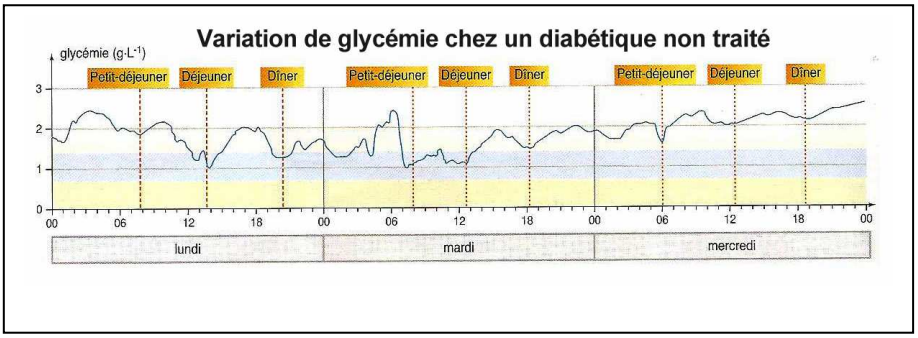
Le diabète de type 1 (15%)

● <u>Signes d'alerte</u> :

polydipsie, polyphagie, polyurie, amaigrissement

● <u>Dépistage / diagnostic</u> :

Hyperglycémie à jeun >1.26g/L à deux reprises
Hyperglycémie > 2g/L (2h après ingestion de Glc, cf ex hyperglycémie provoquée)
Hyperlipidémie
Hypoinsulinémie
Glycosurie (cf bandelettes réactives)



● <u>Origine</u>

Absence de cellules β dans les îlots de Langerhans → pas ou très peu de sécrétion d'insuline (**DIABETE INSULINO-DEPENDANT = DID**) → hyperglycémie
Absence de cellules β car détruites par le système immunitaire = maladie auto-immune.
Apparition très tôt dans la vie (**DIABETE JUVENILE**)

● <u>Traitement : INSULINOTHERAPIE</u>

▪ par injection 2 à 4 fois par jour après estimation de la glycémie
Choix du moment de l'injection important (après un repas généralement).
Attention à la surdose ou à l'injection avant de faire du sport → hypoglycémie → pâleur, suées, céphalées voire coma appelé ici coma diabétique.

▪ par pompe à insuline (change le cathéter tous les 2 à 3 jours)

▪ en cours de mise en place greffe de pancréas ou îlots de Langerhans

● Conséquences et complications en cas d'absence de traitement

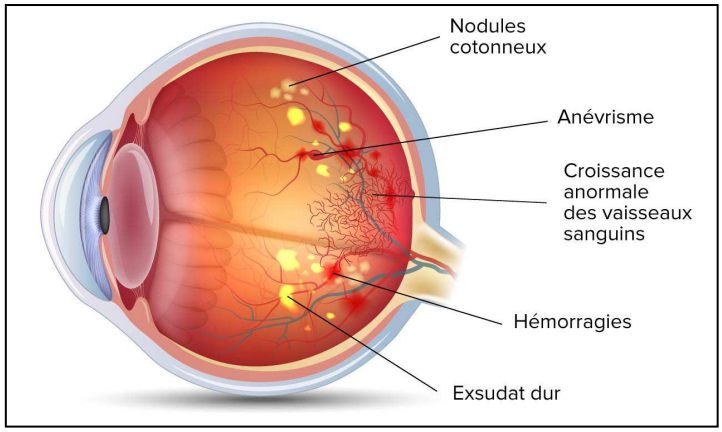
▪ hyperglycémie > 8,4 mmol/L → glycosurie → baisse de la réabsorption de l'eau au niveau rénal → polyurie → déficit hydrique dans l'organisme (déshydratation) → polydipsie

▪ hyperglycémie → lésions nerveuses
→ lésions vasculaires sur :
- des gros vaisseaux (macro-angiopathie) → athérosclérose
- des petits vaisseaux (micro-angiopathie)
  au niveau de l'œil → cécité (examen de fond d'œil)
  au niveau des rein → infection
  au niveau des pieds → amputation

▪ le glucose stagne dans les vaisseaux et n'est pas disponible pour les organes qui doivent trouver une autre source d'énergie :

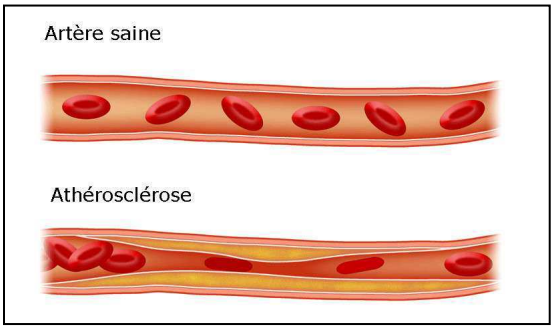
- protéolyse musculaire → amyotrophie → amaigrissement (**DIABETE MAIGRE**) → asthénie, hypothermie et polyphagie

- lipolyse dans le tissu adipeux
  → amaigrissement
  → production de corps cétoniques (= troubles métaboliques) → polypnée et halitose → acidose → nausées, vomissements, coma acido cétosique



● Prévention

Apport alimentaire particulier : éviter les sucres rapides
Favoriser la pratique sportive qui baisse la glycémie



Le diabète de type 2 (85%)

● <u>Signes d'alerte</u> :

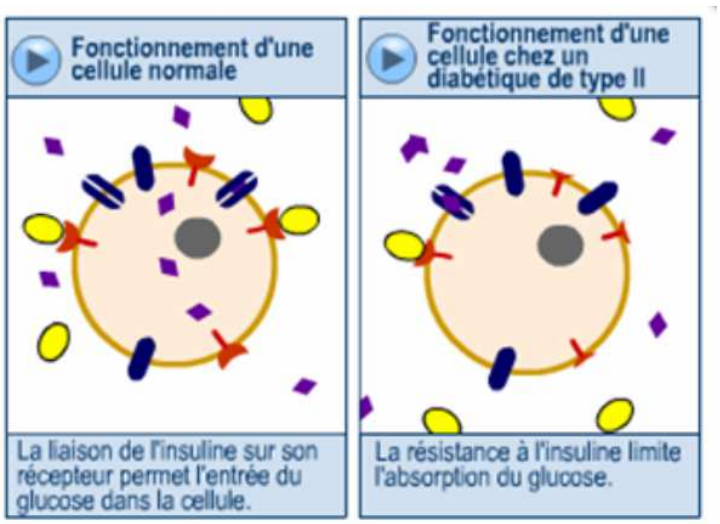
AUCUN = ASYMPTOMATIQUE !
Découverte le plus souvent à cause d'une complication

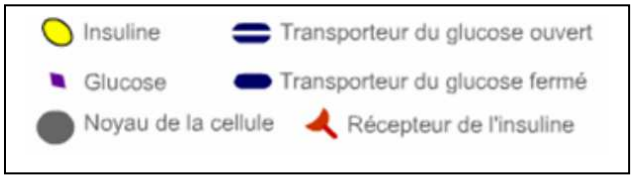
● <u>Epidémiologie</u> :

Public touché : âgés (**DIABETE DE LA MATURITE**), en surpoids (**DIABETE GRAS**), sédentaire, prédisposition génétique

● <u>Origine</u> :

Cellules β et cellules cibles trop sollicitées
→ baisse de la sécrétion d'insuline
→ résistance des récepteurs membranaires
(**DIABETE NON INSULINO DEPENDANT**)





● Conséquences et complications en cas d'absence de traitement :

Les mêmes que pour le diabète de type 1
→ hyperglycémie
→ glycosurie → polyurie → polydipsie
→ lésions vasculaires
→ lésions nerveuses

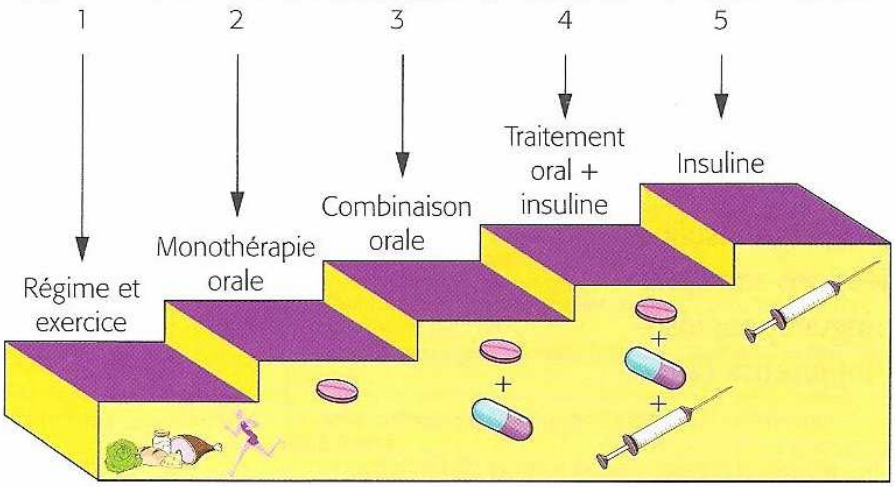
● Traitement :

▪ Mesures hygiéno-diététiques :
alimentation équilibrée (baisse de l'apport lipidique et en sucres rapides)

▪ Traitement des conséquences :
Laser pour limiter la rétinopathie
Antihypertenseur

▪ Activité physique pour faire baisser la glycémie

Si pas efficace au bout de 3 mois → hypoglycémiants oraux voire injection d'insuline



Les traitements du diabète de type 2

● Prévention :

Public à risque : obèse, diabète gestationnel, diabète de type 2 familial
→ examens paracliniques à effectuer régulièrement (glycémie)

Type de diabète	DIABETE DE TYPE 1	DIABETE DE TYPE 2
Origine		
Signes cliniques		
LE signe paraclinique commun		
Conséquences en cas d'absence de traitement		
Traitement		