

d journal

Magazin von diabetesschweiz
Ausgabe 2 | 2022

**Leben mit Diabetes
mellitus Typ 2**
Eine Diagnose, unzählige
Formen, damit umzugehen

Diabetesklassifizierung
im Wandel: Therapien
noch besser anpassen

Denkanstösse zum
Essverhalten: von
der Veränderung zur
Gewohnheit





Vor 41 Jahren erfuhr Franz Stainhauser von seinem Diabetes Typ 2. Er stellte sich mühelos darauf ein, denn das Wichtigste blieb gleich: Beruflich war er weiterhin im Orient-Express unterwegs. Auch später liess er sich nicht bremsen. Vor zehn Jahren, mit 76, wurde er zum Flohmarktfahrer und verkauft seither allerhand Gebrauchtes, das er repariert hat.

→ Erfahrungsberichte und medizinische Hintergründe ab Seite 06

Liebe Leserinnen und Leser

Jeder Mensch kann Vieles von seinem Wissen, den Fähigkeiten und Erfahrungen weitergeben. Als Diabetesfachberaterin habe ich dieses Credo gelebt und setze mich nach der Pensionierung berufspolitisch dafür ein. In der Beratung gelangt das Fachwissen zu den Diabetesbetroffenen. Wir üben Fähigkeiten ein, die sie im Alltag für ihren Diabetes brauchen und erarbeiten praktische Lösungen für Probleme. Ich habe zugehört und mich von Erzählungen inspirieren lassen. Das Spannendste ist, sich während jeder Beratung auf den/die Gesprächspartner/in neu einzustellen, weil jeder Mensch mit oder ohne Diabetes einzigartig ist.

Menschen mit Diabetes brauchen ein professionelles Gegenüber als Partner/in im Gesundheitssystem. (Lesen Sie dazu das Interview ab Seite 7.) Die Veränderungen in Medizin und Therapie sind rasant, Probleme kommen und gehen – eine kompetente Diabetesberatung gibt Wissen und Orientierung. Jeder Mensch mit Diabetes hat einen Anspruch auf diese Hilfe, zu Beginn und in allen Phasen, egal, mit welcher Form des Diabetes. Mit ärztlicher Verordnung wird die Diabetesfachberatung von der Krankenkasse bezahlt.

Ich möchte Sie ermuntern, immer wieder die Gelegenheiten zu einer Diabetesfachberatung zu nutzen, ergänzend zur ärztlichen Begleitung. Sprechen Sie Ihre Ärztin/Ihren Arzt darauf an, damit Sie für eine Diabetesfachberatung angemeldet werden.



Sylke Hauf,
Diabetesfachberaterin und Mitglied der
Redaktionskommission des d-journals

IMPRESSUM d-journal Numéro 2 / Juin 2022 **Publication** diabètesuisse, Rütistrasse 3a, 5400 Baden, www.diabetesuisse.ch **Rédaction** Rédactrice en chef : Pascale Gmür (PG), Comité de rédaction : Dr Anne Katrin Borm, Caroline Brugger, Sylke Hauf, Christian Lüscher, Dominik Müller, Odile Rossetti Olaniyi **Photo de couverture et page 2** Maurice K. Grünig **Traduction** BKlingua **Conception et design** LikeBerry AG, Zurich **Impression** Kromer Print AG, Lenzburg. Imprimé sur du papier certifié FSC. **Publicités et administration** diabètesuisse, Tél. 056 200 17 90, d-journal@diabetesschweiz.ch **Abonnement** (4 numéros par an) compris dans la cotisation pour les membres des associations régionales ; pour les non-membres, abonnement annuel à CHF 40.-, étranger : en Europe CHF 45.-, Outre-mer CHF 50.- **Contact** d-journal@diabetesschweiz.ch
Le d-journal paraît en allemand et en français.

04

Aktuell

06

Fokus: Diabetes mellitus Typ 2

Vieles selbst gestalten, Pläne umsetzen, mit Diabetes im Leben

17

Wissen

Gibt es neue Einteilungen der Diabetesformen?

22

Rezepte

Erfrischende Drinks für heisse Sommertage

24

Leben mit Diabetes

Das Essverhalten als Dreh- und Angelpunkt

28

Kind und Diabetes


Gleiche Chancen für alle Familien durch Entlastungsangebote

31

Kreuzworträtsel

32

RegioNews

 **diabètesuisse**
diabètesuisse
diabetesvizzera



Wissenswertes und Nachdenkliches zum Insulin-Jubiläum

Im Jahr 1922 wurde das damals neu entdeckte, lebensrettende Insulin erstmals einigen Patientinnen und Patienten verabreicht. Das Organisationskomitee 100 Jahre Insulin, zu dem auch diabetesschweiz gehört, hat anlässlich des Jubiläums die Podcast-Reihe «Mein Diabetes und ich» in Auftrag gegeben. Entstanden sind vier spannende, überaus hörenswerte Episoden.

Live dabei! Das ist der erste und bleibende Eindruck beim Hören von gut gestalteten Podcasts wie «Mein Diabetes und ich». Produziert wurden die vier Episoden von Peter Walt, Radiojournalist und selbst Diabetiker Typ 1, mit Unterstützung des Organisationskomitees 100 Jahre Insulin.

Die Hörbeiträge beginnen mit der spannenden Geschichte des Insulins und dessen Anwendung: «Der fünfjährige Teddy Ryder war einer der ersten Patienten, dem 1922 ein lebensrettendes Extrakt gespritzt wurde. Ein Extrakt, das im Sommer 1921 von Frederick Banting und Charles Best an der Universität von Toronto entdeckt worden war. 71 Jahre lebte Ryder mit Diabetes weiter. Es ist eines von vielen Millionen Menschenleben, das dank der Entdeckung des Insulins gerettet wurde.»

Die Hörerinnen und Hörer werden zu den Gesprächen mit Fachleuten und Diabetesbetroffenen sozusagen mitgenommen. Es ist, als ob man mit

den Erzählenden am gleichen Tisch sitzen würde und man vergisst, dass die Gespräche irgendwann vorher aufgezeichnet, geschnitten, gekürzt und arrangiert worden waren.

Geradezu den Charakter einer Live-Reportage hat die Podcast-Episode mit drei Diabetesbetroffenen. Wir reisen mit Peter Walt nach Basel, Schaffhausen und Reinach, erleben das scheinbar spontane Zusammentreffen mit Anais, Sven und Susanne, das Kennenlernen und die abwechslungsreichen Gespräche von Menschen, die sehr offen über ihr Leben mit Diabetes berichten, auch darüber, was sie nervt. Da die drei Hauptpersonen unterschiedlichen Alters sind, erfahren wir beim Zuhören auch viel Wissenswertes über die Entwicklung der Diabetestherapie und den alltäglichen Umgang mit Insulin und technischem Zubehör. All die Massnahmen sind notwendig und dennoch ist es unüberhörbar, dass die Erzählenden ein selbstbestimmtes Leben mit und nicht für Diabetes führen.

Nachdenklich wird man beim Hören der Episode zum Tabuthema Depression. «Diabetes und Depression ist eine riskante Kombination, denn die Depression mindert nicht nur die Lebensqualität. Sie trägt auch zu einer schlechteren Einstellung des Diabetes bei und erhöht somit das Risiko für Spätfolgen», ist zu erfahren. Die im Podcast zu verfolgenden Gespräche mit Fachleuten vermitteln wertvolle

Informationen, die durchaus auch im Familien- und Freundeskreis helfen können, sich anbahnende Depressionen bei Direktbetroffenen zu erkennen und ernst zu nehmen. Podcasts haben gerade bei schwierigen Themen den Vorteil, dass man sich angesprochen fühlen kann, aber im Hintergrund bleibt, wenn die eine oder andere Aussage auf einen zutrifft. Man braucht nicht mitzureden, wird jedoch angeregt, irgendwann das Gespräch mit Gleichgesinnten oder Fachpersonen zu suchen.

Alle vier Episoden der Podcast-Reihe enthalten angenehm vermittelte Informationen und Denkanstösse, verknüpft mit den Erfahrungen und Expertisen der Menschen, deren Stimmen schon nach wenigen Minuten vertraut klingen. (PG)

Die vier Episoden der Podcast-Serie widmen sich den Themen Entdeckung des Insulins / Erfahrungen von Diabetesbetroffenen / Depression / Sozialversicherungen.

Möglichkeiten zum Download der Podcasts «Mein Diabetes und ich» (in Deutsch):
www.diabetesschweiz.ch
Plattformen wie Apple Podcasts oder Spotify

Finanziert wurden die Podcasts durch das Insulin-Jubiläumsprojekt: www.100-jahre-insulin.ch



AKTUELL

Damit Sie beruhigt abheben können

Woran sollten Diabetikerinnen und Diabetiker vor einer Flugreise denken? Alle wichtigen Antworten enthält die aktualisierte Broschüre «Damit Sie beruhigt abheben können» von diabetesschweiz.

Reisen ist nun wieder leichter möglich. Dennoch ist eine weitsichtige Planung gut, um schon die Vorfreude auf die Ferien geniessen zu können. Es ist offiziell erlaubt, Insulin im Handgepäck ins Flugzeug zu nehmen. Doch Diabetesbetroffene müssen eine ärztliche Bescheinigung vorweisen können. Hierfür ist in der Broschüre von diabetesschweiz eine detaillierte Vorlage in Deutsch, Französisch, Italienisch – jeweils mit Übersetzung in Englisch – zu finden. Welche weiteren Bedingungen der Fluggesellschaft für das Mitnehmen des Diabetesmaterials gelten, sollte schon bei der Buchung des Tickets abgeklärt werden.

Pack- und Checklisten sind immer nützlich. Hierzu sind in der erwähnten Broschüre wertvolle, diabetes-spezifische Hinweise zu finden. Vor allem wenn man zum ersten Mal an einen Ferienort reist, lohnt es sich, zum Beispiel vor Abreise herauszufinden, welches Insulin dort im Handel ist oder welche Lufttemperaturen zu erwarten sind. Je nachdem müssen Insulinampullen, Blutzuckersstreifen und Messgerät speziell geschützt werden. Auch hierzu informiert die Broschüre. Genauso wie zum wichtigen Thema der Therapieanpassung bei Flugreisen mit Zeitverschiebung. Brauche ich mehr oder weniger Basisinsulin? Vereinfacht gesagt: Bei Flügen nach Osten muss die Insulindosis reduziert, bei Flügen nach Westen erhöht werden. Für die exakte Berechnung der veränderten Insulineinheiten sind die Informationen der Broschüre hilfreich. (PG)

Die Broschüre «Damit Sie beruhigt abheben können» ist hier erhältlich: www.diabetesschweiz.ch.

Ein weiteres Angebot von diabetesschweiz: das Merkblatt «Reisen mit der neuen Diabetestechnologie».



Diabetesgeschichten aus dem Berner Jura

Zum 40-jährigen Jubiläum der regionalen Patientenorganisation diabètejurabernois ist ein anregendes Buch mit Erfahrungsberichten von Menschen mit Diabetes erschienen.

«Le diabète est une maladie silencieuse.» (Der Diabetes ist eine stille Krankheit.) Das sagt Concepcion Gonzalez, sich an die Zeit vor der Diagnosestellung erinnernd. Symptome wie Müdigkeit oder Herzrasen seien ihr normal vorgekommen, weil sie das schon oft verspürt hatte.

Als «still» empfinden einige der von Jacques Simonin porträtierten Menschen den Diabetes auch, weil er von aussen nicht sichtbar ist. Oder höchstens, wenn der Sensor am Oberarm auffällt. Allerdings würde nicht selten gefragt, ob das ein Gerät zur Raucherentwöhnung sei, ist in den unterhaltsamen und zugleich äusserst informativen Erzählungen zu lesen. Die Frauen und Männer, welche zwischen 20 und 86 Jahre alt sind, sich mit einem Diabetes Typ 1 oder Typ 2 auseinandersetzen und authentisch darüber sprechen, sind zweifellos starke Persönlichkeiten. Sie tun viel für ihre Selbstautonomie, und wie sie dies tun, zeigt der Blick in ihr Leben. Die im Jubiläumsbuch enthaltenen interessanten Lebens- sind auch Diabetesgeschichten, in denen Angehörige und die professionelle Begleitung eine zentrale Rolle spielen.

Das Buch «Témoignages» gibt Menschen mit Diabetes wertvolle Anregungen, und Aussenstehende lernen viel über die Höhen und Tiefen des Lebens mit Diabetes. Die 40-jährige Geschichte von diabètejurabernois, die im Buch ebenfalls geschildert wird, erhält durch die Erfahrungsberichte eine starke Präsenz. (PG)

«Témoignages», Buch (in Französisch) zum 40-jährigen Bestehen von diabètejurabernois. Erhältlich für CHF 20.– bei: Denis Gerber, dg4333@gmail.com, Tel. 032 941 46 55.



DIABETES MELLITUS TYP 2

VIELES SELBST GESTALTEN, PLÄNE UMSETZEN, MIT DIABETES IM LEBEN

Text: Pascale Gmür
Fotos: Maurice K. Grünig



Franz Stainhauser repariert Dinge, welche andere entsorgen, und verkauft sie auf Flohmärkten. Diabetes Typ 2 hat er seit über vierzig Jahren. Mehr zu seinem Leben ab Seite 11.

Auch Franziska Schneider ist handwerklich sehr begabt. Für ihre selbstgefertigten Unikate hat sie in der Wohnung ein «Lädeli» eingerichtet. Diabetes Typ 2 hat sie seit drei Jahren. Der Einblick in ihr Leben ab Seite 13.



«Therapieerfolge beruhen meist auf einer patientenorientierten Medizin. Dazu gehört eine kontinuierliche, vertrauensvolle und professionelle Begleitung.»

**Gespräch mit Dr. Christopher Strey,
Facharzt für Endokrinologie und Diabetologie,
eSwiss Medical & Surgical Center, St. Gallen.**

In der Schweiz leben etwa 450 000 Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 (DM2). Es sind Frauen und Männer unterschiedlichen Alters. Kann DM2 grundsätzlich jede und jeden treffen?

Eigentlich schon, denn Diabetes hängt stark von genetischen Voraussetzungen ab, die einem selbst kaum bekannt sind. Sowohl die Fähigkeit der Bauchspeicheldrüse, Insulin zu produzieren, als auch die Insulinresistenz* ist genetisch festgelegt. Wenn man Pech hat, versiegt diese Produktionsfähigkeit der Bauchspeicheldrüse schon früh oder sogar ganz zu Beginn des Lebens. Geschieht dies plötzlich aufgrund eines Autoimmungeschehens, wird ein Diabetes Typ 1 diagnostiziert. Wenn die Insulinproduktion der Bauchspeicheldrüse aufgrund einer erhöhten Insulinresistenz nicht mehr ausreicht, steigt der Blutzuckerwert, und dann handelt es sich in den allermeisten Fällen um einen Diabetes Typ 2. Diese Diabetesform verbreitet sich zunehmend. Denn sowohl Übergewicht** als auch der Alterungsprozess erhöhen die Insulinresistenz. Einerseits werden immer mehr Menschen immer früher übergewichtig, und bei ungünstigen genetischen Voraussetzungen kann sogar schon im Kindesalter ein DM2 entstehen. Andererseits werden Menschen immer älter.

Weil die Gründe für Diabetes individuell unterschiedlich sind, wird man wohl mit der Zeit dazu übergehen, die Stoffwechselstörung je nach Ursa-

che mehreren Subgruppen des Diabetes zuzuordnen. (Lesen Sie dazu auch den Bericht auf Seite 17.) Diese neue Einteilung hilft bei Diagnose und Therapie, ist aber kein eindeutiges Raster, zumal viele Faktoren des Lebens beim Diabetes mitspielen.

Ob es ein DM2 oder DM1 ist, lässt sich aber klar feststellen?

Früher nahm man an, jüngere Patientinnen und Patienten haben Diabetes Typ 1, ältere einen Typ 2. So ist das längst nicht mehr. Diabetesformen und Lebensalter zum Zeitpunkt der Neudiagnose vermischen sich, was bedeutet: Diabetes Typ 2 können selbst Kinder bekommen, und Typ 1 wird in jedem Alter festgestellt. Interessant ist, dass bei alten Menschen mindestens so oft Diabetes Typ 1 neu diagnostiziert wird wie bei jungen Menschen. Heute kann man also für die Diagnose nicht mehr nach dem Lebensalter gehen. Und immer mehr Menschen mit Diabetes Typ 1 haben eine stark erhöhte Insulinresistenz wie bei Diabetes Typ 2.

Die Diagnostik ist also anforderungsreich.

Ja, klar. Der Diabetes Typ 2 zeigt sich mit vielen Facetten, der Typ 1 kann sich atypisch präsentieren, und zudem weiss man heute mehr über zusätzliche, monogenetische Diabetesformen. Hier sind es ein oder zwei defekte Gene, die beispielsweise dazu führen, dass von der Bauchspeicheldrüse nicht genügend Insulin ausgestossen wird. →

* Es geht darum, wie empfindlich die Körperzellen auf das Hormon Insulin ansprechen, um den Blutzuckerspiegel zu senken. Bei einer hohen Resistenz wird also viel mehr Insulin benötigt, um die Blutzuckerabsenkung zu erreichen.

** Der Zusammenhang von Übergewicht und Diabetes Typ 2 wird laufend erforscht. Eine mögliche Erklärung, basierend auf vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnissen: In überschüssigem Fettgewebe können niederschwellige chronische Entzündungen stattfinden. Entzündungen erhöhen den Insulinbedarf für die Blutzuckersenkung. Die insulinproduzierenden Zellen vermögen unter Umständen nicht genug zu liefern oder ermüden. Somit erhöht sich der Blutzuckerwert.

Was brauchen Betroffene nach der Diagnose?

Eine begleitende, empathische Fachperson, mit Erfahrung in der Diabetestherapie, die gern Wissen vermittelt und den Diabetes ambulant behandelt. Den Betroffenen sollte die Angst vor dem Diabetes genommen und schon früh die Möglichkeit des Selbstmanagements gegeben werden. Damit der Mensch mit Diabetes von Beginn an weiss: Da kann ich selbst viel tun. Ich kann es gut machen, kann mich gesund halten und brauche keine Angst vor Spätfolgen zu haben, denn ich habe es in der Hand, diese zu verhindern. Wenn die professionelle Begleitung gut beginnt, dann läuft der Diabetes meist ein Leben lang problemlos.

Diabetes zählt zu den chronischen Krankheiten, was nach Leiden klingt.

Von dieser Vorstellung sollte man wegkommen. Für mich ist der Diabetes keine Krankheit, sondern ein Zustand, den man managen muss, um Krankheit vermeiden. Ich versuche, keine grosse Sache aus dem Diabetes zu machen und bemühe mich, dass sich Diabetikerinnen und Diabetiker nicht krank fühlen. So entsteht eine entspannte innere Einstellung, die den Umgang mit Diabetes erleichtert. Aus diesem Grund ist es mir auch so wichtig, Diabetes ambulant und nicht im Spital zu behandeln.

Viele Menschen erschrecken, wenn sie die Diagnose DM2 erhalten. Die gute Nachricht ist, dass sich diese Stoffwechselkrankheit erfolgreich behandeln lässt. Da hat sich bestimmt viel getan.

Hierfür haben Forschung und Industrie extrem viel geleistet. Die heutigen Therapiemöglichkeiten für den DM2 kann man mit jenen wie vor zehn, zwanzig Jahren nicht vergleichen. Uns stehen jetzt eine viel grössere Auswahl an Medikamenten (orale Antidiabetika) zur Verfügung, welche die Insulinresistenz direkt verbessern, das Körpergewicht senken können oder die Insulinausschüttung anregen können. Auch sind neue medikamentöse Wirkungsmechanismen dazu gekommen, wie beispielsweise die bewusste Förderung der Zuckerausscheidung über die Niere. Die Therapien bei DM2 können durch die Verfügbarkeit von Medikamenten mit verschiedener Wirkungsweise viel individualisierter durchgeführt werden.

Was hinzukommt: Wissenschaftliche Daten zeigen, dass nicht nur die Behandlung von Blutzuckerwerten wichtig ist. Mindestens so wichtig ist z. B. die Behandlung des Bluthochdrucks und Cholesterinspiegels. So wird es immer notwendiger, mit der Wahl der Medikamente sowohl auf den DM2 als auch auf bereits vorhandene Krankheiten (wie z. B. Bluthochdruck oder die Nierenerkrankungen) zu reagieren. Das ist auch eine Form der individualisierten Therapie.

Da die Mechanismen dieser vielen Wirkstoffgruppen für Diabetes so unterschiedlich sind, können diese gut kombiniert werden und sich gut ergänzen. Es gibt auch Studien, die aufzeigen, dass es bei der Behandlung von DM2 von Vorteil sein kann, gleich ab Beginn mehrere verschiedene, dafür aber niedrig dosierte Wirkstoffgruppen einzusetzen.

Was antworten Sie jenen, die sagen, Diabetes Typ 2 sei eine Frage des Lebensstils und benötige keine Tabletten, sondern nur eine andere Ernährung.

Das kann durchaus stimmen, trifft aber nicht auf alle Menschen mit DM2 zu. Es funktioniert nur, wenn der DM2 wirklich aufgrund von Übergewicht und des Konsums von zu viel Kohlenhydraten entstanden ist. Dann kann man z. B. durch Kohlenhydrat-Vermeidung oder radikalen Gewichtsverlust einen «nicht-diabetischen» Zustand erreichen, also eine «Remission» des DM2. Das Wort «Heilung» sollte man in diesem Zusammenhang vermeiden, da der Diabetes jederzeit wieder zurückkommen kann.

Bei einem ausgeprägten Insulinmangel funktioniert diese Selbsttherapie jedoch nicht. Das muss ich als Arzt erkennen und den Patientinnen und Patienten sorgfältig erklären, weshalb es dann eventuell sinnvoll ist, ein Medikament weiter einzunehmen, selbst wenn sich der Blutzuckerwert sehr verbessert hat.

Wenn der Lebensstil eine Rolle beim DM2 spielt, sind Schuldzuweisungen nah.

Schuldzuweisungen sind völlig fehl am Platz und sogar schädlich für eine gute Behandlung. Ich finde es bedauerlich, dass beim DM2 immer noch das Vorurteil besteht, die Menschen seien selbst schuld daran. Da wird starker sozialer Druck ausgeübt, ge-



«Ich versuche, keine grosse Sache aus dem Diabetes zu machen und bemühe mich, dass sich Diabetikerinnen und Diabetiker nicht krank fühlen.»
Dr. Christopher Strey

rade bei Menschen mit Übergewicht. Ich möchte die Patientinnen und Patienten ermutigen und aufklären, ihre Schuldgefühle abbauen und ihr Selbstwertgefühl stärken.

Letztlich geht es um das Erreichen von gemeinsam definierten, realistischen Behandlungszielen, die alle Lebensbereiche berücksichtigen und bei jeder Konsultation angepasst werden müssen. Wenn Diabetes nicht weh tut und der Patient ganz andere Ziele als ich verfolge – dann muss ich als Arzt geduldig sein und darf keinen Druck ausüben. Da hilft es, die «Verhandlungen» über die Jahre weiterzuführen, denn sehr oft verändern sich die Lebensumstände oder die Einstellung meiner Patientinnen und Patienten, was dann wieder gemeinsame Behandlungsziele erreichbar macht. Therapieerfolge im Diabetesmanagement beruhen meist auf einer patientenorientierten Medizin auf der Basis einer vertrauensvollen und ausgewogenen Patienten-Arzt-Beziehung.

DM2 kann bedeuten, Insulin zu spritzen, wenn die Tabletten (orale Antidiabetika) für die Senkung des Blutzuckers nicht mehr ausreichen. Viele Betroffene möchten aber die Insulintherapie verhindern.

Auch hier ist viel Aufklärung notwendig. Manche Menschen verbinden Insulin mit Diabetes-Komplikationen und Entgleisung oder dem Endstadium von DM2. Das kommt wohl von früher: Bei der Mutter oder dem Grossvater kam die Diagnose viel zu spät, sodass Insulin erst eingesetzt wurde, als bereits schwerwiegende Diabetes-Komplikationen und viel Leid bestanden. Das hat sich in den letzten Jahren völlig geändert, da Diabetes Typ 2 meist zu einem frühen Zeitpunkt entdeckt wird und Insulin zur Verhinderung von Komplikationen eingesetzt wird. Ausserdem ist die Anwendung von Insulin im Vergleich zu früher mit viel weniger Aufwand verbunden.

Wenn die schlimmen Folgen bei der heutigen Generation seltener auftreten, könnten diese Ängste verschwinden.

Richtig. Und dadurch entsteht für die professionelle Begleitung eine neue Herausforderung. Denn nun müssen wir erst recht und gut nachvollziehbar erklären, weshalb es sich lohnt, den Diabetes ernst zu nehmen. Auch wenn er nicht weh tut und immer weniger Menschen erlebt haben, welchen Schaden Diabetes anrichten kann.

Was wird sich in Zukunft bei DM2 verändern?

Die Individualisierung der Diabetestherapie wird weiter fortschreiten, was die Effektivität der Therapie erhöhen wird. Wir werden die Übergewichtigkeit, immer noch einer der Hauptgründe für DM2, wirksamer behandeln können. Einmal dank neuer Medikamente, die schon jetzt Zulassungen erhalten, aber auch weil die Gesellschaft mehr Verständnis dafür aufbringen wird, wie schwierig es ist, das Gewicht unter Kontrolle zu bekommen. Adipositas (Fettleibigkeit) wird mehr und mehr als eine behandlungsbedürftige Krankheit angesehen werden. Bestimmt werden auch weitere Anti-Diabetes-Wirkstoffgruppen entwickelt. Zudem wird sowohl die Blutzuckermessung als auch die Typisierung der DM2-Untergruppen und somit die Diagnostik weiter verfeinert und verbessert werden.

Ich wünsche mir für die Zukunft, dass patientenorientierte Medizin noch selbstverständlicher und allen Menschen zugänglich gemacht wird. Dazu gehört eine kontinuierliche, vertrauensvolle und professionelle Begleitung. Egal ob diese Begleitung fach- oder hausärztlich ist oder in der Diabetesfach- und Ernährungsberatung oder im Rahmen der medizinischen Fusspflege stattfindet: Optimierung des Diabetesmanagements geschieht durch Ermutigung der Patientinnen und Patienten, ihre Selbstverantwortung wahrzunehmen. →

EINFACHER GEHT'S NICHT



Accu-Chek Instant – jetzt erhältlich

- Das zuverlässige Blutzuckermessgerät für Diabetesbetroffene, die einfach messen möchten.
- Die Farbskala bietet eine klare Erkennung, ob das Ergebnis hoch, niedrig oder im Zielbereich ist.

accu-chek.ch/instant

Kompatibel
mit  mySugr

FRANZ STAINHAUSER (86)

Während des Gesprächs sitzt Franz Stainhauser in seinem «Budeli» vor einem alten Velo, das er in Gang setzt. Im Hintergrund läuft das Radio. Vor zehn Jahren wurde er zum «Flohmi-Fan», sagt der 86-Jährige munter. Er sammelt Dinge, die bei Wohnungsräumungen in der Mulde landen würden, reinigt, repariert, lagert sie und fährt damit zweimal monatlich auf die Flohmärkte in Olten und Buchs. Die Stammkundschaft weiss, an welchem Stand er zu finden ist. Sie kommen, um zu stöbern, zu kaufen und zu schwatzen. Franz Stainhauser hat immer viel Aussergewöhnliches zu erzählen – besonders wenn er auf seine Reisen mit dem Orient-Express zu sprechen kommt. In Frack, Zylinder und weissen Handschuhen begrüsst er auf dem Perron die einsteigenden, nostalgisch gekleideten Gäste. Er arbeitete während zwölf Jahren als Food and Beverage Manager beim Orient-Express, leitete eine Brigade von 18 Personen, war verantwortlich für die Personalführung, die Küche, das Bestellwesen.

Nachdem er als junger Mann in Hotels gearbeitet hatte, bewarb er sich bei der Schweizerischen Speisewagen Gesellschaft als Oberkellner und war schliesslich während 42 Jahren auf Schienen quer durch Europa unterwegs.

Im Orient-Express wurde auf Kohlefeuer gekocht, in den Schlafwagen mit Kohle geheizt und in der Bar qualmten Zigarren. Franz Stainhauser arbeitete leidenschaftlich gern und viel, dachte aber, die Lunge könnte durch die schlechte Luft geschädigt werden. 1981 wollte er die Lunge kontrollieren lassen. Vor dem Röntgenapparat stehend wurde ihm plötzlich schwindlig, sodass er zu Boden fiel und ins Spital gebracht werden musste. Dort wurde Diabetes Typ 2 diagnostiziert. «Die Lunge war aber glücklicherweise gesund, wie ich später erfuhr.»

Über den Diabetes klärte ihn die Hausärztin auf. «Das war enorm wichtig, denn ich hatte dazumal keine Kenntnis von Diabetes. Ganz ruhig, ohne mir Angst zu machen zeigte mir Frau Doktor auf, weshalb es eine perfide Krankheit ist, mit der keineswegs zu scherzen ist. Würde ich nicht gut zu meiner Gesundheit schauen, kämen die Schäden, die sich nicht reparieren lassen wie ein Defekt beim Auto.» →



« Würde ich nicht gut zu meiner Gesundheit schauen, kämen die Schäden, die sich nicht reparieren lassen wie ein Defekt beim Auto.»

d journal

Magazine de diabète suisse
Numéro 2 | 2022

**Vivre avec le
diabète de type 2**
Un diagnostic, de multiples
manières d'y faire face

La classification du diabète
évolue pour une meilleure
adaptation des traitements

Pistes de réflexion sur
le comportement alimen-
taire : du changement
à l'habitude





Il y a 41 ans, Franz Stainhauser a appris qu'il était diabétique de type 2. Il s'en est facilement accommodé, car il a pu poursuivre la voie qu'il avait choisie sans grand changement et continuer à travailler à bord de l'Orient-Express. Même après la fin de sa carrière, il n'a jamais cessé d'être en mouvement. A 76 ans, il s'est pris de passion pour les puces et depuis dix ans, il répare et vend toutes sortes d'objets d'occasion.

→ Témoignages et précisions médicales à partir de la page 06

Chères lectrices, chers lecteurs

Nous avons tous beaucoup à transmettre de notre savoir, de nos compétences et de notre expérience. C'est ce que je me suis efforcée de faire au cours de ma carrière de conseillère en diabétologie, et après ma retraite, en m'engageant au niveau politique et professionnel. Les conseillers-ères en diabétologie permettent aux personnes diabétiques d'accéder à des connaissances spécialisées. Nous les aidons à développer les compétences et trouvons des solutions pratiques à leurs problèmes. Le plus passionnant est de s'adapter à son interlocuteur-trice, car chaque personne, qu'elle soit diabétique ou non, est unique.

Les diabétiques ont besoin d'être accompagnés par un-e partenaire du système de soins qui fasse preuve de professionnalisme. (Lire à ce sujet l'interview en page 7.) La médecine et les traitements évoluent rapidement, et de nouvelles problématiques apparaissent régulièrement – le conseil en diabétologie apporte des connaissances aux personnes concernées et les aide à s'orienter plus facilement. Chaque diabétique a droit à cette aide, au début et à toutes les étapes de la maladie.

Les consultations fournies sur prescription médicale sont remboursées par la caisse-maladie. Je vous encourage donc à saisir toutes les occasions qui vous sont offertes de bénéficier d'un conseil en diabétologie, en complément de l'accompagnement médical. N'hésitez pas à en parler à votre médecin afin qu'il/elle vous inscrive à une consultation.



Sylke Hauf, Conseillère en diabétologie et membre de la commission de rédaction du d-journal

IMPRESSUM d-journal Numéro 2 / 2022 Juin **Publication** diabètesuisse, Rütistrasse 3a, 5400 Baden, www.diabetesuisse.ch **Rédaction** Rédactrice en chef : Pascale Gmür (PG), Comité de rédaction : Dr Anne Katrin Borm, Caroline Brugger, Sylke Hauf, Christian Lüscher, Dominik Müller, Odile Rossetti Olaniyi **Photo de couverture et page 2** Maurice K. Grünig **Traduction** BKlingua **Conception et design** LikeBerry AG, Zurich **Impression** Kromer Print AG, Lenzburg. Imprimé sur du papier certifié FSC. **Publicités et administration** diabètesuisse, Tél. 056 200 17 90, d-journal@diabetesuisse.ch **Abonnement** (4 numéros par an) compris dans la cotisation pour les membres des associations régionales ; pour les non-membres, abonnement annuel à CHF 40.-, étranger : en Europe CHF 45.-, Outre-mer CHF 50.- **Contact** d-journal@diabetesuisse.ch
Le d-journal paraît en allemand et en français.

04

Actualités

06

Focus : Diabète de type 2

Faire son maximum, réaliser ses projets, et vivre avec le diabète

17

Savoir

Existe-il de nouvelles classifications des formes de diabète ?

22

Recettes

Rafraîchissements pour chaudes journées d'été

24

Vivre avec le diabète

Tout se joue dans le comportement alimentaire

28

Diabète et pédiatrie


Les mêmes chances pour toutes les familles grâce à des offres de relève

31

Mots croisés

32

Nouvelles Romandes

 **diabetesuisse**
diabètesuisse
diabetesvizzera



Informations et pistes de réflexion à l'occasion de l'anniversaire de l'insuline

C'est en 1922 que l'insuline, cette hormone salvatrice tout juste découverte, a été administrée pour la première fois à quelques patientes et patients. A l'occasion du centenaire de cet événement, le comité d'organisation « 100 ans d'insuline », dont fait partie diabètesuisse, a commandé la série de podcasts « Mon diabète et moi ». Cette série se compose de quatre épisodes qui méritent d'être écoutés.

Une immersion totale ! Voilà l'impression marquante que l'on a en écoutant pour la première fois un podcast aussi bien réalisé que « Mon diabète et moi ». Les quatre épisodes ont été produits par Peter Walt, journaliste radio et lui-même diabétique de type 1, avec le soutien du comité d'organisation « 100 ans d'insuline ».

Le premier podcast retrace l'histoire passionnante de l'insuline et de son utilisation : « Teddy Ryder, alors âgé de cinq ans, a été l'un des premiers patients à bénéficier en 1922 d'un extrait d'insuline qui lui sauvera la vie. Un extrait qui avait été découvert à l'été 1921 par Frederick Banting et Charles Best à l'université de Toronto. Pendant 71 ans, Ryder continuera de vivre avec le diabète. Une vie parmi les millions de vies sauvées grâce à la découverte de l'insuline. »

Les auditrices et auditeurs ont l'impression de suivre en temps réel les discussions entre spécialistes et personnes diabétiques. C'est comme si l'on était assis à la même table que les intervenants et qu'on oubliait que les conversations avaient été enregistrées, coupées, raccourcies et arrangées avant leur diffusion.

L'épisode dans lequel trois personnes diabétiques livrent leur témoignage donne vraiment l'impression d'un reportage en direct. Nous nous rendons avec Peter Walt à Bâle, Schaffhouse et Reinach, nous assistons à la rencontre spontanée entre Anaïs, Sven et Susanne, à leurs premiers échanges et aux discussions variées de ces personnes qui parlent très ouvertement de leur vie avec le diabète, y compris de ce qui les agace. Les trois principaux intervenants étant d'âges différents, nous apprenons beaucoup de choses intéressantes sur l'évolution du traitement du diabète et l'utilisation quotidienne de l'insuline et des accessoires techniques. Si ces personnes sont bel et bien contraintes de faire tout cela, en les écoutant, on a vraiment le sentiment qu'elles mènent une vie autonome.

L'épisode sur le sujet tabou de la dépression donne aussi à réfléchir. On y apprend notamment que le diabète et la dépression forment une combinaison risquée, car la dépression n'altère pas seulement la qualité de vie. Elle influe aussi de façon négative sur le contrôle du diabète et augmente ainsi le risque de complications tardives. Les entretiens avec des spécialistes diffusés dans le podcast fournissent des informations

précieuses, qui peuvent très bien aider proches et amis à reconnaître les premiers signes d'une dépression chez les personnes directement concernées et à les prendre au sérieux. Avec les podcasts, en particulier lorsque les sujets abordés sont difficiles, on peut soit se sentir concerné, soit rester plus en retrait selon que le sujet nous concerne ou non. Nul besoin de prendre part à la discussion, même si les auditrices et auditeurs sont invités à entrer en contact avec des personnes dans la même situation ou des spécialistes.

Les quatre épisodes contiennent des informations transmises de façon agréable et des pistes de réflexion, associées à l'expérience et à l'expertise d'intervenants dont la voix nous semble déjà familière après quelques minutes d'écoute. (PG)

[Les quatre épisodes de la série de podcasts ont pour thèmes : la découverte de l'insuline, l'expérience de personnes atteintes de diabète, la dépression et les assurances sociales.](#)

[Pour télécharger les podcasts « Mon diabète et moi » \(uniquement en allemand\) :](#)
www.diabetesuisse.ch et Plateformes comme Apple Podcasts ou Spotify



Les podcasts ont été financés par www.100-ans-insuline.ch.



ACTUALITÉ



Pour un décollage en toute sérénité

Livre-anniversaire de diabètejurabernois

A quoi les personnes diabétiques doivent-elles penser avant de prendre l'avion ? Toutes les informations se trouvent dans la nouvelle édition de la brochure « Diabète et voyage en avion » de diabètesuisse.

A l'occasion de son 40^e anniversaire, l'association régionale diabètejurabernois a publié un livre passionnant contenant des témoignages de personnes diabétiques.

On peut à nouveau voyager ! Néanmoins, il vaut mieux planifier son trajet à l'avance, ne serait-ce que pour se réjouir de partir en vacances l'esprit tranquille. Sachez que vous êtes officiellement autorisé à emporter de l'insuline à bord d'un avion, dans votre bagage à main. Cependant, les personnes diabétiques doivent pouvoir présenter un certificat médical. La brochure de diabètesuisse contient un modèle détaillé de certificat en allemand, français, italien, avec une traduction en anglais. Les autres conditions de la compagnie aérienne concernant le transport de matériel pour diabétiques doivent être vérifiées dès la réservation du billet.

« Le diabète est une maladie silencieuse. » C'est ce qu'affirme Concepcion Gonzalez en se remémorant la période qui a précédé le diagnostic. Pour elle, qui souffrait souvent de symptômes comme de la fatigue ou des palpitations, il n'y avait aucune raison de s'alarmer.

N'hésitez pas à faire des listes du matériel transporté et des checklists, elles vous seront toujours utiles. A ce sujet, la brochure susmentionnée contient également de précieuses indications spécifiques au diabète. Il vaut la peine de se renseigner avant le départ sur le type d'insuline disponible dans le commerce ou sur la température sur place, surtout s'il s'agit d'une nouvelle destination. Dans certains cas, les ampoules d'insuline, bandelettes de glycémie et glucomètres devront être emballés et protégés de façon particulière. La brochure fournit des informations à ce propos. Elle traite aussi de la question essentielle de l'adaptation du traitement pour les vols avec décalage horaire et de l'ajustement du dosage d'insuline basale. Pour simplifier, il faut réduire la dose d'insuline pour les vols vers l'est et l'augmenter vers l'ouest. Pour le calcul exact des unités d'insuline, vous trouverez des informations utiles dans la brochure. (PG)

Certaines des personnes dont Jacques Silivremonin a fait le portrait considèrent elles aussi qu'il s'agit d'une maladie « silencieuse », car le diabète n'est pas visible de l'extérieur. Ou du moins exceptionnellement, par exemple, lorsqu'un capteur placé sur le bras attire l'attention. D'après les témoignages divertissants et extrêmement informatifs de ces diabétiques, il ne serait pas rare qu'on leur demande s'il s'agit d'un appareil pour arrêter de fumer. Ces femmes et ces hommes âgés de 20 à 86 ans, qui sont confrontés à un diabète de type 1 ou 2 et qui en parlent avec authenticité, ont sans nul doute une forte personnalité. Rester pleinement autonome demande d'après efforts, et on découvre comment ils s'y prennent à travers les anecdotes qu'ils nous livrent. Les histoires personnelles inspirantes contenues dans ce livre-anniversaire sont aussi des histoires de diabète dans lesquelles les proches et les professionnels qui accompagnent les diabétiques jouent un rôle central.

Le livre « Témoignages » donne de précieuses idées aux diabétiques, et pour tous les autres, il est l'occasion d'apprendre beaucoup sur ce que signifie vivre avec le diabète. Ce recueil de témoignages est aussi l'occasion de mettre un puissant coup de projecteur sur diabètejurabernois et ses 40 années d'existence. (PG)

La brochure « Diabète et voyage en avion » est disponible ici : www.diabetesuisse.ch.

Une autre offre de diabètesuisse : la fiche d'information « Technologies du diabète et voyager ».

« Témoignages », Livre (en français) publié à l'occasion des 40 ans de diabètejurabernois.

Disponible pour CHF 20.– auprès de : Denis Gerber, dg4333@gmail.com, Tél. 032 941 46 55.

DIABÈTE DE TYPE 2

FAIRE SON MAXIMUM,
RÉALISER SES PROJETS,
ET VIVRE AVEC LE DIABÈTE

Texte : Pascale Gmür
Photos : Maurice K. Grünig



Franz Stainhauser répare les objets dont d'autres se débarrassent pour les revendre sur des marchés aux puces. Il est atteint de diabète de type 2 depuis plus de 40 ans. Pour en savoir plus sur sa vie, rendez-vous à la page 11.

Franziska Schneider est elle aussi très habile de ses mains. Elle a aménagé une « boutique » dans son logement pour y vendre des pièces uniques qu'elle a confectionnées. Elle est atteinte de diabète de type 2 depuis trois ans. Découvrez un aperçu de sa vie à partir de la page 13.



« Les succès thérapeutiques reposent généralement sur une médecine axée sur le patient. Cela implique un accompagnement continu, professionnel et basé sur la confiance. »

Entretien avec le Dr Christopher Strey, spécialiste en endocrinologie et diabétologie, eSwiss Medical & Surgical Center, Saint-Gall.

La Suisse compte environ 450 000 personnes atteintes de diabète de type 2 (DT2). Il s'agit de femmes et d'hommes de tous âges. Mais le DT2 peut-il toucher tout le monde ?

En fait, oui, car le diabète dépend fortement de facteurs génétiques, dont les premiers concernés ont rarement connaissance. La capacité du pancréas à produire de l'insuline et l'insulinorésistance* sont déterminées génétiquement. Pour les moins chanceux, cette capacité de production du pancréas peut s'altérer très tôt, voire en tout début de vie. Si cela se produit soudainement en raison d'un phénomène auto-immun, on diagnostiquera un diabète de type 1. Lorsque la sécrétion d'insuline par le pancréas devient insuffisante du fait d'une plus grande résistance à l'insuline, la glycémie augmente et il s'agit alors, dans la grande majorité des cas, d'un diabète de type 2. Cette forme de diabète est de plus en plus fréquente, car le surpoids** tout comme le processus de vieillissement augmentent l'insulinorésistance. Et, aujourd'hui, l'obésité touche de plus en plus de personnes à un âge toujours plus précoce – en cas de conditions génétiques défavorables, un DT2 peut même apparaître dès l'enfance. Et les gens vivent de plus en plus vieux.

Les causes du diabète varient d'une personne à l'autre. Il est donc probable qu'on soit amené à classer ce trouble métabolique dans plusieurs sous-groupes de diabète, en fonction de sa cause. (Voir à ce sujet l'article en page 17.) Cette nouvelle classification est utile pour le diagnostic et le traitement,

mais ne constitue pas une grille de lecture univoque, d'autant plus que plusieurs facteurs liés au mode de vie influent sur le diabète.

Est-il possible de déterminer clairement s'il s'agit d'un DT2 ou d'un DT1 ?

Autrefois, on parlait du principe que les jeunes patients étaient diabétiques de type 1 et les plus âgés diabétiques de type 2. Ce n'est plus le cas depuis longtemps. Différentes formes de diabète peuvent être diagnostiquées à différents âges. Ce qui signifie que même les enfants peuvent avoir un diabète de type 2 et que le type 1 peut être détecté chez des individus de tous âges. D'ailleurs, il est intéressant de noter que le diabète de type 1 est diagnostiqué au moins aussi souvent chez les personnes âgées que chez les jeunes. Aujourd'hui, on ne peut donc plus se baser sur l'âge pour établir le diagnostic. Et de plus en plus de diabétiques de type 1 présentent une insulinorésistance très marquée, comme avec le DT2.

Il est donc particulièrement difficile d'établir un diagnostic.

Oui, clairement. Le diabète de type 2 présente de nombreuses facettes, et le type 1 peut s'exprimer de manière atypique. Et on en sait aujourd'hui davantage sur les formes de diabète monogénique : il s'agit d'un ou deux gènes défectueux qui influent par exemple sur le pancréas et l'empêchent de sécréter suffisamment d'insuline. →

* Il s'agit de savoir à quel point les cellules du corps sont sensibles à l'hormone insuline pour faire baisser le taux de glycémie. En cas de résistance élevée, une quantité plus importante d'insuline sera nécessaire pour obtenir une baisse de la glycémie.

** Le rapport entre l'obésité et le diabète de type 2 fait l'objet de recherches constantes. D'après les connaissances scientifiques existantes, ce rapport pourrait s'expliquer de la façon suivante : Les inflammations chroniques à bas bruit s'installeraient dans l'excédent de tissu adipeux, causant l'augmentation de la quantité d'insuline nécessaire pour faire baisser la glycémie. Les cellules productrices d'insuline pourraient ne pas être en mesure d'en fournir suffisamment ou se fatiguer, entraînant ainsi une augmentation du taux de glycémie.

De quoi les personnes concernées ont-elles besoin après le diagnostic ?

D'un professionnel expérimenté dans le traitement du diabète, qui saura faire preuve d'empathie, tout en étant capable de transmettre ses connaissances et de traiter le diabète en ambulatoire. Il s'agit aussi d'aider la personne à se libérer de ses peurs et lui montrer tout de suite qu'il est possible de gérer soi-même son diabète. Ainsi, elle sait dès le début qu'elle peut agir de façon concrète. Elle peut bien faire les choses, rester en bonne santé et ne doit pas craindre les complications tardives, car elle a le pouvoir de les éviter. Si l'accompagnement professionnel se passe bien dès le début, il n'y a généralement pas de problème par la suite.

Le diabète est considéré comme une maladie chronique, ce qui évoque souvent une certaine souffrance.

Il faut s'enlever cette idée de la tête. Pour moi, le diabète n'est pas une maladie, mais un état qu'il faut apprendre à gérer afin d'éviter la maladie. J'essaie de ne pas faire toute une histoire du diabète et de ne pas donner aux personnes diabétiques le sentiment d'être malades. Cela leur permet de se sentir plus apaisés, ce qui facilite la gestion du diabète. C'est pour cette raison que je considère qu'il est par ailleurs essentiel de traiter le diabète en ambulatoire et non à l'hôpital.

Beaucoup prennent peur à l'annonce d'un diagnostic de DT2. La bonne nouvelle, c'est que cette maladie métabolique peut être traitée avec succès. De nombreux progrès ont été réalisés concernant cette pathologie.

Dans ce domaine, la recherche et l'industrie ont fait un travail incroyable. Les traitements actuels en matière de DT2 n'ont plus rien à voir avec ceux d'il y a dix ou 20 ans. Nous disposons désormais d'un choix beaucoup plus large de médicaments (antidiabétiques oraux) qui peuvent améliorer directement l'insulinorésistance, aider les patient-e-s à maigrir ou stimuler la sécrétion d'insuline. De nouveaux mécanismes d'action des médicaments sont également apparus, comme par exemple la stimulation de l'élimination du sucre par les reins. Les traitements du DT2 peuvent être beaucoup plus individualisés grâce à des médicaments aux modes d'action différents.

De plus, les données scientifiques montrent que le traitement de la glycémie n'est pas le seul élément important. Le traitement de l'hypertension et du cholestérol, par exemple, est au moins aussi important. Il devient de plus en plus nécessaire de réagir, à travers le choix de médicaments adaptés, tant pour le DT2 que les affections préexistantes (comme l'hypertension ou les maladies rénales). Il s'agit également d'une forme de thérapie individualisée.

Les mécanismes de ces nombreux groupes de substances actives pour le diabète sont si différents qu'ils peuvent très bien se combiner et se compléter. Certaines études montrent également que, dans le traitement du DT2, il peut être avantageux d'utiliser dès le début plusieurs groupes de principes actifs différents, mais à faible dose.

Que répondez-vous à ceux qui disent que le DT2 n'est qu'une question de style de vie, que les comprimés sont inutiles et qu'il suffit de changer d'alimentation ?

Parfois, oui. Mais ça n'est pas le cas pour tous les diabétiques de type 2. Cela ne s'applique que si le DT2 est vraiment dû à un surpoids et à une consommation excessive de glucides. Il est alors possible d'atteindre un état « non diabétique », c'est-à-dire une « rémission » du DT2, par exemple en évitant les glucides ou en perdant beaucoup de poids. Le mot « guérison » doit être évité dans ce contexte, car le diabète peut revenir à tout moment.

Toutefois, cet autotraitement ne fonctionne pas en cas de déficit marqué en insuline. En tant que médecin, mon travail est d'identifier ce type de déficit et de bien expliquer à la personne concernée pourquoi il peut alors s'avérer judicieux de continuer à prendre un médicament, même si sa glycémie s'est beaucoup améliorée.

Si le mode de vie joue un rôle dans le DT2, il est facile de rejeter la faute sur la ou le patient-e.

Les reproches sont totalement déplacés et même nuisibles à l'efficacité du traitement. Je trouve regrettable que le préjugé selon lequel les personnes sont responsables de leur DT2 persiste. Une forte pression sociale est exercée, notamment sur les personnes en surpoids. Je souhaite encourager et informer les patient-e-s, les déculpabiliser et renforcer leur estime de soi.



« J'essaie de ne pas faire toute une histoire du diabète et de ne pas donner aux personnes diabétiques le sentiment d'être malades. »
Dr Christopher Strey

Au final, il s'agit d'atteindre des objectifs thérapeutiques réalistes définis en commun, qui tiennent compte de tous les aspects de la vie et doivent être adaptés à chaque consultation. Si le diabète est indolore et que la personne concernée poursuit des objectifs totalement différents des miens, en tant que médecin, je dois être patient et ne pas exercer de pression. Dans ce cas, je considère qu'il est utile de poursuivre les « négociations » au fil des ans, car très souvent, les conditions de vie ou l'attitude de mes patient-e-s changent, ce qui rend les objectifs thérapeutiques communs réalisables. En matière de gestion du diabète, les succès thérapeutiques reposent généralement sur une médecine axée sur le patient, qui se fonde sur une relation patient/médecin équilibrée et basée sur la confiance.

Le DT2 peut nécessiter l'injection d'insuline lorsque les comprimés (antidiabétiques oraux) ne suffisent plus à faire baisser la glycémie. Or, beaucoup souhaitent éviter l'insulinothérapie.

Une fois encore, cela mérite quelques explications. Certaines personnes associent l'insuline aux complications du diabète et à une perte de contrôle ou au stade final du DT2. Bien souvent, cela n'est pas sans lien avec leur histoire familiale : avant, il arrivait qu'une personne, une mère ou un grand-père par exemple, soit diagnostiquée beaucoup trop tardivement, de telle sorte qu'on recourait à l'insuline en cas de graves complications du diabète et d'intenses souffrances. Cela a complètement changé ces dernières années, car le DT2 est généralement détecté à un stade précoce et l'insuline est utilisée pour prévenir les complications. En outre, le traitement par insuline est beaucoup moins contraignant qu'auparavant.

Si la génération actuelle souffre plus rarement de ces conséquences fâcheuses, ces craintes sont vouées à disparaître.

Tout à fait. Et il s'agit-là d'un nouveau défi en matière d'accompagnement professionnel. Car nous devons maintenant expliquer dès le départ de manière adaptée et compréhensible pourquoi il faut prendre le diabète au sérieux. Même s'il est indolore et que de moins en moins de personnes font l'expérience des dégâts qu'il peut causer.

Quelles sont les évolutions à venir en ce qui concerne le DT2 ?

A l'avenir, les traitements du diabète seront de plus en plus individualisés, ce qui aura tendance à augmenter leur efficacité. Nous serons aussi en mesure de traiter plus efficacement l'obésité, qui reste l'une des principales causes du DT2. D'une part grâce à de nouveaux médicaments qui pour certains obtiennent déjà des autorisations de mise sur le marché, mais aussi parce que la société comprendra mieux à quel point il est difficile de contrôler son poids. L'obésité sera de plus en plus considérée comme une maladie nécessitant un traitement. D'autres groupes d'agents antidiabétiques seront certainement mis au point. De plus, la mesure de la glycémie et le typage des sous-groupes de DT2, et donc le diagnostic, seront encore améliorés.

Je souhaite qu'à l'avenir, la médecine axée sur le patient soit davantage considérée comme une évidence et qu'elle soit accessible à tous. Cela implique un accompagnement continu, professionnel et basé sur la confiance. Peu importe que cet accompagnement soit assuré par un spécialiste ou un médecin de famille, qu'il ait lieu dans le cadre d'un conseil en diabétologie ou en nutrition, ou qu'il soit dispensé lors de soins podologiques : l'optimisation de la gestion du diabète passe par l'encouragement des patient-e-s à assumer leur part de responsabilité. →



Au revoir les injections quotidiennes multiples. Bonjour la nouvelle vie !

Il existe d'autres moyens de gérer le diabète. La thérapie par pompe à insuline, avec ou sans tubulure, peut vous offrir les avantages suivants :

- La fin des injections quotidiennes multiples
- Une administration discrète d'insuline
- Administration flexible d'insuline grâce aux variantes de bolus
- Une administration d'insuline plus personnalisée, avec la possibilité d'ajuster votre débit basal*



Capturez le code QR avec la caméra pour ouvrir la caméra en mode RA (réalité augmentée).

Consultez votre professionnel de santé pour déterminer votre éligibilité aux pompes à insuline et les options les mieux adaptées pour vous.

* en fonction de vos repas ou de votre activité

©2021 Insulet Corporation. Tous droits réservés. Insulet Switzerland GmbH, Zugerstrasse 74, 6340 Baar. INS-N/A-04-2021-00015 V1.0 pt.2

FRANZ STAINHAUSER (86)

Pendant l'entretien, Franz Stainhauser est assis dans son atelier, devant un vieux vélo qu'il répare. Avec la radio en bruit de fond. L'homme de 86 ans confie non sans entrain qu'il est devenu un « fan des marchés aux puces » il y a dix ans de cela. Depuis, il collecte des objets qui, sans son intervention, finiraient dans une benne. Il les nettoie, les répare, les stocke et se rend deux fois par mois aux puces d'Olten et de Buchs. Les habitués savent à quel stand ils peuvent le trouver. Ils viennent pour chiner, acheter et bavarder. D'ailleurs, Franz Stainhauser a toujours beaucoup d'anecdotes incroyables à raconter, surtout lorsqu'il évoque ses voyages à bord de l'Orient-Express. En queue de pie, chapeau haut de forme et gants blancs, il accueillait sur le quai les clients portant des vêtements d'un autre temps. Il a travaillé pendant douze ans en tant que Food and Beverage Manager à bord de l'Orient-Express, avec sous ses ordres une brigade de 18 personnes. Il était responsable de la gestion du personnel, de la cuisine et des commandes.

Après avoir travaillé dans des hôtels lorsqu'il était jeune, il a postulé pour un poste de maître d'hôtel à la Schweizerische Speisewagen Gesellschaft (Compagnie suisse des wagons-restaurants), avant de se retrouver pendant 42 ans à voyager sur les rails à travers toute l'Europe.

Dans l'Orient-Express, on utilisait le charbon aussi bien pour la cuisine que pour chauffer les wagons-lits, et on fumait des cigares au bar. Franz Stainhauser était passionné par son travail, mais il pensait que ses poumons pouvaient être endommagés par la mauvaise qualité de l'air. En 1981, il a voulu faire contrôler ses poumons. Debout devant l'appareil de radiographie, il a soudain été pris de vertiges et s'est effondré au sol. Il a ensuite été conduit à l'hôpital, où on lui a diagnostiqué un diabète de type 2. « Mais heureusement, mes poumons étaient sains, comme je l'ai appris plus tard. »

C'est sa médecin de famille qui l'a informé sur le diabète. « C'était primordial, car à l'époque, je ne connaissais pas cette affection. Calmement, sans m'effrayer, la médecin m'a expliqué pourquoi il s'agissait d'une maladie perfide avec laquelle il ne →



« Si je ne prenais pas soin de ma santé, les dommages seraient aussi irréversibles que certaines pannes sur une voiture. »

fallait surtout pas plaisanter. Si je ne prenais pas soin de ma santé, les dommages seraient aussi irréversibles que certaines pannes sur une voiture. »

Cette médecin de famille a adressé l'homme de 45 ans à une diabétologue, dont il a beaucoup apprécié le côté humain et le professionnalisme. Afin de réguler au mieux sa glycémie, on lui a prescrit des comprimés contre le diabète. Il a également reçu comme instruction de manger à des heures régulières. « A la maison, grâce à ma femme, je n'avais aucun mal à respecter ces consignes : il suffisait de tout bien peser et de ne pas improviser. Mais dans le train, je devais souvent manger debout et sur le pouce, et je dormais peu.

Des conditions loin d'être idéales quand on a du diabète. En revanche, j'étais debout du matin au soir, ce qui a certainement influé positivement sur la glycémie. D'ailleurs mes valeurs glycémiques à long terme étaient généralement bonnes. »

15 ans après le diagnostic, la diabétologue a proposé de ne plus augmenter le dosage des comprimés, mais d'ajouter à ce traitement une injection quotidienne d'insuline à action prolongée. « Cela n'a pas posé problème. J'ai simplement dû m'adapter et penser à toujours avoir tout le matériel sur moi. La mesure de la glycémie est vite devenue un réflexe. Aujourd'hui, c'est le capteur électronique qui s'en charge. Je m'ensers pour relever ma glycémie six fois par jour et noter mes valeurs dans le carnet que j'apporte au

contrôle médical suivant. Une fois par an, je vais aussi chez l'ophtalmologue, qui constate à chaque fois que je suis un bon élève. Alors je continue comme ça. »

Franz Stainhauser a pris sa retraite à 70 ans, après avoir passé les cinq dernières années de sa carrière dans le wagon-restaurant de la Flèche Rouge, le fameux train « Churchill », à accompagner les visiteurs d'un jour à travers la Suisse. A la retraite, ayant plus de temps à consacrer à sa vie privée, il en a profité pour renforcer ses liens sociaux, notamment au sein du club de gymnastique masculine, dont il est membre depuis 20 ans. Outre l'activité physique, qu'il pratique régulièrement en se rendant au centre de fitness, les rencontres, la convivialité et les discussions comptent toujours autant pour lui que lorsqu'il était dans les trains. « Ma vie est toujours aussi intense. Le diabète ne m'a jamais freiné. Aujourd'hui encore, je peux concrétiser mes projets et profiter de la vie. »



FRANZISKA SCHNEIDER (57)

Très jeune, Franziska Schneider en savait déjà beaucoup sur le diabète. D'aussi loin qu'elle se souvienne, son père a toujours souffert d'un diabète de type 1. Quant à sa mère, c'est plus tard qu'on lui a diagnostiqué un diabète de type 2. « Je m'étonne de ne pas avoir su reconnaître les symptômes. Quand j'ai commencé à avoir du mal à lire, j'ai pensé que c'était à cause de mes nouvelles lunettes à verres progressifs. Je n'ai pas non plus réalisé à quoi était due ma forte soif. » Elle a consulté son médecin de famille en septembre 2019 parce que sa cheville était gonflée et que sa mobilité en était fortement réduite. Les résultats de laboratoire ont confirmé la présence d'une inflammation, mais le médecin de famille lui a expliqué que ce n'était pas la priorité, car elle avait un diabète de type 2. « Cela m'a vraiment fait un choc. Parce que j'avais vu comment la maladie avait évolué chez mes parents. Mon père était mort presque aveugle à 67 ans, et ma mère avait dû se faire amputer d'un orteil à chaque pied. Je ne voulais en aucun cas avoir cette maladie. Niveau santé, j'avais déjà assez à faire avec mon dos, que j'ai dû faire opérer plusieurs fois. »

Après sa première opération du dos subie à un jeune âge à la suite d'une lourde chute dans les escaliers, elle avait dû abandonner son passionnant métier de couturière pour hommes dans un atelier d'uniformes et de costumes traditionnels. Aujourd'hui, elle travaille à temps partiel dans un EMS comme animatrice auprès de personnes atteintes de démence. Ce travail riche de sens, lui donne l'occasion de mettre à profit ses compétences d'amatrice d'artisanat (www.tschisca.ch), en plus de lui permettre de changer régulièrement de position. →



« Cela m'a vraiment fait un choc. Parce que j'avais vu comment la maladie avait évolué chez mes parents. ... Je ne voulais en aucun cas avoir cette maladie. »

Contour
Evolving with you

98 % des utilisateurs de CONTOUR®NEXT interrogés déclarent qu'il est facile (ou très facile) de s'adapter au lecteur de glycémie CONTOUR®NEXT.†

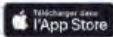


Mon appareil est en train de disparaître du marché...

Je le remplace simplement par un CONTOUR®NEXT!



Avec l'aide gratuite* de CONTOUR®DIABETES App†



Passez maintenant à CONTOUR®NEXT et commandez gratuitement ** sur:
www.ascensia-diabetes.ch/fr-CH/SWITCH/
ou par téléphone au 061 544 79 90.



* Vous pouvez vérifier si votre système d'exploitation est compatible avec cette application ici : compatibility.contourone.com.
** Après avoir rempli le questionnaire dans l'emballage du lecteur de glycémie et nous l'avoir retourné, le lecteur de glycémie peut être gardé.
Références: †) Data on File. Données non publiées (seront envoyées sur demande), Ascensia Diabetes Care, German Praxistest PWD, 2020.



eversense XL

Système d'auto-surveillance glycémique en continu

UN PETIT CAPTEUR POUR UNE GRANDE LIBERTÉ

Le système CGM Eversense® XL est le premier et le seul système CGM implantable de longue durée conçu pour durer **JUSQU'À 180 JOURS**.

PLUS DE LIBERTÉ

Un capteur implanté sous la peau par un professionnel qui vous permet d'en finir avec les auto-insertions hebdomadaires ou bihebdomadaires.

PLUS DE SÉCURITÉ

Le Transmetteur intelligent vous avertit par des vibrations directement sur votre corps. Il peut être retiré et remplacé à tout moment sans avoir à remplacer le capteur lui-même.†

PLUS DE CONFORT

Des adhésifs en silicone à usage quotidien pour un moindre risque d'irritation cutanée et d'allergie.

VOUS SOUHAITEZ EN SAVOIR PLUS ?

Rendez-vous sur notre site web www.ascensia-diabetes.ch ou appelez le Service Clientèle d'Ascensia Diabetes Care au 061 544 79 90

Distribué par :

ASCENSIA
Diabetes Care

Visitez notre site web pour plus d'informations
<https://www.ascensia-diabetes.ch/fr-CH/eversense/eversense-overview/>

† Vous pouvez retirer le transmetteur intelligent du bras à tout moment, sauf au cours de l'alarme. Aucune donnée n'est collectée quand le transmetteur intelligent ne communique pas avec le capteur. Lorsque le transmetteur intelligent est replacé au niveau du capteur, un délai d'environ 10 minutes est nécessaire pour que la communication avec le capteur se rétablisse et que les mesures de glucose apparaissent dans l'application. Code: 10P-SENS_GBL_0005



Franziska et Hans Jörg Schneider vivent ensemble depuis bientôt 30 ans.

Franziska Schneider fait tout ce qu'elle peut pour réduire au maximum la quantité de glucides qu'elle consomme, par exemple en préparant des pains protéinés.



Lorsque Franziska Schneider a appris qu'elle était diabétique, elle a beaucoup pleuré. Mais comme toujours dans les situations de crise, elle a pu compter sur son mari qui aujourd'hui encore continue de l'encourager : « Chérie, on va y arriver ! » Après s'être ressaisie, Franziska Schneider a décidé de tout faire « pour prendre son diabète en main ». Les expériences lointaines qu'elle a vécues avec ses parents sont restées gravées dans sa mémoire et lui rappellent ce qu'il faut éviter. « Je savais que j'avais de l'embonpoint. A cause d'une nourriture pas toujours saine, mais aussi du fait que je devais prendre de la cortisone souvent et pendant de longues périodes à cause de mes problèmes de dos et que je ne faisais pas assez d'exercice. »

Les légumes et la salade étaient déjà au menu, mais depuis le diagnostic, elle réduit ses portions de pommes de terre ou de pâtes au minimum, fait son propre pain protéiné, qu'elle accompagne de confitures pour diabétiques « maison » et confectionne de temps à autre un dessert au sucre de bouleau. En six mois, Franziska Schneider a perdu 25 kilos. Au moment du diagnostic, son taux d'HbA1c était de 8,7 %. « Maintenant, il se situe entre 5,7 et 6,1 %, selon la saison et mon alimentation. En surveillant bien ma glycémie, j'espère éviter les injections d'insuline. » Elle ne mesure plus sa glycémie aus-



si souvent qu'au début, mais au lever et lorsqu'elle rentre du travail. « Ainsi, je sais exactement ce que je dois préparer à manger », précise-t-elle. « Tous les deux mois, je m'accorde une assiette de spaghettis avec mes amis, et après, je n'ai même pas besoin de mesurer. Ces quelques exceptions ne font pas de mal. » Cette femme pleine de volonté a appris d'elle-même à renoncer par principe aux pâtes : « Le diabète est mon compagnon de route, je dois donc m'arranger au mieux pour vivre avec lui. Je considère que c'est un devoir envers mon propre corps. »

Medtronic

Engineering the extraordinary

Tu veux te concentrer sur ta vie ou penser constamment à ton taux de glucose?

C'est parfait!

Tu as la possibilité d'en savoir plus sur la thérapie avec un système en boucle fermée hybride au cours de nos séances en ligne.



08 juin 2022
05 septembre 2022
08 novembre 2022

18h00 - 18h45



L'événement est gratuit. Inscris-toi à la réunion en ligne et entre l'URL suivante dans ton navigateur Web ou scanne le code QR : bit.ly/3gCtZMo

Si tu as déjà une pome à insuline MiniMed™ 780G, voici des **sessions plus adaptées** pour toi : bit.ly/3Maw1RD



Medtronic (Suisse) SA
Talstrasse 9
Case postale 449
CH-3053 Münchenbuchsee

diabetes.schweiz@medtronic.com
Tél. : +41 (0) 31 868 01 00
Fax : +41 (0) 31 868 01 98

Serviceline Diabète : 0800 633 333
www.medtronic-diabetes.ch

CH-GDB-2200007 © 2022 Medtronic. Tous droits réservés. Imprimé en Europe. Ne pas distribuer en France.



Plus d'informations sur
www.diabetes-care.ch

Healthpro-X1

Mesure de la glycémie

simple | rapide | précise

- ✓ Facile à utiliser
- ✓ Mesure rapide
- ✓ Grand écran
- ✓ Prêt à l'emploi immédiatement



axapharm

Votre partenaire santé suisse

axapharm ag, 6340 Baar

**MIEUX ÉVALUER LE TRAITEMENT
ET L'ÉVOLUTION**



Existe-il de nouvelles classifications des formes de diabète ?

La classification du diabète évolue : sur la base de nouvelles études, de plus en plus de scientifiques recommandent aujourd'hui de classer le diabète en cinq sous-groupes. Cela permettrait notamment de distinguer avec davantage de précision les formes de diabète de type 2.

Peter Diem, spécialiste en endocrinologie et diabétologie, Berne

Le diabète se manifeste de différentes manières. Ce n'est pas une maladie homogène, mais plutôt un syndrome caractérisé par une glycémie élevée et un risque accru de complications tardives spécifiques. Aujourd'hui, le diabète est généralement classé en quatre grands groupes : diabète de type 1, diabète de type 2, diabète gestationnel et ce que l'on appelle les « autres formes spécifiques de diabète ». Ce dernier groupe comprend plusieurs formes de diabète rares à très rares (voir tableau page 18). Une telle classification du diabète doit aider à déterminer le traitement initial et à évaluer l'évolution possible de la maladie. Toutefois, un nombre non négligeable de personnes ne peuvent pas être clairement classées comme diabétiques de type 1 ou de type 2 au moment du diagnostic, et il n'est pas rare que les signes de la maladie changent au fil de son évolution.

Comment en est-on arrivé à la classification actuelle du diabète ?

Dès 1866, un médecin britannique du nom de George Harley indiquait que les différents cas de diabète pouvaient se présenter de façon très variable. Peu de temps après, le Français Étienne Lancereaux a décrit deux formes de diabète, à savoir le « diabète maigre » et le « diabète gras », ce qui a souvent été considéré comme la première distinction entre le diabète juvénile et le diabète tardif. Les exemples de patients atteints de « diabète gras » observés par Lancereaux correspondraient aujourd'hui à un diabète de type 2. En revanche, ses descriptions du « diabète maigre » ne ressemblent guère à un diabète juvénile, car tous ses patients « maigres » étaient d'âge moyen, voire plus âgés. La classification du diabète par Lancereaux n'a pas connu un grand succès, du moins dans les pays germanophones. →

La classification actuelle du diabète de l'OMS (2019) :

Diabète de type 1

Diabète de type 2

Formes hybrides de diabète

- Diabète de l'adulte à évolution lente, dû à l'implication du système immunitaire (ou diabète de type LADA pour Latent Autoimmune Diabetes of Adults)
- Diabète de type 2 cétosique

Autres formes spécifiques de diabète

- Diabète monogénique
 - Défauts monogéniques de la fonction des cellules bêta
 - Défauts monogéniques de l'action de l'insuline
- Maladies du pancréas
- Maladies endocriniennes

- Diabète d'origine médicamenteuse ou chimique
- Diabète causé par une infection
- Formes rares de diabète auto-immun
- Syndromes génétiques associés au diabète

Diabète non classé

Cette catégorie doit être utilisée de façon temporaire lorsqu'il n'existe pas de catégorie diagnostique claire.

Hyperglycémie découverte pour la première fois pendant la grossesse (hyperglycémie)

- Diabète nouvellement apparu pendant la grossesse
- Diabète gestationnel (diabète de grossesse)

Annonce



**changing
diabetes®**



Novo Nordisk Pharma AG · 8058 Zürich

Toutefois, un nombre non négligeable de personnes ne peuvent pas être clairement classées comme diabétiques de type 1 ou de type 2 au moment du diagnostic, et il n'est pas rare que les signes de la maladie changent au fil de son évolution.

Au moment de la découverte de l'insuline en 1921, la classification des différents types de diabète n'avait guère évolué. En règle générale, on qualifiait le diabète de léger, modéré ou sévère. Pour de nombreux diabétiques traités par insuline, on parlait de « diabète gravis » (latin : sévère). Peu après l'introduction de l'insuline, il est devenu de plus en plus évident que tous les diabétiques n'étaient pas dépendants de l'insuline dans la même mesure.

Dans les années 50 et 60, les termes « diabète juvénile » et « diabète tardif » se sont davantage répandus. Mais c'est dans les années 70, qu'il est apparu de plus en plus clairement que la plupart des cas de « diabète juvénile » étaient dus à une maladie auto-immune et pouvaient tout à fait survenir à un âge plus avancé. D'autre part, les cas typiques de « diabète tardif », accompagnés d'une surcharge pondérale, pouvaient être dus à une résistance à l'insuline associée à un déficit relatif en insuline. Pour mieux tenir compte de ces résultats, l'American Diabetes Association (Association américaine du diabète) a proposé en 1979 d'abandonner les termes de diabète juvénile et de diabète tardif, afin de les remplacer par une classification en « type I, insulino-dépendant diabetes mellitus » (diabète de type I, diabète insulino-dépendant) ou « type II, non-insulino-dépendant diabetes mellitus » (diabète de type II, diabète non insulino-dépendant). Les termes « autres formes de diabète », « intolérance au glucose » et « diabète gestationnel » ont également été ajoutés à la classification.

En 1980, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a adopté l'essentiel de cette nouvelle classification, avec toutefois une modification amusante : dans les pays anglophones, le « type II » était souvent confondu avec le « type 11 » et de nombreux patients pensaient qu'ils souffraient d'un diabète de « type onze » (« type eleven »).

Les chiffres romains des deux noms ont donc été remplacés par des chiffres arabes, raison pour laquelle on parle désormais de « type 1 » et de « type 2 ».

Nouvelles approches de la classification

Dans le monde entier, différents groupes de chercheurs s'efforcent actuellement de combiner les caractéristiques cliniques, physiopathologiques et génétiques pour aboutir à une classification du diabète qui reflète mieux le caractère non homogène du diabète de type 2 et qui permette de mieux évaluer l'évolution de la maladie.

Dans une publication très remarquée parue en 2018, des scientifiques suédois ont proposé une nouvelle classification du diabète de type 1 et de type 2 chez l'adulte en cinq « clusters » (sous-groupes) :

- Cluster 1 : severe autoimmune diabetes ou « diabète auto-immun sévère ». Ce sous-groupe correspond essentiellement au diabète de type 1 et au diabète auto-immun latent de l'adulte (LADA). Les formes de diabète du cluster 1 se caractérisent par le fait qu'elles apparaissent plutôt à un jeune âge et qu'au début du diabète, les personnes présentent des auto-anticorps (généralement appelés anticorps anti-GAD), un indice de masse corporelle (IMC) relativement bas, un contrôle métabolique médiocre et une déficience en insuline.
- Cluster 2 : severe insulin-deficient diabetes ou « diabète insulino-déficient sévère ». Ce sous-groupe ressemble beaucoup au premier, mais sans la présence d'anticorps anti-GAD et se caractérise par un taux d'HbA1c élevé et le risque le plus élevé de rétinopathie diabétique (maladie de la rétine) parmi tous les clusters. →

SIMPLE COMME BONJOUR



Accu-Chek Instant – disponible dès maintenant

- Le lecteur de glycémie fiable pour les personnes atteintes de diabète désirant simplement savoir où ils en sont.
- L'échelle colorée indique clairement si la glycémie est haute, basse ou dans l'objectif glycémique.

accu-chek.ch/instant

**En
résumé**

- Cluster 3 : severe insulin-resistant diabetes ou « diabète insulino-résistant sévère ».

Ce groupe de patients se caractérise par une résistance à l'insuline élevée et un IMC élevé. Il présente également le plus fort risque de néphropathie diabétique (maladie rénale).

- Cluster 4 : mild obesity-related diabetes ou « diabète léger lié à l'obésité ».

Les patients de ce groupe sont plutôt jeunes, en surpoids et avec une faible insulino-résistance.

- Cluster 5 : mild age-related diabetes (MARD) ou « diabète léger lié à l'âge ».

Le cluster 1 correspond au diabète de type 1 classique. Le cluster 2 est très similaire au cluster 1 dans ses caractéristiques, à la différence qu'il ne présente pas d'auto-anticorps. Les clusters 3, 4 et 5 correspondent à des sous-formes du diabète de type 2 classique. La classification du diabète dans les clusters décrits semble permettre une meilleure évaluation du risque de complications spécifiques au diabète. Si ces résultats sont confirmés par d'autres études, cette approche pourrait contribuer de manière significative à un traitement individualisé du diabète et modifier la manière dont nous considérons les cas de diabète de type 2 nouvellement diagnostiqués.

Annonce

mylife™ Loop™ – Rendre la vie plus agréable malgré le diabète.

Administration automatisée de l'insuline via smartphone.

La pompe à insuline mylife™ YpsoPump® peut être utilisée dans un système d'administration d'insuline automatisé en association avec l'application mylife™ CamAPS FX et le système CGM Dexcom G6.

Disponible pour Android.
iOS suivra dans le courant de l'année.



Clause de non-responsabilité: Les images de produits sont exclusivement proposées à fins d'illustration. // Dexcom et Dexcom G6 sont des marques déposées de Dexcom, Inc. aux États-Unis et/ou dans d'autres pays. // La marque et les logos Bluetooth® sont des marques déposées appartenant à Bluetooth SIG, Inc., et leur utilisation par Ypsomed est soumise à licence. Les autres marques déposées et noms commerciaux sont la propriété de leurs détenteurs respectifs. // L'innovation décrite est disponible dans certains pays et sera bientôt étendue à d'autres pays. L'expansion dépend de l'approbation réglementaire locale.

mylife™ YpsoPump®: Consulter le mode d'emploi ou le site www.mylife-diabetescare.ch/informations-securite pour les informations relatives à la sécurité. // mylife™ CamAPS FX: Consulter le site www.camdiab.com/support pour les informations relatives à la sécurité.



10280035-CH-17/01