

# Étapes des soins - Diabète sucré de type 1 (destruction immunitaire des cellules bêta du pancréas)

## Évaluation infirmière

### Observer :

- Est-ce que le patient semble fatigué ?
- Est-ce que le patient semble déshydraté ?
- L'haleine a-t-elle une odeur sucrée/fruïtée ?
- Le patient est-il tachycarde ?

### Interroger :

- Miction fréquente ?
- Soif accrue ?
- Faim accrue ?
- Surcroît de fatigue ?
- Confusion, changement de l'état de conscience avec des cas avancés

### Reconnaître :

- Symptômes du diabète
- Taux de glucose sérique
- Autre toxicité liée au système immunitaire (et tout corticoïde administré)
- Infections

## Classification de la toxicité

### Hyperglycémie légère

Hyperglycémie à jeun >LSN -2 g/L OU antécédents de diabète de type 2

### Hyperglycémie modérée ou sévère

**(Probablement apparition de diabète de type 1); Pas d'acidocétose**

Glycémie à jeun >2 g/L ou glycémie aléatoire >2,50 g/L OU historique de diabète de type 2 avec glycémie à jeun/aléatoire >2,50 g/L ; bilan d'acidocétose négatif

### Hyperglycémie modérée ou sévère

**(Probablement apparition de diabète de type 1); Présence d'une acidocétose**

Glycémie à jeun >2 g/L ou glycémie aléatoire >2,50 g/L OU historique de diabète de type 2 avec glycémie à jeun/aléatoire >2,50 g/L ; bilan d'acidocétose positif

## Gestion

### Stratégie globale

- Évaluer les symptômes d'acidocétose diabétique chez les patients présentant une glycémie à jeun > 2,0 g/L ou une glycémie aléatoire > 2,50 g/L OU des antécédents de diabète de type 2 à jeun/aléatoire > 2,50 g/L : syndrome polyuro-polydypsique, faiblesse générale, vomissements, confusion, douleur abdominale, xérose, xérostomie, tachycardie et haleine cétonique
- En cas de suspicion d'acidocétose diabétique, évaluer le pH sanguin, le ionogramme sanguin, le taux de cétonurie ou les cétones sériques/trou anionique positif. Envisager C-peptide, en cas de cétonurie ou cétones sériques/trou anionique positif
- Si l'on soupçonne un diabète de type 1, il faut doser les anticorps anti-GAD
- L'utilisation de corticoïdes\* à forte dose utilisés pour la gestion des effets indésirables immunologiques de l'immunothérapie peut induire ou exacerber l'hyperglycémie ; si l'on soupçonne une hyperglycémie provoquée par les corticoïdes, évaluer le rapport bénéfice/risque de la réduction de corticoïdes pour le contrôle glycémique par rapport au traitement des effets indésirables reliés au système immunitaire

### Hyperglycémie légère

- Continuer pembrolizumab, nivolumab, ou ipilimumab
- Surveiller la glycémie en série à chaque dose
- Mesures hygiéno-diététiques
- Au besoin, prescrire des antidiabétiques conformément au protocole
- Envisager une consultation spécialisée avec un endocrinologue, si le patient présente des symptômes ou si l'hyperglycémie ne peut être maîtrisée.

### Hyperglycémie modérée ou aggravée

**(Probablement apparition de diabète de type 1); Pas d'acidocétose**

- Continuer pembrolizumab, nivolumab, ou ipilimumab
- Envisager une gestion par un endocrinologue pour les diabètes de type 1
- Surveiller la glycémie en série à chaque dose
- Mesures hygiéno-diététiques
- Fournir des médicaments antidiabète conformément au protocole

### Hyperglycémie modérée ou aggravée

**(Probablement apparition de diabète de type 1); Présence d'une acidocétose**

- Interrompre pembrolizumab, nivolumab, ou ipilimumab
- Consultation spécialisée avec un endocrinologue
- Hospitaliser le patient
- L'insuline doit être administrée selon les directives de l'équipe des patients hospitalisés et/ou de l'endocrinologue.
- Acidocétose diabétique à gérer conformément aux lignes directrices de l'établissement (exemple : liquides intraveineux, supplémentation en potassium, insuline intraveineuse, glucose horaire, cétones sériques, pH sanguin et trou anionique).
- Envisager de reprendre le traitement aux inhibiteurs des points de contrôle du système immunitaire une fois que l'acidocétose diabétique a été corrigée et que le taux de glucose a été stabilisé.

## Mise en œuvre :

- Pour les patients atteints de diabète de type 1 nouvellement diagnostiqué, discutez du fait qu'il sera très probablement permanent.
- Vérifier les signes et les symptômes de l'hyperglycémie ou de l'hypoglycémie.
- Surveillance rapprochée de la glycémie, des signes d'acidocétose diabétique (haleine cétonique, confusion, nausées, etc.) et d'autres symptômes (exemple : infections accrues).
- Education du patient et de son entourage sur l'insulinothérapie
- Discuter de la possibilité d'autres effets secondaires liés au système immunitaire, y compris d'autres effets d'ordre endocrinien.
- Discuter des règles hygiéno-diététiques

## Administration de corticostéroïdes :

- Recommandations pour la décroissance progressive des corticoïdes données à titre indicatif, à adapter au cas par cas
- La réduction doit tenir compte du profil actuel des symptômes du patient.
- Suivi étroit en consultation ou par téléphone, selon les besoins individuels et la symptomatologie.
- Administrer quotidiennement un traitement anti-acide pour prévenir les ulcères gastriques pendant la prise de stéroïdes (p. ex., inhibiteur de la pompe à protons ou antagoniste H2, si la dose de prednisone est >20 mg/jour).
- Vérifier les effets secondaires des stéroïdes : changements d'humeur (colère, réaction, hyper attention, euphorie, manie), augmentation de l'appétit, interruption du sommeil, muguet buccal, rétention hydrique.
- Surveillez l'absence de réapparition des symptômes cutanés suite à la réduction progressive des stéroïdes et signalez-les (la réduction peut être ajustée).

### Des stéroïdes à forte dose et à long terme :

- Envisager une prophylaxie antimicrobienne (sulfaméthoxazole/triméthoprime double dose 1 fois par semaine ; dose unique, si utilisée quotidiennement) ou alternative si allergique aux sulfamides
- Envisager une couverture anti-virale et anti-fongique supplémentaire.
- Éviter l'alcool/acétaminophène ou les autres hépatotoxiques.
- En cas d'utilisation prolongée de stéroïdes, il y a un risque d'ostéoporose ; prendre des suppléments de calcium et de vitamine D.

GAD = acide glutamique décarboxylase ; po = par voie orale ; LSN = limite supérieure de la normale