

ACTUALITÉ · CONGRÈS

SWISS FAMILY DOCS Conférence 2013

Prise en charge de l'hyperglycémie : quoi de neuf pour le praticien ?

En 2012 de nouvelles recommandations sur le traitement pharmacologique du diabète de type 2 ont introduit deux changements importants. Le premier est d'avoir des stratégies communes entre les Sociétés européenne et américaine du diabète (American Diabetes Association (ADA) et European Association for the Study of Diabetes (EASD)). Le deuxième, qui est certainement le plus significatif, est de développer une approche centrée sur le patient en proposant des thérapies qui tiennent compte des préférences du patient et d'utiliser des outils d'aide à la décision.

Ces nouvelles recommandations sur le traitement pharmacologique du diabète de type 2 et leurs conséquences pour le praticien changent profondément l'approche et le traitement de la maladie et du patient. L'intention des Drs Danilo Janjic, Genève, et Cedric Gillibert, Petit Lancy, était de familiariser le public avec les nouvelles guidelines qui représentent un paradigme par rapport aux précédentes lignes de conduite et de conseiller comment les appliquer en pratique.

Les recommandations se basent sur l'aspect de l'evidence based medicine (EBM). Quatre études (UKPDS, ACCORD, ADVANCE, VADT) ont mené à cette conclusion et les résultats obtenus ont poussé des spécialistes à reconnaître qu'il ne faut pas traiter le diabète mais le patient.

Voici en bref les résultats de ces quatre études:

- ▶ La baisse de HbA1c était modeste par rapport au groupe de la thérapie standard.
- ▶ L'hypoglycémie sévère est significativement plus élevée dans le groupe de patients qui est traité intensivement en comparaison avec le groupe de thérapie standard.
- ▶ La mortalité était même significativement plus élevée dans le groupe de thérapie intense issue de l'étude ACCORD par rapport au groupe traité d'une manière standardisée. Ce fait qui a provoqué l'interruption prématurée de l'étude
- ▶ Les primary outcomes (buts définis au préalable) étaient différents entre les études. Pour l'étude UKPDS, il s'agissait des différents points cliniques en relation avec le diabète. L'infarctus et la mortalité cardiovasculaire étaient les primary outcomes pour les études ACCORD, ADVANCE et VADT.
- ▶ La baisse du HbA1c a induit dans des études UKPDS et ACCORD une réduction significative des rétinopathies et des neuropathies ; de plus, une réduction significative de la baisse de la capacité de vision dans l'étude d'UKPDS.
- ▶ La microalbuminurie et macroalbuminurie se sont significativement améliorées par rapport aux groupes standards (sauf pour l'étude VADT où l'amélioration de la microalbuminurie n'était pas significative).
- ▶ Une augmentation de la qualité de vie dans le groupe traité intensivement a pu être observée.

Une explication possible de ces effets positifs pourrait être le traitement intensif et précoce du diabète dans les deux premières études (plusieurs personnes des autres études possédaient souvent un passé diabétique déjà connu lors du début de l'étude).

Une évidence clinique de ces études est que des complications et comorbidités causées par le diabète sont irréversibles. Il est évident que :

- ▶ si un diabète est diagnostiqué le traitement doit commencer immédiatement et intensément afin de baisser le HbA1c par contre un patient avec un diabète de longue durée ne bénéficie peu d'un traitement rigoureux de son hyperglycémie
- ▶ s'il y a un diabète établi, un traitement individuel en fonction des complications, comorbidités et risques du patient est nécessaire. Le patient doit se trouver au centre du traitement. L'ancien modèle médical avec le médecin au centre du traitement de la maladie et donnant un programme à suivre doit être remplacé par le mo-

del centré sur le patient qui individualise le traitement. Ce dernier doit s'adapter aux besoins du patient et impliquer le dernier activement dans les décisions le concernant. Le traitement doit être centré sur la qualité de la vie du patient et non pas sur la maladie.

Les recommandations thérapeutiques sur le traitement de l'hyperglycémie et la réduction du risque cardio-vasculaire sont le dernier

point à développer. Il existe différentes approches du traitement: Cela peut être plus (but <6-6.5) ou moins rigoureux (8-9) selon les différents facteurs. L'approche individuelle intègre six facteurs : les capacités et la motivation du patient à gérer sa maladie et son traitement, les risques potentiels d'hypoglycémie (p.ex. l'épilepsie ou troubles cognitifs), l'espérance de vie, la présence de comorbidités (p.ex. une insuffisance rénale établie n'est plus au stade de prévention mais au stade de maladie établie) et de complications vasculaires (s'il y en a, on n'est plus dans la prévention, le patient a une maladie cardiovasculaire et gagne peu en diminuant le glucose dans le sang. Au contraire, cela pourrait engendrer des effets négatifs en créant une hypoglycémie) ainsi que les ressources financières disponibles du patient et du système de soins.

Tous ces points mentionnés doivent être discutés avec le patient et une option thérapeutique doit être choisie. Cette dernière peut être très variée avec une grande palette d'options permettant ainsi d'être très individualisée.

Une évidence clinique des études est que des complications et comorbidités causées par le diabète sont irréversibles – en diagnostiquant un diabète, le traitement doit commencer immédiatement et intensément afin de baisser le HbA1c. Par contre, un patient avec un diabète de longue durée bénéficierait moins d'un traitement rigoureux de son hyperglycémie.

▼ Dr. Heidrun Ding

Littérature :

1. Inzucchi SE et al. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes : A Patient-Centered Approach. Position Statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetes Care 2012 ; 35 (6) :1364-1379
2. Ruiz J. Diabétologie. Revue médicale Suisse 2013 ; 369:100-104



TAB. 1 **Recommandations pour le traitement anti-hyperglycémique**

Recommandation n°1 Alimentation saine, contrôle du poids, activité physique + une molécule (Metformine)				
Recommandation n°2 (deux molécules)				
Met +	Met +	Met +	Met +	Met +
Sulfonylurée (SU)	Thiazolidinedione (TZD)	Inhibiteur DPP-4 (DPP4)	Agoniste R GLP-1 (GLP1)	Insuline (basale)
Recommandation n°3 (trois molécules)				
Met + Sulfonylurée	Met + TZD	Met + DPP-4	Met + GLP-1	Met + Insuline
+ TZD ou DPP4 ou GLP1 ou insuline	+ SU ou DPP4 ou GLP1 ou insuline	+ SU ou TZD ou insuline	+ SU ou TZD ou insuline	+ TZD ou DPP4 ou GLP1
Traitement avec trois molécules. A éviter absolument : donner l'inhibiteur DPP-4 et l'agoniste R GLP-1 en même temps. S'il est nécessaire de faire recours à trois molécules, la meilleure combinaison, étant la plus efficace et la plus acceptable, est la combinaison de Met + DPP4 + SU. Elle représente probablement la moins mauvaise combinaison possible de trois médicaments.				
Recommandation n°4 Si une combinaison comprenant une insuline basale échoue, il faut utiliser une approche insulinique plus complexe, en combinaison avec 1-2 molécules non insulini-ques. INSULINE : Doses journalières multiples, p.ex. : Basale 1x rapide aux repas 3x ou Mix (rapide-lente) à chaque repas 3x				
Il n'existe pas de traitement spécifique à la gériatrie, l'unique possibilité est d'éviter le risque d'hypoglycémie.				