

Nouvelle position de la SFD sur le diabète de type 2

La Société francophone du diabète (SFD) a rendu son nouvel avis sur la prise en charge du diabète de type 2. L'occasion d'intégrer les dernières données et d'apporter quelques nuances par rapport à la précédente rédaction, en 2021.

Les dernières recommandations de la Société francophone du diabète (SFD), qui viennent de paraître (1), sont explicites : la recherche d'un équilibre glycémique optimal reste la priorité pour les patients vivant avec un diabète de type 2 (DT2). « Cela passe par des modifications du mode de vie en première ligne, une éducation thérapeutique, une individualisation des objectifs glycémiques et une adaptation des stratégies thérapeutiques selon le profil du patient (et fixées avec lui, dans le cadre de la décision médicale partagée). La metformine est en première ligne (sauf contre-indication ou intolérance) et la réévaluation thérapeutique est régulière », résume le Pr Patrice Darmon (CHU de Marseille), coordinateur de la rédaction de cette prise de position. Le choix d'une bithérapie, voire d'une trithérapie, dépend de différents critères.

Patient en situation commune

Pour le patient âgé de moins de 75 ans, sans maladie athéromateuse avérée, ni insuffisance cardiaque, ni maladie rénale chronique, trois choix principaux sont possibles après la metformine, toujours dans le cadre de la décision médicale partagée : soit un inhibiteur de SGLT2 (iSGLT2), soit un agoniste des récepteurs GLP-1 (arGLP-1) - et, dans le futur, un double agoniste GIP-GLP1 comme le tirzépate, qui pourrait arriver en France dans un ou deux ans -, soit, enfin, un inhibiteur de la dipeptidylpeptidase-4 (iDPP-4). Comment choisir ? En cas de surpoids ou d'obésité, le choix porte plutôt sur un médicament actif sur le poids, c'est-à-dire un iSGLT2 ou un arGLP-1, plus puissant sur la perte de poids (notamment sémaglutide et dulaglutide à forte dose) ou encore avec un niveau d'efficacité encore supérieur dans le futur, un double agoniste GIP-GLP1. De même, si l'on est très loin de l'objectif d'HbA1c individualisé que l'on souhaite atteindre, on préférera un arGLP-1 (notamment



La décision médicale partagée est au cœur des nouvelles recommandations

sémaglutide et dulaglutide à forte dose) ou, plus efficace encore, quand ils seront disponibles, un double agoniste GIP-GLP1. En cas de risque cardiovasculaire jugé élevé ou très élevé chez un patient en prévention primaire, le choix se portera vers un iSGLT2 ou un arGLP-1, « avec toutefois un niveau de preuve modéré chez ces patients n'ayant pas encore fait d'événement », précise le Pr Darmon.

La SFD envisage, si nécessaire, la trithérapie metformine-arGLP1-iSGLT2

Chez les personnes âgées avec un DT2 mais en bonne santé générale, l'arbre décisionnel est le même que chez les plus jeunes, en faisant néanmoins attention au risque de perte de poids excessive et de sarcopénie avec les arGLP-1 et les double agonistes GIP-GLP1, et en évitant les sulfamides et les glinides qui exposent aux risques d'hypoglycémie.

Patients avec une comorbidité

- Chez les patients présentant une **maladie rénale chronique ou une insuffisance cardiaque**, le choix se portera sur la bithérapie metformine + iSGLT2 d'emblée, indépendamment du taux d'HbA1c.
- En cas de **maladie athéromateuse avérée**, là encore, le choix se porte sur une bithérapie d'emblée, indépendamment du taux d'HbA1c, en optant soit pour metformine + iSGLT2, soit pour metformine + arGLP1 (surtout en cas d'antécédent d'AVC ischémique). Si l'équilibre glycémique n'est pas atteint par

la bithérapie ou si l'on cherche une perte de poids supplémentaire ou un bénéfice rénal ou cardiovasculaire supplémentaire, la SFD propose d'aller vers une association metformine-arGLP1-iSGLT2 et donc, vers une trithérapie.

- Chez les **patients âgés, fragiles**, le choix se porte d'abord vers la metformine et les iDPP4 qui restent des médicaments faciles d'utilisation, avec un bon profil de tolérance. Ils ne donnent pas d'hypoglycémie et sont neutres sur le poids. En cas d'insuffisance cardiaque ou de maladie rénale chronique, un iSGLT2 peut être associé chez ces patients fragiles.

Chez la personne âgée dépendante, c'est la metformine (sauf contre-indication), éventuellement un iDPP4, rarement un iSGLT2 (seulement en cas d'insuffisance cardiaque et en concertation avec le cardiologue) et, le plus souvent assez vite, le recours à l'insuline.

- Enfin, le **contrôle du poids** est essentiel chez les patients en situation d'obésité. Dès le grade 1 de l'obésité ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), la SFD préconise un arGLP-1 (ou, quand ils seront disponibles, un double agoniste GIP-GLP1). Le recours à une chirurgie métabolique dans un but de rémission ou d'amélioration franche du diabète peut être envisagé pour les patients en situation d'obésité de grade 2 ou 3 ($IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$) et même dès le grade 1, mais uniquement alors pour ceux avec un diabète restant déséquilibré malgré une prise en charge médicale nutritionnelle bien conduite pendant au moins un an, après avoir obligatoirement testé un arGLP-1 ou un double agoniste GIP-GLP1 dans un centre expert et après une réunion de concertation pluridisciplinaire incluant au moins un diabétologue.

Dr Nathalie Szapiro

Entretien avec le Pr Patrice Darmon (CHU de Marseille)

(1) Darmon P, et al. Med Mal Metab (2023),10.1016/j.mmm.2023.10.007

Société
francophone
du
diabète