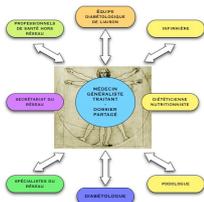


QUE FAIRE EN CAS D'ÉCHEC DE L'INSULINOTHÉRAPIE VESPÉRALE ?

Définition de l'état d'échec



☞ La glycémie au réveil est inférieure ou égale à 100 mg/dl

☞ L'Hba1c est supérieure à 7 %

☞ et/ou Les glycémies post prandiales sont supérieures à 160 mg/dl

Cette définition est à moduler en fonction des objectifs fixés au départ, et tiendra compte du terrain, de l'âge physiologique, etc...

I. Peut on associer des antidiabétiques oraux ?

☞ Augmenter la posologie de la **Metformine®** si possible

☞ Associer un **insulinosécréteur**

Sulfamides ou plutôt Glinides (Novonorm®) si les post prandiales sont élevées : 0,5 à 4 mg avant chaque repas

☞ Associer une **Glitazone** (AMM Européenne de l'Actos®)

Après avoir vérifié l'absence d'insuffisance cardiaque (BNP, échographie voire avis cardiologique).

I. Modifier le schéma d'insuline ?

Il n'y a pas de consensus les options suivantes peuvent être proposées :

☞ Remplacer l'analogue lent (Levemir® ou Lantus®) par **2 ou 3 injections**

d'insuline "Premix" associant analogues rapide et insuline NPH semi lente (Novomix® 30, 50 ou 70, Humalogmix® 25 ou 75)

☞ **Associer à l'analogue lent un analogue rapide en pré-prandial**

Novorapid®, Apidra®, Humalog®, en commençant par la post prandiale la plus élevée, souvent celle suivant le petit déjeuner), et en introduisant si besoin une ou deux autres injections, amenant alors le patient à utiliser un schéma à quatre injections de type "basal bolus".

☞ Dans certains cas une infusion sous cutanée d'insuline par pompe portable peut constituer une solution efficace et souvent bien acceptée.

Une consultation d'expertise auprès d'un Diabétologue est nécessaire