

Les recommandations de la gestion de l'hyperglycémie chez le patient diabétique de type 2

S. MAHGOUN

Service de Diabétologie.
Hopital M.L. Debaghine.
Centre Hospitalo-Universitaire
de Bab El Oued, Alger.

Introduction :

Le diabète est actuellement un témoin de l'augmentation des maladies chroniques liées à la globalisation. La prédiction de prévalence pour 2040 est de plus de 600 Millions. Cette pandémie est majoritairement sous forme de diabète de type 2 qui représente 80 à 90% des diabètes (1). Il est à noter que les dépenses de santé continuent d'augmenter et que 12 % des dépenses mondiales en soins de santé sont consacrés au traitement du diabète. Les complications associées à la maladie représentant la majeure partie du total de ces dépenses (1).

Le contrôle glycémique :

Le contrôle de la glycémie reste une préoccupation majeure dans la gestion des patients diabétiques de type 2. Par ailleurs, cet objectif devrait être dans un contexte de programme de réduction globale des facteurs de risque incluant l'arrêt du tabac, amélioration des règles hygiéno-diététiques, contrôle de la pression artérielle et du bilan lipidique.

Des études ont déterminé de façon concluante que la réduction de l'hyperglycémie diminue l'apparition et la progression des complications micro angiopathiques (2, 3). L'impact du contrôle glycémique sur les complications macro vasculaires demeure incertain, un bénéfice plus modeste est susceptible d'être présent, mais qui émerge seulement après plusieurs années d'un bon contrôle glycémique comme il a été observé 10 ans après la fin d'étude UKPDS(4). D'autre part, les résultats de grands essais comme l'ACCORD study ont également suggéré que le contrôle trop agressif chez les patients âgés et durée de la maladie plus longue ne peut pas avoir un bénéfice significatif et peut en effet présenter



un certain risque (5). Mieux vaut donc dépister précocement pour bien traiter qu'une prise en charge agressive et tardive qui est associée à l'augmentation de la mortalité.

Approche centrée sur le patient

L'approche centrée sur le patient et non uniquement sur la maladie, les complications ou les contre-indications est un concept nouveau même si cela semble une évidence pour les praticiens, mais le fait de l'avoir admis et adopté par les experts constitue un tournant dans la prise en charge globale du patient qui présente une maladie chronique.

La philosophie globale de ces recommandations peut être résumée par cette phrase «elle vise à dispenser des soins, respectant et répondant aux préférences personnelles, aux besoins et aux valeurs

du patient qui permettent ainsi d'assurer et d'être guidé dans les décisions thérapeutiques...» (6). En fin de compte, ce sont les patients qui prennent des décisions concernant leurs choix de vie et dans une certaine mesure les interventions pharmaceutiques qu'ils utilisent. La participation des patients dans les décisions de soins de santé peut améliorer l'observance du traitement (6).

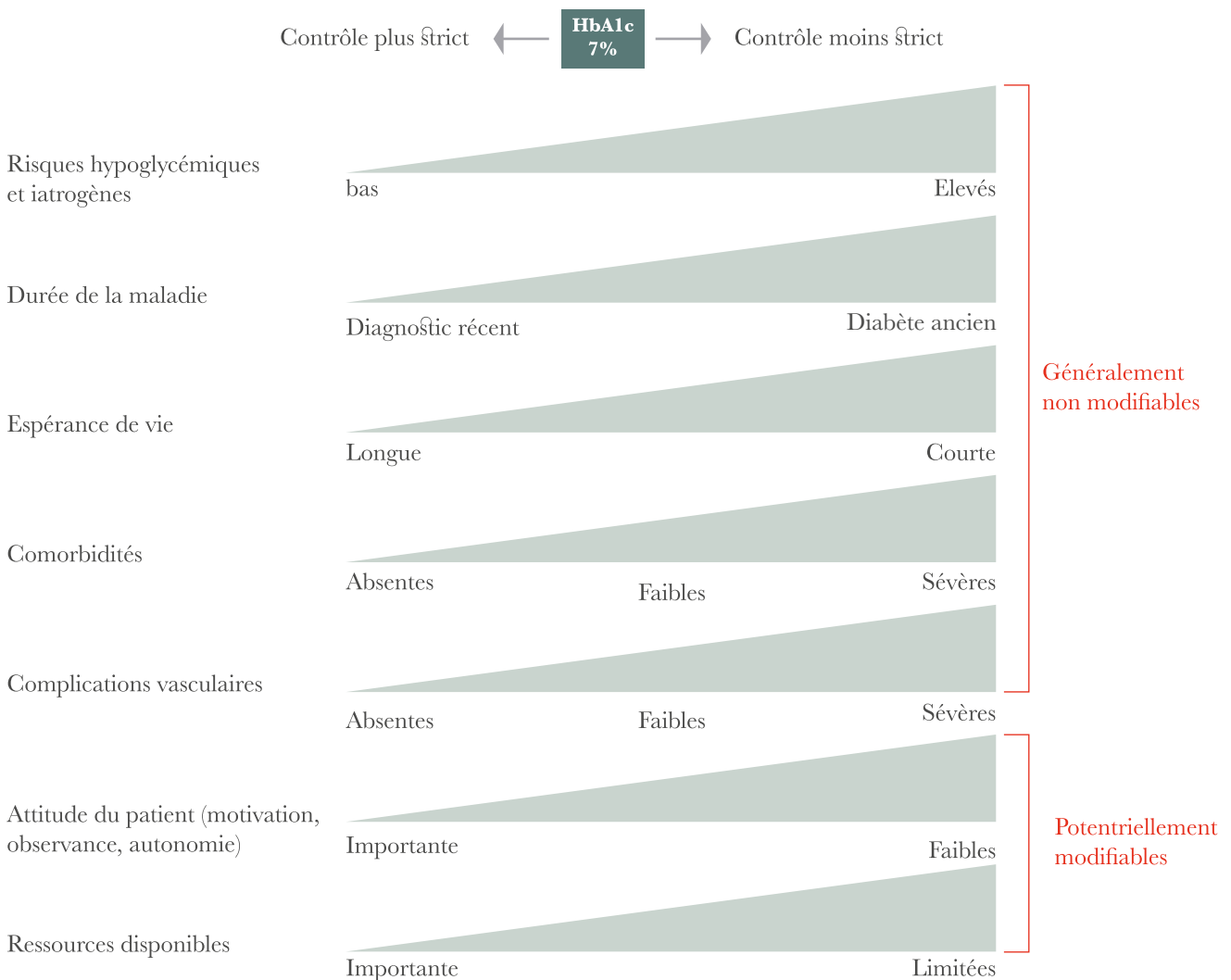
Cette approche tient compte des préférences du patient et utilise des outils d'aide à la décision médicale.

Elles proposent des stratégies thérapeutiques en fonction des particularités du patient (figure 1 : 6). L'objectif d'un équilibre glycémique est proposé avec deux extrêmes : des objectifs glycémiques au plus près des valeurs normales pour une catégorie de patients avec bon pronostic ou un contrôle métabolique

moins strict chez le patient avec un pronostic moins favorable. Sept facteurs définissent l'intensité du traitement exprimé en objectif d'HbA1c :

- La motivation du patient et ses capacités à bien se prendre en charge versus des patients non adhérents au traitement ;
 - Les risques potentiels associés aux hypoglycémies sévères et leurs conséquences négatives ;
 - La durée du diabète ;
 - L'espérance de vie du patient ;
 - La présence de comorbidités ;
 - La présence de complications vasculaires (micro et macro angiopathie) ;
 - Les ressources financières et le type de système de soins.
- L'objectif d'HbA1c optimale $\leq 7\%$ est recommandé par la

Personnaliser le traitement



majorité des sociétés savantes telles que (ADA /EASD : American Diabetes Association/ European Association for Study of Diabetes, IDF : International Diabetes Federation) afin de prévenir les complications micro angiopathique (7).

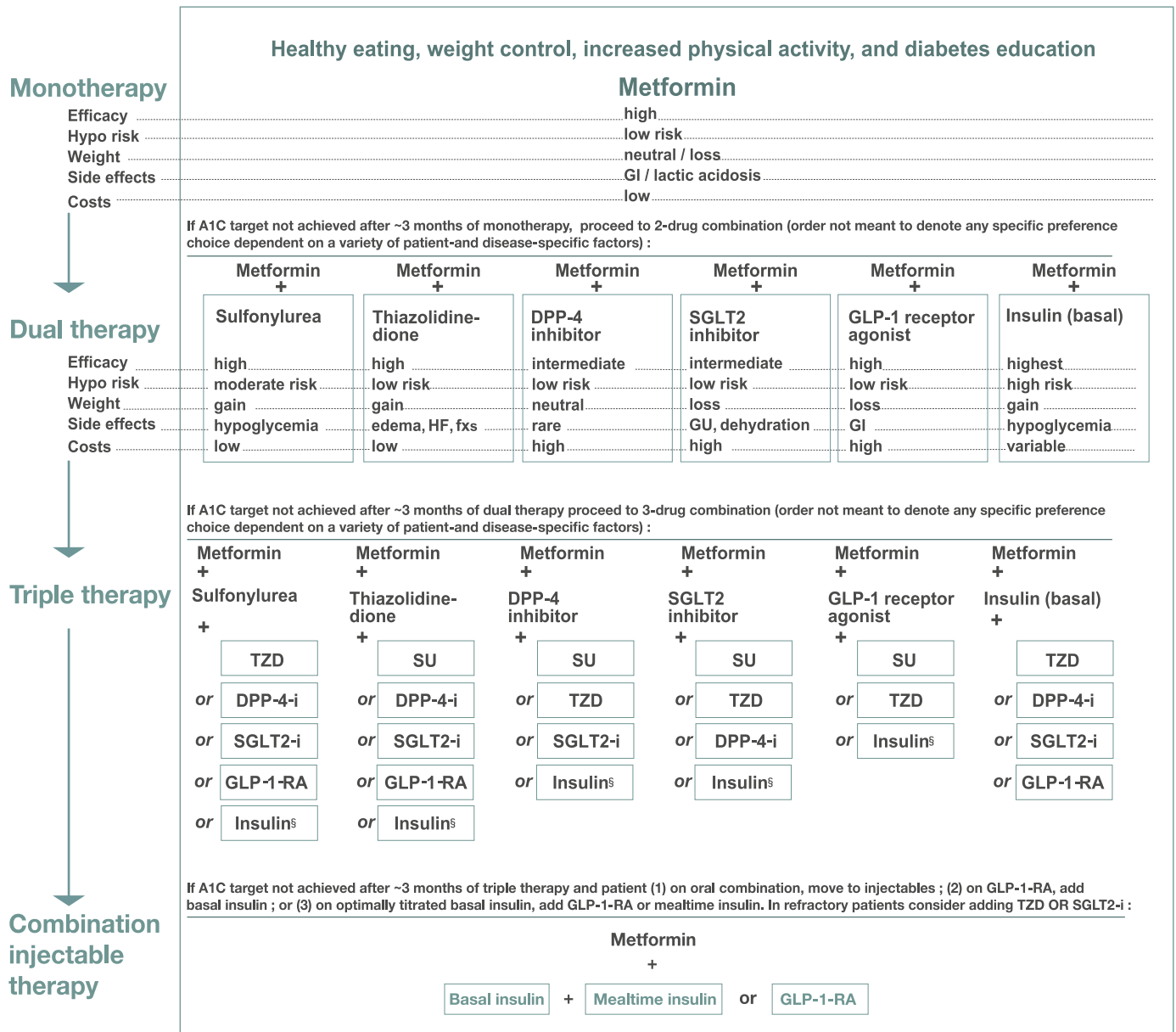
Un objectif plus stricte $\leq 6.5\%$ est un objectif qui pourrait être envisagé chez les patients sélectionnés (avec durée de la maladie courte, espérance de vie longue, complications cardiovasculaires non significatives), si cela peut être réalisé sans l'hypoglycémie significative ou d'autres effets indésirables du traitement (8)

Objectif d'HbA1c de 7,5-8,0% ou même légèrement plus élevé est approprié pour les patients ayant des antécédents d'hy-

poglycémie sévère, espérance de vie limitée, des complications cardiaques avancées, comorbidité importante et ceux dont la cible est difficile à atteindre, malgré l'éducation intensive et répétée, et des doses efficaces de plusieurs agents hypoglycémisants, y compris l'insuline (9).

L'approche globale de cette nouvelle stratégie est de pondérer l'agressivité des thérapeutiques en fonction du pronostic global du patient (figure 2, 10).

L'approche non pharmacologique : activité physique, alimentation équilibrée et lutte contre l'excès pondéral ; est indispensable et indissociable de l'approche pharmacologique. La Metformine reste le traitement de première ligne, en l'absence



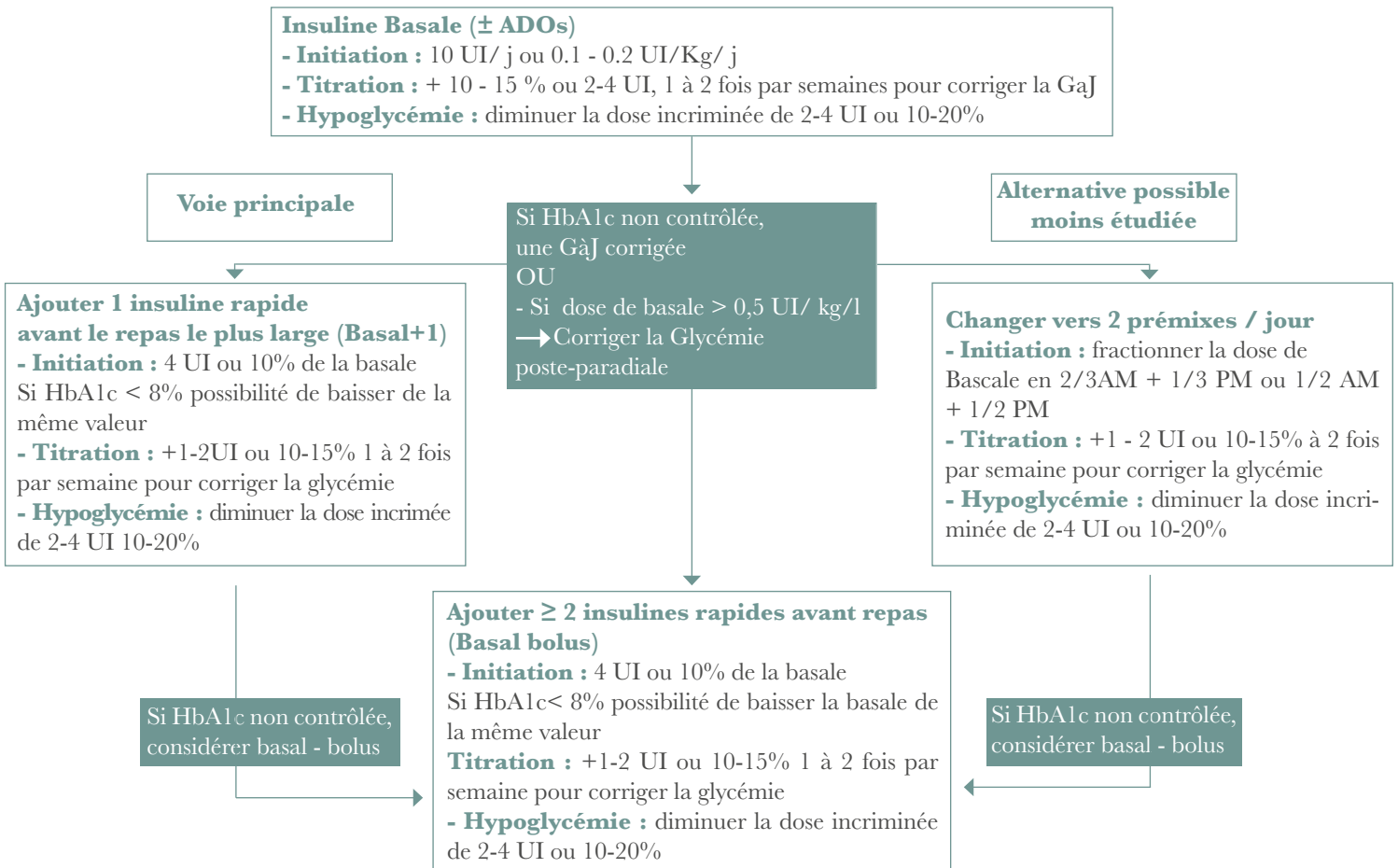
de contre-indications, les preuves de son efficacité et sécurité sont présentes, par ailleurs elle est peu couteuse et peut réduire le risque d'évènement cardiovasculaire et de décès (11). Si les objectifs ne sont pas atteints avec metformine après trois à six mois, il est alors suggéré d'introduire un deuxième antidiabétique oral, voire un troisième. Une méta analyse a suggéré que globalement l'ajout à la thérapeutique initiale d'un agent non insulinique abaisse l'HbA1c de 0.9 à 1.1% en moyenne (12).

La bithérapie est à envisager d'emblée lorsque l'HbA1c est supérieure à 9% pour atteindre plus rapidement le niveau d'HbA1c cible (13). Lancer une insulinothérapie combinée lorsque la glycémie est supérieure à 3-3.5 gr/l et/ou l'HbA1c est supérieure à 10-12% est envisageable, et dès que la glucotoxicité est levée le régime thérapeutique pourra être simplifié (13).

L'arsenal thérapeutique est actuellement bien étoffé et le choix des

thérapeutiques introduites est à envisager en fonction d'objectifs particuliers, exemple : moindre prise de poids avec les inhibiteurs des DPP4 ou GLP1 ou moindre couts avec les sulfamides.

En cas d'échec avec trois antidiabétiques oraux et/ou un analogue du GLP1, la prochaine étape est une insulinothérapie. En 2015, l'ADA et l'EASD revoient leur stratégie d'initiation de l'insulinothérapie et recommandent de le faire par une insuline basale. Cette stratégie offre une couverture d'insuline relativement uniforme tout au long de la journée et la nuit. Bien que la majorité des patients atteints de diabète de type 2 insulino-nécessitant peut être traitée avec succès par l'insuline basale seule, certains, en raison de la diminution progressive de leur capacité de sécrétion d'insuline, nécessiteront une insulinothérapie prandiale avec des insulines à action plus courte (schéma)



Conclusion

Les recommandations actuelles adaptent le traitement en fonction des facteurs de comorbidité, augmentant ainsi la sécurité et réduisant les effets adverses. D'autre part l'introduction du patient comme partenaire de prise de décision et de gestion de la maladie permettra d'atteindre un objectif thérapeutique de façon réaliste et durable d'une pathologie insidieuse et progressive.

Références

1. Atlas International Diabetes Federation (ADF). 2015
2. Stratton IM, Adler AI, Neil HA, et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35) : prospective observational study. *BMJ* 2000 ; 321 : 405–412
3. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 1998 ; 352 : 837–853
4. Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Matthews DR, Neil HA. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008 ; 359 : 1577–1589
5. Gerstein HC, Miller ME, Byington RP, et al. Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008 ; 358 : 2545–2559
6. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, et al. Management of hyperglycemia in type 2 Diabetes : A patient centred approach. Position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care* 2012 ; 35 : 1364–79.
7. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2011. *Diabetes Care* 2011 ; 34(Suppl.1) : S11–S6
8. Akalin S, Berntorp K, Ceriello A, et al. ; Global Task Force on Glycaemic Control. Intensive glucose therapy and clinical implications of recent data: a consensus statement from the Global Task Force on Glycaemic Control. *Int J Clin Pract* 2009 ; 63 : 1421–1429. Lee SJ, Eng C. Goals of glycemic control in frail older patients with diabetes. *JAMA* 2011 ; 305 : 1350–1351
10. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, et al. Management of hyperglycemia in type 2 Diabetes : A patient centred approach. Position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care* 2015 ; 38 : 140–149.
11. Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Matthews DR, Neil HA. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008 ; 359 : 1577–1589
12. Bennett WL, Maruthur NM, Singh S, et al. Comparative effectiveness and safety of medications for type 2 diabetes : an update including new drugs and 2-drug combinations. *Ann Intern Med* 2011 ; 154 : 602–613
13. American Diabetes Association. Approaches to glycemic treatment. *Diabetes Care* 2016 ; 39(Suppl. 1) : S52–S59

Cas clinique

A. KHELAF, Z. ARBOUCHE.

Service d'Endocrinologie-Diabétologie
CHU Beni-Messous, Alger.

Vous recevez aux urgences un patient âgé de 58 ans, diabétique de type 2 depuis 5 ans sous : Metformine 850 mg 2X/j et Glimépiride 4 mg/jr. Il n'a pas d'hypertension artérielle ni de dyslipidémie.

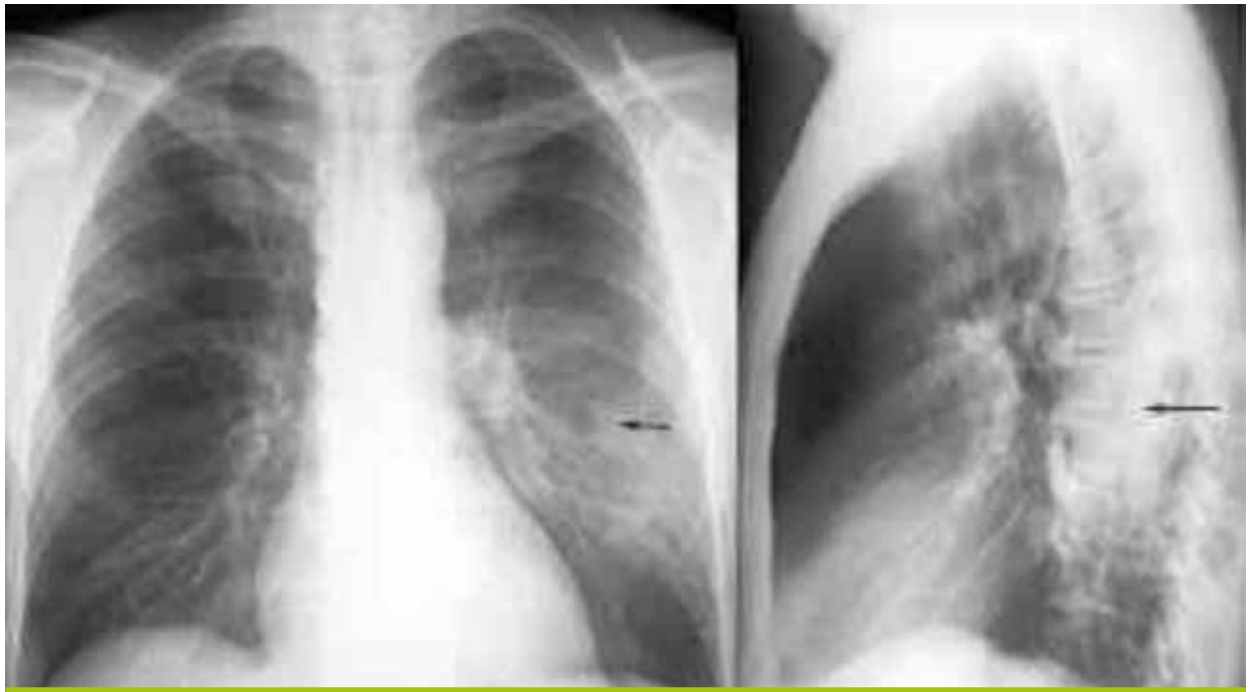
Il consulte pour des vomissements et des douleurs abdominales apparues depuis le matin avec notion de mictions fréquentes et prise excessive de boissons.

Il vous rapporte aussi des douleurs basi-thoraciques gauches évoluant depuis 2 jours, associés à une toux productive.

L'examen clinique retrouve un patient asthénique, état général moyen, fébrile à 39,2° C. Constantes vitales : FR = 30 cycles/mn, FC = 110 bpm, TA = 90/50 mmHg

La muqueuse buccale est sèche et il y a un pli cutané.

L'auscultation pleuro-pulmonaire retrouve des râles crépitants en basi-thoracique gauche. Vous demandez un téléthorax.



Question 1 : Que vous évoque cette image radiologique ? La glycémie capillaire est à 4,8 gr/l

Question 2 : Quel examen simple demandez-vous en 1ère intention au lit du malade ? Que recherchez-vous ? L'examen que vous avez demandé retrouve : Glucose +++++, Corps cétoniques +++

Question 3 : Quels examens complémentaires vous demandez ?

Le bilan que vous avez demandé retrouve :

1. Glycémie = 5 gr/l
2. Urée = 1 gr/l
- Créatinine = 14 mg/l (CC= 55 ml/mn)
3. Na⁺ = 140 mEq/l
- K⁺ = 4 mEq/l
4. PH = 7,2
- HCO₃⁻ = 12 mEq/l

5. ECG :

Question 4 : Interprétez les résultats biologiques.

Question 5 : Quel est votre diagnostic concernant la complication métabolique que présente le patient ?

Question 6 : Quelle est votre conduite à tenir thérapeutique ?

Question 7 : quelle sera votre surveillance ?

Question 8 : À 9 H du matin, l'infirmier vous dit qu'il retrouve une glycémie capillaire à 0,79 g/l et vous demande s'il doit injecter la dose d'insuline prescrite. Que lui répondez-vous ?

Question 9 : 24 h après l'admission, le patient est en BEG, il a repris une alimentation normale. Les paramètres biologiques se sont normalisés. Quel schéma d'insulinothérapie allez-vous prescrire ?