



Du cas clinique à l'approche référentiel: Diabète et cancer

Dr Anny PAROT-MONPETIT,

médecin gastro-entérologue et soins palliatifs

Romain KOKORIAN, interne en oncologie médicale

VANNES

Référentiel Diabète



- Les auteurs de cette présentation ne déclarent aucun lien d'intérêts



Contexte

- H, 70 ans
- Gendarme en retraite
- Marié, 2 enfants
- Sédentarité
- Tabagisme sevré en 1987, à priori pas d'OH excessif
- Contexte: mauvaise hygiène de vie et surpoids familial
- ATCD tumeur hépatique/VHB chez un frère



ATCD médico-chirurgicaux:

- SAOS 1989 origine centrale (poliomyélite)
- Dyslipidémie depuis années 80 traitée médicalement, conseils de perte pondérale
- Diabète type II depuis 2008
- Obésité depuis l'âge de 25 ans



Sur le plan métabolique

- Dyslipidémie diagnostiquée 80s

traitée successivement par fibrates puis statines

Equilibrée en 2015

- Suivi pondéral:

04/14: 98 kg puis 94 kg 07/14

10/14: 101 kg puis 99 kg en nov

02/15: 101 kg 07/15: 103 kg 11/15: 105 kg puis demande de cs endocrino annulée par patient

03/16: 107 kg 03/17: 109 kg 04/17: 106 kg 08/17: 109 kg

09/17: 105 kg 12/17: 103 kg 02/18: 104 kg 05/18: 107 kg

Poids admission: 103,5 kg Taille: 1,70 m IMC: 35,8



Suivi diabète

[Référentiel Déf: Pages 5-6](#)

- Objectifs HbA1c < 7,5 %
04/14: 6% 05/15: 8,1% 11/15: 9,7%
03/16: 7,3% 11/16: 7,7% 03/17: 7,2% 09/17: 7,9%
- Janvier 2014: Metformine
- Janvier 2015: Metformine + Gliclazide
- Septembre 2015: Insuline lente
- Mars 2017: stop Glibenclamide et Metformine
- Novembre 2017: Insuline rapide

[Référentiel: Pages 31-32](#)

[Référentiel: Insuline Page 34](#)



HDLM tumorale

- Adénocarcinome de prostate diagnostiqué sur élévation du PSA à 5 ng/mL en 2008, T3N0M0 Gleason 7

Traitement par radiothérapie + HT longue durée/agonistes LHRH jusqu'en 2011

[Référentiel HT: Page 14](#)

2013: échappement biologique, reprise de l'HT/antagonistes LHRH

Bilan cardiologique satisfaisant, proposition de prostatectomie refusée par patient

04/2014: Progression radiologique mineure TEP-FNA os + poumons, patient asymptomatique, manipulations hormonales premières (FIRMAGON puis ESTRAMUSTINE puis ajout CASODEX)

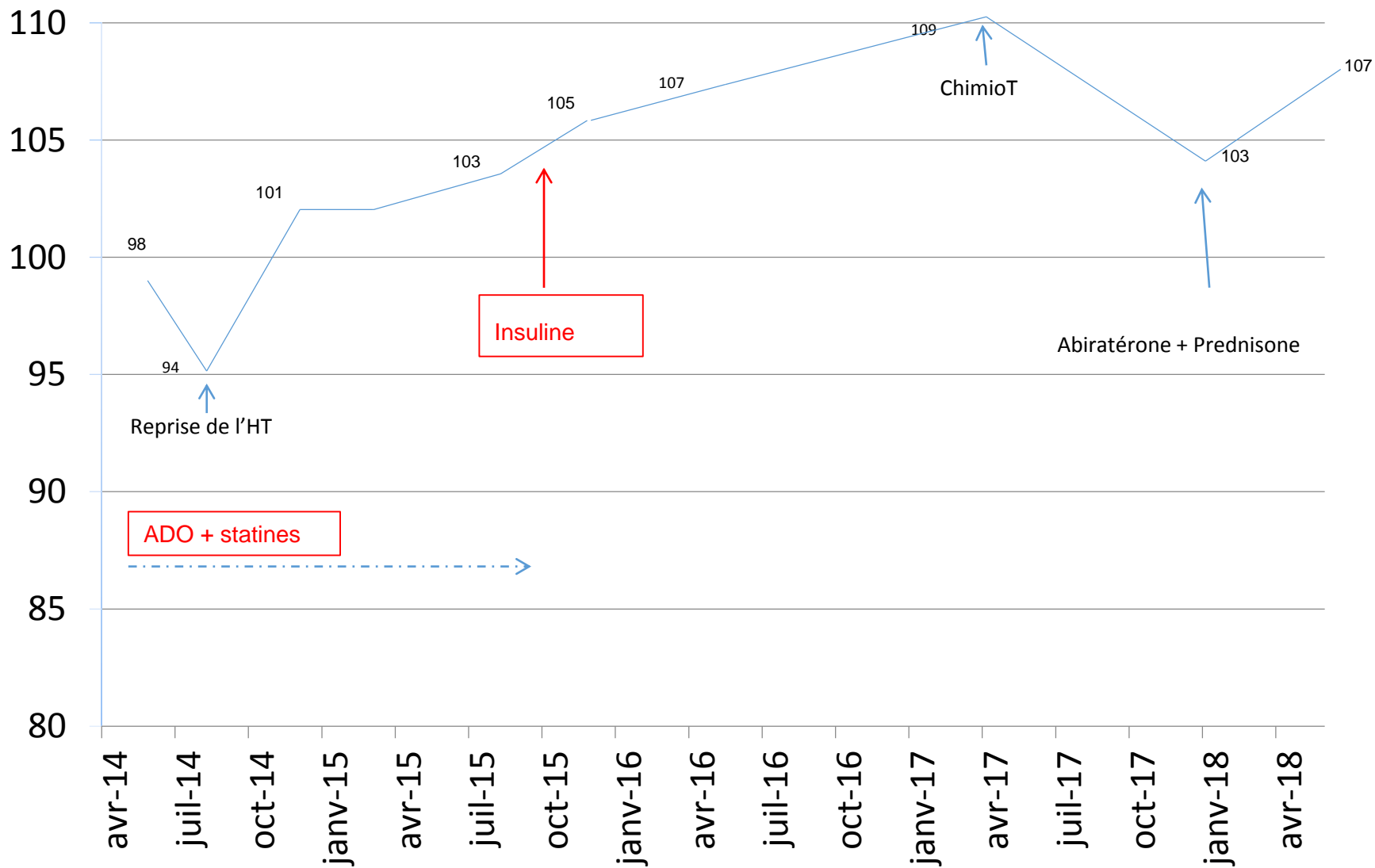
01 à 06/17: Progression franche viscérale CT/Taxotère 50 bimensuel

[Référentiel CT: Pages 10-11-36](#)

08/17: Relai par HT 2^{ème} génération Abiratérone + Prednisone

[Référentiel CTC: Page 11-12](#)

05/18: PSA indosable, maladie contrôlée





Hospitalisation

- Hospitalisé le 11/06/18 pour perturbations bilan hépatique, ascite, OMI, AEG, nausées

Signes cliniques de cirrhose décompensée

Echo abdo: ascite

TDM: lésion hépatique dont l'aspect évoque un volumineux CHC infiltratif sur foie de cirrhose, thrombose portale étendue aux veines sus-hépatiques jusque valve tricuspidienn

[Référentiel: épidémio Page 8](#)

AFP: 60 000 ng/mL

Ponction d'ascite: liquide transsudatif sans cellules suspectes

Sérologies virales négatives

Bloc $\beta\gamma$ à l'électrophorèse

Biologie: TP 59%, ASAT/ALAT 48/17 PAL/ γ GT 294/267 Albumine 30 Bilirubine normale

Cirrhose CHILD B7



Evolution dans le service

- Discussion de la mise en place d'une alimentation parentérale
Anorexie + troubles digestifs: alimentation PO difficile
- RCP: Indication théorique à une thérapie ciblée par Sorafénib
- Déglobulisation aiguë/méléna, CI à l'anticoagulation/thrombose évolutive
- Décision de soins palliatifs exclusifs
- Accompagnement-information famille
- Décompensation hépatique, cardiaque...
- Décès à J7...

[Référentiel HypoG: Page 39](#)

[Référentiel Thérapies ciblées: Page 13](#)

[Référentiel SP: Pages 23-38-40](#)



Commentaires/discussion:

- Approche pluri-disciplinaire: avis spécialisé si besoin et le + précocement possible
- Prescription et réhabilitation à l'effort/activité physique adaptée
à l'instauration de certains traitements oncologiques

Diabète et obésité: facteurs limitant l'APA?

Cf: Référentiel **Activité physique et cancer**

- Suivi nutritionnel et diététique

Oubli fréquent de la dénutrition chez patients obèses (sarcopénies + fréquentes)

Cf: Référentiel **Nutrition chez un patient adulte atteint d'un cancer**

- Education thérapeutique du patient diabétique (lecteur glycémique, IDE libérales...)
- Soutien psychologique et social, coordination médecine de ville

Cf: Référentiels **Comment orienter vers un accompagnement psychologique ?**

Prise en charge sociale des patients atteints de cancer



Perspectives:

- Proposition référentiel PEC spécifique de la sarcopénie et du patient obèse en cancérologie
- Collaboration avec Sociétés savantes de diabétologie, de nutrition, d'endocrinologie SFD-SFE-SFNEP
- Diffusion des référentiels -> sensibilisation des acteurs et patients