

Association Canadienne du Diabète – Canada

- Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète. Lignes directrices de pratique clinique 2013 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. *Can J Diabetes.* 2013; 37(suppl 5): S361-S598. [Lien](#)

Haute Autorité de Santé (HAS) – France

- HAS. Guide – Affections de Longues Durées : Diabète de type 1 de l'adulte. 2007. [Lien](#)
- HAS. Guide parcours de soins - Diabète de type 2 de l'adulte. 2014. [Lien](#)

Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) – USA

- ICSI. Health care guideline: Diagnosis and management of type 2 diabetes mellitus in adults. Sixteenth edition, 2014. [Lien](#)

National Health and Medical Research Council (NHMRC) – Australie

- National Evidence Based Guideline for Case Detection and Diagnosis of Type 2 Diabetes. Prepared by The Boden Institute of Obesity, Nutrition and Exercise of the University of Sydney and The Diabetes Unit Menzies Centre for Health Policy of the University of Sydney 2009. [Lien](#)

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) – UK

- NICE guideline NG28. Type 2 diabetes in adults: management. London: Royal College of Physicians. 2015

(Last updated: May 2017). [Lien](#)

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (SIGN) – UK

- SIGN 116. Management of diabetes. A national clinical guideline. Edinburgh: SIGN 2013. [Lien](#)

Groupe ayant mis à jour la RPC : Bernard Burnand, Jean-Yves Camain, Aline Chappuis, Fabrizio Cominetti, Aline Flatz, Lilli Herzig, Heike Labud, Isabelle Peytremann-Bridevaux, Juan Ruiz.

Groupe de validation : Angela Cottier, Frédéric Emery, Rafi Hadid, Isabelle Hagon Traub, Cristina Henry, Sébastien Jotterand, Anne Zanchi.

Date de la recommandation : janvier 2015 / mise à jour des références en novembre 2017

Date de la prochaine révision : juin 2018

Toutes les recommandations de pratique clinique du Programme cantonal Diabète sont disponibles sur le site

<http://www.recodiab.ch>

Merci de n'utiliser que le site susmentionné comme la seule source fiable et à jour des recommandations.