

SYNTHÈSE

Stratégie thérapeutique du patient vivant avec un diabète de type 2

Validée par le Collège le 30 mai 2024

L'essentiel

- Le diabète de type 2 (DT2) est une **pathologie chronique multifactorielle et évolutive**.
- L'objectif de la prise en charge du patient vivant avec un DT2 est de réduire la morbi-mortalité, notamment par un contrôle glycémique correct ainsi que par la prévention, le dépistage et le traitement de ses complications cardiovasculaires et rénales et l'amélioration de la qualité de vie du patient.
- **La prise en charge du patient vivant avec un DT2 est globale et plurielle** dans ses composantes que cela soit les modifications thérapeutiques du mode de vie ou les traitements médicamenteux.
- **L'objectif thérapeutique est individualisé en fonction du profil des patients** (populations générale ou plus spécifique, présence ou non de comorbidités et de facteurs de risque cardio-vasculaires, complications du diabète, etc.) et peut donc évoluer au cours du temps.
- **En première intention, proposer une prise en charge non médicamenteuse axée sur les modifications des habitudes de vie efficaces** (programme nutritionnel, lutte contre la sédentarité, activité physique/activité physique adaptée, éducation thérapeutique, etc..) est un préalable indispensable à l'éventuelle mise en place d'un traitement médicamenteux ; sauf dans certaines situations particulières (par exemple hyperglycémie majeure au diagnostic).
- **En deuxième intention**, si la prise en charge non médicamenteuse proposée (changement des habitudes de vie) n'a pas permis d'atteindre les objectifs définis initialement avec le patient, proposer un traitement médicamenteux en tenant compte du statut cardiovasculaire et rénal du malade.
- **Lors du choix d'une classe thérapeutique déterminée**, prendre en compte le profil du patient (besoins, situation, préférences, acceptabilité) et les caractéristiques de l'antidiabétique envisagé (indications et contre-indications, efficacité sur le taux d'HbA1c, impacts protecteurs sur les complications cardio-vasculaires et rénales, risque d'hypoglycémie, effet sur le poids, effets secondaires, modalités d'administration, etc..).
- **Au delà de la recherche de l'équilibre glycémique**, les traitements (iSGLT2) et (GLP-1) sont recommandés dans la prise en charge des DT2 pour leurs effets protecteurs cardio-vasculaires et rénaux et/ou impacts sur le poids
- **La prise en charge doit être réinterrogée régulièrement** : à chaque changement de traitement, il est nécessaire de reconsidérer le maintien ou l'arrêt de la stratégie

médicamenteuse (selon l'efficacité, la tolérance, les préférences du patient) et d'assurer l'accompagnement thérapeutique du patient, sa connaissance, et son adhésion (en particulier lors du passage à un traitement injectable).

- **Les mesures non médicamenteuses doivent être maintenues tout le long de la prise en charge.**

Généralités

Le DT2 est défini par :

- Une glycémie supérieure à 1,26 g/l (7,0 mmol/l) après un jeûne de 8 heures et vérifiée à deux reprises ;
- Ou la présence de symptômes de diabète (polyurie, polydipsie, amaigrissement) associée à une glycémie (sur plasma veineux) supérieure ou égale à 2 g/l (11,1 mmol/l) ;
- Ou une glycémie (sur plasma veineux) supérieure ou égale à 2 g/l (11,1 mmol/l) 2 heures après une charge orale de 75 g de glucose (critères proposés par l'Organisation mondiale de la santé)

Le DT2 provoque des complications microvasculaires (rétinopathie, néphropathie et neuropathie) et macrovasculaires (cardiopathie ischémique, artériopathie oblitérante des membres inférieurs et accident vasculaire cérébral ischémique).

La PEC est globale, plurielle dans ses composantes et individualisée sur la situation du patient vivant avec un DT2.

Diabète de type 2 : les piliers de la prise en charge

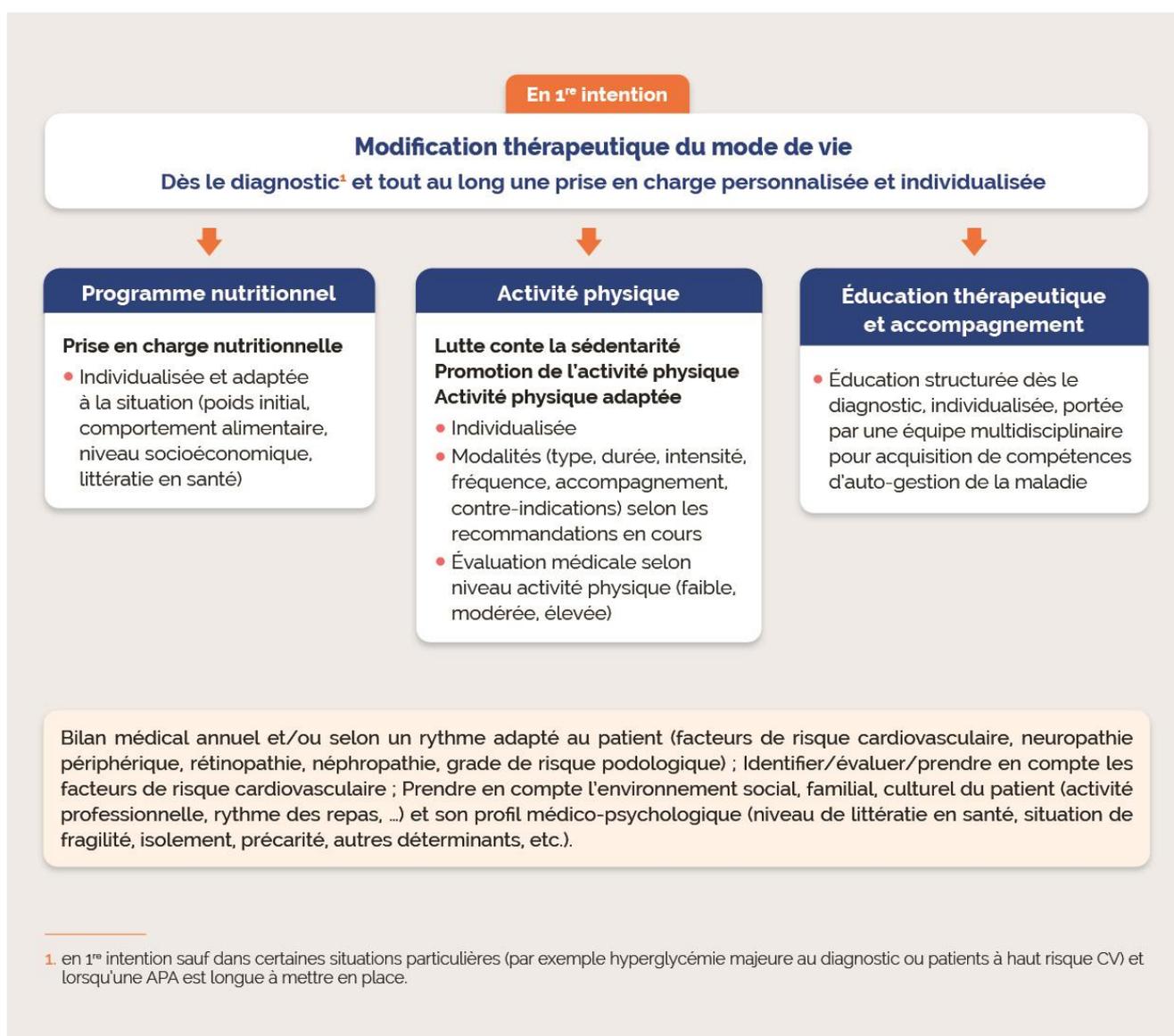


Stratégie thérapeutique (cas général) à adapter en fonction de l'état clinique du patient

La prise en charge du patient vivant avec un DT2 est plurielle et à réévaluer régulièrement dans toutes ses composantes :

- ➔ Prise en charge non médicamenteuse : modifications thérapeutiques du mode de vie (programme nutritionnel, activité physique, éducation thérapeutique)
- ➔ Prise en charge médicamenteuse : mono et bithérapie ; au-delà de la bithérapie (trithérapie avec ou sans insulinothérapie).

Diabète DT2 : prise en charge non médicamenteuse Modification thérapeutique du mode de vie



Diabète DT2 : prise en charge médicamenteuse

Monothérapie et bithérapie

En 2^e intention

Monothérapie et bithérapie

Maintien des mesures non médicamenteuses MTMV tout au long de la PEC

MET

- Traitement médicamenteux de première intention pour la normalisation glycémique
- Augmentation progressive pour dosage optimal ou maximum toléré
- En absence de symptômes d'hyperglycémie²

MET+/- iSGLT2 ou aGLP1

Selon le statut cardiovasculaire¹ et rénal du patient :

- A dose maximale tolérée MET, et indépendamment de la valeur HbA1c

Molécules/classes thérapeutiques selon statut cardiovasculaire¹ et rénal
(à réévaluer régulièrement)

Antécédents de maladie cardiovasculaire avérée : iSGLT2 ou aGLP1

Insuffisance cardiaque avérée : iSGLT2

- Sous traitement optimal de l'Insuffisance cardiaque et/ou néphroprotecteur

À l'initiation d'un traitement glifozine, évaluer les antécédents et risque acidocétoses diabétiques (récurrence d'épisode, maladie intercurrente, régime très faible en glucides ou cétoène)

Maladie rénale chronique : iSGLT2

- Sous traitement optimal de l'Insuffisance cardiaque et/ou néphroprotecteur

Patient à haut risque cardiovasculaire (prévention primaire) : iSGLT2 ou aGLP1

Obésité ou surpoids (IMC > ou égale à 30 kg/m²) : aGLP1 à dose antidiabétique

- Suivi rétinien (risque d'une baisse rapide de HbA1c)

Patient à risque cardiovasculaire modéré (prévention primaire) :

- iSGLT2 ou aGLP1
- iDPP4
- Autre (SULF, répaglinide, ascarbose)

Quelle que soit la stratégie médicamenteuse, nécessité d'une évaluation à 3/6 mois (efficacité, tolérance, acceptabilité et adhésion du patient), et si objectif PEC initial non obtenu ; plus rapidement en cas de signes cliniques liés à l'hyperglycémie ou aux événements indésirables (événements gastrointestinaux, hypoglycémie, prise de poids, autres)

1. Selon les modalités et définitions décrites dans les recommandations de bonne pratique en cours

2. Sur avis spécialisé, schéma Insulinique intensifié si diabète très déséquilibré (glycémies supérieures à 3g/L répétées ou HbA1c > 10% ; retour au schéma général si retour aux objectifs initiaux

Diabète DT2 : prise en charge médicamenteuse

Trithérapie avec ou sans insulinothérapie

En 2^e intention

Trithérapie avec ou sans insulinothérapie

Maintien des mesures non médicamenteuses tout au long de la PEC



MET

+/- iSGLT2 ou aGLP1
+/- autre molécule

En trithérapie, schémas thérapeutiques possibles :

- iSGLT2 ou aGLP1 (si non déjà incluses)
- iDPP4i
- SULF (surveillance poids et hypoglycémies)
- Répaglinide (en cas de maladie rénale)

Selon la situation et préférences, un traitement par voie orale peut être privilégié au traitement injectable

Association aGLP1 et IDPP4, ou molécule de même mécanisme d'action non recommandée



Trithérapie avec insuline INS

Insuline intermédiaire/analogue lente :

- Mise en place en ambulatoire et prudente : une injection quotidienne, avec accompagnement thérapeutique (patient, entourage)
- Règles de pratiques proposées :
 - Dose initiale faible (en général de 0,1 unité/kg par 24 heures),
 - Définition d'objectif de glycémie à jeun au réveil,
 - Adaptation des doses tous les 3 jours selon glycémies au réveil et de l'objectif fixés (à titre indicatif, +/- 1 ou 2 UI sauf cas particulier),
 - Réévaluation du traitement (ADO et/ou INS) régulièrement et selon besoin.

Intensification (en absence de résultat glycémique) :

- Schéma basal-bolus : INS ou analogue d'action lente et INS ou analogue d'action rapide ou ultra-rapide avant un ou plusieurs repas de la journée
- Schéma de 1 à 2 injections par jour d'insuline biphasique

- Si voie injectable, envisager l'avis du spécialiste EDN
- Favoriser et accompagner à l'autosurveillance glycémique et apprentissage
- Encourager lecteur glycémique en continu
- Discussion avec le patient (et/ou son entourage) dans le cadre de l'éducation

Quelle que soit la stratégie médicamenteuse, nécessité d'une évaluation à 3/6 mois (efficacité, tolérance, acceptabilité et adhésion du patient), et si objectif PEC initial non obtenu ; plus rapidement en cas de signes cliniques liés à l'hyperglycémie ou aux événements indésirables (événements gastrointestinaux, hypoglycémie, prise de poids, autres).

Éléments à considérer pour le choix du traitement médicamenteux :

- Situation du patient et comorbidités : (présence ou non de pathologies cardiovasculaires et/ou rénales, facteurs de risques cardiovasculaires, de surpoids ou d'obésité)
- Efficacité des traitements en termes de réponse métabolique et de protection cardiovasculaires et rénale ;
- Contre-Indications,
- Préférences et besoins individuels du patient,
- Risques liés à la polymédication ;
- Exigences en matière de surveillance,

Aide au choix d'un traitement antidiabétique hypoglycémiant

Aide au choix d'un traitement antidiabétique hypoglycémiant	Tenir compte du profil du patient (situation, préférences, acceptabilité) et des caractéristiques de l'antidiabétique envisagé (efficacité sur le taux d'HbA1c, efficacité sur les complications cardiovasculaires et/ou rénales, risque d'hypoglycémie, effet sur le poids, effets indésirables, modalités d'administration, etc..) lors du choix d'une classe thérapeutique déterminée					
	Tout au long de la prise en charge, de manière régulière et à chaque changement de traitement, il est nécessaire de reconsidérer le maintien ou l'arrêt de la stratégie médicamenteuse (efficacité, tolérance, préférences du patient) et d'assurer l'accompagnement thérapeutique du patient, sa connaissance, et son adhésion					
	Metformine	iSGLT2	aGLP-1	iDPP4	SULF/Glinide	Insuline
Efficacité sur HbA1c	++	+	+++	+	+++	++++
Effets protecteurs cardiovasculaires	↔ à + (IDM non fatal)	Bénéfices ++ (Selon molécules)	++ (Selon molécules)	↔	↔	↔
Risque d'hypoglycémie	-	-	-	-	++	+++ (Selon « rapidité »)
Effets sur la fonction rénale	↔	+++ (selon molécules) (Baisse initiale et temporaire du DFG)	+ Selon molécules			
Effets sur le poids	↔	↓	↓↓	↔	↑	↑↑
Effets indésirables	Digestifs	Infections urinaires Infections génitales	Digestifs	Digestifs	Hypoglycémies Prise de poids	Hypoglycémies Prise de poids Réaction au site d'injection
Point de vigilance selon RCP ¹	- Acidose lactique en cas de surdosage ou d'insuffisance rénale aiguë et défaillance circulatoire, - Carence vit B12	- Acidocétose (antécédent et suivi) - Déplétion volémique / hypotension (à surveiller) - Fasciite nécrosante du périnée (gangrène de Fournier) <u>Autres (rare) :</u> - Amputations des membres inférieurs	- Accélération du rythme cardiaque, - Aggravation des rétinopathies sévères - Pancréatite aiguë <u>Autres (rare) :</u> - Obstruction intestinale, - Lithiase biliaire et cholécystite	- Pancréatite aiguë - Angioœdème - Toxidermie	- Hypoglycémies sévères <u>Autres (rare) :</u> - Interactions médicamenteuses - Syndrome coronarien aigu	Hypoglycémies sévères
Modalités d'administration	Voie orale	Voie orale	Injection sous cutanée	Voie orale	Voie orale	Injection sous cutanée

1. Voir résumé des caractéristiques du produit (RCP) pour détails et fréquence

Avec : + faible ; ++ modéré/intermédiaire ; +++ fort/élevé ; ↑ augmentation ; ↓ baisse ; ↔ neutre

Ce document présente les points essentiels de la publication : **Stratégie thérapeutique du patient vivant avec un diabète de type 2, Méthode, mai 2024**

Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr