

# Diabète, corticoïdes et cancer

06/10/2017

Dr Maurine OREGLIA

Diabétologie CHMS

- Aucun lien d'intérêt en rapport avec cette présentation

# Introduction : diabète

- Diabète – quelques définitions
- Diagnostic :
  - Glycémie veineuse à jeun > 1,26g/L 2 fois
  - Glycémie veineuse > 2g à n'importe quel moment

## Fréquence :

5% de la population Française

Diabète traité pharmacologiquement (InVS)

# Glycémie

## Normale :

0,7 – 1g à jeun

< 1,60g/L après le repas

## Hypoglycémie

< 0,70g/L

## Hyperglycémie

Globalement >1,80g/L

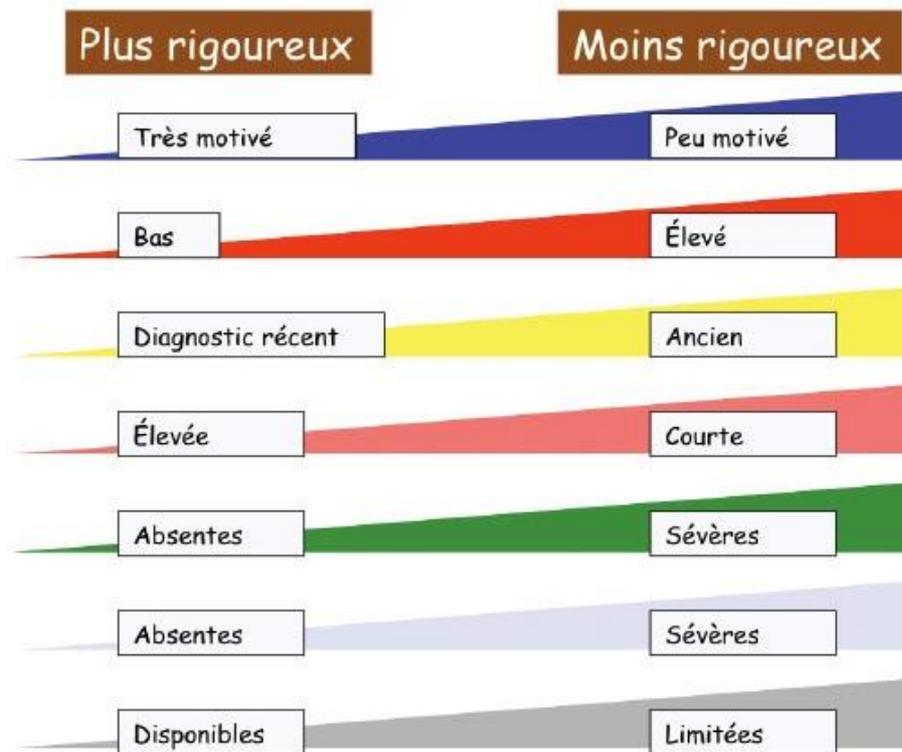
A nuancer selon la cible individuelle pour chaque patient

# La cible glycémique est individualisée

Prise de position  
ADA-EASD 2012

Motivation du patient  
Risque hypoglycémique  
Durée du diabète  
Espérance de vie  
Comorbidités  
Complications CV  
Ressources

Chez le sujet âgé  
tenir compte aussi



État nutritionnel, cognition, autonomie, dépression...

# Symptômes

- Hypoglycémie



Sueurs, tremblements



Faim (mal au ventre)



Fatigue, vertiges



Pâleur



Somnolence



Vision floue ou double



Sensation de froid,  
picotement des lèvres



Troubles de la parole



Comportement bizarre,  
irritabilité, nervosité

- Hyperglycémie

Soif – Syndrome polyuro-polydipsique

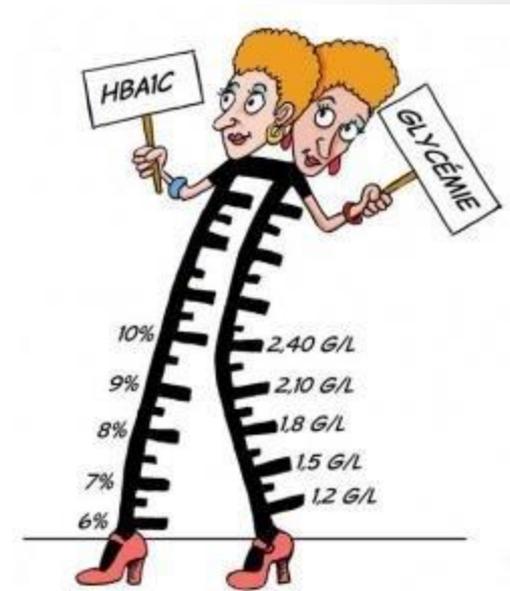
Autre symptômes peu spécifiques :

Fatigue, maux de tête, flou visuel...

# HbA1c

Moyenne sur 3 mois des glycémies

Cible individuelle



Utile pour connaître l'équilibre habituel du patient.

Exemple :

Patient avec des glycémies à 3g/L :

- HbA1c 11% : comme d'habitude
- HbA1c 7% : déséquilibre aigu cause à rechercher

# Diabète de type 1

Débute dans l'enfance – jeune adulte

Insulinopénie : le pancréas ne fabrique plus d'insuline

Maladie auto-immune : destruction des cellules Béta

Insuline = seul traitement - multi injections ou pompe à insuline

Risque d'acidocétose – Découverte souvent brutale



# Diabète type 2

Débute plus tard – Découverte moins brutale

ATCD familiaux

Contexte de surpoids

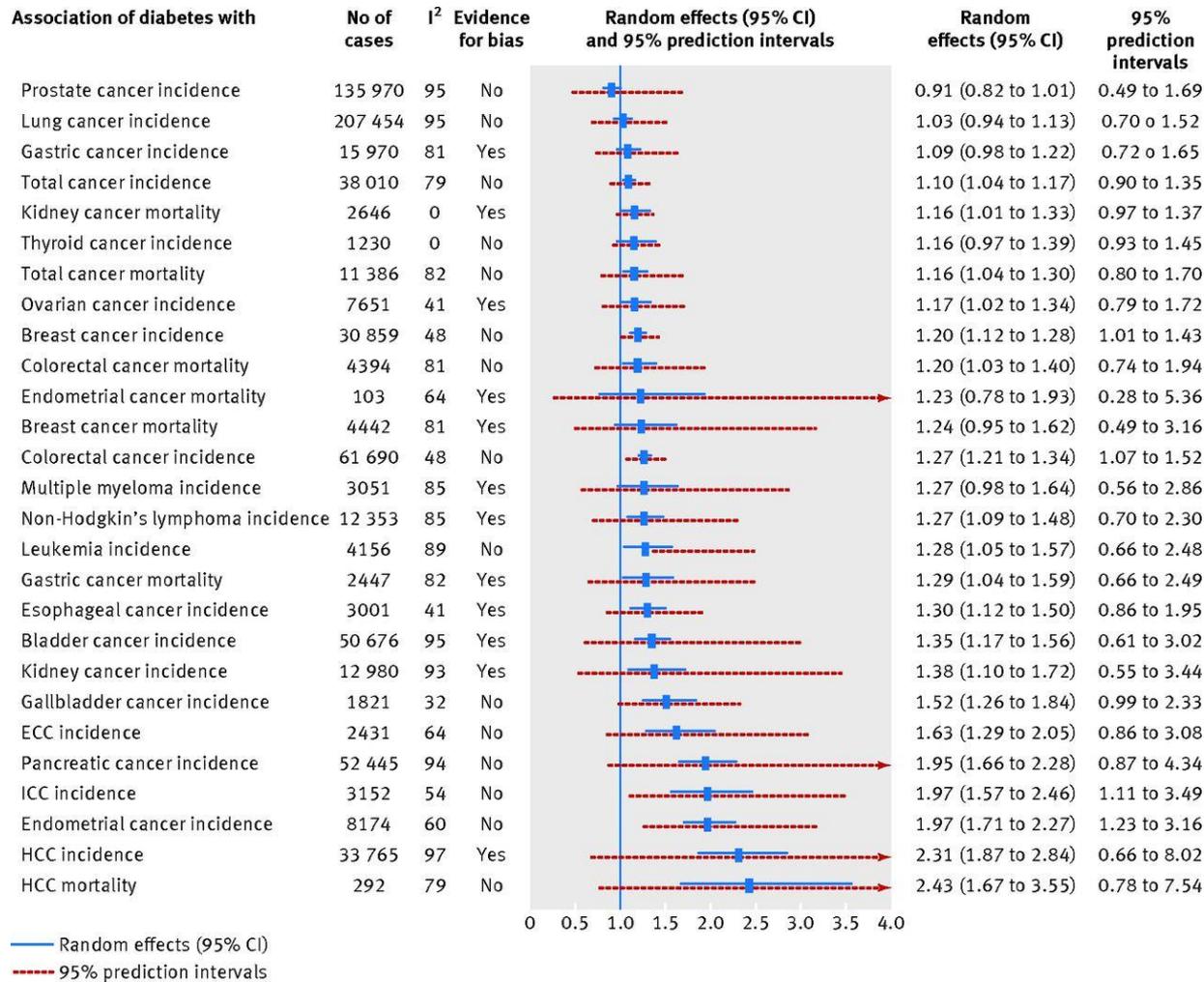
**Mesures diététiques**

**Activité physique**

ADO +/- insuline



# Diabète et cancer



**Type 2 diabetes and cancer: umbrella review of meta-analyses of observational studies**  
*BMJ* 2015; Konstantinos K Tsilidis et al.

# Diabète et corticoïdes

Les corticoïdes sont hyperglycémiant

**Les glycémies à jeun peuvent rester normales**

Sur les prises de sang faites le matin : on peut avoir des glycémies normales et des hyperglycémies dans la journée :

Intérêt de la surveillance glycémique capillaire midi et soir.

# Corticothérapie séquentielle

Déséquilibre intermittent – pouvant persister quelques jours :

Nature	Spécialités	Effet anti-inflammatoire	Effet minéralo-corticoïde	Demi-vie biologique
Cortisol*	<i>Hydrocortisone</i>	1	1	8-12 heures
Prednisone	<i>Cortancyl</i>	4	0,8	18-36 heures
Prednisolone	<i>Solupred</i>	4	0,8	18-36 heures
Méthylprednisolone	<i>Médrol</i>	5	0,5	18-36 heures
Triamcinolone	<i>Kénacort Retard</i>	5	0	36-54 heures
Bétaméthasone	<i>Betnesol</i>	25-30	0	36-54 heures
Dexaméthasone	<i>Dectancyl</i>	25-30	0	36-54 heures

# Corticothérapie séquentielle

Conduite à tenir :

1) Equilibre habituel ?

→ HbA1c

2) Surveillance glycémies capillaires midi et soir le jour de la chimiothérapie et la semaine suivante

→ Déséquilibré par les corticoïdes ?

→ Retour à la normale en combien de temps ?

→ Glycémie max ?

# Corticothérapie séquentielle : Nécessité de changement de traitement ?

Si HbA1c supérieure aux objectifs

➤ Si 8,5% avis diabéto

Si augmentation des glycémies prolongée et symptomatique : levers nocturnes, mauvais sommeil, fatigue

# Corticothérapie continue

Conduite à tenir :

Conduite à tenir :

1) Equilibre habituel ?

→ HbA1c

2) Surveillance glycémies capillaires midi et soir en continu :

→ Déséquilibré par les corticoïdes ?

→ Glycémie max ?

# Intérêt du traitement antidiabétique

Les objectifs glycémiques chez un patient en cours de chimiothérapie ne sont pas connus

Les patients diabétiques déséquilibrés ont un plus mauvais pronostic

On ne sait pas du tout si l'intervention :

« équilibre glycémique » fait diminuer ce mauvais pronostic

Donc on adapte au cas par cas

En cas de mauvais pronostic : objectif pas d'hypo et pas de symptômes : **soif, fatigue, levers nocturnes et perte de poids**

En cas de bon pronostic on garde des objectifs « standards »

# Traitements : ADO

Metformine : en 1<sup>ère</sup> intention pour le diabète de type 2 – et même pour le diabète cortico-induit.

CI en cas d'insuffisance : rénale – respiratoire – cardiaque non stabilisée.

Souvent : chimiothérapies néphrotoxiques – injections d'iode pour scanner – oxygénodépendance : cancer bronchiques, mts pulmonaires etc...

Finalement bon médicament qd on peut l'utiliser...

# Sulfamides

Diamicron, gliclazide, glimépiride

Ok si patient connaît la CAT en cas d'hypoglycémies

CI par insuffisance rénale

Difficile à manier si l'appétit n'est pas conservé

# Inhibiteurs de DPP IV

Januvia

Galvus

Aucune CI sauf pancréatite aigue (doses à adapter selon fonction rénale)

Pas d'hypoglycémies

Efficacité < insuline –

Parfois insuffisant

# Analogues GLP-1

Traitement injectable : victoza / trulicity

Très peu utilisé car baisse l'appétit – favorise la perte de poids

Parfois effets secondaires : nausées

Donc peu utilisé chez des patients en cours de chimiothérapie

# Insuline

Traitement très utilisé :

Doses variables : « les jours de chimio » / « les jours sans chimio »

Aucune CI

Contraintes +++

Injectable, doses variables, risque hypo

Parfois nécessité de passage IdE

Insuline semi-lente ou mix sont les plus utilisées

:permettent de mettre plus d'insuline la journée et moins la nuit

# Règles diététiques

Alimentation équilibrée – variée

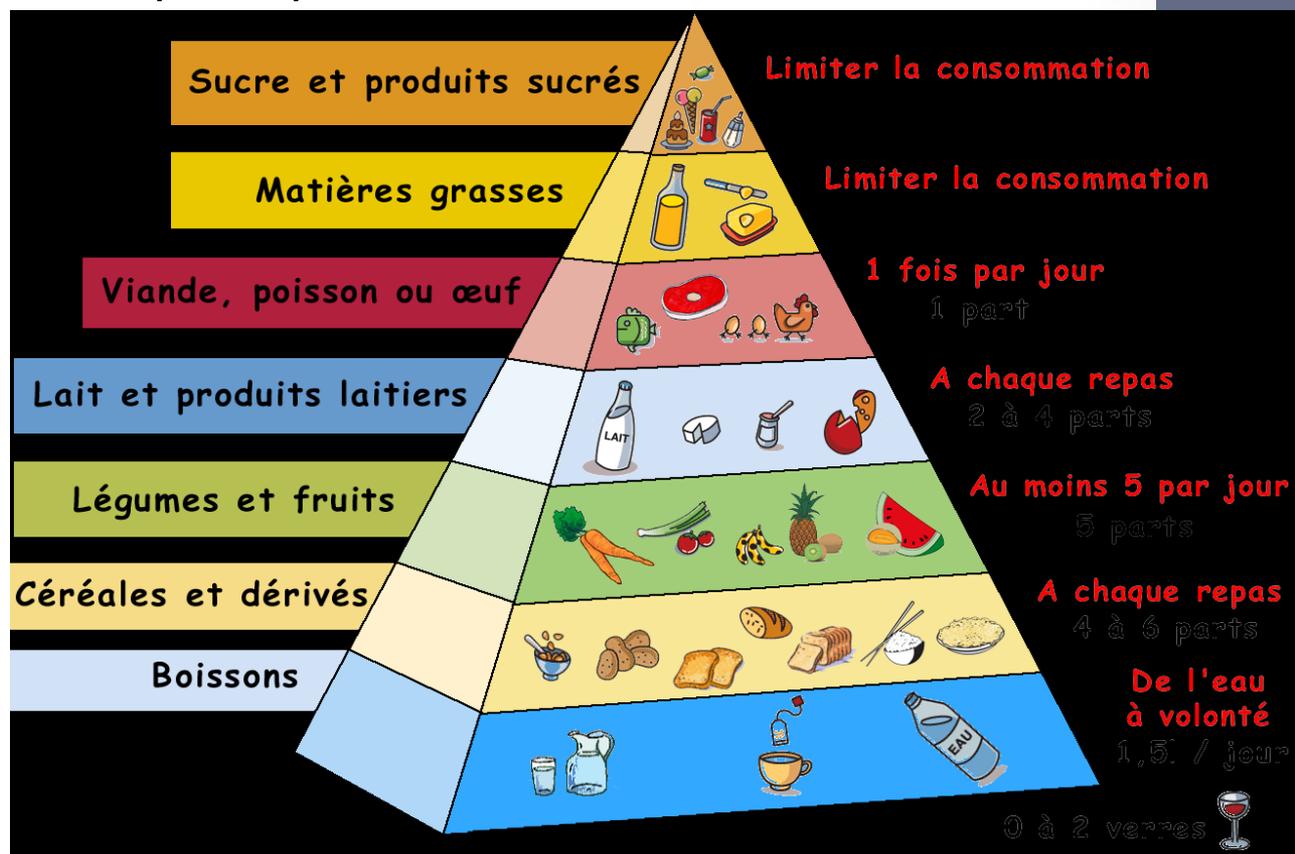
5 fruits et légumes

Légumes + féculents à chaque repas

Aucun interdit

Limiter les matières grasses

Limiter les  
produits sucrés



# Règles diététiques

Ce qui va déséquilibrer le diabète :

- Grignotages
- Boissons sucrées
- CNO sucrés

Ce qui n'est pas un problème :

Desserts sucrés avec le repas – fruits – CNO pour diabétiques

# Règles diététiques

Savoir que si glycémie  $> 2g$  il y a une glycosurie

= **Perte de calories dans les urines**

Donc donner des compléments hypercaloriques à un patient qui a des glycémies  $> 2g$  = peu d'utilité

CAT :

- poursuite de la prise des CNO
- surveillance glycémique
- adaptation du traitement – insulinothérapie souvent nécessaire

# Projet InnovRA

Tous les patients diabétiques nécessitant une corticothérapie ds le cadre d'un cancer sont éligibles.

Cs 1 : HbA1c + prescription ASG

Adaptation du traitement selon HbA1c

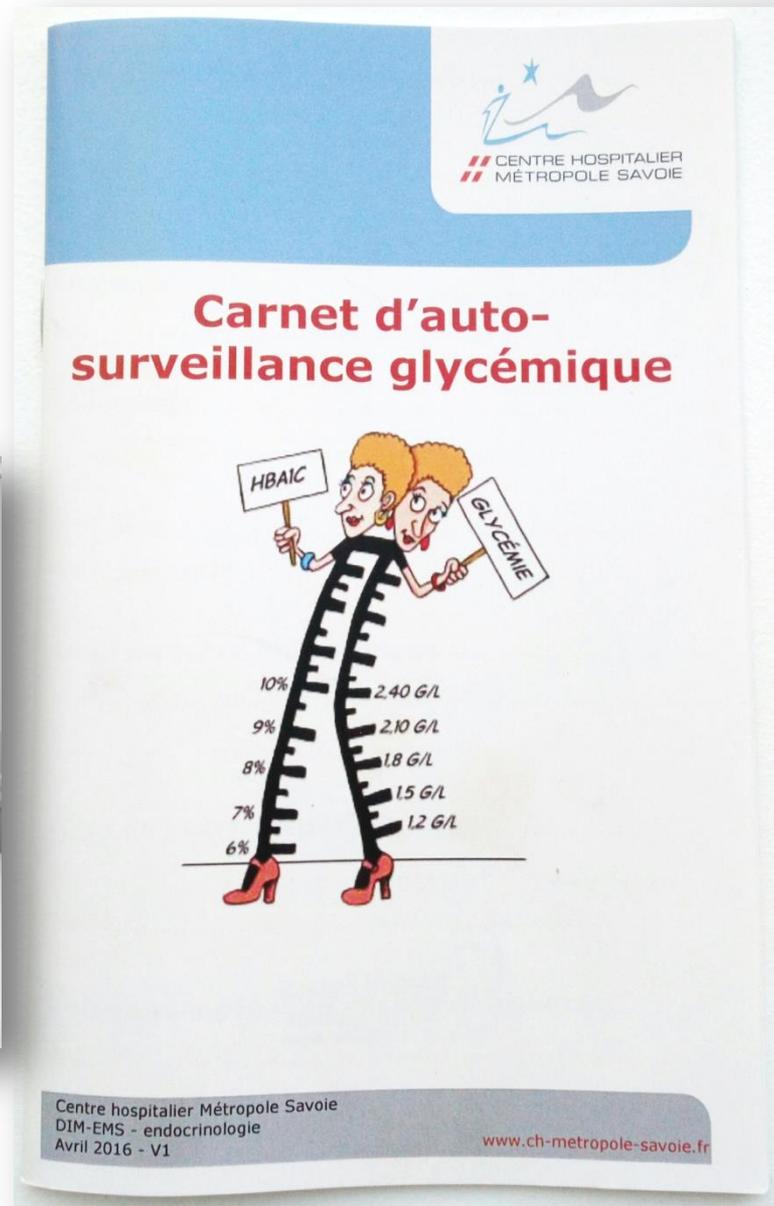
Parfois hospitalisation : HbA1c très élevée -

Cs 2 : on regarde le carnet – on adapte le traitement

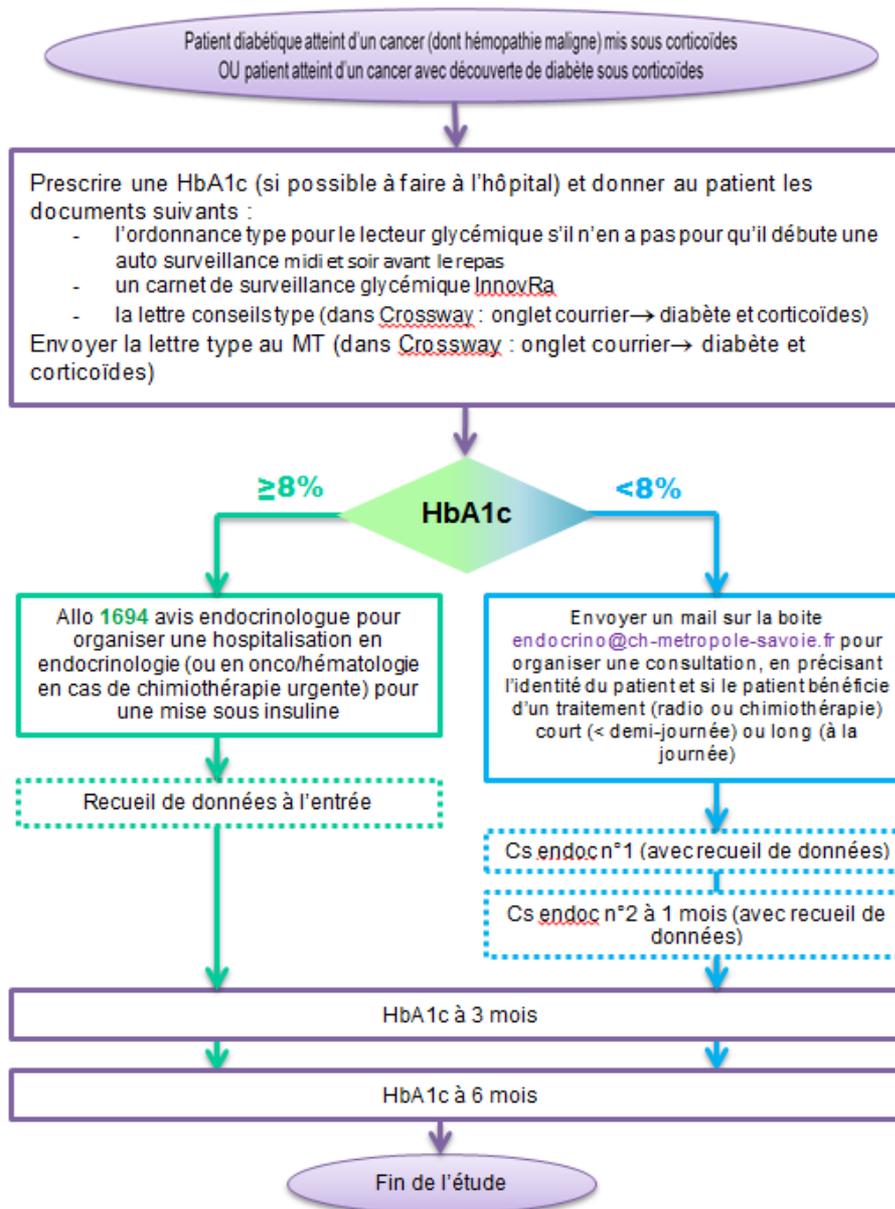
Evaluation :

- nb d'hospit en urgence 2016/2017 vs 2015/2016
- Hba1c 3M – 6M
- Satisfaction : patients / cancéro

## Carnet d'auto surveillance glycémique



## PROCEDURE D'INCLUSION ET PARCOURS DE SOINS



## Bilan de l'analyse intermédiaire après 8 mois (1)

- 48 patients inclus au 14/12/2016 (93 en septembre 2017)
- 85 % inclus par oncologue
- 8 % hospitalisés en endocrinologie
- 98 % ont eu HbA1c
- 100% ont eu cs n°1
- 95% ont eu cs n° 2 ( 2 décès)
- Plus de 75 % : courrier rédigé au MT par endocrinologue

## Bilan de l'analyse intermédiaire après 8 mois (2 )

- 21 % ont eu carnet remis par oncologue
- 65% réalisent autosurveillance à la cs n°1 ( 95% à la cs n°2)
- 55 % ont HbA1c < 7%
- 17 % ont HbA1c entre 7 et 8%
- 21% ont HbA1c entre 8 et 10%
- 6% ont HbA1c > 10%

## Bilan de l'analyse intermédiaire après 8 mois (3 )

- Très forte implication des prescripteurs de corticoïdes (85 % des inclusions)
- Dosage HbA1c initiale quasiment toujours fait
- Tous les patients inclus ont bénéficié du parcours (sauf décès)
- Fort taux de courrier vers MT informant de la prise en charge

## Bilan de l'analyse intermédiaire après 8 mois (4 )

- Aucune hospitalisation en urgence en endocrinologie pour franc déséquilibre du diabète (1/ mois auparavant)
- 4 hospitalisations pour modifier le traitement (ex: mise sous insuline)
- Nombreuses adaptations de traitement en ambulatoire

# Et ensuite ?

- Un des objectifs = définir un parcours patient
- Les patients ne seront plus systématiquement vus
- Mais tous doivent bénéficier d'une HbA1c et d'une surveillance glycémique au moins à l'instauration de la corticothérapie : rôle des IdE d'oncologie – des oncologues des médecins généralistes ? À définir
- Les résultats définitifs permettront de définir quels patients seront adressés à l'endocrinologue
  - HbA1c élevée?
  - Corticothérapie quotidienne fortes doses ?
  - Hyperglycémies constatées sur la surveillance glycémique ?

# Remerciements

- L'équipe du projet InnovRA
- Les prescripteurs de chimio et corticoïdes pour leur aide
- Les IdE de l'hôpital de jour d'onco et hémato pour leur accueil à chaque visite de patient

Merci pour votre attention

Des questions ?