

Les Nouvelles Recommandations

de l'HAS et de l'afssaps

dans le

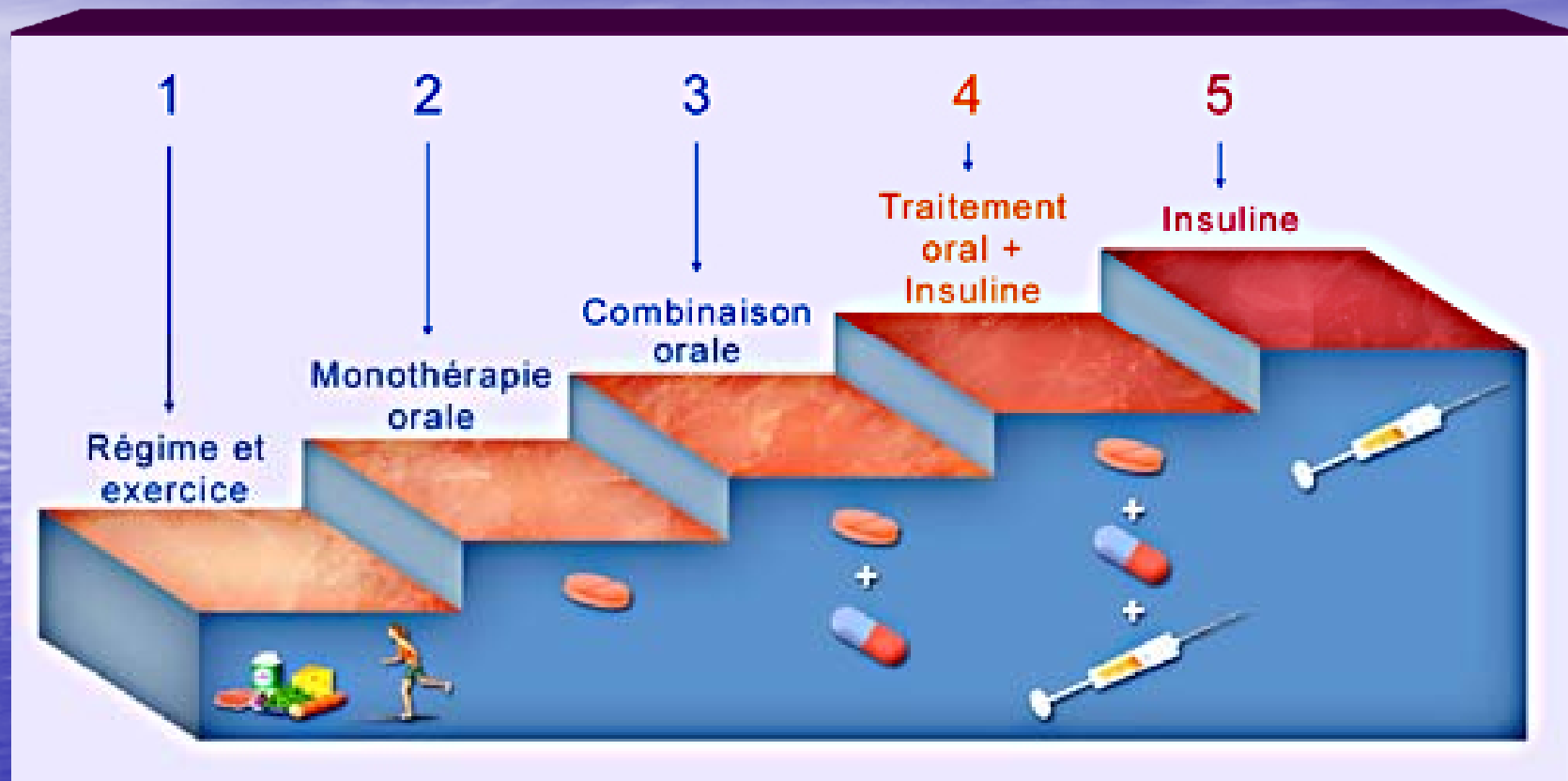
Traitement médicamenteux du diabète de type 2

Novembre 2007



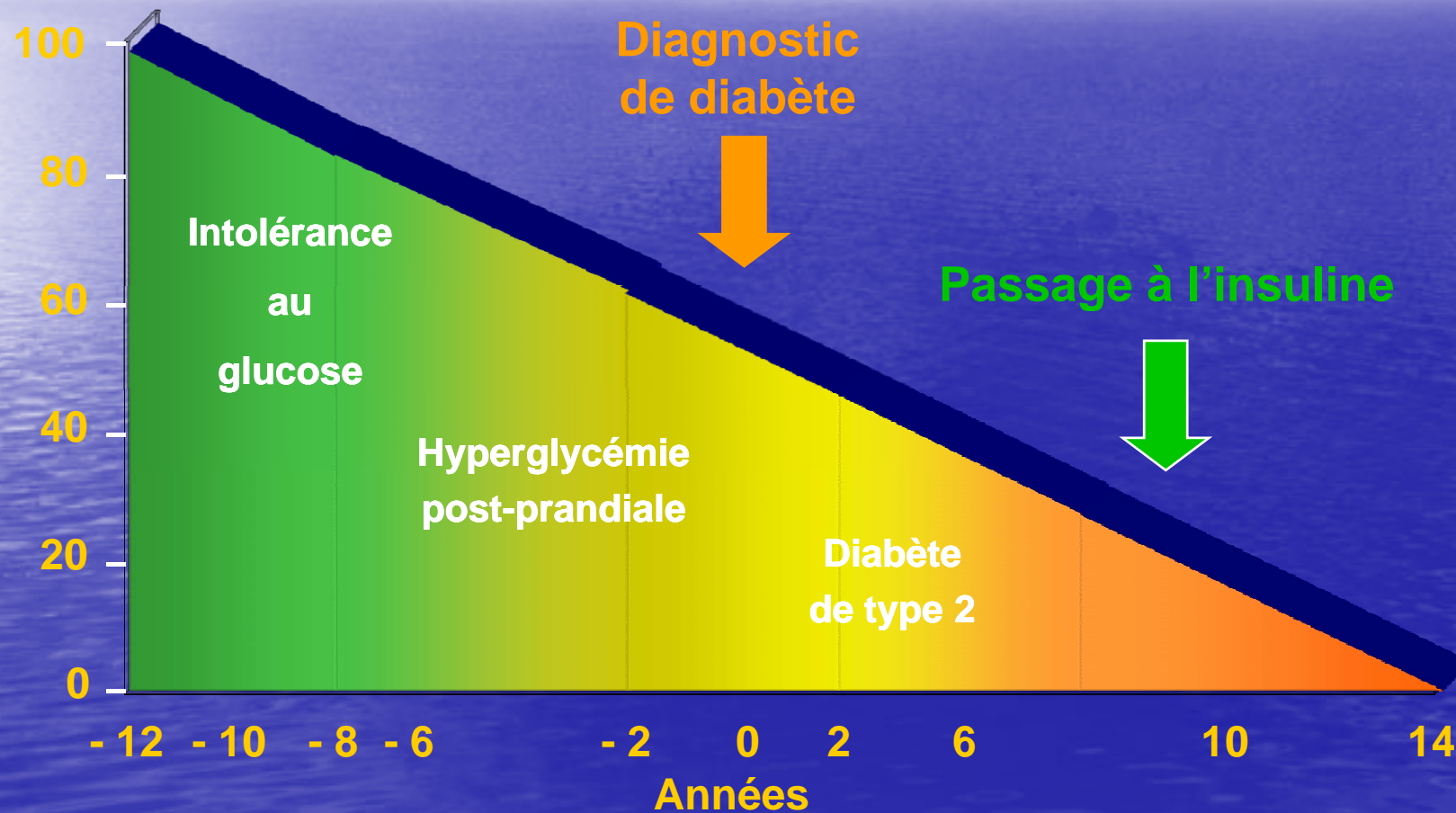
Dr Dominique Mégraoua
Centre d'Éducation Diabétique et Diététique
Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie

L'escalade thérapeutique



Défaillance β cellulaire

Fonctionnalité des cellules β (%)



A photograph of a vast blue ocean under a blue sky with wispy white clouds. The horizon line is visible in the distance. The text "plus fort, plus tôt, plus vite..." is overlaid in the center in a yellow-orange font.

plus fort, plus tôt, plus vite...

La prise en charge thérapeutique du diabète de type 2 doit

- être précoce
- être globale
- viser à normaliser la glycémie et à corriger l'ensemble des facteurs de risque cardiovasculaire amendables ;
- être adaptée à chaque patient en étant modulée selon l'âge physiologique, les comorbidités, la sévérité et l'ancienneté du diabète ;
- s'appuyer sur la participation active du patient*
- et faire appel à la complémentarité des différents professionnels de santé

* mesures d'hygiène de vie, arrêt du tabac, exercice physique, prise en charge pondérale, observance médicamenteuse

Traitement initial

Lorsque le diabète est découvert à un stade précoce

Il est recommandé de rechercher d'emblée et de maintenir durablement la quasi normalisation glycémique en retenant un objectif d'HbA1c < 6,5 %.

Le programme alimentaire et l'activité physique constituent la pierre angulaire du traitement initial du diabète.



Une escalade thérapeutique...

... en 5 étapes

HbA1c entre 6% et 6,5% après 6 mois de mesures hygiénodiététiques

Lorsque l'HbA1c reste $> 6\%$ malgré 6 mois de prise en charge hygiéno-diététique bien conduite et suivie de façon satisfaisante, le groupe de travail recommande la prescription de metformine, ainsi donc avant même la valeur seuil de $6,5\%$.

HbA1c > à 6,5 % malgré 6 mois de prise en charge hygiénodiététique : monothérapie au choix

Si après 6 mois de prise en charge hygiéno-diététique (après 3 mois si l'hyperglycémie est plus importante), l'HbA1c reste > 6,5 %, on a le choix entre les différentes classes d'hypoglycémifiants :

- Quel que soit l'Indice de Masse Corporelle, on peut débuter le traitement médicamenteux en priorité par :
 - la metformine
 - en cas d'intolérance ou de contre-indication, les inhibiteurs de l'alphaglucohydrolase (surtout s'il existe une hyperglycémie post-prandiale)
- Si l'indice de masse corporelle est inférieur à 27 on pourra opter en première intention pour un insulinosécréteur (sulfamide ou glinide), principalement si l'hyperglycémie est plus marquée et le risque hypoglycémique plus faible.

Échec des monothérapies :

HbA1c > 6,5 %

après 6 mois d'une des monothérapies

Si malgré une monothérapie à dose maximale l'HbA1c est > 6,5% on a alors recours à une des bithérapies suivantes :

- metformine + insulinosécréteur
- metformine + glitazone
- metformine + inhibiteur des alphaglucosidases
- insulinosécréteur + glitazone, en cas d'intolérance avérée et persistante à la metformine ou de contre-indication de celle-là.
- ou encore insulinosécréteur + inhibiteurs des alphaglucosidases (en cas d'hyperglycémie post-prandiale importante mais avec une moindre efficacité sur l'HbA1c que les autres associations)

Échec de la bithérapie : HbA1c > 7 % après 6 mois ou plus de bithérapie

Il est alors recommandé :

- soit un essai d'une trithérapie orale : metformine + insulinosécréteur + glitazone bien que cette association demande à être évaluée dans la durée. L'objectif est d'obtenir une HbA1c < à 7 %.
- soit d'opter d'emblée (hors bithérapie incluant une glitazone) pour l'adjonction d'insuline, injection unique d'une insuline intermédiaire (NPH) ou d'un analogue lent le soir.

L'autosurveillance glycémique devra alors être introduite pour les patients qui ne la pratiquaient pas jusqu'alors.

Échec de la trithérapie :
 $HbA1c \geq 8\%$
après plus de 6 mois de trithérapie

Si après plus de 6 mois de trithérapie orale maximale bien conduite l'HbA1c reste $\geq 8\%$, il conviendra d'interrompre les glitazones et d'assurer le passage à l'insuline.

TABLEAU 3 : ESCALADE THERAPEUTIQUE DANS LE DIABETE DE TYPE 2

Seuil de prescription	Stratégie thérapeutique	Objectif
HbA1c > 6 %	Etape 1 Mesures hygiéno-diététiques (MHD)	HbA1c < 6 %
<i>Si malgré étape 1</i> HbA1c > 6% (à la phase précoce du diabète) <i>Si malgré étape 1,</i> HbA1c > 6,5%	Etape 2 MONOTHERAPIE+MHD : Metformine voire IAG MONOTHERAPIE au choix + MHD Metformine ou IAG ou SU ou Glinides	maintenir l'HbA1c < 6.5 %
<i>Si malgré étape 2,</i> HbA1c > 6.5 %	Etape 3 BITHERAPIE + MHD	ramener l'HbA1c < 6.5 %
<i>Si malgré étape 3,</i> HbA1c > 7 %	Etape 4 TRITHERAPIE + MHD ou INSULINE ± ADO + MHD	ramener l'HbA1c < 7 %
<i>Si malgré étape 4,</i> HbA1c > 8 %	INSULINE ± ADO + MHD Etape 5 INSULINE FRACTIONNEE + MHD	ramener l'HbA1c < 7 %

ADO = antidiabétiques oraux IAG = Inhibiteurs des alpha-glucosidases, SU = sulfamides hypoglycémiants, insuline + ADO = mise à l'insuline : intermédiaire ou lente le soir ; insuline fractionnée : > 1 injection / J soit 2 à 4 / J . MHD = mesures hygiénodiététiques



Diabète découvert plus tardivement

Quel que soit l'âge, de nombreux diabètes sont encore découverts à un stade plus tardif que celui envisagé ci-dessus : on est d'emblée en présence d'un déséquilibre glycémique important et quelquefois de complications.

La stratégie thérapeutique est alors différente : en l'absence d'erreurs diététiques importantes, on pourra proposer d'emblée une bithérapie metformine + sulfamide hypoglycémiant (effet hypoglycémiant plus rapidement atteint), voire une insulinothérapie notamment en cas de contre-indication d'une ou de plusieurs classes d'antidiabétique oral.

Dépistage du Diabète de Type 2 en Nouvelle-Calédonie





AGENCE SANITAIRE ET SOCIALE
de la Nouvelle-Calédonie

FICHE PATIENT (à remplir pour chaque dépistage, même si négatif)

Dépistage du Diabète de Type 2 en Nouvelle-Calédonie

N° _____ Dispensaire / Cabinet : _____

Initiales : _____ Âge : _____ ans

Communauté d'appartenance (déclarée par le patient) : _____

Dépistage réalisé avec (à cocher) : (résultat)

- glycémie capillaire : _____ g/l
 glycémie veineuse à jeun : _____ g/l

Sur le(s) critère(s) suivant(s) (à cocher) :

• Quel que soit l'âge :

- symptômes de diabète (polyurie polydypsie, amaigrissement inexpliqué, somnolence voire coma)

• Plus de 40 ans :

- origine polynésienne (tahitienne, wallisienne, futunienne)
 urbanisation récente de moins de 5 ans, situation de précarité

• présence de marqueurs du syndrome métabolique :

- IMC ≥ 28 kg/m²
 TA ≥ 140 et/ou 90 mmHg ou HTA traitée
 HDL - cholestérol $\leq 0,35$ g/l et/ou TG ≥ 2 g/l et/ou dyslipidémie traitée

• existence d'antécédents :

- antécédents de diabète gestationnel ou d'enfant de poids de plus de 4 kg à la naissance
 antécédents familiaux de diabète (grands parents, parents, fratrie)
 antécédents de diabète temporairement induit

Dépistage autres critères : _____

Confirmation par une glycémie veineuse : _____ g/l

Suite dépistage :

- Perdu de vue
 Mise en route Longue Maladie
 Consultation spécialiste

Date : ____ / ____ / ____ Nom du médecin : _____

La prévalence des cas diagnostiqués, la prévalence des cas méconnus, la gravité des complications, le retard du diagnostic et les coûts directs et indirects associés à la prise en charge médicale font du diabète de type 2 un problème de santé publique très important.

Le test de dépistage peut être réalisé de trois façons et il est positif si :

- glycémie capillaire à tout moment :
 - ≥ 1,20 g/l si le prélèvement a été fait plus de 2 heures après le dernier repas ;
 - ≥ 1,50 g/l s'il a été fait moins de 2 heures après le dernier repas ;
- glycémie veineuse à jeun $\geq 1,26$ g/l ;
- présence de symptômes de diabète (polyurie polydypsie, amaigrissement inexpliqué, somnolence voire coma) et glycémie au hasard ≥ 2 g/l.

+
En cas de positivité, confirmer le diagnostic par un test de glycémie veineuse à jeun au laboratoire lorsque le test de dépistage aura été réalisé à partir d'un prélèvement veineux à jeun, et par deux tests de glycémie veineuse à jeun au laboratoire, lorsque le test de dépistage aura été réalisé à partir d'un prélèvement capillaire.

-
En cas de résultat négatif, le test devra être répété tous les 3 ans (ou tous les ans pour les sujets hyperglycémiques modérés à jeun). Un suivi plus rapproché (entre 1 et 3 ans) doit être effectué chez les sujets ayant plusieurs marqueurs de risque.

- ▶ L'anomalie glycémique découverte doit être prise en charge.
- ▶ L'hyperglycémie modérée à jeun, entre 1,10 et 1,26 g/l, est une situation à risque (pré diabète) et nécessite des conseils hygiéno-diététiques et un suivi glycémique rapproché.

Les critères de dépistage :

Dépistage opportuniste (proposé à l'occasion du contact d'une personne avec un professionnel de santé, quelque soit la cause de ce contact) ciblé des sujets de plus de 40 ans ayant (en plus de l'âge) au moins un des marqueurs de risque de diabète suivants :

- origine polynésienne (tahitienne, wallisienne, futunienne)
- urbanisation récente de moins de 5 ans, situation de précarité
- présence de marqueurs du syndrome métabolique :
 - ▶ IMC ≥ 28 kg/m²,
 - ▶ TA ≥ 140 et/ou 90 mmHg ou HTA traitée,
 - ▶ HDL - cholestérol $\leq 0,35$ g/l et/ou TG ≥ 2 g/l et/ou dyslipidémie traitée.
- existence d'antécédents :
 - ▶ antécédents de diabète gestationnel ou d'enfant de poids de plus de 4 kg à la naissance,
 - ▶ antécédents familiaux de diabète (grands parents, parents, fratrie),
 - ▶ antécédents de diabète temporairement induit.

- !**
- ▶ Si le sujet a moins de 40 ans et présente des symptômes de diabète, il est nécessaire de réaliser un dépistage.
 - ▶ Il est nécessaire d'améliorer et de renforcer le suivi et la prise en charge des glycémies positives. L'absence de confirmation du diagnostic est en effet identifiée comme une cause possible de diabète méconnu.
 - ▶ Un dépistage simultané du diabète et des facteurs de risque cardio-vasculaire est recommandé.
 - ▶ Il est nécessaire de préparer l'annonce d'une maladie chronique définitive et potentiellement invalidante. Cette annonce nécessite d'être travaillée en préalable à l'acte de dépistage.

La prévalence des cas diagnostiqués, la prévalence des cas méconnus, la gravité des complications, le retard du diagnostic et les coûts directs et indirects associés à la prise en charge médicale font du diabète de type 2 un problème de santé publique très important.

Le test de dépistage peut être réalisé de trois façons et il est positif si :

- **glycémie capillaire à tout moment :**
 - 1,20 g/l si le prélèvement a été fait plus de 2 heures après le dernier repas ;
 - 1,50 g/l s'il a été fait moins de 2 heures après le dernier repas ;
- **glycémie veineuse à jeun $\geq 1,26$ g/l ;**
- **présence de symptômes de diabète** (polyurie polydypsie, amaigrissement inexplicable, somnolence voire coma) **et glycémie au hasard ≥ 2 g/l.**



En cas de positivité, confirmer le diagnostic par un test de glycémie veineuse à jeun au laboratoire lorsque le test de dépistage aura été réalisé à partir d'un prélèvement veineux à jeun, et par deux tests de glycémie veineuse à jeun au laboratoire, lorsque le test de dépistage aura été réalisé à partir d'un prélèvement capillaire.



En cas de résultat négatif, le test devra être répété tous les 3 ans (ou tous les ans pour les sujets hyperglycémiques modérés à jeun). Un suivi plus rapproché (entre 1 et 3 ans) doit être effectué chez les sujets ayant plusieurs marqueurs de risque.

► **L'anomalie glycémique découverte doit être prise en charge.**

► **L'hyperglycémie modérée à jeun, entre 1,10 et 1,26 g/l, est une situation à risque (pré diabète) et nécessite des conseils hygiéno-diététiques et un suivi glycémique rapproché.**

Les critères de dépistage :

Dépistage opportuniste (proposé à l'occasion du contact d'une personne avec un professionnel de santé, quelque soit la cause de ce contact) **ciblé des sujets de plus de 40 ans ayant (en plus de l'âge) au moins un des marqueurs de risque de diabète suivants :**

- **origine polynésienne** (tahitienne, wallisienne, futunienne)
- **urbanisation récente de moins de 5 ans, situation de précarité**
- **présence de marqueurs du syndrome métabolique :**
 - ▶ **IMC ≥ 28 kg/m²,**
 - ▶ **TA ≥ 140 et/ou 90 mmHg ou HTA traitée,**
 - ▶ **HDL - cholestérol $\leq 0,35$ g/l et/ou TG ≥ 2 g/l et/ou dyslipidémie traitée.**
- **existence d'antécédents :**
 - ▶ **antécédents de diabète gestationnel ou d'enfant de poids de plus de 4 kg à la naissance,**
 - ▶ **antécédents familiaux de diabète** (grands parents, parents, fratrie),
 - ▶ **antécédents de diabète temporairement induit.**



- ▶ **Si le sujet a moins de 40 ans et présente des symptômes de diabète, il est nécessaire de réaliser un dépistage.**
- ▶ **Il est nécessaire d'améliorer et de renforcer le suivi et la prise en charge des glycémies positives.**
L'absence de confirmation du diagnostic est en effet identifiée comme une cause possible de diabète méconnu.
- ▶ **Un dépistage simultané du diabète et des facteurs de risque cardio-vasculaire est recommandé.**
- ▶ **Il est nécessaire de préparer l'annonce d'une maladie chronique définitive et potentiellement invalidante.**
Cette annonce nécessite d'être travaillée en préalable à l'acte de dépistage.



AGENCE SANITAIRE ET SOCIALE
de la Nouvelle-Calédonie

FICHE PATIENT (à remplir pour chaque dépistage, même si négatif)

Dépistage du Diabète de Type 2 en Nouvelle-Calédonie

N° _____

Dispensaire / Cabinet : _____

Initiales : _____

Âge : _____ ans

Communauté d'appartenance (déclarée par le patient) : _____

Dépistage réalisé avec (à cocher) : (résultat)

glycémie capillaire : _____ g/l

glycémie veineuse à jeun : _____ g/l

▶ **Sur le(s) critère(s) suivant(s) (à cocher) :**

• **Quel que soit l'âge :**

- symptômes de diabète** (*polyurie polydypsie, amaigrissement inexpliqué, somnolence voire coma*)

• **Plus de 40 ans :**

- origine polynésienne** (*tahitienne, wallisienne, futunienne*)
 urbanisation récente de moins de 5 ans, situation de précarité

▪ **présence de marqueurs du syndrome métabolique :**

- IMC $\geq 28\text{kg/m}^2$**
 TA ≥ 140 et/ou 90 mmHg ou HTA traitée
 HDL - cholestérol $\leq 0,35$ g/l et/ou TG ≥ 2 g/l et/ou dyslipidémie traitée

▪ **existence d'antécédents :**

- antécédents de diabète gestationnel ou d'enfant de poids de plus de 4 kg à la naissance**
 antécédents familiaux de diabète (*grands parents, parents, fratrie*)
 antécédents de diabète temporairement induit

▶ **Dépistage autres critères :** _____

Confirmation par une glycémie veineuse : _____ g/l

Suite dépistage :

- Perdu de vue
- Mise en route Longue Maladie
- Consultation spécialiste

Date : ____ / ____ / ____

Nom du médecin : _____