

Les points clés des recommandations de la HAS de mai 2024 sur la prise en charge du diabète de type 2

Focus sur la prise en charge non médicamenteuse en première intention et à maintenir tout au long de la prise en charge (Grade B)

Au diagnostic : Dépistage et prise en charge de tous les autres facteurs de risques cardiovasculaires (Grade A). L'un des éléments essentiels est de travailler au sevrage tabagique (Grade A).

Modifications thérapeutiques du mode de vie (anciennement règles hygiéno-diététiques) :

- Prise en charge nutritionnelle adaptée à chaque patient.
- Lutte contre la sédentarité.
- Reprise d'activité physique avec l'aide d'enseignants en activité physique adaptée si nécessaire.

ATTENTION

➔ Vigilance particulière à apporter aux patients avec un diabète de type 2 instable à risque d'hypoglycémies réactionnelles ou d'hyperglycémies instables, ceux avec une rétinopathie diabétique proliférante souhaitant réaliser une activité physique avec effort à glotte fermée, ceux avec un mal perforant plantaire et les personnes âgées (Accord d'expert).

➔ Il est impossible d'introduire uniquement des modifications thérapeutiques du mode de vie chez les patients présentant une hyperglycémie majeure au diagnostic ou bien chez les patients avec un haut risque ou un très haut risque cardiovasculaire (Grade B).



Camille JUBERT
Interne de 3^{ème} semestre
d'endocrinologie -
diabétologie - nutrition
CHU de Rouen

La mise en place d'une éducation thérapeutique du patient dès la découverte de la pathologie lui permettra de mieux comprendre sa pathologie chronique et ainsi de s'investir davantage dans le soin (Accord d'expert).

Choix des thérapeutiques médicamenteuses en deuxième intention en fonction du profil du patient

Les inhibiteurs de SGLT-2 et analogues du GLP1 sont à choisir en priorité en cas de maladie cardiovasculaire avérée.

L'instauration d'un traitement médicamenteux dans la prise en charge d'un diabète de type 2 se fera systématiquement **de façon progressive en débutant aux doses minimales et jusqu'à atteindre l'objectif d'HbA1c ou la dose maximale tolérée** (Accord d'expert).

MONOTHÉRAPIE

1^{er} intention : METFORMINE (grade C)

OU si intolérance à la metformine et présence d'une insuffisance cardiaque chronique, néphropathie diabétique, maladie cardiovasculaire artérioscléreuse avérée ou patient à haut risque ou très haut risque CV : iSGLT2 (grade C).

OU si intolérance à la metformine chez un patient ne présentant pas une des situations citées précédemment et selon l'ordre de préférence de l'accord

d'expert : iSGLT2, aGLP1, iDPP4 ou les autres thérapeutiques antidiabétiques.

➔ **Attention :** Les monothérapies par iSGLT2, aGLP1 ou iDPP4 ne sont pas remboursées.

BITHÉRAPIE

Association de la METFORMINE avec :

- iSGLT2 : en cas d'antécédents de maladie cardiovasculaire, insuffisance cardiaque, maladie rénale chronique (grade A) ou d'albuminurie pathologique (grade C), et ce indépendamment de l'HbA1C. Molécule pouvant également être choisie pour les patients à haut risque cardiovasculaire (grade B).

➔ **Attention :** Il est nécessaire d'évaluer le risque d'acidocétose diabétique car augmentation du risque avec iSGLT2.

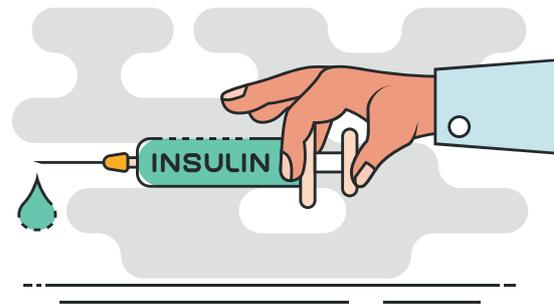
- aGLP1 : en cas d'antécédents de maladie cardiovasculaire (grade A) ou de situation d'obésité (grade C), et ceux indépendamment de l'HbA1C. Molécule pouvant également être choisie pour les patients à haut risque cardiovasculaire (grade B) ou présentant une NASH/NAFLD (grade C).
- iDPP4.
- Sulfamides hypoglycémisants mais attention aux risques d'hypoglycémies.
- Répaglinide pour les patient avec une prise alimentaire irrégulière mais attention aux risques d'hypoglycémies.
- Inhibiteurs de l'alpha 1 glucosidase intestinale (utilisation devenue très rare aujourd'hui).

Si une bithérapie s'avère inefficace, il est conseillé d'en tester d'autres avant d'envisager une trithérapie (Accord d'expert).

TRITHÉRAPIE en cas d'échec de la bithérapie

- Ajout d'un iSGLT2 ou d'un aGLP1 si il n'est pas inclus dans la bithérapie initiale.
- Puis par ordre de préférence : iDPP4 (sauf si présence d'un aGLP1 dans la bithérapie), sulfamides hypoglycémifiants, répaglinide ou inhibiteurs de l'alpha glucosidase.

- **INSULINE** : Introduction d'une insuline basale à 0,1 UI/kg avec adaptation de la dose tous les 3 jours en fonction de la glycémie à jeun. Puis, intensification avec un schéma basal-bolus (solution préférentielle) ou avec injection d'un mélange d'insuline lente et rapide (Accord d'expert).



Situations particulières

Pour tout diabète déséquilibré (HbA1c >10 % ou glycémie >3g/L à plusieurs reprises) : indication à introduire un schéma insulinaire dès le départ.

Pour les patients de plus de 75 ans

- Mise en place des modifications thérapeutiques du mode de vie en priorité avec le même type de recommandations en termes d'activité physique que pour les personnes âgées fragiles non diabétiques.
- Pour les personnes âgées malades ou fragiles, il est conseillé **de ne pas introduire de traitement** si l'HbA1c du patient est à moins de 0.5 point de pourcentage de l'HbA1c cible (Accord d'expert).
- Lors de l'introduction des traitements médicamenteux du diabète, il est essentiel de prendre en compte le **risque de dénutrition en lien avec les effets indésirables digestifs** de ceux-ci (grade C).
- Ordre d'introduction des traitements :
 - La METFORMINE en première intention si la fonction rénale le permet.
 - Les iSGLT2 en surveillant le risque d'hypovolémie associé.
 - Les aGLP1.
 - Les iDPP4 en cas de contre-indication à la metformine.
 - Le répaglinide en cas de contre-indication à la metformine et aux iDPP4.
 - Il est préférable d'éviter les sulfamides hypoglycémifiants.
 - L'introduction d'insuline sera à discuter en cas d'indisponibilité des autres traitements antidiabétiques pour le patient.

Pour les personnes en situation d'obésité

- Objectif initial : **perte de poids de 5 % du poids initial**.
- Modifications thérapeutiques du mode de vie avec reprise d'une activité physique, adaptée en cas de besoin.
- **Recherche d'un trouble du comportement alimentaire**, d'une dénutrition et d'une sarcopénie.
- Traitements antidiabétiques instaurés préférentiellement : **metformine en bithérapie avec un aGLP1, et ceux quelle que soit l'HbA1c**.

Pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque

- Metformine.
- iSGLT2 quelque soit l'HbA1c.
- aGLP1 en cas de contre-indication aux iSGLT2.
- iDPP4.

Pour les patients présentant une maladie cardiovasculaire avérée (antécédents d'infarctus du myocarde, coronaropathie, AOMI symptomatique, AVC)

- iSGLT2 ou aGLP1 quelque soit le taux d'HbA1c.
- Association de ces 2 classes thérapeutiques si l'équilibre glycémique n'est pas atteint.

Pour les patients avec une maladie cardiovasculaire silencieuse mais avérée grâce à des tests diagnostics

- aGLP1 en cas de score calcique augmenté sans dysfonction ventriculaire gauche.
- iSGLT2 en cas de dysfonctionnement systolique ou diastolique.

➔ **Quelque soit le taux d'HbA1c.**

Pour les patients souffrant de maladie rénale chronique

- iSGLT2 si la fonction rénale le permet.
- aGLP1 en cas de contre-indication aux iSGLT2.

Pour les femmes en âge de procréer avec un projet de grossesse

- **Planification** de la grossesse.
- Mise en place ou la poursuite d'une contraception indispensable en dehors du projet de grossesse.
- **Taux d'HbA1c cible inférieur à 6,5 % au moins 2 mois avant le début de la grossesse** (grade A).
- Poursuite des modifications thérapeutiques du mode de vie et de l'activité physique, adaptée si nécessaire.
- L'ensemble des traitements antidiabétiques, excepté l'insuline, doivent être arrêtés dès la phase préconceptionnelle. On équilibre donc le diabète avec des injections d'insulines lente et rapide avec pour objectifs glycémiques < 0,95 g/L à jeun et < 1,20 g/L en post-prandial.

