

Adaptation des protocoles et outils thérapeutiques pour la prise en charge du diabète en milieux défavorisés

Dr. Eugène SOBNGWI (Yaoundé, Cameroun)

Synthèse de la téléconférence du 8 avril 2010 issue du programme e-diabete, mis en œuvre par l'Université Numérique Francophone Mondiale (UNFM), en collaboration avec le Réseau RAFT et sanofi-aventis.

La plupart des protocoles et recommandations sont réalisés sur la base des connaissances scientifiques et des possibilités thérapeutiques des pays développés. Une adaptation est donc nécessaire sans toutefois renoncer à offrir aux patients des prestations de qualité.

La pratique diabétologique en milieux défavorisés : les ressources humaines spécialisées sont insuffisantes, les moyens matériels sont limités, la sensibilisation communautaire est insuffisante ce qui conduit à un diagnostic tardif souvent au stade de complications aiguë ou chronique. La mortalité des comas diabétiques acidocétosiques ou hyperosmolaires reste élevée, ainsi que le taux des amputations d'orteils ou de membre inférieur.

Rappel des critères diagnostiques du diabète : une glycémie plasmatique à jeun $> 1,26 \text{ gr/l}$ à 2 reprises après 8 h de jeûne ou une glycémie occasionnelle $> 2 \text{ gr/l}$ avec signes d'hyperglycémie (polyurie, polydipsie, perte de poids inexplicée). Egalement une glycémie post charge $> 2 \text{ gr/l}$ ou $\text{HbA1c} > 6,5\%$. Attention, la glycémie capillaire mesurée avec les glucomètres diffère de la glycémie veineuse. Si la glycémie capillaire est $> 1,26 \text{ gr/l}$ mais $< 1,87 \text{ gr/l}$ la confirmation du diagnostic de diabète par une glycémie veineuse au laboratoire est indispensable. Un cas particulier est la surveillance des grossesses et le dépistage du diabète gestationnel à 24-32 semaines d'aménorrhée. Là, si la glycémie capillaire (au doigt) occasionnelle est $> 1,10 \text{ gr/l}$ il faut recommander une exploration par HGPO.

Prise en charge des urgences hyperglycémiques : 75% des patients dépistés ne se savaient pas diabétiques. La difficulté d'accès aux soins retarde la présentation aux urgences. Les situations cliniques sont alors souvent extrêmes et la mortalité élevée. Le défi est de réduire la morbidité/mortalité en facilitant un diagnostic plus précoce et des soins initiaux de proximité dès les premiers signes de décompensation acidocétosique. Au stade précoce des gestes simples peuvent être réalisés dans des structures périphériques et sauver des vies. La gravité est principalement liée à la sévérité de la déshydratation et aux désordres électrolytiques associés. La priorité est donc de corriger le déficit hydrique progressivement sur 48h. par exemple, pour un adulte de 60 Kg ayant une déshydratation estimée à 10% la correction sera de 5l/24h sur 48h (2l/j de besoins physiologiques + 3l/j = 50% des pertes). Le soluté est du NaCl 0,9% ou un soluté mixte NaCl-glucose si la glycémie $< 2,5 \text{ gr/l}$ au cours des 24 premières heures avec persistance de la cétose. La correction de l'hyperglycémie se fait par injection d'insuline ordinaire, 10 UI/heure

au début, à adapter en fonction de la surveillance horaire de la glycémie. Ne pas descendre en deçà de 5 UI/2h au cours des premières 24h et tant que la cétonurie persiste. Dès que la glycémie est entre 2 et 3 gr/l, la réhydratation doit se faire par des solutés mixtes ou des G5 afin de maintenir le débit d'insuline > 5 UI/2h. Tant que la cétose persiste l'algorithme suivant est conseillé : glycémie > 4gr/l alors 10 UI/h en IM. Glycémie 2,5 – 4 gr/l alors 5 UI/h en IM. Si cétonurie négative et glycémie < 2,5 gr/l relais en sous cutané (1 heure avant l'arrêt de l'algorithme). Attention l'insuline fait entrer le potassium dans les cellules, le taux sanguin diminue et il y a un risque d'hypokaliémie mortelle pendant le traitement des urgences hyperglycémiques. En l'absence de ionogramme sanguin, ne pas ajouter de potassium dans le premier litre de NaCl, mais seulement à partir du deuxième litre y inclure 2-3gr de Kcl. L'expérience montre que l'application de ce protocole permet une normalisation à 24h de 90% des cas.

Prise en charge du pied diabétique : quelques astuces permettent une réduction des amputations. La podobarométrie classique est un appareil qui permet de mesurer et visualiser les pressions au niveau de la plante des pieds. Première astuce, une alternative économique à cet appareillage : dans le service nous utilisons de la Betadine dans une bassine d'eau. Le patient trempe son pied dans la bassine, égoutte l'excédent d'eau puis marche sur une feuille de papier blanc. Une feuille pour chaque pied. Après séchage, l'observation de la feuille sur un négatoscope ou en transparence fait apparaître nettement les différences d'intensité de la couleur jaune de la Betadine qui dessinent les différentes zones de pression. On peut traiter ces zones à risque, enlever les plaques d'hyperkératose et graisser la peau. En cas de neuropathie les zones de pression plantaires, surtout les têtes du 1°, 4°, 5° métatarses, sont le siège de mal perforant. Ces lésions chroniques sont souvent peu douloureuses et les patients continuent à marcher alors que la guérison exige de ne plus exercer de pressions sur ces zones. Il existe des chaussures orthopédiques spéciales, rarement disponibles en Afrique. Deuxième astuce: bricoler une chaussure de décharge à partir d'une chaussure à semelle épaisse achetée sur le marché des fripes. En s'aidant du schéma de l'empreinte plantaire obtenue avec la Betadine, on découpe dans la semelle les creux qui laisseront les zones blessées « en l'air » tout en permettant l'appui des zones saines pour conserver la marche et une activité normale.

En conclusion : il existe des solutions adaptées à l'Afrique pour le traitement des diabétiques

1. l'insuline par voie IM est une alternative simple, fiable et efficace au pousse seringue électrique. La correction des acidocétoses par cette méthode avec une réhydratation minimaliste permet une réduction significative de la mortalité précoce. Ce protocole est faisable dans toute structure sanitaire disposant de l'insuline, et des bandelettes glycémiques et urinaires de surveillance.
2. des outils « artisanaux » permettent d'améliorer le pronostic et réduire le temps de cicatrisation des plaies du pied chez le patient diabétique.