



LES RECOMMANDATIONS DE LA HAS 2006 :

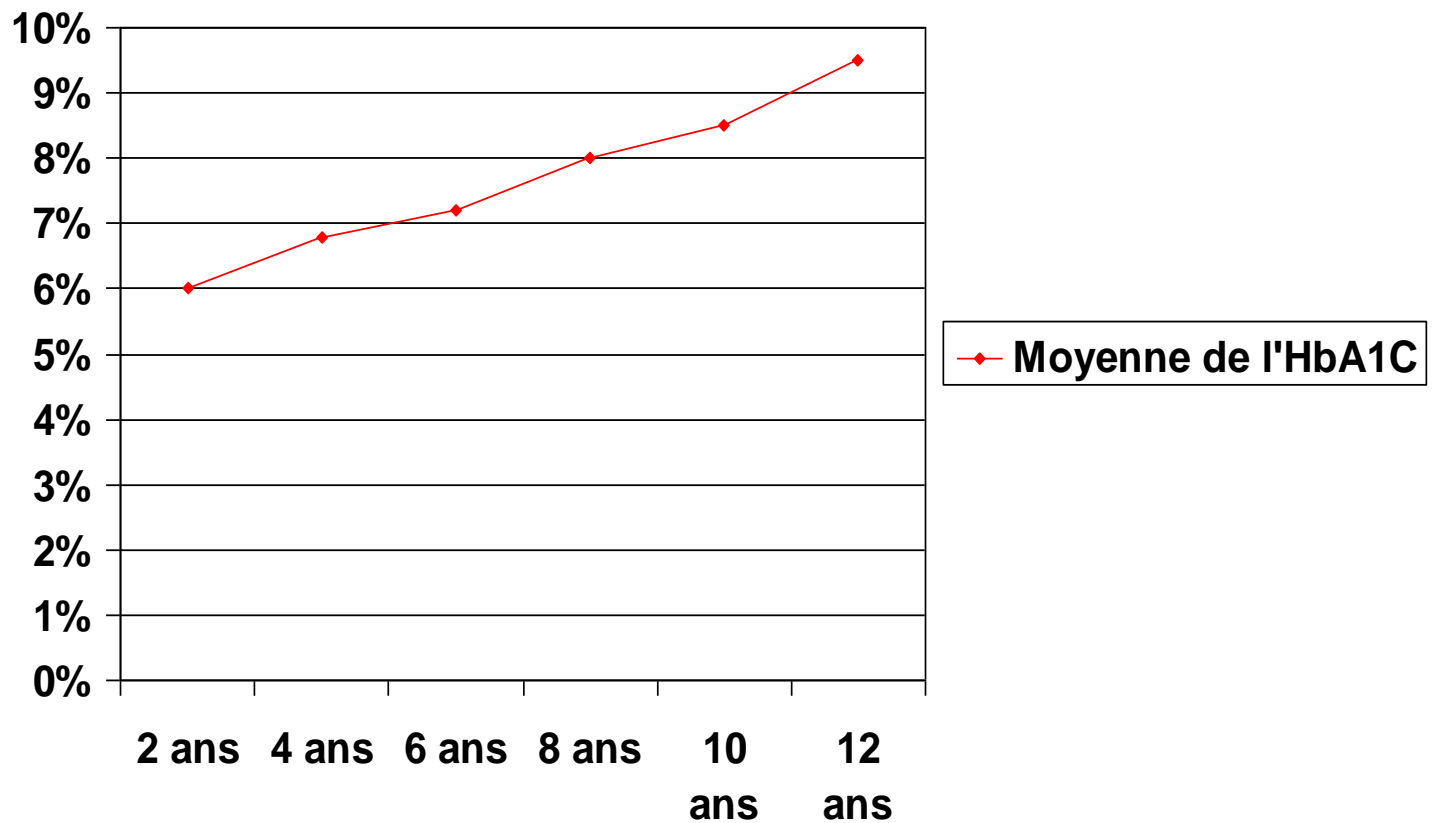
Quelles applications en pratique ?



Le constat actuel

- 50% des diabétiques de type 2 ont une HbA1C > 7%
- L'adaptation des traitements ne suit pas l'évolution naturelle de la maladie :
50% des HbA1C élevées \Rightarrow aucun changement thérapeutique à 1 an

Evolution de l'équilibre glycémique au fil des années





Le constat actuel

- 50% des diabétiques de type 2 ont une HbA1C > 7%
- L'adaptation des traitements ne suit pas l'évolution naturelle de la maladie :
50% des HbA1C élevées \Rightarrow aucun changement thérapeutique à 1 an
- La prescription d'insuline est encore trop tardive



Les changements

- Agir plus vite
- Agir plus fort
- Proposer l'insuline plus rapidement



Quels objectifs ?

- L'objectif dans les 5 ans à venir =
 - Moins de 15% de diabétiques dont HbA1C > 8%
 - Plus de 60% de diabétiques dont HbA1C < 7%



En pratique ...

- 5 étapes dans la progression thérapeutique
- Un délai de 6 mois ~ entre les étapes
- Une cible d'HbA1C adaptée à l'ancienneté du diabète :
 - 6% à la découverte
 - 6,5% au début du Tt oral
 - 7% quand le Tt associe plusieurs médicaments



Place des différents hypoglycémiants oraux (1)

- Metformine
 - ↘ HbA1C de 1 à 1,5%
 - ↘ la mortalité CV dans le diabète 2
 - Limites = Tr digestifs et Insuff rénale



Place des différents hypoglycémiants oraux (2)

- Sulfamides
 - ↘ HbA1C de 1 à 1,5%
 - Risque = Hypoglycémies prolongées
- Glinides (Novonorm)
 - ↘ HbA1C de 1 %
 - Risque moindre d'hypoglycémie

Ne pas associer Sulfamides et Glinides



Place des différents hypoglycémiants oraux (3)

- Glitazones (Actos, Avandia)
 - ↘ HbA1C de 1 %
 - Risques = prise de poids et oedèmes → Décompensation d'une insuffisance cardiaque pré-existante
 - Effet décalé (3 à 6 mois)



Place des différents hypoglycémiants oraux (4)

- Les inhibiteurs des alphaglucosidases (Glucor)
 - ↘ HbA1C de 0,5%
 - Action sur les glycémies post prandiales



ETAPE 1

- Diabète récent
- HbA1C > 6% (~1,20 g/l)



Mesure hygiénodiététiques :

Restriction des graisses ++, sucres raffinés et alcool

Activité physique \geq 3h / semaine



Place de l'éducation thérapeutique ++++:

Privilégier l'éducation de groupe

Recours aux paramédicaux formés
(diététicienne, IDE, Educateur médicosportif)

Objectif = HbA1C < 6%



ETAPE 2

- HbA1C > 6% au début, ou > 6,5% un peu plus tard... avec les MHD
- ↙ Monothérapie =
 - Metformine seule si HbA1C \leq 6,5% (IAG en cas d'intolérance)
 - Tt au choix (sauf Glitazones) si HbA1C > 6,5%

Objectif = HbA1C < 6,5%



ETAPE 3

- **HbA1C > 6,5% sous monothérapie**
- ↪ Bithérapie = Metformine (sf intolérance)+
 - Sulfamide si faible risque d'hypo !
 - Glitazone si obésité androïde
 - IAG si hyperglycémie post-prandiale

Objectif = HbA1C < 6,5%



ETAPE 4

- HbA1C > 7% sous bithérapie

↪ Trithérapie = Metformine + Sulfamide +
Glitazone

ou

Bithérapie + Insuline au coucher

Objectif = HbA1C < 7%



ETAPE 5

- HbA1C > 8% après l'étape 4

↳ Insuline + ADO

Ou

Insuline fractionnée

Objectif = HbA1C < 7%



Quand faire appel au diabétologue ?

- Recommandé au stade du traitement mixte
- Indispensable à l'étape de l'insulinothérapie fractionnée



Quand prescrire une auto-surveillance ?

- Tt par sulfamides ou glinides
 - Dépistage des hypoglycémies (17h ++)
 - Adaptation des glinides
- Préparation à l'insulinothérapie +++
- Patients sous insuline



La dyslipidémie du diabétique: quels objectifs ? (1)

Ce qui est simple !

- Patients à haut risque CV :
 - LDL < 1 g/l
 - Intérêt du Tahor 10 mg ou Zocor 40 mg, quelque soit le taux du LDL (études Cards et HPS)
 - Association recommandée à l'aspirine (75 à 300 mg)



Patients à haut risque CV

- ATCD de pathologie cardiovasculaire
- Diabète 2 + :
 - Microalbuminurie > 300 mg/24h
 - ou Clairance créat < 60 ml/mn
- Diabète > 10 ans + 2 Frs de risque :
 - Homme > 50 ans, Femme > 60 ans
 - Tabagisme en cours ou arrêt < 3 ans
 - HTA
 - HDL < 0,40 g/l
 - Microalbuminurie > 30 mg/24h
 - Hérité familiale d'accident CV précoce

La dyslipidémie du diabétique: quels objectifs ? (2)

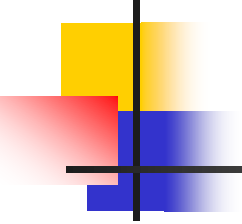
Ce qui est moins simple ...

- Diabète < 5 ans sans Fr de risque
↳ LDL < 1,90 g/l
- Diabète (durée ??) + 1 Fr de risque
↳ LDL < 1,60 g/l
- Diabète < 10 ans + au moins 2 Frs de risque
↳ LDL < 1,30 g/l



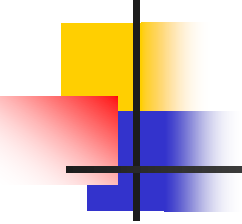
La Tension artérielle du diabétique

- Objectif : TA < 130/80
- Moyens :
 - ↘ apports sodés
 - Polythérapie svt nécessaire : y inclure un thiazidique
 - IEC ou ARA 2 si microalb > 30 mg/24h



Les complications du diabète (1)

- Néphropathie :
 - Penser au néphrologue avant la dialyse ++
(30% des cas)
 - Peut proposer association IEC-ARA2 si albuminurie > 300 mg/24h
 - Eviction des Tts néphrotoxiques
 - Préparation à la dialyse (choix de la technique, Vaccination Hépatite B, ...)
 - Tt des complications de l'Insuff Rénale



Les complications du diabète (2)

- Artériopathie des mbres < :
 - Plavix indiqué en 1^{ère} intention si artérite symptomatique
 - Pas d'effet démontré des protecteurs vasculaires et vasodilatateurs
- Coronaropathie :
 - Béta bloquant en post-infarctus
 - Aspirine
 - Statine
 - IEC
 - Contrôle des autres Frs de risque