

PRISE EN CHARGE DU DIABETE AU LUXEMBOURG EN 2017

FICHE 3 : LE BILAN INITIAL ET DE SUIVI DANS LE DIABÈTE DE TYPE 2 (ADAPTÉ DES RECOMMANDATIONS DE LA HAS (MARS 2014))

	Bilan initial	tous les 3 mois *	annuel
Interrogatoire			
Consommation de tabac	x	x	x
Consommation d'alcool	x	x	x
Activité physique et/ou sportive	x		x
Alimentation	x		x
Symptômes	x	x	x
Evaluation des besoins en éducation thérapeutique	x		x
Suivi observance, tolérance des traitements		x	x
Suivi autosurveillance glycémique (si indiquée)		x	x
Evaluation puis suivi d'une possible vulnérabilité sociale	x		x
Evaluation clinique			
Mesure de la pression artérielle, contrôle automesure tensionnelle	x	x	x
Poids et contrôle IMC (BMI)	x	x	x
Auscultation des vaisseaux	x		x
Pouls tibiaux postérieurs et pédieux			
Remarque: la mesure de l'index de pression systolique (IPS) est recommandée en cas de doute	x		x
Examen neurologique	x		x
Examen des pieds	x		x
Examens biologiques			
HbA1c: 2 à 4 fois par an	x	+/-	x
Dépistage ou suivi d'une anomalie du bilan lipidique	x		x
Créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	x		x
Rapport Albuminurie/créatininurie	x		x
Suivi spécialisé systématique			
Consultation chez un cardiologue			x
Fond d'œil par une ophtalmologue	x		x**
Recherche d'une parodontite par un médecin-dentiste	x		x

* Tous les 6 mois lorsque les objectifs fixés avec le patient sont atteints

** Le FO peut être espacé à tous les 2 ans si le diabète est bien équilibré et que plusieurs FO consécutifs se sont avérés normaux

La surveillance et le calcul de l'indice de masse corporel (IMC/BMI) permettent :

- de suspecter une autre étiologie que le diabète de type 2 s'il est < 25 kg/m² au moment du diagnostic ;
- de suivre les effets du traitement sur le poids ;
- d'envisager un traitement par analogue du GIp1 ou iLGLT2
- d'envisager une insulinothérapie, si le déséquilibre du diabète s'aggrave malgré un poids stable ou en diminution.
- de discuter une éventuelle chirurgie bariatrique s'il reste supérieur à 35 kg/m² .

L'index de pression systolique (IPS) est mesuré en position couchée avec un tensiomètre et un appareil doppler. Entre 1 et 1,40, il est normal, entre 0,9 et 0,99, il est considéré comme limite, et il est anormal si < 0,9. Un IPS > 1,40 est en faveur d'une incompressibilité des artères.



L'HbA1c est suivie tous les 6 mois si l'objectif est atteint et si le traitement n'est pas modifié. Tous les 3 mois autrement.

Le débit de filtration glomérulaire est estimé avec l'équation CKD-EPI ou MDRD pour dépister une insuffisance rénale ; en cas d'obésité et/ou d'âge avancé la formule de Cockcroft et Gault, est à utiliser.

Rappel :

Classification des stades d'évolution de la maladie rénale chronique

Stade	DFG (mL/min/1,73 m ²)	Définition
1	≥ 90	Maladie rénale chronique* avec DFG normal ou augmenté
2	Entre 60 et 89	Maladie rénale chronique* avec DFG légèrement diminué
3A	Entre 45 et 59	Insuffisance rénale chronique modérée
3B	Entre 30 et 44	
4	Entre 15 et 29	Insuffisance rénale chronique sévère
5	< 15	Insuffisance rénale chronique terminale

* Avec marqueurs d'atteinte rénale : albuminurie, hématurie, leucocyturie, ou anomalies morphologiques ou histologiques, ou marqueurs de dysfonction tubulaire, persistant plus de 3 mois (et à deux ou trois examens consécutifs).

Source : (Diagnostic de l'insuffisance rénale chronique - HAS 2012)

Le calcul de la clearance de la créatinine suivant la formule de Cockcroft et Gault, permet d'adapter les posologies des médicaments conformément à leur AMM. Le rapport albuminurie/créatininurie (A/C) est positif si > 30 mg/g