

Prise en charge par insulinothérapie des patients diabétiques de type 2 en hospitalisation

Camille Petit Hoang Avril 2023(adapté des recommandations COMEDIMS)

Règles générales

- Arrêt des ADO sauf si patient stable et diabète bien contrôlé
- Prescrire régime diabétique et HGT 8h 12h 18h (préprandiales) et 22h
- Si arrêt ADO : prescrire protocole basal-bolus
- Eviter la prescription d'insuline rapide sans insuline lente
- Prescrire une dose d'insuline à chaque repas + un rattrapage (si on prescrit uniquement un rattrapage les patients sont généralement en hyperglycémie toute la journée)
- Utiliser les protocoles faits sur ORBIS (qui contiennent la lente et la rapide avec protocole de rattrapage pré-rempli)

Objectifs glycémiques :

Préprandiales 5-8mmol/L (0.9-1.5g/L) 22h : 5.5-11mmol/l (1-2g/L)

Prescription d'un protocole d'insuline pour les patients hospitalisés : protocoles disponibles dans ORBIS prescription

1. Calcul de la dose journalière d'insuline

Patient	Dose journalière d'insuline
IMC entre 20 et 30kg/m ² et glycémie à jeun < 14mmol/L	0.4UI x poids (kg)
IMC entre 20 et 30kg/m ² et glycémie à jeun > 14mmol/L	0.5UI x poids (kg)
IMC <20 kg/m ² ou dénutri ou IRC ou IHC	0.3UI x poids (kg)
IMC > 30kg/m ² ou corticothérapie	0.6UI x poids (kg)

2. Répartition de l'insuline entre lente et rapide

Dose d'insuline basale à 22h : LANTUS 50% de la dose journalière totale

Doses prandiales : (50% dose totale / 3) à chaque repas

3. Dose de rattrapage

STANDARD

Glycémie capillaire		Insuline rapide en plus
Mmol/L	g/L	
8-10	1.5-1.8	+ 2 UI
10-12	1.8-2.1	+ 4 UI
12-14	2.1-2.4	+ 6 UI
14-16	2.4-2.7	+ 8 UI
16-18	2.7-3	+ 10 UI
>18	3	+ 12UI

PATIENT DENUTRI, IMC < 20 kg/m²

Glycémie capillaire		Insuline rapide en plus
Mmol/L	g/L	
8-10	1.5-1.8	+ 1 UI
10-12	1.8-2.1	+ 2 UI
12-14	2.1-2.4	+ 3 UI
14-16	2.4-2.7	+ 4 UI
16-18	2.7-3	+ 5 UI
>18	3	+ 6UI

IMC > 30kg/m² ou corticothérapie

Glycémie capillaire		Insuline rapide en plus
Mmol/L	g/L	
8-10	1.5-1.8	+ 4 UI
10-12	1.8-2.1	+ 6 UI
12-14	2.1-2.4	+ 8 UI
14-16	2.4-2.7	+ 10 UI
16-18	2.7-3	+ 12 UI
>18	3	+ 14 UI

Réévaluation de la dose quotidienne d'insuline :

- Additionner les doses d'insuline administrés dans les dernières 24h
- Si objectifs glycémies sont atteints : redistribuer cette dose 50% lente et le reste en insuline prandiale (50% dose totale/3 avant chaque repas)
- Si objectifs glycémies sont non atteints : augmenter dose totale de 10%
- Si hypoglycémies : diminuer dose totale de 20%

A la sortie :

Si HbA1c dans les cibles à l'entrée : le traitement habituel du patient est adapté => reprise (si compatible avec la fonction rénale de sortie)

Sinon adapter le traitement à l'HbA1c et au DFG de sortie. Merci de prescrire des vraies doses d'insuline rapide et si « selon protocole » de fournir le protocole qui doit figurer dans ORBIS.

Rappel objectifs HbA1c

Objectifs glycémiques selon le profil du patient

Profil du patient		HbA1c cible
Cas général	La plupart des patients avec DT2	≤ 7 %
	DT2 nouvellement diagnostiqué, dont l'espérance de vie est > 15 ans et sans antécédent cardio-vasculaire	≤ 6,5 % ¹
	DT2 : • avec comorbidité grave avérée et/ou une espérance de vie limitée (< 5 ans) • ou avec des complications macrovasculaires évoluées • ou ayant une longue durée d'évolution du diabète (> 10 ans) et pour lesquels la cible de 7 % s'avère difficile à atteindre car l'intensification médicamenteuse provoque des hypoglycémies sévères	≤ 8 %
Personnes âgées	Dites « vigoureuses » dont l'espérance de vie est jugée satisfaisante	≤ 7 %
	Dites « fragiles », à l'état de santé intermédiaire et à risque de basculer dans la catégorie des malades	≤ 8 %
	Dites « malades », dépendantes, en mauvais état de santé en raison d'une polypathologie chronique évoluée génératrice de handicaps et d'un isolement social	< 9 % et/ou glycémies capillaires préprandiales entre 1 et 2 g/l
Patients avec antécédents (ATCD) cardio-vasculaires	Patients avec ATCD de complication macrovasculaire considérée comme non évoluée	≤ 7 %
	Patients avec ATCD de complication macrovasculaire considérée comme évoluée : • infarctus du myocarde (IDM) avec insuffisance cardiaque • atteinte coronarienne sévère (tronc commun ou atteinte tritrunculaire ou atteinte de l'interventriculaire antérieur [IVA] proximal) • atteinte polyartérielle (au moins deux territoires artériels symptomatiques) • artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) symptomatique • accident vasculaire cérébral récent (< 6 mois)	≤ 8 %
Patients avec insuffisance rénale chronique (IRC)	IRC modérée (stades 3A ² et 3B)	≤ 7 %
	IRC sévère ou terminale (stades 4 et 5)	≤ 8 %
Patientes enceintes ou envisageant de l'être	Avant d'envisager la grossesse	< 6,5 %
	Durant la grossesse	< 6,5 % et glycémies < 0,95 g/l à jeun et < 1,20 g/l en post-prandial à 2 heures