



Pr Jacques Philippe
Genève



Pr Roger Lehmann
Zurich

FLASH POINT SUR LE DIABETE

Nouvelle rubrique « Flash point sur le diabète »

Pourquoi une nouvelle rubrique flash sur le diabète ?

Le diabète de type 2 touche maintenant environ 6.5% de la population adulte de Genève et Lausanne et plus de 5% au niveau suisse. Depuis les années 1990, la progression de la prévalence de cette maladie a été explosive et parallèle à l'augmentation de la prévalence de l'obésité. Les patients diabétiques constituent donc une partie importante de la patientèle des médecins de premier recours et leur prise en charge s'est considérablement complexifiée ces dernières années alors que jusque dans les années 80, le traitement du diabète de type 2 était limité par le choix restreint des médicaments disponibles; en effet, seuls la metformine, les sulfonylurées et l'insuline étaient disponibles.

Le nombre de traitement s'est multiplié dans les deux dernières décennies. En outre, plusieurs études ont démontré, aussi bien

chez le patient diabétique de type 2 que de type 1, qu'un bon contrôle glycémique réduisait les complications micro-angiopathiques et sur le plus long terme les complications macro-angiopathiques tels que l'infarctus du myocarde et la mortalité cardiovasculaire.

Cette complexification du traitement, associée à une explosion d'études d'intervention clinique nous a décidé à inclure un flash point sur le diabète dans « der informierte arzt » et « la gazette médicale – info@gériatrie ». Ce flash point est destiné à présenter des nouveautés dans le domaine du diabète, utiles dans la prise en charge du patient. Le but est d'extraire des messages clés à partir d'études cliniques significatives pour le patient et son traitement.

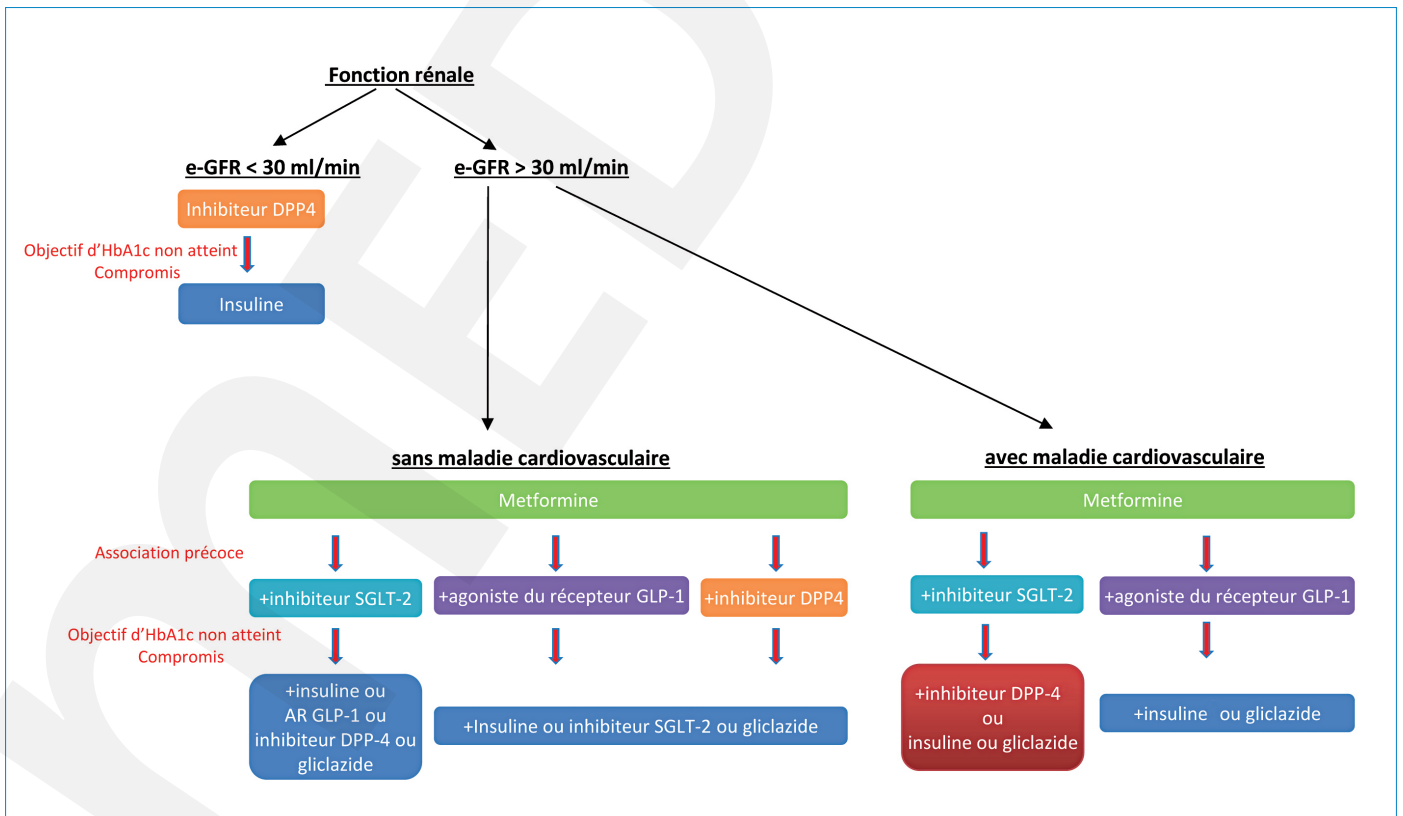


Fig. 1: Facteurs limitants lors de la prescription d'antidiabétiques

Recommandations pour la prise en charge du diabète de type 2 en 2016

Le premier flash point est consacré aux nouvelles recommandations de la Société Suisse d'Endocrinologie et Diabétologie sur le traitement médicamenteux des patients atteints de diabète de type 2.

Les nouvelles recommandations ont été élaborées au cours de l'année 2016 suite à la publication de deux études cliniques majeures dans le domaine de la diabétologie, l'étude EMPA-REG OUTCOME (1) et l'étude LEADER (2). Alors qu'il est largement admis que le contrôle glycémique intensif a un impact sur les complications cardiovasculaires qu'à très long terme, ces deux études ont démontré que des traitements spécifiques pouvaient réduire la mortalité cardiovasculaire et totale indépendamment du contrôle glycémique.

Dans l'EMPA-REG OUTCOME, les événements cardiovasculaires étaient diminués de 14 % par l'ajout de l'empagliflozine, un inhibiteur du transporteur rénal de sodium-glucose SGLT2 à un traitement antidiabétique standard par rapport au placebo après un peu plus de 3 ans de suivi alors que la mortalité cardiovasculaire diminuait de 38 %, la mortalité globale de 32 % et le nombre d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque de 35 % chez des patients ayant pour la plupart déjà eu un événement cardiovasculaire ou étant à très haut risque.

Dans l'étude LEADER, le même type de patients à haut risque cardiovasculaire ou ayant déjà eu un événement cardiovasculaire ont été traités cette fois soit par liraglutide en plus d'un traitement antidiabétique standard soit par placebo. Après un peu plus de 3 ans de suivi le liraglutide, à une dose de 1.8 mg par jour a diminué les événements cardiovasculaires de 13 %, la mortalité cardiovasculaire de 22 % et la mortalité globale de 15 %. Dans les deux études, le nombre d'infarctus du myocarde et d'AVC n'a pas été affecté de manière significative.

Suite à ces données, les recommandations 2016 de la Société Suisse d'Endocrinologie et Diabétologie (3) (fig.1) proposent pour tous les patients avec maladie cardiovasculaire en prévention secondaire d'associer précocément à la metformine soit un inhibiteur SGLT2, de préférence l'empagliflozine, soit un agoniste du récepteur GLP1, de préférence le liraglutide; pour les patients avec une insuffisance cardiaque, l'inhibiteur SGLT2 sera préféré alors que pour les patients ayant eu un AVC l'agoniste du récepteur GLP1 sera priorisé.

Si ces associations n'induisent pas un contrôle glycémique adéquat, en association, bien entendu à une hygiène de vie adaptée

il est proposé de rajouter un inhibiteur DPP4 ou l'insuline ou le gliclazide à la combinaison metformine – inhibiteur SGLT2 ou de rajouter l'insuline ou le gliclazide à la combinaison metformine plus agoniste du récepteur GLP1. Pour les autres patients sans maladie cardiovasculaire, il est proposé d'ajouter à la metformine en association précoce soit un inhibiteur SGLT2 soit un agoniste du récepteur GLP1 soit un inhibiteur DPP4.

En résumé, ces nouvelles recommandations proposent d'intervenir plus tôt avec un traitement intensif de combinaison plutôt que la metformine seule, d'individualiser les traitements et les buts en fonction des caractéristiques du patient, notamment le poids, l'âge et les co-morbidités particulièrement les problèmes cardiovasculaires antérieurs et enfin de privilégier certaines substances en fonction de l'evidence-based medicine.



Pr Jacques Philippe, Genève



Pr Roger Lehmann, Zurich

Références :

1. Zinman B et al. Empagliflozin, Cardiovascular Outcomes, and Mortality in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2015;373(22):2117-28
2. Marso SP et al. Liraglutide and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2016;DOI: 10.1056/NEJMoa1603827
3. Mesures visant contrôle de la glycémie chez les patients atteints de diabète sucré de type 2. Recommandations de la SSED, 24 août 2016, révisées 17 octobre 2016 disponible sur <http://www.sgedssed.ch>

Pr Jacques Philippe, Genève

Hôpitaux Universitaires de Genève
Service de diabétologie et endocrinologie
Rue Gabrielle Perret-Gentil 4, 1205 Genève
Jacques.Philippe@hcuge.ch

Pr Roger Lehmann, Zurich

UniversitätsSpital Zürich
Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Klinische Ernährung
Rämistrasse 100, 8091 Zürich
roger.lehmann@usz.ch