



FIT Technique Plus*

La lipohypertrophie

* Outils éducatifs élaborés à partir des recommandations sur les meilleures pratiques relatives à la technique d'injection de FIT Canada, Mis à jour le 11 février 2020



Voici Phil



22 ans ♀

Diabète de type 1 depuis 12 ans

IMC : 22 kg/m²

- Pendant les cinq ou six premières années, il suivait scrupuleusement le traitement recommandé et visitait régulièrement un professionnel accompagné de sa mère.
- Maintenant diplômé universitaire, il a commencé sa carrière professionnelle.

Défis à surmonter



- Il suit un protocole basale-bolus.
- Il est trop occupé pour consulter un professionnel, même si sa mère l'y encourage.
- Il ne mesure pas souvent sa glycémie, et les valeurs obtenues sont très variables.
- À son premier rendez-vous depuis longtemps, son taux d'HbA_{1c} était de 11,2 %.

Revue de la technique

- **Choix des régions d'injection** : Abdomen seulement.
- **Rotation des régions d'injection** : Il alterne entre le côté gauche et le côté droit sans faire une rotation à l'intérieur des zones.
- **Examen des régions d'injection** : Il n'inspecte pas son abdomen et était surpris d'apprendre qu'il avait une grosse bosse à ses deux points d'injection habituels.
- **Technique** : Il se fait ses injections à un angle de 90° avec des aiguilles à stylo de 8 mm, en utilisant correctement la technique du pli cutané. Il réutilise souvent ses aiguilles.

La durée du diabète, l'absence de rotation attentive des points d'injection et la réutilisation des aiguilles sont trois facteurs qui peuvent avoir causé la lipohypertrophie¹. L'insuline injectée dans des tissus lipohypertrophiés n'est pas bien absorbée, ce qui nuit au contrôle glycémique².

Que dit la recherche?

Vardar 2007¹

Trois facteurs de risque de lipohypertrophie indépendants ont été identifiés : la durée de l'insulinothérapie, les injections répétées dans une petite zone et la réutilisation des aiguilles.



De Coninck 2010³

Dans un sondage international sur les techniques d'injection, 48 % des plus de 4 300 répondants diabétiques ont dit présenter de la lipohypertrophie à leurs points d'injection.



Frid 2010⁴

Le professionnel de la santé devrait examiner les régions d'injection à chaque consultation, surtout si le patient a déjà de la lipohypertrophie.



Recommandations pour Phil



Éviter de se piquer dans les tissus lipohypertrophiés, ce qui les laissera désenfler et améliorera l'absorption de l'insuline.



Suivre un plan de rotation structuré et personnalisé des régions d'injection et des points d'insertion à l'intérieur de ces régions.



Selon les valeurs glycémiques actuelles, poursuivre l'insulinothérapie en cours, mais avec des aiguilles à stylo de 4 mm, sans faire de pli cutané.



Mesurer sa glycémie au moins deux fois par jour.

À sa visite de suivi trois mois plus tard, Phil trouve encourageant de voir que sa glycémie s'améliore. Il a persisté dans l'utilisation d'aiguilles de 4 mm et fait une meilleure rotation des points d'injection, comme recommandé. Il a également commencé à mesurer sa glycémie au moins deux ou trois fois par jour, et songe à effectuer des tests "flash" pour faire des ajustements plus précis.

Recommandation de FIT Canada⁵ :

Les personnes diabétiques qui avaient l'habitude de s'injecter dans une région lipohypertrophiée et qui utilisent désormais une région saine doivent être prévenues de réduire leur dose d'insuline et de vérifier leur taux de glycémie plus souvent.





FIT Technique Plus*

La lipohypertrophie

* Outils éducatifs élaborés à partir des
Recommandations sur les meilleures pratiques
relatives à la technique d'injection de FIT
Canada, Mis à jour le 11 février 2020



Qu'est-ce que la lipohypertrophie?

La lipohypertrophie touche de nombreuses personnes qui s'injectent de l'insuline; elle se développe aux points d'injection.

- La lipohypertrophie, parfois appelée « lipo », consiste en l'épaississement d'une zone de tissu adipeux, qui prend alors une texture caoutchouteuse. Elle se caractérise par des lésions fibreuses peu vascularisées pouvant se former et grossir dans les tissus adipeux sous-cutanés où l'on injecte de l'insuline.

- La taille des lésions varie considérablement; elles sont souvent plus faciles à sentir qu'à voir⁴.
- L'examen des régions d'injection devrait faire partie de la routine. Pour ce faire, tâter les régions d'injection habituelles à la recherche de masses dures ou de bosses, et regarder s'il y a présence de boursoufflures, de zones surélevées ou de rougeurs. Si les régions sont difficilement observables, utiliser un miroir.



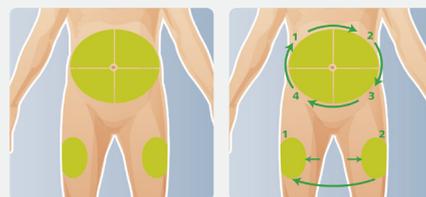
Le saviez-vous?

La lipohypertrophie peut se prévenir.

- Le risque de lipohypertrophie augmente lorsque de multiples injections sont faites dans une zone ayant une superficie moins grande qu'un timbre³.
- Les zones d'injection doivent avoir la taille d'une carte postale ou plus. La rotation des points se fait à l'intérieur d'une zone, à distance d'au moins une largeur de doigt⁵. Autrement dit, il ne faut pas s'injecter exactement au même endroit chaque fois.



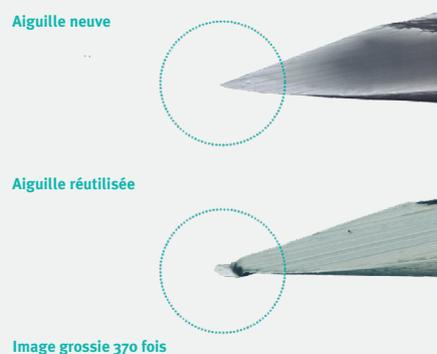
- Votre médecin ou votre éducateur en soins du diabète peut vous proposer un plan personnalisé de rotation des régions et des points d'injections.



Le saviez-vous?

La lipohypertrophie est aussi associée à la réutilisation des aiguilles.

- Les aiguilles ne doivent servir qu'une fois (puis être jetées dans un contenant pour déchets médicaux réglementé)⁵.



La lipohypertrophie peut nuire au contrôle glycémique.

L'injection d'insuline dans des tissus lipohypertrophiés peut en perturber l'absorption et modifier la glycémie en raison d'une absorption ralentie et d'un effet maximal retardé².

Si vous croyez avoir de la lipohypertrophie, consultez votre médecin ou votre éducateur en soins du diabète.

1. Vardar, B., et S. Kizilci. « Incidence of lipohypertrophy in diabetic patients and a study of influencing factors », Diabetes Research and Clinical Practice, vol. 77, no 2, 2007, p. 231-236.
2. Famulla, S., U. Hövelmann, A. Fischer et coll. « Insulin injection into lipohypertrophic tissue: blunted and more variable insulin absorption and action and impaired postprandial glucose control », Diabetes Care, vol. 39, no 9, 2016, p. 1486-1492.
3. De Coninck, C., et coll. « Results and analysis of the 2008-2009 Insulin Injection Technique Questionnaire Survey », Journal of Diabetes, vol. 2, no 3, 2010, p. 168-179.
4. Frid, A., et coll. « New injection recommendations for patients with diabetes », Diabetes & Metabolism, vol. 36, suppl. 2, 2010, p. S3-S18.
5. Berard, L., et coll. FIT Canada, Forum sur la technique d'injection – Recommandations sur les meilleures pratiques relatives à la technique d'injection, octobre 2011.

