

INSULINES

Risques : erreur de patient, erreur de dose

Mesures préventives :

- Ne pas stocker l'insuline et l'héparine côte-à-côte
 - Prescription en UI ou « unités » en toutes lettres (pas d'abréviation)
 - Mettre en place la double vérification du produit, de la dose, de la voie et du patient
 - Vérifier l'étiquette de l'insuline avant chaque injection pour éviter les erreurs médicamenteuses (étiquette patient à coller au préalable sur chaque stylo d'insuline)
 - Ne pas mélanger plusieurs insulines dans la même seringue
 - Coordonner la distribution des repas avec la prise de l'insuline
 - **Le choix d'un schéma d'insulinothérapie dépend de plusieurs paramètres**, tels que :
 - le choix du patient : le patient accepte-t-il le traitement ? le nombre d'injections ?
 - les objectifs glycémiques et la capacité du patient à les atteindre
 - les profils glycémiques : y a-t-il une hyperglycémie à jeun isolée ou associée à une ou plusieurs hyperglycémies post-prandiales ?
 - Lors de la mise en place de l'insulinothérapie, il est recommandé, en adjonction à une monothérapie ou à une bithérapie, de débiter :
 - de préférence par une insuline intermédiaire (NPH) au coucher (UMULINE NPH, INSULATARD)
 - ou par une insuline analogue lente si le risque d'hypoglycémie nocturne est préoccupant (LANTUS ou LEVEMIR).
- L'instauration d'une insuline intermédiaire ou analogue lente pourra se faire avec les règles de pratiques suivantes :
- prescription d'une dose initiale faible, de 6 à 10 UI par 24 h
 - mise en place d'une surveillance glycémique pour la prévention des hypoglycémies et l'adaptation des doses d'insuline (au moins 2 mesures glycémiques capillaires par jour à l'initiation de l'insulinothérapie : au coucher pour prévenir les hypoglycémies et au réveil pour suivre l'objectif)
 - définition d'un objectif pour la glycémie à jeun au réveil selon l'objectif d'HbA1c du patient (en général < ou égale à 7%)
 - adaptation des doses d'insuline tous les 3 jours en fonction des glycémies au réveil et à l'objectif fixé. La dose peut être augmentée ou réduite de 1 ou 2 UI
 - réévaluation du traitement en cas d'hypoglycémies fréquentes ou d'une hypoglycémie sévère

Si l'objectif glycémique n'est pas atteint malgré la mise en place de l'insulinothérapie, celle-ci sera intensifiée. Les différents schémas possibles sont :

- schéma basal-bonus : insuline ou analogue d'action lente (LANTUS, LEVEMIR) et insuline ou analogue d'action rapide ou ultrarapide avant un ou plusieurs repas de la journée (APIDRA, NOVORAPIS, HUMALOG)

- schéma de 1 à 3 injections par jour d'insuline biphasique (mélange d'insuline à action rapide ou ultrarapide et d'insuline à action intermédiaire ou lente) (HUMALOG MIX 25, HUMALOG MIX 30, NOVOMIX 30, MIXTARD 10, 20, 30, 40, 50, UMULINE PROFIL 30)

En cas de diabète très déséquilibré, avec des glycémies supérieures à 3 g/l répétées et/ou une HbA1c > 10%, un schéma insulinaire intensifié pourra être instauré d'emblée après avis d'un endocrinologue.