

## Règles générales de la prise en charge du diabète avec troubles psychiatriques

Naziha Khammassi, Abdelhedi Haykel, Ouahida Cherif.

Service de Médecine Interne, Hôpital Razi, La Manouba -Tunisie  
Faculté de Médecine de Tunis - Université Tunis El Manar

---

*N. Khammassi, A. Haykel, O. Cherif.*

Règles générales de la prise en charge du diabète avec troubles psychiatriques

LA TUNISIE MEDICALE - 2012 ; Vol 90 (n°04) : 275-277

### RÉSUMÉ

**Prérequis :** Les troubles psychiatriques sont fréquents au cours du diabète sucré. Leur présence chez le patient diabétique a des répercussions importantes sur le diabète car ils peuvent affecter l'adhérence au traitement et aux règles hygiéno-diététiques.

**Buts :** Dresser un état des lieux des connaissances actuelles sur la prise en charge du diabète sucré chez les patients présentant des pathologies psychiatriques.

**Méthodes :** Revue de la littérature sur la base de données MEDLINE (pubmed) en utilisant les mots-clés : diabète – troubles psychiatriques – antipsychotiques.

**Résultats :** Les troubles psychiatriques sont fréquents au cours du diabète sucré. Leur présence est associée à un mauvais équilibre glycémique ainsi qu'à plus de complications métaboliques, infectieuses ou dégénératives. Cet effet délétère est aggravé par la prise des antipsychotiques atypiques qui exposent à plusieurs effets métaboliques tels que la prise de poids, l'insulinorésistance, l'hyperglycémie et la dyslipidémie.

**Conclusion :** Le traitement du diabète chez les malades psychiatriques doit être multidisciplinaire incluant interniste, diabétologue, psychiatre, ainsi que le cadre paramédical. Ce traitement comporte un volet médical (antidiabétiques et antipsychotiques) et un volet psychothérapeutique grâce auquel on pourra améliorer le contrôle glycémique et prévenir la survenue de complications.

---

### Mots-clés

Diabète ; troubles psychiatriques ; antipsychotiques; psychothérapie; complications.

---

*N. Khammassi, A. Haykel, O. Cherif.*

General rules of the management of diabetes with psychiatric disorders

LA TUNISIE MEDICALE - 2012 ; Vol 90 (n°04) : 275-277

### SUMMARY

**Background:** Psychiatric disorders appear to be frequent in patients with diabetes mellitus. The presence of psychiatric co-morbidity may affect adherence to medication and self-care regimes.

**Aim:** To establish rules of the management of diabetes among people with psychiatric disorders.

**Methods:** Literature review on the PUBMED database using the following keywords: diabetes, psychiatric disorders, anti-psychotics, complications.

**Results:** Psychiatric disorders appear to be frequent in patients with diabetes mellitus. Their presence is associated with poor glycemic control and more diabetes complications. This negative effect may be increased by taking atypical antipsychotics which expose to several metabolic effects such as overweight, insulin resistance, hyperglycemia, Type 2 diabetes and dyslipidemia.

**Conclusion:** The management of diabetes among people with psychiatric disorders should be multidisciplinary including internist, diabetologist, psychiatrist, and paramedical staff. This treatment includes medical (anti-diabetics, anti-psychotics) and psychotherapeutic interventions through which we can have better glycemic control and decreased rates of diabetes complications.

---

### Key- words

Diabetes; psychiatric disorders; anti-psychotics; psychotherapy; complications

Le diabète est une pathologie chronique et grave par sa fréquence et par son retentissement avec plus d'infections et d'handicaps moteurs entravant la qualité de vie et impliquant de lourdes dépenses pour la société [1]. C'est une pathologie chronique déstabilisante sur le plan psychologique parce qu'elle requiert un traitement et un suivi quotidiens impliquant en premier lieu le malade lui-même [1]. La présence de troubles psychiatriques chez le patient diabétique retentit sur l'équilibre glycémique en affectant l'adhérence au traitement et aux règles hygiéno-diététiques [2].

L'objectif de notre travail est de dresser un état des lieux des connaissances actuelles sur la prise en charge du diabète sucré chez les patients présentant des pathologies psychiatriques.

---

## MÉTHODOLOGIE

Il s'agit d'une revue de la littérature sur la base de données MEDLINE (pubmed) en utilisant les mots-clés : diabète – troubles psychiatriques – antipsychotiques.

Dans une première partie nous présentons les particularités de cette association. Nous étayons par la suite les particularités épidémiologiques, cliniques, évolutives et étiologiques du diabète chez ces patients. Dans la dernière partie nous essayons d'établir des règles de prise en charge du diabète chez les patients psychiatriques.

---

## RESULTATS

Les troubles psychiatriques sont fréquents au cours du diabète sucré. Cette prévalence n'est pas bien définie, et les études qui l'ont évaluée sont contradictoires [2, 3, 4, 5]. Quant au diabète, sa prévalence chez les schizophrènes, est 2 à 3 fois plus élevée par rapport à la population générale [5].

Les antipsychotiques de deuxième génération dit « atypiques » introduits dans les années 1990 (Clozapine, Risperidone, Olanzapine, Quetiapine, Ziprasidone, Aripiprazole) exposent à plusieurs effets métaboliques tels que la prise de poids, l'insulinorésistance, l'hyperglycémie, le diabète de type 2 (DT2) et la dyslipidémie [5-8].

En milieu psychiatrique, le diabète revêt plusieurs caractéristiques :

*Sur le plan épidémiologique*, une incidence plus élevée des formes graves ou compliquées (acidocétoses, hypoglycémies, micro et macroangiopathies) de cette pathologie [2].

*Sur le plan clinique*, les symptômes de cette pathologie (syndrome polyuropolydipsique) et de ses complications (hypoglycémie) peuvent être mis à tort sur le compte des syndromes et des pathologies psychiatriques (anxiété, dépression, psychoses...), déroutant et rendant le diagnostic difficile ou tardif [1].

*Sur le plan évolution et suivi*, le terrain particulier (troubles cognitifs et comportementaux, patients socialement rejetés et

vivant en difficultés financières) explique la difficulté du suivi et le pronostic plus péjoratif [2].

*Sur le plan étiologique*, l'utilisation des antipsychotiques chez les diabétiques présentant des troubles psychiatriques a été impliquée dans la survenue de troubles métaboliques [5, 8].

## Etat actuel de la prise en charge du diabète chez les malades psychiatriques

*Dans les instituts psychiatriques*

L'attention est focalisée sur les soins psychiatriques, le personnel médical est parfois, peu informé concernant la prise en charge des patients diabétiques et les effets indésirables des antipsychotiques atypiques [1].

*Dans les urgences polyvalentes*

Les diabétiques ayant des troubles psychiatriques sont moins souvent hospitalisés en urgence que les diabétiques sans troubles psychiatriques (risque relatif = 0.59) [9].

Les causes en sont multiples : socioéconomiques (pas de couverture sociale, problèmes d'accessibilité), la peur des hospitalisations pour les anxio-dépressifs, les difficultés de communication pour les schizophrènes, le manque de pratique du personnel de soin qui a tendance à interpréter les symptômes des complications diabétiques comme des somatisations [9].

## Règles de la prise en charge du diabète chez les malades psychiatriques

Le traitement du diabète chez les malades psychiatriques doit être multidisciplinaire incluant interniste, diabétologue, psychiatre, ainsi que le cadre paramédical [2].

En milieu psychiatrique on doit attirer l'attention du cadre de la santé sur les co-morbidités somatiques notamment le diabète [2].

En milieu médical on doit également former le cadre de la santé à communiquer avec les malades psychiatriques et à ne pas céder à la facilité en attribuant les plaintes de ces patients à leur pathologie psychiatrique. De même, l'éducation et la formation du personnel de la santé sur les stratégies d'amélioration de l'auto prise en charge et la recherche de troubles de l'humeur et du comportement doivent être intégrées dans le schéma thérapeutique des diabétiques afin de les diagnostiquer et traiter précocement [3, 4].

Ce traitement comporte un volet médical (antidiabétiques oraux, insulinothérapie, antidépresseurs, antipsychotiques) et un volet psychothérapeutique (incluant la famille) grâce auquel on pourra améliorer le contrôle glycémique et prévenir la survenue de complications [3, 4].

La psychothérapie cognitive et comportementale éclaircit les croyances et facilite l'adhérence au traitement [3, 10, 11]. Le rythme est de 6 séances mensuelles pendant 3 mois [12]. Il s'agit le plus souvent d'un soutien avec renforcements psychosociaux et enseignement des techniques d'adaptation [10]. On doit insister sur l'encouragement des patients à participer activement en s'adaptant au milieu psychosocial et familial, l'information sur l'hypoglycémie et l'auto-surveillance pour éviter l'anxiété anticipatoire, l'information

sur les complications dégénératives en soulignant l'importance de l'adhérence au traitement et aux règles hygiéno-diététiques. Cette éducation est particulièrement délicate chez les adolescents et nécessite souvent l'implication des parents dans un modèle comportemental [10]. Le traitement du diabète chez les patients psychiatriques nécessite une surveillance particulière car on met à leur disposition des produits dangereux par leur effet hypoglycémiant (notamment l'insuline) qui peuvent être utilisés lors des tentatives de suicide.

Cette prise en charge exemplaire et efficace doit être multimodale et nécessite une collaboration étroite entre les différents intervenants de la santé pour assurer un bon suivi et traitement de ces patients. Devant la prévalence accrue du diabète de type 2 chez les malades psychiatriques, les recommandations proposées impliquent une surveillance clinique et biologique plus rapprochée (niveau de preuve C):

Le poids, le Body Mass Index (BMI), et la pression artérielle doivent être mesurés tous les quatre mois durant trois mois, puis quatre fois par an [5, 6, 13-15]

Une glycémie à jeun de référence doit être réalisée avant l'introduction d'un traitement antipsychotique, à 3 mois de traitement et chaque année par la suite [5, 6, 13-18]. La mesure de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) est un paramètre acceptable en seconde intention [13]. L'apparition d'une symptomatologie évoquant un diabète (polyurie-polydipsie, perte de poids) ou une glycémie à jeun supérieure à 1,26 g/l ou une valeur de l'HbA1c supérieure à 7 % doit conduire à une consultation spécialisée [13].

Lorsque le diagnostic de diabète est confirmé, des règles

hygiéno-diététiques (régime, exercice physique) et/ou un traitement antidiabétique seront instaurés [13, 16].

L'éducation du patient et de son entourage est primordiale : nécessité de contrôle du poids, explication des symptômes inauguraux, les règles hygiéno-diététiques et l'arrêt du tabac [13]. Lors de la découverte d'un DT2 chez des schizophrènes sous antipsychotiques atypiques, il faut arrêter ces médicaments et les remplacer par des antipsychotiques qui exposent moins à l'obésité et au DT2 [5, 7, 13,14].

Le psychiatre a un rôle important dans cette prise en charge car toute décompensation de la pathologie psychiatrique a des répercussions négatives sur l'équilibre glycémique et la survenue des complications du diabète. Il doit collaborer étroitement avec le diabétologue et/ou l'interniste afin d'adapter au mieux la thérapeutique [13]. En sachant qu'il y aura toujours un dilemme entre les avantages des AP atypiques (moins de signes extrapyramidaux) et les inconvénients (obésité, DT2, dyslipidémie) [14, 15].

---

## CONCLUSION

---

Le terrain psychiatrique rend la prise en charge et le suivi des patients diabétiques plus difficile avec un pronostic péjoratif. Le traitement du diabète chez les malades psychiatriques doit être multidisciplinaire. Ce traitement comporte un volet médical (antidiabétiques oraux, insulinothérapie, antidépresseurs, antipsychotiques) et un volet psychothérapeutique grâce auquel on pourra améliorer le contrôle glycémique et prévenir la survenue de complications.

## Références

- Kaholokula JK; Schirmer TN; Elting D. Identifying and prioritizing diabetes care issues among mental health professionals of a multi-ethnic, state psychiatric hospital. *Diabetes Spectrum* 2004; 17: 123-128.
- Jacobson AM. The psychological care of patients with insulin-dependent diabetes mellitus. *NEJM* 1996; 334: 1249-1253.
- Edge LE. Effect of Comorbid Chronic Diseases on Prevalence and Odds of Depression in Adults with Diabetes. *Psychosom Med* 2005; 67:46-51.
- Stewart SM, Rao U, Emslie GJ, Klein D, White PC. Depressive Symptoms Predict Hospitalization for Adolescents With Type 1 Diabetes Mellitus. *Pediatrics* 2005; 115: 1315-1319.
- American diabetes Association, American Psychiatric Association, American Association of clinical Endocrinologists, North American Association for the study of Obesity. Consensus Development Conference on Antipsychotic Drugs and Obesity and Diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27: 596-601
- Llorente MD, Urrutia V. Diabetes, Psychiatric Disorders, and the Metabolic Effects of Antipsychotic Medications. *Clinical diabetes* 2006; 24: 18-24.
- De Hert M, Hassens L, Van Winkel R et al. Reversibility of Antipsychotic Treatment-Related Diabetes in Patients with Schizophrenia. *Diabetes Care* 2006; 29 : 2329-30.
- Istikoglou C, Mikirditsian O, Michelidakis C, Golfopoulos G, Stathaki M, Vliissides D. Diabetes and atypical antipsychotics. *Ann Gen Psychiatry* 2008; 7 (Suppl 1): 105.
- Sullivan G, Han X, Susan Moore S, Kotrla K. Disparities in Hospitalization for Diabetes among Persons With and Without Co-occurring Mental Disorders. *Psychiatr Serv* 2006; 57:1126-1131
- Aspects psychologiques du diabète. Association canadienne du diabète Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique 2003 : 56-57.
- MC Welschen L, van Oppen P, Dekker JM, Bouter LM, Stalman WAB, Nijpels G. The effectiveness of adding cognitive behavioural therapy aimed at changing lifestyle to managed diabetes care for patients with type 2 diabetes: design of a randomised controlled trial. *BMC Public Health* 2007; 74: 1-10.
- Lakerveld J, Bott SDM, Chinapaw MJ. Primary prevention of diabetes mellitus type 2 and cardiovascular diseases using a cognitive behaviour program aimed at lifestyle changes in people at risk: Design of a randomized controlled trial. *BMC Endocr Disord* 2008; 6: 1-11
- Lefebvre N, Chéreau I, Schmitt A, Llorca PM. Comorbidités somatiques chez les patients souffrant de schizophrénie traitée. Recommandations actuelles. *Ann Med Psychol* 2006; 164: 159-64.
- Scheen AJ, De Hert MA. Abnormal glucose metabolism in patients treated with antipsychotics. *Diabetes Metab* 2007; 33: 169-75.
- Gaston RL, George M, Azhahan N. Diabetic control and atypical antipsychotics: a case report. *J Med Case Reports* 2008; 155: 1-4.
- Nasrallah HA, Meyer JM, Goff DC et al. Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: Data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline. *Schizophr Res* 2006; 86: 15-22.
- Cohen D, Stolk RP, Grobblief DE, Gispén-De Wied CG. Hyperglycemia and Diabetes in Patients with Schizophrenia or Schizoaffective Disorders. *Diabetes Care* 2006; 29: 786-791.
- Jindal RD, Keshavan MS. Hyperglycemia and Diabetes in Patients with Schizophrenia or Schizoaffective Disorders Response to Cohen et al. *Diabetes Care* 2007; 30: 786-791.